



---

ORSZÁGOS LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS

# KUTATÁSI JELENTÉS

Országos Epidemiológiai Központ

2002. július



# **Országos Lakossági Egészségfelmérés OLEF2000**

## **KUTATÁSI JELENTÉS**

**Szerkesztők:**

**Boros Julianna, Németh Renáta, Vitrai József,**

**Országos Epidemiológiai Központ kiadványa**

**2002. július**

**Dokumentum kutatási sorszáma: F-92/2000**

**Adatkezelési nyilvántartási szám: 357-0001**

A Kutatási Jelentés letölthető az OEK honlapjáról ([www.antsz.hu/oek](http://www.antsz.hu/oek)), vagy beszerezhető az alábbi címen: Vitrai József, Országos Epidemiológiai Központ, 1097 Budapest, Gyáli út 2-6. Telefon: 476-1100/2225

## **A felmérés vezetői:**

Vokó Zoltán  
Vitrai József

## **A felmérés további résztvevői:**

Boros Julianna  
Borsos Kinga  
Csizmadia Péter  
Lobmayer Péter  
Németh Renáta  
Országgh Sándor  
Széles György  
Szende Ágota  
Vizi János

## **Tanácsadó Testület tagjai:**

Prof. Dr. Ádány Róza (Debreceni Egyetem Orvos- és  
Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Iskola)  
Prof. Dr. Eckhardt Sándor (Országos Onkológiai Intézet)  
Prof. Dr. Ember István (POTE Humán Közegészségtani Intézet)  
Dr. Józán Péter (Központi Statisztikai Hivatal)  
Prof. Dr. Kopp Mária (SE Magatartástudományi Intézet)  
Dr. Kovács Attila (Országos Tisztifőorvosi Hivatal)

## **Szakbírálok:**

Bondár Éva (Egészségügyi kiadások)  
Dr. Buda Béla (Szexuális magatartás)  
Dr. Fehér Miklós (Funkcionalitás)  
Füzesi Zsuzsanna (Egészségkultúra, Alkoholfogyasztás, Dohányzás,  
Többszörös életmódbeli kockázat)  
Gárdos Éva (Funkcionalitás, Vélt egészség, Várható egészség,  
Életminőség)  
Dr. Hoffer Gábor (Az egészségügyi ellátás igénybevétele)  
Dr. Kósa Karolina (Az egészség környezeti tényezői)  
Kovács Katalin (Életkor, nem, Társadalmi tényezők)  
Novákné Pékli Márta (Gyógyszerhasználat)  
Rudas Tamás (Módszertan)  
Dr. Soltész Pál (Betegségek)  
Dr. Szádóczky Erika (Lelki egészség)

**Tartalom:**

<b>1. BEVEZETÉS</b>	<b>1-1</b>
<i>Vitrai József, Vokó Zoltán</i>	
<b>2. A LAKOSSÁG EGÉSZSÉGE</b>	<b>2-1</b>
<i>Széles György, Szende Ágota, Vizi János, Vokó Zoltán</i>	
<b>3. AZ EGÉSZSÉG EGYÉNI TÉNYEZŐI</b>	<b>3-1</b>
<i>Boros Julianna, Lobmayer Péter, Széles György, Vizi János</i>	
<b>4. EGÉSZSÉGPROBLÉMÁK TERHEI</b>	<b>4-1</b>
<i>Borsos Kinga, Széles György, Vizi János</i>	
<b>5. AZ EGÉSZSÉG KÖRNYEZETI TÉNYEZŐI</b>	<b>5-1</b>
<i>Csizmadia Péter, Lobmayer Péter</i>	
<b>6. MÓDSZERTAN</b>	<b>6-1</b>
<i>Németh Renáta, Országh Sándor, Vitrai József, Vizi János</i>	
<b>7. EREDMÉNYEK FELHASZNÁLHATÓSÁGA</b>	<b>7-1</b>
<b>8. FÜGGELÉK</b>	

---



# 1. BEVEZETÉS

*Dr. Vitrai József – Dr. Vokó Zoltán*

1. BEVEZETÉS.....	1-1
1.1. Bevezető .....	1-2
1.2. Egészségmonitorozás, egészségfelmérés .....	1-3
1.3. Egészségmodell.....	1-4
1.3.1. Az egészség fogalma.....	1-4
1.3.2. Az egészségi állapot meghatározó tényezői.....	1-5
1.4. Előzmények.....	1-6
1.4.1. Korábbi hazai felmérések.....	1-7
1.5. Célkitűzések .....	1-9
1.6. Az OLEF2000 legfontosabb jellemzői.....	1-10
1.7. Idézett irodalom.....	1-11

## 1.1. Bevezető

Sok tekintetben úttörő vállalkozás eredményeit foglaltuk össze ebben a kötetben. A 2000. évi Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF2000) bemutatásakor három újdonságot érdemes kiemelni: (1) a felmérés tervezése újszerű egészség-koncepcióra alapozva, (2) közvetlenül hasznosítható eredményekre törekedve történt, (3) a megvalósításkor korszerű, az egészség monitorozásban nemzetközileg használt és harmonizált módszerek hazai bevezetésére került sor. A lakosság egészségét középpontba állító fejlett országok gyakorlatát szem előtt tartva, az OLEF2000 fő célkitűzése a rendszeresen ismétlődő egészségfelmérések hazai bevezetése volt. A rendszeres felmérések első elemének megvalósításakor számos újszerű módszer, megközelítés összehangolt kipróbálására került sor. Így a tervezéskor és a megvalósításkor különös figyelmet szenteltünk a kérdőív kifejlesztésének és kipróbálásának, a kérdezők kiképzésének és ellenőrzésének, az adatkezelés és -feldolgozás minőségének, valamint az egészségfelméréssel kapcsolatos (lakossági és egyéb) kommunikációnak. A felmérés "kísérleti" jellegéből következően az OLEF2000 során szerzett tapasztalatok kiemelt jelentőségűek lehetnek. Emiatt a dokumentálásra és archiválásra a felmérés során mindvégig nagy hangsúlyt fektettünk.

Nemzetközi tapasztalatok is megerősítik, az egészségfelmérések kivételes jelentőségűek egy ország lakosságának egészsége szempontjából, hiszen a döntéshozók, az orvosok és a lakosság számára nyújtanak az egész – és nem csupán panasszal az orvoshoz forduló – lakosságra vonatkozó, másképp nem begyűjthető, nélkülözhetetlen információt. Az így szerzett ismeretek segítenek megérteni és ezáltal megszüntetni a magyar lakosság kirívóan kedvezőtlen egészségi állapotát. Több hiánypótló adat az OLEF2000 révén most válik először elérhetővé. Így például elsőként lehet nemzetközileg is összehasonlítható adatokat nyerni a felnőtt lakosság funkcionalitása, életminősége, gyógyszerfogyasztása, vagy a lakossági egészségi kiadásokra vonatkozóan.

Egy ilyen felmérés teljes kiértékelése általában több éves program. Az eredmények mielőbbi hasznosíthatósága érdekében 2001. áprilisában egy rövid, témában szűkített Gyorsjelentést adtunk közre [1], és most a *Kutatási jelentés* elkészítésével egy átfogó – bár nem minden részletre kiterjedő – értékelés eredményei váltak elérhetővé. A további elemzések eredményeit szakfolyóiratokban megjelenő közlemények formájában kívánjuk megjelentetni.

A *Kutatási jelentés* szerkezetének és a fejezetek felépítésének kialakításakor egyrészt a témák közötti kapcsolatokat, másrészt a közlendő érthetőségét tartottuk szem előtt. Elsőként az elméleti háttérrel vázoljuk fel, bemutatjuk az alkalmazott egészségmodellt, illetve ismertetjük a legfontosabb idevágó hazai és külföldi előzményeket. Ezt követően az egészségi állapot különböző mutatói segítségével a lakosság egészségének ismertetésére kerül sor. Majd az egészséggel kapcsolatban álló egyéni és környezeti tényezők szerepének elemzésére kerül sor, kezdve néhány biológiai jellemzővel, az egészségmagatartáson át, a társadalmi-gazdasági környezetig. Külön fejezet foglalkozik a lakosok egészségproblémáinak<sup>1</sup> terheivel, így az egészséggel kapcsolatos szolgáltatások igénybevételével és az egészséggel kapcsolatos kiadásokkal. Az ezt követő módszertani fejezet foglalja össze az OLEF2000 tervezésével, végrehajtásával, valamint az elemzéssel kapcsolatos tudnivalókat. A Függelék tartalmazza a felmérés kutatási tervét, a kérdőívet valamint a gyakorisági táblázatokat.

---

<sup>1</sup> egészségprobléma alatt egy–vagy több, az egészségre vonatkozó panaszt, kóros állapotot, betegséget, zavart, akadályozottságot, korlátozottságot értve



A könnyebb követhetőség érdekében a fejezetek felépítését egységesen alakítottuk ki, már amennyire ezt az adott téma lehetővé tette. Az egyes fejezetek a legfontosabb megállapításokkal kezdődnek, majd a háttér és az előzmények bemutatása következik. Az OLEF2000 adott témára vonatkozó sajátosságait az eredmények követik, végül a megbeszélés zárja a fejezetet.

## 1.2. Egészségmonitorozás, egészségfelmérés

A fejlett országokban több évtizedes múltra tekintenek vissza az egészségmonitorozó rendszerek. Az egészségmonitorozás a lakosság egészségi állapotára és annak meghatározó tényezőire irányuló folyamatos és rendszeres adatgyűjtés, elemzés, értelmezés és információszolgáltatás, amely döntő jelentőségű az egészségügyi szolgáltatások értékelésében, tervezésben valamint az egészségpolitikai döntések megalapozásában. A rendszeresen gyűjtött adatok alapján képet nyerhetünk a lakosság egészségéről, ennek alapján meghatározhatók a népegészségügyi prioritások, és megítélhetők a prioritások nyomán indított programok, végül pedig a lakosság egészségének javításához nélkülözhetetlen kutatások megindítását is előmozdítják [2].

Az egészségmonitorozás lehetővé teszi, hogy felmérjük a népegészségügyi szempontból legjelentősebb egészségproblémákat, illetve nyomon kövessük azok változását, felmérjük földrajzi elterjedésüket és a különféle társadalmi csoportokban való megjelenésüket. Adatokhoz jutunk az egészségproblémákkal kapcsolatban álló legfontosabb fizikai, pszichológiai és társadalmi környezeti tényezőkről, valamint azok változásának alakulásáról. A monitorozás ugyancsak mennyiségi és minőségi adatokat szolgáltat a rendelkezésre álló egészségügyi szolgáltatásokról, az egészségproblémák miatt igénybevett egészségügyi és más erőforrásokról, valamint az egyén illetve a családok egészségügyi kiadásairól.

Az Európai Parlament és az Európa Tanács 1997-ben elfogadott és 2001-ig tartó népegészségügyi programjában már célkitűzésként szerepelt az egységes egészségmonitorozás kialakítása, mely "lehetővé teszi,

- 1 a lakosság egészségi állapotának illetve változásainak, valamint az azt meghatározó tényezők felmérését,
- 2 a népegészségügyi programok tervezésének, követésének és eredményessége megállapításának elősegítését,
- 3 hogy a tagországok egészségpolitikai intézkedéseik támogatásához összehasonlítható egészségadatokat használhassanak"[3].

A program 2001-től 2006-ig tartó új szakaszában a cél továbbra is egy olyan hatékony egészségmonitorozási rendszer létrehozása, mely "nélkülözhetetlen az adatok gyűjtéséhez, feldolgozásához és a Közösség szintjén történő elemzéséhez, az objektív, megbízható és összehasonlítható információ cseréjéhez, hogy a Bizottság és a Tagállamok jobban elláthassák információval a lakosságot, és megfelelő stratégiát és politikát alakíthasson ki az egészség magas szintű védelmére"[4]. A megvalósításhoz azonban szükséges "egy alkalmas szervezet előkészítése, kialakítása és működtetése, mely koordinálja és integrálja a monitorozást végző szervezeteket...". (Erről bővebben lásd a [5].)

A monitorozási tevékenység harmonizációjával párhuzamosan az egészségindikátorok egységesítése is az Európai Unió (EU) egyik kiemelt programja (Integrated approach to establishing European Community Health Indicators, ECHI). A projekt eredményeképpen 2001-ben elkészült egy indikátor lista, mely 4 fő területre vonatkozik: demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezők, egészségállapot, egészséget meghatározó tényezők és az egészségfejlesztés rendszere [6]. A projekt 2002-ben kezdődő második szakasza összefogja az

EU Egészségmonitorozási Programja keretében eddig befejeződött projektek eredményeit, és kialakítja a további fejlesztések irányát.

Az egészségmonitorozás alapvetően kétféle tevékenységet foglal magában: a regisztráción alapuló illetve a felméréseken alapuló adatgyűjtéseket. Az első típusba sorolhatók, pl. születési- és halálozási adatok nyilvántartásba vétele, a rákregiszter, vagy az egyes fertőző betegségek kötelező bejelentési rendszere. Az utóbbi típusba tartoznak a rendszeres egészségfelmérések, illetve az eseti vizsgálatok, mint pl. a dohányzási szokások felmérése, vagy egyes rákkeltő tényezőkre vonatkozó epidemiológiai kutatások.

Az egészségmonitorozó rendszer egyik legfontosabb eleme, a kérdőíves egészségfelmérés különös jelentőséggel bír olyan, az egészségre és egészségmagatartásra vonatkozó adatok megszerzésében, amelyeket nem lehet a regisztráción alapuló egészségügyi-statisztikai nyilvántartásokból összegyűjteni. Kizárólag felméréssel szerezhető be adatok a lakosság azon többségétől, akik nem keresnek fel egészségügyi intézményt vagy, mert nincs panaszuk vagy, mert nem tudnak, vagy nem akarnak orvoshoz fordulni. Ilyen adatok többek között a funkcionális rokkantságnál kisebb mérvű csökkenése, az életmód, a társadalmi-gazdasági helyzet. Úgyszintén csak az egészségfelmérés képes biztosítani azt, hogy ugyanarra a személyre vonatkozóan az egészségi állapot (pl. magasvérnyomás) és az egészséget meghatározó tényezők (mint pl. dohányzás) összefüggéseit vizsgálni lehessen. Bár elméletileg házi orvosoknál folytatható ilyen jellegű adatgyűjtés, de az ott megjelentek szűk köre, illetve a korlátozott kapacitás nem biztosíthat adatokat lakossági szintű elemzésekhez.

### **1.3. Egészségmodell**

Az egészségfelmérések megvalósítása valamilyen egészségmodell implicit vagy explicit alkalmazásával jár. Az explicit módon meghatározott modell előnye, hogy koherens keretet és nyelvezetet teremt a vizsgálat tervezéséhez, a felmérés témaköreinek meghatározásától az elemzési terv kialakításán át a közlésig.

Egy egészségmodellt döntően három tényező határoz meg: az egészség definíciója, a meghatározó tényezők köre, amelyekre a modell kiterjed, és a tényezők között feltételezett kapcsolatrendszer.

#### **1.3.1. Az egészség fogalma**

A történelem folyamán az egészséget különböző jelentésekkel ruházták fel. Az orvosi gondolkodás történetében központi szerepet játszott az a felfogás, hogy az egészség nem más, mint a betegségek hiánya. Ez a szemlélet a XVIII. században, a természettudományok kialakulásával teljesedett ki a medicinában. A kartéziánus filozófia – a test olyan, mint egy gép – jelentős lökést adott a tudományos kísérletezésnek, és számos olyan gyakorlati eredményhez vezetett, ami nagyban erősítette ennek a biomedikális szemléletnek a térnyerését. Ennek a szemléletnek megfelelően az OLEF2000-ben a legjelentősebb krónikus, nem fertőző betegségekkel kapcsolatosan is gyűjtöttünk adatokat.

Napjaink népegészségügyi kutatásaiban a másik jelentős egészségmodell a percepcionális modell, amely az egészséget az egyén saját véleménye alapján határozza meg. A vélt egészség a legtöbb nemzetközi szervezet (WHO, EU, OECD) ajánlott egészségindikátorai között szerepel, annak ellenére, hogy a kulturális tényezők jelentősen befolyásolják azt, hogy az objektív egészségi állapot, bárhogyan is definiáljuk, milyen szubjektív egészségérzetet eredményez, és ezáltal az országok közötti összehasonlítás meglehetősen nehéznek tűnik, [6]. Így az OLEF2000-ben is vizsgáltuk, hogy a lakosság miként vélekedik saját egészségéről.

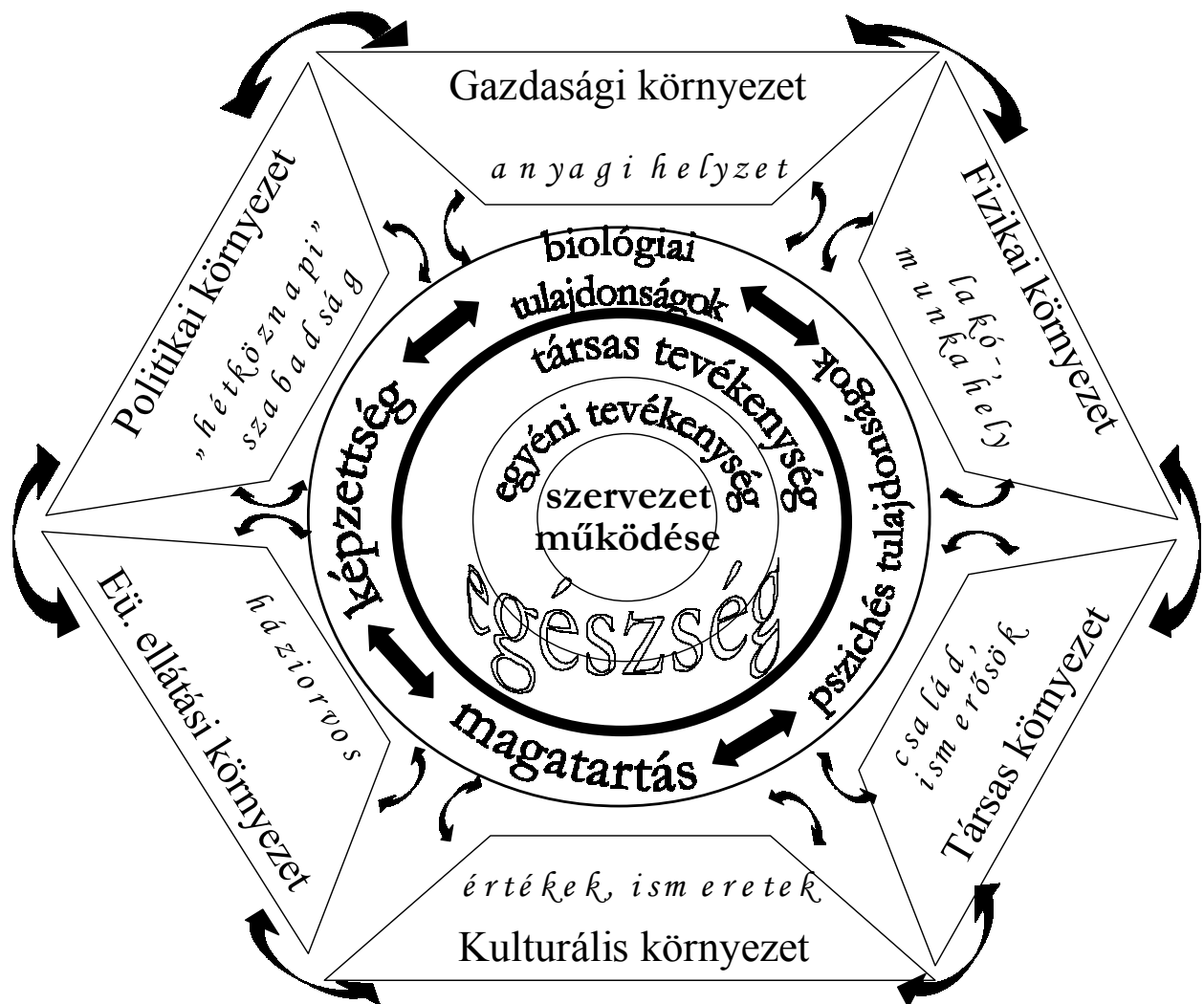
Az OLEF2000 tervezésekor alkalmazott meghatározó egészségmodell a funkcionális modell volt, amely a hagyományos biomedikális szemlélet mellett napjainkra a legjelentősebbé kezd válni. A XX. századi szociológiai és népegészségtani kutatások igazolták, hogy az egészséges ember nehezen értelmezhető hibátlanul működő gépként. Az egyén testi, lelki, szociális működésének épségét a funkcionális modell a szerint határozza meg, hogy mennyire tud különböző tevékenységeket végrehajtani. A funkciók legmagasabb szintje a társadalom életében való részvétel. Ez a szemlélet a funkciócsökkenést a társadalom egészének problémájaként látja. Részletesebben a funkcionalitás fejezetben.

### **1.3.2. Az egészségi állapot meghatározó tényezői és a köztük lévő kapcsolatrendszer**

Az egyén egészségére egyes egyéni tényezők, valamint a szűkebb és tágabb fizikai és társadalmi környezete igen jelentős hatással van, és az egyén egészségi állapota is visszahat környezetére. Az egyéni tényezőket az OLEF2000-ben négy csoportba soroltuk: biológiai tulajdonságok (pl. szérum koleszterin szint), pszichés tulajdonságok (pl. megbirkózási képesség), magatartás (pl. dohányzási szokás), képzettség (pl. iskolai végzettség). Az OLEF2000-ben alkalmazott egészségmodellt bemutató 1-1. ábra ezeket a tényezőket az egészséget körbefogó körként jeleníti meg. A környezeti tényezőket az OLEF2000-ben alkalmazott modellben hat csoportba soroltuk: politikai, gazdasági, fizikai, társas, kulturális és egészségügyi ellátási tényezők. Egy-egy kategórián belül elkülönítettük a szűkebb és a tágabb környezetet. A modellt bemutató ábrán az egészség körül elhelyezkedő két réteg a közvetlen és a tágabb környezet egészség meghatározó tényezőit szimbolizálja. A közvetlen tényezőkön belül egy-egy jellegzetes, fontos elemet külön is feltüntettünk (pl. az egészségügyi ellátási környezetben belül a háziorvost).

Az ábra a teljesség igénye nélkül illusztrálja az egészség és a meghatározó tényezők közötti bonyolult kapcsolatrendszerét is. Ennek a kapcsolatrendszernek az összetettsége megszabja az egészségfelmérések elemzésének lehetőségeit, lásd bővebben az értékelés fejezetet!

1-1. ábra: Az OLEF2000-ben alkalmazott egészségmodell



A meghatározó tényezők közül az egészségmagatartás mérésére az egészségfelmérés a napjainkban használt legalkalmasabb módszer. Így az OLEF2000 jelentős részét teszik ki az erre vonatkozó kérdések. Néhány biológiai jellemző is szerepelt az OLEF2000-ben (például a testsúly), e tényezők jelentős részéről azonban csak eszközös felmérések révén lehet pontos információhoz jutni. A felmérés a közvetlen társadalmi környezet számos elemére is kiterjedt.

A felmérések legfontosabb eredményeit az egyes jellemzőkre adott gyakorisági becslések jelentik. A modellt alapul véve, több tényező együttes vizsgálata révén lehetőség van arra is, hogy az egyes jellemzők közötti kapcsolatok erősségét a többi tényező figyelembe vételével vizsgáljuk, ahogy ez az OLEF2000-ben az összefüggés elemzésekben történt, lásd bővebben az összefüggés-vizsgálatok fejezetet.

#### 1.4. Előzmények

A rendszeresen végzett egészségfelmérések számos fejlett országban, így az Európai Unió országaiban, az Egyesült Államokban, Kanadában, Ausztráliában vagy Japánban hosszú ideje bevezetett gyakorlatnak számítanak. Az első amerikai felmérésre már 1935-36-ban sor került, 1957-től kezdődően pedig az 1956-os Nemzeti Egészségfelmérés Törvény alapján évente ismétlik [7]! Az EU és az EFTA 18 országának egészségfelméréséről készült felmérés szerint

16 országban végeztek már egy vagy több egészségfelmérést [8]. A már említett EU döntések alapján megindult harmonizációs tevékenységek várhatóan már a közeljövőben közös felmérés-módszertan kialakulásához vezetnek.

#### 1.4.1. Korábbi hazai felmérések

A hazai lakosság egészségének megismerése céljából számos, sok irányból, változatos módszertannal közelítő felmérésre került sor az utóbbi évtizedekben.<sup>2</sup> Elsőként említendő a széles szakmai körben ismert Komplex Országos Morbiditási Vizsgálat (KOMOV 1979), amelynek célja a népesség nyilvántartott és rejtett morbiditásának a megismerése, a morbiditást befolyásoló társadalmi, gazdasági, kulturális és egészségügyi tényezők megismerése. A későbbi átfogó egészségfelmérések egyik előfutárának tekinthető a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 1984. évi mikrocenzus alapján végzett adatfelvétele [9]. A népesség 2%-ára kiterjedő összerírás kutatói "a 6 éves és idősebb népesség egészségügyi helyzetének, valamint a 14 éves és idősebb népesség egészségkárosító szokásainak, a dohányzásnak és az alkoholfogyasztásnak legfontosabb adatait" gyűjtötték és elemezték. Ezt követte az "Egészségi állapot 1986" című, ugyancsak a KSH által végzett reprezentatív felmérés [10]. A mintegy 37.500 lakosra kiterjedő kérdés témái az egészségi állapot, illetve az ezzel kapcsolatos magatartás, valamint vélemény volt.

A KSH által 1994-ben elvégzett átfogó, kérdőíves Egészségi Állapotfelmérésben háztartásban élő 5476, 15 és 65 év közötti személy vett részt [11]. A felmérés "azt vizsgálta, hogyan ítélik meg az emberek egészségi állapotukat, mi a szerepe az életmódnak, az egészségre káros szokásoknak, a veszélyeztető kockázati tényezőknek a felnőtt népesség köztudottan rossz egészségi állapotában." (id.m. 13. o.)

Az 1991-ben újtára indított Háztartás Panel kutatás célja a munkaerőpiac, a jövedelmi egyenlőtlenségek és szegénység változásainak követése volt a magyarországi átmenet éveiben. A fő kutatási kérdés a háztartások jövedelmi és anyagi helyzetének feltérképezése volt, illetve annak felmérése, milyen tényezők játszanak közre az elszegényedésben, illetve a meggazdagodásban. Ezen kívül nagy hangsúlyt fektettek a háztartások gazdasági és pénzügyi stratégiáinak, illetve a háztartástagok demográfiai, munkaerő-piaci helyzetének követésére. Az induló minta 2600 háztartásból állt. A terepmunkát minden év áprilisában és májusában a TÁRKI kiképzett kérdezői végezték el. A Háztartás Panel 1992 és 1997 között elkészült hat hulláma a TÁRKI és a BKE Szociológia Tanszék közös munkájának eredményeképpen jött létre [12].

A TÁRKI által 1997-ben lefolytatott "Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról" címet viselő vizsgálat 2005 háztartásban élő személyekre terjedt ki [13]. A mintába került háztartásokban 4548, 14 éves vagy annál idősebb személyről, illetve 793, 14 év alatti gyermekről vettek fel kérdőívet. A TÁRKI szándékai szerint egy panel-jellegű vizsgálat-sorozat első elemeként végrehajtott felmérés "segítségével hosszabb időtávon keresztül lehetne a népesség egészségi állapotában – s az azt leginkább meghatározó társadalmi-gazdasági-kulturális stb. tényezőkben – bekövetkező változások irányát és tartalmát követni." (id.m. 5. o.)

Az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) 1985-88-ban végezte az Első Magyarországi Reprezentatív Táplálkozási Vizsgálatot [14], majd 1992-94-ben a Táplálkozási felmérést [15]. Az első vizsgálat célja az étrendfüggő betegségek táplálkozási kockázati tényezőinek minél pontosabb megismerése volt. Az országos reprezentatív felmérés

<sup>2</sup> A felnőtt lakosság egészségére fókuszálva itt nem említjük a gyermekekre és az ifjúságra vonatkozó felméréseket. Az itt felsorolt felmérésekről részletesebben lásd a Módszertani fejezetet!

réshez 16.641, 14 évesnél idősebb személy adatait értékelték. A második felmérés célja a magyar lakosság körében a tápláltsági állapot, illetve a tápanyagbevitel felmérése, valamint a táplálkozással összefüggő betegségek kockázati tényezőivel kapcsolatos adatgyűjtés volt. Ebben a vizsgálatban Budapest és 7 megye lakosságából 2559 személyt választottak ki.

A Népjóléti Minisztérium Világbanki Programirodája által támogatott Szívbarát Program 1997 és 1999 tavaszán 3-3000 felnőtt személy bevonásával kérdőíves módszerrel felmérte a felnőtt lakosság táplálkozási szokásait. A program végrehajtói a Szonda Ipsos Média-, Vélemény- és Piackutató Intézet, a Központi Élelmiszeripari Kutató Intézet és az Interhealth Canada Ltd. voltak. A projekt célja a táplálkozási szokások és az életmód, valamint az egészség és a társadalmi helyzet közötti kapcsolat feltérképezése volt [16].

A Kalocsán és Homokmégyen, ugyancsak világbanki támogatással, 1996-ban és az azt követő évben végzett felmérésekben a lakosság egészségi állapotáról, életmódjáról, kiemelten a táplálkozási szokásokról gyűjtöttek adatokat. Az első alkalommal három különféle kérdőívvel mintegy 1000 lakost kérdeztek ki, illetve vérnyomásmérést, koleszterin és testtömeg-index meghatározást hajtottak végre. 1997-ben egy 200 fős mintát választottak kérdőíves felmérésre [17]. A táplálkozással kapcsolatos kalocsai adatokat összehasonlították a Szívbarát Program országos felméréséből e célra megfelelően kialakított minta adataival.

A SOTE Magatartástudományi Intézet vezetője, Kopp Mária és munkatársai 1983-ban, 1988-ban, valamint 1994-5-ben végeztek országos felmérést a neurotikus és depressziós tünetegyüttesek és társadalmi, környezeti, pszichológiai háttértényezők összefüggéseinek vizsgálatára. A felmért lakosok pszichés állapotának jellemzésére a Beck depressziós tünetbecslő skálát és a Juhász-féle neurózis skálát választották. 1988-ban az 1983-hoz képest kibővítették a kérdőívet, majd 1995-ben a korábbi kérdőívre az alkoholfogyasztási szokásokra vonatkozó kérdéseket is felvették. A felmérésben 1983-ban 5871, 20 év feletti, 1988-ban 20.902, illetve 1994-95-ben összesen 18.972, 16 év feletti magyar lakos vett részt [18, 19].

Egy pécsi munkacsoport követéses egészségpszichológiai felmérést végzett Baranya megyében 1989-ben, majd 1996-ban. Az első alkalommal mintegy 3700, 15-60 éves válaszadó vett részt a felmérésben, és közülük 2080 személlyel sikerült felvenni újra az interjút a második alkalommal is (az első alkalommal felkeresettek közül 120 fő időközben meghalt) [20,21].

Szádócky és munkatársai a háziorvoshoz fordulók, majd a felnőtt átlagpopuláció körében végzett epidemiológiai vizsgálatot a pszichiátriai betegségek, elsősorban a kedély- és szorongásos zavarok gyakoriságának megállapítására 1995-ben [22, 23]. Az ország 5 különböző területén, a háziorvosi nyilvántartásból kiválasztott, 2953 felnőtt került a mintába. A pszichiátriai diagnózist a *Diagnostic Interview Schedule* kérdőív alapján állapították meg.

Veresegyházán a Misszió Egészségügyi Központ építésével párhuzamosan felmérést végeztek az új egészségügyi intézmény vonzáskörzetében fekvő 13 településen. A kutatók az adatfelvételt egy követéses vizsgálat kiinduló helyzetfelmérésének tekintették. A kérdések “a lakosság életmódjára, egészségi állapotára, egészség és betegviselkedésére, intézményhasználatára irányultak” [24]. A felkeresett 1500 személy nem csupán magáról és lakás- illetve anyagi körülményeiről, hanem a háztartásukban élőkről is szolgáltatott adatot. A felkeresett háztartásokban élő 12-17 éves gyermekkel a – felnőtt-kérdőívekben ugyancsak érintett – gyerekneveléssel kapcsolatos kérdőívet töltöttek ki.

A FACT Intézet 1999-es országos felmérésében 1200, 18 év feletti lakos megkérdezésével a dohányzási és alkoholfogyasztási szokásokat mérte fel [25].

Mint látható, hogy bár a magyar lakosság rendkívül rossz egészségi állapota miatt több egészségre vonatkozó felmérést is végeztek a 90-es években, a felmérések rendkívül eltérő módszertani sajátosságai miatt ezek a lakosság egészségében mutatkozó változások időbeli követését csak igen korlátozott mértékben teszik lehetővé. A felmért lakosság nagysága, korösszetétele, a mintavételezés módja, az alkalmazott kérdőívek különbözősége ugyanis az eredmények összevethetőségét nagymértékben akadályozza, és ezért a változásokra vonatkozó következtetések levonását gyakorlatilag lehetetlenné teszi.

## 1.5. Célkitűzések

Mint a jövőben ismétlődő egészségfelmérések első elemének, az OLEF2000-nek tervezésekor az alábbi két fő célkitűzést kívánták elérni a kutatók:

1. a lakosság egészségéről és azt meghatározó tényezőkről rendszeresen adatot gyűjtő egészségfelmérések korszerű és a nemzetközi gyakorlattal harmonizáló módszertanának hazai kialakítása és kipróbálása, valamint
2. a népegészségügyi szempontból legjelentősebb egészségproblémákra és az azzal kapcsolatban álló tényezőkre vonatkozó adatoknak a Központi Statisztikai Hivatal 1994-es Egészségi Állapot Felvétellel összevethető gyűjtése.

Az 1. fő célkitűzésnek megfelelő legfontosabb módszertani kérdések a következők voltak:

- Egészségfelmérés céljára alkalmas-e a Központi Nyilvántartó és Választási Hivatal nyilvántartására alapozott mintavételezés?
- Milyen válaszarány érhető el az előkészítő lakossági kommunikációval, illetve a megfelelő kérdezői képzéssel?
- Mekkora erőforrás- és időigényű egy egészségfelmérés megvalósítása, milyen hosszú a kifejlesztett törzskérdőív?
- Alkalmas-e a számítógépes kérdezés egészségfelmérésre?
- Hogyan lehet összefüggéseket vizsgálni és bemutatni a hagyományos keresztábrák egyszerű leíró elemzése helyett logisztikus regresszióra épülő értékelési eljárásokkal?

A 2. fő célkitűzésnek megfelelő legfontosabb kutatási kérdések a következők voltak:

- Mekkora a kor és nem szerinti prevalenciája a vélt egészség különböző kategóriáinak?
- Milyen az életminőség EuroQuol (EQ-5) kérdőívvel mért eloszlása?
- Milyen a különböző fokú funkcionális gyakorlatosság?
- Mekkora korlátozottságtól mentes, illetve jó életminőségben eltöltött élettartam várható a különböző életkorokban?
- Milyen a következő kóros állapotok gyakorisága?
  - keringési betegségek
  - cukorbetegség
  - hiperkoleszterinémia
  - asztma
  - májbetegségek
  - mozgásszervi betegségek
  - sérülések, balesetek
- mentális problémák, öngyilkossági gondolat, -kísérlet, alvászavarok
- Mekkora az alábbi egészségmagatartási tényezők egyes kategóriáinak gyakorisága:
  - egyes táplálkozási szokások, testtömeg-index,
  - testmozgás,

- dohányzás és alkoholfogyasztás?
- Mekkora a normálistól eltérő testtömegűek aránya?
- Milyen a kapcsolat a funkcionalitás, a társadalmi-gazdasági tényezők és az egészségmagatartás között?
- A funkcionalitás csökkenése mekkora anyagi terhet jelent a családoknak, és mekkorát a társadalomnak?
- Az egészségi állapottól függetlenül milyen társadalmi-gazdasági tényezők befolyásolják az egészségügyi szolgáltatásokat igénybevételét?

## 1.6. Az OLEF2000 legfontosabb jellemzői

Az OLEF2000 tervezését és megvalósítását az Egészségügyi Minisztérium megbízásából az Egészségfejlesztési Kutatóintézet végezte 1999-2001 között. Az EFKI megszűnésétől, 2001. októberétől a felmérés adatainak értékelése az Országos Epidemiológiai Központban folytatódott. A tervezést felkért hazai és amerikai szakemberek, illetve neves szakmai vezetőkől álló tanácsadó testület támogatta.

A kérdőívfelvételéhez a Központi Nyilvántartó és Választási Hivatal nyilvántartásából 7000, véletlenül kiválasztott 18 éves vagy idősebb lakost kerestek fel a közbeszerzési eljárás során kiválasztott Magyar Gallup Intézet kérdezői az ország 440 településén. A kérdezők kiválasztása úgy történt, hogy minden településnagyság és megye arányosan képviselve legyen a mintában. A 2000. október 16.-án kezdődő kérdezés december elején fejeződött be.

A mintába került felnőttek mintegy 80%-ával, 5503 fővel sikerült felvenni a kérdőívet. A visszautasítás aránya a lakosok érdeklődése és a megfelelő előkészítés következtében alacsony volt: csupán minden 11. válaszolni képes felkeresett utasította el a részvételt, így a válaszadók a teljes magyar felnőtt lakosságot megfelelően képviselik. A közölt eredmények így a teljes felnőtt lakosságra általánosíthatók.

Az OLEF2000 kérdőívét a WHO által javasolt illetve a fejlett országokban használt kérdőívek alapján alakítottuk ki. A kérdőíves kikérdezéssel gyűjtött adatok megbízhatósága érdekében a kérdőív tartalmi és formai kialakítása kiscsoportos kipróbáláson és egy 200 fős elővizsgálaton történt. A kérdések az alábbi főbb témakörökre vonatkoztak:

- demográfiai, társadalmi-gazdasági jellemzők
- életminőség, egészségi állapot megítélése
- funkcionalitás csökkenése: zavar, akadályozottság, korlátozottság,
- betegségek, krónikus állapotok, panaszok
- egészségmagatartás
- egészséggel kapcsolatos kiadások, igénybevett egészségügyi szolgáltatások, gyógyszerfogyasztás.

Az érzékenynek tekintett kérdésekre ún. önkitöltős kérdőíven adtak választ a kérdezők. A későbbi felmérések törzsanyagának tekintett kérdőív felvétele átlagosan 50 percig tartott.

200 válaszoló esetében kipróbálásra került a hordozható számítógép segítségével történő kérdőívfelvétel, illetve 50 kérdezőnél a helyszíni vérnyomásmérés és koleszterin-vérszint meghatározása.



## 1.7. Idézett irodalom

- 1 [www.antsz.hu/oe/](http://www.antsz.hu/oe/)
- 2 Vokó Z., Vitrai J., Ursicz G., Lépes P. Egészségmonitorozás Magyarországon a XXI. században. *Népegészségügy* 1:28–33, 1999.
- 3 Decision No 1400/97/EC of the European Parliament and of the Council of 30 June 1997 adopting a programme of Community action on health monitoring within the framework for action in the field of public health (1997 to 2001) *Official Journal L* 193 , 22/07/1997 p. 0001 - 0011
- 4 Common Position (EC) No 34/2001 adopted by the Council, on 31 July 2001 acting in accordance with the procedure referred to in Article 251 of the Treaty establishing the European Community, with a view to adopting a Decision of the European Parliament and of the Council adopting a programme of Community action in the field of public health (2001 to 2006). *Official Journal C* 307, 31/10/2001, p. 27
- 5 Health monitoring for the European Union. A report of an expert group set up by the Commission to advise on the organisation of health monitoring. April 2000, kézirat
- 6 Design for a set of European Community Health Indicators. Final report by the ECHI Project. February 2001, kézirat
- 7 Toward a Health Statistics System for the 21st Century. Summary of a Workshop. Committee on National Statistics, Perrin EB, Kalsbeek WD, Scanlan TM (szerk.) National Academy Press, Washington, DC 2000
- 8 Hupkens Ch, Swinkels H: Health Interview Surveys in the European Union: Overview of Methods and Contents. CBS, The Netherlands 2001
- 9 Egészségi állapot, egészségkárosító szokások az 1984. évi mikrocenzus alapján. KSH Budapest 1987.
- 10 A népesség egészségi állapota, KSH Budapest 1989.
- 11 Központi Statisztikai Hivatal: Egészségi Állapotfelvétel. KSH Budapest 1996.
- 12 Spéder Zs. Egészségi állapot. In: Sík E, Tóth I Gy. Az ajtók záródnak (!). Magyar Háztartás Panel, Műhelytanulmányok. Társadalomkutatási Informatikai Egyesülés Budapest 1997.
- 13 Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról. Zárójelentés. TÁRKI Budapest 1998.
- 14 Bíró Gy. Az első Magyarországi Reprezentatív Táplálkozási Vizsgálat: az eredmények áttekintése. *Népegészségügy* 1994, 75: 129-133.
- 15 Bíró G, Antal M, Zajkás G. Nutrition survey of the Hungarian population in a randomized trial between 1992-1994. *Eur J Clin Nutr* 1996, 50: 201-208.
- 16 A Szívbarát Program Kiadványai 1-5. Szonda Ipsos Média, Vélemény- és Piackutató Intézet Kft., Központi Élelmiszeripari Kutatóintézet, Interhealth Canada Ltd. Budapest, 1998-1999.
- 17 A Szívbarát Program Kiadványai 3. Szonda Ipsos Média, Vélemény- és Piackutató Intézet Kft., Központi Élelmiszeripari Kutatóintézet, Interhealth Canada Ltd. Budapest, 1998-1999.
- 18 Kopp M, Skrabski Á, Lőke J, Szedmák S: A magyar lelkiállapot az átalakuló magyar társadalomban Századvég, Ősz 1996
- 19 Kopp M., Szedmák S, Lőke J, Skrabski Á: A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *Lege Artis Med.* 3:136-144,1997
- 20 Tahin T, Jeges S, Csanaky A. Az egészségi állapot és az orvoshoz fordulást befolyásoló demográfiai és társadalmi tényezők. *Demográfia* 1993;4:427-453.
- 21 Jeges S, Tahin T, Tóth Á. Az egészségi állapot változása 1989-1996 között Baranya megyei falvakban és Pécssett követéses egészségzociológiai vizsgálat alapján. *Egészségügyi gazdasági Szemle* 1997;35:202-217.
- 22 Szádóczky E, Fazekas I, Füredi J, Papp Zs: Kedélybetegségek és szorongásos zavarok előfordulása a gyaláadorvosi gyakorlatban, A Diagnostic Interview Schedule (DIS) magyar változatának az alkalmazásával. *Psychiatria Hungarica* 11(5):495-503. 1996
- 23 Szádóczky E, Papp Zs, Vitrai J, Füredi J: A hangulat- és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében. *Orvosi Hetilap* 2000;141:17–22

- 
- 24 Susánszky É, Szántó Zs. Előszó. In: Susánszky É, Szántó Zs. (szerk.) Táblaképek az egészségügyről. MTA Szociológiai Kutatóintézet-Fekete Sas Kiadó, Budapest, 2001, 11.o.
- 25 Dohányzás és alkoholfogyasztás. FACT Intézet Pécs 1999.

## 2. A LAKOSSÁG EGÉSZSÉGE

2.	A LAKOSSÁG EGÉSZSÉGE .....	2-1
2.1.	Funkcionalitás .....	2-3
2.1.1.	Kiemelt eredmények .....	2-3
2.1.2.	Háttér .....	2-3
2.1.3.	Módszertan .....	2-5
2.1.4.	Eredmények.....	2-9
2.1.4.1.	Populációs becslések .....	2-9
2.1.4.2.	Összefüggés-elemzések.....	2-12
2.1.5.	Megbeszélés .....	2-17
2.2.	Lelki egészség, öngyilkos magatartás .....	2-19
2.2.1.	Kiemelt eredmények .....	2-19
2.2.2.	Háttér .....	2-19
2.2.3.	Módszertan .....	2-21
2.2.4.	Eredmények.....	2-24
2.2.4.1.	Populációs becslések .....	2-24
2.2.4.2.	Összefüggés elemzések .....	2-26
2.2.4.3.	Részletes eredmények .....	2-27
2.2.5.	Megbeszélés .....	2-30
2.2.5.1.	Belső összehasonlítások .....	2-30
2.2.5.2.	Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság .....	2-30
2.2.5.3.	Az eredmények értelmezése.....	2-32
2.3.	Vélt egészség.....	2-35
2.3.1.	Kiemelt eredmények .....	2-35
2.3.2.	Háttér .....	2-35
2.3.3.	Módszertan .....	2-35
2.3.4.	Populációs becslések .....	2-36
2.3.5.	Megbeszélés .....	2-36
2.4.	Várható egészség.....	2-38
2.4.1.	Kiemelt eredmények .....	2-38
2.4.2.	Háttér .....	2-38
2.4.3.	Módszertan .....	2-40
2.4.4.	Eredmények.....	2-40
2.4.5.	Megbeszélés .....	2-42
2.4.5.1.	Az eredmények értelmezése.....	2-42
2.4.5.2.	Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra .....	2-43
2.5.	Életminőség.....	2-44
2.5.1.	Kiemelt eredmények .....	2-44
2.5.2.	Háttér .....	2-44
2.5.2.1.	A téma jelentősége .....	2-44
2.5.2.2.	Elterjedt fogalmak meghatározása .....	2-44
2.5.2.3.	OLEF2000 kérdései, származtatott mutatók .....	2-45
2.5.3.	Előzmények .....	2-47
2.5.3.1.	Legfontosabb külföldi adatok .....	2-47
2.5.3.2.	Legfontosabb összehasonlítható eredmények a korábbi hazai felmérésekből .....	2-47
2.5.4.	Eredmények.....	2-47
2.5.4.1.	Életminőség dimenziók szerinti problémák prevalenciája.....	2-47
2.5.4.2.	Egészségi állapot önértékelés vizuális analóg skálán (VAS).....	2-50

2.5.4.3.	Életminőség index .....	2-50
2.5.4.4.	Életminőség és más egészségi állapot mutatók.....	2-51
2.5.4.5.	Összefüggés-elemzések.....	2-53
2.5.5.	Megbeszélés .....	2-55
2.5.6.	Irodalom .....	2-57
2.6.	Betegségek.....	2-58
2.6.1.	Kiemelt eredmények .....	2-58
2.6.2.	Háttér .....	2-58
2.6.3.	Módszertan .....	2-61
2.6.4.	Eredmények.....	2-64
2.6.4.1.	Populációs becslések .....	2-64
2.6.4.2.	Összefüggés-elemzések.....	2-69
2.6.5.	Megbeszélés .....	2-75
2.6.5.1.	Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság .....	2-75
2.6.5.2.	Az eredmények értelmezése.....	2-75
2.6.5.3.	Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra .....	2-76
2.7.	Irodalom .....	2-77

## 2.1. Funkcionalitás

*Dr. Vokó Zoltán*

### 2.1.1. Kiemelt eredmények

- A közepes és súlyos látászavar gyakorisága meghaladta a 10%-ot az idősök<sup>1</sup> körében.
- Vizelettartási zavara volt minden 4. nőnek, minden 10-nél a zavar közepes vagy súlyos fokú volt.
- Az időskorúak körében a vizelettartási zavar a nők majd felét, a férfiak majd harmadát érintette.
- Egészségproblémáik miatt tartósan korlátozott volt a társadalmi életben a középkorú felnőttek negyede és az idős lakosság közel fele.
- A mindennapi élethez majd minden 10. otthon élő idős korú embernek segítséget kellett igénybe vennie, közülük minden 4. e nélkül az ágyból sem tudott felkelni.
- A korlátozottság gyakoribb volt – a többi tényező hatását kiszűrve is – az alacsony iskolázottságúak, a szegények, az elmaradottabb régiókban élők, az önállóan dolgozók, a munkanélküliek, a munkaképtelenek és a nem megfelelő társas támogatottsággal bírók körében.

### 2.1.2. Háttér

Az egészségfelmérések egyik fő célja, hogy információt szolgáltatassanak a lakosság egészségi állapotáról. Ugyanakkor, attól függően, hogy az egészség fogalmát hogyan definiáljuk, a lakosság egészsége többféleképpen jellemezhető. A biomedikálisnak nevezett hagyományos egészség-modell mellett, amely az egészséget a betegségek hiányaként értelmezi, napjainkra a népegészségügyben egy másfajta szemlélet tükröző modell, a funkcionális modell is tért nyert. E modell szerint egy személy egészségét annak alapján lehet megítélni, hogy mennyire tud különböző tevékenységeket végrehajtani, részt venni a társadalom életében – beleértve a szűkebb és tágabb közösséget –, harmonikusan alkalmazkodni a környezetéhez [1, 2, 3, 4]. A népegészségügyi kutatásokban az egészségnek a funkcionális modell szerinti jellemzése igen előnyös, mert a lakosságtól megbízható információ nyerhető arra vonatkozóan, hogy milyen tevékenységeket képes ellátni, illetve könnyen értelmezhető az állapot jelentette betegségteher.

A funkcionalitás-csökkenés ugyan bármely életkorban jelentkezhet, legnagyobb mértékben azonban az időseket érinti. A fejlett társadalmak népegészségügyének egyik legjelentősebb problémája a segítségre szoruló idős népességben belüli arányának folyamatos növekedése [5]. A népegészségügyi problémák megoldásához megbízható adatokra van szükség: (a) az akadályozottság, korlátozottság gyakoriságáról, annak alakulásáról (b) az akadályozottság és a korlátozottság súlyosságának megoszlásáról és (c) a segítség iránti szükséglet nagyságáról.

<sup>1</sup> A *Kutatási jelentésben* fiatalnak nevezzük a 18-34 éves, középkorúaknak a 35-64 éves, idősnek a 65 éves és annál idősebb felnőtteket

Az irodalmi adatok arra utalnak, hogy a korlátozottság összefügg a jövedelemmel, az iskolázottsággal és a foglalkozással [6, 7, 8, 9]. Az International Classification of Functioning, Disability and Health-ben használt korszerű egészség-modellben a funkcionalitás csökkenésének három kategóriája különböztethető meg [4]:

- **zavar** (*impairment*)<sup>2</sup>: a test anatómiai szerkezetét és/vagy valamely funkcióját érintő probléma
- **tevékenység akadályozottsága** (*activity restriction*)<sup>3</sup>: valamely (fizikai vagy mentális) tevékenység végrehajtásában jelentkező probléma
- **részvétel korlátozottsága** (*participation restriction*)<sup>4</sup>: a társadalmi szerep betöltésében, a társadalmi életben való részvételben megnyilvánuló probléma

Kissé egyszerűsítve, a zavar a szervezetben magában, az akadályozottság a tevékenységben, a korlátozottság pedig a társadalmi életben való részvétel során jelentkező problémákat jelenti. A három fogalom megkülönböztetését jól példázhatja a súlyos memóriazavar esete, amely **akadály** a tanulásban és így **korlátot jelent** az iskolai képzés során.

A zavar és az akadályozottság elkülönítése fontos, hiszen a kettő eltérő megközelítést igényel. A zavar olyan funkciócsökkenést jelent, amelyet az egyén valamilyen alkalmazkodásra alkalmas magatartásminta kialakításával, esetleg segédeszköz igénybevételével kompenzálhat, ennek hiányában a zavar akadályozhatja valamely tevékenységében. A korlátozottságot gyakran tévesen azonosítják mások segítségének igénybevételével. Amint azonban a korlátozottság fenti definíciójából következik, a kettő nem azonos: a segítség igénybevétele a korlátozottság súlyos fokaként értelmezhető. A segítség igénybevételével járó állapotok már jelentős betegségterhet jelentenek, mert alapvetően befolyásolják az életminőséget, illetve a rászoruló ellátása mind a családok, mind az ellátó rendszer számára jelentős terhet jelent.

A funkcionális egészségmodellnek megfelelő osztályozási rendszer kialakítása, illetve a mérésére alkalmas kérdőíves eszközök fejlesztése a közelmúltban kerültek a népegészségügyi kutatás és az egészségmonitorozás homlokterébe [4, 10, 11, 12]. Még nem áll rendelkezésünkre általánosan elfogadott, hiteles eszköz a funkcionalitás mérésére egészségfelmérésekben. A közeljövőben ezen a területen jelentős fejlődés és nemzetközi harmonizáció várható.

Az OLEF2000-ben alkalmazott funkcionális modellnek megfelelő, hasonló eszközt használó hazai vizsgálatról közleményt nem találtunk.

Egy 1998-90-es és 1996-as Baranya-megyei egészségfelmérésben, a KSH 1994-es és a TÁRKI 1998-as felmérésében szerepeltek a funkcionalitás témakörére vonatkozó kérdések [13, 14, 15, 16]. A baranyai megyei felmérésben a tevékenységkorlátozottsággal járó napok számára kérdeztek. A KSH felmérésében a tartós egészségkárosodásra kérdeztek – „Van-e tartós egészségkárosodása, fogyatékossága?”. A TÁRKI felmérésében a következő kérdést tették fel: „Az egészségi állapota mennyiben korlátozza Önt fizikai teherbírásban / pénzkérésben / azt egyen, amit akar / mindennapos házimunkában / szórakozásban / emberi, baráti kapcsolatainak fenntartásában / önellátásban?”.

<sup>2</sup> Egyes magyar szakértők a „károsodás” kifejezést javasolják. Vélhetően hamarosan kialakul egy konszenzuson alapuló magyar terminológia. Véleményünk szerint sem a károsodás, sem a zavar nem ideális fordítás, mert az előbbi inkább az anatómiai, az utóbbi inkább az élettani problémákra utal.

<sup>3</sup> A Kutatási Jelentésben a továbbiakban a kifejezést rövid formájában, „akadályozottság”-ként használjuk.

<sup>4</sup> A Kutatási Jelentésben a továbbiakban a kifejezést rövid formájában, „korlátozottság”-ként használjuk.

### 2.1.3. Módszertan

A funkcionalitás osztályozására és mérésére a WHO által ajánlott klasszifikációs rendszert alkalmaztuk [4]. Az OLEF2000-ben a funkcionalitás felmérésére használt kérdéseket a WHO EUROHIS projektben kifejlesztett funkcionalitás kérdőívéből (9-13. kérdés) [11], a General Health Questionnaire-ből (GHQ) (27. kérdés), az EQ5D életminőség kérdőívéből (önkitöltős kérdőív 3. kérdés) vettük át, illetve a 14. és 15. kérdés saját fejlesztésű. Az ezekre adott válaszok alapján megbecsülhető a látás-, hallászavar, az önellátás akadályozottsága, és a korlátozottság gyakorisága. A felmérésben alkalmazott kérdések a következők voltak:

9. Ön általában milyen távolságot képes ÖNÁLLÓAN megtenni anélkül, hogy meg kellene állnia, vagy rosszul érezné magát?

- 1 – Egy lépést sem tud megtenni  
 2 – Legfeljebb csak néhány lépést  
 3 – Legfeljebb 200 métert  
 4 – Több mint 200 métert

- 8 – Nem tud válaszolni  
 9 – Nem kíván válaszolni

10. Kérem, hogy a következő válaszokhoz használja ezt a kártyalapot. Általában nehézség nélkül, nehezen vagy csak valaki segítségével....

(a válaszlehetőségek kártyalapon)

	Nehézség nélkül	Nehezen	Csak valaki segítségével	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
1. tud felkelni, illetve visszafeküdni az ágyba?	1	2	3	8	9
2. tud felállni, illetve leülni egy székre?	1	2	3	8	9
3. tud felöltözni, illetve levetkőzni?	1	2	3	8	9
4. tudja megmosni a kezét?	1	2	3	8	9
5. tud enni, beleértve az étel felvágását?	1	2	3	8	9
6. tudja használni a WC-t?	1	2	3	8	9

**11. Milyen hangerőn tudja hallgatni a TV-t vagy a rádiót?**

- 1 – Normál hangerőn
  - 2 – Csak felhangosítva
  - 3 – Csak hallókészülékkel
  - 4 – Nem tudja hallgatni, mert olyan mértékben halláskárosult
  - 5 – Nincs se TV-je se rádiója, vagy nem szokta hallgatni
- 

- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

**12. Elég jól lát ahhoz, hogy az utca túloldaláról felismerje ismerőseit?**

- 1 – Igen
  - 2 – Csak szemüveggel vagy kontaktlencsével
  - 3 – Nem
- 

- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

**13. Elég jól lát ahhoz, hogy kartávolságból felismerje ismerőseit?**

- 1 – Igen
  - 2 – Csak szemüveggel vagy kontaktlencsével
  - 3 – Nem
- 

- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

**14. Van-e olyan panasza, sérülése, betegsége, amely akadályozza, illetve korlátozza Önt szokásos tevékenységében, például a munkában, vásárlásban, dolgai intézésében, sportolásban, vagy a másokkal való kapcsolattartásban?**

- 1 – Van
- 2 – Nincs
- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

**15. Mióta áll fenn ez a korlátozottsága?**

- 1 – Legfeljebb két hete
  - 2 – Legfeljebb egy éve
  - 3 – Több mint egy éve
- 

- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni



**27.A következőkben arról fogom kérdezni, hogy milyen lelki állapotban, hangulatban volt az elmúlt KÉT HÉT során.**

(válaszlehetőségek kártyalapon)

	Egyáltalán nem	Igen, de nem gyakrabban, mint máskor	Gyakrabban, mint máskor	Igen sokkal gyakrabban, mint máskor	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
27_1. Előfordult-e az elmúlt <u>két hétben</u> , hogy nem tudott elaludni, éjszaka többször felébredt, vagy túl korán ébredt és nem tudott visszaaludni	1	2	3	4	8	9
27_2. Előfordult-e az elmúlt <u>két hétben</u> , hogy napokig feszültnek érezte magát?	1	2	3	4	8	9

	Jobban, mint máskor	Úgy, mint máskor	Kevésbé, mint máskor	Sokkal kevésbé, mint máskor	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
27_3. Az elmúlt <u>két hétben</u> mennyire volt képes figyelni arra, amit éppen csinált?	1	2	3	4	8	9
27_4. Az elmúlt <u>két hétben</u> mennyire érezte, hogy hasznos az, amit csinált?	1	2	3	4	8	9
27_5. Az elmúlt <u>két hétben</u> mennyire tudott megbirkózni problémáival?	1	2	3	4	8	9
27_6. Az elmúlt <u>két hétben</u> mennyire érezte képesnek magát arra, hogy döntéseket hozzon?	1	2	3	4	8	9

	Egyáltalán nem	Igen, de nem gyakrabban, mint máskor	Gyakrabban, mint máskor	Igen sokkal gyakrabban, mint máskor	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
27_7. Előfordult-e az elmúlt <u>két hétben</u> , hogy úgy érezte, nem tud felülkerekedni nehézségein?	1	2	3	4	8	9

	Jobban, mint máskor	Úgy, mint máskor	Kevésbé, mint máskor	Sokkal kevésbé, mint máskor	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
27_8. Az elmúlt <u>két hétben</u> mindent egybevéve, mennyire érezte boldognak magát?	1	2	3	4	8	9
27_9. Az elmúlt <u>két hétben</u> mennyire lelte örömet mindennapi tevékenységeiben?	1	2	3	4	8	9

	Egyáltalán nem	Igen, de nem gyakrabban, mint máskor	Gyakrabban, mint máskor	Igen sokkal gyakrabban, mint máskor	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
27_10. Előfordult-e az elmúlt <u>két hétben</u> , hogy lehangoltnak, kedvetlennek érezte magát?	1	2	3	4	8	9
27_11. Előfordult-e az elmúlt <u>két hétben</u> , hogy nem bízott önmagában?	1	2	3	4	8	9
27_12. Előfordult-e az elmúlt <u>két hétben</u> , hogy nem érezte magát hasznos, értékes embernek?	1	2	3	4	8	9

- 3. Szokásos tevékenységek (önkitöltős)**  
(munka, tanulás, házimunka, családi vagy szabadidős tevékenységek, stb.)
- a. Nem jelent gondot a szokásos tevékenységek elvégzése
  - b. Gondot jelent a szokásos tevékenységek elvégzése
  - c. Nem tudom a szokásos tevékenységeket egyedül elvégezni

Az egyes funkcionalitás csökkenés típusok meghatározására a következő definíciókat alkalmaztuk:

**látászavar** (12. és 13. kérdés alapján)

- nincs: utca túloldaláról felismeri az ismerősét
- enyhe: utca túloldaláról csak szemüveggel vagy kontaktlencsével ismeri fel az ismerősét
- közepes: kartávolságból ismeri csak fel az ismerősét
- súlyos: kartávolságból sem ismeri fel az ismerősét

**hallászavar** (11. kérdés alapján)

- nincs: normál hangerőn tudja hallgatni a TV-t vagy a rádiót
- enyhe: csak felhangosítva tudja hallgatni a TV-t vagy a rádiót
- közepes: csak hallókészülékkel tudja hallgatni a TV-t vagy a rádiót
- súlyos: nem tudja hallgatni a TV vagy a rádiót, mert olyan mértékben halláskárosult

**vizelettartási zavar** (Önkitöltős 8. kérdés alapján)

- nincs: soha nem fordul elő, hogy elcsöppen a vizelete, vagy bevizel
- enyhe: ritkábban, mint havonta fordul elő, hogy elcsöppen a vizelete, vagy bevizel
- közepes: havonta / hetente fordul elő, hogy elcsöppen a vizelete, vagy bevizel
- súlyos: egyáltalán nem tudja visszatartani a vizeletét

**funkcionalitás csökkenés** (9., 10., 14., 15., 27. és Önkitöltős 3. kérdés alapján)

- súlyos korlátozottság: más segítségét vette igénybe az ágyból való felkeléshez
- közepes korlátozottság: más segítségét vette igénybe az önellátáshoz vagy a társadalmi életben való részvételhez, de az ágyból fel tudott kelni
- enyhe korlátozottság: tartósan korlátozott, más segítségét nem vette igénybe
- akadályozottság: nem korlátozott, nehézsége volt az önellátásban vagy mentálisan akadályozott
- nem akadályozott, nem korlátozott

## 2.1.4. Eredmények

### 2.1.4.1. Populációs becslések

#### **Az eredmények értelmezéséhez:**

Az alábbi táblázatokban egyes funkcionalitás csökkenések gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például a korlátozottság gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az életkornak az korlátozottságra gyakorolt megfelelő irányú hatását.

A látászavar gyakoriságát a 2.1-1. táblázat mutatja. A nők több mint 30, a férfiak 17%-ának volt legalább enyhe látászavara. Az idősek körében a közepes és súlyos látászavar gyakorisága meghaladta a 10%-ot.

#### **2.1-1. táblázat: A látászavar gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként**

Látászavar	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
nincs	84,4 [82,0-86,6]	6,4 [64,6-70,0]	49,0 [45,5-52,5]	68,4 [66,5-70,1]
enyhe	13,7 [11,5-16,2]	27,7 [25,4-30,1]	36,4 [45,5-52,5]	25,5 [66,5-70,1]
közepes	1,7 [1,0-2,8]	4,5 [3,5-5,7]	11,6 [9,6-14,0]	5,2 [4,5-6,0]
súlyos	0,1 [0,0-0,7]	0,5 [0,2-1,0]	2,9 [1,8-4,7]	0,9 [0,6-1,3]
Látászavar	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
nincs	90,0 [86,1-92,9]	83,3 [81,0-85,4]	62,9 [57,3-68,2]	82,7 [80,6-84,6]
enyhe	9,8 [6,8-13,8]	14,4 [12,2-16,9]	26,4 [22,2-31,2]	14,6 [12,2-17,3]
közepes	0,2 [0,1-1,0]	2,0 [1,5-2,9]	8,2 [4,7-13,9]	2,3 [1,6-3,3]
súlyos	0,0	0,2 [0,1-0,7]	2,4 [1,2-4,9]	0,5 [0,2-0,9]

A nők 11%-a, a férfiak majd 14%-a szenvedett hallászavarban. A közepes, vagy súlyos hallászavar ritka volt, a felnőtt lakosság kevesebb, mint 1%-át érintette. 65 év felett legalább enyhe hallászavara volt a nők negyedének, a férfiak harmadának (2.1-2. táblázat).

**2.1-2. táblázat: A hallásvavar gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként**

Hallásvavar	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
nincs	97,1 [95,8-98,0]	91,5 [90,2-92,6]	73,5 [70,4-76,3]	89,2 [88,2-90,2]
enyhe	2,8 [1,9-4,0]	8,1 [7,0-9,4]	23,2 [20,4-26,3]	9,8 [8,9-10,9]
közepes	0,1 [0,0-0,9]	0,3 [0,1-0,8]	2,7 [1,8-3,9]	0,8 [0,5-1,1]
súlyos	0,0	0,1 [0,0-0,5]	0,6 [0,3-1,4]	0,2 [0,1-0,4]
Hallásvavar	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
nincs	95,7 [94,2-96,9]	86,1 [83,6-88,3]	65,3 [59,2-70,9]	86,5 [84,6-88,1]
enyhe	4,1 [2,9-5,5]	13,3 [11,1-15,8]	31,5 [26,3-37,2]	12,7 [11,1-14,4]
közepes	0,1 [0,0-0,9]	0,5 [0,2-0,9]	2,2 [1,3-4,0]	0,6 [0,4-1,0]
súlyos	0,1 [0,0-0,8]	0,1 [0,0-0,6]	0,9 [0,3-2,7]	0,2 [0,1-0,5]

A vizelettartás zavara igen gyakori volt(2.1-3. táblázat), különösen az idősek és a nők körében. Minden 4. nőnek volt valamilyen fokú vizelettartási zavara, minden 10-nek közepes vagy súlyos fokú. Az időskorúak körében a vizelettartási zavar a nők majd felét, a férfiak majd harmadát érintette.

**2.1-3. táblázat: A vizelettartási zavar gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként**

Vizeletürítési zavar	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
nincs	92,9 [90,8-94,6]	72,2 [70,1-74,2]	56,3 [52,7-59,9]	75,0 [73,4-76,5]
enyhe	5,3 [3,8-7,4]	17,2 [15,5-19,0]	20,3 [17,6-23,2]	14,3 [13,0-15,8]
közepes	1,6 [1,0-2,5]	9,0 [7,7-10,5]	18,1 [15,6-21,1]	8,7 [7,9-9,7]
súlyos	0,2 [0,1-0,9]	1,6 [1,1-2,3]	5,3 [3,6-7,8]	2,0 [1,5-2,6]
Vizeletürítési zavar	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
nincs	97,3 [96,1-98,2]	89,7 [87,8-91,5]	70,3 [65,8-74,5]	89,7 [88,5-90,8]
enyhe	2,2 [1,5-3,4]	6,2 [5,1-7,6]	14,4 [11,2-18,3]	5,9 [5,1-6,9]
közepes	0,4 [0,2-1,2]	3,5 [2,6-4,7]	12,1 [9,6-15,2]	3,6 [3,0-4,3]
súlyos	0,0	0,6 [0,2-1,3]	3,2 [1,9-5,3]	0,7 [0,5-1,1]

A válaszok alapján egészségproblémái miatt tartósan korlátozott volt a társadalmi életben való részvételben a felnőtt magyar lakosság több mint 20%-a, a középkorú felnőttek negyede, az idősek majd fele. A mindennapi élethez majd minden 10. otthonélő időszerű embernek segítséget kellett igénybe vennie, közülük minden 4. segítség nélkül az ágyból sem tudott felkelni. A nők 23, a férfiak 10%-a volt akadályozott valamilyen tevékenységben

**2.1-4. táblázat: A funkcionalitás csökkenés gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként**

Funkcionalitás csökkenés	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
nincs	82,1 [79,1-84,7]	59,7 [57,4-61,9]	35,0 [31,7-38,3]	60,8 [59,1-62,5]
akadály	10,0 [8,0-12,3]	14,5 [12,7-16,6]	18,8 [16,3-21,7]	14,1 [12,9-15,4]
enyhe	7,2 [5,7-9,1]	23,5 [21,0-26,1]	36,8 [33,5-40,3]	21,6 [20,0-23,3]
közepes	0,7 [0,4-1,5]	1,9 [1,4-2,6]	7,3 [5,8-9,1]	2,7 [2,3-3,2]
súlyos	0,0	0,5	2,1	0,7
Funkcionalitás csökkenés	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
nincs	85,7 [83,4-87,7]	68,3 [65,5-71,0]	42,6 [38,0-47,4]	70,6 [68,7-72,5]
akadály	6,1 [4,8-7,8]	5,9 [4,3-8,0]	11,6 [8,9-15,0]	6,8 [5,8-8,0]
enyhe	8,0 [6,2-10,1]	22,4 [19,8-25,3]	35,8 [31,3-40,7]	19,3 [17,8-21,0]
közepes	0,2 [0,1-0,9]	3,1 [2,2-4,2]	6,8 [4,6-9,9]	2,6 [2,0-3,4]
súlyos	0,0	0,3 [0,1-0,7]	3,2 [2,0-5,0]	0,6 [0,4-1,0]

### 2.1.4.2. Összefüggés-elemzések

#### **Az eredmények értelmezéséhez:**

A többváltozós elemzés lehetővé teszi **több** magyarázó jellemzőnek **egy** vizsgált tényezőre kifejtett hatásának elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszűrve” az elemzésbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.

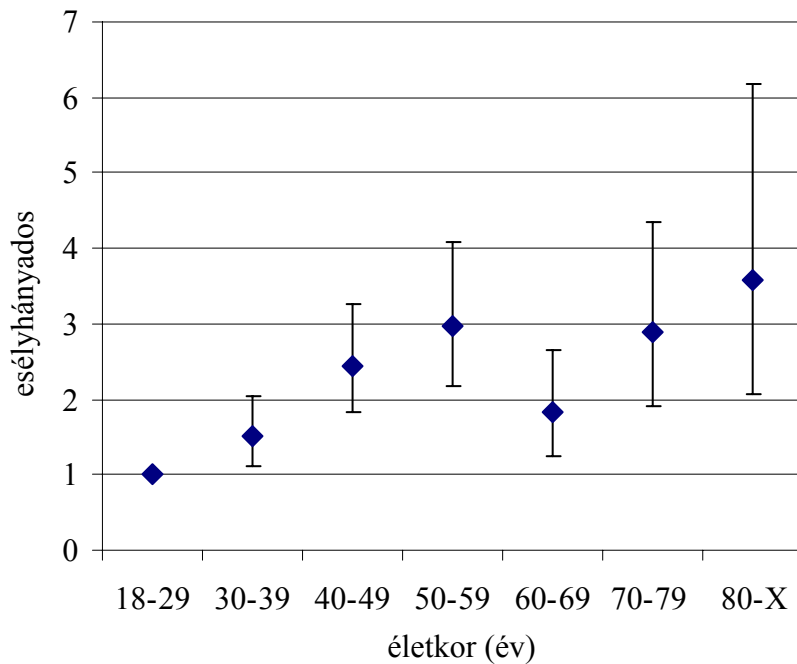
Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhető az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

Azt vizsgáltuk, hogy milyen kapcsolatban áll a korlátozottság az életkorral, a nemmel, az iskolai végzettséggel, az anyagi helyzettel, a lakáskörülményekkel, a foglalkozással, a beosztással, a munkaviszonnyal, a régióval, a település nagyságával, a társas támogatottsággal és a munkaintenzitással. Az összefüggés-elemzésben a korlátozottság esélyét a korlátozottak és az ép funkcionalitással jellemzettek arányának hányadosaként képeztük. Az akadályozottak nem szerepeltek az elemzésben, mert így a funkcionalitás csökkenés nagyobb kontrasztját lehetett vizsgálni, ugyanakkor megfelelő számú megfigyelés állt rendelkezésre az elemzéshez. Az 5503 válaszadó közül 5337 személy funkcionalitás csökkenésének a mértékét lehetett meghatározni. Közülük 4756-an voltak egészségesek vagy korlátozottak, akik közül 4502 személy esetén állt rendelkezésre megfelelő adat az összes, a modellben szereplő tényezőről, így az összefüggés-elemzésben az ő adataikat használtuk fel.

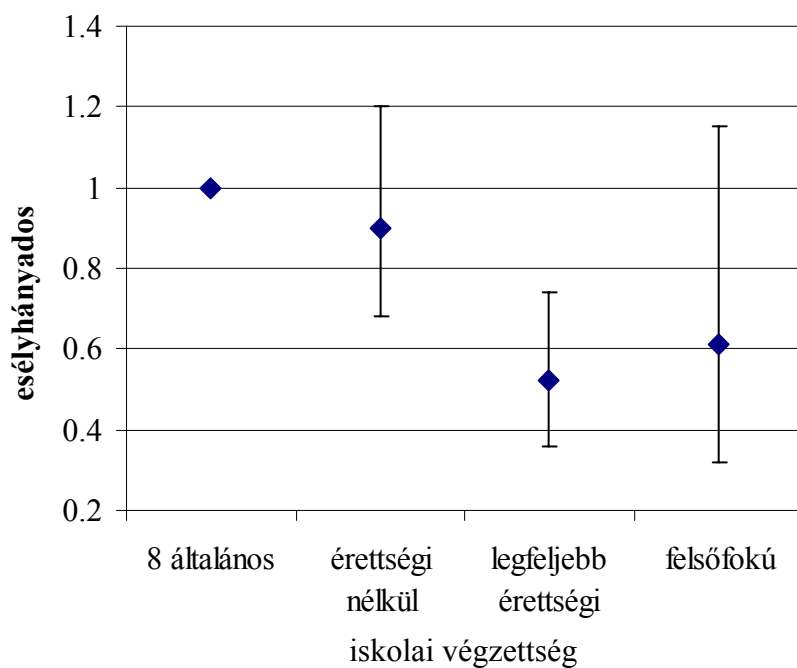
A korlátozottsággal jelentős és statisztikailag szignifikáns kapcsolatban álló vizsgált tényezőket és a kapcsolat erősségét jellemző esélyhányadosokat a 2.1-5. táblázat mutatja.

Megállapítható, hogy a korlátozottság a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt a korrall, az iskolázottsággal, az anyagi helyzettel, a munkaviszonnyal, a beosztással, a munkaintenzitással, a régiókkal és a településnagysággal.

A többi tényező hatását kiszűrve, az életkorral folyamatosan növekszik a korlátozottság esélye ( 2.1-1. ábra ). A monoton emelkedő trend a 60-69 éves korosztályban megtört, majd onnan kezdődően az idősebb korosztályokban ismét hasonló trend szerint emelkedett a korlátozottság esélye, mint a 18-59 évesek körében. Az ábrákon a hibavonalak a 95%-os megbízhatósági intervallumot mutatják.

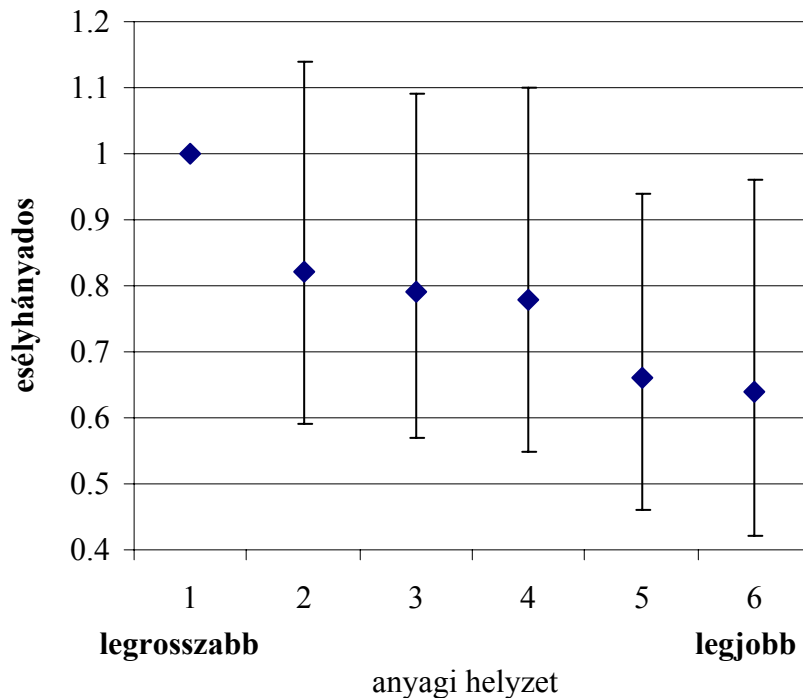
**2.1-2. ábra: A korlátozottság kapcsolata az életkorral**

A 2.1-3. ábra-n megfigyelhető, hogy a legalább érettségivel rendelkezők körében a korlátozott esélye a többi tényező hatását kiszűrve 50-60%-a a 8 általános iskolai végzettségűeknél becsült értéknek. Az eredmény a felsőfokú végzettségűek esetében kis létszámuk miatt 5%-os szinten statisztikailag nem szignifikáns.

**2.1-3. ábra. A korlátozottság és az iskolai végzettség kapcsolata**

Összevetve az anyagi helyzet kategóriáit, megfigyelhető, hogy az anyagi helyzet javulásával csökkent a korlátozottság esélye: a legjobb anyagi helyzetben lévők körében a korlátozottság esélye 64% volt a legrosszabb anyagi helyzetben lévőkéhez viszonyítva (2.1-4. ábra).

#### 2.1-4. ábra: A korlátozottság és az anyagi helyzet kapcsolata



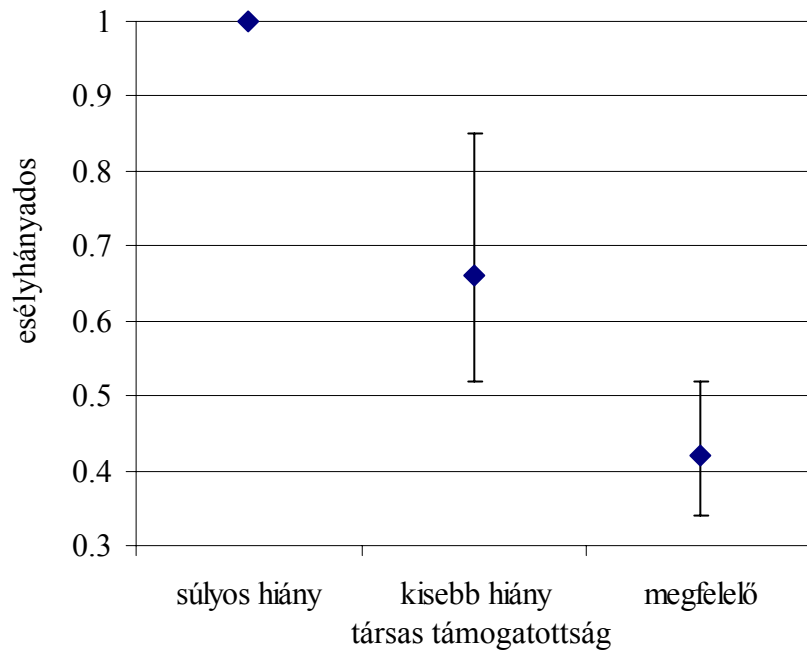
A tartósan munkaképtelenek körében a korlátozottság esélye 22-szerese, a nyugdíjasok körében 6,22-szerese, a tartósan munkanélküliek körében pedig 1,65-szöröse volt a dolgozókéhoz viszonyítva.

A vezetők körében a korlátozottság esélye mintegy 70%-a volt az önállóknak.

Az átlag alatti munkaintenzitással jellemzettek körében a korlátozottság esélye 2,7-szeres volt az intenzív munkaterhelésnek kitettekhez viszonyítva.

Összevetve a társas támogatottság kategóriáit, megfigyelhető, hogy a társas támogatottság javulásával csökkent a korlátozottság esélye: a megfelelő társas támogatottsággal rendelkezők a korlátozottságának esélye 42%-a volt a társas támogatottság súlyos hiányával jellemzetteknek (2.1-5. ábra).



**2.1-5. ábra: A korlátozottság és a társas támogatottság kapcsolata.**

A többi tényező hatását kiszűrve a nyugat-dunántúli régióhoz viszonyítva az összes régióban magasabb volt a korlátozottság esélye, Észak-Magyarországon meghaladta a nyugat-dunántúli érték 2,5-szeresét.

Az aprófalvakban (lélekszám  $\leq 1000$  fő) a korlátozottság esélye magasabb, mint bármely egyéb településnagyság kategóriában. Ugyanakkor jelentős mértékű eltérés a korlátozottság esélyében – mintegy 25-35%-kal csökkent esély – ezekhez a településekhez viszonyítva csak az 1001-10000 fős településeken észlelhető.

**2.1-5. táblázat: A tartós korlátozottság és az egyéni és környezeti tényezők kapcsolata.<sup>5</sup>**

Vizsgált tényező	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>KOR</b>			
Referencia: 18-29 év	30-39 év	1,50	1,11-2,03
	40-49 év	2,44	1,82-3,26
	50-59 év	2,98	2,17-4,08
	60-69 év	1,82	1,25-2,66
	70-79 év	2,88	1,91- 4,34
	80-X év	3,58	2,08-6,17
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>			
Referencia: 8 általános	érettségi nélkül	0,90	0,68-1,20
	legfeljebb érettségi	0,52	0,36-0,74
	felsőfokú	0,61	0,32-1,15
<b>ANYAGI HELYZET</b>			
Referencia: 1 (legrosszabb)	2	0,82	0,59-1,14
	3	0,79	0,57-1,09
	4	0,78	0,55-1,10
	5	0,66	0,46-0,94
	6 (legjobb)	0,64	0,42-0,96
<b>MUNKAVISZONY</b>			
Referencia: dolgozik	nyugdíjas	6,22	4,34-8,90
	egyéb inaktív	1,15	0,72-1,84
	tartósan munkaképtelen	22,32	12,77-39,01
	tartósan munkanélküli	1,65	1,01-2,71
	nem tartósan munkanélküli	1,01	0,54-1,92
<b>BEOSZTÁS</b>			
Referencia: önálló	vezető	0,68	0,49-0,96
	beosztott	0,84	0,61-1,17
	soha nem dolgozott	1,74	0,56-5,42
<b>MUNKAINTEENZITÁS</b>			
Referencia: intenzív terhelés	átlagos	0,89	0,65-1,23
	átlag alatti	2,70	1,72-4,25
<b>TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG</b>			
Referencia: súlyos hiány	kisebb hiány	0,66	0,52-0,85
	megfelelő	0,42	0,34-0,52

<sup>5</sup> Egy magyarázó tényező hatását jellemző esélyhányados becslésekor az elemzésben szereplő többi tényező hatását az alkalmazott logisztikus regresszió kiszűri. Emiatt pl. a kor kategóriáihoz tartozó táblázatbeli esélyhányados úgy értelmezhető, hogy a korlátozottság esélye hányszorosa a az adott korcsoportban a 18-29 évesekhez (referencia) viszonyítva, függetlenül attól, hogy ezt az összefüggést milyen nemben, anyagi helyzetben vagy foglalkozási kategóriájában vizsgáljuk.

Vizsgált tényező	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>RÉGIÓ</b>			
Referencia: Nyugat-Dunántúl	Dél-Dunántúl	1,81	1,22-2,70
	Közép-Dunántúl	1,47	0,99-2,18
	Közép-Magyarország	1,65	1,19-2,28
	Észak-Magyarország	2,51	1,76-3,56
	Észak-Alföld	1,56	1,08-2,25
	Dél-Alföld	1,73	1,18-2,54
<b>TELEPÜLÉS-NAGYSÁG</b>			
Referencia: lakosságszám 0-1000	1001-3000	0,65	0,46-0,91
	3001-5000	0,73	0,50-1,08
	5001-10000	0,64	0,43-0,95
	10001-50000	0,97	0,69-1,35
	50001-X	0,84	0,61-1,17

### 2.1.5. Megbeszélés

A kérdőív változatainak kognitív laborban és az elővizsgálatban történt kipróbálása alapján megállapítottuk, hogy a EuroQol-5D kérdőív jelenlegi hivatalos magyar változata magyartalan, nehezen érthető, ezért a fővizsgálatban a kérdőívnek nyelvileg egy kissé módosított változatát alkalmaztuk. Az új változat hivatalos magyar változatként való elfogadtatása a EuroQol csoportnál folyamatban van.

A funkcionalitás csökkenés mérésére az OLEF2000-ben alkalmazott összetett eszköz lehetőséget nyújtott arra, hogy megvizsgáljuk, hogy azonos jellemzőkre kérdező eszközök eredményeinek konzisztenciáját megvizsgáljuk. E vizsgálatok alapján a következő megállapításokra jutottunk:

- A EuroQol-5D kérdőív mozgásképeségre vonatkozó kérdése (OLEF2000 önkitöltős kérdőív 1. kérdés) félreérthető, a WHO járásképeségre vonatkozó kérdésével összevetve (OLEF2000 9. kérdés) kiderült, hogy az előbbi kérdésre „Nem tudok felkelni az ágyból” választ adók közül többen önállóan is képesek jární. A kétféle mozgás képeségre vonatkozó kérdésnek az EuroQol-5D-ben alkalmazott módon való egybeolvasztása nehezen értelmezhető kérdőíves eszközt eredményez.
- A 14. kérdésre – „Van-e olyan panasza, sérülése, betegsége, amely akadályozza, illetve korlátozza Önt szokásos tevékenységében, például a munkában, vásárlásban, dolgai intézésében, sportolásban, vagy a másokkal való kapcsolattartásban?” jóval többen válaszoltak igennel, mint az EuroQol-5D kérdőív 3. kérdésére, mely a szokásos tevékenységgel kapcsolatos gondokra kérdez. Kisebb mértékben a másik irányban is előfordult inkonzisztencia. Mivel valószínűtlen, hogy a 14. kérdésre a válaszadó igennel feleljen, ha teljesen nem éli meg korlátozottságként a funkcionalitás csökkenését, így elemzésünk arra utal, hogy önmagában az EuroQol-5D kérdőív 3. kérdése nem alkalmas a korlátozottság mérésére. Ugyanakkor a 14. kérdés sem működött hibátlanul.

Ugyan a bevezetésben említett hazai felmérések az OLEF2000-től teljesen eltérő módszertannal dolgoztak érdemes megemlíteni, hogy KSH által rendelkezésünkre bocsátott adatokon elvégzett elemzésünk szerint, a KSH 1994-es felmérése alapján a 18-34 éves nők 2,0, a férfiak

3,8, a 35-64 éves nők 6,4, a férfiak 9,3%-ának volt tartós egészségkárosodása vagy fogyatékosága. A TÁRKI 1998-as felmérése szerint a 14 évesnél idősebbek 25%-a nagyon, 20,4%-a kicsit volt korlátozott a kérdezett tevékenységek valamelyikében.

Az egyszerű gyakorisági becslések jelentős problémákra hívják fel a figyelmet: az időszerűk körében az érzékszervi zavarok, a vizelettartási zavarok, és a mindennapi tevékenységekben segítségre szorulóknak nagy arányára, a nők körében a vizelettartási panasz magas prevalenciájára, a középkorúak körében pedig a korlátozottság jelentős mértékére.

Ahogy az eddigi hazai és nemzetközi népegészségügyi kutatások igazolták, igen erős a kapcsolat a társadalmi-gazdasági helyzet és az egészség között. Elemzéseink a többi tényező hatását kiszűrve is egyértelmű, jelentős kapcsolatokat igazoltak az iskolázottság, az anyagi helyzet, a beosztás, és a korlátozottság között. A társas támogatottság és az egészségi állapot közötti kapcsolat felhívja a figyelmet a pszicho-szociális meghatározó tényezők jelentőségére, mely különösen fontos, ha figyelembe vesszük a társas támogatottság és az egyéb meghatározó tényezők között az OLEF2000-ben feltárt kapcsolatokat.

Az életkor és a korlátozottság kapcsolatát jellemző trend érdekes megtörése a véletlen ingadozás esetleges szerepén túl valószínűleg azzal magyarázható, hogy a legsúlyosabb állapotok az idősebb korosztályok felé magas halálozással bírnak, másrészt a súlyosan korlátozottak jelentős része intézményben él, így a felmérés számára nem volt elérhető, illetve ha otthonában élt nehezebben tudott, vagy kevésbé akart részt venni a felmérésben (2.1-2. ábra). Hozzájárulhat a trend megtöréséhez, hogy a nyugdíjas kor elején hirtelen lecsökken a környezet elvárása, kevesebb igénynek kell megfelelni, és ezért az emberek talán átmenetileg nem érzik olyan súlyosnak funkcionális-problémájukat.

A régió, és a településnagyság erős kapcsolatban állt a korlátozottsággal, a vizsgált egyéb tényezők hatását kiszűrve is. Ez arra utal, hogy a vizsgáltakon kívül jelentős eltérések vannak a régiók között további, általunk nem vizsgált, az egészséggel kapcsolatban álló tényezők – egyéb társadalmi, kulturális, stb. jellemzők – gyakoriságában.

A munkaviszony, illetve a munkaintenzitás korlátozottsággal való kapcsolatának jellege felhívja a figyelmet a keresztmetszeti vizsgálatokból levonható következtetésekkel kapcsolatos óvatosságra. A kapcsolatok kétirányúsága ezekben az esetekben egyértelműek. Minden valószínűség szerint, az alacsonyabb munkaintenzitással együtt járó magasabb korlátozottság esélye jelentős részben annak köszönhető, hogy a korlátozottsággal bíró személyek kevésbé képesek dolgozni. Ugyanez a helyzet a munkaképtelenség esetében is.

A megbeszélés elején említett módszertani problémák ellenére, az eredmények arra utalnak, hogy az általunk alkalmazott módszerrel hiteles képet nyertünk a lakosság funkcionálisáról.

Tekintettel az említett problémákra, valamint a jelenleg is folyó nemzetközi fejlesztésekre, [12], és arra, hogy az akadályozottság mérése csak a mozgásra, önellátásra és a mentális állapokra terjedt ki, ezen a területen a későbbi felmérések további eszközfejlesztést igényelnek.

## 2.2. **Lelki egészség, öngyilkos magatartás**

*Dr. Vizi János*

### 2.2.1. **Kiemelt eredmények**

- legalább minden 6. nő és minden 11. férfi funkcionális-csökkenést jelentő lelki egészségproblémákkal küzdött a kérdezést megelőző két hétben
- jelentős öngyilkossági kockázati csoportba sorolható a lakosság 1,3, a férfiak 1,1 a nők 1,5%-a
- a mentális funkcionális-csökkenés esélye – a többi tényező hatását kiszűrve is – nagyobb a szomatikus korlátozottsággal, az anyagi helyzet rosszabb szubjektív megítélésével, az intenzív munkaterhelésnek kitettek valamint a kisebb társas támogatottsággal bírók körében
- a nőknél a nyugdíjasok, a férfiaknál a tartósan munkaképteleneknek nagyobb a mentális funkcionális-csökkenés esélye az aktívakhoz képest

### 2.2.2. **Háttér**

A WHO 2001-es egészségjelentése megállapítja, hogy a mentális problémák a Föld lakosságának 20-25%-át érintik életük során. [17] A felnőttek között a leggyakoribb neuropszichiátriai kórképek (hangulat-, és szorongásos zavarok, kóros alkohol- és droghasználat, szkizofrénia, demenciák, primer inszomnia, epilepszia) együttesen 10%-os pontprevalenciát mutatnak. A Föld minden 4. (!) családjának legalább egyik tagja éppen valamilyen mentális zavartól szenved. A depresszió a nők, a kóros szerhasználat a férfiak között gyakoribb, a többi zavar egyenlő gyakoriságú a két nemben. A jelzett nemi különbségeken túl univerzális problémákról van szó, amelyek minden régióban, minden társadalmi csoportban, az emberi lét minden időszakában megjelennek.[18] Ennek következtében rendkívül jelentős direkt és indirekt költségeket rónak a társadalmakra. Az USA-ban a mentális zavarok okozta összes költséget a GDP 2,5%-ára becsülték.[18] A nyugati országokban a mentális zavarokra fordítják az egészségügyi kiadások közel egynegyedét.[19,20] Az indirekt költségek a direkt egészségügyi kiadások többszörösét teszik ki[18] és adekvát ellátás hiányosságai további nagyarányú növekedésüket okozzák.[21]

A mentális egészségproblémák erősen rontják az életminőséget. Ez a negatív hatás a szociális következmények, elsősorban a stigmatizáció és a betegeket sújtó diszkrimináció miatt a gyógyulás, felépülés után is fennmarad.[22, 23]

A WHO és a Világbank közös kutatásának adatai szerint az említett mentális zavarok felelősek a világon a rokkantsággal súlyozott életek (disability adjusted life years, DALY) 12%-áért, amely arány 2020-ra az előrejelzés szerint 15%-ra nő. A rokkantságban leélt összes életévknél (years lived with disability, YLD) a részesedés 31%, amelynek közel 12%-át a depresszió egymaga okozza. A YLD első húsz legjelentősebb oka között található még a kóros szerhasználat, a szkizofrénia, a demenciák és a bipoláris betegség is. Európában és Észak-Amerikában – ahol a fertőző betegségek, a perinatális kórallapotok és a táplálkozási hiánybetegségek előfordulása relatíve sokkal ritkább, a DALY esetében 20%-os, a YLD esetében pedig 43%-os az arány.[24]

A mentális egészség ezen kívül szoros összefüggést mutat más egészség-problémákkal. A szomatikus betegségekben szenvedők között gyakoribb a komorbid depresszió és megfor-

dítva, a depressziós betegek utánkövetése szerint gyakrabban alakulnak ki náluk szomatikus betegségek. Mindkét csoportban az átlagnál gyakoribb a súlyos depresszió és kimutatott, hogy mind a depresszió, mind pedig a szomatikus betegség rosszabbul reagál a standard kezelésekre, magasabb a szomatikus állapotokkal kapcsolatos mortalitás is.[25] Különösen markánsan jelentkeznek ezek a kölcsönhatások a szintén vezető morbiditási és mortalitási okot jelentő kardiovaszkuláris betegségekkel. Több tanulmány igazolta, hogy a depresszió jelentősen fokozza az akut szívinfarktus, illetve a kardiovaszkuláris halálozás kockázatát koronáriabetegségben, illetve iszkémiás szívbetegségben nem szenvedőknél is. A klinikai jeleket mutató betegek kockázata még nagyobb, különösen magas a szívinfarktuson átesetteké. A kockázat mértéke minden csoportban a depresszió súlyosságával arányosan nő. [26, 27, 28]

A fentebb érintett problémák jelentőségét felismerve az Európai Unió Egészségmonitorozási Programjának (*Health Monitoring Programme*, HMP) kiemelt területét képezi a mentális egészség. A vonatkozó monitorozási projektet a finn STAKES (National Centre for Research and Development in Welfare and Health in Finland) koordinálja, az összes EU tagállam részvételével. [29] A projekt alapkoncepcióját megfogalmazó dokumentum megállapítja, hogy az Európai Unió államainak lakosságának fele (!) élete során mentális zavar kockázatának kitettnek tekinthető. Egy adott időpontban a lakosság egyötöde-egynegyede mentális zavartól szenved. A teljes morbiditás egynegyedét a mentális zavarok okozzák, a major depresszió egymaga 5. helyen áll a rokkantságot (*disability*) okozó leggyakoribb állapotok között.

A WHO adatai szerint a fiatal korosztályokban a világon mindenütt az öngyilkossága vezető halálokok egyike. [17] A Magyarországot is magába foglaló, 28 zömmel európai országra kiterjedő haláloki elemzés alapján az öngyilkosság közlekedési balesetek utáni 2. (a nők körében a rák és a közlekedési balesetek után a 3.) vezető halálokok a 15-34 éves korcsoportban. Az öngyilkossági ráták országok, nemek, korcsoportok szerint jelentős eltéréseket mutatnak, s ez a tény a biológiai, pszichológiai, valamint az egyéni és környezeti tényezők komplex interakciójára utal. 2000-ben világszerte 814 ezerre becsülik az önsértés következtében bekövetkezett halálesetek számát, amelyet a DALY 1,3%-áért tesznek felelőssé.[24] Az öngyilkossági kísérletek és a halállal végződő szuicidumok aránya a becslések szerint 10-15 az egyhez. A halállal végződő öngyilkosságok áldozatainak 65-75% férfi, a nem halálos kimenetelű öngyilkossági kísérletek lényegesen gyakoribbak nők körében. Az öngyilkossági kísérletek regisztráláson alapuló becslése nem megbízható. [30]

Az öngyilkosság alábbi rizikófaktorai kerültek eddig azonosításra [31]:

Elsődleges rizikófaktoroknak tarthatók a mentális zavarok (kedély-szorongásos betegségek, szkizofrénia), az alkohol/gyógyszer abúzus, illetve dependencia, a megelőző szuicid magatartás a családban, az öngyilkossági szándék, halálvágy kifejezése. Másodlagos rizikófaktorok a koragyermekkorai veszteségek – elsősorban az apa elvesztése, a szociális izoláció, a munkanélküliség, a komoly anyagi problémák, a súlyos negatív életesemények. Harmadlagos rizikófaktorok a férfi nem, az adolescens kor a férfiaknál, az idős kor mindkét nemből.

A közép-kelet-európai régióban kiemelkedik az alkoholfogyasztás jelentősége, amelynek mértékét és trendjeit minden országban összefüggőnek találták az öngyilkossági gyakorisággal.[32]

### 2.2.3. Módszertan

A lelki egészség fogalmának meghatározása az egységes elméleti háttér hiánya miatt nehéz. Abban azonban ma már széles körű az egyetértés, hogy – hasonlóan az általános egészséghez – a mentális egészség is több a mentális zavarok hiányánál. Ezen túlmenően azonban nem sikerült általánosan elfogadott definícióra jutni. A mentális egészség fogalom koncepciói általában a szubjektív jól-léte és az egyén (széles értelemben vett) kognitív-intellektuális és érzelmi lehetőségeinek érvényesítési képességét szokták magukba foglalni.[17]

Az Európai Unió említett közös monitorozási projektje az alábbi meghatározást ajánlja [33]:

- A mentális egészségnek két aspektusa van, a pozitív, illetve a negatív mentális egészség:

A pozitív mentális egészség önálló értéként, vagy erőforrásként fogható fel, amely magában foglalja a kedvezőtlen életeseményekkel, helyzetekkel (adversity) való megbirkózás és a lelki zavarok (breakdown) valamint a különféle egészségproblémák elkerülésének képességét distresszt keltő élményekkel való szembesülés esetén.

A negatív mentális egészség a mentális zavarokat, tüneteket és problémákat foglalja magába. A mentális egészség az általános egészség „láthatatlan” része, a személy és környezete közötti egyensúlyi állapot egyik kifejeződése. Befolyásoló tényezői az egyéni biológiai és pszichológiai faktorok, a szociális interakciók, a társadalmi struktúrák és erőforrások és a kulturális értékek.

A mentális egészség-indikátor a mentális egészségi állapotot mérő olyan változó, amely a mentális egészséggel kapcsolatos, és prioritást vagy problémát jelez. Ide tartoznak az egészségfelmérések indikátorai, a rutinszerűen gyűjtött statisztikai adatok és a rendszeresen ismételt egyéb felmérések információi. A mentális egészség monitorozása alatt a lakosság mentális egészségével kapcsolatos, szisztematikus, ismételt információgyűjtést értik, amely magában foglalja a folyamatos utánkövetést, az egészségfejlesztési-, egészségpolitikai stratégiák megvalósítását és szükség esetén a megfelelő beavatkozásokat is. [33]

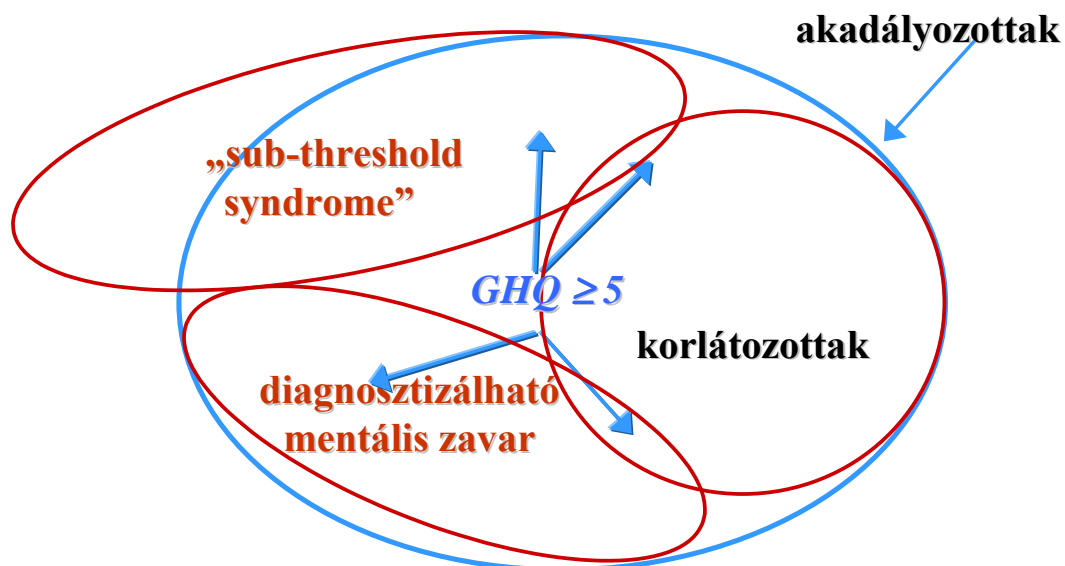
Az OLEF2000-ben használt funkcionális modellnek megfelelően a lelki egészség problémái is okozhatnak funkcionális-csökkenést. A hagyományos biomedikális szemléletben a lelki egészségproblémák a mentális zavar fogalmára korlátozódnak: a mentális zavar a korszerű diagnosztikus kritériumok alapján (DSM, BNO) olyan meghatározott tünetek együttes jelenléte, melyek az egyén számára jelentős szenvedést és/vagy jelentős teljesítménycsökkenést okoznak. Vagyis a mentális zavar diagnózisa – *per definitionem* – mindig **legalább** akadályozottságot jelent.[34]. A mentális zavar (*mental disorders*) diagnosztikai rendszerekben megjelenő fogalma szűkebb a funkcionális-csökkenés (*impairment*) kategóriájánál. A mentális zavar diagnózisához a ma elfogadott diagnosztikai rendszerekben (DSM, BNO) az szükséges, hogy akadályozottság (*activity restriction*) vagy korlátozottság (*participation restriction*) álljon fenn. Ugyanakkor a lelki egészség problémák funkcionális-csökkenést eredményezhetnek a diagnosztikus kritériumoknak megfelelő tünetminták – vagyis diagnosztizálható mentális zavar – hiányában is. [41]

A „tökéletes” mentális egészség és a mentális zavarok közötti átmenet nem éles. Az átmenetet a pszichiátriai diagnosztikus rendszerek szempontjából a diagnosztikus kritériumokat csak részben kielégítő, medikális nézőpontból „szubszindrómális”, illetve küszöb alatti, „sub-threshold” állapotok jelentik. Ezek a személy számára jelentős pszichológiai distresszt és társadalmi szerepek betöltésének akadályozottságát okozzák. Az akadályozottság lehet a distressz

<sup>1</sup> Megjegyzendő, hogy *nem* csak mentális egészség-problémákról van szó!

következménye, de megfordítva, az akadályozottság is okozhatja a distresszt. A domináns elem meghatározza azt is, hogy elsősorban orvosi-pszichológiai szaksegítséget, vagy inkább szociális ellátást igényelnek. Megjegyzendő, hogy a határ viszonylagosságát, átjárhatóságát jelzi az is, hogy egyes, korábban küszöbalattinak tartott esetek ma újonnan felállított kritériumok alapján diagnózist kapnak (pl. kevert szorongásos-depressziós zavar), illetve vannak vitatott, sokak által rosszul definiáltak, „maradék” kategóriának tartott diagnózisok is (pl. generalizált szorongás, disztímia, stb.) [35, 36, 37]

Az elmondottakat szemlélteti az alábbi 2.2-1. ábra.



### 2.2-1. ábra: A mentális funkcionalitás-csökkenés esetei és összefüggése a funkcionalitással

Az OLEF2000 során használt GHQ-12 skála a lelki egészség zavarainak, ezen belül döntően a hangulati-szorongásos tünetekkel, emocionális zavarokkal járó mentális egészségproblémáknak a populációs szintű becslésére használt önbecslő skála. (A kérdőív angol elnevezése (General Health Questionnaire) félrevezető, mert kizárólag a mentális tünetekre koncentrálnak, nem az „általános” egészségre.) [38] A kérdések az elmúlt két hétre vonatkozóan a hangulati-érzelmi állapot, a szorongás, az önbizalom és a stressz általános szintjének a kérdezett személy általi önértékelését célozzák. A zavar természetének ennél specifikusabb meghatározására, különösen pedig pszichiátriai-pszichológiai diagnózis felállítására a skála alkalmatlan. Ezzel szemben a skála jó korrelációt mutatott más, hasonló célra használt eszközökkel, a *Nottingham Health Profile* érzelmi reakciókat, alvást és szociális izolációt mérő itemjeivel, az SF-36 mentális egészség dimenziójával, az MHI-5-tel. [39, 40, 39, 40] és a skálán magas pontszámot mutatók aránya jól jelzi az ellátás iránti szükségletet is. [41] (Ez az ellátás nem feltétlenül kell, hogy egészségügyi ellátás legyen, de a magas pontszám jelzi, hogy az egyén segítségre szorul funkcionalitás csökkenése miatt.)



A skálával nyert eredmények tehát nem jelzik a valamely, illetve bármely mentális zavarba sorolható személyek gyakoriságát. Fontos azonban megjegyezni, hogy az ellátás iránti igényt más kérdőív alapján specifikus diagnózist kapottak aránya sem jelzi pontosabban, mint a GHQ-skálán magas pontszámot mutatók aránya. [41] Lakossági mintán a specifikus pszichiátriai diagnózist kapott személyek 23%-os aránya nem különbözött lényegesen a GHQ-12-vel azonosított esetek 26-31%-os arányától. [42] A két érték különbségét – egyéb, az eszközök érzékenységgel és specificitásával kapcsolatos, általánosan ismert problémák mellett a GHQ-12 által azonosított „szub-treshold” esetek is okozhatják.

A GHQ-12 más lakossági egészségfelmérések során alkalmazva általában megbízható eszköznek bizonyult az esetek detektálásában („caseness”) összevetve a „golden standardnak” tartott diagnosztikus interjúkkal. [43, 44] A bonyolultabb pontozási metodikák (Likert- skála, stb.) nem mutattak előnyt ahhoz az egyszerű módszerhez képest, amely szerint az adott kérdésre pozitív választ adók egy pontot kapnak. A GHQ-12-höz képest a kérdőív hosszabb változatainak alkalmazása sem jelent számottevő előnyt. [44]

- Végül megjegyezzük, hogy GHQ-12 egyes adatok szerint egyes országokban – vélhetően a kulturális különbségek miatt – a strukturált diagnosztikus interjúkhoz viszonyítva kevésbé hatékony szűrőmódszernek bizonyult. [45, 46] Ezért szükséges az eszköz érzékenysége, specificitásának tesztelése hazai populációs mintán, amely egyben lehetőséget biztosít a hazai felmérésekben alkalmazható küszöb pontszám meghatározására is.
- A GHQ-12 kérdései<sup>2</sup>:

27\_1. Előfordult-e az elmúlt két hétben, hogy nem tudott elaludni, éjszaka többször felébredt, vagy túl korán ébredt és nem tudott visszaaludni?  
 27\_2. Előfordult-e az elmúlt két hétben, hogy napokig feszültnak érezte magát?  
 27\_3. Az elmúlt két hétben mennyire volt képes figyelni arra, amit éppen csinált?  
 27\_4. Az elmúlt két hétben mennyire érezte, hogy hasznos az, amit csinál?  
 27\_5. Az elmúlt két hétben mennyire tudott megbirkózni problémáival?  
 27\_6. Az elmúlt két hétben mennyire érezte képesnek magát arra, hogy döntéseket hozzon?  
 27\_7. Előfordult-e az elmúlt két hétben, hogy úgy érezte, nem tud felülkerekedni nehézségein?  
 27\_8. Az elmúlt két hétben mindent egybevéve, mennyire érezte boldognak magát?  
 27\_9. Az elmúlt két hétben mennyire lelte örömet mindennapi tevékenységeiben?  
 27\_10. Előfordult-e az elmúlt két hétben, hogy lehangoltnak, kedvetlennek érezte magát?  
 27\_11. Előfordult-e az elmúlt két hétben, hogy nem bízott önmagában?  
 27\_12. Előfordult-e az elmúlt két hétben, hogy nem érezte magát hasznos, értékes embernek?

Az egyes tünetekkel, illetve magatartás-reakciómódokkal kapcsolatos pozitív válaszok számának megfelelően a válaszoló 0-12 pont közötti értéket kap. Minél magasabb a pontszám, annál valószínűbb, hogy az illető személynél mentális egészségprobléma áll fenn. Figyelembe kell venni, hogy a kérdések az elmúlt két hétre vonatkoznak, tehát a GHQ a rövid, átmeneti zavarokat is jelzi.

Az öngyilkos magatartással kapcsolatban a szakterület irodalma nem egységes a fogalmak értelmezését illetően. Egyesek a meghalási szándék erőssége és a kísérletnél használt módszer, eszköz „alkalmassága” alapján a szuicid kísérlettől elkülönítik az úgynevezett

<sup>2</sup> A GHQ-12 kérdéseire adható válaszlehetőségeket kérdezőbiztosok kártyán mutatták be a kérdezett személyeknek. Ezek az egyes kérdéseknél értelemszerűen a következők voltak :

jobban, mint máskor, úgy, mint máskor, kevésbé, mint máskor, sokkal kevésbé, mint máskor, egyáltalán nem, nem tud válaszolni, nem kíván válaszolni illetve igen, de nem gyakrabban, mint máskor, gyakrabban, mint máskor, igen sokkal gyakrabban, mint máskor, nem tud válaszolni, nem kíván válaszolni

„paraszuicidiumokat”, azt jelezve, hogy ezekben az esetekben valójában nem a meghalás, hanem a figyelem felhívása, illetve egyéb lélektani szükségletek kielégítési igénye áll a háttérben. Mások ezt a megkülönböztetést azon az alapon vitatják, hogy a „paraszuicidumnak” tartott kísérletek hosszú távon a halálos végű öngyilkosság szempontjából hasonló súlyú rizikófaktort jelentenek, mint a meghalási szándékkal elkövetett szuicid kísérletek. Ezek a szerzők összefoglalóan szuicid magatartásról beszélnek, kihangsúlyozva ezzel azt, hogy hosszabb távon minden szuicid gesztus magában hordozza a halálos kimenet kockázatát.

Az OLEF2000 során a következő kérdéseket tettük fel a kérdőív önkitöltő részében:<sup>3</sup>

- |     |  |
|-----|--|
| 21. | El tudja-e képzelni, hogy valaha is öngyilkosságot kövessen el?  |
| 22. | Gondolt-e az elmúlt 12 hónapban komolyan arra, hogy elviselhetetlenül nehéz problémái megoldásaként öngyilkosságot követ el? |
| 23. | Próbált-e Ön valaha öngyilkosságot elkövetni?  |
| 24. | Részesült-e orvosi vagy pszichológiai kezelésben az öngyilkossági kísérlete miatt?   |

A 21. illetve 22. kérdés a legfontosabbnak tartott kockázati tényezőre kérdez rá általában. A szuicid gondolatok kisebb rizikót jelentenek a kísérlethez képest. A 21. illetve 22. kérdés a vizsgálat időszakában aktuálisan veszélyeztetett populációt kívánta azonosítani.

## 2.2.4. Eredmények

### 2.2.4.1. Populációs becslések

#### **Az eredmények értelmezéséhez:**

Az alábbi táblázatokban a mentális funkcionális csökkenés gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például a mentális funkcionális csökkenés gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az életkornak a mentális funkcionális csökkenésére gyakorolt megfelelő irányú hatását.

A felmérés eredményei szerint a legalább 5 GHQ-pontszámot elért lakosok aránya 13,1%, a nőknél 16,8%, a férfiaknál pedig 9%. Azaz, legalább minden 6. nő és minden 11. férfi olyan lelki egészségproblémákkal küzdött a kérdezést megelőző két hétben, amely funkcionális-csökkenést jelentett a számára.

A legalább 5 GHQ pontszámot elért személyek lakossági megoszlása korcsoportonként és nemenként az alábbi (2.2-1. táblázatból) olvasható le.

<sup>3</sup> Mindegyik kérdéshez az egyszerű, eldöntendő igen, nem válaszlehetőségeket adtuk meg.

**2.2-1. táblázat: Mentális funkcionalitás-csökkenés gyakorisága kor és nem szerint (%)**

Legalább 5-e az akut GQH értéke	Nők			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
nem	88,6 [86,4-90,5]	80,9 [79,0-82,7]	81,0 [77,7-84,0]	83,2 [81,8-84,5]
igen	11,4 [9,5-13,6]	19,1 [17,3-21,0]	19,0 [16,0-22,3]	16,8 [15,5-18,2]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0
Legalább 5-e az akut GQH értéke	Férfiak			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
nem	93,7 [91,9-95,1]	90,6 [88,5-92,3]	86,2 [82,6-89,1]	91,0 [89,8-92,2]
igen	6,3 [4,9-8,1]	9,4 [7,7-11,5]	13,8 [10,9-17,4]	9,0 [7,8-10,2]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

Meghatározásunk alapján a jelentős öngyilkossági kockázati csoportba (mindhárom kérdésre pozitív választ adók) sorolható a lakosság 1,3 (a férfiak 1,1 a nők 1,5%-a). Megelőző öngyilkossági kísérletet említett a nők 4,7, a férfiak 3,2%-a.

**2.2-2. táblázat: Életében volt már öngyilkossági kísérlete (%)**

Próbált-e Ön valaha öngyilkosságot elkövetni?	A kérdezett neme		
	Férfi	Nő	Összesen
Igen	3,2 [2,6-4,0]	4,7 [4,0-5,5]	4,0 [3,5-4,5]
Nem	76,0 [96,0-97,4]	140,0 [94,5-96,0]	216,0 [95,5-96,5]
Összesen	96,8 2-333,0 100,0	95,3 2-836,0 100,0	96,0 5-169,0 100,0

A szuicid magatartással kapcsolatos további adataink részletes bemutatásától itt eltekintünk. Ennek oka, hogy az adatok részben jelentős mértékben eltérnek a korábbi hazai adatoktól, másrészt önmagukban is néhány olyan ellentmondást tartalmaznak, amelyek a kvantitatív becslések megbízhatóságát nagymértékben megkérdőjelezzik. A kapott adatokat illetően a mellékletre utalunk, az értékelés részleteire a megbeszélés megfelelő részeiben térünk vissza.

### 2.2.4.2. Összefüggés elemzések

#### **Az eredmények értelmezéséhez:**

A többváltozós elemzés lehetővé teszi **több** magyarázó jellemzőnek **egy** vizsgált tényezőre kifejtett hatásának elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszűrve” az elemzésbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.

Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhető az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

Összefüggés-elemzésünk eredményei alapján megállapítható, hogy a mentális funkcionalitás csökkenés esélye a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt a kérdezett nemével, a szomatikus korlátozottsággal, az anyagi helyzet szubjektív megítélésével, a munkavisztonnal, a munkaintenzitással, a társas támogatottsággal és a földrajzi régiókkal. A férfiak esetében ezen kívül még a beosztással és a lakáskörülményekkel is összefüggést találtunk.

A nők esélye a mentális funkcionalitás csökkenésre 1,85-szor nagyobb volt a férfiakhoz viszonyítva.

A szomatikus korlátozottsággal rendelkező nőknek 1,7-szeres volt az esélye a korlátozottságot nem mutatókhoz képest.

A társas támogatottság kisebb hiánya közel felére (0,53-szorosára), megfelelő volta kevesebb, mint egyharmadára (0,34-szorosára) csökkentette az esélyt a társas támogatottság súlyos hiányában szenvedőkhöz képest.

Az anyagi helyzet szubjektív megítélésével párhuzamosan csökkent a mentális funkcionalitás csökkenés esélye: akik „csak” rossznak ítélték anyagi helyzetüket, azoknál közel felére (0,46-szorosára), akik megfelelőnek azoknál közel egynegyedére (0,28-szorosára).

A tartósan munkaképtelenek esélye 1,8-szoros volt a dolgozókéénak.

Az intenzív munkaterheléshez képest az átlagos munkaintenzitás 0,56-szoros esélycsökkenést jelentett.

A földrajzi régiókat illetően a Dél-Dunántúlon élő nőknek 1,9-szeres, az Észak-Magyarországon élőknek pedig 1,6-szoros esélyük volt a mentális funkcionalitás csökkenésre a nyugat-dunántúliakhoz képest.

A férfiak körében a szomatikus korlátozottsággal rendelkezőknek 2,4-szeres volt az esélye a korlátozottságot nem mutatókhoz képest.

A társas támogatottság kisebb hiánya 0,4-szeresére, megfelelő volta egyötödére csökkentette az esélyt a társas támogatottság súlyos hiányában szenvedőkhöz képest.

Az anyagi helyzet szubjektív megítélésével a férfiaknál is párhuzamosan csökkent a mentális funkcionális csökkenés esélye: akik „csak” rossznak ítélték anyagi helyzetüket, azoknál 0,40-szeresére, akik megfelelőnek azoknál egyötödére, akik jónak, azoknál 15%-ára az anyagi helyzetüket nagyon rossznak ítéltékhez képest.

A tartósan munkaképtelenek esélye 3,3-szorosa volt a dolgozókének.

Az intenzív munkaterheléshez képest az átlagos munkaintenzitás a férfiaknál is a nőkhöz hasonló mértékű (0,52-szeres) esélycsökkenést jelentett.

A vezető beosztású férfiak körében a mentális funkcionális csökkenés esélye mintegy fele volt az önállókénak – hasonló összefüggést a nők körében nem találtunk.

A rossz lakáskörülmények mellett közel duplájára emelkedett a mentális funkcionális csökkenés esélye – szintén csak a férfiaknál.

A földrajzi régiókat illetően a Közép-Magyarországon élő férfiaknak 1,8-szeres volt a mentális funkcionális csökkenésre a nyugat-dunántúliakhoz képest.

### 2.2.4.3. Részletes eredmények

Tekintettel arra, hogy az OLEF2000-ben a mentális egészségproblémákat a funkcionális összefüggésében és az általános funkcionális összetevőjeként értelmeztük, elemzésünk kiindulópontjaként a korlátozottság vizsgálatánál már bemutatott modellből indultunk ki. Ennek megfelelően vizsgáltuk, hogy milyen kapcsolatban áll az 5-ös küszöböt elérő, illetve meghaladó GHQ pontszám az életkorral, a nemmel, az iskolai végzettséggel, az anyagi helyzettel, a lakáskörülményekkel, a foglalkozással, a beosztással, a munkaviszonnyal, a régióval, a település nagyságával, a társas támogatottsággal és a munkaintenzitással. A modellben a meghatározó tényezők sorát a mentális egészség problémák szakirodalma alapján kiegészítettük a szomatikus korlátozottsággal, az anyagi helyzet szubjektív megítélésével, a dohányzással valamint az alkoholfogyasztással.

Az 5503 válaszadó közül 4879 személy (2677 nő és 2202 férfi) esetén állt rendelkezésre megfelelő adat az összes, a modellben szereplő tényezőről, így az összefüggés-elemzésben az ő adataikat használtuk fel.

#### A mentális funkcionális csökkenés összefüggése a nemmel<sup>4</sup>:

Vizsgált tényező	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>NEM</b>			
Referencia: férfi	nő	1,85	1,43-2,39

<sup>4</sup> Egy magyarázó tényező hatását jellemző esélyhányados becslések az elemzésben szereplő többi tényező hatását az alkalmazott logisztikus regresszió kiszűri. Emiatt pl. a nemhez tartozó táblázatbeli esélyhányados úgy értelmezhető, hogy a mentális funkcionális esélye hányadosa a nők körében a férfiakhoz (referencia) viszonyítva, függetlenül attól, hogy ezt az összefüggést mely korcsoportban, anyagi helyzetben vagy foglalkozási kategóriájában vizsgáljuk.

**A mentális funkcionalitás csökkenés összefüggései - nők**

Vizsgált tényező	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>SZOMATIKUS KORLÁZOTTSÁG</b>			
Referencia: nincs	van	1,76	1,27-2,43
<b>ANYAGI HELYZET SZUBJEKTIV MEGITÉLÉSE</b>			
Referencia: nagyon rossz	rossz	0,46	0,30-0,71
	megfelelő	0,28	0,19-0,40
	jó	0,27	0,16-0,47
<b>MUNKAINTEENZITÁS</b>			
Referencia: intenzív terhelés	átlagos	0,56	0,37-0,85
	átlag alatti	0,63	0,32-1,23
<b>TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG</b>			
Referencia: súlyos hiány	kisebb hiány	0,53	0,41-0,70
	megfelelő	0,34	0,26-0,43
<b>RÉGIÓ</b>			
Referencia: Nyugat-Dunántúl	Dél-Dunántúl	1,88	1,21-2,91
	Közép-Dunántúl	1,13	0,72-1,76
	Közép-Magyarország	1,14	0,81-1,62
	Észak-Magyarország	1,62	1,06-2,47
	Észak-Alföld	1,23	0,79-1,92
	Dél-Alföld	0,97	0,59-1,59
<b>MUNKAVISZONY</b>			
Referencia: dolgozik	nyugdíjas	1,79	1,03-3,14
	egyéb inaktív	0,80	0,39-1,65
	tartósan munkaképtelen	1,81	0,89-3,65
	tartósan munkanélküli	1,81	0,99-3,33
	nem tartósan munkanélküli	1,05	0,47-2,35

**A mentális funkcionalitás csökkenés összefüggései - férfiak**

Vizsgált tényező	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>SZOMATIKUS KORLÁZOTTSÁG</b>			
Referencia: nincs	van	2,42	1,53-3,81
<b>ANYAGI HELYZET SZUBJEKTIV MEGITÉLÉSE</b>			
Referencia: nagyon rossz	rossz	0,39	0,23-0,66
	megfelelő	0,20	0,12-0,35
	jó	0,15	0,06-0,37
<b>BEOSZTÁS</b>			
Referencia: önálló	vezető	0,48	0,23,98
	beosztott	0,94	0,46-1,91
	soha nem dolgozott	0,44	0,07-2,86
<b>TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG</b>			
Referencia: súlyos hiány	kisebb hiány	0,39	0,25-0,60
	megfelelő	0,21	0,13-0,32
<b>RÉGIÓ</b>			
Referencia: Nyugat-Dunántúl	Dél-Dunántúl	1,01	0,50-2,01
	Közép-Dunántúl	1,16	0,58-2,31
	Közép-Magyarország	1,82	1,02-3,25
	Észak-Magyarország	1,47	0,72-3,02
	Észak-Alföld	1,60	0,77-3,30
	Dél-Alföld	1,46	0,73-2,91
<b>LAKÁSKÖRÜLMÉNYEK</b>			
Referencia: nem rossz	rossz	0,48	0,27-0,86

## 2.2.5. Megbeszélés

### 2.2.5.1. Belső összehasonlítások

Az eredmények értékelésénél korlátot jelent, hogy a GHQ-12 kérdőívnek nincs validált magyar változata. A küszöbpontszám választása a magyar standardizálás hiányában önkényes, azonban erre figyelemmel magas küszöböt alkalmaztunk, így becslésünk nagy valószínűséggel erősen konzervatív.

A GHQ skálán a küszöbpontszámot elérő személyeknek mindössze 2,6%-a adott negatív választ az EQ-5D szorongás, hangulatzavar kérdéseire, pozitív választ adott 30,6, erősen pozitív választ pedig 60,3%-a, amely igen jó egyezést jelent. Egyben megerősíti becslésünk konzervatív voltát, tekintettel az erősen pozitív választ adók magas arányára.

Korábbi öngyilkossági kísérletet a nők és a férfiak relatíve kis gyakorisági különbséggel jeleztek (3,2 vs. 4,7%). Más vizsgálatokban a különbség legalább kétszeres. A korcsoportok szerinti megoszlást illetően egyik nemből sem tapasztalható az élettartam-prevalencia várható növekedése, sőt, az idősebb korosztályban mindkét nemből kifejezett csökkenést találtunk. (A nőknél rendre 5,1., 5,2., illetve 3,0%, a férfiaknál 3,0., 4,0. illetve 1,1%). Az öngyilkossági kísérlet elkövetését bevallók rendkívül magas (40%-os) arányban emiatt kapott orvosi/pszichológiai kezelést jeleztek – ennek az aránynak a realitása enyhén szólva is kevésbé valószínűsíthető.

### 2.2.5.2. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság

Az OLEF2000-hez hasonlóan a GHQ-12-t alkalmazták többek között a nagy-britanniai (angol, skót, wales-i) egészségfelmérésekben. Az ezekben alkalmazott, 4-es küszöbpontszám áll legközelebb az általunk választott 5-ös értékhez, ezért ezek adatait emeljük ki, a skót felmérés adataiból kiindulva. Az 1995-ös skót felmérésben a nők 19%-a, a férfiak 12%-a kapott 4 vagy annál több pontot a GHQ-12 skálán. A nőknél nem találtak konzisztens összefüggést a korrallal, míg a férfiaknál a 16-24 éves korcsoportban talált 9%-os arány a 45-64 évesek között 17%-ra nőtt. Logisztikus regressziós módszerrel a nőknél a munkanélküliséget, az elvált családi állapotot, a dohányzást és a földrajzi régiót, a férfiaknál a munkanélküliséget, az özvegy családi állapotot, a dohányzást, az alkoholfogyasztást és a földrajzi régiót találták a legjelentősebb prediktoroknak a magas GHQ pontszám szempontjából. Érdekes, hogy míg a nőknél az egyedülálló, addig a férfiaknál a házassági állapot jelzett az átlagosnál kisebb esélyt a magas GHQ-pontszámra. Mindkét nemből erős összefüggés mutatkozott a rossz vélt egészséggel, a korlátozottsággal és az akut betegségekkel. Utóbbiak esetén a magas pontszám „mellékterméknek” tekinthető, az akut rossz fizikai állapotot jelzi. Egyben felhívja a figyelmet a GHQ-hoz hasonló, általános állapotjelzők önálló, más indikátoroktól független alkalmazásának (illetve a levonható következtetések) korlátaira. Az 1998-as skóciai felmérés eredményei az 1995-ös adatoktól érdemben nem tértek el és a skóciai felméréssel praktikusán egyező eredményekre jutottak az angliai és a velszi egészségfelmérésekben is. Minden egyes országrészen belül találtak egyes régiókra nézve szignifikáns eltéréseket, de az adott régiók gazdasági-szociális jellemzői alapján nem tudták értelmezni a különbségeket.[47, 48, 49, 50]

A nagy-britanniai pszichiátriai morbiditási felmérésben (*The national survey of psychiatric morbidity in Great Britain*) a minta alig 1%-a számolt be a felmérés előtti egy hétben felmerült öngyilkossági gondolatokról. [51] Megjegyzendő, hogy az erre vonatkozó kérdést csak azoknak a személyeknek tették fel, akiknél a kérdőív előző modulja alapján szignifikáns hangulati zavarokat mutattak. Az öngyilkossági gondolatokat kétszer gyakoribbnak találták a



nőknél, a pozitív választ adók 50%-a a 16-34, míg mindössze 9%-a az 55-64 éves korcsoportba tartozott. Esélyt növelő tényezőként az özvegy, illetve elvált családi állapotot, a munkanélküliséget találták. Több mint háromnegyed részük valamilyen „neurotikus zavart”, 44%-nál együttesen fennálló kettőt, vagy többet mutatott.

Ebben a csoportban találtak leggyakrabban valamilyen szomatikus betegséget (61%, szemben a neurotikus zavart nem mutatók 30%-ával), 40%-uk szedett valamilyen központi idegrendszeri gyógyszert (50%-ban antidepresszívumot), lényegesen gyakrabban vették igénybe a háziorvosi és egyéb egészségügyi ellátásokat is.

A hazánkban eddig végzett vizsgálatok a bio-medikális modell keretei között mozogva vagy konkrét mentális zavarok gyakoriságát, vagy ugyanebben a fogalmi keretben maradva bizonyos tünetegyüttesek, szindrómák gyakoriságának felmérését célozták.

Az eredmények szerint a kedélybetegségek előfordulása nálunk hasonlóan magas, mint általában a világon. Kopp Mária és munkatársai által reprezentatív mintán, Beck depressziós tünetbecslő skálával végzett felmérés szerint a 16 év feletti lakosság 24,3%-ánál észlelhető depressziós tünetegyüttes, a vizsgáltak 7,5%-ánál közepesen súlyos vagy súlyos formában. [52, 53] Kopp és munkatársai továbbá Juhász-féle Neurózis pontozó skálával is végeztek reprezentatív mintán felmérést, mely szerint 1988-ban a 16 évnél idősebb magyar lakosság 34%-a panaszkodott „neurotikus” tünetekről, közülük 16% volt súlyos, a felmérés értékelése szerint kezelésre szoruló neurotikus.

Szádóczky és munkatársai családorvoshoz fordulók, majd a felnőtt átlagpopuláció körében végzett, a korszerű diagnosztikai kategóriáknak megfelelően felépített diagnosztikus interjú (DIS) használó epidemiológiai vizsgálatai a nemzetközi adatokkal összehasonlítható gyakoriságokat eredményezett a kedély- és szorongásos zavarok vonatkozásában. [54, 55, 56]

Az eltérő eszközök alkalmazása miatt az említett eredmények közvetlenül nem vethetők össze az OLEF2000 során nyert adatokkal.

A Kopp Mária által végzett 1988-as lakossági vizsgálatban a megkérdezettek 15,6%-a állította, hogy élete során kísérelt már meg öngyilkosságot. Ez lényegesen magasabb, mint a regisztrált öngyilkossági kísérletek aránya. A megkérdezett egyetemisták 6,3% kísérelt meg öngyilkosságot, de csak 1,4%-a szorult orvosi ellátásra az öngyilkossági kísérlet miatt. [52]

Szintén Kopp és munkatársainak vizsgálata szerint a 15-24 éves korcsoportú nők között öngyilkossági gondolatokról számolt be a minta 30%-a, előzetes kísérletről pedig 5,2%-a. [57]

Szádóczky és munkatársainak adatai szerint a DIS alkalmazásával vizsgált 18-64 éves lakossági minta 3,2%-a számolt be szuicid kísérletről (a férfiak 2,2, a nők 4,0%-a). [58]

Az öngyilkos magatartás hazai populációs vizsgálataiban az öngyilkossági gondolatok, fantáziák felmérésére eltérő eszközöket használtak, részben a vizsgált korosztályok is eltérnek, így eredményeink közvetlenül nem összehasonlíthatóak. Az előzetes öngyilkossági kísérletek vonatkozásában Kopp vizsgálatainak eredményei lényegesen magasabb, Szádóczky eredményei valamivel alacsonyabb gyakoriságokat jeleztek az OLEF2000 eredményeivel összevetve.

### 2.2.5.3. Az eredmények értelmezése

Az OLEF a korábbi hazai felmérésekkel összhangban megerősítette, hogy a mentális egészségproblémák még erősen konzervatív becslés alapján is a legelterjedtebb népegészségügyi problémák közé tartoznak.

Becslésünk kifejezetten konzervatív voltát a következők támasztják alá. Az irodalom ajánlása alapján a küszöbpontszámként validálás hiányában a teljes minta átlaga választható. [59] Az OLEF2000 minta átlaga 1,6 pont volt (95% MI 1,51-1,69) – tehát ezen ajánlás alapján 2-es küszöböt is választhattunk volna. Természetesen felmerülő kérdés, ennek ellenére miért alkalmaztunk ilyen magas küszöböt. A mentális egészség problémák rendkívüli elterjedtségének kimutatása még ezzel a kérdéssel sokkal korábban szembesülő nyugati országokban is nagy vitát okozott szakmai körökben. A vita akörül zajlik, hogy a különféle felmérésekben esetként azonosítottaknak valóban volt mentális egészségproblémájuk, vagy pedig az eszközök túlzottan nagyra választott érzékenysége miatt a kimutatott gyakoriságok magukba foglalnak olyan állapotokat is, amelyeket sem az orvosi, sem a szociológiai megközelítés nem sorol a mentális problémák közé. Az utóbbi nézetet vallók a társadalom medikalizálásától, az emberi élet normális velejáróinak tekintett lelki nehézségek „pszichiátrizálásától” óvnak. [37, 60] Erre figyelemmel kifejezetten arra törekedtünk, hogy olyan küszöb pontszámot válasszunk, amellyel szemben hasonló aggályok a lehető legkevésbé legyenek megfogalmazhatók.

Az alacsonyabb GHQ küszöb választása természetesen érzékenyebb az átmeneti hangulat-zavarokra, a küszöb alatti állapotokra – beleértve a szomatikus problémákhoz csatlakozó pszichés tüneteket is. (A mindenféle mentális tünet nélkül testi betegségekkel rendelkezők erősen alacsony küszöbpontszám esetén erősen felülreprezentáltak az álpozitív esetek között.) A magasabb küszöb egyre kevésbé érzékeny ezekre, ezzel szemben egyre specifikusabban csak azokat jelzi esetként, akiknél a mentális zavarok diagnosztikus kritériumait teljesítő lelki egészség-probléma áll fenn.[35, 36, 44] A mentális zavar diagnózisához – mint említettük - az szükséges, hogy akadályozottság vagy korlátozottság álljon fenn. Így az OLEF2000-ben alkalmazott magas küszöbpontszám mellett kapott gyakoriságokról nagy valószínűséggel kijelenthető, hogy azok a valóban mentális funkcionalitás-csökkenést mutató személyeket jelzik.

A fentebb tárgyalt szakirodalmi adatokkal egybevágóan felmérésünk is igazolta a mentális és a szomatikus egészség problémák szoros összefüggését, hiszen összefüggés-elemzésünk eredményei szerint a szomatikus korlátozottság mindkét nemben fokozta a mentális funkcionalitás csökkenés esélyét.

A társas támogatottság hiányának mértéke a mentális funkcionalitás csökkenés egyre nagyobb esélyével jár együtt.

Hasonló összefüggést találtunk az anyagi helyzet szubjektív megítélése kapcsán is – az egyre rosszabb szubjektív értékelés egyre nagyobb esélyt jelentett a mentális egészség problémára. Ugyanakkor figyelemre méltó, hogy – Kopp Máriához hasonlóan – mi sem találtunk összefüggést az „objektív” anyagi helyzet és a magas GHQ pontszám között.

Tekintettel arra, hogy az irodalomban nemritkán találkozni az ilyen vizsgálati leletekből levont oksági következtetésekkel, ismét felhívjuk azonban a figyelmet arra, hogy a lakossági egészségfelmérések oki összefüggések igazolására nem alkalmasak. Egyaránt feltehető, hogy a társas támogatottság hiánya okozza a mentális problémát, de megfordítva, a mentális funkcionalitás csökkenés – amely *per definitionem* magába foglalja a társas kapcsolatok terén

mutatkozó károsodást – is vezethetett a társas támogatottság elvesztéséhez. Az anyagi helyzet szubjektív megítélésével hasonló a helyzet: nem eldönthető, hogy a rossznak megélt anyagi helyzet vezet mentális funkcionális csökkenéshez, vagy pedig a mentális problémák legjellemzőbb tüneteiként számon tartott negatív beállítódások, kognitív hibák okozták-e az anyagi helyzet átlagosnál pesszimistikusabb megítélését.

A munkaviszonynál találtak is nagyrészt egybevágnak a kutatási eredményekkel. A két nem adatait külön elemezve a nőknél az összes kedvezőtlen munkaerő-piaci pozíció (nyugdíjasság, tartós munkanélküliség, illetve tartós munkaképtelenség) fokozta a mentális egészség problémák esélyét. A férfiaknál azonban csak a tartós munkaképtelenséggel találtunk – ezen a téren viszont a nőknél kifejezettebb összefüggést. A munkanélküliség, illetve a nyugdíjasság kapcsán az eltérés magyarázata lehet, hogy a felmért populációban a férfiak „adminisztratív” munkaerő-piaci helyzete kevésbé fedte a valóságot. A „papíron” munkanélküli, illetve nyugdíjas férfiak körében nagyobb a valószínűsége a tényleges, többé-kevésbé rendszeres munkavégzésnek.

Az öngyilkos magatartással kapcsolatosan a szakmai konszenzus hiánya természetesen leképeződik a laikus megítélésekben is. Az öngyilkos magatartás ezen felül a többi egészségproblémához viszonyítva azért is speciális jellegű, mert morális konnotációkkal, erőteljes stigmatizációval terhelt. Ezért az, hogy egy adott személy milyen korábbi aktusát minősíti öngyilkos magatartásnak, nagymértékben függ többek között a megnyilatkozás körülményeitől, az aktuális lelkiállapottól. Ugyanaz az egyén ugyanazt az aktusát rossz lelkiállapotában öngyilkossági kísérletnek minősítheti, máskor, jobb állapotban pedig bagatellizálhatja, stb. Ezért az öngyilkos magatartás kérdőíves felméréssel csak korlátozott megbízhatósággal becsülhető. Erre utalhat a halálos végű, illetve nem halálos végű kísérletek arányának igen nagy szórása is. A WHO/EURO *Multicentre Project on Parasuicide* kutatás keretében az európai államok többségére kiterjedő vizsgálatának adatai szerint például a nők között a szegedi centrum 1:8, az oxfordi centrum 1:86-os arányt talált a halálos: nem halálos végű szuicid kísérletek között. A férfiaknál ugyanezek az arányok az innsbrucki centrumban 1:2-nek, Oxfordban 1:20-nak adódtak. A különbség tehát mindkét esetben tízszeres. [61] Ennek egy része magyarázható azzal, hogy az európai összehasonlításban kifejezetten magas szuicid rátájú Magyarországon, illetve Ausztriában a kísérletek is súlyosabb lefolyásúak, gyakrabban halálhoz vezethetnek. Nem valószínű azonban, hogy ez ekkora különbséget okozhatna, inkább a szuicidumok, illetve a kísérletek minősítése, regisztrálása állhat a háttérben.

A korcsoportok szerinti megoszlás értékei ellentétben állnak azzal a kézenfekvő és sokszorosán igazolt ténnyel, hogy az öngyilkossági kísérletek élettartam-prevalenciája a korrallal emelkedik. (Mint láttuk, a kísérletek töredéke végződik halállal, és arra sem utal semmi adat, hogy az öngyilkossági kísérletet elkövetők valamilyen egyéb okból ilyen nagy arányban halnának meg). Megemlítjük, hogy vizsgálatukban Szádóczky és munkatársai is a 25-34 éves korcsoportban találták a legmagasabb említési gyakoriságokat, közleményükben azonban nem értelmezik ezt az eredményt. Az OLEF2000-ben mutatkozó csökkenés nem magyarázható nyílt válaszmegtagadással, az idős korcsoportokban ez mindössze kb. 3% volt a fiatalabb korosztályok 1-2%-ával szemben. Vélhetően az idősebb korosztály a kérdőív önkéntes jellege ellenére is kevésbé volt hajlandó öngyilkossági kísérlete bevallására.

Mint említettük, felmérésünkben az öngyilkossági kísérlet korábbi elkövetését megjelölő kérdezettek más felmérések és a szakirodalom adataival összehasonlítva meglepően nagy, 41%-os arányban (a férfiak 38, a nők 42%-a) állították, hogy orvosi vagy pszichológiai kezelésben részesültek az öngyilkossági kísérlete miatt. Valószínűsíthetően az összefüggés a felmérés szempontjából fordított arányú – vélhetően azok számoltak be nagy arányban öngyilkossági kísérletről, akik kezelésben részesültek emiatt. Elképzelhető az is, hogy önmagában az, hogy a kezelés tényére rákérdeztünk, abba az irányba befolyásolhatta a kérdezetteket, hogy azokat a szuicid gesztusokat minősítsék a kérdőív számára öngyilkossági kísérletnek, amely miatt ke-

zelést kaptak. Erre az adhatott lehetőséget, hogy a kérdések az önkitöltő kérdőívben szerepeltek és így – bár a kezelésre vonatkozó kérdés sorrendben az utolsó volt – az önállóan válaszoló kérdező mégis kezelhette egységesként a vonatkozó blokkot.

A súlyosabb öngyilkossági kísérletek nagyobb valószínűséggel kerülnek kezelésre, vagyis az OLEF2000 vélhetően alacsonyabb arányban detektálta az enyhébb lefolyású kísérletet elkövetőket. Mindez azért támasztja alá az öngyilkossági veszélyeztetettségre vonatkozó becslésünk konzervatív jellegét, mert – mint fentebb tárgyaltuk – az öngyilkossági kísérlet súlyossága (amely a kezelést valószínűsíti) nem függ szorosan össze a későbbi ismétlés nagyobb veszélyével.

Megjegyezzük, hogy a válaszadási hajlandóság az öngyilkos magatartás kérdéseit illetően általában is elérte az OLEF2000 átlagát – az eredmények értékelésére tehát ez a tényező nem volt hatással.

#### *2.2.5.3.1. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra*

Szükséges lenne a GHQ validálására a következő felmérések számára a küszöbpontszám meghatározása érdekében.

A szuicid magatartás vonatkozásában az anamnesztikus kísérlet léte/nem léte feltehetően nem azonosítja a veszélyeztetetteket megfelelően egy keresztmetszeti vizsgálat számára. A jövőben ehhez kérdezni kellene a szuicid kísérletek számára és az utolsó szuicid kísérlet időpontjára – azonban az ilyen finomítás hasonló nagyságú mintán valószínűleg túl alacsony elemszámokat eredményezne az egyes kategóriákban. Az orvosi-pszichológiai kezelés kérdése nem differenciál kellőképpen. Az orvosi kezelés jelenthet a sürgősségi (jellemzően toxikológiai) ellátást és pszichiátriai kezelést egyaránt, mindez egybemosódik a pszichológiai kezeléssel. Nem valószínű, hogy a kérdezők nagy része kellően differenciálni tud ezek között – a jövőben valószínűleg érdemes kihagyni ezt a kérdést. Erre utal az is, hogy az öngyilkossági kísérlet elkövetését jelzők közül 87-en jeleztek emiatti kezelést, míg 16-an (az előzőek csaknem ötöde!) azok közül is, akik azt jelölték, hogy nem volt korábban szuicid kísérletük. Ugyanezen kérdés esetleges befolyásoló jellegét lásd az eredmények értelmezésénél.

## 2.3. Vélt egészség

*Dr. Vokó Zoltán*

### 2.3.1. Kiemelt eredmények

- Az egészségét jónak, illetve nagyon jónak minősítette a nők közel 40%-a, míg a férfiak közel 50%.
- Ugyanakkor minden 5. nő és 8. férfi úgy gondolta, hogy egészsége rossz, vagy nagyon rossz.

### 2.3.2. Háttér

Felismerve, hogy az egyének véleménye a saját egészségükről az egészségi állapot mérésének hasznos indikátora, mára a vélt egészség az egyik legjelentősebb általános egészségindikátorrá vált. Annak ellenére, hogy a kulturális tényezők jelentősen befolyásolják azt, hogy az objektív egészségi állapot milyen szubjektív egészségérzetet eredményez, és emiatt az országok közötti összehasonlítás meglehetősen nehéznek tűnik [62], a vélt egészség a legtöbb nemzetközi szervezet (WHO, EU, OECD) ajánlott egészségindikátorai között szerepel [63, 64]. Irodalmi adatok alapján ismert a vélt egészség kapcsolata az életkorral [65], társadalmi helyzettel [66, 67, 68], számos objektív egészségi állapotmutatóval, valamint az egészségügyi szolgáltatások igénybevételével [69].

A vélt egészség mellett, hogy a „jónak vélt egészségben várható életévek” mutató számításának alapjául szolgál (lásd a Várható egészség fejezetet) [70] önmagában is fontos egészségindikátor, hiszen a lakosság véleménye a saját egészségéről mind az egészségpolitika, mind az általános politika számára informatív jelzés.

A lakosság vélt egészségéről az 1984. évi mikrocenzusban az kérdezték, hogy az adott személy az átlagosnál jobbnak vagy rosszabbnak ítéli-e egészségi állapotát [71]. A KSH 1994-es felmérésében a vélt egészségre vonatkozó kérdés négy válaszkategóriát tartalmazott [72]. Az 1997. évi Magyar Háztartási Panel vizsgálatban a válaszadók 10 fokozatú skálán jelölték meg, hogy mennyire elégedettek egészségükkel [73]. A TÁRKI által 1998-ban lefolytatott „Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról” a vélt egészség mérésére ugyancsak négy válaszkategóriát alkalmazott, azonban ezek elnevezése eltért a KSH által használttól [74].

### 2.3.3. Módszertan

A gyakorlatban kipróbált, többféle megfogalmazás közül napjainkra a WHO által javasolt változat vált általánosan elfogadottá. Az OLEF2000-ben is ezt az eszközt használtuk:

#### 8. Mit gondol, milyen az egészsége általában?

5 – Nagyon jó

4 – Jó

3 – Kielégítő

2 – Rossz

1 – Nagyon rossz

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

A kérdés nem használ életkorbeli, vagy időbeni viszonyítási alapot. Az „általában” szó célja, hogy csökkentse az időleges egészségproblémák befolyását a válaszadásra. Az kérdés egységében kérdez a teljes egészségre, nem bontja azt dimenzióira, ezáltal is lehetővé téve az egyéni vélemény érvényesülését.

Az elemzés során általában a jó/nagyon jó illetve a rossz/nagyon rossz kategóriákat összevontan kezelik. Az OLEF2000 elemzésekor is így jártunk el.

### 2.3.4. Populációs becslések

Az egészségüket jónak, illetve nagyon jónak minősítette a felnőttek 43,2%-a. Ez az arány a nőknél 39%, míg a férfiaknál 48% volt. Ugyanakkor közel minden 5. nő (18,5%) és 8. férfi (13,3%) gondolta, hogy egészsége rossz, vagy nagyon rossz (2.3-1. táblázat).

2.3-1. táblázat: A vélt egészség kor és nem szerinti megoszlása (%)

Vélt egészség	Nők			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
rossz/nagyon rossz	4,9 [3,7-6,5]	18,4 [16,4-20,5]	36,9 [33,4-40,6]	18,5 [17,1-20,0]
kielégítő	25,9 [22,7-29,4]	50,1 [47,3-52,9]	48,1 [44,8-51,4]	42,5 [40,5-44,7]
jó/nagyon jó	69,2 [65,4-72,8]	31,5 [28,2-35,0]	15,0 [11,8-18,8]	39,0 [36,4-41,6]
Vélt egészség	Férfiak			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
rossz/nagyon rossz	2,6 [1,6-4,1]	15,2 [13,0-17,7]	32,0 [26,8-37,6]	13,3 [11,7-15,0]
kielégítő	24,6 [21,5-28,0]	46,0 [42,7-49,4]	46,3 [41,7-50,9]	38,7 [36,5-40,9]
jó/nagyon jó	72,8 [69,1-76,3]	38,8 [34,9-42,7]	21,8 [17,7-26,4]	48,0 [45,2-50,9]

### 2.3.5. Megbeszélés

Az EuroQol-5D kérdőívhez tartozó vizuális analóg skála alkalmazásával mért vélt egészség becslések (lásd az Életminőség fejezet) a fentiekkel konzisztens eredményre vezettek. A nagyon jó/jó vélt egészséget megadóak a vizuális analóg skálán átlagosan 15-25 ponttal (nemtől és életkortól függően) magasabb értéket jelöltek meg, mint azok, akik a kielégítő/ rossz/ nagyon rossz válaszlehetőség valamelyikét választották.

A legtöbb ország egészségfelmérése tartalmaz kérdést a vélt egészségre vonatkozóan. Az 1994-1996-os években végzett néhány európai felmérés adatai alapján megállapítható, hogy az egészségüket jónak, vagy nagyon jónak vélők aránya igen nagy variabilitást mutat. Ez még a hasonló népegészségügyi helyzetű országokra is igaz. Norvégiában ez a gyakoriság 80, Olaszországban 60% körüli. Csehországban 45, Litvániában 30, Oroszországban 20% [75]. Az OLEF2000 eredménye – a felnőtt lakosság 43,2%-a vélte jónak vagy nagyon jónak az egészségét – a csehországihoz áll közel.

Az 1984. évi mikrocenzus alapján a 14 évnél idősebb nők 9,2, a férfiak 14,1%-a tartotta az egészségi állapotát az átlagosnál jobbnak. Az átlagosnál rosszabbnak vélte egészségi állapotát a nők 23,4, a férfiak 18,4%-a [71]. Az iskolázottság növekedésével mindkét nemből növekedett a magukat az átlagosnál jobb egészségűeknek vélők aránya.

A KSH által rendelkezésünkre bocsátott adatokon elvégzett elemzésünk szerint a 18-34 éves nők 89, a 35-64 éves nők 66,1%-a vélte úgy, hogy az egészségi állapota nagyon jó, vagy inkább jó. Ugyanez az érték 18-34 éves férfiak esetében 92,6%, 35-64 éves férfiak esetében pedig 74,1% volt [72]. Az OLEF2000 adataival való összevethetőséget jelentősen korlátozza azonban, hogy a KSH felmérésében négy válaszkategóriát alkalmaztak.

A TÁRKI 1997. évi felmérésében az átlagosnál elégedetlenebbek voltak az idősebbek, a nők, a falusiak, az alacsonyabb iskolai végzettségűek, illetve a rosszabb jövedelmi helyzetűek. Több tényező elkülönített hatását vizsgálva a legerősebb hatású befolyásoló tényezőnek az életkor, az iskolai végzettség és a jövedelem bizonyult. Ezek jelentősége valamelyest csökkent, ha az „objektív egészséget” (gyógyszerfogyasztás, elmúlt egy hónapban beteg volt) is figyelembe vették [73].

Az eredményeink arra utalnak, hogy már a középkorú (35-64 éves) felnőttek körében igen magas (60-70%) azok aránya, akik nem tartják jónak az egészségüket. Mivel a fejlett államokban a lakosság biztonságát és jól-létét a szegénység mellett leginkább a betegségek veszélyeztetik, az egészség kérdésének a politika napirendjén előkelő helyen kell(ene) állnia. Az egészségügyi ellátásról való lakossági vélekedés politikai jelentőségét ma már Magyarországon is felismerték. Ugyanakkor egy felelős politikai vezetés, amely egészségpolitikája középpontjába a lakosság egészségi állapotának javítását állítja, az „objektív” egészség indikátorok mellett haszonnal alkalmazhatja a vélt egészség mutatót is a lakosság egészségi állapotának monitorozására.

Ha a fenti prevalencia becsléseket összevetjük a funkcionalitás csökkenés mértékével, akkor azt láthatjuk, hogy a középkorúak 60-70%-ának nincs funkcionalitás csökkenése, lásd a Funkcionalitás fejezetet. Ezt összevetve a legfeljebb kielégítő egészségűek igen magas arányával, arra a következtetésre juthatunk, hogy már viszonylag enyhe következményekkel járó egészségproblémák is jelentős hatással bírnak az egyének szubjektív egészségérzetére. Ezen túlmenően érdekes lehet annak vizsgálata, hogy az „objektív” egészségi állapoton túl mely tényezők befolyásolják a lakosság vélt egészségét. Ez azonban meghaladta a Kutatási Jelentés kereteit.

## 2.4. Várható egészség

*Dr. Vokó Zoltán*

### 2.4.1. Kiemelt eredmények

- Egy 18 éves nő várhatóan még közel 59 évet fog még élni, ebből azonban csak 43,3 korlátozottságtól mentes évre számíthat, ha a halandósági és a megbetegedési viszonyok nem változnak.
- Hasonló feltételek mellett, egy 18 éves férfi várhatóan mintegy 50 évet fog még élni, és ebből átlagosan 38,4 lesz korlátozottságtól mentes.

### 2.4.2. Háttér

Az egészségpolitikai tervezésnek szüksége van összetett egészségmutatókra, melyek önmagukban alkalmasak a lakosság egészségének jellemzésére, ugyanakkor könnyen érthetőek, időben és térben egyszerűen összehasonlíthatóak, könnyen értelmezhetőek. További kíváncságot, hogy a lakosság egészségének komplexitását minél jobban meg tudják ragadni. Ezeknek a feltételeknek napjainkban a várható egészség mutatók felelnek meg leginkább.

A fejlett államok népegészségügyének központi problémája, hogy miképpen fog megküzdeni az élettartam növekedése és a krónikus betegségek gyakoriságának emelkedése miatt tartósan korlátozottak, illetve segítségre szoruló abszolút számának növekedésével. A várható egészségmutatók jól használhatók ennek a kihívásnak a monitorozására.

A várható egészség mutatók azt fejezik ki, hogy egy adott életkorú egyén várhatóan hány egészséges életévet fog még leélni, ha a halandósági és megbetegedési viszonyok változatlanok maradnak a populációban. A várható egészség mutatók lehetőséget nyújtanak arra, hogy a várható élettartamot felosszuk jó, illetve rossz egészségben eltöltött évekre. A mutatókat a várható élettartam és az egyes életkorokban a populációban lévő egészségesek részarányainak segítségével számítják. Így annyi várható egészségmutató képzelhető el, ahányféleképpen az egészséget meghatározzák.

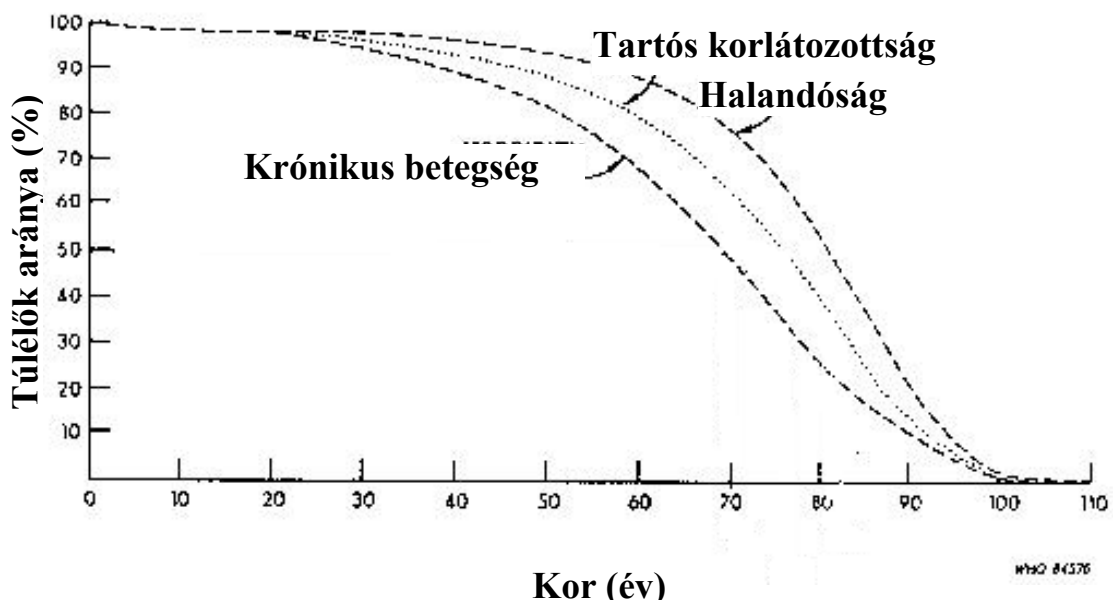
Mivel a mutatók értéke független a populáció nagyságától és korstruktúrájától, elméletileg a különböző populációk várható egészség mutatói közvetlenül összehasonlíthatók, és ugyanígy a mutatók időbeni változása is egyszerűen értelmezhető. Ugyanakkor az összehasonlíthatóság feltétele, hogy az egészséget azonos módon definiálják és az egészségesek gyakoriságát hasonló módon mérik. A várható egészség mutatók nemzetközi harmonizációját elősegítendő indította az EU Egészségmonitorozási Programja a „Első lépés egy európai várható egészség felhasználói kézikönyv felé” projektet, amely ajánlásokat dolgozott ki várható egészségmutatók számítására [76]. A projekt a következő várható egészségmutatók számítását, illetve a számításhoz szükséges egészségdimenziók mérését ajánlja az EU Bizottsága számára:

- jónak vélt egészségben várható élettartam
- akadályozottságtól mentes várható élettartam
- tartós korlátozottságtól mentes várható élettartam
- várható független élettartam
- jó lelki egészségben várható élettartam



A várható egészség mutatók számítása az egészség-kilátások modellen alapszik (2.4-1. ábra) [77]. Eszerint a fejlett államokban a korszpecifikus halálozások csökkenésével a túlélési görbe folyamatosan szögletesedik, azaz kihúzódik az ábra jobb sarka felé, jelezve, hogy még viszonylag idős korban is magas a túlélők aránya. Így a túlélés valószínűsége az idős korig alig csökken, majd meredeken esik. A görbe alatti terület a várható élettartammal arányos. A tartós korlátozottságtól mentes túlélés valószínűségét jelölő görbe azonban nem szögletesedik ilyen mértékben, az idős korosztályok felé haladva a túlélési görbe és a tartós korlátozottságtól mentes túlélés valószínűségét jelző görbe szétválak egymástól. A két görbe közötti távolság az y- tengely mentén a korlátozottság valószínűségét mutatja az egyes életkorokban. Mivel a tartós korlátozottságtól mentes túlélés görbéje alatti terület a korlátozottságtól mentes élettartamot jelöli, a két görbe alatti terület különbsége a tartós korlátozottságban várható átlagos életévek száma.

2.4-1. ábra: Az egészség-kilátások általános modellje [77]



Az egészség-kilátások modell szerint többféle forgatókönyv képzelhető el, annak megfelelően, hogy az egyes görbék szögletesedése abszolút és relatív mértékben hogyan fog változni. Az eltérő forgatókönyvek eltérő terheket és teendőket jelentenek a társadalom számára: így ha a tartós korlátozottságtól mentes túlélés görbéje a túlélési görbéhez hasonlóan fog szögletesedni, az azt jelzi, hogy az élettartam jó egészségben megélt évekként növekszik; ha csak a túlélési görbe szögletesedik az azt jelenti, hogy a megnyert életévek jelentős részét a lakosság korlátozottságban éli meg, azaz az idősök számának növekedésén túl, a korlátozott, segítségre szoruló idősök számának és arányának növekedésével kell számolni. Ennek a folyamatnak monitorozására alkalmasak a várható egészség mutatók.

A tartós korlátozottságtól mentes várható élettartamhoz teljesen hasonló a többi várható egészség mutató elméleti háttere.

Az OLEF2000-ben a következő várható egészségmutatókat számítottuk:

- jónak vélt egészségben várható életévek
- tartós korlátozottságtól mentes várható élettartam

Mivel az OLEF2000 csupán a felnőtt populációra terjedt ki, minden mutató esetén csak a 18, 35, 45, illetve a 65 éves korban várható egészséget számoltuk ki.

Mivel az egyes államok egészségfelmérései jelenleg nem harmonizáltak, akkor sem eredményeznének összehasonlítható mutatókat, ha egyébként egyforma módszereket alkalmaznának a várható egészség számítására. Éppen ez a felismerés hívta életre az Euro-REVES projektet [76].

Ugyan a WHO 2000-ben közölt rokkantságtól mentes várható élettartam mutatót minden tagállamra, ennek hitelessége erőteljesen megkérdőjelezhető a tartós korlátozottság gyakoriságára vonatkozó megbízható adatok hiánya miatt [78]. A WHO becslése szerint a nők tartós korlátozottságtól mentes születéskor várható élettartama Magyarországon 1999-ben 67,9 éve, a férfiaké 60,4 év volt.

Magyarországon tudomásunk szerint még nem történt várható egészségmutató számítása a fentiekben leírt módon.

### **2.4.3. Módszertan**

A jónak vélt egészség, a tartós korlátozottság mérését és definícióját lásd a megfelelő fejezetekben (Vélt egészség, Funkcionalitás fejezetek).

Akadályozottságtól mentes várható élettartamot nem számítottunk, mert OLEF 2000 az akadályozottságnak csak néhány aspektusára terjedt ki.

Jó lelki egészségben várható élettartamot nem számítottunk, mert a lelki egészség mérésére használt GHQ-kérdőívet hazánkban még nem hitelesítették, így nem határozható meg az a határérték, amely alatt az egyén lelki egészsége jónak tekinthető.

Amennyiben egyszerű prevalencia mutatók állnak rendelkezésre az egyes egészségi állapotokról, akkor általában a Sullivan-módszert alkalmazzák a várható egészség mutatók számítására [79]. Az OLEF 2000-ben is ezt a módszert alkalmaztuk, felhasználva a 2000. évi halandósági adatokat és a felmérésből származó prevalencia becsléseket. A KSH a 2000. évi halandósági adatok alapján közzétette a magyar lakosság hipotetikus túlélési görbéjének jellemzőit. A számításokhoz ezeket az adatokat használtuk.

A Sullivan-módszer lényege, hogy a halandósági tábla módszerével számított várható élettartamot felosztjuk egészségben és betegségekben megélt évekre (lásd. 2.4-1. ábra).

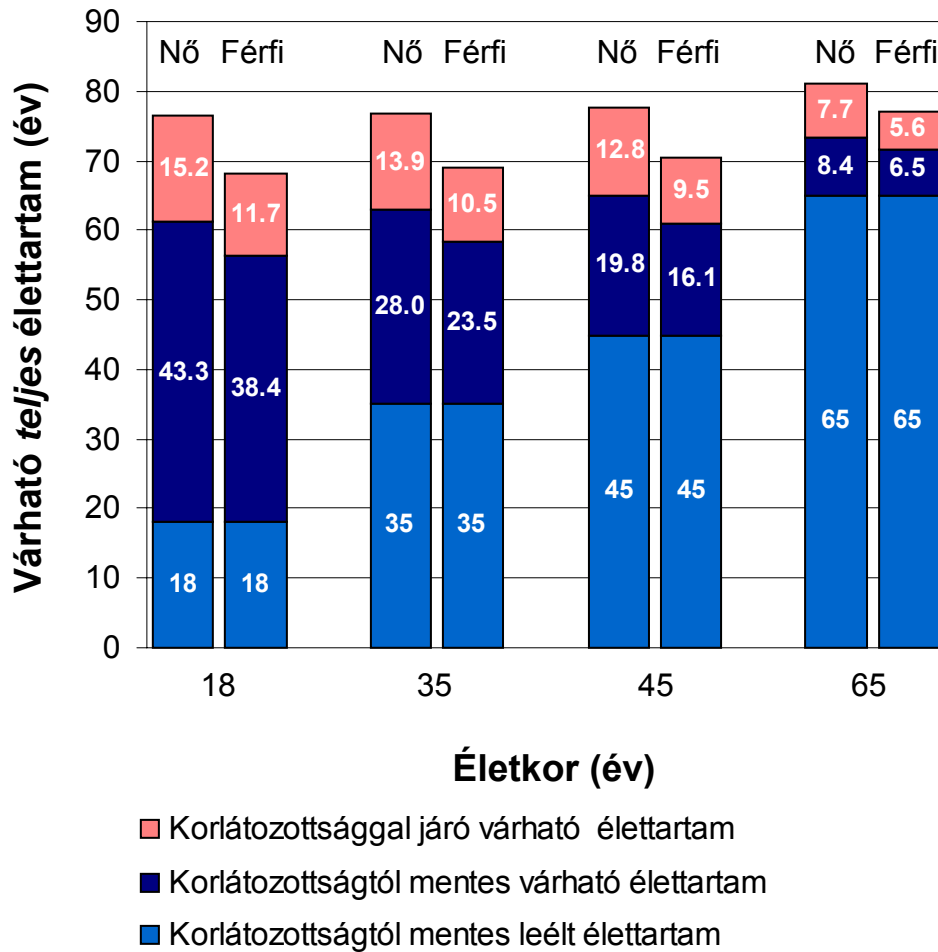
Mivel az OLEF 2000 nem terjedt ki az intézményben élőkre, így felülbecsli a legtöbb várható egészség mutatót, hiszen az intézményben élők egészségi állapota általában rosszabb, mint a nem intézményben élőké. Intézményi felmérések lehetőséget nyújtanának arra, hogy becsülni tudjuk a tényleges prevalenciákat.

A korlátozottságtól mentes várható élettartam esetén korrekcióra ad lehetőséget, ha minden egészségügyi, illetve szociális intézményben élő tartósan korlátozottnak tekintünk. A rendszeres statisztikai adatgyűjtésekből (OSAP) 1995-re vonatkozóan rendelkezésre áll korcsoportos bontásban az intézményben élők száma. A KSH rendelkezésünkre bocsátotta nemeként és tág korcsoportonként (-39, 40-59, 60-69, 70-79, 80-) a tartós bentlakásos egészségügyi és szociális intézményben élők számát, illetve a korcsoporton belüli részarányát. Ezeket az adatokat használtuk fel a korrekcióra.

### **2.4.4. Eredmények**

A korlátozottságtól mentes és a korlátozottságban várható élettartamot a 2.4-2. ábra, a jó vélt egészségben, illetve a nem jó vélt egészségben várható élettartamot a 2.4-3. ábra mutatja. A korlátozott kategóriába az eredeti beosztás enyhe/ közepes/ súlyos korlátozottság kategóriáit, a jó vélt egészség kategóriába az eredeti beosztás jó/nagyon jó kategóriáit soroltuk (lásd a Funkcionalitás és a Vélt egészség fejezeteket).

**2.4-2. ábra: Korlátozottságtól mentes illetve a korlátozottsággal járó várható élettartam különböző életkorokban**



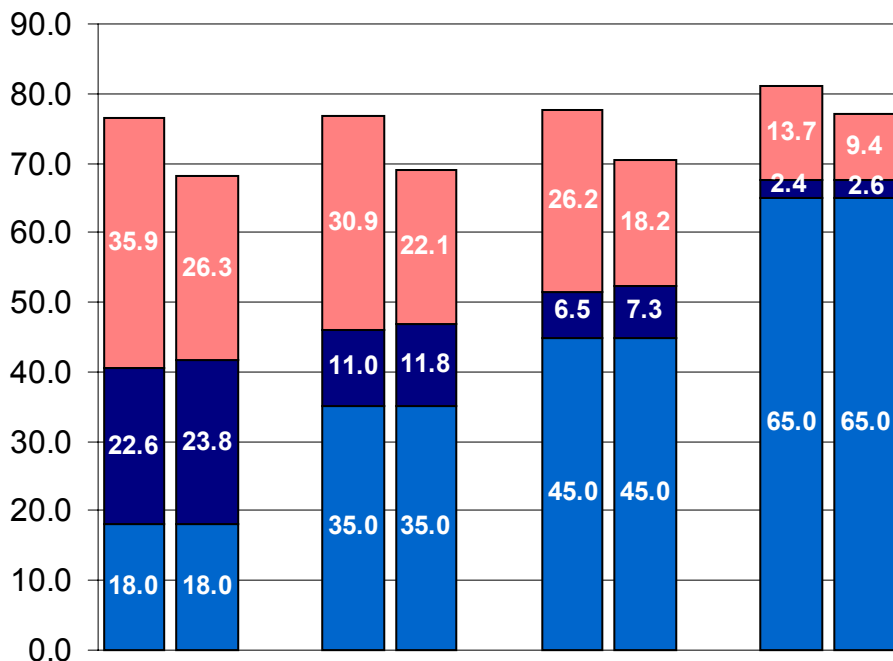
Bármely életkorban is vizsgáljuk, látható, hogy a férfiak nemcsak rövidebb életre, hanem kevesebb korlátozottságtól mentes életévre számíthatnak.

Átlagosan, a 18 éves korban várható élettartam körülbelül három negyede, a 35 évesen várható két harmada, a 65 évesen várható fele az, amely korlátozottságtól mentes.

A korlátozottsággal járó várható élettartam alig különbözik 18 évesen és 45 évesen, mutatva, hogy a korlátozottsággal járó életévek döntő része a 45 éves kor után várható. A 65 éves korban számított lényegesen alacsonyabb értékek ugyanakkor arra utalnak, hogy a tartós korlátozottság nélküli túlélés valószínűsége már jelentősen csökken a 45-65 éves életszakaszon.

A mai 18 évesek arra számíthatnak a vélt egészség 2000. évi prevalencia adatai és a halálozási adatok alapján, hogy ha e tekintetben nem történik változás, átlagosan csupán 40-42 éves korukig fogják jónak illetve nagyon jónak vélni egészségüket.

### 2.4-3. ábra: Jó, illetve nem jó vélt egészségben várható élettartam különböző életkorokban



- Nem jó vélt egészségben várható élettartam
- Jó vélt egészségben várható élettartam
- Jó vélt egészségben leélt életévek

## 2.4.5. Megbeszélés

### 2.4.5.1. Az eredmények értelmezése

A várható egészségmutatók értelmezése a várható élettartam mutatóhoz hasonlóan óvatosságot igényel. Az előbbieket az egyes életkorokban még várható „egészséges” élettartamot becslik, feltételezve a halandósági viszonyok és a felmérésből származó „betegség” (jelen esetben korlátozottság, rossz vélt egészség) prevalenciák változatlanóságát.

A tartós korlátozottságtól mentes várható élettartam és a jó vélt egészségben várható élettartam mutató eltérő értékei jelzik, hogy a szubjektív rossz megítélés az egészségről már jóval a korlátozottság kialakulása előtt jelentkezik – 18 évesen több, mint kétszerese a nem jó egészségben várható élettartam a korlátozottság járó várható élettartamnak –, azaz még a társadalmi életben való részvételt nem korlátozó problémák is rontják az egyének szubjektív egészségérzetét.

A nemek közti eltérések mutatják a vélt egészség mutató szubjektív jellegét, hiszen objektív mutatókkal mérve a férfiak kevesebb korlátozottságtól mentes életévre számíthatnak, ugyanakkor a jónak vélt egészség esetében fordított a helyzet.

Az intézményben élők számításba vétele csak módszertani szempontból bírt jelentőséggel, mert az intézményben élőkre nem korrigált korlátozottságtól mentes várható élettartam mutatók csak 0,1-0,2 évvel nagyobbak, mint az ábrákon közölt értékek.

#### **2.4.5.2. Javaslát esetleges jövőbeli módosításokra**

A tartós korlátozottság mérésére szolgáló eszközök további fejlesztése – lásd a Funkcionalitás fejezetet – a tartós korlátozottságtól mentes élettartam mutatót is érinti. A fejlesztési szakasz lezárulása után, az időbeni trendek értelmezhetőségének biztosítása miatt kívánatos, hogy ugyanazzal az eszközzel történjenek az ismételt mérések.

## 2.5. Életminőség

*Szende Ágota*

*„Az élet mértéke nem a hossza, hanem hogy milyen jól éljük le”  
(Plutharkosz)*

### 2.5.1. Kiemelt eredmények

- Az OLEF2000 során nyert EQ-5D életminőségi norma-értékek lehetővé teszik az egyes betegségek terhének (burden of disease) kiszámítását Magyarországon.
- Az EQ-5D alapján a lakosság 34%-a szorong vagy lehangolt, ami az egészséggel összefüggő életminőséget jelentősen csökkenti. Ennek alapján megállapítható, hogy a pszichés jellegű problémák megoldása a népbetegségek tekintett keringési, daganatos és mozgásszervi betegségek mellett ugyancsak népegészségügyi prioritás.
- Az egyéni és környezeti tényezők, mint az iskolai végzettség vagy a család jövedelmi helyzete nagymértékben összefügg az életminőséggel. Ez az eredmény pedig arra utal, hogy az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek csökkentése a tágabb szociálpolitika, mintsem az egészségügy feladata.

### 2.5.2. Háttér

#### 2.5.2.1. A téma jelentősége

Az egészség alapvetően befolyásolja az emberek életminőségét [80]. A vélt egészséghez hasonlóan, a lakosság életminőségéről nyert információ nagy jelentőségű az egészségpolitika számára, különösen a fejlett államokban, ahol a várható élettartam növelésén túl („Éveket az életnek!” célkitűzés) egyre jelentősebb népegészségügyi kérdéssé válik, hogy a „megnyert” életévek milyen minőségűek („Életet az éveknek!” célkitűzés). Az életévek során megélt egészséghez kapcsolódó életminőség az egészségi állapot egyik legfontosabb mutatója (Williams, 2001).

#### 2.5.2.2. Elterjedt fogalmak meghatározása

Az életminőség mérés elméleti háttere nem egységes. Majd minden szerző egyetért abban, hogy az életminőség egy többdimenziós elméleti konstruktum [81, 82]. Azt feltételezik, hogy az egyének az életminőségéről alkotott percepciója hasonló kognitív folyamatok eredménye, mint az attitűdök és vélemények kialakítása [83]. A folyamat elemei között szerepel az életminőséget meghatározó területek (domain) azonosítása, annak megállapítása, hogy az egyes területeken belül az egyén milyennek értékeli a helyzetét, majd az egyes területek integrációja egy összesített véleményben. Ezt a koncepcionális modellt követik azok az életminőség mérő eszközök, melyek az egyes területeket külön értékeltetik a válaszadókkal.

Az életminőség mérésének lényeges jellemzője, hogy az *egyén saját értékelésén és bevallásán* keresztül történik speciálisan kifejlesztett és hitelesített életminőség kérdőívek használatával (Spilker, 1996). Az egészséghez kapcsolódó életminőség mérés mára fontos, elterjedt és elfogadott módszere lett az egészségi állapot mérésének, amelyet egyaránt alkalmaznak egészségügyi statisztikák készítésekor, az egészségügyi beavatkozások hatásosságának értékelésében, illetve egyéb egészségpolitikai döntések megalapozásához.

Az általunk alkalmazott EQ-5D (EuroQol-5D) kérdőív olyan egészséggel kapcsolatos életminőséget mérő kérdőív, amely az életminőségnek azokat a fő dimenzióit foglalja magában – fizikális funkciók, fájdalom és közérzet, kedélyállapot –, amelyek az egészséggel leginkább kapcsolatban állnak (EuroQol Group, 1993). Ez a kérdőív megfelel a napjainkban elfogadott elvárásoknak miszerint az egészséghöz kapcsolódó életminőség olyan többdimenziójú egészségi állapot mutató, amely legalább három olyan dimenziót foglal magában, mint a fizikai, a pszichológiai és a szociális dimenziók (Leidy et al. 1999).

### 2.5.2.3. OLEF2000 kérdései, származtatott mutatók

A felmérésben az életminőség vizsgálata az EQ-5D (EuroQol Group, 1993) kérdőív segítségével történt.

Az egyik legfontosabb érv az EQ-5D választása mellett az volt, hogy az EQ-5D volt az egyike a jelenleg magyar nyelven rendelkezésre álló két általános életminőség kérdőívnek. További fontos szempont volt a kérdőív rövidege, amely lehetővé tette az összetett egészségmonitrozási felméréshez való kapcsolódást. Az előnyök közé sorolható még a gyakori nemzetközi alkalmazás és így az eredmények összehasonlíthatósága.

Az életminőség mérés fő problémáját jelenti az életminőség értékének egy összesített indexben történő kifejezése az egyes területekre adott válaszok alapján. Az általunk alkalmazott eszköz – EQ-5D – esetében az összesített index kifejezése hasznosság-érték (*utility*) meghatározó vizsgálattal történik, amelynek során az egyes területekre adott válaszkombinációkkal jellemzett állapotokat minősítetik a vizsgálandó populációt képviselő személyekkel. Az érték meghatározása többféle módszerrel – standard játszma, időhossz választás, vizuális analóg skála, stb. – történhet [84]. Bármilyen módon is határozzák meg egy adott állapot értékét, alapvető kíváncsi, hogy az egyén preferenciáját tükrözze, azaz a számérték a preferáltság mértékét fejezze ki. Preferencia mérésére azonban csak olyan eszközök alkalmasak, melyek alternatívákkal szembesítik a válaszadót, és preferenciát tükröző értékítéletre kényszerítik, ilyen az „időhossz választás” és a „standard játszma” módszer. Az így kialakítandó hasznossági értékek jellemzője, hogy egy olyan skálán mérnek amelyen az 1 a teljes egészség, míg a *nulla* a halál állapotának értékét jelenti [85, 86, 87, 88, 89]. Két olyan hasznosság-érték meghatározó lakossági vizsgálat is történt, amelynek az eredményeit gyakran alkalmazzák az EQ-5D kiértékelésekor. Az egyik ilyen vizsgálat egy angliai (MHV Group, 1995) tanulmány volt, amelyben „időhossz választás” módszerrel vizsgálták meg a lakosoknak az egyes egészségi állapotokról alkotott preferenciáit. A másik, a VAS módszeren alapuló, vizsgálat hét európai országban folytatott értékelési tanulmány eredményeit ötvözte (RAT, 1999). Az OLEF2000-ben az eredményeket mindkét kiértékelési képlettel elemeztük.

Az életminőség kérdőív a felmérés önkitöltős részéhez tartozott, vagyis a kérdezőbiztosok az interjú során nyújtották át a válaszadónak a kérdőívet kitöltésre.

A kérdőív öt fő dimenzió alapján vizsgálja az életminőséget. Ezek a dimenziók a mozgásképesség, az önellátás, a napi tevékenységek, a fájdalom/rossz közérzet és a szorongás/lehangoltság. Mindegyik dimenzióhoz három lehetséges válaszadási kategória tartozik: „semmi gondot nem jelent”, „némi gondot jelent”, „súlyos gondot jelent”. Így összesen  $3^5=243$  válaszadási kombináció van, amelynek mindegyikéhez tartozik egy, a fent ismertetett módszerekkel kiszámolt hasznossági érték. (Lásd alább: 2.5-1. ábra!)

Az EQ-5D kérdőívnek két fő része van. Az első oldalon az öt dimenzióra vonatkozó kérdések találhatók. A 2. oldalon egy önértékelési skálát kell kitölteni, amelyen a válaszadók saját megítélésük szerint osztályozzák jelenlegi vélt egészségi állapotukat egy „0” (elképzelhető legrosszabb) és „100” (elképzelhető legjobb) skálán.

### 2.5-1. ábra: Életminőség kérdőív

A kérdőív kitöltésekor kérem, karikázza be a legmegfelelőbbnek ítélt a válaszokhoz tartozó betűjelet, illetve írja be a kért mennyiségeket a kipontozott vonalra ahol az szükséges! Minden kérdésnél **csak** egy választ karikázzon!

Ha a kérdések kitöltésénél bármilyen problémája, kérdése van, forduljon bizalommal a kérdezőhöz!

**Kérem válassza ki azt az állítást, amely Önre nézve MOSTANÁBAN igaz!**

#### 1. Járás

- Nincs problémám a járással
- Gondot jelent a járás
- Nem tudok felkelni az ágyból

#### 2. Önellátás

- Gond nélkül el tudom látni magam
- Gondot jelent a tisztálkodás és az öltözködés
- Nem tudok egyedül tisztálkodni és öltözködni

#### 3. Szokásos tevékenységek

(munka, tanulás, házimunka, családi vagy szabadidős tevékenységek, stb.)

- Nem jelent gondot a szokásos tevékenységek elvégzése
- Gondot jelent a szokásos tevékenységek elvégzése
- Nem tudom a szokásos tevékenységeket egyedül elvégezni

#### 4. Fájdalom / Rossz közérzet

- Nem fáj semmim, jó a közérzetem
- Fájdalmaim vannak, vagy rossz a közérzetem
- Erős fájdalmaim vannak, vagy nagyon rossz a közérzetem

#### 5. Szorongás / Lehangoltság

- Nem nyugtalankodom, jó a kedvem
- Nyugtalan vagy kedvetlen, lehangolt vagyok
- Nagyon nyugtalan vagy kedvetlen, lehangolt vagyok

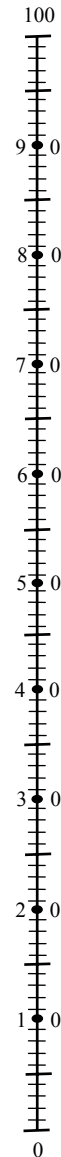
#### 6. Az egészségem az elmúlt 12 hónaphoz képest MOST...

- Jobb
- Ugyanolyan
- Roszsabb

#### 7. A jobb oldali skála csúcértéke ("100") az elképzelhető legjobb egészségi állapotot, a legalsó érték ("0") pedig a lehető legrosszabbat jelöli.

Kérjük, jelölje a 0 és 100 közötti skála vonalán, hogy a MOSTANI egészségi állapotát milyennek értékeli, azaz hová helyezné az elképzelhető legjobb, illetve az elképzelhető legrosszabb között! A jelet a skála vonalán nemesak a jelölt számokhoz teheti.

Az elképzelhető legjobb  
egészségi állapot



Az elképzelhető  
legrosszabb egészségi  
állapot



**Összefoglalva tehát az EQ-5D kérdőív 3 fő kiértékelési lehetőséget nyújt:**

- „Problémák gyakorisága” az öt dimenzió szerint.
- Életminőség index: a válaszadónak az öt dimenzió alapján kifejezett egészségi állapotának – társadalmi értékítélet alapján megbecsült– hasznossági értéke „0” (halál állapota) és „1” (teljes egészség) skálán.
- Az egészségi állapot saját önértékelése egy „0” (elképzelhető legrosszabb) és „1” (elképzelhető legjobb) skálán.

### **2.5.3. Előzmények**

#### **2.5.3.1. Legfontosabb külföldi adatok**

Az EQ-5D kérdőívet széleskörűen alkalmazták a legkülönbözőbb betegcsoportok esetében, illetve számos tanulmány jelent meg a lakosság körében végzett életminőség felmérésekről is. Általános lakossági, már publikált felmérések történtek többek között az Egyesült Államokban, Kanadában, Nagy-Britanniában, Spanyolországban, Svédországban és Új-Zélandon (Johnson és Coons, 1998; Johnson és Pickard, 2000; Kind et al., 1998; Badia et al., 1998; Burstrom et al., 2001; Devlin et al., 2000).

Számos tanulmány jelent meg kedvező eredményekről a kérdőív hitelesítési vizsgálataival kapcsolatban (pl. Agt et al, 1994; Essink et al, 1993; Sintonen, 1994; Brazier et al., 1993.). A postai felmérések esetén a válaszadási arány 26 – 72%-os volt, valamint magas volt a kitöltési arány, 96 – 100%-os (pl. Kind et al., 1994). A kérdőív további fontos jellemzője multidiszciplináris alkalmazhatósága a klinikai/népegészségügyi-, valamint az egészség-gazdaságtani területeken.

#### **2.5.3.2. Legfontosabb összehasonlítható eredmények a korábbi hazai felmérésekből**

Bár az életminőség mérés elterjedt módszerré és különálló szakterületté vált a fejlett országokban, Magyarországon mindaddig kevés ez irányú felmérés történt. Az elvégzett felmérések többsége klinikai vizsgálatokhoz kapcsolódó életminőség mérés volt. Mindössze két olyan vizsgálat ismeretes, amely az általános lakossági életminőséget mérte fel. Az egyik ilyen jellegű tanulmány az SF-36 általános életminőség kérdőív használatával az általános lakosságból választott, közel négyezer fős, reprezentatív mintán történt (Czimbalmos és kutatótársai, 1999). A másik felmérés az EQ-5D általános életminőség kérdőív egy korábbi, nem hitelesített fordítású változatának használatával történt egy nem reprezentatív, közel ötezer fős magyar lakossági mintán (Szende és Molnár, 2000).

### **2.5.4. Eredmények**

#### **2.5.4.1. Életminőség dimenziók szerinti problémák prevalenciája**

A leggyakrabban előforduló probléma a magyar lakosság körében a fájdalom, illetve a rossz közérzet volt. A lakosság csaknem 38%-a, illetve a hatvanöt éven felülieknek több mint 60%-a szenved ezektől az életminőséget kedvezőtlenül befolyásoló problémáktól. A 2. legelterjedtebb gondot a szorongás, illetve lehangoltság jelentette, a lakosság több mint egyharmadát érintve. Az önellátás jelentett az 5 dimenzió közül legkevésbé gondot a lakosság körében (6%), főként a legidősebb (65 éven felüli) korosztályra koncentrálódva (18%). A problémák gyakorisága szignifikánsan magasabb volt az idősebb korosztályokban mind az öt dimenzió

mentén. A 2.5-1. táblázat az egyes életminőség dimenziók mentén jelentett morbiditást foglalja össze százalékos mutatóban, a két morbiditási kategória (enyhe, illetve súlyos probléma) összevonásával.

**2.5-1. táblázat: Problémák gyakorisága az egyes életminőség dimenziók mentén (%)**

Járás	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
nem jelent gondot	96,8 [95,2-97,8]	79,3 [76,7-81,6]	50,6 [46,1-55,1]	78,2 [76,4-79,9]
gondot jelent	3,2 [2,2-4,8]	20,7 [18,4-23,3]	49,4 [44,9-53,9]	21,8 [20,1-23,6]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0
Járás	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
nem jelent gondot	97,5 [96,3-98,3]	83,0 [79,5-86,0]	61,1 [55,9-66,0]	84,9 [82,9-86,7]
gondot jelent	2,5 [1,7-3,7]	17,0 [14,0-20,5]	38,9 [34,0-44,1]	15,1 [13,3-17,1]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

Önellátás	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
gond nélkül	99,7 [99,0-99,9]	94,7 [93,3-95,8]	81,0 [77,0-84,4]	93,2 [92,0-94,3]
gondot jelent	0,3 [0,1-1,0]	5,3 [4,2-6,7]	19,0 [15,6-23,0]	6,8 [5,7-8,0]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0
Önellátás	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
gond nélkül	99,1 [98,1-99,6]	95,2 [93,5-96,5]	82,9 [78,6-86,4]	94,8 [93,7-95,7]
gondot jelent	0,9 [0,4-1,9]	4,8 [3,5-6,5]	17,1 [13,6-21,4]	5,2 [4,3-6,3]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

Szokásos tevékenységek <sup>1</sup>	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
nem jelent gondot	97,2 [96,0-98,1]	84,4 [82,1-86,5]	64,5 [60,3-68,5]	83,9 [82,4-85,3]
gondot jelent	2,8 [1,9-4,0]	15,6 [13,5-17,9]	35,5 [31,5-39,7]	16,1 [14,7-17,6]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0
Szokásos tevékenységek <sup>1</sup>	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
nem jelent gondot	98,2 [96,8-99,0]	86,8 [84,6-88,7]	69,1 [64,1-73,7]	88,3 [86,8-89,7]
gondot jelent	1,8 [1,0-3,2]	13,2 [11,3-15,4]	30,9 [26,3-35,9]	11,7 [10,3-13,2]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

<sup>1</sup> Munka, tanulás, házimunka, családi vagy szabadidős tevékenységek

Fájdalom / Rossz közérzet	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
nem fáj	81,8 [78,0-85,0]	52,0 [48,2-55,8]	31,6 [28,4-35,0]	56,4 [53,7-59,0]
fájdalmat jelez	18,2 [15,0-22,0]	48,0 [44,2-51,8]	68,4 [65,0-71,6]	43,6 [41,0-46,3]
<b>Összesen</b>	100,0	100,0	100,0	100,0
Fájdalom / Rossz közérzet	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
nem fáj	85,2 [82,2-87,8]	64,2 [59,3-68,8]	44,1 [39,2-49,1]	68,7 [65,4-71,8]
fájdalmat jelez	14,8 [12,2-17,8]	35,8 [31,2-40,7]	55,9 [50,9-60,8]	31,3 [28,2-34,6]
<b>Összesen</b>	100,0	100,0	100,0	100,0

Szorongás / Lehangoltság	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
nem nyugtalan	73,9 [70,4-77,1]	55,5 [53,0-57,9]	45,7 [42,0-49,5]	58,8 [56,8-60,7]
nyugtalan	26,1 [22,9-29,6]	44,5 [42,1-47,0]	54,3 [50,5-58,0]	41,2 [39,3-43,2]
<b>Összesen</b>	100,0	100,0	100,0	100,0
Szorongás / Lehangoltság	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
nem nyugtalan	85,0 [82,5-87,2]	70,0 [66,4-73,4]	59,5 [54,6-64,2]	73,8 [71,7-75,8]
nyugtalan	15,0 [12,8-17,5]	30,0 [26,6-33,6]	40,5 [35,8-45,4]	26,2 [24,2-28,3]
<b>Összesen</b>	100,0	100,0	100,0	100,0

Az egészségem az elmúlt 12 hónaphoz képest MOST...	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
jobb	16,3 [13,3-19,9]	10,1 [8,9-11,5]	8,9 [7,1-11,0]	11,7 [10,5-13,0]
ugyanolyan	77,5 [74,6-80,1]	73,3 [71,3-75,2]	60,7 [57,2-64,1]	71,8 [70,3-73,2]
rosszabb	6,2 [4,5-8,5]	16,6 [14,8-18,5]	30,5 [27,5-33,6]	16,5 [15,2-18,0]
<b>Összesen</b>	100,0	100,0	100,0	100,0
Az egészségem az elmúlt 12 hónaphoz képest MOST...	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
jobb	12,0 [10,1-14,3]	9,9 [8,4-11,7]	10,6 [8,2-13,7]	10,8 [9,7-12,0]
ugyanolyan	83,8 [80,9-86,3]	76,9 [74,5-79,1]	65,8 [60,7-70,5]	77,7 [75,9-79,4]
rosszabb	4,2 [2,9-6,0]	13,2 [11,3-15,3]	23,6 [19,6-28,1]	11,5 [10,3-12,9]
<b>Összesen</b>	100,0	100,0	100,0	100,0

### 2.5.4.2. Egészségi állapot önértékelés vizuális analóg skálán (VAS)

A nullától százig terjedő vizuális analóg skálán az egészségi állapot önértékelése átlagosan 69,8 volt a nők, illetve 73,8 volt a férfiak körében. A VAS érték konzisztensen csökkent az életkor előrehaladtával, és minden korcsoport esetében alacsonyabb értéket vett fel a nők esetében a férfiakhoz képest. A 2.5-2. táblázat a VAS értékeket foglalja össze korcsoportonkénti és nemenkénti bontásban.

2.5-2. táblázat: EQ-5D<sub>vas</sub> értékek korcsoportonként és nemenként

	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-
<b>Férfiak</b>	84,2	81,7	76,1	70,4	66,2	62,9	55,4	55,1
<b>Std, Dev,</b>	0,6	0,7	0,8	0,1	1,1	1,3	2	4,1
<b>Nők</b>	82,6	80,1	75,0	68,3	62,4	57,2	53,2	54,3
<b>Std, Dev,</b>	0,7	0,1	0,8	0,9	1	1,1	1,6	2,9
<b>Összesen</b>	83,4	81,2	75,5	69,3	64,1	59,4	53,9	54,5
<b>Std, Dev,</b>	0,5	0,5	0,6	0,7	0,8	0,8	1,3	2,4
<b>% (n=5534)</b>	15	17	18	18	14	11	6	1

### 2.5.4.3. Életminőség index

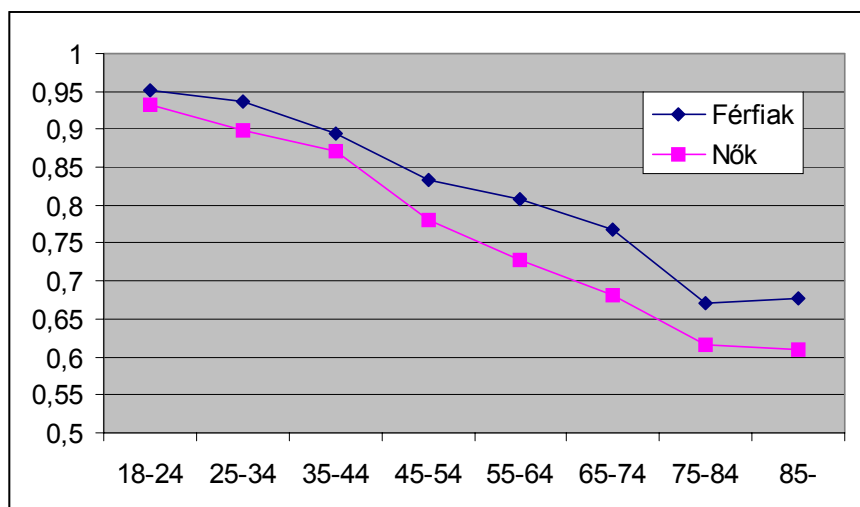
A vizuális analóg skála eredményeihez hasonló összefüggéseket mutat az életminőségi index életkor, valamint nem szerinti alakulása is (ld.2.5-3. táblázat).

2.5-3. táblázat:EQ-5D<sub>index\_TTO</sub> értékek életkor és nem szerint

	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-
<b>Férfiak</b>	,951	,936	,895	,834	,808	,768	,671	,677
<b>Std, Dev,</b>	,006	,006	,009	,012	,014	,018	,029	,061
<b>Nők</b>	,932	,898	,871	,781	,728	,682	,615	,609
<b>Std, Dev,</b>	,007	,009	,009	,012	,012	,016	,024	,048
<b>Összesen</b>	,942	,918	,882	,808	,765	,756	,634	,629
<b>Std, Dev,</b>	,005	,006	,006	,009	,009	,012	,019	,038
<b>% (n=5534)</b>	15	17	18	18	14	11	6	1

Ahogy a 2.5-1. ábra grafikusán is szemlélteti az életminőség index értékeket, a nők életminősége, bár nagyságban nem túl jelentősen, de életkor szerint mindvégig következetesen alacsonyabb a férfiakénál.

**2.5-2. ábra: Az EQ-5D<sub>index\_TTO</sub> életminőségi index alakulása az életkor és a nem függvényében**



Mivel az életminőség index értéke közvetlenül az öt életminőség dimenzió kérdéseire adott válaszokból vezethető le, így lehetőség van annak megvizsgálására, hogy milyen összetevőkre vezethető le a nők és férfiak életminőségében való különbség. Amint azt a 2.5-4. táblázat szemlélteti, mindegyik életminőség dimenzió mentén nagyobb arányban jeleztek problémát a nők, mint a férfiak. Egyedül az önellátás volt az a dimenzió, amely esetében a különbség nem volt jelentős. Mindez korcsoportonkénti férfi-nő összehasonlításban is jellemző volt, és kivételt csak a legfiatalabb korosztályban a járás és önellátás képezett.

A nemnek és életkornak az életminőséggel való pontosabb összefüggéseit a lejjebb ismertetésre kerülő, többszörös, lineáris regressziós elemzés mutatja be, mely figyelembe veszi a demográfiai, társadalmi, gazdasági tényezők egymással való összefüggéseit is.

Az alábbi táblázat az európai összevont felmérés lakossági preferencia értékei alapján számolt életminőség index értékeket foglalja össze korcsoportonként és nemek szerinti bontásban.

**2.5-4. táblázat: EQ-5D<sub>index\_Európai</sub> értékek életkor és nem szerint az Európai kiértékelési képlettel számolva**

	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-
<b>Férfiak</b>	94,2	93,5	90,1	85,5	81,7	78,9	69,3	74,8
<b>Std, Dev,</b>	0,7	0,5	0,7	1	1,4	1,5	2,7	5,4
<b>Nők</b>	93,2	90,8	88,9	82,0	77,4	75,1	67,3	64,5
<b>Std, Dev,</b>	0,6	0,7	0,6	0,9	0,9	1,2	1,9	4,9
<b>Összesen</b>	93,7	92,2	89,7	83,7	79,3	76,7	68,0	67,8
<b>Std, Dev,</b>	0,5	0,4	0,5	0,7	0,8	0,9	1,6	3,7
<b>% n=5534</b>	15	17	18	18	14	11	6	1

#### 2.5.4.4. Életminőség és más egészségi állapot mutatók

Az életminőség eredmények szoros összefüggést mutattak a felmérésben szereplő egyéb egészségi állapot mutatókkal. A legfontosabb egyéb egészségi állapot mutatók között volt az egészségi állapot önértékelése ötegységes skálán, a járásképeség, a hallásképeség, a látásképeség, sérülés, illetve egyéb betegség következtében való korlátozottság, valamint krónikus betegségek jelenléte.

Az ötegységes skálán történő egészségi állapot önértékelés és az életminőség index (EQ-5D<sub>index\_TTO</sub>) közötti összefüggést a 2.5-5. táblázat szemlélteti.

**2.5-5. táblázat: Egészségi állapot önértékelés és az életminőség index (EQ-5D<sub>index\_TTO</sub>)**

	Életminőség index (EQ-5D <sub>index_TTO</sub> )
Nagyon rossz	,31
Rossz	,54
Kielégítő	,82
Jó	,95
Nagyon jó	,98

A *járásképesség* és az életminőség index között is hasonlóan szoros összefüggés volt megfigyelhető. A legsúlyosabb esetben, vagyis ha valaki „egy lépést sem tud megtenni”, akkor az életminőség index értéke .23 volt. Ha „legfeljebb csak néhány lépést tud megtenni”, ha „legfeljebb 200 métert”, illetve ha „több mint 200 métert” tud megtenni, akkor az életminőség index .36, .55, illetve .87 volt.

A *hallásképesség* vizsgálata esetében a megkérdezetteknek azt kellett megjelölniük, hogy milyen hangerőn tudják a TV-t vagy a rádiót hallgatni. A lehetséges válaszok és a hozzájuk tartozó életminőség index értékek a következők voltak: „normál hangerőn”, .85; „csak felhangosítva”, .67; „csak hallókészülékkel”, .65; „nem tudja hallgatni, mert olyan mértékben halláskárosult”, .66.

A *látásképességre* vonatkozó kérdésnél a megkérdezetteknek arra kellett válaszolniuk, hogy elég jól látnak-e ahhoz, hogy az utca túloldalán felismerjék ismerősüket. A három válasz lehetőség és a hozzájuk kapcsolódó átlagos életminőség index értékek a következők voltak: „igen”, .86; „csak szemüveggel vagy kontaktlencsével”, .76; „nem”, .51.

Végül, ha volt valakinek olyan *panasza, sérülése vagy betegsége, amely korlátozta* a megkérdezetteket a szokásos tevékenységek elvégzésében, akkor életminőség indexük .61 volt szemben az egészségesekkel, akiknek életminőség indexük .91 volt átlagosan.

Az egyes *krónikus betegségek* meglétének hatását a kor és nem szerint nem standardizált életminőség index (EQ-5D<sub>index\_TTO</sub>) értékére az alábbi 2.5-6. táblázat foglalja össze.

**2.5-6. táblázat: Krónikus betegségek és az életminőség index (EQ-5D<sub>index\_TTO</sub>)**

	Van/volt	Nincs/nem volt
Magas vérnyomás	,71	,87
Szívroham vagy szívinfarktus	,59	,84
Bármely egyéb szívbetegség	,64	,86
Agyvérzés / gutaütés / szélütés / agyérgörcs	,50	,84
Magas koleszterin szint	,72	,84
Cukorbetegség	,65	,84
Asztma	,63	,83
Allergiás betegségek (szénanátha, ekcéma)	,77	,83

Az életminőség index különbsége a krónikus betegségtől szenvedők és az egészségesek közt statisztikailag szignifikáns volt ( $p < 0.05$ ).

A fenti eredmények arra engednek következtetni, hogy a megkérdezett krónikus betegségek közül az agyvérzés okozza a legnagyobb életminőség veszteséget. Az agyvérzést követi a szívroham, illetve egyéb szívbetegségek, az asztma, valamint a cukorbetegség. A viszonylag legkisebb életminőség veszteséget eredményező állapotok közé sorolható a magas vérnyomás, a magas koleszterin szint, és az asztmán kívüli allergiás megbetegedések (pl. szénanátha, ekcéma).

### 2.5.4.5. Összefüggés-elemzések

#### 2.5.4.5.1. Megállapítások

A főbb demográfiai jellemzők mellett számos gazdasági-társadalmi tényező is szoros összefüggést mutat az egészséghez kapcsolódó életminőséggel. A magyarországi felmérés alapján a legfontosabb társadalmi-gazdasági meghatározók közé a jövedelem és az iskolai végzettség tartozott.

#### 2.5.4.5.2. Részletes eredmények

A 2.5-7. táblázat az egyes jövedelmi tizedekhez tartozó egyének átlagos standardizált egészségi állapot (életminőség) mutatóit foglalja össze. A jövedelmi decilisek a háztartás havi nettó ekvivalens jövedelme alapján lettek meghatározva. Az ekvivalens jövedelem kiszámításánál a 0.5-ös ekvivalencia súlyt használtuk<sup>2</sup>. Az életminőség mutatók életkorra és nemre lettek standardizálva, ami azt jelenti, hogy figyelembe lettek véve a kor és a nem eltérő megoszlásából adódó torzítások az egyes jövedelmi csoportok között.

<sup>2</sup> Az ekvivalens jövedelem = (háztartás havi nettó jövedelme) / (háztartás tagok száma)<sup>0.5</sup>. Az ekvivalens jövedelem számítás lényege az, hogy a "valódi" anyagi helyzet megállapításánál figyelembe legyen véve a nagyobb háztartásokra jellemző méretgazdaságosság.

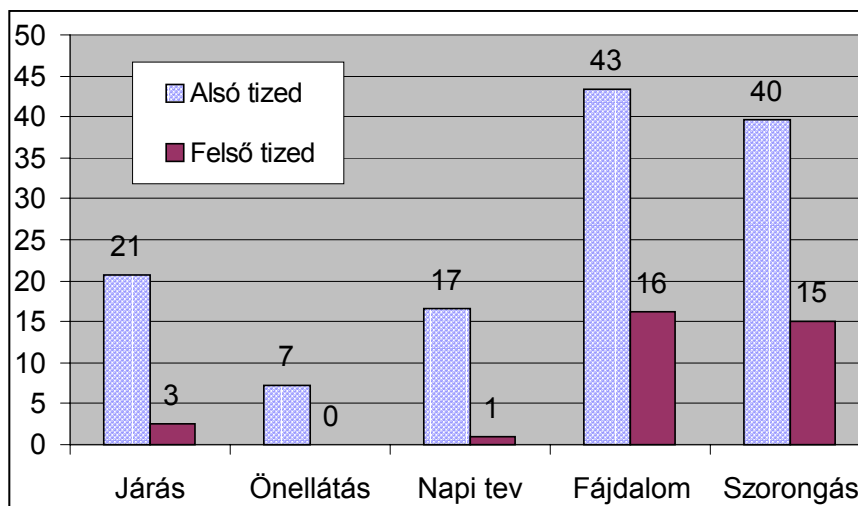
2.5-7. táblázat: Standardizált életminőség mutatók jövedelmi tizedenként

Jövedelmi tized	VAS	Életminőség index		Életminőség dimenziók mentén jelzett problémák (%)				
	EQ-5D <sub>vas</sub>	EQ-5D <sub>ind</sub> TTO*	EQ-5D <sub>ind</sub> Európai	Járás	Önellátás	Napi tev.	Fájdalom rossz köz	Szorongás lehangolt
Legalacsonyabb	70	0,80	83	21	7	17	43	40
2.	68	0,79	82	23	8	18	46	40
3.	68	0,78	82	24	9	19	46	41
4.	66	0,77	81	27	10	21	49	42
5.	69	0,80	83	22	8	17	44	38
6.	70	0,82	84	20	7	16	40	36
7.	71	0,83	85	18	6	14	38	34
8.	72	0,84	86	17	6	13	36	32
9.	76	0,87	89	12	3	9	30	28
Legmagasabb	82	0,95	95	3	0	1	16	15

\*Az életminőség index értékei az MVH tanulmány alapján kifejlesztett képlet szerint számolva.

Ahogy a 2.5-3. ábra is szemlélteti, jelentős különbségek találhatók az egyes életminőség dimenziók mentén jelzett problémák arányában a különböző jövedelmi csoportokhoz tartozó egyének között.

2.5-3. ábra: Az egyes életminőségi dimenziók mentén jelzett problémák (%) a legalsó és a legfelső jövedelmi tized esetében





A 2.5-8. táblázat a többváltozós regressziós elemzésnek az eredményeit ismerteti. A demográfiai és társadalmi-gazdasági változók hatását mind a vizuális analóg skálán mért egészségi állapot mutatóra, mind pedig az EQ-5D életminőség mutatóra megvizsgáltuk. A VAS mutató, valamint az Európai felmérés képletén alapuló index értékek 0-100-ig terjedő skálán vannak feltüntetve, az EQ-5D angliai TTO felmérés képletén alapuló index értékei pedig 0-1-ig terjedő skálán értelmezendők. Az életkor és a jövedelem folytonos változóként szerepelt a modellben. Az iskolai végzettség szerint az egyik csoportba a felsőfokú, valamint a magasabb szintű középiskolai (gimnázium, szakközépiskola) végzettségűek, míg a másik csoportba a többiek tartoztak.

### 2.5-8. táblázat: Az életminőség mutatók demográfiai és társadalmi-gazdasági meghatározói

Magyarázó változók*	VAS	Életminőség index	
	EQ-5D <sub>vas</sub>	EQ-5D <sub>ind</sub> TTO	EQ-5D <sub>ind</sub> Európai
Életkor (életevek)	-0,478	-0,004	-0,302
Nem (referencia: férfiak)	-2,038	-0,044	-2,485
Jövedelem (havi nettó 10,000 Ft)	0,496	0,006	0,373
Iskolai végzettség (referencia: középfoknál alacsonyabb végzettség)	4,537	0,067	4,005
Konstans	89,823	0,996	98,565
R <sup>2</sup> érték	0,240	0,170	0,200

\* Csupán a legalább 0,05 szinten szignifikáns egyéni és környezeti tényezőket tüntettük fel.

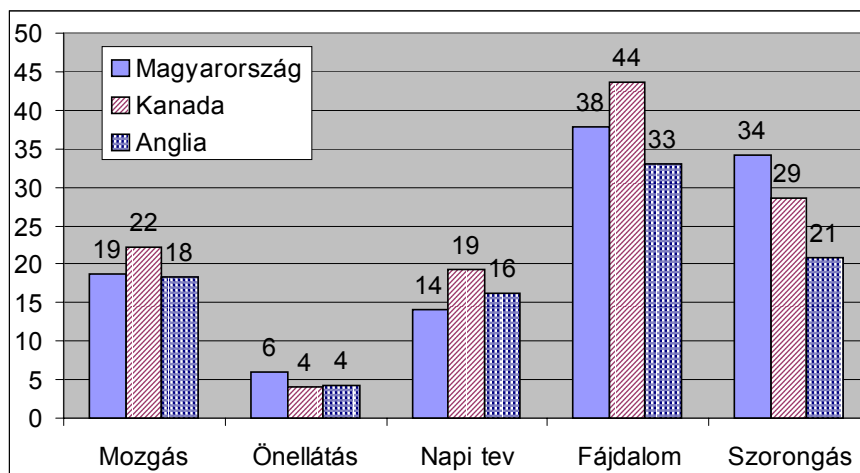
Ha az eredményeket a 0-100-as skálán értelmezzük, akkor azt a következtetést vonhatjuk le, hogy minden egyes életév körülbelül átlagosan 0,4 egység életminőség értékbeni romlást jelent. Önmagában az, ha valaki nő, az körülbelül 3 egységnyi hátrányt jelent életminőség szempontjából a férfiakkal szemben. Minden 10,000 Ft-nyi havi nettó plusz háztartási jövedelemnek körülbelül 0,5 egységnyi életminőség javító hatása van önmagában. Továbbá, akik magasabb fokú (érettségivel vagy felsőfokú) iskolai végzettséggel bírnak, azoknak az életminősége átlagosan körülbelül 5 egységgel magasabb a többiekénél (vagyis az alacsonyabb vagy középfokú, de érettségivel nem rendelkezőknél), ha minden egyéb tényezőt egységesnek vesszünk.

#### 2.5.5. Megbeszélés

A magyar lakosság egészséghez kapcsolódó életminőségének felmérése kimutatta, hogy az életminőséget leginkább befolyásoló, az egészségi állapottal összefüggő vizsgált tényezők közül a fájdalom/rossz közérzet jelent a legtöbb embernek, a teljes lakosság csaknem 38%-ának, problémát. A hatvanöt év feletti nők esetében ez az arány a 60%-ot is meghaladja.

Nemzetközi összehasonlításban (ld. például 2.5-4. ábra), mégis egy másik életminőség dimenzió, a szorongás / lehangoltság jelent aránytalanul gyakori problémát. A felnőtt lakosság több mint egyharmada említett szorongást vagy lehangoltságot. Ez az eredmény összhangban áll a Világbank által is közzétett nemzetközi betegség-teher vizsgálat eredményeivel, miszerint Közép- és Kelet-Európa országaiban a depresszió a vezető oka a DALY (rokkantsággal súlyozott életév) veszteségnek – megelőzve a mozgásszervi, keringési, daganatos, illetve egyéb típusú népbetegségeket is (Murray és Lopez, 1996).

#### 2.5-4. ábra: Az életminőség dimenziók mentén jelentett problémák nemzetközi összehasonlításban



A fenti eredmények olyan jelentősen elterjedt problémákra derítenek fényt, amelyeknek a további kutatása, illetve a népegészségügyi programokban való figyelembe vétele sokkal több figyelmet igényelne ma Magyarországon.

Mind a korábban végzett magyarországi életminőség vizsgálatokkal, mind pedig külföldi tanulmányok következtetéseivel összhangban áll az az eredmény, miszerint a nők egészséghez kapcsolódó életminősége némileg rosszabb a férfiakénál. Hasonló eredményt mutatott ki például Czibalmos (1999) és munkatársainak életminőség felmérése, miszerint a nők az SF-36 kérdőív mind a nyolc dimenziója mentén rosszabb értékeket adtak. Hasonló eredményeket mutatott ki a spanyol, az új-zélandi, a kanadai, a svéd általános lakossági EQ-5D felmérés is (Badia et al., 1998; Devlin et al., 2000; Johnson és Coons, 1998; Burstrom et al., 2001). Az angol tanulmány esetében a nők életminősége csak egyes korosztályokon belül és csak egyes dimenziókra vonatkozóan volt rosszabb a férfiakénál (Kind et al., 1998). Ennek a jelenségnek az egyik lehetséges magyarázatai közé tartozik a nők eltérő válaszadási magatartása, illetve az életminőséget rontó krónikus betegségek magasabb aránya a nők körében. Egy korábbi magyarországi életminőség felmérés például bemutatta, hogy a reumatoid arthritis, amely ötször gyakoribb a nők körében, mint a férfiaknál, nagymértékű életminőség romlással jár együtt (Szende et al., 2000).

A társadalmi tényezők és az életminőség közötti egyértelmű összefüggést számos nemzetközi tanulmány vizsgálta (Johnson és Coons, 1998; Kind et al., 1998; Burstrom et al., 2001), bár jövedelmi szinttel történő közvetlen életminőség összehasonlítás még nem történt. Magyarországon az életkor és a nem fontos szerepe mellett szignifikáns összefüggés volt található az iskolai végzettség, illetve a jövedelem és az életminőség szintje között is. Ez az eredmény arra is rámutat, hogy az egészségi állapot javítása, illetve az egészségi állapotban való társadalmi eredetű egyenlőtlenségek csökkentése messze túlmutat az egészségügy szűk területén. A hatásmechanizmusok pontosabb elemzése jövőbeni kutatómunkákban azonban további támpontot adhat megfelelő egészségpolitikai, illetve szociálpolitikai intézkedésekhez. A megismételt életminőség felmérések pedig segíthetnek a lakosság egészségi állapot változásának monitorozásában.

A felnőtt magyar lakosságra vonatkozó első reprezentatív minta alapján összeállított EQ-5D általános lakossági norma értékek kiemelkedően fontosak a különböző betegcsoportok körében végzett életminőség vizsgálatok eredményeinek értelmezésében.

## 2.5.6. Irodalom

- Agt H. M. v., M. L. Essink-Bot, P. F. Krabbe and G. J. Bonsel. Test-retest reliability of health state valuations collected with the EuroQol questionnaire. *Soc Sci Med* 39 (11), pp.1537-44.1994.
- Badia X., A. Schiaffino, J. Alonso and M. Herdman. Using the EuroQol 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity *Qual Life Res* 7 (4), pp.311-22.1998.
- Brazier J., N. Jones and P. Kind. Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. [see comments] *Qual Life Res* 2 (3), pp.169-80.1993.
- Burstrom K., M. Johannesson and F. Diderichsen. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy* 55 (1), pp.51-69..2001.
- Burstrom K., M. Johannesson and F. Diderichsen. Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D *Quality of Life Research* 10 (7), pp.621-635.2001.
- Czibalmos Á, Nagy Zs, Varga Z, Husztki P. Páciens megelégedettségi vizsgálat Magyarországon. *Egészségügy Minisztérium. Népegészségügy* 1999/1.
- Devlin N., P. Hansen and P. Herbison. Variations in self-reported health status: results from a New Zealand survey. *The New Zealand Medical Journal*. 113 (1123), pp.517-20.2000.
- Essink-Bot M. L., M. Stouthard and G. J. Bonsel. Generalizability of valuations on health states collected with the EuroQol questionnaire. *Health Economics* 2pp.237-246.1993.
- Johnson J. A. and A. S. Pickard. Comparison of the EQ-5D and SF-12 health surveys in a general population survey in Alberta, Canada *Med Care* 38 (1), pp.115-21.2000.
- Johnson J. A. and S. J. Coons. Comparison of the EQ-5D and SF-12 in an adult US sample *Qual Life Res* 7 (2), pp.155-66.1998.
- Kind P., C. Gudex, P. Dolan and A. Williams. Practical and methodological issues in the development of the EuroQol. The York experience. *Advances in Medical Sociology* 5 1994
- Kind P., G. Hardman and S. Macran. UK Population norms for EQ-5D York Centre for Health Economics Discussion Paper 172. 1999 Nov.
- Kind P., P. Dolan, C. Gudex and A. Williams. Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey *Bmj* 316 (7133), pp.736-41.1998.
- Leidy NK, Revicki DA, & Geneste B. Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value in Health* 1999;2(2):113-127.
- Murray CJL, Lopez AD (ed). *Global Burden of Disease and Injury series. Vol. 1: The Global Burden of Disease.* Boston: Harvard University Press, 1996.
- Sintonen H.. EuroQol vs. 15D: a comparison of two health-related quality of life measures. EuroQol Plenary Meeting London 1994 pp.15-25.1994. (Proceedings)
- Spilker B (Ed.), *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, Second Edition.* Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1996.
- Szende Á, Bálint G, Lovas K, Hodinka L, Szebenyi B, Héjj G: Generic and disease-specific health-related quality of life measurements in 127 rheumatoid arthritis and 167 osteoarthritis patients in Hungary. *Value in Health* Volume 3, Number 6. 2000
- Szende Á. – Molnár L.: General population-based quality of life measurements with the EQ-5D questionnaire. *Value in Health* Volume 3, Number 6. 2000.
- The EuroQoL Group. EuroQoL: a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990;16:199-208.
- The MHV Group. (1995) *The measurement and valuation of health: Final report on the modeling of valuation tariffs.* Centre for Health Economics, University of York.
- Weijnen T, Nieuwenhuizen M, Oppe S, de Charro F. An European EQ-5D values set. Myth or reality? Rotterdam Analysis Team. 1999.
- Williams A. Életminőség mérés: miért és hogyan? *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2000. 38, 3, 239-248

## 2.6. Betegségek

*Dr. Széles György*

### 2.6.1. Kiemelt eredmények

- A keringési rendszer betegségei a középkorúak mintegy 40%-át, az idős korú nők háromnegyedét, az idős korú férfiak kétharmadát érintették.
- Nagyobb volt a szív és érrendszeri betegségek esélye – a többi tényező hatását is kiszűrve – a nők, az alacsony iskolázottságúak, a nyugdíjasok, a tartósan munkaképtelenek, valamint a társas támogatottság súlyos hiányában szenvedők körében. Már a 30 éves kortól kezdődően az életkor előrehaladtával jelentősen emelkedett a szív és érrendszeri betegségek esélye.
- Minden 13. nőnek és minden 16. férfinak volt cukorbetegsége. Az időskorúaknál azonban ez jóval gyakoribb volt: minden 4. idős nő és minden 7. idős férfi szenvedett cukorbetegségben.
- A cukorbetegség esélye – a többi tényező hatásától mentesen – a kor előrehaladtával egyértelműen nőtt. Magasabbnak adódott a cukorbetegség esélye a nyugdíjasok, a tartósan munkaképtelenek, valamint a társas támogatottság súlyos hiányában szenvedők körében.
- Asztmában vagy allergiás betegségben szenvedett közel minden 5. nő és minden 8. férfi.
- Nyaki-, háti-, vagy deréktáji fájdalomra panaszkodott a nők kétharmada, a férfiak fele.
- Orvosi ellátást igénylő sérülést vagy mérgezést szenvedett minden 10. lakos a felmérést megelőző egy év folyamán, leggyakrabban otthoni tevékenység közben.

### 2.6.2. Háttér

A mortalitási statisztikák tükrében európai összevetésben a magyar lakosság egészségi állapota rendkívül rossz [90]. A halálozási adatok önmagukban azonban nem elegendőek a lakosság egészségi állapotának jellemzésére. A morbiditási adatok gyűjtésére alapvetően három módszer áll rendelkezésre:

- fekvőbeteg-intézetekre épülő megbetegedés regiszterek képzése,
- házi-orvosi morbiditás monitorozás működtetése,
- lakossági felmérésekből nyert morbiditási adatgyűjtés.

Bár a fekvőbeteg intézetekre épülő adatbázisok az egészséginformatikai rendszer fontos részét képezik, az ilyen adatbázisok adatain alapuló szükségletek felmérése megkérdőjelezhető. Az egyik legfontosabb kifogás a fekvőbeteg-intézetekre épülő megbetegedés regisztereket illetően, hogy azok sokkal inkább a fekvőbeteg ellátás igénybevételéről, mint a tényleges szükségletekről adnak információt [91]. Az ilyen módon képzett morbiditás regisztereknek a legnagyobb jelentősége olyan esetekben lehet, ahol nincsenek megfelelő módszertannal és minőségben gyűjtött morbiditási adatok, valamint olyan betegségek esetében, melyeknél a kórházi felvételek az ilyen betegségben szenvedő személyek szinte 100%-át lefedik (dagantos betegségek). A legtöbb betegség esetében azonban még ilyen feltételek mellett sem alkalmazható a módszer: cukorbetegség, ischaemiás szívbetegség, magasvérnyomás, mozgásszervi betegségek. Mindezek mellett a kórházi elbocsátási adatokon alapuló morbiditási elemzések használhatóságát jelentős mértékben korlátozza az adatok minőségének megkérdőjelezhetősége a finanszírozási szempontok miatt, valamint számos betegség esetében az

egységes diagnosztikus kritériumok hiánya. A szakirodalomban számos utalás található a kórházi adatokon alapuló statisztikák alacsony megbízhatóságát és pontosságát illetően. Napjainkban a kórházi adatokon alapuló morbiditási regiszterek képzése és ennek alapján az egészségi állapotból fakadó szükségletek meghatározása nem javasolt [92, 93].

Alapellátásra alapozott morbiditási adatgyűjtési rendszereket a világ számos országában alkalmaznak [94, 95, 96, 97]. Ezen programok célja többretű: úgymint a lakosság morbiditási struktúrájának nyilvántartása, az alapellátás működéséről és annak hatékonyságáról történő adatgyűjtés, valamint az alapellátás különböző vezetési, gazdálkodási aspektusait érintő információ szolgáltatás.

A lakossági felméréseknek két formája alkalmazható morbiditási adatgyűjtésre: egészségmagatartás felmérések, valamint vizsgálatokon alapuló felmérések. E vizsgálatok lehetőséget teremtenek az általános egészségi állapotra vonatkozó adatok mellett betegségteher adatok, demográfiai adatok, valamint egészségmagatartás mérésére is. A vizsgálatokon alapuló egészségfelmérések lehetőséget nyújtanak a rejtett morbiditás súlyának meghatározására is. A lakossági felmérésekből nyert morbiditási adatok legfontosabb előnyei a rutin statisztikákkal szemben: a gyűjtendő adatok körének flexibilis változtathatósága, a kapott eredmények reprezentativitása, valamint a standardizált adatgyűjtés [98, 99]. Az OLEF2000-ben a népegészségügyi szempontból kiemelkedő jelentőséggel bíró betegségek gyakoriságát mértük fel. A kiválasztott betegségek között számos olyan található, amelyről nehéz más adatgyűjtő rendszerek felhasználásával információt szerezni vagy a vizsgálat kezdetén még nem álltak rendelkezésre országosan reprezentatív adatok, valamint a kérdezett személyek feltételezhetően tudják, ha az adott betegségben szenvednek (a daganatos betegségek nem kerültek be a kiválasztott betegségek közé, hiszen a betegek többsége nem kap megfelelő információt az orvosától, ha ilyen betegségben szenved).

Az egészségfelmérések során a legjelentősebb népbetegségek gyakoriságával kapcsolatban szerzett adatok számos országban, mint például Finnországban, Hollandiában és az Egyesült Államokban nélkülözhetetlenek bizonyultak az egészségpolitikai vezetés, tervezés és értékelés szempontjából [100, 101, 102, 103, 104, 105]. Az említett országok szinte mindegyikében általánosan megfigyelhető jelenség, hogy a krónikus, nem fertőző betegségek gyakorisága az elmúlt években emelkedett. Hollandiában a magasvérnyomás gyakorisága a férfiak körében 10%, míg a nők esetében 13% volt 1994-ben, valamint az 1987 és 1995 közötti időszakban mintegy 2%-kal emelkedett a prevalencia mindkét nem esetében [106]. Az Egyesült Államokban, az 1996-os egészségfelmérés adatai szerint, az ischaemiás szívbetegségek prevalenciája a 45 év alatti férfiak körében 0,3%-nak a 45-64 évesek körében 7,7%-nak, míg a 65 éves és annál idősebbek körében 18,5%-nak adódott. Ugyanezek az adatok a nőknél 0,2%, 2,8% és 10,9% voltak [107]. A magasvérnyomás gyakorisága a férfiak körében 45 éves kor alatt 3% volt, a 65 éves és idősebb korosztályban megközelítette a 30%-ot. A 45 évnél fiatalabb nők esetében a magasvérnyomás gyakorisága megegyezett a férfiaknál mérttel, míg a 65 éves és annál idősebb nőknél meghaladta a 40%-ot. A cukorbetegség gyakorisága a legidősebb (65 éves és idősebb) korú férfiak és nők esetében egyaránt 12,1% és 8,4%-os volt. A skóciai Egészségügyi Minisztérium megbízásából 1995-ben lebonyolított egészségfelmérésben szintén gyűjtöttek adatokat a legfontosabb krónikus betegségek és az azokat meghatározó tényezők gyakoriságáról [108]. A felmérés eredményei alapján a 16-64 éves skóciai férfi lakosok körében a magasvérnyomás gyakoriságát 13,3%-nak, míg az ugyanezen korosztályhoz tartozó nők körében 13,9%-nak találták. Szélütésben a férfiak 1%, a nők 0,5%-a szenvedett.

A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 1994-es Egészségi Állapot Felvétel vizsgálatában felmérték a szív és érrendszeri (magas vérnyomás, koszorúér betegség, szívinfarktus, agyérbetegségek), az anyagcsere (cukorbetegség, magas koleszterin szint), valamint a mozgásszervi betegségek gyakoriságát a magyar lakosság körében [109]. A felmérésben további kérdések szerepeltek a 'tartósan' (legalább 3 hónapja) fennálló betegségekre, valamint a tartós egészségkárosodásra, fogyatékosagra vonatkozóan is. A vizsgálat eredményeit az alábbi táblázat összegzi:

**2.6-1. táblázat: Krónikus betegségben szenvedők gyakorisága (%) nem szerint a KSH 1994. évi felmérése alapján**

	Férfiak	Nők	Együtt
<b>Magas vérnyomás</b>	22,8	25,0	23,9
<b>Szívkoszorúér betegség</b>	5,9	7,4	6,7
<b>Szívinfarktus</b>	2,9	1,9	2,4
<b>Agyérbetegség</b>	-	-	2,6
<b>Magas koleszterin szint</b>	6,2	6,6	6,4
<b>Cukorbetegség</b>	-	-	3,9
<b>Izom és kötőszövet betegségei, kóros állapotai</b>	5,0	7,1	6,3

A tanulmány megállapítja azt a közismert tényt, miszerint az életkor előrehaladtával nő a betegségek gyakorisága. Mindezek mellett, betegségenként változva néhány korcsoport specifikus prevalenciát is közölnek.

Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskola és az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat együttműködése keretében 1998 májusában elindult Háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Program (HMAP) négy megye (Hajdú-Bihar, Győr-Moson-Sopron, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Zala) 71 háziiorvosi praxisa részvételével monitorozza a népegészségügyi szempontból jelentőséggel bíró betegségek prevalencia és incidencia adatainak alakulását (közlés alatt áll). E betegségek között megtalálható a magas vérnyomás, a szívinfarktus, az ischaemiás szívbetegség, a szélütés, valamint a cukorbetegség is. A monitorozó program kezdetén (1998. szeptember 30.) a magas vérnyomás és a cukorbetegség gyakorisága az alábbi 2.6-2. táblázat-ban látható módon alakult.

**2.6-2. táblázat: Magasvérnyomás és cukorbetegség gyakorisága (%) Hajdú-Bihar, Győr-Moson-Sopron, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Zala megye 35-74 éves férfi és női lakossága körében 1998-ban**

Megye	35-44	45-54	55-64	65-74	35-44	45-54	55-64	65-74
	éves FÉRFIAK				éves NŐK			
<b>MAGAS VÉRNYOMÁS</b>								
Győr-Moson-Sopron	8,4	17,7	32,1	47,4	8,5	23,0	48,7	64,4
Zala	9,2	20,2	36,5	47,8	6,3	23,9	46,4	62,7
Hajdú-Bihar	11,0	21,5	31,1	36,8	11,0	28,5	47,8	62,1
Szabolcs-Szatmár-Bereg	8,5	17,6	27,7	34,9	9,2	24,0	39,3	52,1
<b>CUKORBETEGSÉG</b>								
Győr-Moson-Sopron	1,5	5,0	7,6	12,2	1,2	3,2	9,3	13,5
Zala	1,6	4,8	9,4	13,9	1,0	3,3	8,9	13,9
Hajdú-Bihar	1,9	4,7	6,6	7,6	1,2	3,5	8,1	12,5
Szabolcs-Szatmár-Bereg	1,9	3,6	6,5	6,8	1,2	3,0	6,2	8,8

### 2.6.3. Módszertan

Az OLEF kérdőívben a 16. kérdés az orvos által diagnosztizált betegségek gyakoriságát hivatott felmérni. Az adott betegségek esetében magának a betegségnek az orvos által történő megállapítása számított, attól függetlenül, hogy a kérdezett személy kezelés alatt állt-e, vagy sem.

ADD ÁT A 16. KÁRTYALAPOT!				
<p><b>16. Kérem, nézze meg ezt a kártyalapot! A felsorolt betegségek közül milyenek vannak vagy voltak Önnek? Kérem, hogy csak azokat mondja, amelyet ORVOS állapított meg!</b></p>				
	Van/volt	Nincs / nem volt	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
1 – magas vérnyomás	1	2	8	9
2 – szívroham vagy szívinfarktus	1	2	8	9
3 – bármely egyéb szívbetegség	1	2	8	9
4 – agyvérzés / gutaütés / szélütés / agyérögörcs	1	2	8	9
5 – magas koleszterin szint	1	2	8	9
6 – cukorbetegség	1	2	8	9
7 – asztma	1	2	8	9
8 – allergiás betegség (szénanátha, ekcéma)	1	2	8	9
3 - Egyiket sem állapította meg az orvos				

A 16=4-es válaszkategóriába az agyér-elmeszesedés nem számított bele. Az asztma megjelenés alatt csak a tüdőasztmát értettük, a leginkább éjszaka jelentkező akut szívelégtelenség nem tartozott ebbe a válaszkategóriába. A kérdésre adott válaszok alapján a következő kategóriákat képezhetjük:

1. szív és érrendszeri betegségben szenvedők (16=1 vagy 16=2 vagy 16=3 vagy 16=4)
2. anyagcsere betegségben szenvedők (16=5 vagy 16=6)
3. asztma és allergiás betegségben szenvedők (16=7 vagy 16=8)

Mindezek mellett fontos külön is kiemelni a magas vérnyomás (16=1), a szívroham (16=2), a szélütés (16=3) és a cukorbetegség (16=4) válaszkategóriákat is.

A 17. és a 18. kérdés a sérülés vagy mérgezés miatti orvosi ellátás igénybevételének a gyakoriságát, valamint azt a tevékenységet jelöli, amely közben a kérdezett legsúlyosabb sérülése vagy mérgezése történt. Csak azok az esetek kerültek regisztrálásra, amelyek orvosi ellátást igényeltek. Ezzel a sérülés súlyosságának a fokát próbáltuk behatárolni. A tevékenység megjelölésekor abban az esetben, ha a kérdezettnek több sérülése is volt csak az Ő általa legsúlyosabbnak minősített esetében kellett megjelölni a megfelelő válaszkategóriát.

**17. Hány alkalommal szorult orvosi ellátásra sérülés vagy mérgezés miatt az elmúlt 12 hónapban?**

.....alkalommal

000-098 – alkalmak száma -----> HA „000” TOVÁBB A 19. KÉRDÉSRE!

888 – Nem tud válaszolni ----->TOVÁBB A 19. KÉRDÉSRE!

999 – Nem kíván válaszolni ----->TOVÁBB A 19. KÉRDÉSRE!

ADD ÁT A 18. KÁRTYALAPOT!

**18. Kérem, nézze meg ezt a kártyalapot. A felsoroltak közül, kérem, válassza ki, hogy milyen tevékenység közben történt a LEGSÚLYOSABB sérülése vagy mérgezése az elmúlt 12 hónapban?**

- 1 – Közlekedés közben
- 2 – Sportolás közben
- 3 – Munkavégzés közben
- 4 – Otthoni tevékenység közben
- 5 – Egyéb tevékenység közben

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni



A krónikus májbetegség gyakoriságát a 22. kérdésre adott válaszok alapján határoztuk meg. Itt nem a diagnózis, hanem az e miatti kezelés ténye alapján történt a válaszadás.

<p><b>22. Kezelték-e Önt 1 hónapnál hosszabb ideig vagy ismétlődően valamilyen májbetegség miatt?</b></p> <p>1 – Igen 2 – Nem</p> <hr/> <p>8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni</p>
--

A gerincoszlop teljes hosszában, annak ízületeit érintő fájdalom gyakoriságát a 23. kérdésre, a fájdalom súlyosságának a meghatározását a 24. kérdésre adott válaszok alapján becsültük. Ezzel a két kérdéssel a közelmúltban fennálló/fennállt gerinceredetű mozgásszervi panaszok gyakoriságát határoztuk meg. A két kérdésre adott válaszok alapján három kategóriát képeztünk:

- érzett fájdalmat (23=1), de nem járt a végtagokba kisugárzó fájdalommal (24=2 vagy nincs válasz)
- kisugárzó fájdalmat érzett (23=1 és 24=1)
- nem érzett fájdalmat (23=2)

<p><b>23. Az elmúlt 1 hónapban érzett-e fájdalmat a nyakában, hátában vagy a derekában?</b></p> <p>1 – Igen 2 – Nem -----&gt;TOVÁBB A 25. KÉRDÉSRE!</p> <hr/> <p>8 – Nem tud válaszolni -----&gt;TOVÁBB A 25. KÉRDÉSRE! 9 – Nem kíván válaszolni -----&gt;TOVÁBB A 25. KÉRDÉSRE!</p> <p><b>24. Átterjedt-e ez a fájdalom valamelyik karjára vagy lábára?</b></p> <p>1 – Igen 2 – Nem</p> <hr/> <p>8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni</p>
---

A 25. kérdéssel a nagy- és kisízületeket (kivéve a gerincoszlopot) érintő, krónikus mozgásszervi panaszok gyakoriságát mértük. A 26. kérdés a sérülés oki szerepét hivatott kizárni betegségek esetében. Fontos megemlíteni, hogy a 25. kérdés esetében az ízületi fájdalomnak legalább 1 hónapon keresztül jelen kellett lennie. A mozgásszervi betegségek becslt gyakorisági mutatói nem orvosi diagnózison alapultak az OLEF2000-ben vizsgált többi krónikus, szomatikus betegséggel ellentétben.

<p><b>25. Az elmúlt 12 hónapban előfordult-e, hogy valamelyik ízületénél, egy hónapon keresztül majdnem minden nap fájdalmat, merevséget vagy duzzadást érzett? Kérjük, hogy a derékfájást most ne vegye figyelembe!</b></p> <p>1 – Igen 2 – Nem -----&gt;TOVÁBB A 27. KÉRDÉSRE!</p> <hr/> <p>8 – Nem tud válaszolni -----&gt; TOVÁBB A 27. KÉRDÉSRE! 9 – Nem kíván válaszolni ----&gt;TOVÁBB A 27. KÉRDÉSRE!</p> <p><b>26. Ez a fájdalom, merevség vagy duzzadás valamilyen sérülés következménye volt?</b></p> <p>1 – Igen 2 – Nem</p> <hr/> <p>8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni</p>
---

Mind az orvosi diagnózis, mind a panaszok önbevalláson alapszanak. Azonban az orvos által valaha megállapított, és a kérdezett személy által bevallott betegségekre vonatkozó gyakorisági adatokat megbízhatóbbnak tekintjük, a csak panaszon – orvosi diagnózis hiányában – alapuló önbevallásra alapozott gyakorisági adatokhoz viszonyítva. A kutatási jelentésben önálló fejezet foglalkozik a lelki egészség zavaaraival, így az ezzel a témakörrel kapcsolatos eredményeket ott részletezzük.

## 2.6.4. Eredmények

### **Az eredmények értelmezéséhez:**

Az alábbi táblázatokban krónikus betegségek gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például a szív- és érrendszeri betegségek gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az életkornak a szív- és érrendszeri betegségekre gyakorolt megfelelő irányú hatását.

### 2.6.4.1. Populációs becslések

A felmérés eredményei alapján a felnőtt nők 40%-a, míg a férfiak harmada (32,5%) szenvedett keringési betegségekben. A keringési betegségek a középkorúak mintegy 40%-át érintették, az idős korú nők mintegy háromnegyedénél (73,8%), az idős korú férfiak kétharmadánál (65,3%) fordultak elő ilyen betegségek (2.6-3. táblázat).

**2.6-3. táblázat: Keringési betegségek gyakorisága (%) [95%-os megbízhatósági tartomány]**

	KORCSOPORT		
	18-34 év	35-64 év	65+ év
Nő	10,7 [8,9 - 12,7]	42,7 [39,1 - 46,3]	73,8 [70,8 - 76,6]
Férfi	13,2 [10,5 - 16,4]	36,2 [33,7 - 38,7]	65,3 [60,0 - 70,3]

E betegségek közül a magas vérnyomás, a szívinfarktus és az agyvérzés gyakoriságát a 2.6-4. táblázat mutatja be. A táblázat adatai alapján megállapítható, hogy a középkorú férfiak több mint negyede (28,8%), míg a hasonló korú nők több mint harmada (35,4%) esetében állt fenn orvos által megállapított magasvérnyomás. Az idős korú nők között a magasvérnyomás gyakorisága (64,9%) jelentősen magasabb volt, a hasonló korú férfiakhoz (45,8%) viszonyítva. Az idős korú férfiak (14,2%) és nők (11,1%) több mint 10%-a már átesett legalább egy szívinfarktuson élete folyamán. Az agyvérzés gyakorisága az idős korú férfiak között kiemelkedően felülmúlta az ugyanebbe a korosztályba tartozó nők körében megfigyelhető gyakoriságot.

**2.6-4. táblázat: A magas vérnyomás, a szívinfarktus és a szélütés gyakorisága (%) nem és korcsoportok szerint [95%-os megbízhatósági tartomány]**

Nő	Korcsoport		
	18-34 év	35-64 év	65+ év
magas vérnyomás	6,5 [5,2 - 8,2]	35,4 [32,5 - 38,5]	64,9 [61,6 - 68,0]
szívinfarktus	0,5 [0,2 - 1,4]	3,9 [3,2 - 4,8]	11,1 [8,1 - 14,9]
szélütés	0,4 [0,1 - 0,9]	2,4 [1,8 - 3,2]	7,7 [5,9 - 9,9]
Férfi	Korcsoport		
	18-34 év	35-64 év	65+ év
magas vérnyomás	10,7 [8,1 - 13,9]	28,8 [26,3 - 31,4]	45,8 [41,0 - 50,6]
szívinfarktus	0,2 [0,0 - 0,8]	5,5 [4,4 - 6,8]	14,2 [11,4 - 17,5]
szélütés	0,1 [0,0 - 0,7]	3,1 [2,3 - 4,3]	12,8 [10,0 - 16,2]

A magas koleszterin szinttel rendelkező nők aránya 10,8%, míg a férfiaké 8,5% volt. Ezek az értékek a legidősebb korosztályban a következőképpen alakultak: nők 18,2%, férfiak 12,1%. A nők között minden 13. (7,5%), míg a férfiak között minden 16. (6,2%) felnőtt esetében fordult elő orvos által megállapított cukorbetegség. A középkorú férfiak esetében magasabb, míg az időskorúak esetében jelentősen alacsonyabb a cukorbetegség gyakorisága a női lakosság-

hoz viszonyítva (2.6-5. táblázat). Minden 4. idős korú nő (18,2%) és minden 7. hasonló korú férfi (13,6%) szenvedett cukorbetegségben.

**2.6-5. táblázat: Cukorbetegség gyakorisága (%) [95%-os megbízhatósági tartomány]**

	Korcsoport		
	18-34 év	35-64 év	65+ év
<b>Nő</b>	1,0 [0,4 - 2,0]	6,6 [5,6 - 7,9]	18,2 [15,7 - 21,0]
<b>Férfi</b>	0,8 [0,4 - 1,6]	7,7 [6,5 - 9,1]	13,6 [10,5 - 17,5]

Asztmában vagy allergiás betegségben szenvedett közel minden 5. nő (18,2%) és minden 8. férfi (12,4%). Minden 20. nő (4,9%) és minden 25. férfi (4,2%) számolt be arról, hogy orvos által megállapított asztmában szenved.

A krónikus májbetegség<sup>3</sup> prevalenciája nők esetében 3,4%, míg a férfiak esetében 3,0% volt. A középkorosztály esetében mind a nők, mind a férfiak azonos részarányát (4,1% és 4,0%) kezelték egy hónapnál hosszabb ideig vagy ismétlődően valamilyen májbetegség miatt. A legidősebb korú lakosok esetében a gyakoriság alig emelkedik: nőknél 5,1%, míg férfiaknál 4,9%.

Orvosi ellátást igénylő sérülést vagy mérgezést szenvedett minden 10. lakos (9,8%) a felmérést megelőző egy év folyamán. Sérülés vagy mérgezés<sup>4</sup> miatt orvosi ellátásra szorult a kérdőív felvételét megelőző 12 hónapban minden 12. nő (8,1%) és minden 9. férfi (11,6%).

Érdekes, hogy az orvosi ellátást igénylő sérülés vagy mérgezés gyakorisága a nőknél az idős korosztályban (10,1%), míg a férfiaknál a fiatal felnőtt korcsoportban (18-34 éves) volt a legmagasabb (16,1%) (2.6-6. táblázat).

**2.6-6. táblázat: Orvosi ellátást igénylő sérülés vagy mérgezés gyakorisága (%) [95%-os megbízhatósági tartomány]**

	Korcsoport		
	18-34 év	35-64 év	65+ év
<b>Nő</b>	7,4 [5,8 - 9,3]	7,6 [6,5 - 8,9]	10,1 [8,1 - 12,6]
<b>Férfi</b>	16,1 [13,6 - 19,1]	9,7 [8,2 - 11,5]	7,8 [5,6 - 10,7]

A legsúlyosabb sérülések vagy mérgezések egyharmada (33,4%) otthoni tevékenység közben történt, míg munkavégzés és közlekedés során következett be a sérülések vagy mérgezések ötöde (20,8% és 19,3%). A nők körében az otthoni tevékenység (42,6%) és a közlekedés (26,6%), míg a férfiaknál a munkavégzés (29,2%) majd az otthoni tevékenység (26,3%) részaránya a legmagasabb (2.6-7. táblázat). A táblázatban közölt adatok közül kiemelendő, hogy mindegyik korcsoportban (különösen a fiatal és idős) a nők körében jelentősen magasabb volt a közlekedés súlya a sérülés bekövetkezésekor, mint a férfiaknál. Ezzel szemben a munka-

<sup>3</sup> A krónikus májbetegség megállapítása az egy hónapnál hosszabb ideig vagy ismétlődően fennálló kezelés alapján történt

<sup>4</sup> Az itt tárgyalt sérülés vagy mérgezés gyakorlatilag megegyezik a BNO-10 XIX. főcsoporttal

végzés során bekövetkezett orvosi ellátást igénylő sérülés vagy mérgezés aránya a férfiaknál volt jelentősen gyakoribb minden korcsoportban.

**2.6-7. táblázat: A sérülés bekövetkeztekor végzett tevékenységek (%) [95%-os megbízhatósági tartomány]**

Nő	Korcsoport		
	18-34 év	35-64 év	65+ év
közlekedés	21,0 [12,7 - 32,8]	21,1 [15,3 - 28,3]	40,6 [30,5 - 51,5]
sportolás	18,0 [10,5 - 29,2]	4,1 [1,8 - 9,1]	1,3 [0,2 - 9,2]
munkavégzés	15,1 [8,5 - 25,4]	11,9 [7,2 - 19,0]	1,6 [0,2 - 11,2]
otthoni tevékenység	38,8 [27,7 - 51,1]	38,2 [30,2 - 46,8]	53,7 [43,1 - 63,9]
egyéb	7,1 [3,2 - 15,3]	24,8 [18,1 - 32,9]	2,8 [0,6 - 11,8]
Férfi	Korcsoport		
	18-34 év	35-64 év	65+ év
közlekedés	10,8 [6,1 - 18,3]	14,4 [9,3 - 21,7]	25,4 [13,5 - 42,6]
sportolás	29,3 [22,1 - 37,6]	10,9 [5,8 - 19,4]	0,0 -
munkavégzés	30,3 [23,1 - 38,7]	32,1 [22,3 - 43,7]	10,5 [4,6 - 22,6]
otthoni tevékenység	17,2 [11,7 - 24,4]	30,4 [23,5 - 38,3]	53,9 [37,3 - 69,8]
egyéb	12,5 [7,9 - 19,2]	12,2 [7,7 - 19,0]	10,1 [2,9 - 29,8]

A nők több mint kétharmadának (69,1%), a férfiak több mint felének (55,5%) van mozgásszervi panasz<sup>5</sup>. A fiatal korú nők több mint fele (52,4%), míg a hasonló korú férfiak több mint 40%-a (42,3%) számolt be ilyen jellegű panaszról. A nők közel kétharmada (63,9%), a férfiak majd fele (49,1%) panaszkodott nyaki-, háti- vagy deréktáji fájdalomra. A fájdalom az esetek jelentős részében kisugárzott a végtagokra is: a nők 35,1%-a és a férfiak 23%-a panaszkodott súlyosabb fájdalomra. Mindegyik korosztály esetében a gerinc táji fájdalom gyakorisága, a súlyosságtól függetlenül, magasabb volt a nőkben, mint a férfiakban.

<sup>5</sup> Mozgásszervi panaszként definiáltuk a nyak, hát vagy deréktáji fájdalmat, és a kis és a nagyizületeknél (kivéve a gerincoszlopnál) jelentkező fájdalmat, merevséget vagy duzzadást. Az eredmények önbevalláson, a panasz fennállásán alapszanak.

Kiemelendő, hogy a fiatal felnőtt magyar nők fele gerinctájéki fájdalomra panaszkodott. A középkorú nők 2/3-a, míg az idősek 3/4-e szenvedett ettől a problémától és mindkét esetben a fájdalom több mint fele kisugárzott valamelyik karba vagy lábba (2.6-8. táblázat).

**2.6-8. táblázat: Gerinctájéki fájdalom gyakorisága (%)**  
[95%-os megbízhatósági tartomány]

Nő	Korcsoport		
	18-34 év	35-64 év	65+ év
érzett + kisugárzott	12,6 [10,9 - 14,7]	41,1 [37,3 - 45,1]	51,9 [48,6 - 55,2]
érzett	36,8 [33,5 - 40,2]	26,6 [24,5 - 28,7]	23,2 [20,2 - 26,5]
Férfi	Korcsoport		
	18-34 év	35-64 év	65+ év
magas vérnyomás	9,4 [7,4 - 11,9]	28,7 [24,5 - 33,2]	35,6 [30,8 - 40,7]
érzett	29,4 [26,5 - 32,5]	24,6 [22,1 - 27,1]	23,7 [20,1 - 27,8]

A nagy- és a kisízületeket legalább egy hónapon keresztül érintő fájdalomra, merevségre, vagy duzzadásra minden 3. nő (34,1%) és minden 4. férfi (23,9%) panaszkodott. E problémák csak kismértékben, a nők 4,2%-a, a férfiak 5%-a esetében voltak sérülés következményei (2.6-9. táblázat).

**2.6-9. táblázat: Nagy és a kisízületi fájdalom gyakorisága (%)**  
[95%-os megbízhatósági tartomány]

Nő	Korcsoport		
	18-34 év	35-64 év	65+ év
érzett	8,1 [6,5 - 10,1]	34,4 [31,1 - 37,8]	47,9 [44,1 - 51,7]
érzett + sérülés miatt	3,2 [2,1 - 5,0]	4,1 [3,2 - 5,2]	7,2 [5,5 - 9,4]
Férfi	Korcsoport		
	18-34 év	35-64 év	65+ év
érzett	6,0 [4,6 - 7,8]	23,3 [20,7 - 26,2]	31,8 [27,4 - 36,5]
érzett + sérülés miatt	3,7 [2,5 - 5,2]	6,4 [4,7 - 8,7]	5,0 [3,4 - 7,4]

Az adatok elemzése során megvizsgáltuk az egyes krónikus betegségek együttes előfordulását (komorbiditás) is. Az eredmények azt mutatják, hogy a magas vérnyomás és a cukorbetegség együttes előfordulása 4,5% volt. A magas vérnyomással és szélütéssel, valamint magas koleszterinszinttel és cukorbetegséggel együttesen bírók gyakorisága egyaránt 2,4% volt.

### 2.6.4.2. Összefüggés-elemzések

#### **Az eredmények értelmezéséhez:**

A többváltozós elemzés lehetővé teszi több magyarázó jellemzőnek a vizsgált tényezőre kifejtett hatásának egy modellben történő elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszűrve” a modellbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés nem feltétlenül jelent ok-okozati kapcsolatot.

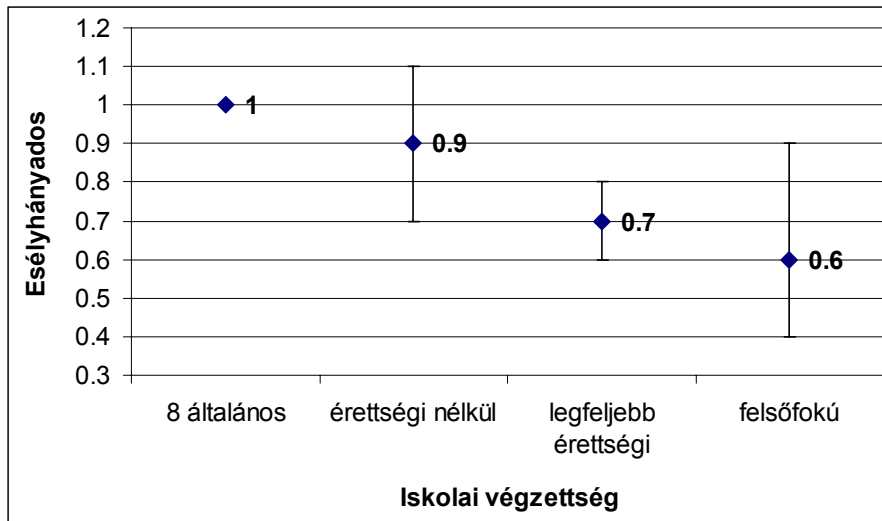
Az életkor hatásának vizsgálatokor a felnőtt **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, de a tapasztalt különbségek nem értelmezhető **egyének szintjén**. Emiatt nem vonhatók le következtetések egy adott személy életkorának előrehaladtával jelentkező változásokról.

Összefüggés-elemzésünk során azt vizsgáltuk, hogy milyen kapcsolat van a szív- és érrendszeri (magas vérnyomás, szívroham, bármely egyéb szívbetegség, szélütés), valamint a cukorbetegség esélye és a nem, a kor, az iskolázottság, az anyagi helyzet, a foglalkozás, a munkaviszony, a társas támogatottság, a régió, a településnagyság és a munkaintenzitás között. Az összefüggés-elemzésben az adott betegség esélyét a betegségben szenvedők és az abban nem szenvedők arányának hányadosaként képeztük.

Az 5503 válaszadó közül 5501 személy esetében volt adat a szív- és érrendszeri betegségekről. Közülük 5171-en voltak azok, akik a vizsgált tényezők mindegyike esetében rendelkeztek adattal, így az összefüggés-elemzésben az ő adataikat használtuk fel. A cukorbetegség esetében 5482 személy esetében volt adat a cukorbetegségekre vonatkozóan, ezen személyek közül 5154 személy esetében a vizsgált tényezők mindegyikével kapcsolatban volt adatunk.

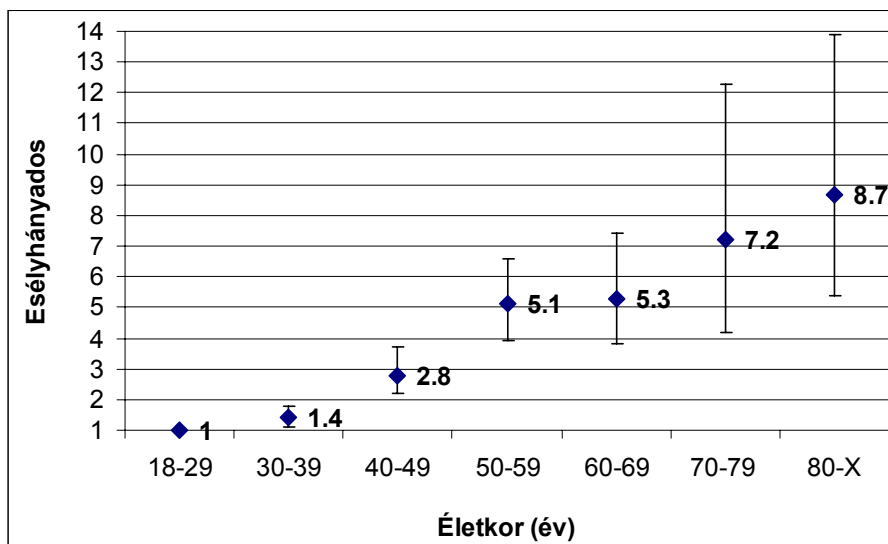
Összefüggés-elemzésünk eredményei alapján megállapítható, hogy a szív- és érrendszeri betegségek esélye a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt a nemmel, az iskolázottsággal, a korról, a foglalkozással, a munkaviszonnyal, és a társas támogatottsággal. Megfigyelhető, hogy a többi tényező hatását kiszűrve, a nőknek a férfiakhoz viszonyítva mintegy 20%-kal nagyobb volt az esélyük a szív és érrendszeri betegségeire.

Az iskolázottság növekedésével csökkent a szív- és érrendszeri betegségek esélye: a felsőfokú végzettségűeknél mintegy 40%-kal kisebb volt az esély, mint a 8 általános iskolai végzettségűeknek (2.6-1. ábra).

**2.6-1. ábra: A szív- és érrendszeri betegségek esélye és az iskolai végzettség összefüggése**

Érdekes azonban, hogy az értelmiségi foglalkozásúaknak az esélye a szív- és érrendszeri betegségekre nagyobb volt az összes többi foglalkozási kategóriához viszonyítva, az eltérés azonban csak a fizikai, mezőgazdasági foglalkozásúakhoz viszonyítva volt statisztikailag is jelentős.

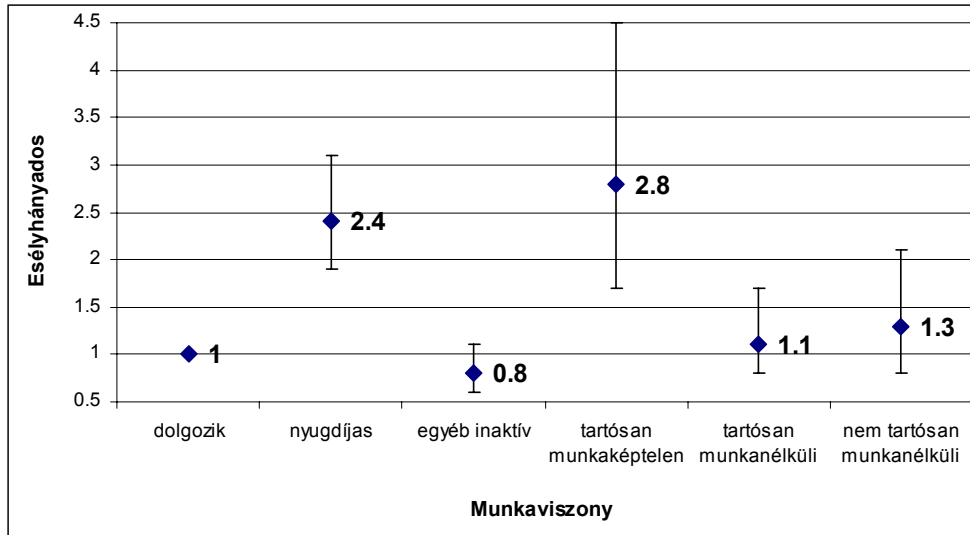
A kor előrehaladtával egyértelműen nőtt a szív- és érrendszeri betegségek esélye: a legfiatalabb korosztályhoz (18-29 éves) képest a 40-49 évesek esélye közel 3-szoros, a legidősebb korosztály esetében ez az érték pedig több mint 8-szoros (2.6-2. ábra).

**2.6-2. ábra: A szív- és érrendszeri betegségek esélye és az életkor összefüggése**



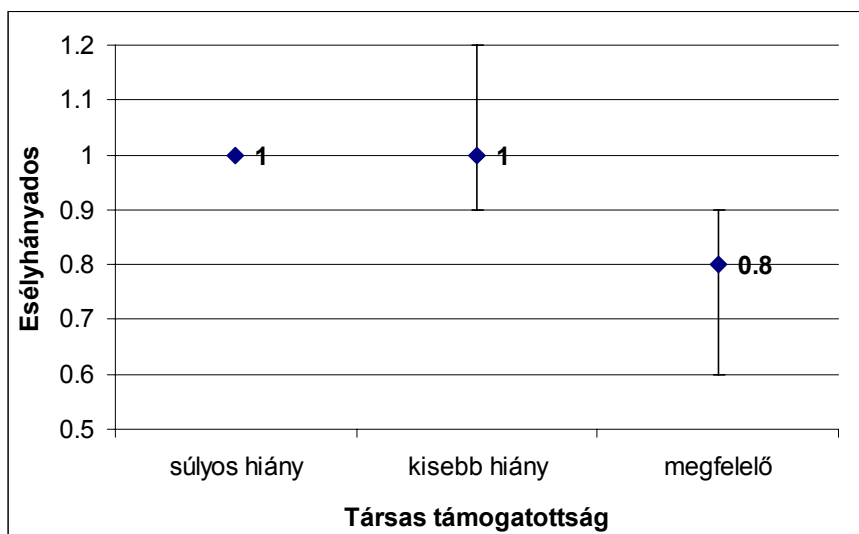
A nyugdíjasok és a tartósan munkaképtelenek körében a szív és érrendszeri betegségek esélye mintegy 2,5-3-szorosa volt a dolgozókhöz képest (2.6-3. ábra).

**2.6-3. ábra: A szív- és érrendszeri betegségek esélye és a munkaviszony összefüggése**



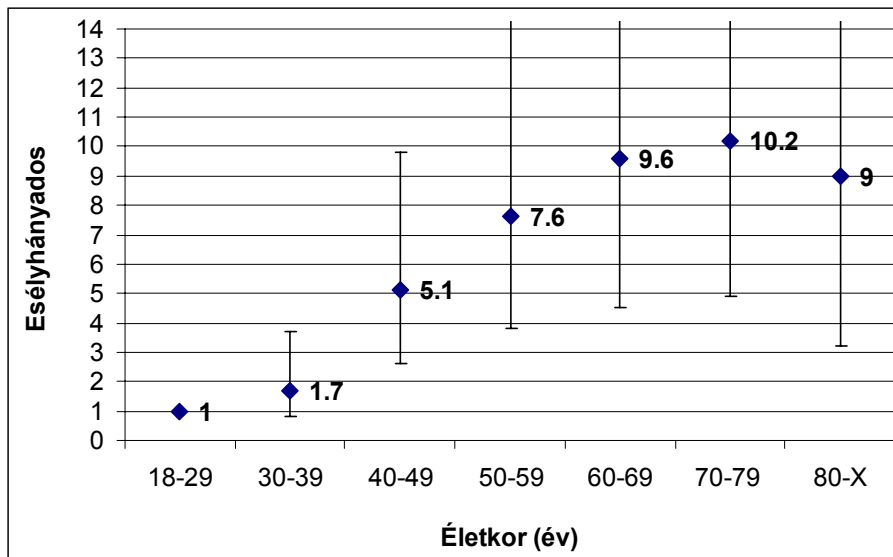
A megfelelő mértékű társas támogatottsággal rendelkezők esetében a szív és érrendszeri betegségek esélye mintegy 25%-kal alacsonyabbnak adódott a társas támogatottság súlyos hiányában szenvedőkhöz viszonyítva (2.6-4. ábra).

**2.6-4. ábra: A szív- és érrendszeri betegségek esélye és a társas támogatottság összefüggése**



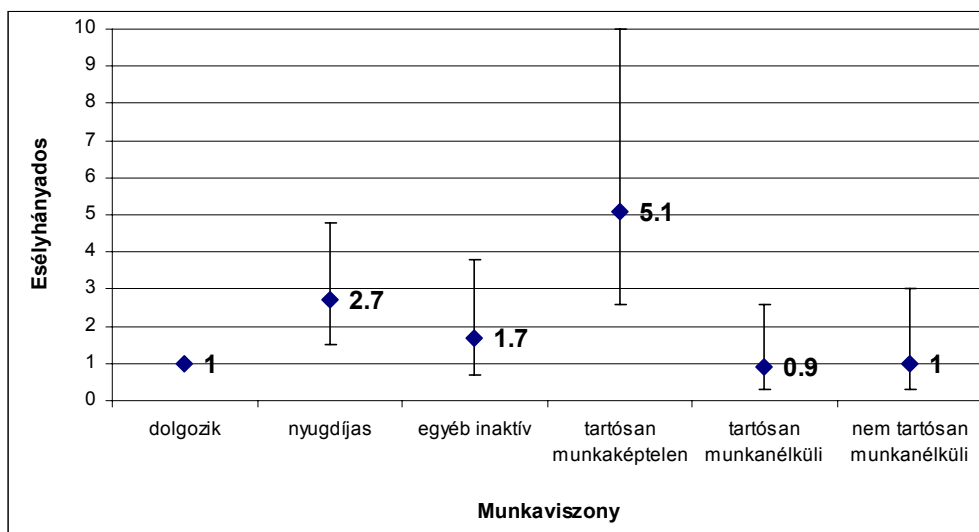
A cukorbetegség esélye a vizsgált tényezők közül összefüggést mutatott a korról, a munkaviszonnyal és a társas támogatottsággal. A cukorbetegség esélyét a többi tényező hatásától mentesen vizsgálva azt találtuk, hogy a kor előrehaladtával nőtt az esély: a 18-29 éves korosztályhoz viszonyítva a 40-49 évesek körében a cukorbetegség esélye több mint 5-szörös, míg a 70-79 évesek esetében több mint 10-szeres volt (2.6-5. ábra).

**2.6-5. ábra: A cukorbetegség esélye és az életkor összefüggése**



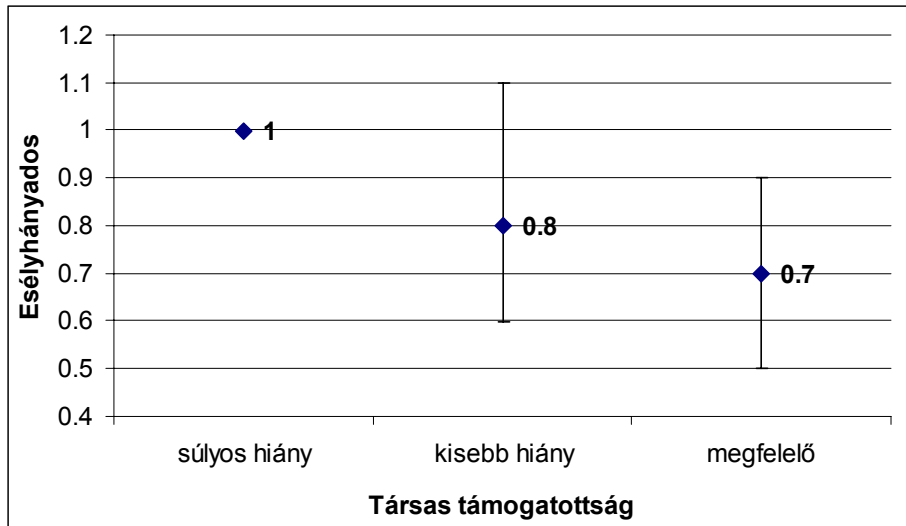
A nyugdíjasok körében e betegség esélye mintegy 2,5-szer, míg a tartósan munkaképtelenek körében több mint 5-szörös volt a dolgozókhöz viszonyítva (2.6-6. ábra).

**2.6-6. ábra: A cukorbetegség esélye és a munkaviszony összefüggése**



A megfelelő mértékű társas támogatottsággal rendelkezők esetében a cukorbetegség esélye mintegy 30%-kal alacsonyabbnak adódott a társas támogatottság súlyos hiányában szenvedőkhöz viszonyítva.

**2.6-7. ábra: A cukorbetegség esélye és a társas támogatottság összefüggése**



A részletes eredményeket a 2.6-10. táblázat és a 2.6-11. táblázatban tüntettük fel<sup>6</sup>:

**2.6-10. táblázat: A szív- és érrendszeri betegségek és az egyéni és környezeti tényezők közötti kapcsolat<sup>7</sup>**

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>SZÍV ÉS ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK</b>				
<b>NEM</b>				
Referencia: férfi		nő	1,2	1,0 – 1,4
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-29 év		30-39 év	1,4	1,1 – 1,8
		40-49 év	2,8	2,2 – 3,7
		50-59 év	5,1	3,9 – 6,6
		60-69 év	5,3	3,8 – 7,4
		70-79 év	7,2	4,2 – 12,3
		80-X év	8,7	5,4 – 13,9

<sup>6</sup> Nem tüntettük fel a táblázatban azokat a tényezőket, amelyeknél a becsült esély egyetlen kategóriában sem tért el statisztikailag szignifikáns mértékben ( $p < 0.05$ ) a referencia kategóriában becsült esélytől.

<sup>7</sup> Egy magyarázó tényező hatását jellemző esélyhányados becslésekor a modellben szereplő többi tényező hatását az alkalmazott logisztikus regresszió kiszűri. Emiatt pl. a nemhez tartozó táblázatbeli esélyhányados úgy értelmezhető, hogy a szív- és érrendszeri betegségek esélye hányszorosa a nők körében a férfiakhoz (referencia) viszonyítva, függetlenül attól, hogy ezt az összefüggést mely korcsoportban, iskolázottsági szinten, foglalkozási kategóriájában, stb... vizsgáljuk.

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános		érettségi nélkül	0,9	0,7 – 1,1
		legfeljebb érettségi	0,7	0,6 – 0,8
		felsőfokú	0,6	0,4 – 0,9
<b>FOGLALKOZÁS</b>				
Referencia: értelmiségi		egyéb szellemi szakmunkás, nem mezőgazdasági	0,7	0,5 – 1,0
		betanított/ segédmunkás, nem mezőgazdasági	0,8	0,5 – 1,1
		fizikai, mezőgazdasági	0,7	0,5 – 1,1
		egyéb	0,6	0,4 – 0,9
			0,7	0,4 – 1,1
<b>MUNKAVISZONY</b>				
Referencia: dolgozik		nyugdíjas	2,4	1,9 – 3,1
		egyéb inaktív	0,8	0,6 – 1,1
		tartósan munkaképtelen	2,8	1,7 – 4,5
		tartósan munkanélküli	1,1	0,8 – 1,7
		nem tartósan munkanélküli	1,3	0,8 – 2,1
<b>TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG</b>				
Referencia: súlyos hiány		kiseb hiány	1,0	0,9 – 1,2
		megfelelő	0,8	0,6 – 0,9

**2.6-11. táblázat: A cukorbetegség és az egyéni és környezeti tényezők közötti kapcsolat<sup>7</sup>**

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>CUKORBETEGSÉG</b>				
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-29 év		30-39 év	1,7	0,8 – 3,7
		40-49 év	5,1	2,6 – 9,8
		50-59 év	7,6	3,8 – 15,3
		60-69 év	9,6	4,5 – 20,7
		70-79 év	10,2	4,9 – 21,2
		80-X év	9,0	3,2 – 24,9
<b>MUNKAVISZONY</b>				
Referencia: dolgozik		nyugdíjas	2,7	1,5 – 4,8
		egyéb inaktív	1,7	0,7 – 3,8
		tartósan munkaképtelen	5,1	2,6 – 10,0
		tartósan munkanélküli	0,9	0,3 – 2,6
		nem tartósan munkanélküli	1,0	0,3 – 3,0
	<b>TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG</b>			
Referencia: súlyos hiány		kisebb hiány	0,8	0,6 – 1,1
		megfelelő	0,7	0,5 – 0,9

### 2.6.5. Megbeszélés

#### 2.6.5.1. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság

A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 1994-es Egészségi Állapot Felvétel vizsgálatában a kiválasztott betegségek gyakorisága nem orvosi diagnózis alapján lett meghatározva, hiszen a KSH által alkalmazott kérdőívben a kérdés arra vonatkozik, hogy egészségügyi vizsgálat alkalmával valaha mondták-e a kérdezettnek, hogy az adott betegségben szenved. Ez a tény nagymértékben nehezíti az OLEF2000 eredményeivel való összehasonlítást.

A Háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Programban számított gyakorisági mutatók megyei bontásban érhetőek el. Az OLEF2000 során megvalósult minta azonban megyei szintű becslések számítását nem teszi lehetővé.

#### 2.6.5.2. Az eredmények értelmezése

A felmérés eredményei azt mutatják, hogy a magyar felnőtt lakosság körében a népegészségügyi szempontból kiemelkedő jelentőséggel bíró, a felmérésben vizsgált nem fertőző betegségek gyakorisága magas. A szív- és érrendszeri betegségek közül a magas vérnyomás gyakorisága a fiatalabb korosztályok esetében a férfiak körében, míg a közép- és időskorúak esetében a nők körében nagyobbak adódott. A szívinfarktus és az agyvérzés gyakorisága minden kor-

csoport esetében a férfiaknál volt magasabb. Az orvosi ellátást igénylő sérülés vagy mérgezés férfiaknál megfigyelt nagyobb gyakorisága a fiatal és középkorosztályban esetlegesen a férfiak és nők között megfigyelhető eltérő magatartásbeli és társadalmi tényezőkkel magyarázható. A mozgásszervi betegségek esetében megfigyelt magas prevalencia adatok háttérében valószínűleg az a tény áll, hogy a becslések a kérdezett személyek önbevallásán, a panasz fennállásán alapszanak, így azok túlbecsülhetik a gyakoriságokat.

Abban az esetben, amikor a szív és érrendszeri betegségek esélyét befolyásoló tényezők valódi, egymás járulékos hatásától mentesített szerepének tisztázása volt a cél, azt találtuk, hogy a nőknek a férfiakhoz viszonyítva mintegy 20%-kal nagyobb esélye volt arra, hogy az említett betegségek valamelyikében szenvedjenek. Ez a jelenség esetleg magyarázható az úgynevezett versengő kockázat – az idősebb korosztályok felé haladva a férfiak más betegségek következtében meghalnak – nagyobb mértékével a férfiak körében. Ezt az eredményt az életkornak a hatásmódosító szerepe magyarázhatja, amikor is a nem hatása a szív- és érrendszeri betegségek esélyére eltérő lenne a különböző életkorokban. Ezt a jelenséget az elemzés során nem vizsgáltuk. Ellentétes kapcsolatot kaptunk, amikor az iskolázottságnak és a foglalkozásnak a szerepét vizsgáltuk a szív- és érrendszeri betegségek esélyére: a magasabb iskolai végzettség csökkentette, míg az értelmiségi foglalkozás növelte az esélyt. Ez az eredmény részben igazolni látszik azt a feltételezést, miszerint az iskolai végzettség és a foglalkozás nem illeszkedik jól egymáshoz, azaz a magasabb iskolai végzettség nem feltétlenül jár együtt értelmiségi foglalkozással. Mindezek mellett elképzelhető, hogy az értelmiségi foglalkozási kategória együtt jár olyan egészségmagatartási tényezőkkel, melyek az ilyen betegségek kockázatát növelik (pl. fizikai inaktivitás, elhízás, dohányzás) és nem kerültek be a modellbe. Ezt részben alátámasztja az a vizsgálatunkban kapott eredmény, mely azt mutatta, hogy a fizikai inaktivitás esélye az értelmiségi férfiakhoz viszonyítva minden egyéb foglalkozási kategóriában alacsonyabb volt, azonban ellentmond ennek az az eredmény, mely nagyobb esélyt mutat minden foglalkozási kategóriában az értelmiségiekhez viszonyítva.

A megfelelő társas támogatottság mind a szív- és érrendszeri, mind a cukorbetegség esélyét csökkentette, mely eredmény esetében az ok-okozati viszony feltárása nehéz, hiszen nem lehet pontosan megmondani vajon e krónikus betegségek miatti hosszantartó ápolás eredményezte a támogatottság megszűnését vagy pedig a támogatottság hiánya következtében kialakuló pszichés zavarok szomatikus kórkép formájában jelennek meg. Ennek feltárásához mindenképpen analitikus etiológiai vizsgálatokra van szükség.

Mindenképpen érdekes megfigyelés, hogy sem a szív- és érrendszeri betegségek, sem a cukorbetegség esélye és a befolyásoló tényezők kapcsolatának vizsgálata során nem találtunk összefüggést a regionális elhelyezkedés és a települések nagysága szerint, amikor az egyéb feltételezett egyéni és környezeti tényezőkre korrigáltunk. Ez a megfigyelés alátámaszthatja azt a feltevést miszerint az egyes régiók lakosságának egészségi állapota között megfigyelt eltérésekért az eltérő társadalmi-gazdasági helyzet részben felelőssé tehető.

### **2.6.5.3. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra**

A mozgásszervi betegségek gyakoriságát – az e betegségek prevalenciájának esetleges túlbecslése miatt – célszerű az orvosi diagnózis és nem a panaszok, fájdalom alapján.

## 2.7. Irodalom

1. Goldberg M, Dab W, Chaperon J, Fuhrer R, Grémy F. Indicateurs de santé et "sanométrie" : les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé d'une population. *Rev Epidem Santé Publique* 1979,27:51-68 (Première partie).
2. Goldberg M, Dab W, Chaperon J, Fuhrer R, Grémy F. Indicateurs de santé et "sanométrie" : les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé d'une population. *Rev Epidem Santé Publique* 1979,27:133-52 (Seconde partie).
3. World Health Organization. International Classification of Functioning and Disability (ICIDH 2-Beta 2). Geneva: World Health Organisation, 1999.
4. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. <http://www.who.int/icf/icftemplate.cfm>
5. World Health Organization. The World Health Report 1998. Geneva: World Health Organization, 1998.
6. Regidor E, Navarro P, Dominguez V, Rodriguez C. Inequalities in income and long-term disability in Spain: analysis of recent hypotheses using cross sectional study based on individual data. *BMJ* 1997,315:1130-1135.
7. Adler NE, Boyce WT, Chesney MA, Folkman S, Syme L. Socioeconomic inequalities in health. *JAMA* 1993,269:3140-3145.
8. Amaducci L, Maggi S, Langlois J, Minicuci N, Baldereschi M, Di Carlo A, Grigoletto F. Education and the risk of physical disability and mortality among men and women aged 65 to 84: the Italian Longitudinal Study on Aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998,53:M484-490.
9. Li CY, Wu SC, Wen SW. Longest held occupation in a lifetime and risk of disability in activities of daily living. *Occup Environ Med.* 2000,57:550-554.
10. WHODASII. <http://who.who.int/icidh/whodas/>
11. de Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. Health interview surveys towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1996.
12. Robine JM, Jagidi C, Egidi V. A first step towards a user's guide to health expectancies for the European Union. Montpollier: Euro-Reves, 2000. (nem közölt)
13. Tahin T, Jeges S, Csanaky A. Az egészségi állapot és az orvoshoz fordulást befolyásoló demográfiai és társadalmi tényezők. *Demográfia* 1993;4:427-453.
14. Jeges S, Tahin T, Tóth Á. Az egészségi állapot változása 1989-1996 között Baranya megyei falvakban és Pécssett követéses egészségzociológiai vizsgálat alapján. *Egészségügyi gazdasági Szemle* 1997;35:202-217.
15. Lechmann H, Polonyi G. Kórkörkép: Látens és diagnosztizált betegségek. Budapest: TÁRKI, 1998.
16. Központi Statisztikai Hivatal: Egészségi Állapotfelvétel. KSH Budapest 1996.
17. The World Health Report 2001 WHO, Geneva, 2001
18. Rice DP, Kelman S, Miller LS: Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988 *Public Health Reports*, 106(3):280-292, 1991
19. Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, Maas PJ: Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in the Netherlands: cost of illness study *BMJ*, 317:111-115. 1998
20. Patel A, Knapp MRJ: Costs of mental illness in England *Mental Health Research Review*, 5:4-10, 1998
21. Crisholm D, Sekar K, Kumar K, Kishore K et al.: Integration of mental health care into primary care:demonstration cost outcome study in India and Pakistan *Br J Psychiatry*, 176:581-588, 2000
22. UK700 Group: Predictors of quality of life in people with severe mental illness. *Br J Psychiatry*, 175:426-433, 1999
23. Mendlowicz MV, Stein MB: Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am. J. Psychiatry* 157(3):669-682., 2000
24. Murray CJL, Lopez AD (eds.): The global burden of disease: a comprehensive assesment of mortality and disability from deseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. *Global Burden of Disease and Injury Series, Vol.I.* Harvard Press, Cambridge, 1995

- 25 Jablensky (ed.) *Baillieres Clinical Psychiatry* Vol. 1. No. 2. Epidemiological Psychiatry Bailliere Tindall, London, 1995
- 26 Penninx BWJH, Beekman ATF, Honig A, Deeg DJH et al: Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*; 58:221-227. .2000
- 27 Barefoot JC, Helms MJ, Mark DB, Blumenthal JA, et al.:Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 78:613-617., 1996
- 28 Pratt LA, Ford DE, Crum RM, Armenian HK et al: Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction: prospective data from the Baltimore ECA follow-up. *Circulation*. 94:3123-3129. 1996
- 29 Lahtinen et al. "Framework for Promoting Mental Health in Europe", STAKES & EC, 1999.
- 30 The World Health Report 1997 WHO, Geneva, 1997
- 31 Rihmer Z., Barsi J., Vég K. Regionális különbségek a depressziók és a szuicidium prevalenciájában Magyarországon. *Ideggyógyászati Szemle* 42:491-500, 1989
- 32 Rossow I: Suicide, violence and child abuse: a review of the impact of alcohol consumption on social problems. *Contemporary Drug problems*, 27(3):397-334, 2000
- 33 Establishment of a set of mental health indicators for European Union. Final Report, EC 2001, kézirat
- 34 The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders; clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva, 1992.
- 35 Pincus HA, Davis WW, McQueen L. "Subthreshold" mental disorders. A review and synthesis of studies on minor depression and other "brand names". *Br J Psychiatry*, 174: 288-298, 1999
- 36 Barlow DH, Wincze EJ. DSM-IV and beyond: what is generalized anxiety disorder? *Acta Psychiatr Scand* 98(suppl 393): 23-29, 1998
- 37 Middleton H, Shaw I: Distinguishing mental illness in primary care *BMJ*, 320:1420-1421, 2000
- 38 Goldberg D, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NEFR Nelson, 1991.
- 39 McKenna FP, Payne RL: Comparison of the General Health Questionnaire and the Nottingham Health Profile in a study of unemployed and re-employed men. *Fam Pract* 6:3-8, 1989
- 40 McCabe CJ, Thomas KJ, Brazier JE et al: Measuring the Mental Health Status of a Population: a Comparison of the GHQ-12 and the SF-36 (MHI-5) *Br J Psychiatry* 169:517-521, 1996
- 41 Bebbington PE: Population surveys of psychiatric disorders and the need for treatment *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 25:33-40, 1990
- 42 Meltzer H, Gill B, Pettigrew M, Hinds K. The prevalence of psychiatric morbidity amongst adults living in private households. London: HMSO, 1995.
- 43 Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, Rutter C: The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care *Psychol Med* 27(1):191-197, 1997
- 44 Schmitz N, Kruse J, Heckrath C, Alberti L, Tress W: Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* Jul;34(7):360-6, 1999
- 45 Donath S: The validity of the 12-item General Health Questionnaire in Australia: a comparison between three scoring methods. *Aust N Z J Psychiatry* Apr;35(2):231-5, 2001
- 46 Lewis G, Araya RI: Is the General Health Questionnaire (12 item) a culturally biased measure of psychiatric disorder? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995 Jan;30(1):20-5
- 47 Scottish Health Survey, 1995. <http://www.official-documents.co.uk/document/scottish/shealth>
- 48 Scottish Health Survey, 1998. <http://www.official-documents.co.uk/document/scottish/shealth>
- 49 Welsh Office (1996) *Welsh Health Survey 1995* (Cardiff: HMSO)
- 50 *Health Survey for England 1995* London, HMSO, 1996
- 51 Meltzer, H, Gill, B, Petticrew M, Hinds, K: OPCS surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 2 : Physical complaints, service use and treatment of adults with psychiatric disorders London: HMSO. OPCS surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 2, 1995
- 52 Kopp M, Skrabski Á, Lőke J, Szedmák S: A magyar lelkiállapot az átalakuló magyar társadalomban Századvég, Ősz, 1996



- 53 Kopp M., Szedmák S, Lőke J, Skrabski Á: A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *Lege Artis Med.* 3:136-144,1997
- 54 Szádóczky E, Fazekas I, Füredi J, Papp Zs: Kedélybetegségek és szorongásos zavarok előfordulása a gyaláadorvosi gyakorlatban, A Diagnostic Interview Schedule (DIS) magyar változatának az alkalmazásával. *Psychiatria Hungarica* 11(5):495-503. 1996
- 55 Szádóczky E, Rihmer Z, Papp Zs, Füredi J: The prevalence of affective and anxiety disorders in primary care practice in Hungary *J. of Affective Disorders*, 43:239, 1997
- 56 Szádóczky E, Papp Zs, Vitrai J, Füredi J: A hangulat- és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében. *Orvosi Hetilap* 2000;141:17–22
- 57 Hajnal Á, Csoboth Cs: Öngyilkossági gondolat, öngyilkossági kísérletek fiatal lányok mintájában *Psychiat Hung* 16(2):134-144, 2001
- 58 Szádóczky E, Rihmer Z, Papp Zs, Vitrai J, Füredi J: Öngyilkos magatartás a felnőtt lakosság körében strukturált kérdőív adatai alapján. *Psychiat Hung* 15(2):127-133, 2000
- 59 Goldberg DP, Oldehinkel T, Ormel J: Why GHQ threshold varies from one place to another. *Psychol Med* 28(4):915-21,1998
- 60 Heath I: There must be limits to the medicalisation of human distress. *BMJ* 318:439,1999.(Commentary)
- 61 Leenaars AA, Maris RW, Takashi Y (eds.): *Suicide: Individual, Cultural, International Perspectives* Guilford Press, NY, 1997
- 62 World Health Organization. *Measuring and reporting on the health of population.* 2000. (nem közölt)
- 63 de Bruin A, Picavet H, Nossikov A. *Health interview surveys towards international harmonization of methods and instruments.* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1996.
- 64 Design for a set of European community health indicators. Draft report by the ECHI project. *EU Health Monitoring Program*, 2000. (nem közölt)
- 65 Haut Comité de la Santé Publique. *Health in France.* Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998.
- 66 Stronks K, van de Mheen H, Looman CW, Mackenbach JP. The importance of psychosocial stressors for socioeconomic inequalities in perceived health. *Soc Sci Med* 1998;46:611-623.
- 67 Mackenbach JP. Socio-economic health differences in The Netherlands: a review of recent empirical findings. *Soc Sci Med* 1992;34:213-216
- 68 Kennedy BP, Kawachi I, Glass R, Prothrow-Stith D. Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis. *BMJ* 1998;317:917-921.
- 69 Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997, 38:21-27.
- 70 Robine JN, Jagger C, Egidi V. A first step towards a user's guide to health expectancies for the European Union. 2000. (nem közölt)
- 71 Egészségi állapot, egészségkárosító szokások az 1984. évi mikrocenzus alapján. KSH Budapest 1987.
- 72 Központi Statisztikai Hivatal: *Egészségi Állapotfelvétel.* Budapest: KSH, 1996.
- 73 Spéder Zs. Egészségi állapot. In: Sík E, Tóth IGy. *Az ajtók záródnak (!).* Magyar Háztartás Panel, Műhelytanulmányok. Budapest: Társadalomkutató Informatikai Egyesülés, 1997.
- 74 TÁRKI. *Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról.* Zárójelentés. Budapest: 1998.
- 75 World Health Organization. *Health in Europe,* Copenhagen: The Regional Office for Europe of the World Health Organization, 1998.
- 76 Robine JM, Jagidi C, Egidi V. A first step towards a user's guide to health expectancies for the European Union. Montpollier: Euro-Reves, 2000. (nem közölt)
- 77 World Health Organization. *The uses of epidemiology in the study of the elderly: Report of a WHO Scientific Group on epidemiology of ageing.* (Technical report series 706). Geneva: WHO, 1984
- 78 World Health Organization. *WHO Issues New Healthy Life Expectancy Rankings.* Press Release. Geneva: WHO: 4 June, 2000.
- 79 Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports* 1971;86:347-354.
- 80 Smith KW, Avis NE, Assmann SF Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of life research* 1999;8:447-59.

- 81 Siegrist J, Junge A. Conceptual and methodological problems in research on the quality of life in clinical medicine. *Soc Sci Med* 1989; 29:463-8.
- 82 Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measure in health care: Applications and issues in assessment. *BMJ* 1992; 305:1074-7.
- 83 Tourangeau R. Attitude measurement: A cognitive perspective. In: Hippler H, Schwarz N, Sudman S (editors). *Social Information Processing and Survey Methodology*. New York: Springer-Verlag, 1987.
- 84 Read JL, Quinn RJ, Berwick DM, Fineberg HV, Weinstein MC. Preferences for health outcomes: comparison of assessment methods. *Med Decis Making* 1984;4:315-29.
- 85 Feeny DH, Torrance GW. Incorporating utility based quality of life assessment measures in clinical trials. *Medical Care* 1989;27:S190-204.
- 86 The standard gamble method: what is being measured and how it is interpreted. *Health Serv. Res.* 1994;29:207-24.
- 87 Richardson J. Cost utility analysis: what should be measured? *Soc Sci Med* 1994;39:7-21.
- 88 Johannesson M, Jonsson B, Karlson G. Outcome measurement in economic evaluation. *Health Economics* 1996;5:279-96.
- 89 Dolan P, Gudex C, Kind P. Valuing health states: a comparison of methods. *J Health Econ* 1996;2:209-32.
- 90 Vargáné Hajdú P., Ádány R.: A halálozás területi különbségei Magyarországon, 1994-1996. *Népegészségügy* 2000, 81:4-24.
- 91 Cherkin D, Phillips W, Gillanders W: Assessing the reliability of data from patient medical records. *J Fam Pract* 1984, 18:937-940.
- 92 Demlo L, Campbell P, Brown S: Reliability of information abstracted from patient records. *Medical Care* 1978, 16: 995-1005.
- 93 RJ Donaldson, LJ Donaldson: Assessing the health of the population: Information and its uses. In: *Essential Public Health Medicine*. London: Kluwer Academic, 1993
- 94 Fleming DM. The measurement of morbidity in general practice. *J. Epidemiol Community Health* 1991, 45:180-3.
- 95 Brage S, Bentsen BG, Bjerkedal T, Nygard JF, Tellnes G. ICPC as a standard classification in Norway. *Fam Pract* 1996, 13:391-6.
- 96 Chauvin P, Valleron A. Participation of French general practitioners in public health surveillance: a multidisciplinary approach. *J Epidemiol Community Health* 1998, 52 (suppl 1):2s-8s.
- 97 de Grauw WJC, van den Hoogen HJM, van de Lisdonk EH, van Gerwen WHEM, van Weel C. Control group characteristics and study outcomes: empirical data from a study on mortality of patients with type 2 diabetes mellitus in Dutch general practice. *J Epidemiol Community Health* 1998, 52 (suppl 1):9s-12s.
- 98 Declich S, Carter AO. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. *Bull World Health Organ* 1994, 72 (2):285-304.
- 99 Eylesbosch WJ, Noah ND. *Surveillance in health and disease*. Oxford University Press, Oxford, 1988.
- 100 Bonte JTP, van Son P. Health Statistics in the Netherlands for health policy and evaluation: experience and developments. *Statistical Journal of the United Nations* 1988, ECE 5:123-133.
- 101 Centers for Disease Control. *Comprehensive plan for epidemiologic surveillance*: Centers for Disease Control, Atlanta, 1986.
- 102 de Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. *Health Interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996.
- 103 Declich S, Carter AO. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. *Bull World Health Organ* 1994, 72 (2):285-304.
- 104 US Department of National Health and Human Services. *Health interview survey: report of the National Committee on Vital and Health Statistics*. National Center for Health Statistics, Washington 1980.
- 105 Heliövaara M, Aromaa A, Klaukka T, Knekt P, Joukamaa M, Impivaara O. Reliability and validity of interview data on chronic diseases. *J Clin Epidemiol* 1993, 46:181-191.
- 106 *Public Health Status and Forecasts 1997* National Institute of Public Health and the Environment, 1998.
- 107 Adams PF, Hendershot GE, Marano MA. Current estimates from the National Health Interview Survey, 1996. *National Center for Health Statistics. Vital Health Stat* 10(200). 1999.

- 108 Scottish Health Survey, 1995. The Scottish Office Department of Health. 1997.
- 109 Egészségi Állapot Felvétel, Életmód, Kockázati tényezők. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1996.



### 3. AZ EGÉSZSÉG EGYÉNI TÉNYEZŐI

3. AZ EGÉSZSÉG EGYÉNI TÉNYEZŐI.....	3-1
BIOLÓGIAI TÉNYEZŐK.....	3-4
3.1. Kor, nem.....	3-4
3.1.1. Kiemelt eredmények.....	3-4
3.1.2. Háttér.....	3-5
3.1.3. Módszertan.....	3-6
3.1.4. Eredmények.....	3-7
3.1.4.1. Populációs becslések.....	3-7
3.1.4.2. Összefüggés-elemzések.....	3-7
3.1.5. Megbeszélés.....	3-8
3.1.5.1. Az eredmények értelmezése.....	3-8
3.2. Testtömeg-index.....	3-10
3.2.1. Kiemelt eredmények.....	3-10
3.2.2. Háttér.....	3-10
3.2.3. Módszertan.....	3-12
3.2.4. Eredmények.....	3-13
3.2.4.1. Populációs becslések.....	3-13
3.2.4.2. Összefüggés-elemzések.....	3-14
3.2.5. Megbeszélés.....	3-19
3.2.5.1. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság.....	3-19
3.2.5.2. Az eredmények értelmezése.....	3-19
3.2.5.3. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra.....	3-19
EGÉSZSÉGMAGATARTÁS.....	3-20
3.3. Egészségkultúra.....	3-20
3.3.1. Kiemelt eredmények – egészségkultúra.....	3-20
3.3.2. Háttér.....	3-20
3.3.3. Módszertan.....	3-21
3.3.4. Eredmények.....	3-23
3.3.4.1. Populációs becslések.....	3-23
3.3.4.2. Összefüggés-elemzések.....	3-26
3.3.5. Megbeszélés.....	3-27
3.3.5.1. Belső összehasonlítások.....	3-27
3.3.5.2. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság.....	3-27
3.3.5.3. Az eredmények értelmezése.....	3-28
3.3.5.4. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra.....	3-28
3.4. Alkoholfogyasztás.....	3-29
3.4.1. Kiemelt eredmények – alkohol.....	3-29
3.4.2. Háttér.....	3-29
3.4.3. Módszertan.....	3-31
3.4.4. Eredmények.....	3-32
3.4.4.1. Populációs becslések.....	3-32
3.4.4.2. Összefüggés-elemzések.....	3-34
3.4.5. Megbeszélés.....	3-38
3.4.5.1. Belső összehasonlítások.....	3-38
3.4.5.2. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság.....	3-38
3.4.5.3. Az eredmények értelmezése.....	3-39
3.4.5.4. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra.....	3-39
3.5. Dohányzás.....	3-40

3.5.1.	Kiemelt eredmények .....	3-40
3.5.2.	Háttér .....	3-40
3.5.3.	Módszertan .....	3-42
3.5.4.	Eredmények .....	3-43
3.5.4.1.	Populációs becslések .....	3-43
3.5.4.2.	Összefüggés-elemzések .....	3-46
3.5.5.	Megbeszélés .....	3-52
3.5.5.1.	Belső összehasonlítások .....	3-52
3.5.5.2.	Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság .....	3-52
3.5.5.3.	Az eredmények értelmezése .....	3-53
3.5.5.4.	Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra .....	3-54
3.6.	Testmozgás .....	3-55
3.6.1.	Kiemelt eredmények .....	3-55
3.6.2.	Háttér .....	3-55
3.6.3.	Módszertan .....	3-56
3.6.4.	Eredmények .....	3-57
3.6.4.1.	Populációs becslések .....	3-57
3.6.4.2.	Összefüggés-elemzések .....	3-58
3.6.5.	Megbeszélés .....	3-64
3.6.5.1.	Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság .....	3-64
3.6.5.2.	Az eredmények értelmezése .....	3-64
3.6.5.3.	Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra .....	3-64
3.7.	Táplálkozás .....	3-65
3.7.1.	Kiemelt eredmények .....	3-65
3.7.2.	Háttér .....	3-65
3.7.3.	Módszertan .....	3-67
3.7.4.	Eredmények .....	3-68
3.7.4.1.	Populációs becslések .....	3-68
3.7.4.2.	Összefüggés-elemzések .....	3-70
3.7.5.	Megbeszélés .....	3-74
3.7.5.1.	Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság .....	3-74
3.7.5.2.	Az eredmények értelmezése .....	3-75
3.8.	Többszörös életmódbeli kockázat .....	3-76
3.8.1.	Kiemelt eredmények .....	3-76
3.8.2.	Háttér .....	3-76
3.8.3.	Módszertan .....	3-77
3.8.4.	Eredmények .....	3-77
3.8.4.1.	Populációs becslések .....	3-77
3.8.4.2.	Összefüggés-elemzések .....	3-80
3.8.5.	Megbeszélés .....	3-81
3.8.5.1.	Belső összehasonlítások .....	3-81
3.8.5.2.	Az eredmények értelmezése .....	3-81
3.9.	Szexuális magatartás .....	3-82
3.9.1.	Kiemelt eredmények .....	3-82
3.9.2.	Háttér .....	3-82
3.9.3.	Módszertan .....	3-84
3.9.4.	Eredmények .....	3-85
3.9.4.1.	Populációs becslések .....	3-85
3.9.4.2.	Összefüggés-elemzések .....	3-87
3.9.5.	Megbeszélés .....	3-92

3.9.5.1.	Belső összehasonlítások .....	3-92
3.9.5.2.	Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság .....	3-92
3.9.5.3.	Az eredmények értelmezése .....	3-93
3.9.5.4.	Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra .....	3-94
3.10.	Irodalom .....	3-95

## **BIOLÓGIAI TÉNYEZŐK**

### **3.1. Kor, nem**

*Dr. Lobmayer Péter*

#### **3.1.1. Kiemelt eredmények**

- A cukorbetegség esélye a 60-69 éves korcsoportban több mint 10-szerese a legfiatalabb korcsoporténak, míg a legidősebb (80 éves kor fölött) korcsoportban alacsonyabb, mint a két fiatalabb (60-79 évesek) korcsoportban (3.1-1. ábra). Hasonló mintázatot látunk a túlsúlyosság esetében, amelynek esélye mind a férfiak, mind pedig a nők esetében a 60-69 éves korcsoportban a legmagasabb és ehhez képest a 70 éves kor fölöttiek körében pedig kissé alacsonyabb.
- A funkcionalitás csökkenésének és a fizikai inaktivitásnak a valószínűsége az idősebb korcsoportokban magasabb: a legidősebb korcsoportban a funkcionalitás csökkenés 3,6-szerese a legfiatalabb korcsoportban tapasztaltnak, míg a fizikai inaktivitás esélye a nők esetében 5,9-szeres, a férfiaknál pedig 7,4-szeres a legidősebbek körében a legfiatalabbakhoz viszonyítva. A nők mintegy 35%-kal nagyobb eséllyel vallják magukat fizikailag inaktívnak.
- A szexuális inaktivitás esélye férfiak esetében a legfiatalabb korosztályban nagyobb, mint a két következő korosztályban és az 50-től 69 évesek között az inaktivitás esélye újra magasabb (J alakú görbe). A nőknél a szexuális inaktivitás korral való csökkenése a fiatalabb korosztályoknál kisebb mérvű és nem is szignifikáns, a növekedés viszont a 40-69 éveseknél nagy mértékű, a 60-69 évesek körében az esélyhányados a legfiatalabb korosztályhoz viszonyítva már 29,61 (MI: 19,18 – 54,7). A nők a férfiakhoz viszonyítva mintegy 65%-kal nagyobb eséllyel vallják magukat szexuálisan inaktívnak.
- Az idősök körében a dohányzás esélye kevesebb, mint ötöde a 18-34 éves korosztály dohányzási esélyének. A nagyivás esélye a legfiatalabbakhoz viszonyítva a 35-64 éves korosztály esetében a legnagyobb és ez az eredmény a szignifikancia határán van. Összességében az életkor nem mutat jelentős összefüggést az alkoholfogyasztással.
- Az alapellátás és a szakellátás igénybevétele az egészségi állapot hatásának kiszűrése után nem mutat jelentős összefüggést az életkorral. A fekvőbeteg-ellátás igénybevételének esélye ezzel szemben az idősebb korosztályokban nagyobb: a 65 éves és idősebbek körében az igénybevétel esélye kétszerese a 35 éves kor alatti korosztályénak. A lelki egészség hiányosságának előfordulása és az életkor összefüggése sem a nők, sem a férfiak esetében nem bizonyult statisztikailag jelentősnek.
- A szív- és érrendszeri megbetegedések esélye a nők esetében mintegy 15 %-kal nagyobb, mint a férfiak esetében és az idősebb korcsoportok felé haladva folyamatosan növekvő trendet mutat.
- A nőknél a dohányzás esélye kevesebb, mint a fele a férfiakénak, de míg a fiataloknál (18-34) a nők 40%-kal kisebb eséllyel dohányoznak, az időseknél már csaknem 80% az eltérés, az életkor és a nem a dohányzás esélye szempontjából egymás hatását módosítja (interakció).
- A nagymértékű alkoholfogyasztás (nagyivás) esélye a nőknél 17%-a a férfiakénak.
- A nők az alapellátást kb. 1,3-szer, a szakellátást 1,5-szer, a fekvőbeteg ellátást pedig 2,3-szer nagyobb eséllyel veszik igénybe, mint a férfiak.



- A lelki egészség zavara és az életkor között nem találtunk jelentős összefüggést; de a nemek közötti összehasonlítás eredménye szerint a nők 1,85-ször nagyobb eséllyel számoltak be lelki zavarokról, mint a férfiak.

### 3.1.2. Háttér

A betegségállapotot meghatározó társadalmi-demográfiai alapváltozók közül az életkori hatások mellett a legnagyobb mértékben a nemi hovatartozás differenciál [1]. Általános tapasztalat, hogy annak ellenére, hogy a nők életük során gyakrabban szenvednek különböző betegségekben, a férfiak hamarabb halnak meg („*Women are sicker, but men die quicker*”) [2]. A nők minden fejlett országban tovább élnek, mint a férfiak (átlagosan 5-7 évvel Nyugat-Európában). Különösen nagy a férfiak és a nők halálozása közötti különbség az átalakuló társadalmakban, mint amilyenek Közép- és Kelet-Európa társadalmi (7-15 év). 2000-ben Magyarországon a nők születéskor várható átlagos élettartama (75,6 év) mintegy 8 évvel több, mint a férfiaké (67,1 év) [3].

A nemek között különbség van abból a szempontból is, hogy egyes betegségek mekkora valószínűséggel fordulnak elő esetükben. A különbségnek lehetnek direkt biológiai okai, illetve okozhatják a biológiai vagy társadalmi okból fennálló személyiségjegyek és szerepek különbözőségei. A nők a férfiaknál gyakrabban szenvednek depresszióban, gyakoribbak náluk a szorongásos tünetek [4]. A gyermekszülés és az anyai halálozás, a méhnyakrák és az emlőrák is jelentős, lényegében csak a nőket terhelő egészségi kockázatok. Ugyanakkor a férfiak esetében gyakoribb a szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozás, fokozottabban ki vannak téve a baleseti kockázatoknak és egyéb erőszakos halálokoknak, ide értve az öngyilkosság okozta halálozást is [9].

Fontos törekvés, hogy a népegészségügyi felmérések és beavatkozások a különböző korcsoportok és a két nem sajátos népegészségügyi igényeit felismerjék és ezekre a kihívásokra megfelelő, differenciált választ adjanak. A nemekre vonatkozóan ezt tükrözi a WHO most készülő irányelve, amelynek célja, hogy a nemek sajátos egészségi problémáit és igényeit a különböző (szakma-) politikai döntések meghozatalánál a fő szempontok sorába emelje („gender mainstreaming”). Ez azt jelenti, hogy a két nem és a különböző életkori csoportok eltérő, az egészség fenntartását és fejlesztését szolgáló szükségletei artikuláltan kell megjeleníteni a (szakma-) politikai döntéshozatali folyamatokban és a döntésekben. Ennek alapvető feltétele és kiinduló pontja az, hogy a nemek és korcsoportok adatainak elemzése az egészségfelmérések feldolgozásánál a lehető legteljesebb mértékben megtörténjen.

Az ember egészségének egyik alapvető meghatározója az életkor. Abban, hogy az adott életkor milyen életminőséget, milyen betegségi és halálozási kockázatot jelent, a társadalmi-gazdasági környezetnek jelentős meghatározó szerepe van. A társadalmi-gazdasági tényezőkben megfigyelhető egyenlőtlenségek a „társadalmi stressz” útján az ember öregedésének ütemét is befolyásolhatják [5]. A krónikus stressz hatása az öregedésre az idős életkorra jellemző biológiai elváltozások korábbi életkorban való megjelenésében is megnyilvánul [6] [7]. Legújabbban olyan tanulmányok is megjelentek, amelyek szerint a legkorábbi életszakaszban elszenvedett stressz is nagymértékben befolyásolja az öregedés sebességét [8].

A társadalmi-gazdasági tényezőknek az öregedésre és ennek az egészségi állapotra kifejtett hatásának vizsgálatát az is indokolja, hogy a fejlett országokban az utóbbi évtizedekben az idősek aránya számottevően megnövekedett. A világ 20 legidősebb korösszetételű országából 18 az európai régióban található: ezekben az országokban 13% és 18% között van a 65 év felettiek aránya. Az elkövetkező 20 évben a demográfiai előrejelzések szerint e korcsoport

aránya tovább növekszik, a legtöbb országban a legnagyobb mértékű emelkedés a 80 év feletti lakosság körében várható [9].

Magyarországon a 65 éven felüliek aránya 1970-ben 11,6% volt, 2000-re pedig már 14,7%-ra nőtt. Ha a 65 éven felüli korcsoportot tekintjük, arányuk az össznépelességen belül az előrejelzések szerint 2020-ra meghaladja a 18%-ot, 2050-re pedig eléri a 25%-ot. Az időskorúak helyzetének, az idősödés gazdasági-társadalmi, egészségi hatásainak vizsgálata azért is fontos, mert e vonatkozások Magyarországon is egyre növekvő népelességet érintenek.

Magyarországon az idősek – a nyugdíjból élők – életszínvonalja hosszabb idő óta csökkent egészen 1998-ig. Jóllehet 1998 óta a nyugdíjak reálértékben is növekedtek, az idősek a politikai átalakulás veszteségeinek tekinthetők: a 60 éven felüli népelesség 35-40%-a sorolható jövedelmi helyzetét tekintve az egyértelműen hátrányos helyzetűek közé [10]. Az idős nők anyagi, jövedelmi helyzetüket tekintve még rosszabb helyzetben vannak, mint férfi kortársaik. Az idősek és a nők iskolai végzettségi szintje általában alacsonyabb, mint a fiatalabbaké és a férfiaké és mivel a kevésbé iskolázottak jövedelme általában kevesebb, a viszonylag alacsony – jövedeleमारányos – sajátjogú nyugdíjak nagy aránya ebben a korcsoportban részben e tényezőkre is visszavezethető [11].

Jóllehet vannak olyan betegségek és halálokok, amelyek viszonylag fiatalabb korcsoportokat érintenek (pl. a közlekedési balesetek, a külső erőszak, vagy az AIDS), de a legtöbb betegség gyakorisága és súlyossága is növekszik az életkor előrehaladtával. Ennek megfelelően az egyes betegségekben szenvedő népelesség korösszetétele nagyon különböző lehet [11].

### 3.1.3. Módszertan

<b>OLEF2000 kérdései, származtatott mutatók</b>	
<b>A kérdezett nemére az 1. kérdéssel (zárt kérdésként), korára pedig a 2. kérdéssel (nyitott kérdésként) kérdeztünk rá.</b>	
<b>1. A kérdezett neve</b>	
1 – Férfi 2 – Nő	<input type="checkbox"/>
<b>2. Mikor született Ön?</b>	
_____	Év: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8888 – Nem tud válaszolni	
9999 – Nem kíván válaszolni	

A korábban leírtak szerint elemzéseinkhez három korcsoportot hoztunk létre (18-34 éves; 35-64 éves; 65 éves és idősebb). A korcsoportoknak ez a meghatározása megfelel az életciklus egyes szakaszainak: 18-34 évig a fiatal, egyedülálló, majd családalapító életszakasz, 35-64 évig a családost, aktív életszakasz és végül a 65 éves és idősebb életkor a nyugdíjas életszakasz. Más egészségfelmérésekben hasonló korcsoportok szerinti tagolást találtunk (REF). Az alkalmazott statisztikai modellek között van olyan, amelyben az életkor nyolc, vagy hat kategóriáját használtuk, amennyiben az nem veszélyeztette a modell stabilitását.

### 3.1.4. Eredmények

#### 3.1.4.1. Populációs becslések

Az életkor szerinti eloszlás leíró elemzése a Módszertan fejezetben található.

#### 3.1.4.2. Összefüggés-elemzések

##### **Az eredmények értelmezéséhez:**

Ezen a helyen a más fejezetekben alkalmazott statisztikai modelleket értékeltük más szempontból. Az egyes modellek leírása a Kutatási Jelentés megfelelő fejezeteiben található. Az ott található leírásból derül ki az is, hogy ezek a modellek milyen kontroll változókat tartalmaznak.

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.

Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhető az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

### Életkor

Az életkor az összefüggés-elemzések során alkalmazott valamennyi statisztikai modellünkben szerepel.

A cukorbetegség esélye a 60-69 éves korcsoportban mintegy tízszerese a legfiatalabb korcsoportban tapasztaltnak, de a legidősebb (80 éves kor fölött) korcsoportban alacsonyabb, mint a két fiatalabb (60-79 évesek) korcsoportban (3.1-1. ábra). Hasonló mintázatot látunk a túlsúlyosság esetében, amelynek esélye mind a férfiak, mind pedig a nők esetében az egészen a 60-69 éves korcsoportig növekszik, majd pedig csökken. A nők esetében erősebb az összefüggés az életkor és az elhízás között: a 60-69 éves korosztályban a túlsúlyosság esélye nyolcszoros, míg a férfiaknál 3,5-szeres.

A funkcionális csökkenésének és a fizikai inaktivitásnak a valószínűsége a legidősebb korcsoportban a legmagasabb: a funkcionális csökkenés 3,6-szerese a legfiatalabb korcsoportban tapasztaltnak, míg a fizikai inaktivitás esélye a nők esetében 5,9-szeres, a férfiaknál pedig 7,4-szeres a legidősebbek körében a legfiatalabbakhoz viszonyítva. A nők a férfiakhoz képest mintegy 35%-kal nagyobb eséllyel tartják magukat fizikailag inaktívnak.

A szexuális inaktivitás esélye férfiak esetében a legfiatalabb korosztályban nagyobb, mint a két következő korosztályban és az 50-től 69 évesek között az inaktivitás esélye újra magasabb (J alakú görbe). A nőknél a szexuális inaktivitás korrall való csökkenése a fiatalabb korosztályoknál kisebb mérvű és nem is szignifikáns, a növekedés viszont a 40-69 éveseknél nagy mértékű, a 60-69 évesek körében az esélyhányados a legfiatalabb korosztályhoz viszonyítva már 29,61 (MI: 19,18 – 54,7). A nők mintegy 65%-kal nagyobb eséllyel tartják magukat szexuálisan inaktívnak.

A dohányzás esélye és az életkor közötti összefüggés fordított: az idősek körében a dohányzás esélye kevesebb, mint ötöde a 18-34 éves korosztály dohányzási esélyének. A nagyivás esélye a 35-64 éves korosztály esetében a legnagyobb és ez az eredmény a szignifikancia határán van. Összességében az életkor nem mutat jelentős összefüggést az alkoholfogyasztással.

Az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás igénybevétele az egészségi állapot hatásának kiszűrése után nem mutat jelentős összefüggést az életkorral. A fekvőbetegellátás igénybevételének esélye ezzel szemben az idősebb korcsoportokban egyre nagyobb: a 65 éves és idősebbek körében az igénybevétel esélye kétszerese a 35 éves kor alatti korosztályának. A lelki egészség hiányosságának előfordulása és az életkor összefüggése sem a nők, sem a férfiak esetében nem bizonyult statisztikailag jelentősnek.

A lelki egészség zavara és az életkor között nem találtunk jelentős összefüggést

## **Nem**

A nők mintegy 30%-kal kisebb eséllyel vallják magukat túlsúlyosnak.

A szív- és érrendszeri megbetegedések esélye a nők esetében mintegy 15 %-kal nagyobb, mint a férfiak esetében és a fiatalabb korcsoportoktól az idősebb korcsoportok felé folyamatosan növekvő trendet mutat.

A nőknél a dohányzás esélye összességében kevesebb, mint a fele a férfiakénak, de míg a fiataloknál (18-34) a nők 40%-kal kisebb eséllyel dohányoznak, az időseknél már csaknem 80% az eltérés; az életkor és a nem a dohányzás esélye szempontjából egymás hatását módosítják (interakció).

A nagymértékű alkoholfogyasztás (nagyivás) esélye a nőknél 83%-kal kisebb, a férfiakéhoz képest.

A nők az alapellátást kb. 1,3-szer, a járóbeteg-szakellátást 1,5-szer, a fekvőbeteg ellátást pedig 2,3-szer nagyobb eséllyel veszik igénybe, mint a férfiak.

A cukorbetegség és a funkcionalitás csökkenés előfordulásának esélye a nők és férfiak körében nem tér el jelentősen egymástól.

A lelki egészség zavaráról a nők 1,85-ször nagyobb eséllyel számoltak be, mint a férfiak.

## **3.1.5. Megbeszélés**

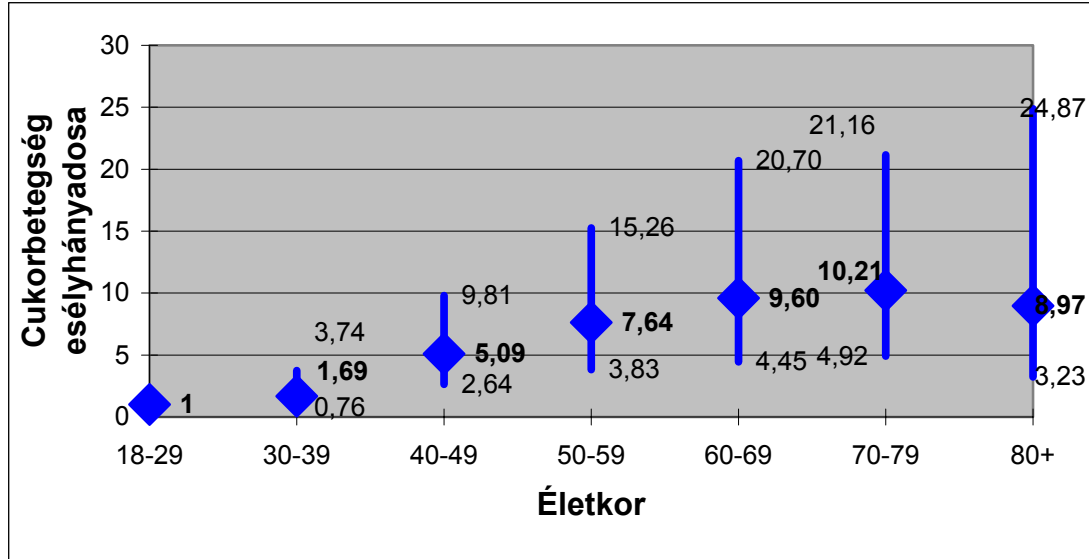
### **3.1.5.1. Az eredmények értelmezése**

A cukorbetegségnek és az elhízásnak az életkorral növekvő valószínűsége, majd a legidősebb korcsoportban a valószínűség csökkenése arra utalhat, hogy a cukorbeteg, illetve a túlsúlyosak valamilyen okból nem érik meg a legidősebb életkort. Ez a feltételezés persze csak akkor lehet igaz, ha a cukorbetegség gyakorisága a fiatalabb generációkban nem volt eleve magasabb – erre nézve adatokkal nem rendelkezünk. Ennek a jelenségnek a valószínűsége a cukorbeteg esetében nagyobb, mert a súlyfeleslegtől meg lehet szabadulni, illetve idős korban számos okból csökkenhet a testsúly, a cukorbetegség viszont jelenleg a jól kezelhető, de nem gyógyítható, betegségek közé tartozik.

Meglepő, hogy az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás igénybevétele a többi tényező hatásának kiszűrése után nem mutat jelentős összefüggést az életkorral. Az összefüggés

hiánya lehet annak a következménye, hogy a funkcionalitás csökkenésével – amely a statisztikai modellben mint kontroll változó szerepelt – kiszűrtünk egy fontos ellátást igénylő és az életkorral növekvő tényezőt.

### 3.1-1. ábra: Az életkor és a cukorbetegség esélyének az összefüggése



## 3.2. Testtömeg-index

*Dr. Széles György*

### 3.2.1. Kiemelt eredmények

- Túlsúlyos vagy elhízott volt a felnőttek fele.
- A nőknél a kor előrehaladtával emelkedett a túlsúlyosság vagy elhízás gyakorisága. A férfiaknál azonban az idősök között ritkábban találtunk túlsúlyos vagy elhízott személyt, mint a középkorúaknál. A fiatal férfiak körében majdnem kétszerese volt a túlsúlyos vagy elhízottak aránya, mint az ugyanezen korosztályba tartozó nőknél.
- A túlzott soványság ötször gyakoribb volt a fiatal nőknél, mint a fiatal férfiaknál.
- Nőknél a túlsúlyosság vagy elhízás esélye a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt az iskolázottsággal és a korrallal. Csökkent a túlsúlyosság vagy elhízás esélye az iskolai végzettség emelkedésével.
- A férfiaknál ugyanakkor a kor, az anyagi helyzet és a társas támogatottság mutatott összefüggést. A férfiaknál az anyagi helyzet javulásával, valamint a megfelelő társas támogatottsággal nőtt a túlsúlyosság vagy elhízás esélye.

### 3.2.2. Háttér

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) adatai alapján az elhízás prevalenciája az utóbbi években 10-20%-ra emelkedett Európában, az elhízás gyakorisága a kelet-európai államokban ennél még magasabb [12, 13, 14]. Az Egyesült Államokban 1980-1991 között mintegy 30%-ra emelkedett az elhízás prevalenciája [15]. A probléma jelentőségét hangsúlyozva 1998-ban a WHO az elhízást önálló betegséggé nyilvánította. Mindezek mellett az elhízás az alábbi betegségek etiológiájában játszik szerepet, mint független kockázati tényező:

- keringési betegségek (AMI, stroke, hipertenzió),
- II. típusú cukorbetegség (diabetes mellitus),
- daganatok (vastagbél, végbél),
- csontritkulás (osteoporosis)

Az elhízás ezen betegségek kialakulásának a kockázatát többszörösére emeli: a súlyosan elhízott személyek esetében a II. típusú cukorbetegség kialakulásának a kockázata mintegy 40-90-szer nagyobb, míg enyhén túlsúlyos egyének esetében a cukorbetegség kialakulásának az esélye mintegy 8-szoros [16]. Egészség-gazdaságtani elemzések eredményei azt mutatják, hogy a fejlett országok teljes egészségügyi költségvetésének 6%-át az Egyesült Államokban [17], míg 1-5%-át Európában az elhízásnak az egészségi állapotra direkt és indirekt módon kifejtett hatásaival kapcsolatos költségek teszik ki [18].

Az elhízás gyakorisága nemcsak a fejlett gazdasággal bíró országokban, hanem a gazdaságilag elmaradottabb országokban is emelkedik különösen azokban, amelyek gazdasága átmeneti időszakban van [19]. A fejlett országok esetében az elhízás az alacsony társadalmi-gazdasági helyzetben lévő lakosok körében a leggyakoribb. Ennek ellenkezője igaz a fejlődő országok esetében, ahol az elhízás a magas jövedelemmel bírók körében gyakoribb.

Az elhízás definíciója meghatározásának egyik legegyszerűbb módszere a testtömeg-index (TTI) meghatározása: a testtömeg [kg] és a testmagasság [m] négyzetének hányadosa:

$$TTI = \frac{\text{kg}}{\text{m}^2}$$

Értékei alapján a következő kategóriákat képezhetjük:

túlzott soványság:	< 18,5
normál testsúly:	18,5 – 24.99
túlsúlyos:	25 – 29.99
elhízott:	≥ 30

Nemzetközi irodalmi adatok alapján a testtömeg-index és más az egészséggel kapcsolatban álló tényezők között a következő összefüggéseket lehet kimutatni:

- Az iskolázottság alapján és a testtömeg-index között összefüggés volt megfigyelhető a potenciális zavaró tényezőkre (kor, családi állapot, dohányzás, fizikai aktivitás, nemzetiség, egészségi állapot) történő korrigálást követően is. Eszerint a férfiak esetében az iskolázottság csökkenésével egyenletesen emelkedett a testtömeg-index, míg a nők esetében csak az alacsony iskolázottság esetében volt megfigyelhető a magasabb testtömeg-index [20].
- Egy keresztmetszeti vizsgálat eredményei alapján a 25-64 éves túlsúlyos finn nők között mintegy 1,4-szer nagyobb gyakorisággal voltak a pillanatnyilag munkanélküliek a hasonló korú, normál testsúlyú nőkhöz viszonyítva. Ugyanebben a korcsoportban az elhízott nők között mintegy két és félszer gyakoribb volt a hosszabb ideje fennálló munkanélküliség, valamint majdnem kétszer nagyobb volt az esélye, hogy nem voltak közeli barátaik. Mind a túlsúlyosság, mind az elhízás szignifikáns összefüggést mutatott az alacsony jövedelemmel. A hasonló korú finn férfiak esetében a hátrányos szociális-gazdasági helyzet gyakrabban fordult elő a sovány férfiak között, mint a normál testsúlyúak esetében. Sem a túlsúlyosság, sem az elhízottság nem mutatott összefüggést a társadalmi-gazdasági helyzetet jellemző indikátorokkal [21].
- A fizikai inaktivitás mindkét nemnél növeli a magasabb testtömeg-index esélyét [20].
- A túlzott soványság egyértelmű összefüggést mutatott az emelkedett összhalálozással 40-59 éves férfiak esetében 15 éves nyomon követés során [22].

Számos vizsgálat eredménye alapján kétirányú kapcsolat mutatható ki a társadalmi-gazdasági helyzet és a testtömeg-index között [23]. A túlsúlyosság és az elhízás emelkedő prevalenciája világszerte jelentős népegészségügyi problémát jelent. Az Amerikai Egyesült Államokban 1991 és 1998 között végrehajtott „Behavioral Risk Factor Surveillance System” keretében végrehajtott keresztmetszeti, telefonos interjú alapján megállapítható, hogy az elhízás ( $TTI \geq 30$ ) gyakorisága az 1991-es 12%-ról 1998-ra 17,9%-ra emelkedett [24]. Az emelkedés az ország minden államában, mindkét nemben, minden etnikai csoportban megfigyelhető volt. A legnagyobb mértékű emelkedés a 18-29 éves korcsoportban (7,1%-ról 12,1%-ra), a hispán etnikumú populáció körében (11,6%-ról 20,8%-ra) volt megfigyelhető. Finnországban a túlsúlyosság ( $TTI \geq 25$ ) prevalenciája az 1980-as évek elejétől az 1990-es évek közepéig minden korcsoportban és mindkét nem esetében emelkedett. A legnagyobb emelkedést a fiatal korosztályba (25-34 éves) tartozó férfiak (32%-ról 40%-ra) és nők (15%-ról 21%-ra) között figyelték meg [25].

A magyar lakosság körében az elhízás gyakoriságát több országos reprezentatív felmérés során már meghatározták:

- Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) által 1985-88-ban készített Első Magyarországi Reprezentatív Táplálkozási Vizsgálat [26]
- 1992-94-es Táplálkozási felmérés [27]
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 1994-es Egészségmagatartás vizsgálata [28]
- Népjóléti Minisztérium Világbanki Programirodája által támogatott Szívbarát Program 1997 tavaszi és azt követően ismétlődő táplálkozási szokások kérdőíves felmérései [29]

A fent említett vizsgálatok eredményei alapján az elhízottak arányának alakulását mutatja be a (3.2-1. táblázat). Megállapítható, hogy az elhízottak aránya az elmúlt évtizedben csökkent a lakosság, különösen a nők körében, ami mögött az a tény állhat, hogy az OÉTI által kivitelezett vizsgálatokban a testmagasság és a testsúly meghatározása mérésen, a többi önbevalláson alapult. Az iskolai végzettség és a társadalmi státusz összefüggést mutat az elhízással, különösen a nőknél, a felsőfokú végzettséggel rendelkező ill. a magasabb társadalmi státuszú nők között a legnagyobb a normális testtömeggel rendelkezők aránya [29].

### 3.2-1. táblázat: Az elhízottak\* arányának alakulása a táplálkozási vizsgálatok alapján

	Férfiak	Nők	Együtt
1985-88 OÉTI <sup>1</sup>	58 %	62 %	-
1992-94 OÉTI <sup>2</sup>	63 %	49 %	55%
1994 KSH (Egészségmagatartás vizsgálat) <sup>2</sup>	47%	40 %	43%
1997 Szonda Ipsos (Szívbarát program) <sup>2</sup>	-	-	39%

\*TTI > 25

### 3.2.3. Módszertan

Az OLEF2000 kérdőívében a 46. kérdés a testmagasság, a 47. kérdés a testtömeg meghatározására szolgált. A felmérés során kapott adatok önbevalláson alapszanak, hiszen eszközös mérésre a kérdőívfelvétel során nem volt mód.

<p><b>46. Milyen magas Ön cipő nélkül?</b></p> <p>.....cm</p> <p>888 – Nem tud válaszolni</p> <p>999 – Nem kíván válaszolni</p>
<p><b>47. Mekkora a testsúlya ruha és cipő nélkül?</b></p> <p>.....kg</p> <p>888 – Nem tud válaszolni</p> <p>999 – Nem kíván válaszolni</p>

<sup>1</sup> a testtömeg index megállapítása a testtömeg és a testsúly mérésén alapszik

<sup>2</sup> a testtömeg index kiszámításához a testmagasság és a testsúly meghatározása kérdőíves felmérés formájában önbevalláson alapszik



### 3.2.4. Eredmények

#### 3.2.4.1. Populációs becslések

##### **Az eredmények értelmezéséhez:**

Az alábbi táblázatban a testtömeg-index kategóriái gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például a túlsúlyosság vagy elhízás gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az életkornak a túlsúlyosságra vagy elhízásra gyakorolt megfelelő irányú hatását.

Az önbevalláson alapuló eredmények szerint túlsúlyos vagy elhízott volt a felnőttek fele (33,2% illetve 18,2%). A nők 28,5%-a volt túlsúlyos és 18,5%-a elhízott, ugyanezek az arányok férfiaknál 38,5%, illetve 18%. A nők 5,5%, a férfiak 1,4% volt túlzottan sovány. A kor előrehaladtával egyértelműen emelkedett a túlsúlyos vagy elhízott felnőttek aránya a nők körében. A férfiak esetében ez a növekedés nem ilyen egyértelmű, hiszen az idős férfiak között a túlsúlyos vagy elhízott lakosok aránya csökkent a középkorúakhoz viszonyítva (3.2-2 táblázat). Szembetűnő, hogy a fiatal férfiak körében a túlsúlyosak vagy elhízottak aránya (42%) majdnem kétszerese az ugyanezen korosztályba tartozó nőkhöz (22,5%) viszonyítva. Ezzel szemben a fiatal, túlzottan sovány nők gyakorisága (11,5%) több mint ötszöröse a fiatal férfiakénak (2,1%).

**3.2-2. táblázat: A túlsúlyos vagy elhízott lakosok %-os megoszlása [95%-os megbízhatósági tartomány]**

	Nő Korcsoport			Férfi Korcsoport		
	18-34 év	35-64 év	65+ év	18-34 év	35-64 év	65+ év
<b>túlsúlyos</b>	15,1 [12,5 - 18,2]	33,9 [31,9 - 36,0]	34,8 [31,5 - 38,3]	30,7 [27,9 - 33,5]	42,3 [40,0 - 44,7]	43,6 [39,2 - 48,0]
<b>elhízott</b>	7,4 [5,9 - 9,2]	22,5 [19,1 - 26,3]	24,6 [21,0 - 28,7]	11,3 [8,5 - 14,8]	22,5 [19,8 - 25,5]	17,7 [13,6 - 22,7]

### 3.2.4.2. Összefüggés-elemzések

#### **Az eredmények értelmezéséhez:**

A többváltozós elemzés lehetővé teszi több magyarázó jellemzőnek a vizsgált tényezőre kifejtett hatásának egy modellben történő elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszűrve” a modellbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés nem feltétlenül jelent ok-okozati kapcsolatot.

Az életkor hatásának vizsgálatakor a felnőtt **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, de a tapasztalt különbségek nem értelmezhető **egyének szintjén**. Emiatt nem vonhatók le következtetések egy adott személy életkorának előrehaladtával jelentkező változásokról.

Összefüggés-elemzésünk során azt vizsgáltuk, hogy milyen kapcsolat van a túlsúlyosság vagy elhízás esélye és a kor, az iskolázottság, az anyagi helyzet, a foglalkozás, a munkaviszony, a társas támogatottság, a régió és a településnagyság között. Az elemzéseket nemenként külön végeztük. Az összefüggés-elemzéshez a túlsúlyosság vagy elhízás és a normál testsúly esélyének hányadosát képeztük. Az elemzésbe így tehát nem vontuk be a sovány testtömeg-index kategóriájába tartozó személyeket.

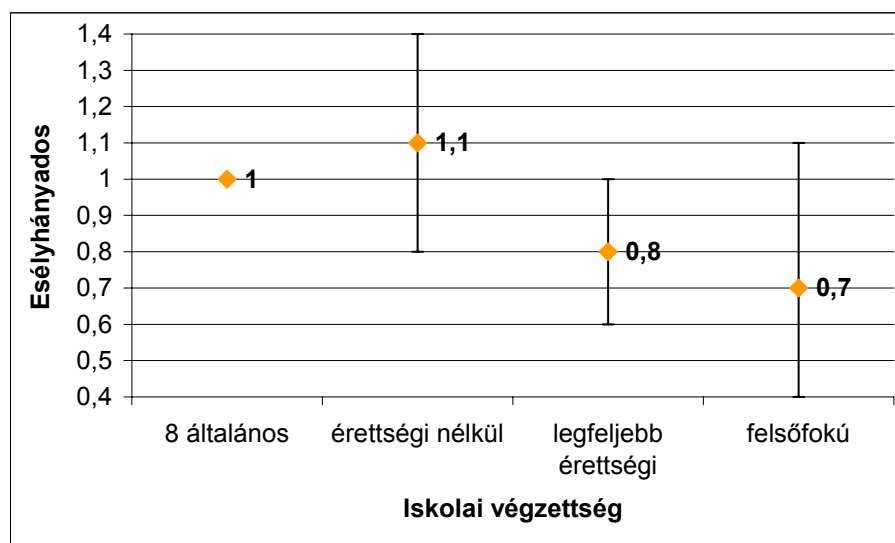
Az 5503 válaszadó közül 5415 személy esetében volt lehetőség a testtömeg-index kiszámítására. Közülük 5224-en voltak, akik a túlsúlyos vagy elhízott és a normál testtömeg-index-szel rendelkezők kategóriájába tartoztak, e személyek közül 4921-en voltak azok, akik a vizsgált tényezők mindegyike esetében rendelkeztek adattal, így az összefüggés-elemzésben az ő adataikat használtuk fel.

Összefüggés-elemzésünk eredményei alapján megállapítható, hogy a nők körében a túlsúlyosság vagy elhízás esélye kapcsolatban volt az iskolázottsággal és a korrallal. A férfiaknál ez az esély összefüggést mutatott a korrallal, az anyagi helyzettel és a társas támogatottsággal.

Megfigyelhető volt, hogy a többi tényező hatását kiszűrve nőknél az iskolázottság növekedésével csökkent a túlsúlyosság vagy elhízás esélye, azonban ez az összefüggés csak a legfeljebb érettségivel rendelkezők esetében volt statisztikailag is igazolt: a túlsúlyosság vagy elhízás esélye 75%-a volt a csupán 8 általános iskolai végzettségűekhez viszonyítva

(3.2-1. ábra).

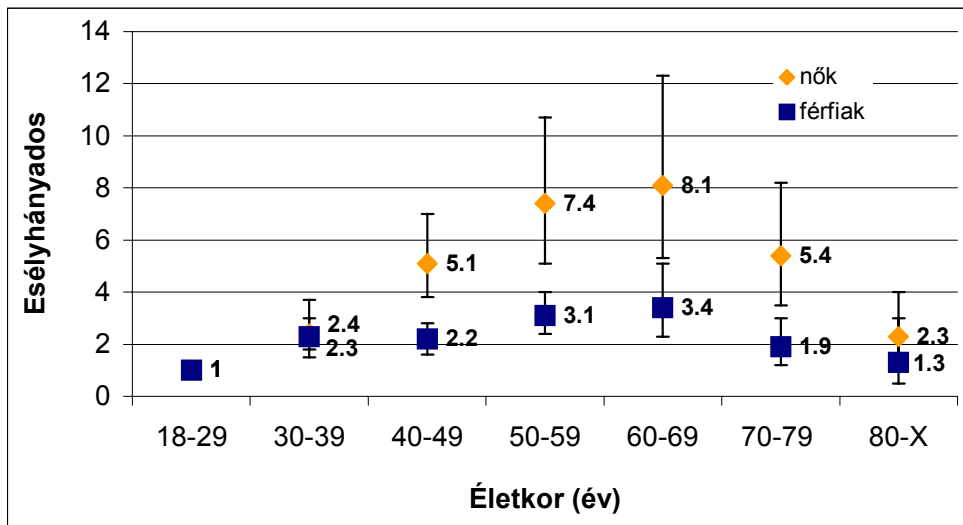
**3.2-1. ábra: A túlsúlyosság vagy elhízás esélye és az iskolázottság összefüggése nők között**



Az életkor és a túlsúlyosság vagy elhízás esélye közötti összefüggés vonatkozásában „U” alakú kapcsolatot találtunk, amely szerint az életkor növekedésével a 60-69 éves korcsoportig növekedett a túlsúlyosság vagy elhízás esélye, majd az életkor ezt követő növekedésével az esély csökkent, de még a legidősebb korosztály esetében is több mint kétszeres volt a legfiatalabb (18-29 éves) korcsoporthoz viszonyítva. A 60-69 éves női lakosoknál a túlsúlyosság vagy elhízás esélye mintegy 8-szoros volt a legfiatalabb korcsoportba tartozó nőkhöz viszonyítva. Mindezek mellett a 40-59 éves korosztályba tartozó nőknek is mintegy 5-7-szer nagyobb esélyük volt a túlsúlyosságra vagy az elhízásra (3.2-2. ábra).

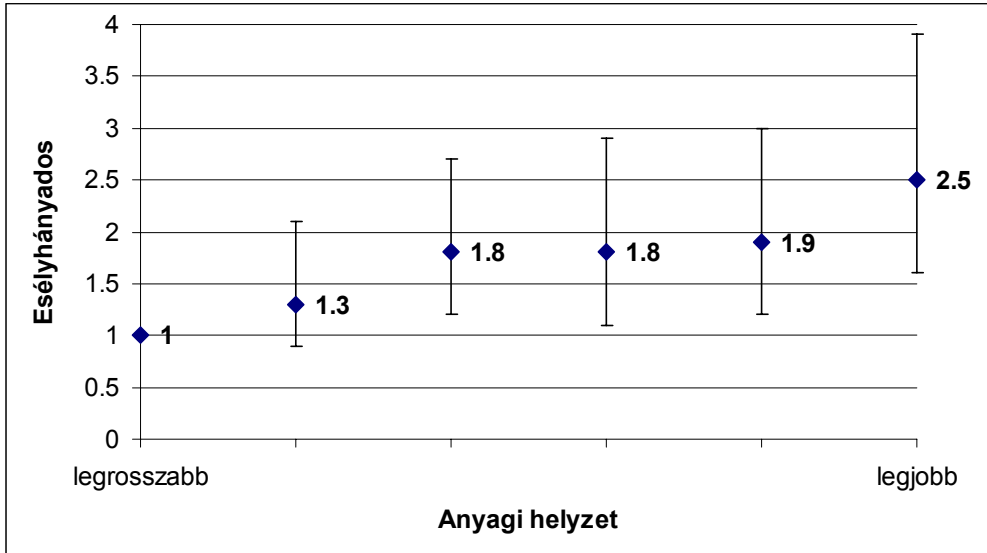
A férfiakat vizsgálva megállapítható, hogy a többi tényező hatását kiszűrve a nőkhöz hasonlóan „U” alakú kapcsolatot találtunk az életkor és a túlsúlyosság vagy elhízás esélye között. A kapcsolat erősségének a maximumát a férfiak esetében is a 60-69 éves korcsoportban érte el, ahol ez az esély mintegy 3,5-szeres volt a 18-29 éves korú férfiakhoz viszonyítva. A megfigyelt kapcsolat erőssége minden korcsoport esetében kisebb mértékű volt a férfiaknál, mint a nőknél (3.2-2. ábra).

### 3.2-2. ábra: A túlsúlyosság vagy elhízás esélye és az életkor összefüggése



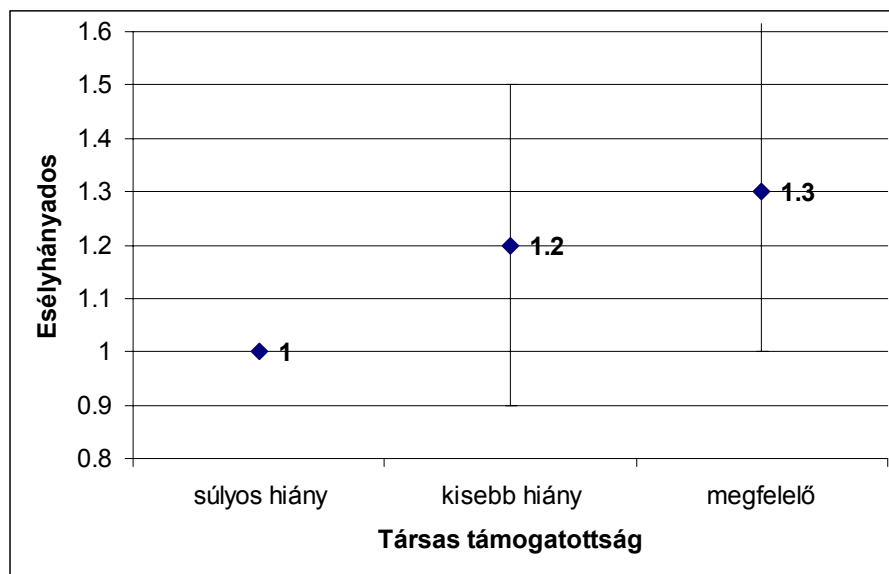
A férfiaknál az anyagi helyzet javulásával nőtt a túlsúlyosság vagy elhízás esélye: a legjobb anyagi helyzetben lévőknel ez az esély mintegy 2,5-ször nagyobb volt a legrosszabb anyagi helyzetben lévőkhez viszonyítva (3.2-3. ábra).

### 3.2-3. ábra: A túlsúlyosság vagy elhízás esélye és az anyagi helyzet összefüggése férfiak között



A megfelelő társas támogatottsággal rendelkező férfiak esetében a túlsúlyosság vagy elhízás esélye mintegy 30%-kal nagyobbak adódott a társas támogatottság súlyos hiányában szenvedőkhöz viszonyítva (3.2-4. ábra).

### 3.2-4. ábra: A túlsúlyosság vagy elhízás esélye és a társas támogatottság összefüggése férfiak között



A részletes eredményeket a 3.2-3 és a 3.2-4 táblázatban tüntettük fel<sup>3</sup>:

### 3.2-3. táblázat: A túlsúlyosság/elhízás és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat nők esetében<sup>4</sup>

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>NŐK</b>				
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-29 év		30-39 év	2,4	1,5 – 3,7
		40-49 év	5,1	3,8 – 7,0
		50-59 év	7,4	5,1 – 10,7
		60-69 év	8,1	5,3 – 12,3
		70-79 év	5,4	3,5 – 8,2
		80-X év	2,3	1,3 – 4,0
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános		érettségi nélkül	1,1	0,8 – 1,4
		legfeljebb érettségi	0,8	0,6 – 1,0
		felsőfokú	0,7	0,4 – 1,1

<sup>3</sup> Nem tüntettük fel a táblázatban azokat a tényezőket, amelyeknél a becsült esély egyetlen kategóriában sem tért el statisztikailag szignifikáns mértékben ( $p < 0.05$ ) a referencia kategóriában becsült esélytől.

<sup>4</sup> Egy magyarzó tényező hatását jellemző esélyhányados becslésekor a modellben szereplő többi tényező hatását az alkalmazott logisztikus regresszió kiszűri. Emiatt pl. az életkorhoz tartozó táblázatbeli esélyhányados úgy értelmezhető, hogy a túlsúlyosság vagy elhízás esélye hányszorosa az adott korosztályban a 18-29 évesekhez (referencia) viszonyítva, függetlenül attól, hogy ezt az összefüggést mely iskolázottsági szinten, anyagi helyzetben vagy társas támogatottsági kategóriájában vizsgáljuk.

**3.2-4. táblázat: A túlsúlyosság/elhízás és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat férfiak esetében<sup>4</sup>**

Vizsgált tényező	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>FÉRFIAK</b>				
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-29 év		30-39 év	2,3	1,8 – 3,0
		40-49 év	2,2	1,6 – 2,8
		50-59 év	3,1	2,4 – 4,0
		60-69 év	3,4	2,3 – 5,1
		70-79 év	1,9	1,2 – 3,0
		80-X év	1,3	0,5 – 3,0
<b>ANYAGI HELYZET</b>				
Referencia: 1 (legrosszabb)		2	1,3	0,9 – 2,1
		3	1,8	1,2 – 2,7
		4	1,8	1,1 – 2,9
		5	1,9	1,2 – 3,0
		6 (legjobb)	2,5	1,6 – 3,9
	<b>TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG</b>			
Referencia: súlyos hiány		kisebb hiány	1,2	0,9 – 1,5
		megfelelő	1,3	1,0 – 1,7

### 3.2.5. Megbeszélés

#### 3.2.5.1. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság

Az 1985-88-ban készített Első Magyarországi Reprezentatív Táplálkozási Vizsgálat [26], valamint az 1992-94-es Táplálkozási felmérés [27] eredményeivel való összehasonlítás lehetőségét akadályozza az a tény, miszerint e vizsgálatokban a testtömeg-index meghatározása a testmagasság és a testtömeg mérésen alapult. Mindezek mellett az említett magyar vizsgálatokkal való összehasonlíthatóságot nehezíti az eltérő mintavételi technika, célpopuláció, valamint a vizsgálatok óta eltelt idő és a korcsoport-specifikus eredmények elérhetőségének hiánya.

#### 3.2.5.2. Az eredmények értelmezése

Az eredmények közül mindenképpen kiemelendő a túlsúlyosság vagy elhízás és a kor között megfigyelt „U” alakú kapcsolat mind nők, mind férfiak esetében. Ez alapján a középkorú lakosok esélye a legnagyobb arra, hogy testtömeg-indexük a kóros, egészségre ártalmas tartományba esik a felmérésben résztvevő legfiatalabb korosztályhoz viszonyítva. A nők esetében szinte minden korosztály esetében magasabb prevalencia esélyhányadosokat kaptunk. Ez arra utal, hogy a kornak a szerepe a nők esetében jelentősebbnek mutatkozik a férfiakhoz képest, mely eredmény adódhat abból a tényből, hogy a férfiak esetében a rendszeres testmozgás végzése gyakoribb a nőkhöz képest, melyet az OLEF2000 adatai is alátámasztanak (lásd a testmozgás fejezetben). A 70 év feletti körében észlelt alacsonyabb esély valószínűleg két okra vezethető vissza. Egyrészt a magasabb kockázatúak magasabb halandósága, másrészt az egészségkárosodás kiváltotta életmód változtatás tehető felelőssé a jelenségért. Mindezek mellett az idősebb korosztályok biológiai sajátosságai – a testet építő szövetek átrendeződése következtében a testtömeg-indexnek, mint a szervezet zsírtartalmát jelző indikátornak a kevésbé használhatósága – is valószínűsíthetők [30]. Az izomszövet mennyiségének csökkenése a kor előrehaladtával így mindenképpen vitathatóvá teszi a testtömeg-indexnek, mint testsúly indikátornak a használatát idős korban [31]. A férfiak esetében tapasztalt jelenség, miszerint az anyagi körülmények javulásával a túlsúlyosság vagy elhízás esélye emelkedik, nehezen magyarázható jelenség, különösen, ha más eredmények – miszerint a rendszeres testmozgás esélye viszont nő az anyagi helyzet javulásával –, valamint a nemzetközi tapasztalatok ennek részben ellentmondanak [20]. Bár lehetséges, hogy a jobb anyagi körülmények között élők nagyobb mennyiségű, kalóriában és energiában gazdagabb táplálékot fogyasztanak. Ennek igazolására jelen vizsgálatunk nem alkalmas.

#### 3.2.5.3. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra

A kérdések jelenlegi formájukban ajánlhatók a következő felmérések számára.

## **EGÉSZSÉGMAGATARTÁS**

### **3.3. Egészségkultúra**

*Boros Julianna*

#### **3.3.1. Kiemelt eredmények – egészségkultúra**

- Csaknem minden negyedik nő úgy gondolta, hogy semmit, vagy csak keveset tehet saját egészségéért, míg a férfiak közül minden ötödik vélekedett hasonlóképpen.
- A fiatal nők és férfiak majdnem 90 %-a úgy vélte, hogy sokat, vagy nagyon sokat tehet egészségéért, az idősek körében viszont a nőknek már csak alig több mint fele, a férfiaknak pedig körülbelül 65 %-a vélekedett így.
- Az egészséget leginkább a dohányzás, a feszültség, vagy stressz, az alkoholfogyasztás és a táplálkozás befolyásolja, vélte a felnőtt magyar lakosság.

#### **3.3.2. Háttér**

A megfelelő egészségi állapot fenntartása – a társadalmi feltételek megteremtése, a társadalom felelősségvállalása mellett – nagymértékben tudatos törekvés és erőfeszítés eredménye, hiszen a személy nem pusztán passzív elszenvédője azoknak a körülményeknek, amelyek közt jól vagy rosszul érzi magát, hanem – kisebb-nagyobb mértékben – megteremtője is. Az egyén felelősségét és egyben lehetőségeit mi sem bizonyítja jobban, mint hogy a leggyakoribb halálhoz vezető betegségek (például szív- és érrendszeri betegségek) kockázatát tudatosabb egészségmagatartással, azaz a dohányzás, az alkoholfogyasztás visszafogásával, megfelelő étrend követésével és rendszeres testmozgással jelentősen csökkenteni lehetne [32, 33, 34].

Az egészségkultúra egyik fontos mutatója, hogy az egyének tisztában vannak-e azzal, milyen tényezők befolyásolják egészségük alakulását. Öröklött és környezeti, valamint egyéni magatartásbeli tényezők egyaránt hatást fejtenek ki a testi-lelki egészségre; hogy közülük melyik az, ami a leginkább meghatározó, a felől mindenki másképp vélekedik, mindenki más-más tényezőre helyezne nagyobb hangsúlyt. Az egészséges életmód követésének, a tényleges aktív cselekvésnek egyik legalapvetőbb feltétele, hogy a személy ismerje egészségmagatartása hasznos vagy ártalmas következményeit. Természetesen ez még csak az első lépcsőfok, hiszen kutatások bizonyítják, hogy bár a népesség nagy része sokszor tisztában van bizonyos szokások egészségkárosító hatásával, mégsem mond le ezekről a szokásokról [35.]

A kérdés fontosságára tekintettel mind külföldön, mind a hazai felmérésekben találhatunk példákat az egészségkultúra vizsgálatára.

A külföldi felmérések közül kettőt emelünk ki, amelyek e témára vonatkozó kérdéseit az OLEF2000 kérdőívébe is beépítettük.

Az egyik egy 1994-ben végzett dán egészségfelmérés [36] volt, amelyben megvizsgálták, hogy a lakosság hogyan vélekedik arról, hogy mennyit tehetnek egészségükért.

A másik egy több országra kiterjedő felmérés volt: az Európai Unió tagországaiban a táplálkozás, testmozgás, testtömeg és dohányzási szokások felderítését célul kitűző, 1997-ben végzett felmérésben [37] arra vonatkozóan is szerepelt egy kérdés, hogy a megkérdezettek véleménye szerint mely tényezők befolyásolják leginkább az egészséget.



Az említett külföldi felmérések mellett a hazai vizsgálatok közül hármat emelünk ki.

A KSH 1994-es felmérésében [38] használt kérdőívben található egy, az egészségkultúrával kapcsolatos kérdés. A KSH által feltett kérdés („*Tapasztalatai alapján saját maga tehet-e valamit azért, hogy elkerülje a betegségeket?*”) azonban leszűkíti a problémát a betegségek elkerülésére, így nem fedí le teljes egészében az *egészség* fogalmát, vagyis a kapott eredmények nem hasonlíthatók össze az OLEF2000 adataival.

A FACT Intézet 1998-as felmérésében [39] a dohányzási és alkoholfogyasztási szokásokkal összefüggésben vizsgálta az egészséget befolyásoló tényezőkről való lakossági vélekedést. Mivel a kutatók alapvetően mást vizsgáltak a befolyásoló tényezőkkel kapcsolatban (a különböző típusú kockázatok percepciók különbségeit mérték, attól függően, hogy mennyire tér el az egyén megítélése *saját* egészségét, illetve *általában, a lakosság* egészségét befolyásoló tényezők tekintetében), és ennek megfelelően más eszközt is használtak, az ő adataik sem vethetők össze közvetlenül az OLEF2000 adataival.

A Szívbarát Program keretében végzett felmérés [40] kérdőívében szintén feltettek egy kérdést az egészségbefolyásoló tényezőkről. Arra voltak kíváncsiak, hogy a válaszadók véleménye szerint mennyire döntő tényező a családi környezet, a káros szenvedélyek mellőzése, a környezetszennyezés, a szabadidő és a testmozgás mennyisége, a véletlen, az anyagi helyzet, az egészségügyi ellátás, az egészséges táplálkozás, a munka, munkakörülmények és az ország gazdasági helyzete abban, hogy hosszú és egészséges életet élhessenek. Az említett tényezők mindegyikét egy 1-től 5-ig terjedő skálán kellett osztályozni a válaszadóknak. A kérdésfeltevés eltérő módja, valamint a felsorolt befolyásoló tényezők részleges eltérése miatt adataik az OLEF2000 eredményeivel szintén csak korlátozott mértékben hasonlíthatók össze.

### 3.3.3. Módszertan

Az OLEF2000 kérdőívében két, az egészségkultúrára vonatkozó kérdés található, mindkettő az említett dán, illetve európai uniós felmérésben használt kérdések adaptált változata.

Az egészséget leginkább befolyásoló tényezőkről való vélekedést az Európai Unió tagországaiban végzett felmérés [37] erre a témára vonatkozó kérdésének módosított változatával mértük fel (6. kérdés). A felsorolt kilenc tényezőtől a kérdezetteknek a véleményük szerint az egészséget leginkább befolyásoló kettőt kellett kiválasztaniuk. Az említések sorrendje nem jelentett fontossági sorrendet.

Annak megállapítására, hogy az egyes emberek, véleményük szerint, mennyit tehetnek saját egészségükért, a dán egészségfelmérés [36] erre a témakörre vonatkozó kérdésének módosított változatát használtuk fel (7. kérdés).

**6. Közismert, hogy számos tényező befolyásolja egészségünket. Kérem, nézze meg ezt a kártyalapot! Olvassa végig figyelmesen, aztán válassza ki a kártyalapon felsoroltak közül, hogy Ön szerint melyik az a KÉT legfontosabb dolog, amelyik leginkább javítja vagy rontja az emberek egészségét!**

**1. említés**

**2. említés**

---

- 01 – Táplálkozás
- 02 – Testsúly
- 03 – Dohányzás
- 04 – Lakó- és munkahelyi környezet
- 05 – Testmozgás
- 06 – Alkoholfogyasztás
- 07 – Feszültség, stressz
- 08 – Örökölt tulajdonságok
- 09 – A családi és a baráti kapcsolatok
- 10 – Egyik sem
- 88 – Nem tud válaszolni
- 99 – Nem kíván válaszolni

**7. Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?**

- 4 – Nagyon sokat tehet
  - 3 – Sokat tehet
  - 2 – Keveset tehet
  - 1 – Semmit sem tehet
- 

- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

### 3.3.4. Eredmények

#### 3.3.4.1. Populációs becslések

##### **Az eredmények értelmezéséhez:**

Az alábbi táblázatokban a „Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?” kérdésre adott válaszok, illetve az egészséget a lakosság véleménye alapján leginkább befolyásoló tényezők említési gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni.

Vizsgálatunk eredményei szerint csaknem minden negyedik nő úgy gondolta, hogy semmit, vagy csak keveset tehet saját egészségéért. A férfiak közül csak minden ötödik vélekedett hasonlóképpen.

A korosztályok szerinti eredmények azt mutatják, hogy a kor előrehaladtával mindkét nem tagjai körében csökken azoknak az aránya, akik szerint saját maguk is sokat, vagy éppen nagyon sokat tehetnek egészségükért. Míg a fiatal korosztályban a nőknél és a férfiaknál is csaknem 90% vélekedett így, az idősek körében a nőknek már csak alig több mint fele, a férfiaknak pedig kevesebb mint kétharmada.

#### **3.3-1. táblázat: A „Mennyit tehet az egészségéért?” kérdésre adott válaszok gyakorisági becslései korcsoportonként, nőkre (%)**

Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?	Korcsoport			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
semmit sem tehet	0,8 [0,4-1,8]	4,1 [3,1-5,4]	11,5 [3,1-5,4]	4,7 [9,2-14,3]
keveset tehet	9,3 [7,5-11,5]	19,8 [17,7-22,2]	33,9 [29,5-38,5]	19,8 [18,0-21,7]
sokat tehet	57,0 [53,5-60,5]	58,4 [55,8-60,9]	46,9 [43,4-50,5]	55,5 [53,4-57,6]
nagyon sokat tehet	32,9 [29,2-36,9]	17,7 [15,6-19,9]	7,7 [4,9-12,0]	20,0 [17,8-22,4]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

### 3.3-2. táblázat: A „Mennyit tehet az egészségéért?” kérdésre adott válaszok gyakorisági becslései korcsoportonként, férfiakra" (%)

Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?	Korcsoport			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
semmit sem tehet	1,8 [1,1-3,1]	3,2 [2,4-4,1]	7,4 [5,1-10,5]	3,3 [2,7-4,0]
keveset tehet	8,6 [7,0-10,6]	20,6 [18,6-22,7]	27,3 [23,4-31,5]	17,4 [16,1-18,7]
sokat tehet	60,6 [57,6-63,6]	59,2 [56,0-62,3]	54,3 [49,6-59,0]	59,0 [56,8-61,2]
nagyon sokat tehet	28,9 [26,2-31,7]	17,0 [14,4-20,1]	11,1 [8,5-14,3]	20,3 [18,6-22,1]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

A lakosság véleménye alapján az egészséget leginkább a dohányzás, a feszültség vagy stressz, az alkoholfogyasztás és a táplálkozás befolyásolja.

Az OLEF2000 eredményei szerint az egészséget leginkább befolyásoló két tényező egyikeként mindkét nem tagjai közül a legtöbben a dohányzást választották, a férfiak valamivel magasabb arányban (44,4%), mint a nők (38,6%). A második leggyakrabban említett tényező a férfiak körében a feszültség vagy stressz volt (37%), amely a nőknél a harmadik helyre szorult (37,4%). A nőknél a második, a férfiaknál a harmadik legtöbbször megjelölt tényező az alkoholfogyasztás volt (37,8% a nőknél és 33,6% a férfiaknál). A kilenc, választásra felkínált tényező közül az említett háromon kívül még a táplálkozást említették mindkét nem tagjai kiemelt gyakorisággal (a nők 33,4%-a és a férfiak 31,7%-a). A maradék öt tényező (testsúly, lakó-és munkahelyi környezet, testmozgás, öröklött tulajdonságok, családi és baráti kapcsolatok) mindegyikének említési gyakorisága messze elmaradt a négyes élmezőnytől (részletesen lásd a 3.3-3. táblázat-ot).

A korcsoportok szerinti vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a fiatal korcsoportba tartozók mindkét nem esetében gyakrabban említették a testmozgást és a lakó-és munkahelyi környezetet, mint a középkorúak és az idősek. A fiatalok tulajdonították a legkisebb jelentőséget a nők körében a táplálkozásnak, a dohányzásnak, az öröklött tulajdonságoknak, illetve a családi és baráti kapcsolatoknak, a férfiak körében pedig a testsúlynak, a dohányzásnak és az öröklött tulajdonságoknak. A feszültséget vagy stresszt mindkét nem esetében leggyakrabban a középkorúak, legritkábban pedig az idősek emelték ki. A dohányzást mindkét nem esetében legtöbbször az idősek említették (a 65 év feletti férfiaknak például több mint fele). A testsúlyt a nőknél a legidősebb korosztály, míg a férfiaknál a középkorúak tartották leginkább fontosnak. Az alkoholfogyasztást a nőknél a legfiatalabbak, a férfiaknál viszont a legidősebbek választották leggyakrabban.

**3.3-3. táblázat: Az egészséget befolyásoló tényezők említése kor és nem szerint (százalékos arány és 95%-os megbízhatósági tartomány)**

	Nők				Férfiak			
	18-34 év (%)	35-64 év (%)	65+ év (%)	Össz. (%)	18-34 év (%)	35-64 év (%)	65+ év (%)	Össz. (%)
<b>Táplálkozás</b>	33,9 (29,8-36,1)	33,1 (30,7-35,5)	34,8 (30,6-39,1)	33,4 (31,2-35,6)	32,1 (28,8-35,5)	30,9 (28,0-34,0)	33,9 (29,6-38,5)	31,7 (29,7-33,9)
<b>Testsúly</b>	5,1 (4,0-6,7)	6,7 (5,5-8,2)	8,1 (6,3-10,4)	6,6 (5,6-7,7)	3,7 (2,4-5,6)	5,4 (4,3-6,8)	4,3 (2,3-7,9)	4,7 (3,8-5,7)
<b>Dohányzás</b>	36,7 (31,9-41,8)	39,1 (35,7-42,6)	40,3 (34,3-46,6)	38,6 (34,8-42,7)	40,9 (35,8-46,1)	44,8 (41,2-48,5)	51,3 (46,0-56,6)	44,4 (41,0-47,8)
<b>Lakó- és munkahelyi környezet</b>	9,1 (7,3-11,2)	8,7 (6,0-12,5)	5,2 (3,8-7,1)	8,1 (6,3-10,4)	11,6 (9,6-14,0)	11,2 (9,3-13,4)	5,8 (4,1-8,2)	10,6 (9,1-12,2)
<b>Testmozgás</b>	20,2 (17,1-23,6)	15,6 (14,1-17,2)	15,8 (13,4-18,7)	17,0 (15,5-18,5)	23,0 (19,0-27,5)	14,7 (12,8-16,8)	20,2 (16,8-24,2)	18,3 (16,1-20,8)
<b>Alkoholfogyasztás</b>	40,7 (36,2-45,3)	36,7 (32,8-40,7)	36,2 (31,4-41,3)	37,8 (34,1-41,6)	34,6 (30,8-38,5)	32,5 (29,7-37,5)	35,4 (28,3-43,1)	33,6 (29,5-38,0)
<b>Feszültség, stressz</b>	36,7 (33,4-40,2)	39,2 (37,0-41,4)	34,3 (31,0-37,7)	37,4 (35,7-39,2)	36,1 (33,1-39,4)	40,0 (37,4-42,6)	28,4 (23,8-33,6)	37,0 (35,0-39,0)
<b>Örökölt tulajdonságok</b>	9,7 (7,3-12,8)	10,8 (9,2-12,6)	13,2 (10,7-16,1)	11,0 (9,3-12,9)	7,8 (5,7-10,6)	11,4 (9,1-14,2)	9,4 (6,7-13,2)	9,9 (7,9-12,3)
<b>A családi és baráti kapcsolatok</b>	7,8 (6,1-9,8)	9,3 (8,0-10,8)	9,9 (8,0-12,2)	9,0 (8,1-10,0)	9,3 (7,7-11,3)	8,3 (6,8-10,0)	9,1 (5,3-15,2)	8,7 (7,7-9,9)
<b>Egyik sem</b>	0,5 (0,2-1,1)	0,2 (0,1-0,7)	0,9 (0,4-1,9)	0,4 (0,3-0,7)	0,4 (0,1-1,0)	0,3 (0,1-0,9)	0,8 (0,3-2,1)	0,4 (0,2-0,8)

### 3.3.4.2. Összefüggés-elemzések

A többi tényezőtől eltérően az egészségkultúra esetében nem végeztünk logisztikus regressziós elemzéseket, mivel a kutatási célkitűzések között csak az egészség, illetve az egészségmagatartás társadalmi-gazdasági összefüggéseinek vizsgálata szerepelt. Az egészséget leginkább befolyásoló egyes tényezők kiválasztását azonban keresztábrák segítségével összevetettük bizonyos meghatározó tényezőkkel. Így megvizsgáltuk, hogy vajon volt-e különbség az egyes tényezők választási gyakoriságában az alábbiak szerint: *táplálkozás* – a főzéshez használt zsiradék fajtája, illetve a friss zöldség- és gyümölcsfogyasztás gyakorisága alapján; *testsúly* – a testtömeg-index kategóriák alapján; *dohányzás* – a dohányzási szokások alapján; *testmozgás* – a testmozgás gyakorisága alapján; *alkoholfogyasztás* – az alkoholfogyasztási szokások alapján és végül *családi és baráti kapcsolatok* – a társas támogatottság alapján.

Az eredmények azt mutatják, hogy a testtömeg-index négy kategóriája közül (kórosan sovány, normál, túlsúlyos, elhízott) az elhízottak a másik három kategóriába tartozókhöz képest szignifikánsan magasabb arányban választották a testsúlyt, mint az egészséget leginkább befolyásoló két tényező egyikét (11,9% az elhízottaknál, 5,8% a kórosan soványaknál, 5,3% a túlsúlyosaknál és 3,1% a normál testsúlyúaknál).

A testmozgás választásánál szintén szignifikáns különbséget jelentett, hogy a válaszadók milyen gyakorisággal végeztek testmozgást. A hetente többször mozgókat magasabb (19,6%), a hetinél ritkábban mozgókat alacsonyabb (14,4%) arányban választották az említett tényezőt, mint a legalább hetente mozgókat (18,4%).

Az erős dohányosok több mint fele (51,5%) választotta a dohányzást, mint jelentős befolyásoló tényezőt, szemben a soha nem dohányzók és az alkalmi dohányosok alig több mint harmadával (37,4% illetve 36,3%).

Azt, hogy az alkoholfogyasztás befolyásolja leginkább az egészséget, legnagyobb arányban az alkoholt soha nem fogyasztók (39,7%), míg legkisebb arányban a nagyivók (29,6%) gondolták.

A táplálkozás és a családi és baráti kapcsolatok választása nem tért el szignifikánsan a vizsgált csoportokban.

### 3.3.5. Megbeszélés

#### 3.3.5.1. Belső összehasonlítások

Az egészségkultúrára vonatkozó kérdésekre adott válaszok esetében nem tapasztaltunk jelentős inkonzisztenciát.

#### 3.3.5.2. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság

Az 1994-ben végzett dán egészségfelmérés szerint [41] a dán lakosság 22,5%-a vélekedett úgy, hogy egészségéért nem tehet semmit, vagy legfeljebb csak keveset.

Az Európai Unió tagországaiban 1997-ben végzett felmérés [42] eredményei alapján a megkérdezettek véleménye szerint az alábbi táblázatban szereplő tényezők befolyásolják leginkább az egészséget.

#### 3.3-4. táblázat: Az egészséget leginkább befolyásoló tényezők választási gyakorisága az Európai Unióban

Befolyásoló tényezők említése	Férfiak (%)	Nők (%)	Összesen (%)
Táplálkozás	36	40	38
Testsúly	12	14	13
Dohányzás	43	38	41
Lakó- és munkahelyi környezet	16	16	16
Testmozgás	20	16	18
Alkoholfogyasztás	22	19	20
Feszültség, stressz	31	35	33
Örökölt tulajdonságok	9	10	9
A családi és baráti kapcsolatok	5	7	6
Egyik sem	1	1	1
Nem tudja	<1	1	<1

Az EU 15 tagországából 8-ban a dohányzást választották a leggyakrabban, 5 országban pedig a táplálkozást. Érdekességként megemlíthető, hogy például Finnországban az EU-listavezető dohányzás-táplálkozás-stressz hármast 44%-os említéssel megelőzte a testmozgás.

Az említett hazai felmérések közül a FACT Intézet és a Szívbarát Program felmérésének eredményei csak korlátozottan hasonlíthatók össze az OLEF2000 eredményeivel.

A FACT Intézet 1998-as felmérésének [43] eredményei szerint a megkérdezettek a lakosság egészségét leginkább befolyásoló tényezőknek az alkoholfogyasztást, a dohányzást és a stresszt tartották, míg a saját egészségükre leginkább ható tényezőként a stresszt, a testmozgás hiányát és a dohányzást jelölték meg.

A Szívbarát Program felmérésének eredményei szerint [44] a lakosság véleménye alapján a legfontosabb tényezők abban, hogy az emberek egészségesen éljenek, a következők voltak: káros szenvedélyek mellőzése, családi környezet, környezetszennyezés csökkentése.

### 3.3.5.3. Az eredmények értelmezése

Eredményeink megerősítik a külföldi vizsgálatok tapasztalatait [36, 45], melyek szerint a fiatalabb korosztályokba tartozók általában jobban tudatában vannak annak, hogy saját maguk is sokat tehetnek egészségükért.

Az egészséget leginkább befolyásoló tényezők választása nem tér el jelentősen az Európai Unió tagországaiban végzett felmérés tapasztalataitól. A dohányzásnak, a táplálkozásnak, a feszültségnek és a stressznek a felnőtt magyar lakosság is kiemelkedő fontosságot tulajdonít, ugyanakkor az alkoholfogyasztás említésének gyakorisága felülmúlja az EU-ban kapott eredményeket.

Az eredmények azt sugallják, hogy a dohányosok tudatában voltak a dohányzás egészségbefolyásoló szerepének. Ugyanakkor a nagyivók ezzel éppen ellentétesen kevésbé gondolták, hogy az alkoholfogyasztás befolyásolhatja az egészséget, a legfeljebb mértékletes alkoholfogyasztókhoz viszonyítva.

A testsúlyt, mint jelentős befolyásoló tényezőt is inkább azok emelték ki, akiknek ténylegesen problémát jelent, azaz az elhízottak (a túlsúlyosok körében az említés még nem volt lényegesen magasabb az átlagosnál). Ezzel szemben a testmozgás hatását azok tartották jelentősnek, akik gyakran mozogtak, nem pedig azok, akik csak ritkán.

Az egyes egészségmagatartási tényezők és az egészségkultúra eltérő irányú kapcsolatai (pozitív összefüggés például a testmozgás esetében és negatív például a dohányzásnál) arra hívják fel a figyelmet, hogy valószínűleg különböző konfliktuskezelési stratégiákkal rendelkeznek a különböző egészségmagatartási mintákat követő csoportok tagjai.

### 3.3.5.4. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra

Az eredeti angol kérdés arra vonatkozik, hogy a kérdezett véleménye szerint mely két tényező *befolyásolja* leginkább az egészséget. Az elővizsgálat során ezt a változatot alkalmaztuk, azonban a tapasztalatok alapján úgy tűnt, hogy sokan nem tudták megfelelően értelmezni a *befolyásolni* igét. Ezért megpróbáltuk egyértelműbbé tenni a kérdést, a „*befolyásol*” szó mellett a „*javítja vagy rontja*” kifejezést használva. A jövőben ezt a magyarázatot a tapasztalt inkonzisztencia miatt esetleg tovább lehetne finomítani, a jobb megértés érdekében.



### 3.4. Alkoholfogyasztás

*Boros Julianna*

#### 3.4.1. Kiemelt eredmények – alkohol

- A nők több mint ötöde, a férfiak majd fele mértékletesen fogyasztott alkoholt. Minden huszadik nő, és minden ötödik férfi nagyivónak volt tekinthető az OLEF2000-ben alkalmazott definíció alapján.
- Növelte a nagyivás esélyét, ha az egyén középkorú, nem értelmiségi foglalkozású, intenzív munkaterhelésnek volt kitéve, egyedülálló, a társas támogatottság súlyos hiányával küzdött és 1000 főnél kisebb lakosságú településen élt. Csökkentette a nagyivás esélyét, ha valaki nyugdíjas vagy tartósan munkaképtelen volt. A férfiaknál mindig magasabb volt a nagyivás esélye, mint a nőknél, de az iskolázottsági szint emelkedésével ez a különbség jelentősen csökkent. Az iskolázottság emelkedése ugyanis nőknél nagymértékben növelte az esélyt a nagyivásra, míg a férfiaknál nem volt megfigyelhető hasonló összefüggés.

#### 3.4.2. Háttér

A mértéktelen alkoholfogyasztás számos betegség kialakulásában szerepet játszhat, közvetlen vagy közvetett módon (például közlekedési baleset által) halálhoz is vezethet.

Becslések szerint az alkoholbetegek 30%-ára jellemző a májzsugor [46]. Különösen aggasztó, hogy Magyarországon a felnőtt férfiak korai halálozása az alkoholfogyasztással összefüggő krónikus májbetegségek és a májzsugor következtében kiemelkedően magas. 1995-ben például az EU országai átlagos halálozási szintjének 7,5-szerese, a nőké 6,2-szerese volt [47], bár azóta valamelyest csökkent ez az arány: férfiaknál 1998-ban 5,4-szerese, nőknél pedig 4,1-szerese volt, (de még a Közép-Kelet-európai országok átlagát is jelentősen meghaladva, 1998-ban férfiak esetében annak mintegy 2,5-szöröse, nőknél pedig valamivel több, mint 2-szerese volt a mutató értéke) [48].

A májzsugor mellett bizonyított az alkoholfogyasztás és egyes légzőrendszeri, valamint agyérrendszeri megbetegedések, a szájüreg és a garat daganatai, a sérülések, mérgezések közötti összefüggés is [49]. A nagyivás a stroke kockázatát szintén emeli, különösen a nők körében [50]. Több vizsgálat kimutatta, hogy az emlőrák kialakulásának kockázata ugyancsak nagyobb azon nők esetében, akik sok alkoholt fogyasztanak [51]. A terhesség alatti nagyivás a születendő magzat egészségét is veszélyezteti [52].

A mértékletes alkoholfogyasztás széles körben elterjedt szokás [53, 54, 55], melynek bizonyos szempontból jótékony hatása lehet az egészségre. Például csökkenti a szívkoszorúér-betegségek kialakulásának kockázatát (az absztinensek és a nagyivók között nagyobb e betegségek előfordulásának kockázata, mint a mértéktartó szeszital-fogyasztók körében [56, 57]).

A szervi megbetegedéseken kívül a társadalmi-családi kapcsolatokat és a munkaképességet is jelentős mértékben befolyásolja az alkoholfogyasztás.

Az alkoholfogyasztás mérési módszerében meglehetősen sokszínűséget mutatnak a nemzetközi vizsgálatok. A különböző országok alkoholfogyasztásának összehasonlítására gyakran használt eszköz az adott országban adott naptári évben elfogyasztott, egy felnőtt személyre jutó, tiszta alkoholra átszámított alkoholmennyiség [59]. Mivel ezen adatok alapját nem felmérésekből származó eredmények, hanem a hivatalos forgalmi (termékforgalmi, export-, import, és ha lehetséges, a házi készítésű alkoholmennyiségre vonatkozó) adatok képezik, így

a csempészett, a feketekereskedelemben árusított szeszesitalok kimaradása jelentős – országonként eltérő mértékű – torzításra ad lehetőséget, valamint – mivel a számok a társadalom összes fogyasztását tükrözik – arról sem adnak képet, hogy mely csoportokra milyen mértékben jellemző az alkoholfogyasztás.

Egy másik módszerrel, a Jellinek-formula segítségével a súlyos alkoholbetegek össznépességbeli teljes arányát az alkoholos májzsugorodásban elhunytak számából kiindulva határozhatjuk meg. Az alkohollal kapcsolatos problémák viszont az alkoholbetegeknél tágabb kört érintenek, ezért az össztársadalmi alkoholfogyasztás mértékének jellemzésére csak kiegészítésként alkalmazható ez a módszer [58].

Kérdőíves lakossági felmérésekben ugyancsak többféle gyakorlat terjedt el. Sokan a „problémás ivás” mérésére helyezik a hangsúlyt, amely az alkoholfogyasztás pszichés-szociális aspektusát állítja a középpontba (s melynek egyik legelterjedtebb eszköze a CAGE-kérdőív), ez azonban az általános egészségfelmérésekben csak ritkán használatos.

Másfajta megközelítést jelent, ha a kérdőívekben az elfogyasztott alkoholmennyiségre kérdeznak rá, és a kapott válaszok alapján készítenek becsléseket a különböző alkoholfogyasztási kategóriákba tartozók arányára. Ez az eljárás azonban szintén többféle eszköz kiindulópontjául szolgálhat.

Abban még általános az egyetértés, hogy az alkoholfogyasztási gyakoriság és a fogyasztott mennyiség az a két tényező, amit vizsgálni érdemes. Viszont a fogyasztott alkoholmennyiséget már többféleképpen értelmezhetjük: például alkoholegységekben, de átszámíthatjuk tiszta alkoholra is. Egy alkoholegység 15 gramm alkoholnak felel meg. Így egy korsó sör 1,4, egy pohár bor 1,35 és egy fél deci rövidital 1,14 egységgel egyenértékű [50]. A tiszta alkoholra történő átszámításnál a sör alkoholtartalmát 4-5%-nak, a borét 11-16%-nak és az égetett szeszes italokét 40%-nak tekinthetjük [59].

Többféle megközelítés létezik a tekintetben is, hogy milyen időtartamra kell vonatkoztatni az elfogyasztott alkoholmennyiséget: egy napra, egy hétre esetleg egy egész évre.

Az egyes alkoholfogyasztási kategóriák értelmezésében és a kategóriák számának meghatározásában szintén nagy eltéréseket tapasztalhatunk.

Az értelmezésben külön problémát jelent, hogy a legtöbb esetben a férfiak és a nők esetében is ugyanazon mennyiségi határokat használnak az egyes kategóriáknál, holott általánosan elfogadott, hogy a nők esetében kisebb határértékeket kellene figyelembe venni az eltérő fiziológiai sajátosságok miatt [60].

Az alkoholfogyasztás mérését fontosságának köszönhetően természetesen mindenütt a felmérések egyik kiemelkedő témakörének tartják, azonban a nemzetközi összehasonlítást nehezíti, hogy – a fentebb kifejtetteknek megfelelően – nincs egységesen elfogadott eszköz az alkoholfogyasztási szokások mérésére, a különböző országok felméréseinek eredményei így a fogalmi összehangolatlanság miatt csak nehezen vethetők egybe.

A WHO „Health For All” adatbázisának [48] tanúsága szerint Magyarország az elsők között szerepel az alkoholfogyasztás mennyiségét tekintve (1998-ban 10,2 l/fő, 1999-ben 9,7 l/fő értékkel).

A Központi Statisztikai Hivatal az 1984-es mikrocenzushoz kapcsolódva [61] a 14 éves és idősebb népesség, tíz évvel később, az Egészségi Állapotfelvétel [53] során pedig a 15-64 év közöttiek alkoholfogyasztási szokásait is felmérte.

A SOTE Magatartástudományi Intézet által 1995-ben elvégzett felmérés [62] a 16 évesnél idősebbek esetében vizsgálta meg, hogy a kérdezettek milyen típusú alkoholt fogyasztanak, egy-egy alkalommal milyen mennyiségben és milyen körülmények között.

A TÁRKI 1996-os vizsgálata [54] a 14 évnél idősebb magyar lakosság, a FACT Intézet 1999-ben végzett felmérése [55] pedig a 18 év feletti magyar lakosság alkoholfogyasztásáról ad képet.

### 3.4.3. Módszertan

Az OLEF2000 során az alkoholfogyasztási szokásokra – azok bizalmas jellege miatt – önkitöltős kérdőívben kérdeztünk rá<sup>1</sup>. Két kérdés az alkoholfogyasztás gyakoriságának megállapítására, három kérdés pedig a fogyasztott mennyiségre irányult.

A kérdőívben a fogyasztott mennyiségre a könnyebb értelmezés kedvéért azt kérdeztük, hogy a különböző alkoholfajtákból hány pohárnyit ittak a kérdezettek, és ezt az elemzésnél az általánosan elfogadott definíció szerint utólagosan alkoholegységekre [50] számoltuk át.

A gyakoriság és a fogyasztott mennyiség alapján az egyes személyeket az alábbi módon soroltuk be, a számtalan lehetőség közül az amerikai standardokat tekintve alapnak:

Nagyivónak neveztük azokat a nőket, akik a kérdezést megelőző héten összesen több mint 7, illetve azokat a férfiakat, akik több mint 14 egységnyi alkoholt fogyasztottak. 14 egység alkohol közelítőleg megegyezik 6 dl rövid itallal, vagy 5 l sörrel, vagy 2 l borral [60]. A szakirodalomban „binge drinking”-nek nevezett jelenség (egy alkalommal nagy mennyiségű alkohol fogyasztása) kiemelkedő jelentősége miatt nagyivónak neveztük azokat is, akik esetében az egy napra számított alkoholmennyiség meghaladta nőknél a 3, illetve férfiaknál az 5 alkoholegységet [63].

A mértékletes alkoholfogyasztóknak tekintettük azokat, akik a kérdezést megelőző héten fogyasztottak alkoholt, de nem minősültek nagyivónak.

Alkoholt ritkán fogyasztóknak neveztük azokat, akik az interjúfelvételt megelőző héten nem, de azt megelőzően fogyasztottak szeszesitalt.

Alkoholt nem fogyasztóknak neveztük azokat, akik egyáltalán nem ittak alkoholt.

Az OLEF2000 során az alkoholfogyasztási szokások mérésére használt kérdéseket az alábbi ábra tartalmazza:

---

<sup>1</sup> A kérdésekre adott válaszok megbízhatóságával kapcsolatban lásd a 3.4.5.1 Belső összehasonlítások című alpontot.

**16. Mikor fogyasztott utoljára alkoholtartalmú italt?**

- a. Az elmúlt hét napban
- b. Egy hónapon belül
- c. Fél éven belül
- d. Több mint fél éve
- e. Sohasem fogyasztok alkohol tartalmú italt

**17. Az elmúlt hét naptól hány napon fogyasztott alkohol tartalmú italt?**

.....napon

**18. Hány korsó/üveg sört fogyasztott az elmúlt hét napban?**

.....korsó/pohár

**19. Hány pohár bort, pezsgőt fogyasztott az elmúlt hét napban?**

.....pohár

**20. Hány pohár egyéb szeszesitalt fogyasztott az elmúlt hét napban?**

.....pohár

**3.4.4. Eredmények****3.4.4.1. Populációs becslések*****Az eredmények értelmezéséhez:***

Az alábbi táblázatokban az alkoholfogyasztási szokások gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például az alkoholfogyasztási szokások gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az életkornak az alkoholfogyasztásra gyakorolt megfelelő irányú hatását.

Vizsgálatunk alapján a nők több mint egyharmada (36,4%) soha nem iszik szeszesitalt, ugyanakkor ez csupán minden 10. férfire (10,1%) volt igaz. Ritkán fogyasztott alkoholt a nők több mint harmada (36,9%) és a férfiak negyede (24,6%). A nők több mint ötöde (21,5%), a férfiak majd fele (46,1%) mértékletesen fogyasztott alkoholt. Nagyivónak a nők 5,1%-a, a férfiak 19,2%-a volt tekinthető. A részletes eredményeket az alábbi táblázatok tartalmazzák:

3.4-1. táblázat: „Alkoholfogyasztási szokások korcsoportonként, nőkre (%)”

Alkoholfogyasztás	Nők			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
<b>soha nem</b>	22,9 [19,0-27,3]	33,2 [28,6-38,2]	62,5 [57,0-67,7]	36,4 [32,7-40,4]
<b>ritkán</b>	50,1 [46,7-53,4]	35,8 [32,2-39,7]	21,2 [18,2-24,6]	36,9 [34,5-39,4]
<b>mértékletes</b>	20,7 [18,1-23,5]	25,5 [23,6-27,6]	13,5 [10,7-16,8]	21,5 [20,1-23,0]
<b>nagyivó</b>	6,4 [4,2-9,6]	5,4 [4,2-6,9]	2,9 [1,8-4,4]	5,1 [3,9-6,8]
<b>Összesen</b>	100,0	100,0	100,0	100,0

3.4-2. táblázat: „Alkoholfogyasztási szokások korcsoportonként, férfiakra” (%)

Alkoholfogyasztás	Férfiak			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
<b>soha nem</b>	8,2 [6,5-10,3]	8,0 [6,5-9,8]	22,4 [18,3-27,2]	10,1 [9,0-11,4]
<b>ritkán</b>	35,2 [31,8-38,7]	18,3 [16,1-20,7]	21,3 [17,9-25,2]	24,6 [22,7-26,6]
<b>mértékletes</b>	38,7 [35,5-42,1]	52,1 [49,3-54,8]	42,8 [38,4-47,3]	46,1 [44,1-48,0]
<b>nagyivó</b>	17,9 [15,5-20,6]	21,6 [19,1-24,4]	13,5 [10,6-17,0]	19,2 [17,3-21,1]
<b>Összesen</b>	100,0	100,0	100,0	100,0

### 3.4.4.2. Összefüggés-elemzések

#### **Az eredmények értelmezéséhez:**

A többváltozós elemzés lehetővé teszi **több** magyarázó jellemzőnek **egy** vizsgált tényezőre kifejtett hatásának elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszűrve” az elemzésbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.

Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhető az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

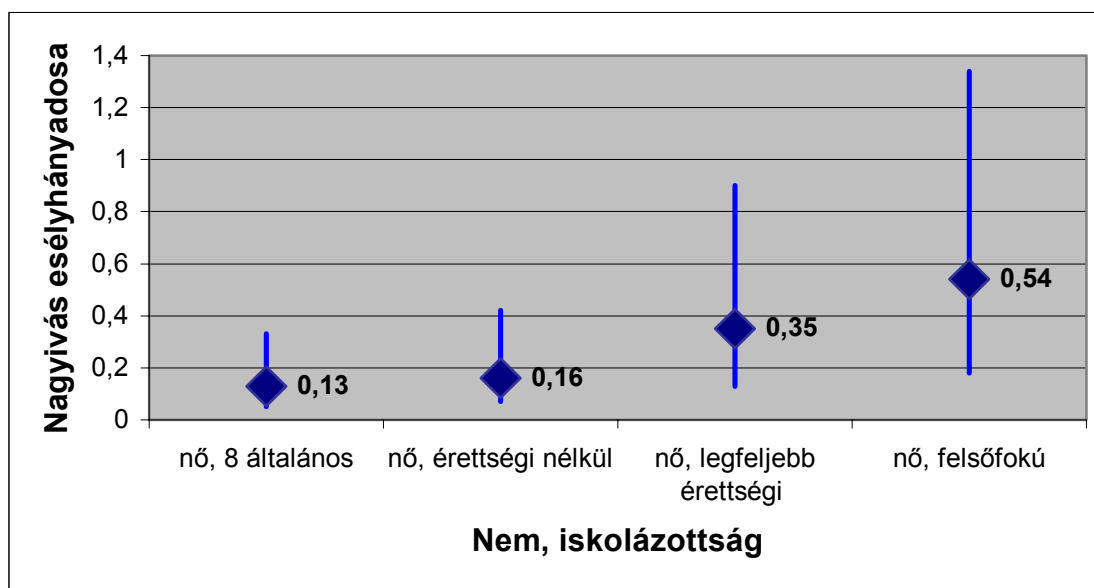
Az összefüggés-elemzés során használt kiindulási modellünkben kimeneti változóként a nagyivás versus nem nagyivás, magyarázó változóként pedig a nem, a kor, az iskolázottság, a családszerkezet, az anyagi helyzet, a foglalkozás, a munkaviszony, a beosztás, a régió, a településnagyság, a vallásosság, a társas támogatottság, a lakáskörülmények és a munkaintenzitás szerepeltek. A modellben azon 5108 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind az alkoholfogyasztásra, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

Összefüggés-elemzésünk eredményei alapján megállapítható, hogy a nagyivás esélye a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt<sup>2</sup> a nemmel, a korról, az iskolázottsággal, a foglalkozással, a munkaviszonnyal, a családszerkezettel, a társas támogatottsággal, a munkaintenzitással és a településnagysággal.

A nem és az iskolázottság hatással volt a nagyivás esélyére, de e két tényező egymás hatását befolyásolta, azaz interakcióban voltak. A nők esélye a nagyivásra például alacsonyabb volt, mint a férfiaké, de az iskolázottsági szint emelkedésével a különbség a két nem között csökkent. Az iskolázottság növekedése ugyanis a nőknél jelentősen növelte a nagyivás esélyét, míg férfiaknál nem mutatható ki hasonló kapcsolat – természetesen az is elképzelhető, hogy a magasabb iskolázottságú nők inkább hajlandók bevállalni a tényleges alkoholfogyasztást, mint az alacsonyabb iskolai végzettségűek.

<sup>2</sup> a szövegben és a táblázatban csak azok a tényezők szerepelnek, amelyeknél a kapcsolat erőssége  $p < 0,05$  szinten szignifikáns volt

## 3.4-1. ábra: „A nagyívás és a nem összefüggése – interakcióban az iskolázottsággal



A nagyívás esélye mintegy másfélszeres volt a középkorúak körében a fiatalokhoz viszonyítva.

Összevetve a foglalkozási kategóriákat, megfigyelhető, hogy az értelmiségiekhez viszonyítva az összes többi kategóriában legalább kétszeres volt a nagyívás esélye.

Az intenzív munkaterhelésűekhez viszonyítva jelentősen csökkentette a nagyívás esélyét a munkával töltött órák számának átlagos, vagy annál alacsonyabb mértéke, az utóbbi esetben például csaknem felére.

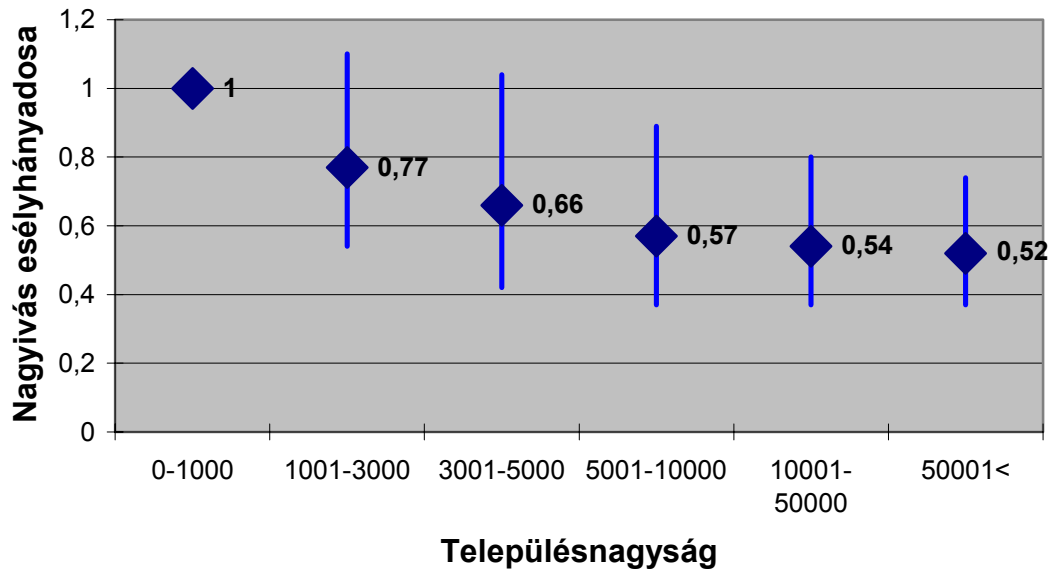
Megfigyelhető, hogy a nyugdíjasok és a tartósan munkaképtelenek esélye a nagyívásra alacsonyabb volt, mint a dolgozóké.

A társas támogatottság szempontjából kielégítő helyzetű és a kisebb hiányt elszenvedő személyek körében a nagyívás esélye egyaránt alacsonyabb volt, mint a társas támogatottság súlyos hiányában szenvedőké, a megfelelő társas támogatottság például csaknem harmadával csökkentette a nagyívás esélyét.

Összevetve a családszerkezeti kategóriákat, megállapítható, hogy a gyermektelen egyedülállók esélye a nagyívásra nagyobb volt, mint a többi kategóriában, például a gyermeküket egyedül nevelőkhöz képest a négyszerese – ez az eredmény azonban óvatosan kezelendő, mivel a gyermeküket egyedül nevelők 88%-a nő volt, s ekkora többség esetén a nem hatását nem tudja tökéletesen kiszűrni a logisztikus regressziós elemzési módszer sem.

Az elemzés tanúsága szerint a településnagyság növekedésével csökkent a nagyívás esélye: az 50000 főnél népesebb településeken mindössze fele volt a nagyívás esélye az 1000 főnél kisebb lakosságú településekhez viszonyítva.

## 3.4-2. ábra: „A nagyivás és a településnagyság összefüggése



Az egyes magyarázó változókhoz tartozó esélyhányadosok a 3.4-3. táblázat-ban találhatóak.<sup>3</sup>

## 3.4-3. táblázat: „A nagyivás esélyét befolyásoló tényezők”

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági sáv
<b>NEM</b>				
Referencia: férfi	8 általános	nő	0,13	0,08-0,20
	érettségi nélkül	nő	0,16	0,09-0,26
	legfeljebb érettségi	nő	0,35	0,22-0,55
	felsőfokú	nő	0,54	0,36-0,80
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-34 év		35-64 év	1,35	1,10-1,67
		65-X év	0,95	0,66-1,37
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános	férfi	érettségi nélkül	0,76	0,56-1,04
		legfeljebb érettségi	0,80	0,56-1,14
		felsőfokú	0,99	0,53-1,82

<sup>3</sup> Nem tüntettük fel a táblázatban azokat a tényezőket, amelyeknél a becült esély egyetlen kategóriában sem tért el statisztikailag szignifikáns mértékben ( $p < 0.05$ ) a referencia kategóriában becült esélytől.



Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági sáv
	nő	érettségi nélkül	0,93	0,49-1,78
		legfeljebb érettségi	2,18	1,35-3,54
		felsőfokú	4,14	2,16-7,92
<b>FOGLALKOZÁS</b>				
Referencia: értelmiségi		egyéb szellemi szakmunkás, nem mezőgazdasági	2,03	1,27-3,22
		betanított/segédmunkás, nem mezőgazdasági	2,07	1,19-3,59
		fizikai, mezőgazdasági	2,25	1,16-4,33
			2,76	1,51-5,04
<b>MUNKAINTEENZITÁS</b>				
Referencia: intenzív terhelés		átlagos	0,84	0,67-1,06
		átlag alatti	0,55	0,32-0,93
<b>MUNKAVISZONY</b>				
Referencia: dolgozik		nyugdíjas tartósan munkaképtelen	0,68	0,49-0,95
			0,45	0,21-1,0
<b>CSALÁDSZERKEZET</b>				
Referencia: egyedülálló		egyedülálló gyerekekkel	0,25	0,08-0,82
		pár	0,65	0,50-0,84
		pár gyerekekkel	0,66	0,49-0,88
<b>TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG</b>				
Referencia: súlyos hiány		kisebb hiány	0,95	0,73-1,23
		megfelelő	0,69	0,56-0,85
<b>TELEPÜLÉSNAGYSÁG</b>				
Referencia: 0-1000		1001-3000	0,77	0,54-1,10
		3001-5000	0,66	0,42-1,04
		5001-10000	0,57	0,37-0,89
		10001-50000	0,54	0,37-0,80
		50001-X	0,52	0,37-0,74

### 3.4.5. Megbeszélés

#### 3.4.5.1. Belső összehasonlítások

Torzításra adhat okot, hogy feltételezzük (de nem tudjuk biztosan), hogy a válaszok egy, a válaszadót általában jellemző tipikus hétre vonatkoznak.

Az önkitöltős kérdőív használata vélhetőleg növelte a bevallási hajlandóságot, azonban az elfogyasztott italmennyiségre vonatkozó eredmények így is erősen konzervatív becslésnek tekinthetők.

Mivel az alkoholfogyasztással kapcsolatos kérdések önkitöltős kérdőívben szerepeltek, a kérdezőbiztosok csak korlátozott mértékben tudtak a kérdezettek segítségére lenni a kérdések pontos értelmezésében. Ezért a válaszok között bizonyos inkonzisztenciák, azaz egymásnak logikailag ellentmondó kombinációk léptek fel. Néhány válaszadó esetében félreértéshez vezetett, hogy bár az alkoholfogyasztás utolsó időpontjára vonatkozó kérdésre azt válaszolták, hogy az elmúlt héten nem fogyasztottak alkoholt, a kérdezést megelőző egy héten megivott szeszesital-mennyiségre vonatkozó kérdések esetében mégis nullától különböző értékeket jelöltek meg. Előfordult az is, hogy bár az utolsó fogyasztást egy hétnél régebben jelölték meg, arra a kérdésre, hogy az elmúlt hét hány napján fogyasztottak szeszesitalt, 1-7 közötti értékeket írtak be. Végül volt olyan eset is, amikor a válaszadó ugyan bevallása szerint fogyasztott a kérdezést megelőző héten alkoholt, a mennyiségre vonatkozó kérdésekre minden esetben (sör, bor, egyéb szeszesital) nullával válaszolt.

Az inkonzisztencia csökkentése érdekében az alábbi módon értelmeztük a kérdésekre adott válaszokat: mivel az alkoholfogyasztás átlagos mennyiségének megadása az „elmúlt hétre” vonatkozik, 0-nak definiáltuk az alkoholfogyasztását annak, aki az „egy hónapon belül ivott”, „fél éven belül”, „több mint fél éve” ill. „sohasem fogyaszt alkohol tartalmú italt” kategóriába tartozik. Hasonlóan jártunk el az egyes alkoholtípusok fogyasztásának becslésekor. Így „0-t fogyasztónak” minősítettük azokat, akik nem tartoznak az „az elmúlt hét napban alkoholt fogyasztott” csoportba. Ezen a csoporton belül „0-t fogyasztók” közé soroltuk azokat, akik üresen hagyták ezt a választ, vagy 0-t írtak a válaszcellába.

#### 3.4.5.2. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság

A Központi Statisztikai Hivatal az 1984-es felmérésének [61] eredményei szerint alkalmoszerűen ivott a 14 éves és idősebb férfiak fele, a nők több mint negyede, míg rendszeres alkoholfogyasztó volt a férfiak közel ötöde és a nők 1,5%-a.

A KSH tíz évvel később elvégzett Egészségi állapotfelvétele alapján, [53] az eredmények tanúbizonysága szerint a 15-64 év közötti magyar lakosság 28,3%-a volt absztinens (a férfiak 16%-a, a nők 40,1%-a), a vizsgálatot megelőző évben a kérdezettek 65%-a fogyasztott alkoholt. A férfiaknak 21,7%-a, a nőknek csak 2,9%-a állította, hogy minden nap fogyaszt szeszes italt.

A SOTE Magatartástudományi Intézet által 1995-ben elvégzett felmérésének [62] eredményei azt mutatták, hogy a kérdezett férfiak 85,2%-a, a nők 75,7%-a fogyasztott valamilyen mennyiségben alkoholt. Az alkoholt fogyasztó férfiak egy-egy alkalommal átlagosan 0,9 dl tömény szeszt, 8,2 dl sört és/vagy 4,4dl bort fogyasztottak, a nők pedig 0,7 dl tömény szeszt, 2,7 dl sört és 4,5 dl bort.

A TÁRKI 1996-os vizsgálata szerint [54] a 14 évnél idősebb magyar lakosság 9%-a naponta, 18,7%-a legalább hetente egyszer, 13,8%-a havonta többször, 21,3%-a ennél ritkábban

fogyasztott alkoholt, 37%-a pedig szinte sohasem. A valamilyen gyakorisággal nagyobb mennyiségű alkoholt fogyasztók aránya a teljes populáción belül 2,3% volt. A szeszesitalt fogyasztók 73%-a ritkán és keveset ivott.

A FACT Intézetnek a 18 év feletti magyar lakosság körében 1999-ben végzett vizsgálata szerint [55] a megkérdezettek 15%-a volt absztinens, 22%-uk több mint fél éve, 8%-uk több mint egy hónapja nem ivott szeszes italt, 13%-uk az interjút megelőző egy hónapban, 42%-uk pedig az előző hét során fogyasztott alkoholt. Az alkoholt fogyasztó interjúalanyok önbesorolása alapján (vagyis nem a kutatók által a fogyasztott mennyiség alapján történő besorolása szerint) 8%-uk tekintette önmagát mértéktelen ivónak, 20%-uk rendszeres, de mértéktartó alkoholfogyasztónak, 25%-uk rendszeresen, de keveset fogyasztónak és 47%-uk alkalmi alkoholfogyasztónak.

A III.2 pontban felsorolt vizsgálatok eredményeivel az OLEF2000 eredményeit (illetve a különböző vizsgálatok adatait egymással) több okból sem szerencsés közvetlenül összehasonlítani. Az okok közül a legfontosabb, hogy minden vizsgálat más-más eszközt használt a mérésre, de nem elhanyagolható szempont az sem, hogy a mintavételi és elemzési eljárások sem egyeztek meg a felmérések során (erről részletesebben a Módszertan című fejezetben esik szó). Az mindenesetre valószínű, hogy a nagyivók arányát mindegyik vizsgálat alulról becsüli.

#### **3.4.5.3. Az eredmények értelmezése**

Az inkonzisztenciák kezelésére használt módszer miatt a kapott gyakoriságok konzervatív becslésnek tekinthetők. Ennek tudatában különösen aggasztó a nagyivók általunk becsült magas aránya, hiszen legalább minden ötödik férfi és minden huszadik nő nagyivónak tekinthető.

Összefüggés-elemzésünk megerősíteti azt a hazai és nemzetközi tapasztalatot, miszerint a társadalmi-gazdasági tényezők nagymértékben befolyásolják az alkoholfogyasztási szokásokat. Eredményeink szerint a többi tényező hatását kiszűrve is egyértelmű kapcsolat mutatható ki a nem, a kor, az iskolázottság, a foglalkozás, a munkaviszony, a munkaintenzitás, a családszerkezet, a településnagyság és a társas támogatottság illetve a nagyivás között. A befolyásoló tényezők közül kiemelendő, hogy az iskolázottsági szint emelkedése a nők körében növeli a nagyivás esélyét – vagy legalábbis a bevallási hajlandóságot.

#### **3.4.5.4. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra**

A kérdések jelenlegi csoportjából nem derül ki, hogy az elmúlt héten fogyasztott alkoholemennyiség mennyire jellemzi általában az egyéneket, tehát feltétlenül tovább kellene finomítani az alkoholfogyasztás gyakoriságára vonatkozó kérdéseket, illetve esetleg rá kellene kérdezni, hogy tipikus hétnek tekinthető-e alkoholfogyasztás szempontjából a vizsgált időszak.

### 3.5. Dohányzás

*Boros Julianna*

#### 3.5.1. Kiemelt eredmények

- Magyarországon a nők 23 %-a, a férfiak 38 %-a dohányzott napi rendszerességgel.
- Minden tizenegyedik nő illetve minden negyedik férfi naponta legalább egy doboz cigarettát szívott el.
- A rendszeres dohányzás esélyét sok tényező együttesen befolyásolja: magasabb a fiatalok, a kevésbé iskolázottak, a rossz anyagi- és lakáskörülmények között élők, a sokat dolgozók, a társas támogatottság hiányával jellemzettek, a nem vallásosak, a betanított- és segédmunkások, és Közép-Magyarországon vagy Közép-Dunántúlon élők körében.

#### 3.5.2. Háttér

Világszerte közismert tény, hogy a dohányzás súlyos egészségproblémákat okoz. Becslések szerint jelenleg minden tizedik felnőtt ember haláláért felelős; 2030-ban pedig az előrejelzések alapján minden hatodik ember halálát okozza majd, azaz évente tízmillióan fognak meghalni a dohányzás következtében kialakuló betegségek miatt [64].

Közép- és Kelet-Európa előkelő helyet foglal el a dohányzásnak köszönhető halálozás rangsorában, 1995-ben 700 ezren veszítették életüket a dohányzás miatt ebben a régióban [65]. Az előkelő helyezéshöz sajnos jelentősen hozzájárul a magyarországi dohányosok magas aránya is.

A hosszú ideig dohányzók fele a dohányzásnak köszönheti a halálát – nagy részük 20-25 évet veszítve a születéskor várható élettartamából [66]. A dohányzás meghatározó szerepet játszik a szájüregi, nyelőcső-, gége-, garat-, tüdő-, hasnyálmirigy- és hólyagrák, a krónikus obstruktív tüdőbetegségek és más légzőrendszeri betegségek, a szív-érrendszeri betegségek kialakulásában [67, 68]. A dohányzás – az utóbbi évek vizsgálatai szerint – emeli az öngyilkosság kockázatát is [69]. További súlyos gondokat okoz a terhesség alatti dohányzás, amely növeli az alacsony születési súly, a méhen belüli növekedési retardáció, a bölcsőhalál és egyes gyermekkori légzőrendszeri betegségek kialakulásának esélyét [66]. A passzív dohányzás növeli a tüdőrák és a légzőszervi megbetegedések kockázatát is a nemdohányzók körében [70, 71, 72].

A dohányzás – kiemelkedő egészségpolitikai és népegészségügyi jelentőségének megfelelően – számos alkalommal került vizsgálat alá mind külföldön, mind Magyarországon.

A legtöbb országban irányadónak tekintik a WHO ajánlásait [73], s ezeknek megfelelően a következő mutatókat veszik figyelembe a populáció dohányzási mintáinak meghatározásakor:

##### 1. *dohányosok:*

- rendszeresen dohányoznak (naponta legalább egy cigarettát elszívnak)
- alkalmanként dohányoznak (dohányoznak, de nem minden nap)

##### 2. *nemdohányzók:*

- a dohányzásról leszokottak (életük során valamikor dohányoztak, de a kérdezés időpontjában nem vallották magukat dohányzónak)
- soha nem dohányoztak

A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) az 1984-es mikrocenzushoz kapcsolódva [74] a 14 éves és idősebb népesség dohányzási szokásait is felmérte. Tíz évvel későbbi vizsgálatukban, az 1994-es Egészségi Állapotfelmérésben [75], mely a 14-64 év közötti lakosságra irányult, szintén szerepeltek dohányzásra vonatkozó kérdések.

A SOTE Magatartástudományi Intézet 1995-ös felméréséből [76] a 16 éves és idősebb lakosok dohányzási szokásairól kaphatunk képet.

A TÁRKI 1996-os egészségfelmérése [77] a 14 évnél idősebb magyar lakosság, míg a Szívbarát Program keretében 1997-ben végzett, a táplálkozási szokásokra irányuló felmérés [78] a 18 évesek és idősebbek dohányzási szokásait is felmérte.

A Fact Intézet speciálisan a dohányzás és az alkoholfogyasztásra irányuló 1999-es felmérésében [79] a 18 év feletti lakosságot vizsgálták meg.

### 3.5.3. Módszertan

A felmérés kérdőívében a WHO által [73] ajánlott kérdéssort használtuk fel.

**48. Dohányzik-e Ön jelenleg?**

- 1 – Igen, naponta
  - 2 – Igen, de nem minden nap
  - 3 – Nem
- 

- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

**49. Körülbelül hány cigarettát szív el NAPONTA?**

- 1 – Kevesebb, mint egy csomaggal (20 szál alatt)
  - 2 – Körülbelül egy csomaggal (20 szál)
  - 3 – Több, mint egy csomaggal (több mint 20 szál)
- 

- 4 – Nem cigarettát szív
- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

**50. Ön mostanában kevesebbet, körülbelül ugyanannyit vagy többet dohányzik, mint két évvel ezelőtt?**

- 1 – Kevesebbet
  - 2 – Kb. ugyanannyit
  - 3 – Többet
  - 4 – Akkor még nem dohányzott
- 

- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

**51. Előfordult Önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy néhány egymást követő napon nem gyújtott rá, mert megpróbált leszokni a dohányzásról?**

- 1 – Igen
  - 2 – Nem
- 

- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

**52. Dohányzott valaha?**

- 1 – Igen
  - 2 – Nem
- 

- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

**53. Hány éve hagyta abba a dohányzást?**

- 1 – 2 éven belül
  - 2 – 5 éven belül
  - 3 – Több mint 5 éve
- 

- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

**54. Mennyi idős volt, amikor elkezdett többé-kevésbé rendszeresen dohányozni?**

..... éves

---

- 01 – Sosem dohányzott rendszeresen
- 88 – Nem tud válaszolni
- 99 – Nem kíván válaszolni

### 3.5.4. Eredmények

#### 3.5.4.1. Populációs becslések

##### **Az eredmények értelmezéséhez:**

Az alábbi táblázatokban a dohányzási szokások gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például a dohányzási szokások gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az életkornak a dohányzásra gyakorolt megfelelő irányú hatását.

Magyarországon a nők 26,3%-a, a férfiak 40,7%-a tartozott a dohányzók közé. A dohányzók jelentős hányada mindkét nemben napi rendszerességgel dohányzott, arányuk a teljes populáción belül 23 %- volt a nőknél és a 38,3 % a férfiaknál. Minden tizenegyedik nő (9,4%) illetve minden negyedik férfi (25%) naponta legalább 20 szál cigarettát szívott el.

A dohányosok aránya a fiataloknál a legmagasabb: a fiatal nők több mint harmada és a fiatal férfiaknak csaknem fele dohányzik, bár a naponta legalább 20 szál cigarettát elszívók aránya a középkorú nőknél és férfiaknál volt a legmagasabb (lásd még a 3.5-1. táblázat-ot és a 3.5-2. táblázat-ot).

**3.5-1. táblázat: Dohányzási szokások életkor szerint, nőkre (%)**

Dohányzás	Korcsoport			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
<b>Rendszeresen legalább 1 doboz naponta</b>	10,8 [8,6-13,4]	12,2 [10,2-14,6]	1,5 [0,6-3,8]	9,4 [8,4-10,6]
<b>Rendszeresen kevesebb- mint 1 doboz naponta</b>	18,2 [15,9-20,9]	16,0 [14,4-17,8]	1,9 [1,2-3,0]	13,6 [12,5-14,7]
<b>Alkalomszerűen</b>	6,0 [4,6-7,8]	2,9 [2,1-4,0]	0,4 [0,1-1,4]	3,3 [2,6-4,1]
<b>Leszokott</b>	12,2 [10,2-14,5]	17,8 [15,9-19,9]	11,1 [7,9-15,2]	14,7 [13,0-16,6]
<b>Soha nem dohányzott</b>	52,8 [49,3-56,3]	51,1 [47,5-54,6]	85,1 [79,4-89,4]	59,0 [56,9-61,1]
<b>Összesen</b>	100,0	100,0	100,0	100,0

**3.5-2. táblázat: Dohányzási szokások életkor szerint, férfiakra (%)**

Dohányzás	Korcsoport			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
Rendszeresen legalább 1 doboz naponta	25,1 [22,1-28,4]	30,3 [27,5-33,3]	6,3 [4,5-8,8]	25,0 [23,3-26,9]
Rendszeresen kevesebb- mint 1 doboz naponta	19,3 [16,3-22,6]	10,7 [9,2-12,5]	7,4 [5,4-10,1]	13,2 [11,6-15,0]
Alkalomszerűen	3,0 [2,1-4,2]	2,2 [1,5-3,2]	1,4 [0,6-3,1]	2,4 [1,8-3,0]
Leszokott	11,2 [9,2-13,7]	30,0 [27,7-32,3]	50,6 [45,5-55,8]	26,5 [24,8-28,3]
Soha nem dohányzott	41,4 [36,2-46,8]	26,7 [24,7-28,9]	34,3 [29,9-38,8]	32,9 [30,4-35,4]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

Az OLEF2000-ben a magyar dohányzási szokások változásának három jellemzőjét vizsgáltuk: a rendszeres dohányzás kezdetére jellemző életkort, illetve az elszívott cigaretták mennyiségének változását és a leszokási hajlandóságot.

A rendszeres dohányzás kezdetére jellemző életkor vizsgálatához a felnőtt lakosságot tízéves korcsoportokra bontottuk. Megállapítható, hogy a valaha dohányzók (a jelenlegi dohányosok és a leszokottak együtt) közül a 18-29 év közöttiek mindkét nemben valamivel nagyobb arányban szoktak rá 18 éves koruk alatt a dohányzásra, mint a 30-39 év közöttiek.

**3.5-3. táblázat: „A rendszeres dohányzás kezdetére jellemző életkor korcsoportonként” (%)**

Rászokás életkora (év)	Nők		Férfiak	
	18-29 év	18-29 év	30-39 év	30-39 év
1-14	7,2 [4,8-10,7]	16,2 [12,3-21,1]	15,5 [11,1-21,3]	9,4 [6,5-13,4]
15-16	25,1 [20,4-30,5]	29,4 [24,0-35,3]	25,2 [20,0-31,2]	26,3 [19,8-34,0]
17-18	42,3 [37,0-47,8]	34,0 [28,9-39,4]	32,5 [27,7-37,9]	32,2 [27,2-37,7]
19+	25,3 [20,4-31,0]	20,5 [16,6-25,0]	26,7 [20,9-33,5]	32,1 [26,4-38,3]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

A dohányzók csaknem fele– saját bevallása szerint – néhány egymást követő napon nem gyújtott rá, mert le akart szokni a dohányzásról.



3.5-4. táblázat: „Leszokási kísérlet korcsoportonként, nőkre” (%)

Előfordult Önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy néhány egymást követő napon nem gyűjtött rá?	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
igen	54,8 [49,1,60,3]	43,9 [37,4,50,7]	64,9 [48,4,78,5]	48,8 [44,5,53,2]
nem	45,2 [39,7,50,9]	56,1 [49,3,62,6]	35,1 [21,5,51,6]	51,2 [46,8,55,5]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

3.5-5. táblázat: „Leszokási kísérlet korcsoportonként, férfiakra” (%)

Előfordult Önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy néhány egymást követő napon nem gyűjtött rá?	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
igen	48,7 [44,1-53,4]	41,3 [37,1-45,5]	37,1 [23,2-53,6]	44,1 [41,0-47,2]
nem	51,3 [46,6-55,9]	58,7 [54,5-62,9]	62,9 [46,4-76,8]	55,9 [52,8-59,0]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

Kevesebbet dohányzott a kérdés idején, mint két évvel azt megelőzően a nők csaknem harmada és a férfiak negyede, többet pedig mind a férfiak, mind a nők körülbelül ötöde.

3.5-6. táblázat: „Fogyasztott cigarettamennyiség változása korcsoportonként, nőkre” (%)

Mennyit dohányzik a két évvel ezelőttihez képest?	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
kevesebbet	32,5 [27,3-38,2]	28,5 [24,3-33,0]	35,7 [22,1-52,2]	30,2 [27,6-33,0]
kb, ugyanannyit	40,7 [34,3-47,4]	52,5 [48,5-56,4]	45,6 [31,4-60,5]	47,7 [44,7-50,7]
többet	26,9 [22,3-32,0]	19,1 [16,1-22,4]	18,7 [10,0-32,2]	22,0 [19,6-24,7]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

3.5-7. táblázat: „Fogyasztott cigarettamennyiség változása korcsoportonként, férfiakra” (%)

Mennyit dohányzik a két évvel ezelőttihez képest?	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
kevesebbet	23,0 [19,3-27,0]	21,8 [18,7-25,4]	40,9 [29,7-53,2]	23,3 [21,0-25,8]
kb, ugyanannyit	52,6 [47,9-57,2]	60,5 [56,6-64,2]	50,8 [38,9-62,7]	56,8 [53,9-59,7]
többet	24,5 [20,9-28,4]	17,7 [15,0-20,8]	8,3 [3,1-20,0]	19,9 [17,7-22,2]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

A dohányzás károsító hatása a nem dohányzók egy részére is kiterjed. Az OLEF2000 során nem mértük ugyan a passzív dohányzás elterjedtségét, de azt vizsgáltuk, hogy a kérdezés idején nem dohányzók vajon dohányoztak-e korábban. A dohányzás egészségkárosító hatásai természetesen nem szűnnek meg a leszokás pillanatában, ezért különösen aggasztó, hogy a jelenleg nem dohányzók igen nagy része dohányzott korábban: a nemdohányzó nők ötöde (19,9%) és a férfiak csaknem fele (44,6%). A korábban dohányzók jelentős hányada (a leszokott nők kétharmada és a férfiak háromnegyede) több mint 5 éve hagyta abba a dohányzást.

3.5-8. táblázat: „Hány éve hagyta abba a dohányzást? korcsoportonként, nőkre” (%)

Hány éve hagyta abba a dohányzást?	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
2éven belül	41,2 [32,7-50,3]	11,8 [8,9-15,5]	9,9 [4,2-21,6]	18,6 [15,7-21,8]
5éven belül	24,2 [32,7-50,3]	10,1 [7,4-13,7]	7,0 [2,9-16,1]	13,0 [10,3-16,3]
több mint 5éve	34,5 [25,5-44,9]	78,0 [73,6-81,8]	83,1 [73,1-90,0]	68,4 [64,3-72,3]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

3.5-9. táblázat: „Hány éve hagyta abba a dohányzást? korcsoportonként, férfiakra”

Hány éve hagyta abba a dohányzást?	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
2éven belül	51,2 [40,9-61,5]	11,2 [8,5-14,6]	5,8 [3,5-9,4]	15,5 [13,1-18,1]
5éven belül	16,3 [9,6-26,3]	9,4 [6,7-13,0]	4,1 [2,2-7,6]	8,9 [7,0-11,3]
több mint 5éve	32,5 [23,8-42,6]	79,4 [75,4-82,9]	90,1 [85,9-93,1]	75,6 [72,5-78,5]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

### 3.5.4.2. Összefüggés-elemzések

#### Az eredmények értelmezéséhez:

A többváltozós elemzés lehetővé teszi **több** magyarázó jellemzőnek **egy** vizsgált tényezőre kifejtett hatásának elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszűrve” az elemzésbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.

Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhető az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

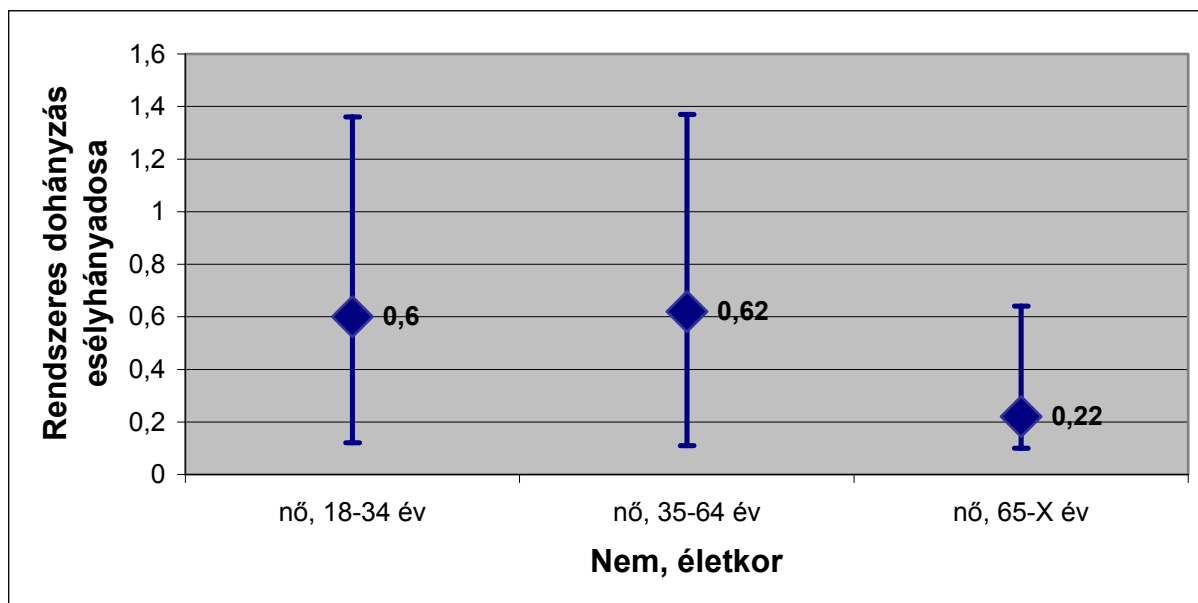
Összefüggés-elemzésünk során azt vizsgáltuk, hogy milyen kapcsolatban áll a rendszeres dohányzás esélye a nemmel, a korral, az iskolázottsággal, a családszerkezettel, az anyagi helyzettel, a foglalkozással, a munkaviszonnyal, a beosztással, a régióval, a településnagysággal, a vallásossággal, a társas támogatottsággal, a lakáskörülményekkel és a munkaintenzitással. Az összefüggés-elemzésben a rendszeres dohányzás esélyét a rendszeresen dohányzók és a nemdohányzók arányának hányadosaként képeztük, az alkalmi dohányosok így nem szerepeltek az elemzésben.

Az 5503 válaszadó közül 5502-en feleltek a dohányzással kapcsolatban feltett kérdésekre. Közülük 4994-en voltak, akik rendszeresen dohányoztak, illetve nem dohányoztak és a magyarázó tényezőkre vonatkozó adataik is rendelkezésre álltak, így az összefüggés-elemzésben az ő adataikat használtuk fel.

Összefüggés-elemzésünk eredményei alapján megállapítható, hogy a rendszeres dohányzás esélye a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt<sup>1</sup> a nemmel, a korral, az iskolázottsággal, az anyagi helyzettel, a foglalkozással, a munkaviszonnyal, a társas támogatottsággal, a vallásossággal, a lakáskörülményekkel, a régiókkal és a munkaintenzitással.

Az elemzés során kapcsolatot találtunk a rendszeres dohányzás esélye és a kérdezett neme között. Ezt a kapcsolatot azonban módosította a kor (azaz a nem és a kor között interakciót lehetett kimutatni). Másképpen fogalmazva, a dohányzás és a nem közötti kapcsolat jellege eltérő volt az életkor különböző kategóriáiban. A nők körében a rendszeres dohányzás esélye alacsonyabb volt, mint a férfiak körében, és ez a különbség a nemek között folyamatosan nőtt az életkor előrehaladtával. Így például a fiatalok körében a nők esélye a rendszeres dohányzásra mintegy 40%-kal alacsonyabb volt a férfiakénál, az időseknél pedig már csaknem 80%-kal kisebb volt a nők esélye, mint a férfiaké.

**3.5-1. ábra: A rendszeres dohányzás és a nem összefüggése – interakcióban az életkorral**

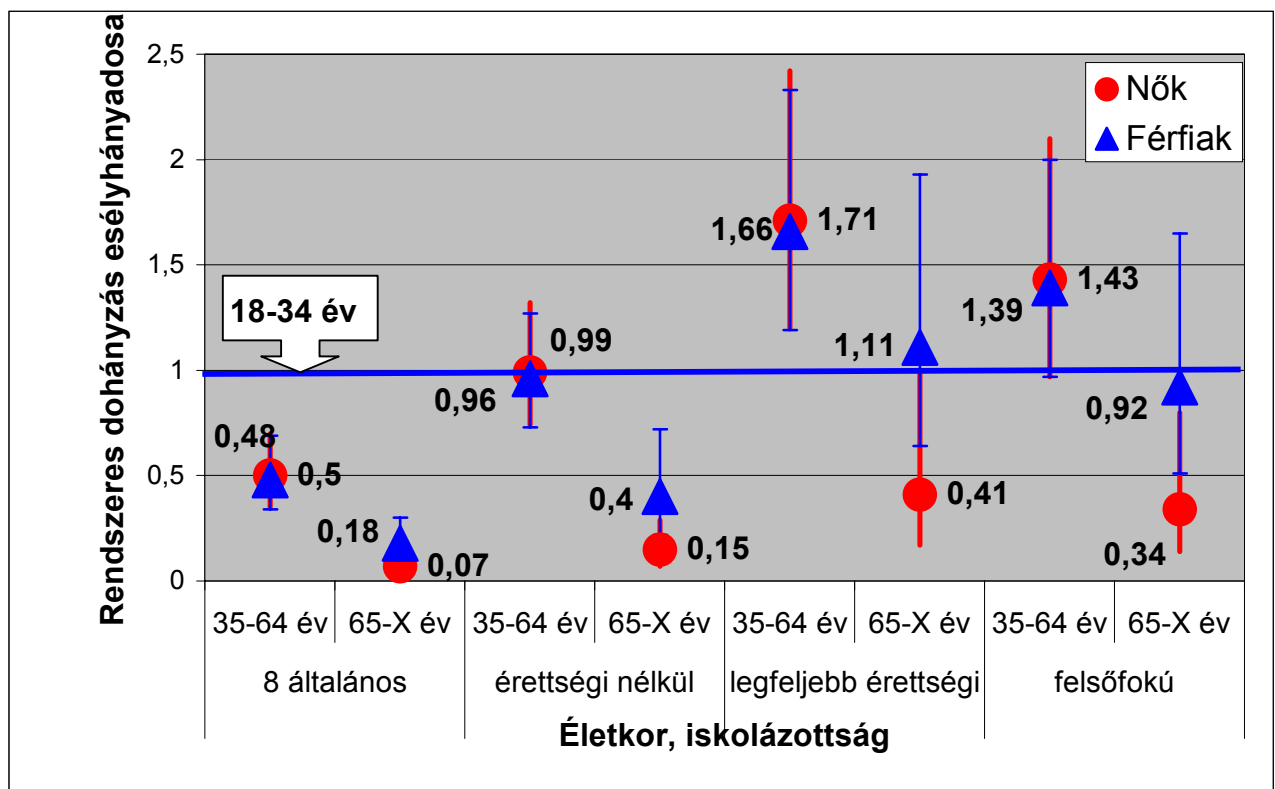


<sup>1</sup> a szövegben és a táblázatban csak azok a tényezők szerepelnek, amelyeknél a kapcsolat erőssége  $p < 0,05$  szinten szignifikáns volt

Az iskolázottság és a dohányzás kapcsolatát is befolyásolta a kor. Megállapítható, hogy a fiataloknál az iskolázottsági szint emelkedése csökkentette a dohányzás esélyét, a másik két korosztály esetében nem volt szignifikáns az iskolázottság és a dohányzás esélye közötti összefüggés.

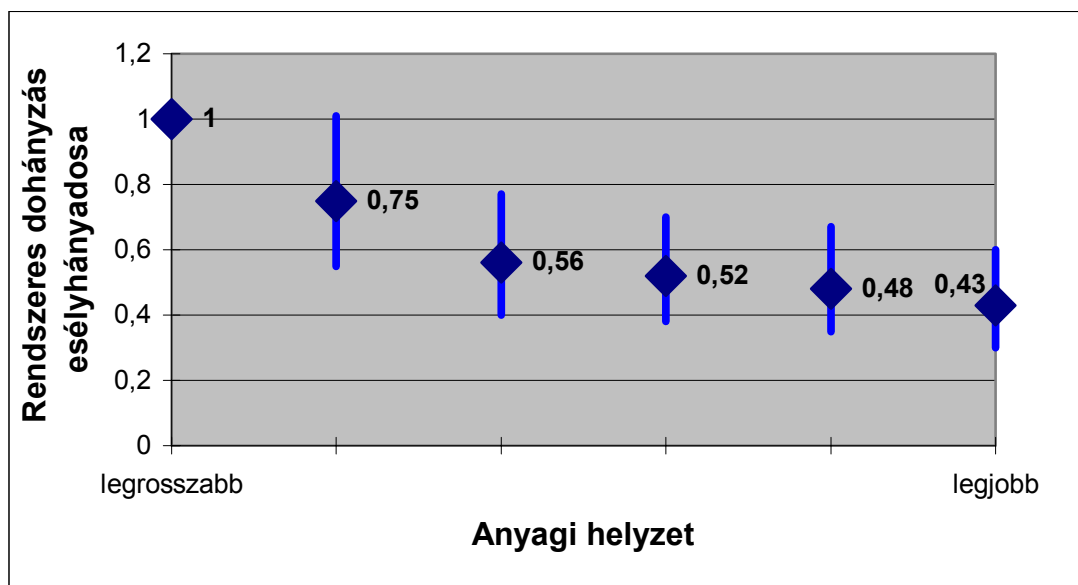
A kor és a dohányzás kapcsolatát vizsgálva viszonylag összetettebb kép bontakozik ki. A kapcsolatot ezúttal két tényező is módosította, a nem és az iskolázottság. Kissé leegyszerűsítve, a főbb tendenciák a következők: a kor előrehaladtával mindkét nemnél csökkent a dohányzás esélye az alacsony iskolai végzettségűek körében, a magasabb végzettségűeknél (érettségi vagy felsőfokú végzettség) azonban mindkét nemnél a középkorúak dohányoztak a legnagyobb eséllyel.

**3.5-2. ábra: A rendszeres dohányzás és az életkor összefüggése – interakcióban a nemmel és az iskolázottsággal**



Az anyagi helyzet javulásával csökkent a rendszeres dohányzás esélye: kiszűrve a többi tényező hatását, a legjobb anyagi helyzetben lévők körében a rendszeres dohányzás esélye a legrosszabb anyagi helyzetben lévőkhez viszonyítva annak mintegy 40%-a.

3.5-3. ábra: A rendszeres dohányzás és az anyagi helyzet összefüggése



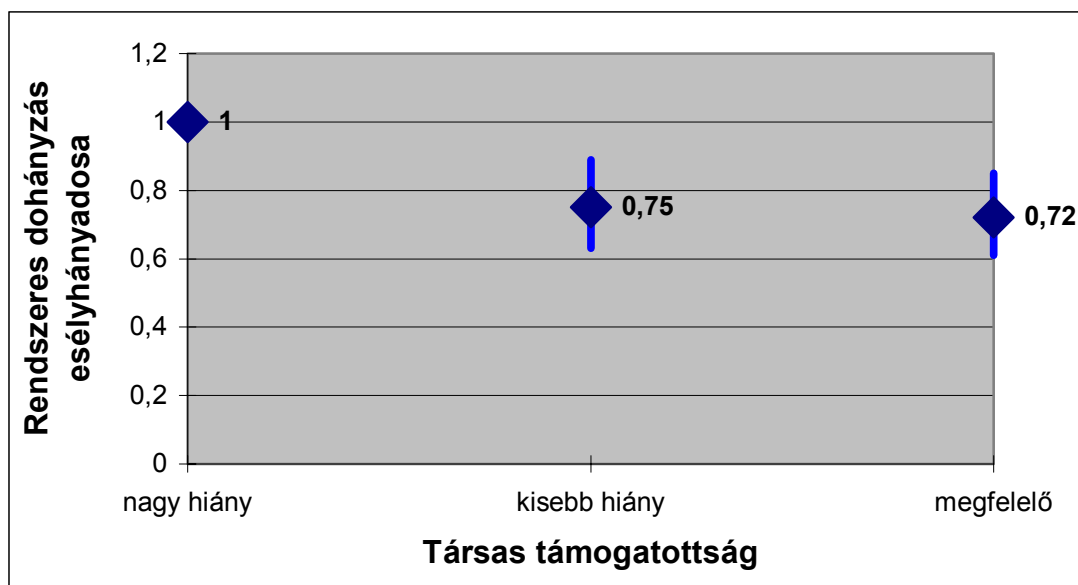
A nyugdíjasok körében mindössze harmada volt a rendszeres dohányzás esélye, mint az aktív dolgozók körében.

A nem mezőgazdasági betanított és segéd munkások kis híján kétszer akkora eséllyel tartoznak a rendszeres dohányzók közé, mint az értelmiségi foglalkozásúak.

A hetente ledolgozott munkaórák száma is összefüggést mutatott a rendszeres dohányzás esélyével: a hetente 40 óránál többet dolgozókhöz képest a hetente átlagosan 40, illetve annál kevesebb órát dolgozók mintegy 30-40%-kal kisebb eséllyel dohányoznak rendszeresen.

A társas támogatottság emelkedésével csökkent a dohányzás gyakorisága: a megfelelő társas támogatottságúaknál a rendszeres dohányzás esélye a társas támogatottság súlyos hiányával szenvedőkhöz viszonyítva annak kevesebb, mint háromnegyede volt.

3.5-4. ábra: A rendszeres dohányzás és a társas támogatottság összefüggése



A rendszeres dohányzás esélye a közép-magyarországi és a közép-dunántúli régióban csaknem 40%-kal magasabb volt, mint a Nyugat-Dunántúlon, az összes többi vizsgált tényező hatásának kiszűrése után.

A rossz lakáskörülmények között élők csaknem 80%-kal nagyobb eséllyel voltak rendszeres dohányosok, mint a megfelelő lakáskörülmények között lakók.

A vallásosság tekintetében is érdekes különbségek figyelhetők meg: azokhoz képest, akik szigorúan vallásosnak vallották magukat, csaknem kétszeres volt a rendszeres dohányzás esélye az önmagukat a maguk módján vallásosnak tekintők, és több mint kétszeres azok körében, akik nem tartották magukat vallásosnak.

Az összefüggés-elemzések részletes eredményeit a 3.5-10. táblázat tartalmazza.

### 3.5-10. táblázat:<sup>2 3</sup> „A rendszeres dohányzás esélyét befolyásoló tényezők”

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány	
<b>NEM</b>					
Referencia: férfi	18-34 év	nő	0,60	0,48-0,76	
	35-64 év	nő	0,62	0,51-0,75	
	65-X év	nő	0,22	0,12-0,42	
<b>KOR</b>					
Referencia: 18-34 év	férfi	8 általános	35-64 év	0,48	0,34-0,69
			65-X év	0,18	0,10-0,30
		érettségi nélkül	35-64 év	0,96	0,73-1,27
			65-X év	0,40	0,22-0,72
		legfeljebb érettségi	35-64 év	1,66	1,19-2,33
			65-X év	1,11	0,64-1,93
	nő	felsőfokú	35-64 év	1,39	0,97-2,00
			65-X év	0,92	0,51-1,65
		8 általános	35-64 év	0,50	0,35-0,70
			65-X év	0,07	0,03-0,13
		érettségi nélkül	35-64 év	0,99	0,74-1,32
			65-X év	0,15	0,07-0,29
	legfeljebb érettségi	35-64 év	1,71	1,2-2,42	
		65-X év	0,41	0,17-0,99	

<sup>2</sup> Egy magyarázó tényező hatását jellemző esélyhányados becslések az elemzésben szereplő többi tényező hatását az alkalmazott logisztikus regresszió kiszűri. Emiatt pl. a nemhez tartozó táblázatbeli esélyhányados úgy értelmezhető, hogy a rendszeres dohányzás esélye hányszorosa a nők körében a férfiakhoz (referencia) viszonyítva, függetlenül attól, hogy ezt az összefüggést mely korcsoportban, anyagi helyzetben vagy foglalkozási kategóriájában vizsgáljuk.

<sup>3</sup> Nem tüntettük fel a táblázatban azokat a tényezőket, amelyeknél a becsült esély egyetlen kategóriában sem tért el statisztikailag szignifikáns mértékben ( $p < 0.05$ ) a referencia kategóriában becsült esélytől.

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
	felsőfokú	35-64 év	1,43	0,97-2,1
		65-X év	0,34	0,14-0,80
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános	18-34 év	érettségi nélkül	0,62	0,44-0,87
		legfeljebb érettségi	0,27	0,19-0,38
	35-64 év	felsőfokú	0,34	0,20-0,58
		érettségi nélkül	1,24	0,97-1,59
		legfeljebb érettségi	0,92	0,72-1,19
	65-év	felsőfokú	0,98	0,65-1,48
		érettségi nélkül	1,39	0,75-2,57
		legfeljebb érettségi	1,68	0,97-2,9
		felsőfokú	1,75	0,78-3,9
<b>ANYAGI HELYZET</b>				
Referencia: 1 (legrosszabb)		2	0,75	0,55-1,01
		3	0,56	0,40-0,77
		4	0,52	0,38-0,70
		5	0,48	0,35-0,67
		6 (legjobb)	0,43	0,30-0,60
<b>LAKÁSKÖRÜLMÉNYEK</b>				
Referencia: nem rossz		rossz	1,76	1,39-2,223
<b>FOGLALKOZÁS</b>				
Referencia: értelmiségi		betanított/ segédmunkás, nem mezőgazdasági	1,82	1,02-3,24
<b>MUNKAVISZONY</b>				
Referencia: dolgozik		nyugdíjas	0,34	0,24-0,46
<b>MUNKAINTENZITÁS</b>				
Referencia: intenzív terhelés		átlagos	0,74	0,58-0,93
		átlag alatti	0,61	0,42-0,88
<b>TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG</b>				
Referencia: súlyos hiány		kisebb hiány	0,75	0,63-0,89

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
		megfelelő	0,72	0,61-0,85
<b>RÉGIÓ</b>				
Referencia: Nyugat-Dunántúl		Közép-Dunántúl	1,40	1,03-1,90
		Közép-Magyarország	1,38	1,04-1,84
<b>VALLÁSOSSÁG</b>				
Referencia: szigorúan vallásos		vallásos a maga módján	1,89	1,48-2,4
		nem vallásos	2,27	1,70-3,03

### 3.5.5. Megbeszélés

#### 3.5.5.1. Belső összehasonlítások

A dohányzásra vonatkozó kérdésekre adott válaszok esetében minimális volt az inkonzisztencia: összesen 2 fő válaszolta azt, hogy naponta dohányzik, ugyanakkor egy másik kérdés esetében azt vallották, hogy soha nem dohányoztak rendszeresen, illetve 9 fő válaszolta azt az egyik kérdésre, hogy a kérdezést megelőzően 2 évvel még nem dohányzott, de az ellenőrzés során kiderült, hogy kérdezéskori életkorának és a rászakás kori életkorának különbsége nagyobb volt, mint 2.

#### 3.5.5.2. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság

A WHO adatai [80] szerint néhány volt szocialista országban illetve Európai Unió tagországban a naponta dohányzó felnőtt nők és férfiak aránya a következő volt (az összehasonlítást megnehezíti, hogy az egyes országokból más-más évekből állnak rendelkezésre adatok, amelyek ráadásul gyakran nem azonos korosztályokra vonatkoznak):

Ország	Vizsgálat éve	Vizsgált életkor	Nők (%)	Férfiak (%)
Ausztria	1997	15+	19	30
Belgium	1999	15+	26	31
Bulgária	1996	15+	23,8	49,2
Csehország	1998	15+	12	28
Franciaország	1997	18+	27	39
Lengyelország	1998	n.a.	19	39
Nagy-Britannia	1996	16+	28	29
Németország	1997	18-59	30	43,2
Olaszország	1998	14+	17,3	32,2
Románia	1994	15+	15,2	42,7
Szlovákia	1996	18+	30	55,1
Szlovénia	1999	18+	20,3	30
Ukrajna	1995	20-59	20,5	48,5



A KSH 1984-es felmérésének [74] eredményei szerint a 14 éves és idősebb férfiak 47%-a, a nők 21%-a dohányzott a felmérés idején. A dohányzó férfiak 73%-a, a nők 57%-a 20 éves kora előtt szokott rá a dohányzásra.

A KSH 1994-es felmérésének [75] eredményei szerint a 15-64 évesek 35%-a dohányzott a kérdés idején (a férfiak 44%-a illetve a nők 27%-a), 11%-a leszokott (a férfiak 14%-a illetve a nők 8%-a) 54%-a soha nem dohányzott (a férfiak 42%-a illetve a nők 65%-a). A dohányzó férfiak 66%-a és a nők 43%-a többet fogyasztott napi 20 szálnál, azaz erős dohányosnak volt tekinthető. A rendszeres dohányzás kezdete a férfiaknál átlagosan 19,8 év, a nőknél 18,1 év volt.

A SOTE Magatartástudományi Intézet 1995-ös [76] felmérésében a dohányzásra vonatkozóan megállapították, hogy a 16 évnél idősebb férfiak 45,9%-a dohányzott, átlagosan 19 éves korukban szoktak rá a cigarettára, míg a nők 28,1%-a tartozott a dohányzók közé, átlagosan 20 éves rászokási életkorral. Különösen aggasztó adatok jellemezték a 20 év alatti megkérdezetteket, körükben ugyanis a rászokásra jellemző átlagos életkor mindössze 15 év volt. A különböző iskolai végzettséggel rendelkezők dohányzási státusza között számottevő különbség volt megfigyelhető: a legkevesebb dohányos a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt elvégzők között volt található (25%), míg a szakmunkásképzőt végzetteknek 46%-a dohányzott. A munkaerő-piaci helyzet szempontjából a segéd munkások (58,7%) és a munkanélküliek (56,1%) között volt kiemelkedő a dohányosok aránya.

A TÁRKI 1996-os felmérésének [77] dohányzásra vonatkozó eredményei szerint a 14 évnél idősebb magyar lakosság 25,6%-a dohányzott rendszeresen (a férfiak 33,8%-a, a nők 18,4%-a), 4,9%-a dohányzott alkalmyszerűen (5% ill. 4,7) és 16%-a szokott le a dohányzásról. A dohányzók átlagos cigarettafogyasztása naponta 16,2 szál volt.

A Szívbarát Program keretében 1997-ben végzett felmérés [78] eredményei szerint a nők 22%-a, a férfiak 39%-a volt rendszeres dohányos, mindkét nem körében 6% volt az alkalmyszerű dohányosok aránya, a nemdohányzóké pedig a nők esetében 72%, a férfiaknál 55%.

A Fact Intézet 1999-es felmérése szerint [79] a 18 év feletti lakosság 32%-a dohányzott rendszeresen (a férfiak 44,1%-a, a nők 21,1%-a), 9%-a volt alkalmi dohányos (a férfiak 9%-a, a nők 9,3%-a), 17%-a leszokott a dohányzásról (a férfiak 17,1%-a, a nők 15,9%-a), 42%-a soha nem dohányzott (a férfiak 29,8%-a, a nők 53,7%-a). Az átlagos cigarettafogyasztás a dohányosok körében naponta 28,4 szál illetve 4,1 szál (rendszeres/alkalmi dohányosok) volt. A rendszeres dohányzás a férfiaknál átlagosan 17,6, a nőknél pedig 18,5 éves korban kezdődött.

Az említett vizsgálatokban a dohányzó nők aránya 22-30,4% között, a dohányzó férfiak aránya 38,8-53,1% közötti értékeket mutatott, az OLEF2000 eredményei szerint az említett arány nőknél 26,3%, férfiaknál 40,7% volt.

A magyar adatokkal való összehasonlítást szintén megnehezíti, hogy az előző felmérések más-más korcsoportokra irányultak (KSH: 15-64 évesek, SOTE: 16 év feletti, TÁRKI: 14 év feletti, Szívbarát Program, FACT Intézet: 18 év feletti), emellett a használt eszközök és az elemzési módszerek is eltértek, valamint az időbeni változás valószínűleg a dohányzási szokások változásával is együtt járt.

### 3.5.5.3. Az eredmények értelmezése

Felmerülhet az igény, hogy a felmérés értékelése során nyert adatokból következtetéseket vonjunk le a dohányzási szokások egyes jellemzőinek változásáról, mint például a rendszeres dohányzás kezdetére jellemző életkor vagy a dohányzás prevalenciája a különböző életkori

csoporthoz. A keresztmetszeti vizsgálatok természetéből adódóan azonban csak igen óvatos megállapítások tehetők a dohányzási szokások változásáról. A korcsoportok között megfigyelt különbségeknek számos oka lehet. Például a dohányzás alacsony prevalenciáját az időseknél részben magyarázza a leszokottak magas aránya, különösen a férfiaknál. További magyarázat lehet a korosztályok közti különbségekre a dohányzásnak köszönhető betegségek miatti leszokás illetve súlyosabb esetben a dohányzásnak köszönhető halálozás, de az idős nőknél tapasztalt extrém alacsony gyakoriság valószínűleg kohorsz-hatásnak is tulajdonítható, azaz az egyes generációk szokásai történelmi-kulturális okok miatt is eltérnek.

A rendszeres dohányzás kezdetére jellemző életkor vizsgálatokor - néhány más felméréstől eltérően - azért nem átlagos értékeket adtunk meg, mert az sok esetben félrevezető lehet. Célravezetőbbnek tartottuk, hogy azt vizsgáljuk meg, bizonyos életkor alatt milyen arányban szoktak rá a dohányzásra az egyes korcsoportok. Mivel nem tudhattuk, hogy az idősebb korosztályokban kapott alacsonyabb értékek annak köszönhetőek, hogy ők ténylegesen később kezdtek el dohányozni, mint a fiatalok, vagy pedig annak, hogy aki korábban kezdett el dohányozni, az esetleg már nem él, ezért úgy döntöttünk, hogy csak a két legfiatalabb korcsoport (18-29 és 30-39 évesek) adatait vesszük figyelembe az elemzés során.

Összefüggés-elemzéseink igazolták a hazai és nemzetközi tapasztalatokat, melyek szerint a dohányzás egyszerre összefügg különböző egyéni és környezeti tényezőkkel, így a nemmel, a korrallal, az iskolázottsággal, az anyagi helyzettel, a foglalkozással, a munkaviszonnyal, a társas támogatottsággal, a vallásossággal, a lakáskörülményekkel, a régiókkal és a munkaintenzitással.

#### **3.5.5.4. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra**

Az 53. kérdés („*Hány éve hagyta abba a dohányzást?*”) válaszkategóriái helyett célszerűbb lenne az évek pontos számát feljegyezni, ez lehetőséget adna az utólagos kategorizációra, ugyanakkor lehetséges volna annak kiszámítása is, hogy hány évig dohányoztak a megkérdezettek.

Az 54. kérdés (*Mennyi idősebb volt, amikor elkezdett többé-kevésbé rendszeresen dohányozni?*) a „többé-kevésbé” kitétel elhagyásával egyértelműbbé válna a válaszadók számára.

A téma fontosságára való tekintettel célszerű lenne néhány, a passzív dohányzásra vonatkozó kérdést is feltenni.

## 3.6. Testmozgás

*Dr. Széles György*

### 3.6.1. Kiemelt eredmények

- A férfiak harmada és a nők több mint 40%-a ritkábban, mint hetente vagy soha nem végzett testmozgást a kérdezést megelőző 12 hónap folyamán.
- A férfiak mintegy kétharmada, míg a nők fele végzett hetente többször testmozgást.
- A nők körében a fizikai inaktivitás esélye a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt az iskolázottsággal, a korral, az anyagi helyzettel, és a régiókkal. Az iskolázottság növekedésével, az anyagi helyzet javulásával csökkent a fizikai inaktivitás esélye. Az életkor emelkedésével ez az esély növekedett.
- A férfiak körében a rendszertelen testmozgás esélye az előzőekben említett tényezők mellett összefüggést mutatott még a foglalkozással és a munkaviszonnyal is. A nőkhöz hasonlóan az iskolázottság növekedése és az anyagi helyzet javulása csökkentette a fizikai inaktivitás esélyét, míg az életkor növekedése növelte az esélyt. Az értelmiségi férfiakhoz viszonyítva minden egyéb foglalkozási kategóriában alacsonyabb volt a fizikai inaktivitás esélye.

### 3.6.2. Háttér

A testmozgásnak az egészségi állapotra kifejtett pozitív hatása ma már széles körben elfogadott. A testmozgás csökkenti a szív koszorúér megbetegedés előfordulási gyakoriságát [81], valamint hatékony preventív tényező a vastagbél daganat, az agyi infarktus, a magasvérnyomás, a cukorbetegség, az elhízás, a csontritkulás, a szorongás és a depresszió megelőzésében [82, 83]. Mindezek miatt a WHO „Egészséget mindenkinek a 21. században” 6-os számú célkitűzése az egészségi állapotot javító tényezők elősegítése között a testmozgást is kiemeli. Az utóbbi időben egyre több bizonyíték gyűlt össze arról, hogy a testmozgásnak az egészségi állapotra kifejtett jótékony hatása már mérsékelt intenzitású aktivitással is elérhető. Így a krónikus betegségek morbiditásának és mortalitásának csökkentése érdekében, a rendszeres, mérsékelt intenzitású testmozgás támogatása az egészségpolitika elsődleges prioritásai között kell, hogy szerepeljen [84, 85].

A testmozgás mérésére számos eszközt kidolgoztak az egészségfelmérések számára. Ezek közül néhány a teljes energia-leadást próbálja meghatározni. Ezek az eszközök azonban nem javasoltak a nagy populáción kivitelezett egészségfelmérések esetében. A WHO által ajánlott eszköz két kérdésből áll: az első a kérdezett személyre leginkább jellemző típusú testmozgás iránt érdeklődik, míg a második az izzadást és szívfrekvencia emelkedést eredményező testmozgás gyakoriságát kutatja [86, 87].

A testmozgás szerepe a koronária betegség megelőzésében igen kiterjedten vizsgált. A legtöbb vizsgálatban a rendszeres testmozgás a koronária betegség csökkent kockázatával mutatott összefüggést [88, 89, 90, 91]. Más vizsgálatok a magasvérnyomás és bizonyos metabolikus betegségek (cukorbetegség, elhízás, stb...) esetében is a testmozgás preventív szerepét hangsúlyozták [92]. A kiterjedt irodalmi adatok ellenére azonban nincs egységes álláspont a kutatók között abban, hogy a testmozgás milyen mértéke az amely preventív hatással bír. Egyes vizsgálatok a rendszeres és erőteljes testmozgás szükségességét hangsúlyozzák [93], míg mások a mérsékelt testmozgás elégséges szerepét húzzák alá a kockázatcsökkentés tekintetében [88].

Nemzetközi adatok alapján igazoltnak látszik az is, hogy a fizikai inaktivitás növeli a magasabb testsúly előfordulásának a kockázatát. A fizikailag inaktív életmódnak az

egészségi állapotra kifejtett hatását vizsgálva megállapítható, hogy az Amerikai Egyesült Államokban a koronária eredetű szívbetegségek okozta halálozás mintegy 35%-ért tehető felelőssé az inaktivitás, míg ugyanez az érték a vastagbél-daganat és a cukorbetegség esetében 32 és 34% [94]. 1991-ben az Amerikai Egyesült Államokban a 18 éves és annál idősebb férfiak közül minden 5., míg a hasonló korú nők közül minden 4. személy nem végzett szabadidejében testmozgást. A fizikai inaktivitás mindkét nem esetében, etnikai hovatartozástól függetlenül szoros összefüggést mutatott a jövedelemmel, mely szerint a fizikai inaktivitás gyakorisága a jövedelem növekedésével csökkent [95].

A holland felnőtt lakosság (16 évesnél idősebb) esetében az 1990-es egészségfelmérés eredményei alapján a férfiak 32%-a, míg a nők 36%-a nem végzett semmilyen testmozgást szabadidejében [96]. 1998-ban a felnőtt finn lakosság csak mintegy harmada végzett olyan testmozgást mely kedvező hatással bír az egészségi állapotra. A legnagyobb gyakoriság a 25 év alatti korosztályokra volt jellemző, majd csökkenés figyelhető meg a 35-44 éves korosztályig, amelytől kezdve a testmozgás gyakorisága ismét emelkedni kezdett [97].

A lakosság szabadidős aktivitásáról az 1984-ben végzett mikrocenzus [98], az 1994-es Egészségmagatartás vizsgálat [99] és a Szívbarát program felmérése során gyűjtöttek adatokat [100]. Az 1984-es mikrocenzus adataiból megállapítható, hogy a lakosság 84%-a szabadidejében rendszeres testedzést egyáltalán nem végzett. Az 1994-es Egészségmagatartás vizsgálat és az 1997-es Szívbarát program keretében végzett felmérés adatai azt mutatják, hogy a rendszeres testmozgást végzők (hetente több alkalommal valamilyen sporttevékenységet folytatók) aránya nem növekedett lényegesen a lakosság körében. A férfiak között általában magasabb volt a rendszeres testmozgást végzők aránya, mint a nőknél (3.6-1. táblázat).

**3.6-1. táblázat: Rendszeres testmozgást végzők aránya a megkérdezettek között (%)**

	Férfiak	Nők	Összesen
1994, Egészségmagatartás vizsgálat	21,4	13,4	17,3
1997, Szívbarát program felmérése	22	17	20

Az életkor előrehaladtával azonban a férfiak és a nők körében egyaránt csökkent a rendszeres testmozgást végzők aránya. A legnagyobb arányban a húszas éveik közepén és végén hagynak fel az emberek a rendszeres sportolással. A Szívbarát program felmérése alapján a férfiak 41%-a, a nők 54%-a (a lakosság 48%) soha nem végzett semmilyen sporttevékenységet. A sportolás hiányának magyarázatára az időhiány a leggyakrabban említett tényező, azonban az anyagi helyzet vagy a személyes motiváció hiánya is gyakran szerepel a magyarázó okok között.

### 3.6.3. Módszertan

Az OLEF2000-ben két kérdés utal a testmozgásra (44. és 45. kérdés). Az első kérdéssel az olyan testmozgás (beleértve a munkavégzést is, melynek szerepe bizonyos foglalkozási kategóriákban jelentős lehet, illetve az egészségi állapotra kifejtett hatása ugyanolyan, mint a szabadidős aktivitásnak) iránt érdeklődünk, amely észrevehető izzadást és szívverés-szaporulatot okoz, majd a második kérdés az aktivitás gyakoriságára vonatkozott.

**44. Legalább 10 percen keresztül szokott-e olyan testmozgást végezni, beleértve a MUNKAVÉGZÉST is, ami észrevehetően megizzasztja vagy felgyorsítja szívverését?**

- 1 – Igen
  - 2 – Nem
- 
- 3 – Nem képes efféle tevékenység végzésére
  - 8 – Nem tud válaszolni
  - 9 – Nem kíván válaszolni

**45. Milyen gyakran végzett ilyen testmozgást az elmúlt 12 hónapban?**

- 1 – Legalább naponta egyszer
  - 2 – Hetente többször, de nem minden nap
  - 3 – Legalább hetente egyszer
  - 4 – Legalább havonta egyszer
  - 5 – Ritkábban mint havonta
- 
- 8 – Nem tud válaszolni
  - 9 – Nem kíván válaszolni

A kérdésre adott válaszok alapján három kategóriát képeztünk a nemzetközi ajánlásoknak megfelelően: hetente többször végez testmozgást, ha 44=1 és 45=1 vagy 2; hetente legalább egyszer végez testmozgást, ha 44=1 és 45=3; ritkábban mint hetente vagy soha nem végez testmozgást, ha 44=2, 44=3 vagy 44=1 és 45=4 vagy 45=5.

### 3.6.4. Eredmények

#### 3.6.4.1. Populációs becslések

##### ***Az eredmények értelmezéséhez:***

Az alábbi táblázatban a testmozgás kategóriái gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például a fizikai inaktivitás gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az életkornak a fizikai inaktivitásra gyakorolt megfelelő irányú hatását.

A nők több mint 40%-a (41,5%), a férfiak harmada (32,0%) soha vagy ritkábban mint hetente végzett testmozgást a kérdezést megelőző 12 hónap folyamán. Hetente többször végzett testmozgást a nők fele (51,1%), és a férfiak mintegy kétharmada (62,7%). A kor előrehaladtával, mind a férfiak, mind a nők esetében jelentősen csökkent a rendszeres testmozgást végzők gyakorisága. Az életkortól függetlenül a felnőtt magyar férfiak esetében a rendszeres testmozgás gyakoribb volt, mint a nők körében (3.6-2. táblázat). A legfiatalabb és a legidősebb korosztályba tartozó férfiak 1,2-1,3-szor gyakrabban végeztek heti rendszerességgel testmozgást, mint a hasonló korú nők.

**3.6-2. táblázat: A testmozgás %-os megoszlása [95%-os megbízhatósági tartomány]**

	Nők			Férfiak		
	18-34 év	35-64 év	65+ év	18-34 év	35-64 év	65+ év
hetente többször	59,2 [53,4 - 64,7]	55,1 [52,6 - 57,6]	31,6 [27,0 - 36,6]	72,8 [69,5 - 75,9]	61,9 [59,3 - 64,4]	41,5 [36,8 - 46,3]
hetente legalább egyszer	8,2 [6,5 - 10,3]	8,0 [6,4 - 10,1]	4,8 [3,5 - 6,4]	5,8 [4,0 - 8,5]	5,0 [3,9 - 6,3]	5,4 [3,7 - 7,6]
ritkábban, mint hetente/soha	32,6 [28,2 - 37,5]	36,9 [34,2 - 39,6]	63,6 [58,5 - 68,5]	21,3 [18,6 - 24,4]	33,2 [30,6 - 35,8]	53,2 [48,4 - 57,9]

### 3.6.4.2. Összefüggés-elemzések

#### ***Az eredmények értelmezéséhez:***

A többváltozós elemzés lehetővé teszi több magyarázó jellemzőnek a vizsgált tényezőre kifejtett hatásának egy modellben történő elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszűrve” a modellbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés nem feltétlenül jelent ok-okozati kapcsolatot.

Az életkor hatásának vizsgálatokor a felnőtt **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, de a tapasztalt különbségek nem értelmezhető **egyének szintjén**. Emiatt nem vonhatók le következtetések egy adott személy életkorának előrehaladtával jelentkező változásokról.

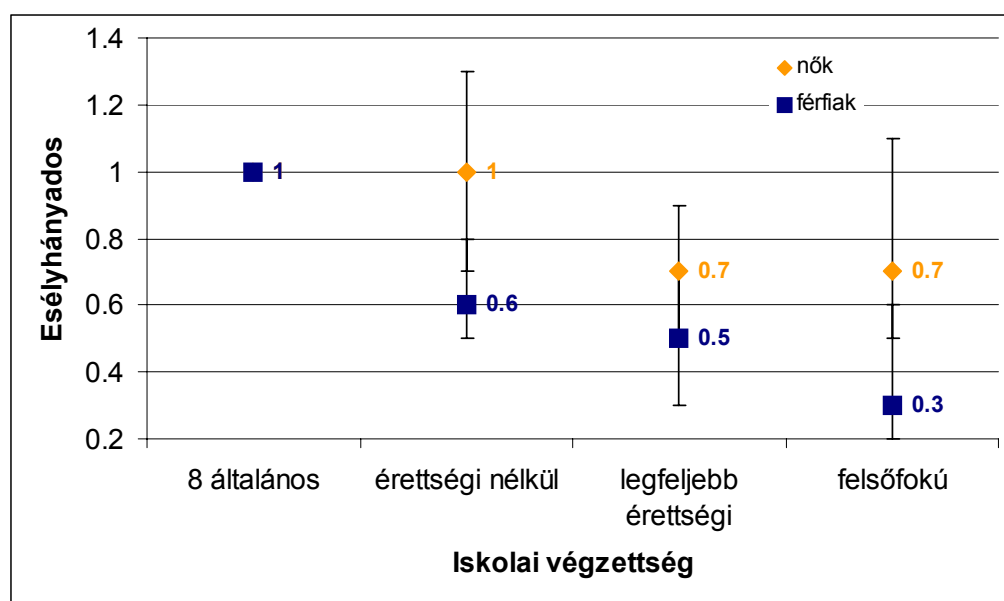
Összefüggés-elemzésünk során azt vizsgáltuk, hogy milyen kapcsolat van a fizikai inaktivitás esélye és a kor, az iskolázottság, az anyagi helyzet, a foglalkozás, a munkaviszony, a régió és a településnagyság között. Az elemzéseket nemenként külön végeztük. Az összefüggés-elemzésben a rendszertelen testmozgás esélyét a ritkábban mint hetente vagy soha és a hetente többszöri alkalommal testmozgást végzők arányának hányadosaként képeztük. A hetente legalább egyszer testmozgást végzők nem szerepeltek az elemzésben, hiszen az irodalmi adatok alapján az ilyen rendszerességgel végzett testmozgás még nem bír számottevő pozitív hatással az egészségi állapotra, de nem is sorolható a fizikai inaktivitás kategóriájába, így az általunk használt kimeneti változó két kategóriájának bármelyikébe történő besorolás a becsült esélyhányados kontrasztjának csökkenését eredményezte volna. Mindezek mellett a figyelmen kívül hagyott kategóriának a gyakorisága mindössze 6% körüli volt.

Az 5503 válaszadó közül 5495-en feleltek a testmozgással kapcsolatban feltett kérdésekre. Közülük 5147-en voltak, akik ritkábban mint hetente vagy soha, illetve hetente több alkalommal végeztek testmozgást, ezen személyek közül 5056-an voltak azok, akik a vizsgált tényezők mindegyike esetében rendelkeztek adattal, így az összefüggés-elemzésben az ő adataikat használtuk fel.

Összefüggés-elemzésünk eredményei alapján megállapítható, hogy a nők körében a fizikai inaktivitás esélye a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt az iskolázottsággal, a korrall, az anyagi helyzettel, és a régiókkal. A férfiak körében a fizikai inaktivitás esélye az előzőekben említett tényezők mellett összefüggést mutatott még a foglalkozással és a munkaviszonnyal (részletes eredményeket a 3.6-3. táblázat-ban és a 3.6-4. táblázat-ban tüntettük fel<sup>1</sup>).

A nőknél megfigyelhető, hogy a többi tényező hatását kiszűrve az iskolázottság növekedésével csökkent a fizikai inaktivitás esélye: az érettségizettek körében ennek esélye mintegy 70%-a volt a 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezőkhöz viszonyítva (3.6-1. ábra).

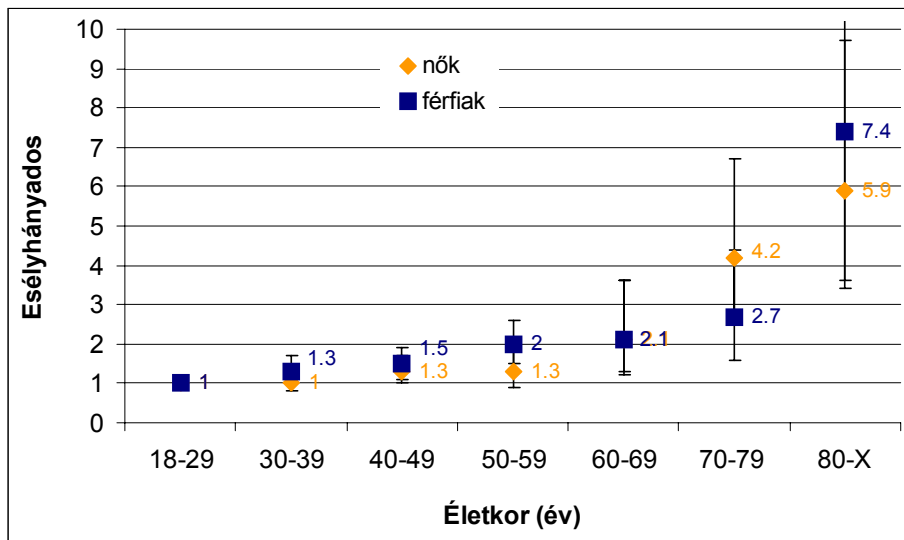
**3.6-1. ábra: A fizikai inaktivitás esélye és az iskolázottság összefüggése**



Az életkor növekedésével növekedett a fizikai inaktivitás esélye: a 70 év feletti női lakosok körében a ritkábban mint hetente vagy soha testmozgást nem végzés esélye mintegy 4-6-szorosa volt a legfiatalabb korcsoportba (18-29 éves) tartozó nőkhöz viszonyítva. Mindezek mellett a 60-69 éves korosztályba tartozó nőknek is mintegy kétszer nagyobb esélyük volt a fizikai inaktivitásra a 18-29 éves nőkhöz viszonyítva (3.6-2. ábra).

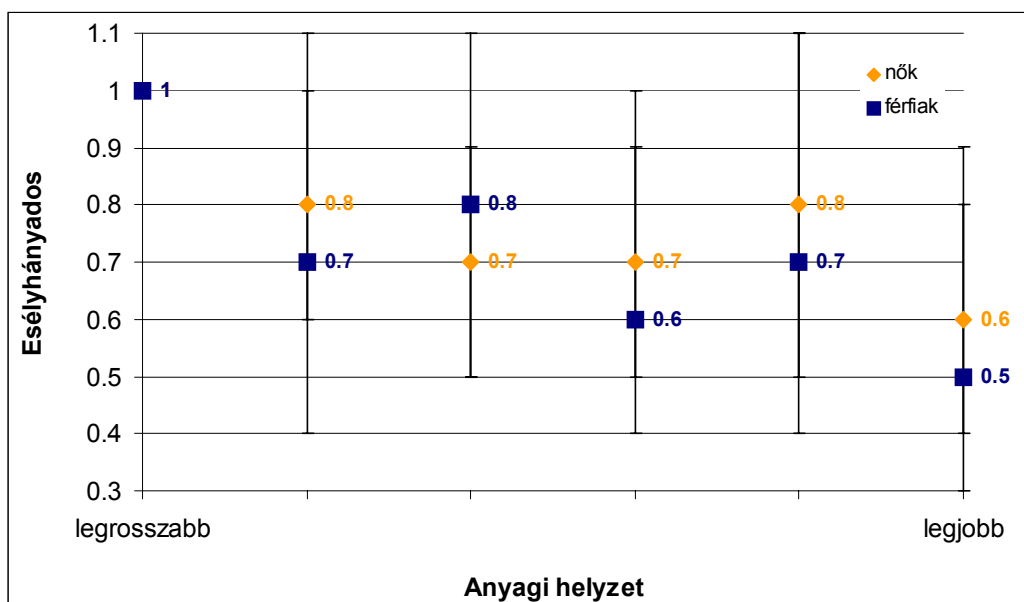
<sup>1</sup> Nem tüntettük fel a táblázatban azokat a tényezőket, amelyeknél a becült esély egyetlen kategóriában sem tért el statisztikailag szignifikáns mértékben ( $p < 0.05$ ) a referencia kategóriában becült esélytől.

### 3.6-2. ábra: A fizikai inaktivitás esélye és az életkor összefüggése



Az anyagi helyzet javulásával csökkent a fizikai inaktivitás esélye, azaz minél jobb anyagi helyzetben volt valaki nagyobb esélye volt arra, hogy rendszeres testmozgást végez. A legjobb anyagi helyzetben lévő nők körében a fizikai inaktivitás esélye mintegy 60%-a volt a legrosszabb anyagi helyzetben lévőkhöz viszonyítva (3.6-3. ábra).

### 3.6-3. ábra: A fizikai inaktivitás esélye és az anyagi helyzet összefüggése





Régiók szerint vizsgálva a fizikai inaktivitás esélyét megállapítható, hogy a Nyugat-Dunántúlhoz viszonyítva mindegyik régióban alacsonyabb volt a fizikai inaktivitás esélye a nők körében.

A férfiakat vizsgálva megállapítható, hogy a többi tényező hatását kiszűrve, a nőktől eltérő jelleggel, az iskolázottság növekedésével lineárisan csökkent a fizikai inaktivitás esélye: a felsőfokú végzettséggel rendelkezők esetében a fizikai inaktivitás esélye mintegy 70%-kal volt alacsonyabb a 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezőkhöz viszonyítva (3.6-1. ábra).

Az életkor növekedésével emelkedett a fizikai inaktivitás esélye: már a 60-69 éves korosztályba tartozó férfiaknak is mintegy kétszer nagyobb esélyük volt a fizikai inaktivitásra a 18-29 évesekhez viszonyítva (3.6-2. ábra).

Az anyagi helyzet javulásával jelentősen csökkent a fizikai inaktivitás esélye: a legjobb anyagi helyzetben lévő férfiak körében a fizikai inaktivitás esélye mintegy 50% volt a legrosszabb anyagi helyzetben lévőkhöz viszonyítva (3.6-3. táblázat).

Az értelmiségi férfiakhoz viszonyítva minden más foglalkozási kategóriában kisebb volt az esélye a fizikai inaktivitásnak az összes többi tényező hatását kiszűrve: a fizikai mezőgazdasági munkát végző férfiak esetében a fizikai inaktivitás esélye mintegy harmada volt az értelmiségiekhez viszonyítva.

Régiók szerint vizsgálva a fizikai inaktivitás esélyét megállapítható, hogy a férfiak körében – a nőkhöz hasonlóan – a Nyugat-Dunántúlhoz viszonyítva mindegyik régióban alacsonyabb volt a fizikai inaktivitás esélye.

### 3.6-3. táblázat: A fizikai inaktivitás és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat nők esetében<sup>2</sup>

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>NŐK</b>				
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-29 év		30-39 év	1,0	0,8 – 1,3
		40-49 év	1,3	1,1 – 1,7
		50-59 év	1,3	0,9 – 2,0
		60-69 év	2,1	1,3 – 3,6
		70-79 év	4,2	2,7 – 6,7
		80-X év	5,9	3,6 – 9,7

<sup>2</sup> Egy magyarázó tényező hatását jellemző esélyhányados becslések a modellben szereplő többi tényező hatását az alkalmazott logisztikus regresszió kiszűri. Emiatt pl. az életkorhoz tartozó táblázatbeli esélyhányados úgy értelmezhető, hogy a fizikai inaktivitás esélye hányszorosa az adott korosztályban a 18-29 évesekhez (referencia) viszonyítva, függetlenül attól, hogy ezt az összefüggést mely iskolázottsági szinten, anyagi helyzetben, foglalkozási kategóriájában, munkaviszonyban vagy régióban vizsgáljuk.

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános		érettségi nélkül	1,0	0,7 – 1,3
		legfeljebb érettségi	0,7	0,5 – 0,9
		felsőfokú	0,7	0,5 – 1,1
<b>ANYAGI HELYZET</b>				
Referencia: 1 (legrosszabb)		2	0,8	0,6 – 1,1
		3	0,7	0,5 – 0,9
		4	0,7	0,5 – 1,0
		5	0,8	0,5 – 1,1
		6 (legjobb)	0,6	0,4 – 0,9
<b>RÉGIÓ</b>				
Referencia: Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl	0,5	0,4 – 0,8
		Közép-Dunántúl	0,5	0,3 – 0,9
		Közép-Magyarország	0,5	0,3 – 0,7
		Észak-Magyarország	0,5	0,4 – 0,8
		Észak-Alföld	0,6	0,4 – 0,8
		Dél-Alföld	0,4	0,3 – 0,6

**3.6-4. táblázat: A fizikai inaktivitás és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat férfiak esetében<sup>2</sup>**

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>FÉRFIAK</b>				
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-29 év		30-39 év	1,3	1,0 – 1,7
		40-49 év	1,5	1,1 – 1,9
		50-59 év	2,0	1,5 – 2,6
		60-69 év	2,1	1,2 – 3,6
		70-79 év	2,7	1,6 – 4,4
		80-X év	7,4	3,4 – 16,2
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános		érettségi nélkül	0,6	0,5 – 0,8
		legfeljebb érettségi	0,5	0,3 – 0,7
		felsőfokú	0,3	0,2 – 0,6

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>ANYAGI HELYZET</b>				
Referencia: 1 (legrosszabb)		2	0,7	0,4 – 1,0
		3	0,8	0,5 – 1,1
		4	0,6	0,4 – 0,9
		5	0,7	0,4 – 1,1
		6 (legjobb)	0,5	0,3 – 0,8
<b>FOGLALKOZÁS</b>				
Referencia: értelmiségi		egyéb szellemi szakmunkás, nem mezőgazdasági	0,6	0,4 – 1,0
		betanított/ segédmunkás, nem mezőgazdasági	0,4	0,3 – 0,8
		fizikai, mezőgazdasági	0,4	0,2 – 0,7
		egyéb	0,4	0,2 – 0,7
			0,3	0,1 – 0,6
<b>MUNKAVISZONY</b>				
Referencia: dolgozik		nyugdíjas	1,4	0,8 – 2,4
		egyéb inaktív tartósan	2,0	1,0 – 4,2
		munkaképtelen tartósan	1,9	1,1 – 3,5
		munkanélküli	1,3	0,8 – 2,1
		nem tartósan		
		munkanélküli	0,9	0,5 – 1,5
<b>RÉGIÓ</b>				
Referencia: Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl	0,7	0,5 – 1,1
		Közép-Dunántúl	0,6	0,4 – 0,9
		Közép-Magyarország	0,6	0,4 – 0,8
		Észak-Magyarország	0,5	0,3 – 0,7
		Észak-Alföld	0,6	0,4 – 0,9
		Dél-Alföld	0,5	0,3 – 0,8

### **3.6.5. Megbeszélés**

#### **3.6.5.1. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság**

Az említett hazai vizsgálatok kizárólagosan a sporttevékenységre kérdeztek rá – ami az OLEF eredményeivel való összehasonlítást nagymértékben akadályozza –, hiszen a sporttevékenység ismeretében nem tudunk a valós testmozgás gyakoriságára következtetni. Olyan eszköz, mely kizárólagosan a sporttevékenységre vonatkozóan próbálja felmérni a fizikai aktivitás gyakoriságát nem használatos, a legtöbb felmérés a szabadidős tevékenységgel összefüggő testmozgással kapcsolatos, mely nemcsak sporttevékenységet foglal magában (pl. kertészkedés, túrázás).

#### **3.6.5.2. Az eredmények értelmezése**

A OLEF2000 adatainak elemzését követően megállapítható, hogy a férfiak gyakrabban végeznek rendszeres testmozgást a nőkhöz viszonyítva, mely eredmény mind hazai, mind nemzetközi adatokkal egybevág. Az összefüggés elemzések eredményei alapján megállapítható, hogy mind a nők, mind a férfiak esetében az iskolázottság növekedésével, az anyagi helyzet javulásával nőtt az esélye a rendszeres testmozgásnak. Ezek az eredmények alátámaszthatják azt a hipotézist miszerint a képzettebb, magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők és a jobb anyagi körülmények között élők nagyobb figyelmet fordítanak az egészségi állapotuk javítására és megóvására, mely az egészségmagatartási szokásaikban is tükröződik. A kor előrehaladtával emelkedő esélye a fizikai inaktivitásnak valószínűleg magyarázható az ezekben az életkorokban nagyobb gyakorisággal előforduló egészségproblémák miatti akadályozottságnak is mind a nők, mind a férfiak körében. Kiemelendő az eredmények közül, hogy az értelmiségi férfiaknak mintegy 2-3-szor nagyobb esélye volt a fizikai inaktivitásra akár mezőgazdasági, akár nem mezőgazdasági fizikai munkát végzőkhöz viszonyítva. Ezt a jelenséget valószínűleg az magyarázhatja, hogy a testmozgással kapcsolatban feltett kérdés nemcsak a szabadidőben, hanem a munkavégzés során végzett testmozgást is mérte, így a fizikai munkát végzők esetében a testmozgás esélye értelemszerűen nagyobb az egyéb társadalmi-gazdasági tényező hatását kiszűrve. A Nyugat-Dunántúlon mind a férfiak, mind a nők esetében megfigyelhető nagyobb esélye a fizikai inaktivitásnak a felmérés adataival egyelőre nem magyarázható, mindenképpen további célzott vizsgálatot igényel. Meg kell azonban említeni, hogy e jelenség mögött feltételezhetően szerepet játszhatnak bizonyos a felmérésben nem mért kulturális szokások. További lehetséges okként játszhat szerepet az összefüggés elemzésben használt anyagi helyzet változó hatástalansága az egyes anyagi helyzetet meghatározó dimenziók lefedésében.

#### **3.6.5.3. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra**

Ha a testmozgás intenzitásának részletesebb bontását akarjuk megadni, szükségünk lehet további kérdések bevonására, melyekkel a mérsékelt és az intenzív testmozgást tudjuk elkülöníteni, valamint becsülni tudjuk a szabadidős és munkavégzés közbeni testmozgás gyakoriságot.

## 3.7. Táplálkozás

*Dr. Széles György*

### 3.7.1. Kiemelt eredmények

- A nők több mint háromnegyede és a férfiak kétharmada naponta fogyasztott friss gyümölcsöt, vagy zöldséget a kérdezést megelőző négy hétben.
- A nők közel 4%-a, míg a férfiak közel 5%-a ritkábban, mint hetente, vagy soha nem fogyasztott friss gyümölcsöt, vagy zöldséget a felmérést megelőző egy hónapban.
- A felnőtt magyar lakosok háromnegyede leggyakrabban növényi eredetű zsiradékot használ a főzéshez vagy sütéshez.
- A főzéshez vagy sütéshez használt zsiradék típusa kapcsolatban volt a kérdezett nemével, az iskolázottságával, az életkorával, az anyagi helyzetével, a munkaviszonyával, valamint a régiókkal és a település-nagysággal. Az iskolázottság növekedésével és az anyagi helyzet javulásával csökkent az állati zsiradék használatának esélye. Az életkor növekedésével azonban emelkedett az állati zsiradék főzéshez vagy sütéshez történő használatának esélye.

### 3.7.2. Háttér

Az elmúlt évtizedek tudományos kutatásai szerint a táplálkozási szokások számos krónikus, nem fertőző megbetegedés kialakulásában fontos szerepet játszanak, elsősorban a szív- és érrendszeri, daganatos megbetegedések, valamint a cukorbetegség, a gyomor- és bélrendszer megbetegedései, a csontritkulás esetében. Mindezek mellett a fogszuvasodás kialakulásában is jelentős szerepet töltenek be az egyén táplálkozási szokásai [101]. Az állati eredetű zsírok nagymértékű fogyasztása döntő mértékben hozzájárul az érlemeszesedés kialakulásához, és ezáltal a koronária betegségek és az agyérbetegségek incidenciája, valamint a halálozás emelkedéséhez. A táplálkozás lényeges kockázati tényező a daganatos megbetegedések etiológiájában is, a daganatok mintegy egyharmada szoros kapcsolatba hozható bizonyos táplálkozási szokásokkal. Harmincöt ország halálozási adatainak és életmódbeli kockázati tényezőinek az elemzése kimutatta, hogy az egyes országokban az egészségi állapot utóbbi években észlelhető javulásának fő oka elsősorban a táplálkozási szokások megváltozásának – főleg az állati eredetű zsírok csökkenő, illetve a friss zöldség és gyümölcs növekvő fogyasztásának – tulajdonítható [102].

A friss gyümölcs és zöldség fogyasztásába általában beleértik a mélyhűtött zöldség vagy gyümölcs fogyasztását is, ha azok nyersen kerülnek elfogyasztásra. A főzéshez vagy sütéshez leggyakrabban használt zsiradékok ismerete a táplálkozási szokások felméréséhez hasznos eszközt nyújt. A főzéshez használt zsiradékok közül növényi eredetű zsiradéknak tekintetik az olajat és a margarint, míg állati eredetűnek a vaját, illetve a zsírt vagy szalonnát.

Hazánk lakossága egészségi állapotának változásában szerepet játszó tényezők elemzésében a táplálkozási szokásaink számos eleme döntő szerepet játszhat. Ezt támasztják alá annak a vizsgálatnak az eredményei, mely a Közép-Kelet Európa politikai és gazdasági átalakulásokon átmenő országai lakosságának egészségi állapotában bekövetkező tendenciákat, s azok okait elemezte [103, 104]. E szerint az egyes országokban az egészségi állapot utóbbi években észlelhető javulásának fő oka a táplálkozási szokások megváltozásában – elsősorban a friss zöldség és gyümölcs növekvő fogyasztásában – keresendő. Finnországban az 1970-es évek óta a táplálkozási szokásokban megfigyelhető legfontosabb változásnak tekinthető a telített zsírsavak bevitelének csökkenése (1970-es években megfigyelt 23%-ról az 1990-es években megfigyelt 13%-ra), valamint a gyümölcs

és zöldség fogyasztásnak az 1980-as évektől tapasztalható megduplázódása. A zsír és vaj fogyasztás jelentősen csökkent az 1980-as évek vége felé, míg a növényi margarin fogyasztása jelentősen emelkedett, minek eredményeképpen a margarinfogyasztás ma már meghaladja a vajfogyasztást [105]. Az európai országok többségében az egészségfelmérések során a táplálkozási szokásokat részletes táplálkozási kérdőívek segítségével mérik fel, melyekben meghatározzák a táplálékkal felvett főbb alkotóelemek részarányát (fehérje, zsír, szénhidrát, stb...) és bizonyos nyomelemek mennyiségét.

A magyar lakosság táplálkozási szokásaival kapcsolatban több nemzeti szintű reprezentatív felmérés készült [106, 107, 108, 109]. Az 1997-ben lebonyolított Szívbarát Program eredményei alapján elmondható, hogy egészségesebb táplálkozás - barna kenyér, szárnyas, hal, friss zöldség, gyümölcs, margarin gyakoribb fogyasztása, szemben kevesebb disznóhús, szalonna fogyasztásával – jellemzi a magasabb iskolai végzettségűeket és a nagyobb jövedelműeket [109]. A különböző típusú zsiradékok használatának gyakoriságát tekintve a megkérdezettek többsége (77%-a) növényi olajat használ főzéshez. Különösen jellemző ez a Budapesten és a városokban élőkre, azonban a vidéken élők ma is gyakran használnak a főzéshez disznózsírt. A legmagasabb iskolai végzettségűek és a magasabb jövedelműek túlnyomórészt növényi olajjal, míg az alacsony jövedelműek és a kevésbé iskolázottak disznózsírral főznek. Az 1994-es Egészségmagatartás vizsgálat és az 1997-es Szívbarát program felmérésének eredményei arra utalnak, hogy táplálkozásunk számos elemében pozitív változások figyelhetők meg [108, 109]. Az 1994-es vizsgálat alapján a megkérdezettek körében magasabb volt a több zöldséget és gyümölcsöt, és hasonlóan magasabb a kevesebb disznóhúst, zsírt és szalonnát fogyasztók aránya a vizsgálatot megelőző egy-két évhez képest. A Szívbarát program felmérése szerint a megkérdezettek több mint egyharmada margarint ken a kenyérre disznózsír helyett, illetve növényi olajat használ főzéshez. Több szárnyas, zöldség és gyümölcs fogyasztása, kevesebb só használata és kevesebb édesség fogyasztása jellemző a megkérdezettek megközelítőleg egyharmadára a felmérést öt évvel megelőző táplálkozási szokásaihoz viszonyítva. A legtöbb pozitív változás a Budapesten élőkénél volt tapasztalható.

### 3.7.3. Módszertan

Az OLEF kérdőívben a 40-43. kérdések vonatkoznak a táplálkozásra.

**40. A kártyalapon felsoroltak közül melyik az, amelyik az Ön étrendjére jelenleg a legjellemzőbb? Ha az Ön étrendje több kategóriába is besorolható, azt a kategóriát válassza ki, amelyet a legjellemzőbbnek tart!**

CSAK EGY VÁLASZ LEHETSÉGES!

- 01 – Cukorbeteg étrend  
 02 – Alacsony sótartalmú étrend  
 03 – Fogyókúra  
 04 – Vesekímélő étrend  
 05 – Vegetáriánus étrend  
 06 – Magas rosttartalmú étrend  
 07 – Hízókúra  
 08 – Alacsony kalóriatartalmú étrend  
 09 – Alacsony zsírtartalmú étrend  
 10 – Zöldségben, gyümölcsben gazdag étrend  
 11 – Nem követek semmilyen étrendet ----->TOVÁBB A 42. KÉRDÉSRE!

- 88 – Nem tud válaszolni -----> TOVÁBB A 42. KÉRDÉSRE!  
 99 – Nem kíván válaszolni -----> TOVÁBB A 42. KÉRDÉSRE!

**41. Ki ajánlotta ezt az étrendet?**

- 1 – Orvos  
 2 – Diabetikus szakember  
 3 – Természetgyógyász  
 4 – Család, barátok, ismerősök, munkatársak  
 5 – Könyv, újság, rádió, TV, Interneten olvastam  
 6 – Másvalaki

- 7 – Nem ajánlotta senki  
 8 – Nem tud válaszolni  
 9 – Nem kíván válaszolni

**42. Az elmúlt NÉGY hét során milyen gyakran evett akár friss gyümölcsöt akár nyers zöldséget?**

- 1 – Naponta többször  
 2 – Naponta  
 3 – Két-három naponta  
 4 – Hetente  
 5 – Ritkábban, mint hetente

- 6 – Egyáltalán nem fogyasztott  
 8 – Nem tud válaszolni  
 9 – Nem kíván válaszolni

**43. Önök otthon a főzéshez leggyakrabban...**

- 1 – Olajat  
 2 – Margarint  
 3 – Vajat vagy  
 4 – Zsírt / szalonnát használnak?

- 5 – Egyiket sem  
 6 – Nem főznek/sütnek otthon

- 8 – Nem tud válaszolni  
 9 – Nem kíván válaszolni

A kérdőív szerkesztése során a 'Nem követek semmilyen étrendet' válaszkategória technikai hiba miatt nem került fel a kérdezett által a válaszadás során használt kártyalapra, így fennáll annak a valószínűsége, hogy a válaszadók egy része (azok, akik nem követnek semmilyen étrendet) a kártyalapon szereplő válaszok valamelyikét választották. Ez azonban az adatok hitelességének csökkenéséhez, így az eredmények torzításához vezethet. Ezért az eredmények téves interpretációjának elkerülése végett a 40. és 41. kérdésre adott válaszok nem kerültek elemzésre.

A **friss gyümölcs és zöldségfogyasztás** definícióját a 42. kérdésre adott válaszok alapján az elmúlt négy hét során bármilyen gyakoriságú fogyasztás esetén (1-6. válaszok) állapítottuk meg. Az elemzés során 3 kategóriát képeztünk a válaszok alapján:

1. naponta fogyasztók (1, 2 válaszok)
2. hetente fogyasztók (3, 4 válaszok)
3. ritkábban, mint hetente vagy soha nem fogyasztók (5, 6 válaszok)

A **főzéshez és sütéshez leggyakrabban használt zsiradék** meghatározása a 43. kérdésre adott válaszok alapján egyértelmű. A válaszok ismeretében két kategóriát képeztünk: növényi (1, 2 válasz) és állati eredetű (3, 4 válasz) zsiradék használata.

### 3.7.4. Eredmények

#### 3.7.4.1. Populációs becslések

##### **Az eredmények értelmezéséhez:**

Az alábbi táblázatokban a táplálkozási szokások gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például a sütéshez és főzéshez használt zsiradék gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az életkornak a sütéshez és főzéshez használt zsiradéokra gyakorolt megfelelő irányú hatását.

A nők több mint háromnegyede (77,5%) és a férfiak kétharmada (67,4%) naponta fogyasztott friss gyümölcsöt vagy zöldséget a kérdezést megelőző négy hétben. Minden 5. felnőtt (23,1%) hetente legalább egyszer evett friss gyümölcsöt vagy zöldséget. Ez az arány a nőknél 19%-nak, míg a férfiaknál 28%-nak bizonyult. A nők közel 4%-a, míg a férfiak közel 5%-a ritkábban, mint hetente vagy soha nem fogyasztott friss gyümölcsöt vagy zöldséget a felmérést megelőző egy hónapban. Ez a gyakoriság mind a férfiak, mind a nők esetében a legidősebb korosztályban volt a legmagasabb. Az életkor előrehaladtával mind a nők, mind a férfiak esetében a naponta friss gyümölcsöt és zöldséget fogyasztók relatív gyakorisága folyamatosan növekedett. Életkortól függetlenül a nők esetében a naponta friss gyümölcsöt vagy zöldséget fogyasztók gyakorisága magasabb volt, mint a férfiak körében (3.7-1. táblázat).



**3.7-1. táblázat: A friss gyümölcs és zöldség fogyasztás %-os megoszlása [95%-os megbízhatósági tartomány]**

	Nők			Férfiak		
	18-34 év	35-64 év	65+ év	18-34 év	35-64 év	65+ év
<b>naponta</b>	70,6	79,5	82,2	59,9	69,6	77,5
	[67,5 - 73,6]	[76,8 - 82,0]	[77,3 - 86,2]	[56,5 - 63,2]	[66,6 - 72,4]	[73,7 - 80,9]
<b>hetente legalább egyszer</b>	26,5	16,6	13,5	36,0	25,8	16,3
	[23,5 - 29,7]	[14,3 - 19,2]	[10,5 - 17,2]	[32,8 - 39,4]	[23,2 - 28,6]	[13,4 - 19,7]
<b>ritkábban, mint hetente/soha</b>	2,9	3,9	4,3	4,1	4,6	6,2
	[2,0 - 4,3]	[3,1 - 4,8]	[2,9 - 6,4]	[2,9 - 5,6]	[3,6 - 6,0]	[4,2 - 8,9]

A felmérés eredményei alapján a lakosság háromnegyede (75,8%) leggyakrabban növényi eredetű zsiradékkal főz és süt. A nők és a férfiak között a főzéshez és sütéshez leggyakrabban használt zsiradék gyakoriságát tekintve nem találtunk különbséget. A növényi eredetű zsiradék használatának gyakorisága az életkor előrehaladtával csökkent (3.7-2. táblázat).

**3.7-2. táblázat: Főzéshez és sütéshez leggyakrabban használt zsiradék %-os megoszlása [95%-os megbízhatósági tartomány]**

	Nők			Férfiak		
	18-34 év	35-64 év	65+ év	18-34 év	35-64 év	65+ év
<b>naponta</b>	84,4	73,4	70,7	79,9	74,1	70,0
	[80,5 - 87,7]	[69,6 - 76,9]	[64,2 - 76,5]	[75,4 - 83,8]	[68,6 - 79,0]	[62,5 - 76,6]
<b>hetente legalább egyszer</b>	15,6	26,6	29,3	20,1	25,9	30,0
	[12,3 - 19,5]	[23,1 - 30,4]	[23,5 - 35,8]	[16,2 - 24,6]	[21,0 - 31,4]	[23,4 - 37,5]

### 3.7.4.2. Összefüggés-elemzések

#### **Az eredmények értelmezéséhez:**

A többváltozós elemzés lehetővé teszi több magyarázó jellemzőnek a vizsgált tényezőre kifejtett hatásának egy modellben történő elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszűrve” a modellbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés nem feltétlenül jelent ok-okozati kapcsolatot.

Az életkor hatásának vizsgálatakor a felnőtt **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, de a tapasztalt különbségek nem értelmezhető **egyének szintjén**. Emiatt nem vonhatók le következtetések egy adott személy életkorának előrehaladtával jelentkező változásokról.

Összefüggés-elemzésünk során azt vizsgáltuk, hogy milyen kapcsolat van a főzéshez és sütéshez használt zsiradék típusa és a kérdezettek neme, életkora, az iskolázottsága, az anyagi helyzete, a foglalkozása, a munkaviszonya, valamint a régió és a településnagyság között. Az összefüggés-elemzésben a fenti összefüggéseket leíró esélyek az állati és a növényi zsiradékot fogyasztók arányának hányadosaként értelmezhetők a befolyásoló tényezők függvényében. Az összefüggés elemzések során nem vizsgáltuk a friss gyümölcs és zöldségfogyasztás kapcsolatát a társadalmi-gazdasági tényezőkkel, hiszen a leíró eredmények alapján a lakosság több mint 70%-a (72,8%) fogyasztott legalább naponta friss gyümölcsöt vagy zöldséget. Ez az adat mind nemzetközi, mind hazai összehasonlításban rendkívül magasnak tekinthető, így az általunk kapott eredmények megbízhatósága megkérdőjelezhető (erről lásd még a Megbeszélés részt).

Az 5503 válaszadó közül 5424-en feleltek a főzéshez és sütéshez használt zsiradék típusával kapcsolatban feltett kérdésekre. Közülük 5323-an voltak azok, akik a vizsgált tényezők mindegyike esetében rendelkeztek adattal, így az összefüggés-elemzésben az ő adataikat használtuk fel (a részletes eredményeket a 3.7-3. táblázat-ban tüntettük fel<sup>1</sup>).

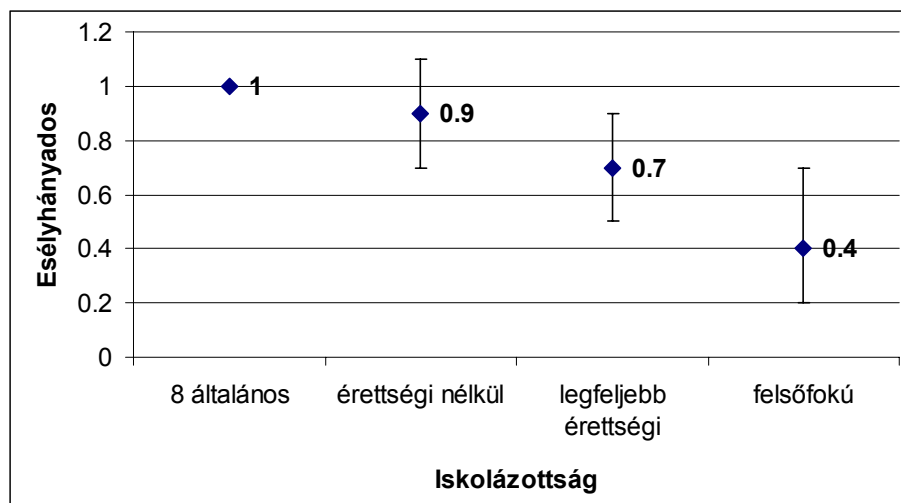
Összefüggés-elemzésünk eredményei alapján megállapítható, hogy a főzéshez és sütéshez használt zsiradék típusa a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt a nemmel, az iskolázottsággal, a korrallal, az anyagi helyzettel, a munkaviszonnyal, a régiókkal és a településnagysággal.

A többi tényező hatását kiszűrve megfigyelhető, hogy az állati zsiradék használatának esélye a nőknél mintegy 10%-kal kisebb volt, mint a férfiaknál.

Az iskolázottság növekedésével lineárisan csökkent az állati zsiradék használatának esélye: a felsőfokú végzettséggel rendelkezőknél ez 40% volt a 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezőkhöz viszonyítva (3.7-1. ábra).

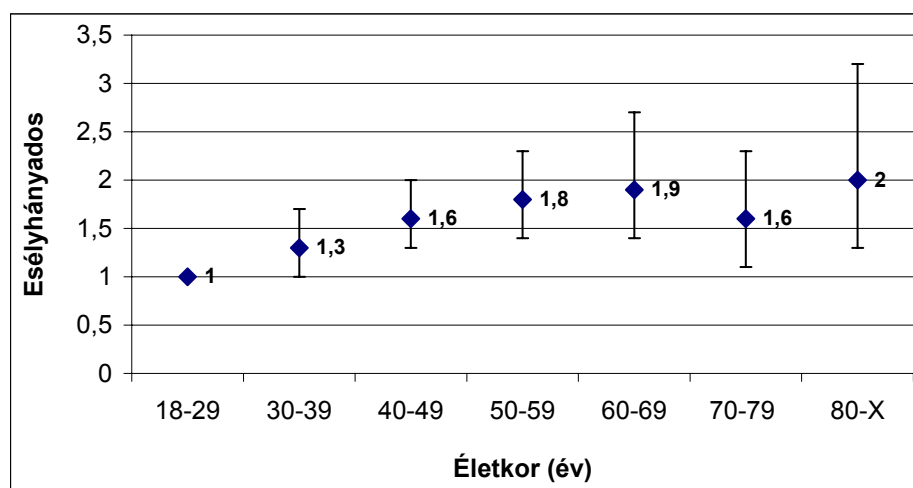
<sup>1</sup> Nem tüntettük fel a táblázatban azokat a tényezőket, amelyeknél a becült esély egyetlen kategóriában sem tért el statisztikailag szignifikáns mértékben ( $p < 0,05$ ) a referencia kategóriában becült esélytől.

3.7-1. ábra: Az állati zsiradék fogyasztásának esélye és az életkor összefüggése



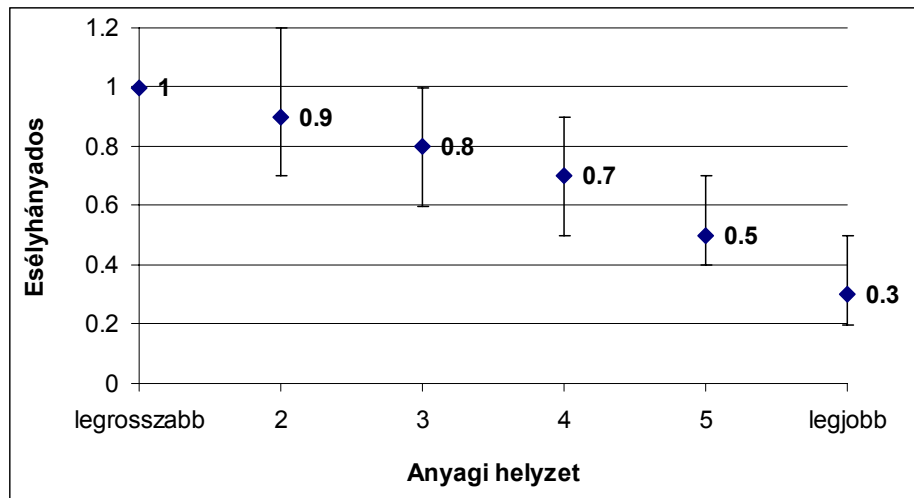
Az életkor növekedésével a 60-69 éves korosztályig lineárisan növekedett az állati zsiradék használatának esélye, a 70-79 éves korosztályban a trend megtörik: az 50-59 éves lakosság esetében ez mintegy 75%-kal magasabb, míg az ennél idősebb korosztályok esetében (kivéve a 70-79 éveseket) mintegy kétszerese a legfiatalabb korcsoportba (18-29 éves) tartozókhöz viszonyítva (3.7-2. ábra).

3.7-2. ábra: Az állati zsiradék fogyasztásának esélye és az életkor összefüggése



Az anyagi helyzet javulásával egyértelműen csökkent az állati zsiradék fogyasztásának esélye. A legjobb anyagi helyzetben lévők körében az állati zsiradék használatának esélye mintegy 30% volt a legrosszabb anyagi helyzetben lévőkhez viszonyítva (3.7-3. ábra).

3.7-3. ábra: Az állati zsiradék fogyasztásának esélye és az anyagi helyzet összefüggése



Kiszűrve a többi tényező hatását, a tartósan munkanélkülieknek mintegy 50%-kal nagyobb esélyük volt állati zsiradék használatára a dolgozókhöz képest.

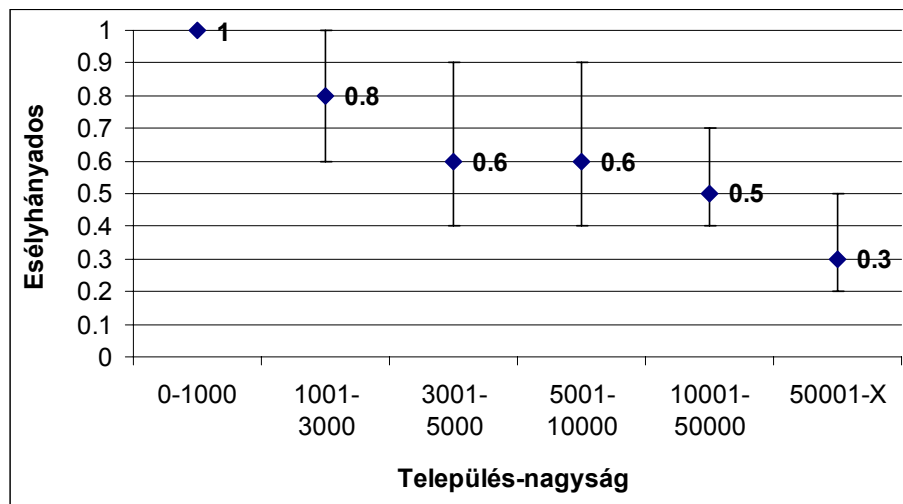
Régiók szerint vizsgálva a használt zsiradék típusát megállapítható, hogy Közép- és Észak-Magyarországon, valamint az Észak-Alföldön az állati zsiradék használatának esélye mintegy 1,5-szerese a nyugat-dunántúli régióhoz viszonyítva. Dél-Alföldön ez az érték 3-szoros (3.7-4. ábra).

3.7-4. ábra: Az állati zsiradék fogyasztásának esélye és a regionális elhelyezkedés összefüggése



A település-nagyság növekedésével jelentősen csökkent az állati zsiradék használatának esélye: az 50000 lakosnál nagyobb települések esetében az állati zsiradék fogyasztásának esélye mintegy 70%-kal volt alacsonyabb az 1000 lakosú vagy annál kisebb településen élőkhez viszonyítva (3.7-5. ábra).

**3.7-5. ábra: Az állati zsiradék fogyasztásának esélye és a település-nagyság összefüggése**



**3.7-3. táblázat: A sütéshez és főzéshez használt zsiradék típusa és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat<sup>2</sup>**

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>NEM</b>				
Referencia: férfi		nő	0,9	0,8 – 1,0
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-29 év		30-39 év	1,3	1,0 – 1,7
		40-49 év	1,6	1,3 – 2,0
		50-59 év	1,8	1,4 – 2,3
		60-69 év	1,9	1,4 – 2,7
		70-79 év	1,6	1,1 – 2,3
		80-X év	2,0	1,3 – 3,2

<sup>2</sup> Egy magyarázó tényező hatását jellemző esélyhányados becslések a modellben szereplő többi tényező hatását az alkalmazott logisztikus regresszió kiszűri. Emiatt pl. a nemhez tartozó táblázatbeli esélyhányados úgy értelmezhető, hogy az állati zsiradéknak a sütéshez és főzéshez történő használatának esélye hányadosa a nők körében a férfiakhoz (referencia) viszonyítva, függetlenül attól, hogy ezt az összefüggést mely korcsoportban, iskolázottsági szinten, anyagi helyzetben, munkaviszonyban, stb... vizsgáljuk.

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános		érettségi nélkül	0,9	0,7 – 1,1
		legfeljebb érettségi	0,7	0,5 – 0,9
		felsőfokú	0,4	0,2 – 0,7
<b>ANYAGI HELYZET</b>				
Referencia: 1 (legrosszabb)		2	0,9	0,7 – 1,2
		3	0,8	0,6 – 1,0
		4	0,7	0,5 – 0,9
		5	0,5	0,4 – 0,7
		6 (legjobb)	0,3	0,2 – 0,5
<b>MUNKAVISZONY</b>				
Referencia: dolgozik		nyugdíjas	0,9	0,7 – 1,1
		egyéb inaktív tartósan	1,0	0,8 – 1,4
		munkaképtelen tartósan	1,3	0,8 – 2,0
		munkanélküli	1,5	1,1 – 2,2
		nem tartósan munkanélküli	1,2	0,8 – 1,8
<b>RÉGIÓ</b>				
Referencia: Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl	1,4	1,0 – 2,0
		Közép-Dunántúl	1,0	0,6 – 1,5
		Közép-Magyarország	1,6	1,1 – 2,2
		Észak-Magyarország	1,5	1,1 – 2,0
		Észak-Alföld	1,5	1,1 – 2,1
		Dél-Alföld	3,0	2,1 – 4,4
<b>TELEPÜLÉS-NAGYSÁG</b>				
Referencia: 0-1000		1001-3000	0,8	0,6 – 1,0
		3001-5000	0,6	0,4 – 0,9
		5001-10000	0,6	0,4 – 0,9
		10001-50000	0,5	0,4 – 0,7
		50001-X	0,3	0,2 – 0,5

### 3.7.5. Megbeszélés

#### 3.7.5.1. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság

A hazánkban korábban hasonló témakörben kivitelezett vizsgálatok összehasonlíthatósága az adatgyűjtési módszer miatt korlátozott. Az eredmények használhatóságát a befejezésük óta

eltelt idő is nagymértékben csökkenti. Mindezek mellett, korlátozott információ áll rendelkezésre a vizsgálatok módszertanáról, ami tovább nehezíti az eredmények interpretálását. E vizsgálatok eredményeihez hasonlóan az OLEF2000-ben is azt találtuk, hogy a lakosság mintegy 76%-a növényi zsiradékot használ főzéshez. Mindazonáltal az OLEF2000-ben talált eredmények nem mutatnak javulást a táplálkozási szokások ilyen változásában. Jelen vizsgálatunkban alkalmazott többszörös logisztikus regressziós elemzési módszerrel igazoltnak tűnik a korábbi vizsgálatok azon megállapításai, melyek szerint a nagyobb lélekszámú településeken, a magasabb iskolai végzettségűek és a magasabb jövedelemmel rendelkezők körében gyakoribb a növényi zsiradék használata a főzéshez és sütéshez.

### 3.7.5.2. Az eredmények értelmezése

A leíró elemzések eredményei azt mutatták, hogy a legalább napi rendszerességű friss gyümölcs és zöldségfogyasztás gyakorisága a felnőtt magyar lakosság esetében több mint 70% (72,8%). Ez az adat mind nemzetközi, mind hazai összehasonlításban rendkívül magasnak tekinthető, így az általunk kapott eredmények alapján azt valószínűsíthetjük, hogy a gyakorisági adatok felülbecslik a valós helyzetet, azok megbízhatósága megkérdőjelezhető. A magas gyakorisági becslés mögött a feltett kérdés félreértését feltételezzük, miszerint a kérdezett személyek esetleg nem figyeltek a kérdésben arra, hogy csak a friss gyümölcs és zöldségfogyasztásra kérdeztünk. A friss gyümölcs és zöldség fogyasztásba beleértettük a mélyhűtött termékeket is, de csak akkor, ha azok nyersen kerültek elfogyasztásra, nem értettük belel továbbá a konzerv vagy befőtt jellegű termékeket. A kérdezők a részükre elkészített kérdezői kézikönyvben erre utalást egyébként a kaptak. Az OLEF2000 eredményei alapján megállapítható, hogy a főzéshez és sütéshez leggyakrabban használt zsiradék növényi eredetű – a lakosok háromnegyede használ ilyen típusú zsiradékot –, mely adat jól egybevág a korábbi vizsgálatokban talált eredményekkel. Az összefüggés elemzések során azt találtuk, hogy az iskolázottság növekedésével, az anyagi helyzet javulásával nőtt az esélye a növényi eredetű zsiradék használatának. A magasabb iskolai végzettség általában jobb anyagi körülményeket biztosít, így nagyobb esély teremődik arra, hogy az egészségre kevésbé ártalmas – sajnálatosan ma még jelentősen drágább – termékeket megfizessék. Az életkor előrehaladtával jelentősen emelkedett az esélye az állati zsiradék használatának, mely eredmény az idősebb korosztályok esetében az e zsiradék típus esetleges könnyebb hozzáférhetőségével – állattartás gyakoribb volta, az ilyen termékek olcsóbb ára – magyarázható. Mindazonáltal kiemelő, hogy már a fiatal (30 éves vagy idősebb) lakosság esetében is jelentősen nagyobb esélye van az állati zsiradék használatának a legfiatalabb (18-29 éves) korosztályhoz viszonyítva az egyéb társadalmi-gazdasági tényezők hatásának kiszűrését követően is, mely arra utal, hogy a lakosság ismerete a helyes táplálkozásról még a fiatal felnőtt korosztályok esetében is hiányos. Magyarországon a leggazdagabbnak tartott nyugat-dunántúli régióhoz viszonyítva a többi régióban nagyobb volt az esélye az állati zsiradék használatának, mely még a legfontosabb gazdasági tényezők hatását kiszűrve is megmaradt. Érdekes megfigyelés, hogy a Budapestet is magában foglaló Közép-Magyarországi régió esetében is több mint 1,5-szeres az állati zsiradék használatának esélye. Ez a jelenség felveti azt, hogy az összefüggés elemzés során használt anyagi helyzet változó talán nem biztosította, hogy az anyagi helyzet szerepét a vizsgált összefüggésben teljesen ki tudjuk szűrni. A települések lélekszámának növekedésével csökkenő esély az állati zsiradék használatát illetően az egyéb befolyásoló tényezők hatását is kiszűrve, az állati zsiradékok könnyebb és olcsóbb hozzáférhetőségével magyarázható.

### 3.8. Többszörös életmódbeli kockázat

*Boros Julianna*

#### 3.8.1. Kiemelt eredmények

- Az OLEF2000 keretében vizsgált egészséget veszélyeztető magatartásformák közül legalább kettő együttes előfordulása jellemző a férfiak csaknem felére és a nők harmadára.

#### 3.8.2. Háttér

Gyakran előfordul, hogy az egészséget veszélyeztető, károsító magatartásformák nem önmagukban, elszigetelten jelentkeznek a személyeknél, hanem több tényező együtt, egymás hatását erősítve jelenik meg: az egyes kockázati tényezők egymás előfordulásának kockázatát is fokozzák. Többszörös életmódbeli kockázatként értékeljük tehát, ha az egyénre egyszerre egynél több egészségkárosító magatartásforma jellemző.

Közismert a dohányzás és az alkoholfogyasztás gyakori együttes előfordulása, mint ahogyan az egészségtelen táplálkozás és a testmozgás hiánya is sok esetben összekapcsolódik [110, 111, 112, 113].

Egy Finnországban, 1978-tól 1993-ig, 45-64 év közötti felnőtteken végzett, követéses vizsgálatban a keringési betegségek kockázati tényezőiként a rendszeres dohányzást, a testmozgás hiányát és az állati eredetű zsírok használatát külön-külön és együtt előfordulva is elemezték [114]. Az eredmények szerint minden vizsgált tényező önmagában is kockázatot jelentett, de együttes előfordulás esetén a kockázat jelentősen nagyobb volt.

Az Egyesült Államokban hasonló eredményekre jutottak az ischémiás szívbetegségekkel kapcsolatban: a vizsgált nyolc tényező (magas vérnyomás, magas koleszterinszint, cukorbetegség, túlsúlyosság, dohányzás, testmozgás hiánya, depresszió, hormonkészítmények használatának elmulasztása) izoláltan relatív alacsony mortalitással járt együtt, a kockázati tényezők kombinációjának előfordulása azonban emelte a halálozási értékeket [115].

Egy Egyesült Államokban végzett felmérés eredményeinek klaszter-analízissel történő elemzésével a táplálkozási, testmozgási, dohányzási és alkoholfogyasztási szokások alapján a felnőtt amerikai népességet hét egészségmagatartási típusba sorolták be [116]:

- 1) egészséges életmódot folytatók (10%)
- 2) egészséges táplálkozás, de mozgásszegény életmód (25%)
- 3) egészségtelen táplálkozás, de sok testmozgás (18%)
- 4) mozgásszegény életmódot folytatók (25%)
- 5) alkoholfogyasztók (6%)
- 6) dohányosok (15%)
- 7) hedonisták (alkohol + dohányzás, 2%).

Ausztráliában egy 18 éves fiatalokon végzett vizsgálatban az egészségmagatartási tényezők közül szintén klaszter-analízissel elemezve a dohányzást, az alkoholfogyasztást, a testmozgást és a táplálkozást, megállapították, hogy a dohányzás, a nagyívás és az egészségtelen táplálkozás mindkét nem esetében gyakran együttesen fordult elő, a nők esetében még a fizikai inaktivitással is kiegészülve [117].

Magyarországon a Szívbarát Program felmérésében a dohányzás, alkohol- és kávéfogyasztás alapján főkomponens-eljárással állítottak össze rizikó-indexet [118]. Eredményeik szerint különösen a férfiak, illetve a 30-50 évesek (mindkét nem esetében) mutattak magas kockázati



értéket. Férfiak esetében az alacsony társadalmi státusz, iskolai végzettség és jövedelem szintén növelte a kockázati tényezők szerepét az életmódban.

### 3.8.3. Módszertan

Az OLEF2000 kérdőívében a kockázati tényezőknek minősülő egészségmagatartási elemek közül a dohányzásra, az alkoholfogyasztásra, a testmozgásra, a táplálkozási szokásokra és a fizikai inaktivitásra vonatkozó kérdések találhatóak (részletesen lásd az egyes egészségmagatartási tényezőket tárgyaló előző szakaszokat).

Az említett öt egészségmagatartási tényező alapján felállíthatók az egyénekre jellemző fokozott kockázati mintázatok.

Kockázatnak kitettségeként értékeljük, ha a személy

- rendszeresen dohányzik (48. kérdés)
- nagyívó (önkitöltős kérdőív 16-20. kérdés)
- a főzéshez állati eredetű zsiradékot (43. kérdés: zsírt/szalonnát vagy vaját) használ
- nem fogyaszt legalább hetente egyszer friss zöldséget vagy gyümölcsöt (42. kérdés)
- nem végez legalább hetente egyszer testmozgást (44-45. kérdés)

Ezen tényezők kombinációja alapján állítjuk össze a többszörös életmódbeli kockázati mintázatot. Az életmódbeli kockázati profil vizsgálatok csak azon személyek adatait vettük figyelembe, akiknél az elemzésbe bevont öt kockázati tényező egyikénél sem szerepelt hiányzó érték.

A kockázati tényezők számának becslésekor azonban akkor is felhasználtuk az adatokat, ha valamelyik tényezőnél hiányzó érték szerepelt, így az értelmezésnél figyelembe kell venni.

A kockázati mintázaton kívül azt is megvizsgáltuk, hogy átlagosan hány tényező együttes előfordulása jellemzi a lakosságot. Az egyes tényezőkhöz nem rendeltünk súlyszámokat, mivel azok értékének meghatározására a vizsgálat nem alkalmas, de természetesen tisztában vagyunk vele, hogy az egyes tényezők nem azonos nagyságú hatást fejtenek ki az egészségre.

### 3.8.4. Eredmények

#### 3.8.4.1. Populációs becslések

##### ***Az eredmények értelmezéséhez:***

Az alábbi táblázatokban a többszörös életmódbeli kockázat gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni.

Az OLEF2000 keretében vizsgált egészségkárosító magatartásformák közül (rendszeres dohányzás, nagyívás, állati eredetű zsiradék fogyasztása, ritka zöldség- és gyümölcsfogyasztás, testmozgás hiánya) legalább kettő együttes előfordulása jellemző a nők harmadára (32,2%) és a férfiak csaknem felére (45,1%).

Három vagy több életmódbeli kockázati tényező együttes előfordulása jellemzi a nők csaknem tizedét (9,2 %) és a férfiak több mint hatodát (17,5%).

Az életmódbeli kockázati tényezők számának megoszlását a 3.8-1. táblázat és a 3.8-2. táblázat mutatja.

**3.8-1. táblázat: „Az életmódbeli kockázati tényezők száma életkoronként, nőkre” (%)**

Tényező	Korcsoport			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
0	30,93	27,84	21,52	27,36
	[27,16-34,96]	[25,58-30,22]	[18,23-25,21]	[25,22-29,61]
	255,00	426,00	141,00	822,00
1	37,32	39,51	46,63	40,43
	[34,61-40,11]	[36,82-42,26]	[43,05-50,23]	[38,50-42,38]
	314,00	606,00	311,00	1-231,00
2	21,53	22,36	26,46	23,02
	[18,90-24,41]	[20,64-24,18]	[23,70-29,43]	[21,61-24,49]
	181,00	343,00	177,00	701,00
3	8,58	8,23	5,26	7,68
	[6,85-10,71]	[7,06-9,58]	[3,98-6,92]	[6,88-8,58]
	73,00	126,00	35,00	234,00
4	1,64	2,00	0,13	1,48
	[0,97-2,77]	[1,40-2,84]	[0,02-1,00]	[1,12-1,96]
	15,00	31,00	1,00	47,00
5	0,00	0,06	0,00	0,03
		[0,01-0,44]		[0,00-0,22]
	0,00	1,00	0,00	1,00
<b>Összesen</b>	100,00	100,00	100,00	100,00

**3.8-2. táblázat: „Az életmódbeli kockázati tényezők száma életkoronként, férfiakra” (%)**

Tényező	Korcsoport			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
0	20,96	21,49	23,96	21,67
	[17,21-25,29]	[19,13-24,05]	[19,45-29,15]	[19,06-24,52]
	166,00	266,00	91,00	523,00
1	34,61	31,58	35,93	33,25
	[31,76-37,57]	[29,06-34,21]	[31,14-41,01]	[31,51-35,04]
	280,00	398,00	141,00	819,00
2	28,23	27,26	27,48	27,63
	[24,41-32,39]	[24,65-30,04]	[23,93-31,35]	[25,34-30,04]
	233,00	351,00	106,00	690,00
3	12,85	14,35	10,14	13,22
	[10,92-15,07]	[12,51-16,41]	[7,58-13,45]	[11,84-14,75]
	105,00	186,00	40,00	331,00
4	3,05	4,60	2,49	3,76
	[2,00-4,62]	[3,60-5,85]	[1,37-4,48]	[3,05-4,61]
	25,00	58,00	10,00	93,00
5	0,30	0,73	0,00	0,47
	[0,07-1,24]	[0,34-1,56]		[0,24-0,94]
	2,00	9,00	0,00	11,00
<b>Összesen</b>	100,00	100,00	100,00	100,00
	811,00	1-268,00	388,00	2-467,00

Az életmódbeli kockázati tényezőkből összeálló mintázat 32 lehetséges értéket vehet fel: egyik tényező sem, pontosan egy tényező (5 féle érték), pontosan két tényező (10 féle érték), pontosan három tényező (10 féle érték), pontosan négy tényező (5 féle érték) és mind az öt vizsgált tényező.

A 3.8-3. táblázat és a 3.8-4. táblázat mutatja az életmódbeli kockázati profil 2%-nál nagyobb gyakoriságú mintázatait a nők és a férfiak körében, életkor szerint.

**3.8-3. táblázat: „Az életmódbeli kockázati profil leggyakoribb mintázatai a nők körében, életkor szerint”**

	18-34 év 95%MT	35-64 év 95%MT	65+ 95%MT	Összesen 95%MT
<b>0</b>	30,52 [26,97-34,3]	28,02 [25,77-30,39]	21,33 [17,95-25,14]	27,35 [25,29-29,5]
<b>T</b>	13,78 [11,48-16,46]	15,62 [13,72-17,73]	33,92 [29,79-38,32]	18,94 [17,23-20,79]
<b>Z</b>	5,24 [3,88-7,05]	8,89 [7,0-11,21]	8,29 [6,39-10,69]	7,67 [6,34-9,26]
<b>D</b>	8,61 [6,7-10,99]	7,78 [6,45-9,35]	0,74 [0,3-1,82]	6,53 [5,78-7,38]
<b>ZT</b>	2,43 [1,52-3,85]	4,31 [3,16-5,85]	14,32 [10,3-19,57]	5,87 [4,55-7,53]
<b>G</b>	8,38 [6,48-10,76]	5,45 [4,54-6,53]	2,99 [1,34-6,5]	5,8 [4,8-6,99]
<b>GT</b>	4,11 [2,9-5,8]	2,74 [2,09-3,59]	8,12 [6,06-10,8]	4,29 [3,57-5,14]
<b>DT</b>	3,53 [2,42-5,12]	4,9 [3,96-6,05]	0,68 [0,28-1,67]	3,6 [3,05-4,24]
<b>DG</b>	5,68 [4,4-7,3]	2,45 [1,67-3,58]	0 [0,0-0,0]	2,89 [2,27-3,68]
<b>DZ</b>	1,61 [0,95-2,71]	4,01 [3,09-5,2]	0,49 [0,19-1,24]	2,55 [2,01-3,24]
<b>DGT</b>	3,94 [2,92-5,3]	2,55 [1,91-3,4]	0,58 [0,19-1,76]	2,55 [2,06-3,14]

0 = egyik tényező sem  
T = nem végez rendszeres testmozgást  
Z = állati eredetű zsiradékot használ  
D = rendszeresen dohányzik  
G = nem fogyaszt minden nap friss gyümölcsöt vagy zöldséget  
A = nagyívó

**3.8-4. táblázat: „Az életmódbeli kockázati profil leggyakoribb mintázatai a férfiak körében, életkor szerint”**

	18-34 év 95% MI	35-64 év 95% MI	65+ 95% MI	Összesen 95% MI
<b>0</b>	21,25 [17,31-25,82]	21,72 [19,28-24,38]	24,24 [19,63-29,54]	21,91 [19,19-24,9]
<b>T</b>	4,88 [3,51-6,74]	7,96 [6,14-10,25]	20,77 [17,33-24,7]	8,68 [7,28-10,32]
<b>D</b>	10,68 [8,85-12,84]	9,23 [7,69-11,05]	1,14 [0,39-3,26]	8,6 [7,63-9,69]
<b>G</b>	10,83 [8,85-13,17]	5,9 [4,73-7,34]	3,07 [1,83-5,12]	7,22 [6,27-8,31]
<b>DG</b>	9,06 [7,37-11,1]	4,69 [3,5-6,25]	0,74 [0,22-2,43]	5,66 [4,85-6,6]
<b>Z</b>	4,56 [3,05-6,76]	5,17 [3,55-7,47]	7,87 [4,63-13,07]	5,33 [3,77-7,5]
<b>DT</b>	3,58 [2,6-4,92]	4,72 [3,7-6,01]	4,29 [2,41-7,52]	4,26 [3,64-4,98]
<b>GT</b>	3,16 [2,0-4,94]	3,26 [2,28-4,65]	7,28 [5,13-10,23]	3,79 [3,08-4,66]
<b>A</b>	2,96 [2,03-4,3]	3,54 [2,75-4,55]	2,95 [1,77-4,9]	3,26 [2,6-4,07]
<b>DZ</b>	2,72 [1,62-4,52]	3,69 [2,65-5,11]	1,73 [0,84-3,55]	3,08 [2,27-4,16]
<b>DA</b>	3,54 [2,46-5,08]	3,0 [2,28-3,95]	0,32 [0,04-2,25]	2,82 [2,22-3,57]
<b>DGT</b>	2,72 [1,82-4,04]	2,86 [2,08-3,93]	1,38 [0,53-3,57]	2,61 [2,02-3,36]
<b>DZG</b>	3,46 [2,45-4,85]	1,9 [1,26-2,87]	0,45 [0,11-1,91]	2,24 [1,73-2,9]
<b>ZT</b>	1,02 [0,49-2,08]	1,75 [1,02-2,98]	6,84 [4,31-10,69]	2,21 [1,54-3,14]

**0** = egyik tényező sem  
**T** = nem végez rendszeres testmozgást  
**Z** = állati eredetű zsiradékot használ  
**D** = rendszeresen dohányzik  
**G** = nem fogyaszt minden nap friss gyümölcsöt vagy zöldséget  
**A** = nagyívó

### 3.8.4.2. Összefüggés-elemzések

A többszörös életmódbeli kockázattal kapcsolatban nem végeztünk logisztikus regressziós összefüggés-elemzéseket, csak néhány egyszerű keresztábrás elemzést az egyes egészségmagatartási tényezőkkel.

Az eredmények szerint a rendszeres dohányosok között csaknem kétszer nagyobb arányban fordulnak elő a nagyívók, mint a nem dohányzók körében (17,7 illetve 9,2%). A dohányosok és a nem dohányosok zöldség- és gyümölcsfogyasztási szokásai is eltérnek egymástól: a dohányosok között több mint másfélszeres azoknak az aránya, akik nem fogyasztanak naponta friss zöldséget vagy gyümölcsöt. A dohányosok körében többen vannak azok is, akik a főzéshez állati eredetű zsiradékot használnak (27,8%, szemben a nem dohányzók 22,6%-ával).

A nagyívók csaknem fele (45,4%) rendszeresen dohányzik, míg a nem nagyívók körében a rendszeres dohányosok gyakorisága csak 28,2%. A nagyívók a rendszeres dohányosokhoz hasonlóan nagyobb arányban nem fogyasztanak kellő rendszerességgel friss zöldséget, gyümölcsöt: a nagyívók több mint harmada (36,2%), míg a nem nagyívók negyede (26,1%).

A főzéshez állati eredetű zsiradékot használók magasabb arányban nagyívók (14,3%) és rendszeres dohányosok (34,8%) mint a főzéshez növényi olajt használók (10,1 ill. 28,8%).

Azok között, akik nem fogyasztanak naponta zöldséget, gyümölcsöt, szintén többen vannak a nagyivók (15,6%) és a rendszeres dohányosok (42,6%) mint a napi zöldségfogyasztók körében (10,3% ill. 24,5%).

Érdekes ugyanakkor, hogy valamivel magasabb a dohányosok és a nagyivók aránya is a legalább hetente egyszer testmozgást végzők körében, mint azoknál, akik hetinél ritkábban mozognak, bár ez az eltérés nem számottevő (3 % a dohányosok és 2% a nagyivók gyakoriságában).

### **3.8.5. Megbeszélés**

#### **3.8.5.1. Belső összehasonlítások**

Az életmódbeli kockázati profilokat tartalmazó táblázatokban szereplő adatok első pillantásra esetleg nem tűnnek konzisztensnek az egyes egészségmagatartási tényezőkről szóló fejezetekben szereplő gyakorisági becslésekkel. Például az Alkoholfogyasztás fejezetben azt mutatták az eredmények, hogy a férfiak 19,2%-a nagyivó. A 3.8-4. táblázat-ban a nagyivók gyakorisága önmagában 3,26% és a dohányzás és nagyivás együtt 2,82%. Az eredmények értelmezésekor figyelembe kell venni, hogy az életmódbeli kockázati profil vizsgálatokor csak azon személyek adatait vettük figyelembe, akiknél az elemzésbe bevont öt kockázati tényező egyikénél sem szerepelt hiányzó érték. Ezen kívül nagyon sokan voltak olyanok is, akiknél a nagyivás mellett még más tényezők is szerepeltek, de az adott kockázati profil-kategória gyakoriságok nem haladták meg a 2%-ot- a táblázatban pedig csak a 2%-os határt elérő becslések jelennek meg.

#### **3.8.5.2. Az eredmények értelmezése**

Eredményeink alátámasztják azokat a nemzetközi tapasztalatokat, melyek szerint az életmódbeli kockázati tényezők gyakran egymással összekapcsolódva jelennek meg. Az életmódbeli kockázatok pontszámszerű összegzésével (1-től 5-ig terjedően) nem akartuk azt sugallni, hogy a vizsgált tényezők mindegyike egyforma hatással befolyásolná az egészséget, ugyanakkor elgondolkodtató, hogy a három vagy több életmódbeli kockázati tényező együttes előfordulása jellemzi a nők csaknem tizedét (9,2 %) és a férfiak több mint hatodát (17,5%). A kockázatos egészségmagatartási tényezők halmozódása valószínűleg a társadalmi-gazdasági szempontból hátrányos helyzetben lévőkönél fordul elő, erre az egyes tényezők összefüggés-elemzése során nyertünk adatokat.

Az egyes életmódbeli tényezőket tartalmazó kereszttáblák felhívják a figyelmet a kereszttáblák általános értelmezési problémáira, nevezetesen, hogy azok csak leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak, a vizsgált tényezők nem biztos, hogy ténylegesen összefüggnek egymással. Például a főzéshez állati eredetű zsiradékot használók és a nagyivás kapcsolata mögött állhat esetleg az anyagi helyzet vagy a településtípus, mint magyarázó tényező – ennek eldöntésére logisztikus regressziós elemzést kellene alkalmazni. Ugyanígy, a rendszeres testmozgás és a gyakori nagyivás összekapcsolódását magyarázhatja például a foglalkozás – a fizikai aktivitásba ugyanis a munkavégzés során gyakorolt testmozgást is beleértettük. Így lehetséges, hogy a fizikai munkások (akiknek munkájához hozzátartozik a mozgás is) nagyobb eséllyel tartoznak a nagyivók körébe, mint ahogyan az az Alkoholfogyasztás fejezetben szereplő összefüggés-elemzésekből egyértelműen kiderül.

### 3.9. Szexuális magatartás

Dr. Vizi János

#### 3.9.1. Kiemelt eredmények

- A nőknél a szexuális inaktivitás esélye a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt a korrallal, a társas támogatottsággal, a munkaintenzitással, az anyagi helyzettel, a családszerkezettel, a vallásossággal, az anyagi helyzettel, az alkoholfogyasztással és a földrajzi régióval.
- A férfiaknál a korrallal, a társas támogatottsággal, a munkaintenzitással, az iskolai végzettséggel, a munkavisztonnyal, a családszerkezettel, a lakáskörülményekkel, az alkoholfogyasztással, illetve a földrajzi régióval illetve találtunk összefüggést.
- A korrallal párhuzamosan a nőknél a szexuális inaktivitás esélye ugrásszerűen nő, a 30-39 évesek között még csak két és félszerese, a 40-49 éveseknél 5,8- szerese, az 50-59 évesek között több, mint 15-szöröse, a 60-69 éveseknél pedig csaknem 63(!) szorosa a 18-29 évesekhez képest.
- A férfiaknál a szexuális inaktivitás esélye kevésbé nagy ugrásokkal nőtt, mint a nőknél: a 30-39 évesek között csak 1,3 szorosra, a 40-49 éveseknél közel háromszorosra, az 50-59 évesek között 4,7 szeresre, a 60-69 éveseknél pedig közel tízszeresre a 18-29 évesekhez képest.
- A leggyakrabban használt fogamzásgátló módszerek a rendszeres fogamzásgátló tabletták, a gumi óvszer, a megszakított közösülés és a „spirál.”

#### 3.9.2. Háttér

A szexuális magatartás nem csak kézenfekvő biológiai, hanem szociális jelentősége miatt is fontos kérdés. Kiemelkedő jelentőségű a családi élet meghatározásában és szerveződésében, az egyének jól-létében és számos egyéb szociális problémában, mint például a válásban, a világszerte emelkedő nemi bűncselekményekben, a prostitúcióban, a nem kívánt terhességekben és a szexuális úton terjedő betegségekben. [119]

A szexuális elégedettség az általános életminőséggel való kapcsolata mellett számos specifikus egészségproblémával is összefüggést mutat. Kiterjedt irodalma van például a rákbetegség, és annak kezelése, valamint a szexuális magatartás összefüggéseinek. Mivel felmérésünk ezt a betegséget nem célozta, ilyen összefüggésekkel itt nem foglalkozunk. A keringési betegségek körében is fontos probléma a szexuális magatartás. Akut miokardiális infarktuson átesett betegek közül a nők az infarktus előtti időszakra nézve szexuális aktivitásuk jelentősen alacsonyabb frekvenciájáról és alacsonyabb megelégedettségről számoltak be, mint a férfiak. [120] Az infarktus után három, illetve hat hónappal mind a nők, mind a férfiak a szexuális aktivitás és elégedettség hasonló mértékű csökkenését jelezték az infarktus előtti időszakhoz viszonyítva. Ez a csökkenés nem függött a kortól, képzettségtől és az infarktus előtti vélt egészségtől.

A szexuális funkciózavarok elterjedtsége ellenére kevés megbízható epidemiológiai vizsgálatból állnak rendelkezésre adatok. Különösen így van ez az egészségügyi alapellátáshoz fordulóknak vonatkozásában, holott a magas prevalenciából önként adódik, hogy a probléma detektálásában és kezelésében az alapellátásé kell, hogy legyen a döntő szerep. Az alapellátást felkereső személyek kérdőíves vizsgálata során a férfiak 35, a nők 42%-a számolt be valamely specifikus szexuális funkciózavarról [121]. Kiemelendő, hogy a férfiak 17%-ánál olyan merevedészavar állt fenn, amely az aktuális gyógyszerelés nem kívánt hatása volt. Az

általános szexuális elégedetlenség még gyakoribb volt: a férfiak 75, a nők 68%-a említette. A minta 70%-ának vélekedése szerint a házi orvos alkalmas a szexuális problémák megbeszélésére. Ezzel szemben a funkciózavarok mindössze 2%-a szerepelt a házi orvosi dokumentációban.

A fogamzásgátlás kérdése mind a termékenység, mind pedig a szexuális úton átvihető betegségek epidemiológiája szempontjából nagyon fontos kérdés. Európában a nem megfelelő családtervezési módszereket alkalmazó nők (akiknek nem kívánt terhessége volt, illetve akik szexuálisan aktívak, nem kívánnak gyermeket, de nem használnak semmilyen fogamzásgátlási módszert) 10% alatt van [122]. Az „átmenet” országaiban ez az arány lényegesen magasabb – például Lettorszában és Litvániában 13%, Bulgáriában 23%. Ez megegyezik a fejlődő országokban tapasztalt gyakoriságokkal. A gyakoriság növekszik az életkorral, a család méretével, jellemzőbb az iskolázatlanokra és - kissé meglepő módon - a házasságban élőkre. A kielégítetlen családtervezési igény gyakorisága egyenesen arányos a művi abortuszok gyakoriságával.

Franciaországban a nők kétharmada használt valamilyen reverzibilis fogamzásgátlási módszert 1994-ben. [123] Az orális fogamzásgátlók aránya folyamatosan nő – az 1978-as 28%-ról 1994-re 40%-ra emelkedett a 20-44 éves korosztályban. A kondomhasználat ugyanebben az időszakban 6%-ról mindössze 8%-ra emelkedett. Ezek a trendek nagyjából megegyeznek az európai országokban tapasztaltakkal – azzal a különbséggel, hogy a franciáknál az átlagnál valamivel magasabb az orális fogamzásgátlók használati aránya.

A szexuális úton terjedő fertőző betegségek körében az utóbbi évtizedek közismert jele a HIV fertőzések terjedése. Az USA-ban 1992-re az AIDS vált a 25-44 év közötti férfiak vezető halálórává. A terjedésben ma már a heteroszexuális aktusok viszik a vezető szerepet. [124] Emiatt a szexuális magatartás egyre fontosabb kérdése a kockázatos szexuális magatartás, vagy másik oldalról a biztonságos szex kérdése. A biztonságos szex a HIV fertőzésekkel kapcsolatban ma egyértelműen a promiskuitás kerülését és a gumi óvszer használatát jelenti. A kondom használattal szembeni negatív attitűd mellett a stabil párok között is a negatív attitűd, a szexuális aktusok előtti gyakoribb alkoholhasználat és a szexuális elégedettség alacsony szintje negatív irányú összefüggést mutat a kondomhasználattal. [125] Mindazonáltal a HIV fertőzettek összességében nagyobb gyakorisággal mutatnak biztonságosabb szexuális magatartást, a HIV pozitív nők 63 %-a mindig használt kondomot a vaginális aktusok során, szemben a nem fertőzött nők 28 %-ával. [126] Azonban ez az arány lényegesen alacsonyabb a kívánatosnál.

### 3.9.3. Módszertan

**Az OLEF2000-ben a téma fokozottan érzékeny jellegének megfelelően a szexuális magatartásra vonatkozó, összesen három kérdés az önkitöltő részben szerepelt.**

**25. Az elmúlt 12 hónapban mennyire volt elégedett a szexuális életével?**

- a. Nem élt szexuális életet
- b. Nagyon elégedett
- c. Többnyire elégedett
- d. Kevésbé elégedett
- e. Egyáltalán nem elégedett

**26. Az elmúlt 12 hónapban hány szexuális partnere volt?**

.....

**27. A felsoroltak közül kérem, hogy karikázza be azokat a módszereket, amelyeket Ön és partnere általában használ.**

***Ennél a kérdésnél több választ is karikázhat!***

- a. Rendszeresen szedett fogamzásgátló tabletta
- b. Esemény utáni tabletta
- c. Gumióvszer
- d. Spirál
- e. Pesszárrium
- f. Megszakított közösülés
- g. Naptár-módszer
- h. Egyéb

Az értékelés során azokat is a szexuálisan inaktívok közé soroltuk, akik nem válaszoltak partnerek számáról szóló kérdésre, de a 25. kérdésben azt jelölték meg, hogy nem éltek szexuális életet az elmúlt évben.



### 3.9.4. Eredmények

#### 3.9.4.1. Populációs becslések

##### **Az eredmények értelmezéséhez:**

Az alábbi táblázatokban a szexuális inaktivitás gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például a szexuális inaktivitás csökkenés gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az életkornak a szexuális aktivitás csökkenésére gyakorolt megfelelő irányú hatását.

A szexuális inaktivitás gyakoriságát a 3.9-1 mutatja. A teljes populációban inaktívnak vallotta magát a nők 35, a férfiak 15%-a.

#### **3.9-1. táblázat: Az elmúlt év során magukat szexuálisan inaktívnak vallók aránya (%)**

##### **Nők**

Szexuális inaktivitás	10 éves korcsoportok					Összesen
	18-29 év	30-39 év	40-49 év	50-59 év	60-69 év	
aktív	92,2 [89,7-94,1]	92,0 [89,4-94,0]	83,9 [80,6-86,7]	61,1 [57,3-64,8]	28,5 [23,1-34,6]	79,0 [77,6-80,4]
inaktív	7,8 [5,9-10,3]	8,0 [6,0-10,6]	16,1 [13,3-19,4]	38,9 [35,2-42,7]	71,5 [65,4-76,9]	21,0 [19,6-22,4]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

##### **Férfiak**

Szexuális inaktivitás	10 éves korcsoportok					Összesen
	18-29 év	30-39 év	40-49 év	50-59 év	60-69 év	
aktív	91,7 [89,6-93,5]	96,0 [93,5-97,6]	93,1 [90,7-94,9]	88,2 [85,0-90,8]	74,4 [67,5-80,3]	91,1 [89,9-92,2]
inaktív	8,3 [6,5-10,4]	4,0 [2,4-6,5]	6,9 [5,1-9,3]	11,8 [9,2-15,0]	25,6 [19,7-32,5]	8,9 [7,8-10,1]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A nemek között a szexuális inaktivitási adatok között nyilvánvaló ellentmondás feszül. Ezt elvileg magyarázhatná a két nem szexuális partnereinek száma közötti különbség. Azonban ezt adataink nem támasztják alá, mivel a nők 8, a férfiaknak pedig csupán 12%-a számolt be 1-nél több szexuális partnerről.

A nők közül csak a 18-24 éves korcsoportokban számoltak be értékelhető arányban több szexuális partnerről: két partnert jelölt 12, hármat 3, négyenél többet mindössze 1,6%. A 25-34 évesek között ezek az adatok rendre 5,9, illetve közel 1-1%.

A 18-24 éves férfiak között ugyanezek az arányok 13, 7, illetve 8, a 24-35 évesek körében pedig 8, 2, illetve 5%-nak adódtak. Az idősebb korcsoportokban a férfiak között is nagyon alacsony volt az egynél több partnert megjelölők aránya. Így a teljes női populációra vetítve egy partnert jelölt 60, kettőt 3, háromnál többet mindössze alig több mint 1%. A férfiaknál ugyanezek az arányok rendre 71, illetve 12%-nak adódtak, négynél több partnert alig több mint fél százalék jelölt. Megállapítható tehát, hogy a felmérés eredményei szerint a fokozott szexuális kockázati magatartást mutatók aránya a nők körében minden korosztályban elhanyagolhatóan alacsony, a férfiaknál pedig csak a 18-35 éves korcsoportban említésre méltó.

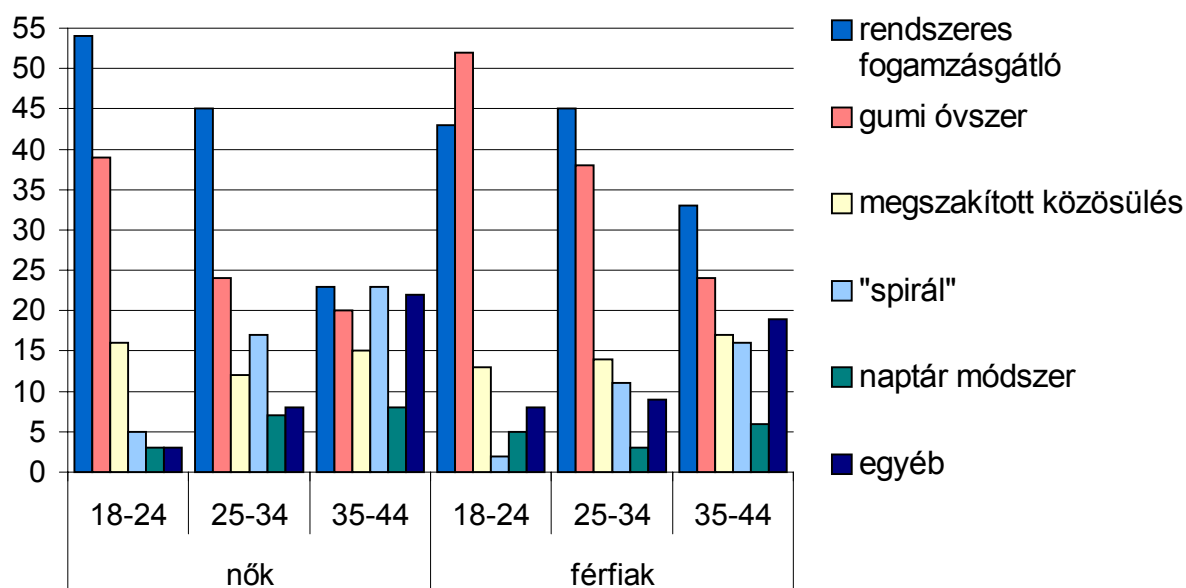
A szexuális életet élő nők 36% nagyon, 53%-a többnyire, 7%-a kevéssé, 4%-a pedig egyáltalán nem elégedett a szexuális életével. (Az egyes korcsoportok között érdemi különbségek nem mutatkoztak, így ezek részletezésétől eltekintünk.) A férfiaknál ugyanezek az arányok rendre 31, 54, 11, illetve 4%-nak adódtak. A 18-44 éves korosztályban 10% alatti, a 45-64 évesek között 20% feletti a kevéssé elégedettek aránya, amely a 65 év felettek körében 11%-ra esik. Egyáltalán nem elégedett a 18-54 évesek és a 65 felettek körülbelül 3, az 55-65 évesek 11%-a.

A fogamzásgátló módszerek használatának arányát a 4.8.2. ábra mutatja be. (Az értékek értelmezéséhez megjegyezzük, hogy a válaszadók több rendszeresen használt módszert is megjelölhettek, így az összeg elvileg meghaladhatja a 100%-ot.)

A legfiatalabb korcsoportban a nemek közötti eltérést vélhetően az okozza, hogy az ebbe a korosztályba tartozó férfiaknak jellemzően fiatalabb partnerei vannak, akik még a gumi óvszert preferálják a tablettával szemben. Viszonylag magas – és az egyes korcsoportokban lényegesen nem eltérő – arányt képvisel a megszakított közösülés módszere, amely a nem kívánt terhesség megelőzésében kevéssé biztonságos.

Adataink értelmezésének jelentős korlátját jelentheti, hogy a kérdőívfejlesztés során az egyes kérdőív-változatok kialakításának valamelyik lépcsőjében a „nem használ semmit” válaszkategória jelölési lehetősége véletlenül lemaradt a későbbi verzióról. Vélhetően e helyett sokan az „egyéb” kategóriát jelölték meg. Erre utalhat, hogy a 45 év fölötti korcsoportokban ugrásszerűen nőtt az „egyéb” válaszok aránya, valamint az, hogy még a 70 év fölötti nők közül is számosan jelöltek be más kategóriákat is. Az „egyéb” válasz aránya a 45 év feletti férfiak körében is hasonló mértékben emelkedett – ezért ezt a korosztályt kihagytuk az elemzésből. Ez a hiba magyarázza azt is, hogy nem tudjuk megadni a valamilyen fogamzásgátló módszert használók számát sem.

3.9-1. ábra: A fogamzásgátló módszerek használati aránya



### 3.9.4.2. Összefüggés-elemzések

#### Az eredmények értelmezéséhez:

A többváltozós elemzés lehetővé teszi **több** magyarázó jellemzőnek **egy** vizsgált tényezőre kifejtett hatásának elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszűrve” az elemzésbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.
- Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** különböző korszortjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhető az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

Tekintettel az alapadatokkal kapcsolatos, lentebb tárgyalt problémákra, szexuális inaktivitáson kívüli adataink összefüggés elemzéseitől eltekintettünk. A 70+ éves korszortot magas válaszmegtágadási aránya miatt az elemzésből kihagytuk.

Az összefüggés-elemzést a két nemre külön végeztük el.

Összefüggés-elemzésünk eredményei alapján megállapítható, hogy a nőknél a szexuális inaktivitás esélye a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt a korrallal, a társas támogatottsággal, a munkaintenzitással, az anyagi helyzettel, a családszerkezettel, a vallásossággal, az anyagi helyzettel, az alkoholfogyasztással és a földrajzi régióval.

A férfiaknál a korrallal, a társas támogatottsággal, a munkaintenzitással, az iskolai végzettséggel, a munkavisztonnyal, a családszerkezettel, a lakáskörülményekkel, az alkoholfogyasztással, illetve a földrajzi régióval illetve találtunk összefüggést.

Megfigyelhető, hogy a korrallal párhuzamosan a nőknél a szexuális inaktivitás esélye ugrásszerűen nő, a 30-39 évesek között még csak két és félszerese, a 40-49 éveseknél 5,8-szerese, az 50-59 évesek között több, mint 15-szöröse, a 60-69 éveseknél pedig csaknem 63(!) szorososa a 18-29 évesekhez képest.

Összevetve a családszerkezet kategóriáit, az egyedül élő nőknek 6, illetve 9-szeres az esélye a szexuális inaktivitásnak a párban élőkhez képest, attól függően, hogy gyermektelen, vagy gyermekkel élő párral hasonlítjuk össze őket.

Az anyagi helyzet javulásával párhuzamosan csökken a szexuális inaktivitás esélye – az összefüggés csak a legjobb anyagi helyzetűek tekintetében éri el a szignifikáns szintet. Utóbbiak esetén a szexuális inaktivitás esélye egyharmada a legrosszabb anyagi helyzetben lévőkhöz viszonyítva, az ennél kevésbé jó helyzetűeknél az összefüggés ugyan nem szignifikáns, de a trend végig konzekvens.

A társas támogatottság kategóriáit tekintve megfigyelhető, hogy a társas támogatottság javulásával csökkent a szexuális inaktivitás esélye: a megfelelő, illetve jó társas támogatottsággal rendelkezők körében az esély körülbelül fele volt a társas támogatottság súlyos hiányával jellemzettek körében becsült értéknek.

Az átlagos munkaintenzitással jellemzettek körében a szexuális inaktivitás esélye közel fele volt az intenzív munkaterhelésnek kitettekhez viszonyítva.

Az alkoholfogyasztással kapcsolatban megfigyelhető, hogy a teljesen absztinens nőkhöz viszonyítva az alkoholt fogyasztók esélye a szexuális inaktivitásra az alkoholfogyasztás mértékével párhuzamosan csökken (a ritkán ivóknál 0,66, a mértékletesen ivóknál 0,54, a nagyivóknál 0,39-szoros).

A magukat szigorúan vallásosoknak valló nők esélye a szexuális inaktivitásra kb. kétszerese a magukat a maguk módján vallásosnak, illetve nem vallásosnak tartókhöz képest.

Az 1000-3000 közötti lélekszámú településeken élő nők esélye a szexuális inaktivitásra több mint kétszerese volt az ennél kisebb települések lakosaihoz képest.

A Nyugat-Dunántúl régióban élő nőkhöz viszonyítva az Észak- illetve Dél-Alföldön egyaránt a fele volt a szexuális inaktivitás esélye volt a korlátozottság esélye.

A korrallal párhuzamosan a férfiaknál a szexuális inaktivitás esélye kevésbé nagy ugrásokkal nőtt, mint a nőknél: a 30-39 évesek között csak 1,3 szorosra, a 40-49 éveseknél közel háromszorosra, az 50-59 évesek között 4,7 szeresre, a 60-69 éveseknél pedig közel tízszeresre a 18-29 évesekhez képest.

Összevetve a családszerkezet kategóriáit, a gyermeküket egyedül nevelő férfiaknak 3,7-szeres esélynövekedésével szemben a párban élő férfiak esélye közel egyharmada, a gyermekes párként élőknek pedig 16%-os esélye volt a szexuális inaktivitásra az egyedül élő férfiakhoz képest.

A férfiaknál az iskolai végzettséggel párhuzamosan nő a szexuális inaktivitás esélye – az összefüggés csak a felsőfokú végzettségűeknél éri el a szignifikáns szintet. Náluk a szexuális

inaktivitás esélye több mint háromszoros a nyolc általánost végzettekhez viszonyítva, a trend azonban végig konzekvens.

A munkaviszonyt illetően a nyugdíjas férfiaknak két és félszeres, a tartósan, illetve nem tartósan munkanélkülieknek pedig kb. háromszoros volt az esélye a szexuális inaktivitásra dolgozókhöz viszonyítva. (A nyugdíjasokkal kapcsolatosan itt ismét felhívjuk a figyelmet arra, hogy ez az összefüggés is a kor hatásának kiszűrése után mutatkozott!)

A munkaterhelés vonatkozásában éppen fordított volt a helyzet a nőknél találthoz: az átlagos munkaintenzitással jellemzettek körében a szexuális inaktivitás esélye két és félszeres volt az intenzív munkaterhelésnek kitettekhez viszonyítva.

A társas támogatottság kategóriáit tekintve a férfiaknál is megfigyelhető, hogy a társas támogatottság javulásával csökkent a szexuális inaktivitás esélye: a megfelelő, illetve jó társas támogatottsággal rendelkezők körében az esély körülbelül 60%-os volt a társas támogatottság súlyos hiányával jellemzettek körében becsült értéknek.

A rossz lakáshellyel jellemzett férfiak esélye a szexuális inaktivitásra több mint kétszerese volt a jó lakáshelyzetűekhez képest.

Az alkoholfogyasztással kapcsolatban a nőknél látotthoz hasonló összefüggés figyelhető meg - a teljesen absztinens férfiakhoz viszonyítva az alkoholt fogyasztók esélye a szexuális inaktivitásra az alkoholfogyasztás mértékével párhuzamosan csökkent (a ritkán ivóknál 0,19, a mértékletesen ivóknál 0,26, a nagyivóknál 0,23-szoros).

A vallásossággal való összefüggés is hasonlóan mutatkozott a két nemben: a magukat szigorúan vallásosoknak valló férfiak esélye a szexuális inaktivitásra kb. háromszorosa volt a magukat a maguk módján vallásosnak, illetve nem vallásosnak tartókhöz képest.

### 3.9-2. táblázat: A szexuális aktivitás összefüggései - nők

Vizsgált tényező	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>KOR</b>			
Referencia: 18-29 év	30-39 év	2,52	1,35-4,68
	40-49 év	5,79	2,29-14,62
	50-59 év	15,32	5,47-42,96
	60-69 év	62,86	19,74-200,1
<b>ANYAGI HELYZET</b>			
Referencia: 1 (legrosszabb)	2	1,30	0,63-2,67
	3	1,08	0,55-2,13
	4	0,88	0,43-1,79
	5	0,75	0,35-1,63
	6 (legjobb)	0,33	0,11-0,99
<b>MUNKAINTEENZITÁS</b>			
Referencia: intenzív terhelés	átlagos	0,54	0,33-0,88
	átlag alatti	1,13	0,54-2,41

Vizsgált tényező	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG</b>			
Referencia: súlyos hiány	kisebb hiány	0,47	0,31-0,71
	megfelelő	0,56	0,39-0,82
<b>RÉGIÓ</b>			
Referencia: Nyugat-Dunántúl	Dél-Dunántúl	0,72	0,39-1,37
	Közép-Dunántúl	1,21	0,68-2,13
	Közép-Magyarország	0,72	0,47-1,09
	Észak-Magyarország	0,96	0,55-1,67
	Észak-Alföld	0,49	0,29-0,83
	Dél-Alföld	0,50	0,30-0,86
<b>TELEPÜLÉS-NAGYSÁG</b>			
Referencia: 0-1000	1001-3000	2,15	1,03-4,47
	3001-5000	1,53	0,65-3,59
	5001-10000	1,65	0,73-3,75
	10001-50000	1,97	0,92-4,22
	50001-X	1,81	0,87-3,76
<b>CSALÁDSZERKEZET</b>			
Referencia: egyedülálló	egyedülálló gyerekekkel	1,37	0,70-2,70
	pár	0,16	0,06-0,50
	pár gyerekekkel	0,11	0,05-0,27
	egyéb	1,73	1,06-2,83
<b>VALLÁSOSSÁG</b>			
Referencia: szigorúan vallásos	vallásos a maga módján	0,53	0,35-0,78
	nem vallásos	0,48	0,29-0,78
<b>ALKOHOLFOGYASZTÁS</b>			
Referencia: soha nem	ritkán	0,67	0,47-0,95
	értéktelenen	0,54	0,37-0,79
	nagyivó	0,40	0,19-0,85

### 3.9-3. táblázat: A szexuális aktivitás összefüggései - férfiak

Vizsgált tényező	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>KOR</b>			
Referencia: 18-29 év	30-39 év	1,37	0,64-2,93
	40-49 év	2,93	1,47-5,84
	50-59 év	4,80	2,32-9,95
	60-69 év	9,67	3,92-23,86

Vizsgált tényező	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>			
Referencia: 8 általános	érettségi nélkül	0,80	0,46-1,39
	legfeljebb érettségi	1,36	0,67-2,74
	felsőfokú	3,14	1,35-7,30
<b>MUNKAINTEENZITÁS</b>			
Referencia: intenzív terhelés	átlagos	2,52	1,21-5,27
	átlag alatti	2,88	0,81-10,30
<b>TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG</b>			
Referencia: súlyos hiány	kisebb hiány	0,65	0,38-1,13
	megfelelő	0,58	0,36-0,92
<b>CSALÁDSZERKEZET</b>			
Referencia: egyedülálló	egyedülálló gyerekekkel	3,72	1,37-10,13
	pár	0,28	0,13-0,60
	pár gyerekekkel	0,16	0,08-0,34
	egyéb	1,00	0,57-1,78
<b>VALLÁSOSSÁG</b>			
Referencia: szigorúan vallásos	vallásos a maga módján	0,38	0,24-0,63
	nem vallásos	0,36	0,22-0,59
<b>ALKOHOLFOGYASZTÁS</b>			
Referencia: soha nem	ritkán	0,19	0,11-0,34
	mértékletesen	0,27	0,16-0,45
	nagyivó	0,23	0,11-0,49
<b>LAKÁSKÖRÜLMÉNYEK</b>			
Referencia: nem rossz	rossz	2,11	1,24-3,60
<b>MUNKAVISZONY</b>			
Referencia: dolgozik	nyugdíjas	2,52	1,10-5,79
	egyéb inaktív	3,57	0,68-18,84
	tartósan munkaképtelen	2,93	1,03-8,37
	tartósan munkanélküli	3,06	1,16-8,04
	nem tartósan munkanélküli	2,82	0,95-8,43

### 3.9.5. Megbeszélés

#### 3.9.5.1. Belső összehasonlítások

A szexuális étellel kapcsolatos elégedettségére vonatkozó önkítöltő kérdés és az életesemény-kérdőív szexuális problémákra vonatkozó alkérdése nem mutatott inkonzisztenciát.

Igen nagy eltérés mutatkozott a szexuálisan inaktív nők, illetve férfiak aránya között, ezt az eltérést a szexuális partnerek számát is figyelembe véve sem lehet adataink alapján feloldani.

A 65 év feletti korcsoportban igen magas volt a válaszmegtágadók aránya. Azok, akik nem jelölték be, hogy nem élnek szexuális életet a partnerek számát illetően 58%, a szexuális étellel való elégedettséget illetően pedig 45% nem válaszolt. Így ebben a korosztályban az eredmények nem értékelhetők. (A fiatalabb korcsoportokban a válaszmegtágadás mindössze 16, illetve 6%-os volt.)

#### 3.9.5.2. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság

Angliában négy háziorvosi praxis területén 18-75 éves véletlen lakossági mintán végzett kérdőíves felmérés szerint a résztvevők egyharmada nem élt szexuális életet a felmérést megelőző három hónapban. [127] A kérdezettek 41%-a számolt be aktuálisan fennálló, 68%-a az élete során előfordult szexuális funkciózavarról. A problémák közül a leggyakoribbak a nedvesedés hiánya (28%), a kielégülés- (27%), a szexuális örömmérs hiánya, a közösülési fájdalmak (18%), illetve az izgalom hiánya (17%) voltak. A férfiaknál az aktuális problémák 34, az élettartam-zavarok 54%-os gyakoriságot mutattak. Az aktuálisan fennálló funkciózavarok közül a leggyakoribbak az erekciózavarok (26%), a korai magömlés (14%) illetve a szexuális örömmérs teljes hiánya (8%) voltak.

A *US National Health and Social Life Survey* eredményei szerint a 18 és 59 év közötti férfiak és nők körében a szexuális funkciózavarok előfordulási gyakoriságai a következők voltak [128]: a nők 32%-ának hiányzott a szexuális érdeklődése, 26%-a nem tudott orgazmust elérni, 23%-a nem talált semmi örömet a szexben, 16%-a közösülési fájdalmakról számolt be. A férfiak 31%-ának korai magömlése, 18%-ának teljesítmény-szorongása, volt 15%-ban hiányzott a szexuális érdeklődésük, 10%-os volt a merevedészavar, 8% pedig a kielégülés képtelenség aránya. A tanulmány szerint a szexuális diszfunkció gyakran társult a személyes problémákkal és a kapcsolati zavarokkal. A szexuális vágy hiánya erős – a szerzők szerint valószínűleg oki – összefüggést mutatott az alacsony fizikai és érzelmi elégedettséggel és az általános jól-lét szintjével.

A szexuális partnerek számát legerősebben meghatározó prediktív tényezők a fiatal kor, a nőtlen vagy hajadon állapot és a férfi nem, kevésbé szoros a kapcsolat a nagy városban éléssel, az alacsony iskolázottsággal, illetve jövedelemmel, valamint a ritkább templomlátogatással. [119] Az idézett felmérés adatai szerint a megelőző 12 hónapban nem volt szexuális partnere a 18 évnél idősebbek 17, a férfiak 13, a nők 21%-ának. Korcsoportok szerint a 18-29 éves nők 12, a 30-39 évesek 6, a 40-49 évesek 12, az 50-59 évesek 23, a 60-69 évesek 41, míg a 70 éven felülieknek 72%-a vallotta magát szexuálisan inaktívnak. A férfiaknál ugyanezek az adatok rendre 15, 6, 7, 11, 16, illetve 44%. Egy partnere volt 70, 2-4 10, 4-nél több pedig 3,5%-nak. Megjegyzendő, hogy a partnerre vonatkozó adatok nagymértékben függenek a kérdés módjától. Így például a kérdezőbiztos által felvett interjúban a 15-44 éves hajadonok mindössze 3,3%-a számolt be 4-nél több partnerről, míg önkítöltős kérdőívben ez az arány 8,6%-os volt. [129] Az eltérés ráadásul a korról párhuzamosan emelkedett, míg a 15-29 éves korcsoportban csak kétszeres (3,7 vs 7,4%) volt, addig a 40-44 évesek között közel ötszörösre nőtt (1,2 vs 5,7%). Hasonló mértékű eltérések



tapasztalhatók a fokozott érzékenység miatt a szexuális magatartás egyéb területein is a vizsgálatra alkalmazott eszköz és módszer függvényében.

A fenti adatok tükrében látható, hogy eredményeink mind a szexuális aktivitást, mind pedig a szexuális partnerek számát illetően lényegesen alacsonyabb gyakoriságokat mutatnak a nyugati adatokhoz viszonyítva.

Magyarországon a szexuális problémák gyakoriságáról az M&H Communications kérdőíves adatfelvétele a Tárki-Omnibusz vizsgálatának része volt. A válaszadó férfiak mindössze 47 százaléka válaszolta, hogy nincs semmilyen problémája. A 65 éven felüli férfiak 71 százaléka számolt be állandó szexuális társról. Ugyanakkor az 56-65 éves nők közül csupán minden másodiknak van állandó partnere, a 66 éven felüliek közül pedig minden ötödiknek. A férfiak és a nők partnerükről való beszámolói alapján a felnőtt magyar férfiak mintegy öt százaléka rendszeresen, hét százaléuk alkalmanként komoly potenciazavarokkal küzd. Szoros kapcsolat van az életkor és a merevedési problémák előfordulásának gyakorisága között. A szexuális életet nem élő férfiak egy része éppen merevedési problémái miatt kerüli a nemi kapcsolatot. A férfiak negyede mondta a vizsgálatban, hogy rendszeresen vagy alkalmanként korai magömlése van. A nők közel fele észlelt korai magömlést partnerénél. A korai magömlést az ezzel a problémával küzdő férfiak nagyobb arányban tartják szexuális életüket megnehezítő problémának, mint a merevedési zavarokat.

A Jobb egészséget a nőknek kutatási program adatainak alapján a 14-24 éves nők 31%-ának, a 20-24 évesek 6%-ának nem volt még szexuális kapcsolata. [130] A 14-24 évesek 52%-ának, a 20-24 éveseknek 76%-nak állandó partnere volt. A 14-24 éveseknek csupán 1,3%, a 20-24 éveseknek is csak 1,5%-a válaszolta azt, hogy váltogatja szexuális partnereit. A minta adatai alapján a nők első szexuális kapcsolata átlagosan 16,3 életévben alakul ki. (Szexuális kapcsolat alatt a kutatók az első közösülés időpontját értették – kérdés, vajon a válaszolók is hasonló értelemben kezelték-e a kérdőívet.) A vizsgált populáció 80%-a védekezett a nem kívánt terhesség ellen.

### 3.9.5.3. Az eredmények értelmezése

A külföldi, hasonló felmérésekhez képest az OLEF2000 kérdezettjei ényegesen alacsonyabb arányban jelölték meg több szexuális partnert, különösen az idősebb korosztályokban. Kiugróan magas arányú volt a szexuális életükkel többnyire, illetve teljesen elégedettek aránya.

A fentebb említett, az életesemény kérdőívvel mutatott jó konzisztencia-mutató ellenére kevésbé valószínű, hogy a kapott eredményünk valós és a magyar lakosság elégedettsége ilyen mértékben jobb lenne a nemzetközi adatok által mutatottnál.

Elméletileg felmerül, hogy mintánk a szexuális élet vonatkozásában nem volt reprezentatív. Ezt az elméleti felvetést specifikus utánvizsgálattal lehetne tesztelni.

Nagyobb valószínűsége van annak, hogy az általunk alkalmazott eszköz nem megfelelő. Felmerül, hogy az önkítöltő módszer ellenére a vizsgálati személyek nem bíztak abban, hogy válaszaikat a kérdezőbiztos, vagy más személy nem olvassa el és a kérdést fokozottan érzékenynek ítélve eltekintettek a problémák említésétől. Erre utalhat az is, hogy a férfiak lényegesen alacsonyabb arányban jeleztek szexuális inaktivitást. Az kevésbé valószínű, hogy a két nem idősebb korcsoportjaiban a szexuális aktivitás között ilyen nagy különbség lenne és a férfiak nagyobb számú (a felmérés során be nem vallott) fiatalabb partnerrel „kompenzálják” az eltérést. Inkább arról lehet szó, hogy a hagyományos férfiszereppel nehezebben egyeztethető össze a szex hiányának bevallása a nőkhöz képest.

Az idősebb korcsoportokban szexuális elégedettség kiugróan magas értékét részben magyarázhatja a magyar népességnek a nyugati adatokhoz képest nagy arányú szexuális inaktivitása ebben a korosztályban. Felvethető, hogy az elégedetlenek, illetve a problémákkal küzdők egyszerűen felhagynak a szexuális élettel. Ennek azonban ellentmond, hogy a fiatalabb korcsoportok nem jeleztek inaktivitást, ezzel szemben elégedettségük mértéke hasonlóan meghaladja a külföldi (és a szórványos magyar) adatok által jelzettet.

A 65 év feletti korcsoportban a válaszmegtagadók igen magas aránya magyarázhatja az eltérést.

További magyarázó elvként kínálkozik a kérdőívfelvétel módja. Bár a kérdések az önkitöltő részben szerepeltek, azonban a kérdőívfelvétel a kérdezettek otthonában történt. A házastársal/partnerrel élők között ezekre a partner és a kapcsolat szempontjából is „kényes” kérdésekre a helyszín még akkor is hathatott, ha a partner éppen nem tartózkodott otthon a felvétel idején – kézenfekvő a presszió akkor, ha a partner otthon, netán éppen magában a kérdés helyiségében volt. Feltehető, hogy ez a lélektani nyomás a kívánatosnak ítélt irányokba (alacsonyabb partnerszám, nagyobb elégedettség) befolyásolhatta a válaszadókat.

A fogamzásgátlási módszerek vonatkozásában a kérdőív fejlesztése során sajnálatos módon kimaradt az a válaszadási alternatíva, hogy a kérdezett semmilyen módszert nem használt. Feltehetően ezek a személyek vagy az egyéb kategóriát, vagy pedig valamilyen más lehetőséget jelöltek meg.

#### **3.9.5.4. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra**

A fogamzásgátló módszereknél feltétlenül szerepelnie kell a jövőben a „semmit nem használ” válaszlehetőségnek.

A szexuális magatartás feltárására egy-két kérdés beiktatása a téma szenzitivitása miatt feltehetően alkalmatlan. Ha nincs bővebb kérdezési lehetőség, a téma kihagyását kell mérlegelnünk. Amennyiben lehetőségünk nyílik a részletesebb kikérdezésre, ennek a specifikus szexuális funkciózavarokra (merevedésviz, orgazmuszavar, stb.) és a partnerre is ki kellene terjednie.

### 3.10. Irodalom

- 1 TÁRKI, Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról. 1998, Budapest.
- 2 Verbrugge, L.W., DL., Sex differentials in health and mortality. *Woman Health*, 1987(12): p. 103-43.
- 3 KSH, K.S.H., Demográfiai évkönyv 2000. 2001, Budapest: KSH.
- 4 Kopp, M.S., Á; Szedmák, S, Országos reprezentatív morbiditási felmérés eredményei és a morbiditási mutatók legfontosabb háttértényezői. *Végeken*, 1997. 8(2-3): p. 4-26.
- 5 Nilsson, P.M., Premature aging - the link between psychosocial risk-factors and disease. *Medical Hypotheses*, 1996(47): p. 39-42.
- 6 Magarinos, A.M., BS., Stress-induced atrophy of apical dendrites of hippocampal CA3c Neurons: involvement of glucocorticoid secretion and excitatory amino acid receptors. *Neuroscience*, 1995(69): p. 89-98.
- 7 Bjorntorp, P., Neuroendocrine ageing. *Journal of Internal Medicine*, 1995(238): p. 401-404.
- 8 Sayer AA, C.C., Evans JR, Rauf A, Wormald RPL, Osmond C, Barker DJP., Age and Ageing. 1998; 27: 579-583., Are rates of ageing determined in utero?
- 9 World Health Organization, R.O.f.E.C., Health21 The health for all policy framework for the WHO European Region. 1999, Copenhagen: WHO.
- 10 KSH, K.S.H., Statisztikai Évkönyv 1999.. 2000, KSH: Budapest.
- 11 Vukovich, G., Idősek, Budapest: TÁRKI
- 12 Seidell JC. Obesity in Europe: scaling an epidemic. *Int J Obes* 1995, 19:s1-14.
- 13 European Centre on Health of Societies in Transition (ECOHOST) in collaboration with the WHO European Centre on Environment and Health: Childhood Injuries. A Priority area for the Transition countries of Central and Eastern Europe and the Newly Independent States. 1998. London.
- 14 Bobak M., Skodova Z., Pisa Z., Poledne R., Marmot M.: Political Changes and trends in cardiovascular risk factors in the Czech Republic, 1985-92. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1997, 51:272-277.
- 15 The Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III, 1988-94) Reference Manuals and Reports October 1996.
- 16 A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health. European Commission Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1999.
- 17 Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obes Res* 1998, 6:97-106.
- 18 Seidell JC. The impact of obesity on health status:some implications for health care costs. *Int J Obes* 1995, 19 Suppl 6:s13-6.
- 19 Seidell JC. Obesity, insulin resistance and diabetes – a worldwide epidemic. *Br J Nutr* 2000, 83:s5-8.
- 20 Sundquist J, Johansson SE. The influence of socioeconomic status, ethnicity and lifestyle on body mass index in a longitudinal study. *Int J Epidemiol* 1998, 27:57-63.
- 21 Lahteenkorva SS, Lahelma E. The association of body mass index with social and economic disadvantage in women and men. *Int J Epidemiol* 1999, 28:445-449.
- 22 Visscher TLS, Seidell JC, Menotti A, Blackburn H, Nissinen A, Feskens EJM, Kromhout D. Underweight and overweight in relation to mortality among men aged 40-59 and 50-69 years. The Seven Countries Study. *Am J Epidemiol* 2000, 151:660-6.
- 23 Stunkard AJ, Sorensen TIA. Obesity and socioeconomic status – a complex relation. *N Engl J Med* 1993, 329:1036-37.
- 24 Mokdad AH, Serdula MK, Dietz WH, Bowman BA, Marks JS, Koplan JP. The Spread of the Obesity Epidemic in the United States, 1991-1998 *JAMA* 1999, 282:1519-1522
- 25 Aroma A, Koskinen S, Huttunen J. Health in Finland. National Public Health Institute, Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki 1999.
- 26 Bíró Gy. Az első Magyarországi Reprezentatív Táplálkozási Vizsgálat: az eredmények áttekintése. *Népegészségügy* 1994, 75:129-133.

- 
- 27 Bíró G, Antal M, Zajkás G. Nutrition survey of the Hungarian population in a randomized trial between 1992-1994. *Eur J Clin Nutr* 1996, 50:201-208.
  - 28 Egészségi Állapot Felvétel, Életmód, Kockázati tényezők. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1996.
  - 29 A Szívbarát Program Kiadványai 1-5. Szonda Ipsos Média, Vélemény- és Piackutató Intézet Kft., Központi Élelmiszeripari Kutatóintézet, Interhealth Canada Ltd., Budapest, 1998-1999.
  - 30 Gallagher D, Visser M, Sepúlveda D, Pierson RN, Harris T, Heymsfield SB. How useful is body mass index for comparison of body fatness across age, sex, and ethnic groups. *Am J Epidemiol* 1996, 143:228-39.
  - 31 Seidell JC, Visscher TLS. Body weight and weight change and their implications for the elderly. *Eur J Clin Nutr* 2000, 54:s1-7.
  - 32 Gariballa SE. Nutritional factors in stroke. *British Journal of Nutrition*. 2000 Jul; 84(1):5-17
  - 33 Wannamethee SG, Shaper AG, Alberti KG. Physical Activity, metabolic factors, and the incidence of coronary heart disease and type 2 diabetes. *Archives of Internal Medicine*. 2000 Jul 24; 160(14):2108-16.
  - 34 Ketola E, Sipilä R, Mäkelä M. Effectiveness of individual lifestyle interventions in reducing cardiovascular disease and risk factors. *Annals of Medicine*. 2000 May;32(4):239-51.
  - 35 Ni H, Naumann D, Burgess D, Wise K, Crispell K, Hersberger RE. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Archives of Internal Medicine* 1999 Jul 26: 1613-19)
  - 36 Danish Health and Morbidity Survey 1994.
  - 37 A Pan-EU survey on consumer attitudes to physical activity, body-weight and health. Luxembourg: European Commission, 1999.
  - 38 Központi Statisztikai Hivatal: Egészségi Állapotfelvétel. Budapest: KSH, 1996.
  - 39 FACT Intézet. Dohányzás és alkoholfogyasztás. Pécs: FACT, 1999.
  - 40 Induló helyzetfelmérés – Adattár. A Szívbarát Program kiadványai. 2. kötet
  - 41 Danish Health and Morbidity Survey 1994.
  - 42 A Pan-EU survey on consumer attitudes to physical activity, body-weight and health. Luxembourg: European Commission, 1999.
  - 43 FACT Intézet. Dohányzás és alkoholfogyasztás. Pécs: FACT, 1999.
  - 44 Szívbarát Program – Zárótanulmány. Budapest: Központi Élelmiszeripari Kutató Intézet
  - 45 Ferrini R, Edelstein S, Barrett-Connor E. The association between health beliefs and health behavior change in older adults. *Preventive Medicine* 1994 Jan; 23(1):1-5.
  - 46 Alcohol Research and Public Health Policy. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcohol Alert* 1993 (20)
  - 47 Beszámoló a magyar lakosság egészségi állapotáról. Debreceni Orvostudományi Egyetem Népegészségügyi Iskola 1999
  - 48 World Health Organization Regional Office for Europe. Health For All Data Base
  - 49 Doll R, Peto R, Hall E, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309:911-918
  - 50 10th Special Report to the U. S. Congress on Alcohol and Health. Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 2000
  - 51 Smith-Warner SA, Spiegelman D, Yaun SS, et al. Alcohol and breast cancer in women: a pooled analysis of cohort studies. *JAMA* 279 (7): 535-540 1998
  - 52 Hannigan JH, Armant DR. Alcohol in pregnancy and neonatal outcome. *Seminars in Neonatology* 2000, 5(3): 243-54
  - 53 Központi Statisztikai Hivatal. Egészségi Állapotfelvétel. Budapest, KSH 1996
  - 54 TÁRKI. Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról. Budapest 1998
  - 55 FACT Intézet. Dohányzás és alkoholfogyasztás. Pécs 1999
  - 56 Alcohol and Coronary Heart Disease. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcohol Alert* 1999 (45)
  - 57 San Jose B. Alcohol consumption and health: contributions to the explanation of the U-shaped curve. Thesis Erasmus University Rotterdam. Rotterdam: Addiction Research Institute 2000

- 
- 58 Andorka R, Buda B, Donga K, György I, Kolozsi B, Moksony F et al. Társadalmi beilleszkedési zavarok Magyarországon. Budapest: Kossuth Könyvkiadó: 1986
- 59 International Compendium of Health Indicators (ICHI). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999
- 60 Are Women More Vulnerable on Alcohol Effects? National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Alert 1999 (46).
- 61 Központi Statisztikai Hivatal. Egészségi állapot, egészségkárosító szokások az 1984. évi mikrocenzus alapján. Budapest, KSH: 1984
- 62 Csoboth Cs. Egészségkárosító magatartásformák – életmód. Végeken 1997 (2-3.)
- 63 Vik PW, Culbertson KA, Sellers K. Readiness to change drinking among heavy drinking college students. Journal of Studies on Alcohol. September 2000: 674-680.
- 64 Curbing the Epidemic – Governments and the Economics of Tobacco Control. World Bank Publication, Washington, D. C.: Worldbank, 1999.
- 65 Programme on Substance Abuse– Strengthening Tobacco Control in Central & Eastern Europe: Proceedings of a Training Seminar. Warsaw, 20-25 October 1995
- 66 Combating the tobacco epidemic. World Health Report 1999
- 67 Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. Lancet 1992; 339:1268-1278
- 68 Doll R, Peto R, Wheatly K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. BMJ 1994; 309: 901-911
- 69 Miller M, Hemenway D, Rimm E. Cigarettes and suicide: a prospective study of 50,000 men. Am J Public Health 2000; 90: 768-773
- 70 Leuenberger P, Schwartz J, Ackermann-Liebrich U, Blaser K, Bolognini G, Bongard JP et al. Passive smoking exposure in adults and chronic respiratory symptoms (SAPALDIA Study). Swiss Study on Air Pollution and Lung Diseases in Adults, SAPALDIA Team. Am J Respir Crit Care Med 1994; 150: 1222-1228
- 71 Jaakola MS, Jaakola JJ, Becklake MR, Ernst P. Effect of passive smoking on the development of respiratory symptoms in young adults: an 8-year longitudinal study. J Clin Epidemiol 1996; 49: 581-586
- 72 Janson C, Chinn S, Jarvis D, Zock JP, Toren K, Burney P. Effects of passive smoking on respiratory symptoms, bronchial responsiveness, lung function, and Összesen serum IgE in the European Community Respiratory Health Survey: a cross-sectional study. Lancet 2001; 358: 2103-2109
- 73 de Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. Health Interview Surveys towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1996.
- 74 Központi Statisztikai Hivatal. Egészségi állapot, egészségkárosító szokások az 1984. évi mikrocenzus alapján. Budapest, KSH: 1984
- 75 Központi Statisztikai Hivatal: Egészségi Állapotfelmérés. Budapest: KSH, 1996.
- 76 Csoboth Csilla: Egészségkárosító magatartásformák- életmód. Végeken, 1997/2-3.
- 77 TÁRKI. Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról. Budapest: 1998.
- 78 A Szívbarát Program induló helyzetfelmérésének szerkesztett adataira. Szívbarát Program kiadványai. 2. kötet
- 79 Fact Intézet. Dohányzás és alkoholfogyasztás. Pécs: 1999.
- 80 Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF (eds). Tobacco Control Country Profiles. Atlanta, GA: American Cancer Society. 2000.
- 81 Berlin JA, Colditz GA. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. Am J Epidemiol 1990, 132:612-28.
- 82 Koplan JP et al. Physical activity, physical fitness, and health: time to act. JAMA 1989, 262:2437.
- 83 Blair SN et al. Physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy men and women. JAMA 1989, 262:2395-2401.
- 84 Van Mechelen W. National policies for promoting physical activity, physical fitness and better nutrition in Europe. In: Nutrition & Fitness: Evolutionary aspects. Children's Health. Programs and Policies. World Rev Nutr Diet Simponlos AP (ed). Basal Karger 1997, 81:136-147.
-

- 
- 85 Pate RR, Pratt M, Blair SN et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centres for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995, 273:402-407.
- 86 A. de Bruin, H. S. J. Picavet & A. Nossikov. Health interview surveys towards international harmonization of methods and instruments. World Health Organization Regional Office for Europe, 1996.
- 87 Washburn RA, Adams LL, Haile GT. Physical activity assessment for epidemiologic research: the utility of two simplified approaches. *Prev Med* 1987, 16:636-646.
- 88 Leon AS, Connett J, Jacobs DR, Rauramaa R. Leisure-time physical activity levels and risk of coronary heart disease and death: the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *JAMA* 1987, 258:2388-95.
- 89 Pekkanen J, Marti B, Nissinen A et al. Reduction of premature mortality by high physical activity: a 20-year follow-up of middle-aged Finnish men. *Lancet* 1987, 255:1473-77.
- 90 Salonen JT, Slater JS, Tuomilehto J et al. Leisure time and occupational physical activity: risk of death from ischemic heart disease. *Am J Epidemiol* 1988, 127:87-94.
- 91 Paffenbarger RS, Hyde RT, Wing AL et al. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Eng J Med* 1993, 328:538-45.
- 92 Helmrich SP, Ragland DR, Leung RW et al. Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *N Eng J Med* 1991, 325:147-52.
- 93 Morris JN, Everitt MG, Pollard R et al. Vigorous exercise in leisure-time: protection against coronary heart disease. *Lancet* 1980, ii:1207-10.
- 94 A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health. European Commission Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1999.
- 95 National Center for Health Statistics. Health, United States, 1998 With Socioeconomic Status and Health Chartbook. Hyattsville, Maryland: 1998.
- 96 Public Health Status and Forecasts 1997 National Institute of Public Health and the Environment, 1998.
- 97 Aroma A, Koskinen S, Huttunen J. Health in Finland. National Public Health Institute, Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki 1999.
- 98 Kepecs J, Dallos Ö.-né, Pálházy L, Korom Gy. Egészségi állapot, egészségkárosító szokások az 1984. évi mikrocenzus alapján. KSH, 1987, Budapest.
- 99 Egészségi Állapot Felvétel, Életmód, Kockázati tényezők. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1996. Egészségi Állapot Felvétel, Életmód, Kockázati tényezők. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1996.
- 100 A Szívbarát Program Kiadványai 1-5. Szonda Ipsos Média, Vélemény- és Piackutató Intézet Kft., Központi Élelmiszeripari Kutatóintézet, Interhealth Canada Ltd., Budapest, 1998-1999.
- 101 A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health. European Commission Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1999.
- 102 Kesteloot H, Joossens JV. Worldwide mortality changes from all causes and from cardiovascular diseases between 1968 and 1988. *Acta Cardiol* 1993, 48:421-439.
- 103 European Centre on Health of Societies in Transition (ECOHST) in collaboration with the WHO European Centre on Environment and Health: Childhood Injuries. A Priority area for the Transition countries of Central and Eastern Europe and the Newly Independent States. 1998. London.
- 104 Bobak M., Skodova Z., Pisa Z., Poledne R., Marmot M.: Political Changes and trends in cardiovascular risk factors in the Czech Republic, 1985-92. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1997, 51:272-277.
- 105 Aroma A, Koskinen S, Huttunen J. Health in Finland. National Public Health Institute, Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki 1999.
- 106 Bíró Gy. Az első Magyarországi Reprezentatív Táplálkozási Vizsgálat: az eredmények áttekintése. Népegészségügy 1994, 75:129-133.
- 107 Bíró G, Antal M, Zajkás G. Nutrition survey of the Hungarian population in a randomized trial between 1992-1994. *Eur J Clin Nutr* 1996, 50:201-208.
- 108 Egészségi Állapot Felvétel, Életmód, Kockázati tényezők. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1996.
- 109 A Szívbarát Program Kiadványai 1-5. Szonda Ipsos Média, Vélemény- és Piackutató Intézet Kft., Központi Élelmiszeripari Kutatóintézet, Interhealth Canada Ltd., Budapest, 1998-1999.

- 
- 110 Veenstra J, Schenkel JA, van Erp-Baart AM, Brants HA, Hulshof KF, Kistemaker C, Schafsma G, Ouckhuisen T. Alcohol consumption in relation to food intake and smoking habits in the Dutch National Food Consumption Survey. *Eur J Clin Nutr.* 1993 Jul; 47(7): 482-489
- 111 Nakamura Y, Sakata K, Yanagawa H. Relationships between smoking habits and other behavior factors among males: from the results of the 1990 National Cardiovascular Survey in Japan. *J Epidemiol.* 1996 Jun; 6(2): 87-91
- 112 Ma J, Betts NM, Hampl JS. Clustering of lifestyle behaviors: the relationship between cigarette smoking, alcohol consumption, and dietary intake. *Am J Health Promot.* 2000 Nov-Dec;15(2):107-117
- 113 Report of the Task Force on Behavioral Research in Cardiovascular, Lung and Blood Health and Disease. National Institutes of Health 1997
- 114 Luoto R, Prattala R, Uutela A, Puska P. Impact of unhealthy behaviors on cardiovascular mortality in Finland, 1978-1993. *Prev Med* 1998 ; 27(1): 93-100
- 115 Chang M, Hahn RA, Teutsch SM, Hutwagner LC. Multiple risk factors and population attributable risk for ischemic heart disease mortality in the United States, 1971-1992. *J Clin Epidemiol* 2001;54(6): 634-644
- 116 Patterson RE, Haines PS, Popkin BM. Health lifestyle patterns of U. S. adults. *Prev Med* 1994; 23(4): 453-460
- 117 Burke V, Milligan RA, Beilin LJ, Dunbar D, Spencer M, Balde E, Gracey MP. Clustering of health-related behaviors among 18-year-old Australians. *Prev Med* 1997;26(5): 724-733
- 118 A Szívbarát Program induló helyzetfelmérése. Kutatási beszámoló.
- 119 Smith WT: American Sexual Behavior , GSS Topical Report No 25. 1998.
- 120 Drory Y, Kravetz S, Weingarten M: Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction. *Am-J-Cardiol.* 2000 Jun 1; 85(11): 1283-7
- 121 Read S, King M, Watson J: Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J-Public-Health-Med.* 1997 Dec; 19(4): 387-91
- 122 Klijzing E: Are there unmet family planning needs in Europe? *Fam-Plann-Perspect.* 2000 Mar-Apr; 32(2): 74-81, 88
- 123 Toulemon L, Leridon H: Contraceptive practices and trends in France. *Fam-Plann-Perspect.* 1998 May-Jun; 30(3): 114-20
- 124 Centers for Disease Control and Prevention, Trends in the HIV and AIDS Epidemic, Atlanta: CDC, 1998
- 125 Raj A Pollack RH: Factors predicting high-risk sexual behavior in heterosexual college females. *J-Sex-Marital-Ther.* 1995 Fall; 21(3): 213-24
- 126 Wilson TE, Massad LS, Riester KA, Barkan S, Richardson J, Young M, Gurtman A, Greenblatt R: Sexual, contraceptive, and drug use behaviors of women with HIV and those at high risk for infection: results from the Women's Interagency HIV Study. *AIDS.* 1999 Apr 1; 13(5): 591-8
- 127 Dunn KM, Croft PR, Hackett GI: Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Family Practice* 1998 15: 519-24.
- 128 Laumann EO, Paik A, Rosen RC: Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999 281: 537-544.
- 129 Abma JC, Chandra A, Mosher W, Peterson L, Piccino L: Fertility, Family Planning and Womens's Health: New Data from the 1995 National Survey of Family Growth, NCHS, 1997
- 130 Fojtyik I. (1999) Fiatal nők szexuális életének egyes dimenziói: fogamzásgátlás, gyermekvállalás, terhességmegszakítás, Jobb Egészséget a nőknek (kutatási jelentés)
-





## 4. EGÉSZSÉGPROBLÉMÁK TERHEI

4.	EGÉSZSÉGPROBLÉMÁK TERHEI .....	4-1
4.1.	Egészségügyi ellátás igénybevétele .....	4-3
4.1.1.	Kiemelt eredmények .....	4-3
4.1.2.	Háttér .....	4-3
4.1.3.	Módszertan .....	4-6
4.1.4.	Eredmények .....	4-12
4.1.4.1.	Populációs becslések .....	4-12
4.1.4.2.	Összefüggés-elemzések .....	4-15
4.1.5.	Megbeszélés .....	4-26
4.1.5.1.	Belső összehasonlítások .....	4-26
4.1.5.2.	Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság .....	4-27
4.1.5.3.	Az eredmények értelmezése .....	4-28
4.1.5.4.	Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra .....	4-29
4.2.	HIÁNYZÓ FEJEZET: GYÓGYSZERHASZNÁLAT <b>I</b> .....	4-30
4.3.	Egészségproblémákkal kapcsolatos kiadások .....	4-31
4.3.1.	Kiemelt eredmények .....	4-31
4.3.2.	Háttér .....	4-32
4.3.2.1.	A téma jelentősége .....	4-32
4.3.2.2.	Elterjedt fogalmak meghatározása .....	4-33
4.3.2.3.	Legfontosabb külföldi adatok .....	4-34
4.3.2.4.	Legfontosabb korábbi hazai felmérések .....	4-35
4.3.3.	Módszertan .....	4-37
4.3.3.1.	OLEF2000 kérdései, származtatott mutatók .....	4-37
4.3.4.	Eredmények .....	4-43
4.3.4.1.	Populációs becslések .....	4-43
4.3.4.2.	Összefüggés elemzések .....	4-51
4.3.5.	Megbeszélés .....	4-58
4.3.5.1.	Belső összehasonlítások .....	4-58
4.3.5.2.	Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság .....	4-59
4.3.5.3.	Az eredmények értelmezése .....	4-59
4.3.5.4.	Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra .....	4-61
4.4.	Irodalom .....	4-62



## 4.1. Egészségügyi ellátás igénybevétele

*Dr. Széles György*

### 4.1.1. Kiemelt eredmények

- Saját bevallás alapján az egészségügyi ellátás semmilyen formáját nem vette igénybe az idősök mintegy 10%-a a felmérést megelőző egy évben.
- Nem járt fogorvosnál a felmérést megelőző egy évben a felnőtt lakosság közel kétharmada, a fiatal felnőttek fele.
- Nem volt nőgyógyásznál a felmérést megelőző két éven belül a középkorú nők több mint harmada, az idős korú nők több mint háromnegyede. Soha nem végeztek mammográfiás vizsgálatot a 45-64 éves női korosztály közel felénél. Legalább egy terhesség-megszakításon átesett a felnőtt nők közel 40%-a, a termékeny korban (18-44 éves) lévő nők 31%-a.
- A felnőtt lakosság közel 80%-ának mérték a vérnyomását a felmérést megelőző egy évben. A magas vérnyomásban szenvedők mintegy 15%-ának vérnyomását nem ellenőrizték fél éven belül.
- A középkorúak majdnem felének, míg az idős korúak több mint harmadának vércukorszintjét több mint 1 éve vagy sohasem mérték. A cukorbetegségben szenvedők több mint 40%-ának nem ellenőrizték a vércukor szintjét egy hónapon belül és 13%-ának (minden 8. cukorbetegnek) nem ellenőrizték fél éven belül.
- Természetgyógyászati ellátást a lakosság elhanyagolható töredéke vett igénybe.
- A nőknek a férfiakhoz viszonyítva több mint 30%-kal nagyobb volt az esélyük az alapellátást igénybevételeire. Az iskolázottság növekedésével, valamint a funkcionalitás csökkenésével nőtt az esélye az alapellátás igénybevételeinek.
- A fiatal nőknek a férfiakhoz viszonyítva mintegy 50%-kal volt nagyobb esélyük arra, hogy a járóbeteg szakellátást igénybe vegyék. Az idősök között a nők esélye a járóbeteg szakellátás igénybevételeire mintegy 15%-kal alacsonyabb volt a férfiakhoz viszonyítva. Az iskolázottság növekedésével lineárisan nőtt az esély a járóbeteg szakellátás igénybevételeire. Az esély az anyagi helyzet javulásával is emelkedett. A funkcionalitás csökkenésével egyértelműen emelkedett az esély a járóbeteg szakellátás igénybevételeire.
- A fiatalok között a nőknek a férfiakhoz viszonyítva több mint 2-szer nagyobb volt az esélye a fekvőbeteg szakellátás igénybevételeire. A férfiaknál az életkor előrehaladtával nőtt a fekvőbeteg szakellátás igénybevételeinek az esélye, míg a nők esetében csökkent. A funkcionalitás csökkenésével egyértelműen nőtt az esély a fekvőbeteg szakellátás igénybevételeire.

### 4.1.2. Háttér

Az utóbbi évtizedekben a medicina területén megfigyelhető diagnosztikus és terápiás eljárások nagymértékű fejlődésével és azok számos esetben kontroll nélküli alkalmazásával, éppúgy mint a lakosság várható élettartamának növekedésével, a betegségstruktúra változásával, illetve a specializált ellátás túlzott igénybevételeivel az egészségügy területén nagymértékű költségrobbanás indult el, mely egyre inkább arra ösztönzi az egészségügyi kormányzatokat, hogy a rendelkezésre álló forrásokat minél hatékonyabban használják fel. Mindezek mellett fontos azonosítani azokat a csoportokat (életkori, társadalmi, szociális-gazdasági), melyek az egészségi állapotukból fakadó szükségleteik ellenére sem veszik

igénybe a rendelkezésre álló egészségügyi szolgáltatásokat. Az ilyen lakossági csoportok azonosítása lehetővé teszi a minél korábbi beavatkozás lehetőségét, így az egészségproblémák késői szövődményeinek csökkentését, mely az egészségügyi ellátórendszer szempontjából költségcsökkentő tényező lehet. Az erőforrások optimális elosztásához azonban hiteles adatokra van szükség a lakosság egészségi állapotáról, az abból fakadó ellátási szükségletek azonosítását, a kihasználatlan vagy éppen ellenkezőleg az indokolatlanul túlzottan használt egészségügyi szolgáltatásokat illetően. A formális egészségügyi ellátás bejelentési kötelezettsége alapján gyűjtött "hivatalos" igénybevételi adatokról közismert, hogy adminisztratív okokból és a szolgáltató gazdasági érdekei miatt gyakran torzítottak [1]. A lakosság egészségi állapotát leíró adatok és az abból fakadó szükségletek, valamint az ellátás igénybevétele megszerzésének másik lehetséges módszere a lakossági egészségfelmérés. Az egészségfelmérések révén azonosítani tudjuk azokat a tényezőket melyek az egészségügyi ellátás igénybevételét leginkább befolyásolják. Az eredményeket felhasználva megfelelő beavatkozások révén tervezhetőbbé válik az egyénnek vagy a lakoságnak az egészségügyi ellátás által nyújtott, az egészségi állapotból fakadó szükséglet kielégítése érdekében indokolt szolgáltatások iránti felhasználása. Az egészségfelmérések az igénybevétel struktúrájának elemzéséről is hasznos adatokat szolgáltathatnak. Ennek oka, hogy az igénybevétel egy része olyan területeken jelentkezik ("alternatív ellátások, magánorvosi ellátás, stb.) amelyekről nincsenek "hivatalos" adataink. Mindezek mellett nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni az egészségfelmérések módszertanából eredő – az ellátás igénybevételéről az információt retrospektív módon nyerjük – torzítást sem, mely szerint a megkérdezettek bizonyos része nem emlékszik vagy nem pontosan emlékszik a megtörtént igénybevételre [2].

Egészségügyi ellátás alatt értünk minden olyan szolgáltatást, melynek célja a lakosság egészségi állapotában jelentkező rendellenességek, elégtelenségek megszüntetése, csökkentése vagy ellensúlyozása. Az egészségügyi szakemberek által nyújtott egészségügyi ellátást nevezzük formális ellátásnak, mely részben vagy teljes egészében hatósági ellenőrzés alatt működik. Ezzel szemben az informális egészségügyi ellátás olyan személyek által történik, akik által nyújtott ellátás nem tartozik a minőségileg és képzettség szerint meghatározott keretek közé vagy az ellátásért nem kapnak fizetséget. Ezen utóbbi úgynevezett informális egészségügyi ellátásról a rendelkezésre álló statisztikák nem szolgáltatnak adatot, ezzel szemben az ilyen ellátások nagyságának felmérése az egészségpolitikai tervezéshez elengedhetetlen. Az egészségügyi ellátás igénybevételének megítélésakor az igény és a szükségletek fogalmát célszerű tisztázni. Az előbbieket alatt az egyén vagy populáció akaratát és képességét értjük arra vonatkozóan, hogy keresse, felhasználja és megfizesse az egészségügyi ellátás által nyújtott szolgáltatásokat, melyek igénybevétele az egészségi állapotból fakadó szükséglet kielégítése érdekében indokolt. Az utóbbi alatt pedig az orvosi/egészségügyi beavatkozást igénylő egészségi állapotok által meghatározott szolgáltatások, teendők összességét a populációban, mely elsősorban a társadalmi értékítéllettől és az ellátó szolgálat azon képességétől függ, hogy hogyan, milyen mértékben tudja kezelni az adott problémát. A kettő sohasem fedi teljesen egymást: az esetek egy részében az egyének eleve nem ismerik fel az ellátás iránti szükségletet, így az ellátás iránti igény és/vagy az ellátás igénybevétele elmarad. Más esetekben indokolatlan az igény (nem támasztja alá szükséglet vagy a szükséglet nem egészségügyi, hanem pl. szociális), vagy az egyén felismeri az ellátás iránti szükségletét, de az ellátó szolgálat nem képes hatásos kezelést nyújtani, azaz kielégíteni a szükségletet. Az egészségi állapotot, a lakoságnak az egészségügyi ellátás iránti szükségletei és az ellátás igénybevétele közti kapcsolatot számos modellel írják le az irodalomban [3]. Az igénybevétel alatt tehát az egészségügyi ellátás szolgáltatásai (házi orvosi vizitek, szakorvosi konzultációk, kórházi bennfekvés, műtét, stb...) iránti igény kielégítésére irányuló akarat és képesség realizálódását

értjük. Az ellátás igénybevételét vizsgálhatjuk differenciáltan a különböző ellátási formáknak megfelelően: alapellátás (háziorvosi, gondozói, üzemorvosi), járóbeteg szakellátás (rendelőintézeti, kórházi), valamint kórházi fekvőbeteg szakellátás (kórházi bennfekvés).

Az egészségügyi ellátás igénybevétele kapcsán számos nemzetközi felmérés vizsgálta az ellátás esélyegyenlőségének kérdését a társadalmi-gazdasági helyzet talaján. Közülük néhány azt találta, hogy a magasabb szociális státusszal rendelkező csoportok aránytalanul nagyobb mértékben veszik igénybe az egészségügyi ellátást, mint az alacsonyabb szociális osztályokba tartozók [4, 5], míg mások nem találtak egyenlőtlenséget az ellátás igénybevételében a társadalmi osztályok között [6, 7]. Vizsgálatok igazolják, hogy az egészségügyi ellátás igénybevételét illetően nemi különbséget is megfigyelhetünk, miszerint a reprodukív korban a nőgyógyászati ellátás igénybevétele miatt a nők, majd azt követően – leginkább a magas korszpecifikus morbiditás miatt – a férfiak gyakrabban veszik igénybe az ellátást [8, 9]. Az egészségügyi ellátás különböző formáinak (megelőző, járó és fekvőbeteg, fogászati) igénybevétele jelentősen változott a jövedelem függvényében az Amerikai Egyesült Államok felnőtt lakossága körében 1998-ban [10]. Egészségproblémával küzdő 18-64 éves felnőtt lakosság körében egyértelmű fordított összefüggés volt kimutatható a jövedelem és az orvosi ellátás igénybevételének az elmaradása között, mely összefüggés etnikai hovatartozástól függetlenül is megfigyelhető volt. Alacsony jövedelemmel rendelkező, egészségproblémával bíró nők mintegy háromszor, míg hasonló jellemzőkkel rendelkező férfiak közel kétszer nagyobb valószínűséggel nem fordultak orvoshoz a magas jövedelemmel rendelkező nőkhöz és férfiakhoz viszonyítva. Egyértelmű kapcsolat mutatkozott a jövedelem és a mammográfiás vizsgálaton való részvétel között: a magas jövedelemmel rendelkező 50 éves vagy idősebb nők mintegy 70%-kal nagyobb valószínűséggel vettek részt mammográfiás vizsgálaton a kérdőívfelvételt megelőző két évben, mint az alacsony jövedelemmel rendelkező hasonló korú társaik. Ugyanezen tanulmány adatai alapján megállapítható, hogy a 18-64 éves felnőttek körében a fogorvosi vizsgálaton való részvétel a kérdőívfelvételt megelőző egy évben meredeken emelkedett a jövedelemmel: a legalacsonyabb jövedelemmel rendelkezők körében megfigyelhető 41%-ról a legmagasabb jövedelemmel rendelkezők körében megfigyelhető 77%-ra. Telefonon lebonyolított kérdőíves egészségfelméréssel nyert eredmények azt mutatják, hogy a hosszabb ideje dohányzó és emiatt a szájüregi daganatok kockázatának kitett felnőtt (35 éves és idősebb) populáció kisebb valószínűséggel vesz részt rendszeres fogorvosi vizsgálaton a nem dohányzókhöz viszonyítva még a társadalmi-gazdasági helyzetet és az egészségproblémákat követő korrigálás után is [11]. A hosszabb ideje fennálló dohányzás és az alacsony gyümölcs és zöldségfogyasztás együttes előfordulása esetén, a fogorvosi vizsgálaton való részvétel valószínűsége még tovább csökkent azokhoz viszonyítva, akik egyik kockázati tényezővel sem rendelkeztek.

A KSH 1994-ben készült tanulmánya szerint, a nemzetközi tapasztalatokkal egyezően, hazánkban sem csak az egészségi állapotból fakadó szükségletek befolyásolják az egészségügyi ellátás igénybevételét, hanem az is, hogy valaki milyennek ítéli meg a saját egészségi állapotát [12]. Az egészségügyi ellátás igénybevétele lényegesen eltérő az egyes társadalmi-demográfiai csoportokban. A nők gyakrabban járnak orvoshoz, mint a férfiak, ez a különbség a nemek között akkor is kimutatható, ha a betegeket és az egészségeseket külön vizsgálják. Az idősebbeknél az egészségügyi ellátás igénybevétele az életkor növekedésével emelkedik, mely növekedés azonban a nyugdíjkorhatár körül intenzívebbé válik. A felmérések eredményei alapján nem tisztázható világosan, hogy mennyiben a romló egészségi állapot, a gazdasági aktivitásban bekövetkező változás hatása, és mennyiben a szabadidő növekedése eredményezi a növekedést. Leggyakrabban az alacsony iskolai végzettségűek fordulnak orvoshoz, ez a gyakoriság az iskolai végzettség növekedésével minden életkorban

csökken, kivéve a legidősebbeket. A betegek közül az alacsonyabb szociális státuszúak többet járnak orvoshoz [12].

Az 1996-os Magyar Háztartás Panel vizsgálat megállapítja [13], hogy az orvoshoz fordulást nem kizárólag a beteg egészségi állapota, hanem az orvos elérhetősége és az egyénnek az orvoshoz fordulással kapcsolatos beállítódása is befolyásolja. A településtípust vizsgálva egyértelműen megállapítható volt, hogy minél kisebb településen lakik valaki, annál ritkábban vette igénybe a szakorvosi ellátást. A rendszeresen gyógyszert szedők inkább az alacsonyabb iskolai végzettségűek és a szegényebbek közül kerültek ki, a szakorvosi ellátást mégis ők vették ritkábban (átlag alatti gyakorisággal) igénybe.

### 4.1.3. Módszertan

Az OLEF2000 kérdőívben a 19-21. kérdések a vérnyomásmérés, a koleszterin szint, valamint a vércukorszint mérésének időpontjára vonatkoznak a kérdezést megelőzően.

<p><b>19. Mikor mérte meg a vérnyomását utoljára orvos vagy nővér?</b></p> <p>1 – Fél éven belül  2 – 1 éven belül  3 – 2 éven belül  4 – 5 éven belül  5 – Több, mint 5 éve</p> <hr/> <p>6 – Sohasem mérték  8 – Nem tud válaszolni  9 – Nem kíván válaszolni</p>
<p><b>20. Mikor mérték utoljára a koleszterin szintjét?</b></p> <p>1 – Fél éven belül  2 – 1 éven belül  3 – 2 éven belül  4 – 5 éven belül  5 – Több, mint 5 éve</p> <hr/> <p>6 – Sohasem mérték  8 – Nem tud válaszolni  9 – Nem kíván válaszolni</p>
<p><b>21. Mikor mérték utoljára a vércukor szintjét?</b></p> <p>1 – Egy hónapon belül  2 – Fél éven belül  3 – 1 éven belül  4 – Több mint egy éve</p> <hr/> <p>5 – Sohasem mérték  8 – Nem tud válaszolni  9 – Nem kíván válaszolni</p>

A kérdésekre adott válaszok alapján a **vérnyomásmérés** és **koleszterin szint** meghatározása esetében a következő válaszkategóriákat képeztük:

1. 1 éven belül mérték (1., 2. válaszok)
2. 5 éven belül mérték (3., 4. válaszok)
3. több, mint 5 éve vagy sohasem mérték (5., 6. válasz)

A **vércukor szint** esetében a következő válaszkategóriákat képeztük:

1. 1 éven belül mérték (1., 2., 3. válaszok)
2. több, mint 1 éve vagy sohasem mérték (4., 5. válasz)

A kérdőívben alkalmazott válaszkategóriák összevonásakor a szűrővizsgálatokra vonatkozó nemzetközi ajánlásokat vettük figyelembe [14, 15, 16, 17].

Mindezek mellett megvizsgáltuk azt is, hogy a magasvérnyomásban, a magas koleszterin szinttel és a cukorbetegségben szenvedők esetében milyen időtartamon belül volt az utolsó mérés.

A különböző **ellátási formák igénybevételét** a 28. kérdés segítségével mértük fel, ahol a kérdezett személy által bemondott, az adott egészségügyi szolgáltatást nyújtó szakemberrel a kérdezést megelőző 12 hónapban történt találkozások számát rögzítettük.

28. Az elmúlt 12 hónapban a SAJÁT egészsége érdekében Ön hányszor találkozott ...			
	Alkalmak száma	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
1 – a háziorvosával	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	888	999
2 – a háziorvosnál vagy a gondozóban dolgozó nővérrel	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	888	999
3 – rendelőintézeti, kórházi szakorvossal	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	888	999
4 – gyógytornással	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	888	999
5 – üzemorvossal	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	888	999
6 – természetgyógyással	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	888	999
7 – fogorvossal	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	888	999

Az OLEF2000-ben az alapellátás szolgáltatási formái közé soroltunk olyan szakellátási hálózatokat, melyek általában speciális szakterületeken viszonylag önállóan, elkülönülten működnek (alkoholgondozó, ideggondozó, mentálhigiénés gondozó, tüdőgondozó).

Az **alapellátás** igénybevételének tekintettük a háziorvossal (28=1) és/vagy a háziorvosnál vagy a gondozóban dolgozó nővérrel (28=2) és/vagy az üzemorvossal (28=5) történt találkozások bármelyikét vagy a háziorvosi ellátás során az orvosnak és/vagy a nővérnek adott hálapénzt (33=1, 34=1).

A **járóbeteg szakellátás** igénybevételét a rendelőintézeti, kórházi szakorvossal történt találkozás (28=3), a sérülés vagy mérgezés miatt legalább egyszeri orvosi ellátás igénybevételének (17>0) megléte abban az esetben, ha nem vett igénybe semmilyen szolgáltatást a kérdezett, vagy a szakorvosi járóbeteg rendelésen az orvosnak adott hálapénz (33=2) jelentette.

A **fekvőbeteg szakellátás** igénybevételét jelezte az elmúlt 12 hónapban legalább egy éjszakát kórházban fekvőbetegként eltöltött idő (30. kérdés) vagy a kórházi bennfekvés az orvosnak és/vagy a nővérnek adott hálapénz (33=3, 34=3).

**30. Az elmúlt 12 hónapban FEKVŐBETEGKÉNT hány napot töltött kórházban?**

.....napot

000-365 – napok száma  
888 – Nem tud válaszolni  
999 – Nem kíván válaszolni

**Magyarországon évtizedek óta gyakorlat, hogy a betegek kisebb-nagyobb ajándékot, esetleg készpénzt adnak az őket ellátó orvosnak vagy nővérnek. Az ilyen célra fordított összeg nagyságának ismerete nagyon fontos a betegellátás javításához, fejlesztéséhez.**

**CSAK HA A SAJÁT EGÉSZSÉGE ÉRDEKÉBEN VETTE IGÉNYBE AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁST!  
HA A KÉRDEZETT NEM PÉNZBEN FEJEZTE KI A HÁLÁJÁT, AKKOR SEGÍTS A KÉRDEZETTNEK ÁTSZÁMOLNI AZ AJÁNDÉK ÉRTÉKÉT FORINTRA!**

**33. Az elmúlt 12 hónapban, amikor Ön a SAJÁT egészsége érdekében vette igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, mennyi hálapénzt adott az ORVOSNAK vagy milyen értékben adott ajándékot...**

A HÁLAPÉNZRE KÖLTÖTT ÖSSZEGET KERÉKÍTSD SZÁZASOKRA!

	száz ezer	tíz ezer	ezer	száz	tíz	egy
1 – A háziorvosi ellátás során?						
2 – Szakorvosi járóbeteg rendelésen?						
3 – Kórházi bennfekvéskor?						

000000-999900 – hálapénzre költött összeg (százásra kerekítve)  
000001 – Nem vette igénybe  
888888 – Nem tud válaszolni  
999999 – Nem kíván válaszolni

**34. És a NŐVÉREKNEK, vagy az Önt ápoló ÁPOLÓKNAK mennyi hálapénzt adott vagy milyen értékben adott ajándékot...**

A HÁLAPÉNZRE KÖLTÖTT ÖSSZEGET KERÉKÍTSD SZÁZASOKRA!

	száz ezer	tíz ezer	ezer	száz	tíz	egy
1 – A háziorvosi ellátás során?						
2 – Szakorvosi járóbeteg rendelésen?						
3 – Kórházi bennfekvéskor?						

000000-999900 – hálapénzre költött összeg (százásra kerekítve)  
000001 – Nem vette igénybe  
888888 – Nem tud válaszolni  
999999 – Nem kíván válaszolni



A **fogorvosi ellátás igénybevétele** idejének a meghatározása a 28\_7 kérdés, valamint a 29. kérdésre adott válaszok alapján történt a következő módon:

- nem járt fogorvosnál az elmúlt 12 hónapban (28\_7=0)
- 5 éven belül járt fogorvosnál (28\_7=0 és 29=1/2)
- több, mint 5 éve járt fogorvosnál (28\_7=0 és 29=3)
- sohasem járt fogorvosnál (28\_7=0 és 29=4)

**28. Az elmúlt 12 hónapban a SAJÁT egészsége érdekében Ön hányszor találkozott ...**

	Alkalmak száma	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
1 – a háziorvosával	<input type="text"/>	888	999
2 – a háziorvosnál vagy a gondozóban dolgozó nővérrel	<input type="text"/>	888	999
3 – rendelőintézeti, kórházi szakorvossal	<input type="text"/>	888	999
4 – gyógytornásszal	<input type="text"/>	888	999
5 – üzemorvossal	<input type="text"/>	888	999
6 – természetgyógyással	<input type="text"/>	888	999
7 – fogorvossal	<input type="text"/>	888	999

**29. KÉRDÉST AKKOR KÉRDEZD, HA A 28\_7 KÉRDÉSBEN A VÁLASZ “000” VAGY NEM TUD VÁLASZOLNI!**

**29. Mikor járt utoljára fogorvosnál?**

- 1 – 2 éven belül
- 2 – 5 éven belül
- 3 – Több mint 5 éve

- 
- 4 – Sohasem járt
  - 8 – Nem tud válaszolni
  - 9 – Nem kíván válaszolni

**32. Az elmúlt 12 hónapban mennyit költött a SAJÁT egészsége érdekében...**

A KÖLTÖTT ÖSSZEGET KERÉKÍTSD SZÁZASOKRA!

	száz ezer	tíz ezer	ezer	száz	tíz	egy
1 – szemüvegre, kontaktlencsére vagy kontaktlencse folyadékra, nem számítva a napszemüveget?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 – gyógyászati segédeszközökre, például járókeretre, sétabotra, lúdtalpbetétre, hallókészülékre?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 – fogászati ellátásra, például fogtömésre, műfogsorra, koronára, hídra, gyökérkezelésre, foghúzásra?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

000000-999900 – elköltött összeg (százasa kerekítve)

888888 – Nem tud válaszolni

999999 – Nem kíván válaszolni

Abban az esetben, ha valaki a kérdezést megelőző egy évben költött fogászati ellátásra (32=3) és azt mondta, hogy nem járt fogorvosnál, a kérdezettet a fogorvosi ellátást a kérdezést megelőző egy évben igénybe vevők közé soroltuk.

A **paramedikális ellátás** igénybevételét a gyógytornással (28=4), valamint a háziorvosnál vagy a gondozóban dolgozó nővérrel (28=2) történt találkozás jelentette. Azonban a nővér által nyújtott szolgáltatás igénybevételére vonatkozóan nem adunk becslést, mivel gyakorlati tapasztalataink azt igazolják, hogy a kérdezettek nem differenciáltak a háziorvos és az ott vagy a gondozóban dolgozó nővér által nyújtott kétféle ellátási forma között.

Az **alternatív egészségügyi ellátás** igénybevételét a természetgyógyással<sup>1</sup> (28=6) történt találkozás vagy a természetgyógyászati kezelésre fordított összeg (31=1) jelentette. Az OLEF2000-ben természetgyógyásznak tekintettünk minden személyt képzettségétől függetlenül, akit a kérdezett személy annak nevezett.

**28. Az elmúlt 12 hónapban a SAJÁT egészsége érdekében Ön hányszor találkozott ...**

	Alkalmak száma	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
1 – a háziorvosával	<input type="text"/>	888	999
2 – a háziorvosnál vagy a gondozóban dolgozó nővérrel	<input type="text"/>	888	999
3 – rendelőintézeti, kórházi szakorvossal	<input type="text"/>	888	999
4 – gyógytornással	<input type="text"/>	888	999
5 – üzemorvossal	<input type="text"/>	888	999
6 – természetgyógyással	<input type="text"/>	888	999
7 – fogorvossal	<input type="text"/>	888	999

**31. Az elmúlt 3 hónapban mennyit költött a SAJÁT egészsége érdekében...**

A KÖLTÖTT ÖSSZEGET KERÉKÍTSD SZÁZASOKRA!

	száz ezer	tíz ezer	ezer	száz	tíz	egy
1 – természetgyógyászati kezelésre, mint például írisz-diagnosztika, csontkovács, reflexológia, relaxáció, akupunktúra, kézzrátét?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 – utazásra, például a háziorvoshoz, kórházba vagy gyógyfürdőbe?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 – egészségmegőrző szolgáltatásokra, például fitness klub, torna, úszás, gyógyfürdő, vagy gyögmasszázs?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

000000-999900 – elköltött összeg (százásra kerekítve)

888888 – Nem tud válaszolni

999999 – Nem kíván válaszolni

<sup>1</sup> A természetgyógyász jelenthetett orvossal történő találkozást is, így elképzelhető, hogy az itt megjelenő igénybevétel és valamely orvosi ellátás igénybevétele között átfedés van.

A következő 4 kérdésre kérjük, hogy csak a **hölgyek** válaszoljanak!

29. **Hány terhesség megszakítása volt?**

.....

30. **Hány éves volt, amikor az első terhesség megszakítása történt?**

.....éves

a. Nem volt terhesség megszakításom

31. **Mikor vizsgálta meg utoljára nőgyógyász?**

a. Több mint 5 éve

b. 5 éven belül

c. 2 éven belül

d. Egy éven belül

e. Sohasem

32. **Végeztek Önnél valaha emlőrontgen, más szóval mammográfiás vizsgálatot?**

a. Igen

b. Nem

Mindezek mellett az önkitöltős kérdőívben további kérdések vonatkoztak a **terhességmegszakítás** megtörténtére és számára (ö29. kérdés), valamint arra, hogy a kérdezett hölgynek hány éves korában volt az első terhesség megszakítása (ö30. kérdés). Meghatározásra került, hogy az egyes korcsoportokba tartozó nők mekkora hányadának volt 18 évnél fiatalabb korban az első terhesség megszakítása. További két kérdés szerepelt az önkitöltős kérdőívben a **nőgyógyászati szűrővizsgálatok igénybevételére** (ö31. és ö32. kérdések).

A nőgyógyászati vizsgálatra vonatkozó kérdésre (ö31. kérdés) adott válaszok alapján a következő kategóriákat hoztuk létre:

1. 2 éven belül vizsgálta meg utoljára nőgyógyász (c. és d. válaszok)
2. 5 éven belül vizsgálta meg utoljára nőgyógyász (b. válasz)
3. több, mint 5 éve vizsgálta meg utoljára nőgyógyász (a. válasz)
4. sohasem vizsgálta meg nőgyógyász (e. válasz)

Az emlőrontgen/mammográfiás vizsgálat (ö32. kérdés) esetében csak azt kérdeztük, hogy valaha volt-e a kérdezett személy az említett vizsgálaton.

## 4.1.4. Eredmények

### 4.1.4.1. Populációs becslések

#### **Az eredmények értelmezéséhez:**

Az alábbi táblázatokban az egészségügyi ellátás igénybevétele gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például az alapellátás igénybevétele gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az életkornak az alapellátás igénybevételére gyakorolt megfelelő irányú hatását.

A felmérést megelőző 12 hónapban a nők közül minden 10. (10,1%), míg a férfiak közül minden 6. (15,8%) nem vette igénybe az ellátás semmilyen formáját. Az idős nők közül minden 11. (8,9%), míg a hasonló korú férfiak közül minden 10. (10,3%) az egészségügyi ellátás semmilyen formáját nem vette igénybe.

A kérdezést megelőző egy évben nem vette igénybe az alapellátást a középkorú nők ötöde (20,2%), a férfiak több mint negyede (26,3%). A legidősebb korosztály esetében ezt az ellátási formát a nőknek 88,2%-a, a férfiaknak csak 82,9%-a vette igénybe (4.1-1. táblázat).

#### **4.1-1. táblázat: A felmérést megelőző 12 hónapban az alapellátást igénybe nem vevők %-os megoszlása [95%-os megbízhatósági tartomány]**

	KORCSOPORT		
	18-34 év	35-64 év	65+ év
<b>Nő</b>	28,1 [25,4 - 30,9]	20,2 [18,4 - 22,2]	11,8 [9,3 - 14,9]
<b>Férfi</b>	31,6 [28,6 - 34,8]	26,3 [23,9 - 28,9]	17,1 [12,7 - 22,6]

A járóbeteg szakellátást, a kérdezést megelőző 12 hónapban a középkorú nők több mint fele (53,7%), a férfiak közel fele (45,9%) vette igénybe. Az idős korú nőknél a járóbeteg szakellátás igénybevétele gyakorisága mérsékelten csökken (48,7%), míg a férfiaknál valamelyest emelkedik (56,5%) a középkorosztályhoz viszonyítva.

A felmérést megelőző egy évben minden 8. férfi (13%) és minden 6. nő (16,8%) legalább egy éjszakát töltött kórházban. Korcsoportok szerint vizsgálva a fekvőbeteg szakellátás igénybevétele megállapítható, hogy a legidősebb korcsoport kivételével minden korosztályban nagyobb volt az ellátást igénybe vevő nők részaránya a férfiakhoz viszonyítva (4.1-2. táblázat).

**4.1-2. táblázat: A felmérést megelőző 12 hónapban legalább egy napot kórházban töltött személyek %-os megoszlása [95%-os megbízhatósági tartomány]**

	KORCSOPORT		
	18-34 év	35-64 év	65+ év
Nő	14,2 [11,9 - 16,8]	15,9 [13,8 - 18,2]	22,3 [18,6 - 26,4]
Férfi	5,7 [4,4 - 7,4]	13,8 [12,0 - 16,0]	27,3 [23,5 - 31,5]

Az 4.1-3. táblázat a kérdezést megelőző 12 hónapban fekvőbetegként kórházban töltött napok számát mutatja be kor és nem szerint azon személyek körében (841 fő), akik legalább egy napot kórházban töltöttek. Mindkét nem esetében leggyakrabban a középkorosztályhoz tartoztak azok, akik legalább egy napot fekvőbetegként kórházban töltöttek.

**4.1-3. táblázat: Az elmúlt 12 hónapban fekvőbetegként kórházban töltött napok száma kor és nem szerint azok körében, akik legalább egy napot kórházban töltöttek (N=841)**

PERCENTILIS	nők (n=508)			férfiak (n=333)		
	18-34 év	35-64 év	65-X év	18-34 év	35-64 év	65-X év
10	2	2	5	3	3	4
25	3	5	8	3	7	7
50	6	10	14	4	10	14
75	8	21	21	8	21	24
90	17	40	30	19	42	40
Részarány <sup>1</sup> (%)	23,0	48,6	28,4	13,8	54,4	31,8

A hagyományos egészségügyi ellátással *párhuzamosan* is a nők mindössze 4%-a, a férfiaknak pedig 3%-a vett részt alternatív gyógykezelésekben a felmérést megelőző 12 hónapban. Mind a nőknél, mind a férfiaknál a középkorosztály vette leggyakrabban igénybe ezt az ellátási formát (5,6% és 4,1%).

Gyógytornász által nyújtott ellátást (paramedikális ellátás) a nők 7%-a, a férfiak közel 5%-a vett igénybe.

A lakosság közel 80%-ának, a nők négyötödének (80,9%), illetve a férfiak háromnegyedének (76,3%) mérték a vérnyomását a felmérést megelőző 12 hónapban. Mind a férfiak, mind a nők körében a korról emelkedett azok részaránya, akiknek a vérnyomását egy éven belül mérték meg (4.1-4. táblázat). A magas vérnyomásban szenvedők mintegy 15,1%-ának vérnyomását nem ellenőrizték fél éven belül, 6,3%-ának pedig egy éven belül.

<sup>1</sup> Az adott neműek mekkora részaránya tartozott az adott korcsoporthoz.

**4.1-4. táblázat: A legutóbbi vérnyomásmérés óta eltelt idő %-os megoszlása [95%-os megbízhatósági tartomány]**

	Nők			Férfiak		
	18-34 év	35-64 év	65+ év	18-34 év	35-64 év	65+ év
<b>1 éven belül</b>	71,3 [68,2 - 74,2]	82,5 [80,7 - 84,1]	90,3 [87,8 - 92,3]	67,5 [63,6 - 71,2]	79,6 [75,8 - 82,9]	86,0 [80,1 - 90,5]
<b>5 éven belül</b>	24,3 [21,5 - 27,3]	13,2 [11,8 - 14,7]	6,2 [4,7 - 8,0]	26,5 [23,9 - 29,2]	16,9 [13,9 - 20,5]	10,3 [7,1 - 14,8]
<b>több, mint 5 éve/soha</b>	4,5 [3,4 - 5,9]	4,3 [3,5 - 5,3]	3,5 [2,2 - 5,5]	6,0 [4,1 - 8,6]	3,5 [2,6 - 4,6]	3,6 [1,9 - 6,8]

A közép és az idős korúak harmadának több mint 1 éve vagy sohasem mérték a koleszterin szintjét. A magas koleszterin szinttel rendelkezők több mint harmadának nem mérték a koleszterin szintjét fél éven belül, míg közel minden 5. személynek (18,4%) nem mérték egy éven belül.

A középkorúak majdnem felének (45,1%), míg az idős korúak több mint harmadának (39,4%) vércukorszintjét több mint 5 éve vagy sohasem mérték. A cukorbetegségben szenvedők több mint 40%-ának (41,9%) nem ellenőrizték a vércukor szintjét egy hónapon belül és 12,8%-ának (minden 8. cukorbetegnek) nem ellenőrizték fél éven belül.

A magyar lakosság nemzetközi összehasonlításban rossz fogászati státusa [18] alapján biztosan kedvezőtlennek értékelhető adat, hogy a felmérést megelőző 12 hónapban fogorvosnál nem járt a lakosság közel kétharmada (a nők 62,3, a férfiak 64,8%-a) ezen belül a fiatalok fele (a nők 45,4%-a, a férfiak 55,1%-a). Ez az érték a kor előrehaladtával még inkább kedvezőtlenebbül alakul (4.1-5. táblázat). Ez az optimálisnak tekintett félévenkénti szűréssel összevetve minden bizonnyal az ellátás igénybevételének indokolatlanul alacsony voltát jelzi.<sup>1</sup>

**4.1-5. táblázat: A legutóbbi fogorvosi vizit óta eltelt idő %-os megoszlása [95%-os megbízhatósági tartomány]**

	Nők			Férfiak		
	18-34 év	35-64 év	65+ év	18-34 év	35-64 év	65+ év
<b>1 éven belül</b>	54,6 [49,5 - 59,6]	37,3 [31,3 - 43,7]	15,7 [12,7 - 19,1]	44,9 [40,0 - 49,8]	31,6 [27,8 - 35,7]	24,2 [19,3 - 29,9]
<b>5 éven belül</b>	39,2 [35,1 - 43,5]	42,7 [39,5 - 45,9]	31,1 [25,4 - 37,5]	43,4 [39,6 - 47,2]	40,2 [37,6 - 42,8]	30,7 [26,1 - 35,7]
<b>több, mint 5 éve/soha</b>	6,2 [4,6 - 8,3]	20,0 [16,2 - 24,4]	53,2 [45,2 - 61,1]	11,7 [9,2 - 14,9]	28,2 [23,9 - 32,9]	45,0 [37,1 - 53,3]

<sup>1</sup> A fogorvosi ellátásba a magánorvosi ellátást is figyelembe vettük.

A középkorú nők több mint harmada (35%), az idősek több mint háromnegyede (77,9%) nem volt a felmérést megelőző két éven belül nőgyógyásznál (4.1-6. táblázat). Azon 45-64 éves női korosztály, ahol a kétévenkénti emlőrák szűrés költséghatékonyan csökkenti az emlőrák miatti halálozást [19], közel felénél (48,7%) soha nem végeztek mammográfiás vizsgálatot.

**4.1-6. táblázat: Az utolsó nőgyógyászati vizsgálat idejének %-os megoszlása [95%-os megbízhatósági tartomány]**

	Nők		
	18-34 év	35-64 év	65+ év
<b>2 éven belül</b>	86,4 [83,8 - 88,6]	65,0 [62,5 - 67,4]	22,1 [18,5 - 26,2]
<b>5 éven belül</b>	5,4 [4,1 - 7,1]	13,6 [11,8 - 15,7]	12,2 [10,0 - 14,8]
<b>több, mint 5 éve/soha</b>	8,2 [6,5 - 10,3]	21,4 [18,6 - 24,6]	65,7 [60,8 - 70,3]

Önbevallás alapján a felnőtt nők közel 40%-ának (39,2%) volt életében legalább egyszer terhesség-megszakítása. A termékeny korban lévő női korosztály (18-44 éves) esetében ez az arány 31,1% volt, míg a 45 évesnél idősebb nők közel felénél (46,7%) történt terhességmegszakítás életében legalább egyszer. A terhesség-megszakításon átesett 18-24, 25-34 és 35-44 éves nők közel 3%-ának, míg a 45 éves vagy annál idősebb nők csak egy százalékának volt a terhességmegszakítása 18 évesnél fiatalabb korában.

#### 4.1.4.2. Összefüggés-elemzések

##### **Az eredmények értelmezéséhez:**

A többváltozós elemzés lehetővé teszi több magyarázó jellemzőnek a vizsgált tényezőre kifejtett hatásának egy modellben történő elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, "kiszűrve" a modellbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés nem feltétlenül jelent ok-okozati kapcsolatot.

Az életkor hatásának vizsgálatakor a felnőtt **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, de a tapasztalt különbségek nem értelmezhető **egyének szintjén**. Emiatt nem vonhatók le következtetések egy adott személy életkorának előrehaladtával jelentkező változásokról.

Az egészségügyi ellátás igénybevételének összefüggéseit az alap-, a járóbeteg- és a fekvőbeteg szakellátás esetében külön modellekben jellemeztük. Mindhárom esetben azt vizsgáltuk, hogy az ellátás e formái igénybevételének esélye milyen kapcsolatban van a nemmel, az életkorral, az iskolázottsággal, az anyagi helyzettel, a foglalkozással, a munkaviszonnyal, a régióval, a településnagysággal és a funkcionalitással. Az alapellátás esetében az előbb felsorolt tényezőkön kívül még megvizsgáltuk milyen kapcsolat van az

igénybevétel esélye és a szív- és érrendszeri vagy cukorbetegség fennállása között. Az összefüggés-elemzésben az adott egészségügyi ellátás igénybevételének az esélyét az ellátást legalább egyszer igénybevevők és azt igénybe nem vevők arányának hányadosaként képeztük.

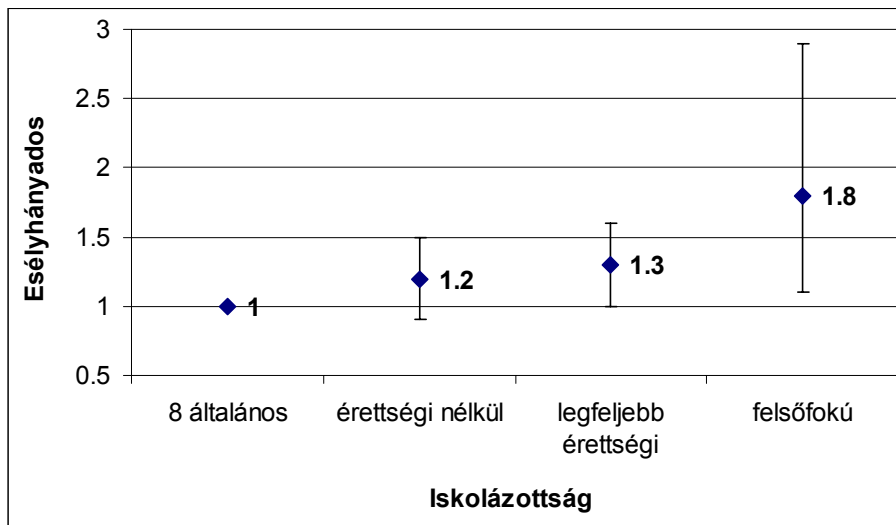
Az 5503 válaszadó közül 5497 személy esetében volt adat az alapellátás igénybevételéről. E személyek közül 5229-en rendelkeztek a vizsgált tényezők mindegyike esetében adattal, így az összefüggés-elemzésben az ő adataikat használtuk fel.

Összefüggés-elemzésünk eredményei alapján megállapítható, hogy az alapellátás igénybevételének az esélye a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt a nemmel, az iskolázottsággal, a korrallal, a foglalkozással, a munkavisztonnyal, a funkcionalitással és a szív- és érrendszeri vagy cukorbetegség fennállásával.

A többi tényező hatását kiszűrve a nőknek a férfiakhoz viszonyítva több mint 30%-kal nagyobb az esélyük az alapellátás igénybevételére.

Az iskolázottság növekedésével egyértelműen nőtt az esélye az alapellátás igénybevételének: a felsőfokú végzettséggel rendelkezők esetében mintegy 80%-kal nagyobb az esély a 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezőkhöz viszonyítva (4.1-1. ábra).

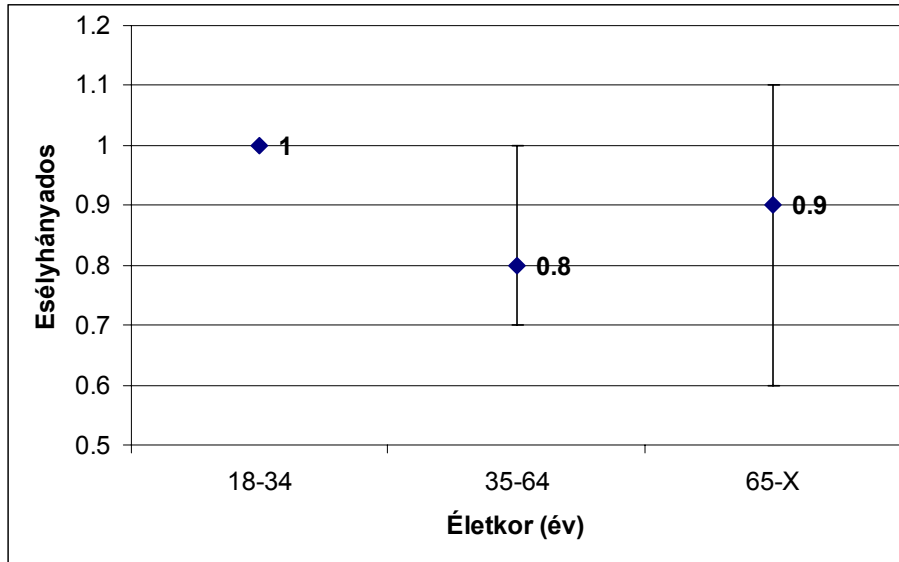
#### 4.1-1. ábra: Az alapellátás igénybevételének esélye és az iskolai végzettség összefüggése



A kor előrehaladtával csökkent az esélye az alapellátás igénybevételének: mind a középkorúak, mind az idősök körében az igénybevétel esélye mintegy 85%-a volt a fiatalokhoz viszonyítva, azonban az összefüggés csak a középkorosztály esetében bizonyult statisztikailag is igazolhatónak (4.1-2. ábra).



4.1-2. ábra: Az alapellátás igénybevételének esélye és az életkor összefüggése

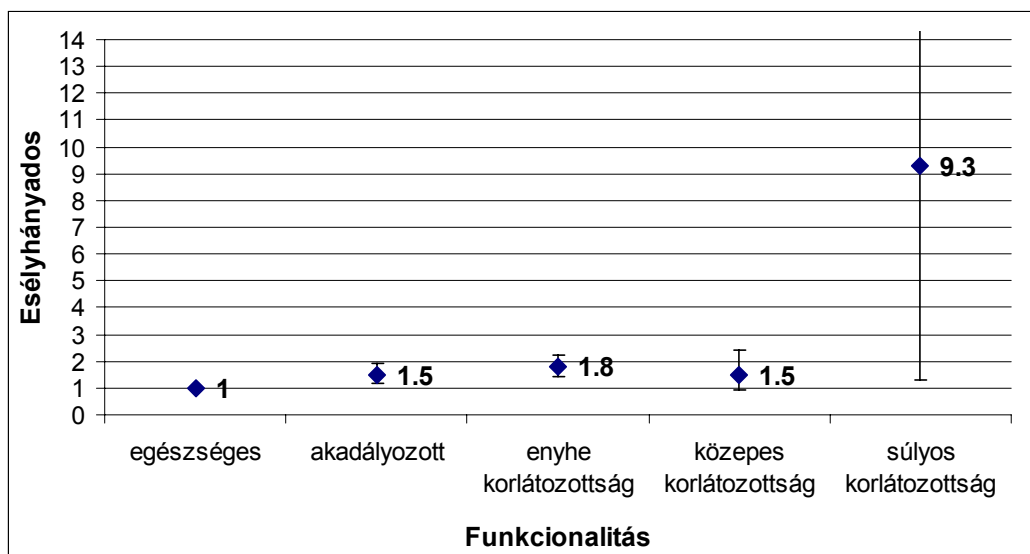


A nem mezőgazdasági szakmunkások és a betanított vagy nem mezőgazdasági segédmunkások körében az alapellátás igénybevételének az esélye mintegy 70-80%-kal volt magasabb az értelmiségiekhez viszonyítva.

A tartósan munkanélkülieknél az alapellátás igénybevételének az esélye mintegy 50%-kal volt alacsonyabb a dolgozókhöz viszonyítva.

A funkcionalitás csökkenésével emelkedett az alapellátás igénybevételének esélye: a tartósan korlátozottak körében az esély több mint 9-szeres volt az egészségesekhez viszonyítva. Az akadályozott és enyhén korlátozottaknál ez az esély csak mintegy 50-80%-kal adódott magasabbnak (4.1-3. ábra).

4.1-3. ábra: Az alapellátás igénybevételének esélye és a funkcionalitás összefüggése



A szívérrendszeri vagy cukorbetegségben szenvedők esetében az alapellátás igénybevételének az esélye több mint 3-szorosa volt az ilyen betegségekben nem szenvedőkhöz viszonyítva.

Az alapellátás igénybevételére vonatkozó részletes eredményeket az 4.1-7. táblázatban tüntettük fel<sup>1</sup>:

#### 4.1-7. táblázat: Az alapellátás igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat<sup>2</sup>

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>NEM</b>				
Referencia: férfi		nő	1,3	1,2 – 1,5
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-34 év		35-64 év	0,8	0,7 – 1,0
		65- év	0,9	0,6 – 1,1
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános		érettségi nélkül	1,2	0,9 – 1,5
		legfeljebb érettségi	1,3	1,0 – 1,6
		felsőfokú	1,8	1,1 – 2,9
<b>FOGLALKOZÁS</b>				
Referencia: értelmiségi		egyéb szellemi szakmunkás, nem mezőgazdasági	1,4	0,9 – 2,1
		betanított/ segédmunkás, nem mezőgazdasági	1,7	1,1 – 2,8
		fizikai, mezőgazdasági	1,9	1,2 – 3,0
		egyéb	1,3	0,8 – 2,2
			1,3	0,7 – 2,2
<b>MUNKAVISZONY</b>				
Referencia: dolgozik		nyugdíjas	1,3	1,0 – 1,6
		egyéb inaktív tartósan	0,7	0,5 – 0,9
		munkaképtelen tartósan	1,3	0,7 – 2,7
		munkanélküli nem tartósan	0,5	0,3 – 0,6
		munkanélküli	0,7	0,4 – 1,1

<sup>1</sup> Nem tüntettük fel a táblázatban azokat a tényezőket, amelyeknél a becült esély egyetlen kategóriában sem tért el statisztikailag szignifikáns mértékben ( $p < 0.05$ ) a referencia kategóriában becült esélytől.

<sup>2</sup> Egy magyarázó tényező hatását jellemző esélyhányados becslésekor a modellben szereplő többi tényező hatását az alkalmazott logisztikus regresszió kiszűri. Emiatt pl. a nemhez tartozó táblázatbeli esélyhányados úgy értelmezhető, hogy az alapellátás esélye hányszorosa a nők körében a férfiakhoz (referencia) viszonyítva, függetlenül attól, hogy ezt az összefüggést mely korcsoportban, iskolázottsági szinten, vagy foglalkozási kategóriájában, stb... vizsgáljuk.

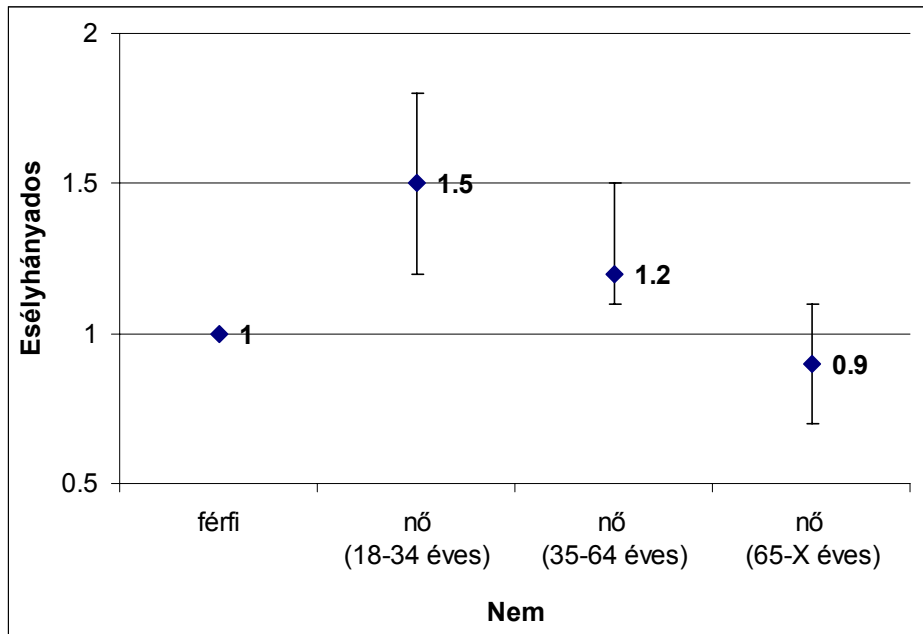
Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>FUNKCIONALITÁS</b>				
Referencia: egészséges		akadályozott	1,5	1,2 – 1,9
		enyhe korlátozottság	1,8	1,4 – 2,2
		közepes korlátozottság	1,5	0,9 – 2,4
		súlyos korlátozottság	9,3	1,3 – 65,4
<b>BETEGSÉGEK:</b>				
<b>Szív- érrendszeri vagy cukorbetegség</b>				
Referencia: nem beteg		beteg	3,4	2,9 – 4,2

Az 5503 válaszadó közül 5493 személy esetében volt adat a járóbeteg szakellátás igénybevételéről. E személyek közül 5232-en rendelkeztek a vizsgált tényezők mindegyike esetében adattal, így az összefüggés-elemzésben az ő adataikat használtuk fel.

A járóbeteg szakellátás igénybevételének az esélye a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt a nemmel, az iskolázottsággal, a korrallal, az anyagi helyzettel, a munkavisztonnyal, a településnagysággal és a funkcionalitással.

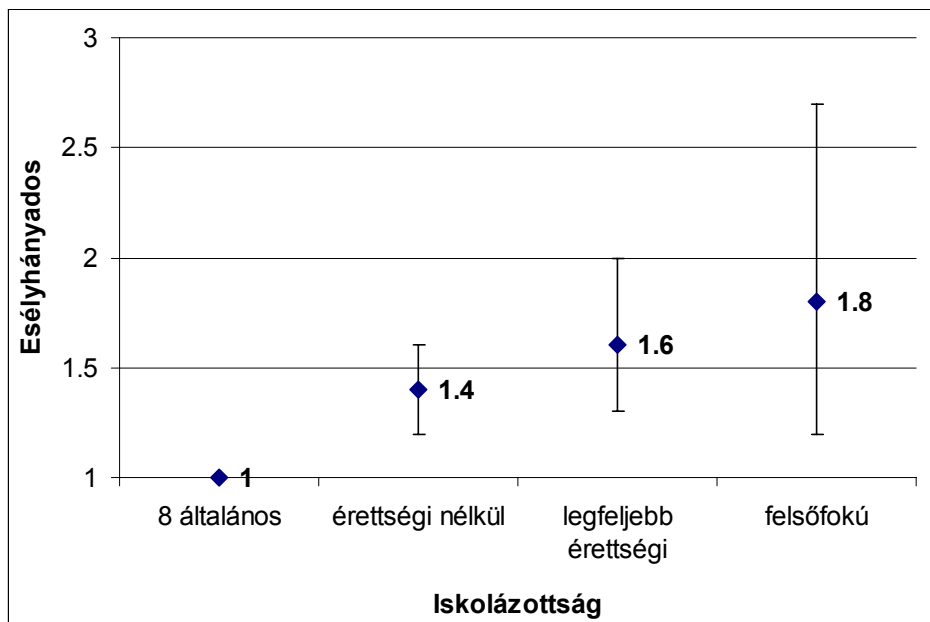
A járóbeteg szakellátás igénybevételének az esélye és a nem közötti kapcsolatot az életkor módosította, azaz a nem és a kor között interakciót lehetett kimutatni. Másképpen fogalmazva, a járóbeteg szakellátás igénybevételének az esélye és a nem közötti kapcsolat eltérő volt a korcsoport különböző rétegeiben. A fiatal nőknek a férfiakhoz viszonyítva mintegy 50%-kal volt nagyobb esélyük a járóbeteg szakellátást igénybevételére, a középkorúaknál az esély már csak mintegy 25%-kal volt magasabb. Ezzel szemben az idősek nőknél az esély mintegy 15%-kal alacsonyabb volt a férfiakhoz viszonyítva (4.1-4. ábra). Ha a nemeken belül vizsgáltuk az életkor hatását, mind a nőknél, mind a férfiaknál az életkor előrehaladtával csökkent a járóbeteg szakellátás igénybevételének az esélye, de a kapcsolat egyik nem esetében sem volt szignifikáns.

#### 4.1-4. ábra: A járóbeteg szakellátás igénybevételének esélye és a nem összefüggése az életkor módosító hatása függvényében



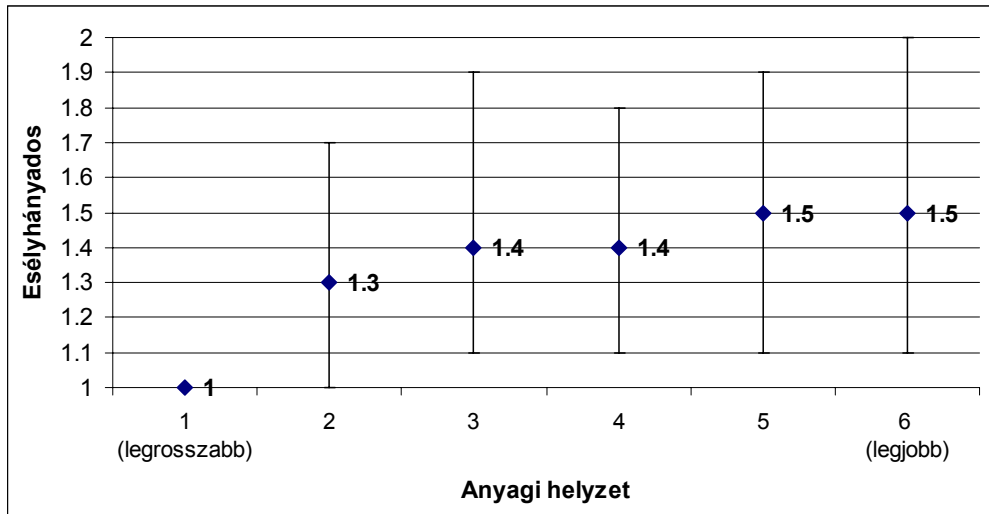
Az iskolázottság növekedésével lineárisan nőtt a járóbeteg szakellátás igénybevételének esélye: a legfeljebb érettséggel rendelkezőknél az esélye közel 60%-kal volt nagyobb, a felsőfokú végzettségűeknél mintegy 80%-kal a 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezőkhöz viszonyítva (4.1-5. ábra).

#### 4.1-5. ábra: A járóbeteg szakellátás igénybevételének esélye és az iskolázottság összefüggése



Az anyagi helyzet javulásával emelkedett a járóbeteg szakellátás igénybevételének az esélye: a legjobb anyagi helyzetűeknél az ellátás e formája igénybevételének az esélye 50%-kal volt magasabb a legrosszabb anyagi helyzetben lévőkhez képest (4.1-6. ábra).

**4.1-6. ábra: A járóbeteg szakellátás igénybevételének esélye és az anyagi helyzet összefüggése**

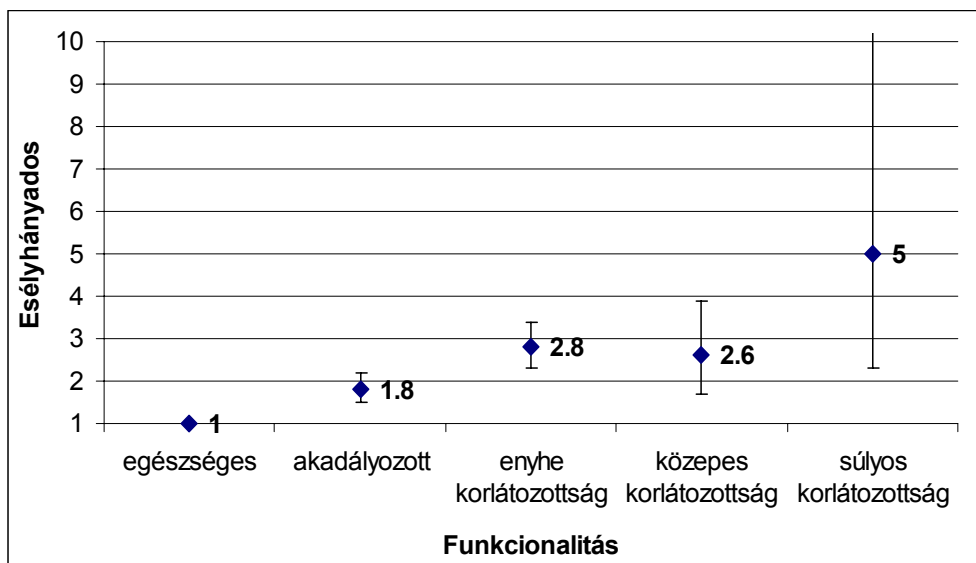


A nyugdíjasoknak mintegy 80%-kal, a tartósan munkaképteleneknek több mint 2,5-szer nagyobb volt az esélye a járóbeteg szakellátás igénybevételére a dolgozókhöz viszonyítva.

Az 1000 lakosnál nagyobb de 10000 lakosnál kisebb településeken élőkénél a járóbeteg szakellátás igénybevételének az esélye mintegy 30-35%-kal alacsonyabbnak adódott az 1000 lakosú vagy annál kisebb településen élőkhez viszonyítva.

A funkcionalitás csökkenésével meredeken emelkedett az esélye a járóbeteg szakellátás igénybevételének: a tartósan korlátozott lakosok körében a járóbeteg szakellátás igénybevételének az esélye közel 5-szöröse volt az egészségesekhez viszonyítva. Már az akadályozott személyek körében a járóbeteg szakellátás igénybevételének az esélye közel kétszerese volt az egészségesek körében megfigyelthez viszonyítva (4.1-7. ábra).

**4.1-7. ábra: A járóbeteg szakellátás igénybevételének esélye és a funkcionalitás összefüggése**



A járóbeteg szakellátás igénybevételére vonatkozó részletes eredményeket az 4.1-8. táblázatban tüntettük fel<sup>1</sup>:

**4.1-8. táblázat: A járóbeteg szakellátás igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat<sup>2</sup>**

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>NEM</b>				
Referencia: férfi	18-34 év	nő	1,5	1,2 – 1,8
	35-64 év	nő	1,2	1,1 – 1,5
	65-év	nő	0,9	0,7 – 1,1
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-34 év	férfi	35-64 év	1,0	0,8 – 1,2
		65-X év	0,9	0,7 – 1,3
	nő	35-64 év	0,9	0,7 – 1,1
		65-X év	0,5	0,4 – 0,8
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános		érettségi nélkül	1,4	1,2 – 1,6
		legfeljebb érettségi	1,6	1,3 – 2,0
		felsőfokú	1,8	1,2 – 2,7
<b>ANYAGI HELYZET</b>				
Referencia: 1 (legrosszabb)		2	1,3	1,0 – 1,7
		3	1,4	1,1 – 1,9
		4	1,4	1,1 – 1,8
		5	1,5	1,1 – 1,9
		6 (legjobb)	1,5	1,1 – 2,0
<b>MUNKAVISZONY</b>				
Referencia: dolgozik		nyugdíjas	1,8	1,5 – 2,1
		egyéb inaktív	1,5	1,2 – 1,9
		tartósan munkaképtelen	2,7	1,8 – 4,1
		tartósan munkanélküli	0,9	0,6 – 1,3
		nem tartósan munkanélküli	1,1	0,7 – 1,5

<sup>1</sup> Nem tüntettük fel a táblázatban azokat a tényezőket, amelyeknél a becsült esély egyetlen kategóriában sem tért el statisztikailag szignifikáns mértékben ( $p < 0.05$ ) a referencia kategóriában becsült esélytől.

<sup>2</sup> Egy magyarázó tényező hatását jellemző esélyhányados becslésekor a modellben szereplő többi tényező hatását az alkalmazott logisztikus regresszió kiszűri. Emiatt pl. a nemhez tartozó táblázatbeli esélyhányados úgy értelmezhető, hogy az alapellátás esélye hányszorosa a nők körében a férfiakhoz (referencia) viszonyítva, függetlenül attól, hogy ezt az összefüggést mely korcsoportban, iskolázottsági szinten, vagy foglalkozási kategóriájában, stb... vizsgáljuk

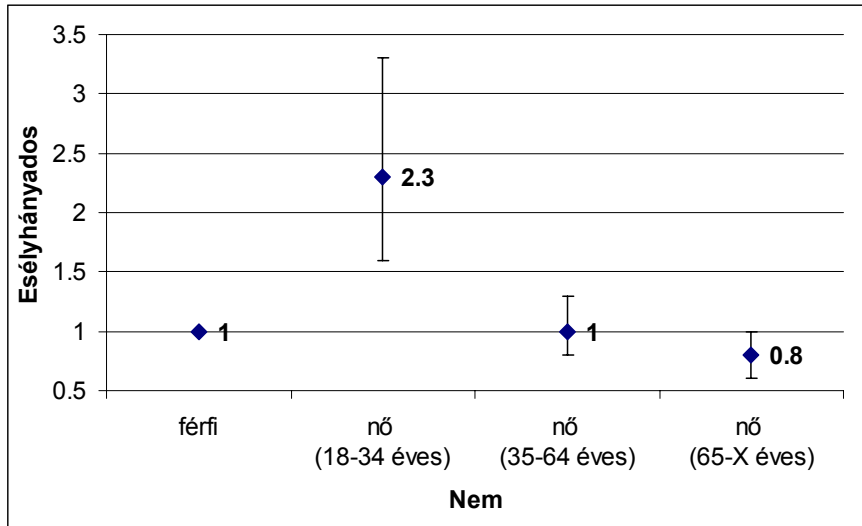
Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>TELEPÜLÉS-NAGYSÁG</b>				
Referencia: 0-1000		1001-3000	0,7	0,6 – 0,9
		3001-5000	0,6	0,5 – 0,9
		5001-10000	0,7	0,5 – 0,9
		10001-50000	0,8	0,6 – 1,0
		50001-X	0,9	0,7 – 1,3
<b>FUNKCIONALITÁS</b>				
Referencia: egészséges		akadályozott	1,8	1,5 – 2,2
		enyhe		
		korlátozottság	2,8	2,3 – 3,4
		közepes		
		korlátozottság	2,6	1,7 – 3,9
	súlyos			
	korlátozottság	5,0	2,3 – 10,8	

Az 5503 válaszadó közül 5501 személy esetében volt adat a fekvőbeteg szakellátás igénybevételéről. E személyek közül 5239-en rendelkeztek a vizsgált tényezők mindegyike esetében adattal, így az összefüggés-elemzésben az ő adataikat használtuk fel.

A fekvőbeteg szakellátás igénybevételének az esélye a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt a nemmel, a korrallal, a foglalkozással, a munkaviszonnyal és a funkcionalitással.

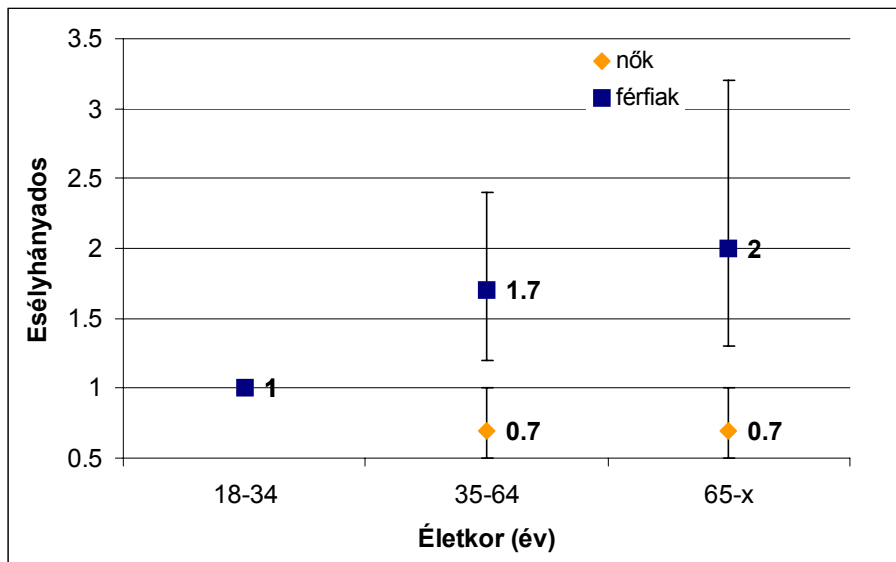
A járóbeteg szakellátáshoz hasonlóan a fekvőbeteg szakellátás igénybevételének az esélye és a nem közötti kapcsolatot az életkor módosította, azaz a nem és a kor között interakciót lehetett kimutatni. Másképpen fogalmazva, a fekvőbeteg szakellátás igénybevételének az esélye és a nem közötti kapcsolat eltérő volt a korcsoport különböző rétegeiben. A fiatalok között a nőknek a férfiakhoz viszonyítva több mint 2-szer nagyobb volt az esélyük a fekvőbeteg szakellátás igénybevételére. A középkorúaknál nem volt eltérés a férfiak és a nők között, az időskorúaknál azonban a fekvőbeteg szakellátás esélye már mintegy 20%-kal alacsonyabb volt a nőkben, bár az eltérés nem bizonyult szignifikánsnak (4.1-8. ábra).

**4.1-8. ábra: A fekvőbeteg szakellátás igénybevételének esélye és a nem összefüggése az életkor módosító hatása függvényében**



Ha a nemeken belül vizsgáltuk az életkor hatását a férfiak és a nők esetében ellentétes tendencia rajzolódott ki. Eszerint a férfiaknál az életkor előrehaladtával nőtt a fekvőbeteg szakellátás igénybevételének az esélye: az idős férfiaknak kétszeres az esélye a fiatalokhoz viszonyítva. Ezzel szemben a nőknél csökkenés volt megfigyelhető: a középkorú és idős nőknek mintegy 30%-kal volt kisebb esélye arra, hogy a fekvőbeteg szakellátást igénybe vegyék a fiatal nőkhöz viszonyítva (4.1-9. ábra).

**4.1-9. ábra: A fekvőbeteg szakellátás igénybevételének esélye és az életkor összefüggése**

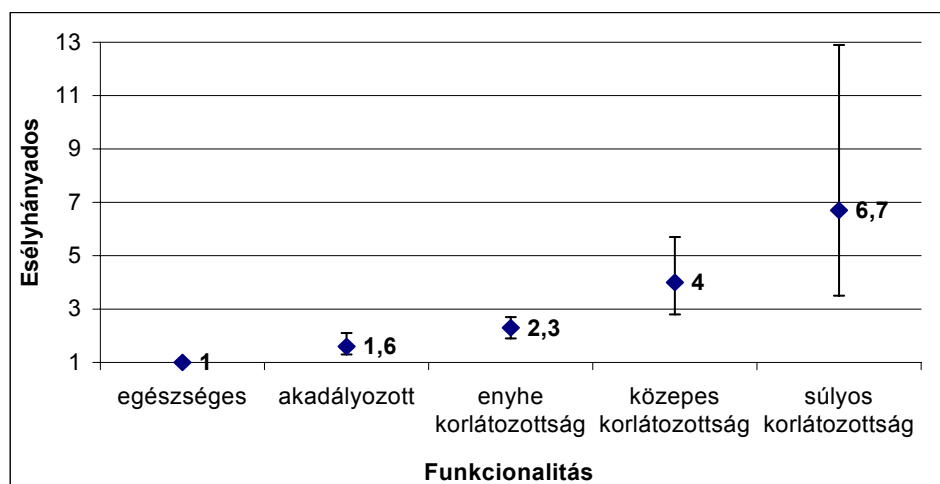


A nyugdíjasok és a tartósan munkaképteleneknél a fekvőbeteg szakellátás igénybevételének az esélye jelentősen magasabb volt a dolgozókhöz viszonyítva: a nyugdíjasoknál mintegy 2,5-szeres, míg a tartósan munkaképteleneknél közel 5-szörös.



A funkcionalitás csökkenésével lineárisan emelkedett az esélye a fekvőbeteg szakellátás igénybevételének: a tartósan korlátozottaknak az esélye közel 7-szerese volt az egészségesekhez viszonyítva. Már az akadályozottak esélye is több mint 1,5-szeres volt (4.1-10. ábra).

**4.1-10. ábra: A fekvőbeteg szakellátás igénybevételének esélye és az életkor összefüggése**



A fekvőbeteg szakellátás igénybevételére vonatkozó részletes eredményeket az 4.1-9. táblázatban tüntettük fel<sup>1</sup>:

**4.1-9. táblázat: A fekvőbeteg szakellátás igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat<sup>2</sup>**

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>NEM</b>				
Referencia: férfi	18-34 év	nő	2,3	1,6 – 3,3
	35-64 év	nő	1,0	0,8 – 1,3
	65-év	nő	0,8	0,6 – 1,0
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-34 év	férfi	35-64 év	1,7	1,2 – 2,4
		65-X év	2,0	1,3 – 3,2
	nő	35-64 év	0,7	0,5 – 1,0
		65-X év	0,7	0,5 – 1,0

<sup>1</sup> Nem tüntettük fel a táblázatban azokat a tényezőket, amelyeknél a becsült esély egyetlen kategóriában sem tért el statisztikailag szignifikáns mértékben ( $p < 0,05$ ) a referencia kategóriában becsült esélytől

<sup>2</sup> Egy magyarázó tényező hatását jellemző esélyhányados becslésekor a modellben szereplő többi tényező hatását az alkalmazott logisztikus regresszió kiszűri. Emiatt pl. a nemhez tartozó táblázatbeli esélyhányados úgy értelmezhető, hogy az alapellátás esélye hányszorosa a nők körében a férfiakhoz (referencia) viszonyítva, függetlenül attól, hogy ezt az összefüggést mely korcsoportban, iskolázottsági szinten, vagy foglalkozási kategóriájában, stb... vizsgáljuk.

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>FOGLALKOZÁS</b>				
Referencia: értelmiségi		egyéb szellemi szakmunkás, nem mezőgazdasági	0,8	0,5 – 1,3
		betanított/ segédmunkás, nem mezőgazdasági	0,5	0,3 – 1,0
		fizikai, mezőgazdasági	0,7	0,4 – 1,2
		egyéb	0,6	0,3 – 1,1
			0,4	0,2 – 0,8
<b>MUNKAVISZONY</b>				
Referencia: dolgozik		nyugdíjas	2,5	2,0 – 3,1
		egyéb inaktív tartósan munkaképtelen tartósan	2,6	1,8 – 3,8
		munkanélküli	4,9	3,0 – 8,1
		nem tartósan munkanélküli	1,4	0,9 – 2,3
			1,0	0,5 – 1,9
<b>FUNKCIONALITÁS</b>				
Referencia: egészséges		akadályozott enyhe korlátozottság	1,6	1,3 – 2,1
		közepes korlátozottság	2,3	1,9 – 2,7
		súlyos korlátozottság	4,0	2,8 – 5,7
			6,7	3,5 – 12,9

#### 4.1.5. Megbeszélés

##### 4.1.5.1. Belső összehasonlítások

A felmérésben meghatározott krónikus betegségekkel kapcsolatban adott válaszok, valamint a vérnyomás, vércukor és koleszterin szint mérésével kapcsolatos kérdésekre adott válaszok közötti ellentmondásokat tártuk fel, például: ha valaki magas vérnyomás betegségben szenved, nem fordulhat elő, hogy sohasem mérték a vérnyomását. Hasonlóan kiszűrtük a különböző ellátási formák igénybevétele és bizonyos szűrővizsgálatokon való részvétel közti ellentmondásokat (pl. ha valaki azt válaszolta, hogy sem nővérrel, sem orvossal nem találkozott a kérdőívfelvételt megelőző egy évben, akkor annak a személynek a vérnyomását sem mérhette meg orvos vagy nővér ugyanezen időszak alatt, vagy nem vehetett részt egy éven belül nőgyógyászati vizsgálaton sem). Abban az esetben, ha a kérdezett személy a kérdezést megelőző 12 hónapban legalább egy napot fekvőbetegként kórházban töltött, akkor az igénybevitel felmérésére szolgáló kérdés (28. kérdés) esetében,

a kórházi szakorvossal történt találkozás (28=3) értéke nem lehetett nulla. A kérdezést megelőző 12 hónapban legalább egy orvosi ellátást igénylő sérülés vagy mérgezés bekövetkezése esetén az igénybevétel felmérésére szolgáló kérdésnél (28. kérdés) a háziorvossal (28=1 válasz) és/vagy a rendelőintézeti/kórházi szakorvossal (28=2 válasz) és/vagy az üzemorvossal (28=3 válasz) való találkozásnak szerepelnie kellett.

Az említett inkonzisztenciák részben egyáltalán nem vagy elenyésző gyakoriságban fordultak elő az adatelemzés során.

#### 4.1.5.2. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság

Az 1994-es KSH egészségmagatartás vizsgálatának eredménye, miszerint a nők gyakrabban járnak orvoshoz, mint a férfiak, az OLEF2000 összefüggés elemzéseivel csak részben, az alapellátás igénybevétele esetén figyeltünk meg. Mind a járóbeteg szakellátás, mind a fekvőbeteg szakellátás igénybevételének az esélye csak a fiatalok esetében volt nagyobb a nőknél, az életkor előrehaladtával az ellátás e formáinak igénybevétele vagy nem különböző szignifikánsan a férfiak és a nők között, vagy a férfiaknál az ellátás igénybevételének az esélye magasabb volt. Eredményeink azt mutatták, hogy az alapellátás és a járóbeteg szakellátás igénybevételének az esélye az iskolázottság emelkedésével egyértelműen növekedett, mely eredmény ellentétes a KSH 1994-ben elvégzett felmérésével, ahol azt találták, hogy a leggyakrabban az alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők fordultak orvoshoz, mely gyakoriság az iskolai végzettség növekedésével minden életkorban csökkent kivéve a legidősebbeket.

Az 1996-os Magyar Háztartás Panel vizsgálat eredményei alapján minél kisebb településen él valaki annál ritkábban vesz igénybe szakorvosi ellátást. Ezen eredménnyel ellentétben a mi vizsgálatunk azt mutatja, hogy a járóbeteg szakellátás igénybevételének az esélye minden, a lakosok száma alapján definiált településtípuson alacsonyabbnak adódott, mint az 1000 lakosnál kisebb településeken élők esetében. Az 1996-os vizsgálat megállapítja továbbá, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségűek és a szegényebbek a szakorvosi ellátást ritkábban vették igénybe, mint a magasabb iskolai végzettséggel és jobb anyagi körülmények között élők. Ezzel az eredménnyel nincsenek összhangban az OLEF2000 összefüggés elemzése során kapott eredmények, hiszen az iskolázottság növekedésével egyértelműen emelkedett, mind az alap-, mind a járóbeteg szakellátás igénybevételének az esélye, mindezek mellett az anyagi helyzet javulásával nőtt a járóbeteg szakellátás igénybevételének az esélye is.

Az említett hazai vizsgálatokban kapott eredmények és az OLEF2000 eredményei közti eltérések egyik magyarázata lehet az alkalmazott kérdőíves eszközök különbözősége, illetve az elemzésben használt módszertan. A hazai vizsgálatok elemzése során nem alkalmaztak többszörös logisztikus regressziós modelleket, melyekkel az egészségügyi ellátás igénybevételének az esélyét befolyásoló tényezők valódi, egymás járulékos hatásától mentesített szerepét tudtuk tisztázni.

Az OLEF2000 eredményei egyeznek azokkal a nemzetközi vizsgálatokban kapott eredményekkel, melyek azt találták, hogy a reprodukív korú nőknél az egészségügyi ellátás igénybevétele magasabb, majd a kor előrehaladtával a férfiak körében az igénybevétel meghaladja a nőkéét. Vizsgálatunk eredményei összhangban vannak továbbá azokkal a nemzetközi eredményekkel, melyek azt mutatták, hogy a jobb szociális helyzetben lévők nagyobb mértékben veszik igénybe az egészségügyi ellátást.

#### 4.1.5.3. Az eredmények értelmezése

A felmérés eredményei alapján magasnak találtuk azon középkorú lakosok arányát, akik az alapellátást nem vették igénybe a kérdőívfelvételt megelőző 12 hónap során. Ez az eredmény utalhat az alapellátás működésében esetlegesen fellelhető hiányosságokra.

A természetgyógyász és gyógytornász által nyújtott szolgáltatásokat a lakosságnak csak elenyésző aránya veszi igénybe hazánkban, mely jól illusztrálja az ilyen típusú ellátási formák jelenlegi kismértékű elterjedtségét. Mindezek mellett elképzelhető, hogy a kérdezettek a felmérés jellegéből adódóan nem vallották be e szolgáltatások igénybevételét.

A krónikus betegségben szenvedő lakosok gondozásának hiányosságaira hívja fel a figyelmet, hogy minden 7. magas vérnyomásban szenvedőnek, a magas koleszterin szinttel rendelkezők több mint harmadának, valamint minden 8. cukorbetegnek nem ellenőrizték a vérnyomását, koleszterin és vércukor szintjét fél éven belül. Mindezek mellett a középkorú lakosok majdnem felének vércukor szintjét a felmérést megelőző több mint 1 éve vagy sohasem mérték.

A magyar lakosság közel kétharmada a nemzetközi összehasonlításban rossz fogászati státusa ellenére a felmérést megelőző 12 hónapban nem járt fogorvosnál, ezen belül a fiatal felnőttek fele. Ez mindenképpen jelezheti a lakosság szájhigiénés szokásainak elégtelenségét, valamint az ellátás magas költségét.

A szűrő-gondozói hálózat kevésbé hatékony működését, illetve a nők hiányos ismereteit a szűrővizsgálatok fontosságáról támasztja alá az az eredmény, mely szerint a középkorú nők több mint harmada, míg az idősek több mint háromnegyede nem volt a kérdőívfelvételt megelőző két évben nőgyógyásznál. Hasonlóan magyarázható az az eredmény is, mely alapján a 45-64 éves női korosztály – ahol a kétévenkénti emlőrák szűrés költséghatékonyan csökkentheti az emlőrák miatti halálozást – közel felénél soha nem végeztek mammográfiás vizsgálatot.

A 18-44 éves nők közül majd minden harmadiknak, míg a 45 éves és annál idősebb nők közel felének volt már életében legalább egy terhesség-megszakítása. Az eredmény felveti a szexuális felvilágosító tevékenység és ezzel együtt a családtervezés hiányosságait hazánkban.

Abban az esetben, amikor az egészségügyi ellátás igénybevételének az esélyét befolyásoló tényezők valódi, egymás járulékos hatásától mentesített szerepének tisztázása volt a cél, azt találtuk, hogy az alapellátás igénybevételének az esélye magasabb volt a nők között, azonban a járóbeteg szakellátás és a fekvőbeteg szakellátás esetében csak a fiatal korosztály esetében volt megfigyelhető hasonló jelenség. A közép és az idős korosztályok esetében a férfiaknak nagyobb volt az esélye az ellátás igénybevételére. Ezt az eredményt magyarázza a nők által fiatal korban igénybevett nőgyógyászati ellátás, melyet a GYÓGYINFOK adatai is alátámasztanak, miszerint e korosztályokban az egészségügyi ellátás igénybevételét illetően a szülés és abortusz miatti ellátás a leggyakoribb. Ezt alátámasztja részben a járóbeteg szakellátás és a fekvőbeteg szakellátás igénybevételének esélye kapcsán a nem és az életkor közti interakció: a nők esélye az ellátás e formáinak igénybevételére csak a fiatalok között volt nagyobb, valamint a fekvőbeteg szakellátás igénybevételének az esélye a kor előrehaladtával a férfiaknál egyértelműen nőtt, míg a nőknél csökkent.

A magasabb iskolai végzettség, a jobb anyagi helyzet az alap- és a járóbeteg szakellátás igénybevételének az esélyét növelte, mely mögött részben e társadalmi csoportok magasabb szintű egészségkultúrája, az ellátás könnyebb elérhetősége, részben az ellátórendszernek az ilyen személyek irányába megnyilvánuló célzottabb odafigyelése sejthető.

Az akadályozottság és a korlátozottság egyértelműen növelte az esélyt az ellátás mindhárom formájának igénybevételére, azonban a legegységesebb összefüggést a fekvőbeteg szakellátással találtuk, jelezvén, hogy a lakosok mely ellátási formát részesítik leginkább előnyben a probléma fennállásakor.

#### **4.1.5.4. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra**

A vizsgálat eredményei alapján nem tűnik célszerűnek a nővér által és a házi orvos által nyújtott szolgáltatás szétválasztása, hiszen a kérdezett személyek nem differenciáltak a két ellátási forma között.

## 4.2. **HIÁNYZÓ FEJEZET: GYÓGYSZERHASZNÁLAT!**

(KÉSZÜL)

### 4.3. Egészségproblémákkal kapcsolatos kiadások

*Borsos Kinga*

#### 4.3.1. Kiemelt eredmények

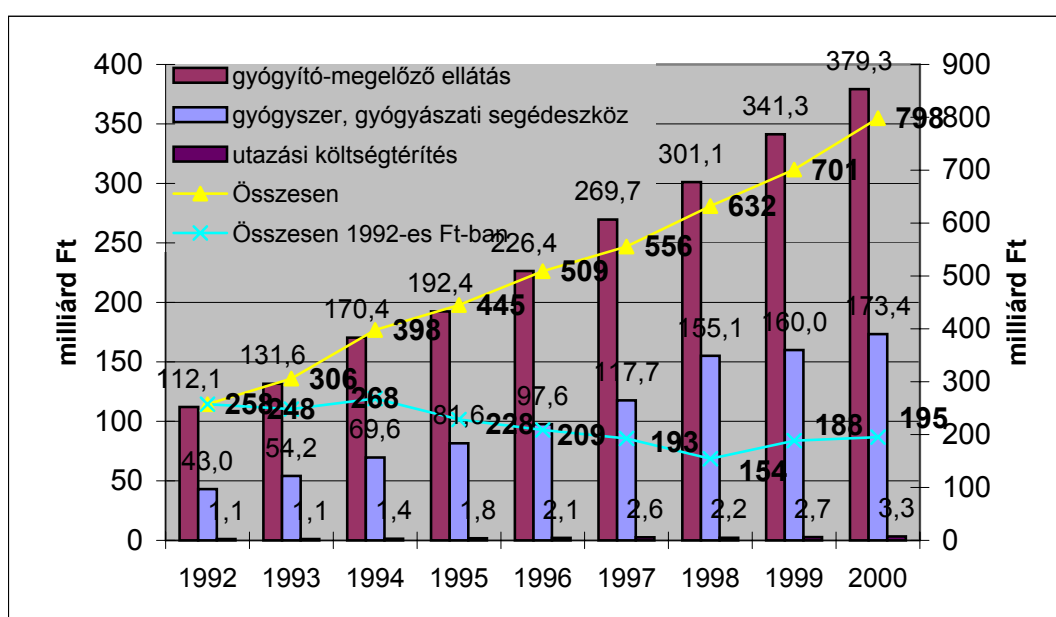
- A felnőtt magyar lakosság egészséggel kapcsolatos kiadása elérte a 270 Mrd Ft-ot a felmérést megelőző 12 hónapban.
- A felnőtt lakosság mintegy fele költött tartósan szedett gyógyszerre vagy gyógyhatású készítményre. Az erre fordított összes kiadás közel 85 Mrd Ft-ot tett ki. Ebből a receptköteles gyógyszerekre 58,9 Mrd Ft-ot, a recept nélkül kapható gyógyszerekre 12,4 Mrd Ft-ot költöttek a közgyógyellátással nem rendelkezők. A gyógyszernek nem minősülő készítményekre kiadott összeg elérte a 3,2 Mrd Ft-ot.
- A közgyógyellátottak összesen 11 Mrd Ft-ot fordítottak gyógyszerre és gyógyhatású készítményekre. Ebből közel 9 Mrd Ft-ot a receptköteles gyógyszerekre költöttek.
- A fogászat jelentette a második legnagyobb kiadást 41,4 Mrd Ft-tal. Ezt az összeget a lakosok 23%-a fizette ki.
- Az egészségmegőrzésére fordított kiadás 35,2 Mrd Ft volt, amely a lakosok 12%-át terhelte. Hasonló nagyságrendet képviselt az egészséggel kapcsolatos utazásra kiadott tétel, illetve a kiesett munkanapokból származó keresetkiesés 23,6 Mrd Ft-tal. Az optikai eszközökre 20,5 Mrd Ft-ot, természetgyógyászatra 8,2 Mrd Ft-ot fordítottak.
- Hálapénzre a lakosok összesen 20,7 Mrd Ft-ot költöttek az elmúlt évben. Ebből orvosoknak 18,2 Mrd Ft, míg a nővéreknek 2,5 Mrd Ft hálapénzt juttattak a lakosok.
- Összefüggés-elemzésünk eredményei alapján megállapítható, hogy az egészséghelyreállításra (definíciót lásd OLEF kérdései, származtatott mutatók) fordított kiadás nagysága a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt a nemmel, a munkaviszonnyal, az országrégiókkal, az anyagi helyzettel, munkahelyi beosztással és a funkcionalitással, de nem állt összefüggésben a korrallal és foglalkozással.
- A gyógyszerkiadások összefüggés elemzését megvizsgálva megállapíthatjuk, hogy a kiadás összefüggésben állt a korrallal, nemmel, foglalkozással, munkaviszonnyal és a funkcionalitással, viszont nem áll összefüggésben az anyagi helyzettel, munkahelyi beosztással és a régiókkal.

## 4.3.2. Háttér

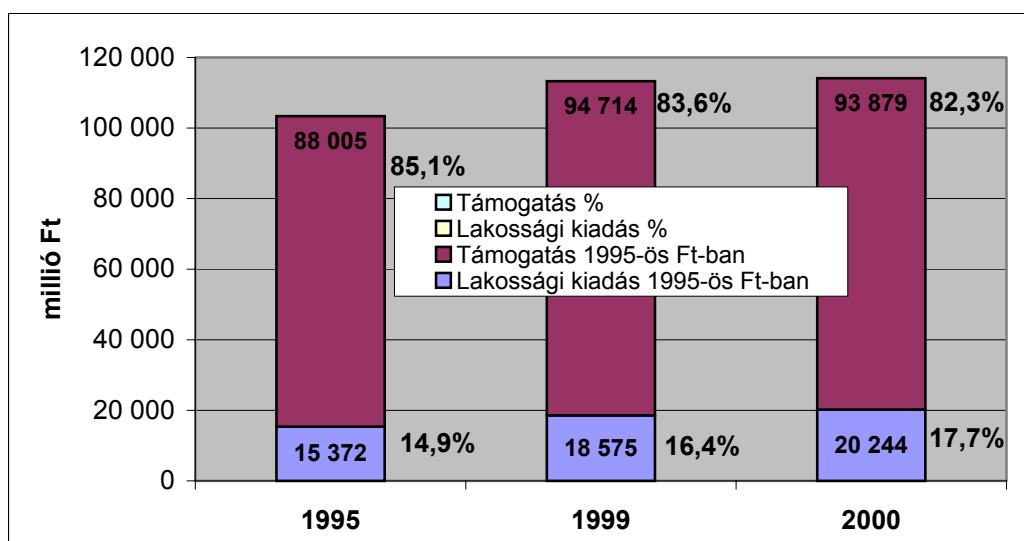
### 4.3.2.1. A téma jelentősége

A növekvő egészségügyi kiadások a költségvetésre évről évre egyre nagyobb terhet rónak. Az alábbi OEP kimutatásból látható, hogy a 1992. és 2000. között az OEP kassza túlnyomó többségében sokszoros a kiadások emelkedése. Az összkiadás 260 milliárd forintról mintegy 800 milliárdra nőtt ezen időszak alatt. Azt is meg kell azonban említeni, hogy a kiadások aránya a GDP százalékában csökkentek, míg 1992 a GDP 9,5%-át jelentették az egészségbiztosítási kiadások, addig 2000-ben 6,2%-át teszik ki, vagy másképpen a központi költségvetés kiadásainak 2,6%-áról 2%-ára csökkent.

4.3-1. ábra. Az Egészségbiztosítási Alap kiadásai összehasonlítható értéken számolva



4.3-2. ábra. A lakossági gyógyszerforgalmon belül a támogatás és a lakossági kiadások alakulása összehasonlítható értéken számolva





A lakossági kiadások is megnöttek az OEP statisztikája szerint, amit a fenti ábrák szemléltetnek. A lakossági térítési díj 15 milliárd forintról 42,5 milliárd forintra nőtt, míg a támogatott forgalom 88 milliárd forintról 197 milliárd forintra nőtt 1995-ről 2000-re. Érdemes azonban a kiadásokat megvizsgálni az egészségügyi árindex-változás figyelembevételével is [20], melynek segítségével számításba vehetjük az egészségügyi szektorban történő árváltozásokat is. A fenti ábrán látható, hogy abszolút értékben a kiadások 1995-ről 2000-re 15 milliárd Ft-ról 42 milliárd forintra nőttek. Azonban, az összegeket az egészségügyi árindex-változással korrigálva 1999-ben 18 milliárd forintnak, 2000-ben 20 milliárd forintnak felel meg a lakossági térítési díj. A gyógyszerkiadás százalékában 14,9%-ról 17,7 %-ra nőtt a lakossági térítések összege. Az összkiadást az 1992-2000. évi egészségügyi árindex-változással javítva (409 %) 260 milliárdról 195,6 milliárdra csökkent. Ebből a szempontból vizsgálva a kérdést, azt láthatjuk, hogy a lakossági kiadások aránya nőtt meg az összkiadáshoz képest az utóbbi időkből.

A lakosságra nehezedő terheket felmérő elemzés Magyarországon csak igen kis számban fellelhető. Az ilyen jellegű vizsgálatok csak korlátozott tételeket vesznek figyelembe. További nehézségeket jelent az, hogy az egészségügyi kiadásokra vonatkozó hivatalos adatok gyakran a szolgáltató gazdasági érdekei miatt torzítottak (pl. kórházak finanszírozása miatt előforduló "gyakoribb" betegségek, melyek csak a kedvezőbb finanszírozás miatt gyakoribbak). A reprezentatív mintán alapuló kérdőíves vizsgálattal felmérhető, hogy az egyén egészséggel összefüggő kiadásai mekkorák, illetve hogyan oszlanak meg az egyes szolgáltatások között. Bár Magyarországon az egészségügyi ellátó rendszer hozzáférése térítésmentes, a hálapénz elterjedtsége közismert és erre vonatkozólag számos becslés, számítás készült [32,33,34,36,37,38,39]. Az OLEF2000 kiegészítheti ezeket a tanulmányokat is, mivel megmutatja, hogy a hálapénz kiknek és mekkora kiadást jelentett az adott évben a kérdezettek saját bevallása alapján. Képet kaphatunk olyan alternatív ellátásokról is az egyén szemszögéből, melyekről a hivatalos adatbázisokban nem találunk információt. Ilyen a magánorvosi, természetgyógyászati ellátás, fogorvosi, illetve optikai szolgáltatásokra fordított kiadások. Megvizsgáltuk, hogy milyen anyagi terhet jelent a betegség, illetve ápolás miatt bekövetkező munkahelyi távolmaradás a lakosság számára. A kérdőíves módszer tehát segít képet adni a felnőtt magyar lakosság egészséggel összefüggő, egy évre vonatkozó összes kiadásáról, máshol nehezen hozzáférhető, nem regisztrált adatokról (pl. hálapénz). Megtudhatjuk, hogy jövedelmének mekkora hányadát fordítja egészségmegőrzésére, illetve javítására és mi az, amiért az emberek inkább fizetnek vagy kénytelenek fizetni. Képet kapunk, hogy hogyan függ a teherviselés a nemtől, kortól, társadalmi-gazdasági helyzettől vagy más egyéb tényezőtől. Míg a költségvetést terhelő kiadásokat mind többen és alaposabban vizsgálják, addig az egyén szemszögéből történő vizsgálatok mostohaterületnek számítanak. Az erről kapott hiteles kép segíthet egy hatékonyabb és igazságosabb egészségpolitika megalkotásában. Az összegyűjtött adatok kiindulópontul szolgálhatnak későbbi, még részletesebb vizsgálatokhoz.

#### 4.3.2.2. Elterjedt fogalmak meghatározása

**Egészséggel összefüggő kiadások** alatt az *egészség megőrzésére* irányuló és az *egészség helyreállítását* szolgáló kiadásokat értjük. [21,22,23] Természetesen ezek a kategóriák nem meghatározottak, ezért is fordul elő, hogy a különböző elemzések más-más elemeket vesznek figyelembe. Az OLEF2000 megpróbál az egészség nehezen meghatározható fogalmának minél tágabb értelmet adni, melyet az előző fejezetekben láthattunk.

A nézőpontot, melyből a vizsgálat történt (jelen esetben az egyén) **elemzési perspektívának** hívjuk. A vizsgálatban kiadásokat és költségeket az adott nézőpontból számítjuk. Például a gyógyszerkiadások vizsgálatánál csak az egyén számára ténylegesen felmerülő kiadást vesszük figyelembe.

A kért betegség miatt a beteg vagy a hozzátartozója munkából való távolmaradását a **kiesett munkanapok**-kal jellemezzük és számítjuk. Ezek a kiadások indirekt, a betegséggel csak közvetett módon kapcsolódó költséget okoz a lakosság számára, ezért ezeket a költségeket az egészségügyi-gazdasági számításokban **indirekt költségeknek** hívjuk. (humán tőke módszer). Az indirekt költségek számításakor a transzferköltségeket (táppénz, munkanélküli segély, stb.) a közgazdaságtan szabályainak megfelelően nem tekintjük valós költségeknek a társadalom szempontjából, mivel csak forrásallokáció történik és nem forrás felhasználás, az egyén szempontjából azonban ezek a költségek (keresetkiesés) megvizsgálhatók. Előfordulhat, hogy a **kiadások** és az **igénybevétel** nem fedik egymást teljes mértékben. A térítésmentes szolgáltatásoknál, pl. kórházi ellátás, magas igénybevétel mellett is előfordulhat 0 Ft kiadás, míg a magánorvosi ellátásnál minden igénybevevő fizet is (hacsak nem baráti vagy családi kapcsolat áll fenn). Így az elemzésekben a két fogalmat egyértelműen szét kell választani, mert akár ellenkező tendenciát is mutathatnak. A szegényebbek egészséggel összefüggő kisebb kiadásai nagyobb igénybevételt jelenthetnek a gazdagabbakéhoz képest, csak ők inkább a térített, ingyenes ellátást veszik igénybe. Tehát, abban az esetben, ha a valaki kevesebbet költ még nem állapítható meg, hogy kevesebb ellátást is kap vagy vesz igénybe. Ezt azért hangsúlyozzuk, mert gyakran összekeveredik a kiadás és az igénybevétel fogalma, holott a kettő között nem áll fenn közvetlen kapcsolat.

#### 4.3.2.3. Legfontosabb külföldi adatok

Az Egyesült Államokban számos vizsgálat készült az egészségügyi kiadásokról. Több vizsgálatot is készített az egészségügyi kormányzat kutatóintézete, az Agency for Healthcare Research and Quality. Az első ilyen jellegű vizsgálat 1977-ben készült (National Medical Care Expenditure Survey), majd 1987-ben a National Medical Expenditure Survey. A sor 1996-ban folytatódott a MEPS (Medical Expenditure Panel Survey) [24] vizsgálat, mely figyelembe vette más nemzeti vizsgálatok tapasztalatait, eredményeit. A MEPS háztartási kiadásokat elemző része egy országos, reprezentatív felmérés az amerikai lakosság kiadásairól, mind háztartási, mind egyéni szinten. Adatokat gyűjtöttek a demográfiai jellemzőkről, az egészségi állapotról, az egészségügyi források igénybevételéről, a költségekről és kiadásokról, az ellátásokhoz való hozzáférésről, az elégedettségéről, a biztosítási lefedettségről. A vizsgálat 2 és fél év alatt készült el és interjúkon alapul. Az eredmények szerint 1996-ban az Egyesült Államokban az egy főre jutó átlagos összkiadás (nem csak lakossági) 2,038 \$ (beleértve azokat is, akik nem költöttek). Csak a kiadást viselőket tekintve (kb. a lakosság 85%-a), ez az összeg átlagosan 2,389\$ jelentett fejenként. A lakosság kb. felének legalább 395\$-nyi kiadása volt 1 év alatt. A kiadások 82%-át valamilyen biztosító állta, míg a 18%-át a lakosság (a biztosítói kiadások 45%-át a magánbiztosítók állták). Az egészségügyi kiadások legnagyobb része a 65 évnél idősebbekre fordítódott (5,370\$ fejenként átlagosan). A nem-biztosítottakra fordított kiadások kisebbek voltak, mint a biztosítással rendelkezőké. A lakossági kiadások megoszlása szerint a legnagyobb terhet a fogászati kiadások jelentették (52-54%), majd a gyógyszerekre fordított kiadások (40%), végül az ambuláns ellátásra adott hozzájárulások (16%), az otthoni ápolás (12%), illetve a fekvőbeteg ellátásra kiadott egyéni hozzájárulás (2%) jelentette. Az összefüggés-elemzésben azt vizsgálták a kutatók, hogy az egy főre jutó kiadás (egyéni és összkiadás) milyen tényezők befolyásolják (kor, nem, rassz, jövedelem, egészségi állapot, biztosítottság).

A lakossági kiadás a legnagyobb (28%) a 6-17 éves gyerekeknél (az fogászati-fogszabályozási kiadásokkal magyarázható), a legkisebb (9%) a 6 év alatti gyerekeknél. A 18-64 év közöttiekre 19% jut, míg a 65 év felettiak a terhek 15%-át viselik. Az etnikai megoszlást tekintve minden ötödik dollárt a fehérek és ázsiaiak költik, a feketék a lakossági összkiadásoknak 11%-át viselik. A biztosított státusz szerint a nem-biztosítottak a lakossági kiadások 43%-át viselik. A jövedelmeket tekintve a közepes-magas jövedelmű csoport fizetett viszonylag a legtöbbet (a kiadások 20%-át), a szegények a legkevesebbet (a kiadások 11%-át). A egészségi állapotot vizsgálva láthatjuk, hogy a nagyon jó egészségi állapotban lévő 65 év alattiak a kiadások 23%-át, míg a rossz állapotban lévők a 10%-át fizették. Hasonló az arány a 65 év felettekben is. Hozzá kell tenni, hogy egyrészt a rossz egészségi állapotban lévők inkább kórházi ellátást vesznek igénybe, ahol a legkisebb a lakossági hozzájárulás, másrészt a Medicaid által biztosított emberek saját kiadása szintén minimális.[24]

Európai vizsgálatok közül érdekesek a Franciaországban évenként készített felmérések [25] melyek a lakosság egészségügyi kiadásaira vonatkoznak, és figyelemmel követik, hogy az egyén kiadásai hogyan alakulnak. Ezek a vizsgálatok nem kérdőív alapúak, hanem az igen széleskörű nemzeti adatbázisok alapján készültek. Ezek szerint egy francia állampolgárra jutó összkiadás átlagosan, évente 12 000 FF. Ez az adat a francia egészségpénztár alapján számolt összeg, tehát csak a biztosító által térített kiadásokat tartalmazza. Az egészségügyi fogyasztás szoros összefüggést mutat az egészségi állapottal, a korrallal, nemmel, szociális és biztosítási helyzettel. A fogyasztási egyenlőtlenségekre mutat rá egy tanulmány [20], mely szerint a kiadások 80%-a a lakosság negyedére esik, és a lakosság csupán 5%-ára koncentrálódik a kiadások fele. Egy másik felmérés [21] a földrajzi egyenlőtlenségeket vizsgálja, és különböző geográfiai fogyasztói típusokat határoz meg Franciaországban. Kiemelendő a különböző fogyasztói profilokat vizsgáló cikk [22, 23], mely a fogyasztást kor, nem egészségi állapot és a társadalmi-gazdasági helyzet szerint vizsgálja. A foglalkozás, vagyoni helyzet szerint jelentős különbségek láthatók fogyasztási szokásokban, terhekben. A vizsgálatok alapján megállapítható, hogy a szegényebb rétegek többet fogyasztanak bizonyos ellátásokból (fekvőbeteg), más ellátások nagyobb mértékű fogyasztása, pl. fogászat, a módosabb rétegeknél figyelhető meg. A fogyasztás mértéke tehát egyáltalán nem csak az egészségi állapottal függ össze, hanem a fent említett tényezők mind befolyásolják.

A magán-és közkiadások arányát vizsgálja egy másik tanulmány [26] az OECD "Health Data 1997 és 2000" adatait elemezve. Az elemzés megállapítja, hogy a magasabb közkiadásokat viselő országokban az évek során a magánkiadások aránya nő, míg az alacsonyabb közkiadásokat vállaló országokban a magánkiadások az évek során csökkennek.

A fenti példák, melyeket a teljesség igénye nélkül a nemzetközi irodalomból vettük, összehasonlítási alapul szolgálhatnak. Számos vizsgálat létezik az Európai Unión belül is (Egyesült Királyság, Skócia, Hollandia, Spanyolország), mivel az egészségügy kiadások jelentik az egyik legnagyobb problémát a fejlett (és fejlődő) országokban. Ezek elemzése azonban túllépi ennek a munkának a kereteit. A lábjegyzetben megtalálhatók az ilyen vizsgálatok címei, hozzáférhetőségük. [27, 28, 29]

#### 4.3.2.4. Legfontosabb korábbi hazai felmérések

Az OEP és GYOGYINFOK adatbázisa alapján képet kaphatunk a térített kiadások alakulásáról, azonban ezek az adatok nem foglalják magukba a nem térített szolgáltatásokat, gyógyszereket. A KSH minden évben készít felmérést [30] a háztartások jövedelme és fogyasztásáról, amely e címszavak alatt, az adott évkönyvben közölnek. Vizsgálataik a KSH egységes lakossági adatfelvételi rendszerének (ELAR) keretében történik. A minta 464

település 3899 körzetére terjed ki, a magánháztartások kb. negyed ezrelékét fogja át. A sikeres adatfelvételek száma 2000-ben 10 191 volt. Az “egészségügy, testápolás” kategóriában található a gyógyszerre, gyógyászati segédeszközre, testápolási cikkekre, testápolással kapcsolatos szolgáltatásra, egészségügyi szolgáltatásra, hálapénzre, illetve tartós testápolási cikkre fordított lakossági kiadások. Az eredményeket tekintve az egy főre jutó átlagos gyógyszerkiadás (receptre és recept nélkül kapható gyógyszerek, táplálék kiegészítők, vitaminok, akutan és krónikusan alkalmazott szerek) 8333 Ft volt, a gyógyászati segédeszközre 1394 Ft, a testápolási cikkekre 7885 Ft, az egészségügyi szolgáltatásokra 3064 Ft fordítottak fejenként. Összesen 23 291 Ft-tal terhelte meg az egyén pénztárcáját a fenti kategóriákra fordított kiadások. Érdekes megemlíteni, hogy az élvezeti cikkekre fordított egy főre eső átlagos kiadás hasonló eredményt mutat, 21 522 Ft-ot, míg ez az érték az élelmiszerekre 114 525 Ft. Egy közelmúltban megjelent tanulmány a jövedelmi helyzet és 31 az egészséggel összefüggő fogyasztás kapcsolatát vizsgálja a KSH 1993-as és 1999-es háztartásstatisztikai adatai alapján. Mint a fenti adatokból látható, a nagy kiadásokat a testápolási cikkek és a gyógyszerek jelentik. Elhanyagolható a testápolási szolgáltatásokra (fitness), egészségügyi szolgáltatásokra, gyógyászati segédeszközre és hálapénzre fordított összeg, ez utóbbi átlagosan 788 Ft/fő. A gyógyszerkiadás a jövedelmi kategóriák alsó felében erősen jövedelemfüggő, majd a jövedelem növekedésével kevésbé reagál a bevétel növekedésére. A hálapénz esetében a legmagasabb jövedelműek kevésbé a hálapénzes, inkább a legális vásárlásos konstrukciót kezdik preferálni.

Találunk adatot továbbá az egészségügyi termékekre és szolgáltatásokra vonatkozó kiadásokról a “Háztartási Monitor 1999”, [32] című vizsgálatban, amely szerint az egy fogyasztási egységre (egy háztartás mérettel korrigált értéke,  $e=0,73$ ) jutó átlagos összeg 4741 Ft a vizsgálatot megelőző 3 hónapban.

Hálapénzzel kapcsolatos cikkek jóval nagyobb számban jelentek meg. A KSH 2000-ben végzett háztartás-statisztikai felmérése szerint ez az összeg éves szinten 788 Ft/fő [33]. Egy 2000-ben megjelent [34] kötet évi 40 milliárd forintra becsli a hálapénz összegét. A TÁRKI 1998-as vizsgálata [35] szerint “az összeg valahol 24 és 42 milliárd forint között lehet, az adatközlések alapján az átlag 33 milliárd forintra volt”. Ennek mintegy 10-13%-a jut az egészségügyi személyzetnek, tehát mintegy 29 milliárd Ft marad az orvosoknál. A hálapénzzel az orvosi jövedelmek két és félszeresükre növekednek átlagosan, de ezek az összegek nagyon egyenlőtlenül oszlanak meg (van aki semmit, és vannak akik bruttó jövedelmük 5-10-szeresét is megkeresik ezzel). Egy másik könyv [36] szerint a paraszolvencia nagysága körülbelül a kórház működési költségeinek felével egyezik meg- a hálapénz gyakorlatilag megduplázza a béreket. Az eloszlás viszont erősen strukturált: hálapénzt kap az orvosok mintegy 10%-a, ebből 2 % kapja a paraszolvencia 80%-át. [37, 38, 39]. A KSH háztartás-statisztikai felmérései mutatják, hogy az egészségügyi lakossági kiadások a fogyasztói kosár kiadásainak mintegy 5%-át teszik ki. [40]

A hivatalos adatbázisokat áttekintve képet alkothatunk az OEP által kifizetett kiadásokról. A regisztrált kategóriák a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyító-megelőző ellátások, gyógyfürdő, utazási költségtérítés. Ez az adatbázis nem összehasonlítható közvetlenül az OLEF vizsgálattal, mivel az adatgyűjtés módszere és a használt definíciók is különbözőek (pl. gyógyszer alatt az OEP adatok figyelembe veszik az akutan, illetve a gyermekgyógyászatban alkalmazott gyógyszereket is, míg az OLEF csak a krónikusan, felnőttek által szedett gyógyszereket tartalmazza, ellenben figyelembe veszi a gyógyszernek nem minősülő készítményeket, amik az OEP adatok között nem szerepelnek.) A két adatforrás más célokat is szolgál, mivel az OEP a társadalombiztosítást érintő kiadásokat vizsgálja elsősorban, míg az OLEF2000 elsődleges célja a lakossági terhek vizsgálata volt. Éppen ezért a két vizsgálat

kiegészítheti egymást. Az OEP 2000-ben a gyógyító-megelőző ellátásra összesen 376 milliárdot fordított, az évi gyógyszerkiadása 151 milliárd forintot tett ki, a gyógyászati segédeszközre fordított kiadás 23 milliárdot, míg az utazási költségtérítés 3,3 milliárd forint kiadást jelentett a biztosítónak. A lakosság 0%-kal támogatott, illetve recept nélkül kiváltott gyógyszerekre 15,5 milliárd forintot költött. Az OEP adatai szerint a közgyógyellátottak által kiváltott gyógyszerek fogyasztói értéke 21,7 milliárd forint volt 2000-ben. A támogatott gyógyszerekkel együtt a lakossági gyógyszerkiadások 104 milliárd forintot tettek ki 2001-ben. Ez 32%-os önrészt jelentett mely évről évre nő. A gyógyszerpiac összforgalma elérte a 300 milliárd forintot. A támogatott gyógyszerek forgalma az összfogyasztás közel 93%-át tette ki. [41]

### 4.3.3. Módszertan

#### 4.3.3.1. OLEF2000 kérdései, származtatott mutatók

**Összkiadás:** a felnőtt magyar lakosság által 8,15 millió egy év alatt az egészséggel összefüggően kifizetett összes kiadás, mely részkiadásokból áll

**Részkiadások:** az összkiadást alkotó egyes kiadási tételek. Jelen vizsgálatban a részkiadások alatt az alábbi szolgáltatásokra fordított költségeket értjük (a zárójelben a kérdőív megfelelő kérdésének száma látható):

Természetgyógyászat, utazás, egészségmegőrző szolgáltatás (31-1-2-3)

Optikai eszközök, gyógyászati segédeszközök, ápolás (32-1-2, 39)

Fogászat (32-3)

Hálapénz (33, 34)

Magán egészségügyi ellátás (35)

Kiesett munkanapok miatt fellépő keresetkiesés (36, 37, 38)

Gyógyszer<sup>1</sup> (79-85)

A kérdések az elmúlt 12 vagy 3, illetve a gyógyszereszedési kérdések 2 hónapra vonatkoztak, de a kiadásokat minden esetben egy évre számítottuk.

A saját egészséggel kapcsolatos kiadásokra vonatkozó kérdéseket a következő oldalon találhatók.

<sup>1</sup> Krónikusan alkalmazott receptköteles gyógyszerek, recept nélkül kiváltható gyógyszerek, gyógyszernek nem minősülő készítmények (gyógyhatású szerek, táplálék-kiegészítők), kivéve gyermekgyógyászati készítmények

**31. Az elmúlt 3 hónapban mennyit költött a SAJÁT egészsége érdekében...**

A KÖLTÖTT ÖSSZEGET KEREKÍTSD SZÁZASOKRA!

	száz ezer	tíz ezer	ezer	száz	tíz	egy
1 – természetgyógyászati kezelésre, mint például irisz-diagnosztika, csontkovács, reflexológia, relaxáció, akupunktúra, kézrátét?						
2 – utazásra, például a háziorvoshoz, kórházba vagy gyógyfürdőbe?						
3 – egészségmegőrző szolgáltatásokra, például fitness klub, torna, úszás, gyógyfürdő, vagy gyögmasszázs?						

000000-999900 – elköltött összeg  
(százasa kerekítve)  
888888 – Nem tud válaszolni  
999999 – Nem kíván válaszolni

**32. Az elmúlt 12 hónapban mennyit költött a SAJÁT egészsége érdekében...**

A KÖLTÖTT ÖSSZEGET KEREKÍTSD SZÁZASOKRA!

	száz ezer	tíz ezer	ezer	száz	tíz	egy
1 – szemüvegre, kontaktlencsére vagy kontaktlencse folyadékra, nem számítva a napszemüveget?						
2 – gyógyászati segédeszközökre, például járókeretre, sétabotokra, lúdtalpbetétre, hallókészülékre?						
3 – fogászati ellátásra, például fogtömésre, műfogsorra, koronára, hidra, gyökérkezelésre, foghúzásra?						

000000-999900 – elköltött összeg  
(százasa kerekítve)  
888888 – Nem tud válaszolni  
999999 – Nem kíván válaszolni

Magyarországon évtizedek óta gyakorlat, hogy a betegek kisebb-nagyobb ajándékot, esetleg készpénzt adnak az őket ellátó orvosnak vagy nővérnek. Az ilyen célra fordított összeg nagyságának ismerete nagyon fontos a betegellátás javításához, fejlesztéséhez.

**CSAK HA A SAJÁT EGÉSZSÉGE ÉRDEKÉBEN VETTE IGÉNYBE AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁST!  
HA A KÉRDEZETT NEM PÉNZBEN FEJZTE KI A HÁLÁJÁT, AKKOR SEGÍTS A KÉRDEZETTNEK ÁTSZÁMOLNI AZ AJÁNDÉK ÉRTÉKÉT FORINTRA!**

**33. Az elmúlt 12 hónapban, amikor Ön a SAJÁT egészsége érdekében vette igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, mennyi hálapénzt adott az ORVOSNAK vagy milyen értékben adott ajándékot...**

A HÁLAPÉNZRE KÖLTÖTT ÖSSZEGET KEREKÍTSD SZÁZASOKRA!

	száz ezer	tíz ezer	ezer	száz	tíz	egy
1 – A háziorvosi ellátás során?						
2 – Szakorvosi járóbeteg rendelésen?						
3 – Kórházi bennfekvéskor?						

000000-999900 – hálapénzre költött összeg (százasa kerekítve)  
000001 – Nem vette igénybe  
888888 – Nem tud válaszolni  
999999 – Nem kíván válaszolni

**34. És a NŐVÉREKNEK, vagy az Önt ápoló ÁPOLÓKNAK mennyi hálapénzt adott vagy milyen értékben adott ajándékot...**

A HÁLAPÉNZRE KÖLTÖTT ÖSSZEGET KEREKÍTSD SZÁZASOKRA!

	száz ezer	tíz ezer	ezer	száz	tíz	egy
1 – A háziorvosi ellátás során?						
2 – Szakorvosi járóbeteg rendelésen?						
3 – Kórházi bennfekvéskor?						

000000-999900 – hálapénzre költött összeg (százasa kerekítve)  
000001 – Nem vette igénybe  
888888 – Nem tud válaszolni  
999999 – Nem kíván válaszolni

35. Az elmúlt 12 hónapban a fogorvosi ellátás kivételével mennyit költött összesen **MAGÁNORVOSNÁL** vagy egyéb **MAGÁN** egészségügyi ellátás igénybevételekor?

A MAGÁNORVOSI ELLÁTÁSRA KÖLTÖTT ÖSSZEGET KEREKÍTSD SZÁZASOKRA!

millió száz tíz ezer száz tíz egy  
ezer ezer

..... Ft

--	--	--	--	--	--	--

0000000-9999900 – magánorvosi ellátásra költött (százásra kerekítve)

0000001 – Nem volt magánorvosnál

8888888 – Nem tud válaszolni

9999999 – Nem kíván válaszolni

36. Az elmúlt 12 hónap alatt hány **MUNKANAPON** nem tudta kereső foglalkozását végezni, saját testi-lelki panasza vagy betegsége miatt?

.....napon

--	--	--

000-365 – betegnapok száma ----> **HA 000, TOVÁBB A 40. KÉRDÉSRE!**

887 – nem dolgozik munkahelyen

888 – Nem tud válaszolni

999 – Nem kíván válaszolni

37. Előfordult-e az elmúlt 12 hónapban, hogy Ön otthoni ápolásra szorult?

1 – igen

2 – nem -----> **TOVÁBB A 40. KÉRDÉSRE!**

8 – Nem tud válaszolni ----> **TOVÁBB A 40.**

**KÉRDÉSRE!**

9 – Nem kíván válaszolni--> **TOVÁBB A 40. KÉRDÉSRE!**

38. Az elmúlt 12 hónapban az Ön otthoni ápolása miatt hány munkanapon nem tudtak dolgozni hozzátartozói, ismerősei vagy azok a személyek, akik Önt ellátták?

.....napon

--	--	--

000-365 – ápolási napok száma

888 – Nem tud válaszolni

999 – Nem kíván válaszolni

39. Az elmúlt 12 hónapban az Ön otthoni ápolása miatt mennyit költöttek fizetett ápolóra?

AZ ÁPOLÓRA KÖLTÖTT ÖSSZEGET KEREKÍTSD SZÁZASOKRA!

száz tíz ezer száz tíz egy  
ezer ezer

..... Ft

--	--	--	--	--	--

000000-999900 – ápolásra költött összeg(százásra kerekítve)

888888 – Nem tud válaszolni

999999 – Nem kíván válaszolni

Szeretném megkérni, hogy amennyiben az elmúlt két hónap folyamán rendszeresen szedett vagy kapott receptre vagy a nélkül kapható bármilyen gyógyszert vagy bármilyen gyógyhatású készítményt, például gyógyteát, vitamint, cseppeket, mutassa meg annak a dobozát, vagy ha az nincs meg, akkor az azokra vonatkozó orvosi dokumentációt.

	79. A gyógyszer neve: 9900 – Nem szedett semmit 8888 – Nem tud válaszolni 9999 – Nem kíván válaszolni  <i>A gyógyszer nevét NAGY NYOMTATOTT betűkkel írd!</i>	80. Hatóanyag-tartalom: <i>Keresd a dobozon!</i> Úgy írd be, ahogy a dobozra van írva! (Ha a dobozon 500 mg van, ne írd 0,5 g-ot!) <i>Lehetséges egységek a dobozon:</i> <i>gramm, milligramm, mikrogramm, egység-E, millió E, MIU, milligramm, milliliter,</i>  1-10.000 – Bevihető érték 77777 – Nem megállapítható	81. Gyógyszerforma: 01 – Tabletta 02 – Kapszula 03 – Injekció 04 – Csepp 05 – Kenőcs 06 – Tea 07 – Por (bevett) 08 – Kanalas gyógyszer 09 – Hintópor 10 – Kúp 11 – Spray (belégzésre) 12 – Spray (külsőleg)	82. A gyógyszeresedés oka: 01 – Magas vérnyomás 02 – Emésztőszervi (gyomor, bél, epe) panaszok 03 – Szívpanaszok, szívbetegség 04 – Alvásproblémák 05 – Nyugtalanág, szorongás, idegesség 06 – Depresszió, kedvetlenség, rossz hangulat 07 – Fejfájás 08 – Egyéb fájdalmak 09 – Csont-izületi panasz 10 – Egyéb 88 – Nem tud válaszolni 99 – Nem kíván válaszolni	83. A szedett mennyiség  <i>Csak tablettá, kapszula és injekció esetén töltendő ki!</i> <i>Gyógyszerként csak az egyik alábbi oszlop töltendő ki!</i>			84 – Orvosi javaslatra szedi-e?  1 – Igen 2 – Nem 8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni
					83_1. naponta összesen  (naponta szedett tablettá, kapszula és injekció)	83_2. hetente összesen  (több naponta, hetente szedett tablettá, kapszula és injekció)	83_3. havonta összesen  (több hetente, havonta szedett tablettá, kapszula és injekció)	
1.								
2.								
3.								

85. Van Önnek közgyógyellátási igazolványa, amellyel ingyenesen jut hozzá bizonyos gyógyszerekhez?

- 1 – Van  
2 – Nincs

- 8 – Nem tud válaszolni  
9 – Nem kíván válaszolni



**A kor szerinti kategóriák:** 18-34 év, 35-64 év, 65+ (felett) év

**Gyógyszerkiadás:** az OLEF2000-ben minden esetben a krónikusan szedett gyógyszerekre, ezen belül a receptre és a recept nélkül kapható gyógyszerekre, gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítményekre (táplálék-kiegészítők, vitaminok, a későbbiekben gyógyszernek nem minősülő készítmények) fordított összeg. Az elemzés nem veszi figyelembe a gyermekgyógyászati készítményeket, illetve az akutan alkalmazott szereket, pl. az antibiotikumokat. Olyan esetekben, ahol a gyógyszer többféle kiszerelése különböző árakon van forgalomban, vagy ha a gyógyszer többféle támogatással létezik, attól függően, hogy milyen jogosultsággal írja fel az orvos, számításainkban a beteg számára legkedvezőbb ár képezte a számítás alapját, mivel ezekre nem volt pontos információk a kérdések alapján. Így a gyógyszerkiadások becslése a lakosság szempontjából a minimum értéket mutatja. A receptre kapható gyógyszerek alatt értjük a 0%-ban támogatott szereket is, melyeket csak receptre lehet kiváltani. A recept nélkül kapható szerek alatt a recept nélkül is beszerezhető gyógyszerek értendők, míg a gyógyszernek nem minősülő készítmények alatt a patikában kapható teákat, táplálék-kiegészítőket, stb. vettük figyelembe. (részletesebben lásd a Gyógyszerhasználat alfejezetet!)

**Kiesett munkanapok miatti kiadások** A hozzátartozó által történő ápolás és a betegség következtében kiesett munkanapok miatt bekövetkező keresetkiesést a következőképpen számoltuk: A háztartás jövedelmét elosztottuk a 18 éven felüli családtagok számával, így megkaptuk az egy főre eső jövedelmet. (jövedelmet számoltunk és nem keresetet, melyre külön kérdés vonatkozik). A 36. és a 38. kérdésre adott válaszok alapján a kiesett munkanapok számával szoroztuk az egy főre jutó jövedelem 30%-t (a táppénz a kereset 70%-a), így megkaptuk a kiesett jövedelem nagyságát. Hangsúlyozzuk, hogy a közgazdaságtani fogalmak szerint a táppénz, lévén transzfer költség, a társadalom szempontjából nem számít valós költségnek, de jelen esetben az egyén szemszögéből szeretnénk meghatározni a közvetett kiadást, tehát, hogy számára valójában mekkora terhet jelentett a munkából való távolmaradás. A számításoknál az általában használt táppénzjuttatást vettük figyelembe és nem néztük a "betegszabadság" kategóriát, mely alatt nem jelentkezik jövedelem kiesés. A kiesett jövedelem egy közelítő adat, mivel nem tudjuk pontosan, hogy milyen jövedelem után kap táppénzt a beteg és melyik után nem. A részvényekből vagy ingatlankiadásból származó jövedelmet a betegállomány nem befolyásolja, a magánóra adásból származó jövedelem viszont egészében kiesik a betegség alatt és nem jut táppénzhez az illető. Ez nagy hibát azonban nem okozhat, mivel ez egyes esetekben növeli, másokban csökkenti a kiesett jövedelem nagyságát, így, mivel mindkét irányban is előfordul, nagy valószínűséggel a hiba nem jelentős.

Koncentrációs (Lorenz) görbe: a koncentrációs görbe két változó kapcsolatát írja le.<sup>1</sup> A görbe gyakran használt közgazdasági eszköz az egyenlőtlenségek vizsgálatánál. Ha A görbe laposabb, homorúbb, mint B görbe, ez azt jelzi, hogy az A populációja esetén a kiadások nagyobb részét a populáció kisebb része fizeti ki, tehát nagyobb az egyenlőtlenség az A populációjában. Ha a görbe 45 fokos egyenes, az azt jelzi, hogy tökéletesen egyenletesen oszlanak meg a kiadások. Így a 45 fokos egyenestől való eltéréssel merhető az egyenlőtlenség mértéke.

<sup>1</sup> Az y változó Lorenz görbéje y kumulatív gyakoriságát írja le. A görbe elkészítéséhez sorba rendezzük 1-től N-ig a mintaelemeket az y változó szerinti növekvő sorrendben (most y az összkiadás): y<sub>1</sub>, y<sub>2</sub>, .. y<sub>N</sub>. A görbe i. pontjának első koordinátája i/N, a második koordinátája (y<sub>1</sub>+..+y<sub>i</sub>)/(y<sub>1</sub>+..+y<sub>N</sub>).

**Közgyógyellátottak:** vizsgálatunkban a k85 kérdésre igennel válaszoló embereket tekintettük közgyógyellátottaknak. Ők igénybe veszik a szociális alapon működő közgyógyellátási rendszert, vagyis a közgyógyellátási listán szereplő gyógyszerek minden esetben 100%-os támogatásban részesülnek. Kiadásukat külön elemezzük, mert ők eltérnek a populáció többi részétől a fogyasztás tekintetében. Gyógyszerfogyasztásukat például befolyásolhatja a térítésmentesség egyrészt, másrészt a szabályozott gyógyszerválasztás.

Az összefüggés-elemzésben vizsgált tényezők (pl. funkcionalitás) pozitívan és negatívan is befolyásolják a kiadásokat, így az összes kiadás elemzésében ezek a hatások kiolthatják egymást. Így nem kaphatunk valós információt arról, hogy a vizsgált tényezők hogyan befolyásolják valóban a kiadást. Ezért próbáltuk meg csoportosítani a szolgáltatásokat olyanokra, amelyekre fordított kiadás inkább az egészség megromlása esetén fordulnak elő (egészség helyreállításra fordított kiadások), illetve olyanokra, amelyekre inkább az egészséges személyek költöttek (egészség megőrzésre fordított kiadások). Természetesen ez a felosztás nem lehet tökéletes, hiszen vannak olyan szolgáltatások, amelyekre mindkét esetben költöttek (pl. magánorvos, fogászat). Az egészség-helyreállításra fordított kiadásokat elemeztük, az egészség-megőrzésre fordított kiadásokat az alacsony elemszám miatt nem tudtuk vizsgálni.

**Az egészség-megőrzésre fordított kiadások** az *egészség megtartására* irányuló kiadásokat célozzák meg, ebbe a kategóriába soroltuk a 31\_3, 32\_3 kérdéseket és a gyógyszer kérdésekből a gyógyszernek nem minősülő készítményekre vonatkozó kérdésekre adott válaszokat.

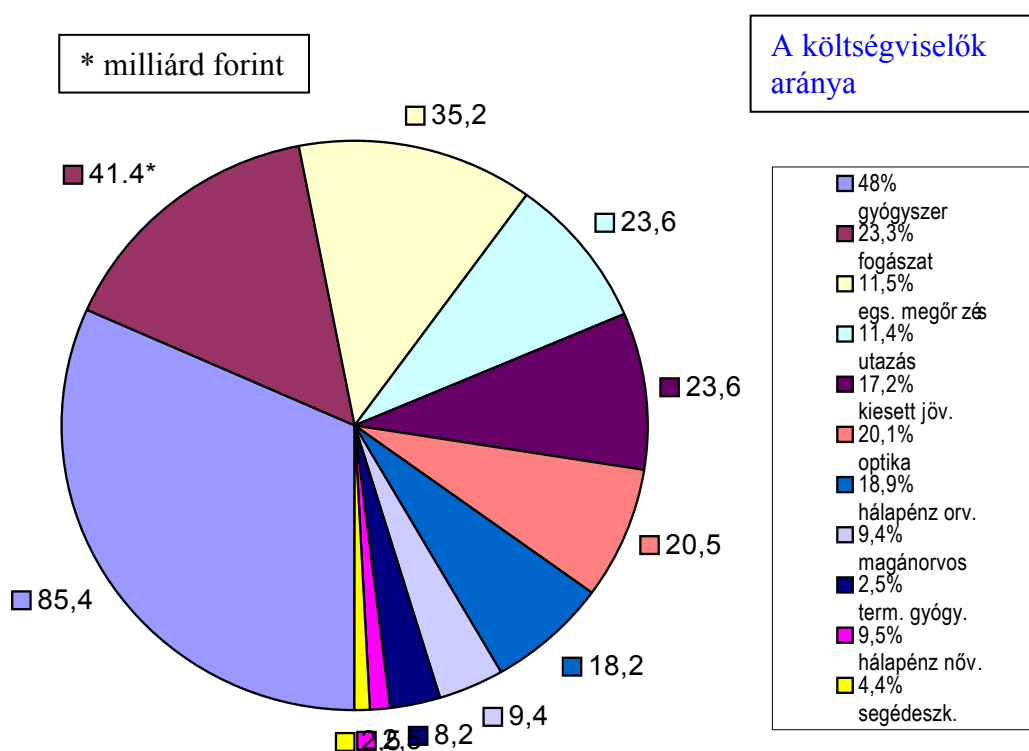
**Az egészség-helyreállításra** fordított kiadások az *egészség-betegség* fogalmával jobban összefüggő kiadásokra kérdeznék rá a 31\_1\_2, 32\_1\_2, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39 kérdések és gyógyszerrel, kivéve gyógyszernek nem minősülő készítményeket, kapcsolatos kérdések alapján (pl. a gyógyszerkiadások vagy hálapénz). Csak a szolgáltatás típusának ismeretében ezek szétválasztása nem mindig egyszerű feladat, hiszen pl. a fogorvosi vagy magánorvosi szolgáltatás irányulhat az egészség megtartására és az egészség helyreállítására.

## 4.3.4. Eredmények

### 4.3.4.1. Populációs becslések

#### 4.3.4.1.1. Összkiadás

4.3-1. ábra: A saját egészséggel összefüggő összkiadás megoszlása kiadási kategóriák szerint



Az 1. Ábra bemutatja az összkiadások alakulását és a részkiadások arányát. A kördiagram mellett látható számok a forintértéket mutatják, milliárdban, a jobb oldalon lévő százalékos értékek pedig információt nyújtanak, hogy az emberek hány százaléka viseli az adott költséget. A gyógyszerköltséget, mely a kiadások messze legjelentősebb részét képezi, külön alponban elemezzük. A felnőtt magyar lakosság által, egészségével összefüggően, kifizetett összeg 2000-ben elérte a 270 milliárd forintot. A gyógyszer után a második legnagyobb kiadást jelenti a fogászati ellátásokra fordított kiadások 41,4 milliárd forinttal. Ezt az összeget a lakosok 30%-a fizeti ki. Utána következik a lakosság 11,4%-a által fizetett, 35,2 milliárd forintnyi egészségmegőrzésre fordított kiadás. Hasonló nagyságrendet képvisel az utazásra kiadott tétel, illetve a kiesett munkanapokból származó keresetkiesés 23,6 milliárd forinttal. Az optikai eszközökre kiadott pénz, illetve az orvosi hálapénz kiadások összege, hasonlóan 20,5 és 18,2 milliárd forintot jelentettek a felnőtt lakosok 20% illetve 19%-ának. A magánorvosi szolgáltatásra és természetgyógyászatra kiadott 9,4 és 8,2 milliárd forint

viszonylag magas, az utóbbit viszont szűk réteg, mindössze 2,5% fizette ki. A nővéreknek szánt hálapénz csupán 2,5 milliárd forint volt, jóval elmarad az orvosi hálapénztől.

Megállapítható, hogy a felnőtt magyar lakosság nagyobb része általában nem költött az egészségével kapcsolatban; természetgyógyászatra 98%, utazásra 89%, egészségmegőrzésre 88%, optikai eszközökre 80%, segédeszközökre 96% és fogászatra a lakosok 77%-a nem fordított pénzt a megelőző évben.

#### Az eredmények értelmezéséhez:

Az alábbi táblázatokban az **egészséggel összefüggő kiadások** populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például a **gyógyszerkiadások életkor** szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az **életkornak a gyógyszerkiadásokra** gyakorolt megfelelő irányú hatását.

4.3-1. táblázat: A felnőtt lakosság összkiadásainak megoszlása (%), kor és nem szerint

Összesített kiadás, gyógyszerrel kategorizálva. (Ft)	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
0	19,7 [17,0-22,7]	17,9 [15,8-20,3]	11,2 [8,8-14,3]	17,0 [15,0-19,1]
<5000	10,2 [7,3-14,0]	11,6 [10,0-13,4]	10,0 [8,1-12,1]	10,8 [9,2-12,6]
5-10000	10,1 [8,1-12,6]	9,0 [7,5-10,8]	11,4 [9,4-13,8]	9,9 [8,6-11,3]
10-50000	39,8 [36,3-43,6]	35,5 [33,3-37,7]	45,3 [41,6-49,1]	38,9 [37,2-40,7]
50-100000	12,8 [8,9-18,0]	14,5 [12,1-17,3]	15,5 [12,9-18,4]	14,2 [11,8-17,0]
100000<	7,4 [5,1-10,5]	11,6 [9,4-14,2]	6,7 [4,2-10,3]	9,3 [7,2-11,9]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0
Összesített kiadás, gyógyszerrel kategorizálva. (Ft)	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
0	36,2 [30,9-41,8]	31,9 [26,9-37,2]	16,2 [11,7-22,0]	31,1 [26,4-36,2]
<5000	14,7 [12,3-17,4]	11,2 [9,8-12,9]	12,7 [9,9-16,0]	12,6 [11,3-14,1]
5-10000	9,2 [7,3-11,7]	8,3 [6,7-10,2]	10,4 [8,0-13,4]	8,9 [7,6-10,4]
10-50000	28,6 [24,8-32,8]	29,9 [26,9-33,2]	36,6 [31,9-41,5]	30,4 [27,5-33,6]
50-100000	7,4 [4,7-11,6]	10,9 [9,0-13,1]	13,1 [10,2-16,8]	10,0 [8,1-12,4]
100000<	3,8 [2,5-5,9]	7,8 [6,0-10,1]	11,1 [8,0-15,1]	6,9 [5,3-9,0]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

A férfiak 31,1%-a, a nők 17%-a egyáltalán nem költött a saját egészségével összefüggésben. A férfiak és a nők között is legkevésbé a 18-34 évesek költöttek, ugyan ez a nők kisebb hányadára igaz (36,2% vs 19,7%). A kiadást viselők leginkább 10-50.000Ft között adtak ki (35%), de nem ritka (8,4%) a 100 000 forint feletti kiadás. A nők körében a 35-64 évesek, a férfiak körében a 65 év feletti (11,6 és 11,1%) fizettek a legtöbben 100 000 forint felett a megelőző évben.

A gyógyszer nélküli kiadásokat vizsgálva kor és nem szerint, azt láthatjuk, hogy a lakosság 37,1%-a nem költött egyáltalán az egészségével összefüggően (a gyógyszert nem számítva) a megelőző egy évben. Ez az arány magasabb a férfiaknál (41,3% vs 33,3%), illetve a 65 év feletti nőknél (44,5%). 100 000 Ft felett a lakosság csupán körülbelül 5,5 %-a költött.<sup>1</sup>

#### 4.3-2. ábra: Saját egészséggel összefüggő összkiadás megoszlása (%) kor és nem szerint gyógyszer nélkül

Összesített kiadás, kategorizálva kiesett jövedelemmel. (Ft)	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
0	28,4 [24,6-32,5]	31,3 [27,2-35,8]	44,5 [37,8-51,3]	33,3 [29,3-37,6]
<5000	13,2 [9,8-17,6]	13,8 [12,3-15,4]	15,4 [12,8-18,4]	14,0 [12,3-15,9]
5-10000	10,7 [9,0-12,6]	9,9 [8,4-11,7]	13,4 [11,1-16,0]	10,9 [9,8-12,1]
10-50000	31,6 [28,6-34,8]	28,6 [25,8-31,6]	20,2 [16,7-24,3]	27,6 [25,6-29,8]
50-100000	10,4 [7,1-14,8]	8,8 [6,8-11,3]	3,5 [2,1-5,8]	8,1 [6,1-10,7]
100000<	5,7 [3,6-8,9]	7,6 [6,3-9,2]	3,0 [1,1-8,0]	6,0 [4,4-8,2]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0
Összesített kiadás, kategorizálva kiesett jövedelemmel. (Ft)	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
0	39,6 [34,1-45,5]	42,3 [37,1-47,6]	41,9 [35,7-48,3]	41,3 [36,4-46,3]
<5000	14,4 [11,9-17,2]	11,3 [9,7-13,1]	15,4 [12,1-19,4]	13,0 [11,4-14,7]
5-10000	9,4 [7,5-11,7]	9,3 [7,8-11,0]	8,7 [6,3-11,9]	9,2 [8,2-10,4]
10-50000	26,5 [22,6-30,8]	23,5 [20,9-26,4]	22,7 [19,1-26,8]	24,4 [21,8-27,3]
50-100000	6,7 [4,1-10,7]	7,5 [5,8-9,5]	7,2 [3,7-13,4]	7,1 [5,0-10,0]
100000<	3,4 [2,2-5,3]	6,2 [4,5-8,4]	4,1 [2,4-7,0]	4,9 [3,6-6,7]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

<sup>1</sup> Az elemzésben a közgyógyellátásban részesülők kiadásai is szerepelnek, de a nekik járó kedvezmények figyelembevételével.

4.3.4.1.2. *Kiesett munkanapok*

4.3-3. ábra: Egészségproblémákkal összefüggő jövedelem-kiesés és ápolásra költött összeg megoszlása (%) kor és nem szerint

Összesített kiesett jövedelem kategorizálva. (Ft)	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
0	78,8 [75,4-81,8]	82,3 [80,4-84,0]	96,8 [95,3-97,8]	84,4 [82,9-85,8]
0-20000	17,4 [14,7-20,4]	13,2 [11,8-14,7]	2,5 [1,6-3,8]	12,1 [10,9-13,3]
20-50000	3,1 [2,1-4,6]	2,6 [2,0-3,3]	0,1 [0,0-1,0]	2,2 [1,8-2,8]
50-100000	0,3 [0,1-1,1]	1,1 [0,7-1,8]	0,3 [0,1-1,2]	0,7 [0,5-1,1]
100000<	0,4 [0,1-1,0]	0,9 [0,5-1,4]	0,3 [0,1-1,1]	0,6 [0,4-1,0]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0
Összesített kiesett jövedelem kategorizálva. (Ft)	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
0	75,2 [72,3-78,0]	79,9 [77,7-81,9]	98,5 [96,5-99,4]	81,0 [79,3-82,5]
0-20000	20,8 [18,3-23,5]	15,4 [13,7-17,3]	1,1 [0,4-2,9]	15,2 [13,9-16,6]
20-50000	3,1 [2,1-4,6]	3,2 [2,4-4,3]	0,2 [0,0-1,5]	2,7 [2,1-3,5]
50-100000	0,6 [0,3-1,3]	1,1 [0,7-1,7]	0,0	0,8 [0,5-1,1]
100000<	0,3 [0,1-0,9]	0,4 [0,2-0,9]	0,2 [0,0-1,7]	0,4 [0,2-0,7]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

Az egészséggel összefüggő kiadások között megvizsgáltuk a betegség miatt keletkező jövedelem-kiesést (fizetett ápolóra költött összeg, a kiesett munkanapok miatti éves háztartási jövedelemkiesés, a kérdezett ápolása miatti éves háztartási jövedelemkiesés, lásd még 4.3.3 fejezet). Összesen az elmaradt jövedelem 23,6 milliárd forintot tett ki a lakosság számára éves szinten, melyet az emberek 17%-a viselt.

Az aktív (legfeljebb 62 éves) lakosok 65,5%-ának nem volt munkanap kiesése az év folyamán betegség miatt. A leggyakoribb az 1-10 nap között jelentkező munkanap kiesés volt (15%). A kérdezett ápolása miatt 22,2%-ban nem volt másoknak kiesett munkanapja. Inkább a nők ápolása miatt hiányoztak mások a munkából (34,9% vs 27%). Fizetett ápolóra az emberek 97,3%-a nem költött a megelőző évben. Az összegeket nézve a jövedelem kiesés éves szinten általában 20.000 forint alatt maradt.

## 4.3.4.1.3. Gyógyszerkiadások

4.3-4. ábra: A gyógyszerkiadások megoszlása (%) kor és nem szerint

Összesített gyógyszer kiadás, kategorizálva. (Ft)	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
0	59,2 [55,4-62,9]	42,5 [40,5-44,7]	16,3 [13,3-19,8]	41,7 [39,5-43,9]
<5000	7,9 [6,3-9,8]	15,3 [13,8-16,9]	14,4 [11,9-17,3]	12,9 [11,7-14,2]
5-10000	10,5 [8,6-12,8]	9,7 [8,2-11,5]	13,3 [11,2-15,8]	10,7 [9,8-11,8]
10-50000	21,0 [18,3-24,0]	25,7 [23,9-27,6]	44,1 [40,6-47,6]	28,4 [26,8-30,0]
50-100000	0,9 [0,5-2,0]	4,9 [4,0-5,9]	9,5 [7,7-11,6]	4,7 [4,1-5,4]
100000<	0,5 [0,2-1,3]	1,8 [1,2-2,9]	2,4 [1,6-3,8]	1,6 [1,2-2,1]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0
Összesített gyógyszer kiadás, kategorizálva. (Ft)	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
0	84,3 [80,4-87,5]	61,3 [58,2-64,4]	26,6 [22,2-31,5]	64,2 [61,1-67,3]
<5000	6,6 [5,1-8,5]	11,3 [9,9-12,9]	15,8 [13,0-19,1]	10,3 [9,3-11,5]
5-10000	2,2 [1,3-3,6]	6,5 [5,3-8,0]	11,4 [9,0-14,4]	5,7 [4,9-6,7]
10-50000	6,3 [4,7-8,3]	17,4 [15,3-19,8]	36,3 [31,5-41,5]	16,3 [14,4-18,5]
50-100000	0,5 [0,2-1,3]	3,1 [2,3-4,2]	6,5 [4,4-9,4]	2,7 [2,1-3,4]
100000<	0,2 [0,0-0,9]	0,3 [0,1-0,9]	3,4 [2,1-5,4]	0,7 [0,5-1,0]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

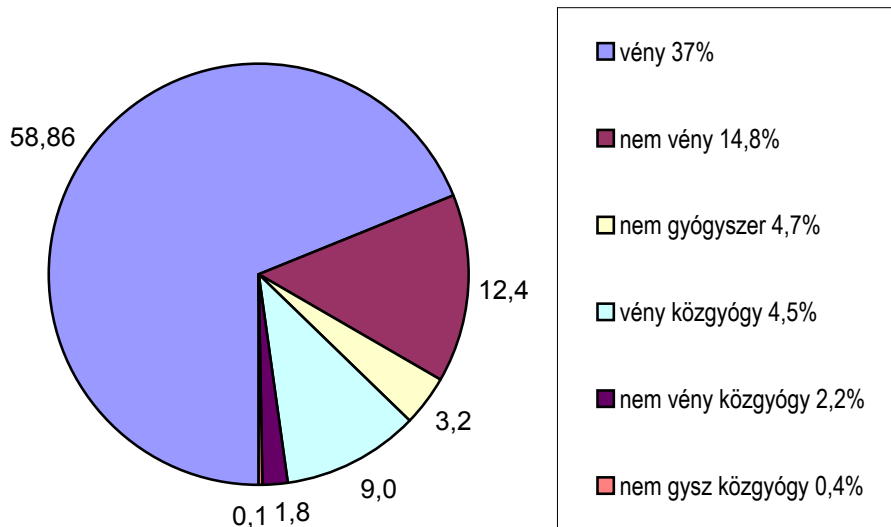
A felnőtt lakosság által gyógyszerekre fordított összes kiadás mintegy 85 milliárd forintot tett ki a megelőző évben a lakosság válaszai alapján. A lakosok mintegy fele költött valamilyen gyógyszerre a megelőző egy évben (47,7%). A nők nagyobb aránya áldozott gyógyszerre (58,3% vs. 36,8%). Az idősebbek körében az ilyen jellegű kiadás nagyobb terhet jelentett (lásd még az összefüggés-elemzést).

A közgyógyellátásban nem részesülők receptköteles gyógyszerekre fordított lakossági kiadása 58,9 milliárd forintot tett ki. Ezt a felnőtt lakosság 37%-a fizette ki az elmúlt egy évben. A recept nélkül kapható gyógyszerekre fordított kiadás 12,4 milliárd forintot jelentett a közgyógyellátásban nem részesülő lakosok 15%-ának.

A gyógyszernek nem minősülő készítményekre kiadott összeg elérte a 3,2 milliárd forintot, mely szereket e csoportból 100 emberből csupán öt vásárolt meg.

A közgyógyellátottak összesen 11 milliárd forintot fordítottak gyógyszerre (receptre és recept nélkül kiváltható, ill. gyógyhatású készítmények). Ebből a legnagyobb tételt, 9 milliárd forintot a receptköteles gyógyszerek jelentették.

**4.3-5. ábra: A gyógyszerkiadások alakulása a receptre rendelhető, recept nélkül is kapható és a gyógyszernek nem minősülő készítmények esetében, a közgyógyellátottak és a közgyógyellátásban nem részesülők szerint**



### Magánorvosi szolgáltatásokkal kapcsolatos kiadások

A felnőtt magyar lakosság a magán-egészségügyi szolgáltatásokra fordított kiadása elérte a 9,4 milliárd forintot, ebbe a fogászati ellátás nem tartozik bele. Ilyen jellegű szolgáltatásért 100 emberből kb. kilenc fizetett.

Az igénybevevők 38%-a 5000 forint alatt költött, 25,5%-a 5-10 000 forint között, míg 36,5%-a legalább 10 000 forintot hagyott a magánorvosnál. Megfigyelhető, hogy a férfiak 44,1%-a, közülük is leginkább a 35-64 évesek (52,4%) költöttek, míg a nők 34,5%-a, közülük inkább a 65 év felettek (44,2%), fizettek 10.000 forint felett.

### Hálapénz

Hálapénzre a lakosok összesen 20,7 milliárd forintot költöttek az elmúlt évben.

A házi orvosnál a betegek 84%-a nem adott hálapénzt az orvosnak. A hálapénzt adók nagyobb részénél (8,9%) a hálapénz nem haladta meg az 5000 Ft-ot. Az idősebbek (65+) körében többen fizettek (28,6%). A nővérek 93,3%-a nem kapott hálapénzt, ha mégis kaptak, akkor pedig általában 2000 Ft alatt maradt ez az összeg.

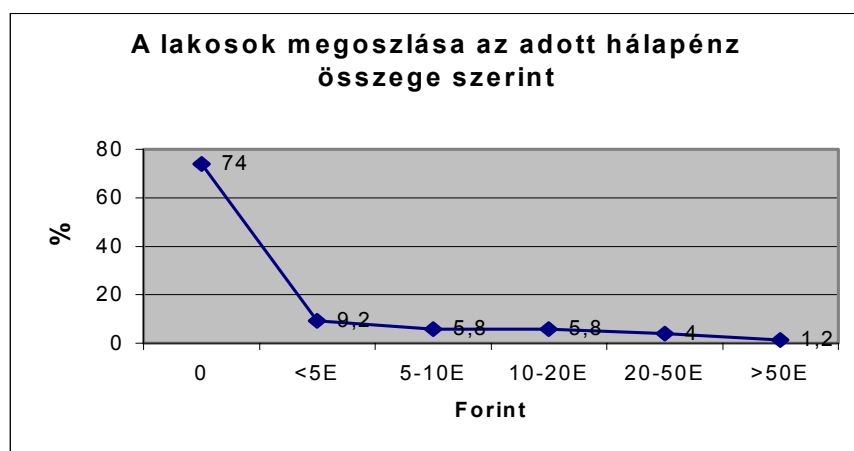
Szakrendelésen is hasonló volt az arány. A lakosok 85,5%-a nem nyúlt a zsebébe az orvos honorálása céljából, ha mégis, akkor az összege meghaladhatta a 10.000Ft-ot (5,2%). Megfigyelhető, hogy itt is az idősebbek (65+) között gyakoribb, hogy pénzbeli áldozatot hozzanak (13% vs 17%). A nők (14,4% vs 12%) többen adtak. 10.000 Ft felett a 18-34 éves nők nagyobb százaléka költött paraszolvenciára, mint az azonos korcsoportban lévő férfiak. (6,8% vs 2,5%). A nővéreknek 96%-ban hálapénzt nem adtak, ha mégis, akkor továbbra is 2000 Ft alatt maradt általában az összeg.

A felmérés adatai szerint a lakosok leginkább a kórházakban adtak hálapénzt. Az igénybevevők 53,9%-a fejezte ki itt háláját pénzben. A többség (28,3%) 10.000 Ft felett juttatott az orvosoknak, és a legkevesebben (8,9%) adtak csak 5000 Ft alatt. A nővérekre, ápolókra az



emberek 59,4%-a nem gondolt a hála “kifejezésekor”, ha mégis, akkor általában 2000 Ft alatt maradtak. (17,3%)

#### 4.3-6. ábra: Összesített éves hálapénz a valamilyen szolgáltatást igénybevevők között



Összesítve látható, hogy valamilyen egészségügyi szolgáltatást igénybevevő betegek 74%-a nem adott hálapénzt. Akik adtak, azok közül a legtöbben (9,2%) 5000 Ft alatt fejezték ki ilyen módon hálájukat. A nők általában többet és többet adtak. (28,9% vs 22,4%). A fiatal nőknél ez az arány még jelentősebb; 20 000-50.000Ft közötti összeget a fiatal (18-34) nők 4%-a, míg a hasonló korú férfiak 2%-a adott.

Összesen az orvosoknak 18,2 milliárd, míg a nővéreknek 2,5 milliárd forint hálapénzt juttattak a lakosok.

### Fogászat

#### 4.3-7. ábra: A felnőtt lakosság éves fogászati kiadásainak megoszlása (%) kor és nem szerint

Fogászati ellátásra költött összeg. (Ft)	Nők			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
0	63,2 [58,8-67,4]	74,6 [68,6-79,9]	91,3 [89,0-93,1]	74,9 [71,0-78,5]
<10000	22,8 [20,0-25,9]	10,8 [8,5-13,6]	2,7 [1,8-4,0]	12,5 [10,9-14,4]
10-50000	12,3 [10,3-14,5]	9,3 [7,0-12,2]	4,9 [3,6-6,7]	9,2 [7,7-11,0]
50000<	1,7 [0,9-3,3]	5,3 [4,2-6,7]	1,1 [0,6-2,1]	3,3 [2,5-4,3]
<b>Összesen</b>	100,0	100,0	100,0	100,0
Fogászati ellátásra költött összeg. (Ft)	Férfiak			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
0	70,7 [65,2-75,6]	81,7 [77,4-85,3]	87,9 [81,5-92,2]	78,8 [74,4-82,6]
<10000	18,0 [15,5-21,0]	9,3 [7,7-11,1]	3,9 [2,0-7,6]	11,5 [10,0-13,2]
10-50000	9,5 [6,9-12,8]	5,6 [4,2-7,4]	6,3 [4,0-9,8]	7,0 [5,3-9,2]
50000<	1,8 [1,1-3,1]	3,4 [2,2-5,3]	2,0 [1,0-3,8]	2,7 [1,8-4,0]
<b>Összesen</b>	100,0	100,0	100,0	100,0

A fogászattal összefüggő kiadások nem és kor szerinti megoszlását megfigyelve megállapítható, hogy a felnőtt lakosság kevesebb, mint huszonöt százaléka költött egyáltalán valamit fogászati ellátásra (23,3%). A kiadást viselők 12,1%-a 10.000Ft-nál kevesebbet költött éves szinten és csupán 3% költött 50.000 forintnál többet. Így látható, hogy a második legnagyobb tételt jelentő fogászati kiadásokat egy igen szűk réteg viselte. A fogászatra nem költők aránya a férfiak (78,8% vs 74,9%), illetve idősebbek (90% vs 67%) körében magasabb volt.

### Egészségmegőrző szolgáltatások

**4.3-8. ábra: Az egészségmegőrző szolgáltatásokra fordított éves kiadások megoszlása (%) kor és nem szerint**

Egészségem megőrzésére költött összeg az utóbbi 3 hónapban. (Ft)	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
0	80,9 [73,7-86,4]	89,0 [84,0-92,5]	96,3 [92,8-98,1]	88,2 [83,3-91,8]
<5000	8,5 [6,7-10,8]	4,9 [3,5-6,7]	1,4 [0,8-2,5]	5,2 [4,2-6,3]
5-10000	4,8 [3,2-7,1]	2,4 [1,3-4,4]	0,4 [0,1-2,0]	2,7 [1,6-4,3]
10000<	5,9 [3,0-11,1]	3,8 [2,5-5,7]	1,9 [0,7-5,1]	4,0 [2,3-6,8]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0
Egészségem megőrzésére költött összeg az utóbbi 3 hónapban. (Ft)	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
0	83,7 [76,9-88,8]	90,4 [84,7-94,1]	95,1 [91,9-97,1]	88,8 [83,5-92,5]
<5000	8,1 [5,5-11,8]	4,0 [2,7-5,9]	1,7 [0,9-3,3]	5,1 [3,6-7,0]
5-10000	2,7 [1,7-4,1]	2,0 [1,0-3,9]	1,8 [0,7-4,2]	2,2 [1,5-3,3]
10000<	5,5 [3,0-9,9]	3,6 [2,0-6,4]	1,4 [0,6-3,1]	3,9 [2,2-6,9]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

Kor és nem szerint elemezve az egészségmegőrző szolgáltatásokra fordított kiadásokat, azt látjuk, hogy a lakosok 11,5%-ának volt ilyen jellegű kiadása. Az erre a célra fordított kiadások többnyire (5,1%) évi 5.000Ft alatt maradtak. A férfiak és nők aránya közel hasonló és főként a 18-34 év közötti korcsoportra volt jellemző az ilyen kiadás.

### A közgyógyellátott kategóriába tartozó felnőtt magyar lakosság egészséggel összefüggő kiadásai

A közgyógyellátásban részesülők aránya 6,3% volt (mely közelítőleg megegyezik a lakossági átlaggal) volt. Az általuk receptre kapható gyógyszerekre fordított kiadás mintegy 9 milliárd forintot tett ki és ezt a közgyógyellátottak 79%-a fizette ki. A recept nélkül is beszerezhető szerekre 1,8 milliárd forintot fordítottak saját zsebből a legrászorultabbak. A gyógyhatású

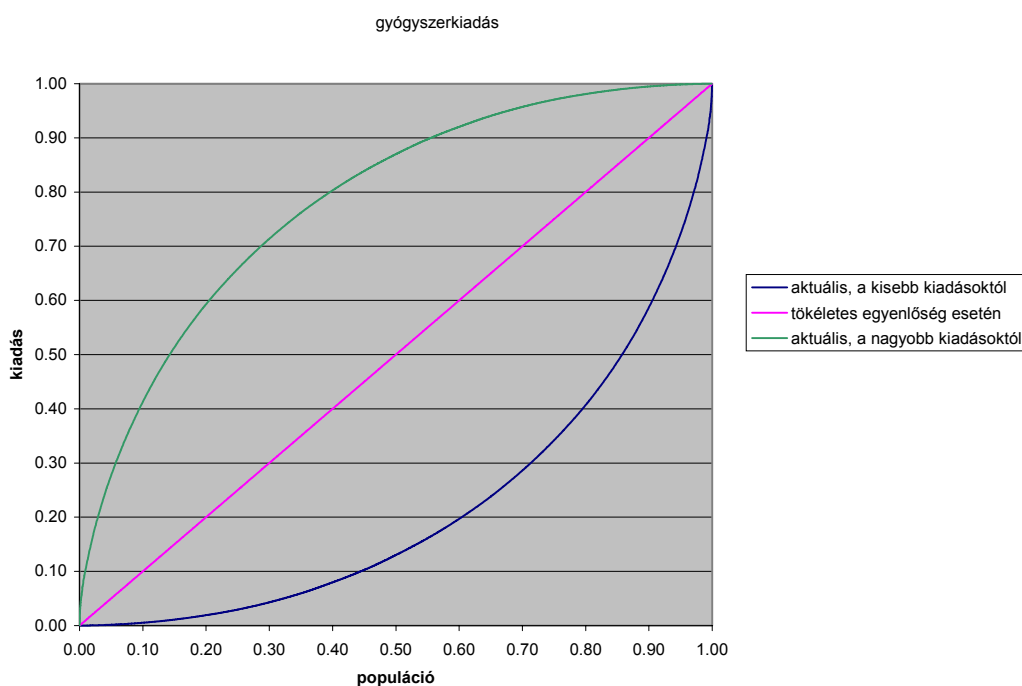
készítményekre 0,1 milliárd forintot fizettek ki. A közgyógyellátottak által összesen kifizetett összeg gyógyszerre (krónikusan szedett receptre, recept nélkül kiváltható és gyógyhatású készítmények) 11 milliárd forint volt a megelőző évben.

#### 4.3.4.2. Összefüggés elemzések

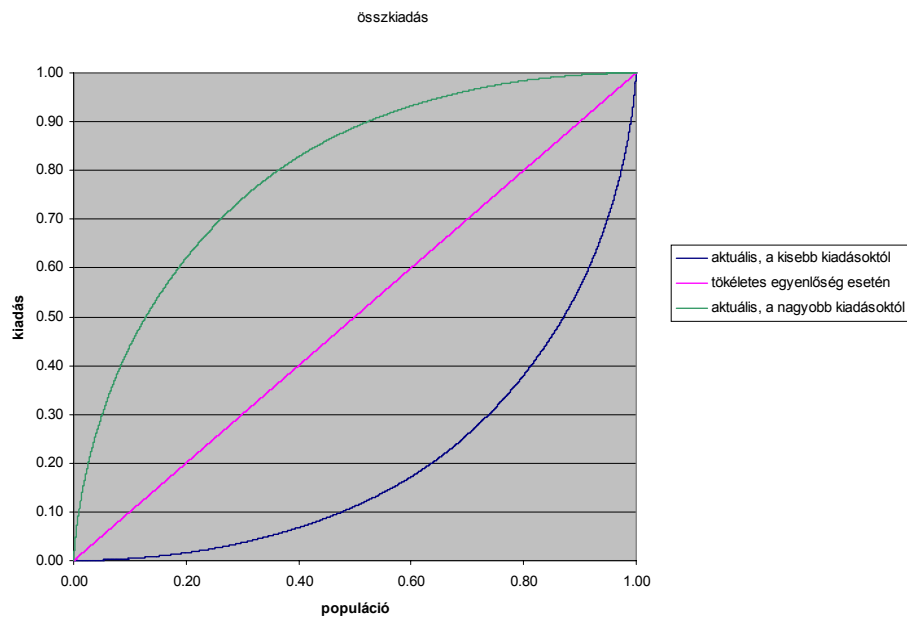
Mielőtt elemeznénk a kiadások és más tényezők összefüggéseit, megvizsgáltjuk, hogy a kiadások hogyan oszlanak meg a vizsgált populációban. Az ilyen elemzéseket az ún. Lorenz görbével szemléltetjük (lásd 4.3.3. fejezet). Ez a görbe megmutatja, hogy a kiadások a populációban hogyan oszlanak meg. A Lorenz görbe 45 fokot zár be, ha a kiadások egyenlően oszlanak meg az emberek között. Természetesen ez egy elvi lehetőség, a valóságban nem fordul elő, hogy az egészséggel összefüggően minden egyes ember azonos terhet vállaljon. Arról sajnos azonban nem ad a görbe részletes információt, hogy a nagyobb terhet pontosan kik és miért viselik. Erre a kérdésre az összefüggés-elemzés nyújthat választ, melyet a későbbiekben mutatunk be.

Az összefüggés elemzés során a kiadásokat két csoportra osztva vizsgáltuk. Az egyik csoport az „egészség-helyreállító”-csoportnak nevezett kategória. (lásd 4.3.3. fejezet) A másik csoport az „egészség-megőrző” kategória. Ez utóbbit a kis esetszám miatt részletesen nem elemeztük. Külön szemléltettük a gyógyszerkiadás csoportot. A gyógyszerkiadásokba nem vettük figyelembe a gyógyhatású termékekre fordított kiadásokat, mivel ezen készítmények felhasználási célja általában más és így a befolyásoló tényezők is különbözőek (pl. az utóbbit inkább egészség megtartásra használjuk, az előbbit inkább egészség helyreállításra, de természetesen ezek a kategóriák nem különíthetők el egyértelműen. Mi inkább egyfajta közelítést alkalmaztunk). Így tisztábban látható, hogy az egészség-helyreállításra fordított kiadásokat mi befolyásolja.

4.3-9. ábra: Az „egészség-helyreállító” kiadás koncentrációs görbéje



#### 4.3-10. ábra: A gyógyszerkiadás koncentrációs görbéje



Az ábrák megrajzolásakor csak azokat a személyeket vettük figyelembe, akiknek voltak kiadásaik. A (nem gyógyhatású) gyógyszerkiadáshoz a becslés szerint 3,77 millióan (felnőtt lakosság 46%-a) járultak hozzá, az egészség-helyreállító összkiadáshoz 5,87 millió felnőtt járult hozzá.

Ha a kiadások szerint sorba állítva az embereket, a legkevesebbet kiadóktól a legtöbbet kiadók felé haladva, akkor homorú ábrát kapunk (az ábrán “a kisebb kiadásoktól”-nak nevezve). Ha úgy állítjuk sorba a populációt, hogy elől vannak a legtöbbet kiadók, akkor domború görbét kapunk (az ábrán ezt neveztük “a nagyobb kiadásoktól”-nak). Az “egészség-helyreállító” összkiadást és a gyógyszerkiadást megvizsgálva mindkét esetben hasonló teherviselés látható: a populáció 80%-a csupán a kiadások 30%-át viseli.

**Az eredmények értelmezéséhez:**

A többváltozós elemzés lehetővé teszi **több** magyarázó jellemzőnek **egy** vizsgált tényezőre kifejtett hatásának elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, "kiszűrve" az elemzésbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.

Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhető az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

Összefüggés-elemzésünk során megvizsgáltuk, hogy milyen kapcsolatban állt az **egészség - helyreállításra** (lásd 4.3.3. fejezet) fordított éves kiadás a *nemmel*, a *korral*, az *iskolázottsággal*, az *anyagi helyzettel*, a *foglalkozással*, a *munkaviszonnyal*, a *beosztással*, a *régióval*, a *településnagysággal*, és a *funkcionalitással*.

Az 5503 válaszadó közül 5226-an voltak azok, akik válaszoltak ezekkel a tényezőkkel és a kiadásokkal kapcsolatban feltett kérdésekre. Így az összefüggés-elemzésben az ő adataikat használtuk fel.

Az egészség-helyreállításra fordított kiadások összefüggéseit az alábbi táblázatban foglaltuk össze.

#### 4.3-2. táblázat Az egészség-helyreállításra fordított kiadások összefüggése más tényezőkkel <sup>1</sup>

Vizsgált tényező	Vizsgált tényező kategóriái	Kiadás átlagos változása a referencia-kategóriához képest (Ft)	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>NEM</b>			
Referencia: férfi	nő	8276	5709 10843
<b>ANYAGI HELYZET</b>			
Referencia: 1 (legrosszabb)	2	1744 (ns)	-3175 6640
	3	6175	1054 11297
	4	10899	5192 16607
	5	16622	8920 24325
	6 (legjobb)	26885	19623 34147

<sup>1</sup> Egy magyarázó tényező hatását jellemző kiadás-változás becslésekor az elemzésben szereplő többi tényező hatását az alkalmazott logisztikus regresszió kiszűri. Emiatt pl. a nemhez tartozó táblázatbeli kiadás-változás úgy értelmezhető, hogy a kiadás hogyan változik a nők körében a férfiakhoz (referencia) viszonyítva, függetlenül attól, hogy ezt az összefüggést mely korcsoportban, anyagi helyzetben vagy foglalkozási kategóriájában vizsgáljuk.

Vizsgált tényező	Vizsgált tényező kategóriái	Kiadás átlagos változása a referencia-kategóriához képest (Ft)	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>MUNKAVISZONY</b>			
Referencia: dolgozik	nyugdíjas	7255	2405 12105
	egyéb inaktív	1245 (ns)	-4019 6508
	tartósan munkaképtelen	19079	4430 33727
	tartósan munkanélküli	-4563	-9058 -68
	nem tartósan munkanélküli	2689 (ns)	-7369 12746
<b>RÉGIÓ</b>			
Referencia: Nyugat-Dunántúl	Dél-Dunántúl	1715 (ns)	-3093 6523
	Közép-Dunántúl	-256 (ns)	-4512 4001
	Közép-Magyarország	9004	4897 13111
	Észak-Magyarország	3843 (ns)	-1202 8889
	Észak-Alföld	4622 (ns)	-473 9718
	Dél-Alföld	5846	892 10799
<b>FUNKCIONALITÁS</b>			
Referencia: egészséges	akadályozott	13099	8289 17909
	enyhe korlátozottság	21307	17791 24824
	közepes korlátozottság	35813	26915 44711
	súlyos korlátozottság	60515	7725 113305
<b>BEOSZTÁS</b>			
Referencia: önálló	vezető	-7358	-13940 -777
	beosztott	-8642	-14720 -2565
	Soha nem dolgozott	-16233 (ns)	-35014 2548

\*ns: nem szignifikáns

Összefüggés-elemzésünk eredményei alapján megállapítható, hogy az **egészség-helyreállításra** (4.3.3. fejezet) fordított kiadás nagysága a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt<sup>1</sup> a *nemmel*, a *munkaviszonnal*, *munkahelyi beosztással*, az *ország régiókkal*, az *anyagi helyzettel* és a *funkcionalitással*, de nem állt összefüggésben a *korral* és a *foglalkozással*.

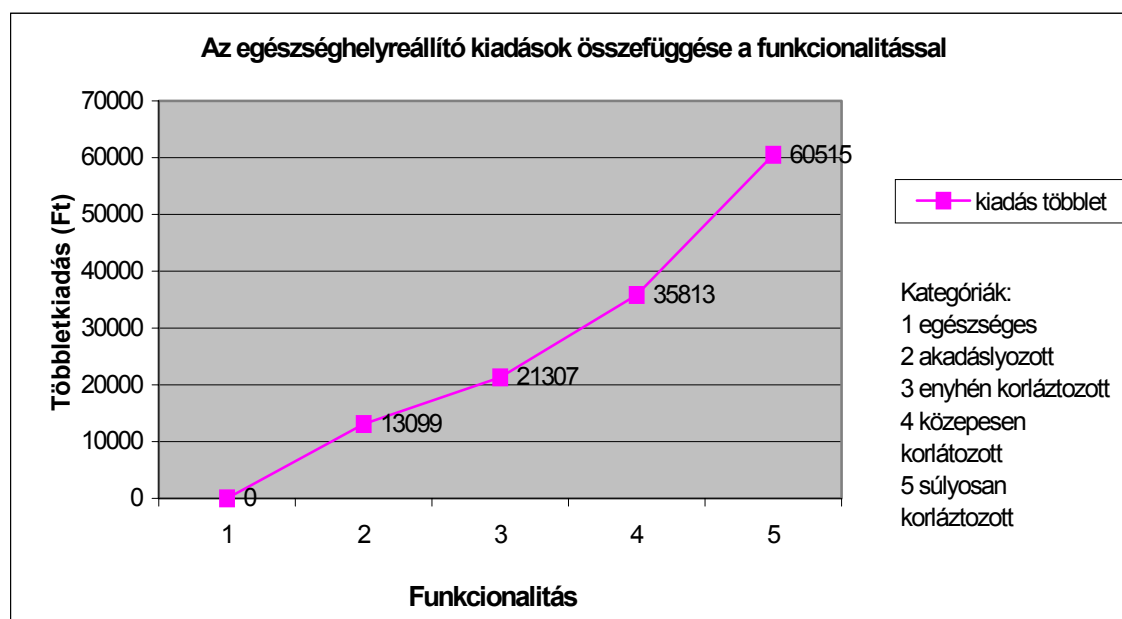
A *nők* átlagosan 8276 forinttal költöttek többet évente egészséghelyreállító kiadásokra, mint a férfiak. Összevetve az *anyagi helyzet* kategóriáit, megfigyelhető, hogy kiszűrve a többi tényező hatását, az anyagi helyzet javulásával növekedtek a kiadások: a legjobb anyagi

<sup>1</sup> a szövegben és a táblázatban csak azok a tényezők szerepelnek, amelyeknél a kapcsolat erőssége  $p < 0,05$  szinten szignifikáns volt

helyzetben lévők körében az átlagos éves kiadás mintegy 27.000 Ft-tal több mint a legrosszabb anyagi helyzetben lévők kiadása.<sup>1</sup> Megfigyelhető, hogy a *funkcionalitás* romlásával a kiadások nőttek, a súlyos korlátozottsággal élők átlagosan 60.000 Ft-tal költöttek többet az említett kiadásokra, mint az egészségesek. (kategóriák a fenti táblázatban láthatók, definíciókat lásd a 4.3.3. fejezetben). Szintén látható összefüggés a *munkavisztonnyal*, ha az illető nyugdíjas, akkor 7.300 forinttal, ha tartósan munkaképtelen, akkor 19 000 forinttal nagyobb kiadást viselt, viszont a tartósan munkanélküli állapot fordított összefüggést mutatott, ők 4.600 forinttal kevesebbet költöttek, mint aki dolgozik. Érdekes megfigyelni, hogy a *régiók* milyen összefüggést mutattak a kiadásokkal, Közép-Magyarország és Dél-Alföld lakosai 6.000-10.000 forinttal költöttek többet egészség-helyreállításra, mint a Nyugat-Dunántúliak. A munkahelyi beosztás tekintetében megfigyelhető, hogy a vezető beosztásúak 7358 forinttal, a beosztottak 8642 forinttal kevesebbet költöttek, mint az önálló státuszban lévők.

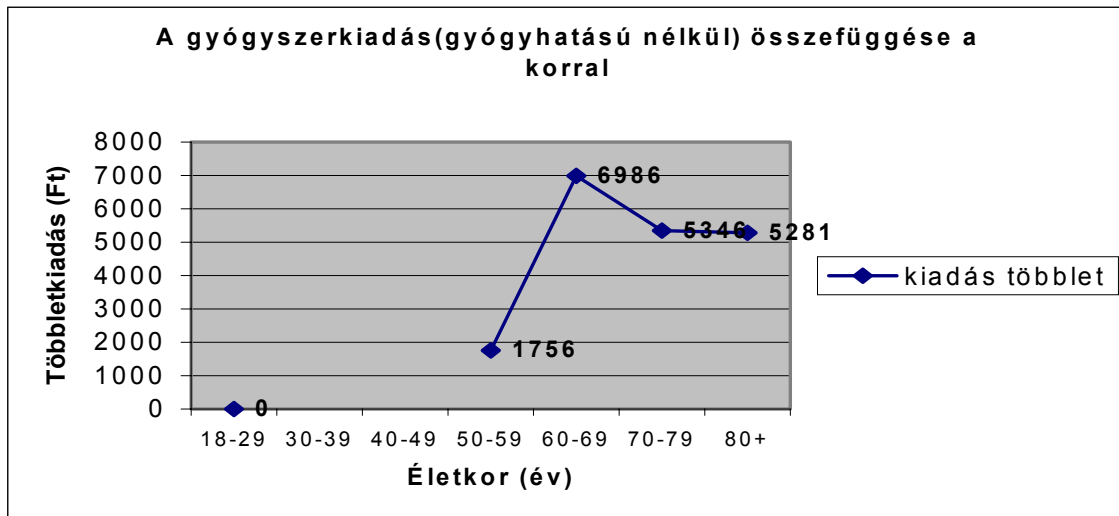
Az alábbi ábrákon az összefüggéseket szemléltettük. A referenciakategória többletkiadása természetesen 0, mivel ehhez viszonyítottuk, hogy a többi kategória mennyivel költött többet vagy kevesebbet. Azt, hogy mennyi az a kiadás összeg, amihez képest a többletköltséget vizsgálatuk nem ábrázoltuk, mert a regressziós módszer a kontrasztok megállapítására szolgál.

4.3-11. ábra Az egészséghelyreállító kiadások összefüggése a funkcionalitással<sup>2</sup>



<sup>1</sup> Az átlagos kiadások eltérésének becslésekor a modellben szereplő többi tényező hatását az alkalmazott statisztikai módszer kiszűri, így ezek az értékek úgy értelmezhetők, hogy átlagosan hány forinttal nő az éves kiadás, ha a kérdéses magyarázó változó referenciakategóriájából átlépünk a kérdéses kategóriába, feltéve, hogy a többi változó értéke ugyanekkor nem változik.

<sup>2</sup> Az összegek a kiadástöbbletet jelentik a referenciához képest.

4.3-12. ábra Gyógyszerkiadások összefüggése a korrall<sup>1</sup>4.3-3. táblázat: A gyógyszerkiadások (kivéve gyógyhatású készítmények) összefüggése más tényezőkkel<sup>2,3</sup>

Vizsgált tényező	Vizsgált tényező kategóriái	Kiadás átlagos változása referenciakategóriához képest (Ft)	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>NEM</b>			
Referencia: férfi	nő	3343	1772 4914
<b>KOR</b>			
Referencia: 18-29 év	30-39 év	-375 (ns)	-1484 733
	40-49 év	680 (ns)	-592 1952
	50-59 év	1756	65 3447
	60-69 év	6986	3413 10558
	70-79 év	5346	1816 8876
	80+ év	5281	853 9710
<b>FOGLALKOZÁS</b>			
Referencia: értelmiségi	egyéb szellemi	-3737	-6531 -944
	szakmunkás, nem mezőgazdasági	-4989	-8185 -1794

<sup>1</sup> Az összegek a kiadástöbbletet jelentik a referenciához képest.

<sup>2</sup> Egy magyarázó tényező hatását jellemző kiadás-változás becslésekor az elemzésben szereplő többi tényező hatását az alkalmazott logisztikus regresszió kiszűri. Emiatt pl. a nemhez tartozó táblázatbeli kiadás-változás úgy értelmezhető, hogy a kiadás hogyan változik a nők körében a férfiakhoz (referencia) viszonyítva, függetlenül attól, hogy ezt az összefüggést mely korcsoportban, anyagi helyzetben vagy foglalkozási kategóriájában vizsgáljuk.

<sup>3</sup> a szövegben csak azok a tényezők szerepelnek, amelyeknél a kapcsolat erőssége  $p < 0,05$  szinten szignifikáns volt

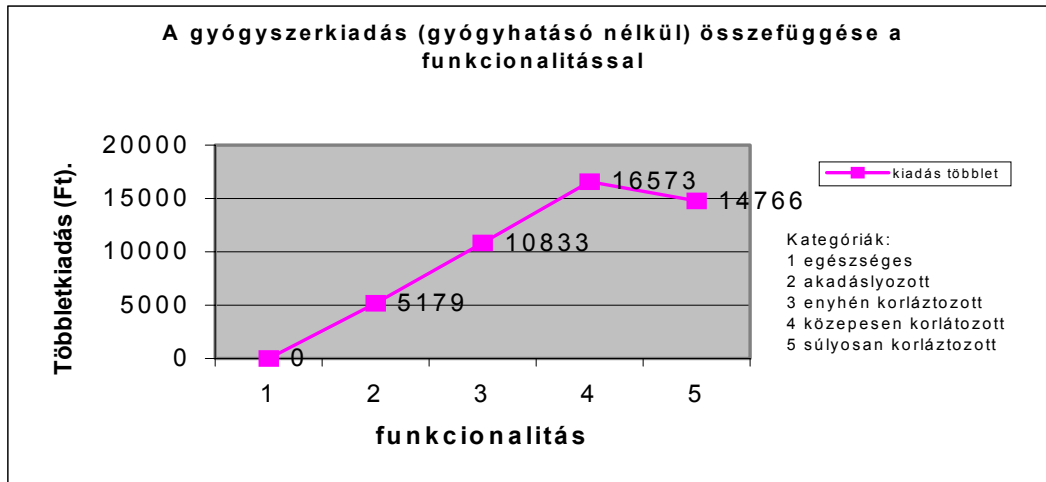


Vizsgált tényező	Vizsgált tényező kategóriái	Kiadás változása referenciakategóriához képest(Ft)	átlagos	95%-os megbízhatósági tartomány
	betanított/ segédmunkás, nem mezőgazdasági	-4392		-7816 -967
	fizikai, mezőgazdasági	-7145		-10681 -3609
	egyéb	-6413		-9747 -3079
<b>MUNKAVISZONY</b>				
Referencia: dolgozik	nyugdíjas	7111		4736 9487
	egyéb inaktív	175 (ns)		-1568 1917
	tartósan munkaképtelen	9835		3106 16565
	tartósan munkanélküli	-195 (ns)		-2868 2479
	nem tartósan munkanélküli	-147 (ns)		-1889 1596
<b>FUNKCIONALITÁS</b>				
Referencia: egészséges	akadályozott	5179		3288 7069
	enyhe korlátozottság	10833		8668 12997
	közepes korlátozottság	16573		11549 21597
	súlyos korlátozottság	14766		846 28686

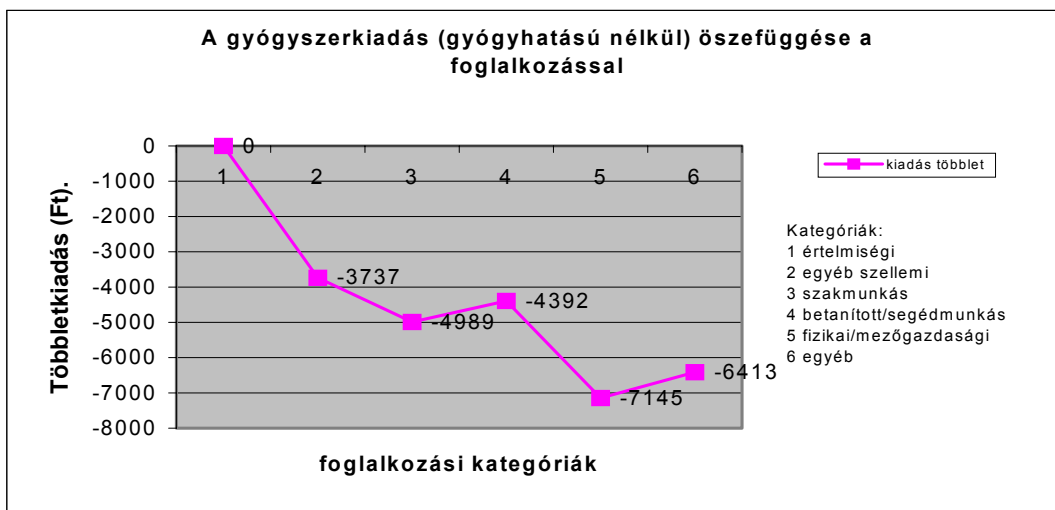
A **gyógyszerkiadások** (gyógyhatású készítmények nélkül) összefüggés elemzését megvizsgálva megállapíthatjuk, hogy a kiadás összefüggésben állt a *nemmel, korral, foglalkozással, munkaviszonnal és a funkcionalitással*, viszont nem állt összefüggésben az *anyagi helyzettel, ország-régiókkal* és a beosztással. A nők mintegy 3300 forinttal költöttek többet a férfiaknál, 50 éves *kortól* felfele nő a gyógyszerre fordított egyéni kiadás nagysága, mintegy 2000 és 5400 forinttal. A *munkaviszony* szerint a nyugdíjasok 7100 forinttal, míg a tartósan munkaképtelenek 9.800 forinttal áldoztak többet gyógyszerre, mint akik dolgoznak, azonos egészségi állapot mellett. A *funkcionalitás* romlásával a kiadások nőttek, az egészségesekhez képest az akadályozottak mintegy 5200 forinttal, a az enyhén korlátozottak mintegy 11.000 forinttal, a közepesen korlátozottak kb. 17.000 forinttal, míg a súlyosan korlátozottak kb. 15.000 forinttal költöttek többet gyógyszerre, mint az egészségesek. A foglalkozás szerint elemezve az összefüggéseket azt láthatjuk, hogy az egyéb szellemi kategóriába sorolt emberek átlagosan kb. 4000 forinttal, a szakmunkások 5000 forinttal, a betanított vagy segédmunkás kb. 4400 forinttal, a fizikai, mezőgazdasági munkások kb. 7400 forinttal, míg az egyéb kategóriába soroltak kb. 6500 forinttal kevesebbet adtak ki gyógyszerre évente, mint az értelmiségiek.

Az alábbi ábrákon a gyógyszerkiadások fent említett összefüggéseit ábrázoltuk.

#### 4.3-13. ábra: A gyógyszerkiadás és a funkcionalitás kapcsolata



#### 4.3-14. ábra: A gyógyszerkiadás és a foglalkozás kapcsolata



### 4.3.5. Megbeszélés

#### 4.3.5.1. Belső összehasonlítások

A fenti részben tárgyalt kiadások nem feltétlenül korrelálnak mindig az egészségügyi szolgáltatás igénybevételével, hiszen az igénybevett szolgáltatások egy részéért nem kell fizetni. Sőt emiatt a funkcionalitás csökkenése sem jelent feltétlenül magasabb kiadást (lásd az összefüggés-elemzés eredményeiben). Ez befolyásolhatja a kiadások vizsgálatát is, mert pl. egy funkcionalitásában rosszabb helyzetű ember feltehetően többször veszi igénybe valamelyik szolgáltatást, de könnyen előfordulhat, hogy ennek ellenére a kiadásai kisebbek lesznek, mint annak, aki kevesebbszer veszi igénybe az adott szolgáltatást, ugyanis ő lehetséges, hogy a társadalombiztosítás által támogatott, általában térítésmentes szolgáltatást vette igénybe.

### 4.3.5.2. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság

A különböző országokban felmért egészséggel kapcsolatos kiadások összehasonlítása nehezebb feladat, mint az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének összevetése. A különböző számítási módszerek, az eltérő tételek figyelembe vétele, a sajátos egészségügyi rendszer, gazdasági helyzet mind-mind megnehezítik, sőt olykor értelmetlenné teszik az összehasonlítást. Az egészséggel kapcsolatos kiadások jellemzésére a leggyakrabban használt mutató az összkiadás GDP százalékában kifejezett értéke. Mivel az OLEF2000 során kizárólag lakosság szempontú költségelemzést végeztünk, az említett mutató használatától el kell tekinteni. A külföldi és hazai vizsgálatok eredményeit célszerű vásárlóerő paritáson átszámolva összehasonlítni. Amerikában a fogászat jelenti a legnagyobb kiadást a lakosság számára, majd ezt követi a gyógyszerkiadás, míg ez nálunk fordítva van. A MEPS vizsgálata szerint a fogászati kiadásokat a 6-17 éves gyerekek fogászati-fogszabályozási ellátása magyarázza, míg az OLEF2000 a gyerekekre fordított kiadásokat nem vizsgáltuk. Szintén nem vizsgáltuk az etnikum befolyását a kiadásokra, ellentétben az amerikai vizsgálattal. A funkcionalitás szerint a jobb egészségi állapotban lévők a kiadások nagyobb részét viselik a rosszabb egészségi állapotban lévőkhez képest. Az OLEF2000-ben csak a gyógyszerkiadásokkal mutatott növekvő tendenciát a funkcionalitás rosszabbodása.

Problémákat okoz az OLEF2000 adatainak más hazai adatokkal (OEP, KSH), más területeken jelentkező kiadásokkal való összevetése. A 2000-es KSH felmérés szerint az egy lakosra eső átlagos gyógyszerkiadás 8333 forint, az OLEF2000-ben ez 10452 Ft-nak adódott. Sajnos ismét felmerül a probléma, hogy a két vizsgálat nem ugyanazokat a kiadási tételeket vette figyelembe (akutan használt gyógyszerek, gyermekgyógyászati készítmények). A gyógyászati segédeszközre a KSH szerint 1394 Ft-ot számolnak, míg az OLEF2000 adatainak elemzésekor 305 Ft eredményre jutottunk. A hálapénz éves nagyságát a KSH vizsgálatok fejenként 788 Ft-ra becsülik, az OLEF2000 2565 Ft-ra teszi ezt az összeget. Az évi összes hálapénzt általában a többi hazai vizsgálat is 20 és 40 milliárd közé helyezi. A korábbi hazai vizsgálatok és az OLEF2000 eredményei közötti eltérések oka, a felmérések módszertanának, illetve a költségelemek különbözősége lehet. A korábbi hazai vizsgálatok elemzése során nem alkalmaztak többszörös lineáris regressziós modelleket, így az egészséggel összefüggő kiadásokat befolyásoló tényezők – a többi tényező hatásának kiszűrése után fennmaradó – szerepét nem elemezhettk.

### 4.3.5.3. Az eredmények értelmezése

A gyógyszerekre fordított kiadások ugyan elmaradnak az OEP által finanszírozott tételtől (197 milliárd [41]), azonban ez a 85 milliárd forint a gyógyszerek csak egy meghatározó körére értendő. Ezt tekintve a lakossági kiadás igen jelentős, főleg, ha figyelembe vesszük az OEP által közölt adatot, mely 42,5 milliárd forintra teszi a lakossági térítési díjak összegét 2000-ben.[41] Ebben az adatban benne szerepel a gyermekgyógyászati és akutan alkalmazott készítményekre fordított lakossági kiadás is, míg az OLEF2000-ben nem. Az OLEF2000 alapján csak a receptköteles gyógyszerekre fordított összeg eléri az 59 milliárd forintot.

Kögyógyellátásban a szociálisan rászorultak részesülnek. Az OLEF2000 eredményei alapján ez a csoport 11 milliárd forintot fizetett ki saját zsebből gyógyszerekre (lásd definíció), míg a közgyógyellátottakra fordított állami támogatás gyógyszerre közel 22 milliárd [42] forintot tett ki 2000-ben. Ezt figyelembe véve igen magasnak tűnik a közgyógyellátottak saját kiadása, mely adódhat abból is, hogy a közgyógyellátási gyógyszerlista nem feltétlenül egyezik meg a rászorultak igényével.

A kiesett jövedelem kor és nem szerinti eloszlása mutatja, hogy az idősebbek körében ez a kiadás elhanyagolható, hiszen ők általában nem állnak munkában már. Ugyanakkor a vizsgálatban az ő ápolásuk miatt valamely családtag kiesett jövedelme is számít, így már meglepőbb ez a kis arány. A nők és férfiak között ez a megoszlás egyenlőnek tekinthető. Hangsúlyozzuk, hogy a fenti megállapítások a populációs leírásokat tartalmazzák, nem a korral és nemmel való összefüggést, melyet az összefüggés elemzés részben, a megfelelő módszerekkel vizsgáltunk.

Az OLEF2000 vizsgálat rávilágít a hálapénz jelentős szerepére, mely lévén illegális, hathatós intézkedéseket tenne szükségesszerűvé. Figyelemre méltó, hogy milyen aránytalan az orvosoknak illetve a nővéreknek juttatott hálapénz elosztása (18 és 2,5 milliárd forint éves szinten). Meglepő, hogy milyen kevesen adtak hálapénzt (26%), azonban figyelembe kell venni, hogy a válasszadás önkéntes volt. A fogászati és egészségmegőrző szolgáltatásokra csak igen szűk kör költött (23% és 12%) holott ezek a szolgáltatások sok esetben a betegségek megelőzését, az egészség megtartását szolgálják. A vizsgálat alapján azt láthatjuk, hogy a lakosság egyelőre még az állami egészségügyi ellátást részesíti előnyben, a magánorvosok szerepe még viszonylag alacsony, ha figyelembe vesszük, hogy a lakosság csupán 9%-a költött kb. 10 milliárd forintot éves szinten magánorvosra. Természetgyógyászati ellátásra is a lakosság csupán 2,5%-a költött, igaz 8,2 milliárd forintot, hasonló tételt, mint a magánorvosi ellátásra. Az összkiadások elemzése azt mutatja, hogy a nők nagyobb része visel anyagi terhet az egészséggel összefüggően. Az egészség-helyreállításra fordított kiadások nem mutattak összefüggést a korral, a gyógyszerkiadások viszont igen. A funkcionalitással azonban mind a gyógyszer-, mind az egészség-helyreállító kiadás összefüggést mutat, tehát a populációs elemzés során megfigyelt, az idősek körében jelentkező gyakoribb kiadás, valószínűleg a rosszabb egészségi állapottal függ össze. A gyógyszerkiadások nem, de az egészség-helyreállításra fordított kiadások összefüggést mutattak az anyagi helyzettel, az utóbbiba beletartozik a magánorvosi ellátás is, így előfordulhat, hogy a jobb anyagi helyzetben lévők többet fizetnek az ilyen ellátásokra. Az igénybevétel fejezet elemzése is ezt támasztja alá, ami azt találta, hogy az anyagi helyzet javulásával nőtt a szakellátás igénybevételének esélye. A munkaviszonnyal kapcsolatban azt láttuk, hogy míg a nyugdíjas és a tartósan munkaképtelen állapotban nőtt a kiadás, ami összhangban állt a szakellátás igénybevételének összefüggéseivel, addig a tartósan munkanélküli emberek kiadásai csökkentek azonos anyagi helyzet mellett, amit esetleg abból is adódhat, hogy ezek az emberek, tekintettel a helyzetükre, inkább a társadalombiztosítás által támogatott, vagy jobban támogatott szolgáltatásokat vették igénybe, illetve több szociális támogatásban részesültek, hiszen nem szabad elfelejteni, hogy a jelen vizsgálatban a lakosság által, a társadalombiztosításon felül kifizetett tételeket vizsgáltuk. Ugyanez feltételezhető az olyan jelenségeknél, mint a gyógyszerkiadás, ahol a közepesen korlátozottakhoz képest a súlyosan korlátozottak mérsékeltebben költöttek többet az egészségesekhez képest. A gyógyszerkiadások elemzésénél azt is láthatjuk, hogy az értelmiségiek költötték a legtöbbet gyógyszerre saját zsebből, míg a többi vizsgált foglalkozási kategória kevesebbet költött. A legkisebb kiadások a fizikai/mezőgazdasági munkásra esik, aki mintegy 7000 forinttal költött kevesebbet átlagosan, mint az értelmiségi. Itt is közrejátszhat, hogy akik kevesebbet költöttek saját zsebből, azok lehet, hogy inkább a térített gyógyszereket, generikus készítményeket (lejárt szabadalom után az eredetiről készült olcsóbb másolat) váltották ki és nemigen költöttek nem- vagy kevésbé támogatott gyógyszerekre.

A gyógyszer nélküli kiadásokat a fogászati kiadások vezetik. A fogászati kiadásokkal kapcsolat állt fenn a korral, és a munkaviszonnyal. A korral nőtt a kiadások összege a 80+ korcsoport 18.000 forinttal költött többet, mint a referencia csoport. Itt azonban figyelembe kell venni azt, hogy a kérdőívben a funkcionalitás kérdés nem kérdezett rá speciálisan a

fogászati problémákra. Így könnyen feltételezhető, hogy ez az összefüggés nem önmagával a korrallal, hanem a korból adódó fogászati problémákkal mutat összefüggést, mely problémák nem jelentenek funkcionalitás csökkenést. A nyugdíjasok 7000 forinttal kevesebbet költöttek, mint a dolgozók. Nem szabad elfelejteni, hogy az igénybevétel nem korrelál mindig a kiadásokkal, tehát előfordulhat, hogy a nyugdíjas az ellátás olcsóbb és térített formáit vette igénybe, ugyanakkor az "Egészségügyi ellátás igénybevétele" fejezetből kiderül, hogy az fogászati ellátás igénybevétele a korrallal csökkent.

#### **4.3.5.4. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra**

A gyógyszerkiadások megállapítása igen nagy feladatot jelentett a csoport számára. A nehézségek fő okát a hatalmas adathalmaz mellett a nem pontos adatfelvétel jelentette, a kérdezők minden igyekezte ellenére. Hozzá kell tenni, hogy ez a pontatlanság az adatok egészéhez képest elenyésző nagyságot jelentettek. Mégis célszerű lehet a jövőben egy még részletesebb kérdőívet szerkeszteni és a kérdezőbiztosokat alaposabban kiképezni a gyógyszeradat felvételét illetően, ami korántsem egyszerű feladat egy kívülálló számára. Érdeemes lehet a gyógyszeradatbázisba az akutan szedett gyógyszereket és esetleg a gyermekgyógyászati szereket is beletenni, ami esetenként igen jelentősen megnöveli az egyén kiadásait. Hasznos lenne az igénybevételt tisztázni minden feltett kérdésnél. Szintén javasolt a későbbi kérdőívekben pontosan rákérdezni, hogy az illető milyen céllal vette igénybe és fizetett az adott szolgáltatásért, egészség megőrzése vagy az egészségének helyreállítása céljából-e.

## 4.4. Irodalom

- 1 Orosz Éva. Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországiért Egyesület. Budapest, 2001.
- 2 Cannel CF. (1977): A summary of research studies of interviewing methodology, 1959-1970. Vital and health statistics, Series 2., Data evaluation and methods research, Number 69, DHEW Publication. No. 77-1343. US Government Printing Office, Washington DC.
- 3 Public Health Status and Forecasts 1997 National Institute of Public Health and the Environment, 1998.
- 4 Department of Health and Social Security. Inequalities in health: the Black Report. Harmondsworth: Penguin, 1982.
- 5 Smaje C, Grand JL. Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS. Soc Sci Med 1997, 45:485-96.
- 6 Collins E, Klein R. Equity and the NHS: self-reported morbidity, access and primary care. BMJ 1980, 281:1111-1115.
- 7 Blaxter M. Equity and consultation rates in general practice. BMJ 1984, 288:1963-1967.
- 8 Verbrugge LM, Patrick DL. Seven chronic conditions: their impact on US adults' activity levels and use of medical services. Am J Public Health 1995, 85:173-82.
- 9 Mustard CA, Kaufert P, Kozyrskyj A, Mayer T. Sex differences in the use of health care services. N Engl J Med 1998, 338:1678-83.
- 10 National Center for Health Statistics. Health, United States, 1998 With Socioeconomic Status and Health Chartbook. Hyattsville, Maryland: 1998.
- 11 Mucci LA, Brooks DR. Lower use of dental services among long term cigarette smokers. J Epidemiol Community Health 2001, 55:389-393.
- 12 Központi Statisztikai Hivatal: Egészségi Állapotfelvétel. Budapest: KSH, 1996.
- 13 Magyar Háztartás Panel 1996 – Műhelytanulmányok, szerk.: Sík Endre – Tóth István György – Budapest, 1997.
- 14 Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The fifth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Bethesda: National Institutes of Health, 1993.(NIH Publication no. 93-1088.)
- 15 WHO Expert Committee. Hypertension control, WHO Tech. Rep. Ser. no. 862. Geneva: World Health Organization;1996.
- 16 World Health Organization. Prevention of diabetes mellitus: report of a WHO study group. Technical Report Series no. 844. Geneva: World Health Organization, 1994.
- 17 U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Lipid Disorders: Recommendations and Rationale. Am J Prev Med 2001;20(3S):73-76
- 18 Health For All Data Base, version January 2002. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2002.
- 19 Screening for Breast Cancer. Recommendations and Rationale. February 2002. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastcancer/brcanrr.htm>
- 20 Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2000, Központi Statisztikai Hivatal
- 21 Drummond, Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, Oxford 1987
- 22 Pashos, Ispor lexicon, Ispor 1998
- 23 Vincze, Bevezetés a farmakoökonómiába, Medicina, Budapest 2001
- 24 MEPS, AHQR Pub. No 01-0002, une 2001; <http://www.meps.ahrq.gov>
- 25 Question d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé, no 20, juillet 1999; <http://www.credes.fr>, <http://www.sante.gouv.fr>, <http://www.inserm.fr>
- 26 Boncz I, A magán-és közkiadás aránya az egészségügyi finanszírozásban nemzetközi összehasonlítások alapján; Egészs Gazd szemle; 2001,39,5,420-427

- 27 Scottish Health Survey 1995
- 28 <http://www.cdc.gov/nchs/events/duc2000/duc00pres.htm>
- 29 <http://www.oecd.org>
- 22 Magyar Statisztikai Évkönyv 2000, KSH 2001
- 31 Bondár É, Az egészséggel összefüggő fogyasztás jövedelmi helyzet szerinti differenciáltsága, Egészs Gazd szemle:2001,39,5,484-490
- 32 <http://www.tarki.hu/research-h/monitor/monitor99/index.html>
- 33 Magyar Statisztikai Évkönyv 2000, KSH 2001
- 34 Hálapénz Bizottság, Jelentés az orvosi hálapénzről : Helyzetelemzés és következtetések / Bp, Springer, 2000.
- 35 Tárki, 1998
- 36 Nagy A L, Hálapénz a magyar egészségügyben:ki, kinek, miért, mennyit. LAM 2000,10,9:726-729
- 37 Losonczy Á, Utak és korlátok az egészségügyben, MTA, Budapest 1998
- 38 Nagy A L, Hálapénz a magyar egészségügyben:attitűdök és vélemények, LAM 2000, 10,4:354-357
- 39 Nagy A L,Az orvosok piaci szereplők, LAM 2000,10,2:164-166
- 40 KSH, Magyar Statisztikai Évkönyv. Budapest, 1995,1996,1997,1998,1999,2000
- 41 OEP,Statisztikai Évkönyv,Budapest, 2000
- 42 Az OEP tájékoztatója a gyógyszerforgalom és a gyógyszerár-támogatási kiadások 2000. Évi alakulásáról, Gyógyszerészet melléklet, 2002. január





## 5. AZ EGÉSZSÉG KÖRNYEZETI TÉNYEZŐI

5.	AZ EGÉSZSÉG KÖRNYEZETI TÉNYEZŐI .....	5-1
	GAZDASÁGI KÖRNYEZET .....	5-4
5.1.	Anyagi helyzet.....	5-4
5.1.1.	Kiemelt eredmények .....	5-4
5.1.2.	Háttér .....	5-4
5.1.3.	Módszertan .....	5-6
5.1.4.	Eredmények.....	5-10
5.1.4.1.	Populációs becslések .....	5-10
5.1.4.2.	Összefüggés-elemzések.....	5-11
5.1.5.	Megbeszélés .....	5-13
5.1.5.1.	Belső összehasonlítások .....	5-13
5.1.5.2.	Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság .....	5-13
5.1.5.3.	Az eredmények értelmezése.....	5-13
5.1.5.4.	Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra .....	5-14
5.2.	Foglalkozás.....	5-15
5.2.1.	Kiemelt eredmények .....	5-15
5.2.2.	Háttér .....	5-15
5.2.3.	Módszertan .....	5-17
5.2.4.	Eredmények.....	5-18
5.2.4.1.	Populációs becslések .....	5-18
5.2.4.2.	Összefüggés-elemzések.....	5-20
5.2.5.	Megbeszélés .....	5-21
5.2.5.1.	Az eredmények értelmezése.....	5-21
5.3.	Beosztás.....	5-23
5.3.1.	Kiemelt eredmények .....	5-23
5.3.2.	Háttér .....	5-23
5.3.3.	Módszertan .....	5-24
5.3.4.	Eredmények.....	5-24
5.3.4.1.	Populációs becslések .....	5-24
5.3.4.2.	Összefüggés-elemzések.....	5-26
5.3.5.	Megbeszélés .....	5-27
5.3.5.1.	Érvényesség.....	5-27
5.3.5.2.	Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra .....	5-27
5.3.5.3.	Az eredmények értelmezése.....	5-27
5.4.	Munkával töltött idő .....	5-28
5.4.1.	Háttér .....	5-28
5.4.2.	Módszertan .....	5-29
5.4.3.	Eredmények.....	5-30
5.4.3.1.	Populációs becslések .....	5-30
5.4.3.2.	Összefüggés-elemzések.....	5-31
5.4.4.	Megbeszélés .....	5-31
5.4.4.1.	Érvényesség.....	5-31
5.4.4.2.	Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra .....	5-31
5.4.4.3.	Az eredmények értelmezése.....	5-31
5.5.	Régió, településméret .....	5-32
5.5.1.	Kiemelt eredmények .....	5-32
5.5.2.	Háttér .....	5-32

5.5.3.	Módszertan .....	5-33
5.5.4.	Eredmények .....	5-34
5.5.4.1.	Populációs becslések .....	5-34
5.5.4.2.	Összefüggés-elemzés .....	5-34
5.5.5.	Megbeszélés .....	5-36
TÁRSAS KÖRNYEZET .....		5-37
5.6.	Családszerkezet .....	5-37
5.6.1.	Kiemelt eredmények .....	5-37
5.6.2.	Háttér .....	5-37
5.6.3.	Módszertan .....	5-39
5.6.3.	Eredmények .....	5-41
5.6.3.1.	Populációs becslések .....	5-41
5.6.3.2.	Összefüggés-elemzések .....	5-42
5.6.4.	Megbeszélés .....	5-43
5.6.4.1.	Érvényesség .....	5-43
5.6.4.2.	Belső összehasonlítások .....	5-43
5.7.	Társas kapcsolatok, életesemények .....	5-44
5.7.1.	Kiemelt eredmények .....	5-44
5.7.2.	Háttér .....	5-44
5.7.2.1.	Módszertan .....	5-46
5.7.3.	Eredmények .....	5-47
5.7.3.1.	Populációs becslések .....	5-47
5.7.3.2.	Összefüggés-elemzések .....	5-48
5.7.4.	Megbeszélés .....	5-49
5.7.4.1.	Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság .....	5-49
5.7.4.2.	Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra .....	5-49
5.7.4.3.	Az eredmények értelmezése .....	5-49
5.8.	Etnikum, nemzetiség .....	5-51
5.8.1.	Kiemelt eredmények .....	5-51
5.8.2.	Háttér .....	5-51
5.8.3.	Módszertan .....	5-52
5.8.4.	Eredmények .....	5-53
5.8.4.1.	Populációs becslések .....	5-53
5.8.5.	Megbeszélés .....	5-54
5.8.5.1.	Érvényesség .....	5-54
KULTURÁLIS KÖRNYEZET .....		5-55
5.9.	Iskolázottság .....	5-55
5.9.1.	Kiemelt eredmények .....	5-55
5.9.2.	Háttér .....	5-55
5.9.3.	Módszertan .....	5-56
5.9.4.	Eredmények .....	5-57
5.9.4.1.	Populációs becslések .....	5-57
5.9.4.2.	Összefüggés-elemzések .....	5-57
5.9.5.	Megbeszélés .....	5-59
5.9.5.1.	Belső összehasonlítások .....	5-59
5.9.5.2.	Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság .....	5-60
5.9.5.3.	Az eredmények értelmezése .....	5-60
5.9.6.	Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra .....	5-61
5.10.	Vallásosság .....	5-62
5.10.1.	Kiemelt eredmények .....	5-62

5.10.2.	Háttér .....	5-62
5.10.3.	Módszertan .....	5-64
5.10.4.	Eredmények.....	5-65
5.10.4.1.	Populációs becslések .....	5-65
5.10.4.2.	Összefüggés-elemzések.....	5-66
5.10.5.	Megbeszélés .....	5-67
5.10.5.1.	Érvényesség.....	5-67
5.10.5.2.	Belső összehasonlítások .....	5-67
5.10.5.3.	Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság .....	5-67
5.10.5.4.	Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra .....	5-67
5.10.5.5.	Az eredmények értelmezése.....	5-67
5.11.	Irodalom .....	5-68

## **GAZDASÁGI KÖRNYEZET**

### **5.1. Anyagi helyzet**

*Csizmadia Péter*

#### **5.1.1. Kiemelt eredmények**

- Az anyagi helyzet javulásával csökkent a korlátozottság esélye.
- Az anyagi helyzet javulásával csökken a rendszeres dohányzás esélye, az állati eredetű zsiradék konyhai használata.
- A jobb anyagi helyzetűek ugyanakkor kevesebbet mozognak. A legjobb anyagi helyzetű nők elhízási esélye csaknem kétszeres, a férfiaknál pedig több mint kétszeres volt a legrosszabb helyzetű csoporthoz képest.
- A legrosszabb anyagi körülmények között élők veszik igénybe a legkevésbé az alap- és a szakellátást, de ugyanez az összefüggés a fekvőbeteg-ellátásra nem áll fenn.
- A legjobb anyagi helyzetűek egészséghelyreállító kiadásai éves szinten csaknem 27 ezer Ft-tal haladták meg a legszegényebbekét

#### **5.1.2. Háttér**

Az egyének, illetve az egyes társadalmi csoportok anyagi/vagyoni helyzetében megmutatkozó különbségek a hétköznapi gondolkodás számára is „láthatóvá teszik” a társadalom egyenlőtlenségi viszonyait. A társadalmi struktúra sajátosságait vizsgáló szociológiai elemzésekben az anyagi helyzet különbségeit olyan mutatókkal jellemzik, mint például a jövedelem, a vagyon, a lakáskörülmények vagy a fogyasztás. [1] A társadalmi egyenlőtlenségek összetett rendszert alkotnak, amelybe beletartoznak a kulturális, hatalmi-érdekérvényesítési különbségek és lehetőségek éppúgy, mint az anyagi helyzet tekintetében megmutatkozó egyenlőtlenségek. Az egyes társadalmi csoportok anyagi helyzetében megmutatkozó különbségek alkalmasak arra, hogy az egyén vagy egyes társadalmi csoportok relatív, azaz másokhoz vagy más csoportokhoz való helyzetét megragadhatóvá és leírhatóvá tegyék, annak ellenére, hogy – mint abban a legtöbb kutató egyetért -, csak részben tükrözik vissza a társadalom valós egyenlőtlenségi viszonyait. [2]

A szűkebben vett egészségszociológiai kutatásokban is fontos szerephez jut a jövedelmi-anyagi helyzet, mint a társadalmi státuszt, és ezen keresztül az egészségi állapotot befolyásoló tényező. Számos kutatás mutatta ki az anyagi helyzet és az egészségi állapot összefüggéseit. Ezek alapján általánosnak tekinthető az a vélemény, hogy azok, akik kevésbé részesülnek a társadalmi javakból (oktatás, jövedelem, kulturális javak, stb.), azoknak az élet nyújtotta biológiai lehetőségekből is kevesebb jut: rosszabb az ellenálló képességük, több közöttük a beteg és rövidebb ideig élnek. [3]

Az anyagi helyzet két szinten befolyásolhatja az egészségi állapotot. Egyrészt azért, hogy a magasabb anyagi státusz jobb életminőséget, „könnyebb életet” biztosít, beleértve számos, az egészség megőrzését, illetve betegségekkel való hatékonyabb megküzdést lehetővé tevő eszközt is. A rosszabb anyagi helyzetűek nem vagy sokkal nehezebben jutnak hozzá az egészségi állapotot befolyásoló javakhoz és lehetőségekhez. [4]

Másfelől ugyanakkor az anyagi helyzet nem csak abszolút mértékben jelent előnyt vagy hátrányt: az egyén relatív társadalmi pozíciója is befolyással van az egészségi állapotra. Igen

fontos eleme a társadalom egyenlőtlenségi viszonyainak, hogy az egyének milyenek érzékelik saját helyzetüket a többiekhez viszonyítva. [5]Ezt azért fontos hangsúlyozni, mert a társadalmi helyzetben megmutatkozó egyenlőtlenségek nemcsak közvetlenül, hanem közvetetten, pszichoszociális tényezőkön keresztül is hatnak az egészségi állapotra. Másképp fogalmazva: a szegénység nem csupán anyagi értelemben vett teher, hanem egyben állandó hiányérzet is. A relatíve rossz társadalmi helyzet, a javaktól való megfosztottság érzése, azaz a depriváció hosszú távon csökkenti a szervezet ellenálló képességét a betegségekkel szemben, és rontja az életesélyeket. [6]

Ennek megfelelően vizsgálatunkban arra törekedtünk, hogy elemezzük az anyagi helyzet és az egészségi állapot, az egészségmagatartás, illetve az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele közötti összefüggéseket.

Az anyagi helyzet a társadalmi státusz mérésének összetett eszköze, amelynek dimenzióit többek között a jövedelem, a lakáskörülmények, a fogyasztási szokások és a materiális javakkal való ellátottság alkotják. [7]Az **anyagi helyzet** egyik legtöbbször használt indikátora a **jövedelem**. A jövedelmi adatok azonban gyakran pontatlannak, megbízhatatlannak bizonyulnak, másrészt az anyagi helyzetnek csak egy dimenzióját mérik. Ezért szükséges más vagyoni indikátorok használata is, mint pl. az egészségbiztosítási kártya birtoklása vagy a gyakran használt Townsend-indexben a személygépkocsi- tulajdon és saját tulajdonú lakás. Még pontosabb képet kapunk az anyagi viszonyokról, ha olyan, a **vagyoni helyzetre** vonatkozó változókat használunk, mint a lakóhely szobáinak száma, a lakás közműekkel való ellátottsága, különböző ingatlanok, ingóságok megléte és értéke, illetve a háztartás tartós fogyasztási cikkekkel való felszereltsége. Meg kell azonban jegyezni, hogy a túl sok változó egységesítése körülményes, így az összehasonlító kutatásokban nem minden esetben alkalmazzák [8]. Másképp fogalmazva: kevesebb változó használata információvesztéssel jár ugyan, viszont megbízhatóbb mérést tesz lehetővé.

A szűken vett jövedelmi viszonyokon túl a vagyoni helyzet egyéb indikátorainak használatát indokolja az is, hogy ezek az indikátorok bizonyos mértékű stabilitást mutatnak, hiszen a vagyon felhalmozása többnyire hosszabb-rövidebb ideig tart, azaz nem csak a pillanatnyi anyagi helyzetről tájékoztat.

A háztartás bevételeinek mérésére a WHO a jelenlegi nettó háztartási összjövedelmet ajánlja. (A változót kezeljük folytonosként, de kategorizáljuk is.) Az ajánlás szerint a kategorizáció során kvintilisek alkalmazása javasolt. A relatív klasszifikáció – mint a kvintilis – használatának előnye az abszolút jövedelmi skálával szemben az, hogy így lehetségessé válik trendek mérése az egészségi állapotban különböző jövedelmi kategóriák szerint, illetve össze lehet hasonlítani különböző országok hasonló adatait anélkül, hogy az inflációt vagy a valuta-átváltási rátákat figyelembe kellene vennünk.

### 5.1.3. Módszertan

Az anyagi helyzet több lépésben származtatott változó. A változót az OLEF nyolc, az anyagi helyzet különböző dimenzióira vonatkozó kérdésére adott válaszokból képeztük. A következő kérdéseket használtuk fel: 70., 72., 73., 74.1., 74.2., 75., 76. és a 78.

Az anyagi helyzetre vonatkozó kérdések nem individuális szintűek voltak, azaz nem az egyének jövedelmi-vagyoni viszonyait mérték. A kérdések a háztartások anyagi helyzetére vonatkoztak, mert úgy véltük, hogy a jövedelmek különböző transzferek révén eloszlanak a háztartáson, mint gazdasági egységen belül, és az ingó- és ingatlanvagyon felhalmozásának folyamata is elsősorban a családok szintjén értelmezhető.

Felmérésünkben az egyének anyagi helyzetét három származtatott változó segítségével jellemeztük: jövedelem, vagyoni helyzet és a birtokolt tartós fogyasztási cikkek.

A **jövedelmet** a háztartásban egy főre eső jövedelemmel mértük, úgy, hogy a nevezőben a háztartásnagyság helyett annak négyzetgyökét szerepeltettük, arra alapozva, hogy a költségek nem nőnek lineárisan a háztartás tagjainak számával (fix rezsiköltség stb.).

A jövedelemkategóriák megállapításakor Mackenbach és munkatársai [9] azt javasolják, hogy a populációs adatokból számoljunk kvintiliseket, majd ezek szerint soroljuk be a mintába került személyeket. Ez a módszer akkor alkalmazható, ha vélhetően nem lép fel a válaszadásnál olyan jelenség, amely a valódi jövedelem torzítását eredményezi (pl. a valós jövedelem vélt közép felé tolása). Ha viszont a mintaadatokból kiindulva kategorizálunk, a mintavételi hiba miatt léphet fel torzítás. Mivel várhatóan az utóbbi esetben kisebb a hiba, mi a minta kategorizációja mellett döntöttünk.

Az anyagi helyzet másik változója az ingó- és ingatlanvagyon birtoklása. Tekintettel a vagyoni helyzetre vonatkozó kérdések nagy számára, összetett változót hoztunk létre. A vagyoni helyzet változó értékét a következő változókból határoztuk meg: autótulajdonlás, ingatlanvagyon, megtakarítások (takarékbetét, részvény, kötvény, életbiztosítás). Az alábbiakban ismertetjük az egyes változók kódolásának módját.

**Autó:** a kérdezett autótulajdonlása és az autó(k) értéke forintosítva, kategória-középpértékek használatával, hét kategóriában:

- nincs autója: 1-es kategória,
- legfeljebb 500 ezer Ft értékű autója van: 2-es kategória,
- legfeljebb 1 millió Ft értékű autója van: 3-as kategória,
- legfeljebb 2 millió Ft értékű autója van: 4-es kategória,
- legfeljebb 3 millió Ft értékű autója van: 5-ös kategória,
- legfeljebb 5 millió Ft értékű autója van: 6-os kategória,
- több, mint 5 millió Ft értékű autója van: 7-es kategória.

**Ingatlan:** a kérdezett ingatlan tulajdona (lakás, ház, nyaraló, telek, termőföld) és azok értéke forintosítva, kategória-középpértékek használatával öt kategóriában:

- nincs lakása: 1-es kategória,
- legfeljebb 5 millió Ft-ot ér a lakása: 2-es kategória,
- legfeljebb 10 millió Ft-ot ér a lakása: 3-as kategória,
- legfeljebb 50 millió Ft-ot ér a lakása: 4-es kategória,
- több mint 50 millió Ft-ot ér a lakása: 5-ös kategória.

A többi ingatlanra vonatkozó változót hasonlóképpen kezeltük.

Megtakarítások: a kérdezett rendelkezik-e takarékbetéttel, részvényvel, kötvénnyel, életbiztosítással összevonva, forintosítva, kategória-közéértékek használatával, öt kategóriában:

- nem rendelkezik ilyennel: 1-es kategória,
- legfeljebb 5 millió Ft értékben rendelkezik ilyennel: 2-es kategória,
- legfeljebb 10 millió Ft értékben rendelkezik ilyennel: 3-as kategória,
- legfeljebb 50 millió Ft értékben rendelkezik ilyennel: 4-es kategória,
- több mint 50 millió Ft értékben rendelkezik ilyennel: 5-ös kategória.

A fenti kérdésekből a forintosított összegeket összeadva egy származtatott változót (**vagyoni helyzet indexet**) készítettünk, melyek értékei az új változó egyes kvintilisei lettek. Emellett az új változót folytonosként kezelve annak átlagát, mediánját és szórását is vizsgáltuk.

Az anyagi helyzet 3. változóját a **tartós fogyasztási cikkek** meglétével, illetve hiányával mértük az alábbi módon: a tartós fogyasztási cikkek meglétét vizsgáló kérdésre adott válaszok alapján összevont mutatót hoztunk létre a 13 fogyasztási cikkre vonatkozó standardizált mutató mutató összegeként

**Technikai megjegyzés:** A standardizálás művelete technikailag az igen / nem válaszoknak megfelelő 0 / 1 értékű változóra alkalmazott transzformáció, melynek során a változóból kivonjuk annak várható értékét, és osztjuk a szórásával.

A standardizálás lényege, hogy nem csak az adott tárgy meglétét vagy hiányát veszi figyelembe, hanem az adott tárgy népességén belüli eloszlását, azaz kuriozitását is. Ez azt jelenti, hogy egy gyakran előforduló tartós fogyasztási cikk nem sokat ér a skálán, mert sokaknak van, hiánya ugyanakkor komoly negatívumot jelent. Ugyanakkor egy kevésbé elterjedt tárgy sokat ér, hiszen keveseknek van, hiánya pedig nem jelent negatívumot.

Az elemzés során az anyagi helyzetet jellemző három változó (jövedelem, vagyoni helyzet, tartós fogyasztási cikkek) együttes alkalmazásával közel 20%-os adatvesztéssel kellett volna számolnunk. Ennek kiküszöbölése érdekében létrehoztunk az anyagi helyzet meghatározó 3 változó kvintilisei segítségével egy összevont '**anyagi helyzet**' nevezetű hat kategóriás változót (1 – legkevésbé jómódúak, 6 – leginkább jómódúak). A hatos kategóriába azok kerültek, akik legalább két kvintilis szerint is a legfelső kategóriába kerültek. Az ötös kategóriába azok kerültek, akik valamelyik kvintilisben egyszer a legmagasabb kategóriába kerültek. A négyes kategóriába azok kerültek, akik a három kvintilis közül legalább egyszer 'négyest' kaptak. A hármas kategóriába azok kerültek, akik legalább egyszer 'hármast' kaptak, a kettesbe azok, akik legalább egyszer kettest kaptak, az egyesbe pedig olyanok, akik minden kvintilis alapján az egyes kategóriákba tartoztak. Fontos megjegyeznünk, hogy e kategorizáció során nem vettük figyelembe a hiányzó adatokat, hiszen éppen az ezek miatti adatvesztést próbáltuk elkerülni. Úgy véltük, hogy azok, akik egy tényező szerint 'bevallották' a magasabb kategóriába való tartozást, azok indokoltan csúsznak fölfelé, valamint így jobban el tudjuk különíteni az anyagi szempontból igazán szorult helyzetben lévőket. Ezt az is indokolja, hogy a tapasztalatok szerint az emberek az anyagi helyzetüket hajlamosak inkább alulértékelni.

**70. Kérem, becsülje meg, mekkora az Ön háztartásába tartozó személyek havi nettó összjövedelme, azaz összesen mekkora pénzüsszezből gazdálkodhatnak havonta?**

0 – 9 Összes jövedelem (századra kerekítve)

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

**72. Az Ön tulajdonában vagy tartós használatában hány gépkocsi van?**

1 – Egy

2 – Kettő vagy több

3 – Egy sincs

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

**73. Mennyire becsüli ezeken a gépkocsiknak az összértékét?**

1 – Legfeljebb 500 ezer forint

2 – Legfeljebb 1 millió forint

3 – Legfeljebb 2 millió forint

4 – Legfeljebb 3 millió forint

5 – Legfeljebb 5 millió forint

6 – Több, mint 5 millió forint

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

**74\_1. Rendelkeznek-e Önök a következő ingatlanok valamelyikével?**

A: lakás

B: ház

C: nyaraló

D: beépítetlen telek

E: termőföld, erdő

8 – Egyikkel sem

**74\_2. Kérem, becsülje meg, mekkora az Ön háztartásába tartozó személyek havi nettó összjövedelme, azaz összesen mekkora pénzüsszezből gazdálkodhatnak havonta?**

0 – 9 Összes jövedelem (századra kerekítve)

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni



**75. Rendelkeznek Önök takarékbetéttel, részvényekkel, kötvénnyel vagy életbiztosítással?**

- 1 – Igen
- 2 – Nem
- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

**76. Mennyire becsüli az Önök tulajdonában lévő takarékbetétek, részvények, kötvények és életbiztosítások összesített értékét?**

- 1 – Legfeljebb 5 millió forint
- 2 – Legfeljebb 10 millió forint
- 3 – Legfeljebb 50 millió forint
- 4 – Több, mint 50 millió forint
- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

**78. Van-e az Önök háztartásában ...**

- A: Színes TV
- B: Videó magnó
- C: Videó kamera
- D: Automata mosógép
- E: Mosogatógép
- F: Személyi számítógép
- G: Internet csatlakozás
- H: Fényképezőgép
- I: Mobil telefon
- J: Mikrohullámú sütő
- K: HI-FI torony
- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

## 5.1.4. Eredmények

### 5.1.4.1. Populációs becslések

#### Az eredmények értelmezéséhez:

Az alábbi táblázatban az **anyagi helyzet** gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni.

**5.1-1. táblázat: Az anyagi változó kategóriáinak %-os megoszlása régióként [95%-os megbízhatósági tartomány]**

Régió	Anyagi helyzet						Összesen
	1	2	3	4	5	6	
<b>Ny-Dun</b>	6,6 [5,2-8,5]	10,3 [8,1-12,9]	15,2 [12,4-18,6]	29,0 [25,2-33,3]	24,7 [20,9-28,9]	14,1 [10,9-18,1]	100,0
<b>Dél-Dun</b>	9,0 [6,1-13,1]	17,0 [13,7-20,9]	22,0 [18,5-25,9]	24,2 [21,1-27,6]	18,7 [15,4-22,6]	9,1 [6,4-12,8]	100,0
<b>Köz-Dun</b>	6,8 [4,8-9,5]	10,9 [7,9-14,8]	20,2 [17,4-23,3]	27,0 [23,9-30,3]	20,6 [17,5-24,2]	14,5 [9,9-20,9]	100,0
<b>Köz-Mo</b>	2,8 [1,4-5,7]	8,5 [6,4-11,1]	15,2 [12,6-18,2]	23,0 [21,8-24,2]	25,4 [23,6-27,3]	25,1 [20,4-30,4]	100,0
<b>Ész-Mo</b>	11,6 [8,2-16,1]	16,6 [14,1-19,6]	20,9 [18,2-23,8]	27,2 [24,0-30,7]	14,1 [11,6-16,9]	9,6 [7,0-13,1]	100,0
<b>Ész-Alf</b>	12,4 [9,4-16,1]	21,2 [17,9-24,8]	23,3 [20,8-26,1]	23,3 [20,4-26,4]	12,8 [10,2-15,9]	7,1 [4,5-10,9]	100,0
<b>Dél-Alf</b>	8,8 [6,7-11,4]	16,1 [13,1-19,6]	24,0 [21,5-26,6]	30,5 [27,4-33,7]	14,4 [11,9-17,4]	6,3 [4,3-9,1]	100,0
<b>Összesen</b>	7,6 [5,6-10,4]	13,8 [11,3-16,6]	19,6 [17,2-22,1]	25,8 [24,4-27,2]	19,3 [16,7-22,2]	14,0 [9,4-20,2]	100,0

Az OLEF2000 adatai alapján elmondható, hogy a nyugat-dunántúli régióban az általunk képzett anyagi kategóriák a következő módon oszlottak meg. A népesség 6,6 %-a tartozott az 1-es, azaz legszegényebb, 10,3 % a 2-es, 15,2 % a 3-as, 29 % a 4-es, 24,7 % az 5-ös, 14,1 % pedig a 6-os, azaz legjobb anyagi helyzetű kategóriába. A dél-dunántúli régióban ugyanezek az arányok némileg másképp alakultak: a népesség 9 %-a tartozott az 1-es kategóriába, 17% a 2-es, 22 % a 3-as, 24,2 % a 4-es, 18,7 % az 5-ös, 9,1 % pedig a 6-os kategóriába.

A közép-dunántúli régió megoszlásai szerint a népesség 6,8 %-a az 1-es, 10,9 % a 2-es, 20,2 % a 3-as, 27 % a 4-es, 20,6 % az 5-ös, 14,5 % pedig a 6-os vagyoni kategóriába tartozott.

A Budapestet is magába foglaló közép-magyarországi régió esetében az arányok alakulása a következő volt: a népesség 2,8 %-a került az 1-es, 8,5 %-a a 2-es, 15,2 %-a a 3-as, 23 %-a a 4-es, 25,4 %-a az 5-ös, 25,1 %-a pedig a 6-os kategóriába.

Az észak-magyarországi lakosság 11,6 %-a az 1-es, 16,6 %-a a 2-es, 20,9 %-a a 3-as, 27,2 %-a a 4-es, 24,1 %-a az 5-ös és 9,6 %-a a 6-os kategóriába került.

Az észak-alföldi régióban 12,4 % volt azok aránya, akik az 1-es kategóriába kerültek, 21,2 % azoké, akik a 2-es, 23,3 % azoké, akik a 3-as, szintén 23,3 %, akik a 4-es kategóriába kerültek. A népesség 12,8 %-a tartozott az 5-ös, 7,1 % pedig a 6-os kategóriába.

A dél-alföldi arányok másképp alakultak: 8,8 % az 1-es, 16,1 % a 2-es, 24 % a 3-as, 30,5 % a 4-es, 14,4 % az 5-ös, 6,3 % pedig a 6-os vagyoni kategóriába került.

#### 5.1.4.2. Összefüggés-elemzések

Az elemzés során vizsgáltuk az anyagi helyzetet, valamint az egészségi állapotot, az egészségmagatartást, a lelki egészség, a szexuális magatartást, az egészséggel kapcsolatos kiadásokat, illetve az ellátórendszer igénybevétele közötti összefüggéseket. Nem találtunk szignifikáns összefüggést az anyagi helyzet és a szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség, a mentális betegségek, a szexuális inaktivitás és a gyógyszerkiadások alakulása között.

Elemzésünk szerint az egészségi állapot mutatói közül a funkcionális korlátozottság van összefüggésben az anyagi helyzettel. Megállapítható, hogy az anyagi helyzet és a korlátozottság közötti kapcsolat negatív irányú, azaz az anyagi helyzet javulásával csökken a korlátozottság esélye. Ez pontosabban fogalmazva azt jelenti, hogy az 5. kategóriába tartozók között 65, a 6. kategóriába tartozók (leggazdagabbak) között pedig csaknem 64 % volt az esélye a korlátozottság előfordulásának a referenciakategóriának tekintett 1. kategóriához azaz a legrosszabb anyagi helyzetben levőkhöz (100%), képest. A másik három (2., 3., 4.) kategóriát vizsgálva megállapítható, hogy a korlátozottság esélye az anyagi helyzet javulásával párhuzamosan csökken. Ugyanakkor a korlátozottság valószínűsége ebben a három kategóriában kisebb mértékben tér el a referenciacsoport becsült esélyétől, mint a két felső szegmensben. Másképp fogalmazva, egyfajta „törésvonal” látszik a két legjobb anyagi helyzetű csoport és a többi, közepes helyzetűnek tekinthető kategória között: a két legfelső csoportban nagyságrendileg kisebb a korlátozottság esélye.

Az egészségi állapotot befolyásoló biológiai tényezők közül a túlsúlyosság és az elhízás, illetve az anyagi helyzet között lehetett kimutatni kapcsolatot. A férfiak körében a jobb anyagi helyzetűek között nagyobb az esélye az elhízásnak. A legjobb anyagi helyzetű férfiak körében az elhízás esélye 2,5-szeres volt a legrosszabb anyagi helyzetű csoporthoz képest.

Az egészségmagatartás mutatói közül a dohányzás, a testmozgás gyakorisága és a főzéshez használt zsiradék jellege mutatott összefüggést a jövedelmi és vagyoni viszonyokkal. A dohányzás tekintetében megállapítható: minél jobb az anyagi helyzet, annál kisebb az esély a rendszeres dohányzásra. A legjobb anyagi helyzetűeknél a rendszeres dohányzás esélye 58 % -kal kisebb volt a legszegényebbek esélyéhez képest. Jelentős különbség van ugyanakkor a 2. kategória és az annál jobb anyagi helyzetűek között. Ezt követően a tendencia egyenesen csökkenést mutat. A 3. kategóriába tartozók között a rendszeres dohányzás esélye a legszegényebbekhez viszonyítva 56,9 %. Ugyanez az arány a 4. kategóriában 51, az 5.-ben 48, a 6.-ban 42 %. Ez a csökkenés azt jelenti, hogy a leggazdagabbak között a rendszeres dohányzás valószínűsége kevesebb, mint fele a legszegényebbek körében becsült valószínűségnek. Létezik tehát egy választóvonal a két legrosszabb jövedelmi kategória és a többi között abban a tekintetben, hogy mekkora az esélye a dohányzásnak.

Az anyagi helyzetnek a testmozgás gyakoriságával való kapcsolatát vizsgálva mind a nőknél, mind a férfiaknál azt tapasztaltuk, hogy jobb anyagi helyzetben nagyobb az esélye a gyakori testmozgásnak, mint a legrosszabbban. A nők esetében szignifikáns összefüggést találtunk a rendszeres testmozgás esélye és a 3. kategóriába tartozás között. Az ide tartozó nőknek 66%-kal kevesebb esélye volt a fizikai inaktivitásra, mint a legrosszabb anyagi helyzetűeknek. Szignifikáns volt a kapcsolat a legjobb helyzetben levők és a legszegényebbek becsült esélyei között is. A referenciakategóriához képest a 6. kategóriában mindössze 62 % volt a fizikai inaktivitás esélye.

A férfiak között általában azt figyeltük meg, hogy a legrosszabb helyzetűekhez képest minden csoportban nagyobb a legalább heti egyszeri testmozgás esélye. Szignifikáns különbség volt a 4. és a 6. kategória, illetve a referenciacsoport között a rendszeres testmozgás esélyét tekintve. A 4. kategóriába tartozók között 62 % volt a valószínűsége a fizikai inaktivitásnak a legrosszabb helyzetben levőkhöz képest, a leggazdagabbak között ez az arány 51 % volt. Ez azt jelenti, hogy a legjobb anyagi helyzetű csoportba tartozók csaknem kétszer akkora eséllyel végeztek rendszeres testmozgást, mint a legrosszabb anyagi helyzetűek

Az anyagi helyzet összefüggést mutatott a főzéshez használt zsiradék jellegével is: az anyagi helyzet javulásával növekedett a növényi eredetű zsiradék használatának esélye. A legtehetősebbek között az állati eredetű zsiradék használatának esélye mindössze 30 %-a volt a legrosszabb anyagi helyzetben levők esélyének. Szignifikáns kapcsolat volt a három legjobb helyzetű csoportban az állati eredetű zsiradék használatának esélye és a legrosszabb anyagi helyzetűek körében becsült esélyhányados között. A referenciakategóriához képest a 4. kategóriában 67 %, az 5. kategóriában 51 %, a 6. kategóriában pedig mindössze 32 % volt az állati eredetű zsiradék használatának valószínűsége. Mindez választóval meglétére utal: a három legjobb anyagi helyzetű csoport szignifikánsabban kevesebb állati eredetű zsiradékot fogyaszt, mint a rosszabb anyagi helyzetűek.

Vizsgáltuk az anyagi helyzet és az egészségügyi ellátórendszer igénybevételének kapcsolatát is. Azt tapasztaltuk, hogy az anyagi helyzet összefügg az alap- és szakellátás igénybevételének gyakoriságával: a legszegényebbekhez képest az összes többi kategóriában nagyobb az esélye az alapellátás igénybevételének. Ugyanakkor azt is megfigyeltük, hogy az egyes kategóriák esélyei nem különböznek számottevő mértékben egymástól, azaz az 1. kategóriához képest minden csoportban közel 30%-kal nagyobb valószínűséggel vették igénybe a háziorvosi szolgáltatásokat.

Összefüggést találtunk az anyagi helyzet és az egészséghelyreállító összkiadások között is. Adataink szerint az anyagi helyzet javulásával párhuzamosan nő az egészség helyreállítására fordított kiadások mértéke: a 3. kategóriába tartozók éves szinten 6176, a 4. kategóriába tartozók 10 900, az 5. kategóriába tartozók 16 622, a 6. kategóriába tartozók pedig 26 885 Ft-tal költöttek többet az egészségük helyreállítására, mint a legrosszabb anyagi helyzetűek.

A fogászati kiadások esetében a 4. és 5. kategóriába tartozók esetében tapasztaltuk, hogy éves szinten 8458, illetve 9624 Ft-tal többet költöttek, mint a legszegényebbek.

A legrosszabb anyagi helyzetűekhez képest mindenki más nagyobb valószínűséggel vette igénybe a járóbeteg szakellátást. A legszegényebbekhez viszonyítva a 3. kategóriában 44 %-kal nagyobb volt az esélye annak, hogy valaki a kérdezést megelőző 12 hónapban legalább egyszer igénybevett járóbetegként szakorvosi ellátást. A 4. kategóriában ez az esély 40, az 5.-ben 45, a 6.-ban 50 %-kal volt nagyobb, mint a legszegényebbek körében. Nincs tehát egyértelmű trend, azaz az anyagi helyzet javulásával nem nő a szakellátás igénybevételének valószínűsége. Ugyanakkor megállapítható, hogy a legnagyobb valószínűséggel a legjobb anyagi helyzetűek fordultak szakorvoshoz: másfélszer akkora valószínűséggel, mint a legszegényebbek.

A fekvőbeteg-ellátás igénybevételében nem volt kimutatható összefüggés az anyagi helyzettel.

## 5.1.5. Megbeszélés

### 5.1.5.1. Belső összehasonlítások

Belső inkonzisztencia vizsgálatok: a jövedelmi, a vagyoni helyzetre, a munkaerő-piaci pozícióra és a beosztásra vonatkozó kérdések inkonzisztencia vizsgálatai során nem bukkantunk ellentmondásra. Vizsgáltuk továbbá a jövedelmi és vagyoni helyzet megfeleltethetőségét, illetve ezek konzisztenciáit az iskolai végzettséggel, munkaerő-piaci pozícióval, beosztással, foglalkozással. A jövedelmi helyzetre vonatkozó kérdésnél a válaszmegtagadás nem érte el a 8%-ot, a 'nem tudom' válaszokkal együtt sem haladta meg a 13%-ot.

### 5.1.5.2. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság

### 5.1.5.3. Az eredmények értelmezése

Elemzésünkben azt igyekeztünk feltárni, hogy milyen kapcsolatban áll az anyagi helyzet az egészségi állapottal, az egészségmagatartással és az egészségügyi ellátórendszer igénybevételével. Eredményeink alapján az anyagi helyzet szignifikáns összefüggést mutat mindhárom tényezővel.

Az egészségi állapot indikátorai közül az anyagi helyzet és a krónikus nem fertőző betegségek előfordulása között nem találtunk kapcsolatot. Ez a tény több tényezővel magyarázható. Az anyagi helyzet alakulása ugyanis függ attól, hogy az egyén hol tart az életpályáján, hiszen a magasabb jövedelem és az erőteljesebb felhalmozás általában nem az életút elején jellemző. Másrészt a háztartás szerkezete is befolyásolja az anyagi viszonyokat, hiszen jelentős eltéréseket okozhatnak a keresők és eltartottak arányának különbségei. Ez a két tényező torzíthatja az anyagi helyzet "tisztá" magyarázó erejét. [10]

Az a tapasztalatunk, hogy az anyagi helyzet negatív összefüggésben van a korlátozottsággal, tehát a jobban élőknek kisebb eséllyel kell számolniuk életvitelbeli korlátokkal, azt látszik alátámasztani, hogy a jó anyagi helyzet nemcsak *oka*, hanem részben *következménye* is lehet az egészségi állapotnak. A súlyos, az egyént társadalmi tevékenységeiben korlátozó betegségek csökkentik a keresőképességet, akadályt jelenthetnek a munkavégzésben, azaz végső soron hátráltathatják az egyént az anyagi helyzet gyarapodását célzó felhalmozási folyamatban.

Összefüggést találtunk az anyagi helyzet és az egészségmagatartás egyes tényezői között. A jobb anyagi körülmények között élők kevesebbet dohányoznak és több növényi eredetű zsiradékot fogyasztanak, mint a szegényebbek. Ezt részben magyarázhatja, hogy a jobb anyagi helyzetűek vélhetően elégedettebbek is saját helyzetükkel, így kevésbé hajlamosak azokra az egészségkárosító magatartásokra (dohányzás, alkoholfogyasztás, drogabúzus), amelyek a rosszabb helyzetűek között gyakran kompenzálják a társadalmi javaktól való megfosztottság érzését.

Különbségek mutatkoztak az anyagi helyzet kapcsán az egészségügyi ellátórendszer igénybevételének gyakoriságában ugyanolyan mértékű korlátozottság esetén is. Az alapellátás igénybevételében nem volt lineáris trend, de általában igaz, hogy a jobb anyagi helyzetűek gyakrabban fordultak háziorvoshoz, mint a legszegényebbek. A szakorvosi ellátást tekintve hasonló összefüggést találtunk: a jobb anyagi helyzetűek gyakrabban jártak járóbetegként szakorvosnál. Mindez egybecseng a korábbi hazai kutatások tapasztalataival. [11] Egyfelől tehát igaz lehet az, hogy a jobb anyagi helyzetben levők „hatékonyabban” használják az

ellátórendszer intézményeit, vagyis a rendszer alacsonyabb – az egyén és a társadalom számára kevésbé költséges – szintjeit nagyobb eséllyel veszik igénybe.

#### **5.1.5.4. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra**

A jövőben célszerű lenne bevonni az elemzésbe a lakáskörülményeket is, mert egyrészt fontos magyarázó elemei a társadalmi különbségeknek, másrészt feltehetően kapcsolatban vannak az egészségi állapottal.

## 5.2. Foglalkozás

*Dr. Lobmayer Péter*

### 5.2.1. Kiemelt eredmények

- A foglalkozás és a formális egészségügyi ellátás igénybevételének statisztikai kapcsolata azt mutatja, hogy a fizikai foglalkozásúak nagyobb eséllyel veszik igénybe az alapellátást, mint az értelmiségiek, míg a fekvőbeteg ellátásra ennek pont az ellenkezője igaz: azt az értelmiségiek jelentősen nagyobb eséllyel veszik igénybe, mint a fizikai foglalkozásúak.
- A foglalkozási kategóriákban az értelmiségiektől a fizikai foglalkozások felé haladva növekedett a túlzott alkoholfogyasztás esélye: a mezőgazdasági fizikai foglalkozásúak mintegy két és félszeres eséllyel vallották magukat nagyivónak az értelmiségi foglalkozásúakhoz viszonyítva.
- A dohányzás esélye az értelmiségiektől a nem mezőgazdasági fizikai dolgozók kategóriájáig emelkedett: a nem mezőgazdasági fizikai foglalkozásúak esetében mintegy 85%-kal nagyobb, mint az értelmiségiek körében.
- A szív- és érrendszeri betegségek esélye valamennyi foglalkozási kategóriában alacsonyabb volt, mint az értelmiségiek körében. Az összefüggés a mezőgazdasági fizikai foglalkozásúak körében bizonyult statisztikailag jelentősnek (mintegy 60% az értelmiségiekhez képest). Ennek az összefüggésnek az értelmezése során figyelembe kell venni, hogy adataink önbevallásból származnak, és nem áll mögöttük diagnosztikus kritérium-rendszer.

### 5.2.2. Háttér

Angliában – ahol a halálozási adatokat foglalkozási csoportok szerint tartják nyilván már több, mint egy évszázada – a Black-riport megjelenése volt az a fordulópont, amikor mindenki számára egyértelművé vált, hogy a fizikai foglalkozásúak halálozása nagyobb, mint a szellemi foglalkozásúaké [12]. Közlésük szerint 1971-ben Anglia és Wales területén a 15-64 éves férfiak körében a segéd munkások halálozása mintegy két és félszerese volt az értelmiségiek halálozásának (3,98 vs 9,88, ezer lakosra számolva), és az 1950-es és 1970-es évek között ez a különbség növekedett. A Black-riport fő megállapításainak magyar nyelvű megjelenése [13] után, 1986-ban Magyarországon a KSH gyűjtött a társadalmi-gazdasági státuszra vonatkozó adatokat (foglalkozás, iskolai végzettség) a morbiditási adatokkal együttesen. Ennek a felmérésnek az eredményei szerint az értelmiségiek esetében a férfiaknál nagyobb, a nők esetében viszont alacsonyabb szív és érrendszeri morbiditást mértek, mint a fizikai foglalkozásúak esetében. Más betegségekre vonatkozóan sem tapasztalták az értelmiségiek egyértelműen jobb morbiditási helyzetét, sőt a férfiak esetében sok szempontból volt az értelmiségiek egészségi állapota rosszabb, mint a fizikai dolgozóké [14].

A krónikus stressz kedvezőtlen élettani hatásainak felderítése komoly eredményeket hozott az elmúlt évszázad során. A társadalmi státuszról – melynek egyik igen jó jellemzője a foglalkozás – származó stressz az alacsonyabb társadalmi státuszban lévők esetében a stabil társadalmakban – mint például Anglia – nagyobb [15, 16, 17]. A krónikus – társadalmi – stressz kedvezőtlen élettani hatásainak kialakításában a hipofízis-hipotalamusz-mellékvese tengelynek van kulcsszerepe [18, 19].

Az egészség társadalmi meghatározóinak kutatói között éles vita alakult ki az utóbbi években arról, hogy az anyagi – az abszolút értelemben vett gazdagság mutatói –, és a pszichoszociális – mint amilyen a társadalmi stressz – hatások milyen mértékben, és milyen arányban vesznek részt a kedvezőtlen egészségi hatások létrehozásában. A „neo-materialista”, és a pszichoszociális hatásmechanizmus elsőségének eldöntését célzó vita akkor ért – jóllehet: átmeneti – nyugvópontra, amikor Marmot és Wilkinson, összefoglalva az érveket, egyértelműen arra az álláspontra helyezkedett, hogy a pszichoszociális tényezőknek van döntő jelentősége, vagyis annak, hogy az egyének milyen a relatív – másokhoz viszonyított – pozíciója a társadalomban [20].

Angol közalkalmazottak követéses vizsgálata során megállapították, hogy a szív- és érrendszeri megbetegedések gyakorisága a legerősebben a munkahelyi kontroll mértékével van összefüggésben [15]. Szintén Angliában végzett kutatások során a tradicionális kockázati tényezőkre (dohányzásra, alkoholfogyasztásra, testmozgásra – ezek a hagyományos értelemben vett kockázati tényezők) standardizált adatok mellett az elemzések eredményeként az alacsony iskolázottság maradt az egyik legfontosabb, az egészséget hátrányosan befolyásoló tényező. Az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező csoportokban lényegesen magasabbak voltak a morbiditási és mortalitási mutatók, és a vélt egészségi állapot is lényegesen rosszabb volt [16]. Hasonló összefüggéseket mutattak ki a Cseh Köztársaságban is [21]. A Kopp és munkatársai által végzett 1995-ös magyar országos morbiditási felmérés eredményei szerint a depressziós tünetegyüttes mellett az alacsony iskolázottság volt az összmorbiditás legfontosabb háttértényezője [22]. Ezek az eredmények is azt az elméletet támasztják alá, hogy a társadalmi-gazdasági státusz – melynek egyik legfontosabb meghatározója a foglalkozás – nem csak (és nem is elsősorban) a kockázati tényezőkön – mint például a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, vagy a testmozgás hiánya – keresztül, hanem direkt módon is hat az egyén egészségi állapotára.

A KSH 1994-es egészségi állapotfelvétele szerint a szellemi foglalkozásúak között lényegesen alacsonyabb a dohányzók aránya, a fizikai foglalkozásúak közül kevesebbet dohányoznak a mezőgazdaságban foglalkoztatottak, s többet a nem mezőgazdasági munkások [23]. Az 1996-os, a népesség egészségi állapotának meghatározottságát felmérni hivatott Tárki vizsgálat szerint a magasabb presztízsű foglalkozási kategóriák képviselői fiatalabb korban az átlagnál rosszabb betegségállapot mutatókkal rendelkeznek: a beosztott értelmiségiek morbiditási helyzete a fiatalabb korosztályokban (14-35 év) jobb, mint a vezető beosztásúaké, míg a középkorúak (36-50 év) esetében ennek éppen a fordítottját tapasztalhatjuk. A fiatalok körében a mezőgazdasági dolgozók egészségi állapota az átlagnál sokkal jobb. A középkorúak és az idősebbek között azonban a szellemi foglalkozásúak vannak az egészségi állapot szerint a legkedvezőbb helyzetben, az idősek körében a fizikai és a mezőgazdasági dolgozók csoportjaiban találjuk a legrosszabb egészségi mutatókat [24].

A foglalkozás változó kategorikus változóként való használata talán a legkorábbi példa a modern társadalom-kutatások történetéből: pl. a foglalkozási mortalitásra alapozott halálozási regisztrációs adatok vizsgálata.

Kanadában a Blishen-féle társadalmi-gazdasági helyzet (TGH) indexhez ún. foglalkozás-szótárt használnak a (jelenlegi vagy ha nincs, legutóbbi) foglalkozás TGH-pontozásának megállapítására. A szótár az adott munkát végzők között a magas iskolázottsági szinttel rendelkezők aránya és a munkából származó jövedelem mediánja alapján rangsorol.[25] Ausztráliában szintén létezik egy konszenzusos rangsor, ez a foglalkozási státuszt 0-100 pontra értékeli.[26] A britek kategorizációjának alapja a Registrar General's Classification of Occupations. Mások csak 5-8 összevont foglalkozáskategóriát használnak. Bár a



foglalkozások presztízshierarchiája társadalomfüggő, a fejlett országok között nagy különbségek nehezen képzelhetők el.[27]

A WHO ajánlása egy 8 kategóriás változót tartalmaz. A WHO ajánlásának alapját az International Labour Office (ILO) ajánlása az International Standard Classification of Occupation (ISCO-88) képezi [28]. Ez az osztályozás inkább az EU viszonyaira alkalmazható, és használata kifejezetten megkérdőjelezhetővé válik, ha skálaként szeretnénk alkalmazni. Gyakran az önállóak csoportját foglalkozási kategóriaként kezelik (pl. az említett 8 kategóriás klasszifikáció során is), melyet az OLEF2000 során mi beosztási kategóriaként használtunk. Ezért a foglalkozás-beosztás változók vonatkozásában ajánlott a saját klasszifikáció.

A hazai szakirodalomból a Tárki 1996-ban végzett, a népesség egészségi állapotának meghatározottságát felmérni hivatott vizsgálatát [24] és a KSH 1994-ben végzett Egészségállapot Felvételét tartjuk fontosnak megemlíteni [23]

### 5.2.3. Módszertan

**A foglalkozást az 58-as kérdés segítségével mértük. A foglalkozás esetében az inaktívak egy részét is bevontuk a vizsgálatba, esetükben az utolsó foglalkozásra kérdeztünk rá.**

<p><b>58. Mi a foglalkozása, vagy ha most nem dolgozik, akkor mi volt az utolsó foglalkozása?</b></p> <p>Foglalkozás: .....</p> <p>_____</p> <p>01 – Értelmiségi (jogász, orvos, mérnök, tanár)</p> <p>02 – Egyéb szellemi (irodai munkát végző alkalmazott, ügynök, stb.)</p> <p>03 – Szakmunkás (mezőgazdasági)</p> <p>04 – Szakmunkás (nem mezőgazdasági)</p> <p>05 – Betanított munkás (mezőgazdasági)</p> <p>06 – Betanított munkás (nem mezőgazdasági)</p> <p>07 – Segédmunkás</p> <p>08 – Háztartásbeli, tanuló vagy soha nem végzett fizetett munkát--&gt;<b>TOVÁBB A 62. KÉRDÉSRE!</b></p> <p>09 – Egyéb, nem tudja kódolni</p> <p>88 – Nem tud válaszolni</p> <p>99 – Nem kíván válaszolni</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	---

Az OLEF során a fenti kategóriákból a WHO ajánlásában szereplő osztályozás alapján hoztuk létre a modelljeinkben használt 6 kategóriás foglalkozás változót. Ennek kategóriái a következők:

- értelmiségi
- egyéb szellemi
- szakmunkás - nem mezőgazdasági
- betanított illetve segédmunkás – nem mezőgazdasági
- fizikai mezőgazdasági
- egyéb

## 5.2.4. Eredmények

### 5.2.4.1. Populációs becslések

#### **Az eredmények értelmezéséhez:**

Az alábbi táblázatokban egyes foglalkozások gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például a foglalkozás egyes kategóriái gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az életkor és a foglalkozás kategóriái közötti statisztikai összefüggést.

A 18-34 éves (legfiatalabb) nők 34,4%-a, a 35-64 éves (középkorú) nők 41,8%-a végez szellemi munkát. Ezzel szemben a fiatal férfiak csupán 24,8%-a, illetve a középkorú férfiak 26%-a szellemi dolgozó. A 65 év feletti nők arányaiban kevesebben végeznek szellemi munkát (23%), mint a két fiatalabb korcsoport esetében, ugyanakkor közöttük jóval nagyobb azok aránya (14,2%), akik mezőgazdasági fizikai tevékenységet végeznek. A 65 év feletti férfiak közel egyharmada végez szellemi munkát, mely magasabb arányt képvisel, mint a fiatalabb korcsoportok hasonló értékei. Fizikai, de nem mezőgazdasági munkát végez a nők majdnem fele (46,5 és 51% között), és a férfiak több mint fele (56,2 és 62,4% között). Mindkét nem esetében a középkorúak között találjuk a legtöbb nem mezőgazdasági fizikai, foglalkozásút. Az idős, valamint a legfiatalabb nők 15,5%-ának nincs foglalkozása, az idős férfiak esetében ez az érték csupán 0,3%, a legfiatalabb férfiak esetében pedig 12,9%.

**5.2-1. táblázat: A foglalkozás nemek szerinti megoszlása (%)**

Foglalkozás	A kérdezett neme		Összesen
	Férfi	Nő	
értelmiségi	10,0	7,0	8,5
	[7,2-13,7]	[4,6-10,4]	[6,6-10,8]
egyéb szellemi	26,0	21,0	47,0
	[12,6-20,4]	[16,6-29,8]	[15,3-24,1]
szakmunkás	16,1	22,5	19,3
	[30,8-42,1]	[14,3-25,0]	[24,3-31,4]
betanított/segédmunkás	41,0	69,0	110,0
	[14,3-22,3]	[26,7-37,0]	[21,3-28,7]
fizikai	36,2	19,1	27,7
	[9,4-21,2]	[4,6-12,5]	[7,4-16,0]
egyéb	98,0	59,0	157,0
	[3,0-9,5]	[9,0-16,0]	[7,2-10,5]
Összesen	17,9	31,7	24,8
	51,0	101,0	152,0
	14,4	7,7	11,0
	44,0	25,0	69,0
	5,4	12,0	8,7
	14,0	38,0	52,0
	100,0	100,0	100,0
	274,0	313,0	587,0

5.2-2. táblázat: A foglalkozás életkor szerinti megoszlása (%) Nők.

Foglalkozás	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
értelmiségi	9,9 [6,7-14,5]	12,1 [8,9-16,2]	5,8 [3,1-10,7]	10,1 [7,1-14,1]
egyéb szellemi	24,5 [21,0-28,3]	29,6 [24,9-34,9]	17,2 [12,0-24,1]	25,4 [21,3-30,1]
szakmunkás	26,8 [23,6-30,3]	17,5 [15,1-20,2]	8,6 [5,5-13,1]	18,3 [16,7-19,9]
betanított/segédmunkás	19,7 [16,1-24,0]	32,8 [28,2-37,7]	36,7 [32,1-41,5]	29,8 [26,0-33,9]
fizikai	3,5 [2,4-5,2]	5,4 [3,6-8,1]	16,1 [11,6-21,8]	7,2 [5,3-9,7]
egyéb	15,5 [13,5-17,8]	2,5 [1,9-3,4]	15,7 [11,1-21,6]	9,2 [7,8-10,9]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

5.2-3. táblázat: A foglalkozás életkor szerinti megoszlása (%) Férfiak

Foglalkozás	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
értelmiségi	8,2 [4,6-14,4]	13,5 [8,9-19,9]	16,1 [10,6-23,7]	12,1 [7,7-18,4]
egyéb szellemi	16,6 [13,9-19,7]	12,5 [10,1-15,3]	14,2 [10,0-19,8]	14,2 [11,8-16,9]
szakmunkás	34,9 [29,2-41,1]	43,2 [40,6-45,8]	32,3 [27,6-37,3]	38,8 [36,3-41,3]
betanított/segédmunkás	19,4 [16,4-22,8]	17,9 [14,3-22,1]	22,9 [15,5-32,4]	19,1 [15,6-23,2]
fizikai	7,4 [5,6-9,5]	11,6 [8,5-15,7]	14,1 [9,1-21,0]	10,5 [8,0-13,7]
egyéb	13,5 [11,0-16,6]	1,3 [0,8-1,9]	0,5 [0,1-2,1]	5,4 [4,5-6,5]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

Regionális bontásban szembevetendő, hogy Közép-Magyarországon a szellemi foglalkozásúak aránya régiók közötti összehasonlításban, de a saját régió belül is a legmagasabb (46,1%), míg a többi régióban mindenütt a nem mezőgazdasági fizikai, foglalkozásúak magas aránya (50% fölötti) dominál. Észak-Magyarországon a szellemi foglalkozásúak csupán az ott lakók 23,8%-át, az Észak-Alföldön pedig 22%-át teszik ki. Ennek megfelelően Közép-Magyarországon találjuk a legkevesebb mezőgazdasági fizikai foglalkozásút (3,3%), ez az érték a Dél-Alföldön (11,9%), az Észak-alföldön (11,2) és a Nyugat-Dunántúlon (10%) a legmagasabb. A különböző foglalkozásúak régiók szerinti megoszlását a melléklet táblázatai tartalmazzák.

### 5.2.4.2. Összefüggés-elemzések

#### Az eredmények értelmezéséhez:

A többváltozós elemzés lehetővé teszi **több** magyarázó jellemzőnek **egy** vizsgált tényezőre kifejtett hatásának elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszűrve” az elemzésbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.

Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhető az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

Az alapellátás igénybevételének esélye az értelmiségi foglalkozásúak esetében a legalacsonyabb, a szakmunkás-, és a nem mezőgazdasági betanított-, illetve segédmunkások körében a legnagyobb. Esetükben az igénybevétel esélye 75%-kal, illetve 87%-kal nagyobb az értelmiségi foglalkozásúakhoz viszonyítva.

A járóbeteg-szakellátás igénybevételének az esélye viszont csak a mezőgazdasági fizikai foglalkozásúak esetében alacsonyabb jelentős mértékben az értelmiségi foglalkozásúakénál (mintegy 70%-a, illetve 60%-a az értelmiségi foglalkozásúakénál).

Összevetve a foglalkozás kategóriáit, megfigyelhető, hogy a foglalkozási kategóriákban a fizikai foglalkozások felé haladva csökkent a fekvőbeteg-ellátás igénybevételének esélye: a mezőgazdasági fizikai foglalkozásúak mintegy 40%-kal kisebb eséllyel vették igénybe a fekvőbeteg-ellátást az értelmiségi foglalkozásúakhoz viszonyítva.

Összefoglalva: a foglalkozás és az egészségügyi ellátás igénybevételének statisztikai kapcsolata azt mutatja, hogy a fizikai foglalkozásúak nagyobb arányban veszik igénybe az alapellátást, mint az értelmiségiek, míg a kórházi ellátást az értelmiségiek jelentősen nagyobb eséllyel veszik igénybe, mint a fizikai foglalkozásúak.

A foglalkozási kategóriákban a fizikai foglalkozások felé haladva nagymértékben növekedett a túlzott alkoholfogyasztás esélye: a mezőgazdasági fizikai foglalkozásúak mintegy két és félszeres eséllyel vallották magukat nagyivónak az értelmiségi foglalkozásúakhoz viszonyítva.

A dohányzás esélye az értelmiségiektől a nem mezőgazdasági fizikai dolgozók kategóriája felé haladva egyre magasabb volt: a nem mezőgazdasági fizikai foglalkozásúak esetében mintegy 85%-kal nagyobb, mint az értelmiségiek körében.

A szív- és érrendszeri betegségek esélye valamennyi foglalkozási kategóriában alacsonyabb volt, mint az értelmiségiek körében. Az összefüggés a mezőgazdasági fizikai foglalkozásúak körében bizonyult statisztikailag jelentősnek (mintegy 60% az értelmiségiekhez képest).

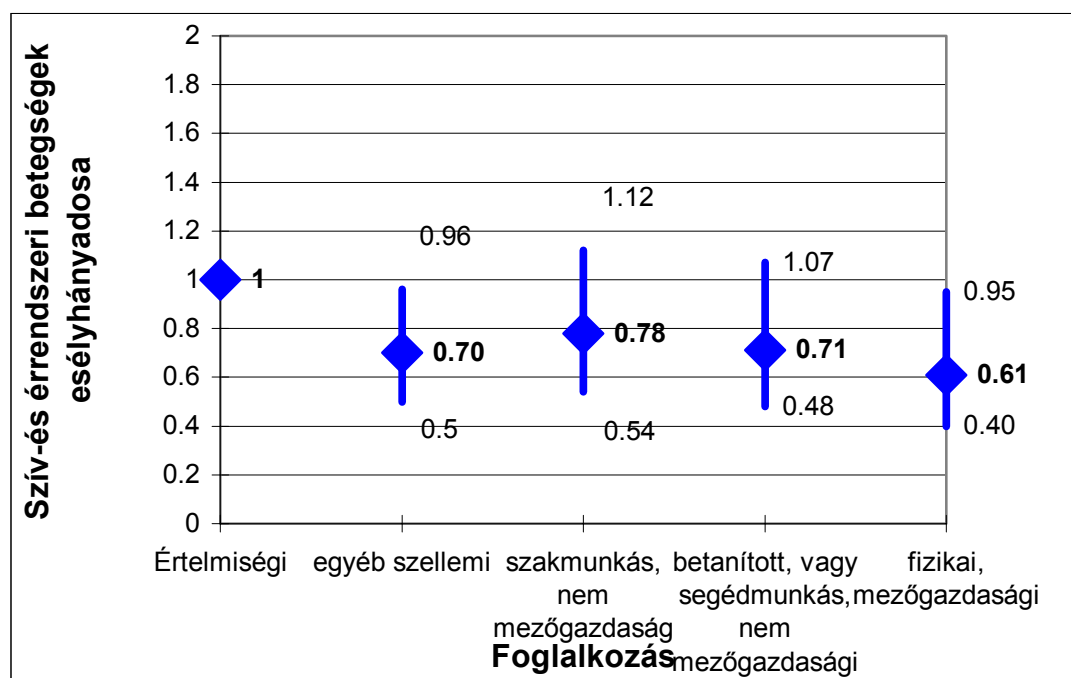
Ennek az összefüggésnek az értelmezése során figyelembe kell venni, hogy adataink önbevallásból származnak, és nem áll mögöttük diagnosztikus kritérium-rendszer. A szív- és érrendszeri betegségek esélyhányadosát foglalkozási csoportok szerint a 5.2-1. ábra mutatja.

A funkcionalitás csökkenés és a foglalkozás, illetve a zsírfogyasztás esélye és a foglalkozás között nem találtunk jelentős összefüggést.

A túlsúlyosság, az elhízás és a testmozgás esélye sem a nők, sem a férfiak esetében nem mutatott jelentős összefüggést a foglalkozással.

A cukorbetegség esélye nagyobb az értelmiségi mint a fizikai foglalkozási kategóriákban, de az összefüggés statisztikailag nem jelentős. Ebben a esetben is fontos tudatában lenni annak, hogy az önbevallásos diagnózis szubjektív elemeket is tartalmaz.

**5.2-1. ábra: A szív- és érrendszeri betegségek esélyhányadosa foglalkozási csoportok szerint.**



## 5.2.5. Megbeszélés

### 5.2.5.1. Az eredmények értelmezése

Összefüggés-elemzésünk eredménye szerint mind a dohányzás, mind pedig a túlzott alkoholfogyasztás összefüggésben van a foglalkozással. A fizikai munkások nagyobb eséllyel dohányoznak, illetve fogyasztanak túlzott mértékben alkoholt, mint a szellemi foglalkozásúak. Ezek az eredmények hasonlóak számos külföldi és hazai vizsgálat eredményeihez.

A dohányzásra, és az alkoholfogyasztásra vonatkozó eredmények alapján nem várnánk, hogy a szív- és érrendszeri megbetegedések legnagyobb eséllyel az értelmiségi foglalkozásúak között fordultak elő. Az utóbbi eredmény viszont hasonló a KSH 1986-os felmérésének a férfiakra vonatkozó eredményeihez [23]. Angliában a XX. század második felében végbement az az epidemiológiai átalakulás, amelynek az eredményeként a szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozás relatív kockázata az értelmiségi foglalkozásúak körében a fizikai

dolgozókhoz képest csökkent. Ennek a folyamatnak a következtében figyelhető meg az, hogy a szív-és érrendszeri betegségek okozta halálozás kockázata nagyobb a fizikai dolgozók körében, mint az értelmiségiek között [29].

Az eltérésnek alapvetően kétféle magyarázata tűnik logikusnak. Az egyik lehetséges magyarázat szerint Magyarországon -- csakúgy, mint az ötvenes években Angliában -- a férfiak esetében az átalakuló, illetve a kevésbé fejlett társadalmakra jellemző a szív- és érrendszeri betegségek eloszlása: a szellemi foglalkozásúak esetében ténylegesen gyakoribb a szív- és érrendszeri betegségek előfordulása (menedzser-betegség). Ebben az esetben ez vélhetőleg döntően a munkahelyi és a társadalmi stressz hatásának tudható be. A másik lehetséges magyarázat pedig az, hogy a szív- és érrendszeri betegségek diagnosztizálása áll alacsonyabb szinten a fizikai foglalkozásúak körében, vagyis az esetükben nagyobb a látens morbiditás, és ez torzította adatainkat. Könnyen lehet, hogy eredményeink a két hatás kombinációját tükrözik.

Érdeemes e mellett a meglepő eredmény mellett megemlíteni azt a másik meglepő eredményt, hogy az értelmiségiek nagyobb eséllyel vették igénybe a fekvőbeteg szakellátást, mint a fizikai dolgozók, ugyanakkor a fizikai dolgozók nagyobb eséllyel vették igénybe az alapellátást, mint az értelmiségiek. Ez jelentheti azt, hogy a fizikai dolgozók kisebb eséllyel jutnak el a szív- és érrendszeri megbetegedés diagnózisáig, mert a fekvőbeteg ellátást kisebb eséllyel veszik igénybe. Ebben az esetben a fizikai dolgozók körében a látens morbiditásuk nagyobb lenne. De ugyanígy lehet ez annak a jele is, hogy az értelmiségi foglalkozásúak nagyobb esélye a szív- és érrendszeri megbetegedésekre magával hozza a nagyobb esélyt a fekvőbeteg szakellátás igénybevételére.

Az nagyon valószínűnek látszik, hogy a két eredmény – a formális egészségügy igénybevétele, és a szív- és érrendszeri morbiditás esélyhányadosai – szorosan összefügg, és egymással konzisztens. Így a látens morbiditás szerepének a kérdése a formális egészségügy igénybevételének a vizsgálatán keresztül is megválaszolható.

### 5.3. Beosztás

*Dr. Lobmayer Péter*

#### 5.3.1. Kiemelt eredmények

- A funkcionalitás csökkenés esélye a vezető beosztásúak esetében mintegy 30%-kal kisebb az önálló beosztásúakhoz viszonyítva míg a beosztás többi kategóriáiban a funkcionalitás csökkenésének esélye nem mutatott jelentős eltérést az önálló beosztásúakétól.

#### 5.3.2. Háttér

A munkahelyi beosztás nemcsak a jövedelem nagyságát befolyásolja, hanem a személynek a munkahelyi hierarchiában elfoglalt helyét, megbecsültségét, a munkahelyi döntéseinek szabadságát, felelősségét, vagyis az általa elszenvedett stressz mennyiségét és minőségét is alapvetően meghatározza. Az egyénnek a munkája fölött gyakorolt kontrollja fontos szerepet játszik az egészségi állapot különbségeiben, a szív- és érrendszeri megbetegedések egyik fontos háttértényezője [30]. Az alacsonyabb beosztású dolgozók általában kevesebb kontrollt gyakorolhatnak munkájuk fölött, és nagyobb eséllyel válnak a munkahelyi konfliktusok veszteseivé, mint a vezető beosztásúak. Marmot és munkatársai több munkájukban számolnak be az angol köztisztviselők körében végzett vizsgálataik alapján arról, hogy a munkahelyi beosztás szoros összefüggésben van számos egészségi mutatóval. Ez az összefüggés akkor is megmarad, ha a jövedelem zavaró hatását is kiszűrték, ami azt jelenti, hogy a munkahelyi beosztás a jövedelemtől független egészségbefolyásoló tényező [31, 32, 33].

Marmot és munkatársai közlése szerint a nyugdíjba vonulás után a beosztás szerinti egészségi különbségek csökkennek, ellentétben a társadalmi-gazdasági státusz egyéb mutatói (pl. jövedelem) szerint tapasztalt különbségekkel. A szerzők ebből azt a következtetést vonják le, hogy a beosztás hatása a direkt munkahelyi tényezőkkel magyarázható [34].

Magyarországon a Tárki 1996-os felmérése szerint, - melynek célja a népesség egészségi állapota meghatározottságának felmérése volt - [35] az összes foglalkozási, beosztási csoport közül a vizsgált korcsoporttól függően a mezőgazdasági fizikai dolgozók (a 14-35 éves korcsoportban), a vezető beosztásúak (36-50 éves korcsoport), illetve a „művezető, alsó vezetők” (51 évesnél idősebbek) vannak az egészségi állapot szempontjából a legkedvezőbb helyzetben.

A nemzetközi irodalom a foglalkozást és a beosztást gyakran összevonja. Ezt az eljárást mi nem tartottuk követendőnek, mert Magyarországon a foglalkozás és a beosztás eredményeink szerint önmagukban is az egészség fontos háttértényezői. Az önálló beosztásúakat nem helyes foglalkozási kategóriaként kezelni. A beosztás a (munkahelyi) presztízshierarchiában elfoglalt hely fontos indikátora.

A KSH 1996-os felmérésének kérdőíve tartalmaz a beosztásra vonatkozó vizsgálatot, de az erre vonatkozó adatokat nem közlik [36].

### 5.3.3. Módszertan

Az 59-es kérdés kategóriáiból készítettük el az alapbecslésekben és az összefüggés-elemzésekben használt változót, amely a következő értékeket veheti fel: önálló; vezető (a felső-, a közép-, és a csoportvezető kategóriák összevonásával); beosztott; „soha nem dolgozott”.

**59. Milyen beosztásban dolgozik jelenleg, vagy ha most nem dolgozik, akkor mi volt az utolsó beosztása?**

Beosztás: .....

- 1 – Önálló
- 2 – Felsővezető (igazgató, főosztályvezető vagy afeletti beosztás)
- 3 – Középvezető (osztályvezető, műszakvezető, művezető)
- 4 – Csoportvezető (brigádvezető, részlegvezető)
- 5 – Beosztott (nincs beosztottja)
- 6 – Egyéb, nem tudja kódolni
- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

### 5.3.4. Eredmények

#### 5.3.4.1. Populációs becslések



##### **Az eredmények értelmezéséhez:**

Az alábbi táblázatokban a beosztás egyes kategóriái gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például a beosztás egyes kategóriái gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az életkor és a beosztás kategóriái közötti statisztikai összefüggést.

A különböző beosztási kategóriákba tartozó népességre vonatkozó becsléseket az 5.3-1. táblázat és az 5.3-2. táblázat tartalmazza nem és korcsoport szerinti bontásban.



**5.3-1. táblázat: A beosztás gyakorisága korcsoportok szerint (%) Férfiak**

Beosztás	Férfiak			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
önálló	10,0 [7,2-13,8]	13,8 [12,1-15,7]	4,9 [3,3-7,2]	11,2 [9,8-12,8]
vezető	11,6 [9,3-14,5]	24,0 [18,5-30,5]	38,9 [30,7-47,8]	21,9 [17,4-27,2]
beosztott	66,4 [59,4-72,8]	62,0 [55,6-67,9]	56,0 [47,3-64,3]	62,6 [56,1-68,7]
soha nem dolgozott	11,9 [9,5-14,9]	0,2 [0,1-0,8]	0,3 [0,0-1,9]	4,3 [3,5-5,2]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

**5.3-2. táblázat: A beosztás gyakorisága korcsoportok szerint(%) Nők**

Beosztás	Nők			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
önálló	6,1 [4,6-8,1]	6,4 [4,6-8,7]	1,9 [1,0-3,5]	5,3 [4,2-6,7]
vezető	7,0 [5,5-9,0]	14,2 [11,7-17,1]	11,0 [7,8-15,3]	11,4 [9,3-13,9]
beoszt	71,4 [68,5-74,2]	77,3 [73,1-81,0]	71,9 [68,2-75,2]	74,4 [72,1-76,6]
soha nem dolgozott	15,4 [13,4-17,6]	2,2 [1,5-3,2]	15,2 [10,9-20,9]	8,9 [7,5-10,6]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

### 5.3.4.2. Összefüggés-elemzések.

#### Az eredmények értelmezéséhez:

A többváltozós elemzés lehetővé teszi **több** magyarázó jellemzőnek **egy** vizsgált tényezőre kifejtett hatásának elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszűrve” az elemzésbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.

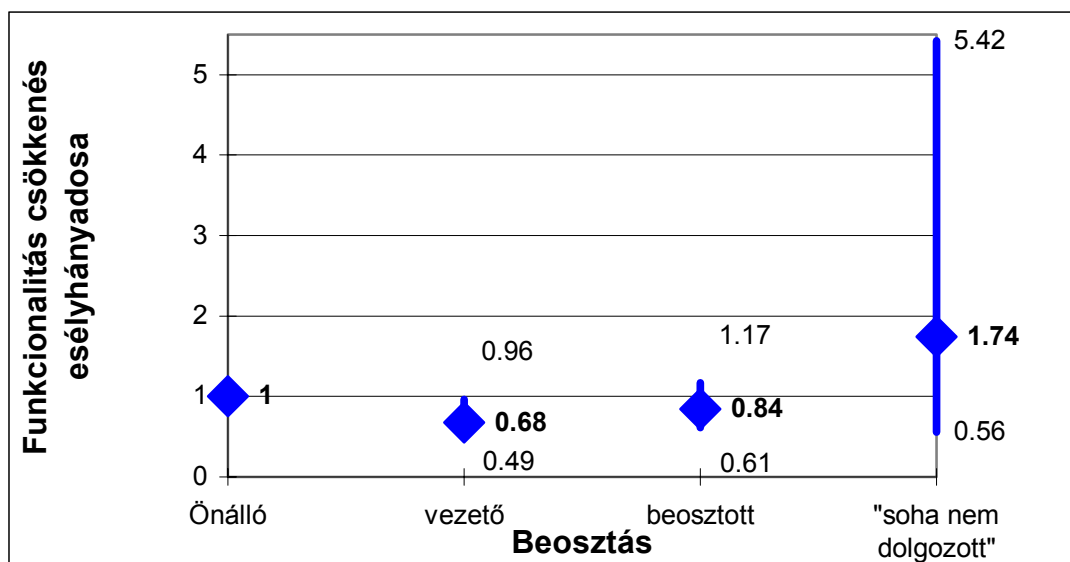
Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhető az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

Az összefüggés-elemzés során a beosztást négy kategória szerint vizsgáltuk: önálló, vezető, beosztott, illetve soha nem dolgozott.

A túlzott alkoholfogyasztás, a dohányzás és a beosztás között nem találtunk statisztikailag jelentős összefüggést.

A funkcionalitás csökkenés esélye a vezető beosztásúak esetében mintegy 30%-kal kisebb az önálló beosztásúakhoz viszonyítva, míg a beosztás többi kategóriáiban a funkcionalitás csökkenésének esélye nem mutatott jelentős eltérést az önálló beosztásúakétól.

#### 5.3-1. ábra:



## **5.3.5. Megbeszélés**

### **5.3.5.1. Érvényesség**

#### **Belső összehasonlítások**

Belső inkonzisztencia vizsgálatok: a beosztásra vonatkozó kérdések inkonzisztencia vizsgálatai során nem bukkantunk hibákra. Vizsgáltuk továbbá a jövedelmi és vagyoni helyzet megfeleltethetőségét, illetve ezek konzisztenciáit az iskolai végzettséggel, munkaerő-piaci pozícióval, beosztással, foglalkozással. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság

#### **Esetleges eltérések okai**

Mintavételi hiba, azóta történt társadalmi, gazdasági, demográfiai változások, eltérő eszközök alkalmazása

### **5.3.5.2. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra**

#### **5.3.5.3. Az eredmények értelmezése**

A túlzott alkoholfogyasztás, a dohányzás és a beosztás között nem találtunk statisztikailag jelentős összefüggést, míg a funkcionalitás csökkenés esélye a vezető beosztásúak esetében mintegy 30%-kal kisebb az önálló beosztásúakhoz viszonyítva.

További vizsgálatokat kell végeznünk annak érdekében, hogy a beosztás és az egészségi mutatók esetleges összefüggését felfedjük.

## 5.4. Munkával töltött idő

*Dr. Lobmayer Péter*

A munkaintenzitás egyik alapmodellünkben sem szerepelt, így ezzel a változóval kapcsolatosan összefüggés-elemzést még nem végeztünk.

### 5.4.1. Háttér

A túl-, illetve alulfoglalkoztatottság következtében kialakuló stressz következményei lehetnek: fejfájás, álmatlanság, depresszió, letargia, alulteljesítés, hiányzás, foglalkozási elégedetlenség, agresszió, családi viszály, öngyilkosság. A stressz vezethet még érzékszervi panaszokhoz, komoly szívpanaszokhoz, szociális problémákhoz, alkoholizmushoz, drogfüggőséghez [3].

A foglalkoztatott férfiak körében a több mint heti 40 órát dolgozók arányát tekintve az OECD adatai szerint a tagállamok közül Magyarország 96,5%-os aránnyal a 2. [37]. A mértéktelen túlmunkának, a szünet nélküli hajtásnak nem csak közvetlen vagy közvetett egészségkárosító hatásai lehetnek, de az érintett ember személyiségére, családjára, és tágabb környezetére is káros hatással van [3].

Jóllehet a magyar férfiak születéskor várható élettartama alacsonyabb, mint a nőké, a nők egészségi állapota általában véve rosszabb, mint a férfiaké. Korábbi kutatások szerint a különbségek egyik okaként az intenzív munkaaktivitás tekinthető. Egyrészt ismeretes, hogy mi magyarok sokkal intenzívebben kapcsolódunk be a túlmunkát megkövetelő informális gazdaságba [3]. Másrészt – mint korábban említettük - a magyar nők nemcsak kettős terhet viselnek, hiszen a munkavállaláson és az otthoni munkán túl gyakran vesznek részt az informális gazdaságban is, és így nagyon gyakran három területen dolgoznak párhuzamosan. A férfiak aktívabbak ugyan az informális gazdaságban, ám a nők az otthoni munkavégzés következtében összességében több időt töltenek munkával [38, 39].

A KSH 1999-es Munkaidőmérlege szerint a dolgozó magyar népesség a munkaintenzitás a következő képet mutatja (I 1/b 6136/1999):

- heti 40 óra alatt: 4,5%
- heti 40 óra: 92,7%
- heti 40 óra fölött: 1,7%
- egyéb munkarend: 1,1%

### 5.4.2. Módszertan

A munkaintenzitást k60 és k61-es kérdések segítségével mértük.

<p><b>60. Hány hónapot dolgozott az elmúlt 12 hónapban?</b></p> <p>.....hónap</p> <p>_____</p> <p>00-12 – hónapok száma 88 – Nem tud válaszolni 99 – Nem kíván válaszolni</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p><b>61. Ha összesíti az időt, amelyet a megélhetését biztosító munkával tölt, akkor átlagosan hány órát dolgozik egy héten?</b></p> <p>1 – Kevesebb, mint heti 40 órát, azaz átlagosan kevesebb, mint napi 8 órát 2 – Kb. 40 órát, azaz átlagosan körülbelül napi 8 órát 3 – Több, mint 40 órát, azaz átlagosan több, mint napi 8 órát</p> <p>_____</p> <p>8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni</p>	<input type="text"/>

A k60-as kérdés alapján csak azok körét vettük figyelembe, akik az elmúlt 12 hónapban 10 hónapot, vagy többet dolgoztak. A k61-es kérdés alapján a három megadott kategória szerint (kevesebb, mint heti 40 órát dolgozik; kb. heti 40 órát dolgozik; több mint heti 40 órát dolgozik) vizsgáltuk a problémát.

A munkaintenzitást csak azok körében vizsgáltuk, akik az interjúk során azt mondták, hogy az elmúlt 12 hónapban 10 hónapot, vagy annál többet dolgoztak (ezzel nem zártuk ki a tanárok, pedagógusok körét). A kérdezettek a megélhetésüket biztosító munkával töltött időt összesítették és megmondták, hogy egy átlagos héten hány órát dolgoznak.

A kutatók kétféle túlmunka típust vázolnak fel. Az elsőként említett ún. kvantitatív típus kifejezetten a munka mennyiségére koncentrál. Ezzel szemben a kvalitatív típus a túlságosan bonyolult, koncentrációigényes munkafolyamatokra fókuszál, mely utóbbit az OLEF során nem vizsgáltuk. Túlmunkának tekintjük a heti 40 óránál több, alulfoglalkoztatottságnak a heti 40 óránál kevesebb munkával töltött időt.

### 5.4.3. Eredmények

#### 5.4.3.1. Populációs becslések

##### **Az eredmények értelmezéséhez:**

Az alábbi táblázatokban munkával töltött idő kategóriái gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például a munkával töltött idő egyes kategóriái gyakoriságának korcsoportok szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják a korcsoportok és a munkával töltött idő kategóriái közötti statisztikai összefüggést.

A munkaintenzitás különbségei nemek szerint és korcsoportos bontásban is megmutatkoznak, ugyanakkor jelentős regionális különbségeket nem találtunk. Heti 40 órát, vagy többet dolgozik a rendszeresen dolgozó középkorú férfiak 95,6%-a, és a rendszeresen dolgozó középkorú nők 91,6%-a. Mindkét nem esetében, de különösen a nőkre vonatkozó adatok értelmezésénél fontos szem előtt tartani, hogy az OLEF2000 során az otthon végzett munka időtartamára nem kérdeztünk rá, így adataink ezt a munkavégzést nem tartalmazzák. Emiatt a munkaintenzitás nemek közötti összehasonlítása nem célszerű, tehát a táblázatokban csak a férfiakra vonatkozó adatokat tesszük közzé. A teljes férfinépesség munkaintenzitásának korcsoportok szerinti megoszlását a 5.4-1. táblázat mutatja. A rendszeresen dolgozó férfiak munkaintenzitásának megoszlását korcsoportok szerint a 4.4-2. táblázat mutatja.

##### **5.4-1. táblázat: Férfiak munkaintenzitásának megoszlása korcsoportok szerint (%)**

Munka-intenzitás	Férfiak			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
intenzív	18,4 [15,4-21,7]	18,8 [16,5-21,4]	0,2 [0,0-1,4]	16,0 [14,0-18,2]
átlagos	53,1 [49,2-57,0]	42,0 [36,9-47,3]	0,6 [0,2-1,9]	39,8 [36,5-43,2]
átlag alatti	3,4 [2,4-4,7]	3,2 [2,4-4,3]	1,7 [0,7-4,1]	3,1 [2,4-3,9]
nem dolgozik	25,2 [22,5-28,0]	35,9 [32,0-40,0]	97,5 [94,6-98,8]	41,1 [38,7-43,6]
<b>Összesen</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

##### **5.4-2. táblázat: A rendszeresen dolgozó férfiak munkaintenzitásának megoszlása korcsoportok szerint (%)**

Munka-intenzitás	Férfiak			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
intenzív	30,7 [26,3-35,5]	37,0 [30,9-43,4]	7,5 [0,8-44,9]	34,0 [29,2-39,2]
átlagos	64,8 [60,3-69,1]	58,0 [51,7-64,1]	24,6 [10,7-47,1]	60,8 [56,2-65,2]
átlag alatti	4,5 [3,2-6,3]	5,0 [3,8-6,7]	67,9 [43,9-85,0]	5,2 [4,1-6,6]
<b>Összesen</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

### 5.4.3.2. Összefüggés-elemzések

A munkaintenzitásra vonatkozóan eddigi adatelemzéseink során még nem végeztünk összefüggés-elemzéseket.

## 5.4.4. Megbeszélés

### 5.4.4.1. Érvényesség

A dolgozó népesség munkaintenzitására vonatkozó adatok a KSH 1999-es Munkaidómérlege, és az OLEF 2000 adatai hasonlóak, így feltételezhető, hogy a méréseink a szervezet munkavégzésre vonatkozóan hitelesek.

### 5.4.4.2. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra

A munkával töltött idő önmagában nagyon nyers mutatója az egyén leterheltségének, és nem biztos, hogy akár az alulfoglalkoztatottságnak, akár a túlfoglalkoztatottságnak jó mérőszáma. Az esemény nélkül elmúló ügyelet, és a végigdolgozott 8 órás műszak teljesen különböző terhet jelent a résztvevő dolgozóknak.

Vannak olyan vizsgálatok, amelynek során a dolgozó saját munkája feletti kontrollját, és a munkahelyi követelmény szintjét határozták meg. A dolgozó saját munkája feletti kontroll szintje önmagában is jelentős egészségmeghatározó tényező, míg a magas követelmény önmagában nem bizonyult rizikófaktornak. [40]. A kontrollnak és követelménynek az aránya (kontrol-követelmény arány) jó mérőszám, amely megmutatja, hogy milyen jellegű stressz éri az egyént a munkája közben. Ez az arányszám szoros összefüggésben van az egészségi mutatókkal [41]. Ennek alapján érdemes lenne megfontolni, hogy a későbbiekben rákérdezzünk a munkahelyi kontroll illetve a munkahelyi követelmények mértékére.

Az informális gazdaságban, illetve az otthon munkavégzéssel töltött időt az OLEF2000 során nem vizsgáltuk, de a későbbiekben hasznos lenne a munkavégzés minden területére vonatkozóan adatokat gyűjteni, ide értve a háztartás vezetésébe fektetett munkát is, ami általában elsősorban a nőket terheli. Ez lehetővé tenné, hogy a nők esetében is reális képet kapjunk a munkával töltött idő mennyiségéről, a munkaterhelésről.

Érdemes lenne elgondolkodni azon is, hogy tudnánk-e időmérleget készíteni a következő felvételnél. Abból ui. kiderülne, hogy az alvással és az aktív pihenéssel töltött idő, stb milyen arányban áll a munkával töltött idővel.

### 5.4.4.3. Az eredmények értelmezése

Eredményeink szerint a 18-34 és a 35-64 éves teljes férfinépességnek több mint a 2/3-a dolgozik heti 40 órát, vagy többet. Adataink szerint a dolgozó férfiak 95,6%-a tölt heti 40 órát, vagy többet munkával. A foglalkoztatottak körében a több mint heti 40 órát, vagy többet dolgozók arányát tekintve az OECD adatai szerint a tagállamok közül Magyarország a 2.[37] A munkaképes korú férfiak munkaterhelése nemzetközi összehasonlításban is igen nagy.

Kopp és munkatársai hazai vizsgálataik alapján megállapították, hogy a kimerültség (vital exhaustion) és a szív- és érrendszeri betegségek gyakorisága szoros összefüggést mutat. A kimerültség a depresszió mellett az eddig ismert legfontosabb faktor, ami a társadalmi tényezők és a fizikai betegség között vélhetően oki hidat képez [42]. Feltételezhető, hogy a nagymértékű túlmunka – ami leginkább a 35-64 éves korcsoportra jellemző – szoros összefüggésben van a kimerültséggel, és így ennek a korosztálynak a 60-as évek közepe óta példátlan módon növekvő halálozásával. Erre vonatkozó összefüggés-vizsgálatot a jövőben végezhetünk.

## 5.5. Régió, településméret

*Dr. Lobmayer Péter*

### 5.5.1. Kiemelt eredmények

- A nyugat-dunántúli régióhoz képest az összes többi régióban nagyobb volt a funkcionalitás-csökkenés esélye
- A nyugat-dunántúli régióhoz képest az összes többi régióban alacsonyabb volt a testmozgás esélye alacsonyabb volt a férfiak és a nők esetében egyaránt. Az összefüggés a dél-dunántúli férfiak esetét kivéve valamennyi régióra, és mindkét nemre nézve statisztikailag jelentős volt.
- Nagyobb volt a zsírfogyasztás esélye a Közép-Dunántúl kivételével valamennyi régióban, mint a Nyugat-Dunántúlon. A legmagasabb a Dél-Alföldön, ahol a zsírfogyasztás esélye háromszorosa a nyugat-dunántúlinak.
- A nagyobb települések esetében kisebb a túlzott alkoholfogyasztás és a zsírfogyasztás esélye: az 50000-nél több lakost számláló településeken a túlzott alkoholfogyasztás esélye mintegy fele, a zsírfogyasztás pedig mintegy harmada volt az 1000 lakosnál kevesebbet számláló településen élőkéhez viszonyítva.

### 5.5.2. Háttér

Az elmúlt évtizedben Kelet-Európában régióként, régiókon belül, de a települések között is jelentős társadalmi differenciálódási és szegregációs folyamatok indultak el. A társadalmi-gazdasági kondíciókat tekintve a különböző régiók közötti egyenlőtlenségek növekedtek; a gazdagabbak még gazdagabbak, a szegényebbek még szegényebbé váltak. Ezek a változások az egészségi állapotban is relatív romláshoz vezettek főleg Kelet-Európa népességében, illetve az egyes régiókon belül az Európai Unióban is a különbségeknek jelentős növekedésének lehetünk tanúi. Összefoglalóan elmondható, hogy a kiemelten kezelt kockázatok, mint a szegénység, vagy a rossz egészségi állapot kockázata azokon a területeken a legmagasabb, ahol magas a munkanélküliség, alacsony az iskolázottság és elégtelen a nyugdíjrendszer. Az ilyen kockázati faktorok ugyanakkor nem csak országoként különböznek, hanem az egyes országokon belül regionális és helyi szintek között is. [43]

Az országok közötti és az országokon belüli, az egészségi mutatókban, a rizikófaktorokban, és az egészségügyi ellátás színvonalában, hozzáférhetőségében észlelt különbségekben jelentős szerepe lehet a társadalmi egyenlőtlenség mértékének és a helyi társadalom minőségének is. A társadalom minőségének számos mutatója van. Ezek közé tartozik többek között a bizalom, a bűnözési ráta, a szavazásokon résztvevők aránya, a társadalmi egyenlőtlenség mértéke, stb [44, 45].

Mint korábban láthattuk az OLEF2000 során (mint szinte kivétel nélkül minden hasonló kutatás alkalmával) a mintát régiók és településméret szerint is reprezentatívvá tettük. Számos nemzetközi és hazai kutatás igazolja azt, hogy a különböző régiókban, illetve az eltérő méretű és szerkezetű településeken élők egészségi, illetve társadalmi-gazdasági helyzete nagyban különböznek. Az egyes településtípusokban lakók közti különbségek meghatározóak lehetnek családi állapot és családszerkezet, iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, illetve jövedelmi, vagyoni helyzet szerint. A nagyobb településeken alacsonyabb a munkanélküliség, több a munkahely, fejlettebb az infrastruktúra, több a kikapcsolódási és kulturális lehetőség, könnyebben hozzá lehet férni az egészségügyi szolgáltatásokhoz; ugyanakkor jelentősebb negatív környezeti hatások érik az ott lakókat, mint a nagyobb stressz, vagy a környezetszennyezés. Az említett indikátorok a tapasztalatok szerint nagyban meghatározzák az emberek egészségi állapotát. Az elmaradottabb, szegényebb, munkanélküliséggel sújtott



településeken, régiókban élők egészségi állapota is rosszabb, ugyanakkor jelentős különbségeket találhatunk régiók szerint az egyes betegségek előfordulásában, az egészségmagatartás vagy a kockázati tényezők stb. szempontjából is.

A korábbi kutatások azt igazolták, hogy a magyar lakosság egészségi állapotát tekintve regionális szinten létezik egyfajta kelet-nyugat tengely, mely vízválasztót jelent: a nyugati országrészben élők egészségi állapota összességében jobbnak mondható, mint a keleti régióban élőké. Ugyanakkor az idősek esetében inkább egy észak-dél törésvonalra bukkantak a kutatók: az ország északi és középső részén élő idősek egészségi állapota jobb, mint a délnyugati és délkeleti megyékben élőké. [46]

A halálozás területi különbségeit vizsgálva Magyarországon 1994 és 1996 között azt tapasztaljuk, hogy a keringési rendszer betegségei miatti halálozás 30-64 éves férfiak körében Szabolcs-Szatmár-Bereg és Komárom-Esztergom megyében a leggyakoribb. A daganatos halálozási arány Nógrád és Szabolcs-Szatmár megyében a legmagasabb, az emésztőrendszeri betegségek okozta halálozás vonatkozásában Nógrád és Pest megye van a legkedvezőtlenebb helyzetben. A légzőrendszeri betegségek okozta halálozás Szabolcs-Szatmár-Bereg és Baranya megye 30-64 éves férfi lakosságát sújtja kiemelten. A 30-64 éves nők körében a keringési rendszer betegségei miatti halálozás Szabolcs-Szatmár-Bereg, Komárom-Esztergom és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a legmagasabb. Szabolcs-Szatmár-Bereg, Komárom-Esztergom, Nógrád és Pest megyében, illetve Budapesten élő 30-64 éves nőket érintik elsősorban az emésztőrendszeri betegségek. Általánosságban elmondható, hogy 30-64 éves korban a halálozási egyenlőtlenségek elsősorban Budapest, a Dunántúl és az azon kívüli területek között éleződnek ki. Legsúlyosabb általában a halálozási veszélyeztetettség Szabolcs-Szatmár-Bereg, Borsod-Abaúj-Zemplén, Bács-Kiskun és Pest megyében. Ugyanakkor a dunántúli térség általában kedvezőbb helyzete sem egységes, elsősorban Komárom-Esztergom és Somogy megye kedvezőtlenebb mutatói miatt. Budapesten pedig a nők korai halálozása aggasztó elsősorban. [47]

### **5.5.3. Módszertan**

A régió és a településméret módszertani vonatkozásait a Módszertan c. fejezetben ismertetjük.

## 5.5.4. Eredmények

### **Az eredmények értelmezéséhez:**

A többváltozós elemzés lehetővé teszi **több** magyarázó jellemzőnek **egy** vizsgált tényezőre kifejtett hatásának elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszűrve” az elemzésbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.

Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhető az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

### 5.5.4.1. Populációs becslések

A populációs becsléseket a Módszertan c. fejezetben ismertetjük.

### 5.5.4.2. Összefüggés-elemzés

A település-nagyság, valamint a túlsúlyosság, a cukorbetegség, a dohányzás, a testmozgás, a szív-, és érrendszeri megbetegedések, az alapellátás és a fekvőbeteg-ellátás igénybevételének esélye között nem találtunk jelentős összefüggést.

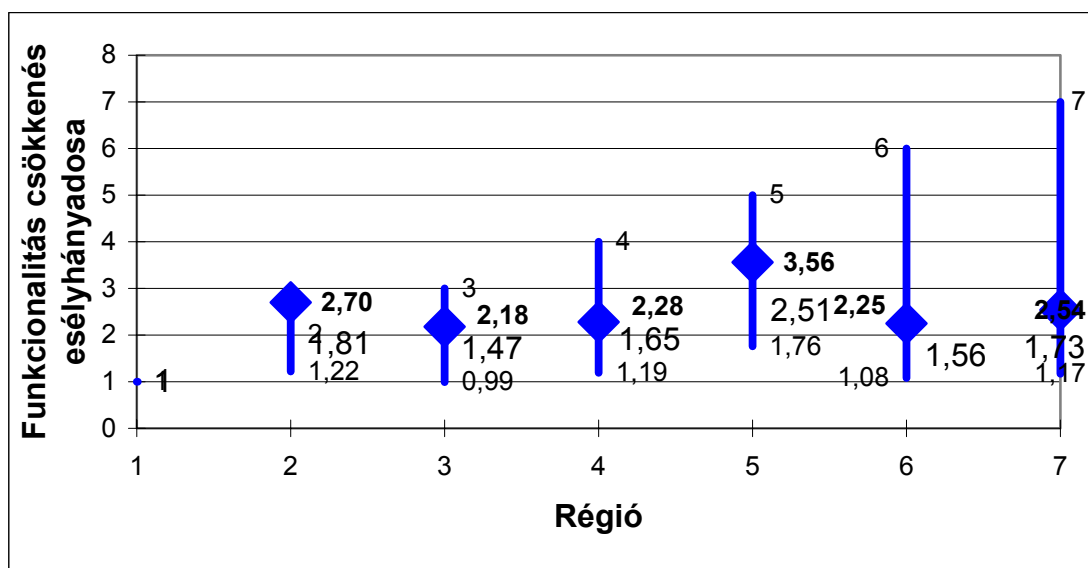
Az 1000 főnél kevesebb lakosú települések esetében a legnagyobb a járóbeteg-szakellátás igénybevételének esélye, míg az 3001 és 5000 közötti lélekszám esetén a legkisebb, és a nagyobb településeken élők esetében fokozatosan egyre nagyobb.

A funkcionalitás-csökkenés esélye mintegy 35%-kal volt kisebb a 2001-3000 lakosú, és az 5001-10000 lakosú településeken, mint a legfeljebb 1000 lakosú településeken.

Valamennyi régióban nagyobb volt a funkcionalitás-csökkenés esélye, mint a Nyugat-Dunántúl esetében. A Közép-Dunántúlon 47%-kal, az Észak-Alföldön 56%-kal, a közép-magyarországi régióban 65%-kal, a Dél-Alföldön 73%-kal, a Dél-Dunántúlon 81%-kal, Észak-Magyarországon pedig 151%-kal volt magasabb a funkcionalitás-csökkenés esélye a Nyugat-Dunántúlhoz viszonyítva.

A közép-dunántúli és a közép-magyarországi régióban a dohányzás esélye mintegy negyven százalékkal volt több, mint a nyugat-dunántúli régióban. Ez az eltérés statisztikailag jelentős volt.

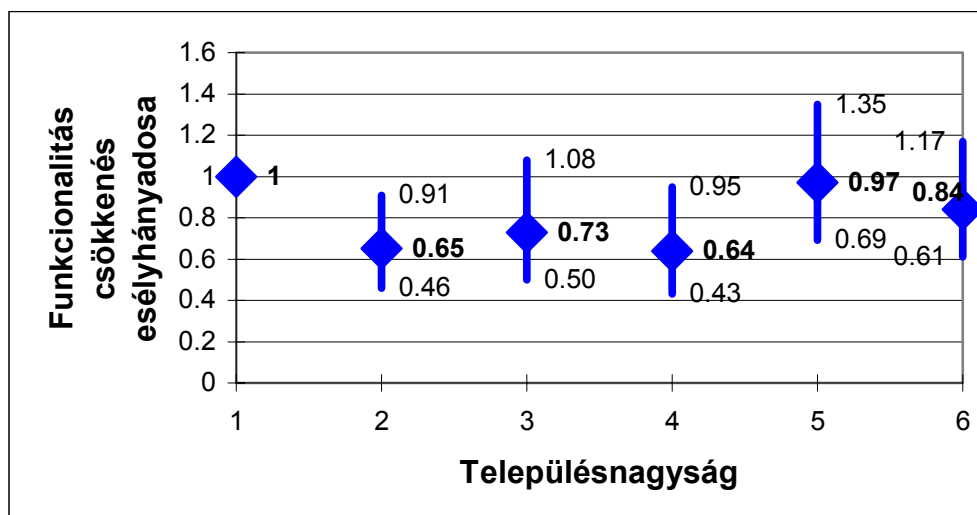
5.5-1. ábra: A funkcionalitás csökkenés esélye Magyarország régióiban



Kódkulcs:

1. Nyugat-Dunántúl
2. Dél-Dunántúl
3. Közép-Dunántúl
4. Közép-Magyarország
5. Észak-Magyarország
6. Észak-Alföld
7. Dél-Alföld

5.5-2. ábra: A funkcionalitás csökkenés esélye településnagyság szerint



Kódkulcs:

1. 0-1000
2. 1001-3000
3. 3001-5000
4. 5001-10000
5. 10001-50000
6. 50001 fölött

Összevetve a településnagyság kategóriáit, megfigyelhető, hogy kiszűrve a többi tényező hatását, a település nagyságának növekedésével csökkent a túlzott alkoholfogyasztás és a zsírfogyasztás esélye: az 50000-nél több lakost számláló településeken a túlzott alkoholfogyasztás esélye mintegy fele, a zsírfogyasztás pedig mintegy harmada volt az 1000 lakosnál kevesebbet számláló településen élőkéhez viszonyítva.

Valamennyi régióban a férfiak és a nők esetében is a testmozgás esélye alacsonyabb volt a nyugat-dunántúli régióban tapasztaltnál képest. Az összefüggés a dél-dunántúli férfiak esetét kivéve valamennyi régióra nézve statisztikailag jelentős.

Közép-Dunántúl kivételével valamennyi régióban nagyobb volt a zsírfogyasztás esélye, mint a Nyugat-Dunántúlon. A legmagasabb a Dél-Alföldön, ahol a zsírfogyasztás esélye háromszorosa a nyugat-dunántúlinak.

### **5.5.5. Megbeszélés**

Az adatok érvényességének vizsgálatát a Módszertan c. fejezetben ismertettük.

Összefüggés-elemzéseink alapján feltételezhető, hogy a régió és a településnagyság összefüggést mutat egyes rizikófaktorokkal (pl. dohányzás), egyes egészségi mutatókkal (pl. funkcionális csökkenés) és az egészségügyi ellátás egyes szintjeinek igénybevételével. Ezeknek az ismereteknek a segítségével hatékonyabban lehet tervezni az egészségügyi ellátórendszer fejlesztését és az esetleges egészségfejlesztési beavatkozásokat is.

Későbbi elemzéseinknek lesz tárgya az, hogy az egyes régiók társadalmi-gazdasági jellemzői, mint például a fejlettségi mutatók (GDP, átlagjövedelem, stb), a jövedelmek közötti egyenlőtlenség, a társas támogatottság átlagos szintje, összefüggésben vannak-e a rizikófaktorok, az egészségi mutatók és az egészségügyi ellátórendszer használatának esélyével.

## TÁRSAS KÖRNYEZET

### 5.6. Családszerkezet

*Dr. Lobmayer Péter*

#### 5.6.1. Kiemelt eredmények

- A túlzott alkoholfogyasztás esélye az egyedül élők körében a legnagyobb az összes többi csoporthoz képest. Az egyedül élők esetében a túlzott alkoholfogyasztás esélye négyszer nagyobb, mint a gyermeküket egyedül nevelők esetében, és mintegy egyharmadával valószínűbb, mint azoknak az esetében, akik házastársukkal élnek együtt; az eltérés statisztikailag jelentős. A túlzott alkoholfogyasztás esélye szempontjából nincs jelentős különbség a házások között aszerint, hogy gyermeket is nevelnek-e, vagy nem.

#### 5.6.2. Háttér

Számos nemzetközi kutatás bizonyítja, hogy a társas kapcsolatban élők egészségi állapota jobb, mint azoké, akik egyedül élnek. Ez elsősorban a férfiakra igaz, és különösen az átalakuló társadalmakban – mint amilyen Magyarország – élő férfiakra [48]. Hajdu és Boján Magyarország és Wales idő előtti halálozási adatait vetette össze, és azt találta, hogy az egyedül élők körében mindkét ország esetében nagyobb az idő előtti halálozás. Ez leginkább a férfiakra igaz: az egyedül élő magyar férfiak esetében sokkal nagyobb az idő előtti halálozás, mint a Wales-ben élő férfiak esetében [49]. Ennek alapján valószínű, hogy az egyedül élő, és azon belül is az elvált férfiak fokozott veszélyeztetettsége az egyik fontos oka a középkorú magyar férfiak idő előtti halálozásában megfigyelhető példátlan növekedésnek az 1960-as évek közepe, és 1990-es évek vége között. Hasonló adatokat közölt Watson Lengyelországra vonatkozóan, ahol elsősorban az elvált férfiak halálozásának növekedését lehetett megfigyelni 1970 és 1988 között [50]. Annak okát, hogy Közép-Kelet-Európában a családi életnek fokozott jelentősége van az egészség meghatározásában, abban látják, hogy az 1950-es évek 2. felétől – egészen pontosan az 1956-os magyar forradalom leverésétől – kezdve egészen az 1980-as évek végéig a szovjet blokkhoz tartozó országokban a közösségi élet színtere az emberek döntő többsége számára kizárólag a család volt [48].

A család mérete és szerkezete többféle módon is hathat az egyén egészségi állapotára. Az egy- vagy kétgyermekes családokban az anyagi lehetőségek általában abszolút értelemben jobbak, a szülőknek több idejük lehet egymásra és gyermekeik számára. A társadalmi ranglétrán elfoglalt helyük általában magasabb lehet, és vannak olyan társadalmak, amelyekben ennek egészségvédő hatásait is élvezhetik. Ugyanakkor számos tanulmány mutatja, hogy a gyermekek allergiás, megbetegedésének és az anya esetében az emlőrák kialakulásának valószínűsége esetükben nagyobb [51, 52, 53].

Azok az emberek, akik egyedül élnek - a társadalmi, illetve társas támogatottság, kapcsolatok hiánya miatt - (korosztálytól és családi állapottól függetlenül) nagyobb eséllyel betegek, vagy rendelkeznek kedvezőtlen testi, lelki tünetekkel [54].

A szegénységi arányszám kifejezetten magas a gyermekét egyedül nevelő szülők esetében (az ekvivalens jövedelem mediánjának felével számolva Németországban 40%-uk él a szegénységi küszöb alatt, és még többen a szegénységi küszöb közelében). Németországban a családok 20%-a egyszülős család, a gyermekeknek pedig ilyen családban él a 17%-a. König és munkatársai szerint a gyermeküket egyedül nevelő anyák (Németországban a gyermeküket

egyedül nevelő szülők 85%-a ilyen) egészségi állapota általában véve rosszabb, mint más nőké. Főleg a pszichológiai problémák (a magány, vagy a többbretű szerepek hiánya miatt) gyakoriak közöttük [55].

Egy, az Amerikai Egyesült Államokban végzett vizsgálat szerint a gyermekeknek legalább 1/3-a gyermekkorának egy részét apa nélkül éli, és ennek következtében a gyermek fejlődésének számos dimenziója sérül [55]. A gyermekek fejlődését és felnőttkori egészségüket a szülők párkapcsolatának minősége és társadalmi-gazdasági státuszuk is alapvetően befolyásolja [56, 57, 58, 59].

Beatson-Hird és munkatársai angliai adatokat vizsgálva azt találták, hogy a gyermekét egyedül nevelő szülő nagyobb eséllyel lakik bérelt lakásban, sújtja a munkanélküliség és rosszabb az egészségi állapota. Vizsgálatuk szerint mind a gyermeküket a társukkal együtt nevelő szülők, mind pedig azok, akik soha nem voltak házások, kedvezőbb egészségi állapotban vannak, mint azok, akik elváltak, külön élnek, vagy megözvegyültek [60, 61].

Adatok szólnak amellett, hogy a gyermeküket egyedül nevelő szülők a párjuk elvesztése miatti szeparáltságból adódóan is magasabb kockázatnak vannak kitéve az egészség területén. A mindennapi élet során nagyobb felelősség, stressz nehezedik rájuk, több problémát kell egyedül megoldaniuk, amihez nem járul fokozott társas támogatottság.

A szakirodalom áttekintése és a legfrissebb hozzáférhető nemzetközi adatok összehasonlítása alapján megállapítható, hogy a magyar nem-házas férfiaknak a házasságban élő férfiakhoz viszonyított halálozása a többi fejlett országhoz hasonló. Megjegyzendő, hogy Magyarországon a férfiak halandósága eleve magasabb, mint a többi vizsgált országban, így az arányaiban hasonló különbség abszolút értékben nagyobb halálozási különbséget, vagyis több elvesztett potenciális életévet jelent [62]

A családi állapot egészségbefolyásoló tényezőként való vizsgálata elterjedt a nemzetközi gyakorlatban. A házastárssal élőknek jobb az egészségi állapota, a tapasztalatok szerint egészségesebb életmódot folytatnak, és magasabb jövedelemmel rendelkeznek. A kedvezőbb életmód azt jelenti, hogy ezek az emberek nagyobb valószínűséggel élnek stabil családi környezetben, egészségesebbek az étkezési szokásaik, (majdnem) bármikor fordulhatnak a partnerükhöz a felmerülő problémák kapcsán. A partner az élet (így az egészség) különböző területein hathatós segítséget nyújthat (pl. otthon ápolhatja a párját). Ezzel szemben az özvegy, elvált, vagy egyedül élő személyek gyakrabban szenvednek különböző fizikai és pszichikai bajoktól, például a házaselet felbomlásának stressztényezői miatt. Így gyakran rosszabb az egészségi állapotuk, illetve több időt töltenek betegen, mint a házások .

Az OLEF2000 során a családi állapot Magyarországon általánosan használt definícióját alkalmaztuk, a legutóbbi, aktuális családi állapotra kérdezve (NCHS klasszifikáció):

- hajadon, nőtlen
- házas
- özvegy
- elvált

Az EUROSTAT ötkategóriás klasszifikáció a családszerkezetre vonatkozóan a következőképpen csoportosít.

- egyedülálló
- gyermekét egyedül nevelő szülő
- gyermektelen pár
- pár gyermekkel
- egyéb

Vizsgálatunk hazai előzményei közül fontosnak tartjuk megemlíteni a KSH Demográfiai Évkönyv [63] rendszeres adatatszolgáltatását, az 1996. évi Mikrocenzust [64], az 1994-es KSH felmérés [65] családi állapotra vonatkozó eredményeire FACT Intézet 1999-es felmérését [66] a Szívbarát Program 1997-es Indulóhelyzet Felmérését [67], és a Szívbarát Program összehasonlító tanulmányának eredményeit [68].

### 5.6.3. Módszertan

Mivel az EUROSTAT ötkategóriás csoportosítása alapján várhatóan túl sokan kerültek volna az 'egyéb' kategóriába, így az OLEF2000 során az EUROSTAT klasszifikációt némiképp átalakítva alkalmaztuk.

A családszerkezetre vonatkozóan két kérdést tettünk fel. Az egyik kérdéssel a háztartásban élő személyek számára, a másikkal a háztartásban élőkkel való kapcsolatra és a háztartásban élők nemére, korára kérdeztünk rá. A két kérdés összevonásával egy ötkategóriás családszerkezeti változót hoztunk létre. Az első kategóriába az egyedül élők kerültek. A másodikba azok, akik 18 év alatti gyermeküket egyedül nevelik, illetve azok, akik e feltétel teljesülése mellett egyéb családtaggal is együtt élnek. A harmadik kategóriába olyan párok kerültek, akik nem nevelnek 18 év alatti gyermeket, vagy akik e feltétel teljesülése mellett egyéb családtaggal is együtt élnek. A negyedik kategóriába azok kerültek, akik a párjukkal 18 év alatti gyermeket nevelnek, illetve olyanok, akik e feltétel teljesülése mellett egyéb családtaggal is együtt élnek. Az ötödik kategóriába (egyéb) olyanok kerültek, akik a fent említettek közül egyik családszerkezeti kategóriába sem tartoztak. Az EUROSTAT definíció a 18 év alattiakat tekinti eltartottnak.

A családi állapotot a kérdőívben a 3-as kérdéssel, a család szerkezetét pedig a 4-es és 5-ös kérdések összevonásával mértük, illetve határoztuk meg.

3. Ön...		
1 – Hajadon, nőtlen		<input type="checkbox"/>
2 – Házas		
3 – Özvegy		
4 – Elvált		
8 – Nem tud válaszolni		
9 – Nem kíván válaszolni		
4. Hányan élnek az Ön háztartásában minden felnőttet, gyermeket és Önt is beleértve? Azokat tekintse Önnel közös háztartásban élőknek, akik részben vagy egészben Önnel közös jövedelemből élnek ebben a lakásban, beleértve az Önnel nem rokoni kapcsolatban állókat is.		
.....személy		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
001 – Egyedül él ----->TOVÁBB A 6. KÉRDÉSRE!		
888 – Nem tud válaszolni		
999 – Nem kíván válaszolni		

5. Ön kikkel él ebben a lakásban közös háztartásban? Kérem, mondja meg, hogy milyen rokonsági vagy egyéb kapcsolatban van velük, hány évesek és milyen neműek?

A rokonsági fok meghatározásához használja a következő kártyát!

ADD ÁT AZ 5. KÁRTYALAPOT!

- 01 – Az Ön házastársa
- 02 – Az Ön élettársa
- 03 – Az Ön gyereke
- 04 – Az Ön gyerekének házastársa, élettársa
- 05 – Az Ön gyerekének, házastársának, élettársának rokona
- 06 – Az Ön unokája
- 07 – Az Ön unokájának házastársa, élettársa
- 08 – Az Ön szülője
- 09 – Az Ön nagyszülője
- 10 – Az Ön testvére
- 11 – Egyéb rokon
- 12 – Más olyan személy, akit a háztartás tagjának tekintenek

88 – Nem tud válaszolni

99 – Nem kíván válaszolni

1 ÉVNÉL FIATALABBAT KÓDOLD „000” -NAK!

HA 15-NÉL TÖBB SZEMÉLLYEL ÉL EGYÜTT, AKKOR A 15. SOR „ROKONSÁGI FOK KÓDKOCKÁJÁBA” ÍRJ „16-OT”!

	Rokonsági fok kódja	Neme		Életkor		
		1 – Férfi	2 – Nő	888 – Nem tud válaszolni 999 – Nem kíván válaszolni		
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



### 5.6.3. Eredmények

#### 5.6.3.1. Populációs becslések

##### **Az eredmények értelmezéséhez:**

Az alábbi táblázatokban a családi állapot kategóriái gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például a családi állapot egyes kategóriái gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az életkor és a családi állapot kategóriái közötti statisztikai összefüggést.

**5.6-1. táblázat: A népesség családi állapotának megoszlása nem és korcsoport szerint**

Családi állapot	Nők			Férfiak		
	18-34 év	35-64 év	65+ év	18-34 év	35-64 év	65+ év
Nőtlen/hajadon	44,4%	4,8%	3,5%	58,9%	9,7%	2,1%
Házias	48,1%	68,5%	27,6%	38,2%	76,6%	76,1%
Özvegy	0,4%	13,1%	62,9%	0%	3,9%	19,1%
Elvált	7,1%	13,6%	6%	2,9%	9,8%	2,7%

Az OLEF2000 vizsgálatai szerint az egyedül élők 31 %-a férfi, 69 %-a nő, az egyedül élők becsült létszáma 1.065.290 fő. A népesség megoszlását a családszerkezet szerint a férfiakra és a nőkre vonatkozóan külön táblázatban mutatjuk be 4.6-2, illetve 4.6-3. táblázat.

**4.6-2 táblázat: A férfiak megoszlása a szerint, hogy milyen családszerkezetben élnek (%)**

Családszerkezet	Férfiak			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
egyedül	4,9 [3,7-6,5]	9,4 [7,8-11,2]	14,9 [12,0-18,3]	8,6 [7,4-10,0]
gyerekekkel	0,4 [0,2-1,0]	1,3 [0,8-2,1]	0,0	0,8 [0,5-1,2]
párban	13,0 [11,1-15,3]	45,7 [43,2-48,2]	77,3 [73,5-80,7]	39,0 [37,2-40,8]
pár gyerekekkel	33,0 [28,2-38,2]	34,8 [32,4-37,2]	0,6 [0,2-2,0]	29,3 [26,7-32,0]
egyéb	48,7 [44,4-52,9]	8,8 [7,5-10,3]	7,2 [5,0-10,3]	22,3 [20,9-23,8]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

**4.6-3. táblázat: A nők megoszlása a szerint, hogy milyen családszerkezetben élnek (%)**

Családszerkezet	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
<b>egyedül</b>	3,5 [1,8-6,7]	11,9 [8,8-16,0]	46,2 [41,9-50,7]	17,0 [13,9-20,6]
<b>gyerekkel</b>	7,4 [5,8-9,3]	5,9 [4,8-7,1]	0,0	5,0 [4,3-5,9]
<b>párban</b>	11,5 [9,4-13,9]	44,1 [4,8-7,1]	28,9 [25,2-33,0]	31,2 [29,1-33,4]
<b>pár gyerekkel</b>	44,6 [40,5-48,9]	27,2 [25,2-29,4]	0,0	26,4 [24,2-28,7]
<b>egyéb</b>	33,0 [30,1-36,1]	10,9 [9,6-12,3]	24,8 [22,0-27,9]	20,4 [19,2-21,7]
<b>Összesen</b>	100,0	100,0	100,0	100,0

### 5.6.3.2. Összefüggés-elemzések

#### **Az eredmények értelmezéséhez:**

A többváltozós elemzés lehetővé teszi **több** magyarázó jellemzőnek **egy** vizsgált tényezőre kifejtett hatásának elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszűrve” az elemzésbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.

Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhető az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

A családszerkezettel kapcsolatban összefüggés-elemzést a túlzott alkoholfogyasztással és a dohányzással kapcsolatban végeztünk. Az egyedül élők túlzott alkoholfogyasztásának az esélye a legnagyobb. Ebben a csoportban a túlzott alkoholfogyasztás esélye négyszer nagyobb, mint a gyermeküket egyedül nevelők esetében, és mintegy egyharmadával nagyobb, mint azoknak az esetében, akik háztársukkal élnek együtt. A túlzott alkoholfogyasztás esélye szempontjából nincs jelentős különbség a házások között aszerint, hogy gyermeket is nevelnek-e, vagy nem.

A dohányzás esélye a felnőtt társas kapcsolatban élők között (házások gyerekkel, vagy gyerek nélkül) kissé alacsonyabb, mint a többi csoportban, de az összefüggés statisztikailag nem jelentős.

## **5.6.4. Megbeszélés**

### **5.6.4.1. Érvényesség**

#### **5.6.4.2. Belső összehasonlítások**

Inkonzisztenciák: Ha valaki (17 eset) a házastársával él együtt, de hajadonnak, nőtlennek vallotta magát, akkor házasként, amennyiben valaki (2 eset) a házastársával él együtt, de elválnak vallotta magát, akkor házasként kezeltük.

## 5.7. Társas kapcsolatok, életesemények

*Dr. Lobmayer Péter*

### 5.7.1. Kiemelt eredmények

- A jobb társas támogatottság kategóriái felé alacsonyabb a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, a cukorbetegség, a funkcionalitás csökkenés, a mentális funkcionalitás-csökkenés esélye, de nőtt a férfiak esetében a túlsúly és az elhízottság esélye. A teljesen kielégítő társas támogatottságúak körében mind a rendszeres dohányzás, mind a nagyívás, mind pedig a cukorbetegség esélye mintegy 70%-a, a funkcionalitás-csökkenés esélye mintegy 40%-a, a mentális funkcionalitás-csökkenés az esélye a nők esetében hozzávetőlegesen 30%-a, a férfiak esetében pedig mintegy 25%-a volt a súlyosan hiányos társas támogatottságúakhoz viszonyítva.

### 5.7.2. Háttér

Egészségünkre a fizikai környezeten és biológiai-élettani hatásokon kívül jelentős hatást fejtenek ki a mentális és a szociális tényezők is, általában egymással kölcsönhatásban. A társas kapcsolatok, társas támogatottság is ez utóbbiak közé tartoznak. Számos vizsgálat kimutatta, hogy a megfelelő társas kapcsolatok hiánya emeli egyes megbetegedések kockázatát, és növeli a felgyógyuláshoz szükséges időtartamot [69, 70, 71].

Albert és Dávid 2200 budapesti hajléktalan adatainak elemzése után arra a következtetésre jutott társas támogatottság hiánya fontos szerepet játszanak a hajléktalanság kialakulásában, és fennmaradásában Magyarországon [72].

Ezzel szemben vannak olyan eredmények is, amelyek ezt az összefüggést nem igazolták [73]. [74]. Számos adat szól viszont amellett, hogy a legintenzívebben vizsgált szívkoszorúér-betegségek esetében a depresszió mellett a társas támogatottság független kóroki tényező [75].

Sok kutatás tűzte ki célul a társas támogatottság és a mentális zavarok összefüggéseinek vizsgálatát. Ennek fő oka, hogy a pszichoszociális stresszorok lehetséges szerepe az egyes mentális zavarok keletkezésében a ma már „klasszikus” elméletekben is központi szerepet játszott. Továbbá a mentális zavarokra általában jellemző a stigmatizáció és a szociális izoláció, amelyek értelemszerűen a társas támogatottság csökkenését vonhatják maguk után. A korábbi kutatások a társas támogatottság hiányát kórnemző, illetve a betegség lefolyását súlyosbító tényezőnek tekintették. Az újabb vizsgálatok ezt az egyszerű összefüggést nem erősítették meg, lényegesen összetettebb kapcsolatokat találtak a megbetegedés fennállásának ténye, a társas támogatottság, illetve a stresszt okozó életesemények között. [76, 77, 78, 79], amint azt a későbbiekben látni fogjuk. A negatív életesemények esetleges megbetegítő szerepével kapcsolatban hasonló fejlődés zajlott le, mint a társas támogatottság vonatkozásában. A korábbi nézetek a stresszt okozó életeseményeket általános kockázati tényezőnek tartották. A legújabb, egyre szélesebb körben elfogadott rendszerszemléletű megközelítések a társas támogatottság hiányát, a stresszt okozó életeseményeket és a betegségeket egymással szoros kölcsönhatásban álló tényezőnek tartják. Ezeket az összefüggéseket leginkább a mentális zavarok (elsősorban a kedély- és szorongásos betegségek) esetére dolgozták ki, ezért ezek példáját használjuk fel illusztrálásukra [76, 77, 78, 79].

A mentális zavarokban az életeseményeknek elsősorban az akut állapotromlás előidézésében tulajdonítanak szerepet. A társas támogatottságnak kiegyensúlyozó hatása lehet, csökkentve a tünetek súlyosságát és a felépülés idejét – azonban csak az enyhe-középsúlyos esetekben [80]. A krónikus, visszatérő állapotokban sem a visszaesések gyakorisága, sem a tünetek súlyossága, sem pedig a gyógyulás időtartama nem függ össze általában az életeseményekkel, illetve a társas támogatottság mértékével. A megfelelő társas támogatottság csak a személytől függetlenül bekövetkező, úgynevezett külső vagy független események (pl. a beteget ellátó családtag halála) tartós negatív hatásait csökkenti, lehetővé téve a szociális szövödmények kivédését. Ma a betegség fennállását, az állapotromlást is az életesemények közé sorolják, és a krónikus állapotok esetében ezt kiemelkedő jelentőségű tényezőnek tartják [74].

A mentális zavarok tünetei (elsősorban a társas kapcsolatoktól való visszahúzóds és a stigmatizációt okozó tünetek) önmagukban rontják a társas támogatottságot, illetve különféle negatív életeseményekhez (állásvesztés, válás, stb.) vezetnek. Ezeket az életeseményeket belső- vagy függő életeseményeknek is szokás nevezni [81]. Krónikus depressziós betegek esetében például a visszaesést megelőző egy évben nem találták az átlagnál magasabbnak a negatív életesemények előfordulását, azonban ezek gyakorisága a visszaesést követő három hónapban jelentősen emelkedett [82]. A krónikus betegség miatt elégtelen társas támogatottság miatt a „pufferhatás” hiányzik – tovább erősítve a kialakuló hibás kört.

Megjegyezzük, hogy egyes szerzők ennél is továbbmenve a személyiségzavarokat tartják közös kiváltó oknak, amely egyaránt szerepet játszik a betegségek, illetve a betegségekhez vezető életmód kialakulásában, a társas támogatottság mértékének kialakításában, illetve a negatív életesemények kiváltásában [83].

A társas támogatottság fogalma szorosan összefügg, de nem azonos a szociális háló fogalmával. A szociális háló az egyének egymáshoz fűződő kapcsolatait – viszonzott vagy viszonzatlan rokon- illetve ellenszenvit – írja le. Ezen kapcsolatok útján az egyének befolyásolhatják környezetüket, de a környezet is visszahathat az egyénekre. A szociális háló objektív fogalom, a személy valós társas kapcsolatrendszerére utal: úgy tekinthető, mint az a struktúra, amelyen keresztül megvalósulhat a társas támogatottság [84]. Maga a társas támogatottság a szociális háló része: azt jelzi, hogy a személy szubjektíve hogyan értékeli személyes kapcsolatait. [85]

A társas támogatottságot úgy definiálhatjuk, mint olyan kapcsolatok összességét, amelyekről a személy azt feltételezi, hogy érzelmi és anyagi segítséget biztosítanak számára; olyan kölcsönös elkötelezettséget, melyekről az egyén úgy érzi, hogy törődést, szeretetet, megbecsülést kap a másik féltől [86]

Életeseménynek a személy számára stresszt okozó külső eseményeket nevezzük. Korábban csak a kedvezőtlen, negatív eseményeket sorolták ide, de később felismerték, hogy az általában pozitívként értékelt életesemények (pl. az első gyermek megszületése) is stresszt okoznak. Mindezekre összefoglalóan a stresszt okozó életesemények elnevezés terjedt el. A személytől többé-kevésbé függetlenül bekövetkező életeseményeket külső vagy független, a személy (széles értelemben vett) magatartásával (is) összefüggésben bekövetkezőket pedig belső vagy függő életeseményeknek nevezik.

Egy Nagy-Britanniában 1993-1994-ben végzett, a pszichiátriai morbiditást vizsgáló országos vizsgálat szerint [87] a 16-64 év közötti nők 69, a férfiak 59%-ának a társas támogatottsága teljesen kielégítőnek volt tekinthető, míg a nők 8% -a illetve a férfiak 11%-a a társas támogatottság súlyos hiányával küzdött. Valószínűleg az utóbbi adatok kissé alulbecsültek, mivel a kérdezetteknek szóban kellett válaszolniuk a kérdésekre (az 1992-es Health Survey

for England [88] során önkitöltős kérdőívet használtak erre a célra, s ekkor az eredmények szerint a társas támogatottság súlyos hiánya jellemezte a férfiak 16, a nők 12%-át.)

Az életesemények felidézésének megbízhatósága erősen vitatott kérdés. A szerzők többsége az epidemiológiai kutatásokban közismert visszaemlékezési torzítást (recall-bias) mintájára úgy értékeli, hogy a retrospektív vizsgálatokban azok a személyek, akik jelenlegi állapotuk, például egészség-problémáik kialakulásában szerepet tulajdonítanak az életeseményeknek, szignifikánsan nagyobb eséllyel említenek ilyeneket. Ugyanakkor a valamilyen szempontból „érzékeny” életesemények (pl. kriminális események, erőszak, szabadságvesztés, stb.) említésének esélye kisebb. Ezeket igazolták azok a vizsgálatok, amelyekben a kérdezett személyeket ismételtén, illetve kontrollként közelálló családtagjaikat is megkérdezték ugyanarról az időszakról, illetve ugyanazokról az eseményekről [89]. A torzítások miatt a szerzők többsége ma az életesemények valós előfordulási gyakoriságainak felmérésére a prospektív vizsgálatokat tartja alkalmas eszköznek.

Kopp Mária és munkatársai több alkalommal (1988-ban, 1995-ben) mérték fel a magyar lakosság társas támogatottságának minőségét. Vizsgálataikban a Caldwell-féle Social Support Scale hazai viszonyokhoz adaptált változatát használták a társas támogatottság mértékének megállapítására [90, 91, 92]. A Caldwell-skála segítségével azt mérték fel, hogy a megkérdezettek nehéz élethelyzetben, illetve gyakorlati támogatás tekintetében a szomszédok, munkatársak, iskolatársak, barátok, szülők, házas/élettárs, gyermek és a segítő foglalkozásúak közül kinek a segítségére számíthatnak, és milyen mértékben tehetik ezt meg, illetve a felsorolt csoportokból hány emberrel állnak kapcsolatban.

Az 1988-as felmérés eredményei szerint nehéz élethelyzetben a lakosság 42%-a saját véleménye szerint nem számíthatott szomszédai, 29%-a munkatársai, 18%-a barátai, 15%-a rokonai segítségére, 88%-a pedig hivatalos segítségre [90]. Megjegyezzük, hogy a munkatársi, illetve hivatalos segítséget a nemzetközi irodalom általában nem sorolja a társas támogatottság körébe. Az, hogy a vizsgált személy hány emberrel áll kapcsolatban, inkább a szociális hálózathoz, mintsem a társas támogatottsághoz kapcsolódó kérdés, így Kopp és munkatársai a társas támogatottság egy kiterjesztett formáját, és a társadalmi hálózat egy szegmensét együttesen vizsgálták.

Az 1995-ös felmérés eredményei szerint 1988-hoz képest 60%-kal csökkent a munkatársaktól várható támogatás mértéke, közel háromnegyedére csökkent a rokonoktól, szülőktől várható támogatás. A házastárstól és a gyermektől kapott támogatás mértéke nem változott lényegesen a két időpont között.[92]

Az életesemények populációs gyakoriságát felmérő hazai vizsgálatról nincs tudomásunk.

### **5.7.2.1. Módszertan**

Vizsgálatunkban a kérdés bizalmas jellege miatt önkitöltős kérdőív segítségével próbáltuk meg feltérképezni a kérdezettek társas kapcsolatait. Erre a célra az angol egészségfelmérésekben (Health and Lifestyle Survey, Health Survey of England) használatos, a témakörre vonatkozó hét kérdésből álló kérdésblokkot használtuk fel [93], az elővizsgálati tapasztalatok alapján kis mértékben módosítva azt (lényegi változtatás nem történt, csupán az érthetőségre helyeztünk nagyobb hangsúlyt). A hét kérdésre adott válaszokból megtudhatjuk, hogy a kérdezetthez közelálló személyek (család, barátok, ismerősök) okoznak-e örömet, adnak-e szeretetet a kérdezettnek, szükség esetén lehet-e rájuk számítani, szükség esetén gondoskodnak-e a kérdezettől, elfogadják-e a kérdezettet olyannak, amilyen, éreztetik-e vele, hogy fontos számukra, illetve támogatják, bátorítják-e őt. Minden kérdésre három válaszlehetőségből választhattak az interjúalanyok: egyáltalán nem, nem annyira, mint szeretnék, illetve teljes mértékben.

A válaszokhoz egytől háromig terjedő pontszámokat rendeltünk (1-egyáltalán nem, 2-nem annyira, mint szeretném, 3-teljes mértékben), majd összegeztük a hét kérdésre adott válaszok pontszámát. A lehetséges értékek 7 és 21 között mozognak, minél kisebb pontszámot ért el valaki, annál kisebb a társas támogatottsága. Az elérhető maximális 21 pont azt jelzi, hogy az illető társas támogatottsága számára teljes mértékben kielégítő, 18 és 20 közötti pontszám esetén csupán kisebb hiányosságokat mutat a társas támogatottság, 17 és ennél kevesebb pontszám esetén viszont a személy a társas támogatottság súlyos hiányával küzd. Megjegyezzük, hogy a skála Magyarországon még nincs validálva, ezért az eredmények értelmezésénél az angol értékekre támaszkodtunk.

A stresszt okozó életesemények felmérésére a Social Readjustment Rating Scale-t (SRRS) alkalmaztuk. Ismereteink szerint a skálának nincs magyar standardizált változata. Felmérésünkben nem validált magyar fordítását használtuk kísérleti céllal, annak érdekében, hogy megállapítsuk, mennyire kaphatunk megbízható adatokat, ha a skálát egy egészségfelmérés keretében alkalmazzuk.

### 5.7.3. Eredmények

#### **Az eredmények értelmezéséhez:**

Az alábbi táblázatokban a társas támogatottság kategóriái gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például a társas támogatottság egyes kategóriái gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az életkor és a társas támogatottság kategóriái közötti statisztikai összefüggést.

#### 5.7.3.1. Populációs becslések

Vizsgálatunk alapján Magyarországon 2000-ben csaknem minden 5. felnőttet (a nők 18,8%-át és a férfiak 19,8%-át) jellemezte a társas támogatottság súlyos hiánya. Mindkét nem esetében leginkább a középkorostályt sújtotta ez a hiány: a középkorú nők 21,9%-át és a középkorú férfiak 24,8%-át jellemezte súlyos hiányosság, szemben a fiatal nők 15,7%-ával és a fiatal férfiak 13,5%-ával, illetve az idős nők 16,3%-ával és az idős férfiak 17,2%-ával.

A társas támogatottság korosztályok szerinti megoszlását a férfikra nézve az 5.7-1. táblázat, a nőkre nézve pedig az 5.7-2. táblázat mutatja.

#### 5.7-1. táblázat: A férfiak társas támogatottságának minősége korcsoportok szerint (%)

Társas támogatottság	Férfiak			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
súlyos hiány	13,5 [11,1-16,3]	24,8 [22,2-27,6]	17,2 [13,3-21,9]	19,8 [18,2-21,4]
megfelelő	28,2 [24,9-31,7]	29,0 [25,8-32,5]	24,9 [20,7-29,7]	28,2 [26,0-30,5]
teljesen megfelelő	58,4 [55,1-61,6]	46,1 [41,4-51,0]	57,9 [52,7-62,9]	52,1 [49,1-55,1]
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

**5.7-2. táblázat: A nők társas támogatottságának minősége korcsoportok szerint (%)**

Társas támogatottság	Nők			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
<b>súlyos hiány</b>	15,7 [13,3-18,3]	21,9 [19,6-24,4]	16,3 [13,8-19,0]	18,8 [17,3-20,5]
<b>megfelelő</b>	27,0 [23,7-30,7]	27,4 [25,2-29,7]	23,3 [19,9-27,0]	26,4 [24,8-28,0]
<b>teljesen megfelelő</b>	57,3 [53,5-61,1]	50,8 [48,4-53,1]	60,5 [55,9-64,9]	54,8 [52,9-56,6]
<b>Összesen</b>	100.0	100.0	100.0	100.0

Ha a társas támogatottságot felmérő kérdésblokk egyes kérdéseit is szemügyre vesszük, akkor megállapíthatjuk, hogy a nők 83,7%-a és a férfiak 83,9%-a saját bevallása szerint annyi szeretetet kap családjától, barátaitól, ismerőseitől, mint amennyit szeretne. Arra a kérdésre, hogy szükség esetén mennyire számíthat hozzátartozóira a kérdezett, a nők 79,2%-a, a férfiak 78,3%-a úgy vélte, hogy teljes mértékben. A család, a barátai és az ismerősei a férfiak 78,1%-át, a nők 80,6%-át teljesen elfogadják olyannak, amilyen. Szükség esetén teljes mértékű gondoskodásban részesülne véleménye szerint az idős nők 84,4%-a és az idős férfiak 82,9%-a (mindössze az idős nők 3,6%-a és az idős férfiak 3,2%-a gondolta úgy, hogy egyáltalán nem gondoskodnának róla).

### 5.7.3.2. Összefüggés-elemzések

#### **Az eredmények értelmezéséhez:**

A többváltozós elemzés lehetővé teszi **több** magyarázó jellemzőnek **egy** vizsgált tényezőre kifejtett hatásának elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszűrve” az elemzésbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.

Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhető az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

A jobb társas támogatottság kategóriáiban alacsonyabb a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, a cukorbetegség, a funkcionális csökkenés, a mentális funkcionális-csökkenés esélye, de magasabb a férfiak esetében a túlsúly és az elhízottság esélye. A teljesen kielégítő társas támogatottságúak körében mind a rendszeres dohányzás, mind a nagyivás, mind pedig a cukorbetegség esélye mintegy 70%-a, a funkcionális-csökkenés esélye mintegy 40%-a, a mentális funkcionális-csökkenés az esélye a nők esetében hozzávetőlegesen 30%-a, a férfiak esetében pedig mintegy 25%-a volt a súlyosan hiányos társas támogatottságúak esélyeihez képest.



A szív- és érrendszeri megbetegedések előfordulásának esélye a társas támogatás súlyos hiányától szenvedő és a megfelelő társas támogatottsággal rendelkező személyek körében nem különbözik jelentősen. A teljesen kielégítő társas támogatással bíró személyek esetében viszont a szív és érrendszeri megbetegedés esélye mintegy 75%-a a súlyosan hiányos társas támogatottságú személyekének.

A túlsúlyosság esélye és a társas támogatottság minősége között a nők esetében nem találtunk statisztikailag jelentős összefüggést.

#### 5.7.4. Megbeszélés

##### 5.7.4.1. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság

Nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a nőkre magasabb társas támogatottság érték jellemző [94, 95]. Ezt az OLEF2000 eredményei is alátámasztják, és bár a két nem közti különbség nem számottevő, a férfiak esetében mégis alacsonyabbak a társas támogatottság értékek.

Kopp Mária felméréseinek adatai az OLEF2000 adataival közvetlenül nem hasonlíthatók össze, mivel az OLEF2000 során nem a Caldwell-skálát alkalmaztuk eszközként.

##### 5.7.4.2. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra

Az OLEF2000 során kipróbált, a stresszt okozó életesemények mérésére alkalmazott eszköz (SRRS) nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, így ennek további alkalmazása megfontolandó. Egyes külső, megbízható adatforrásokkal összevethető szenzitív (stigmatizációval terhelt, negatív morális, társadalmi megítélésű, stb.) „indikátor-kérdések” beépítése azonban – ha közvetetten is - támpontot adhat a vizsgált populáció válaszadási készségére, hogy az egyéb, hasonló jellegű, a felmérés által valóban célzott kérdésekre (alkoholfogyasztás, abortusz, stb.) adott válaszok megbízhatósága jobban megíthető legyen.

##### 5.7.4.3. Az eredmények értelmezése

Az OLEF2000 keresztmetszeti jellegénél fogva nem alkalmas arra, hogy oki kapcsolatot állapítsunk meg a vizsgált tényezők között vagy oksági irányt határozzunk meg. Mégis, az a lineáris trend, ami a társas támogatottság szintje és a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, a cukorbetegség, a funkcionalitás csökkenés, valamint a mentális funkcionalitás-csökkenés között tapasztalható, oki összefüggésre utal. Az okság irányára vonatkozóan a szakirodalom ad eligazítást. Azok a vizsgálatok, amelyek során a résztvevők társas támogatottságát, illetve a vizsgálat előtti életszakaszban elszenvedett stressz nagyságát mérték föl, és ezt követően standard mennyiségű megfázás-vírust tartalmazó folyadékot cseppentettek az orrukba, azt találták, hogy a kialakuló megfázás valószínűsége, illetve súlyossága szorosan összefügg az előzetesen mért stressz, és társas támogatottsági mutatókkal [96].

Az SRRS egyes kérdéseire kapott válaszgyakoriságokat összevetettük megbízhatóan vezetett, államigazgatási nyilvántartáson alapuló külső adatbázisokkal. Ennek alapján sem a válások, sem a házasságkötések említési gyakorisága nem mutatott jó egybeesést a KSH adataival, mindkét vonatkozásban az említések gyakorisága alapján számított populációs gyakoriságok többszörösen meghaladták a KSH-adatok alapján várható értéket, és messze kívül estek a megbízhatósági intervallumon minden egyes korcsoportban. Az eredmény lehetséges magyarázata, hogy az SRRS skála egyes kérdései csak magára a kérdezett személyre vonatkoznak (ilyen a házasságkötés és a válás is), míg mások az egész családra. Vélhetően a kérdezettek számára nem volt egyértelmű ez a különbség, és a vizsgált kérdéseket is az egész

családra értelmezték. Ez a magyarázat annál is valószínűbbnek tűnik, mivel a skála kérdéseit nem egyenként válaszolták meg a kérdezettek, hanem a kérdezőbiztos kártyán mutatta be nekik az egész skálát. Így valószínűleg a válaszadók nem mérlegelték egyenként a kérdéseket abból a szempontból, hogy azok konkrétan csak saját magukra, vagy az egész családra kérdeznek. Eredményeink arra utalnak, hogy az általunk alkalmazott módszerrel az SRRS skála nem tűnik megbízható eszköznek az életesemények gyakoriságának felmérésére.

## 5.8. Etnikum, nemzetiség

*Dr. Lobmayer Péter*

### 5.8.1. Kiemelt eredmények

- A magukat nem magyar nemzetiségűnek valló népesség az OLEF2000 során vizsgált mintában túl kicsi ahhoz, hogy összefüggés-elemzést végezhessünk.

### 5.8.2. Háttér

Számos epidemiológiai tanulmány foglalkozik az etnikai csoportok jellemzőinek elemzésével, és ezek közül számos tanulmány vezetett az emberiség számára jelentős tudományos felismeréshez [97].

A speciális csoportok, mint az etnikai kisebbségek a nemzetközi tapasztalatok szerint egészségi állapotukat tekintve sok esetben különböznek a többségi társadalomtól. Ezek a népcsoportok sokszor a jóléti és egészségügyi ellátórendszeren keresztül is nehezen érhetők el. Problémáik sok európai országban jelentős figyelmet kaptak az utóbbi időben [97].

A kisebbségben lévő etnikai csoportok gyakran alacsony társadalmi-gazdasági helyzetűek. A depriváció gyakran pszichológiai problémákkal jár együtt, mely kedvezőtlen egészségi állapothoz vezet. Számos nemzetközi kutatás bizonyítja, hogy az etnikai kisebbségek egészségi állapota sokszor jelentősen különbözik – gyakran hátrányosan – a többségi társadalom tagjaitól. A legtöbb külföldi tanulmány a kisebbségek, etnikai csoportok rosszabb egészségi állapotát a körükben megfigyelhető magas munkanélküliségi aránnyal, a szegénységgel és a társadalmi kitaszítottsággal magyarázza [97].

Ugyanakkor amerikai tapasztalatok alapján állítható, hogy az USA-ban az ázsiai kisebbség egészségi állapota megfelel a többségi társadaloméénak, illetve néhány területen kedvezőbb annál. Példaként említhető, hogy a 45-64 éves ázsiai kisebbség szív- és érrendszeri megbetegedések következtében bekövetkező halálozása a legalacsonyabb az összes etnikai csoport között. A daganatos megbetegedések miatti halálozás alacsonyabb a spanyol, ázsiai és indián kisebbség körében, mint a többségi társadaloméban [98]. A többségi társadalom egészségi mutatóihoz képest pozitív eltéréseket az etnikai kisebbségek esetében az etnikai csoporton belüli erősebb összetartozás-érzéssel, a csoport-koncentráció hatással (group density effect), illetve az ezekhez kapcsolódó életmódbeli tényezőkkel magyarázzák [99, 100].

Előzetes ismereteink szerint a cigányság egészségi állapota kedvezőtlenebb a többségi társadaloméénál, de azt is tudjuk, hogy nem különbözik jelentősen a hasonló társadalmi-gazdasági helyzetűektől. A romák az egészségügyi ellátórendszerhez is nehezebben férnek hozzá, mint a nem romák [101]. „A cigányok legtöbb csoportjának életét elsősorban a hiány jellemzi, a megfelelő kereset és jövedelem, a jó lakás, a kielégítő ruházkodás és étkezés, az egészséges ivóvíz, az iskolázottság és a nem cigányokkal való versenyképesség hiánya” – írja Kemény István [6]. Az említettek köztudottan jelentős hatással vannak az emberek egészségi állapotára, hiányuk kedvezőtlen egészségi állapothoz vezet [101].

A magyarországi kisebbségek gazdasági és társadalmi integrációja – a cigány kisebbség kivételével – befejezettnek tekinthető. Általában az azonos térségekben, hasonló körülmények között élő többségi lakosságtól iskolázottsági, foglalkoztatási, jövedelmi mutatóik nem térnek el jelentősen. A legnagyobb létszámú hazai kisebbség, a cigány közösségek helyzete azonban sok tekintetben más, mint a többi magyarországi kisebbségé. Gondjaik hátterében, elsősorban

kulturális, szociális, foglalkoztatási, szakképzési, oktatási és diszkriminációs problémák lehetők fel. [102].

Az 1990-es nemzetiségekre vonatkozó KSH adatokat vizsgálva a következő eredményekre jutunk: magyar nemzetiségű a népesség 97,7%-a, szlovák nemzetiségű 0,1%-a, román nemzetiségű 0,1%-a, horvát nemzetiségű 0,13%-a, szerb nemzetiségű 0,02%-a, szlovén és vend nemzetiségű 0,02%-a, német nemzetiségű 0,3%-a, roma származású 1,4%-a, egyéb nemzetiségű pedig 0,2%-a [103].

A KSH által 1993-ban végzett, a cigány kisebbségre kiterjedő reprezentatív vizsgálat a magyar lakosság 3,9%-át találta cigány életvitelűnek. Ezt a vizsgálatot szokták roma népszámlálásként is emlegetni. Ennek során az egyének etnikai a „jó helyismerettel rendelkező számlálóbiztosoknak” az egyén életmódja alapján hozott besorolásán alapult [103].

### 5.8.3. Módszertan

Az OLEF során az etnikumra, nemzetiségre vonatkozó kérdést szenzitív kérdésként kezelve azt az önköltős blokkban helyeztük el. A zárt kérdésben csak a Magyarországon törvényben felsorolt kisebbségek szerepelnek, illetve bevezettünk egy 'egyéb' kategóriát is.

<p>28. Magyarországon sokféle nemzetiség él együtt. Ön milyen nemzetiségűnek tartja magát?</p> <p>a. Bolgár</p> <p>b. Roma, cigány</p> <p>c. Görög</p> <p>d. Horvát</p> <p>e. Lengyel</p> <p>f. Magyar</p> <p>g. Német</p> <p>h. Örmény</p> <p>i. Román</p> <p>j. Ruszin</p> <p>k. Szerb</p> <p>l. Szlovák</p> <p>m. Szlovén</p> <p>n. Ukrán</p> <p>o. Egyéb</p>
--

A nemzetiségekre vonatkozóan a minta kis elemszáma nem teszi lehetővé összefüggés-elemzés végzését.

## 5.8.4. Eredmények

### 5.8.4.1. Populációs becslések

Az etnikai hovatartozásra vonatkozó adatokra nézve csak populációs becsléseket végeztünk. Döntésünk legfőbb oka az, hogy a roma etnikumhoz tartozás szociológiai és epidemiológiai értelmezése definíciós nehézségekkel terhelt, így az etnikai hovatartozás megállapításának módszertana alapvetően befolyásolja az így behatárolt népesség nagyságát és jellemzőit.

Mindez a reprezentativitás, és a megfigyelési hiba (misclassification) torzító hatásainak alapvető kérdését veti fel. Még a legnépesebb kisebbség, a roma népesség esetében is túl kicsi a minta ahhoz, hogy megbízható összefüggés-elemzést végezzünk, így attól kénytelenek voltunk eltekinteni. A populációs becsléseket azonban megadjuk, és a – rendkívül nagy jelentőségű – téma egyéb vonatkozásait is igyekeztünk föltárni, és az összefüggés-elemzést most megakadályozó tényezők kiküszöbölésére irányuló javaslatokat is megfogalmazunk.

A megkérdezettek 96 %-a vallotta magát magyar nemzetiségűnek, 2,5%-a roma etnikumhoz tartozónak. 1,5% tekinti magát egyéb (nem magyar, és nem roma) etnikumhoz tartozónak. A népesség nemzeti megoszlását 4.8-1.táblázat mutatja

A kisebbségek arányának régiók szerinti bemutatása a mellékletben található.

**5.8-1. táblázat: A Magyarországon élők nemzetiség és korcsoportok szerinti megoszlása. Férfiak és nők együttesen (%)**

Nemzetiség	Korcsoport			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
<b>bolgár</b>	0,3 [0,1-0,8]	0,6 [0,4-1,1]	0,3 [0,1-0,9]	0,5 [0,3-0,7]
<b>roma</b>	4,5 [3,5-5,9]	2,0 [1,5-2,5]	0,3 [0,1-0,9]	2,5 [2,0-3,1]
<b>görög</b>	0,0 [0,0-0,3]	0,1 [0,0-0,7]	0,1 [0,0-0,7]	0,0 [0,0-0,1]
<b>horvát</b>	0,3 [0,1-0,8]	0,1 [0,1-0,4]	0,5 [0,2-1,4]	0,3 [0,1-0,5]
<b>lengyel</b>	0,0	0,0 [0,0-0,7]	0,1 [0,0-0,1]	0,0
<b>magyar</b>	94,3 [92,9-95,5]	96,3 [95,5-96,9]	97,9 [96,6-98,7]	96,0 [95,2-96,6]
<b>német</b>	0,6 [0,3-1,0]	0,9 [0,6-1,3]	0,8 [0,4-1,8]	0,8 [0,5-1,1]
<b>román</b>	0,0	0,1 [0,0-0,4]	0,0	0,0 [0,0-0,2]
<b>Összesen</b>	100,0	100,0	100,0	100,0

## 5.8.5. Megbeszélés

### 5.8.5.1. Érvényesség

#### 5.8.5.1.1. *Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság*

A roma népesség számarányára vonatkozóan populációs becsléseink eltérnek mind a népszámlálási adatoktól, mind pedig az 1993-ban a KSH által végzett vizsgálat adataitól. Az 1990-es népszámlálás során a népesség 1,4%-a vallotta magát cigány nemzetiségűnek, az 1993-as KSH vizsgálat során ez az arány 3,9% volt [103]. Hasonló adatokat kapott Kemény István is a roma népesség reprezentatív vizsgálata során 1993-94-ben [104]. Az OLEF2000 adatai szerint roma nemzetiségűnek vallotta magát a népesség 2,5%-a. Az 1990-es népszámlálás, és az 1993-as KSH vizsgálat óta a roma etnikumhoz tartozók aránya demográfiai okok miatt módosulhatott, de arról a fent említett módszertani okok miatt nem lehet érdemi megállapítást tenni.

Az eltérés legvalószínűbb magyarázata az, hogy az OLEF2000 esetében önkitöltős kérdőív segítségével gyűjtöttük a megkérdezett etnikai hovatartozására vonatkozó adatot, míg a népszámlálás során nyílt kérdéssel történt az adatgyűjtés, a KSH 1993-as felmérése („roma népszámlálás”) esetében pedig a „jó helyismerettel rendelkező” kérdezőbiztos döntötte el, hogy megítélése szerint a kérdezett személy életmódja alapján cigánynak minősül-e.

Az 1990-es népszámlálás, az 1993-as roma népszámlálás és az OLEF2000 cigány népességre vonatkozó adatai közötti jelentős eltérés mutatja, hogy a vizsgált személyek számára is problémát jelenthet nemzeti hovatartozásuk nyílt megvallása, ezért indokolt volt ezt a kérdést a kérdőív önkitöltős részében elhelyezni.

#### 5.8.5.1.2. *Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra*

Hasznos lenne, ha a jövőben a népszámlálás, és más felmérések során egységes módszert alkalmaznának a roma népességgel kapcsolatos adatok felvételére. Ennek előnye az lenne, hogy az adatok összehasonlíthatóak lennének.

Adataink még a roma kisebbségre nézve sem tűnnek további elemzésre alkalmasnak, mert esetükben sincs az összefüggés-elemzésekhez megfelelő számú adatunk. A roma népesség, mint a legnagyobb létszámú, és köztudottan sajátos, és súlyos népegészségügyi problémákkal küzdő népcsoport egészségi állapotának felmérése a magyar népegészségügy egyik legnagyobb, és legfontosabb feladata. Ezért az OLEF következő felmérését úgy kell megtervezni, hogy a cigány népességre nézve statisztikai elemzésre alkalmas elemszámú minta álljon rendelkezésre. Ennek legcélszerűbb módja az önálló mintavétel lehet.

## KULTURÁLIS KÖRNYEZET

### 5.9. Iskolázottság

*Csizmadia Péter*

#### 5.9.1. Kiemelt eredmények

- A magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében alacsonyabb a szív- és érrendszeri megbetegedések, és a cukorbetegség előfordulásának esélye.
- A magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében magasabb a rendszeres testmozgás és a növényi alapú zsiradék használatának valószínűsége.
- A fiatalok (18-34 évesek) körében a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők között kisebb a rendszeres dohányzás esélye.
- A nők körében negatív kapcsolat van az iskolázottság kategóriái és az alkoholfogyasztás között: a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében nagyobb a nagyivás esélye.
- Az alap- és a járóbeteg-szakellátás igénybevételének esélye nagyobb a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében, ugyanez azonban a fekvőbeteg-szakellátásra nem igaz.

#### 5.9.2. Háttér

A társadalmi egyenlőtlenségeket középpontjukba állító szociológiai kutatások és elméletek egyik leggyakrabban vizsgált kérdése az iskolázottság, illetve az iskolázottsági szintekben megnyilvánuló egyenlőtlenségek kérdésköre. Az iskolázottság a szociológiai gondolkodásban számos formában van jelen: a társadalmi rétegződés egyik elemeként, az egyenlőtlenségek következményeként, illetve az egyenlőtlenségek generációk közötti átörökítésének egyik lehetséges csatornájaként. [105 106, 107]

Nem véletlen tehát, hogy számos egészségszociológiai vizsgálat irányul az iskolai végzettség és az egészségi állapot közötti összefüggések feltárására. Az iskolai végzettség az egyik legfontosabb indikátora az életút során kialakuló gazdasági lehetőségeknek is. A magasabb iskolai végzettség alacsonyabb munkanélküli esélyekkel, magasabb bérekkel és háztartási bevételekkel, illetve a felnőttek és gyermekeik vonatkozásában jobb egészségi állapottal hozható összefüggésbe. [108]. Az egészségben jelentkező egyenlőtlenségek a Kelet-Európában sokkal inkább az iskolai végzettség hatásának tulajdoníthatók, mint az anyagi jólét hatásának [109]. A Kopp Mária és munkatársai által végzett 1995-ös magyar országos morbiditási felmérés eredményei szerint a depressziós tünetegyüttes mellett az alacsony iskolázottság volt az összmorbiditás legfontosabb háttértényezője. [110]

A szakirodalomban általánosan elfogadott, hogy az iskolázottság és az egészségi állapot között pozitív kapcsolat van. A kutatások többsége elsősorban a kapcsolat kimutatására törekszik. [111, 112] Így továbbra is fontos kérdés marad, hogy az iskolai végzettség milyen módon hat az egészségi állapotra? Nem zárható ki, hogy az iskolázottság közvetlenül is befolyásolja az egészségi állapotot, de vélhetően nagyobb jelentősége van a végzettség hatását közvetítő – elsősorban szociális – tényezőknek. Ezek hatása *közvetetten*, főként az egészségi állapotot befolyásoló egyéb tényezőkön, azaz az anyagi körülményeken, az életmód jellegzetességein, illetve az ellátórendszerhez való hozzáférés különbségein keresztül hat.

[113] Az iskolázottság közvetlen kapcsolatban van az egyén munkaerőpiaci helyzetével, ezen keresztül pedig jövedelemtermelő képességével. A magasabb iskolai végzettség tehát nagyobb esélyt biztosít a jobb anyagi életkörülményekre, ez pedig pozitívan befolyásolhatja az egészséget. A magasabb iskolázottság ugyanakkor jelentős pszichoszociális erőforrásokat is biztosít az egyén számára, amelyek funkciója kettős: egyfelől segítik a társas környezet feletti nagyobb mértékű kontroll kialakítását, másrészt – részben az előbbi sajátosságuk révén – a környezet változásaihoz való sikeresebb alkalmazkodást, végső soron tehát az egyén nagyobb fokú *autonómiájához* járulnak hozzá. [114, 115] Több elmélet szerint az iskolázottság pozitív összefüggésben van az egészséges életvitellel, azaz a magasabban iskolázottak kevesebbet dohányoznak, kevesebb alkoholt fogyasztanak, ugyanakkor többet mozognak, mint az alacsonyabb iskolai végzettségűek. Vizsgálatok irányultak arra is, hogy kimutassák: a magasabban iskolázottak gyakrabban és nagyobb hatékonysággal veszik igénybe az egészségügyi ellátórendszert. [116] Ennek megfelelően vizsgálatunkban azt is igyekeztünk feltárni, hogy milyen kapcsolat van az iskolai végzettség és az egészségi állapot, az egészségmagatartás, illetve az ellátórendszer igénybevétele között.

A szűkebben vett egészségszociológiai kutatásokban az iskolai végzettség mint a társadalmi-gazdasági státusz mérésének egyik fontos eszköze mérhető a befejezett osztályok számával, illetve a megszerzett legmagasabb végzettséggel. A legtöbbször használt, az UNESCO által 1976-ban kifejlesztett [117] illetve a WHO [118] által is javasolt módszer az *iskolai végzettség* méréséhez az utóbbi megközelítést alkalmazó skála, amely a következő kategóriákat tartalmazza:

- 8 általános, vagy annál alacsonyabb
- középiskola érettségi nélkül
- középiskola érettségivel
- magasabb végzettség (egyetem, főiskola)

Az OLEF kutatás során mi is ezeket a kategóriákat használtuk.

### 5.9.3. Módszertan

Az iskolai végzettséget a kérdőív 55-ös kérdésével mértük (lásd: alább), ahol az interjúalanynak a legmagasabb iskolai végzettségét kellett megjelölnie. A kapott változó ordinális típusú. Az eredetileg hat kategóriás változóból a már említett, az EVSZ által ajánlott négykategóriás klasszifikációval származtatott változót képeztünk. A válaszokból ennek alapján a következő kategóriákat képeztük:

- 8 általános, vagy kevesebb: 1-es és 2-es válasz;
- középiskola érettségi nélkül: 3-as válasz;
- középiskola érettségivel: 4-es és 5-ös válasz;
- felsőfokú végzettség: 6-os válasz.

#### 55. Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége?

- 1 – Kevesebb, mint 8 általános
  - 2 – 8 általános
  - 3 – Szakmunkásképző, szakiskola
  - 4 – Technikum, szakközépiskola
  - 5 – Gimnázium
  - 6 – Főiskolai/egyetemi diploma
- 
- 8 – Nem tud válaszolni
  - 9 – Nem kíván válaszolni



## 5.9.4. Eredmények

### Az eredmények értelmezéséhez:

Az alábbi táblázatban az **iskolai végzettség** gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni.

### 5.9.4.1. Populációs becslések

**5.9-1. táblázat: A népesség iskolai végzettségének %-os megoszlása nemenkénti bontásban [95%-os megbízhatósági tartomány]**

A kérdezett neme	Iskolai végzettség				Összesen
	Legf. ált.	Közép, én.	Érettségi	Felső	
Nő	38,4 [18,5 - 28,9]	17,8 [15,9 - 19,9]	31,2 [28,0 - 34,7]	12,5 [9,0 - 17,2]	100,0
Férfi	23,3 [18,5 - 28,9]	37,2 [32,6 - 41,9]	24,8 [21,4 - 28,7]	14,7 [9,5 - 22,0]	100,0
Összesen	31,3 [26,4 - 36,7]	26,9 [23,8 - 30,3]	28,2 [25,0 - 31,7]	13,6 [9,3 - 19,3]	100,0

Az OLEF2000 adatai alapján a 15 évesnél idősebb hazai lakosság 31,3 %-a legfeljebb általános iskolát végzett. 26,9 % végzett érettségit nem adó középiskolát (szakiskolát vagy szakmunkásképzőt), 28,2 % rendelkezik legfeljebb érettséggel, 13,6 % pedig felsőfokú oklevéllel.

A legmagasabb iskolai végzettség belső arányai eltérően alakulnak a férfiak és nők körében. A férfiak 23,3 %-a végzett legfeljebb 8 általánost, míg a nők esetében ez az arány 38,4 %. Érettségit nem adó középfokú végzettséggel a férfiaknak 37,2, a nőknek 17,8 %-a rendelkezik. Legfeljebb érettségije a férfiak 24,8, a nők 31,2 %-ának van. Felsőfokú végzettségű a férfiak 14,7, a nők 12,5 %-a.

### 5.9.4.2. Összefüggés-elemzések

Az elemzés során vizsgáltuk az iskolázottság és az egészségi állapot, valamint az egészséget befolyásoló egyéni tényezők, az egészséggel kapcsolatos kiadások, illetve az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele közötti összefüggéseket. Az *egészségi állapot* egyes jellemzői közül az iskolázottság kapcsolatban volt a korlátozottsággal, a szív- és érrendszeri megbetegedésekkel, illetve a cukorbetegséggel. Nem találtunk ugyanakkor összefüggést az iskolázottság és a lelki egészség, valamint a szexuális magatartás között.

Az iskolázottság és a korlátozottság kapcsolatát vizsgálva megállapítottuk, hogy a legfeljebb 8 általános osztályt végzettek körében magasabb volt korlátozottság esélye a magasabb iskolai végzettségűekkel összevetve. Fokozná az érthetőséget, ha az esély fordítva volna megadva. Ez pontosabban azt jelenti, hogy a 8 általánost vagy kevesebbet végzetteknek szignifikánsan csaknem 48 %-kal nagyobb esélyük van a korlátozottságra, mint az érettségizetteknek.

A többi változó hatását kiszűrve azt tapasztaltuk, hogy az iskolázottság emelkedésével csökkent a szív- és érrendszeri betegségek előfordulásának esélye: a legmagasabb iskolai

végzettségűek körében 41 %-kal volt kisebb, mint a legfeljebb 8 általánossal rendelkezők között.

Az is megfigyelhető, hogy az érettségizettek körében mintegy 30%-kal, a felsőfokú végzettségűek körében pedig 70 %-kal kisebb volt a cukorbetegség előfordulásának esélye a legalacsonyabb iskolai végzettségű csoporthoz képest.

Az egészségi állapotot befolyásoló biológiai tényezők közül a testtömeg-index és az iskolai végzettség kapcsolatát vizsgálva kiderült, hogy a kapcsolat eltérő módon alakul a férfiak és a nők esetében. A többi változó hatását kiszűrve megfigyelhető, hogy a nők körében az érettségizettek, illetve a felsőfokú végzettségűek között kisebb az esélye az elhízásnak, mint a 8 általánost végzettek, illetve az érettségivel nem rendelkező középiskolát végzettek esetében. Az érettségizett nők körében a túlsúly/elhízás előfordulásának esélye mintegy 75 %-a a legfeljebb 8 általánost végzettekének. Általában igaz, hogy az érettségivel nem rendelkezők között csaknem azonos eséllyel fordul elő túlsúly/elhízás, míg ebben a tekintetben az érettségi megléte „választóvonalat” jelent. Eszerint a legalább érettségivel rendelkező nők körében jelentős mértékben kisebb az elhízás/túlsúly előfordulásának esélye, mint az érettségivel nem rendelkezők (legfeljebb 8 általánost, szakmunkásképzőt, szakiskolát végzettek) között. A férfiaknál nem volt szignifikáns kapcsolat a testtömeg-index és az iskolai végzettség között.

Az iskolai végzettség és az *egészségmagatartás* tényezői közül kapcsolat volt a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a testmozgás mértéke, illetve a főzéshez használt zsiradék jellege között.

Az iskolai végzettség és a dohányzás között megfigyelt kapcsolatot módosította az életkor, olyan módon, hogy a fiatalok között a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők között kisebb az erős dohányzás esélye, a középkorúak és az idősek körében ugyanakkor ilyen összefüggés nem mutatható ki. Azt tapasztaltuk, hogy a fiatalok (18-34 évesek) esetében a 8 általánosnál magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében szignifikánsan kisebb az esélye a rendszeres dohányzásnak a legalacsonyabb iskolai végzettségű referenciacsoport esélyéhez képest; konkrétan az érettségivel nem rendelkező középfokú végzettségűek csoportjában a rendszeres dohányzás esélye 62 %-a a referenciakategóriában becsült esélynek (100%), az érettségizettek körében ez az arány csaknem 27 %, a felsőfokú végzettségűek esetében pedig 33 %. Az iskolai végzettség és a rendszeres dohányzás közötti kapcsolat iránya ugyanakkor nem egyértelműen negatív, azaz az iskolai végzettség emelkedésével nem csökken egyértelműen a rendszeres dohányzás esélye a fiatalok körében. A csökkenő tendencia az érettségivel nem rendelkező és az érettségizett középfokú végzettségűek körében kimutatható, ugyanakkor a felsőfokú végzettségűek körében már valamivel nagyobb az esélye a rendszeres dohányzásnak, mint az érettségivel rendelkezők között. A középkorú (35-64 éves), illetve az idősebb (65 év fölötti) korosztályokban az iskolai végzettség és a rendszeres dohányzás esélye között nincs szignifikáns összefüggés.

Az alkoholfogyasztás és az iskolázottság kapcsolatát vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy a kapcsolat jellege a férfiak és a nők esetében eltér. Az alkoholfogyasztás esélye és az iskolai végzettség közötti kapcsolat a nőknél meglepő módon pozitív, azaz az iskolai végzettség emelkedésével nő a rendszeres alkoholfogyasztás esélye. Némileg leegyszerűsítve tehát azt mondhatjuk, hogy minél magasabb iskolai végzettségű egy nő, annál nagyobb valószínűséggel válik nagyivóvá. Az érettségivel nem rendelkező középiskolát végzettek között 2,9-szer, az érettségizettek között 3,2-szer, a felsőfokú végzettségűek között pedig 4,1-szer nagyobb az esélye a rendszeres alkoholfogyasztásnak, mint a legfeljebb 8 általánost végzettek között. A férfiak körében ilyen tendencia nem volt megállapítható.

Összefüggést találtunk a testmozgás gyakorisága és az iskolai végzettség között is: mind a nők, mind pedig a férfiak esetében a magasabb iskolai végzettségűek között nagyobb a rendszeres testmozgás esélye. Ez azt jelenti, hogy az érettségizett nők csoportjában a fizikai

inaktivitás esélye kisebb, 68 %-a a legfeljebb 8 általánost végzett nőkének, azaz az érettségizettek körében nagyobb a rendszeres testmozgás esélye. Az érettségivel nem rendelkező két kategória csaknem azonos valószínűséggel végez rendszeres testmozgást, ugyanakkor a legalább érettségivel rendelkezők többit mozognak, mint a 8 általánost végzettek.

A férfiak esetében szignifikáns negatív pozitív trend figyelhető meg az iskolai végzettség és a fizikai inaktivitás esélye között, azaz minél iskolázottabb valaki, annál nagyobb eséllyel végez rendszeres testmozgást. Az érettségivel nem rendelkezők esélye a fizikai inaktivásra a legfeljebb 8 általánost végzettekhez képest mintegy 64 % (a 100 %-hoz képest), az érettségizetteknél ez az arány 48%, míg a felsőfokú végzettségűek között mindössze 30 %, azaz ennyivel kisebb a valószínűsége ebben a három kategóriában annak, hogy ritkán vagy egyáltalán ne mozogjanak. Összességében mindez azt jelenti, hogy a férfiak körében az iskolai végzettség emelkedésével jelentősen nő a rendszeresen testmozgás esélye.

A főzéshez használt zsiradék jellegét tekintve a felsőfokú végzettségűek és az alacsonyabb iskolai végzettségűek között van jelentős eltérés: a főiskolát vagy egyetemet végzettek a többi kategóriánál jelentősen kisebb valószínűséggel használnak állati eredetű zsiradékot. Az elemzés szerint az iskolai végzettség és az állati zsiradék használata közötti kapcsolat negatív irányú: az iskolázottság növekedésével csökken az állati zsír használatának valószínűsége a referenciacsoporthoz képest. Ez az arány az érettségizettek között a legfeljebb nyolc általánossal rendelkezők körében becsült esélyhez képest 32%-kal, a főiskolát vagy egyetemet végzettek körében pedig 60 %-kal kisebb.

Az egészséggel kapcsolatos kiadások esetében az iskolai végzettség emelkedésével nő a fogászati kiadások mértéke, azonban ez az összefüggés csak az érettségivel nem rendelkező középfokú végzettségűek esetében igazolódott: éves szinten 5175 Ft-tal többet költenek fogászati kezelésre, mint a legfeljebb 8 általánost végzettek.

Az összefüggéseket elemezve megállapítottuk, hogy kapcsolat van a végzettség és az *alap-, a járóbeteg -, illetve a fekvőbeteg-szakellátás* igénybevétele között. A többi változó, köztük a régió és a településtípus hatását kiszűrve kiderült, hogy az iskolai végzettség és az alapellátás igénybevétele közötti kapcsolat pozitív: a végzettség emelkedésével nő az alapellátás igénybevétele esélye. A felsőfokú végzettségűek esetében csaknem kétszer akkora, mint a legfeljebb 8 általánost végzettek körében, de még az érettségivel nem rendelkező középfokú végzettségűek is nagyobb valószínűséggel vették igénybe az alapellátást, mint a legkevésbé iskolázottak. A járóbeteg-szakellátás esetében hasonló tendenciát figyeltünk meg: a végzettség emelkedésével nő az igénybevétel esélye: az érettségivel nem rendelkező középfokú végzettségűek közel 38, az érettségizettek közel 60, a felsőfokú végzettségűek pedig mintegy 80 %-kal nagyobb eséllyel vették igénybe a járóbeteg szakellátást, mint a legfeljebb 8 általánossal rendelkezők. A fekvőbeteg-szakellátás igénybevételeiben nem volt kimutatható ilyen irányú összefüggés az iskolai végzettséggel. Azt mondhatjuk tehát, az iskolai végzettséget tekintve választóvonal van az alap- és járóbeteg-szakellátás, illetve a fekvőbeteg-szakellátás igénybe vétele között.

## 5.9.5. Megbeszélés

### 5.9.5.1. Belső összehasonlítások

A belső inkonzisztencia vizsgálatok nem tártak fel az iskolai végzettség vonatkozásában jelentős hibákat.

### 5.9.5.2. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság

### 5.9.5.3. Az eredmények értelmezése

Elemzésünk során arra kerestünk választ, hogy az iskolai végzettség milyen összefüggésben áll az egészségi állapottal, az egészséget befolyásoló legfontosabb egyéni tényezőkkel és az ellátórendszer igénybevételével.

Azt tapasztaljuk, hogy a többi – az elemzésbe bevont – változó hatását kiszűrve az iskolai végzettség szignifikáns összefüggést mutat mind az egészségi állapottal, mind az azt befolyásoló tényezőkkel.

Az a tény, hogy kapcsolatot találtunk az egészségi állapot, illetve az iskolázottság között, többféle módon magyarázható. Nem kizárt, hogy az iskolai végzettségnek *közvetlen* hatása is van az egészségi állapotra, mindezzel együtt is valószínűbbnek látszik azonban, hogy iskolázottság és az egészségi állapot közötti összefüggések nem közvetlenek, hanem számos – elsősorban szociális – faktor közvetítése révén mutatkoznak meg. A közvetítő folyamatot több, összetett tényező befolyásolja.

Az iskolázottság, a hosszú tanulási folyamat főleg azoknak a készségeknek a kialakulását segíti elő, amelyek a környezet, elsősorban a szociális környezet, illetve a saját viselkedés feletti (ön)kontroll gyakorlásának képességét erősítik. A környezet felett gyakorolt kontroll kettős módon van kapcsolatban az egészséggel: egyfelől általában véve is tudatosabb életvitelt jelent, másfelől pedig jobb alkalmazkodóképességet a környezethez és annak változásaihoz. A környezethez való rossz alkalmazkodóképesség maladaptív viselkedésformákat, olyan kompenzációkat eredményezhetnek, amelyek célja az azonnali örömszerzés, és amelyek többsége közvetlenül viseli meg az egészséget (túlzott dohányzás, alkoholfogyasztás, stb.).[119]

Ezeket a hatásokat elemzésünk eredményei részben igazolják. Láthattuk, hogy az iskolázottság növekedésével nő a rendszeres testmozgás vagy a növényi eredetű zsiradékok használatának valószínűsége. Ez alátámasztja, hogy a magasabb iskolázottság tudatosabb, az egészséget közvetlenül befolyásoló tényezőket aktívan befolyásoló életvitelt eredményezhet. Az egészséget negatívan befolyásoló szokások, az alkoholfogyasztás és a dohányzás elemzésében tapasztaltak azonban csak részben erősítik meg az iskolázottság és az egészségi állapot közötti összefüggést. A dohányzás kapcsán leírtuk, hogy a fiatalok körében a dohányzás esélye csökken az iskolai végzettséggel, ami talán arra enged következtetni, hogy a 18-34 év közötti korosztály inkább tudatában van a dohányzás egészségkárosító hatásának, mégpedig az iskolázottsági szinttől függő mértékben. Elképzelhető tehát, hogy ebben a korosztályban formálódóban van egy, a dohányzás kockázataival komolyan számoló, az egészségmagatartást befolyásoló értékrend.

Az alkoholfogyasztási szokásokat vizsgálva tapasztaltuk, hogy a nők esetében a magasabb iskolai végzettségűek között nagyobb a nagyívás kockázata. Elképzelhető, hogy a jelenség háttérében a nők társadalmi szerepének elbizonytalanodása, illetve a szerepekhez való alkalmazkodási nehézségek állnak. A túlzott mértékű alkoholfogyasztás ebben az esetben a környezeti változások okozta frusztrációra, belső zavarokra adott inadekvát válasz lehet.

Az egészségügyi ellátórendszer és az iskolázottság általunk leírt összefüggései szintén erősíteni látszanak azt a feltételezést, hogy a magasabb iskolázottság tudatosabb életvezetést eredményez. Az eredmények szerint az iskolai végzettség magasabb kategóriáiban nagyobb eséllyel veszik igénybe az alap-, illetve szakellátás intézményeit. A magasabb végzettségűek nagyobb eséllyel kapcsolódnak be az ellátórendszer alacsonyabb, költséghatékonyabb szintjén. Az alacsonyabb iskolai végzettségűek, akik vélhetően rosszabb anyagi körülmények

között élnek, nagyobb eséllyel kerülnek kapcsolatba az egészségügyel az ellátórendszer magasabb szintjén. Ez pedig a járóbeteg-ellátáshoz képest mind pénzügyi, mind társadalmi vonatkozásban többletköltségeket jelent.

Vélhető ugyanakkor az is, hogy az ellátás alapszintjével ritkábban kapcsolatba kerülők egészségi állapota rosszabb és nagyobb eséllyel kerülnek kórházba, mint azok, akik rendszeresen igénybe veszik az alap-, illetve a járóbeteg-szakellátást. Eredményeink megerősíteni látszanak ezt a gondolatmenetet: az alacsony iskolai végzettségűek ritkábban kerülnek kapcsolatba az alapellátás intézményeivel, mint az iskolázottak. Ennek egyik fontos következménye lehet, hogy a fekvőbeteg-ellátásba betegebben jutnak el, így kérdésessé válik, hogy a fekvőbeteg-ellátás képes lehet-e kompenzálni az alapellátás igénybevételének elmulasztását.

### **5.9.6.            Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra**

Több, a magyar társadalom rétegződésével foglalkozó kutatás eredményei mutatják azt, hogy a társadalmi különbségeket reprezentáló változók (jövedelem, vagyoni helyzet, fogyasztás, kulturális javak, stb.) tekintetében nem csak az egyes végzettségi szintek *között*, hanem a szinteken *belül* is különbségek vannak. Érdekes lehet tehát megvizsgálni, hogy ezek a különbségek megjelennek-e az egészségi állapot tekintetében is. Az iskolai végzettséget mérő kategóriák bontásánál figyelembe lehetne venni az érettségit adó intézmény, illetve a felsőfokú intézmény jellegét, tehát azt, hogy valaki szakközépiskolai vagy gimnáziumi érettségit szerzett-e, illetve, hogy a főiskolai vagy egyetemi diplomával rendelkezik-e. Ugyancsak érdekes lehet olyan kérdések kutatása is, amelyek az egyén pszichoszociális erőforrásaira, tehát például annak a feltérképezésére irányulnának, hogy mennyire érzi úgy, hogy befolyásolni tudja a saját életét.

## 5.10. Vallásosság

*Dr. Lobmayer Péter*

### 5.10.1. Kiemelt eredmények

- A vallása előírásait szigorúan betartók kategóriájától a nem vallásosak csoportjáig növekedett a túlzott alkoholfogyasztás és a dohányzás esélye: a magukat nem vallásosnak mondók körében a nagyívás esélye mintegy 35%-kal, a dohányzás esélye pedig 125%-kal volt nagyobb a vallásuk tanítását szigorúan betartókhoz viszonyítva. A túlzott alkoholfogyasztás esetében az eredmény a statisztikai jelentősség határán volt.

### 5.10.2. Háttér

A *vallásosság* fogalmának közkeletű meghatározása, hogy az egyén valamely egyházhoz, felekezethez tartozik, annak tagja [120]. A vallási közösséghez, felekezethez tartozás felméréseivel kapcsolatosan problémát jelenthet, hogy a kérdezettek sok esetben akkor is valamilyen felekezethez kötődőnek vallják magukat, ha ténylegesen nem vesznek részt vallási tevékenységekben, csak – például keresztény egyházak, felekezetek esetében-gyerekkorukban meg lettek keresztelve, vagy esetleg nagyobb ünnepek, családi események alkalmával látogatnak vallási összejöveteleket.

Pontosabb információt kapunk, ha nem a névleges, hanem a tényleges vallási részvételt, tevékenységet vizsgáljuk. A részvétel azonban kétféleképpen is értelmezhető: érthetjük alatta a vallási közösség tagjaként történő tevékenységet, de éppúgy a személynek a maga módján való vallásosságát, a magányosan végzett vallásos cselekedeteket (például ima, vallásos könyvek olvasása). Általánosan elfogadott, hogy a kettőt mindenféleképpen külön kell kezelni, a határok pontos megkülönböztetésével. Az OLEF adatai – a szakirodalom legnagyobb részéhez hasonlóan – nem alkalmasak arra, hogy a vallás gyakorlásának e két formáját megkülönböztessük.

Chatters a szakirodalom áttekintése alapján arra a következtetésre jut, hogy a vallásosság szoros pozitív összefüggésben van az egyén és a népesség egészségével is a legtöbb tanulmány eredménye szerint [121]. A vallásosság és az egészség közötti összekötő kapocs lehet az életmódi tényezők összessége; a társadalmi támogatottság; a megküzdési erőforrások és technikák; valamint a pozitív hozzáállás, hit és érzelmek. A vallásosságnak lehetnek mindezen tényezőkben negatív megnyilvánulásai is, például az élvezeti szerek (dohányzás, alkohol, drogok stb.) használatának korlátozása mellett bizonyos szekták deviáns viselkedési normákat követelnek tagjaiktól, és korlátozhatják vagy tilthatják az egészségügyi ellátás igénybevételét is. Ezért fontos különbséget tenni a különböző egyházakhoz való tartozás szerint, és nem csak aszerint, hogy valaki hívőnek tartja-e magát, vagy nem. Nagyon valószínűtlennek tűnik ugyanis, hogy nagyon különböző – esetleg ellentétes tartalmú – vallások hasonló egészségi hatásokat hoznának létre [121].

Vannak ezzel ellentétes szakirodalmi vélekedések is: Sloan például nem találja bizonyítottnak a vallásosság és az egészség közötti összefüggést a 2000. évben megjelent szakirodalom áttekintése alapján [122]. Kritikájában a szerző joggal veti fel, hogy a vallásosság és az egészség pozitív összefüggését vizsgáló tanulmányok közül nagyon kevés teljesíti az epidemiológiai tanulmányokkal kapcsolatos alapvető követelményeket, mint például a kellő nagyságú minta, vagy az expozíció pontos definiálása, és mérése. Ennek a tanulmánynak a jelentőségét nem is az adja, hogy a 2000. év szakirodalmának áttekintése alapján nem találja

bizonyítottak a vallásosság és az egészség közötti pozitív összefüggést, mert például a dohányzás és a tüdőrák kapcsolatát sem valószínű, hogy bizonyítottnak lehetne tekinteni kizárólag a 2000. év szakirodalmának áttekintése alapján. Sokkal inkább azért fontos ez a munka, mert a vizsgált év szakirodalmában feltárt módszertani hiányosságok fokozott óvatosságra intenek a teljes szakirodalom megállapításaival kapcsolatban.

Chatters részletesen foglalkozik az etnikai hovatartozás és a vallásosság interakciójának kérdésével is. A vallásosságnak nagy jelentőséget tulajdonítanak az amerikai afrikai népesség esetében, mint egy olyan tényezőnek, amely a szociális hátrányok és a megkülönböztetés káros egészségi hatásait tompítja. Hasonló tényezőket említnek az USA-ban élő mexikóiak esetében is [121].

A vallási közösséghez nem kötődő, a személynek a „maga módján” való vallásossága és az egészségi állapot között egyes kutatások eredményei szerint nem mutatható ki szignifikáns kapcsolat [123, 124]. De a vallásosság bizonyos formái, melyek összekapcsolódnak valamilyen közösségi érzéssel, közösségbe tartozással, számos vizsgálat eredményei szerint hozzájárulnak a lelki és a testi betegségek megelőzéséhez, illetve a már kialakult betegségek esetében elősegíthetik a gyógyulást [125]. A vallásgyakorlás egyes vizsgálatok szerint [126, 127, 128] összefüggésben áll az egészségesebb életmóddal, például aki gyakran vesz részt vallási összejöveteleken, az kisebb valószínűséggel dohányzik, illetve ha mégis dohányzik, akkor kevesebb cigarettát szív, mint az, aki ritkábban vagy egyáltalán nem gyakorolja vallását. Annak eldöntése, hogy a vallásosság és az egészség között pontosan milyen kapcsolat áll fenn, további specifikus vizsgálatokat igényelne [129].

A TÁRKI 1999-es Háztartási Monitor vizsgálatában [130] felmérték a kérdezettek vallásosságát és a templomba járás gyakoriságát is. Eredményeik szerint a lakosság 47,7%-a vallotta magát vallásosnak, 44,3% pedig nem vallásosnak. A teljes lakosság 12,3%-a járt rendszeresen (legalább hetente egyszer) templomba, misére, istentiszteletre, 58,2%-a ritkán, 29,5%-a pedig sohasem.

A Medián 1999-ben végzett omnibusz vizsgálatának eredményei alapján [131] hetente legalább egyszer járt templomban a felnőtt lakosság 10%-a, havonta többször 4%, évente többször 13%, csak családi események, nagy ünnepek alkalmával: 39% és soha nem járt templomban 34%. Az egyház tanításait követte a felnőttek 13%-a, vallásos volt a maga módján 56% és nem volt vallásos 28%.

### 5.10.3. Módszertan

<p><b>63. Vallásos Ön?</b></p> <p>1 – Igen, szigorúan követem a vallásom tanításait  2 – Igen, többé-kevésbé a magam módján  3 – Nem -----&gt;TOVÁBB A 65. KÉRDÉSRE!</p> <hr/> <p>8 – Nem tud válaszolni -----&gt;TOVÁBB A 65. KÉRDÉSRE!  9 – Nem kíván válaszolni-----&gt; TOVÁBB A 65. KÉRDÉSRE!</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>64. Milyen gyakran vesz részt a vallási közössége összejövetelein?</b></p> <p>1 – Hetente  2 – Havonta  3 – Ritkábban mint havonta</p> <hr/> <p>4 – Sohasem  8 – Nem tud válaszolni  9 – Nem kíván válaszolni</p>	<input type="checkbox"/>

A kérdezettek vallásosságára, és vallásos közösségbe tartozására vonatkozóan két kérdés (63-64.) szerepelt a felmérés kérdőívében. A kérdések célja nem konkrét vallási közösség, felekezeti hovatartozás meghatározása volt, hanem annak megállapítása, hogy a kérdezett vallásosnak tartotta-e magát, illetve ha igen, akkor milyen gyakran vett részt vallási közössége összejövetelein.

A kérdésekre adott válaszok alapján vallásosnak tekintjük mindazokat, akik bevallásuk szerint szigorúan követik a vallásuk tanításait és azokat is, akik a maguk módján vallották magukat vallásosnak.

A vallási közösség összejövetelein rendszeresen részt vevők közé azokat soroltuk, akik hetente részt vettek közösségük rendezvényein.

Mivel a vallási összejöveteleken való részvétel egyik feltétele a megtartott funkcionalitás (mozgásképeség), így az összefüggés elemzés során a két tényező (funkcionalitás és a vallási összejöveteleken való részvétel) összefüggése miatt a további egészségre és az egészségügy használatának kérdésére vonatkozó összefüggések egy meghatározhatatlan része is ennek a következményei lehetnének. Ennek az elkerülésére az összefüggés-elemzéseket csak a 63-as kérdés alapján, a vallásosság két kategóriáját összevonva (a vallása tanításait szigorúan megtartó, a maga módján vallásos), illetve a nem vallásos kategóriák felhasználásával végeztük.



## 5.10.4. Eredmények

### 5.10.4.1. Populációs becslések

#### **Az eredmények értelmezéséhez:**

Az alábbi táblázatokban a vallásosság kategóriái gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például a vallásosság egyes kategóriái gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az életkor és a vallásosság kategóriái közötti statisztikai összefüggést.

A férfiak 61,9%-a, a nők 73,7%-a tartja magát vallásosnak. Szigorúan betartja vallása előírásait a férfiak 8,5%-a, és a nők 15,5%-a. Rendszeresen, legalább heti egyszeri gyakorisággal részt vett vallási közössége összejövetelein minden 7. nő (13,5%) és minden 15. férfi (6,5%). A fiatalok körében magasabb a magukat nem hívőnek vallók aránya, és ez az arány az életkor növekedésével csökken: a 18-34 éves korosztályban a nem vallásosok aránya a férfiak esetében 48,8%, míg a 65 éves kor fölöttiekénél ez az arány 22,4%. Ugyanezek az adatok a nők esetében még nagyobb változást mutatnak a korról: 39,5%, illetve 9,9% ugyanezen két korcsoportban.

Az életkor előrehaladtával a vallásos közösségbe tartozás emelkedett: a legidősebb korosztályba tartozó nők több mint négyszer annyian (27,4%) vettek részt rendszeresen vallási összejövetelen, mint a fiatal nők (6,6%), a férfiaknál pedig a rendszeres résztvevők részaránya az időseknél (11,6%) kétszeres volt a fiatalokhoz képest (5,1%). A vallásosság megoszlását nemek szerint az 5.10-1. táblázat és az 5.10-2. táblázat mutatja.

#### **5.10-1. táblázat: A magát vallásosnak tekintők aránya a nők körében (%)**

Vallásos Ön?	Nők			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
<b>igen, szigorúan betartja</b>	6,4	12,4	34,7	15,5
	[5,1-8,0]	[10,8-14,2]	[29,2-40,6]	[13,9-17,3]
<b>igen</b>	54,1	61,9	55,4	58,2
	[50,0-58,1]	[59,1-64,6]	[51,2-59,6]	[56,2-60,2]
<b>nem</b>	39,5	25,7	9,9	26,3
	[35,6-43,6]	[23,0-28,7]	[7,4-13,2]	[23,9-28,9]
<b>Összesen</b>	100,0	100,0	100,0	100,0

#### **5.10-2. táblázat: A magát vallásosnak tekintők aránya a férfiak körében (%)**

Vallásos Ön?	Férfiak			Összesen
	18-34 év	35-64 év	65+ év	
<b>igen, szigorúan betartja</b>	5,8	7,8	17,0	8,5
	[4,2-8,0]	[6,4-9,6]	[13,8-20,8]	[7,3-9,8]
<b>igen,</b>	45,4	56,7	60,6	53,4
	[39,9-50,9]	[52,0-61,2]	[54,8-66,1]	[49,0-57,7]
<b>nem</b>	48,8	35,5	22,4	38,2
	[44,1-53,5]	[30,9-40,3]	[17,1-28,8]	[34,0-42,5]
<b>Összesen</b>	100,0	100,0	100,0	100,0

### 5.10.4.2. Összefüggés-elemzések

#### Az eredmények értelmezéséhez:

A többváltozós elemzés lehetővé teszi **több** magyarázó jellemzőnek **egy** vizsgált tényezőre kifejtett hatásának elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszűrve” az elemzésbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2000 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

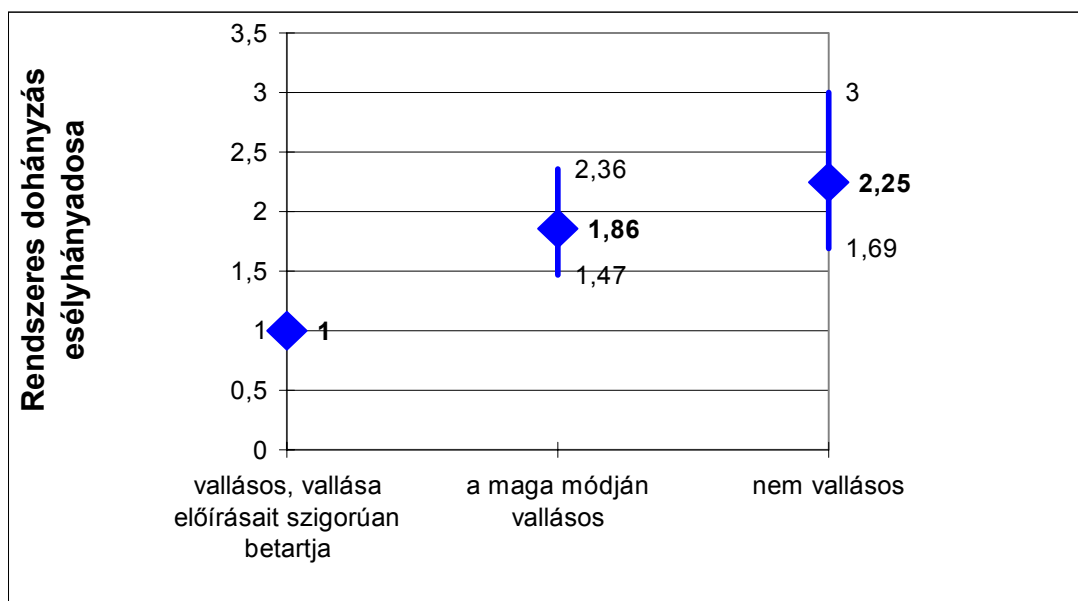
- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.

Mivel az életkor mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhetők az **egyen szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásokról.

A vallásosságra vonatkozóan összefüggés-vizsgálatot a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás esetében végeztünk. Az összefüggés-elemzés során csak a vallásosság három kategóriáját vettük figyelembe. Ezek a következők: 1. vallásos, szigorúan betartja a vallásának az előírásait; 2. vallásos, a maga módján; 3. nem vallásos.

A vallása előírásait szigorúan betartók kategóriájától a nem vallásosak csoportjáig növekedett a túlzott alkoholfogyasztás és a dohányzás esélye: a magukat nem vallásosnak mondók körében a nagyívás esélye mintegy 35%-kal, a dohányzás esélye pedig 125%-kal volt nagyobb a vallásuk tanítását szigorúan betartókhöz viszonyítva. A túlzott alkoholfogyasztás esetében az eredmény a statisztikai jelentőség határán volt ( $p = 0,086$ ). Az összefüggéseket a 5.10-1. ábra mutatja.

5.10-1. ábra: A dohányzás és a vallásosság összefüggése



## **5.10.5. Megbeszélés**

### **5.10.5.1. Érvényesség**

### **5.10.5.2. Belső összehasonlítások**

A vallási közösségbe tartozásra vonatkozó kérdésre adott válaszok érvényességét némiképp csökkentti, hogy a közösségi életben való részvételre vonatkozó gyakorisági kategóriák hiányosak: kimaradt a heti egynél gyakoribb, illetve a hetinél ritkább, de a havinál gyakoribb részvétel lehetősége. Elemzésünk során ezért sem használtuk az erre a kérdésre adott válaszokat

### **5.10.5.3. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság**

A TÁRKI vizsgálatának [130] adataival csak korlátozott mértékben hasonlíthatók össze az OLEF2000 adatai, mivel a két felmérésben eltérő eszközök használatával születtek az eredmények.

### **5.10.5.4. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra**

A vallásosság dimenzióit jobban fel kell tárunk. Ennek érdekében a vallás jellegére rá kell kérdeznünk (keresztény, zsidó, muzulmán, stb.). Fontos lenne a válaszadó hitének alapvető jellegét feltárni: megtudni, hogy milyen értékeket vall magáénak.

A vallási közösségi élet gyakoriságára vonatkozó kérdéshez rendeljük hozzá a megfelelő válaszkategóriák teljes tartományát.

Megfontolandó a vallásosságra vonatkozó kérdéseket az önkitöltős kérdőívben elhelyezni.

### **5.10.5.5. Az eredmények értelmezése**

A magukat vallásosnak tartó emberek két fontos rizikófaktor: a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás tekintetében kedvezőbb helyzetben vannak, mint a nem vallásosak – jóllehet az alkoholfogyasztás tekintetében az eredmény a statisztikai jelentőség határán volt. Ezek az eredmények megegyeznek a más szerzők által közzétettekkel [121]. Ennek hátterében az lehet, hogy – ahogy Chatters irodalmi áttekintésében leírja – a vallásosságnak az egészséges viselkedési mintákat kialakító tényezői lehetnek a társadalmi támogatottság; a megküzdési erőforrások és technikák; és a pozitív hozzáállás, hit és érzelmek.

Lehetséges, de kevésbé valószínű, hogy a nem dohányzó és nem nagyívó emberek válnának inkább vallásosakká, és ezért lenne alacsonyabb a dohányzás és a nagyívás esélye a vallásos emberek körében. Ennek a kérdésnek a részletesebb megvitatása későbbi vizsgálatnak lehet tárgya. A teljesség kedvéért fel kell vetni annak a lehetőségét, hogy a vallásosság és a nemdohányzó, illetve nem nagyívó, vagyis józan életmód kialakulásának közös külső okai vannak – például a neveltetésben, személyiségben, stb.

Feltételezhető, hogy a vallásos emberek egészségi állapota jobb, mint a nem vallásos embereké. Adataink további elemzése fog rávilágítani arra, hogy van-e összefüggés a vallásosság és az egészségi állapot között.

## 5.11. Irodalom

- 1 Kolosi Tamás: Státusz és réteg. Rétegződés – modell – vizsgálat III. Budapest, 1984.
- 2 Kolosi Tamás: A terhes babapiskóta. 2001. Budapest, Osiris
- 3 Losonczy Ágnes: Ártó-védő társadalom. 1989. Budapest, Közgazdasági és Jogi Kiadó
- 4 Howard B. Kaplan: Health, Disease and The Social Structure. In: Howard S. Freeman – Sol Levine (ed.): Handbook of Medical Sociology. 1989. New Jersey, Practice Hall
- 5 Evo Lahela and Tapani Valkonen: Health and Social Inequities in Finland and Elsewhere. Soc. Sci. Med. 1990/3
- 6 Orosz Éva: Félúton vagy tévúton? 2001. Budapest, Egészséges Magyarországért Egyesület
- 7 Bukodi Erzsébet – Róbert Péter: Vagyoni helyzet – kulturális fogyasztás. In: Társadalmi Riport 2000. Budapest, TÁRKi
- 8 Health Interview Surveys - Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications, European Series, No.58 WHO Regional Office for Europe Copenhagen – Statistics Netherlands Voorburg 1996.
- 9 Anton E. Kunst, Vivian Bos, Johan P. Mackenbach. Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations. 2000. Department of Public Health – Erasmus University Rotterdam
- 10 Lehmann Hedvig – Polonyi Gábor: Kórkörkép: látens és diagnosztizált betegségek. 1998. Budapest, TÁRKi – Társadalompolitikai tanulmányok 9.
- 11 Spéder Zsolt: Egészségi állapot. In: Az ajtók záródnak. 1997. Budapest, BKE - TÁRKi
- 12 Black D, M.J., Smith C, Townsend P., The Black Report. Inequalities in Health, ed. D.N. Townsend P. 1980: Penguin Books, Harmondsworth.
- 13 Black, D., et al., eds. Egyenlőtlenségek az egészségügyben. Szociológiai füzetek, ed. C. Lajos. Vol. 37. 1985, Művelődési Minisztérium Marxizmus-Leninizmus Oktatási Főosztálya: Budapest.
- 14 Központi Statisztikai Hivatal, A népesség egészségi állapota. 1989: Budapest.
- 15 Marmot, M., et al., Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. Lancet, 1997. 350(9073): p. 235-239.
- 16 Marmot, M., et al., Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. Lancet, 1991. 337: 1387-93.
- 17 Marmot, M., et al., Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. Journal of Epidemiology and Community Health., 1978. 32: 244-9.
- 18 Biondi, M. and L. Zannino, Psychological stress, neuroimmunomodulation, and susceptibility to infectious diseases in animals and man: A review. Psychotherapy and Psychosomatics, 1997. 66(1): p. 3-26.
- 19 Marmot, M. and R.G. Wilkinson, Social Determinants of Health. 1999: Oxford University Press.
- 20 Marmot, M. and R.G. Wilkinson, Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. British Medical Journal, 2001. 322(7296): p. 1233-1236.
- 21 Bobak, M., et al., Own education, current conditions, parental material circumstances, and risk of myocardial infarction in a former communist country. Journal of Epidemiology and Community Health, 2000. 54(2): p. 91-96.
- 22 Kopp M, Skrabski Á, Szedmák A. Országos reprezentatív morbiditási felmérés eredményei és a morbiditási mutatók legfontosabb háttértényezői. Végeken. 1997 (8)2-3: 4-26.
- 23 Központi Statisztikai Hivatal. Egészségi Állapotfelmérés. Budapest, KSH: 1996
- 24 TÁRKi. Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról. Budapest: 1998
- 25 Statistics Canada (Standard Division). Standard Occupational Classification. Ottawa, 1980.
- 26 Jones, FL. Occupational Prestige in Australia: A New Scale. Australia and New Zealand Journal of Sociology, 1989. 25(2): 187-199

- 27 Deonandan, R, Campbell, K, Ostbye, T, Tummon, I, Robertson, J. A comparison of methods for measuring socio-economic status by occupation or postal area. *Chronic Diseases in Canada*, 2000. Vol 21, No. 3
- 28 International standard classification of occupation, revised version. Geneva, International Labour Office, 1988.
- 29 Marmot, M., et al., Changing social class distribution of heart disease. *British Medical Journal*. 1978; ii: 1109-12.
- 30 Marmot, M., et al., Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 1997. 350(9073): p. 235-239.
- 31 Marmot, M., et al., Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, 1991. 337: 1387-93.
- 32 Marmot, M., et al., Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1978. 32: 244-9.
- 33 Marmot, M. and T. Theorell, Social class and cardiovascular disease: the contribution of work.
- 34 Marmot, M. and Shipley, MJ, Do socioeconomic differentials in mortality persist after retirement? 25 Year Follow up of civil servants from the first Whitehall study. *British Medical Journal*. 313: 1177-80.
- 35 TÁRKI. Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról. Budapest: 1998
- 36 KSH, Egészségi állapotfelmérés, 1994. Életmód, kockázati tényezők. 1996: Budapest.
- 37 OECD Labour market Statistics. <http://www1.oecd.org/scripts/cde/count.asp>.
- 38 Harcsa István: Munkaidő – életmód. *Statisztikai Szemle* 5. Szám. 1988
- 39 World Health Organization. Regional Office for Europe Copenhagen. Health21 The health for all policy framework for the WHO European Region. WHO 1999.
- 40 Bosma, H., et al., Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *British Medical Journal*, 1997. 314: p. 558-65.
- 41 Johnson, J. and E. Hall, Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 1988. 78: 1336-42.
- 42 Kopp MS, F.P., Appels AD, Szedmák S, Depressive symptomatology and vital exhaustion are differentially related to behavioural risk factors for coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 1998(60): p. 752-758.
- 43 Anton E. Kunst, Vivian Bos, Johan P. Mackenbach. Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations. 2000. Department of Public Health – Erasmus University Rotterdam
- 44 Kawachi, I., Long live community. *The American Prospect*, 1997. 8(35).
- 45 Kawachi, I., B.P. Kennedy, and R.G. Wilkinson, Crime: social disorganization and relative deprivation. *Social Science & Medicine*, 1999. 48(6): p. 719-731.
- 46 TÁRKI. Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról. Budapest: 1998
- 47 Vargáné Hajdú Piroska, Ádány Róza. A halálozás területi különbségei Magyarországon, 1994-1996. *Népegészségügy* 81. évfolyam, 1. szám. 2000.
- 48 Tarkowska, E. and J. Tarkowski, Social disintegration in Poland: civil society or amoral familism? *Telos*, 1991. 89: p. 103-9.
- 49 Hajdu, P., M. McKee, and F. Bojan, Changes in premature mortality differentials by marital status in Hungary and England and Wales. *European Journal of Public Health*, 1995. 5: p. 529-64.
- 50 Watson, P., Explaining rising mortality among men in Eastern Europe. *Social Science and Medicine*, 1995. 41: p. 923-34.
- 51 McKeever, T.M., et al., Siblings, multiple births, and the incidence of allergic disease: a birth cohort study using the West Midlands general practice research database. *Thorax*, 2001. 56(10): p. 758-762.
- 52 Miller, J.E., Predictors of asthma in young children: Does reporting source affect our conclusions? *American Journal of Epidemiology*, 2001. 154(3): p. 245-250.
- 53 Infante-Rivard, C., et al., Family size, day-care attendance, and breastfeeding in relation to the incidence of childhood asthma. *American Journal of Epidemiology*, 2001. 153(7): p. 653-658.

- 55 König, C., I.v.d. Bogerd, and M. Walenbergh, The health of the underclass in the Netherlands. 1992, Catholic University Nijmegen: Nijmegen.
- 56 Duncan, G., J. Yeung, and W. Rodgers, Lone-parent families in the United States - dynamics, economic status and developmental consequences. *Population*, 1994. 49(6): p. 1419-1435.
- 57 Marmot, M., et al., Relative contribution of early life and adult socioeconomic factors to adult morbidity in the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001. 55(5): p. 301-307.
- 58 Smith, G.D., et al., Leg length, insulin resistance, and coronary heart disease risk: The Caerphilly Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001. 55(12): p. 867-872.
- 59 Hart, C.L., D.J. Hole, and G.D. Smith, Influence of socioeconomic circumstances in early and later life on stroke risk among men in a Scottish cohort study. *Stroke*, 2000. 31(9): p. 2093-2097.
- 60 Beatson-Hird, P., P. Yuen, and R. Balarajan, Single mothers: their health and health service use. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1989. 43: p. 385-90.
- 61 Bobak, M., et al., Own education, current conditions, parental material circumstances, and risk of myocardial infarction in a former communist country. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000. 54(2): p. 91-96.
- 62 Kovács, K., Halandósági többlet és egészség-deficit a nem-házások körében, in Központi Statisztikai Hivatal Kutatási jelentések. megjelenés alatt: Budapest.
- 63 Központi Statisztikai Hivatal, Demográfiai évkönyv 2000. 2001, Budapest: KSH.
- 64 Központi Statisztikai Hivatal, A népesség egészségi állapota. 1989: Budapest.
- 65 Központi Statisztikai Hivatal, Egészségi állapotfelmérés, 1994. Életmód, kockázati tényezők. 1996: Budapest.
- 66 FACT, I., Dohányzás és alkoholfogyasztás. 1999: Pécs.
- 67 Harsányi László (szerk): A Szívbarát Program induló helyzetfelmérésének szerkesztett adattára. Szívbarát Program kiadványai. 2. kötet.
- 68 Harsányi László (szerk): A Szívbarát Program 1997-es és 1999-es felmérésének összehasonlító adatai.
- 69 Maes S, Vingerhoets A, Van Heck G. The study of stress and disease: some developments and requirements. *Social Science and Medicine*, 1987; 25: 567-78
- 70 Seeman TE. Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, 2000; 14 (6): 362-7
- 71 Langford CP, Bowsher J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 25 (1):95-100.
- 72 Albert, F. and B. Dávid, Ha szakad a háló... Szociológiai könyvek. Vol. 37. 2001, Budapest: Új Mandátum.
- 73 Haug TT, Wilhelmsen I, Berstad A, Ursin H. Life events and stress in patients with functional dyspepsia compared with patients with duodenal ulcer and healthy controls. *Scand J Gastroenterol* 1995 Jun;30(6):524-30
- 74 Tijhuis MA, Flap HD, Foets M, Groenewegen PP. Social support and stressful events in two dimensions: life events and illness as an event. *Soc Sci Med* 1995 Jun;40(11):1513-26
- 75 Johnson, J. and E. Hall, Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 1988. 78: 1336-42.
- 76 Paykel ES, Cooper Z, Ramana R, Hayhurst H. Life events, social support and marital relationships in the outcome of severe depression. *Psychol Med* 1996 Jan;26(1):121-33
- 77 Brugha TS, Bebbington PE, Stretch DD, MacCarthy B, Wykes T. Predicting the short-term outcome of first episodes and recurrences of clinical depression: a prospective study of life events, difficulties, and social support networks. *J Clin Psychiatry* 1997 Jul;58(7):298-306
- 78 Brugha TS, Bebbington PE, Sturt E, MacCarthy B, Wykes T The relation between life events and social support networks in a clinically depressed cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990 Nov;25(6):308-13
- 79 Dalgard OS, Bjork S, Tambs K Social support, negative life events and mental health. *J Psychiatry* 1995 Jan;166(1):29-34

- 
- 80 Zlotnick C, Shea MT, Pilkonis PA, Elkin I, Ryan C. Gender, type of treatment, dysfunctional attitudes, social support, life events, and depressive symptoms over naturalistic follow-up. *Am J Psychiatry* 1996 Aug;153(8):1021-7
- 81 Cui XJ, Vaillant GE Does depression generate negative life events? *J Nerv Ment Dis* 1997 Mar;185(3):145-50
- 82 Harkness KL, Monroe SM, Simons AD, Thase M.: The generation of life events in recurrent and non-recurrent depression. *Psychol Med* 1999 Jan;29(1):135-44
- 83 Poulton RG, Andrews G Personality as a cause of adverse life events. *Acta Psychiatr Scand* 1992 Jan;85(1):35-8
- 84 Korkeila J. Measuring aspects of mental health. Themes from Finland. Helsinki: National Research and Development Center for Welfare and Health, 6/2000
- 85 Saronson SB, Carroll C, Maton K. Human services and resource networks. San Francisco: Josey Bass 1977.
- 86 Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 1976; 38: 300-14
- 87 Meltzer H, Gill B, Petticrew M, Hinds K. Economic activity and social functioning of adults with psychiatric disorders. OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain. Report 3. London: HMSO 1995
- 88 Breeze E, Maidment A, Bennett N, Flatley J, Carey S. Health Survey for England 1992. London: HMSO 1994
- 89 Kessler RC, Wethington E. The reliability of life event reports in a community survey. *Psychol Med* 1991 Aug;21(3):723-38
- 90 Kopp M, Skrabski Á. Magyar lelkiállapot. Budapest: Végeken Alapítvány, 1995.
- 91 Kopp M, Skrabski Á, Szedmák A. Országos reprezentatív morbiditási felmérés eredményei és a morbiditási mutatók legfontosabb háttértényezői. *Végeken*. 1997 (8)2-3: 4-26.
- 92 Kopp M, Skrabski Á, Szedmák A. A bizalom, a társas támogatás, az összetartozás, együttműködés képességének egészségügyi jelentősége. *Végeken*. 1998 (9) 4:4-11.
- 93 Meltzer H, Gill B, Petticrew M, Hinds K. The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households. OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain. Report 1. London: HMSO 1995
- 94 Turner RJ, Marino F. Social support and social structure: a descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*. 1994; 35: 193-212
- 95 Cooper H, Arber S, Fee L et al. The influence of social support and social capital on health. A review and analysis of British data. London: Health Education Authority. 1999
- 96 Cohen, S., et al., Social ties and susceptibility to the common cold. *Journal of the American Medical Association*, 1997(277): p. 1940-44.
- 97 Chaturvedi, N., Ethnicity as an epidemiological determinant - crudely racist or crucially important? *International Journal of Epidemiology*, 2001. 30(5): p. 925-927.
- 98 Council, o.E.A., Changing America. Indicators of Social and Economic Well-Being by Race and Hispanic Origin. September 1998.
- 99 Halpern, D., Minorities and mental health. *Social Science and Medicine*., 1993. 36: p. 597-607.
- 100 Wolf, S., Visceral responses to the social environment. *Acta Physiologica Scandinavica*, 1997. 161: p. 140-143.
- 101 Puporka Lajos, Z.Z., A Magyarországi Romák Egészségi Állapota. . NGO Tanulmányok, ed. V.-M.R. Képviselet. Vol. 2. 1999, Budapest: Roma Sajtóközpont.
- 102 Kemény, I., A Magyarországi cigány lakosság, in *Szociológiai írások*, I. Kemény, Editor. 1992: Szeged. p. 157.
- 103 Hivatal, K.S., A cigányság helyzete, életkörülményei. 1993, Központi Statisztikai Hivatal: Budapest.
- 104 Kemény I. – Havas G. – Kertesi, G.: Report of the research on the Hungarian roma (gypsy) community between October 1993 and February 1994. Tanulmány. SOCO II Program. Aktív Társadalom Alapítvány. Budapest, 1996.
- 105 Róbert Péter: Egyenlőtlen esélyek az iskolai képzésben. *Szociológiai Szemle*.1991/1
- 106 Andor Mihály: Az esélyek újratermelődése. *Educatio* 1998. 3:419-436
-

- 
- 107 Lannert Judit: Továbbtanulás a magyar iskolarendszerben. In: Társadalmi Riport 2000. Budapest, TÁRKI
- 108 Council of Economic Advisers. Changing America. Indicators of Social and Economic Well-Being by Race and Hispanic Origin. September 1998.
- 109 Michael Marmot, Martin Bobak. Education and debate. International comparators and poverty and health in Europe. *BMJ* 2000; 321:1124-8.
- 110 Kopp M, Skrabski Á, Szedmák A. Országos reprezentatív morbiditási felmérés eredményei és a morbiditási mutatók legfontosabb háttértényezői. *Végeken*. 1997 (8)2-3: 4-26.
- 111 Jack M. Gralnik, Kenneth C. Land, Dan Blazer, Gerda G. Fillenbaum and Laurence G. Branch: Educational Status and Active Life Expectancy among Older Blacks and Whites. *New England Journal of Medicine*. 1993. 329: 110-116
- 112 Evo Lahela and Tapani Valkonen: Health and Social Inequities in Finland and Elsewhere. *Soc. Sci. Med.* 1990/3
- 113 Orosz Éva: Félúton vagy tévúton? 2001. Budapest, Egészséges Magyarországért Egyesület
- 114 Losonczy Ágnes: Utak és tévutak az egészségügyben.
- 115 Tahin Tamás – Jeges Sára – Lampek Kinga: Iskolai végzettség és egészségi állapot. *Demográfia*. 2000/1
- 116 AM Epstein,, RS Stern, JS Weissman: Do the poor cost more? A multihospital study of patients' socioeconomic status and use of hospital resources. *New England Journal of Medicine*. 1990. 322: 1122-1128
- 117 International Standard Classification of Education. Paris, UNESCO, 1976.
- 118 Health Interview Surveys - Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications, European Series, No.58 WHO Regional Office for Europe Copenhagen – Statistics Netherlands Voorburg 1996.
- 119 Losonczy: i.m.
- 120 Brierley P. Researching religion. An introduction to religiosity. CASS Question Bank. <http://qb.soc.surrey.ac.uk/topics/religion/religintro.htm>
- 121 Chatters, L.M., RELIGION AND HEALTH: Public Health Research and Practice. *Annu. Rev. Public Health*, 2000. 21(1): p. 335-367.
- 122 Sloan, R.P. and E. Bagiella, Claims About Religious Involvement and Health Outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*, 2002. 24(1): p. 14 -- 21.
- 123 Helm HM, Hays JC, Flint EP, Koenig HG, Blazer DG. Does Private religious activity prolong survival? A six-year follow-up study of 3851 older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000, 55(7): 400-405
- 124 McCullough ME, Larson DB. Religion and depression: a review of the literature. *Twin Res* 1999, 2(2):126-136
- 125 Koenig HG, Larson DB, Larson SS. Religion and coping with serious medical illness. *Ann Pharmacoter* 2001, 35(3):352-359
- 126 Strawbridge WJ, Shema SJ, Cohen RD, Kaplan GA. Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships. *Ann Behav Med* 2001, 23 (1):68-74
- 127 Koenig HG, George LK, Cohen HJ, Hays JC, Larson DB, Blazer DG. The relationship between religious activities and cigarette smoking in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998, 53 (6):426-434
- 128 Williams CD, Lewis-Jack O, Johnson K, Adams-Campbell L. Environmental influences, employment status, and religion activity predict current cigarette smoking in the elderly. *Addict Behav* 2001, 26(2):297-301
- 129 Matthews DA, McCullough ME, Larson DB, Koenig HG, Swyers JP, Milano MG. Religious commitment and health status: a review of the research and implications for family medicine. *Arch Fam Med* 1998, 7(2):118-124
- 130 Háztartási Monitor 1999. TÁRKI Monitor Jelentések, Budapest: Monitor, 1999
- 131 <http://www.median.hu/vallas.html>



## 6. MÓDSZERTAN

6.	MÓDSZERTAN.....	6-1
6.1.	Bevezető.....	6-3
6.2.	Etikai, jogi kérdések.....	6-3
6.2.1.	Kiemelt eredmények.....	6-3
6.2.2.	Az adatkezelés során figyelembe vett jogszabályok.....	6-4
6.3.	A felmérés végrehajtása.....	6-5
6.3.1.	Kiemelt eredmények.....	6-5
6.3.2.	Tervezés.....	6-5
6.3.2.1.	A fő egészségmutatók, és az egészséggel kapcsolatos tényezők meghatározása, a kérdezendő témák kijelölése.....	6-5
6.3.2.2.	A célpopuláció és a mintavétel főbb jellemzőinek meghatározása.....	6-5
6.3.2.3.	Kérdezettek számának meghatározása.....	6-6
6.3.2.4.	Kérdezés módjának meghatározása.....	6-6
6.3.2.5.	Szükséges erőforrások becslése és az ütemezése.....	6-6
6.3.3.	Kérdőívfejlesztés.....	6-7
6.3.4.	Kérdőívfelvétel.....	6-9
6.3.4.1.	Képzés.....	6-9
6.3.4.2.	Kommunikáció.....	6-9
6.3.4.3.	Elővizsgálat.....	6-10
6.3.4.4.	Fővizsgálat.....	6-11
6.3.4.5.	Számítógépes kérdőívfelvétel.....	6-12
6.3.4.6.	Helyszíni vérnyomásmérés, koleszterinmérés.....	6-12
6.3.4.7.	Dokumentálás.....	6-13
6.3.4.8.	Ellenőrzés.....	6-13
6.3.4.9.	Minőségbiztosítás.....	6-13
6.4.	Mintavétel.....	6-14
6.4.1.	Kiemelt eredmények.....	6-14
6.4.2.	Elterjedt fogalmak meghatározása.....	6-14
6.4.3.	A korábbi felmérések mintavételi módszertana.....	6-15
6.4.3.1.	Külföldi felmérések.....	6-15
6.4.3.2.	Hazai egészségfelmérések.....	6-16
6.4.4.	Az OLEF2000 mintavételi eljárása.....	6-23
6.4.4.1.	Tervezés.....	6-23
6.4.4.2.	Megvalósítás.....	6-24
6.4.5.	A minta reprezentativitása.....	6-24
6.4.5.1.	Keret és célpopuláció eltérése: a le nem fedettség hibája.....	6-24
6.4.5.2.	Tervezett minta és keret eltérése: a mintavételi hiba.....	6-25
6.4.5.3.	Tervezett minta és megvalósult minta eltérése: a válasziány hibája.....	6-27
6.4.6.	Az OLEF2000 és más felmérések adatainak összehasonlíthatósága.....	6-30
6.4.6.1.	A KÖNYV névjegyzékének használata – példa a módszertani eltérésekre.....	6-30
6.5.	Adatkezelés.....	6-33
6.5.1.	Kiemelt eredmények.....	6-33
6.5.2.	Az adatkezelés jelentősége.....	6-33
6.5.3.	Az adatkezelés célkitűzései, feladatai.....	6-34
6.5.4.	Az adatkezelés elemei.....	6-34
6.5.5.	Megvalósítás.....	6-35
6.5.5.1.	Adatkezelési terv.....	6-35

6.5.5.2.	Az adatkezelés elemeinek kapcsolatai .....	6-36
6.5.5.3.	Számítógépes kérdőívfejlesztés .....	6-38
6.5.5.4.	A Gallup által felvett adatok .....	6-40
6.5.5.5.	Számítógépes kérdőívfelvétel .....	6-40
6.5.5.6.	Gyógyszeradatok feldolgozása.....	6-41
6.5.5.7.	Adatellenőrzések .....	6-44
6.5.5.8.	Adatátalakítások .....	6-45
6.5.5.9.	Adatvédelem.....	6-46
6.5.6.	Minőségellenőrzések.....	6-46
6.5.6.1.	Programok ellenőrzése .....	6-47
6.6.	Elemzés .....	6-47
6.6.1.	Kiemelt eredmények .....	6-47
6.6.2.	A téma jelentősége .....	6-47
6.6.3.	Elterjedt fogalmak meghatározása .....	6-47
6.6.4.	Az OLEF2000 elemzési módszere.....	6-48
6.6.4.1.	Bevezetés.....	6-48
6.6.4.2.	Az elemzés ellenőrzése .....	6-48
6.6.4.3.	Utólagos adatellenőrzés.....	6-49
6.6.4.4.	A származtatott mutatók képzése .....	6-50
6.6.4.5.	Súlyozás.....	6-50
6.6.4.6.	A mintavételi eljáráshoz illeszkedő ( <i>design-based</i> ) elemzés.....	6-55
6.6.4.7.	A súlyozásnak és a csoportos mintavétel figyelembevételének hatása .....	6-56
	a becslésekre.....	6-56
6.6.4.8.	Becslések megbízhatósága – országos, regionális, megyékre .....	6-59
	vonatkozó becslések.....	6-59
6.6.4.9.	Összefüggés-vizsgálatok .....	6-60
6.6.5.	Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra .....	6-63
6.6.6.	A tapasztalatok felhasználhatósága szakmai célokra.....	6-64
6.7.	Idézett irodalom.....	6-65

## 6.1. Bevezető

*dr. Vitrai József*

Az OLEF2000 során gyűjtött módszertani tapasztalatok kivételes jelentőségűek, mivel a 2000. évi felmérés a tervek szerint a rendszeresen ismétlődő egészségfelmérések első eleme volt, így az OLEF2000 tapasztalatai a jövőben végrehajtandó felmérések tervezéséhez hatékonyan felhasználhatók. Az ebben a fejezetben ismertetésre kerülő módszertani adatok segítik az olvasót abban, hogy meg tudja ítélni az egészségfelmérés eredményeinek hitelességét.

A felmérés tervezésétől a végrehajtásáig meghatározó jelentőségű volt az etikai és jogi követelmények betartása, ezért a fejezetet ezzel a témával kezdjük. Ezt követi a végrehajtás egymást követő lépéseinek tárgyalása. Az adatkezelés részletesebb ismertetését részben az adatvédelem, részben pedig újszerű megoldásai indokolják. Hasonlóképpen, az elemzés önálló alfejezetbe való kiemelését az elemzés újszerű megközelítése teszi indokolttá.

## 6.2. Etikai, jogi kérdések

*dr. Vitrai József, dr. Vizi János*

### 6.2.1. Kiemelt eredmények

- A felmérésben résztvevők jogainak védelme, a részvétel kockázatának csökkentése és a hatályos jogszabályoknak megfelelő adatvédelem a felmérés körültekintő tervezését és megfelelő adatkezelési megoldások alkalmazását igényli.

A felmérés átfogó tervezésének egyik központi eleme a felmérésben résztvevők személyhez fűződő és egyéb jogainak védelme, a részvétel kockázatának csökkentése és a hatályos jogszabályoknak megfelelő adatvédelem volt. Ennek oka az emberi jogok kérdése, és ezen belül az információs önrendelkezés jelentőségének napjainkra nyilvánvalóvá vált megnövekedése volt. Ugyanakkor a jogi és kutatásetikai megfontolások átültetése a gyakorlatba komoly kihívást jelent a vizsgálat tervezői számára. E kihívásnak az alábbiakban ismertetett, többirányú megközelítés látszott megfelelőnek.

Egy felmérésben való részvétel többféle kockázatot jelenthet a résztvevők számára, hiszen személyes adatait esetleg más – hivatalos vagy kereskedelmi jellegű – célra használhatják fel. Ezen túlmenően a magyar társadalomban egyes vizsgált magatartásokkal, mint például a szexuális magatartással, alkoholfogyasztással kapcsolatban egyeseknél érvényesülő, esetenként igen elítélő beállítódások miatt a válaszolás szociális kockázattal is járhat. A lehetséges (pl. adó-) jogi következmények miatt pedig a válaszolók kockázatosnak ítélik a háztartás anyagi helyzetére vonatkozó kérdések megválaszolását is.

A résztvevőknek ugyanakkor közvetlen előnye nem származik az adatfelvételtől. A kérdőívfelvétel haszna csupán társadalmi szinten jelentkezik: a felmérés adataiból származó információ lehetővé teszi, hogy az egészségpolitikai döntéseket megbízható adatokra támaszkodva hozzák. A kérdőívfelvételhez való hozzájárulás semmilyen ellenszolgáltatással, anyagi előnnyel nem járt, a résztvevők csupán az egészségügyi kormányzat köszönetét és elismerését kifejező tájékoztató füzetet, egy OLEF2000 feliratú golyóstollat és hűtőszekrény-mágneszt kaptak. A kutatás eredményeiről – e jelentés megjelenését követően – rövid ismertetőt fogunk elküldeni minden résztvevő számára a tájékoztatás és az elismerés szándékával.

A felmérésben való részvétel kockázatainak kiküszöbölése céljából az alábbi intézkedéseket alkalmaztuk:

- A felmérés tervezésekor mindvégig figyelembe vettük a kutatásetikai és jogi elvárásokat. A kutatási tervet az adatvédelmi biztos és az Egészségügyi Tudományos Tanács Kutatásetikai Bizottság véleménye alapján véglegesítettük. Így egyebek közt, az ajánlásoknak megfelelően a kábítószer-fogyasztásra vonatkozó kérdést töröltük, illetve néhány kérdést az önkitöltős kérdőívbe tettünk át.
- A résztvevők alapos tájékoztatást kaptak a kérdőívfelvétel során róluk gyűjtött adatok felhasználásáról, illetve az azokkal kapcsolatos rendelkezési jogaikról. Tájékozott beleegyezésüket egy nyilatkozat aláírásával erősítették meg, ennek híján az adatfelvétel nem történhetett meg.
- A kérdezők kiképzésével és ellenőrzésével biztosítottuk, hogy a kérdezőskor a válaszolókat elítélő magatartás a kérdezőbiztosok részéről ne érhesse.
- A személyiségi jogok és az adatvédelmi előírásoknak (lásd lejjebb) megfelelően a kérdőívek, illetve az adatállományok kezelése során biztosítottuk, hogy illetéktelenek a válaszokat ne kapcsolhassák össze a válaszolók személyével. A megfelelő adatkezelési eljárások alkalmazása védelmet biztosított az illetéktelen hozzáférés, az adatok jogosulatlan megváltoztatása, valamint az adatvesztés ellen is (erről részletesebben lásd az Adatkezelés részt).

#### **6.2.2. Az adatkezelés során figyelembe vett jogszabályok**

- 1992. évi LXIII. törvény a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról
- 1995. évi CXIX. törvény a kutatás és a közvetlen üzletszerzés célját szolgáló név- és lakcímadatok kezeléséről;
- 1997. évi XLVII törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről;
- 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről.
- 11/1987. (VIII. 19.) EüM rendelet az orvosbiológiai kutatásokról

Az idézett törvények indoklásai alapján az ember alapvető szabadságjoga, hogy magánéletét tiszteletben tartsák, ennek pedig részét képezi a személyes adatok védelméhez való jog. Az európai követelményeknek megfelelően a hazai adatvédelmi jogszabályok a személyes adatok védelmét alapvetően információs önrendelkezési jogként értelmezik. Abból indulnak ki, hogy a személyes adataival mindenki maga rendelkezik, jogszabályi garanciákkal védetten. Azonban az információs önrendelkezési jog nem korlátlan, a jogszabályok lehetővé teszik, hogy törvény a személyes adatok kezelését elrendelje, vagy adatok átadását lehetővé tegye.

Az adatalanyok alapvető érdeke, hogy a rájuk vonatkozó információkat csupán meghatározott, és általuk ismert célra használhassák fel. Az adatokhoz való illetéktelen hozzáférés igen nagy veszélyeket hordoz az egyén számára. Fokozott mértékben igaz ez az olyan, úgynevezett érzékeny adatoknál, mint amilyenek például az egészségi állapotra vonatkozó adatok is. Az ilyen adatokat csak törvényben meghatározott célból, illetve körben lehet továbbítani, összekapcsolni, tudományos kutatás céljából történő adatfeldolgozás és – továbbítás esetén csak személyazonosításra alkalmatlan módon lehet az adatokat összekapcsolni.

A felmérés tervezése és végrehajtása során az említett jogszabályok tételes rendelkezésein túlmenően messzemenően igyekeztünk érvényesíteni a jogszabályok céljait, valamint az általuk érvényesíteni kívánt alapelveket is – a társadalmi indokoltság, az érintettek és az

adatfajta korlátozása, a célhoz kötöttség, a továbbadás korlátozása, az adathelyesség, az időbeli korlátozás, a nyíltság, a biztonsági óvintézkedések és a felelősség elvét.

### **6.3. A felmérés végrehajtása**

*dr. Vitrai József*

#### **6.3.1. Kiemelt eredmények**

- A tervezett számú kérdőív határidőre és a rendelkezésre álló erőforrás felhasználásával teljesített felvételéhez leginkább a megfelelő kétlépcsős tervezés, a kérdőív kiscsoportos kipróbálása, az elővizsgálat, a kérdezők alapos képzése, valamint a kiterjedt minőségbiztosítás járult hozzá.
- A felmérés hasznosságát bemutató és megbízható adatvédelmet ígérő, széleskörű kommunikáció nagymértékben hozzájárult az alacsony, 9%-os visszautasítási arányhoz.

A felmérés végrehajtásához készült ütemtervben közel 150 feladat szerepelt, amelyek gyakran maguk is több részfeladatból álltak össze. E nagyszámú feladatot a következőkben a tervezés, a mintavétel, a kérdőívfejlesztés, valamint az elő- és a fővizsgálat témaköreibe csoportosítva ismertetjük.

#### **6.3.2. Tervezés**

Az egészségfelmérés végrehajtásáról született döntést egy átfogó tervezési szakasz követte. Ennek során első lépésként a fő célkitűzések megfogalmazására került sor (lásd a Bevezetés fejezetben), majd a célkitűzésekből kiindulva határoztuk meg a felmérés legfontosabb jellemzőit:

##### **6.3.2.1. A fő egészségmutatók, és az egészséggel kapcsolatos tényezők meghatározása, a kérdezendő témák kijelölése**

A fő célkitűzéseknek megfelelően a lakosság egészségi állapotát leginkább jellemző mutatók előállításához kérdéseket kívántunk feltenni a funkcionalitás csökkenéséről, az életminőségről és a vélt egészségről, továbbá – a hagyományos egészségmodellnek megfelelően – a népegészségügyi szempontból legjelentősebb megbetegedésekről és panaszokról. Az egészségproblémák miatt igénybevett egészségügyi szolgáltatásokat, illetve a gyógyszerhasználatot, valamint ezek következtében az egyénre és családjára nehezedő terheket egészségpolitikai jelentőségük miatt véltük felmérendőnek. Az egészséget befolyásoló tényezők közül főképpen a beavatkozás szempontjából leginkább fontos egészségmagatartásokról kívántunk adatokat nyerni. A kérdezettek demográfiai, társadalmi és gazdasági jellemzőinek felmérését – közismert jelentőségük miatt – ugyancsak feladatunknak tekintettük.

##### **6.3.2.2. A célpopuláció és a mintavétel főbb jellemzőinek meghatározása**

A célkitűzések és a fentiek alapján a célpopulációt, azaz a lakosság azon részét, amelyre a felmérésből következtetések kívánunk levonni, az otthonukban lakó felnőttekben határoztuk meg. A gyermekek és a fiatalok egészségének felmérése számos olyan, az életkori sajátosságokból és a kiskorú jogállásukból fakadó követelményt támaszt, amelyek miatt általában esetükben külön felmérést szokás tervezni. Az ideiglenesen, vagy véglegesen csak

intézményekben megtalálható felnőttek kizárását az indokolta, hogy egészségük és életmódjuk jelentősen eltér az otthonukban élőkétől. Így az OLEF2000 adatai alapján nem kívántunk a honvédség és a határőrség sorállományú tagjai, a büntetésüket töltő elítéltek, a kórházban fekvők és a szociális otthonban élők egészségére vonatkozóan megállapításokat tenni. Hasonló okok miatt nem tekintettük a hajléktalanokat sem a célpopuláció részének.

A lakosság ily módon kizárt részének egészségére vonatkozóan a célcsoportok sajátosságait figyelembe vevő, speciális felméréseket célszerű a jövőben végrehajtani.

### **6.3.2.3. Kérdezettek számának meghatározása**

A kérdezendők száma a minta adataiból készített becslések megbízhatósága szempontjából alapvető fontosságú. Ennek meghatározásakor az 1994-es KSH felmérés [1] becsléseit alapul véve, a legfontosabb mutatókat kívántuk mind országosan, mind regionálisan, szakmailag elfogadható (5-10%-os) pontossággal becsülni. Természetesen figyelembe kellett venni a sikertelen kérdések miatt bekövetkező, 20%-osra becsült mintanagyság-csökkenést is.

Fontos kiemelni, hogy bizonyos kutatási kérdések megválaszolásához sokkal nagyobb esetszám is szükséges lehet, ezért a kérdezendők számának meghatározása mindig a költség-haszon, szakkifejezéssel a hatékony becslés mérlegelésével történik. Mivel az OLEF2000 esetében inkább a módszertani tapasztalatok szerzése, mintsem a széleskörű adatgyűjtés volt az elsődleges cél, nagyobb mintaméret nem látszott célszerűnek.

### **6.3.2.4. Kérdés módjának meghatározása**

A célkitűzéseknek és az előzőekben leírt döntések alapján a személyes kérdezési mód mellett döntöttünk. Az érzékenyek tekintett kérdések megválaszolását önkitöltős kérdőív használatával segítettük elő. Mivel az OLEF2000 kérdőívét a későbbi felmérések törzsanyagának tekintettük, a kérdőív felvételének hosszát legfeljebb 1 órára korlátoztuk. Így a következő felmérésekben a kérdőív törzsanyagát más tematikájú, vagy részletesebb kérdésekkel is ki lehet egészíteni.

### **6.3.2.5. Szükséges erőforrások becslése és az ütemezése**

Elsőként a kérdés kezdő és befejezési időpontjának kijelölésére került sor. A felmérés végrehajtására a 2000. év második felében nyílt mód, és mivel a mintába került személyek megtalálhatósága miatt a kérdést a nyári szabadságok után legalább egy hónappal célszerű elkezdni, és az év végi ünnepek előtt legalább 2 héttel befejezni, az őszi kérdést 2000.10.16.-a és 2000.12.10.-e közé terveztük.

A felkeresendők és a települések száma, a kérdőív tervezett hossza, valamint a kérdés módja ismeretében és korábbi tapasztalatai alapján a kérdést végrehajtó szervezet, a közbeszerzés útján kiválasztott Magyar Gallup Intézet, a kérdezők számát végül 330-ban határozta meg. Minden 10-15 kérdezőt egy-egy instruktor irányított, így a kérdésben résztvevők száma – beleszámítva az ellenőrzést végző személyeket – kb. 400-ra tehető. A tervezésben, a felmérés lebonyolításában és az elemzésben 8-10 fő vett részt, de a tapasztalatok alapján az igény ennek 2-3-szorosa lett volna.

Az ütemezésre a részletes tervek kidolgozása után került sor. A feladatokat az alábbi tevékenységek szerint csoportosítottuk:

- **Előkészítés.** A közbeszerzés lebonyolítása, a sikeres pályázó kiválasztása, szerződéskötés, tervezés, valamint a felmérés etikai engedélyeztetése.
- **Kommunikáció.** A válaszkészség növelése érdekében végzett média- és levelezési kampány, illetve az eredmények kommunikációja.
- **Mintakészítés.** A felkeresendő nevek, címek listájának beszerzése, átadása a kérdőívfelvételt végző szervezetnek.
- **Próbakérdés.** A kérdőív kiscsoportos kipróbálása, a tapasztalatok alapján a kérdőív tartalmának és formájának előkészítése az elővizsgálatra.
- **Segédanyagok kifejlesztése.** A felmérés során – a kérdőív mellett – használt segédletek, mint pl. a választást segítő kártyafüzet, a beleegyező nyilatkozat, a naptár, az ajándékok tervezése, kipróbálása, véglegesítése, illetve a nyomtatási és beszerzési feladatok végrehajtása.
- **Képzés.** A szükséges képzési anyagok kidolgozása és a kérdezők felkészítése az egészségfelmérés általános ismereteinek átadásán és a kérdőív megismerésén túl az esetleges visszautasítás elkerülésére is..
- **Elővizsgálat.** A felmérés minden elemét magába foglaló, kisléptékű próba-felmérés végrehajtása.
- **Fővizsgálat.** A kiválasztott 7000-es minta felkeresése és kikérdezése.
- **Adatkezelés.** A kérdőívhez kapcsolódó adatbázis tervezése, a módosítások követése, a kérdőívtől a statisztikai adatbázisig terjedő adatkezelés részletes kidolgozása és végrehajtása.
- **Elemzés.** A kutatási kérdések megválaszolásához szükséges elemzési tervek kidolgozása, a statisztikai programok kifejlesztése és kipróbálása, mind az elővizsgálatra, mind a fővizsgálatra vonatkozóan.
- **Számítógépes kérdezés.** Megvalósíthatósági vizsgálat tervezése és kivitelezése.
- **Koleszterin vizsgálat.** Megvalósíthatósági vizsgálat tervezése és kivitelezése.
- **Telefonos tájékoztató.** A kérdőívfelvétel idején működő, ingyenesen hívható információs telefonszám létesítése és működtetése.

Az átfogó tervezést követően, de még a részletes tervek kidolgozása előtt, szakemberekből álló fórumon került sor a felmérés főbb jellemzőinek megvitatására. Az itt kifejtett véleményeket, illetve a szakma hazai vezetőiből álló Tanácsadó testület<sup>1</sup> javaslatait figyelembe vettük az egyes feladatok tervezésekor, illetve hasznosítottuk azok végrehajtásakor. Ugyancsak jelentős szakmai támogatást kaptunk a felmérés tervezéséhez és végrehajtásához az amerikai *National Center for Health Statistics* munkatársaitól.<sup>2</sup>

### 6.3.3. Kérdőívfejlesztés

Az OLEF2000 kérdőívét a WHO által javasolt, illetve a fejlett országokban használt kérdőívek alapján alakítottuk ki, figyelembe véve a KSH 1994-es felmérésének kérdéseit is. [1] Az egyes kérdések származására vonatkozó utalás az adott témánál található.

<sup>1</sup> A Tanács tagjainak névsora a jelentés 2. oldalán található.

<sup>2</sup> Kiváltképp Janelle Fowler Feeney, Deborah Rose, Christopher Moriarity, Gerry E. Hendershot, Francis Notzon és Howard Riddick

A célkitűzéseknek megfelelően a kérdések az alábbi témakörökre vonatkoztak:

- funkcionalitás csökkenése
- betegségek, kóros állapotok, panaszok,
- életminőség, egészségi állapot megítélése,
- egészségmagatartás,
- egészséggel kapcsolatos kiadások, igénybevett egészségügyi szolgáltatások, gyógyszerfogyasztás,
- demográfiai, társadalmi-gazdasági jellemzők.

A fejlesztés első szakaszában témafelelősök áttekintették szakterületükön a számításba jövő kérdéseket, és javaslatot dolgoztak ki az adott témakörben feltenni kívánt, más kérdőívekből átveendő, illetve kifejlesztendő kérdésekre. A témafelelősök által javasolt kérdésekből és az egyes témákat bevezető szövegekből alakult ki a kérdőív első változata. A kérdőív tulajdonképpen több részből állt: a kérdező által felolvasott és kitöltött füzetből, valamint a kérdeztől által önállóan használt önkitöltős kérdőívfüzetből. A kérdőívhez tartozott még egy kártyafüzet, amelyen egy adott kérdésre a kérdeztől által választható válaszlehetőségek voltak laponként felsorolva. A kérdőív kifejezés alatt a továbbiakban mindhárom előbb említett füzetet értjük.

Számos hazai, illetve amerikai szakértő javaslatai alapján, a kérdőív tartalmi és formai változásokon keresztül fejlődött: egyes kérdések kimaradtak, vagy kicserélődtek, egyesek a jobb érthetőség és egyértelműség miatt módosultak. Közel 20, egymást követő változat után a kérdőívet próbakérdéseken tesztelték.

A kérdőív kiscsoportos kipróbálására több alkalommal került sor, alkalmanként 4-5 azonos nemű és hasonló korú, vagy foglalkozású önkéntes válaszadó részvételével. Egy-egy próbakérdéskor a kipróbálást vezető szakember a kérdőívnek csupán egy-egy részét olvasta fel, és kérdésenként megtudakolta a résztvevőktől, hogyan értelmezik az adott kérdést, és az ahhoz tartozó lehetséges válaszokat. A kipróbálásról videofelvétel is készült a későbbi elemzések céljára. A kiscsoportos próbakérdések tapasztalatait összefoglaló jelentés alapján a kérdőív számos pontján tartalmi és formai módosításra került sor.

A fővizsgálatban használt kérdőív véglegesítésére csupán az elővizsgálat tapasztalatainak értékelése után került sor. A kérdőív módosítása több forrás figyelembe vételével történt. Az elővizsgálatban résztvevő kérdezők az elővizsgálat befejezésekor tartott, a tapasztalatokat összesítő megbeszélésen számos olyan javaslatot tettek, amelyek alapján változtattunk a kérdőív tartalmi és formai kialakításán. Ehhez ugyancsak felhasználtuk az elővizsgálatról készített Gallup jelentést. Végül pedig a kérdezőket az elővizsgálatban kísérő kutatók, illetve az amerikai szakemberek észrevételei is jelentős szerepet játszottak a kérdőív véglegesítéskor.



### 6.3.4. Kérdőívfelvétel

#### 6.3.4.1. Képzés

Az elővizsgálatban kérdezőként résztvevők, akik a fővizsgálatban instruktorként dolgoztak, az elővizsgálatot megelőző 3 napon képzésen vettek részt. A képzés során az egészségfelmérések leglényegesebb elméleti jellemzőin túl az OLEF2000 célkitűzéseivel és kérdőívvel ismerkedtek meg. Lehetőség nyílt a kérdőívben szereplő kérdések és válaszok értelmezésével kapcsolatos esetleges problémák tisztázására, illetve a követendő kérdezési eljárás, különösen a célszemélyek esetleges visszautasításának elkerülésére alkalmas technika részletekig menő megismerésére, sőt párokban történő begyakorlására is. Itt került sor – a kijelölt öt kérdező részvételével – a számítógépes kérdezés elméleti és gyakorlati ismereteinek átadására, valamint a módszer páros kipróbálására is. A képzés anyagát a Gallup és az OLEF2000 kutatói dolgozták ki, majd az elővizsgálat tapasztalatai alapján módosították azt. Ez a módosított anyag került később felhasználásra a fővizsgálatban résztvevő kérdezők képzése során. A fővizsgálatban a Gallup 330 tapasztalt kérdezője vett részt. Általában 10-15 kérdezőt egy-egy instruktorként irányított. Az instruktorként tartották az általuk irányított kérdezők 2 napos képzését a kérdezést megelőző két hét során. Néhány nagyvárosban és Budapesten összevontan, 30-60 kérdező számára tartottak képzést. A képzés végén, amely tematikájában megegyezett az instruktorként számára az elővizsgálat előtt tartott képzéssel, minden kérdező 2-3 gyakorló kérdezést is végzett. A képzéseken az OLEF2000 kutatói és a Gallup fő irányítói is részt vettek, részben esetleges támogatás, részben ellenőrzés céljával. A képzést lezáró tesztet sikeresen kitöltő kérdezők az OLEF2000-ben való kérdezésre feljogosító arcképes igazolványt kaptak.

#### 6.3.4.2. Kommunikáció

Az elővizsgálat előtt névre címzett, előzetes felkérő levelet nem kaptak a kérdeztettek, de a helyi médián keresztül az OLEF2000 kutatói ismertették a felmérés célkitűzéseit, és kérték a lakosságot az együttműködésre. A fővizsgálatot kiterjedt média kampány előzte meg. Az ORTT engedélye alapján a felmérést megelőző hetekben ismételt rövid felhívást sugároztak az országos tv- csatornák és rádióadók. Néhány rövid riport az OLEF2000 vezetőivel ugyancsak sugárzásra került ezekben a médiumokban. A felmérés megkezdése előtti héten sajtótájékoztatót tartottunk, és egyben tájékoztató anyagokat helyeztünk el mind az országos, mind a helyi sajtóban, illetve a helyi kábeltévé társaságok mintegy 25 perces tájékoztató filmet sugároztak a felmérésről. Ugyancsak tájékoztatást kaptak levél útján az érintett települések önkormányzatai, az országgyűlési képviselők, továbbá a háziorvosok *A Háziorvosi Szemlében* közzétett nyílt levélen keresztül. Névre szóló felkérő levelet és egy színes, a felmérés célkitűzéseit ismertető füzetecskét kapott minden mintába került személy, egy héttel a kérdezés előtt. A felmérés idején ingyenesen hívható telefonszám illetve munkaidőn kívül üzenettrógróztító működött az OLEF2000 irodájában részben tájékoztatás, részben az esetleges panaszok orvoslása céljából. A beérkezett hívások döntő többségét érdeklődések, javaslatok, illetve felmérésre való jelentkezések tették ki. Mindössze néhány panasz érkezett, melyek kivizsgálása a Gallup bevonásával haladéktalanul megtörtént. Ezen felül a kérdezők számára a Gallup által létesített „forró drót” állt rendelkezésre a kérdezés időszakában.

Minden bizonnyal növelték a válaszadási hajlandóságot a kérdőívfelvétel bizalomerősítő körülményei. A kérdező nehezen hamisítható, számozott arcképes igazolvánnyal kereste fel a kérdezettet. A felmérés elején adott, rövid szóbeli tájékoztató alapján adták a kérdezettek beleegyező nyilatkozatukat. Ennek hiányában adataik nem voltak felhasználhatók. A felmérés végén köszönőlevelet és egy hűtőmágnest kaptak emlékeztetőül, OLEF2000 felirattal. Az önkitöltős kérdőív kitöltéséhez a kérdezettek ugyanilyen felirattal díszített tollat kaptak ajándékba.

Az OLEF2000 előzetes eredményeit összefoglaló Gyorsjelentést sajtótájékoztatón mutattuk be 2001. áprilisában. Azt követően a Gyorsjelentés az Interneten ([www.antsz.hu/oek/](http://www.antsz.hu/oek/)) is elérhetővé vált. A 2001. októberében rendezett Egészségstatisztikai Fórumon ismertettük a felmérés legfontosabb eredményeit, amelyre a sajtó képviselőit is meghívtuk. Hasonló tematikájú ismertetésre került sor 2002. elején az ÁNTSZ szakemberei számára. A kutatási jelentés, valamint a kapcsolódó dokumentumok 2002. második félévétől az Interneten is ([www.antsz.hu/oek/](http://www.antsz.hu/oek/)) elérhetők lesznek. Az adatokhoz való hozzáférést kutatók számára ugyancsak ettől az időszaktól tervezzük biztosítani.

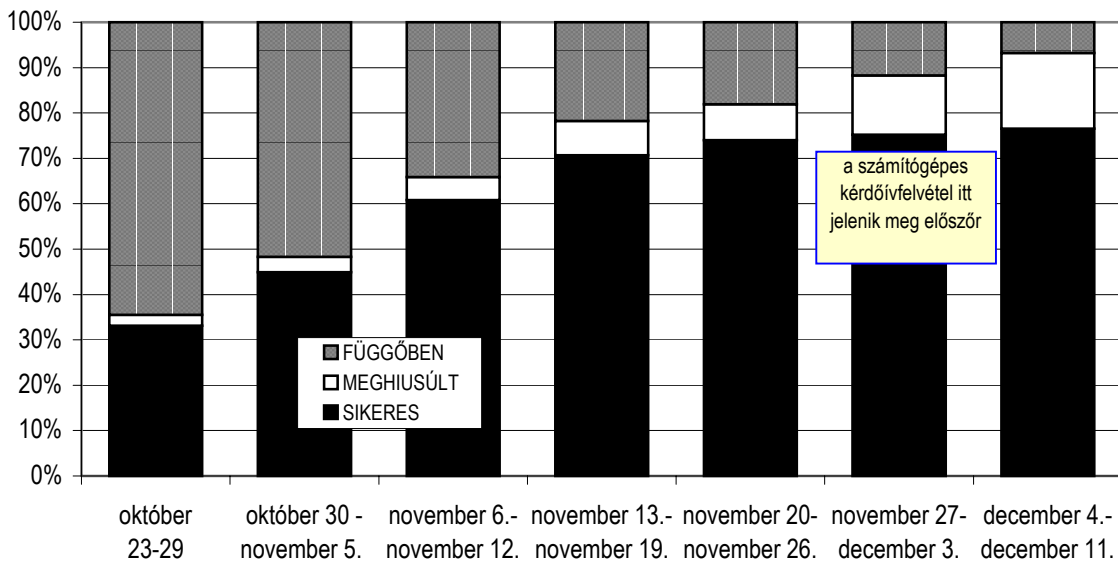
### 6.3.4.3. Elővizsgálat

A felmérésekben gyakori megoldás, hogy a vizsgálat minden lényeges elemét magába foglaló ún. elővizsgálatot (angolul *pre-test* vagy *pilot*) tartanak kis létszámú mintán. Így az elővizsgálat során szerzett tapasztalatok alapján a fővizsgálatban már elkerülhető az előre nem látható problémák egy része. Az OLEF2000 elővizsgálatára Hatvanban került sor, 2000. júliusának végén. Az elővizsgálatban a kérdezők 282 véletlenül kiválasztott, felnőtt hatvani lakost kerestek fel – amennyiben lehetőség volt rá – előzetes telefonos egyeztetést követően. Bár névre címzett, előzetes felkérő levelet nem küldtek ki a kérdezetteknek, a helyi tv-n és lapokon keresztül ismertették a felmérés célkitűzéseit, és a lakosságot együttműködésre kérték fel. A kérdezés két hétvégi napja alatt 170 (60%) sikeres interjú készült, a visszautasítások száma 24 (9%) volt. A sikertelen kérdezések arányának megítélésakor figyelembe kell venni azt, hogy az előzetes értesítés nélkül érkező kérdezőknek kevés lehetőségük volt ismételt felkeresésre, ha a kérdezendő személyt nem találták otthon.. A kérdezési tapasztalatokat összesítő megbeszélés, illetve az elővizsgálatról készített Gallup jelentés, valamint kérdezőket kísérő kutatók és amerikai szakemberek véleményének összegzése, továbbá az elővizsgálati adatok értékelése alapján került sor a fővizsgálatban alkalmazott részletes tervek, valamint a kérdőív véglegesítésére. Így például az elővizsgálat tapasztalatai alapján döntöttünk az életminőségre vonatkozó kérdéseket tartalmazó önkitöltős kérdőív bizalmas jellegű kérdésekkel kibővített változata mellett, illetve módosítottuk a bevezető szövegeket és a kérdések megfogalmazását. Ugyancsak számos változtatás történt a kérdőívfelvétel technikai kivitelezésében. Például az elővizsgálatban használt dosszié helyett a fővizsgálatban tasakba került egy-egy kérdezett összes anyaga, továbbá az igénybevételek jobban megfelelő, keményebb papírból készítették a kártyafüzetet.

### 6.3.4.4. Fővizsgálat

Az elővizsgálat tapasztalatai alapján véglegesítésre került a kérdőív, a kérdőívfelvételt részletesen előíró kérdezői kézikönyv, valamint a kérdezők képzésére szolgáló kézikönyv és a gyakorló anyagok. Ezekre alapozva folytatták le a kérdezők képzését országszerte 2000. október elején, azaz a kérdezés indulását megelőző két hétben. A fővizsgálati kérdőívfelvétel mintegy két hónapig, október 16.-tól december 11.-ig tartott. A kérdőívfelvétel előrehaladását az alábbi ábra mutatja:

OLEF2000 Kérdőívfelvétel halmazott összesítése



Ahogy az ábrán is megfigyelhető, hat hét alatt (november 26.-ig) teljesült a sikeres kérdezések 94%-a, azt követően csak jelentéktelen számú sikeres interjú készítették. A sikeres interjúk elkészítéséhez átlagosan 1,7 felkeresésre volt szükség. A válaszmegtagadók az elutasító szándék megváltoztatása érdekében, legalább 3-szor keresték fel, míg a beleegyező nyilatkozatot megtagadó válaszolók esetén erre átlagosan kétszer került sor. A kérdezők átlagosan 4,5-ször is megpróbálták elérni azokat, akiket nem találtak otthon. Megjegyezzük, hogy visszautasítás esetén minden esetben az instruktorok próbálták meg a kérdezetteket meggyőzni szándékuk megváltoztatásáról.

A kérdezésekre leggyakrabban a hét végén került sor: szombaton és vasárnap készült az interjúk közel 40%-a. A hétköznapok közül hétfőre a kérdezések közel 15%-a, a többire 11-12% esett. A kérdőívfelvételek többnyire a délutáni órákban történtek: 14-17 óra között készült az interjúk közel 50%-a. Említésre méltó, hogy még reggel 7-kor (7 fő) és este 9-kor (5 fő) is voltak, akik vállalkoztak a válaszadásra.

Az interjúk hossza átlagosan 53 perc volt, a kérdezések háromnegyede nem tartott 1 óráig, 90%-uk 75 percig, 99%-uk pedig 90 percig sem. A leghosszabbak két és fél óráig is eltartottak, bár ilyen hosszú interjúra mindössze kétszer került sor.

### 6.3.4.5. Számítógépes kérdőívfelvétel

Több, egészségfelméréseket rendszeresen végző országban<sup>3</sup> a kérdőívfelvétel nem papír kérdőívek kitöltésével történik, hanem hordozható számítógépeken futó, megfelelő program segítségével. A számítógépes kérdőívfelvétel (angolul CAPI; *Computer Assisted Personal Interview*) legjelentősebb előnye a papír kérdőívekkel szemben a kérdezés közbeni ellenőrzés-, illetve az azonnali adatbevitel lehetősége. Emiatt az ilyen módszerrel történt kérdőívfelvétel befejezésekor már részben ellenőrzött (és a kérdező által helyben javított!) adatok készen állnak a számítógépes elemzésre. A kétségtelen előnyök mellett azonban számolni kell a nagy eszközigénnyel (kérdőzőnként egy hordozható számítógép) és a használni kívánt program fejlesztésének, illetve bérlésének költségeivel. A számítógépes kérdőívfelvétellel szemben gyakori ellenvetés még a kérdezettek feltételezett idegenkedése a személyes kapcsolatot zavaró technika megjelenésétől.

Az OLEF2000 során, megvalósíthatósági tapasztalatok gyűjtése céljából, 200 válaszoló esetében kipróbáltuk a számítógépes kérdőívfelvételt. Az erre a célra kifejlesztett kísérleti program ugyanazt a kérdőívre vonatkozó összes információt tartalmazó ún. Mestertáblát használta, melyet a kérdőívfejlesztéskor és az adatbázis felépítésekor használtunk (részletesen lásd később az Adatkezelés részben). A Mestertábla tette lehetővé, hogy a kérdőívben történő minden módosítás automatikusan átvezetődjön a számítógépes programba és az adatbázisba is. Számítógépes kérdőívfelvételre öt kérdezőt képeztünk ki, akik a rendelkezésre álló három hordozható számítógéppel összesen 200 kérdezőt hajtottak végre. A kérdezések tapasztalatai szerint a kérdezettek nem mutattak idegenkedést. Nehézséget inkább egyes kérdezők számítógépes előismereteinek hiánya jelentett, ami a kérdezők ilyen irányú felkészítésének jelentőségére hívja fel a figyelmet. A kísérleti program megfelelően működött, egy-egy problémát a számítógépek (vagy a Windows) esetenkénti bizonytalan működése okozott.

### 6.3.4.6. Helyszíni vérnyomásmérés, koleszterinmérés

Számos országban az egészségfelmérések során, vagy attól függetlenül, kisebb-nagyobb orvosi vizsgálatot végeznek a felmérésben résztvevő személyeken. Az amerikai NHANES [2] vizsgálatban a felmért személyek egy véletlenül kiválasztott részénél műszeres vizsgálatokat, vér- illetve vizeletvizsgálatot, és a táplálkozásra, illetve más egészségmagatartásra vonatkozó részletes felmérést végeznek. A skót egészségfelmérésben [3] résztvevők egy részét egészségügyi szakember kereste fel vérvétel, illetve vérnyomás, testtömeg és testmagasság meghatározása céljából. Az OLEF2000 során megvalósíthatósági tapasztalatok gyűjtésére 50 Fejér megyei hozzájáruló kérdezőt terveztünk felkeresni, helyszíni vérnyomásmérés és koleszterin-vérszint meghatározás végett. Az erre a feladatra felkészített egészségügyi szakember az önként vállalkozó kérdezőknél helyszíni vérnyomásmérést végzett hitelesített, hordozható higanyos készülékkel, három egymás utáni alkalommal. Ezt követően hordozható koleszterinmérő készülékkel,<sup>4</sup> ujjbegyből nyert vérből koleszterinszintet határozott meg, végül pedig egy központi laboratóriumban<sup>5</sup> történő koleszterinszint meghatározáshoz vért vett. A megvalósíthatósági vizsgálatot, megfelelő szerződéses keretek között, a HEMED-Diagnosztikai Kft. végezte. A cég vállalta, hogy a felkeresések alkalmával vett vérmintákat 24 órán belül eljuttatja a budapesti laboratóriumba.

---

<sup>3</sup> Például az Egyesült Államokban és Hollandiában.

<sup>4</sup> Az Accutrend GC típusú hordozható készülékeket és a hozzátartozó felszerelést a Roche Magyarország Kft. bocsátotta ingyenesen rendelkezésünkre.

<sup>5</sup> A laboratóriumi meghatározás a SOTE Transzplantációs és Sebészeti Klinikáján történt Roche laboratóriumi automatán, gyári kittel.

A terepmunkára kijelölt, orvosi végzettséggel rendelkező személy azonban a kérdőívfelvételt követő felkereséshez a hozzájárulását adó 50 személyből mindössze 18-nál tudta elvégezni feladatát. A felkeresés átlagosan 1,5-2 órát, a mérések végrehajtása átlagosan 22 percet vett igénybe. A nagyszámú megghiúsulás a hozzájáruló személyek megtalálásának, illetve az időpont egyeztetésének a terepmunkában járatlan személy számára jelentkező nehézségével magyarázható. A helyszínen, illetve a központi laboratóriumban történt vérkoleszterin-értékek összehasonlítására a használható adatok kis száma miatt nem volt lehetőség.

#### **6.3.4.7. Dokumentálás**

A felmérés módszertani jellege miatt a dokumentálás különös szerepet játszott: a jövőbeli felmérések tervezéséhez az OLEF2000 tapasztalatai kiválóan felhasználhatók – már amennyiben azok később is előkereshetők. Emiatt nemcsak a tervezés időszakában fordítottunk nagy figyelmet a dokumentálásra, archiválásra, hanem a felmérés előrehaladtával a végrehajtott módosításokat is részletesen rögzítettük. A felmérés minden lényeges szakaszának, így a próbakérdés, az elővizsgálat és a fővizsgálat befejezésekor készült a tapasztalatokat összegző jelentés, a későbbi elemzések számára információforrást kínálva. A dokumentálás során az elsőrendű követelmény a visszakereshetőség, a változtatások nyomon követhetősége volt.

#### **6.3.4.8. Ellenőrzés**

A részletes tervekben a kérdőívfelvételre vonatkozó előírások betartását a felmérés kutatói, illetve sokéves egészségfelmérési tapasztalattal rendelkező amerikai szakemberek ellenőrizték. Így megfigyelőként, kísérőként részt vettek a képzés, a gyakorló kérdések, illetve a fővizsgálat kérdéseiben. A megfigyelést végző OLEF2000 kutatók és amerikai szakemberek a kérdezőkhöz hasonlóan fényképes igazolvánnyal rendelkeztek. A helyszíni tapasztalatok elősegítették a képzési anyagok, a kérdezői segédletek javítását, és feltehetően ezen keresztül, illetve ettől függetlenül is hozzájárultak a kérdés színvonalának emeléséhez.

A kérdőívfelvétel minőségét maga a Gallup is folyamatosan ellenőrizte. A kérdőíveket először az instruktorok nézték át, amikor azokat átvették a kérdezőktől. Amikor az összegyűjtött kérdőívek a központba kerültek, ott az erre kijelölt, nagy tapasztalattal rendelkező szakemberek ellenőrizték azokat mind formai, mind tartalmi szempontból. A kérdeztettek véletlenül kiválasztott 5%-át a Gallup postai úton kereste meg a kérdés megtörténtének utólagos ellenőrzése végett.

Az ellenőrzés a kérdőívfelvételen túl kiterjedt az adatkezelésre, valamint az adatbevitelre is: az előbbit az Adatkezelési tervben meghatározottak helyszíni ellenőrzésével, az utóbbit a kérdőívek véletlenül kiválasztott 5%-nak ismételt bevitelével végezték a felmérés kutatói. (Az ellenőrzés eredményeiről lásd az Adatkezelés alfejezetet!)

#### **6.3.4.9. Minőségbiztosítás**

Az adatok hiteleségének biztosításához a kommunikáció, a képzés, a felmérés végrehajtásának részletes dokumentálása, valamint a részletes tervekben rögzítettek betartásának ellenőrzése kapott leginkább hangsúlyt. Az előző bekezdésekben az ez irányú tevékenységeket már ismertettük. Összefoglalóan elmondható, hogy a minőségbiztosítás körébe tartozó feladatok végrehajtásakor a felmérésben résztvevők részéről csak igen ritkán tapasztaltunk ellenállást, sőt inkább az együttműködési készség volt megfigyelhető. Úgy tűnik, hogy az OLEF2000 megvalósításában munkálkodók a kitűzött célok és az előre rögzített elvárások ismeretében szívesen vállalták a feleslegesnek látszó dokumentálás terheit,

az ellenőrzés kényelmetlenségeit, hiszen úgy érezhették, hogy egy sikerrel kecsegtető vállalkozás részesei.

## 6.4. Mintavétel

*Németh Renáta*

### 6.4.1. Kiemelt eredmények

- Az OLEF2000 mintája reprezentatívnak tekinthető a kérdezettek neme, kora, lakhelyének nagysága szerint.
- Ennek forrásaként két tervezési tényezőt jelölhetünk meg. Az egyik a mintavétel tervezése, ennek egyes lépései (megközelítően azonos kiválasztási valószínűségek létrehozása, a minta rétegezése) a reprezentatív minta elérését célozták. Legalább ilyen fontos szerepe volt a felmérés végrehajtása körültekintő megtervezésének. A kérdezés körülményei (médiakampány, felkérő levél, sikertelenség esetén többszöri felkeresés) pozitívan befolyásolták a megvalósult minta reprezentativitását.
- A mintavételi módszer legfontosabb pozitív tapasztalata a Központi Nyilvántartó és Választási Hivatal névjegyzéke használatának előnye. Alkalmazása hozzájárult a minta reprezentativitásához. Ezen kívül a kérdezendők címének ismeretében a felmérést megelőzően névre szóló felkérő levelet küldhettünk szét, ez az előzetes tájékoztatás növelte a részvételi hajlandóságot.
- A rétegzett, két lépcsőben választott minta és az 5500 fős mintanagyság a legfontosabb indikátorok esetében megfelelő hatékonyságú becsléseket biztosított, mind országos, mind regionális szinten. Ugyanakkor a megyékre lebontott becslések megbízhatóságának eléréséhez nagyobb minta-elemszám lenne szükséges.

A felmérés módszertanának tervezésekor alapvető kérdés a mintavétel módjának megválasztása. A felmérésből származó adatok minősége nagymértékben függ a kivitelezésnek ettől a szakaszától. Ezen kívül a különböző felmérésekből származó eredmények összevethetősége is jórészt az alkalmazott mintavételi eljárások összehangoltságán, illetve a kapott minták hasonlóságán alapul.

Az OLEF2000-et a jövőben ismétlődő egészségfelmérések sorozatának első tagjának tekintve a tervezéskor a későbbiekben is jól használható mintavételi módszer kidolgozására törekedtünk.

### 6.4.2. Elterjedt fogalmak meghatározása

A kutatási jelentésben mi a külföldi szakirodalom [4,5] mintavételi fogalmait használjuk a már elterjedt hazai szóhasználat figyelembevételével.

Az OLEF2000 tervezésekor a célkitűzéseknek megfelelő kutatási terv létrehozása volt az első lépés (lásd a „Kutatási terv” mellékletet). A kutatási tervben a felmérés tárgyát képező egyedek összessége, a **célpopuláció** (vagy vizsgálati populáció), és a megismerni kívánt célpopulációs jellemzők kerültek meghatározásra. Az OLEF2000 célpopulációja Magyarország 1999. december 31-ig 18. életévét betöltött, nem intézményben élő lakossága. A terv ezen kívül rögzíti a célpopuláció gyakorlati elérésére alkalmas **keretet**. A keret köztes állomás a célpopuláció és a minta között: a minta a keretből kerül kiválasztásra. Keretként a Központi Nyilvántartó és Választási Hivatal (továbbiakban: KÖNYV) névjegyzékét jelöltük ki. A keret és a célpopuláció nem feltétlenül fedik egymást: a választói névjegyzék adatai hibás adatokat tartalmazhatnak a populációs mobilitás miatt, illetve szerepelhetnek benne a célpopulációhoz nem tartozó (pl. elhalálozott) személyek is.

A mintavétel módjának megválasztásakor meghatároztuk a keretből kiválasztott **tervezett mintát**, a kérdezők által megkeresett személyek csoportját. A felkeresett kérdezők nem minden esetben voltak megtalálhatóak, illetve néhányan visszautasították a felmérésben való részvételt, így a **megvalósult minta** a tervezett mintának csak egy részét fedi le.

A felmérésből származó eredmények hitelességének megítélésekor a mintavétel minden lépését figyelembe kell venni. Ezen lépések mindegyike az eredményeket befolyásoló önálló hibaforrásként jelenhet meg. Ebben a fogalmi keretben a célpopuláció és a keret eltérése **le nem fedettségi hibát** okoz, a keret és a tervezett minta bizonyos lényegi szempontok szerinti eltérése **mintavételi hibához** vezet, míg a tervezett minta és a megvalósult minta eltérése a szisztematikus **válaszhiányból fakadó nem-mintavételi hibához**<sup>6</sup> járul hozzá. Ilyen nem-mintavételi hibát okoz a férfiak ritkább otthon-tartózkodásából adódó válaszhiány, mely hazai felmérések gyakori megfigyelése, és az OLEF2000 esetén is tapasztaltuk.

Az OLEF2000 hibáinak felmérésével a 6.4.5 fejezetben foglalkozunk.

### 6.4.3. A korábbi felmérések mintavételi módszertana

Az alábbiakban csupán néhány jellegzetes külföldi példát emelünk ki, a hazai egészségfelmérésekről viszont megkísérlünk teljes képet nyújtani. A Bevezető 2.4.1 alfejezetében már számbavettük a korábbi hazai felméréseket, azok intézményi hátterét; az alábbiakban inkább a felmérések módszertanát emeljük ki.

#### 6.4.3.1. Külföldi felmérések

Hollandiában a *Statistics Netherlands* végez rendszeres felméréseket [6]. Mivel az 1997-ben bevezetett rendszer elsődleges célja a felmérések integrációja és egységesítése, az egészséggel kapcsolatos modul több másik modul mellett, azokkal azonos módon kerül felvételre és feldolgozásra. Korábban lakcím-alapú mintavételt alkalmaztak, az adott címen élők közül választottak ki aztán egyet vagy többet. A felmérés mintavételi kerete ma már a KÖNYV névjegyzékéhez hasonló, országos lakossági regiszter. A regiszter használatával kapcsolatban igen kedvezőek a tapasztalataik: a felkeresetteknek csupán 2%-át nem találják az adott címen, ugyanakkor a válaszadási hajlandóságot megnövelték a felkeresést megelőzően a lakcím ismeretében szétküldött tájékoztató levelek. A felmérés időben folyamatos, egész évben zajlik. Az egészség-modul célpopulációja a teljes lakosság. 1997-ben az egészség-modul megvalósult mintájának elemszáma 10.897, a válaszadási arány 60%-os.

Az Egyesült Államokban a *National Center for Health Statistics* által koordinált *National Health Interview Survey* (NHIS) szolgálat alapvető, egészséggel kapcsolatos információkat a nem intézményben élő lakosságról [7]. Az NHIS 1957 óta minden évben ismétlődik. A felmérés folyamatosan, egész évben zajlik. A megvalósult minta elemszáma az utóbbi években 100-150.000 fő, a mintaválasztásnál rétegzett, több lépcsős eljárást alkalmaznak a mintába kerülő háztartások kiválasztására, majd a háztartáson belül véletlen mintavétellel választanak egy gyermek és egy felnőtt kérdező személyt (1997 előtt a kiválasztott háztartás minden tagját megkérdezték).

A Skóciában 1995-ben és 1998-ban, a Scottish Office Department of Health megbízásából végzett Scottish Health Survey egy háromévenkénti periodicitással ismétlődő felmérés-sorozat elemei [8, 9]. Az 1998-ös felmérés célpopulációja Skócia magánháztartásban élő 2-74 év közötti lakossága. A tervezett minta mintegy 15.000 háztartás címét tartalmazta, ezeket

<sup>6</sup> A nem-mintavételi hibák közé tartoznak még ezen kívül a mintavételt követő végrehajtási lépések hibái, ezek az elemzésben szereplő adatok és a valódi adatok eltérését okozzák.

rétegzett, többlépcsős mintavételi eljárás során választották ki. A mintába került háztartásokból a kor-kritériumnak megfelelő felnőttet és legfeljebb két gyermeket a kérdezők választották ki véletlen módon. A megvalósult minta a tervezett minta 76%-át teszi ki, a felmérés egyes eszközös mérés-moduljai ennél kisebb arányban sikerültek, pl. vérmintát a tervezett esetek 55%-ban kaptak.

#### **6.4.3.2. Hazai egészségfelmérések**

A korábban végzett hazai egészségfelmérések eredményeiről megjelentetett publikációk nem minden esetben szolgáltatnak elegendő információt az alkalmazott mintavételi eljárásról, ezért a 6.4-1. táblázat áttekintése néhol hiányos.



**6.4-1. táblázat: Korábbi hazai felmérések**

<i>A felmérés elnevezése, az azt vezető intézmény</i>	<i>Időpont</i>	<i>Kutatási cél</i>	<i>Célpopuláció</i>	<i>Mintavétel módja</i>	<i>Tervezett minta nagysága</i>	<i>Megvalósult minta nagysága</i>	<i>Válaszhiány jellege / oka</i>	<i>Eszköz</i>
Komplex Országos Morbiditási Vizsgálat 10	1978-1979	A népesség nyilvántartott és rejtett morbiditásának a megismerése, a morbiditást befolyásoló társadalmi, gazdasági, kulturális és egészségügyi tényezők megismerése.	teljes magyar lakosság	„a KSH 2,5 ezrelékes mintája”: település és számlálókörzet szerint rétegzett, kétlépcsős arányos kiválasztás	24.500	19.962	főként: lemorzsolódás az egy éves követési időszak alatt	3 évre visszamenően nyilvántartott morbiditási adatok kigyűjtése, 1 éves követés körzeti ápolónő kérdésével, záró szűrővizsgálat.
SOTE Magatartástudományi Intézete, Kopp Mária vezetésével, [11, 12]	1983, 1988, 1994	1983: neurózis gyakorisága, 1988, 1994-95: a neurotikus és depressziós tünetegyüttesek és társadalmi, környezeti, pszichológiai háttértényezők	16 év feletti magyar lakosság	településnagyságra rétegzett, több lépcsős: település, városrész, utca, lakóház sorrendben, háztartásonként egy személyt választva	1983: 5.871, 1988: 20.902, 1994: 6.000	visszautasítás esetén „a kérdezőbiztosok ... hasonló demográfiai jellemzőkkel rendelkező más személyekkel vették fel a kérdőíven”	„a visszautasítási arány a település méretének növekedésével fokozatosan emelkedett”	1988-ban és 1994-ban azonos kérdőív, benne Beck depressziós tünetbecslő skála és Juhász-féle neurózis skála. Kérdezők: kiképzett kérdezőbiztosok.

„Szükségletkommunikációs felmérés” OEP pályázat keretében Kopp Mária vezetésével [13]	1995	magyar társadalom egészségi állapota, pszichológiai és szociális háttértényezői, fő lakossági szükségletek	16 év feletti magyar lakosság	a KSH által összeállított minta - településnagyságra rétegzett, több lépcsős: település, városrész, utca, lakóház sorrendben, háztartásonként egy személyt választva	12.372		„a visszautasítási arány a település méretének növekedésével fokozatosan emelkedett”	az 1994-es kérdőív bővítése „a támogatásból eredő kérdésfeltétel változása miatt”. Kérdezők: kiképzett kérdezőbiztosok.
Központi Statisztikai Hivatal (KSH), [14]	1984	a népesség egészségügyi helyzete, egészségkárosító szokásai	6 éves és idősebb népesség	mikrocenzus keretében	a lakosság 2%-a			a mikrocenzus kérdőíve, bővítve, kérdezők: KSH összeírói
Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI), [15]	1985-88	az étrendfüggő betegségek táplálkozási kockázati tényezői	14 évesnél idősebb népesség	a választási címjegyzékből történő kiválasztás, kor, nem, lakóhely szerint reprezentatív módon		16.641		kérdőív, vérszérumelemzés
„Egészségi állapot 1986” – KSH, [16]	1986	az egészségi állapot, illetve az ezzel kapcsolatos magatartás, valamint vélemény	a teljes magyar nem intézményben élő lakosság	Az 1980. évi népszámlálás számlálókörzetei alapján. Többlépcsős, rétegzett. A háztartások minden tagja bekerült a mintába.	39.750	37.462	„pl. elköltözés, elhalálozás, magtagadás stb.”	kérdőív, kérdezők: KSH összeírói

POTE Szociológiai Kutatócsoportja, [17]	1988-1989	egészségszociológiai felmérés	15-59 éves, Baranya megyei állandó lakosság	többlépcsős kiválasztás		3.705		kérdőív, kérdezők: orvostanhallgatók, védőnők, szociális gondozónők
POTE Szociológiai Kutatócsoportja, [18]	1994-1996	a korábbi felmérés folytatásaként követéses vizsgálat	a korábbi felmérésben részt vettek	a korábbi minta megisméltése	az 1988-89-es megvalósult mintába tartozó akkor 20 év feletti személyek: 3.408 fő	2357	nagy részét nem a válaszmegtagadás, hanem az el nem érhetőség okozta. A követettek aránya a 30 év alatti korcsoportban 40%, a 30 év felettek között 70%	az 1988-89-es kérdőív rövidített változata
„Háztartási Panel” – TÁRKI, BKE Szociológia Tanszék, [19]	1992-1997., évente	Alapvető cél: a munkaerőpiac, a jövedelem-egyenlőtlenségek és szegénység változásainak követése. Az egészségi állapotra, ellátórendszer igénybevételre vonatkozó modul is szerepelt a vizsgálatban.	magyarországi nem intézményi háztartások	4 lépcsős rétegzett minta	2600 háztartásból állt az induló minta. A felméréssorozat követéses vizsgálat, később is az induló minta háztartásainak tagjait keresik fel.	A felkeresett háztartások átlagosan 15-20%-a kiesik. A nem elérhető személyekről helyettesítő kérdőív készül vele egy háztartásban élő személy megkérdezésével.	Leginkább válaszmegtagadás, ezen kívül „ismeretlen helyre költözött”, meghalt stb.	kérdőív, kérdezők: kiképzett kérdezőbiztosok.
„Táplálkozási felmérés” – OÉTI, [20]	1992-1994	a tápláltsági állapot illetve a tápanyagbevitel felmérése, valamint a táplálkozással összefüggő betegségek kockázati tényezői	felnőtt magyar lakosság	Budapest és 7 megye lakosságából kvázi-random módon		2.559		kérdőív, antropometriai mérések, biokémiai laboratóriumi vizsgálatok

„Egészségi Állapotfelmérés” – KSH, [21]	1994	„hogyan ítélik meg az emberek egészségi állapotukat, mi a szerepe az életmódnak, az egészségre káros szokásoknak, a veszélyeztető kockázati tényezőknek a felnőtt népesség köztudottan rossz egészségi állapotában.” (id.m. 13. o.)	15-64 éves, nem intézményi lakosság	Több lépcsős, rétegzett minta a lakcímek kiválasztására, majd „legközelebbi születésnap” módszere a kérdezendő kiválasztására.	6.411 háztartás	5.476	a tervezett minta 4,8%-a válaszmegtagadás, 2,6%-a a kérdezendő tartós távolléte miatt esett ki	kérdőív, kérdezők: az Egységes Lakossági Adatfelvételi Rendszer (ELAR) munkatársai.
Szádócky és munkatársai, [22, 23]	1995-1996	pszichiátriai betegségek, elsősorban a kedély- és szorongásos zavarok gyakoriságának megállapítása, és összehasonlítása más országok hasonló módon nyert adataival	18-64 éves magyarországi lakosság	az ország 5 területén, 15 random módon kiválasztott családorvos körzetében véletlenszerű kiválasztás.	3500	2953	a 3500 fő 15%-a nem járult hozzá, további 25 fő kérdőíve nem volt teljes	Diagnostic Interview Schedule kérdőív magyar adaptációja, kérdezők: egyetemi hallgatók.
Szívbarát Program, világbanki támogatással, [24]	1996: 3 felmérés, 1997: további 1	A lakosság egészségi állapota, életmódja, kiemelten a táplálkozási szokások. Az 1997-es vizsgálat követéses, az 1996-os mintán alapulva.	Kalocsa és Homokmégy lakossága	1997: az 1996-os mintából random módon kiválasztva, .	az első három alkalommal összesen 1067 fő, 1997-ben 204 fő 84 fős pótmintával (a pótminta alkalmazása miatt 204 fős a megvalósult minta is)			kérdőív, vérnyomás-, és koleszterin-szint mérés, testtömeg-index meghatározás

<p>„Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról” – TÁRKI, [25]</p>	<p>1997</p>	<p>egy panel-jellegű vizsgálat-sorozat első elemeként végrehajtott felmérés „segítségével hosszabb időtávon keresztül lehetne a népesség egészségi állapotában – s az azt leginkább meghatározó társadalmi-gazdasági-kulturális stb. tényezőkben – bekövetkező változások irányát és tartalmát követni.” (id.m. 5. o.)</p>	<p>teljes magyar nem intézményben élő lakosság</p>	<p>A települések rétegezéssel történő kiválasztása után a kérdezendőket egyszerű véletlen módszerrel választották, a lakosságszámnak megfelelő arányban. A mintába került háztartásokban lakó valamennyi személy bekerült a mintába.</p>	<p>„a felmérés 2005 háztartásra, terjedt ki” „a 2005 háztartásban 5376 háztartástagot regisztráltunk”</p>	<p>A kiesések nagyobb arányban a fiatalabb korosztályban, a tanulók és a férfiak között voltak megfigyelhetők.</p>	<p>kérdőív, kérdezők: kiképzett kérdezőbiztosok.</p>
---	-------------	--	--	--	---	--	--

Szívbarát Program - Szonda Ipsos Média-, Vélemény- és Piackutató Intézet, Központi Élelmiszeripari Kutató Intézet, Interhealth Canada Ltd ., [26]	1997, 1999	a táplálkozási szokások és az életmód, az egészség és a társadalmi helyzet közötti kapcsolat	felőtt magyar lakosság	kétlépcsős (település- és személykiválasztás), arányosan rétegzett. 1997: emellett speciális célcsoportok (750 házi orvos, 1000 pedagógus) és 437 a kiválasztott felőtt háztartásában élő 9-17 éves fiatal	1997: 3.000 + 437 + 1750 1999: 3.000		kérdőív
SOTE Magatartástudományi Intézete és a TÁRKI, [27]	1998	követéses vizsgálat kiinduló helyzetfelmérése, a Misszió Egészségügyi Központ létesítésével párhuzamosan „a lakosság életmódjára, egészségi állapotára, egészség és betegviselkedésére, intézményhasználatára”	Veresegyházán és környékén 14 község legalább 12 éves lakossága	A mintába került háztartásokat véletlen sétával, majd a háztartáson belül a kérdezendőt Leslie Kish kulcs segítségével választották ki.		1.493	kérdőív, kérdezők: egyetemi hallgatók
FACT Intézet, [28]	1999	dohányzási és alkoholfogyasztási szokások	legalább 18 éves lakosság		1.200 fő		

## 6.4.4. Az OLEF2000 mintavételi eljárása

### 6.4.4.1. Tervezés

A tervezésről részletesen lásd a „Mintavételi terv” mellékletet, a következőkben a mintavétel főbb jellemzőinek megválasztását indokoljuk.

Az OLEF2000 kutatási tervében meghatározott célpopuláció Magyarország felnőtt, nem intézményi lakossága. Mivel az intézményben élőkről sajnos, nem állnak rendelkezésre megfelelő nyilvántartások, a nem elérhető vizsgálati populáció helyett a keretet a KÖNYV névjegyzékében felsorolt, 18. életévét betöltött, magyar állampolgárságú lakosságban határoztuk meg, ebből választottunk mintát. Az intézményben élőket a terepmunka során zártuk ki a felmérésből. A KÖNYV által rendelkezésünkre bocsátott névjegyzék alkalmazásának haszna, hogy belőle valódi véletlen mintát vehetünk. A KÖNYV névjegyzékének a statisztikai szempontokon kívül másik nagy előnye, hogy használatával lehetőségünk volt a felkeresést megelőző személyes felkérő levél szétküldésére, ami tapasztalataink szerint kedvezően befolyásolta a felkeresettek együttműködési készségét.

Megfelelő mintanagysággal biztosítható a felmérésből kapott becslések kívánt hatékonysága, hibájának korlátozása. A mintanagyság tervezésekor további szempont volt az OLEF2000 eredményeinek más felmérések eredményeivel való összevethetőségének biztosítása. A Központi Statisztikai Hivatal 1994-es Egészségi Állapot Felmérése 5500 személyről gyűjtött adatokat. Mindezek alapján hozzávetőleg 5000 fős felmérést terveztünk. Figyelembe véve, hogy egyes felkeresettek nem lesznek megtalálhatók, vagy megtagadják a részvételt, ezáltal csökkentik a becslések pontosságát, 7000 személy alkotta a tervezett mintát.

Mivel a felmérésből megbízható regionális szintű becsléseket szeretnénk volna kapni, a mintát megyék szerint rétegeztük, illetve a települések nagyság szerinti képviselőinek biztosításához a megyéken belül településnagyság-kategóriánként is rétegeztünk. A települések lakosságszámmal arányos képviselőinek érdekében a nagyobb települések mindenképpen bekerültek a mintába, a kisebb települések pedig lakosságszámukkal arányos kiválasztási valószínűséggel kerültek kiválasztásra. A megfelelő kiválasztási valószínűségeket szisztematikus mintavétellel valósítottuk meg, részletesen lásd a „Mintavételi terv” mellékletet.

Kétlépcsős mintavételt végeztünk: először településeket választottunk, majd ezek lakosságából jelöltük ki a felkeresendőket, egyszerű véletlen mintavételt alkalmazva. A kérdezendők számát településenként 10-es csoportokban adtuk meg, a település lakosságszámmal arányosan. A kétlépcsős mintavételi eljárás, és a kérdezendők településenkénti létszámának minimum 10 főben történő meghatározása a felmérés költségigényét csökkenti.

Nem alkalmaztunk pótcímeket, azaz sikertelen interjú esetén nem helyettesítettük mással a kérdezendőt, mivel a tervezett minta elemszámát eleve mintegy 20%-os kiesésre számítva állapítottuk meg.

A kiválasztási procedúra különbözött a nagyobb és a kisebb települések esetében (lásd a „Mintavételi terv” mellékletben a biztosan és a véletlen módszerrel kiválasztott települések meghatározását), ezzel a településnagyság szerinti arányos képviselőt biztosítottuk. Ugyanakkor emiatt a keretbeli személyek kiválasztási valószínűsége kismértékben ingadozott. Ezt az eltérést az elemzési szakaszban súlyozással korrigáltuk (lásd az alapsúly meghatározását az „Elemzési terv” mellékletben).

### 6.4.4.2. Megvalósítás

440 település<sup>7</sup> került be a kiválasztottak közé, ez magas számnak mondható a hazai felmérési gyakorlatban. A mintába került települések lakosság szám szerinti megoszlását a 6.4-2. táblázat írja le. A 11.500-nál több felnőtt lakossal rendelkező települések mindegyike bekerült a mintába. A tervezett mintába került kérdezők jellemzőiről lásd a 6.4.5.2 fejezetet.

**6.4-2. táblázat: A mintába került települések lakosság szám szerinti megoszlása**

Lakosság szám	Mintába került települések száma	Keretbeli települések száma (KÖNYV)
0-1000	54	1690
1001-3000	116	955
3001-5000	51	210
5001-10000	67	139
10001-50000	113	125
50001-X	39	39
Együtt	440	3158

### 6.4.5. A minta reprezentativitása

A reprezentativitás szó jelentésének nagyszámú változatával találkozhatunk a szakirodalomban és a médiában. A legtágabb értelemben a minta tipikus voltát értik alatta, s a felmérés célváltozóinak pontos becslését alátámasztó érvként használják. Szűkebben a populáció valamely ismert jellemzője szerinti megoszlás mintabeli reprodukálását jelenti. Az olyan fontos jellemzők, mint a nem vagy a kor szerinti reprezentativitás azért kívánatos, mert ha a kutatás kérdései összefüggésben állnak az adott jellemzővel, akkor a becslés várhatóan pontosabb lesz a jellemző szerinti reprezentativitás esetén (a becslés pontosságának definíciójáról lásd a 7.7.3 fejezetet). Másrészt a minta ellenőrizhető szempontok szerinti reprezentativitása a mintavétel véletlen voltát is alátámaszthatja utólag, hiszen véletlen mintavétel és közel azonos kiválasztási valószínűségek esetén kis eséllyel sérül a reprezentativitás.

Az alábbiakban a nem, korcsoport és a lakóhely nagysága szerint jellemezzük a minta reprezentativitását<sup>8</sup>. A mintavétel egyes lépéseinek önálló jellemzésével a hozzájuk kapcsolódó hibaforrások hatását választjuk szét.

#### 6.4.5.1. Keret és célpopuláció eltérése: a le nem fedettség hibája

Fentebb említettük, hogy a keret és a célpopuláció eltérésének egyik oka, hogy a keret az intézményben élő személyeket is magában foglalja. (A tervezett mintába került, intézményben élő személyek kizárását a kérdezőkre bíztuk.) Az eltérés másik forrása a KÖNYV adatbázisának esetleges hibáiból fakadhat. A 6.4-3. táblázat a KÖNYV 2000. évi nyilvántartása alapján meghatározott keretet veti össze a Központi Statisztikai Hivatal 2000.

<sup>7</sup> Budapest kerületei itt és a továbbiakban önálló településként szerepelnek

<sup>8</sup> Egyéb szempontok, így az iskolázottság, etnikai hovatartozás szerint a „Társadalmi-gazdasági tényezők” fejezetben vizsgáljuk a minta reprezentativitását.



január 1-i adataival [29].<sup>9</sup> Látható, hogy a nem/korcsoport kategóriák százalékaránya legfeljebb 2 tizedes százalékos különbséget mutat a két csoport között, vagyis a le nem fedettség ily módon detektálható hibája jelentéktelennek ítéltető.

### 6.4-3. táblázat: A keret (KÖNYV) és a KSH adatai

Korcsoportok (év)	Nők		Férfiak		Együtt	
	Keret	KSH	Keret	KSH	Keret	KSH
18-34	15,7%	15,8%	16,3%	16,5%	32,0%	32,3%
35-64	25,8%	25,8%	23,7%	23,5%	49,5%	49,3%
65+	11,6%	11,6%	6,9%	6,8%	18,5%	18,5%
<b>Együtt</b>	53,1%	53,2%	46,9%	46,8%	100,0%	100,0%

#### 6.4.5.2. Tervezett minta és keret eltérése: a mintavételi hiba

A mintavételi hiba oka, hogy a tervezett minta a véletlen kiválasztás miatt mintavételként más és más. A tervezett minta és a keret különbözősége egyszerű véletlen minta esetében a mintavételi hibára vezethető vissza<sup>10</sup>. Ez a hiba csökkenthető a minta bizonyos jellemzők szerinti rétegezésével, így az OLEF2000 mintájának megye és településnagyság-kategória szerinti rétegezése csökkenti a minta ezen jellemzők szerinti változékonyságát, tehát a mintavételi hibát.

A 6.4-4. táblázatban található a tervezett minta és a keret nem, korcsoport és a lakóhely lakosságszáma szerinti megoszlása. Látható, hogy bár a kis csoportokra vonatkozó eltérések néhány helyen nem elhanyagolhatók (pl. 18-29 éves, 1001-10.000 fős településen élő férfiak aránya 3,9% helyett 4,3%), de az egyes marginálisok szerinti eltérések nem jelentősek.

A mintavételi hibát ellensúlyozandó az elemzési szakaszban a súlyozást utólagos rétegezéssel kombinálva alakítottuk ki (az utólagos rétegezés meghatározását lásd az „Elemzési terv” mellékletben).

<sup>9</sup> Az összehasonlítás nem feltételezi a KSH adatainak elsőbbségét, ugyanis a KÖNYV és a KSH nyilvántartási módszertana több ponton eltér egymástól. Alapvető eltérés, hogy a KSH adatainak alapja az 1990-es népszámlálási adat továbbszámítása a természetes népmozgalmi statisztika adatainak felhasználásával. Mint ismeretes, a KSH továbbvezetett adatait a népszámlálás nem támasztotta alá.

<sup>10</sup> Ha a keretbeli személyekre vonatkozó kiválasztási valószínűségek megközelítően megegyeznek. Ellenben ha a kiválasztási valószínűségek nagyon egyenlőtlenek, a keret és a tervezett minta eltérése erre az egyenlőtlenségre vezethető vissza, tehát ekkor elméletileg sem várható a keret és a tervezett minta egyezése (lásd a háztartási mintára épülő, eltérő kiválasztási valószínűségeket okozó mintavételről szóló bekezdést a 6.4.6.1 alfejezetben).

**6.4-4. táblázat: A megvalósult minta, a tervezett minta és a keret**

		Férfi						Nő						Együtt					
	Település nagyság (fő)	0-1000	1001-10000	10001-50000	50001+, Budapestet kivéve	Budapest	Együtt	0-1000	1001-10000	10001-50000	50001+, Budapestet kivéve	Budapest	Együtt	0-1000	1001-10000	10001-50000	50001+, Budapestet kivéve	Budapest	Együtt
18-29	megvalósult minta	0,70%	4,40%	2,50%	1,90%	1,50%	10,90%	0,90%	3,60%	2,60%	2,30%	1,50%	10,90%	1,60%	8,00%	5,10%	4,10%	3,00%	21,80%
	tervezett minta	0,70%	4,30%	2,50%	2,30%	2,00%	11,90%	0,80%	3,40%	2,60%	2,40%	2,00%	11,30%	1,50%	7,70%	5,20%	4,80%	4,00%	23,20%
	keret	0,80%	3,90%	2,80%	2,40%	2,00%	11,90%	0,80%	3,70%	2,70%	2,40%	2,00%	11,50%	1,60%	7,60%	5,50%	4,70%	4,00%	23,40%
30-39	megvalósult minta	0,50%	3,20%	1,80%	1,20%	0,80%	7,60%	0,80%	3,10%	2,00%	1,50%	1,10%	8,50%	1,30%	6,30%	3,80%	2,70%	1,90%	16,10%
	tervezett minta	0,50%	3,00%	1,80%	1,30%	1,20%	7,80%	0,70%	2,70%	1,90%	1,70%	1,40%	8,50%	1,20%	5,70%	3,70%	3,10%	2,70%	16,30%
	keret	0,70%	2,80%	1,90%	1,60%	1,30%	8,30%	0,60%	2,60%	1,90%	1,60%	1,40%	8,10%	1,20%	5,50%	3,70%	3,20%	2,70%	16,30%
40-49	megvalósult minta	0,90%	3,70%	1,80%	1,40%	1,20%	9,00%	0,80%	3,60%	2,20%	2,20%	1,40%	10,30%	1,70%	7,40%	4,00%	3,70%	2,60%	19,40%
	tervezett minta	0,80%	3,30%	2,00%	1,70%	1,60%	9,50%	0,70%	3,20%	2,10%	2,20%	1,80%	10,10%	1,50%	6,60%	4,10%	3,90%	3,40%	19,50%
	keret	0,80%	3,30%	2,20%	1,80%	1,50%	9,60%	0,60%	3,10%	2,30%	2,10%	1,80%	9,90%	1,40%	6,40%	4,50%	3,90%	3,30%	19,60%
50-59	megvalósult minta	0,80%	2,60%	1,50%	1,30%	1,30%	7,50%	0,60%	3,20%	2,10%	2,00%	1,50%	9,40%	1,30%	5,80%	3,70%	3,30%	2,80%	16,80%
	tervezett minta	0,70%	2,30%	1,50%	1,40%	1,40%	7,30%	0,40%	2,80%	2,10%	1,80%	1,80%	8,90%	1,10%	5,10%	3,60%	3,20%	3,20%	16,20%
	keret	0,50%	2,40%	1,70%	1,40%	1,40%	7,50%	0,60%	2,50%	1,90%	1,70%	1,70%	8,40%	1,10%	4,90%	3,60%	3,10%	3,20%	15,80%
60-69	megvalósult minta	0,60%	1,80%	1,20%	0,90%	0,70%	5,20%	0,80%	2,90%	1,60%	1,40%	1,10%	7,90%	1,40%	4,80%	2,90%	2,30%	1,80%	13,10%
	tervezett minta	0,50%	1,60%	1,20%	0,90%	0,90%	5,10%	0,70%	2,60%	1,40%	1,40%	1,30%	7,30%	1,20%	4,20%	2,60%	2,20%	2,20%	12,40%
	keret	0,50%	1,80%	1,20%	1,00%	0,90%	5,20%	0,60%	2,40%	1,50%	1,30%	1,30%	7,20%	1,10%	4,20%	2,70%	2,20%	2,20%	12,40%
70+	megvalósult minta	0,40%	1,60%	1,00%	0,80%	0,80%	4,70%	0,80%	3,00%	1,60%	1,40%	1,40%	8,20%	1,30%	4,60%	2,60%	2,20%	2,10%	12,80%
	tervezett minta	0,40%	1,50%	0,90%	0,70%	0,90%	4,40%	0,70%	2,70%	1,60%	1,30%	1,70%	8,00%	1,10%	4,20%	2,50%	2,00%	2,60%	12,50%
	keret	0,40%	1,40%	0,90%	0,70%	0,90%	4,40%	0,70%	2,60%	1,60%	1,30%	1,80%	8,10%	1,10%	4,00%	2,50%	2,10%	2,70%	12,40%
Együtt	megvalósult minta	3,90%	17,40%	9,90%	7,40%	6,20%	44,80%	4,70%	19,50%	12,20%	10,80%	8,00%	55,20%	8,60%	36,80%	22,10%	18,20%	14,20%	100,00%
	tervezett minta	3,60%	16,00%	9,90%	8,30%	8,10%	45,90%	4,10%	17,40%	11,70%	10,80%	10,10%	54,10%	7,70%	33,40%	21,60%	19,10%	18,10%	100,00%
	keret	3,60%	15,70%	10,60%	8,90%	8,10%	46,90%	3,90%	17,00%	11,90%	10,30%	10,00%	53,10%	7,50%	32,70%	22,50%	19,20%	18,10%	100,00%

### 6.4.5.3. Tervezett minta és megvalósult minta eltérése: a válaszhiány hibája

Mivel a nem megtalálható, vagy az együttműködést visszautasító kérdezetek jellegzetesen különböznek a sikeres interjú adóktól [21, 25], ezért a felmérésből származó eredmények hitelessége jelentősen sérülhet a válaszhiány miatt. A válaszhiány (a tervezett mintába beválasztott személyek kérdezésének megghiúsulása) a módszertanilag közvetlenül legkevésbé kontrollálható hibaforrásnak tekinthető. Az OLEF2000 tervezésekor több olyan lépést határoztunk meg, mely ezt a hibát csökkentheti: a kérdezést médiakampány előzte meg, a válaszadási hajlandóságot növelő felkérő leveleket küldtünk ki a kérdezendők címére, a kérdezőbiztosok képzése során kitértünk a felmérés szükségességének indoklására és a visszautasítás kezelhetőségére, végül a kérdezők sikertelenség esetén többször is felkeresték a kérdezendőket.

A válaszhiány elemzésére a Felmérés végrehajtása c. fejezetben már sor került. A következőkben a tervezett minta és a megvalósult minta bizonyos jellemzőit vetjük össze, illetve a mintavétel egyes jellemzőivel kapcsolatba hozható válaszhiány-típusokat elemezzük.

A megghiúsulások aránya különbözik a lakóhely, nem és korcsoport alkotta csoportokban. A 6.4-4. táblázatban megtalálható a tervezett és a megvalósult minta nem, korcsoport és a lakóhely nagysága szerinti megoszlása. Látható, hogy a vártnál kissé magasabb a nők aránya, méghozzá az eltérés iránya a mintavételi hiba hatásának irányával megegyezik (a nők aránya a megvalósult mintában 55,2%, a tervezett mintában 54,1%, míg a keretben 53,1%). A fiatal korosztály kissé alulreprezentált (18-29 éves korosztály aránya 21,8% vs. 23,2%), a fiatal férfiak között ez a különbség kismértékben jelentősebb (10,9% vs. 11,9%), mint a nők esetében. A budapestiek a tervezettnél kisebb arányban szerepelnek a megvalósult mintában (14,2% vs. 18,1).

A válaszhiányból eredő hibát ellensúlyozandó, az elemzési szakaszban a súlyozást válaszhiány-korrektúrával kombinálva alakítottuk ki (a válaszhiány-korrektúra meghatározását lásd az „Elemzési terv” mellékletben).

Érdekes a válaszhiány különböző típusainak megoszlását is vizsgálni, így elkülöníthetők a megvalósult és a tervezett minta eltéréseinek forrásai. A 6.4-5. táblázat szerint a budapestiek korábban megállapított alulreprezentáltsága mögött a névjegyzék hibája is áll: 12%-ukat a névjegyzék hibája (a kérdezendő meghalt, vagy elköltözött, ezért nem található az adott címen; rossz a megadott cím, vagy üres a felkeresett lakás) miatt nem találták meg a kérdezők, míg ez az arány a teljes tervezett mintára csak 7%. A 6.4-6. táblázat mutatja az interjú sikertelensége különböző típusainak megoszlását az egyes nem és korcsoport kategóriákban. Látható, hogy a névjegyzék hibája inkább a fiatal korosztályt érinti, vélhetően nagyobb földrajzi mobilitásuk miatt. A fiatalok alulreprezentáltsága tehát részben szintén a névjegyzékre vezethető vissza. A névjegyzék, mint hibaforrás nem szerepelne a megvalósult és a tervezett minta eltéréseinek okai között, ha a mintavétel nem a KÖNYV regiszterére épült volna. Ugyanakkor más, névjegyzékként használható forrás nem állt rendelkezésre, a nem lista alapú mintavétel pedig más, súlyosabb hibáktól terhelt (lásd a 6.4.6.1 fejezetet a háztartásra épülő minta elvi hibáiról).

A többi válaszhiány típus minden olyan mintavételi módszer esetén fennáll, ahol a kérdezendőket nem a kérdés pillanatában jelen levők közül választják ki (ez a kiválasztás erős torzítást eredményezne a mintában, mivel azokat kérdeznénk, akik könnyen elérhetőek, illetve akik inkább hajlandóak együttműködni). Az „egyéb okból nem megtalálható” személyek (akiket a kérdező nem talál otthon) az OLEF2000 estében inkább a fiatalok ill. a

férfiak közül kerülnek ki, míg a válasszmehtagadók inkább a budapestiek ill. a középkorúak, a válaszképtelenek pedig az idősek közül.

**6.4-5. táblázat: Az interjúk válaszhány-típus szerinti megoszlása település-nagyságkategóriánként (sor-, és oszlopszázalékok)**

A sikertelenség típusa	0-1000	1001-10000	10001-50000	50001+, Budapestet kivéve	Budapest	Együtt
Sikerés	8,6	36,8	22,1	18,2	14,3	100,0
	88,0	86,6	80,5	74,7	61,7	78,6
Névjegyzék hiba	5,1	19,0	19,4	25,4	31,1	100,0
	4,6	4,0	6,3	9,3	12,0	7,0
Egyéb okból nem volt megtalálható	6,0	20,2	20,2	23,8	29,8	100,0
	4,3	3,3	5,2	6,9	9,1	5,5
Válasszmehtagadó	2,3	20,2	18,8	20,3	38,4	100,0
	2,2	4,5	6,6	8,0	15,9	7,5
Válaszképtelen	5,2	37,5	22,9	16,7	17,7	100,0
	0,9	1,5	1,5	1,2	1,3	1,4
Együtt	7,7	33,4	21,6	19,1	18,1	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

**6.4-6. táblázat: Az interjúk válaszhiany-típus szerinti megoszlása nem- és korcsoport kategóriánként (sor-, és oszlopszázalékok)**

A sikertelenség típusa		Korcsoportok			
		18-34	35-64	65+	Együtt
<b>Férfi</b>	<b>Siker</b>	32,9	51,4	15,7	100
		72,7	77,9	82,2	76,7
	<b>Névjegyzék hiba</b>	45,6	45,2	9,3	100
		9,7	6,6	4,7	7,4
	<b>Egyéb okból nem volt megtalálható</b>	46,2	46,6	7,2	100
		9,2	6,4	3,4	6,9
	<b>Válaszmehtagadó</b>	33,6	52,5	13,9	100
		7,4	7,9	7,2	7,6
<b>Válaszképtelen</b>	25	47,7	27,3	100	
	1	1,3	2,5	1,4	
<b>Együtt</b>	34,7	50,6	14,7	100	
	100	100	100	100	
<b>Nő</b>	<b>Siker</b>	27,6	50,5	21,9	100
		75,9	82,3	81,3	80,2
	<b>Névjegyzék hiba</b>	52,8	32,1	15,1	100
		12,1	4,4	4,7	6,7
	<b>Egyéb okból nem volt megtalálható</b>	35,6	47,2	17,2	100
		5,3	4,1	3,4	4,3
	<b>Válaszmehtagadó</b>	24,1	55	20,9	100
		6,2	8,3	7,2	7,5
<b>Válaszképtelen</b>	13,5	32,7	53,9	100	
	0,6	0,9	3,4	1,4	
<b>Együtt</b>	29,2	49,2	21,6	100	
	100	100	100	100	
<b>Együtt</b>	<b>Siker</b>	30	50,9	19,1	100
		74,3	80,2	81,6	78,6
	<b>Névjegyzék hiba</b>	49,3	38,5	12,3	100
		10,9	5,4	4,7	7
	<b>Egyéb okból nem volt megtalálható</b>	41,7	46,9	11,4	100
		7,3	5,2	3,4	5,5
	<b>Válaszmehtagadó</b>	28,5	53,8	17,7	100
		6,8	8,1	7,2	7,5
<b>Válaszképtelen</b>	18,8	39,6	41,7	100	
	0,8	1,1	3,1	1,4	
<b>Együtt</b>	31,7	49,9	18,4	100	
	100	100	100	100	

#### 6.4.6. Az OLEF2000 és más felmérések adatainak összehasonlíthatósága

Természetesen merül fel az igény az OLEF2000 és a korábbi hazai felmérések eredményeinek összehasonlítására; időbeli változások lennének ily módon detektálhatók. Az összevetés azonban csak akkor tekinthető érvényesnek, ha kizárható, hogy a két felmérés eredményeinek különbözőségét az alkalmazott módszerek eltérése okozta.

A Magyarországon korábban végzett egészségfelmérések (lásd a 6.4.3 fejezetet) egy része nem csak kutatási céljában nem egyezett az OLEF2000-rel, de az alkalmazott mintavételi keret, a mintanagyság, a megvalósult minta és a tervezett minta eltéréseinek mértéke, a mintavétel módja (háztartásra épülő/személyi listát alkalmazó, a háztartáson belül egy/minden személyt bevonó), az alkalmazott eszköz (kérdőív-kérdés), vagy az elemzési, súlyozási módszer (lásd az Elemzés c. fejezetet) sem egyezett minden esetben.

Az OLEF2000 tervezésekor a korábbi hazai tapasztalatokra épülő, a nemzetközi gyakorlattal harmonizáló módszertan kialakítására törekedtünk. A felmérést egyfajta módszertani kísérletnek tekintettük, melynek tapasztalatai a később sorozatként ismétlődő egészségfelméréseknek szolgálhatnak módszertani alapként. A módszertani harmonizáció alapkövetelménye a hatékony, különböző forrásból származó adatok összekapcsolására épülő egészségstatisztikának [30, 31]. A döntéshozók oldaláról jelentkező monitorozási igény szintén az információ egyesítését, a különböző felmérések módszertani harmonizációját sürgeti. A költségeket csökkenti, a hatékonyságot növeli az egységesítés, továbbá a felmérések eredményének érvényessége, az adatok minősége szempontjából is döntő jelentőségű az adatgyűjtés és elemzés folyamatának egységesítése [32].

A következőkben a módszertani különbségek következményét szemléltetjük a mintavétel egy alapvető jellegzetességének példáján. Az Elemzés fejezetben az összehasonlíthatóság kérdéskörében egy másik, a súlyozási módszerek különbözőségét mutató példa található.

##### 6.4.6.1. A KÖNYV névjegyzékének használata – példa a módszertani eltérésekre

Az OLEF2000 esetében a KÖNYV névjegyzékéből választottuk ki a mintát. Mások korábbi aggodalmaival szemben alacsonynak mondható a téves címek aránya (a tervezett mintánkban 7%-os volt a rossz cím, üres lakás; elköltözött, elhalálozott személy aránya, bár, mint a 6.4-5. táblázat, és 6.4-6. táblázat mutatta, a téves címek aránya egyes társadalmi csoportokban ennél nagyobb volt).

A személyi listára alapuló mintavétel mellett gyakran alkalmazott megoldás a **háztartási mintára épülő mintavétel**, amikor a korábbi lépcsőben kiválasztott háztartásokból jelölünk ki egy-egy kérdezendő személyt. Ezt a két módszert vetjük össze az alábbiakban.

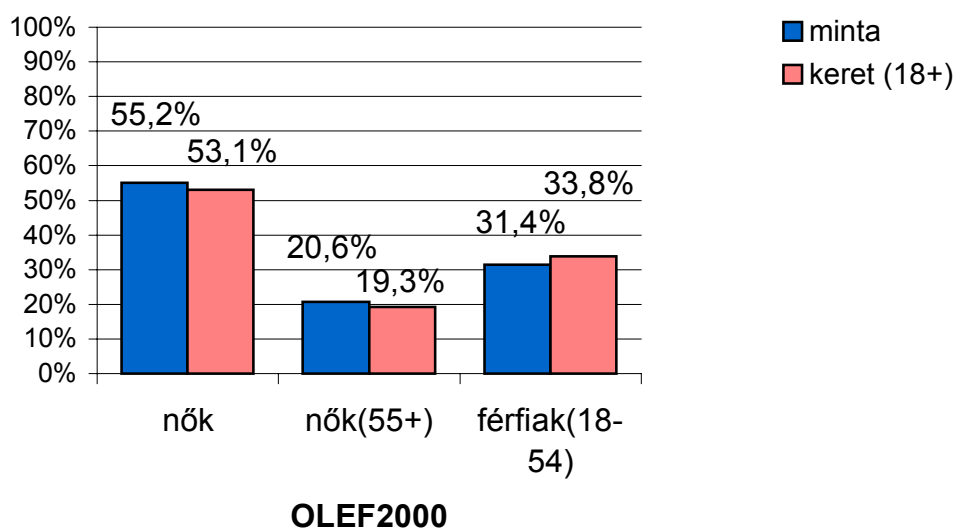
A felmérések tervezésekor gyakran nem áll rendelkezésre megfelelő, keretként használható lista a célpopulációról. A választói névjegyzékek adatai például több országban sok hibás adatot tartalmaznak a populációs mobilitás, vagy a nyilvántartásba nem vétel miatt. Hazai és külföldi felmérések esetén gyakori megoldás, hogy nem listából választanak ki személyeket, hanem első lépcsőben háztartásokat választanak valamilyen módon. Ezután vagy a háztartás minden tagját beválasztják a mintába<sup>11</sup> [33], vagy második lépcsőben a háztartáson belül

---

<sup>11</sup> A háztartás minden tagját bevonva a felmérésbe általában jelentősen csökken a becslések megbízhatósága az azonos mintanagyság mellett, de egyszerű véletlen mintavétellel kapott mintából számolt becslések megbízhatóságához képest. Csökken a megbízhatóság, ha egyfajta homogenitás tapasztalható a háztartásokon

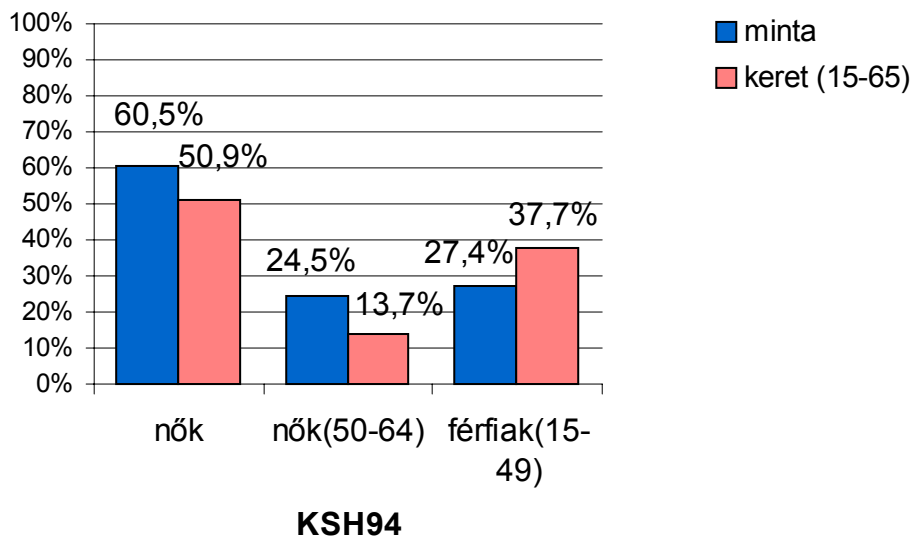
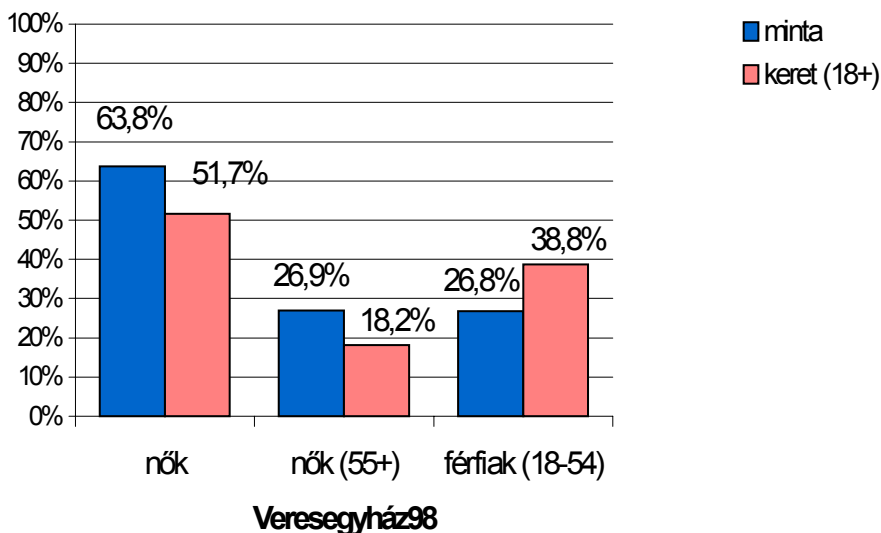
választják ki a kérdezendőt, a véletlen választást imitáló valamely módszerrel [34, 35, 21, 27, 36]. Ennek a kétlépcsős, háztartási mintára épülő módszernek nagy hátránya, hogy eltérő kiválasztási valószínűségeket von maga után. Nyilván, hiába azonos a háztartáson belüli kiválasztási esély, ha a nagyobb létszámú háztartásokból nehezebb a mintába kerülni, míg az egyszemélyes háztartások lakóját mindenképpen megkérdezzük, ha háztartása már bekerült a háztartásmintába. Az eltérő kiválasztási valószínűségeknek súlyos következménye, hogy a kapott minta várhatóan nem lesz reprezentatív nem és kor szerint. A háztartások megoszlása okozza ezt a hibát: ugyanis a háztartások nagysága karakteres jellegzetességeket hordoz bizonyos demográfiai jellemzők szerint, pl. az egyedül élők nagy része idős nő. Így várhatóan az ilyen mintákban a nők és főként az idős nők felülreprezentáltak, ugyanakkor a fiatal és középkorú férfiak a vártnál kisebb arányban szerepelnek [37]. Az alábbi ábrák ezt a jelenséget demonstrálják, az OLEF2000, az 1994-es KSH Egészségi Állapotfelvétel<sup>12</sup> és az 1998-ban Veresegyházán és környékén végzett egészségfelmérés keretét és megvalósult mintáját vetik össze. A két utóbbi felmérés mintavétele a fent említett módon, két lépcsőben, háztartási mintán alapult; a háztartáson belüli kiválasztást a KSH felmérésben a kérdés időpontjához legközelebb eső születésnap módszerével, a veresegyházi felmérés esetén Leslie Kish kulccsal oldották meg. A 6.4-1. ábra, a 6.4-2. ábra és a 6.4-3. ábra a nők, az idős nők és a nem idős férfiak százalékarányát mutatja. Mivel a mintavételi keret a KSH94 felmérés esetén nem a 18. évüket betöltötteket fedte, ezért ott az „idős” meghatározása is más, mint a másik két felmérés esetén; az összehasonlítás azonban így is releváns. Az adatok az elméletileg várt tendenciákat igazolják.

#### 6.4-1. ábra: OLEF2000: keret és megvalósult minta



belül a felmérés témaköreit illetően. Ilyenkor megbízhatóbb becsléseket kapunk, ha (azonos mintanagyság mellett) háztartásonként csak egyetlen személyt választunk (lásd a hivatkozott forrást). Az OLEF2000 témaköreit, különösen az egészségmagatartást, a társadalmi-gazdasági helyzetet illetően feltételezhető a háztartásokon belüli homogenitás. Bár az OLEF2000 mintavételekor expliciten nem zártuk ki az azonos háztartásban élő személyek kiválasztását, mégis – a településeken belüli véletlen választás miatt – az ilyen eset elhanyagolható számban fordult elő: mindössze 3 olyan háztartás volt, amelyből 2 személy is tagja volt a tervezett mintának. Itt meg kell említeni, hogy a csoportos és nem csoportos mintavétel megbízhatóságon alapuló összevetése nem teljes. A két megoldás költsége ugyanis gyakran nagyon eltérő. Bizonyos vizsgálatokban a csoportos mintavétel is költséghatékonyak bizonyul.

<sup>12</sup> A KSH 1994-es "Egészségi Állapotfelvétel" adatbázisának felhasználásával, Gárdos Éva főosztályvezető hozzájárulásával.

**6.4-2. ábra: KSH94: keret és megvalósult minta [21]****6.4-3. ábra: Veresegyház98: keret és megvalósult minta [27]**

A háztartási mintára épülő mintaválasztás esetén a fenti, eltérő kiválasztási valószínűségekből adódó problémán túl, a háztartáson belüli kiválasztás is problematikus. Ezt a kiválasztást a véletlent imitáló valamely eszközzel végzik, a leggyakoribbak a legutóbbi, vagy legközelebbi születésnap módszere és a Leslie Kish kulcs. A háztartáson belüli kiválasztás lebonyolítását ekkor a kérdezőre bízzák: ez újabb lehetséges hibaforrás, ezen kívül a kiválasztáshoz szükséges kényelmetlen elő-kérdés miatt növelheti a válaszmegtagadási hajlandóságot [38, 39, 40, 41].

A megvalósult minták eltérő minősége nem feltétlenül korrigálható az elemzésben alkalmazott súlyozással. Az utólagos rétegezéskor (lásd az „Elemzési terv” mellékletet) csak az ismert keretjellemzők szerint tudjuk javítani a megvalósult minta és a keret illeszkedését – pl. nem és kor jellemzők szerint. Ez az illesztés azonban nem feltétlenül garantálja más jellemzők illeszkedésének javulását. Ugyanakkor magának a súlyozás alkalmazhatóságának is



bizonyos korlátai vannak, mivel a nagy változékonyságú súly csökkenti a becslések megbízhatóságát. (A megbízhatóság definíciójáról; illetve az OLEF2000 elemzésében alkalmazott súly eloszlásáról, és annak a KSH94-ben alkalmazott súllyal történő összevetéséről részletesen lásd az Elemzés fejezetet).

## 6.5. Adatkezelés

*Ország Sándor*

### 6.5.1. Kiemelt eredmények

- A Mestertábla segítségével rugalmasan lehetett megvalósítani az adatkezelési tervet, bár a gyakori változtatások bonyolulttá tették a munkafolyamatokat.
- Sem a kérdezők, sem a megkérdezettek nem idegenkedtek a számítógépes kérdőívfelvételtől.
- A számítógépes kérdőívfelvétel rendkívül hatékony, de a számítógépek beszerzése illetve a kérdező program fejlesztése, kezelése, üzemben tartása jelentős anyagi és munkaerőforrást igényel.

A számítógépes kérdőívfelvétel rendkívül hatékony, de a számítógépek beszerzése illetve a kérdező program fejlesztése, kezelése, üzemben tartása jelentős anyagi és munkaerőforrást igényel.

Az OLEF2000 során keletkező adatok kezelésében az EFKI Egészségstatisztikai Egység, illetve a Magyar Gallup Intézet jogosultságait és kötelezettségeit – a vonatkozó jogszabályi rendelkezések mellett – az EFKI, mint adatkezelő, a Gallup, mint adatfeldolgozó Adatkezelési Terve, valamint a közöttük létrejött szerződés szabályozza. A szerződés, és az Adatkezelési Tervek részletesen szabályozzák a két intézmény közötti adattovábbítást, valamint az adatkezelés minden fázisában szükséges egyéb együttműködés lépéseit.

### 6.5.2. Az adatkezelés jelentősége

Természetes igény, hogy bármely felmérés papír kérdőíven felvett adatait elektronikus úton számítógép segítségével dolgozzák fel. A felmérés adatkezelésében így igen fontos szerepet kap az adatainkból kialakított elektronikus adatszerkezet. A kérdőívek adatszerkezete nyilvánvalóan a világos kérdésfelvetést, a könnyű megválaszolhatóságot és a nemzetközi ajánlások figyelembe vételét, míg a statisztikai programok és az ezekben használatos eljárások az adatok feldolgozását egyszerűsítő adatszerkezetet követelnek meg. A két igény gyakorta ellentétes követelményei közötti kapcsolat megteremtése a felmérés adatkezelésének egyik fontos feladata, – az adatok védhető, biztonságos tárolása az adatmozgások, változások követhetőségének és ellenőrizhetőségének megteremtése mellett. Ezért az adatkezelésében egy újszerű tervezési módszert, Mestertáblát (részletesen lásd később) alkalmaztunk, amelyben a kérdőív tartalmi fejlesztését egyidejűleg egybekötöttük a különböző adatszerkezetek, illetve adatlépések tervezésével. Így az adatkezelési lépéseket rugalmasan igazíthattuk a kérdőív felépítésének folyamatához. Ez a módszer lehetőséget teremtett a felmérés során egy számítógéppel segített kérdőív lekérdezés kipróbálására is.

### 6.5.3. Az adatkezelés célkitűzései, feladatai

A felmérés adatkezelésének tervezésekor négy fő feladatot határoztunk meg:

- **Számítógépes kérdőívfejlesztés**  
A felmérés kérdőívének tartalmi kialakítása több szakértő kérdéscsoportjainak felhasználásával történt. Így a fejlesztés során biztosítani kellett ezen kérdéscsoportok könnyű beilleszthetőségét és az egész kérdőív esetleges belső ellentmondásainak feloldását. Mindezen feladatok elvégzésére egy ún. Mestertáblát használtunk, amely a kérdőív minden jellemzőjét tartalmazta.
- **Számítógépes kérdőívfelvétel**  
A felmérés folyamán a megvalósíthatóság vizsgálata céljából, 200 személy esetében nem „papíros alapú” kérdezés történt, hanem hordozható számítógépen, egy erre a célra fejlesztett programrendszer segítségével.
- **Adatrögzítés ellenőrzése**  
A papír kérdőívek adatainak elektronikus rögzítésekor keletkezhetett hibákat az adatok ellentmondásai alapján és 5%-uk ismételt rögzítésével derítettük fel és javítottuk.
- **Adatátalakítások**  
A kérdőív adatformája és a rögzítések adatszerkezete sok esetben nem egyezett meg a statisztikailag könnyen feldolgozható adatformákkal. Ezért ezen esetekben adatátalakításokat és adat átkódolásokat kellett végezni.

Mielőtt rátérnénk a feladatok részletes ismertetésére, fontos megemlíteni, hogy a felmérés adatkezelésének tervezésekor a számítástechnikában általánosan elfogadott adatkezelési célokat is figyelembe vettük:

- „jól formált” elektronikus adatok
- ellenőrizhetőség
- biztonságos adattárolás

Az adatok jól formáltsága olyan adatszerkezet megválasztására utal, mely az előzőekben már említett kettős igény, azaz a kérdőívek adatszerkezete, valamint a feldolgozhatóság által megkívánt adatszerkezetnek is megfelel. Az ellenőrizhetőség az adatok mozgásának, átalakításának lépésenkénti nyomon követhetőségét jelenti, mely igen fontos a felmérés minőségbiztosítása szempontjából. A biztonságos adattárolás az akaratlan adatmódosítások és az illetéktelen személyek, hozzáféréseinek megakadályozását jelenti.

### 6.5.4. Az adatkezelés elemei

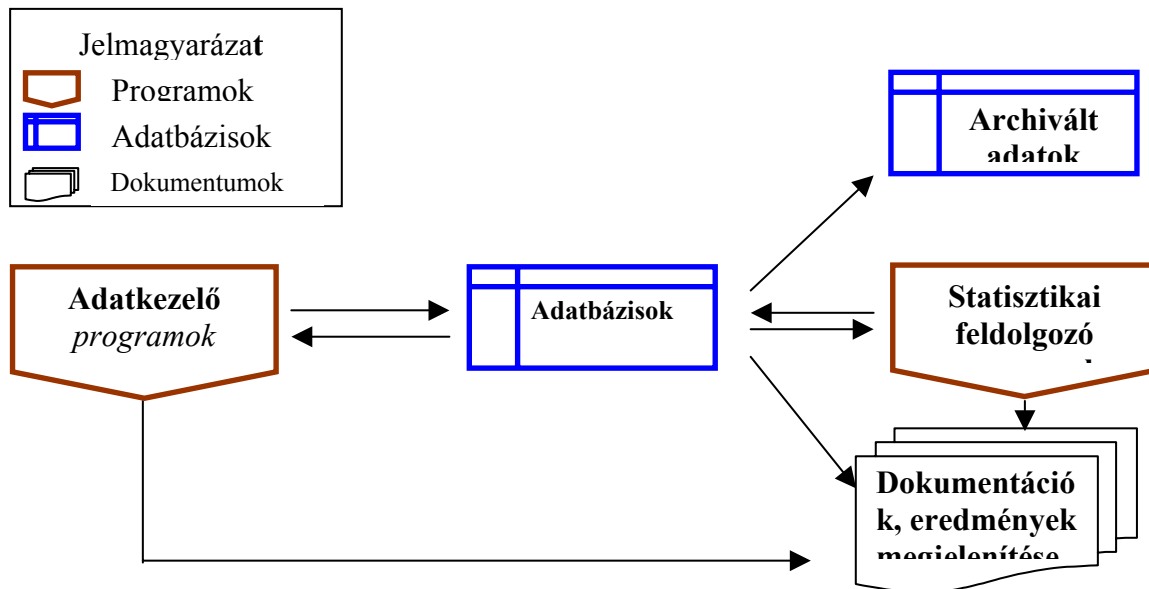
Az adatkezelés egyes lépéseinek bemutatásához az alábbi elemeket fogjuk használni:

- adatbázisok
- adatkezelő programok
- dokumentációk

Az adatbázisok biztonságos módon, jól formált szerkezetben tárolják és az adatkezelő programok számára elérhetővé teszik a felmérés minden adatát. Az adatbázisok adatokkal való feltöltését a programok ellenőrzik, irányítják, és ha szükséges, adatátalakításokat végeznek. Az adatkezelő programok segíthetik az adatbázisok manuális feltöltését is egy adatbeviteli felület segítségével. A dokumentációk az egyes adatlépéseket és az adatlépések eredményeit rögzítik.

Az adatkezelés elemeinek általános kapcsolatait az alábbi ábra mutatja:

*Az adatkezelés elemeinek általános kapcsolatai*



Az adatkezelő programok töltik fel ill. módosítják az adatbázisokat. Az adatkezelési lépésekről dokumentációk, valamint minden fontosabb adatlépés után, az adatbázisokról biztonsági másolatok készülnek. A statisztikai feldolgozás a statisztikai programok futtatására alkalmassá tett adatbázisokon történik egy adatszótár segítségével. Fontos kiemelni, hogy az adatbázisokba közvetlen beleírást nem engedélyeztük. Ha szükséges volt egy adat javítása, akkor egy a javítást leíró és dokumentáló táblázat alapján programmal végeztük azt el. Ez a módszer jelentősen megkönnyítette az adatváltozások követését.

## 6.5.5. Megvalósítás

### 6.5.5.1. Adatkezelési terv

Az adatkezelési célok eléréséhez megtervezhető és ellenőrizhető adatlépésekre és adatkezelési módszerekre volt szükség. Mindezeket a lépéseket és módszereket a felmérés adatkezelési tervében jelenítettük meg. Az adatkezelési terv megvalósításakor azonban felmerültek olyan problémák, amelyeket a tervezési szakaszban még nem lehetett előre látni. Fontos tapasztalat volt számunkra, hogy az adatkezelési terv nem lehet egy merev, meg nem változtatható előírás. A pontos tervezés mellett számolni kell a rugalmas problémamegoldás lehetőségeivel is. Így az adatkezelési terv feladata kettős: egyrészt az adatlépések megtervezése, valamint olyan eljárások beépítése, melyek a végrehajtás során felmerülő problémák megoldását, illetve az azok miatt végrehajtott változtatásokat lehetővé teszik.

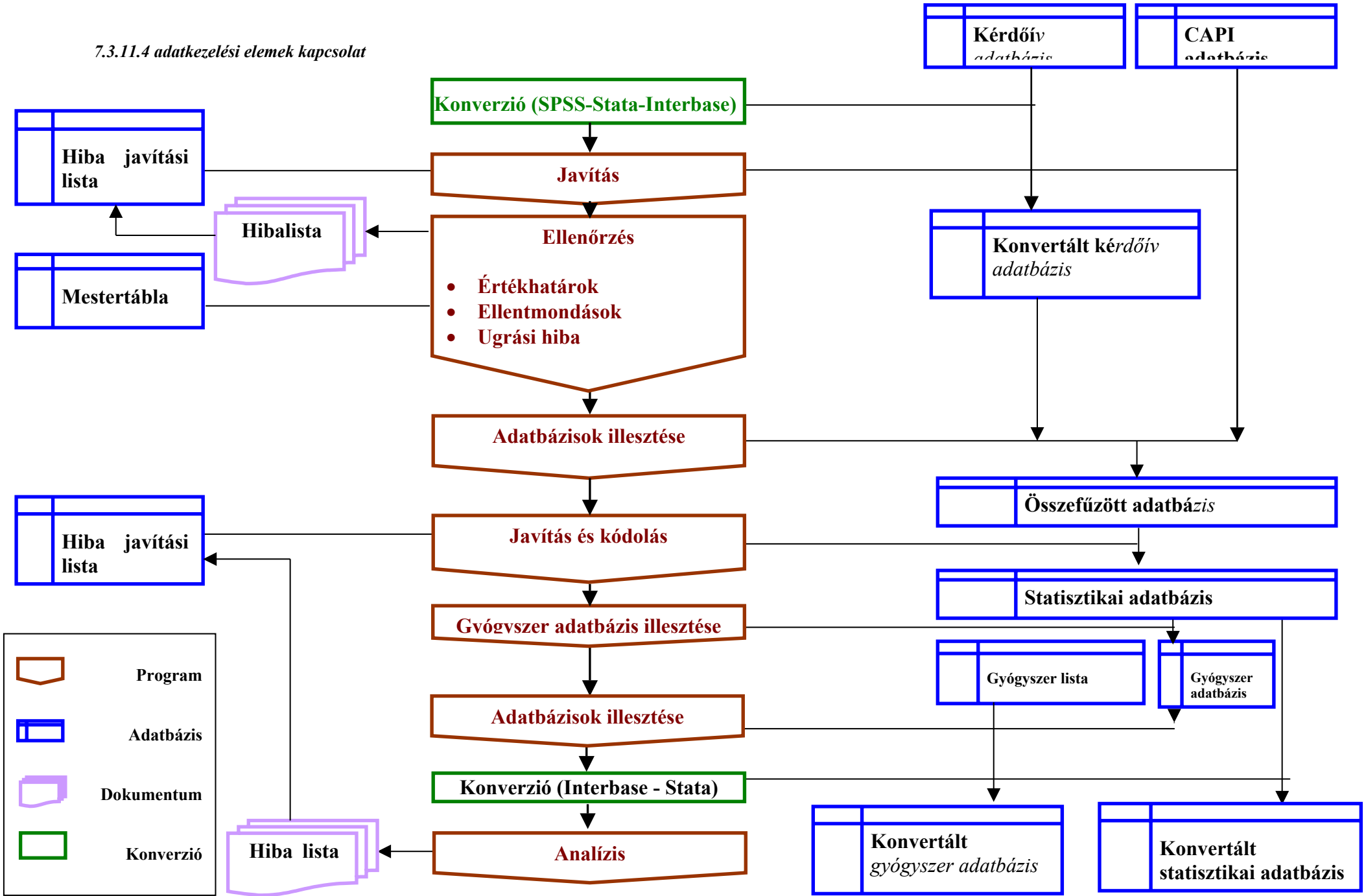
Az OLEF2000 során különleges kutatási és személyes, adatok kezelésére került sor, ezért a keletkező adatoknak a kutatás céljainak megfelelő kezelése csakis az erre vonatkozó jogszabályok figyelembe vételével történhetett (erről részletesen lásd az Etikai kérdések szakaszt). Az elkészített Adatkezelési Terv így tehát az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvények alapján a tárolására alkalmas adatbázisok kialakításának, biztonságos és illetéktelenektől védett tárolásának,

archiválásának, a tartalmi ill. szerkezeti változtatások nyomon követésének és dokumentálásának a terve.

#### **6.5.5.2. Az adatkezelés elemeinek kapcsolatai**

Az alábbi ábra a már felsorolt adatkezelési elemek kapcsolatait mutatja be.

7.3.11.4 adatkezelési elemek kapcsolat

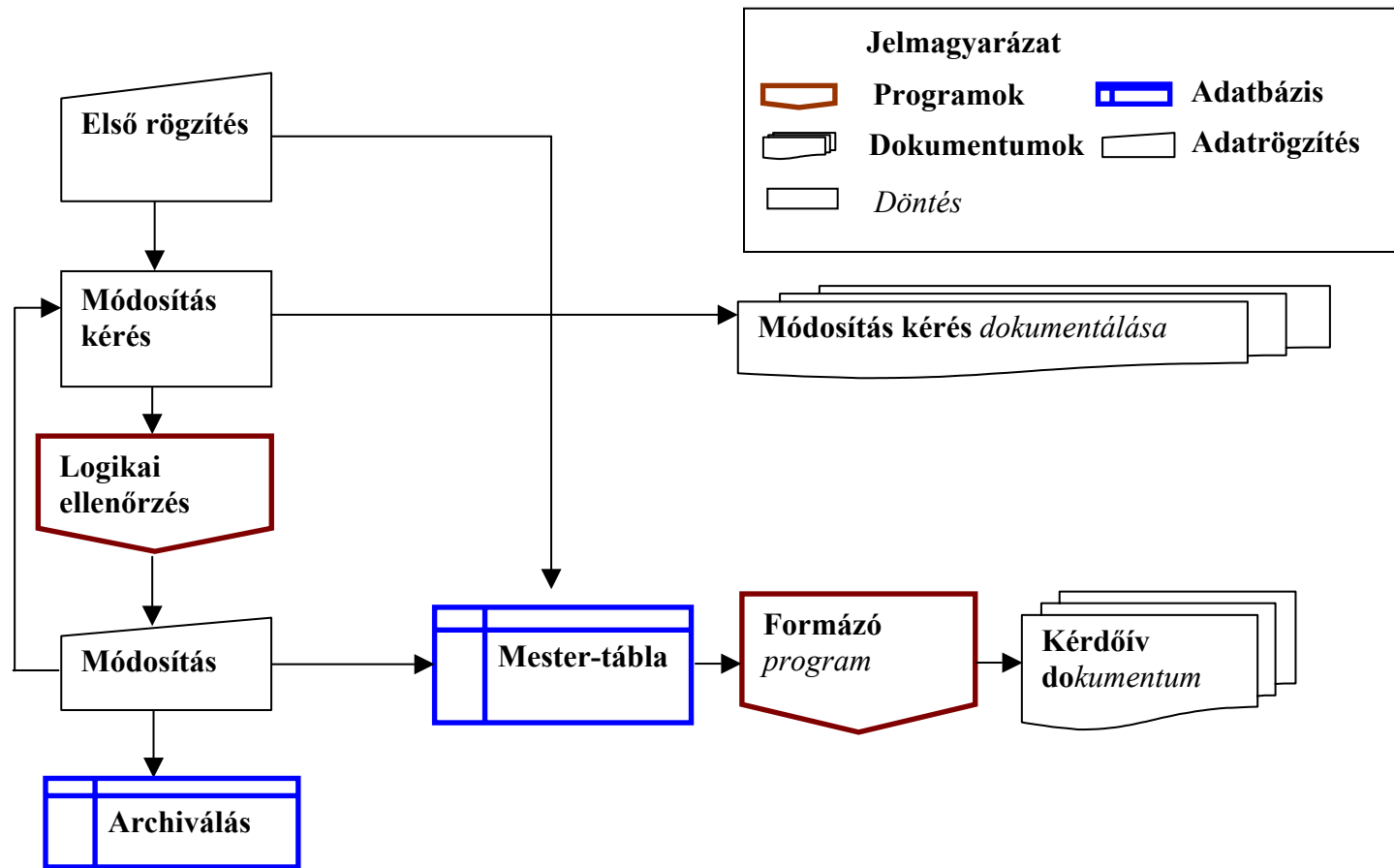


### 6.5.5.3. Számítógépes kérdőívfejlesztés

A felmérésben szereplő kérdéseket az adatkezelés tervezésének megkezdéséig nem lehetett végleges formában lezárni. A kérdőív hosszú ideig több szakértő által készült és várható volt, hogy a felmérés elővizsgálati szakasza után a tapasztalatok figyelembe vételével módosul, így a legfőbb kérdést az jelentette, hogyan lehet a kérdőív folyamatos fejlesztése mellett az adatkezelési lépéseket előre megtervezni ill. az adatkezeléshez kapcsolódó programokat elkészíteni. A probléma megoldására egy újszerű megoldásként a dinamikusan változtatható kérdőív leíró táblázatot, az ún. Mestertáblát használtuk. A táblázat, melynek sorai a kérdőív egy-egy kérdését, oszlopai a kérdéshez tartozó összes jellemzőt tartalmazzák, alkalmas volt arra, hogy a kérdőív minden jellemzőjét és az adatkezelés minden adatbázisát és adatlépését összekapcsolja. A kérdésenként meghatározott jellemzők:

- a kérdés sorszáma
- a kérdés szövege
- a kérdezőbiztosok által felolvasandó szövegek
- a kérdezőbiztosnak szóló utasítások
- a kérdésekre adható válaszok (értékhatárok, kódok)
- a kérdésre adott válasz alapján melyik legyen a következő kérdés (ugrás)
- a kérdezőbiztosnak szóló utasítások, segítségek
- a kérdésre adott válasz tárolási helye (adatbázis név, mezőnév)

Tehát a Mestertábla tartalmazott minden olyan információt, amely az adatkezelés összes további lépéséhez szükséges. Az adatkezelő programok a futásukhoz szükséges minden információt a Mestertáblából vették. Ha szükséges volt a kérdőívet változtatni, akkor a táblázatban megváltoztattuk az adott kérdést leíró sort, és így a Mestertáblához kapcsolt adatkezelő programok már az új jellemzők alapján működtek. További segítséget nyújtott a táblázat a kérdőív nyomdai formátumának kialakításában. Egy program segítségével minden kérdőív változtatás után egyszerűen előállíthatóvá vált a kérdőív nyomdai előkészítéséhez szükséges dokumentum.



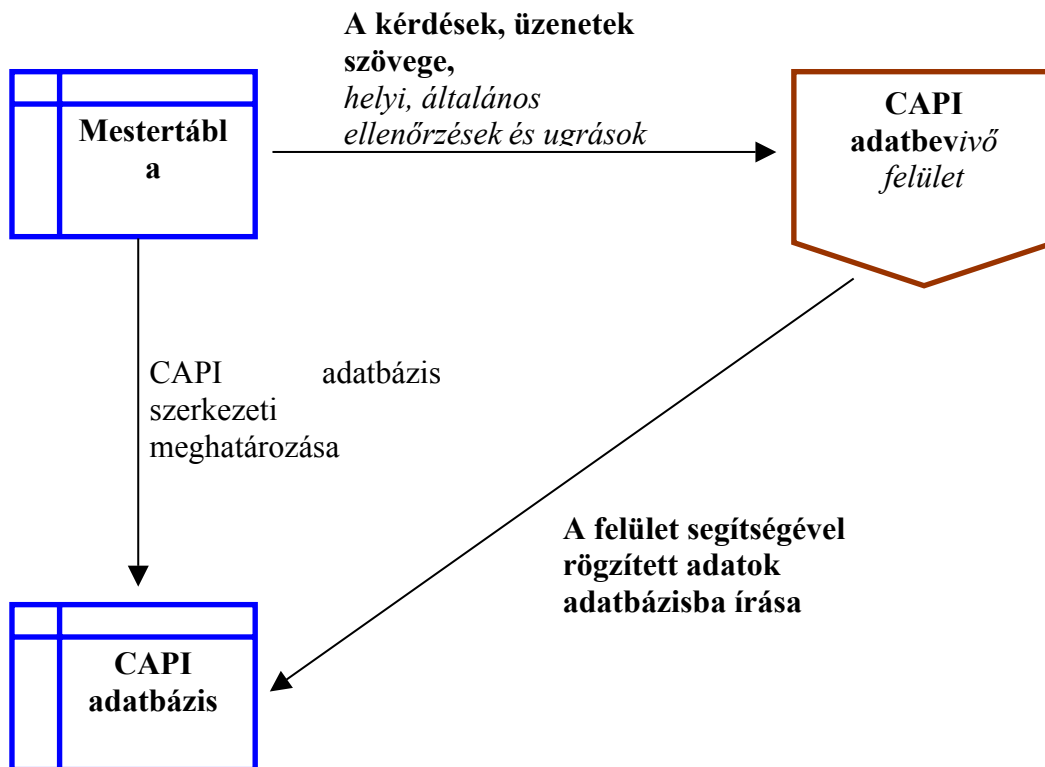
*A kérdőív fejlesztésének folyamata*

#### 6.5.5.4. A Gallup által felvett adatok

A papíron felvenni kívánt kérdőíveket a Gallup lekérdezte, ellenőrizte, és elektronikusan rögzítette. Ez az adatbázis volt az elsődleges forrása a statisztikai adatbázis adatainak a hordozható számítógépen futó programrendszer segítségével felvett adatok mellett.

#### 6.5.5.5. Számítógépes kérdőívfelvétel

A felmérés folyamán kísérleti céllal a megvalósíthatóság vizsgálata céljából, 200 személy esetében a kérdőíveket nem papír kérdőíveken vettük fel, hanem egy hordozható számítógépen futó, erre a célra fejlesztett programrendszer segítségével. A program a Mestertáblából véve minden információt, megjelenítette a kérdéseket, és lehetőséget adott a válaszok adatbázisba rögzítésére. A rendszer előnye, hogy a kérdésekre begépelte válaszokat azonnal megvizsgálta (helyi ellenőrzés), és csak a Mestertábla által megengedett értékeket engedte bevinni (pl. a kért korához nem lehetett 18-nál kisebb ill. 120-nál nagyobb számot bevinni). Továbbá a kért válaszait figyelembe véve automatikusan kezelte a kérdés-ugrásokat, így minimálisra csökkentve az adatrögzítéskor vagy a „papír alapú” kérdezőskor óhatatlanul megjelenő adathibákat. Ez a módszer lényegesen meggyorsította, és egyszerűbbé tette a kérdőív változtatását, és a változások beépítését a programba.



#### 7.3.8.3. A számítógépes kérdőívfelvevő program működésének ábrája

A számítógépes kérdőívfelvevő program megjeleníti a Mestertáblában meghatározott kérdéseket, és lehetőséget biztosít a kérdésekre adott válaszok adatbázisba rögzítésére. Mivel a program minden indításkor dinamikusan a Mestertábla információi alapján építi fel az adatbeviteli felületet, ha a kérdésekben változás történik, akkor a Mestertábla megváltoztatása,



és a program újraindítása után már az új felület jelenik meg. A program a Mestertáblában meghatározott értékek alapján a bevitel közben ellenőrzi az adat helyességét és csak az elfogadható érték beírásakor engedi rögzíteni az adatot. Az adat beírása után a program a feltételes ugrásokat is figyelembe véve a következő kérdésre ugrik. A feltételes ugrások kialakítására azért volt szükség, mert a kérdezett válaszai alapján bizonyos kérdés csoportokat felesleges feltenni (pl. ha valaki nem cigarettázik felesleges feltenni neki azt a kérdést, hogy „Napi hány szál cigarettát szív el?”).

#### 6.5.5.6. Gyógyszeradatok feldolgozása

A felmérés során a gyógyszerekre vonatkozóan a legalább két hónapig rendszeresen szedett gyógyszerekre kérdeztünk rá:

- A gyógyszer neve
- Hatóanyag mennyiség
- Gyógyszerforma
- A gyógyszer szedés oka
- Tabletták, kapszulák, injekciók száma naponta / hetente / havonta
- Orvosi javaslatra szedi-e

Személyenként több gyógyszert is meg lehetett adni, ezért az Olef gyógyszer adatbázis, mely úgy jött létre, hogy a kérdőív gyógyszer adatokat gyógyszerenként sorokba rendezve rögzítettük az adatbázisban, összesen **10133** sort tartalmazott. Az azonosíthatóság érdekében a gyógyszer adatok mellett szerepelt az adatbázisban a kérdezett azonosítója és hogy hányadikként említette a gyógyszert. A megbízható gyógyszerköltség becslés érdekében a gyógyszerköltségre nem kérdeztünk rá, ezért a gyógyszerhasználat elemzéséhez szükség volt egy olyan gyógyszer adatbázisra (GyógyIR [42] adatbázis) mely tartalmazta:

- Azonosításra vonatkozó adatok: a gyógyszer pontos neve, márkanev, hatóanyag, ATC kód, kiszerelés.
- Adagolásra vonatkozó adatok: DDD, hatóanyag / doboz.
- Árra vonatkozó adatok: Támogatás, térítés, fogyasztói ár.

##### 6.5.5.6.1. Illesztés

A gyógyszerköltség számolásához elsőként az OLEF adatokat illesztettük a GyógyIR adatbázishoz. Az OLEF - ben rögzített gyógyszer nevek természetesen sok esetben nem egyeztek a GyógyIR gyógyszerneveivel, ezért az illesztést több lépésben végeztük el. Első lépésben az OLEF gyógyszer nevek mellé a GyógyIR adatbázisból választottunk egy márkanevet. Ezt egy program segítette úgy, hogy ajánlott a gyógyszerhez egy leginkább megfelelő márkanevet, melyet a szakértő elfogadhatott, elvethetett, másik márkanevet illeszthetett mellé, vagy besorolhatta gyógyhatású készítménynek.

A sikertelen illesztések esetében a nem tablettá formájú gyógyszerek árazását szakértő végezte el, a tabletták esetében a számoláshoz szükséges adatokat pótolta más adatforrásokból, patikai adatbázis, Egészségügyi Közlöny XLIX/12 szám, Pharmaindex 2001 /1 (egység ár vagy egység/doboz és doboz ár). A sikeres illesztések eredményeként egy márkanevhez több forma is tartozhatott, ezért másodlagos illesztést végeztünk a megfelelő kiválasztáshoz. Az esetleges eltéréseket a forma és a szedés módja között a szakértő oldotta fel az OLEF gyógyszeradatok alapján.

Az injekciók esetében a GyógyIR adatbázisból nem lehetett egyszerűen egy program segítségével meghatározni a számításhoz szükséges költség adatokat, itt szakértő pótolta ezeket. A tabletták esetében harmadlagos illesztést végeztünk a hatóanyag mennyiség és a

kiszereles alapján. A nem-tabletták és nem-injekciók esetében a márkanev és forma alapján kiválasztott gyógyszerek közül a legalacsonyabb árút választottuk.

Mivel nem kívántuk figyelembe venni az antibiotikumokat ezért ezeket az utolsó adatlépésben az ATC alapján töröltük. Így a gyógyszer adatbázisban **10063** eset maradt.

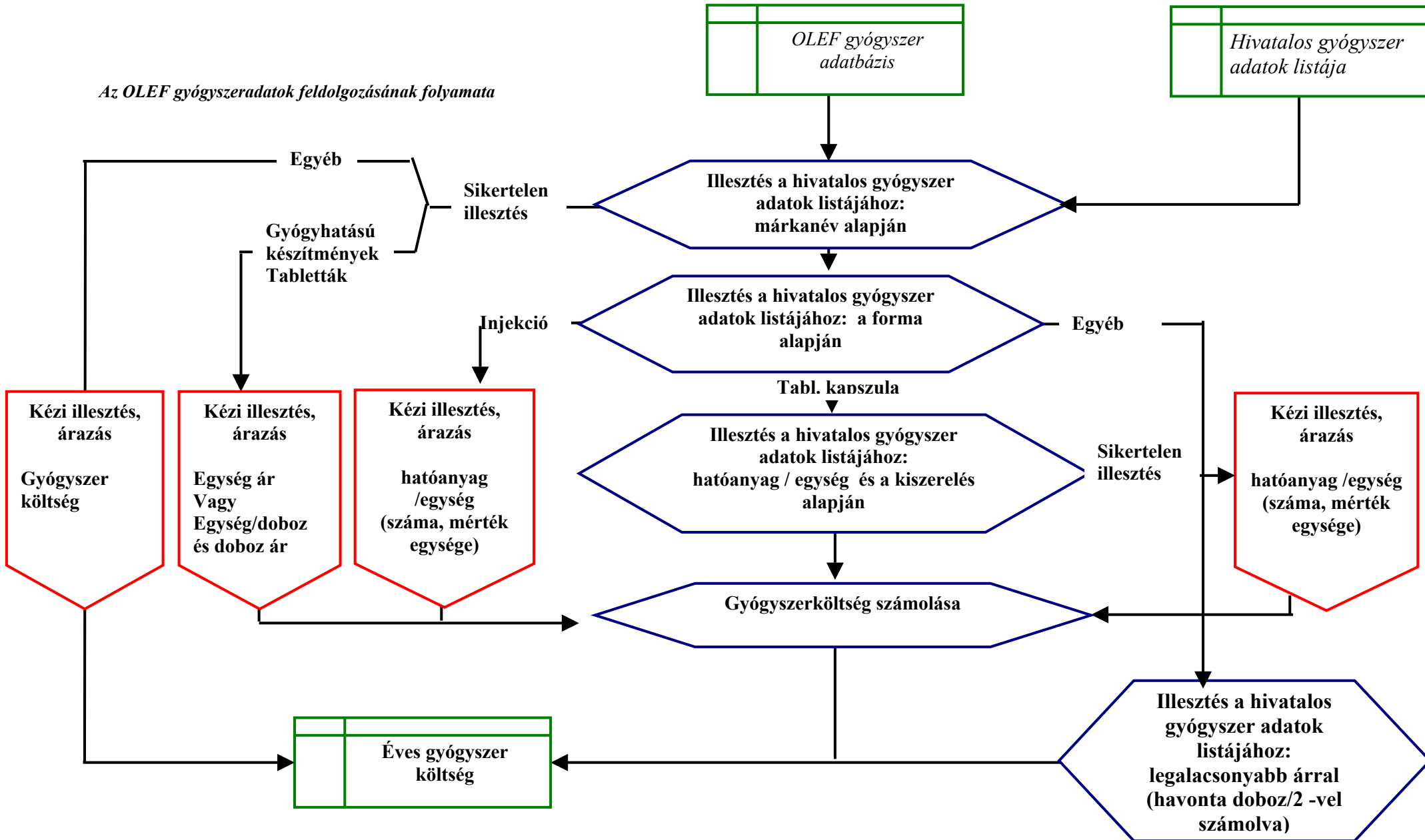
#### *6.5.5.6.2. Származtatott gyógyszeradatok számolása*

Az egy évre vetített gyógyszerköltséget az alábbiak alapján számoltuk:

Éves költség=(Fogyasztói ár-OEP támogatás)/Kiszereles)\* Szedett mennyiség naponta\*365

Az adatlépések részletes kapcsolatait az alábbi ábra mutatja:

Az OLEF gyógyszeradatok feldolgozásának folyamata



### 6.5.5.6.3. *Utólagos gyógyszer ellenőrzések*

A gyógyszer adatfeldolgozást az alábbi módokon ellenőriztük:

1. A 0 költségű gyógyszerek ellenőrzése:  
0 költséget kaphatott egy gyógyszer, ha a számoláshoz szükséges adatokban hiány volt. Ezeket az esetleges hiányokat más forrásból szakértő által pótoltuk.
2. A 10 leggyakrabban előforduló márkanev, és gyógyszer ellenőrzése:  
Az illesztések ellenőrzéseként végeztük, a szakértő megvizsgálta, hogy a szakmai tapasztalatokkal mennyire egyezik az eredmény.
3. 5% véletlen minta adatainak ellenőrzése:  
A kiválasztott esetekben a szakértő ellenőrizte az illesztés sikerességét.
4. Gyógyhatású besorolásának ellenőrzése:  
A gyógyhatásának megadott gyógyszereket a szakértő átvizsgálta helyes-e a besorolás
5. Ha az adagolás napi 5-nél több esetek ellenőrzése:  
Mivel az adagolást a kérdőívben megkérdeztük, ezért előfordulhattak hibásan megadott értékek. A szakértő ezért az 5-nél nagyobb adagolási eseteket átvizsgálta és ahol szükséges volt ott javította a DDD alapján
6. Ha a kiszerelés 100 vagy 200 darab tabletta felett volt:  
Az illesztések ellenőrzéseként a túlzottan nagy kiszereléseket a szakértő megvizsgálta és esetlegesen javította
7. Közgyógyellátottak által szedett gyógyszerek ellenőrzése:  
Összevetés történt a közgyógy listával

### 6.5.5.7. **Adatellenőrzések**

A kérdőíveken felvett adatok ellenőrzését a számítógépes rögzítés után a Mestertábla alapján végeztük el. Mivel a kérdőív felvételekor nem lehetett automatikus ellenőrzéseket végezni, ezért itt fokozottan felmerült a hiba lehetősége. További hibaforrást jelentenek a kérdőívekből való adatrögzítés gépelési hibái.

Az adatellenőrző program az ellenőrzés eredményeképpen kilistázta a hibásnak talált adatokat. A program az alábbi vizsgálatokat végezte az adatbázisokon:

- hibás kérdés-átugrás keresése
- meg nem engedett értékek keresése
- adatok teljességének vizsgálata

#### 6.5.5.7.1. *Hibás kérdés-ugrások*

Hiba keletkezhetett az ugrásokban, ha olyan helyre lett beírva adat, amit az előző adatok alapján át kellett volna ugrani. Ilyen hiba lehetett, pl. ha egy nem dohányzótól kérdeztek a dohányzási szokásairól. Ezen kérdéseknél egymásnak ellentmondó adatok jelentkeztek. Ezen ellentmondásokat a kérdőíveken lévő adatok további elemzésével oldottuk fel. További hiba lehetett, ha egy kérdésre nem volt válasz beírva. Az ilyen üres kérdéseket egy hiányt jelző kóddal jelöltük meg, és ezt figyelembe vettük az adatok elemzésekor.

#### 6.5.5.7.2. *Meg nem engedett értékek*

Minden kérdés esetén meghatároztuk a válasz értékhatárok által behatárolt tartományaként (folytonos változó), vagy a lehetséges válaszok (kategorialis változó) listájaként értelmezett halmazát (pl. a kérdezett magassága 65-260 cm közötti érték –folytonos változó, a kérdezett neme 1 vagy 2 érték lehetett kategorialis változó lehetett). Az ellenőrzés során azt vizsgáltuk, hogy a rögzített adat eleme-e az előre meghatározott halmaznak. Ha hibát találtunk, akkor a

kérdőíven ellenőriztük az értéket. Ha lehetséges volt, akkor a hibát kijavítottuk, ha nem, akkor az értékelhetetlenek minősített adatot az üres kóddal helyettesítettük.

#### 6.5.5.7.3. *Adatok teljessége*

Ez az ellenőrzés azt vizsgálta, hogy minden megkérdezett személy adatait tartalmazza-e az adatbázis.

#### 6.5.5.7.4. *További ellenőrzések*

Természetesen a kérdőívek rögzítési hibáit az adatellenőrző programok futtatásával csak az olyan esetekben találhattuk meg, ha a hibásan bevitt értékek nem illeszkedtek a kérdőív leíró Mestertábla adataihoz, ezért további adatellenőrzésként a Gallup által rögzített esetek 5% át ismételten rögzítettük, és összehasonlítottuk a két adatsort. A különbségeket kilistáztuk, és a talált eltéréseket a kérdőíven található beírással összevettük. Az összehasonlítás célja az adatbevitel hibaszázalékának meghatározása volt. Követve az általános gyakorlatot, az adatrögzítés hibáinak elfogadható arányát előzetesen legfeljebb 5%-ban határoztuk meg.

Az eljárás során 272 véletlenszerűen kiválasztott kérdőív, egyenként 428 mezőjét ellenőriztük. Az ellenőrzött 116.416 adatból mindössze 200 esetben találtunk adatrögzítési hibát, ami 0,2%-os hibaarányra felelt meg, minden hibát azonos súllyal vettünk figyelembe. Az adatok javítása a hibalista alapján programmal történt, így az adatváltoztatások egyben automatikusan dokumentálódtak is.

### 6.5.5.8. **Adatátalakítások**

A kérdőívben felvett adatok formája és a rögzítések szerkezete sok esetben nem egyezett meg a statisztikailag megkívánt adatformákkal. Ezért ezen esetekben konverziókat, vagy kódolásokat kellett végezni.

#### 6.5.5.8.1. *Konverziók*

A feldolgozás szempontjából különböző adattárolási típusokat használtunk. Ezen típusok közötti átalakítások a konverziók. (Az elsődleges adatbázisokat InterBase és SPSS adattípusokról a statisztikai feldolgozásban használt Stata adatbázisokra konvertáltuk.)

#### 6.5.5.8.2. *Kódolás*

Az adatok egyszerűbb feldolgozása érdekében egyes változók érték-kategóriáit meg kellett változtatni. Ilyenek voltak a különböző általános kódok (mint a „Nem kíván/Nem tud válaszolni”, a „hiányzóadat”) egységesítése, az átugrott kérdések üres helyeinek megkülönböztetése a ki nem töltött kérdésektől. Ezen adatátalakításokat is egy erre a célra fejlesztett program végezte a Mestertábla alapján.

#### 6.5.5.8.3. *Adatillesztések*

A különböző adatforrásból eredő adattáblák összekapcsolásával egy egységes szerkezetű statisztikailag feldolgozható adatbázist hoztunk létre. Az adatillesztés történhetett két azonos szerkezetű adatbázisok egymás utáni összeillesztésével (pl. Kérdőív-adatbázis és a számítógépes kérdőívfelvevő programmal létrehozott adatbázis között), történhetett két különböző adatszerkezetű adatbázis egymás mellé illesztésével (pl. kérdőív-adatbázis és a gyógszerlista között).

### 6.5.5.9. Adatvédelem

A kérdőíveken, az önálló számítógépeken és a hálózati egységeken tárolt adatok az adatminőség, jogszabályoknak megfelelő adatkezelése kettős feladatot jelent:

#### 6.5.5.9.1. Adatvesztések megakadályozása

**Az adatok és programok** az erre a célra kialakított ún. adatszerveren tárolódtak. A szerver tulajdonsága, hogy fájl-rendszere ún. RAID-2 tükröző (kettős adattárolású) és automatikusan szinkronizáló adattárolási eljárást követi, mely az egyik tárolóeszköz meghibásodása esetén is biztosítja az adatok védelmét. Továbbá minden változtatott adat és program tömörített formában biztonsági másolásra került CD-re.

**Papír kérdőíveken lévő adatok** a tűzvédelmi előírásokat figyelembe véve, biztonságosan zárható helyen voltak tárolva.

#### 6.5.5.9.2. Adatok védelme illetéktelenektől

A hozzáférések szabályozásával és nyomon követésével történt mind az elektronikus, mind a papíros adatok esetében. A személyes azonosító adatokat tartalmazó dokumentumokat ill. adatbázisokat az adatvédelmi előírásokat betartva elkülönítve tároltuk a kérdőívektől illetve az egyéb kérdőív-adatoktól, megnehezítve azok esetleges összekapcsolását. Az adatokhoz való hozzáférés (megtekintés, módosítás) csak az arra jogosult, az adatkezelésben, a statisztikai feldolgozásban résztvevőknek engedélyezett.

#### 6.5.5.9.3. Elektronikus adatok

A szerveren lévő adatok első védelmi vonalát a szerver belépési jelszavakhoz kötött jogosultságokkal szabályozza. Továbbá minden program és adatbázis, melyet a vizsgálatban alkalmaztunk, tartalmazott beépülő jelszavakkal ellátott védelmi rendszert. Így pl. az InterBase típusú adatbázis szerkezet előnye is az, hogy az adatokat bármely más programmal is akarjuk megnyitni, a jelszót ismernünk kell. A CD-re történt archiválás is az ingyenesen használható ARJ tömörítő program jelszavas használatával történt.

Kiemelt adatvédelmi eljárást igényeltek a személyes információkat tartalmazó elektronikus adatok. Az ilyen adatokat tartalmazó adatbázisok a többi adattól elkülönítve titkosított formában egy CD-re írva és egy széfben elzárva tároltuk. Ezen adatokat csak egy hálózattól elkülönített, egyedi gépen használtuk. A CD-t csak az adatkezelési felelős vehette fel, a felvétel tényét pedig dokumentálni kellett az alábbi táblázatos formában:

Felvétel dátuma	A felvétel célja	Visszahelyezés dátuma	A felvételt igazoló aláírás
-----------------	------------------	-----------------------	-----------------------------

#### 6.5.5.9.4. Kérdőíveken lévő adatok

A kérdőíveken lévő adatokat csak az adatellenőrzésben résztvevő személyek tekinthették meg. A személyes adatokat tartalmazó dokumentumok a többi adattól elkülönítve széfbe zárva tároltuk. Ezen dokumentumokat csak az adatkezelési felelős vehette fel, a felvétel tényét pedig dokumentálni kellett a fenti táblázatban:

### 6.5.6. Minőségellenőrzések

Az adatkezelés igen fontos eleme az adatkezelési lépések ellenőrzése. Ehhez alapvetően két ellenőrzési formát használtunk.

A manuálisan létrehozott adatokat több személy által történő ellenőrzésnek vetettük alá (pl. Mestertábla). A talált hibákat hibalista formájában dokumentáltuk és az adatokat annak alapján programmal javítottuk. A javítás elvégzése után a javított adatokat újra ellenőriztük.

Ugyancsak ellenőriztük a Gallup adatkezelési tervét, valamint a terv megvalósítását is.

### 6.5.6.1. Programok ellenőrzése

Az adatellenőrző ill. módosító programok helyes működését a programfüggvények alapján egy másik személy által más rendszerben leprogramozott ellenőrző programmal vizsgáltuk.

Minden programot ezen kívül szabványos tesztelésnek vetettük alá.

## 6.6. Elemzés

*Németh Renáta*

### 6.6.1. Kiemelt eredmények

- Az elemzés során alkalmazott súlyok csak kis mértékben térnek el egymástól, és a becslések sem változtak jelentősen a súlyozás hatására. Mindez a minta reprezentativitására és az elemzők „mesterséges beavatkozásának” kisfokú hatására utal.

### 6.6.2. A téma jelentősége

Az egészségfelmérés elemzési módszerének megválasztása a kutatás fontos része. A jelentésben közölt eredményeket a kérdezettek válaszaiból kiindulva, többlépcsős elemzés után kaptuk. Ezeknek az eredményeknek a hitelessége az elemzési lépések megválasztásán is múlik. Az OLEF2000 adatainak elemzésekor utólag is ellenőrizhető, jól dokumentált folyamatot követtünk. Mivel az OLEF2000 elsődleges célja az esetleges későbbi egészségfelmérések sorozatának módszertani megalapozása volt, ezért az elemzés dokumentációjában az ismételhetőségre és általánosíthatóságra törekedtünk. Az elemzési módszerek meghatározását az Egyesült Államok-beli *National Center for Health Statistics* szakembereivel együttműködve végeztük.

Az elemzés matematikai eszközeinek megválasztásakor a kutatási tervvel összhangban a mintavételhez illeszkedő elemzés kialakítására törekedtünk, ennek fontosságát a felmérés-módszertani szakirodalom is hangsúlyozza [43, 44]. Az eszközök kiválasztásakor ezen kívül a kijelölt kutatási kérdések megválaszolására alkalmas eszközt kerestünk, erre a többszörös regressziós elemzést találtuk alkalmasnak.

### 6.6.3. Elterjedt fogalmak meghatározása

A **becslés** a mintából számolt közelítése a populáció valamely jellemzőjének, a **populációs paraméternek**.

A **torzítás** a becslés és a valódi populációs paraméter olyan eltérése, ami szisztematikus, tehát nem csupán a véletlennek tulajdonítható. A becslés **érvényessége** (*validity*) arra utal, hogy a többszöri mintavétel után kapott becsléssorozat átlaga milyen közel van a valódi populációs paraméterhez. Ennek mértéke a torzítás segítségével ragadható meg: a torzítás csökkenésével nő a becslés érvényessége. A becslés megítélésének másik szempontja a **megbízhatóság** (*reliability*). A becslés megbízhatósága attól függ, mennyire hasonló becsléseket kapnánk a mintavétel többszöri megismétlésével. A megbízhatóság a többszöri mintavétellel kapott

becsléssorozat változékonyságával mérhető: minél kisebb a változékonyság, annál megbízhatóbb a becslés [44].

*Technikai megjegyzés:* A torzítás a becslés várható értékének és a becslült paraméternek az eltérése. A becslés varianciáját feleltethetjük meg annak változékonyságának.

A becslés megbízhatóságát annak **megbízhatósági tartományával** jellemezhetjük. Az OLEF2000 eredményeinek közlésekor minden esetben megadjuk a becslések megbízhatósági tartományát is<sup>13</sup>. Ez a tartomány 95%-os megbízhatósággal lefedi a valódi populációs paramétert; pontosabban: többszöri felmérést végezve, a felmérésekből kapott megbízhatósági tartományok várhatóan 95%-a tartalmazza a valódi populációs paramétert. A tartomány értékelésével megtudható, mennyire megbízható az adott becslés, illetve segítségével tesztelhető két becslés eltérésének statisztikai szignifikanciája.

*Technikai megjegyzés:* A becslés standard hibája segítségével adható meg az adott megbízhatósági szinthez tartozó megbízhatósági tartomány. A szakasz végpontjainak megadásához a mintából kapott értékeket használjuk fel, ezért ez a szakasz maga is a véletlentől függ. Az OLEF2000 eredményeinek közlésekor a szokásos 95%-os szintet alkalmaztuk. A 95%-os megbízhatósági szint esetén, ha torzítatlan a becslésünk, akkor annak valószínűsége, hogy ez a véletlen helyzetű tartomány tartalmazza a populációs paramétert, megközelítőleg 0,95. Ez úgy is interpretálható, hogy 100 mintát véve a kapott 100 megbízhatósági tartomány közül várhatóan 95 tartalmazza a populációs paramétert.

A felmérésből kapott becslés eltérését a valódi populációs értéktől több hibaforrás okozhatja. A mintavételi hiba<sup>14</sup> miatt változik a becslés mintáról mintára, ez a hiba okozza a becslés változékonyságát. **Nem-mintavételi hiba** megléte esetén további hibátényező befolyásolja a becslés eredményét, a felmérésből kapott adatok pontatlanságán keresztül. Például a kérdezők is befolyással lehetnek a kérdezettek válaszaira. (Ennek a nem-mintavételi hibának az elemzése az OLEF2000 utólagos adatellenőrzési szakaszában megtörtént, lásd a 6.6.4.3 fejezetet.)

## 6.6.4. Az OLEF2000 elemzési módszere

### 6.6.4.1. Bevezetés

A statisztikai elemzés tervét lásd a mellékletben. A jelen fejezet a terv végrehajtását foglalja össze.

### 6.6.4.2. Az elemzés ellenőrzése

Az elemzés minden lépése utólag ellenőrizhető, dokumentált módon történt. Az elemzést végző programokat több személy ellenőrizte; illetve a legfontosabb programok, mint a súlyok létrehozásának helyes működését egy másik személy által, más statisztikai programban megírt ellenőrző programmal teszteltük.

<sup>13</sup> A gyakorisági becslések esetén a megbízhatósági intervallumok a Függelékben találhatóak, míg az összefüggés-elemzések együttható-becsléseinek megbízhatósági intervallumát az együtthatókkal együtt, a megfelelő fejezetekben közöljük.

<sup>14</sup> A mintavételi és nem-mintavételi hiba meghatározását lásd a 7.5.1. fejezetben.



### 6.6.4.3. Utólagos adatellenőrzés

Az adatellenőrzés folyamatának leírása az Adatkezelés fejezetben található. Az alábbiak az utólagos adatellenőrzést részletezik, ez az ellenőrzési szakasz a statisztikai elemzést megelőző lépésként szerepelt.

#### 6.6.4.3.1. Kérdezők ellenőrzése

Az eredmények megbízhatóságát a kérdezők által okozott hiba is befolyásolhatja. Ilyen hiba lehet az adott kérdező interjúalanyai által adott válaszok azon hasonlósága, amit a kérdező befolyása (személyisége, viselkedése) okozhat. Ennek a hibának a figyelembe nem vétele a becslések megbízhatóságának túlértékeléséhez vezethet. Ugyanakkor figyelembe kell venni, hogy a kérdezők által okozott hiba nagysága együtt csökken az egy kérdezőre eső kérdezettek számának csökkenésével [45]<sup>15</sup>. Mivel az OLEF2000-ben átlagosan 20 felkeresett személy jutott egy kérdezőre, ennek a hibának a jelentősége *a priori* kicsinek ítélnélhető. Mindazonáltal az ellenőrzési szakaszba beiktattunk egy kérdező-ellenőrzési lépést, itt több szempontból, több módszerrel is vizsgáltuk a kérdezők munkáját. Az ellenőrzéskor nem találtunk olyan kérdezőt, aki által megkérdezett személyek válaszai több szempontból is lényegesen különböznenek a többiek válaszaitól.

#### 6.6.4.3.2. Kérdőív-ellenőrzés

A „nem tud válaszolni”, „nem kíván válaszolni” válaszokból eredő **változónkénti válaszhiány** gyakoriságát vizsgáltuk, kérdésenként. A változónkénti válaszhiány mértéke általában nem jelentős, pl. a hagyományosan érzékenynek ítélt háztartási jövedelemre vonatkozó 70. kérdés esetében 12%-os volt (az összes kérdés közül itt volt a legmagasabb), ugyanez az arány az önkitöltős kérdőív 25., szexuális élettel való elégedettségére vonatkozó kérdésénél 7%-os. A változónkénti válaszhiányt nem korrigáltuk az elemzés során, erre vonatkozó döntésünkkel kapcsolatban lásd a 6.6.4.5.5 fejezet példáját.

A kiugró értékek vizsgálatának első szakasza már az adatellenőrzések során megtörtént (lásd az Adatkezelés fejezet 7.6.4.7.2 alfejezetét), akkor a meg nem engedettnek minősített, „non-sense” értékek megkeresése történt meg. A vizsgálat második szakasza az elemzés során történt, ennek során az adott téma felelőse által „szakmailag” szélsőséges értéknek ítélt válaszokat ellenőrzésként az eredeti kérdőívekben visszakerestük, így eldönthettük, hogy adatbeviteli hiba történt-e. Adatbeviteli hiba detektálása esetén felülírtuk az adatbázist a kérdőívben szereplő értékkel.

Hasonló módon, a kérdőívekben történő visszakereséssel kezdődött az **inkonzisztenciák** ellenőrzése. Az inkonzisztencia olyan logikai ellentmondás, mely a kérdőív két vagy több kérdésére adott válaszból adódik. Az elvileg elképzelhető inkonzisztenciák egy részét a kérdőívbe beiktatott ugrással megelőztük. Így pl. a 48. kérdésre (Dohányzik-e Ön jelenleg?) adott „Nem” válasz esetén a kérdező az instrukció szerint nem teszi fel a 49. kérdést (Körülbelül hány cigarettát szív el naponta?). Ugyanakkor az egymástól távol levő, automatikus ugrással nem szabályozott, de tartalmilag összefüggő kérdések lehetőséget adtak az inkonzisztenciák létrejöttére. (Ilyen ellentmondásra ad lehetőséget a 28/6. kérdés, mely természetgyógyászsal történt találkozásokra vonatkozik, illetve a 31/1., természetgyógyászati kezelésre költött összegre vonatkozó kérdés.) Hasonlóan nem sikerült megelőznünk az önkitöltős kérdőívben, a kérdezőbiztosok vezetése nélkül megadott válaszok logikai

<sup>15</sup> Itt a „hibáról” mint a megbízhatóságot befolyásoló tényezőről, tehát a becslési varianciának a kérdezők által okozott hányadáról beszélünk. A hétköznapi értelemben vett „hibát” nyilván nem csökkenti az egy kérdezőre eső kérdezettek számának csökkentése, pl. ha a kérdezők egyazon irányban befolyásolják a válaszokat.

ellentmondásait. Ezeket is utólagosan ellenőriztük. A kérdőívben történő visszakeresés után az adatbeviteli hibából eredő inkonzisztenciákat sikerült feloldani. A lehetséges inkonzisztenciákat az elemzés során is figyelembe vettük, lásd a következő alfejezetet a származtatott mutatók képzéséről.

#### **6.6.4.4. A származtatott mutatók képzése**

A kérdőív kérdéseire adott válaszokat felhasználva, származtatott mutatókat hoztunk létre (lásd az Adatszótár mellékletet). Ezek olyan jellemzők, melyek kellőképp informatívak, ezért a kérdőív kérdéseivel ellentétben, közvetlenül használhatók az eredmények bemutatásakor. A jelentés minden fejezete tartalmazza a megfelelő származtatott mutató képzését a „Módszertan” alfejezetekben.

Az előző alfejezetben említettük, hogy a kérdőív elkerülhetetlenül lehetőséget ad az inkonzisztens válaszokra. A lehetséges inkonzisztenciákat a származtatott mutatók képzése során figyelembe vettük, az adott téma felelőse által meghatározott módon. Így például az előző alfejezet példájában említett két kérdésre adott válaszok lehetséges ellentmondása miatt az alternatív gyógyászati ellátás igénybevételére vonatkozó származtatott mutató definíciója alapján akkor is az „igénybe vette” kategóriába soroltuk a kérdezettet, ha az a 28/6. kérdésre adott válasza szerint nem találkozott természetgyógyással, de a 31/1. kérdésre adott válaszában megjelölt a saját természetgyógyászati kezelésére fordított összeget. A származtatott mutatók definíciójában akkor is szerepeltettünk az inkonzisztencia feloldására irányuló meghatározást, ha nem fordult elő az adott típusú inkonzisztencia az adatbázisban. Ezen döntésünk indoka, hogy általános, a kérdőív későbbi használatakor is alkalmazható elemzés kialakítására törekedtünk.

#### **6.6.4.5. Súlyozás**

A súlyozás széles körben alkalmazott módszer a felmérések elemzésénél, a becslések megadásánál. Célja, hogy a populációra érvényes, megfelelően általánosítható becslést kapjunk azáltal, hogy a mintát úgy alakítjuk át, hogy bizonyos szempontok szerint pontosan képviselje a populációt. A súlyozás konkrét metódusa szerint a mintabeli személyek kapott jellemzőjét egy súlyszámmal szorozzuk. A valamely szempontból alulreprezentált rétegekhez tartozók 1-nél nagyobb súlyt kapnak, a felülreprezentáltak 1-nél kisebbet.

Fontos megjegyezni, hogy a súlyozás nem alkalmas a módszertanilag nem megfelelő mintavétel következtében fellépő és a szisztematikus hibák kiküszöbölésére; csak a minta kismértékű, véletlennek tulajdonítható hibáit javíthatjuk vele. A nagy eltéréseket mutató minták korigálására nem használható, és az ilyen mintákból más fajta korrekcióval sem kapható érvényes becslés. A súlyozás helyes voltának megítélése történhet a súlyok megoszlásának vizsgálatával – a kis változékonyságot mutató súlyok inkább elfogadhatóak. Másik, a súlyozás alkalmazhatóságának értékelésére használt eszköz a becslések súlyozás előtti és utáni értékének összevetése – a kis változást eredményező súlyozás jobban elfogadható.

Összefoglalva: a súlyozás a minta kis – véletlen okozta – hibáit fedi el, és kis hibák esetén növeli a becslés megbízhatóságát. A 6.6.4.7 fejezetben található az OLEF2000 elemzésekör alkalmazott súlyozás előbbi szempontokból történő értékelése.

Az Elemzési terv mellékletben az OLEF2000 elemzésében alkalmazott súlyozás részletes leírása megtalálható. Az alkalmazott súly a következő lépések során jött létre:

1. várhatóan torzítatlan becslést eredményező alapsúly létrehozása,
2. a válaszhiány korrekciója,
3. utólagos rétegzés, amelynek célja a becslés érvényességének és megbízhatóságának növelése.

Az alkalmazott súly a három egymást követő lépés eredményeképpen alakul ki.

#### 6.6.4.5.1. Az alapsúly

Az OLEF2000 mintavételi módszeréből kiindulva, minden megvalósult mintabeli egyénre kiszámítható az adott személy kiválasztásának valószínűsége (a számítás részleteit lásd a Mintavételi terv mellékletet). Az alapsúly a kiválasztási valószínűségek reciprokaként definiálható. Az alapsúllyal számolt becslések torzítatlanok, ha a nem-mintavételi hiba meglétének lehetősége kizárható.

A súlyképzés ezen első lépcsőfokán, a mintavételi valószínűségek megoszlása miatt az azonos településeken élőkre számolt súly értéke azonos. A 6.6-1. táblázat a normált alapsúly eloszlását mutatja (lásd a Technikai megjegyzést).

#### 6.6-1. táblázat: A súlyképzés első lépcsője –a normált alapsúly eloszlása

Percentilesek		Legkisebbek			
1%	0,7613		0,7557		
5%	0,9062		0,7557		
10%	0,9395		0,7557		
25%	0,9856		0,7557		
50%	0,9856			<i>Átlag</i>	1,0000
				<i>Szórás</i>	0,0834
		<b>Legnagyobbak</b>		<i>Szórásnégyzet</i>	0,0070
75%	1,0098		1,4999	<i>Ferdeség</i>	1,7974
90%	1,0784		1,4999	<i>Csúcsosság</i>	11,8227
95%	1,1404		1,4999		
99%	1,3726		1,4999		

Általában a súly eloszlásának vizsgálatokor annak változékonyságát – a legkisebb és legnagyobb értékeket, illetve a súly szórását – érdemes elemezni. Az OLEF2000 alapsúly változékonysága nem túl jelentős. A legkisebb mintegy fele a legnagyobbknak, míg a szórás az átlag 8%-a.

*Technikai megjegyzés:*

- A normált, 1 átlagú eloszlás lehetővé teszi a közvetlen összehasonlítást az alapsúly és az abból képzett súlyok szórása között: a normálással megszüntettük a különböző „mértékegységek” okozta különbözőségeket. A normáláskor a súlyt annak átlagával osztottuk.
- A nagyobb szórás a súly használatával kapott becslés megbízhatóságát csökkenti. Ezért gyakori eljárás a súlyok maximalizálása, pl. a *National Center for Health Statistics* módszertanában a 3-nál nagyobb értékű súlyokat 3-mal teszik egyenlővé, „lemetszik” [46].
- A ferdeségi mutató értéke szimmetrikus eloszlás esetén 0. A pozitív ferdeségi mutató arra utal, hogy a medián jobb oldalán laposabb a sűrűségfüggvény. A csúcossági mutató az eloszlás csúcosságát/elnyújtottságát méri. Normális eloszlás esetén 3 az értéke, 3-nál nagyobb csúcossági mutató esetén az eloszlás a normális eloszlásnál csúcsosabb.

*6.6.4.5.2. A válaszhiány korrekciója*

Ha a válaszhiány az interjú sikertelensége miatt a kérdőív összes kérdésére fennáll, **teljes válaszhiány**ról beszélünk. A válaszhiány-korrekcióval a sikertelen interjúk miatt fellépő esetleges torzítást küszöböljük ki úgy, hogy a nem válaszolókat a súlyozás után a válaszolók képviseljék. A válaszhiány-korrekció kialakítása során a teljes mintát olyan rétegekre bontjuk, amelyekre feltételezhetjük, hogy az egyes rétegekbe tartozók válaszai lényegesen homogénebbek, mint a teljes mintáé<sup>16</sup>. A rétegek meghatározására olyan jellemzőket használhatunk, amik a nem válaszolókra is ismertek; ezek a nem, a korcsoport és a településnagyság jellemzők. A válaszhiány-súlyt a nem/korcsoport/ településnagyság minden keresztkategóriájában külön számítjuk, a súly értéke azonos lesz az azonos kategóriába tartozó egyénekre. A válaszhiány-súly egy adott rétegbe tartozó személy esetén a tervezett mintából az alapsúllyal becsült réteggyakoriság és a megvalósult mintából az alapsúllyal becsült réteggyakoriság hányadosaként áll elő.

A súlyképzés második lépcsőjében kialakított súly a következőképpen áll elő:

(alapsúly)×(válaszhiány-korrekció)

A normált súly eloszlását a 6.6-2. táblázat mutatja. Bár a súlyképzés első lépcsőjéhez képest a legkisebb és a legnagyobb értékek nem változtak számottevően, a szórás kétszeresére nőtt.

<sup>16</sup> Ez az eljárás azon a feltevésen alapszik, hogy az ismert szempontok (nem, kor, településtípus) szerint azonos emberek a többi szempont (itt: egészségi állapot-indikátorok) szerint is hasonlóak.

6.6-2. táblázat: A súlyképzés második lépcsője – a normált súly eloszlása

Percentilesek		Legkisebbek			
1%	0,7464		0,6370		
5%	0,8389		0,6370		
10%	0,8465		0,6408		
25%	0,8790		0,6408		
50%	0,9388			<i>Átlag</i>	1,0000
				<i>Szórás</i>	0,1681
		Legnagyobbak		<i>Szórásnégyzet</i>	0,0282
75%	1,1026		1,8661	<i>Ferdeség</i>	1,1532
90%	1,2529		1,9830	<i>Csúcsosság</i>	4,2449
95%	1,3246		1,9830		
99%	1,4853		2,0978		

## 6.6.4.5.3. A végső súly

A becsülni kívánt jellemzőkkel valószínűsíthetően kapcsolatban álló kategóriákra történő utólagos rétegezéssel (*poststratification*) a nem / korcsoport / településnagyság rétegek esetleges alulreprezentáltságát korrigáljuk. Ennek célja ugyancsak a becslések érvényességének és megbízhatóságának növelése. Egy adott rétegbe tartozó személyre számított súly a **keretbéli** réteggyakoriság, illetve az alapsúllyal és a válaszhiány korrekcióval becsült **megvalósult mintabeli** réteggyakoriság hányadosa.

A súlyképzés harmadik lépcsőjében kialakított végső súly tehát a következőképpen áll elő:

(alapsúly)×(válaszhiány-korrekció) ×(utólagos rétegzés)

A normált végső súly eloszlását a 6.6-3. táblázat mutatja. A súlyképzés második lépcsőjéhez képest a legkisebb és a legnagyobb értékek nem változtak számottevően, a szórás kismértékben nőtt.

6.6-3. táblázat: A súlyképzés harmadik lépcsője – a normált végső súly eloszlása

Percentilesek		Legkisebbek			
1%	0,6835		0,6436		
5%	0,7843		0,6436		
10%	0,8096		0,6444	<i>Átlag</i>	1,0000
25%	0,8613		0,6483	<i>Szórás</i>	0,1911
50%	0,9321			<i>Szórásnégyzet</i>	0,0365
				<i>Ferdeség</i>	0,9501
		Legnagyobbak		<i>Csúcsosság</i>	3,6818
75%	1,1146		1,8604		
90%	1,2853		1,8604		
95%	1,3479		1,8911		
99%	1,5167		2,2698		

#### 6.6.4.5.4. Összehasonlító elemzés – példa a módszertani eltérésekre

Az alábbi elemzés elkészítéséhez a Központi Statisztikai Hivatal 1994-ben készült Egészségi Állapotfelmételének [47] adatbázisát használtuk<sup>17</sup>. Az összehasonlítás célja a tapasztalatok esetleges jövőbeni felhasználásának támogatása. Ugyanakkor az alábbi példa jól illusztrálja azt a megállapítást (lásd a 7.5.6. fejezetet), miszerint a különböző felmérésekből származó eredmények összevethetősége megkérdőjelezhető, ha a felmérések nem azonos módszertanon alapultak.

Mivel az alábbi eltérések oka vélhetően elsősorban az alkalmazott mintavételi eljárások különbözősége, várhatóan hasonló eredményre vezetne bármely más, nem a KÖNYV névjegyzékét használó felméréssel történő összevetés is.

Az Egészségi Állapotfelmétel elemzésében utólagos rétegezést használtak egyedüli súlyként. Az utólagos rétegezés során nem, korcsoport, településtípus szerint illesztették a megvalósult minta rétegarányait a keretéhez. Az OLEF2000 második és harmadik súlyképzési lépcsőjében ugyanez történt; a hasonlóan, de nem teljesen azonos módon definiált rétegeken; azzal a jelentős különbséggel, hogy mi az alapsúlyt is használtuk a végső súly kialakításához. Az alapsúly használatakor – mint azt korábban leírtuk – az egyenlőtlen kiválasztási valószínűségeket korrigáljuk. A KSH-felmérés esetében ezek a kiválasztási valószínűségek nagy változékonyságot mutattak (lásd a Mintavétel fejezet 7.5.6.1 alfejezetét); várhatóan ezek korrigálásával nőtt volna az utólagos rétegezésből továbbszámolt súly változékonysága. A 6.6-4. táblázat a KSH-felmérésnél használt normált súly eloszlását mutatja. A legnagyobb érték mintegy tízszerese a legkisebbnek, a szórás több mint háromszorosa az OLEF2000-ben számított végső súly szórásának. A súly nagy változékonyságának vélhetően egyik forrása a minta nem/korcsoport szerinti reprezentativitásának sérülése, hiszen a súly a nem és kor szerinti utólagos rétegezést végzi; a reprezentativitás sérülése viszont valószínűleg az alkalmazott mintavételnek tudható be (lásd a Mintavétel fejezet 7.5.5.1 alfejezetét).

#### 6.6-4. táblázat: KSH94 – a normált súly eloszlása

Percentilesek		Legkisebbek			
1%	0,3365		0,3365		
5%	0,3365		0,3365		
10%	0,3777		0,3365		
25%	0,6653		0,3365		
50%	0,8313			<i>Átlag</i>	1,0000
				<i>Szórás</i>	0,6217
		<b>Legnagyobbak</b>		<i>Szórásnégyzet</i>	0,3865
75%	1,1766		5,6877	<i>Ferdeség</i>	2,8109
90%	1,6993		5,6877	<i>Csúcsosság</i>	14,7879
95%	1,9909		5,6877		
99%	3,6987		5,6877		

A változékonnyabb súly általában a becslés megbízhatóságának csökkenését idézi elő. Az OLEF2000-ben és a KSH-felmérésben alkalmazott súlyok becslésre gyakorolt hatásáról lásd a 6.6.4.7. fejezetet.

<sup>17</sup> Gárdos Éva főosztályvezető hozzájárulásával.

#### 6.6.4.5.5. Változónkénti válaszhány

A súlyozással a sikertelen interjúkat, azaz a teljes válaszhányt korrigáltuk. Ugyanakkor a változónkénti válaszhány (*item-nonresponse*) is befolyásolhatja a becslések megbízhatóságát. A változónkénti válaszhány vizsgálatára hatástanulmányt végeztünk. Azt vizsgáltuk, vajon mennyire változik meg a felnőtt populáció által egy év alatt kiadott hálapénz becslése, ha a kiadott hálapénzre vonatkozó válaszhányt is súlyozással korrigáljuk (a válaszhány mértéke 2,4%-os volt). A változónkénti válaszhány-súlyt a végső súlyhoz hasonló módon számítottuk, csak a második lépcsőben térve el az ott leírtaktól: a válaszhány-korrekcióval az alapsúlyt használva a kiadott hálapénzre vonatkozó kérdésekre választ adott egyének nem / korcsoport / településnagyság arányait igazítottuk a tervezett minta arányaihoz<sup>18</sup>. A 6.6-5. táblázat mutatja az eredeti súllyal és a változónkénti válaszhányt is korrigáló súllyal számolt becslés eltérését. Az utóbbi súly használata a becslés nem jelentős, mintegy 2%-os növekedését eredményezte, ugyanakkor a becslés megbízhatósága is csökkent kissé.

Az OLEF2000 elemzésében nem alkalmaztunk súlyozást a változónkénti válaszhány korrigálására.

#### 6.6-5. táblázat: A válaszhány-korrekció hatása az összesen kiadott hálapénz becslésére

	Becslés (Mrd Ft)	Std. Hiba	95%-os MT	
eredeti súllyal	20,7	6,9	7,2	34,2
változónkénti válaszhány-korrekcióval	21,1	7,1	7,2	35,1

#### 6.6.4.6. A mintavételi eljáráshoz illeszkedő (*design-based*) elemzés

A felmérésből származó adatok elemzésénél figyelembe kell venni a mintavétel jellemzőit, úgymint az eltérő kiválasztási valószínűségeket, a mintavétel csoportos és rétegzett voltát stb. [43, 44]. Ezeknek a jellemzőknek a figyelmen kívül hagyásakor általában felülbecslik a becslés megbízhatóságát. A jellemzők figyelembevételével megváltozik a becslések megbízhatósági tartománya, és a többváltozós elemzések, mint a 6.6.4.9 fejezetben leírt regressziós elemzések módszertana is más. Az OLEF2000 elemzéséhez a *Stata* programcsomagot használtuk, melynek felmérés-modulja lehetővé teszi ezeknek a jellemzőknek a figyelembevételét<sup>19</sup> [48].

*Technikai megjegyzés:* A szokásos statisztikai programcsomagok az adatokat azon feltétel mellett elemzik, hogy a mintaelemek egyszerű véletlen mintavétellel kerültek kiválasztásra. Mivel azonban gyakorlatilag a felmérések esetén ez a feltevés sosem teljesül, a mintavétel jellemzőit figyelmen kívül hagyó elemzés pontossága megkérdőjelezhető a becslés hibájának alulbecslésének eshetősége miatt [49]. Például csoportos mintavétel esetén a mintabeli elemek függetlenségének feltételezése sérül. Ha a függetlenség feltételezése mellett, a hagyományos

<sup>18</sup> Itt is megjegyezzük a teljes válaszhányról leírtakat: a módszer előfeltevése, hogy az ismert szempontok szerint azonos emberek a hálapénz-kiadásuk szerint is hasonlóak.

<sup>19</sup> A felméréseket végző nagy nemzetközi intézmények közül többen használják a *Stata*-t. Más, a mintavételre illeszkedő elemzés elvégzésére képes programcsomagok még: Blaise (Statistics Netherlands), Cenvar (U.S. Census Bureau), Epi Info (CDC), PC CARP, SAS, SUDAAN, WestVar.

módon számolunk, a valósánál várhatóan kisebb becslési hibát kapunk, a valódinak esetleg csak a felét (50).

A *Stata* felmérés-modulja a mintavételi súly, a mintavételi rétegek és az elsődleges mintavételi egységek beállításával a mintavétel ezen jellemzőihez illeszkedő elemzések elvégzését teszi lehetővé. Az OLEF2000 esetén mintavételi súlyként a 6.6.4.5.3 fejezetben leírt súlyt adtuk meg; elsődleges mintavételi egységként pedig a településeket.

*Technikai megjegyzés:* A *Stata* lehetővé teszi a felmérés-modul más opciói között a mintavételi rétegek megadását is. A mintavételi rétegek az alkalmazott mintavételi eljárásban a megyék és a település-nagyságkategóriák által kialakított rétegek voltak. A *Stata* számítási módszeréből adódóan minden rétegen belül legalább két, különböző elsődleges mintavételi egységből származó megfigyelésre van szükség: így válik lehetővé a rétegen belüli variancia becslése. Mivel előfordult, hogy egyes változóknál egy-egy nem\*kor\*településméret réteg üres volt, *ad hoc* rétegösszevonásokra lett volna szükség; továbbá ezek az összevonások elemzésről elemzésre változtak volna. Az egységes elemzés érdekében döntöttünk úgy, hogy mellőzzük a rétegek megadását. Mivel a rétegzés figyelembe vétele várhatóan csökkenti a számított becslési hibát, ezzel a döntésünkkel a becslési hibát inkább felülbecsüljük; konzervatív becslést adunk. Ellenőrzésként végzett hatástanulmányaink szerint ennek a döntésünknek nincs jelentős hatása a becslések hibájára.

#### 6.6.4.7. A súlyozásnak és a csoportos mintavétel figyelembevételének hatása a becslésekre

A 6.6-6. táblázat az OLEF2000 néhány főbb mutatójának becslését közli, az elemzés egyre összetettebb négy lépcsőfokát követve. A lépcsőfokok közül az első három a súly létrehozásának három lépését követi, míg az utolsó lépcső a végső súly mellett a csoportos mintavétel információját<sup>20</sup> is felhasználja az elsődleges mintavételi egységek megadásával. A jelentésben közölt minden becslés ezzel az utóbbi módszerrel készült.

Általános vélekedés, hogy hitelesebbek a felmérés eredményei, ha a nyers, súlyozatlan adatokból kapott becslések nem különböznek jelentősen a végső, súlyozott becslésektől. A becslések stabilitása a minta kiegyensúlyozottságára, és az elemzők „mesterséges beavatkozásának” kismértékű hatására utal. A 6.6-6. táblázat szerint az egyes mutatók kategóriáihoz rendelt gyakoriságok becslése jelentéktelen mértékben, csupán tizedszázalékokban változott. Megfigyelhető, hogy a becslések hibája sem változott jelentősen.

<sup>20</sup> A mintavétel módjából adódóan itt a települések adják a csoportokat.



**6.6-6. táblázat: A becslések változása az elemzés egymást követő lépéseiben (százalékarányok)**

Dohányzás	Becsült arány		Std. Hiba	funkcionalitás	Becsült arány		Std. Hiba	mentális funkcionalitás-csökkenés	Becsült arány		Std. Hiba
<i>súlyozás nélkül</i>											
rendszeresen, legalább egy dobozzal naponta	16,30	0,50	egészséges	64,55	0,65	13,40	0,46				
rendszeresen, kevesebb mint egy dobozzal naponta	13,39	0,46	akadályozott	10,89	0,43						
Alkalomszerűen	2,80	0,22	enyhe korlátozottság	21,08	0,56						
Leszokott	20,24	0,54	közepes korlátozottság	2,79	0,23						
soha nem dohányzott	47,27	0,67	súlyos korlátozottság	0,69	0,11						
<i>Alapsúlyal</i>											
rendszeresen, legalább egy dobozzal naponta	16,31	0,50	egészséges	64,50	0,66	13,34	0,46				
rendszeresen, kevesebb mint egy dobozzal naponta	13,35	0,46	akadályozott	10,88	0,43						
Alkalomszerűen	2,78	0,22	enyhe korlátozottság	21,16	0,56						
Leszokott	20,24	0,54	közepes korlátozottság	2,78	0,23						
soha nem dohányzott	47,32	0,68	súlyos korlátozottság	0,69	0,11						
<i>alapsúlyal és válaszhiány-súlyal</i>											
rendszeresen, legalább egy dobozzal naponta	16,58	0,51	egészséges	65,29	0,66	13,17	0,46				
rendszeresen, kevesebb mint egy dobozzal naponta	13,42	0,47	akadályozott	10,78	0,43						
alkalomszerűen	2,83	0,23	enyhe korlátozottság	20,61	0,56						
leszokott	20,16	0,55	közepes korlátozottság	2,66	0,22						
soha nem dohányzott	47,02	0,68	súlyos korlátozottság	0,66	0,11						
<i>végző súlyal (alapsúly + válaszhiány-súly + utólagos rétegzés)</i>											
rendszeresen, legalább egy dobozzal naponta	16,76	0,52	egészséges	65,41	0,66	13,12	0,46				
rendszeresen, kevesebb mint egy dobozzal naponta	13,40	0,47	akadályozott	10,69	0,43						
alkalomszerűen	2,84	0,23	enyhe korlátozottság	20,56	0,56						
leszokott	20,24	0,55	közepes korlátozottság	2,68	0,22						
soha nem dohányzott	46,77	0,68	súlyos korlátozottság	0,65	0,11						

<i>végző súllyal és a EME-k<sup>21</sup> beállításával</i>							
rendszeresen, legalább egy dobozzal naponta	16,76	0,52	egészséges	65,41	0,69	13,12	0,54
rendszeresen, kevesebb mint egy dobozzal naponta	13,40	0,51	akadályozott	10,69	0,49		
alkalomszerűen	2,84	0,25	enyhe korlátozottság	20,56	0,64		
eszközt	20,24	0,51	közepes korlátozottság	2,68	0,20		
soha nem dohányzott	46,77	0,60	súlyos korlátozottság	0,65	0,10		

<sup>21</sup> EME: elsődleges mintavételi egység

#### 6.6.4.7.1. Összehasonlító elemzés – a súlyozás hatása a becslésekre a KSH 94-es felmérésében

Mint láttuk, a mintavételre is visszavezethető okok miatt a Központi Statisztikai Hivatal 1994-es Egészségi Állapotfelmérésénél alkalmazott súly igen változékonynak ítéltető. A KSH-felmérés példáján is megvizsgáltuk a súlyozás becslésekre gyakorolt hatását. A becsléseket ebben az esetben is a Stata felmérés-modulját használva, a súlyt mintavételi súlyként megadva számoltuk. A 6.6-7. táblázatban közölt eredmények azt mutatják, hogy a változékonnyabb súlyok az eredeti és a súlyozott becslés közötti nagyobb eltérést eredményeztek. A dohányzók arányának becslése a súlyozás után 4 százalékponttal emelkedett, míg a tartós betegség gyakoriságának becslése 5 százalékponttal csökkent. A becslések hibája is jelentősebb mértékben nőtt, mint az OLEF2000 esetén. A becslések hibájának változását összehasonlítva fontos megjegyezni, hogy – mivel a KSH-felmérés esetében is csak a súlyozás hatását vizsgáltuk, és az elsődleges mintavételi egységeket a rájuk vonatkozó információ hiányában nem vettük figyelembe – az OLEF2000 becslési hibájának növekedése is az első és a negyedik becslés, a súlyozatlan és a végső súllyal számolt becslés hibájának összevetéséből számolandó.

**6.6-7. táblázat: KSH94 - a becslések változása a súlyozás után**

dohányzás	Tartós betegség megléte			
	Becsült arány	Std. Hiba	Becsült arány	Std. Hiba
<i>súlyozatlan</i>				
jelenleg dohányzik	31,30	0,63	32,01	0,63
egy éven belül hagyta abba	1,43	0,16		
több, mint egy éve leszokott	9,63	0,40		
soha nem dohányzott	57,64	0,67		
<i>súlyozott</i>				
jelenleg dohányzik	35,01	0,77	27,22	0,68
egy éven belül hagyta abba	1,79	0,25		
több, mint egy éve leszokott	9,32	0,44		
soha nem dohányzott	53,88	0,80		

#### 6.6.4.8. Becslések megbízhatósága – országos, regionális, megyékre vonatkozó becslések

Az OLEF2000 tervezésekor, a mintanagyság megválasztásánál egyik célunk a megfelelően megbízható regionális becslések elérése volt. Megyékre vonatkozó kellően megbízható becslésekhez a mintanagyságot lényegesen növelni kellett volna, erre a felmérés költségkorlátja miatt nem volt lehetőségünk. A 6.6-8. táblázat néhány példán mutatja be az országos, regionális ill. megyékre vonatkozó becslések megbízhatóságát. Látható, hogy a megyékre vonatkozó becslések megbízhatósági tartományának szélessége mintegy kétszerese a regionális, és mintegy ötszöröse az országos becslések megbízhatósági tartományának.

**6.6-8. táblázat: Kisebb földrajzi egységekre vonatkozó becslések megbízhatósága**

	Országos	Észak- Alföld régió	Hajdú- Bihar	Jász- Nagykun- Szolnok	Szabolcs- Szatmár- Bereg
<b>dohányzás</b>					
rendszeres	30,2	30,2	28,8	31,5	30,7
dohányzás gyakorisága	[29.1,31.3]	[27.9,32.7]	[25.9,31.9]	[26.6,36.8]	[26.5,35.3]
<b>mentális funkcionalitás- csökkenés gyakorisága</b>	13,1	14,8	14	19	12,6
	[12.1,14.2]	[11.9,18.3]	[8.8,21.6]	[12.9,27.1]	[9.4,16.5]
<b>Funkcionalitás korlátozottak aránya</b>	23,9	25,9	24,2	33,1	22,4
	[22.5,25.3]	[22.6,29.5]	[20.6,28.2]	[25.2,42.2]	[17.3,28.3]

**6.6.4.9. Összefüggés-vizsgálatok***6.6.4.9.1. Motiváció*

A felmérés eredményeinek minden mutatójára egységesen nem, korcsoport és régiók szerinti gyakorisági becsléseket adtunk (ezeket az adatokat a mellékelt CD tartalmazza). Az elemzés további szakaszában a témakörönként meghatározott kutatási kérdések megválaszolására alkalmas módszereket kerestünk. Ezek a kutatási kérdések döntően az adott mutató vagyis a kimeneti változó más magyarázó jellemzőkkel való összefüggésével kapcsolatosak. Mivel elsősorban egészségfejlesztési programok kialakítására alkalmas információkat kívántunk kapni, a jellemzők teljes viszonyrendszerének feltárására törekedtünk, azokat együtt, egy modellben vizsgálva. Egy modellben vizsgálva őket a magyarázó jellemzők egymástól elkülönített, önálló hatás válik mérhetővé. Erre a célra a hagyományosan alkalmazott, egyszerű leíró elemzés nem alkalmas, ezért a többszörös regressziós modellek használata mellett döntöttünk. Ez az elemzési módszer alkalmas több magyarázó jellemző együttes figyelembe vételére, és egymástól elkülönített, független hatásának mérésére.

Fontos hangsúlyozni, hogy a kimeneti változó és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés nem feltétlenül jelent ok-okozati kapcsolatot. Az ok-okozati kapcsolat logikailag is támadható, hiszen a felmérés keresztmetszeti vizsgálat, tehát a magyarázó és a kimeneti változó mérése egy időben zajlik. A „magyarázó jellemző” kifejezés ebből a szempontból félrevezető lehet. A többváltozós elemzés célja valójában azoknak a magyarázó jellemzőknek az azonosítása, amelyek leginkább megkülönböztetik egymástól a kimeneti változó egyes kategóriát. Így például a saját relatív anyagi helyzet megítélése jól megkülönbözteti egymástól a mentális funkciócsökkenésben szenvedők és nem szenvedők csoportját (lásd az 5.3.2.2/1. táblát): a saját relatív anyagi helyzetüket nagyon jónak ítélik körében a mentális funkciócsökkenés esélye mintegy hatoda a saját anyagi helyzetét nagyon rossznak ítélnélőkhöz képest. Nem feltétlenül igaz ugyanakkor, hogy a relatívan rosszabb anyagi helyzet észlelése oki tényezője lenne a mentális funkciócsökkenésnek, a kapcsolat kétirányú is lehet: a mentális funkciócsökkenés is előidézhetheti az anyagi helyzet romlását.

Az elemzések egységesítése és az eredmények bemutatásának egyszerűbbé tétele céljából két típusú többváltozós modellt használtunk. Folytonos, azaz számértékű kimeneti változó, mint pl. az egészséggel kapcsolatos évi összkiadás esetén lineáris regressziót alkalmaztunk. Minden más típusú kimeneti változó esetén logisztikus regressziót használtunk. A logisztikus regresszió kétkategóriás kimeneti változót követel meg, ezért többkategóriás változó esetén a

témavezetők által meghatározott kutatási kérdésnek megfelelően összevontunk, illetve elhagytunk bizonyos kategóriákat.

Szintén az eredmények egységesítése és egyszerűsítése érdekében nem végeztünk modellépítést, azaz nem változtattunk a kiinduló modellünkön.

Mint a 6.6.4.6 fejezetben utaltunk rá, a Stata felmérésmodulja lehetővé teszi a mintavétel módjának és a súlyozásnak megfelelő regressziós elemzések kivitelezését. A jelentésben közölt regressziós elemzéseket ennek megfelelően a felmérés modulban végeztük.

Mivel a regressziós modellekben egyszerre több jellemzőt vizsgálunk, csak azokról a kérdezettekről kapott információkat használhatjuk, akiknek a modellben szereplő egyik jellemző esetén sem volt válasziánya. A modellek kivitelezhetőségének kritériumaként 25%-os válasziány-arány küszöböt határoztunk meg, 25%-nál magasabb válasziány esetén nem vizsgáltuk a modellt. Ennek a kritériumnak az alkalmazására egyszer sem volt szükség. A válasziány-arányok a jelentés minden többváltozós modelljénél megtalálhatók.

Technikai megjegyzés: Az egyes magyarázó tényezőkhöz tartozó együttthatók szignifikanciáját vizsgáltuk, de a teljes modell illeszkedését nem vizsgáltuk, ahogyan nem végeztünk az illeszkedést javító modellépítést sem. Ugyanis nem az előrejelzés volt a modelljeink célja, hanem csak a kijelölt kapcsolati mutatók (a regressziós együttthatók) meghatározása.

#### 6.6.4.9.2. *Lineáris regresszió*

A többszörös lineáris regressziós modell alkalmazásakor azt vizsgáljuk, jelentős különbség van-e a kimeneti változónak az adott magyarázó változó két kategóriájában mért várható értéke között, ha a többi magyarázó változó értékét rögzítjük. A többváltozós elemzés előnye, miszerint az a magyarázó változók egymástól elkülönített hatását méri, mintegy „kiszűrve a többi változó hatását”, annak a számítási módszernek a következménye, hogy az adott magyarázó változó két kategóriája között a kimeneti változó várható értékének változását a többi magyarázó változó rögzített értéke mellett vizsgálja.

A jelentésben közölt lineáris regressziós modellek esetében a magyarázó jellemzők mindig kategorikusak, nem folytonosak. A kategorikus magyarázó változókat kategóriánként külön indikátorokra bontva vontuk be az elemzésbe. Adott magyarázó jellemző minden kategóriáját egy rögzített referenciakategóriához hasonlítjuk. Az eredmény-tábla együtttható-oszlopában az adott kategóriában a kimeneti változónak a referencia-kategóriához viszonyított átlagos eltérését találjuk.

*Technikai megjegyzés:*

- A többszörös lineáris regresszió modellje a következőképpen formalizálható:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} \dots + \beta_p X_{pi} + e_i,$$

- Ahol  $X_p$  a p. magyarázó változó értéke az i. egyén esetében, az  $e_i$ -k független normális eloszlású valószínűségi változók, a  $\beta$  együtthatók értékét becsüljük. A regressziós együtthatók statisztikai szignifikanciáját itt és a logisztikus regresszió esetén is a szokásos 0,05-ös küszöbvel határoztuk meg.
- Az eredmények között itt is megtalálhatjuk az együtthatók becslésének megbízhatósági tartományát.

#### 6.6.4.9.3. Logisztikus regresszió

Kétértékű kimeneti változó esetén logisztikus regressziót alkalmaztunk. Nevezük a két kategóriát pozitív és negatív kimenetnek. A logisztikus regresszió esetén azt vizsgáljuk, jelentősen nagyobb-e a pozitív kimenet esélye, ha adott magyarázó valamely kategóriáját a referenciakategóriához hasonlítjuk. Az esély megváltozását itt is a többi változó rögzítése mellett mérjük<sup>22</sup>, kiszűrve azok hatását. Az eredmény-tábla együttható-oszlopában ezeknek az esélyeknek a hányadosa áll. 1-hez közeli esélyhányados azt jelzi, hogy nincs jelentős különbség a kategória és a referenciakategória között. 1-nél nagyobb esélyhányados arra utal, hogy az adott kategóriában a referenciakategóriákba tartozókhoz képest nagyobb a pozitív kimenet esélye. 1-nél kisebb esélyhányados esetén ez az esély kisebb, mint a referenciakategóriában.

Például a dohányzás összefüggés-elemzésének esetében (lásd a 4.4.4.2 alfejezetet) a kimeneti változó két kategóriáját a rendszeresen dohányzók és a nem dohányzók jelentik. A kimeneti változó tehát nem „fedi le” az alkalmi dohányosokat. Ezzel a döntésünkkel a kutatási kérdéssel összhangban, a dohányzási szokások két viszonylag szélsőséges kategóriáját kívántuk összehasonlítani. A 4.4.4.4 ábra alapján láthatjuk, hogy a kielégítő mértékű társas támogatottságot élvezőknek az esélye a rendszeres dohányzásra csupán mintegy 70%-a a társas támogatottság súlyos hiányában szenvedők esélyének. Az esélyek eltérésének jelentőségét statisztikai eszközökkel határoztuk meg.

Előfordulhat, hogy lényeges az a kérdés, vajon az egyes magyarázó jellemzők között van-e kölcsönhatás, azaz befolyásolja-e az egyik a másik jellemző kimeneti változóra gyakorolt hatását. Például az alkoholfogyasztási szokások összefüggés-elemzésének esetében fordult elő, hogy a kutatási kérdés arra is kitért, vajon módosítja-e a nem és az életkor az iskolázottságnak az alkoholfogyasztásra gyakorolt hatását. Ekkor a magyarázó változók közötti **interakciókat**, azaz keresztkategóriákat is bevontuk az elemzésbe. Az alkoholfogyasztás kimeneti változójának két kategóriája a nagyivás és a nem-nagyivás volt. Az eredmények szerint a nem és az iskolázottság közötti interakció jelentős mértékűnek bizonyult. Ez azt jelenti, hogy a nem jelentősen befolyásolja az iskolázottság hatását az alkoholfogyasztási szokásokra. Mint az 4.3.4.3 táblázat iskolázottság mutatója alapján látható, a nők esetében a magasabb iskolázottság növeli a nagyivás esélyét (az iskolázottság 3-as, 4-es kategóriájához tartozó esélyhányadosok 2,18 ill. 4,14, tehát nagyobbak, mint 1, és az 1-től

<sup>22</sup> A többi változó rögzített értékét minden kombinációban vizsgálja a regressziós technika, és az így kapott feltételes esélyhányadosoknak egyfajta kiátlagolását adja.

való eltérésük statisztikailag jelentős), míg a férfiak esetében az iskolázottság statisztikailag nem jelentős mértékben csökkenti a nagyívás esélyét (ugyanezek az esélyhányadosok a férfiak esetében 0,80 ill. 0,99, tehát 1-nél kisebbek, de statisztikailag nem jelentős mértékben).

Fontos megjegyezni, hogy a nem, kor, és iskolázottság magyarázó jellemzőkön kívül vélhetően mások is kölcsönhatásban állnak egymással, így például az elemzésekben gyakran együtt szereplő anyagi helyzet és régió változók. Az elemzések egyszerűsítése, egységesítése céljából, és a minta-elemszámmal kapcsolatos technikai okok miatt azonban korlátoztuk a modellekbe bevonható interakciók számát.

*Technikai megjegyzés:*

- Ha a kimeneti  $Y$  változó értéke 0 és 1, a logisztikus regresszió modelljét a következőképpen formalizálhatjuk:

$$\log \frac{p_i}{1-p_i} = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} \dots + \beta_p X_{pi},$$

ahol  $X_p$  a  $p$ . magyarázó változó értéke az  $i$ . egyén esetében, a  $p_i$  pedig annak valószínűsége, hogy az  $Y$  az 1 értéket veszi fel.

- Ha a magyarázó változó  $j$ . kategóriájába tartozókra  $p$  a pozitív kimenet valószínűsége, akkor a pozitív kimenet esélye  $p/(1-p)$ -vel egyezik meg. Ha ugyanezen változó referenciakategóriájában a pozitív kimenet valószínűsége  $q$ , akkor a  $j$ . kategóriának a referenciakategóriához viszonyított esélyhányadosa:

$$\frac{\frac{p}{1-p}}{\frac{q}{1-q}}$$

- Az eredmények között itt is megtalálhatjuk az együttthatók becslésének megbízhatósági tartományát.
- A nem szignifikánsnak bizonyult interakciós tagokat elhagytuk a modelltől, a végső modellekbe csak a szignifikáns interakciós tagok kerültek.
- Az interakciós tagok együttthatójának statisztikai szignifikanciáját a többi tagra alkalmazott küszöbnél szigorúbb, 0,01-es küszöbvel határoztuk meg.

### 6.6.5. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra

Az elemzés teljes matematikai korrektsége érdekében, a mintavétel minden jellemzőjének figyelembe vételéhez a *Stata* beépített modulját bővíteni kell az aktuális felmérés sajátosságaihoz illeszkedő, saját programokkal. A nemzetközi felmérés-módszertani gyakorlatban gyakori, hogy az intézmények saját igényeiket kielégítő programcsomagot fejlesztenek<sup>23</sup>.

A változónkénti válaszhány esetleg magasabb arányára felkészülve, annak korrigálásához megfelelő súlyozási módszer kidolgozása szükséges. Általában arra is fel kell készülni, hogy

<sup>23</sup> Blaise (Statistics Netherlands), Cenvar (U.S. Census Bureau), Epi Info (CDC).

súlyozással nem mindig kezelhető az adathiány (mert a nem válaszolók különbözhetnek a válaszolóktól). Ennek elemzésére további vizsgálatok szükségesek.

A kérdőív különböző kérdéseire adott logikai ellentmondó válaszok, az inkonzisztenciák ellenőrzésének automatizálása szükséges. Ha a jövőbeni felmérés a jelenlegi kérdőívet használja, ennek az automatizmusnak a kidolgozása már megoldott. Ha más kérdőív kerül kidolgozásra, annak szerkesztésével egy időben javasolt a lehetséges inkonzisztenciák megtalálása és feloldása. Szintén az inkonzisztenciák megelőzésekként, az önkitöltős kérdőívben a kérdezőbiztosi instrukciók pótlásaként szerkesztési/tipográfiai megoldások kidolgozása javasolt.

#### **6.6.6. A tapasztalatok felhasználhatósága szakmai célokra**

Ha a jövőbeni felmérés kutatási terve megfelelő megbízhatóságú megyékre vonatkozó becsléseket jelöl meg, a mintanagyság növelése szükséges. Az OLEF2000 megyei becslései segítséget nyújthatnak adott becslési hatékonyságot elérni képes mintanagyság meghatározásához.

Az országos és regionális becslések megfelelő mértékű megbízhatósága és az elemzés egyes lépcsőfokain mutatott stabilitása a mintavétel módszerének pozitív következménye. Ezek a tapasztalatok jövőbeni felmérések tervezéséhez szolgálhatnak segítségül.



## 6.7. Idézett irodalom

- 1 Egészségi állapot felvétel, 1994. Életmód, kockázati tényezők. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1996.
- 2 National Health and Nutrition Survey, NCHS, <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/datalink.htm>
- 3 Scottish Health Survey, 1998. The Scottish Executive Department of Health <http://www.show.scot.nhs.uk/scottishhealthsurvey/>
- 4 Särndal C-E, Swensson B, Wretman J. Model Assisted Survey Sampling, Springer-Verlag New York, 1992.
- 5 Levy P S, Lemeshow S. Sampling of Populations, John Wiley & Sons, 1999.
- 6 Integration of household surveys. Design, advantages and methods. Netherlands Official Statistics, Vol. 13, Summer 1998.
- 7 Botman, S.L., Moore, T.F., Moriarity, C.L., Parsons, V.L.: Design and Estimation for the National Health Interview Survey, 1995-2004. National Center for Health Statistics, Vital Health Stat 2(130). 2000.
- 8 Scottish Health Survey, 1995. <http://www.official-documents.co.uk/document/scottish/shealth>
- 9 Scottish Health Survey, 1998. <http://www.official-documents.co.uk/document/scottish/shealth>
- 10 A komplex országos morbiditási vizsgálat összefoglaló eredményei. Egészségügyi Minisztérium, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1983.
- 11 Kopp M, Skrabski Á, Lőke J, Szedmák S: A magyar lelkiállapot az átalakuló magyar társadalomban Századvég, Ősz 1996
- 12 Kopp M., Szedmák S, Lőke J, Skrabski Á: A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *Leg Artis Med.* 3:136-144, 1997
- 13 Kopp Mária: Az OEP pályázat keretében végzett szükségletkommunikációs felmérés eredményei – a biztosítottak szükségleteinek monitorozása. *Végeken*, 1996. 7. 1. 11-13.
- 14 Egészségi állapot, egészségkárosító szokások az 1984. évi mikrocenzus alapján. KSH Budapest 1987.
- 15 Bíró Gy. Az első Magyarországi Reprezentatív Táplálkozási Vizsgálat: az eredmények áttekintése. *Népegészségügy* 1994, 75: 129-133.
- 16 A népesség egészségi állapota, KSH Budapest 1989.
- 17 dr. Tahin Tamás, dr. Jeges Sára, Csanaky András: Az egészségi állapotot és az orvoshoz fordulást befolyásoló demográfiai és társadalmi tényezők. *Demográfia*, 36. 4. 427-453.
- 18 dr. Jeges Sára, dr. Tahin Tamás, Csanaky András: Az egészségi állapot változása pécsi követéses vizsgálat alapján. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1996, 34, 5., 389-404.
- 19 Spéder Zs. Egészségi állapot. In: Sík E, Tóth I Gy. Az ajtók záródnak (!). Magyar Háztartás Panel, Műhelytanulmányok. Társadalomkutatási Informatikai Egyesülés Budapest 1997.
- 20 Bíró G, Antal M, Zajkás G. Nutrition survey of the Hungarian population in a randomized trial between 1992-1994. *Eur J Clin Nutr* 1996, 50: 201-208.
- 21 Egészségi Állapotfelvétel, 1994. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1996.
- 22 Szádóczky E, Fazekas I, Füredi J, Papp Zs: Kedélybetegségek és szorongásos zavarok előfordulása a gyaláadorvosi gyakorlatban, A Diagnostic Interview Schedule (DIS) magyar változatának az alkalmazásával. *Psychiatria Hungarica* 11(5):495-503. 1996
- 23 Szádóczky E, Papp Zs, Vitrai J, Füredi J: A hangulat- és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében. *Orvosi Hetilap* 2000;141:17-22
- 24 A Szívbarát Program Kiadványai 3. Szonda Ipsos Média, Vélemény- és Piackutató Intézet Kft., Központi Élelmiszeripari Kutatóintézet, Interhealth Canada Ltd. Budapest, 1998-1999.
- 25 Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról. Zárójelentés. TÁRKI Budapest 1998.
- 26 A Szívbarát Program Kiadványai 1-5. Szonda Ipsos Média, Vélemény- és Piackutató Intézet Kft., Központi Élelmiszeripari Kutatóintézet, Interhealth Canada Ltd. Budapest, 1998-1999.
- 27 Táblaképek az egészségről – A veresegyházi példa. (2001) MTA Szociológiai Kutatóintézet – Fekete Sas Kiadó, Budapest

- 28 Dohányzás és alkoholfogyasztás. FACT Intézet Pécs 1999.
- 29 Magyar Statisztikai Évkönyv 1999., KSH, Budapest, 2000.
- 30 Integrating administrative registers and household surveys. Netherlands Official Statistics, Vol. 15, Summer 2000
- 31 Summary of the Working Session Meeting on Defining Health Statistics and Developing Criteria for Evaluating Health Statistics. March 29-30, 1999. <http://nevhs.hhs.gov/hsvision/March29-30.pdf>
- 32 Fowler, F.J., Mangione, T.W.: Standardized Survey Interviewing. Applied Social Research Methods Series, Vol. 18., Sage Publications, 1990.
- 33 Kish, L. (1965): Survey Sampling. John Wiley and Sons, Inc., New York.
- 34 Oregon Health Behavior Surveys, 1998. State of Oregon, Health Division. <http://pub.das.state.or.us/purchasing/contracts/8042.html>
- 35 Scottish Health Survey, 1995. Social and Community Planning Research <http://www.official-documents.co.uk/document/scottish/shealth/shch1.htm#1.2.1>
- 36 ISSP 1994. Család II., TÁRKI. <http://www.tarki.hu>
- 37 Németh Renáta, Rudas Tamás: Mintavétel a Leslie Kish kulcs alkalmazásával, Statisztikai Szemle (közlésre elfogadva)
- 38 Groves, R.M., (1989). Survey Errors and Survey Costs. John Wiley and Sons, New York.
- 39 Binson, D., Canchola, J.A., Catania, J.A. (2000). Random Selection in a Telephone Survey: A Comparison of the Kish, Next-Birthday, and Last-Birthday Methods. Journal of Official Statistics, 16. 53-59.
- 40 Lavrakas, P.J., (1993). Telephone survey methods: Sampling, selection and supervision. Applied Social Research Methods Series, Vol 7. Sage
- 41 Oldendick, R.W., Bishop, G.G., Sorenson, S.B., Tuchfarber, A.J. (1998). A Comparison of the Kish and Last Birthday Methods of Respondent Selection in Telephone Surveys. Journal of Official Statistics, 4, 307-318.
- 42 GyógyIR. Marketing Information System Consulting RT
- 43 Särndal C-E, Swensson B, Wretman J. Model Assisted Survey Sampling. Springer-Verlag New York 1992.
- 44 Levy P S, Lemeshow S. Sampling of Populations. John Wiley & Sons 1999.
- 45 Fowler, F.J., Mangione, T.W.: Standardized Survey Interviewing. Applied Social Research Methods Series Vol. 18. Sage Publications 1990.
- 46 Botman, S.L., Moore, T.F., Moriarity, C.L., Parsons, V.L.: Design and Estimation for the National Health Interview Survey, 1995-2004. National Center for Health Statistics Vital Health Stat 2(130). 2000.
- 47 Egészségi Állapotfelmérés, 1994. Központi Statisztikai Hivatal Budapest 1996.
- 48 StataCorp. 1999, Stata Statistical Software: Release 6.0. College Station, Stata Corporation.
- 49 Cohen, S. B.: An Evaluation of Alternative PC-Based Software Packages Developed for the Analysis of Complex Survey Data. The American Statistician, Vol. 51, No. 3, 1997.
- 50 Stata Reference Manual, Release 6, Vol 4. Stata Press, College Station, Texas 1999.

## 7. EREDMÉNYEK FELHASZNÁLHATÓSÁGA

7.	EREDMÉNYEK FELHASZNÁLHATÓSÁGA .....	7-1
7.1.	A lakosság egészsége fejezetből .....	7-3
7.1.1.	Funkcionalitás .....	7-3
7.1.2.	Lelki egészség, öngyilkos magatartás .....	7-3
7.1.2.1.	Egészségpolitikai célokra .....	7-3
7.1.2.2.	Szakmai célokra .....	7-4
7.1.3.	Várható egészség .....	7-4
7.1.4.	Betegségek .....	7-4
7.1.4.1.	Egészségpolitikai célokra .....	7-4
7.1.4.2.	Szakmai célokra .....	7-5
7.1.4.3.	Lakossági célokra .....	7-5
7.2.	Az egészség egyéni tényezői fejezetből .....	7-5
7.2.1.	Kor, nem .....	7-5
7.2.1.1.	Egészségpolitikai célokra .....	7-5
7.2.1.2.	Szakmai célokra .....	7-5
7.2.1.3.	Lakossági célokra .....	7-6
7.2.2.	Testtömeg-index .....	7-6
7.2.2.1.	Egészségpolitikai célokra .....	7-6
7.2.2.2.	Lakossági célokra .....	7-6
7.2.3.	Egészségkultúra .....	7-6
7.2.3.1.	Egészségpolitikai célokra .....	7-6
7.2.3.2.	Szakmai célokra .....	7-7
7.2.4.	Alkoholfogyasztás .....	7-7
7.2.4.1.	Egészségpolitikai célokra .....	7-7
7.2.4.2.	Szakmai célokra .....	7-7
7.2.5.	Dohányzás .....	7-7
7.2.5.1.	Egészségpolitikai célokra .....	7-7
7.2.5.2.	Szakmai célokra .....	7-7
7.2.6.	Testmozgás .....	7-7
7.2.6.1.	Egészségpolitikai célokra .....	7-7
7.2.6.2.	Szakmai célokra .....	7-8
7.2.6.3.	Lakossági célokra .....	7-8
7.2.7.	Táplálkozás .....	7-8
7.2.7.1.	Egészségpolitikai célokra .....	7-8
7.2.7.2.	Szakmai célokra .....	7-8
7.2.8.	Többszörös életmódbeli kockázat .....	7-9
7.2.8.1.	Egészségpolitikai célokra .....	7-9
7.2.9.	Szexuális magatartás .....	7-9
7.2.9.1.	Egészségpolitikai célokra .....	7-9
7.2.9.2.	Szakmai célokra .....	7-9
7.3.	Egészségproblémák terhei fejezetből .....	7-9
7.3.1.	Egészségügyi ellátás igénybevétele .....	7-9
7.3.1.1.	Egészségpolitikai célokra .....	7-9
7.3.1.2.	Szakmai célokra .....	7-10
7.3.2.	Egészségproblémákkal kapcsolatos kiadások .....	7-10
7.4.	Az egészség környezeti tényezői fejezetből .....	7-10
7.4.1.	Anyagi helyzet .....	7-10

---

7.4.1.1.	Egészségpolitikai célokra.....	7-10
7.4.1.2.	Szakmai célokra.....	7-10
7.4.1.3.	Lakossági célokra.....	7-10
7.4.2.	Foglalkozás.....	7-11
7.4.2.1.	Egészségpolitikai célokra.....	7-11
7.4.2.2.	Lakossági célokra.....	7-11
7.4.3.	Beosztás.....	7-11
7.4.4.	Munkával töltött idő.....	7-11
7.4.5.	Családszerkezet.....	7-11
7.4.6.	Társas kapcsolatok, életesemények.....	7-12
7.4.7.	Etnikum, nemzetiség.....	7-12
7.5.	Az egészség környezeti tényezői fejezetből.....	7-13
7.5.1.	Foglalkozás.....	7-13
7.5.1.1.	Egészségpolitikai célokra.....	7-13
7.5.2.	Munkával töltött idő.....	7-13
7.5.3.	Családszerkezet.....	7-13
7.5.4.	Társas kapcsolatok, életesemények.....	7-13
7.5.4.1.	Egészségpolitikai célokra.....	7-13

## 7.1. A lakosság egészsége fejezetből

### 7.1.1. Funkcionalitás

A funkcionalitás csökkenésre vonatkozó eredmények jól használhatók a lakosság egészségének jellemzésére. A korlátozottság előfordulásának nagy aránya, összhangban más egészségindikátorokkal, mint például a korai halálozással, azt mutatja, hogy jelentős társadalmi problémáról van szó. A korlátozottságnak a társadalmi-gazdasági tényezőkkel való szoros összefüggése azt jelzi, hogy az oktatásra, munkahelyteremtésre fordított összegek az egészségfejlesztésre költött forrásként is felfoghatók. A felmérés egyértelműen azonosította azokat a társadalmi csoportokat, melyekre kitüntetett egészségpolitikai figyelemnek kell irányulnia: az alacsony iskolázottságúak, szegények, munkanélküliek, munkaképtelenek, közülük is különösen az elmaradott térségekben élők, valamint az időskorúak, akiknek jelentős része számára a mindennapi tevékenységek is nehézséget jelentenek.

Az eredmények közül bizonyára több is jól hasznosítható egészségfejlesztési szakemberek számára. Ezek közül két kérdéskört emelünk ki:

- A vizelettartási zavaroknak a nők körében észlelt magas prevalenciája arra utal, hogy igen sok embert érintő problémával van dolgunk. Ugyanakkor a kérdés intim jellege valószínűsíti, hogy sokan nem fordulnak megfelelő szakemberhez ezzel. A megfelelő tájékoztatást célul tűző egészségfejlesztési programok vélhetően hatékonyan hozzájárulhatnak a probléma okozta társadalmi terhek csökkentéséhez.
- Ugyan az egyén egészségi állapota jelentősen hat a társas kapcsolataira, mégis valószínűsíthető, hogy a társas támogatottság és a korlátozottság között észlelt jelentős kapcsolat legalább részben annak köszönhető, hogy a megfelelő társas támogatottság kedvezően hat az egészségre. E kapcsolat mechanizmusának mélyebb ismerete nélkül is – a pszicho-szociális tényezők és az egészségi állapot közötti kapcsolat mechanizmusa jelenleg is intenzív kutatás tárgya – érdemes ezt az összefüggést felhasználni a kis közösségekre irányuló egészségfejlesztési programok tervezésekor.

### 7.1.2. Lelki egészség, öngyilkos magatartás

#### 7.1.2.1. Egészségpolitikai célokra

A WHO szerint a mentális egészség-problémák felismert nagymértékű elterjedtsége és az általuk okozott hatalmas társadalmi terhek miatt nagy jelentőségű a szükségletek felmérése, ezek alapján pedig a prioritások lefektetése az ellátási formák, a szolgáltatások, kezelési- és egészségfejlesztési stratégiák felállítása, fejlesztése és finanszírozása terén. Folyamatosan szükség van a döntések és az azokon alapuló beavatkozások kimenetének monitorozására és az ennek eredményein alapuló, a változásoknak megfelelő módosításokra. A mentális egészségproblémák komplex és univerzális jellege miatt az egészségpolitika, a jóléti szolgáltatások és a szociálpolitika összehangolt akcióira van szükség. Ennek ki kell terjednie a különösen veszélyeztetett rétegek, elsősorban a gyermekek, az idősek, valamint a súlyos mentális problémákkal küzdők – ide értve a szenvedélybetegeket is – speciális kezelésére is.

Mindezek megalapozása érdekében a WHO szerint szükség van a lakosság mentális egészségének monitorozására. Az indikátoroknak ki kell terjednie a lakosság mentális egészségét jellemző általános mutatókra, a mentális zavarokban szenvedők számának és az ellátás minőségére vonatkozó mutatókra egyaránt. A monitorozás elősegíti a mentális

egészségben bekövetkező változások trendjeinek meghatározását, valamint a külső tényezők hatásainak, továbbá a prevenció- és kezelési programok hatékonyságának becslését.

### **7.1.2.2. Szakmai célokra**

A WHO szerint a mentális egészségproblémák kezelésében a közösségi ellátási formáknak kell átvennie a döntő szerepet, az alapellátással szoros együttműködésben. A hazánkhoz hasonló, közepesen fejlett országok számára adott WHO ajánlás szerint a mind a közvetlen hatékonyságban, mind pedig a járulékos kérdésekben – elsősorban az érintettek emberi jogok érvényesítésében, a szükségletek változásaira való rugalmas reagálásban és a költség-hatékonyságban – igen rossz bizonyítványt kapott elmeógyógyintézetek és a nagy, az ellátórendszer többi elemétől elkülönülten működő elmeosztályok ideje lejárt. Ezeket a helyi közösség szükségleteinek megfelelő, folyamatosan azokhoz alkalmazkodó közösségi ellátási formáknak kell felváltania a lehető legrövidebb időn belül. Ehhez azonban a lakosság egészségét általában jellemző információk mellett megbízható regionális adatokra is szükség van.

### **7.1.3. Várható egészség**

A standard módszertannal, rendszeresen számított várható egészség mutatók a közeljövőben várhatóan a legfontosabb általános egészségindikátorok közé fognak tartozni. Elméletileg ez már napjainkban is így van, de hamarosan a gyakorlatban is megteremtődik a módszertani és infrastrukturális alapja annak, hogy az Európai Közösség államaiban egységes elvek szerint és módszertannal történjen a mutatók számítása.

A várható egészség mutatók rendszeres számítása, az időbeni trendek elemzése igen informatív, hiszen jelzi, hogy a várható élettartam változását követi-e a várható egészséges élettartam változása, azaz a hosszabb élettartam esetében a plusz életevek egészséges életeveket jelentenek-e. Kedvezőtlen esetben, ha az élettartam megnyúlását nem követi az egészséges élettartam kitolódása, a korlátozottak, segítségre, ápolásra szorulóknak számának nagyarányú növekedésével kell számolnunk, melynek népegészségügyi következményei jelentősek, ahogy ezt a fejlett államok példáján már napjainkban is láthatjuk

### **7.1.4. Betegségek**

#### **7.1.4.1. Egészségpolitikai célokra**

Az OLEF2000 eredményei a betegségek gyakoriságát illetően a magyar felnőtt lakosságra reprezentatív adatokat közölnek. Az országos adatok mellett regionális eredmények is rendelkezésre állnak. A kapott eredmények mindenképpen hiánypótló funkciót is betöltenek, hiszen megbízható morbiditási adatok 1998-ig – a Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Program elindulásáig – nem vagy csak korlátozott mértékben álltak az egészségügyi döntéshozók rendelkezésére. Az eredmények – még akkor is, ha önbevalláson alapszanak – alapját képezik az egészségügyi ellátókapacitások racionális tervezésének, a források hatékonyabb felhasználásának. Az eredmények jelzik a halálozás szempontjából is kiemelkedő jelentőséggel bíró betegségek magas előfordulási gyakoriságát, azonosítják azokat a tényezőket melyek a legnagyobb befolyással bírnak e betegségek előfordulásának az esélyére. A felmérés egyedülálló módon szolgáltat adatokat az orvosi ellátást is igénylő sérülések és mérgezések vonatkozásában, valamint azonosítja azokat a tevékenységeket, ahol az ilyen jellegű események leggyakrabban bekövetkeznek. Mindezen eredmények alapul szolgálnak a sikeres intervenció programok végrehajtásához.

#### **7.1.4.2. Szakmai célokra**

Az OLEF2000 eredményei nemcsak az egészségpolitika, hanem a szakma számára is hiánypótlóak lehetnek. A különböző morbiditási adatgyűjtő rendszerekben képződött adatok – akár hazai, akár külföldi – összevetése, lehetőséget teremt azok validálására, az adatgyűjtő rendszerek minőségének javítására. Az egészségfelmérések során nyert morbiditási adatok további előnyének tekinthető, hogy az orvoshoz nem forduló lakosokról is értékes információt szolgáltat, így lehetőséget teremt a betegségterhek pontosabb meghatározásához. Az adatok regionális programok indítása során az állapotfelméréshez is segítségként szolgálhatnak. Mindezek mellett a felmérés módszertana és eredményei beépíthetők az orvostudomány, valamint szakmai továbbképzések tananyagába.

#### **7.1.4.3. Lakossági célokra**

A lakosok tájékoztatása a felmérés eredményeiről, az egészségi állapot leírása a hagyományos biomedikális modellel a probléma súlyának és az egyes betegségek miatt a lakosságra nehezedő terhek szemléltetése elengedhetetlen ahhoz, hogy a lakosság aktív részese lehessen az egészségi állapot javítását célzó programoknak.

### **7.2. Az egészség egyéni tényezői fejezetből**

#### **7.2.1. Kor, nem**

##### **7.2.1.1. Egészségpolitikai célokra**

Az egészségpolitikai célok meghatározásánál a jövőben figyelembe kell venni, hogy az OLEF2000 adatai alapján az alapellátás, és a szakellátás igénybevételével – a többi tényező hatásának kiszűrése után – az életkor nincs jelentős összefüggésben. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy az idősek nem veszik gyakrabban igénybe ezeket az ellátási szinteket, hanem arra hívják fel a figyelmet, hogy más tényezőknek van jelentős hatásuk az ellátás igénybevételének esélyére. Az idősek esetében a kórházi ellátás igénybevételének esélye viszont a többi tényező hatásának kiszűrése után is jelentős növekedést mutat, így a népesség idősödésével – ha a többi tényező nem változik – a kórházi ellátás iránti igény várhatóan növekedni fog.

##### **7.2.1.2. Szakmai célokra**

A jelen tanulmány legfontosabb jelentősége az, hogy a nem és az életkor hatását többváltozós analízisben vizsgálva kaptunk értékelhető eredményeket. Fontos törekvés, hogy a népegészségügyi felmérések és beavatkozások a különböző korcsoportok, és a két nem sajátos népegészségügyi igényeit felismerjék, és ezekre a kihívásokra adjanak választ. A nemekre vonatkozóan ezt a törekvést tükrözi a WHO most készülő irányelve amelynek célja, hogy a nemek sajátos egészségi problémáit és igényeit a szakmapolitikai döntéshozatal fő szempontjainak sorába emelje („gender mainstreaming”).

Keresztmetszeti vizsgálat alapján nem lehetséges ok-okozati összefüggések megállapítása, de az összefüggés mintázata, és más adatforrások alapján megerősíthető, vagy kétségbe vonható egyes tényezők oki szerepe. Az, hogy az életkor nem mutatott jelentős összefüggést a lelki egészséggel, azt valószínűsíti, hogy önmagában az életkor és a lelki egészség alakulása között nincsen oki összefüggés, jóllehet a lelki egészség zavaraiiban igen jelentős különbségek vannak a fiatalabb és idősebb korosztályok között.

### **7.2.1.3. Lakossági célokra**

Eredményeink közérthető formában való ismertetése módosíthatja a közvélekedést, tompíthat egyes rossz sztereotípiákat. A férfiak által előszeretettel hirdetett „erősebb nem” mítoszt látszólag megerősítheti, hogy a nők morbiditási mutatói az OLEF2000 adatai szerint is rosszabbak, mint a férfiak adatai. Éppen ez az oka annak, hogy a körültekintő adatértelmezésnek önmagában is népegészségügyi jelentősége lehet. A halálozási adatok és az OLEF2000 adatainak együttes értékelése alapján ugyanis világos, hogy Magyarországon is igaz az a megállapítás, hogy „a nők betegebbek, de a férfiak korábban halnak meg”. A férfiak és a nők születéskor várható átlagos élettartama közötti különbség 8 év, ami legalább a duplája a többi fejlett ország átlagának. Fontos annak tudatosítása a magyar népességben, hogy ennek a biológiai okok mellett kulturális és társadalmi okai is vannak – mint például az „erős férfi” ideáltípus, aki nem kér segítséget, hanem problémáit maga oldja meg – amelyek megváltoztathatók.

## **7.2.2. Testtömeg-index**

### **7.2.2.1. Egészségpolitikai célokra**

Az OLEF2000 eredményei mindenképpen felhívják a figyelmet a túlsúlyosság és elhízás problémájára már a fiatal korosztályok esetében is. Ha feltételezzük, hogy a megkérdezett személyek inkább alulbecsülték a testsúlyukat, a probléma még inkább figyelmet érdemel. A 18-34 éves férfiaknak már több mint 40%-a túlsúlyos vagy elhízott, ami az idősebb korosztályok esetében jelentősen emelkedik, a közép és időskorú magyar férfi lakosok mintegy kétharmadának testtömeg-indexe található az egészségre ártalmas tartományban. Hasonló jelenség figyelhető meg a nőknél is. Az 1994-es egészségmagatartás vizsgálat és az 1997-es Szonda Ipsos felméréshez viszonyítva (ahol a testmagasság és a testsúly szintén bevalláson alapult) jelentősen emelkedett a túlsúlyosság és elhízás gyakorisága mindkét nem esetében. A túlsúlyosságnak és az elhízásnak az egészségi állapotra kifejtett számtalan kedvezőtlen hatása, valamint az utóbbi években emelkedő gyakorisága miatt mindenképpen időszerű hatékony egészségfejlesztési, egészségnevelési programok indítása. A felmérés eredményei szintén feltárják azokat a lakossági csoportokat (életkor, iskolai végzettség, stb...), ahol a beavatkozás a legindokoltabb.

### **7.2.2.2. Lakossági célokra**

A lakosok tájékoztatása a felmérés eredményeiről nélkülözhetetlen ahhoz, hogy a túlsúlyosság vagy elhízás gyakoriságát csökkenteni hivatott nemzeti vagy regionális programok sikeresen végződjenek. Az OLEF2000 és a korábbi felmérések eredményeinek a bemutatása a túlsúlyosság és az elhízás káros hatásainak ismertetését szolgáló előadássorozat keretében értékes adatforrás lehet az elmúlt évek trendjének szemléltetésében.

## **7.2.3. Egészségkultúra**

### **7.2.3.1. Egészségpolitikai célokra**

Az egészségpolitikai döntéshozás számára fontos tudni, hogy az egyes preventív intézkedések, kampányok milyen mértékben képesek tudatosítani a lakosságban egy-egy tényező egészségkárosító vagy éppen egészségmegőrző, -javító szerepét, bár ez – mint a dohányzás esetében láttuk – még csak az egyik és távolról sem elégséges feltétele egy egészségfejlesztési programnak.



Az eredményekből kitűnik, hogy az alkoholfogyasztás és a testmozgás befolyásoló szerepét jobban tudatosítani kellene a lakosságban, mert éppen a hátrányosan érintett rétegek (a nagyivók, illetve azok, akik nem megfelelő gyakorisággal végeznek testmozgást) nincsenek tudomással az említett tényezők fontosságáról.

### **7.2.3.2. Szakmai célokra**

Az egészségfejlesztési szakemberek számára tanulságos lehet, hogy a felnőtt magyar lakosság jelentős hányada úgy gondolja, semmit vagy csak keveset tehet saját egészségéért.

## **7.2.4. Alkoholfogyasztás**

### **7.2.4.1. Egészségpolitikai célokra**

Az OLEF2000 eredményei azt mutatják, hogy jelentős társadalmi problémát jelent a nagyivók kiemelkedően magas aránya.

A felmérés segítségével behatárolhatóvá váltak azok a csoportok, amelyek esetében különösen nagy a nagyivás esélye. Így megkülönböztetett figyelem illeti meg a középkorúakat, a férfiakat, a nem értelmiségi foglalkozásúakat, az intenzív munkaterhelésnek kitetteket, a kis településen élőket, az egyedülállókat és a társas támogatottság súlyos hiányával küzdőket.

### **7.2.4.2. Szakmai célokra**

Adataink alátámasztják azt a szakmai tapasztalatot, miszerint a gondozókban kezelt néhány tízezer alkoholbeteg (2000-ben az addiktológiai és pszichiátriai gondozókban nyilvántartott és gondozott alkoholisták száma 43319 volt) mellett a lakosság igen nagy hányadát érinti a túlzott alkoholfogyasztás problémája.

## **7.2.5. Dohányzás**

### **7.2.5.1. Egészségpolitikai célokra**

Az elemzések során kapott magas gyakoriságok azt mutatják, hogy jelentős társadalmi problémát jelent a dohányzás. Különösen figyelemreméltó, hogy a nők férfiakhoz viszonyított alacsonyabb gyakorisága inkább az idősebb korosztályok esetében jellemző, a fiatalok esetében a két nem között egyre csökken a különbség, mivel a nők is magasabb arányban dohányoznak. Az iskolázottsági szint emelkedése – legalábbis a fiatalok körében – viszont csökkenti a dohányzás esélyét, mint ahogyan a megfelelő lakáskörülmények, a jobb anyagi körülmények és a legfeljebb átlagos munkaterhelés is.

### **7.2.5.2. Szakmai célokra**

Az OLEF2000 eredményei azt mutatják, hogy a WHO által ajánlott kérdéssor jól használható a dohányzási szokások feltérképezésére.

## **7.2.6. Testmozgás**

### **7.2.6.1. Egészségpolitikai célokra**

A testmozgás gyakoriságát, valamint az azt befolyásoló tényezők kapcsolatát leíró eredmények a lakosság egészségi állapotát javítani hivatott programok kialakítása során értékes forrásként szolgálhatnak. A felmérés ismételt lebonyolítása során kapott eredmények összehasonlítása a korábbi vizsgálatok eredményeivel az időközben elindított programok

hatékonyságának fokmérője lehet. A jelen vizsgálatban kapott eredmények mindenképpen azt igazolják, hogy a testmozgás előfordulását növelni kell a magyar felnőtt lakosság körében, különösen a közép- és idősebb korosztályok esetében. A felmérés eredményei alapján valószínűsíthető, hogy a lakosság iskolázottságának növelésével, az anyagi helyzet javításával növelhető az esélye a rendszeresebb, az egészségi állapotra jótékony hatással bíró testmozgásnak.

#### **7.2.6.2. Szakmai célokra**

A rendszeres testmozgás jótékony szerepe a legtöbb betegség esetében igazolt, így a testmozgás gyakoriságának és az azt befolyásoló tényezőkkel való kapcsolatának a felmérése a magyar lakosságot érintően mindenképpen indokolt. Az ilyen típusú adatok csak kérdőíves egészségfelmérések útján szerezhetők meg közvetlenül a lakosságtól. Nem elegendő azonban a kérdéseket a sporttevékenység kapcsán végzett testmozgásra korlátozni, hiszen az így kapott eredmények jelentősen alulbecslik a gyakoriságot, mivel a munkavégzés során végzett fizikai aktivitás is ugyanolyan mértékben bír protektív hatással, mint a szabadidős tevékenység alkalmával végzett. Hasonló jellegű felméréssel esetleg érdemes lehet a szabadidős és a munkavégzés során végzett testmozgást különválasztani, és elkülönülten vizsgálni.

#### **7.2.6.3. Lakossági célokra**

A felmérés eredményeinek közérthető formában történő ismertetése a lakossággal, hozzájárulhat az emberek ismereteinek növeléséhez a testmozgás jótékony hatásait illetően. Mindezek mellett az eredmények és azok jelentőségének ismertetése a lakossággal egy újabb vizsgálat kivitelezésekor növelheti a válaszadási hajlandóságot, valamint a válaszok megbízhatóságát is.

### **7.2.7. Táplálkozás**

#### **7.2.7.1. Egészségpolitikai célokra**

Az OLEF2000-ben a táplálkozási szokásokkal kapcsolatos eredmények ilyen célra való felhasználása közül mindenképpen kiemelendő, hogy az 1997-es Szívbarát program felmérésében kapott eredményekhez képest a sütéshez és főzéshez használt zsiradék típusát illetően pozitív irányú változás nem figyelhető meg. Ez a tény mindenképpen alátámasztja egy megfelelően megtervezett és kivitelezett, a hatékonyság felmérését is magában foglaló, a lakosság táplálkozási szokásain változtatni kívánó országos program szükségességét. Az eredmények igazolják, hogy a társadalmi-gazdasági tényezőknek szerepük van a lakosság táplálkozási szokásainak – legalábbis a használt zsiradék típusát illetően – alakulásában: az iskolázatlanabb, rosszabb anyagi körülmények között és kisebb településeken élők körében a kedvezőtlenebb, az egészségi állapotot negatívan befolyásoló táplálkozási forma a jellemzőbb. Ezért a fent említett országos program része lehetne olyan stratégia kialakítása, mely az egészségre kedvező hatást kifejtő termékek (pl. olaj, margarinok, alacsonyabb zsírtartalmú tejtermékek) árát kedvezőbbé teszi.

#### **7.2.7.2. Szakmai célokra**

Az OLEF2000-ben használt kérdések a táplálkozási szokások felmérésének csak korlátozott voltát engedik meg. A kapott adatok azonban egy új elemzési stratégia eredményeként tárják eléink a táplálkozási szokásokat befolyásoló tényezők valódi hatását és azok kapcsolatát. A témakör részletesebb vizsgálata nem nélkülözheti egy komplexebb kérdőív használatát.

## **7.2.8. Többszörös életmódbeli kockázat**

### **7.2.8.1. Egészségpolitikai célokra**

Az egészséget befolyásoló egyéni tényezők közül az egészségmagatartás elemei tudatos egészségfejlesztési politikával nagymértékben befolyásolhatók. A helyes stratégia kialakításához hasznos információ lehet, hogy az egyes kockázati tényezők gyakran egyszerre jelentkeznek, s ezért talán hatékonyabb lehet egy átfogó, a helyes életmód egészére kiterjedő koncepció kialakítása, mint az egyes tényezőket külön kezelő, elszigetelt kampányok.

## **7.2.9. Szexuális magatartás**

### **7.2.9.1. Egészségpolitikai célokra**

Az említett problémák következtében az eredmények csak korlátozottan használhatók a lakosság szexuális egészségének jellemzésére. Azonban a szexuális inaktivitásnak a nők körében kimutatott korai megjelenése és gyakoriságának már a 40-es évektől rohamos emelkedése figyelemfelhívó kell, hogy legyen a hazai szexológiai ellátás szinte teljes hiányára. Feltehető, hogy a hazai népesség szexuális funkciózavaraira, egészségproblémáira „megoldásként” közép- és idősebb korban egyszerűen felhagy a szexuális élettel. Ez a lehetőség egyben valószínűleg igen komoly kielégítetlen ellátási szükségletet is jelez. Ezzel szemben a szexológiai ellátás csak igen szűk körben – gyakorlatilag csak a magánszférában – érhető el.

### **7.2.9.2. Szakmai célokra**

Az eredmények közül az egészségfejlesztési szakemberek számára ugyanezek az adatok emelendők ki. A szexuális inaktivitásnak a nők körében észlelt rendkívül magas prevalenciája és a probléma fokozottan intim természete valószínűsíti, hogy sokan nem fordulnak – az ellátórendszer hiánya, nagymértékű alulfejlettsége miatt nem is fordulhatnak – megfelelő szakemberhez. A tájékoztatást célul tűző lakossági egészségfejlesztési programok, a háziorvosokat célzó szakmai továbbképzés vélhetően hatékonyan segíthetnék az előrelépést ezen a jelentőségéhez képest méltatlanul elhanyagolt területen.

## **7.3. Egészségproblémák terhei fejezetből**

### **7.3.1. Egészségügyi ellátás igénybevétele**

#### **7.3.1.1. Egészségpolitikai célokra**

Az OLEF2000 eredményei igazolják az egészségügyi alapellátás hiányos működését, hisz az egészségproblémák szempontjából legveszélyeztetettebb korosztály nagy aránya nem veszi igénybe az ellátás e formáját. Az eredmények felhasználhatók bizonyos krónikus betegségben szenvedő (magas vérnyomás, magas koleszterin szint, cukorbetegség) lakosok hatékonyabb gondozásának biztosítására. Az adatok alátámasztják a fogászati ellátás elégtelen igénybevételét minden korcsoport és mindkét nem esetében. A felmérés eredményei indokolják egyes bizonyítottan költséghatékony szűrővizsgálati forma (méhnyakrák és emlőrák szűrés) szervezett keretek közötti elindításának szükségességét, illetve a már meglévők hatékonyságának és hatásosságának javítását. A terhességmegszakítás gyakoriságát illetően kapott eredmények megerősítik, miszerint a családtervezés nem megoldott hazánkban. A korábbi hazai vizsgálatoktól eltérően az eredmények azt mutatják, hogy a magasabb iskolai végzettség és a jobb anyagi helyzet növeli az esélyt az ellátás egyes formáinak igénybevételére, mely összefüggés megmaradt még akkor is, amikor az egyéb

társadalmi-gazdasági tényezők, kor, nem és funkcionalitás csökkenés hatását kiszűrtük. Igazolódott, hogy a nők csak a fiatalabb életkorukban veszik nagyobb eséllyel igénybe a szak- és a fekvőbeteg ellátást, idősebb korban a jelenség megfordul.

### **7.3.1.2. Szakmai célokra**

Az alapellátás elégtelen működése, a krónikus betegségekben szenvedő lakosok nem megfelelő gondozása, valamint bizonyos szűrővizsgálatok igénybevételének indokolatlanul alacsony volta kiindulási alapként szolgálhat az ellátás hatékonyságának javításához.

## **7.3.2. Egészségproblémákkal kapcsolatos kiadások**

Felmerül a kérdés: létezik-e a társadalom számára ideális-minimális egészséggel összefüggő fogyasztás a megfelelő egészségi állapot fenntartásához? Az egyén számára biztosan létezik, bár ezt csak úgy lehetne meghatározni, ha megnéznénk, mi történik az egyénnel ha az adott fogyasztása helyett többet vagy kevesebbet költött egészségre. Emellett az is nehézséget okoz, hogy meghatározzuk, mi a „megfelelő egészségi állapot”. Így érdekesebb a hangsúly arra fektetni, hogy megnézzük, van-e egyenlőtlenség a egészségügyi kiadások terén, ezeket mi befolyásolja. Az egészségpolitikai döntésekhez nélkülözhetetlen tudni, mi a valós helyzet, mely csoportok, rétegek a rászorultabbak. Látni kell, hogy a lakosság megkérdezése után valóban az általunk addig gondolt összegeket és olyan módon költötték-e az emberek az egészségük jobbá tételére. Szembesülhetünk a valós adatokkal, például néhány túlbecsült területen, mint a természetgyógyászat, illetve, hogy jelentősebb-e az adott kérdés, mint amennyire foglalkozunk vele (pl. hálapénz) Ellenőrizhetjük, hogy megvalósított program elérte-e a célját (pl. közgyógyellátottak tehermentesítése) vagy sem. Most, hogy kidolgozásra került és elindult a Népegészségügyi Program különösen fontos, hogy az emberek életét érintő kiadásokat is szemmel tartsuk és ezzel minél jobb és megvalósíthatóbb programot dolgozzanak ki a szakértők.

## **7.4. Az egészség környezeti tényezői fejezetből**

### **7.4.1. Anyagi helyzet**

#### **7.4.1.1. Egészségpolitikai célokra**

A kutatás egyik legfontosabb tanulsága, hogy a funkcionalitást korlátozó állapotok előfordulása a társadalomban fordított összefüggést mutat az egyének a környezetében lévőkhöz viszonyított anyagi helyzetével. Vélhetően minden, a társadalmi különbségek mérséklését szolgáló célzott beavatkozás jótékony hatással lehet az egészségi állapotban megmutatkozó egyenlőtlenségek csökkenésére is.

#### **7.4.1.2. Szakmai célokra**

Az Európai Unióban kiemelten fontos terület az egészségi állapotok különbségében szerepet játszó társadalmi tényezők vizsgálata. Ennek háttérben elsősorban az a szándék áll, hogy hatékony beavatkozásokkal csökkenthetők legyenek az egészség társadalmi háttértényezőkre visszavezethető különbségei.

#### **7.4.1.3. Lakossági célokra**

A rosszabb anyagi helyzetben levők nagyobb mértékben vannak kitéve a korlátozottság esélyének, többet dohányoznak, több állati zsiradékot fogyasztanak, illetve kevésbé

hatékonyan veszik igénybe az ellátórendszert, mint a jobb módúak. Ebből következően kiemelt célcsoportjai, kell, hogy legyenek a prevenciós programoknak.

A rosszabb anyagi helyzetben levők kevesebbet mozognak, mint a gazdagabbak, ezért az egészség megőrzésének, a rendszeres testmozgás fontosságának jelentőségét hangsúlyozó preventív programoknak célzottabban kell erre a rétegre irányulnia.

## **7.4.2. Foglalkozás**

### **7.4.2.1. Egészségpolitikai célokra**

Eredményeink figyelembe vételével, a megfelelő foglalkozásúak, mint célcsoportok meghatározásával várhatóan hatékonyabb dohányzás-ellenes, és a nagyívás kialakulását megelőző, stb. egészségfejlesztési beavatkozások tervezhetők.

### **7.4.2.2. Lakossági célokra**

A betegségek megelőzése szempontjából fontos tudatosítani, hogy azok kialakulásának egyik fontos tényezője a foglalkozás. Az tehát, hogy egy társadalomban milyen arányban vannak jelen az alacsony, és ezért egészségükben nagyobb mértékben veszélyeztetett személyek, nagy mértékben befolyásolja a betegségek előfordulásának gyakoriságát. A fizikai foglalkozás jelentős egészségi kockázatot jelent. A kockázat csökkentésére felvilágosítással, célzott egészségfejlesztési beavatkozásokkal, vagy más módon szükség van.

## **7.4.3. Beosztás**

Eredményeink ismeretében hatékonyabb lakossági egészségfejlesztési beavatkozások tervezhetők, mert az egészségre ható egyik fontos rizikófaktor a beosztás. Az önálló beosztásban dolgozókat megcélzó beavatkozások esetleg alkalmasak lehetnek arra, hogy csökkentsék a beosztásból származó kockázatot.

Fontos lenne olyan egészségfejlesztési beavatkozásokat tervezni és végrehajtani, amelyeknek a célja a beosztásból fakadó ártalmak csökkentése.

## **7.4.4. Munkával töltött idő**

A későbbiek során az összefüggés-elemzésbe bevonjuk a rizikófaktorokat, és az egészségi mutatókat is. A munkával töltött idő önmagában nem tűnik a legkifinomultabb mérőszámnak a munkából származó stressz mértékének meghatározására, de a munka okozta kimerültség mérésére megfelelő eszköz lehet. Ennek a feltételezésnek az igazolása további elemzéseket igényel.

## **7.4.5. Családszerkezet**

Az OLEF2000 adatainak további elemzése során Power eredményei alapján – amennyiben feltételezzük, hogy megállapításai a magyar népességre is érvényesek – meg lehet határozni, hogy Magyarországon hányan „köszönhetik” nagyívó életvitelüket annak, hogy elváltak. Ezzel kapcsolatban megfontolható az is, hogy egy – az általános-, és középiskolákban végrehajtott, és az alkoholizmust megelőző programok mellett működő – családi életre nevelési program jelentősen csökkenthetné a nagyívók arányát Magyarországon. Emellett egyéb, a családok stabilitását növelő intézkedések is haszonnal járhatnak a túlzott alkoholfogyasztás visszaszorításában. Ennek a jelentőségét nem lehet elég nagyra értékelni annak ismeretében, hogy Magyarország a halálozási adatokat jelentő országok közül második helyen van a krónikus májbetegségek és a cirrhózis okozta halálozásban, amelynek elsődleges oki tényezője a túlzott alkoholfogyasztás.

Az OLEF2000 adatai alkalmasak arra, hogy a családszerkezet, és az anyagi helyzet, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét, egészségi mutatókat, és rizikófaktorok előfordulásának összefüggéseit vizsgáljuk. Ezeknek a vizsgálatoknak az elvégzése közelebb vihet bennünket többek között annak a kérdésnek a megválaszolásához is, hogy Magyarországon miért olyan egyedülállóan rossz a középkorúak, azon belül is elsősorban a férfiak életkilátása.

Más vizsgálatok – mint amilyen Power-é – és az OLEF2000 adatai alapján megbecsülhető az, hogy mekkora egészségi, és betegellátási terhet jelentenek a válás következtében fellépő túlzott alkoholfogyasztás országos szinten.

Adataink elemzésével választ kaphatunk arra a kérdésre is, hogy az egyszülős családok anyagi helyzete mennyiben tér el a kétszülős családok anyagi helyzetétől. Ezeknek az adatoknak az összevetése az egészségi mutatókkal nagyon fontos ismeretekkel szolgálnak majd a különböző családszerkezetben élő emberek betegségterheire vonatkozóan.

Adataink alkalmasak arra, hogy az elváltakat megkülönböztessük a többi egyedül élő személytől, és az összefüggés-elemzéseket ennek alapján is elvégezzük. Erre azért van szükség, mert vannak olyan kutatási eredmények, amelyek szerint az elváltak esetében az egyedülállóság nagyobb egészségi kockázatot jelent, mint azok esetében, akik soha nem voltak házások, illetve akik megözvegyültek.

#### **7.4.6. Társas kapcsolatok, életesemények**

Olyan egészségfejlesztési beavatkozások tervezhetők részben az OLEF2000 eredményeinek ismeretében, amelyek az egészség társadalmi meghatározói közül a társas támogatottság mennyiségének (kapcsolatok száma), illetve minőségének javítását célozzák. Ezen beavatkozások célcsoportjai lehetnek felnőttek – közösségfejlesztés – vagy gyerekek. Utóbbi esetben a társas kapcsolatok kialakítására, és hangsúlyosan azok gondozására, fenntartására lehet megtanítani a gyermekeket. Ez utóbbi program nem azonos a családi életre neveléssel, jóllehet szorosan összefügg azzal.

Eredményeink felhasználhatóak továbbá célzott segélyszolgálatok létrehozása illetve támogatására (másodlagos megelőzés), és helyi közösségek monitorozására, a társas támogatottság szintjének meghatározására egy közösségen belül.

#### **7.4.7. Etnikum, nemzetiség**

Z egészségpolitikai célok esetében a leghasznosabb valószínűleg az az adat, hogy az országban milyen arányban vallják magukat egy bizonyos etnikumhoz tartozónak az emberek. Ebből a szempontból elsősorban a roma kisebbség arányának a felmérése fontos eredménye az OLEF2000-nek. A számarányok ismerete alapján – ha ismerjük a roma népcsoport speciális népegészségügyi- és egészségügyi igényeit – meghatározható lesz az, hogy milyen megelőző és kuratív kapacitást kell létrehozni, illetve fenntartani a speciális igények kielégítéséhez.

Amennyiben a következő Országos Lakossági Egészségfelmérés során lehetőségünk lesz arra, hogy a roma népességre nézve is reprezentatívvá tegyük a mintát, úgy a fenti kérdésekre is választ kaphatunk. Ennek a lehetőségnek a jelentőségét nem lehet elég nagyra értékelni.

Vallásosság

Eredményeink segítséget nyújthatnak a döntéshozóknak abban, hogy az egészségfejlesztő beavatkozások célcsoportjait megfelelően azonosítsák: a nem vallásos emberek inkább ki vannak téve az olyan egészségkárosító hatásoknak, mint pl. a dohányzás.

## 7.5. Az egészség környezeti tényezői fejezetből

### 7.5.1. Foglalkozás

#### 7.5.1.1. Egészségpolitikai célokra

Felmérésünk különös eredménye az, hogy a fizikai foglalkozásúak körében kisebb eséllyel fordulnak elő a szív-és érrendszeri betegségek. Ez az eredmény felveti annak a lehetőségét, hogy a fizikai dolgozók körében nagyobb a szív-és érrendszeri látens morbiditás, mint az értelmiségiek körében. A korai diagnózis felállításának jelentős népegészségügyi hatása van tekintettel arra, hogy ennek a betegségcsoportnak az esetében a betegség korai felismerése és megfelelő kezelése nagymértékben növeli a túlélés esélyét, illetve csökkenti a súlyos szövődmények kialakulásának valószínűségét. Különös hangsúlyt ad ennek az eredménynek az a tény, hogy Magyarországon a szív-és érrendszeri megbetegedések képezik a vezető halálokokat.

Eredményeink figyelembevételével, a célpopuláció pontosabb meghatározásával hatékonyabb dohányzást ellenes-, illetve a nagyívás kialakulását megelőző beavatkozások dolgozhatók ki.

### 7.5.2. Munkával töltött idő

A későbbiek során az összefüggés-elemzésbe bevonjuk a rizikófaktorokat és az egészségi mutatókat is. A munkával töltött idő önmagában nem tűnik a legkifinomultabb mérőszámnak a munkából származó stressz mértékének meghatározására, de a munka okozta kimerültség mérésére a férfiak esetében a jelenlegi formájában is elfogadható eszköz lehet. Ennek a feltételezésnek az igazolása is további kutatásokat igényel.

### 7.5.3. Családszerkezet

Eredményeink szerint a túlzott alkoholfogyasztás esélye a gyermeküket egyedül nevelők esetében mintegy negyede, a társas kapcsolatban élők esetében pedig mintegy kétharmada az egyedül élőkénél. Az összefüggés lehetséges magyarázata az, hogy a társas kapcsolat védő hatása a túlzott alkoholfogyasztással szemben („oki teória”).

Adataink nem alkalmasak arra, hogy kizárjuk a fordított oki összefüggést, vagyis azt, hogy a nagyívók családi kapcsolatai nagyobb eséllyel mennek tönkre, és az egyedülállók nagyobb arányú túlzott alkoholfogyasztása ennek köszönhető („kiválasztási teória”).

Az oki összefüggés irányának meghatározására a követéses vizsgálatok alkalmasak. Az 1958-as angol születési kohorsz adatainak ezt a kérdést tisztázó elemzésével Power arra a megállapításra jutott, hogy annak szerepe, hogy a nagyívók válnának el nagyobb gyakorisággal („kiválasztási teória”), minimális, és a válást követően fellépő túlzott alkoholfogyasztás magyarázza meg az összefüggést a családi állapot és a túlzott alkoholfogyasztás között. Ezek az eredmények nem zárják ki azt, hogy a túlzott alkoholfogyasztás és a válás létrejöttében közös oki tényezők (pl. személyiségjegyek, vagy más – a váláson kívüli, az előtt bekövetkező – életesemények) játszanak szerepet.

### 7.5.4. Társas kapcsolatok, életesemények

#### 7.5.4.1. Egészségpolitikai célokra

Adataink támogatást nyújtanak a helyi közösségek monitorozásának tervezéséhez, illetve kivitelezéséhez, illetve célzott segélyszolgálatok kialakításához, vagy meglévő támogatásához.