



ORSZÁGOS LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS

Kutatási jelentés

FUNKCIONALITÁS/FUNKCIÓCSÖKKENÉS

DR. GÖRÖG KRISZTIÁN

ORSZÁGOS EPIDEMIOLÓGIAI KÖZPONT
2005

Tartalomjegyzék

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | Kiemelt eredmények | 3 |
| 2. | A fogyatékoság korszerű értelmezése | 4 |
| 3. | Módszertan | 7 |
| 4. | Eredmények..... | 10 |
| 4.1. | Populációs becslések | 10 |
| 4.1.1. | Látáscsökkenés | 10 |
| 4.1.2. | Halláscsökkenés | 10 |
| 4.1.3. | Önellátási nehézség | 11 |
| 4.1.4. | Járási nehézség | 11 |
| 4.1.5. | Vizelettartási zavar | 11 |
| 4.1.6. | Funkcióképesség csökkenés | 12 |
| 4.1.7. | Vélt funkcióképesség csökkenés | 12 |
| 4.2. | Összefüggés-elemzések..... | 13 |
| 4.3. | Megbeszélés | 16 |
| 5. | Irodalomjegyzék..... | 18 |
| 6. | Ábrajegyzék | 19 |
| 7. | Táblázatjegyzék..... | 20 |

1. Kiemelt eredmények

- A nők 36%-ának, a férfiak 29%-ának volt valamilyen fokú funkciócsökkenése, idős korban ez az arány 75%-ra illetve 65%-ra emelkedett. A 65 év alattiak közül minden ötödik ember volt érintett.
- A nők 6%-a, a férfiak 8,5%-a más segítségét vette igénybe az önellátáshoz. A 65 év felettek több mint 3 %-a volt ágyhoz kötött.
- A férfiak több mint 3%-a, a nők 5%-a legfeljebb pár lépést tudott megtenni. A 35-64 éves korosztályban a férfiak 10%-a, a nők 13%-a legfeljebb 200 métert tudott megállás nélkül megtenni, vagy anélkül, hogy rosszul érezte volna magát.
- 65 év felett minden harmadik nőnek és férfinak halláscsökkenése volt
- 65 év felett a nők 20%-ának, a férfiak 16%-ának volt valamilyen fokú vizelettartási zavara.

2. A fogyatékoság korszerű értelmezése

A korszerű, funkcionális szemléleten alapuló egészségmodell az egészséget nemcsak a szervezet, hanem az egyéni- és a társas tevékenykedés szintjén is jellemzi. Az egészség definíciójából kiindulva az egyén testi, lelki, szociális működésének épségét aszerint határozhatjuk meg, hogy mennyire tud különböző tevékenységeket végrehajtani és részt venni a társadalom életében – beleértve a szűkebb és tágabb közösséget – illetve harmonikusan alkalmazkodni környezetéhez.(1) Ezek ismeretében lehet jellemezni az egyén funkcióképességét, amely – ma már a legtöbb népegészségügyi szakember szerint – szervesen hozzátartozik az egészségi állapot jellemzéséhez.(2) Funkciócsökkenésről vagy más szóval fogyatékoságról beszélünk, ha a testi működésekben vagy struktúrákban olyan károsodás alakul ki, amely akadályozza a létfontosságú napi tevékenységek ellátását és/vagy korlátozza a társadalom életében való részvételt.(3)

A népegészségügyi kutatásokban előnyös az egészségnek e modell szerinti jellemzése, mert a lakosságtól megbízható információ nyerhető arra vonatkozóan, hogy milyen tevékenységeket képes ellátni, illetve hogyan tud részt venni a társadalom életében.

Az egészségmodellben bekövetkezett paradigmaváltást nyomatékosítja „A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása” (FNO) nevet viselő, az Egészségügyi Világszervezet által kialakított, osztályozási rendszer.(4) Az FNO a megromlott egészségi állapothoz társuló funkciócsökkenés vizsgálatához ad módszertani vezérfonalat, így – közvetlen kapcsolatban állva a BNO-val – nemcsak maguk a betegségek, hanem azok következményeinek osztályozása is lehetővé válik. Hasznos információkat szolgáltat statisztikai elemzésekhez, klinikai gyakorlat számára¹, az egészségi állapot változásainak nyomon követéséhez, az ellátás eredményességének megítéléséhez, továbbá az egészségkárosodások, a fogyatékoság, a megváltozott munkaképesség megállapításához.

Az OLEF 2000-ben a funkcionalitás tárgyalásakor a tevékenység akadályozottsága és a részvétel korlátozottsága kifejezéseket használtuk. Az FNO hazai adaptálása során a korábban is használatos fogyatékoság jelentése bővült. Fontos e központi fogalom pontos definícióját megadni, mert ebből indultunk ki a fogyatékoság vizsgálatokor.(5) A test anatómiai szerkezetét és/vagy valamely élettani funkcióját érintő problémát – beleértve a pszichés funkciókat is – összefoglaló néven károsodásnak nevezzük. A fogyatékoság gyűjtőfogalom, amely a károsodást, a tevékenységek akadályozottságát és a részvétel korlátozottságát is magába foglalja, azaz a normális emberi léthez szükséges tevékenységek végrehajtásának akadályozottságát vagy képtelenségét jelenti (1. táblázat). Pozitív oldalról megközelítve, a funkcióképesség is gyűjtőfogalom, testünk integritását, tevékenykedő képességünket és részvételünk megvalósulását fejezi ki. A fogyatékoság tehát az egyénnel szemben támasztott személyi, társadalmi, foglalkozási vagy jogi igények, kötelezettségek teljesítését biztosító képességek testi vagy lelki károsodás miatti kedvezőtlen változása. Arra a tevékenységre vonatkozik, amelynek végrehajtásában az egészségkárosodott egyén korlátozott. A fogyatékoságot osztályozhatjuk a korlátozott tevékenység szerint (mozgás-korlátozottság, látás-, hallás-fogyatékoság stb.) az állapot tartóssága (átmeneti, tartós) és súlyossága szerint.

¹ Pl. használata krónikusnak minősített és pszichiátriai kórházi osztályok számára kötelező.

1. Táblázat: A funkciólépesség és fogyatékoság alkotóelemei

| Alkotóelemek | Funkciókéesség és fogyatékoság | |
|--|--|---|
| | Testi funkciók és struktúrák | Tevékenységek és részvétel |
| Pozitív oldal Funkciókéesség | Testi funkciók és struktúrák integritása | Tevékenységek, részvétel megvalósulása |
| Negatív oldal Fogyatékoság | Károsodás (funkció és/vagy struktúra) | Tevékenység akadályozottsága, Részvétel korlátozottsága |

A károsodás és a fogyatékoság elkülönítése fontos, mert eltérő megközelítést igényelnek. A károsodás akkor vezet funkciócsökkenéshez, ha a károsodást az egyén nem tudja kompenzálni valamilyen alkalmazkodási magatartásmintával, a környezet megfelelő átalakításával vagy segédeszköz igénybevételével. A személyes és a környezeti tényezők kölcsönhatása fontos szerepet játszik abban, hogy kit tekintünk fogyatékosnak. Nem tekinthető például fogyatékosnak az, aki habár rövidlátó, látása szemüveggel teljesen korrigálható. Ebből az is következik, hogy a fogyatékoság az esetek nagy részében megelőzhető, megszüntethető vagy legalább csökkenthető.

A fogyatékoság súlyos fokaként értelmezhető, ha valaki tartósan más segítségét veszi igénybe az önellátásban². Ezek az állapotok jelentős betegségterhet jelentenek, mert alapvetően befolyásolják az életminőséget, illetve a rászorulókat ellátása mind a családokra, mind az ellátórendszerre komoly terhet ró. Ugyanakkor bizonyos életkoron túl az emberek többségénél látás-, halláskárosodás jelentkezik, károsodnak a szívérrendszeri, a mozgási és egyéb funkciók is. Mindez azonban nem feltétlenül jelenti részvételi korlátozottságukat.

A fogyatékoság felméréseivel pontosabban állapítható meg a lakosság egészségproblémáinak valós súlya; a betegségek által okozott egyéni és társadalmi terhek, illetve a segítség iránti szükséglet. Ehhez megbízható adatokra van szükség a különböző súlyosságú fogyatékos állapotok előfordulásának gyakoriságáról, alakulásukról, súlyosságuk megoszlásáról.

A funkcionális egészségmodellnek megfelelő kérdőíves eszközök fejlesztése az utóbbi tíz évben került a népegészségügyi kutatások és az egészségmonitorozás középpontjába. 2001-ben, az FNO bevezetésével egy időben alakult egy informális szakmai szervezet, a Washington City Group, amely feladata, hogy a fogyatékoság mérésével kapcsolatos módszertani kérdéseket időről időre megvitassa.

Az Európai Közösségek Statisztikai Hivatala (Eurostat) és az Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság (DG Health and Consumer Protection) jelenleg olyan egységes, egészségfelmérési rendszer (European Health Survey System) kifejlesztésén dolgozik, amely összehasonlítható, valid egészségi állapotot jellemző statisztikák készítését teszi lehetővé az Európai Unió tagországaiban. A kérdőíves eszköz kérdéscsoportokból – modulokból – épül majd fel, amelyek egyike a fogyatékoság felmérését célozza (European Disability Modul).⁽⁶⁾ Ezen kívül

² Ez nem azonos, bár tartalmilag nagyon hasonló a rokkantság fogalmához, ami a fogyatékoság súlyos formájának tekinthető; orvos-szakértői fogalomként használatos és a munkaképesség legalább 67 %-os elvesztését jelenti.

természetesen számos, elsősorban nemzetközi összefogás jött létre világszerte, amelyek a fogyatékoság minél pontosabb mérését célozzák.

Jelenleg Magyarországon az Országos Lakossági Egészségfelmérés áll rendelkezésre, hogy a magyar lakosság fogyatékosági viszonyait feltérképezzük. A kérdőív legutóbbi felvételére 2003-ban került sor. A felmérés során az ország 447 településén, a szakma szabályai szerint, véletlenszerűen kiválasztott 7000 felnőtt korú lakost kerestek fel otthonukban a kérdezőbiztosok. A részvételre felkért személyeket úgy választották ki, hogy legfontosabb jellemzőiket illetően, összességükben az egész magyar lakosságot jelenítsék meg. A kérdezés során 5072 sikeres kérdőívet sikerült felvenni. Ez 72%-os megvalósulási arányt jelentett. A tényleges válaszadók nemek szerinti megoszlása a következőképpen alakult: 2260 férfi (44,6 %) és 2812 nő (55,4 %).

Az OLEF 2003 tervezésekor sem az FNO sem az előbb említett eszköz még nem állt rendelkezésre. Jelen elemzésben a WHO által 1996-ban kifejlesztett és ajánlott kérdéseket használtuk.(5)

3. Módszertan

Az alkalmazott módszertan eltér a 2000-ben használttól, amennyiben a kérdésekre adott válaszokat a kérdéssorhoz ajánlott pontozásos módszer szerint elemeztük. E módszer arra alkalmas, hogy a funkciócsökkenés tág kategóriáit állapítsuk meg, és áttekinthető képet kapjunk a magyar lakosság funkcionális viszonyairól. A WHO a funkcionális gyors felmérésére minimálisan 10 kérdést ajánl.

Az OLEF 2000-hez képest az egyéni kérdőív 3. kérdése kimaradt, a 7. kérdés bővült egy alkérdéssel, és néhány helyen javítottunk a szövegezésen. A kérdések a következők voltak:

6. Az elmúlt 12 hónapban Ön általában mekkora távolságot tudott ÖNÁLLÓAN megtenni anélkül, hogy meg kellett állnia, vagy rosszul érezte magát?

- 1 – Egy lépést sem tudott megtenni
 2 – Legfeljebb csak néhány lépést
 3 – Legfeljebb 200 métert
 4 – Legfeljebb 500 métert
 5 – Több, mint 500 métert

- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

7. Kérem, hogy a következő válaszokhoz használja ezt a kártyalapot. Az elmúlt 12 hónapban Ön általában nehézség nélkül, nehezen vagy csak valaki segítségével...

| | Nehézség nélkül | Nehezen | Csak valaki segítségével | Nem tud válaszolni | Nem kíván válaszolni |
|---|-----------------|---------|--------------------------|--------------------|----------------------|
| 7.1 tudott felkelni, illetve visszafeküdni az ágyba? | 1 | 2 | 3 | 8 | 9 |
| 7.2 tudott felállni, illetve leülni egy székre? | 1 | 2 | 3 | 8 | 9 |
| 7.3 tudott felöltözni, illetve levetkőzni? | 1 | 2 | 3 | 8 | 9 |
| 7.4 tudta megmosni a kezét? | 1 | 2 | 3 | 8 | 9 |
| 7.5 tudott enni, beleértve az étel felvágását? | 1 | 2 | 3 | 8 | 9 |
| 7.6 tudta használni a WC-t? | 1 | 2 | 3 | 8 | 9 |
| 7.7 tudott felemelni és vinni 5 kg-nál nehezebb terhet (pl. bevásárláskor)? | 1 | 2 | 3 | 8 | 9 |

8. 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 rosszul hall
 5 – Nincs se TV-je, se rádiója, vagy nem szokta hallgatni

- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

9. Elég jól lát-e ahhoz, hogy az utca túloldaláról felismerje ismerőseit?

- 1 – Igen----->TOVÁBB A 11. KÉRDÉSRE!
 2 – Csak szemüveggel vagy kontaktlencsével ----->TOVÁBB A 11. KÉRDÉSRE!
 3 – Nem

- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

10. Elég jól lát-e ahhoz, hogy kartávolságból felismerje ismerőseit?

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

- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

2) Milyen gyakran fordul elő, hogy elcsöppen a vizelete, vagy bepisil / bevizel?

- a. soha
- b. ritkábban, mint havonta
- c. havonta
- d. hetente
- e. egyáltalán nem tudom visszatartani a vizeletem

Az fenti – járásra, önellátásra, látásra, hallásra és vizelettartásra vonatkozó –kérdéseknek megfelelően, az egyes részterületeken „mért” teljesítmény alapján számoltuk a funkciócsökkenés arányát. Az értékelés egy hármas, pontozásos skála segítségével történt a következők szerint. Minden kérdésre adott válaszhoz 0, 1 vagy 2 pontot rendeltünk attól függően, hogy a válaszadó – az adott részterületen – a teljesítményéről hogyan nyilatkozott. (az egyes válaszokhoz rendelt pontszámok a fenti táblázat jobb oldalán láthatók). A részterületeken kapott pontszámokból kiválasztottuk a legmagasabbat, és ez alapján a válaszadókat 3 csoportba soroltuk:

1. Megtartott funkcióképességű volt az, akinek csak 0 pontos válasza volt
2. Mérsékelt funkciócsökkenést/fogyatékossgot állapítottunk meg, ha a legmagasabb pontszám 1 volt
3. Súlyos funkciócsökkenést/fogyatékossgot véleményeztünk, ha volt legalább egy darab 2 pontos válasz

Nem számított funkciócsökkenésnek, ha a megkérdezett azt állította, hogy az utca túloldaláról szemüveggel vagy kontaktlencsével felismeri ismerőseit.

A hallókészüléket használók az enyhén-mérsékelt funkciócsökkenetek csoportjába kerültek, mert nem lehetett eldönteni egyértelműen, hogy a segédeszközzel teljes értékű életet él-e a megkérdezett.

A WHO ajánlása szerint, aki heti rendszerességgel bevizel, az már a súlyosan funkciócsökkenetek csoportjába tartozik. Az OLEF-be adaptált kérdés azonban tágan fogalmaz (elcsöppen a vizelete, vagy bepisil/bevizel?), ezért a konzervatív becslés érdekében az enyhe-mérsékelt kategóriába soroltuk e válaszadókat.

A fogyatékossg illetve a rokkantság elkülönítése ezzel a módszerrel nem volt lehetséges, de sokszor a kettő közti határ nem éles, így az elkülönítés nem is mindig célravezető. Az OLEF 2003 elemzése kapcsán összefoglalóan funkcióképesség csökkenésről, annak enyhébb illetve súlyosabb formáiról beszélünk.⁵

A mentális zavar – definíciójából következően – funkcionalitás korlátozottsággal jár.(7) Indokolt a funkciócsökkenés becslésekor figyelembe venni a pszichés betegségeket is, mert jelentős betegségterhet jelentenek. A mentális funkciócsökkenéssel a „A lelki egészség” című fejezet részletesen foglalkozik.

Végül érdekes kérdést vet fel, hogyan vélekedtek a megkérdezettek a saját funkcionális státuszukat illetően. Az alábbi kérdésre adott válaszokból az ún. vélt funkciócsökkenést állapítottunk meg és összevetettük az objektívebb módszerekkel kapott funkciócsökkenéssel.

„Van-e olyan panasz, sérülése, betegsége, amely akadályozza, illetve korlátozza Önt szokásos tevékenységében, például a munkában, vásárlásban, dolgai intézésében, sportolásban, vagy a másokkal való kapcsolattartásban?”

4. Eredmények

4.1. Populációs becslések

Az eredmények értelmezéséhez:

Az alábbi táblázatokban egyes funkcionális 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 funkcióképesség egyes részterületeken mért eredményeit mutatják a következő táblázatok (2-6).

4.1.1. Látáscsökkenés

Időskorban férfiaknál 12%, nőknél 17% volt olyan fokú látáscsökkenés, amely funkciócsökkenést jelentett. 65 év alatt ennek előfordulása csekély volt (2. táblázat).

2. Táblázat: Látáscsökkenés miatti funkciócsökkenés gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként

| Látáscsökkenés | Férfiak | | | | Nők | | | |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 18-34 év | 35-64 év | 65+ év | Összesen | 18-34 év | 35-64 év | 65+ év | Összesen |
| Nincs | 99 | 96,8 | 87,6 | 96,2 | 98,6 | 96 | 83,1 | 93,9 |
| | [97,9;99,5] | [95,5;97,8] | [83,5;90,8] | [95,3;96,9] | [97,6;99,2] | [94,9;96,9] | [79,4;86,3] | [92,9;94,8] |
| Enyhe/Mérsékelt | 1 | 2,8 | 10,7 | 3,4 | 1,4 | 3,7 | 14,3 | 5,4 |
| | [0,5;2,1] | [1,9;3,9] | [7,7;14,6] | [2,7;4,2] | [0,8;2,4] | [2,9;4,7] | [11,4;17,9] | [4,5;6,3] |
| Súlyos | 0 | 0,4 | 1,7 | 0,5 | 0 | 0,3 | 2,6 | 0,7 |
| | | [0,2;1,0] | [0,8;3,8] | [0,2;0,9] | | [0,1;0,9] | [1,6;4,2] | [0,4;1,1] |

4.1.2. Halláscsökkenés

A nők 13%-ának, a férfiak 15%-ának volt halláscsökkenése, melyek elenyészően kis része volt súlyos fokú. 35 és 65 éves kor között a férfiak körében jelentősen gyakoribb volt az enyhe fokú halláscsökkenés (17%), mint nőknél (10%). 65 év felett minden harmadik nőnek és férfinak volt halláscsökkenése (3. táblázat).

3. Táblázat: Halláscsökkenés miatti funkciócsökkenés gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként

| Halláscsökkenés | Férfiak | | | | Nők | | | |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 18-34 | 35-64 | 65+ | Összesen | 18-34 | 35-64 | 65+ | Összesen |
| Nincs | 96,1 | 83,1 | 66,3 | 85 | 96,6 | 90,3 | 68,3 | 87,3 |
| | [94,3;97,4] | [81,0;84,9] | [60,7;71,4] | [83,5;86,4] | [95,0;97,7] | [88,5;91,9] | [64,0;72,4] | [85,8;88,7] |
| Enyhe/Mérsékelt | 3,9 | 16,9 | 31,8 | 14,7 | 3,4 | 9,5 | 30,6 | 12,3 |
| | [2,6;5,7] | [15,0;18,9] | [26,7;37,4] | [13,3;16,2] | [2,3;5,0] | [8,0;11,3] | [26,5;34,9] | [11,0;13,9] |
| Súlyos | 0 | 0,1 | 1,9 | 0,3 | 0 | 0,1 | 1,1 | 0,3 |
| | | [0,0;0,5] | [0,8;4,8] | [0,1;0,8] | | [0,0;0,5] | [0,5;2,5] | [0,1;0,6] |

4.1.3. Önellátási nehézség

Átlagosan a nők 15%-a, a férfiak 10%-a csak nehézséggel tudta ellátni önellátásához szükséges feladatait. 65 év felett az arány több, mint duplájára nőtt; az idős korú nők harmada, a férfiak negyede volt érintett.

A nők 6%-ának, a férfiak 8,5%-ának más segítségét kellett igénybe venni az önellátáshoz. Ezen csoportba tartozók egy része ágyhoz kötött volt; ez a 35-64 éves korcsoportot tekintve az összlakosság közel 1%-át, a 65 év felettiek több mint 3%-át érintette (4. táblázat).

4. Táblázat: Önellátási nehézség miatti funkciócsökkenés gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként

| Önellátási nehézség | Férfiak | | | | Nők | | | |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 18-34 | 35-64 | 65+ | Összesen | 18-34 | 35-64 | 65+ | Összesen |
| Nincs | 98,1 | 87 | 66 | 87,7 | 97,3 | 84,4 | 57,6 | 82,3 |
| | [96,7;99,0] | [84,7;89,0] | [60,2;71,4] | [86,1;89,0] | [95,8;98,2] | [82,3;86,3] | [53,2;61,9] | [80,6;83,8] |
| Enyhe/Mérsékelt | 1,6 | 10,4 | 25,5 | 9,7 | 2 | 13,4 | 36,5 | 15,2 |
| | [0,9;3,1] | [8,7;12,5] | [20,8;30,9] | [8,5;11,1] | [1,2;3,2] | [11,7;15,3] | [32,3;40,9] | [13,8;16,7] |
| Súlyos | 0,2 | 2,6 | 8,5 | 2,7 | 0,8 | 2,2 | 5,9 | 2,6 |
| | [0,1;0,9] | [1,8;3,7] | [5,9;12,1] | [2,0;3,4] | [0,3;1,7] | [1,6;3,1] | [4,3;8,1] | [2,1;3,3] |

4.1.4. Járási nehézség

A 35-64 éves korosztályban a férfiak 10%-a, a nők 13%-a legfeljebb 200 métert tudott megállás nélkül megtenni, vagy anélkül, hogy rosszul érezte volna magát (enyhe nehézség). 65 év felett a férfiak mindössze 60%-a, a nők csupán fele tudott megtenni 200 méternél többet nehézség nélkül. A férfiak több mint 3%-a, a nők 5%-a egy lépést sem vagy legfeljebb pár lépést tudott megtenni (súlyos nehézség) (5. táblázat).

5. Táblázat: Járási nehézség miatti funkciócsökkenés gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként

| Járási nehézség | Férfiak | | | | Nők | | | |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 18-34 | 35-64 | 65+ | Összesen | 18-34 | 35-64 | 65+ | Összesen |
| Nincs | 99,4 | 88,2 | 58,7 | 87,6 | 97,6 | 85 | 47,5 | 80,4 |
| | [98,7;99,8] | [86,1;90,0] | [52,4;64,7] | [86,1;88,9] | [96,4;98,5] | [83,0;86,9] | [42,8;52,1] | [78,8;82,0] |
| Enyhe/Mérsékelt | 0,5 | 9,7 | 26,5 | 9,1 | 1,7 | 12,9 | 35,2 | 14,6 |
| | [0,2;1,2] | [8,2;11,5] | [21,5;32,2] | [8,0;10,3] | [1,1;2,8] | [11,2;14,8] | [31,1;39,6] | [13,3;15,9] |
| Súlyos | 0,1 | 2,1 | 14,8 | 3,3 | 0,6 | 2,1 | 17,3 | 5 |
| | [0,0;0,8] | [1,4;3,1] | [11,0;19,6] | [2,6;4,3] | [0,3;1,6] | [1,4;2,9] | [14,3;20,9] | [4,2;5,9] |

4.1.5. Vizelettartási zavar

A vizelettartás zavara időskorban volt gyakori, különösen a nők körében. 65 év felett a nők 20%-ának, a férfiak 16%-ának volt valamilyen fokú vizelettartási zavara (6. táblázat).

6. Táblázat: Vizelettartási zavar gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként

| Vizelettartási zavar | Férfiak | | | | Nők | | | |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 18-34 | 35-64 | 65+ | Összesen | 18-34 | 35-64 | 65+ | Összesen |
| Nincs | 99,7 | 96,7 | 83,9 | 95,9 | 97,9 | 90,8 | 78,7 | 90,3 |
| | [98,9;99,9] | [95,5;97,6] | [79,3;87,7] | [95,0;96,7] | [96,7;98,7] | [89,0;92,3] | [74,6;82,3] | [88,9;91,5] |
| Enyhe/Mérsékelt | 0 | 2,5 | 13,1 | 3,2 | 1,7 | 6,9 | 14,6 | 7 |
| | | [1,8;3,5] | [9,7;17,4] | [2,5;4,0] | [1,0;2,9] | [5,6;8,5] | [11,6;18,4] | [6,0;8,2] |
| Súlyos | 0,3 | 0,8 | 3 | 0,9 | 0,4 | 2,3 | 6,7 | 2,6 |
| | [0,1;1,1] | [0,4;1,5] | [1,5;5,6] | [0,6;1,4] | [0,1;1,1] | [1,6;3,3] | [4,7;9,4] | [2,1;3,4] |

4.1.6. Funkcióképesség csökkenés

Összesítve a részterületek eredményeit a nők 36%-ánál, a férfiak 29%-ánál volt megállapítható valamilyen fokú funkciócsökkenés, az időskorúaknál ez az arány 75% illetve 65% volt. A 65 éves kor alatt minden ötödik ember volt érintett. Súlyosan csökkent funkciójú volt összességében a nők 9%-a a férfiak 6 %-a; ami a lakosság egészét tekintve 7,5%-os volt. A 35-64 évesek korcsoportjában a súlyosan funkciócsökkent férfiak 5%-os és a nők 6%-os gyakorisága rendkívül magas aránynak mondható (7. táblázat).

7. Táblázat: Összesített funkcióképesség csökkenés gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként

| Összesített funkcióképesség csökkenés | Férfiak | | | | Nők | | | |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 18-34 | 35-64 | 65+ | Összesen | 18-34 | 35-64 | 65+ | Összesen |
| Nincs | 93,1 | 67,3 | 34,4 | 71,2 | 90,6 | 65,7 | 24,5 | 63,9 |
| | [91,0;94,8] | [64,6;70,0] | [29,1;40,1] | [69,3;72,9] | [88,4;92,5] | [62,8;68,5] | [20,9;28,6] | [61,8;65,9] |
| Enyhe/Mérsékelt | 6,5 | 27,8 | 43,6 | 22,9 | 7,9 | 28,1 | 50,4 | 27,2 |
| | [4,9;8,5] | [25,4;30,3] | [38,0;49,5] | [21,3;24,6] | [6,2;9,9] | [25,8;30,7] | [46,2;54,7] | [25,4;29,0] |
| Súlyos | 0,4 | 4,9 | 22 | 5,9 | 1,5 | 6,1 | 25 | 8,9 |
| | [0,1;1,2] | [3,7;6,4] | [17,4;27,3] | [4,9;7,2] | [0,9;2,6] | [4,8;7,7] | [21,5;28,9] | [7,8;10,2] |

4.1.7. Vélt funkcióképesség csökkenés

A vélt funkciócsökkenés az egészségesek és funkciócsökkentek arányára vonatkozóan hasonló értéket mutatott, mint amit a pontozásos módszerrel számítottunk. A férfiak 30%-a, nők 33%-a gondolta, hogy valamilyen tevékenységében akadályozott. Többen gondolták azonban úgy, hogy fogyatékoságuk súlyos fokú, mint amit a pontokból becsültünk. (8. táblázat)

8. Táblázat: Vélt funkcióképesség csökkenés gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként

| Vélt funkcióképesség csökkenés | Férfiak | | | | Nők | | | |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 18-34 | 35-64 | 65+ | Összesen | 18-34 | 35-64 | 65+ | Összesen |
| Nincs | 88,7 | 64,7 | 44,2 | 69,8 | 87,5 | 67,3 | 38,9 | 66,9 |
| | [86,0;90,9] | [61,5;67,7] | [38,4;50,2] | [67,7;71,8] | [84,8;89,7] | [64,7;69,8] | [35,0;43,0] | [65,0;68,8] |
| Enyhe/Mérsékelt | 8,4 | 19,7 | 23,8 | 16,5 | 9,8 | 20,2 | 26,3 | 18,5 |
| | [6,6;10,8] | [17,4;22,1] | [19,0;29,3] | [14,9;18,1] | [7,9;12,2] | [18,2;22,4] | [22,9;30,1] | [17,1;20,1] |
| Súlyos | 2,9 | 15,7 | 32 | 13,8 | 2,7 | 12,5 | 34,8 | 14,6 |
| | [1,9;4,4] | [13,4;18,2] | [26,6;37,9] | [12,2;15,5] | [1,8;4,1] | [10,8;14,4] | [30,7;39,0] | [13,2;16,0] |

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 OLEF2003 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.

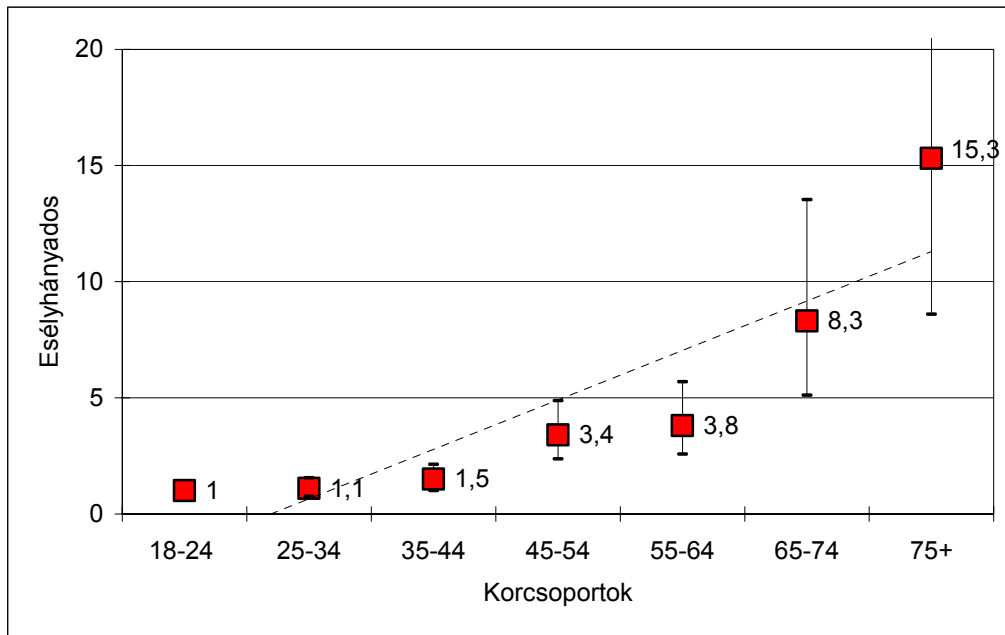
Azt vizsgáltuk, hogy milyen kapcsolatban áll a funkciócsökkenés az életkorral, a nemmel, az iskolai végzettséggel, az anyagi helyzettel, a társas támogatottsággal, a régióval, a település nagyságával, a beosztással, a munkaviszonnyal. Az összefüggés-elemzésben a funkciócsökkenés esélyét a funkciócsökkenetek és az ép funkcionálitással jellemzettek arányának hányadosaként képeztük. Az 5029 válaszadó közül 4845 személy funkciócsökkenésének a mértékét lehetett meghatározni, közülük 4430 személy esetén állt rendelkezésre megfelelő adat az összes, a modellben szereplő tényezőről, így az összefüggés-elemzésben az ő adataikat használtuk fel.

Megállapítható, hogy a funkciócsökkenés a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt a korrall, nemmel, az iskolázottsággal, az anyagi helyzettel, a társas támogatottsággal, és a településnagysággal.

A nőknél, mintegy 40%-kal nagyobb volt a fogyatékoság esélye (esélyhányados: 1,38; [1,17-1,62]).

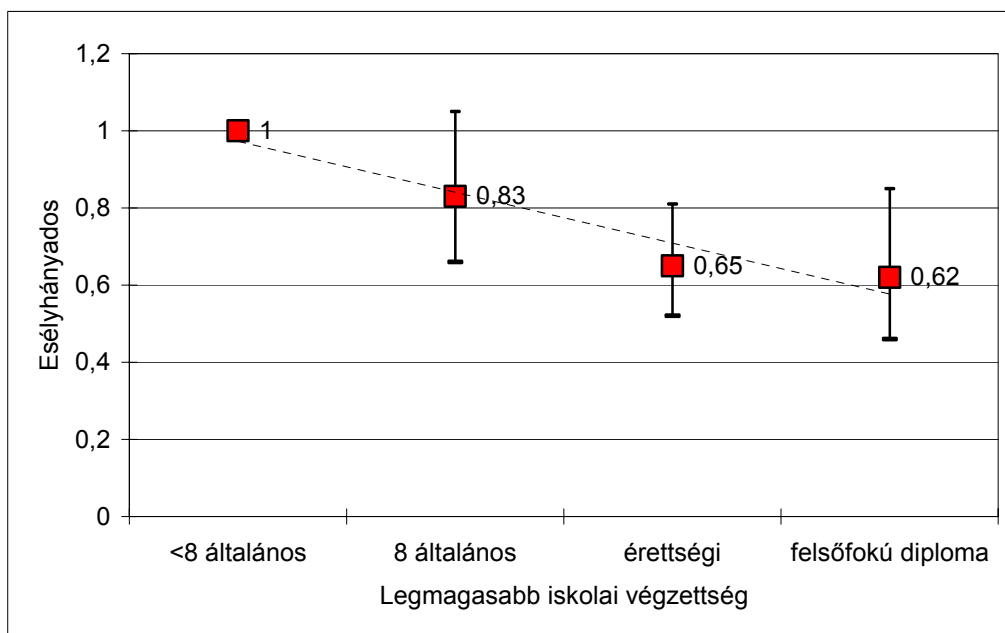
A többi tényező hatását kiszűrve, az életkorral folyamatosan növekszik a funkciócsökkenés esélye. A trend monoton, és egyre meredekebben emelkedik. Már a 45-54 éves korosztályban 3,5-szeres az esélyhányados, 65 év felett pedig több mint nyolcszoros. (1. ábra).

1. ábra: A kor hatása a funkcióképesség csökkenésére



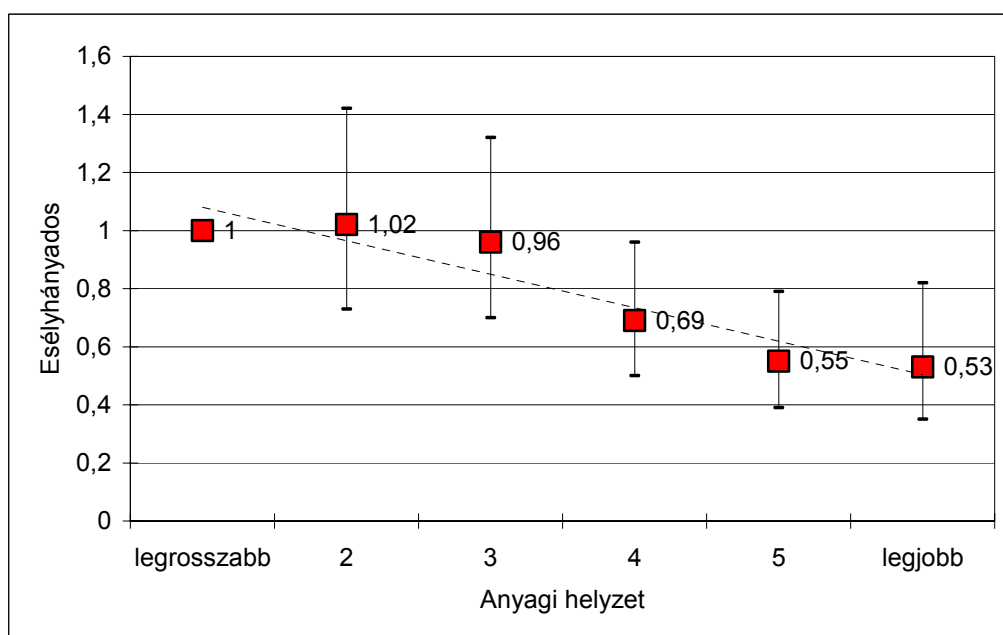
Megfigyelhető, hogy a 8 általánosnál magasabb iskolai végzettség csökkentette az esélyhányadost. Érettségivel nem rendelkezőknél 17%-kal, legfeljebb érettségivel rendelkezőknél 35%-kal és felsőfokú képzettségűeknél 38%-kal. (2. ábra)

2. ábra: Az iskolázottság hatása a funkcióképesség csökkenésére



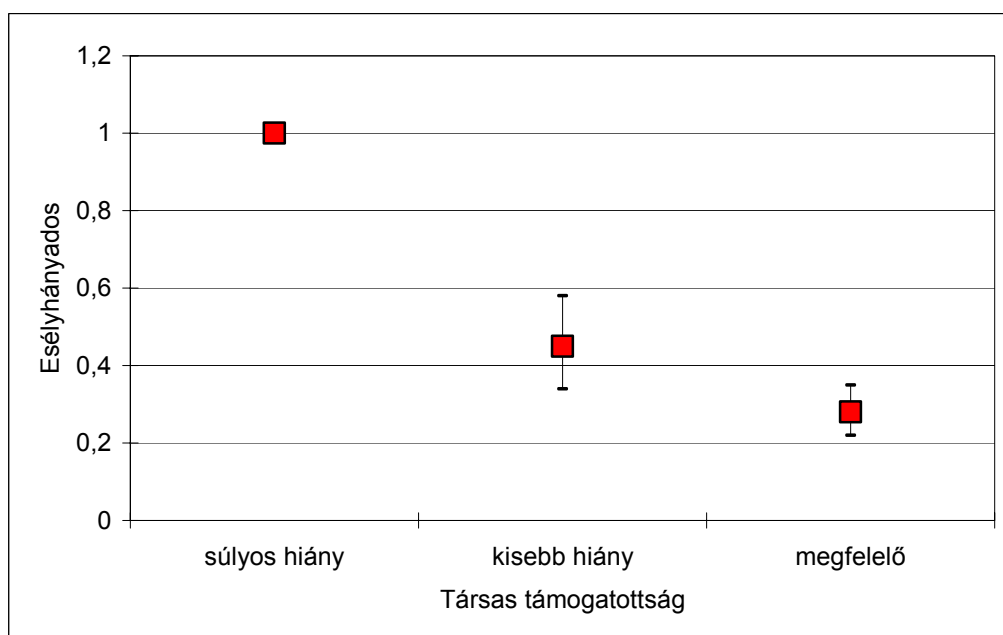
Összevetve az anyagi helyzet kategóriáit, megfigyelhető, hogy az anyagi helyzet javulásával csökkent a fogyatékoság esélye: a legjobb anyagi helyzetben lévők körében a fogyatékoság esélye fele volt a legrosszabb anyagi helyzetben lévőkéhez viszonyítva (3. ábra).

3. ábra: Az anyagi helyzet hatása a funkcióképesség csökkenésére



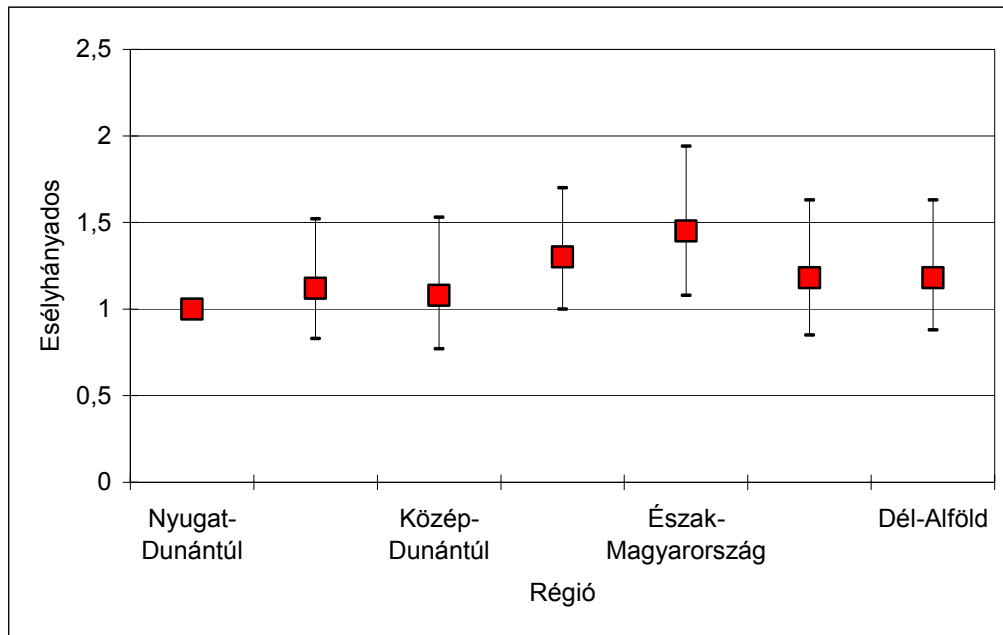
A társas támogatottság és a funkciócsökkenés kapcsolata is kimutatható volt. A megfelelő társas támogatottsággal rendelkezők funkciócsökkenésének esélye negyede volt a társas támogatottság súlyos hiányával jellemzettekénél (4. ábra).

4. ábra: A társas támogatottság hatása a funkcióképesség csökkenésére



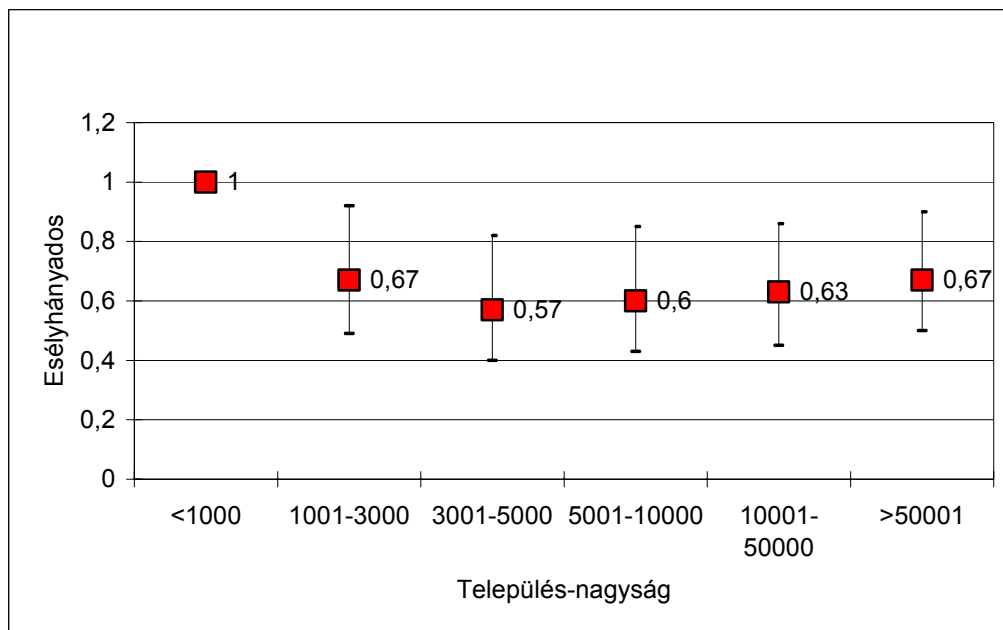
A többi tényező hatását kiszűrve a nyugat-dunántúli régióhoz viszonyítva az összes régióban magasabb volt a funkciócsökkenés esélye, ezek közül Közép- és Észak-Magyarország értékei voltak szignifikánsak (1,33 [1.01-1.75] illetve 1,47 [1.09-1.99]). (5. ábra)

5. ábra: A régió hatása a funkcióképesség csökkenésére



Az aprófalvakban (lélekszám ≤ 1000 fő) a funkciócsökkenés esélye jóval magasabb, mint bármely egyéb településnagyság kategóriában. A nagyobb lélekszámú településekhez tartozó esélyhányadosok értékei szignifikánsan kisebbek voltak, mint 1, 0,57 és 0,66 közé estek. (6. ábra)

6. ábra: A település-nagyság hatása a funkcióképesség csökkenésére



4.3. Megbeszélés

Az OLEF2003-ban alkalmazott elemzési módszerrel a 2000-es adatbázis adatait is elemeztük. Azt tapasztaltuk, hogy az eredmények közel azonosak voltak a két felmérésben.

A kérdőívből kiderült, hogy a funkciócsökkenés az esetek túlnyomó többségében hosszú távon fennállt (egy évnél régebb óta), ebből következően 3 év rövid idő ahhoz, hogy bármilyen változást detektáljunk.

Az egyszerű gyakorisági becslések jelentős népegészségügyi problémákra hívják fel a figyelmet: a középkorúak és időskorúak körében a funkciócsökkenés jelentős mértékére, az időskorúak körében a mindennapi tevékenységekben segítségre szorulóknak nagy arányára, a nők körében a vizelettartási panasz magas prevalenciájára. Megállapíthatjuk, hogy kérdőíves felmérés segítségével becsülve ijesztően magas a funkciócsökkenetek aránya ma Magyarországon.

Az életkor és a funkciócsökkenés kapcsolatát jellemző trendet tekinthetjük részben az öregedéssel együtt járó folyamatnak, azonban fejlettebb országok hasonló felméréseit vizsgálva azt látjuk, hogy ott kisebb a funkciócsökkenetek aránya és a fogyatékoság illetve rokkantság későbbi életkorban jelentkezik. Összehasonlítva a kapott eredményeket egy hasonló – 2001-ben készült – angol felmérés eredményeivel megállapítható, hogy míg nálunk átlagosan a megkérdezettek 33%-a (azaz minden harmadik ember!) funkciócsökkenett addig Angliában ez az érték 18% volt. Súlyos funkciócsökkenés nálunk 7,5%-os, ott 5%-os előfordulású volt.(8)

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 egyértelműen igazolták e kapcsolatokat az iskolázottság, az anyagi helyzet és a funkcióképesség között.

A társas támogatottság és az egészségi állapot közötti kapcsolat felhívja a figyelmet a pszichoszociális meghatározó tényezők jelentőségére, mely különösen fontos, ha figyelembe vesszük a társas támogatottság és az egyéb meghatározó tényezők között az OLEF2003-ban feltárt kapcsolatokat. A mentális komponens fontos szerepét jelzi az a tény is, hogy amikor egyes betegségcsoportokban vizsgáltuk a funkciócsökkenés előfordulásának arányát, az a depressziós és szorongásos betegségben szenvedők között volt a legmagasabb. A keresztmetszeti vizsgálatok azonban nem alkalmasak ok-okozati összefüggések feltárására, ezért ez utóbbi megállapítás csak a kapcsolat fennállását hangsúlyozza.

A régió, és a településnagyság 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 beosztás fogyatékosággal való kapcsolata ebben a felmérésben nem igazolódott. Ennek bizonyításához valószínűleg a társadalmi-szociális státuszt pontosabban leíró kategóriák felállítása lenne szükséges.

Jelen elemzéssel áttekintő képet kaptunk a lakosság funkcionális viszonyait illetően. Az eredmények időbeli és nemzetközi összehasonlítások alapját képezhetik a jövőben. Az intenzív munka, amely ezen a területen folyik, előrevetíti, hogy további eszközfejlesztések várhatók és egyre pontosabb és részletesebb elemzések segítik majd a funkcióképesség felmérését.

5. Irodalomjegyzék

1. Vitrai J, Vokó Z. Egy korszerű szemléleten alapuló egészségmodell. Családvoszi fórum 2002.
2. Ustun TB, Chatterji S, Kostansjek N, Bickenbach J. WHO's ICF and functional status information in health records. Health Care Financ Rev 2003;24(3):77-88.
3. WHO. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. 2001.
4. Juhász F. Irányelvek a funkcióképesség, fogyatékoság és megváltozott munkaképesség véleményezéséhez. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2004.
5. Bruin Ad, Picavet H, Nossikov A. Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications. European Series n°58 1996.
6. Robine JM JC, Egidi V. A first step towards a users guide to health expectancies for the European Union. 2000.
7. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders; clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1992.
8. Centres SOCS. Health Survey for England. 2001 [cited 2005; Available from: <http://www.archive.official-documents.co.uk/>]

6. Ábrajegyzék

| | |
|--|----|
| 1. ábra: A kor hatása a funkcióképesség csökkenésére..... | 14 |
| 2. ábra: Az iskolázottság hatása a funkcióképesség csökkenésére..... | 14 |
| 3. ábra: Az anyagi helyzet hatása a funkcióképesség csökkenésére | 15 |
| 4. ábra: A társas támogatottság hatása a funkcióképesség csökkenésére..... | 15 |
| 5. ábra: A régió hatása a funkcióképesség csökkenésére | 16 |
| 6. ábra: A település-nagyság hatása a funkcióképesség csökkenésére..... | 16 |

7. Táblázatjegyzék

| | |
|---|----|
| 1. Táblázat: A funkciólépesség és fogyatékoság alkotóelemei | 5 |
| 2. Táblázat: Látáscsökkenés miatti funkciócsökkenés gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként..... | 10 |
| 3. Táblázat: Halláscsökkenés miatti funkciócsökkenés gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként..... | 10 |
| 4. Táblázat: Önellátási nehézség miatti funkciócsökkenés gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként..... | 11 |
| 5. Táblázat: Járási nehézség miatti funkciócsökkenés gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként..... | 11 |
| 6. Táblázat: Vizelettartási zavar gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként..... | 11 |
| 7. Táblázat: Összesített funkcióképesség csökkenés gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként..... | 12 |
| 8. Táblázat: Vélt funkcióképesség csökkenés gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként | 12 |