

# A 2014-BEN VÉGREHAJTOTT EURÓPAI LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS EREDMÉNYEI ÖSSZEFOGLALÓ ADATOK





**MŰHELYTANULMÁNY 1.**

**A 2014-BEN VÉGREHAJTOTT  
EURÓPAI LAKOSSÁGI  
EGÉSZSÉGFELMÉRÉS EREDMÉNYEI  
ÖSSZEFOGLALÓ ADATOK**

© Központi Statisztikai Hivatal, 2018

ISBN 978-963-235-506-1ö

ISBN 978-963-235-508-5

*Felelős kiadó:* Dr. Vukovich Gabriella elnök

*Felelős szerkesztő:* Tokaji Károlyné

*Lektorálta:* Gárdos Éva

*Készítette:* Boros Julianna, Györke Judit, Pásztorné Stokker Erzsébet,  
Szabó Zsuzsanna Krisztina

*További információ:* [kommunikacio@ksh.hu](mailto:kommunikacio@ksh.hu)

*Internet:* [www.ksh.hu](http://www.ksh.hu)

# TARTALOM

---

|   |    |
|---|----|
| 1. Bevezetés .....  | 5  |
| 2. Legfontosabb megállapítások.....   | 7  |
| 3. Egészségi állapot .....  | 9  |
| 3.1 Az egészség önértékelése, vélt egészség .....   | 9  |
| 3.2 Betegségek .....  | 11 |
| 3.2.1 Krónikus betegségek előfordulása .....  | 11 |
| 3.2.2 A leggyakoribb krónikus betegségek, gyógyszeresedés .....   | 12 |
| 3.3. Korlátozottság.....  | 15 |
| 3.3.1 Érzékszervi és mozgásszervi korlátozottság .....  | 18 |
| 3.3.2 Fizikai, érzékszervi és szubjektív korlátozottság.....  | 20 |
| 3.3.3 A 65 évesek és idősebbek akadályozottsága az önellátásban és a háztartással kapcsolatos tevékenységekben..... | 20 |
| 3.4 Fizikai fájdalmak.....  | 23 |
| 3.5 A fogak és a szájüreg állapota.....   | 24 |
| 3.6 Balesetek, sérülések.....   | 25 |
| 3.7 Munkahelyi hiányzás egészségi okokból .....   | 28 |
| 3.8 Mentális egészség .....   | 29 |
| 4. Az egészséget befolyásoló tényezők .....   | 31 |
| 4.1 Egészségmagatartás.....   | 31 |
| 4.1.1 Egészségtudatosság .....  | 31 |
| 4.1.2 Táplálkozás.....  | 32 |
| 4.1.3 Testmozgás .....  | 34 |
| 4.1.4 Tápláltsági állapot.....  | 37 |
| 4.1.5 Dohányzás .....   | 39 |
| 4.1.6 Alkoholfogyasztás .....   | 41 |
| 4.2 Társas kapcsolatok .....  | 44 |
| 4.3 Gondoskodás, segítségnyújtás.....   | 46 |
| 4.4 Szubjektív jóllét.....  | 47 |
| 5. Az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele.....  | 49 |
| 5.1 Az alapellátás igénybevétele .....  | 49 |
| 5.2 A szakellátás igénybevétele.....  | 49 |
| 5.3 Betegségek megelőzése, szűrések .....   | 52 |
| 5.4 Gyógyszerek, gyógyhatású készítmények használata .....  | 56 |
| 6. Módszertan.....  | 59 |
| 6.1 A felmérés előkészítése, a kérdőív kialakítása .....  | 59 |
| 6.2 A felmérés mintavétele .....  | 59 |
| 6.3 Terepmunka .....  | 60 |
| 6.4 Adatfeldolgozás, adatállományok.....  | 61 |
| 6.5 Imputálás.....  | 62 |



# 1. BEVEZETÉS

Az egészségi állapot a 21. század elején a jóllét egyik alapvető összetevőjének számít. A lakosság egészségi állapotának jellemzésében a várható élettartam mellett egyre fontosabbá válnak a szubjektív, ún. önértékelésen alapuló mutatók, a saját egészségi állapot jellemzésére, az egészségmagatartás feltérképezésére, valamint az ellátórendszer értékelésére is. Az egészségmegőrzés nem csak az egyén felelőssége, hanem nagymértékben függ egy ország aktuális gyógyítási-megelőzési-rehabilitációs lehetőségeitől, valamint a rendelkezésre álló információktól, tehát az egészségeségek egy komplex rendszer hatásaként jönnek létre. Az egészségfejlesztési, népegészségügyi programok elsősorban az esélyek egyenlőségének csökkenését tűzik ki célul, az ehhez szükséges adatok elemzése útján határozhatók meg a beavatkozás kulcsterületei.<sup>1</sup> A helyzetkép árnyalásához az ismétlődő egészségfelmérések is hozzájárulhatnak, valamint az elért eredmények monitorozásához is nélkülözhetetlenek.

A lakosság egészségével kapcsolatban többféle adatforrás is a rendelkezésre áll. A halálokok vizsgálatán túl a legkézenfekvőbb a különböző adminisztratív adatforrások, intézményi statisztikák használata, hiszen segítségükkel viszonylag hosszú időtávon nyomon követhető a főbb betegségtípusok gyakoriságának alakulása. Az adminisztratív adatok felhasználhatóságának azonban korlátai is vannak: a különböző céllal készült statisztikák nem mindig fedik le a teljes lakosságot, hiszen csak azokról szolgáltatnak információt, akik megjelennek az egészségügyi ellátórendszer valamelyik szintjén. Az adminisztratív adatgyűjtésekből készült statisztikák jellemzően eseteket vesznek számba, és egy személy többször is megjelenhet az esetstatisztikában; nem tartalmaznak különböző háttérinformációkat például az életmódról, a társadalmi-gazdasági helyzetről, így ezekből az adatokból nem lehet összefüggéseket megállapítani az egészségi állapotot befolyásoló tényezőkkel kapcsolatban.

A kérdőíves egészségfelmérések előnye, hogy az adminisztratív forrásoknál, illetve az intézményi jellegű statisztikai adatgyűjtéseknél szélesebb az adatszolgáltatói kör, hiszen nemcsak azokról szolgáltat információt, akik megjelennek az egészségügyi ellátórendszerben, hanem szinte a teljes lakosságról. Bővebb az adatok köre is, mivel lehetőség van vélemények, szubjektív egészségadatok, valamint a társadalmi-gazdasági háttér vizsgálatára. További előnye az egészségfelméréseknek, hogy az egészségi állapot és a befolyásoló tényezők közötti összefüggésekre is rá lehet mutatni. Többszöri, azonos módszertan alapján végrehajtott felmérés esetén nyomon követhetőek a változások a lakosság egészségi állapotában, és így az adatok alapot biztosíthatnak

az egészségpolitikai döntésekhez, stratégiák kialakításához, valamint a lakosság tájékoztatásához.

Az egészségfelmérések ötvenévkénti végrehajtását az Európai Parlament és Tanács 1338/2008/EK számú rendelete<sup>2</sup> írja elő a tagországokban, abból a célból, hogy rendelkezésre álljon az a minimális statisztikai adatállomány, amiből a minden tagállamtól elvárt mutatók, az ún. egészségindikátorok<sup>3</sup> előállíthatók. Az unió egészére hozzáférhető összehasonlítható adatok megalapozzák az egészségügyi és szociális szakpolitikával kapcsolatos döntéseket, és tudományos célokra is felhasználhatók. A közös kérdések és módszertan lehetővé teszi az országok koherens vizsgálatát, a nemzetközi összehasonlítást.

Az *Európai lakossági egészségfelmérés* (ELEF) általános célja, hogy rendszeresen megbízható adatokat szolgáltatson az Európai Unió lakossága körében előforduló egészségproblémák gyakoriságáról, az azokat befolyásoló tényezőkről, valamint az egészségproblémák következtében az egyénre, a családra és a társadalomra nehezedő terhekről. A felmérés egyedülálló lehetőséget biztosít azoknak az információknak a statisztikai célú gyűjtésében, amik az egészségügyi szolgáltatások tevékenységi körén kívül esnek, ezért a rendszeres intézményi adatgyűjtések keretében nem szerkezethetők be.

Az ELEF eredményei kiemelkedően fontos adatforrását jelentik az egészségpolitikai döntések megalapozásának, egészségügyi programok tervezésének. Információi hozzájárulhatnak a lakosság tájékoztatásához, az egészségtudatosság erősödéséhez.

Az első EU-harmonizált, lakossági kikerdezésen alapuló felmérést Magyarországon a Központi Statisztikai Hivatal 2009-ben bonyolította le. A 2009-es felmérés<sup>4</sup> még egyfajta próbának volt tekinthető, amelyben az önkéntesen vállalkozó országok (18 EU-tagállam, valamint Svájc, Norvégia és Törökország) *gentlemen's agreement* alapon vettek részt. A felmérés második fordulójának végrehajtását a bizottság 141/2013/EU számú rendelete<sup>5</sup> szabályozza, amely a tagállamok részére már kötelezően írja elő a közös adatkör előállítását.

Szemben a 2009-es felméréssel, az EU 2014-ben már nem finanszírozta a felmérést, azt a tagállamoknak saját költségvetésükből kellett fedezniük.

Magyarországon az ELEF-et megelőzően több intézmény is végzett egészségre vonatkozó felmérést, de ezek rendkívül eltérő módszertani sajátosságai (az adatgyűjtés célja, a megkérdezett lakossági minta nagysága, korösszetétele, a mintavételezés módja, az alkalmazott kérdőívek

<sup>1</sup>NEFI Egészségjelentés 2016, kéziratos.

<sup>2</sup>Az Európai Parlament és a tanács 1338/2008/EK rendelete (2008. december 16.) a népegészségre és a munkahelyi egészségre és biztonságra vonatkozó közösségi statisztikáról.

<sup>3</sup>[http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list\\_en](http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en)

<sup>4</sup>2009-es felmérésként hivatkozunk rá, mivel Magyarországon ez volt az adatfelvétel éve, de valójában a kísérleti jelleg miatt a különböző országokban 2006–2010 között zajlottak az adatfelvételek.

<sup>5</sup>A Bizottság 141/2013/EU rendelete (2013. február 19.) a népegészségre és a munkahelyi egészségre és biztonságra vonatkozó közösségi statisztikáról szóló 1338/2008/EK európai parlamenti és tanács rendeletnek az európai egészségfelmérés (EHIS) tekintetében történő végrehajtásáról.

különbözősége) miatt a lakosság egészségében mutatkozó változások időbeli összehasonlítását csak igen korlátozott mértékben teszik lehetővé.

Az ELEF2014, illetve az ELEF2009 közvetlen előzményének tekinthetők az *Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF)* vizsgálatai, amelyek 2000-ben, illetve 2003-ban zajlottak.<sup>6</sup>

Az OLEF2000<sup>7</sup> tervezését és megvalósítását az Egészségügyi Minisztérium megbízásából az Egészségfejlesztési Kutatóintézet (EFKI), illetve az Országos Epidemiológiai Központ végezte a 18 évesek és idősebbek körében az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által javasolt, illetve a fejlett országokban használt kérdőívek alapján összeállított kérdéssor alkalmazásával. A felmérés főbb témakörei a következők voltak: demográfiai, társadalmi-gazdasági jellemzők, életminőség, egészségi állapot megítélése, funkcionális csökkenése: zavar, akadályozottság, korlátozottság, betegségek, kóros állapotok, panaszok, egészségmagatartás, egészséggel kapcsolatos kiadások, igénybe vett egészségügyi szolgáltatások, gyógyszerfogyasztás.

Az OLEF2003<sup>8</sup> az Országgyűlés az *Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról* 2003 áprilisában elfogadott határozata alapján a programhoz szolgáltatott kiindulási adatokat szintén a 18 éves és idősebb népességről. Az adatgyűjtés kiterjedt az egészségproblémák előfordulási

gyakoriságára, azok kialakulását, lefolyását és kimenetelét befolyásoló legfontosabb fizikális, pszichológiai, környezeti és társadalmi tényezőkre, az igénybevett egészségügyi szolgáltatásokra és az egészséggel kapcsolatos lakossági kiadásokra. Az OLEF-adatgyűjtések kijelölt mintája kevesebb települést foglalt magába, mint amennyin az ELEF adatfelvétele valósult meg, de a személyi minta nagysága hasonló volt.

A kikérdezés az egészségfelmérésekben esetenként más-más kérdésekkel, válaszkategóriák alkalmazásával történt, ezért az időbeli összehasonlítás szükségszerűen csak *korlátozott* érvényű lehet. Az egészségfelmérések általában a felnőtt népességre vonatkoznak, korábban, 2000-ben és 2003-ban az életkori alsó határ 18 év volt, de a jelenlegi európai uniós előírásokkal összhangban 2009-ben és 2014-ben a 15–17 évesek is bekerültek a mintába. Az ELEF2009 és 2014 adatainak bemutatása során a 15 éves és idősebb népességre vonatkozó becsléseket közöljük, míg az eredményeknek a korábbi felmérésekkel történő összehasonlításakor mindig a 18 éves és idősebbek korcsoportjára érvényes becsléseket vetjük össze.

Jelen kiadvány a 2014-es Európai lakossági egészségfelmérés eredményeinek összefoglalója. Az adatok alapján részletes tematikus elemzések is készülnek ugyanúgy, mint a 2009-es felmérést követően.<sup>9</sup>

<sup>6</sup> A nemzeti egészségfelmérések már korábban elkezdődtek, ld. Európai lakossági egészségfelmérés – Magyarország, 2009. Összefoglaló eredmények. Budapest: KSH, 2011. Magyarországi előzmények, 31–36. oldal.

<sup>7</sup> [http://www.oszmk.hu/dokumentum/OLEF\\_2000/kutatasi\\_jelentes.pdf](http://www.oszmk.hu/dokumentum/OLEF_2000/kutatasi_jelentes.pdf)

<sup>8</sup> [http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldalok/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-olef-kutatasok/](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalok/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-olef-kutatasok/)

<sup>9</sup> <http://www.ksh.hu/elef/kiadvanyok.html>

## 2. LEGFONTOSABB MEGÁLLAPÍTÁSOK

- A lakosság nagy része elégedett egészségével az egészségi állapot szubjektív értékelése alapján: a felnőtt népesség közel 90%-a minimum kielégítőnek tartja, hattizede pedig jónak vagy nagyon jónak. A férfiak közül többen érzik magukat jó egészségi állapotban, ugyanakkor az öt évvel korábbi adatokhoz képest mindkét nem optimistábban nyilatkozott.
- A felnőtt magyar lakosság négyötöde úgy gondolja, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet egészségéért.
- A magyar lakosság 45%-ának van valamilyen krónikus betegsége, ami legalább 6 hónapja tart, vagy előreláthatólag legalább 6 hónapig fog tartani – a nők felének, a férfiak 40%-ának. A 18 évesek és idősebbek körében minden korcsoportban nagyobb arányban érintettek a nők. Az életkor előrehaladtával növekszik a betegek aránya, a 35–64 évesek 46, a 65 évesek és idősebbek 80%-a kénytelen valamilyen krónikus betegséggel együtt élni.
- A felmérést megelőző 12 hónapban fennálló krónikus betegségek közül vezető helyen a magasvérnyomás-betegség, a mozgásszervi, valamint a szív- és érrendszeri betegségek csoportja áll.
- Egészségi állapota miatt enyhébb vagy súlyosabb mértékben korlátozottan érzi magát mindennapi teendőiben a lakosság 59%-a. A korlátozottság érzéséről beszámolóik népességen belüli aránya 2009-ben még lényegesen magasabb volt (70%), a kedvező tendencia mögött a mérsékelt korlátozottak arányának jelentős csökkenése áll. A súlyosan korlátozottak aránya nem változott.
- A népesség csaknem fele nagyon jónak vagy jónak tartja fogainak, szájüregének egészségét, míg minden ötödik ember kimondottan rossznak vagy nagyon rossznak. Hiányos fogazattal rendelkezik a lakosság 60%-a (legalább egy foga hiányzik fogpótlás nélkül). Ugyanakkor a felnőtt népesség mindössze 26%-a kereste fel fogorvosát a felmérést megelőző félévben.
- 2014-ben a lakosság 11%-át érte valamilyen baleset a vizsgált három balesettípus közül (közlekedési, otthoni, szabadidős baleset). A férfiak és a nők között nem volt jelentős különbség e tekintetben, korcsoportok szerint vizsgálva azonban megfigyelhető, hogy 65 év alatt a férfiak érintettek nagyobb arányban, a 65 évesek és idősebbek körében viszont a nőknek szenvedett nagyobb hányada balesetet. A fiatalabbak között gyakoribb a balesetek előfordulása, az életkor előrehaladtával ez a gyakoriság csökken, majd 64 év felett ismét növekszik.
- A népesség negyedénél, a férfiak 20, a nők 30%-ánál figyelhetők meg depressziós tünetek, 3,5%-uk pedig a súlyos depresszió jeleit mutatja. A depresszió súlyos formája is elsősorban a nőket veszélyezteti, közülük 4,3%-ot, a férfiak közül 2,6%-ot érint. A betegség az életkor előrehaladtával gyakoribbá válik, a 74 éves felülieknek már több mint tizede súlyosan depressziós.
- A depresszióra való hajlam az átlagosnál nagyobb arányban fordul elő az alacsony iskolai végzettségűeknél és a kedvezőtlen anyagi helyzetben lévőknel.
- A lakosság nagyobb része rendszeresen ellenőrzötti vérnyomását, vércukor- és koleszterinszintjét. Vérnyomásmérésen a népesség 72, koleszterinszint-mérésen 54, vércukorszintmérésen pedig 55%-a vett részt a felmérést megelőző 12 hónapban.
- Influenza elleni védőoltásban a felmérést megelőző 1 évben a népesség 11%-a részesült, a férfiak és a nők hasonló arányban. Az átoltottság a 65 éven felüliek körében a legmagasabb, közülük csaknem 30% oltatta be magát a megelőző 1 évben.
- Citológiai (méhnyakhámsejt-) vizsgálaton a 15 éves és idősebb nők 84%-a részt vett már élete során (12 százalékponttal nagyobb arányban, mint 2009-ben). Hasonló tendenciát mutat az emlőrontgen-vizsgálaton (mamográfian) való részvétel is, 2014-ben a magyar nők 60%-a nyilatkozott úgy, hogy volt már élete során valamikor ilyen vizsgálaton, míg öt évvel korábban a nők alig több mint fele számolt be erről.
- A népesség 71%-a használt valamilyen gyógyszert vagy gyógyhatású készítményt az adatfelvételt megelőző két hétben, hasonlóan 2009-hez, amikor 69% volt ez az arány. A nőkre sokkal inkább jellemző a gyógyszerhasználat, 2014-ben 77%-uk számolt be erről, szemben a férfiak 64%-ával. Az életkor előrehaladtával nő a gyógyszerhasználók aránya, a 18–34 évesek kicsit több mint fele, a 35–64 év közöttiek héttizede, a 65 évesek és idősebbek több mint kilenczede fogyasztott valamilyen készítményt a megelőző két hétben.
- A népesség 97%-ának a felmérést megelőző 12 hónapban belül legalább egyszer szüksége volt egészségügyi ellátásra. Orvossal – háziorvossal vagy szakorvossal – a lakosság 85%-a találkozott, leggyakrabban a legfiatalabb és a legidősebb korosztály, és minden korosztályban gyakrabban a nők.
- Háziorvosát a lakosság több mint háromnegyede felkereste a felmérést megelőző évben. A 65 évesek és idősebbek mintegy fele találkozott háziorvosával a felmérést megelőző négy hétben is.
- Fekvőbetegként kórházi kezelésre szorult a lakosság több mint tizede.
- A lakosság kétharmada (a nők 72, a férfiak 62%-a) naponta legalább egyszer eszik friss zöldséget, gyümölcsöt, ez némi csökkenést mutat a 2009-ben mért eredményekhez viszonyítva. A fogyasztási gyakoriság a legidősebb korosztályban a legmagasabb: ötből négy 65 éves és idősebb iktatja be napi étrendjébe a zöldséget/gyümölcsöt.
- A lakosság ötöde mindennap eszik valamilyen édességet, több mint tizede pedig sós ropogtatnivalót. A cukros üdítők fogyasztása valamivel magasabb arányban jellemző



a férfiakra, mint a nőkre: a férfiak ötöde, a nők nyolcada iszik mindennap hozzáadott cukrot tartalmazó italokat.

- A magyar lakosság 18%-a követ valamilyen diétát a táplálkozása során. Legmagasabb arányban a cukorbeteg-diétát (6%), valamint a só-, illetve energiaszegény diétát (2–2%) próbálják tartani az étkezések során.
- A munkavégzés során (beleértve a munkahelyi tevékenységet, az otthoni házimunkát és a kerti munkát is) a teljes felnőtt népesség csaknem fele ül, vagy áll, négytizede közepesen nehéz, 8% megerőltető fizikai tevékenységet, 5% saját bevallása szerint egyáltalán nem végez fizikai munkát.
- A felnőtt népesség harmada végez legalább heti rendszerességgel valamilyen sporttevékenységet. A korcsoportok mentén előrehaladva természetesen egyre alacsonyabb a sportolók aránya: a 15–17 év közöttieknek négyötöde, a 65 éves és idősebbek közül viszont csak minden hetedik sportol. A legalább heti rendszerességű kerékpározás a felnőtt lakosság 40%-ára jellemző.
- Az Egészségügyi Világszervezet ajánlása szerinti, heti legalább 150 perc fizikai aktivitás a magyar lakosság mindössze nyolcadára jellemző (a férfiak 15, a nők 10%-ára).
- Az átlagos magyar férfi 176,7 cm magas és 83,6 kg a testsúlya, míg egy átlagos magyar nő 163,5 cm magas és 68,3 kg a súlya. Az átlagos testtömegindex (BMI) a férfiaknál 26,7, a nőknél 25,6 volt. A 25 feletti érték a túlsúlyt jelzi, vagyis az átlag alapján a teljes felnőtt populáció vonatkozásában érzékelhető a súlyprobléma. A férfiak által megadott testmagasság- és testsúlyadatok szerint nagyobb arányban (61%) küzdenek túlsúllyal, mint a nők (48%), illetve az életkor előrehaladtával mindkét nemnél gyakoribbá válik az elhízás.
- A nőknek valamivel több mint ötöde, illetve a férfiak egyharmada dohányzik. Mindkét nem esetében a 18–34 évesek között fordulnak elő legnagyobb arányban a dohányosok. A leszokottak a teljes felnőtt népesség mintegy ötödét teszik ki (többségük már több mint egy éve nem gyújtott rá), de saját bevallása szerint a jelenleg (még) dohányzók csaknem harmada is próbálkozott felhagyni a káros szokással a kérdezést megelőző évben. A leszokást a dohányzók harmadának tanácsolta orvosa a kérdezést megelőző 12 hónapban.
- A 15 éves és idősebb magyar lakosság 7%-a fogyaszt alkoholos italokat napi rendszerességgel, közel negyedük viszont teljes mértékben absztinens. Az önbevallott adatok szerint a teljes felnőtt lakosság mintegy huszada tartozik a nagyivók közé – a férfiak közül minden tizedik, a nőknél viszont csak alig több mint minden századik. A nagyivás az idős férfiak körében a leggyakoribb, közülük minden hetedik iszik alkoholt rendszeresen nagyobb mennyiségben.

# 3. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

## 3.1 Az egészség önértékelése, vélt egészség<sup>10</sup>

A vélt egészség mutatója az egyének önértékelésén alapul, vagyis azon, hogy mi a véleményük saját egészségükről. Az egészségi állapotra vonatkozó kérdést egy ötfokú – a nagyon jótól a nagyon rosszig terjedő skálán – értékeli a válaszadó. Nem függ össze szorosan a tényleges, orvosilag igazolt diagnózissal, megítélését befolyásolja az egyén társadalmi, gazdasági, kulturális helyzete (pl. iskolai végzettsége, foglalkozása, jövedelme, lakóhelye stb.), ugyanakkor bizonyított, hogy a vélt egészség a valós egészségi állapot jó indikátora, ezért a nemzetközi gyakorlatban a kérdés elfogadott és rendszeresen alkalmazott eszköze a lakosság egészségi állapotára vonatkozó vizsgálatoknak.

A válaszok alapján elmondható, hogy a lakosság nagy része elégedett egészségével: 89%-a minimum kielégítőnek tartja egészségi állapotát, 61%-a legalább jónak, a lakosság ötöde pedig nagyon jónak.

A férfiak nagyobb arányban érzik magukat nagyon jó egészségi állapotban, a nők között viszont sokkal többen vannak, akik csak kielégítőnek, rossznak vagy nagyon rossznak ítélik egészségüket.

1. tábla

A vélt egészség nemenként, 2014

| Milyen az Ön egészsége általában? | Férfi | Nő | Együtt (%) |
|-----------------------------------|-------|----|------------|
| Nagyon jó                         | 22    | 17 | 19         |
| Jó                                | 43    | 41 | 42         |
| Kielégítő                         | 25    | 30 | 28         |
| Roszz                             | 7     | 8  | 8          |
| Nagyon rossz                      | 3     | 4  | 3          |

Az eredményeket a korábbi egészségfelmérések adataival összevetve megállapítható, hogy a lakosság egyre derűlátóbban értékeli egészségi állapotát.

Az elmúlt közel másfél évtizedben mindkét nem esetében folyamatosan nőtt a saját egészségükről pozitívan, és csökkent a negatívan nyilatkozók aránya. 2000-ben a felnőtt férfiak fele sem, 2014-ben közel héttizede érezte azt, hogy legalább jónak mondható az egészsége, a felnőtt nőknél még látványosabb az elmozdulás, alig négytizedről majdnem hattizedre nőtt az egészségüket minimum jónak értékelők aránya, ezzel csökkent a különbség is, amely a nemek közti egészségi állapot megítélésében mutatkozik.

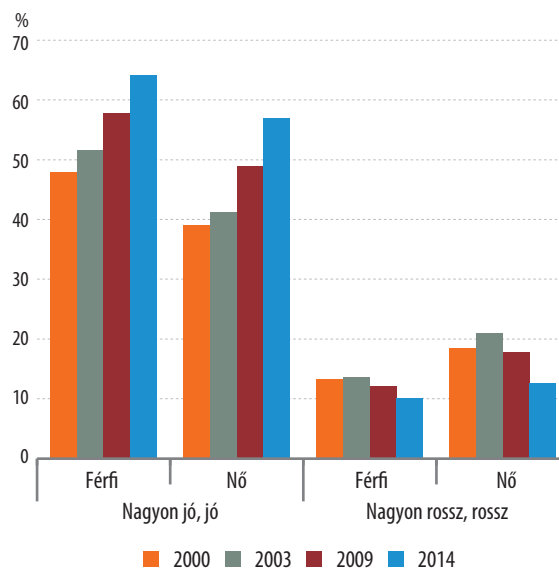
<sup>10</sup>Az ELEF2014-kérdőív 13. kérdése alapján.

<sup>11</sup>Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), Magyarországon Háztartási költségvetési és életkörülmények adatfelvétel (HKÉF).

<sup>12</sup>Jellemzően az ELEF adatai kedvezőbb képet mutatnak a szubjektív egészségi állapot megítélésében. A két felmérés eredményei közti eltérés a kérdőívek tematikájának különbözőségében keresendő.

1. ábra

Vélt egészség a 18 évesek és idősebbek között nemenként



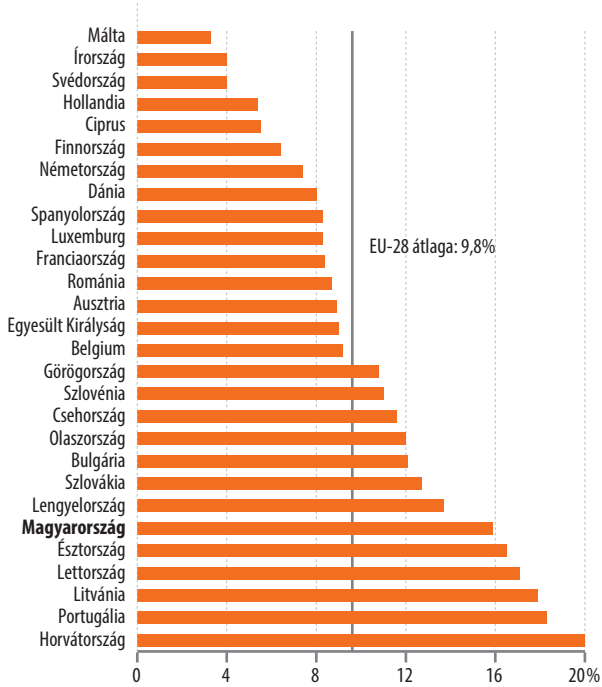
Ezek az adatok nemzetközi viszonylatban még mindig kedvezőtlen képet mutatnak hazánkról. A szintén EU-harmonizált, életkörülményeket vizsgáló felmérés<sup>11</sup> aktuálisan elérhető adatai szerint – mivel a legfrissebb országokénti ELEF-adatok a kiadvány készítésekor még nem állnak rendelkezésre – az európai országok átlagához (10%) képest Magyarországon jóval magasabb azok aránya (16%)<sup>12</sup>, akik rossznak tartják egészségi állapotukat. Ezzel a rangsorban csak öt országot hagyunk magunk mögött.

Az adatok összevetését természetesen megnehezíti, hogy az egészségről való gondolkodásban megjelennek az egyes nemzetek mentalitásbeli, szocializációs, értékrendbeli különbözőségei is, és ezek kifejeződnek a vélt egészség mutatójában.

Az életkor előrehaladtával, minden bizonnyal az ezzel járó egészségi állapotromlás miatt, egyre kevesebben elégedettek egészségükkel. Így a fiatalok (15–29 évesek) 91%-a, a középkorúak (45–59 évesek) valamivel több mint fele, a 60–74 évesek harmada, a 75 évesek és idősebbek már csak 14%-a számolt be jó egészségről. Ugyanakkor öröndetes, hogy még a 60 évesek és idősebbek 80%-a is elégedett egészségi állapotával, jónak vagy kielégítőnek érzi azt.

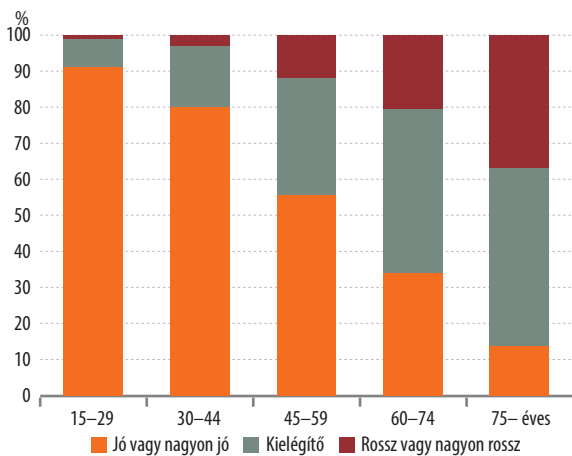
2. ábra

Az egészségüket rossznak tartók aránya a 16 évesek és idősebbek között, 2014



3. ábra

A vélt egészség korcsoportonként, 2014



A férfiak ugyan minden életkorban jobbnak minősítik egészségügyi állapotukat, de a legnagyobb különbség nemek tekintetében a 75 évesek és idősebbek korcsoportjában tapasztalható: az idős férfiaknak még több mint 70%-a legalább kielégítőnek találja egészségügyi állapotát, az idős nők közül ennél jóval kevesebben (60%) elégedettek azzal.

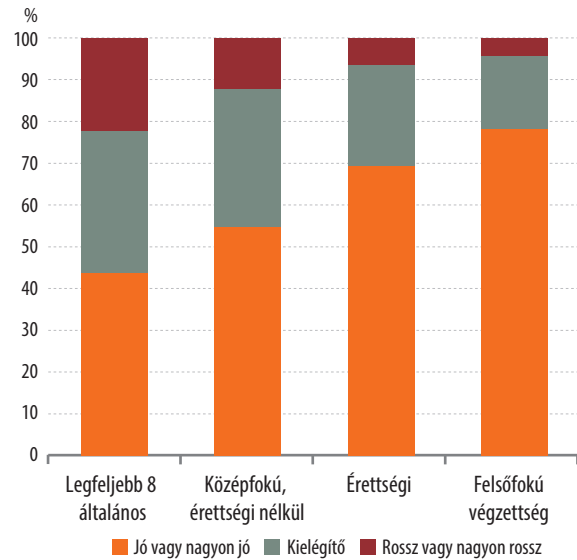
A felmérés adatai is alátámasztják, hogy az iskolázottság és az anyagi körülmények szorosan összefüggnek az egészségügyi állapot megítélésével, ami jelen esetben abban nyilvánul meg, hogy a magasabb iskolai végzettségűek, a magasabb jövedelműek elmondásuk szerint nagyobb arányban vannak jó egészségügyi állapotban.

Ahogy haladunk a képzettségi létrán felfelé, úgy nő azok aránya, akik jó egészségügyi állapotról számolnak be. Jónak vagy nagyon jónak véli egészségügyi állapotát a felsőfokú végzettségűek közel 80%-a, és csak 4%-uk tartja rossznak vagy

nagyon rossznak. Ugyanakkor a képzetlenek közel negyede érzi úgy, hogy rossz vagy nagyon rossz az egészségügyi állapota, és még a felük sem nyilatkozott úgy, hogy jó vagy nagyon jó egészségnek örvendene.

4. ábra

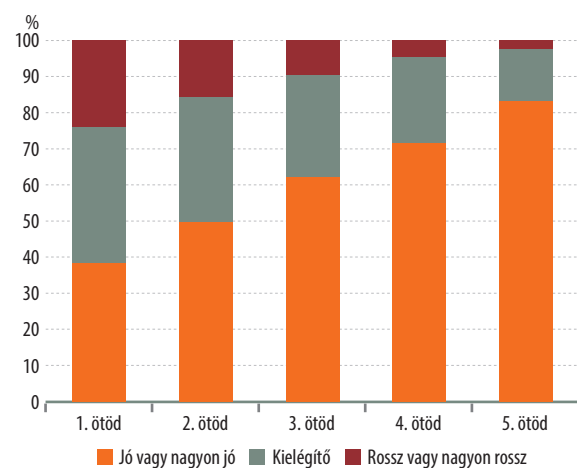
A vélt egészség iskolai végzettség szerint, 2014



A legnagyobb arányban a legjobb anyagi helyzetben lévők érzik legalább jónak egészségügyi állapotukat (83%), a legszegényebbek közül, saját megítélésük szerint kevesebb mint feleannyian (38%) vannak csak jó egészségben.

5. ábra

A vélt egészség jövedelemkategóriák szerint, 2014



A szubjektív egészség vonatkozásában is ábrázolódik az ország megosztottsága, így a nyugati régiókban és a középső területeken többen tartják jónak vagy nagyon jónak egészségüket, míg a keleti régiókban és Dél-Dunántúlon többen elégedetlenek vele. Rossznak vagy nagyon rossznak legnagyobb arányban Dél-Alföld (13%) lakosai látják egészségügyi állapotukat, míg a legkevésbé a Pest megyeiek és a budapestiek elégedetlenek (10%).

## 3.2 Betegségek

### 3.2.1 Krónikus betegségek előfordulása<sup>13</sup>

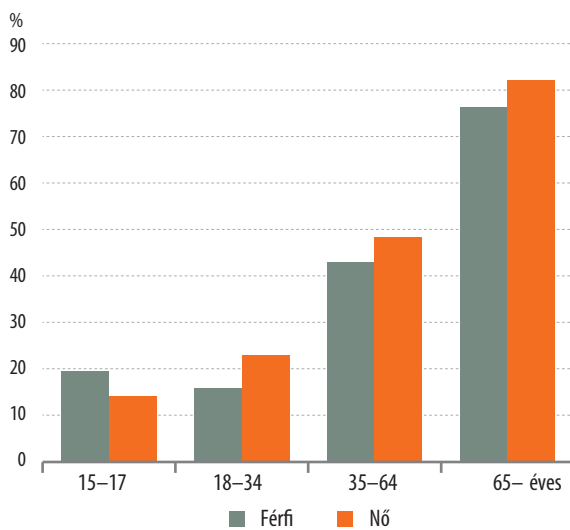
A krónikus betegségek egyre súlyosabb problémát jelentenek világszerte. Európában a halálesetek 86%-áért felelősek, évente 4 millióan halnak meg krónikus betegségekre visszavezethető okok miatt. Számítalan ember életminőségét rontják, és az egészségügyi rendszerekre is hatalmas terhet rónak, az Európai Unióban jelenleg az egészségügyi ellátás költségeinek 70–80%-át kell a kezelésükre fordítani.<sup>14</sup>

Bár a kérdőíves lakossági egészségfelmérésekben a kérdettek válaszai alapján számított betegségadatok nem ellenőrizhetők, a nemzetközi szakirodalom szerint a főbb tendenciákat jól tükrözik a lakosságtól nyert adatok.

A válaszok alapján a magyar lakosság 45%-ának, a nők felének, a férfiak 40%-ának van valamilyen krónikus betegsége, amely legalább 6 hónapja tart, vagy előreláthatólag legalább 6 hónapig fog tartani. A 18 évesek és idősebbek körében minden korcsoportban a nők nagyobb arányú érintettsége figyelhető meg. Az életkor előrehaladtával növekszik a betegek aránya, a 35–64 évesek 46, a 65 évesek és idősebbek 80%-a kénytelen valamilyen krónikus betegséggel együtt élni.

6. ábra

A krónikus betegek aránya nem és korcsoport szerint, 2014



A krónikus betegek aránya az iskolai végzettség emelkedésével csökken. Míg a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt elvégzők 54, addig a felsőfokú végzettségűek 38%-a érintett. A nők esetében világosan megfigyelhető, hogy minél iskolázottabb valaki, annál kisebb annak valószínűsége, hogy idült betegsége van: a legfeljebb 8 általánost végzettek 62, az érettségizettek 46, a felsőfokú végzettségűek 37%-a szenved krónikus betegségben. A férfiaknál azonban nem ilyen összefüggés rajzolódik ki: a legalacsonyabb és a legmagasabb végzettségűek hasonló arányban (41, illetve 40%) érintettek, az érettségivel nem rendelkező, de 8 általánosnál

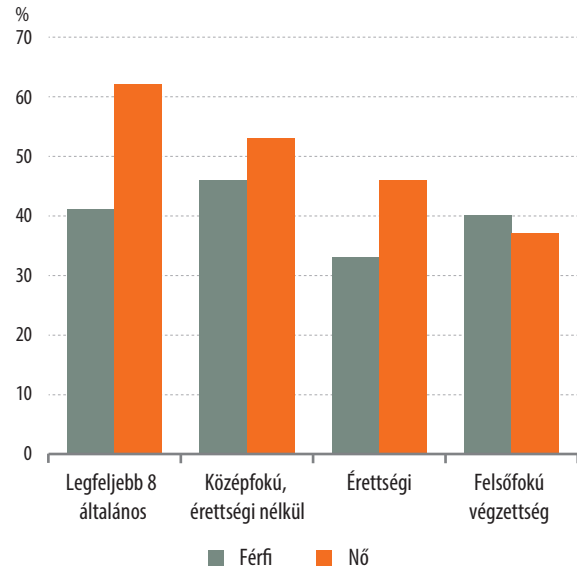
<sup>13</sup>Az ELEF2014-kérdőív 15. kérdése alapján.

<sup>14</sup>[http://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus\\_newsletter\\_hu.htm](http://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus_newsletter_hu.htm)

magasabb végzettségűek esetében a legmagasabb a betegek aránya (46%), míg a betegség előfordulása az érettségizett férfiak körében a legalacsonyabb (33%).

7. ábra

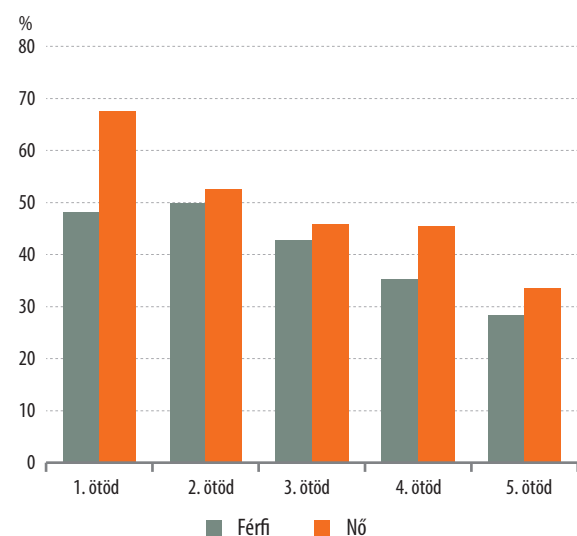
A krónikus betegek aránya iskolai végzettség szerint, 2014



A jövedelmi helyzet szorosan összefügg a krónikus betegségek előfordulásával: míg a legalacsonyabb jövedelműek 60%-a krónikus beteg, addig a legmagasabb jövedelműek körében csak fele ennyiszor fordul elő a betegség. Nemek szerint ebben e tekintetben nincs különbség, mind a nők, mind a férfiak esetében megfigyelhető, hogy a magasabb jövedelműek jobb egészségi állapotnak örvendenek.

8. ábra

A krónikus betegek aránya jövedelemkategória szerint, 2014



A területi különbségek tekintetében az ország régiói közül csak Nyugat-Dunántúlon és Közép-Dunántúlon fi-

gyelhető meg jelentősebb eltérés a többihez viszonyítva. Nyugat-Dunántúlon a legkedvezőbb a helyzet, itt a lakosság mindössze 37%-a szenved krónikus betegségben, Közép-Dunántúlon 41% ez az arány, míg a többi régióban a lakosság 46–48%-a érintett.

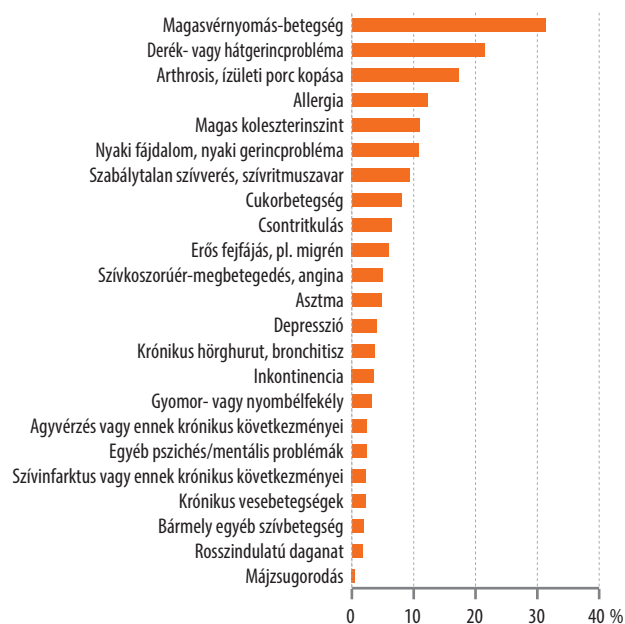
### 3.2.2 A leggyakoribb krónikus betegségek, gyógyszeresedés<sup>15,16</sup>

A lakosság általános egészségi állapotára utal a különböző betegségek előfordulási gyakorisága. A felmérés a szakértők által leggyakoribbnak tartott 23 krónikus betegség, illetve egészségi probléma éves prevalenciáját (vagyis a felmérést megelőző 12 hónapban történt előfordulását) vizsgálta, rákérdezve arra is, hogy az adott betegséget orvos állapította-e meg, valamint, hogy a válaszadó szedett-e rá gyógyszert az orvos javaslatára.

Az előző egészségfelmérésekkel összevetve nem változott jelentősen a betegségek előfordulási gyakorisága, vezető helyen továbbra is a magasvérnyomás-betegség, a mozgásszervi, valamint a szív- és érrendszeri betegségek csoportja áll. Ezt a tényt az ellátórendszerből, valamint a háziorvosi statisztikákból nyert morbiditási adatok is alátámasztják.

9. ábra

A leggyakoribb krónikus betegségek prevalenciája az adatfelvételt megelőző 12 hónapban, 2014



#### Magasvérnyomás-betegség

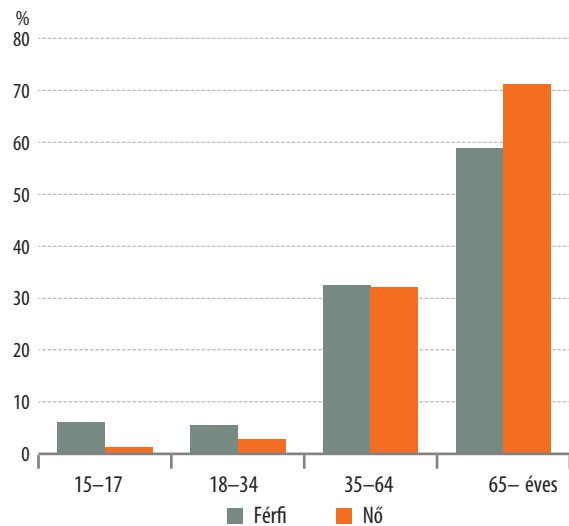
Magasvérnyomás-betegségben szenved a 15 éves és idősebb lakosság közel egyharmada, a férfiak 29, a nők 34%-a. 2009-hez képest nem tapasztalható változás, a nemek aránya is hasonló az 5 évvel ezelőttihez.

Az életkor előrehaladtával növekszik a betegség előfordulása: a 2014. évi adatok szerint a 35–64 évesek har-

madának, a 65 évesek és idősebbek kétharmadának magasvérnyomás-betegsége van. A fiatalabb (15–34 éves) korosztályokban a betegség a férfiak nagyobb hányadánál jelentkezik, a 35–64 évesek között hasonló a két nem érintettsége, a 65 évesek és idősebbek körében viszont a nők esetében jóval magasabb a betegek aránya (71, illetve 59%).

10. ábra

A magasvérnyomás-betegség prevalenciája az adatfelvételt megelőző 12 hónapban nem és korcsoport szerint, 2014



A betegek túlnyomó többsége (95%) orvos javaslatára gyógyszert is szed a megfelelő vérnyomásszint elérése, fenntartása érdekében. A nőkre jellemzőbb a gyógyszeresedés, mint a férfiakra (97, illetve 93%).

#### Mozgásszervi betegségek

A mozgásszervi betegségek közül *derék- vagy hátfájástól* szenvednek a legtöbben, a megkérdezettek 21%-a, amire tízből hatan gyógyszert is szednek. 2009-hez képest a 2014-es felmérés adatai nem mutatnak jelentős változást (2009-ben 23% volt a betegek aránya).

Minél idősebb korcsoportot tekintünk, az emberek annál nagyobb hányadánál jelentkezik derék- vagy hátfájás, a 65 évesek és idősebbek már 41%-ánál fordul elő. A nőket összességében nagyobb arányban érinti ez az egészségprobléma (24%), csaknem 5 százalékponttal magasabb arányban, mint a férfiakat. A férfiak és a nők 65 éves korig hasonló arányban szenvednek a betegségtől, a 65. életévüket betöltöttök között azonban a nőknél sokkal gyakoribb ez a betegség, a két nem közötti különbség 10 százalékpontra nő (45, illetve 35%).

Érdemes megemlíteni, hogy a lakosság további 9%-a jelezte derék- vagy hátfájását úgy, hogy nem orvos állapította meg a betegségét. Ezeket az orvos által nem diagnosztizált eseteket is figyelembe véve összesen az emberek háromtizedét érinti ez a probléma.

<sup>15</sup>Az ELEF2014-kérdőív 17. kérdése alapján.

<sup>16</sup>A fejezetben az orvos által megállapított betegségek adatai kerülnek elemzésre, az ettől való esetenkénti eltérést külön jelezzük.

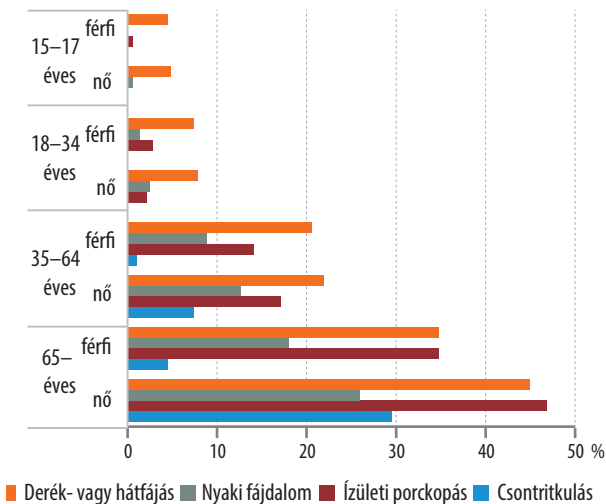
*Nyaki fájdalom* a 15 éves és idősebb népesség 11%-át sújtja, a férfiak 8, a nők 13%-át. Az érintettek kétharmada gyógyszerrel is szed a betegségével összefüggésben. 2009-ben a megkérdezettek 14%-a számolt be erről az egészségproblémáról. Az életkor előrehaladtával növekszik a betegség előfordulási aránya, a 65 évesek és idősebbek között 23%. A nők érintettsége ennél a betegségnél is minden korcsoportban magasabb, a 64 év felettiek között a nők 26, a férfiak 18%-a szenved nyaki fájdalomtól.

A derék-, illetve hátfájáshoz hasonlóan a nyaki fájdalom is olyan probléma, amellyel az emberek nem biztos, hogy orvoshoz fordulnak, így ennél a betegségnél is érdemes megjegyezni, hogy az orvos által nem diagnosztizált eseteket is figyelembe véve a betegség említési gyakorisága 14%, 3 százalékponttal magasabb, mint ha csak az orvos által diagnosztizált betegségek prevalenciáját tekintjük.

*Ízületi porc kopásáról* a lakosság 17%-a számolt be, a betegek héttizede gyógyszert is szed betegségére. 2009-hez képest az adatokban számottevő eltérés nem figyelhető meg, akkor a lakosság ötöde jelezte, hogy porckopásban szenved. A nőket – részben az idősebb korösszetétel miatt, részben a hormonrendszer változásával összefüggésben – ez a mozgásszervi betegség is nagyobb arányban érinti: ötödük szenved ettől a problémától, míg a férfiaknak csak hetede. A kor előrehaladtával a porckopás is egyre nagyobb arányban érinti az embereket, és a 65 évesek és idősebbek között válik igazán gyakorivá (42%). Az idősök között a nőknek csaknem fele, a férfiaknak kicsit több mint egyharmada számolt be erről a betegségről.

11. ábra

A mozgásszervi betegségek prevalenciája az adatfelvételt megelőző 12 hónapban nem és korcsoport szerint, 2014



A *csontritkulás* összességében a lakosság 6%-át érintő betegség. Az öt évvel korábbi állapothoz képest nem tapasztalható változás, 2009-ben a népesség 7%-a számolt be csontritkulásról. Ez a betegség egyértelműen a nők betegsége: a férfiaknak mindössze 1%-ánál fordul elő, míg a nők közül minden tizediknél jelentkezik. A nők különösen a változókorai vagy egyéb okból fennálló ösztrogénhiány miatt veszélyeztetettek, ezért a 35 év alattiak esetében csak

nagyon ritkán tapasztalható, és általában csak az ennél idősebbek körében kezd el megjelenni a betegség. A 45-54 éves nőket tekintve is mindössze 5%, az 55-64 éves nők esetében már 16% a betegek aránya, a 65-74 évesek között minden negyedik, és a 75. évüket betöltötteknek pedig egyharmada érintett. A csontritkulás a férfiaknál idősebb korban alakul ki, és kevésbé gyakori, mint a nőknél, de 55 éves kortól az ő esetükben is megjelenik a betegség. 75 éves korig mindössze 3, idősebb korban viszont a férfiak 7%-a szenved csontritkulásban. A csontszerkezet károsodásáról az érintettek nem is mindig tudnak, viszont fokozott veszélyeztetettségük miatt a nők közül többen vesznek részt szűrővizsgálaton, így nagyobb eséllyel derül fény betegségeikre, mint a férfiak esetében.

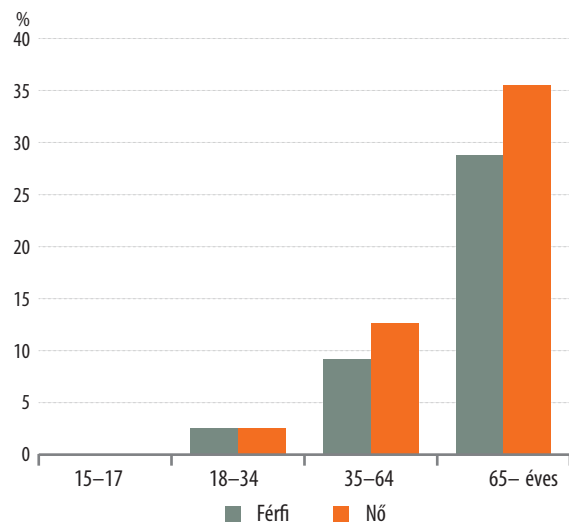
A csontritkulásban szenvedők 73%-a gyógyszert is szed betegségére. A gyógyszeres kezelés a legtöbb betegségnél általában a férfiak körében alacsonyabb arányú, viszont ennek a betegségnek az esetében a férfiak és a nők gyógyszeres kezelési gyakorisága nem különbözik.

### Szív- és érrendszeri betegségek

Szívbetegségekben (szívkoszorúér-megbetegedés, angina, szívritmuszavar, szívinfarktus és krónikus következményei, egyéb szívbetegségek) összességében a lakosság 13%-a szenved, ezt alátámasztják a háziorvosok nyilvántartásaiából származó adatok is. Az egészségfelmérés adatai szerint a szívbetegségek a nőket érintik nagyobb arányban: a nők 16, a férfiak 10%-a szenved valamilyen kapcsolódó kórformában. A 18-34 évesek között még keveseknek van ilyen problémája (3%), a 35-64 évesek körében kicsit több mint minden tizedik, a 65 évesek és idősebbek közül pedig már minden harmadik ember küzd valamilyen szívproblémával.

12. ábra

Szívbetegségek prevalenciája az adatfelvételt megelőző 12 hónapban nem és korcsoport szerint, 2014



A szívbetegségek közül a szívritmuszavar a leggyakoribb, a népesség 9%-a számolt be ilyen betegségről. 2009-ben a lakosság 12%-a küzdött szívritmuszavarral. A nők és a férfiak közötti különbség jelentős, a betegség kétszer akkora arányban érinti a nőket (12%), mint a férfiakat (6%). A be-

tegek 85%-a gyógyszert is szed a normál szívritmus fenntartása érdekében.

A szívkoszorúér-megbetegedés minden huszadik embert érint, 2009-hez képest nincs érdemi változás a betegek arányában. A betegség előfordulási gyakorisága tekintetében nem figyelhető meg különbség férfiak és nők között. A betegek általában szednek gyógyszert egészségproblémájuk kezelésére, mindössze 5% azok aránya, akik nem.

Infarktus vagy ennek krónikus következményei az adatgyűjtést megelőző 12 hónapban a népesség 2%-át sújtották, férfiakat és nőket hasonló arányban. Gyógyszerszedésről az érintettek 93%-a számolt be. Az öt évvel korábbi adatokkal az összehasonlíthatóság korlátozott, mivel 2009-ben csak a megelőző 12 hónapban előfordult szívinfarktusra vonatkozott a kérdés, a korábbi években történt infarktuszok még fennálló krónikus következményeire nem.

A fentiekben tárgyalt szívbetegségek mellett egyéb szívbetegséget a lakosságnak alig 2%-a jelzett, 85%-uk gyógyszert is szed betegségére.

A szív- és érrendszer betegségei közül fontos megemlíteni még az agyvérzést (szélütés, stroke) és ennek krónikus következményeit. 2014-ben a 15 évesek és idősebbek valamivel több mint 2%-át érintette, a férfiakat és nőket hasonló arányban. Gyógyszert tíz betegből 9 szedett. Az öt évvel korábbi adatokkal az összehasonlíthatóság ebben az esetben is korlátozott, mivel 2009-ben – a szívinfarktushoz hasonlóan – csak a felmérést megelőző 12 hónapban előfordult agyvérzésre vonatkozott a kérdés, a korábban történt agyvérzés még fennálló krónikus következményeire nem.

### Egyéb betegségek

Az allergia napjainkra népbetegséggé vált, a lakosság 12%-a küzd a betegséggel, csakúgy, mint az öt évvel korábbi egészségfelmérés adatai szerint. A nők között magasabb a betegek aránya, 2014-ben 14%-uk számolt be allergiáról, míg a férfiaknak csak a 11%-a. A fiatalabb korosztályok nagyobb eséllyel szenvednek ebben a betegségben: a 18–34 évesek 15, a 35 évesek és idősebbek 11%-a érintett. Ez utóbbiakon belül nincs számottevő különbség a 35–64 évesek és a 65 évesek és idősebbek megbetegedési arányaiban. Gyógyszert az allergiások 63%-a szed a tünetek enyhítése érdekében. Mivel az allergia is azon betegségek közé tartozik, amelyekkel az emberek nem feltétlenül fordulnak orvoshoz, így érdemes az orvos által nem diagnosztizált eseteket is figyelembe venni, amelyek 3 százalékponttal növelik az allergiás betegek arányát.

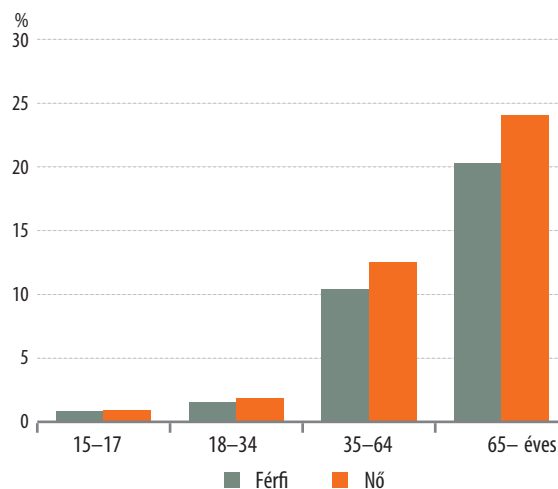
Magas koleszterinszint a népesség 11%-át jellemzi, hasonlóan az öt évvel korábbi állapothoz. A nők körében gyakrabban fordul elő (12%), mint a férfiak esetében (9%). Az életkor előrehaladtával egyre több embert érint, a 65 évesek és idősebbek csaknem negyedének magas a koleszterinszintje. Gyógyszert a betegek 76%-a szed.

A *cukorbeteg*ek aránya sem változott az öt év alatt, 2014-ben is a lakosság 8%-a számolt be erről az egészségproblémáról. Az érintettek kilenczede gyógyszert szedett, beleértve az inzulininjekciót is. A cukorbetegség előfordulási gyakoriságában a teljes népesség szintjén nincs különbség a férfiak és a nők között, bár korcsoportokon belül megfigyelhetők eltérések. A 18–34 évesek körében mindössze 2% a betegek aránya, kétharmaduk nő. A 35–64 évesek 7%-a

cukorbeteg, köztük a férfiak a nőknél 3 százalékponttal nagyobb eséllyel érintettek (9%). A 65 évesek és idősebbek korcsoportjában a cukorbeteg férfiak és nők aránya kiegyenlítődik, ebben a korosztályban csaknem minden ötödik ember számolt be cukorbetegségről.

13. ábra

Magas koleszterinszint prevalenciája az adatfelvételt megelőző 12 hónapban nem és korcsoport szerint, 2014

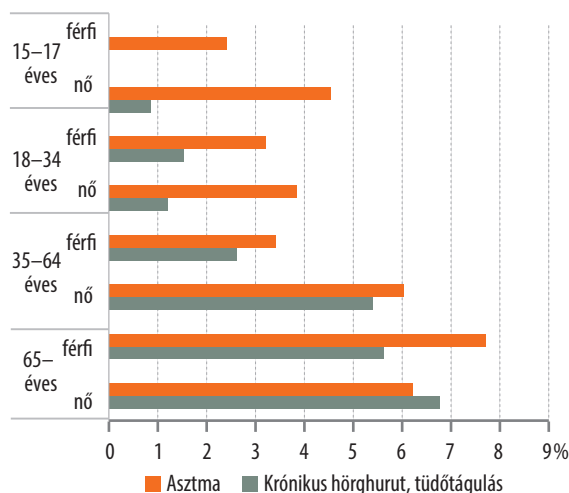


*Erős fejfájástól, migréntől* a lakosság 6%-a szenved, háromnegyedük gyógyszert is szed fájdalmi enyhítése érdekében. Öt évvel korábban a népesség mintegy 9%-a jelezte ezt a problémát, a nők gyakrabban, mint a férfiak (8, illetve 3%).

Fejfájással sokan nem fordulnak orvoshoz, 2014-ben a lakosság további 6%-a tartozott azok közé, akik a felmérés során beszámoltak rendszeres, erős fejfájásról, azonban orvos nem diagnosztizálta betegségüket. Ezeket a betegeket is figyelembe véve megkétszereződik az érintettek aránya, eszerint a felmérést megelőző 12 hónapban minden nyolcadik ember szenvedett fejfájástól, a férfiak 8, a nők 16%-a.

14. ábra

Krónikus légzőrendszeri betegségek prevalenciája az adatfelvételt megelőző 12 hónapban nem és korcsoport szerint, 2014



A légzőrendszeri betegségek közül az asztma a 15 éves és idősebb népesség 5%-ának nehezíti meg az életét. 2009–2014 között a betegek arányát tekintve nem volt változás. A férfiak 4, a nők 6%-a jelezte a betegséget. 64 éves korig a nőkre jellemző az asztma, a 65 évesek és idősebbek korosztályában azonban már a férfiakra. Gyógyszert 10 betegből megközelítőleg 9 szed.

Krónikus *hörghurutban, tüdőtagulásban* a népesség 4%-a szenved, 86%-uk gyógyszert is szed tünete enyhítésére. 2009-ben az emberek 5%-a számolt be krónikus hörghurutról vagy tüdőtagulásról. Ez a légzőszervi betegség is jellemzőbb a nőkre, közel 5%-uk érintett, a férfiaknak pedig 3%-a.

*Inkontinenciáról* a lakosság közel 4%-a számolt be, 2009-hez képest nem változott az orvos által diagnosztizált betegek aránya. Az érintettek közel kétharmada gyógyszert is szed betegségére. Az inkontinenciát a nők betegségének tartják, azonban a két nem közötti különbség statisztikailag nem igazolható. A betegség prevalenciája az életkor előrehaladtával nő. A 35 év alattiak esetében még alig fordul elő, a 35–64 évesek közül is csak minden ötvenedik embert érint, de a 65 évesek és idősebbek már 12%-ának kell együtt élnie az inkontinencia kellemetlen tüneteivel, mindkét nemnek ugyanolyan arányban. Az inkontinencia is azok közé a betegségek közé tartozik, amellyel az emberek nem mindig fordulnak orvoshoz, így ennél a betegségnél is érdemes figyelembe venni az orvos által nem diagnosztizált eseteket, amelyekkel együtt valamivel több mint 5%-ra nő az inkontinenciában szenvedők aránya, sőt az eltitkolás gyanúja miatt még ennél is magasabb érték valószínűsíthető.

A *gyomor- vagy nyombélfekély* a népesség 3%-át érinti, a nőket kissé nagyobb arányban, mint a férfiakat. A 2009-es egészségfelmérés adatai szerint a népesség 6%-a számolt be erről a betegségről. A gyomor- vagy nyombélfekély is 35 éves kortól kezdődően kezd gyakoribbá válni, a 65 évesek és idősebbek már 6%-ánál fordul elő. A fekélyvel küzdők 85%-a gyógyszert is szed betegségére.

### 3.3. Korlátozottság

Korlátozottságon az egyén fizikai, értelmi vagy társadalmi részvételben megnyilvánuló funkciócsökkenését értjük a modern társadalomtudományi kutatásokban. A korlátozottságnak ezt az új – WHO által kidolgozott Funkcióképesség nemzetközi osztályozása (FNO) nomenklatúráján alapuló – szemléletét, amely „*az egyént holisztikusan az egyén és környezete, a funkciók és az ellátandó feladatok összefüggéseiben szemléli*”<sup>17</sup> 2008 óta az ellátórendszerben is alkalmazzzák hazánkban. A fogyatékoság, rokkantság megállapítását végző hivatalos szervek és a jelenlegi fogyatékosügyi programok is az egészségi állapotuk miatt korlátozottak társadalmi részvételének elősegítését tartják szem előtt.<sup>18</sup>

A korlátozottságmentes élet, vagyis az életkornak megfelelő fizikai aktivitás és az általánosan elvárható társadalmi részvétel egyre nagyobb értéket képvisel a fejlett társadalmakban. A hosszú élet értéke önmagában, az életminőség dimenziója nélkül megkérdőjelezhetővé vált az előregedő társadalmakban: a korlátozottságmentes élet fogalma az életminőség nemzetközi összehasonlítását célzó kutatásokban, illetve mutatószámok kialakítása során mindinkább középpontba kerül. Az egészségi állapotuk miatt fizikai vagy mentális téren korlátozottak társadalmi integrációját világszerte egyre több intézkedéssel és programmal támogatják. Ez különösen érvényes a fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény<sup>19</sup> kihirdetése óta, amelyben a tagállamoknak előírják az egyenlő jogok és a méltányos bánásmód biztosítását a fogyatékosok, korlátozottak számára. A programok célközönségének meghatározásához és sikerességük monitorozásához a korlátozottság statisztikai mérésének egységesítését számos nemzetközi fórumon próbálják megoldani.<sup>20</sup>

A korlátozottságot és a fogyatékoságot nehéz elhatárolni<sup>21</sup>, főleg a lakossági véleményen alapuló, szükségképpen szubjektív megközelítésű felmérésekben, ahol a mindennapi életben szokásos tevékenységek fogalma nem határozható meg egyértelműen, csak az adott személytől, a jelenlegi és korábbi élethelyzetétől függően.

Hazánkban az utóbbi évtizedek népszámlálásai során (1990 és 2001) már rákérdeztek a korlátozottság (fogyatékoság) szervi okaira – ennek már a múlt század első felében is voltak előzményei –, a 2011. évi népszámlálásban és a 2016. évi mikrocenzusban azonban ezen kívül a társadalmi részvételben való akadályozottságról is nyilatkozhattak az érintettek. Társadalmi részvételben az élet olyan területeit kell érteni, mint a közlekedés (mozgás), munkavállalás, tanulás, szórakozás, társas kapcsolatok. Ez a megközelítés elmozdulást jelent a korábbi medikális szemlélettől a korszerű, integratív bioszociális irányba.

A korlátozottság, megváltozott munkaképesség, illetve fogyatékoság kérdésében a KSH társadalomstatisztikai felméréseiben<sup>22</sup> az Eurostat ajánlásait, előírásait követjük. Az ajánlás szerint a korlátozottságnak három fokozatát különböztetjük meg: nem korlátozott, mérsékelten korlátozott és súlyosan korlátozott.

Az előző felmérésekkel való összehasonlításra a funkciócsökkenés mértéke szerinti gyakoriságokat használjuk.<sup>23</sup>

Az előző felmérésekkel való összehasonlításra a funkciócsökkenés mértéke szerinti gyakoriságokat használjuk.<sup>23</sup>

<sup>17</sup> Jelentés az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet munkájáról, 2010.

<sup>18</sup> A fogyatékoság mint a károsodást, a tevékenységek akadályozottságát és a részvétel korlátozottságát is magába foglaló gyűjtőfogalom, azaz a normális emberi léthez szükséges tevékenységek végrehajtásának akadályozottsága vagy képtelensége elméleti szinten már korábban is használatban volt (OLEF2003).

<sup>19</sup> Convention on the Rights of Persons with Disabilities, <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx>

<sup>20</sup> Washington City Group, ENSZ-Budapest Initiative, Granada Group.

<sup>21</sup> A jelenlegi hazai terminológia e tekintetben korántsem egységes; használják a fogyatékoság, korlátozottság, rokkantság, egészségkárosodás, megváltozott munkaképesség stb. fogalmakat, intézménytől és a fogyatékoság címen elérhető juttatásfajtáktól is függően.

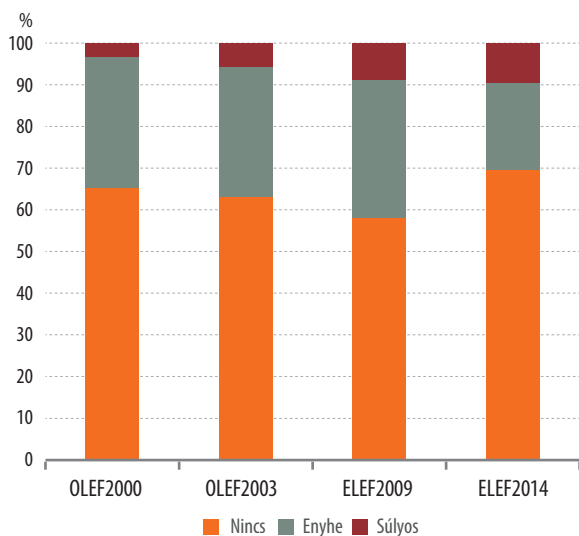
<sup>22</sup> Munkaerő-felmérés (MEF); Háztartási költségvetési és életkörülmények adatfelvétele (HKÉF); Egészségfelmérés (ELEF).

<sup>23</sup> A korlátozottság tényleges előfordulása alulbecsült, mivel csak a magánháztartásban élőket kérdezzük ki, továbbá a felmérés technikai lebonyolításából következően kimaradnak a kérdezőbiztosokkal kommunikálni képtelenek is, akiknek egy része nagy valószínűséggel értelmi fogyatékos vagy pszichés betegség miatt korlátozott.



15. ábra

Funkciócsökkenés\* gyakorisága a funkciócsökkenés mértéke szerint a 18 évesek és idősebbek között



\* 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. (OLEF2003. Kutatási Jelentés. OEK, 2005. Dr. Görög Krisztián) A károsodás (probléma), funkciócsökkenés, akadályozottság 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. Az OLEF-felmérésekben használatos funkciócsökkenés kifejezést elemzésünkben a korlátozottsággal azonos értelemben használjuk.

Megállapíthatjuk, hogy míg a súlyosan korlátozottak száma kissé emelkedett, mindeközben – átmeneti csökkenést követően – 2014-ben valamivel nagyobb azok aránya, akik életüket korlátozottságtól mentesnek érzik, mint 2000-ben.

Akadnak olyanok is a súlyosan korlátozottak között, akik nem betegség, hanem veleszületett testi adottság, fogyatékoság, rendellenesség miatt tartoznak ebbe a kategóriába (a felnőtt népesség 1%-a).<sup>24</sup>

### Szubjektív korlátozottság<sup>25</sup>

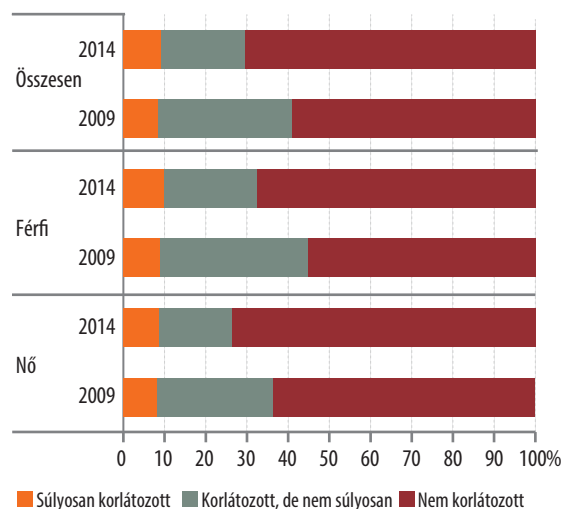
A 2009-es felmérés eredményei szerint a felnőtt lakosság 59%-a nem érezte korlátozottnak magát a mindennapi életben, 32% kismértékben, 9% pedig súlyosan volt korlátozott. 2014-ben a súlyosan korlátozottak aránya hasonló volt, de a mérsékelten korlátozottaké elmaradt a korábbi értéktől (20%), a nem korlátozottaké pedig jelentősen meghaladta azt (70%), a nők körében nagyobb mértékben, mint a férfiaknál.

A 15 éves és idősebb lakosság körében az előző egészségfelmérés óta a szubjektív korlátozottság összességében csökkent, ugyanakkor a súlyosan korlátozottak aránya a

nők és a férfiak esetében is szinte változatlanok tekintendők.

16. ábra

Szubjektív korlátozottság gyakorisága a korlátozottság mértéke szerint nemeként

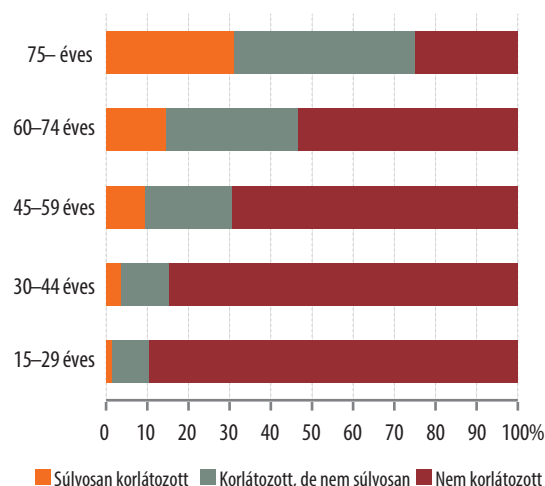


### Korlátozottság az életkor függvényében

A korlátozottság jelentheti a képességek fokozatos elvesztését, az általános fizikai állapot hanyatlását, aminek következtében az idősök egyre korlátozottabbnak érzik magukat; a 60–74 évesek korcsoportjában 15% a súlyosan korlátozottak aránya, a 74 éven felüliek körében ennek a duplája, de a negyedük még mindig úgy érzi, hogy egészségi állapota a szokásos napi teendőiben nem akadályozza.

17. ábra

Szubjektív korlátozottság gyakorisága a korlátozottság mértéke és korcsoport szerint, 2014

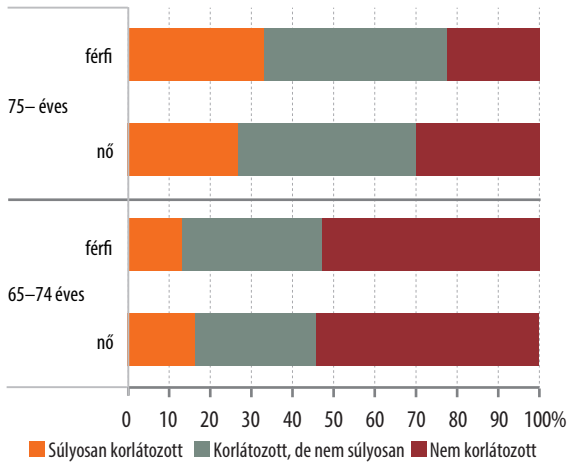


<sup>24</sup> Előfordulhat az is, hogy a korlátozottság valamely korábbi betegség (sérülés, baleset) következménye, tehát aki jelenleg nem beteg, még lehet korlátozott.

<sup>25</sup> Az ELEF2014-kérdőív 16. kérdése alapján.

18. ábra

Szubjektív korlátozottság gyakorisága a korlátozottság mértéke szerint a 65 évesek és idősebbek között korcsoportonként, 2014



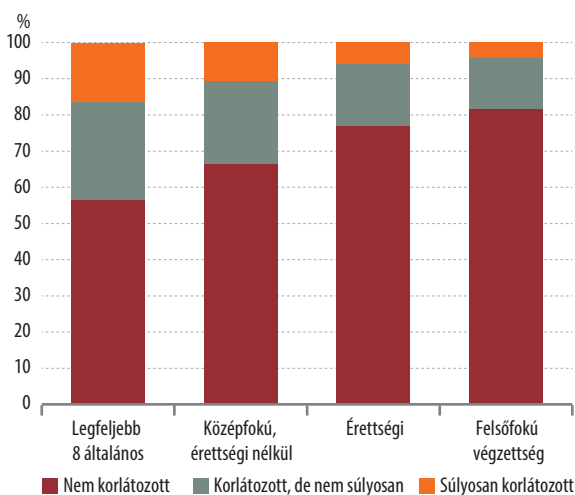
A két felmérés között eltelt időszakban összességében kedvező tendenciák figyelhetők meg. A 65 éven felülieknél például az egészségi állapot miatti korlátozottság (súlyos és mérsékelt együttesen) 2009-ben mintegy 76% volt, 2014-re viszont 60% lett. Ugyanakkor a 65-74 éves férfiak és nők esetében a súlyosan korlátozottak aránya csökkent, a mérsékelt korlátozottaké emelkedett. A 75. évüket betöltöttek korcsoportjában a korlátozottak aránya összességében a 2009-ben mért 70-ról 75%-ra növekedett, míg a súlyosan korlátozottaké statisztikailag igazolható mértékben nem nőtt a korábbihoz képest.

**Szubjektív korlátozottság iskolai végzettség szerint**

A korlátozottság az iskolai végzettséggel fordítottan függ össze: az alacsonyabb végzettségűek körében magasabb a szubjektíve korlátozottak aránya. Mivel a magasabb iskolai végzettség általában magasabb jövedelemmel jár, e két változó egymással szoros összefüggésben áll, így nem meglepő, hogy a háztartási jövedelem ötödei szerinti összehasonlítás hasonló eredményre vezet.

19. ábra

Szubjektív korlátozottság gyakorisága a korlátozottság mértéke és iskolai végzettség szerint, 2014

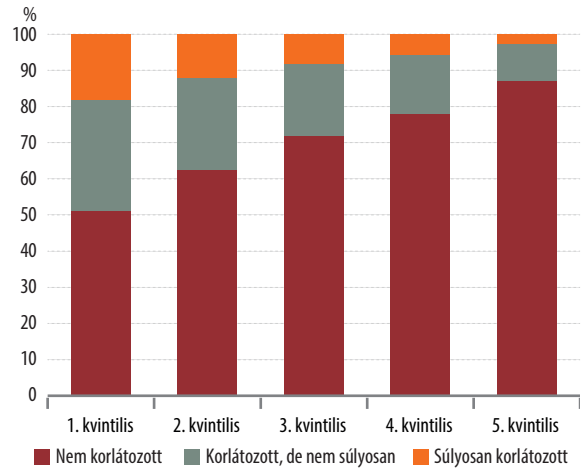


**Szubjektív korlátozottság jövedelmi helyzet szerint**

A legmagasabb jövedelmű ötödbe tartozók 13%-a érzi korlátozottnak magát egészségi okból, míg az 1. kvintilisben a súlyosan korlátozottak aránya igen magas, a súlyosan és mérsékelt korlátozottaké pedig majdnem eléri az 50%-ot.

20. ábra

Szubjektív korlátozottság gyakorisága a korlátozottság mértéke és jövedelemkategória szerint, 2014



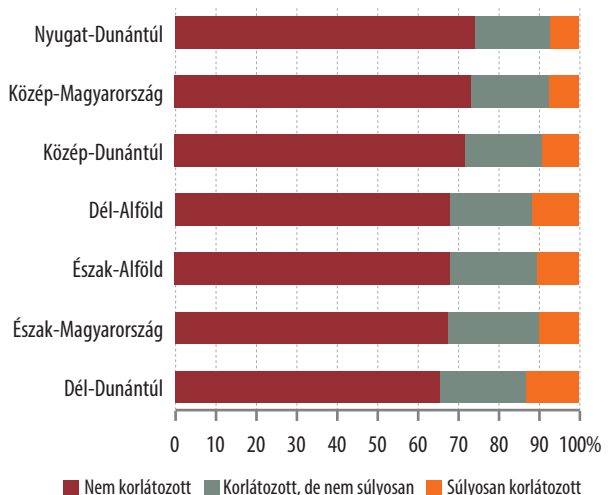
Ez azt jelenti, hogy az alacsony jövedelem kockázatot jelenthet az egészségi állapot alakulását illetően, valamint az ebből eredő korlátozottság érzékelése szempontjából, a magas jövedelműek viszont nagyobb eséllyel élhetnek korlátozottságtól mentes életet. A kapcsolat fordított irányban is működhet: a korlátozottság hozzájárulhat a munkaerőpiaci helyzet romlásához, a rosszabb anyagi helyzethez is.

**Szubjektív korlátozottság régióinként**

A régiókat összehasonlítva megállapítható, hogy a korlátozásmentesen élők aránya a régiók általános fejlettségével növekszik. Közép-Magyarországon és Nyugat-, valamint Közép-Dunántúlon a nem korlátozottak aránya 72-74%, míg a többi régióban nem éri el a 70%-ot sem.

21. ábra

Szubjektív korlátozottság gyakorisága a korlátozottság mértéke szerint régióinként, 2014



Az előbbieken a súlyosan korlátozottak aránya egyaránt 10% alatti, a másik 4 régióban pedig 10% vagy annál magasabb. A korlátozottság mértéke nemenként is különböző mintázatot mutat a régiókban.

A férfiak körében a súlyos korlátozottság előfordulása Nyugat-Dunántúlon a legalacsonyabb (5% alatti), a nőknél pedig Közép-Magyarországon (közel 8%). A súlyos korlátozottság mindkét nem esetében Dél-Dunántúlon a legmagasabb arányú (13%).

A korlátozottságnak különféle megnyilvánulásai lehetnek. Az egészségfelmérésekben nem csak a *szubjektív* általános korlátozottság érzést méri, hanem egyes konkrét területeken meglévő károsodások előfordulását, a *fizikai vagy érzékszervi* (látás, hallás, mozgás) akadályozottságot külön-külön, valamint azt is, hogy mely *tevékenységek elvégzésében* (például önellátással kapcsolatos tevékenységek, háztartási teendők) *érzi magát korlátozottnak* a megkérdezett.<sup>26</sup>

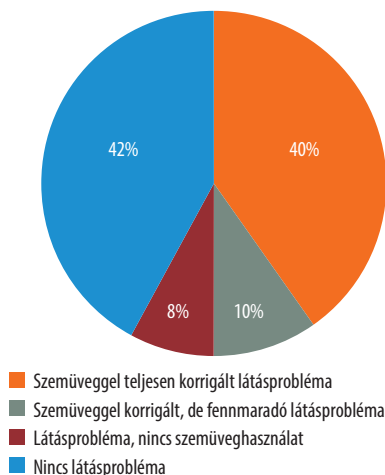
### 3.3.1 Érzékszervi és mozgásszervi korlátozottság

#### Látásproblémák<sup>27</sup>

2014-ben – hasonlóan a 2009-es megállapításokhoz – a lakosság 15%-a kisebb nehézséggel, 3%-a nagy nehézséggel vagy egyáltalán nem látott élesen még szemüveg vagy kontaktlencse viselése ellenére sem. A vakok és gyengénlátók aránya változatlanul 1% körüli volt.

22. ábra

Látásproblémák gyakorisága, 2014



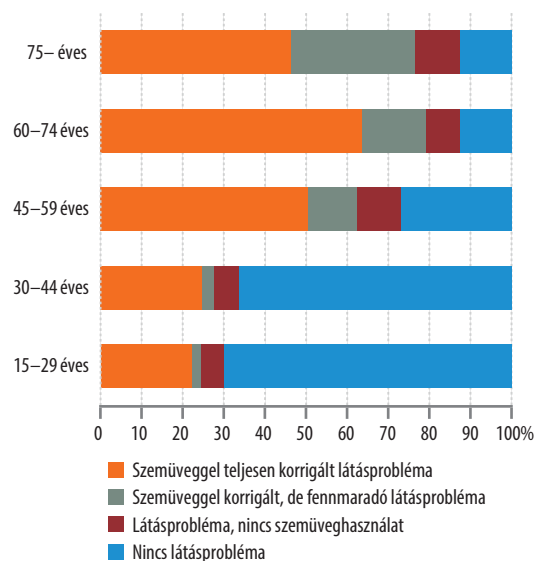
Az időskori látásromlás általában 45 év felett kezdődik. A látásprobléma nélkül élők aránya ettől az életkortól kezdve nagymértékben csökken. A 75 éves vagy idősebbek körében már csak alig 12% a népességben a látásprobléma nélküliek aránya. A szemüveg használata ellenére is fennmaradó látásproblémákkal élők aránya is majdnem 30% ebben a korcsoportban.

<sup>26</sup> Az Eurostat előírása szerint az előző egészségfelméréstől eltérően az önellátásban és a háztartási tevékenységekben való korlátozottságot nem mindenkitől, csak a 65 éven felüliektől kérdeztük.

<sup>27</sup> Az ELEF2014-kérdőív 28–29. kérdése alapján.

23. ábra

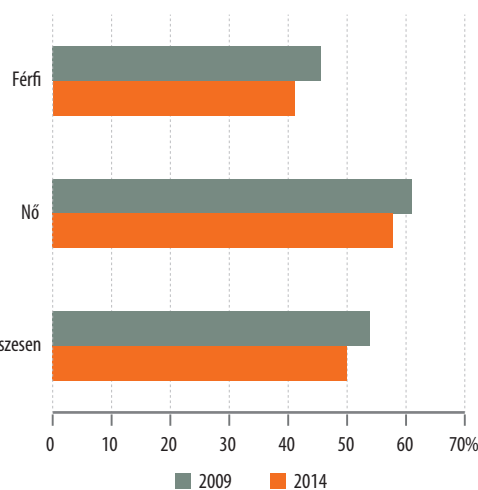
A látásproblémák gyakorisága korcsoportonként, 2014



A felnőtt lakosság mintegy 50%-a szemüveget hord vagy kontaktlencsét használ.

24. ábra

Szemüveget, kontaktlencsét használók aránya



A szemüveget vagy kontaktlencsét viselők aránya néhány százalékponttal egyaránt csökkent a nők és a férfiak körében az előző felmérés óta.

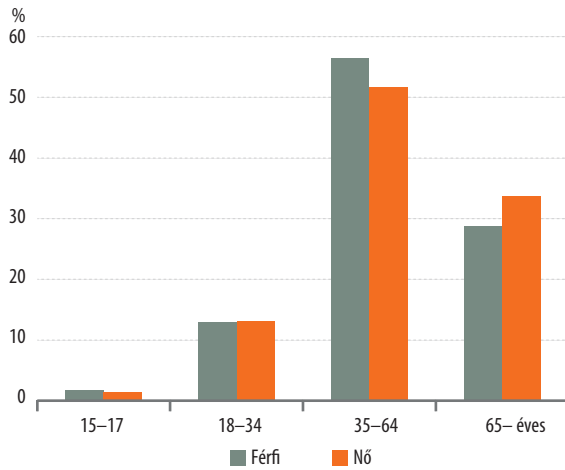
Mivel a látásjavító eszközök és eljárások költségesek, az alsó kvintilisbe tartozók (a népesség legalacsonyabb jövedelmű 20%-a) egy része valószínűleg nem engedheti meg magának a látásproblémájának megfelelő eszközök, terápiás eljárások megvásárlását.

A látási problémák leggyakrabban ebben a jövedelemkategóriában élőknel fordulnak elő, valamint azok aránya is közöttük a legmagasabb, akik nem használnak szemüveget,

bár látási problémájuk van, és a szemüveggel korigált, de fennmaradó látásprobléma is közöttük a leggyakoribb.

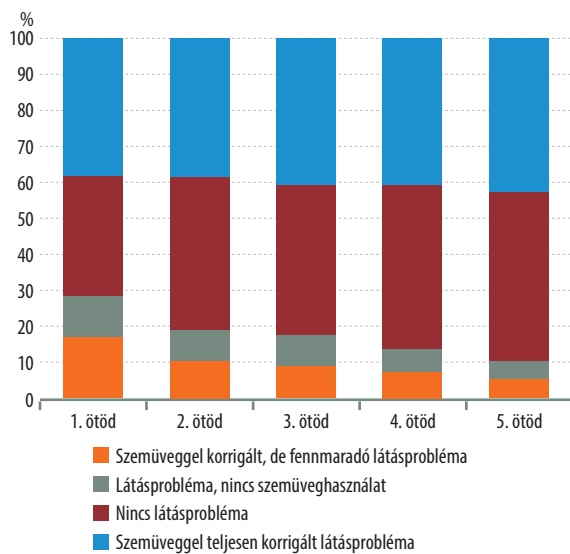
25. ábra

Szemüveget, kontaktlencsét használók aránya nem és korcsoport szerint, 2014



26. ábra

A látásproblémák gyakorisága jövedelemkategória szerint, 2014



### Hallásproblémák<sup>28</sup>

A hallásproblémák előfordulási gyakorisága a vizsgált népességben 15%. A súlyos hallássérültek aránya mintegy 3%. A hallás romlása az életkor növekedésével egyre gyakoribb, de míg a szemüveg meglehetősen elterjedt, a hallókészüléket használók aránya mindössze 2%, az arány az előző felmérés óta nem változott.

### Nehézségek a mozgásban<sup>29</sup>

Összességében a lakosság 83%-a nehézség nélkül tud haladni sík terepen. A férfiak 6%-a nagy nehézséggel vagy egyáltalán nem képes 500 métert gyalog, sík terepen segédeszköz nélkül megtenni, a nők körében többen (10%) panaszkodtak erről. 2009-ben a férfiak 10, a nők 17%-a állította, hogy számára a sík terepen való közlekedés segédeszköz nélkül nem, vagy csak nagy nehézséggel sikerül.

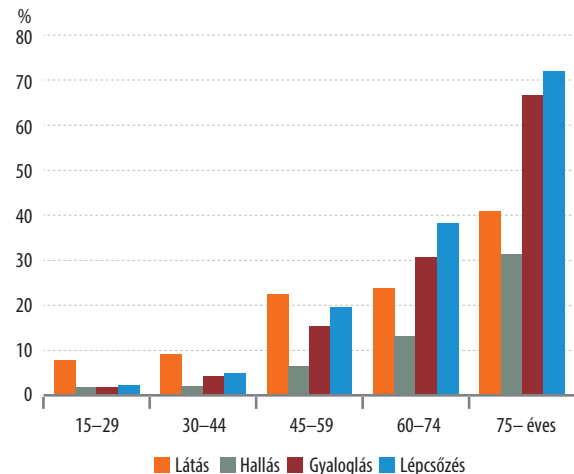
Komolyabb problémát jelent a lépcsőn való közlekedés (12 fok fel vagy le), amit 2014-ben a lakosság 21%-a tartotta nehéznek,<sup>30</sup> a nők lényegesen nagyobb arányban (25%), mint a férfiak (15%). A felnőtt lakosság 2-3%-a egyáltalán nem képes a lépcsőzésre.

### Társadalmi-demográfiai különbségek az érzék- és mozgásszervi korlátozottságban

A látáskorlátozottság előfordulása már a fiatalabb életkorokban is 10% körüli, míg a veleszületett problémákat leszámítva a hallás- és mozgásproblémák csak később kezdődnek. A mozgás korlátozottsága 60-74 éves korban az adott korcsoport harmadát érinti, a 75 évesek és idősebbek esetébenbe töltése után az előfordulási gyakoriság közel a duplájára nő. A hallás- és látásromlás szintén 60 éves kor után fokozódik, és a 75 éves és idősebb korosztályban eléri a 31, illetve 41%-ot.

27. ábra

Fizikai vagy érzékszervi korlátozottság gyakorisága típus és korcsoport szerint, 2014



A fizikai vagy érzékszervi korlátozottság nélkül élők aránya Közép-Magyarországon, Közép-Dunántúlon és Nyugat-Dunántúlon a legmagasabb (66-68%), minden más régióban ennél 8-10 százalékponttal alacsonyabb. A súlyosan korlátozottak aránya Dél-Dunántúlon a legmagasabb (17%), a legkedvezőbb a helyzet Közép-Magyarországon és Nyugat-Dunántúlon, ahol a súlyosan korlátozottak aránya 10, illetve 11%.

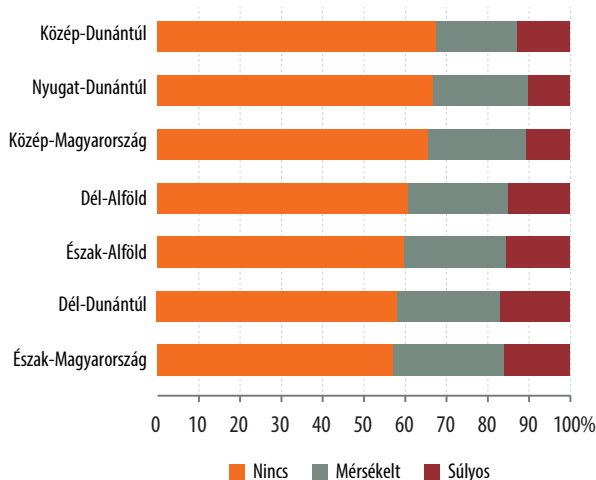
<sup>28</sup> Az ELEF2014-kérdőív 30-32. kérdése alapján.

<sup>29</sup> Az ELEF2014-kérdőív 33-34. kérdése alapján.

<sup>30</sup> A kérdés megfogalmazása változott az előző felmérés óta, ezért az eredmények nem hasonlíthatók össze.

28. ábra

Fizikai vagy érzékszervi korlátozottság gyakorisága a korlátozottság mértéke szerint régióként, 2014

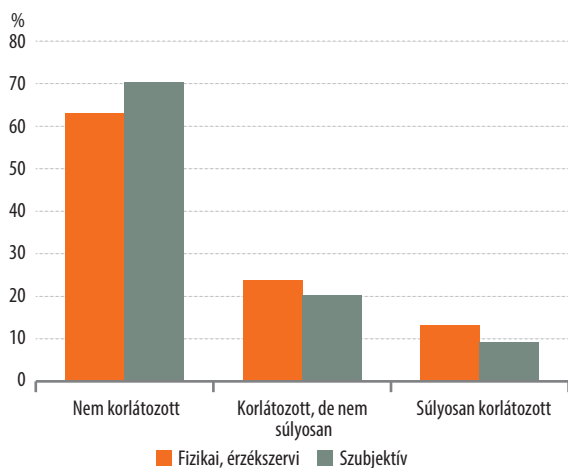


### 3.3.2 Fizikai, érzékszervi és szubjektív korlátozottság

Az előzőekben elemzett érzék- és mozgásszervi problémák előfordulását összegző változót (fizikai és/vagy érzékszervi problémák), valamint a szubjektív korlátozottságérzést érintő kérdésre<sup>31</sup> adott válaszok megoszlását összehasonlítva szembetűnő, hogy a ténylegesen fennálló nehézségek nem mindig eredményezik a korlátozottság érzését. Bizonyos problémák kompenzálhatók, az érintettek egy részének még súlyos fizikai vagy érzékszervi nehézségek ellenére sincs korlátozottságérzete. A szubjektív válaszok alapján tehát pozitívabb kép rajzolódik ki: a lakosság közérzete valamivel jobb, mint a vizsgált tényleges funkcionalitás alapján kirajzolódó egészségi állapota.

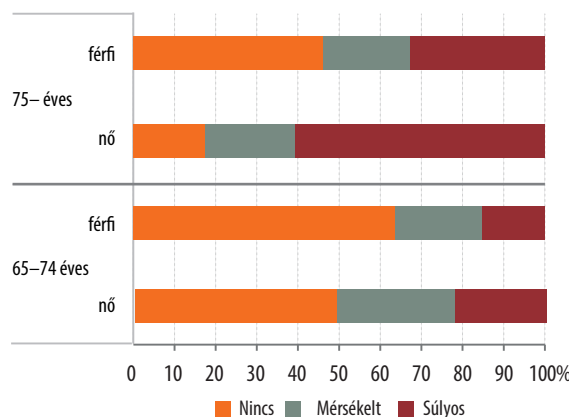
29. ábra

A korlátozottság különböző megközelítésben, 2014



30. ábra

A nehézségek gyakorisága a háztartási tevékenységekben a 65 évesek és idősebbek között korcsoportonként, 2014



### 3.3.3 A 65 évesek és idősebbek akadályozottsága az önellátásban és a háztartással kapcsolatos tevékenységekben<sup>32</sup>

Minél idősebb az ember, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy a mindennapi élet is kihívásokat tartogat számára. Bár azok között, akik a 65. életévüket betöltötték, sokan jó egészségnek örvendenek, és korlátozottságtól mentesen élnek, harmaduk azonban a napi teendőikkel vagy az önellátással nem képes segítség nélkül megbirkózni.

#### Korlátozottság a háztartással kapcsolatos mindennapi tevékenységekben<sup>33</sup>

Demográfiai szempontból 65 éves kortól soroljuk a népességet az idősök korcsoportjába, és ez a jelenleg irányadó öregségi nyugdíjkorhatár is Magyarországon, ekkortól jelentősen megváltozik az emberek többségének élete, így indokolt, hogy ettől az életkortól vizsgáljuk a háztartással és az önellátással összefüggő korlátozottságot. A 65. életévüket túlnyomó többsége nem dolgozik, bár az időmérleg-felvétel<sup>34</sup> adatai szerint egy átlagos 65-69 éves nő 54 perc, egy férfi 98 perc keresőmunkát végez naponta, életüket a mindennapi tevékenységek (önellátás és háztartási munka), a családi élet, a pihenés és a szórakozás tölti ki.

Az időmérleg-felmérések szerint a 60-74 évesek napi átlagban 3 órát fordítanak az önellátásra (fiziológiai tevékenységekre), 4,2 órát a háztartási munkára, ügyintézésre, 5,5 órát a szórakozásra (ebből 3,3 órát tévénézésre), 9,9-et a pihenésre.

Felmérésünkben a háztartásvezetés és a mindennapi ügyintézés alábbi területeit vizsgáltuk: főzés, bevásárlás, nehéz és könnyű házimunka, ügyintézés, telefonálás, gyógyszersedés. A házimunka és az ügyintézés általánosságban a 65 évesek és idősebbek 43%-ának nem okozott nehézséget, negyedüknek az említett területeken volt ugyan nehézsége, de nem súlyos, harmaduknak azonban súlyos problémát jelentett.

<sup>31</sup> Az ELEF2014-kérdőív 16. kérdése alapján.

<sup>32</sup> Az Eurostat előírása szerint a háztartási teendőkre és az önellátásra vonatkozó kérdéseket 2014-ben csak a 65 éves és idősebb korúaknak tettük fel, míg a 2009-es felmérésben mindenkinek.

<sup>33</sup> Az ELEF2014-kérdőív 38. kérdése alapján.

<sup>34</sup> Időmérleg 2009/2010, KSH. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/idomerleg/idomerleg0910.pdf>

A mindennapi élet valamely területén a 65–74 éves nők több mint 50%-a korlátozott, a férfiak helyzete kedvezőbb. A 75 éves és idősebb nőknek 61%-a súlyosan, további 22%-a mérsékelten korlátozott, a férfiak körében a megfelelő arányok 33, illetve 21%. A férfiak alacsonyabb korlátozottságához hozzájárulhat az is, hogy az idős férfiak ritkábban élnek egyedül, mint a hasonló korú nők, és együttélés esetén a háztartási feladatokról a nők általában többet vállalnak, mint a partnerük, ahogy ezt az időmérlegadatokat is bizonyítják. A 65–69 éves korcsoportban egy nő átlagosan napi 233 percet foglalkozik a háztartásvezetéssel, míg egy ugyanilyen korú férfi 107 percet. A háztartási munkák közül legtöbb időt átlagosan a főzés és a bevásárlás igényli. A férfiak ezért kisebb valószínűséggel érzik magukat korlátozottnak ezeken a területeken.

### Nehézségek a főzés és bevásárlás terén

A főzés a nők 26, a férfiak 9%-ának jelent kisebb-nagyobb nehézséget. A férfiak 36%-a egyáltalán nem is főz, míg a nőknek mindössze 2%-a. A nehézségek a kor előrehaladtával fokozódnak.

A 75 éves vagy idősebb nők közel 60%-ának még mindig nem okoz gondot a főzés, és mindössze 3%-uk az, aki nem főz rendszeresen. A 60–74 éves korú férfiak 62%-a nehézség nélkül főz, de 31%-uk soha nem végez ilyen munkát. A 75 éves kor után ez az arány még magasabb (45%), de majdnem ugyanennyien (44%) jelentik ki, hogy gond nélkül képesek főzni.

A bevásárlás a nők 45, a férfiak 22%-ának okoz problémát, bár a férfiak 8%-a a bevásárlásban nem vesz részt. A nők elenyésző arányban (2%) állították, hogy soha nem járnak vásárolni.

Az önbevallás szerint súlyosan korlátozott nőknek is mindössze 4%-a az, aki nem vásárol egyáltalán, a férfiak körében ez az arány 16%. Bár az egészségi állapotuk miatt súlyosan korlátozottak 23%-a is úgy érzi, hogy számára nem jelent gondot a bevásárlás, a nők 56, a férfiak 35%-a súlyos nehézségről számol be.

### Nehéz és könnyű házimunka

A könnyű házimunkát<sup>35</sup> is nehéznek érzi az idősök 23%-a, 7%-uk pedig mással végezteti el. E téren a nők és férfiak között jelentős a különbség: a nők mindössze 0,8%-a állítja, hogy nem végez ilyen tevékenységeket, míg a férfiak 19%-a.

Az alkalmankénti nehéz házimunka<sup>36</sup> a férfiak 32, a nők 62%-ának okoz nehézséget, a férfiak 16%-a nem végez ilyesmit, a nők között csak 2% ez az arány.

### Telefonálás

A telefonálás a legkevesebb nehézséggel járó tevékenység. A telefont nehézség nélkül használók aránya minden korcsoportban meghaladja a 80%-ot, a férfiak és a nők telefonálása nem mutat szignifikáns különbségeket, közel azonos arányban (5–6%) számolnak be nagy nehézségről, mindössze 1–2%-os arányban említik, hogy egyáltalán nem használnak telefont. A 75 évesek és idősebbek között a mérsékelt és súlyos nehézségek aránya együttesen már 17% körüli, míg a 65–74 éves korcsoportban csak 7% a férfiaknál

és 5% a nőknél. Az IKT-felmérés<sup>37</sup> adatai szerint a magyar háztartások mobiltelefon-ellátottsága egy régió kivételével (Észak-Alföld) 95% feletti.

### Pénzügyek intézése

A pénzügyek intézésében az idősök 78%-a kompetensnek érzi magát. A férfiak 13, a nők 3%-a nem foglalkozik vele, de a férfiaknál összességében kevesebben vannak, akiknek ez nagy nehézséget okoz (9%), mint a nők között (15%).

### Gyógyszerszedés

A 65 éves vagy idősebbek 88%-ánál nem jelentkezik nehézség a gyógyszereszedés terén.

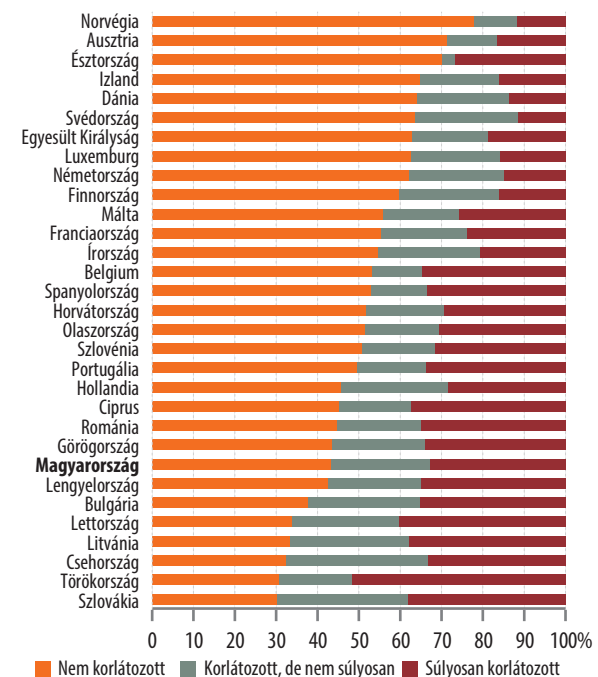
A 65–74 éves korcsoportnak még több mint 90%-a gond nélkül megoldja a gyógyszereszedést, -adagolást. Ez az arány a 75 éves és annál idősebbek körében átlagosan már csak 83%, a nőknél azonban gyakoribb, hogy nehézséget okoz. A nők között 2, a férfiaknál 5% azok aránya, akik egyáltalán nem szednek gyógyszert.

### Nemzetközi összehasonlítás

A háztartási tevékenységeket illető időskori korlátozottság terén az európai országok<sup>38</sup> rangsorában Magyarország a 24. helyen áll – a többi viseigrádi országot megelőzve –, de jócskán lemaradva az uniós átlagtól, sőt a szomszédos Szlovéniától és Horvátországtól is.

31. ábra

A nehézségek gyakorisága a háztartási teendőknél a 65 évesek és idősebbek között a 2014 körüli években\*



Forrás: Eurostat Database EHIS2014, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

\* Az ELEF második hullámban az adatfelvételt az országok 2013 és 2015 között hajtották végre az alábbiak szerint:

2013: Belgium, Egyesült Királyság;

2014: Bulgária, Csehország, Észtország, Görögország, Spanyolország, Franciaország, Horvátország,

Olaszország, Ciprus, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Magyarország, Málta, Hollandia, Ausztria,

Lengyelország, Portugália, Románia, Szlovénia, Szlovákia, Finnország, Svédország;

2015: Dánia, Németország, Irország, Olaszország, Izland, Norvégia.

<sup>35</sup> Napi takarítás, mosogatás, vasalás, söprés.

<sup>36</sup> Nagytakarítás, ablaktisztítás, kerti, ház körüli munkák.

<sup>37</sup> Infokommunikációs eszközök használata az üzleti szektorban és a háztartásokban. KSH.2012. [http://www.ksh.hu/apps/shop/kiadvany?p\\_kiadvany\\_id=15910](http://www.ksh.hu/apps/shop/kiadvany?p_kiadvany_id=15910)

<sup>38</sup> EU-28, továbbá Norvégia, Izland és Törökország.

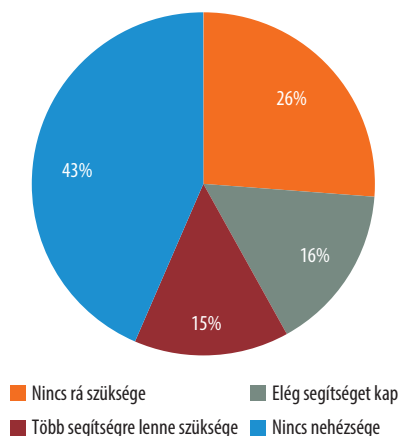
A listavezető Norvégiában és Ausztriában a 65 évesek és idősebbek 72–78%-a még mindig nehézség nélkül elvégzi a háztartási teendőket, súlyos korlátozottságot csak 12–17%-uk érzel. Hazánkban az időskorúaknak a háztartási teendőkben érzékelt korlátozottsága 57%, 24%-uk mérsékelten, 33% súlyosan korlátozott. A rangsor végén álló Szlovákiában és Törökországban viszont a háztartási teendőkben korlátozott idősokorúak összesített aránya majdnem eléri a 70%-ot.

### Kap-e segítséget, akinek szüksége van rá?<sup>39</sup>

Összességében a 65 évesek és idősebbek 43%-a nem érzi úgy, hogy bármi nehézsége lenne a háztartásban előforduló teendőkben. A ház körüli tevékenységekben az időseknek általában van segítségük, de előfordul, hogy a segítség nem elegendő. Bár viszonylag sokan szorulnak mások támogatására, de még a 75 évesek és idősebbeknek is több mint egyharmada önállóan végzi el a háztartási teendőit (a férfiak 35, a nők 40%-a.)

32. ábra

Segítség vagy segédeszköz használata iránti igény a háztartási teendőkben a 65 évesek és idősebbek között, 2014



A nehézségekkel küzdők közel fele nem kér, és nem kap segítséget. Több mint negyedük elegendő segítséget kap és hasonló arányban vannak azok, akiknek még több segítségre lenne szüksége a házi munkák valamelyikében.

### Házi segítségnyújtás, házi gondozás

Mint ahogy azt a későbbiekben részletesebben is tárgyaljuk<sup>40</sup>, a 65 évesek és idősebbek korcsoportjába tartozók 9%-a házi segítségnyújtási szolgáltatást vett igénybe. A házi segítségnyújtásra csak a súlyosan rászorulóknak jogosultak, ez általában a napi bevásárlást, ételszállítást, ház körüli teendőket jelenti. A súlyosabb állapotban lévőket, akiknek már az önellátás is probléma, családtagjaik vagy fizetett segítők gondozzák (otthoni ápolási szolgálat).

<sup>39</sup>Az ELEF2014-kérdőív 39–40. kérdése alapján.

<sup>40</sup>Az ELEF2014-kérdőív 54–55. kérdése alapján.

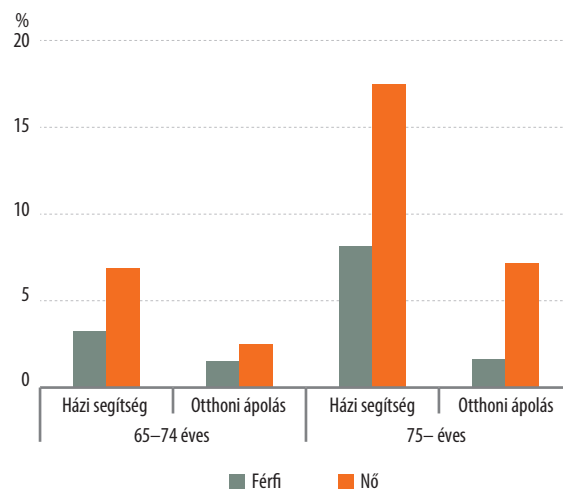
<sup>41</sup>Az ELEF2014-kérdőív 35–37. kérdései alapján.

<sup>42</sup>Ezüstkor, 2012. KSH (Időmérélegadatok. 10.4. tábla).

<sup>43</sup>Ide tartoznak: öltözködés, tisztálkodás, WC-használat, étkezés, székre leülés vagy felállás, ágyból felkelés, lefekvés.

33. ábra

Az egészségügyi vagy szociális ellátórendszer keretében nyújtott segítség igénybevétele a 65 évesek és idősebbek között korcsoportonként, 2014



A segítségre szorulóknak nem csak az intézményes vagy fizetett gondoskodásban bízhatnak. Azok között, akik nem veszik igénybe a házi gondozást, a 65–74 évesek körében 15, a 75 éves vagy idősebbek 33%-a családtagjaitól, barátaitól vagy szomszédjaitól kap segítséget.

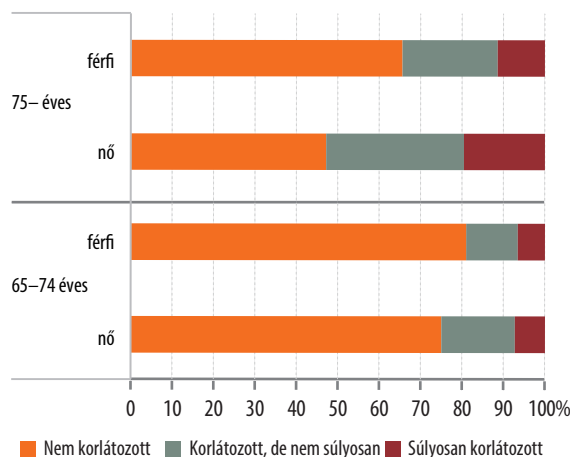
### Korlátozottság az önellátásban<sup>41</sup>

Az önellátásra fordított idő az életkorral egyre növekszik. A 75–84 évesek átlagban 30 perccel több időt fordítanak a személyi szükségleteikre naponta, mint az 50–59 éves korcsoport tagjai.<sup>42</sup>

A 65 éves és idősebb emberek harmada nehezen boldogul az önellátással kapcsolatos tevékenységek<sup>43</sup> valamelyikével, a nők 38%-ának, a férfiak negyedének okoz nehézséget az önellátás.

34. ábra

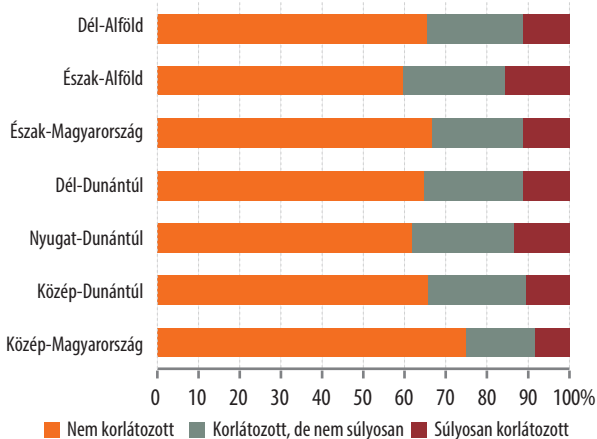
A korlátozottság gyakorisága az önellátásban a 65 évesek és idősebbek között a korlátozottság mértéke, nem és korcsoport szerint, 2014



Az önellátásban súlyosan korlátozottak aránya 11%, a nők nagyobb része (13%) érintett, mint a férfiaké (8%). Ezek az arányok 2009-hez képest kismértékben javultak, akkor a 65 éves és idősebb nők 16, a férfiak 12%-ánál volt súlyosan nehezített az önellátás.

35. ábra

A korlátozottság gyakorisága az önellátásban a 65 évesek és idősebbek között a korlátozottság mértéke és régió szerint, 2014



Az önellátási nehézséggel küzdők hattizedének van szüksége segítségre, férfiaknak és nőknek lényegében azonos arányban, mintegy negyedüknek van is legalább egy tevékenységben segítsége.

### Étkezés

Az étkezéskor a 65 évesek és idősebbek 7%-ánál jelentkezik nehézség. A 65–74 évesek több mint 94%-a önállóan eszik. Nagy nehézséggel vagy egyáltalán nem képes rá megközelítően 1%-uk, a férfiak és nők ugyanolyan arányban. A korosztály 4%-ának kismértékű problémát okoz az étkezés. A 75 évesek és idősebbek már mintegy 10%-a nehezen, és megközelítőleg 2%-a nagy nehézséggel vagy egyáltalán nem képes önállóan táplálkozni.

### Lefekvés, felkelés, székre leülés, felállás

A 65 évesek és idősebbek negyedének okoz nehézséget az ágyból történő felkelés, lefekvés, vagy a székre ülés, és onnan felállás. A 65–74 évesek korcsoportjában a mérsékelt akadályozottság előfordulása 13%, súlyos nehézséggel küzd a korosztály 5%-a. A 75 évesek és idősebbek negyede mérsékelt, tizede súlyos korlátozottságot tapasztal e téren. A férfiak minden korcsoportban alacsonyabb arányban említik ezt a problémát, mint a nők.

### Öltözködés

A levetkőzés vagy felöltözés a 65 éves és annál idősebbek ötödének jelent gondot, 6%-uknak pedig ezen a téren súlyos problémája van. A 75 évesek és idősebbek korcsoportjában 8% azoknak az aránya, akik csak nehezen vagy segítség nélkül nem is képesek felöltözni.

<sup>44</sup> Az ELEF2014-kérdőív 41–42. kérdései alapján.

### Fürdés, zuhanyzás

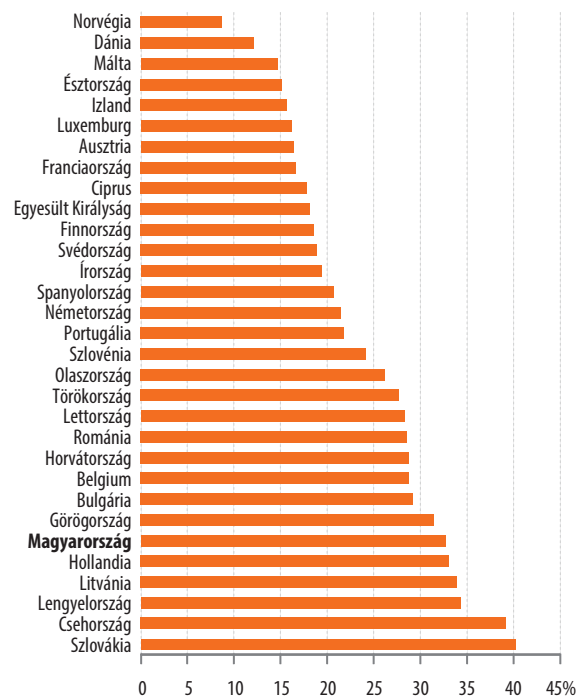
A legtöbb nehézséget a tisztálkodás (fürdés, zuhanyzás) okozza, az idősek közel negyede képtelen elvégezni segítség nélkül. Míg a 65–74 évesek 86%-a még önállóan mosakodik, a 75 évesek és idősebbek közül már csak 64%. A nők körében mindkét korcsoportban gyakoribb a probléma, mint a férfiaknál.

### Nemzetközi összehasonlítás

Az önellátásban való korlátozottságot illetően az európai országok közül (Magyarországot kivéve) a lista végén a visegrádi országok helyezkednek el, míg az élvonalban – csakúgy mint a háztartási teendőkben való korlátozottság mérésekor – ismét Norvégiát találjuk.

36. ábra

A korlátozottság gyakorisága az önellátásban a 65 évesek és idősebbek között a 2014 körüli években\*



Forrás: Eurostat Database, EHIS 2014. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

\*Lásd a 31. ábra lábjegyzetét.

Az eredmények igen szélsőségesek. Míg Norvégiában a 65 éves és idősebb népességnek csak 8%-a, Szlovákiában a korosztály jelentős része (40%) korlátozott az önellátásban. Magyarországon a lakosság 33%-a számolt be arról, hogy nehézségei vannak e téren.

### 3.4 Fizikai fájdalmak<sup>44</sup>

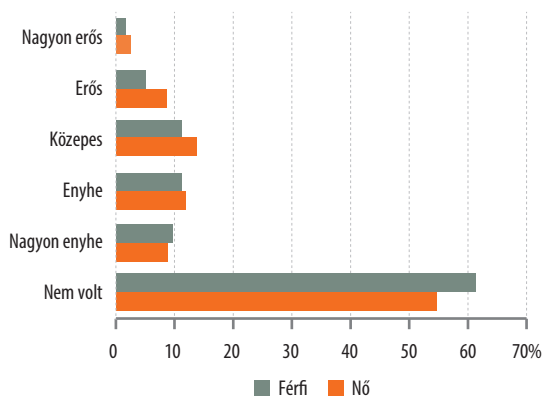
A fájdalom érzékelésének mérése nem egyszerű, mivel az egyének fájdalomküszöbe nagymértékben különbözhet. Vannak, akik a fizikai fájdalmat viszonylag sokáig tűrik, az élet részének tartják, elfoglaltságaik közben vagy stressz hatására nem is vesznek róla tudomást, míg mások a fáj-



dalomra szélsőségesen reagálnak, egyáltalán nem bírják elviselni. A kérdésre adott válaszok alapján a férfiak hétti-zede, a nők 63%-a úgy gondolta, hogy nem vagy csak csekély mértékű fájdalmat érzett a felmérést megelőző négy hétben.

37. ábra

A fájdalom gyakorisága az adatfelvételt megelőző 4 hétben a fájdalom erőssége és nemek szerint, 2014



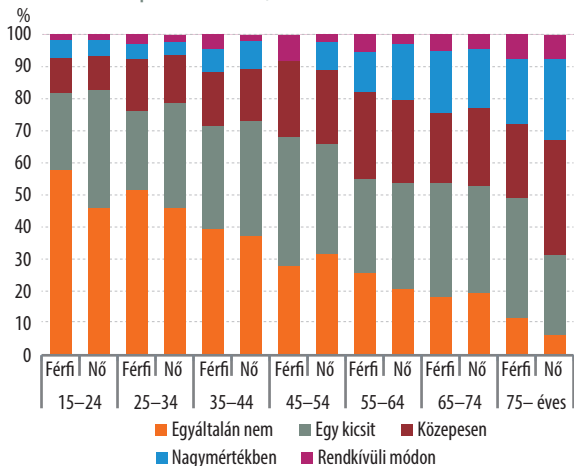
A lakosság 2%-a panaszkodott nagyon erős fájdalomról; a tünetek mértékét tekintve a nők inkább közepes (14%), a férfiak pedig ugyanolyan arányban (11–11%) enyhe vagy közepes fájdalmat éreztek.

### Korlátozottság a napi tevékenységekben

A fájdalom miatt nem érezte korlátozottan magát az érintettek több mint negyede, de ez az arány a fiatalabbak körében még 50% körüli, idősebb korban viszont már elenyésző. Míg 45 éves kor alatt a leggyakoribb válasz az, hogy fájdalom miatt nem érzett korlátozottságot a válaszadó, az idősebbek esetében már jellemzően egy kicsit korlátozottan érzik magukat, 75 év felett pedig a közepesen, nagyon vagy rendkívüli módon korlátozottak együttes aránya meghaladja az 50%-ot. A 75 évesek és idősebb már mintegy 90%-a számára a fájdalom valamilyen mértékű korlátozottságot jelentenek.

38. ábra

A fájdalom miatti akadályozottság a fájdalom erőssége, nem és korcsoport szerint, 2014



<sup>45</sup> Az ELEF2014-kérdőív 18–20. kérdése alapján.

<sup>46</sup> Oral Health. Facts and Sheets. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>

## 3.5 A fogak és a szájüreg állapota<sup>45</sup>

A WHO 2015-ben megjelent közleménye szerint<sup>46</sup> globálisan az iskoláskorúak 60–90%-ának, a felnőtt népesség közel 100%-ának van lyukas foga. Súlyos, a fogak elvesztéséhez vezető fogínybetegsége a 35–44 évesek 15–20%-ának van. A 65–74 évesek 30%-ának egyetlen saját foga sincs.

A szájüreg és a fogak rossz állapota összefügghet többek között a szegénységgel, a rossz életkörülményekkel és az egészségkárosító szokásokkal (dohányzás, káros mértékű alkoholfogyasztás, nem megfelelő táplálkozás). Az Egészségügyi Világszervezet közleményében hívja fel a figyelmet arra, hogy számos betegség kialakulása (szívbetegségek, Alzheimer-kór, ízületi gyulladások stb.) összefüggésbe hozható az elhanyagolt fogazattal is.

A WHO kiemelt egészségjellemző indikátornak tekinti a fogazati állapotát (bizonyos életkorban a saját, illetve pótoltt fogak száma, aránya), de ezt a korábbi egészségfelmérések nem vizsgálták.

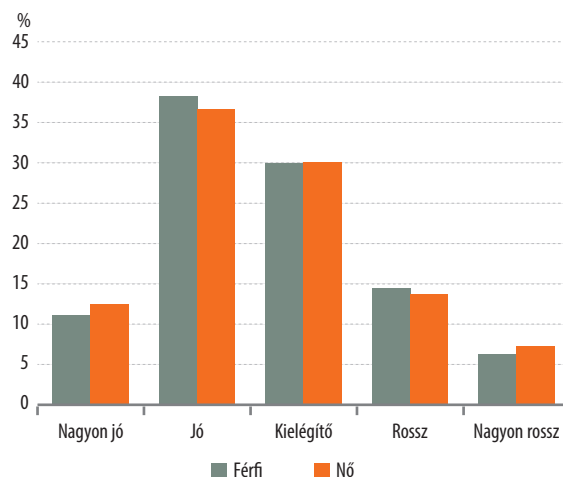
A 2014-es egészségfelmérésben szerepeltek először a fogak állapotára, a szájüreg egészségére vonatkozó kérdések.

### A fogak és a szájüreg egészségének önértékelése

Az eredmények szerint a felnőtt magyar lakosság csaknem fele nagyon jónak, de legalábbis jónak tartja fogainak állapotát, míg minden ötödik ember kimondottan rossznak vagy nagyon rossznak értékeli azt, s ebben a tekintetben nincs lényegi eltérés a két nem között.

39. ábra

A fogak és a szájüreg egészsége, 2014



A 30–44 évesek 12%-ának rossz vagy nagyon rossz a fogazata (saját véleményük szerint), és ezek az arányok egyenesen nőnek az idősebbek körében. A 45–59 évesek mintegy negyede, a 60–74 évesek harmada rossznak ítéli a fogazatát.

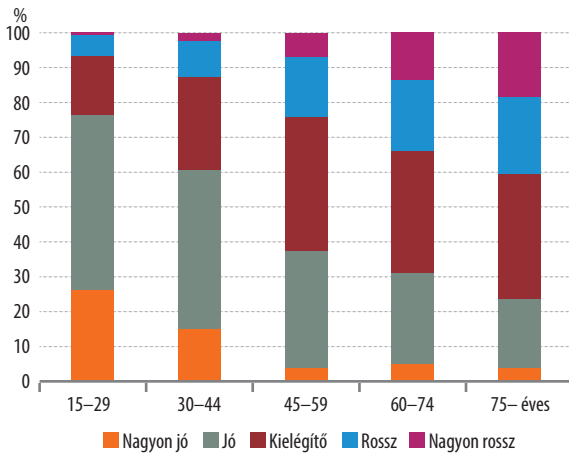
### Hiányos fogazat

A teljes népesség 60%-ának van legalább egy hiányzó foga (fogpótlás nélkül). A lakosság mintegy fele legfeljebb 5, ötödük több mint 20 fogát veszítette el a fogpótlással pótoltt és a nem pótoltt fogakat is figyelembe véve. 13–14% azoknak az aránya, akiknek 6–9 vagy 10–19 foga hiányzik.

A népesség kétharmadának van tömött, 30%-ának lyukas foga, fogmosáskor a 16%-ának vérzik az ínye, 8%-uk fogai lazák, mozognak. Fogpótlása, protézise a megkérdezettek 44%-ának van, az idősebb korosztályokban 78–80%-os az arány.

40. ábra

A fogak és a szájüreg egészsége korcsoportonként, 2014



### 3.6 Balesetek, sérülések<sup>47</sup>

A balesetek következményei komoly egészségproblémát jelenthetnek, 2013-ban az Európai Unió 28 országában több mint 150 000 ember halálát okozták. A tagállamok között jelentős eltérések mutatkoznak a halálos kimenetelű balesetek gyakoriságában: a korra standardizált adatokat vizsgálva Spanyolországban 100 000 halálozásból 19-et okoztak balesetek, míg Litvániában csaknem 70-et. A magyarországi adatok kedvezőtlenebbek az EU-s átlagnál (31 százalék), hazánkban 2013-ban 100 000 halálozásból 41-en haltak meg balesetek következtében.<sup>48</sup>

A 2014. évi egészségfelmérésben az adatfelvételt megelőző 12 hónapban előfordult közúti közlekedési balesetekre, az otthoni balesetekre, valamint a szabadidős tevékenység közben történt balesetekre kérdeztek rá, valamint a balesetet szenvedett emberektől a balesetek következményeként igénybe vett egészségügyi ellátásokra vonatkozóan is gyűjtöttek információkat.

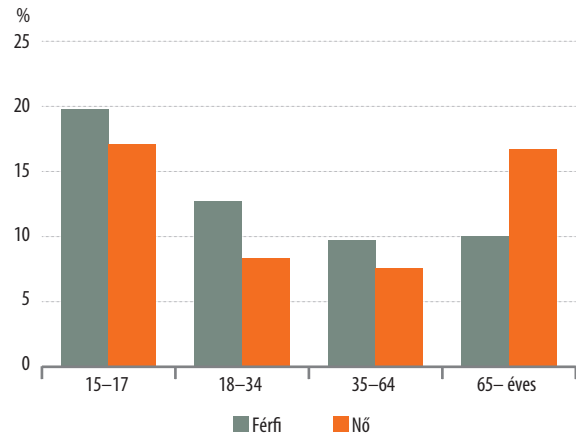
2014-ben a lakosság 11%-át érte valamilyen baleset az említett három balesettípus közül. 2009-hez képest kedvezőtlen változás tapasztalható, akkor az emberek 8%-a számolt be balesetről. A teljes népességet tekintve a férfiak és a nők között nem volt jelentős különbség egyik évben sem. Korcsoportok szerint vizsgálva azonban megfigyelhető, hogy 65 év alatt a férfiak nagyobb arányban érintettek, a 65 évesek és idősebbek körében viszont megfordul ez az arány, a nők nagyobb hányada szenved balesetet.

A fiatalabbak között gyakoribb a balesetek előfordulása: 2014-ben a 15–17 évesek között majdnem minden ötödikét ért baleset az adatgyűjtést megelőző 12 hónapban. Az életkor előrehaladtával ez az arány csökken, a 35–64 évesek kevesebb mint tizede számolt be balesetről. A 65 éves és an-

nál idősebbek körében azonban növekszik a balesetek gyakorisága, minden hetedik idős embert ért baleset a felmérés előtti 12 hónapban.

41. ábra

Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban sérüléssel járó balesetet szenvedettek aránya nem és korcsoport szerint, 2014

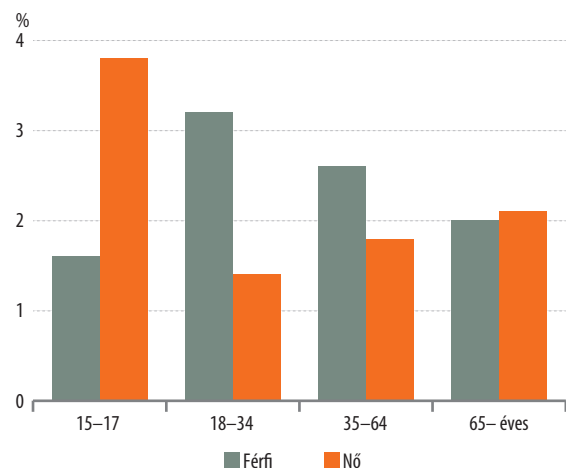


### Balesettípusok

A 2014. évi egészségfelmérés adatai szerint *közúti közlekedési balesetet* a lakosság 2%-a szenvedett a felmérést megelőző 12 hónapban csakúgy, mint öt évvel korábban. A férfiakat gyakrabban érte közúti közlekedési baleset, mint a nőket: a sérültek 56%-a férfi volt. Az életkor előrehaladtával fokozatosan csökken a közúti közlekedési balesetek előfordulása. Korcsoportok szerint vizsgálva látható, hogy a 18–64 évesek között egyértelműen a férfiak esetében magasabb a közlekedési balesetek gyakorisága, a 15–17 évesek nők között azonban több mint kétszer akkora a balesetet szenvedettek aránya (4%), mint az ugyanilyen korú férfiak esetében (2%). A 65 évesek és idősebbek körében a férfiak és a nők között nincs számottevő különbség a balesetek előfordulási arányában.

42. ábra

Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban sérüléssel járó közúti közlekedési balesetet szenvedettek aránya nem és korcsoport szerint, 2014



<sup>47</sup>Az ELEF2014-kérdőív 21–22. kérdése alapján.

<sup>48</sup>Eurostat database. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Közúti közlekedési baleset az érettségivel nem rendelkező középfokú végzettségűek és a felsőfokú végzettségűek között történt leggyakrabban (3%), a legfeljebb 8 általánost elvégzők 2%-át érintette, és az érettségizettek körében fordult elő legritkábban (2% alatt). A háztartási jövedelem és a közlekedési balesetek előfordulása között nem mutatható ki lineáris kapcsolat, jövedelmi ötödök szerint nézve a legmagasabb jövedelműek esetében a legnagyobb a balesetet szenvedők aránya, a közepes jövedelműek között a legalacsonyabb, a többi jövedelmi kategóriában az országos átlag körüli.

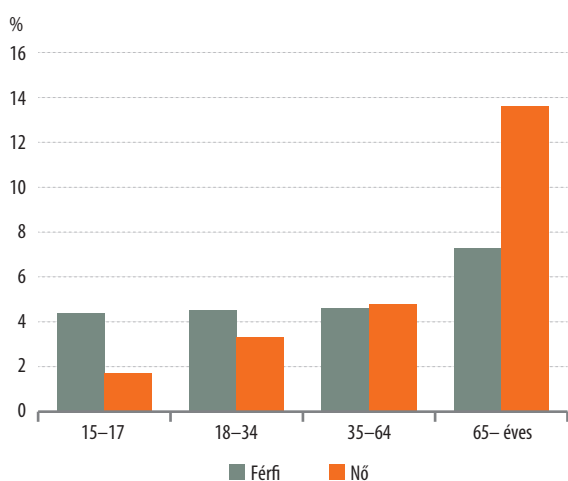
Az egészségfelmérésből származó adatokat más adatforrásokkal összehasonlítva jelentős különbségek tapasztalhatók. A rendőrségi nyilvántartásokban az egészségfelmérésből származó adatoknak csak töredéke szerepel. A rendőrség 2014-ben 20 000 közúti közlekedési baleseti sérültről szerzett tudomást, miközben az egészségfelmérés kérdésére adott válaszok alapján mintegy 185 000-en sérültek meg ilyen típusú balesetekben.<sup>49</sup> A különbség oka az lehet, hogy a balesetekről a rendőrség csak akkor szerez tudomást, ha hivatalos eljárásra van szükség, így a gyalogosként elszenvedett kisebb balesetek (pl. elesés) biztosan nem szerepelnek a rendőrségi nyilvántartásokban.

Az egészségfelmérés adatai szerint 2014-ben a lakosság 6%-át érte olyan *baleset otthonában*, aminek következtében sérülést szenvedett. 5 évvel korábban a népesség 4%-a számolt be otthonában történt balesetről.

Az otthoni balesetek a nőket és a férfiakat hasonló arányban érintik (6, illetve 5%). A sérültek 60%-a nő. Az életkor előrehaladtával növekszik az otthoni balesetek előfordulásának kockázata, a 65 éveseket és idősebbeket átlagon felüli mértékben érinti, közülük megközelítőleg minden kilencedik embert ért otthonában baleset a felmérés megelőző 12 hónapban. A fiatalabb korosztályokban a férfiak nagyobb hányada szenvedett otthonában balesetet, 35 év felett azonban megfordul ez az arány, és a nők hátránya az életkor emelkedésével növekvő tendenciát mutat.

43. ábra

Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban sérüléssel járó otthoni balesetet szenvedettek aránya nem és korcsoport szerint, 2014

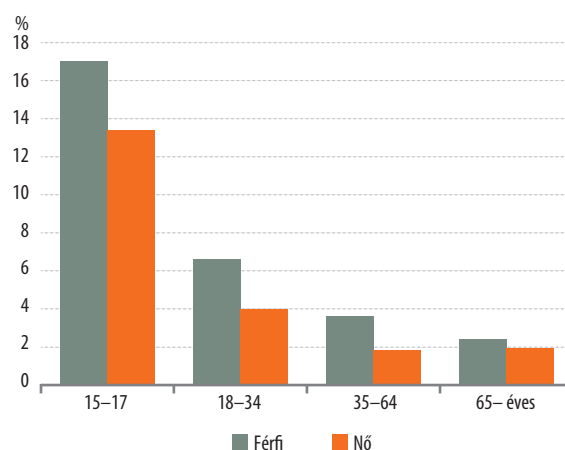


Az otthoni balesetek előfordulása az iskolai végzettség emelkedésével csökken, a legfeljebb 8 általánossal rendelkezők 9, a felsőfokú végzettségűek 5%-a szenvedett otthoni balesetet a megelőző 12 hónapban. A jövedelemmel is összefüggés figyelhető meg, a magasabb jövedelműek körében kevésbé jellemző (4%), a legalacsonyabb jövedelműek több mint kétszer gyakrabban szenvednek balesetet otthonukban (11%).

Szabadidős tevékenységek során történt balesetekben a népesség 4%-a sérült meg 2014-ben. Ez az arány 5 évvel korábban 3% volt. A szabadidős balesetek a férfiak esetében minden korosztályban gyakrabban fordulnak elő, de mindkét nem esetében leginkább a fiatalokra jellemzőek, ami feltehetően a fiatalok extrém, veszélyes sportok, hobbik iránti vonzódásával is magyarázható.

44. ábra

Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban sérüléssel járó szabadidős balesetet szenvedettek aránya nem és korcsoport szerint, 2014



A magasabb jövedelműek esetében gyakoribb ez a balesettípus. Ennek az a magyarázata, hogy a szabadidős balesetek előfordulása szorosan összefügg az életmóddal, az anyagi lehetőségek jelentősen meghatározzák a sportokra, szabadidős tevékenységekre fordítható összeget. A szabadidős balesetek aránya és az iskolai végzettség szintje között nem mutatható ki összefüggés.

### A balesetek területi különbségei

A baleseti sérülések előfordulásának területi különbségei az adott régió bizonyos jellemzőit tükrözik: az úthálózat sűrűségét, minőségét, a lakosság életmódját, a lakáskörülményeket.

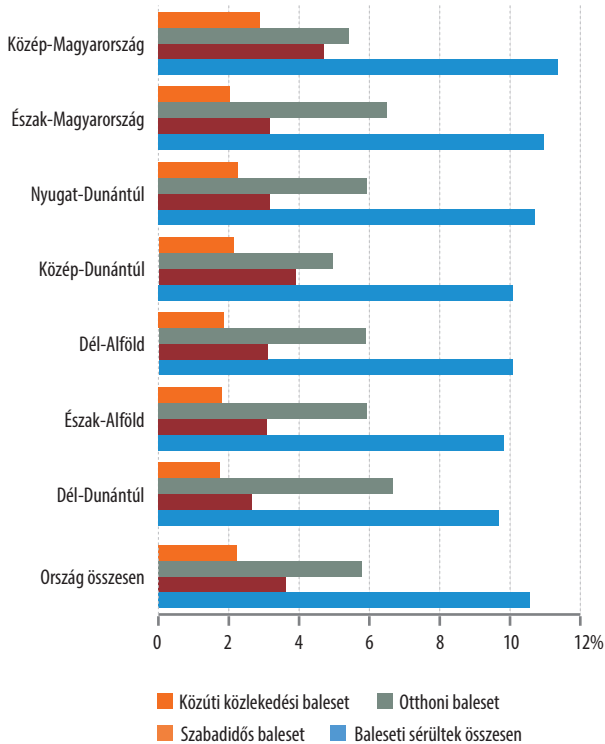
A három balesettípust együttesen nézve Közép-Magyarországon, Észak-Magyarországon és Nyugat-Dunántúlon haladta meg a sérültek aránya az országos átlagot. Közúti közlekedési balesetek a gazdaságilag fejlettebb régiókban, Nyugat-Dunántúlon és Közép-Magyarországon fordultak elő a legnagyobb arányban. Az otthoni balesetek Dél-Dunántúlon és Észak-Magyarországon voltak jellemzőbbek.

<sup>49</sup>KSH STADAT-táblák. [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_ods002.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_ods002.html)

Szabadidős balesetekben leggyakrabban Közép-Magyarország és Közép-Dunántúl lakosai sérültek meg.

45. ábra

Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban sérüléssel járó balesetet szenvedettek aránya a baleset típusa és régió szerint, 2014



Az Európai Unió országainak baleseti adatait tekintve<sup>50</sup> megállapítható, hogy 2014-ben Magyarországon a közúti közlekedési balesetekben és az otthoni balesetekben megsérültek aránya magasabb volt az EU-átlagnál, míg a szabadidős balesetek az EU-átlagnál ritkábban fordultak elő. A tagországok közül – Olaszországgal együtt – Magyarországon volt a második legmagasabb a közlekedési balesetben megsérültek aránya, csak Máltán volt kicsivel gyakoribb az ilyen sérülés. Az otthoni balesetekben megsérültek arányát nézve szintén a legmagasabb gyakoriságú országok között foglalunk helyet, Csehországot, Szlovéniát, valamint Németországot követően Hollandiával együtt a negyedik helyen állunk. A szabadidős balesetek okozta sérülések tekintetében az Európai Unió országai között a közepmezőnyben található Magyarország.

### Balesetek következtében igénybe vett egészségügyi ellátás

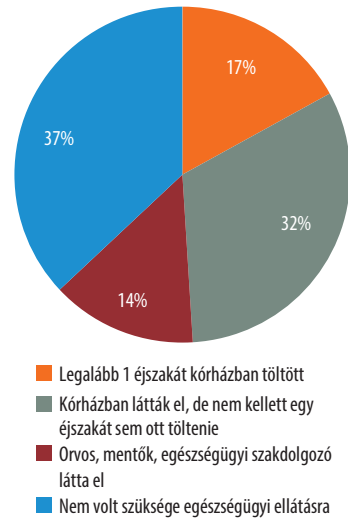
Az egészségfelmérés kérdőíve a balesetek következtében igénybe vett egészségügyi ellátásokra vonatkozóan is tartalmazott egy kérdést.

A fentiekben tárgyalt balesettípusok következtében a sérültek több mint harmadának nem volt szüksége semmilyen egészségügyi ellátásra. Csaknem fele részesült valamilyen orvosi kezelésben, de nem kellett egy éjszakát sem

kórházban töltenie. A sérültek közel hatoda legalább egy éjszakát kórházban töltött.

46. ábra

A sérüléssel járó balesetek következményeként igénybe vett egészségügyi ellátások megoszlása típus szerint, 2014



A férfiak és a nők között nem volt jelentős különbség az igénybe vett egészségügyi ellátások tekintetében. A nők kicsit gyakrabban töltöttek legalább egy éjszakát kórházban (19%) mint a férfiak (15%), a férfiak 38, a nők 35%-a nyilatkozott úgy, hogy egyáltalán nem volt szüksége egészségügyi ellátásra balesetét követően. Korcsoportok szerint a 15–17 évesek sérülései az esetek közel ötödében legalább 1 éjszakát is magában foglaló kórházi ellátást igényeltek. A 18–34 éves korcsoportban ennél jóval alacsonyabb ez az arány, a kor előrehaladtával viszont egyre növekszik az esélye a kórházi ellátást igénylő sérüléseknek. Az egészségügyi ellátást egyáltalán nem igénylő sérülések éppen ellenkező képet mutatnak: a fiatalokra ritkábban jellemző, hogy nincs szükségük egészségügyi ellátásra, a 18–34 évesek esetében fordul elő ez a leggyakrabban, az idősebb korosztályokban pedig egyre ritkábban.

2. tábla

A baleset következtében igénybe vett egészségügyi ellátások az ellátás típusa és korcsoport szerint, 2014

| Igénybevett egészségügyi ellátás                                  | Korcsoportok (%) |            |            |          | Együtt (%) |
|---|------------------|------------|------------|----------|------------|
|   | 15–17 éves       | 18–34 éves | 35–64 éves | 65+ éves |            |
| Legalább 1 éjszakát kórházban töltött                             | 18               | 12         | 14         | 26       | 17         |
| Kórházban látták el, de nem kellett egy éjszakát sem ott töltenie | 41               | 31         | 34         | 30       | 32         |
| Orvos, mentő, egészségügyi szakdolgozó látta el                   | 14               | 14         | 14         | 12       | 14         |
| Nem volt szüksége egészségügyi ellátásra                          | 27               | 43         | 38         | 31       | 37         |

<sup>50</sup> [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_ehis\\_ac1e&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_ac1e&lang=en)

Balesettípusok<sup>51</sup> szerint tekintve az igénybe vett egészségügyi ellátásokat látható, hogy az otthoni balesetek következtében töltötték a leggyakrabban, majdnem minden ötödik esetben legalább egy éjszakát kórházban a sérültek. A közúti közlekedési baleseteket nézve valamivel kisebb ez az arány, a szabadidős baleseteknél pedig a legalacsonyabb. Egészségügyi ellátást a közúti közlekedési balesetek okozta sérülések közel fele nem igényelt. Az otthoni balesetek esetében ez ritkábban fordult elő, és a szabadidős balesetek során szerzett sérülésekre volt a legkevésbé jellemző.

3. tábla

A baleset következményeként igénybe vett egészségügyi ellátások az ellátás típusa és balesettípus szerint

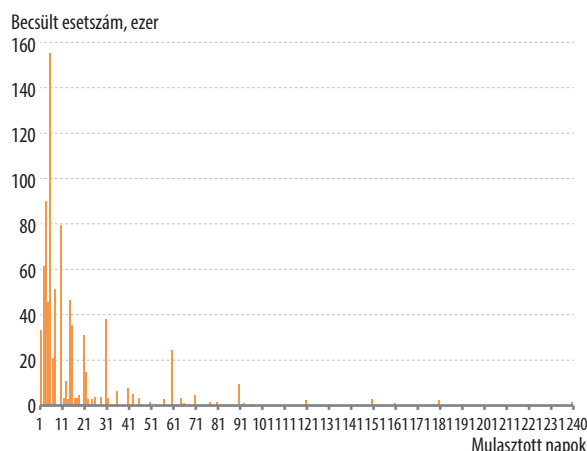
| Igénybevett egészségügyi ellátás                                  | 3. tábla (%)                 |                   |                      |                            |
|---|------------------------------|-------------------|----------------------|----------------------------|
|   | Közúti közlekedési balesetek | Otthoni balesetek | Szabadidős balesetek | Balesetet szenvedők együtt |
| Legalább 1 éjszakát kórházban töltött                             | 17                           | 18                | 13                   | 17                         |
| Kórházban látták el, de nem kellett egy éjszakát sem ott töltenie | 29                           | 32                | 35                   | 32                         |
| Orvos, mentő, egészségügyi szakdolgozó látta el                   | 9                            | 12                | 19                   | 14                         |
| Nem volt szüksége egészségügyi ellátásra                          | 45                           | 37                | 34                   | 37                         |

### 3.7 Munkahelyi hiányzás egészségi okokból<sup>52</sup>

A betegség vagy egészségi probléma nem csak a napi tevékenységekben és az önellátásban, hanem a munkavégzésben is akadályozza az egyént. A dolgozók több mint egyötöde – férfiak és nők hasonló arányban – hiányzott a munkahelyéről betegség miatt a felmérést megelőző 12 hónapban.

47. ábra

Munkahelyi hiányzás gyakorisága egészségi ok miatt az adatfelvételt megelőző 12 hónapban, 2014



<sup>51</sup> A többféle balesetet szenvedők esetében nem tudható, hogy melyik balesettípus következtében igénybe vett egészségügyi ellátásról nyilatkoztak a 22. kérdésnél, így ezek az adatok az egyféle balesetben megsérült személyek válaszai alapján készültek.

<sup>52</sup> AZ ELEF2014 23. kérdése alapján.

<sup>53</sup> Táppénz 2005–2013. KSH. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/tappenz13.pdf>, adatok: STADAT 2.5.3. tábla.

A betegség miatti tipikus munkahelyi hiányzás 3 vagy 5 nap hosszúságú, de a 10 nap (két hét) is gyakori. Az összes előfordulás kétharmada a 10 napos vagy annál rövidebb időtartamot jelölő kategóriába tartozik.

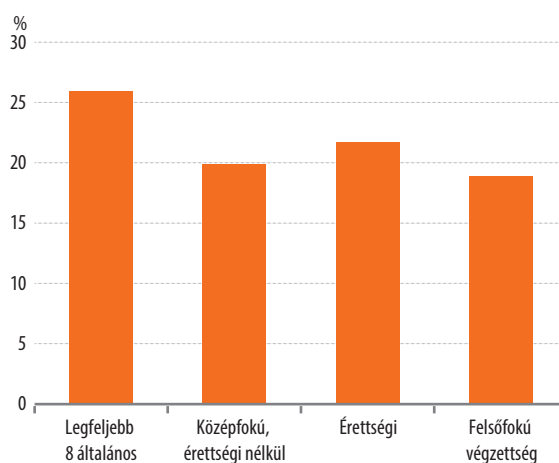
Az adatgyűjtést megelőző 7 napban a munkavállalók több mint 11%-a akkor is elment dolgozni, amikor valamilyen egészségproblémája fennállt, sőt 40%-uk azt állítja, hogy az egyáltalán nem befolyásolta a munkavégzésben. A fennmaradó 60% elismeri, hogy csökkent intenzitással tudott csak dolgozni.

Az alkalmazottak átlagosan 21%-ával fordult elő, hogy betegség miatt nem ment dolgozni, a vállalkozóknak mindössze 13%-a volt távol a munkától egészségi probléma miatt a felmérést megelőző évben. A dolgozók, akiknek munkakörülményei ezt lehetővé teszik betegszabadságot vagy táppénzt vesznek igénybe. Nem ritka az sem, hogy betegen is dolgoznak, és az sem, hogy a betegség idejére fizetett szabadságot vesznek ki a munkavállalók, a táppénzes esetek és a táppénzen töltött napok száma is jelentősen csökkent 2005 és 2013 között. A táppénzen lévő napok átlagos száma 102 ezerről 54 ezer főre, közel a felére esett vissza.<sup>53</sup>

A magasabb végzettségűek átlagosan kevesebbet mulasztanak a munkahelyükről betegség miatt, ugyanis magasabb presztízsű munkákat végeznek, amihez magasabb fizetés jár, és egészségi állapotuk is jobb. Már a korábbi egészségfelmérésekben is bebizonyosodott, hogy az egészségi állapot elsősorban az iskolai végzettséggel és az anyagi helyzettel mutat szoros összefüggést.

48. ábra

Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban egészségi ok miatt munkából hiányzók aránya iskolai végzettség szerint, 2014



A táppénz összegét jelentősen csökkentő szabályozások, a munka elvesztésétől való félelem, illetve a helyettesítés megoldatlansága miatt a dolgozók hajlamosabbak lehetnek a táppénzes állomány helyett rendes szabadságukat felhasz-

nálni, vagy betegen is munkába állni. Az OEP-hez beérkező szakmai visszajelzések alapján tartani lehet attól is, hogy a későn diagnosztizált és kezelt, ezáltal hosszan elhúzódó betegségek száma nő. Ugyanakkor a táppénz igénybevételét csökkentő tényező lehet természetesen a magyar lakosság általános egészségi állapotának javulása is.<sup>54</sup>

### 3.8 Mentális egészség<sup>55</sup>

A lakosság mentális egészségi állapotáról többek között a depresszióra utaló tünetek előfordulásának gyakorisága tájékoztató. A kérdéssor<sup>56</sup> a depresszió diagnosztizálásul szolgáló kilenc tünet közül nyolcat vizsgált, a felvételt megelőző két hétre vonatkozóan tudakolta a válaszadó kedélyállapotával kapcsolatos érzéseit (volt-e szomorú hangulata, érzett-e érdektelenséget, örömtelenséget, reménytelenséget, túlzott önbizalomhiányt, önvádat), továbbá, hogy voltak-e koncentrációs nehézségei, alvászavar vagy évszavara, küzdött-e fáradékonysággal, esetleg ellenkezőleg, túlzottan felpörgette-e magát.

A válaszok alapján elmondható, hogy a lakosság többségét leginkább a szomatikus tünetek viselik meg: 60%-uk panaszkodott arra, hogy a vizsgált időszakban legalább néhány napig fáradtnak, energiavesztettnek érezte magát, közel 10%-uk pedig majdnem mindennap küzdött a fáradékonysággal.

Gyakori probléma az alvászavar, az álmatlanság vagy az aluszékonyság a lakosság közel negyzedét érinti, tizedük majdnem mindennap szenved emiatt, a mindennapos alvásproblémával élők hattizede nő.

Évszavar, étvágytalanság vagy falánkság kisebb mértékben okoz problémát, a népesség 15%-ának vannak ilyen jellegű panaszai.

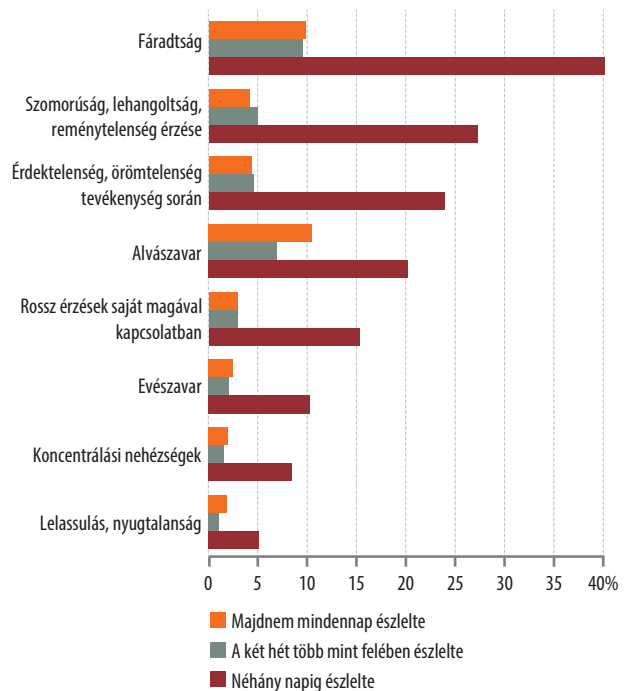
Viselkedésben megnyilvánuló tünetek, lassúság, esetleg nyugtalanság a lakosság 8, a koncentrációs nehézség 12%-át zavarta minimum néhány napon keresztül a felvételt megelőző két hétben.

A népesség több mint harmada számolt be arról, hogy negatív, depresszív érzéseket tapasztalt a kérdezett időszakban: körülbelül minden harmadik ember érezte magát lehangoltnak, szomorúnak vagy helyzetét reménytelennek, illetve tevékenységeit érdektelennek, örömtelennek. Magára minden ötödik ember gondolt úgy a felvételt megelőző legalább néhány alkalommal, hogy sikertelen, csalódást okoz magának, családjának. Ezek az érzelmi tünetek gyakrabban jelennek meg a nőknél, aminek következtében azoknak, akik a felvételt megelőző két hét minden napján lehangoltak, szomorúak voltak a 64%-a nő. A kérdéssor alapján képzett, a depresszió meglétét, illetve a tünetek súlyosságát mérő mutatók szerint a népesség negyedénél (26%), a férfiak 20, a nők 30%-ánál figyelhetők meg depressziós tünetek.

A depressziós tünetek bármely mértékével küzdők nagyobb része (63%) nő. Enyhe formában jelentkeznek a betegség az érintett férfiak és nők héttizedénél.

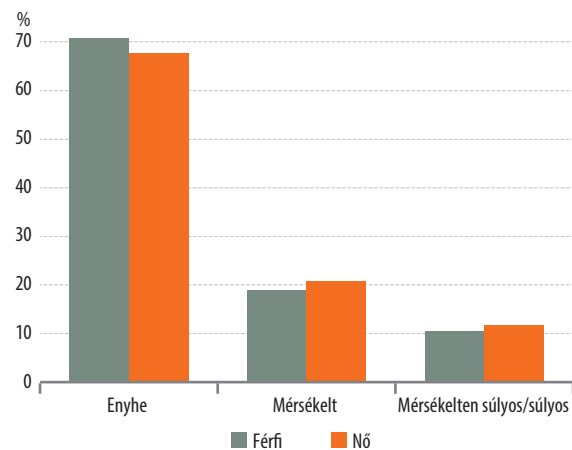
49. ábra

A depressziós tünetek prevalenciája a felvételt megelőző két hétben, 2014



50. ábra

A depressziós tüneteket mutatók megoszlása a tünetek súlyossága és nem szerint, 2014



A népesség 3,5%-a major (súlyos) depresszió jeleit mutatja. Ez az arány egybecseng a hivatalosan, orvos által diagnosztizált betegek arányával (4%).<sup>57</sup>

<sup>54</sup> Táppénz 2005–2013. KSH. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/tappenz13.pdf>

<sup>55</sup> Az ELEF2014-kérdőív 43. és 72. kérdése alapján.

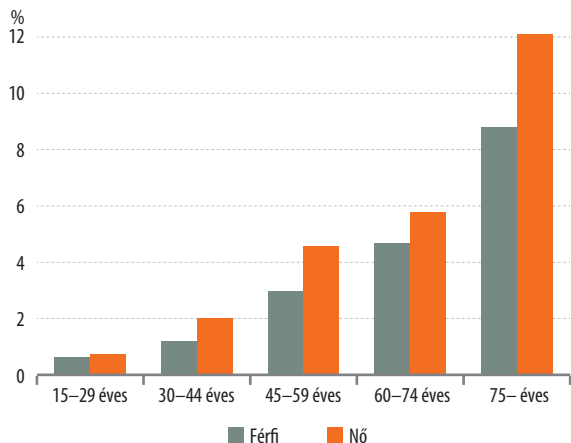
<sup>56</sup> A PHQ-8-kérdésközpontot a Stanford Patient Education Research Center alakította ki. <http://patienteducation.stanford.edu/research/phq.pdf>

<sup>57</sup> A kérdőív is ugyanazokra a tünetekre kérdez rá, mint amiket a betegség diagnosztizálása során vizsgálnak. A kérdésközpontokra adott válaszok alapján kialakított általános depressziós mutató képzése is alkalmazkodik az orvosi gyakorlathoz, vagyis akkor tekinthető valaki (súlyosan) depressziósnak, ha a megkérdezett nyolc tünet közül minimum öt – bizonyos tünetek mindenképp – legalább két hétig jelen van. A hivatalos diagnosztika az öngyilkossági hajlamot is hozzáveszi, erre azonban a felvétel a kérdés érzékenysége miatt nem tért ki.

A depresszió legsúlyosabb formája is elsősorban a nőket veszélyezteti, (4,3%), a férfiak közül 2,6%-ot érint. Az érintettek kétharmada (65%) nő.

51. ábra

A súlyos depressziós tünetek prevalenciája nem és korcsoport szerint, 2014



A legfiatalabbakat még közel azonos arányban sújtja a betegség nemek szerinti összevetésben, 30 éves kortól figyelhető meg a nők túlsúlya, a 45-59 évesek között pedig már másfélszer több a súlyosan depressziós nő, mint a férfi. Összességében az életkor növekedésével mind a nők, mind a férfiak esélye növekszik a betegség kialakulására, amely a legidősebbek körében a leggyakoribb, a 74 éven felüliek több mint tizede súlyosan depressziós, feleannyian a 60-74 évesek, az ennél fiatalabb korcsoportot az átlag körüli arányban érinti a betegség.

Az anyagi körülmények és az iskolázottság összefügg a mentális egészségi állapottal is, a depresszióra való hajlam az átlagosnál nagyobb arányban fordul elő az alacsony iskolai végzettségűeknél és a kedvezőtlen anyagi helyzetben levőknek: a legfeljebb 8 osztályt végzettek közül ötször annyian mutatják a súlyos depresszió tüneteit, mint a diplomások közül, illetve a legkevesebb bevételből élők több mint tízszer nagyobb eséllyel válnak súlyosan depresszióssá, mint a leggazdagabbak.

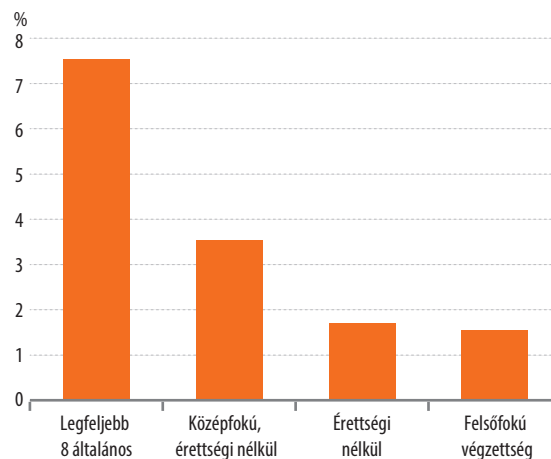
Számos kutatás<sup>58</sup> rámutatott, hogy a házasságnak, élettársi kapcsolatnak egészségvédő hatása van, ezt erősítik a felvétel depresszióra vonatkozó adatai is: az egyedülállók közül csaknem kétszer többen depressziósok, mint a kap-

csolatban élők közül. Különösen a férfiak esetében igaz a megállapítás, az egyedülálló férfiak háromszor nagyobb eséllyel lesznek betegek, mint a kapcsolatban élő társaik.

A felmérés adatai továbbá azt mutatják, hogy az étellel való elégedettség, elégedetlenség mértéke is befolyással lehet a betegség kialakulására: súlyosan depressziós azoknak a harmada, akik saját bevallásuk szerint nem vagy kevésbé elégedettek életükkel.

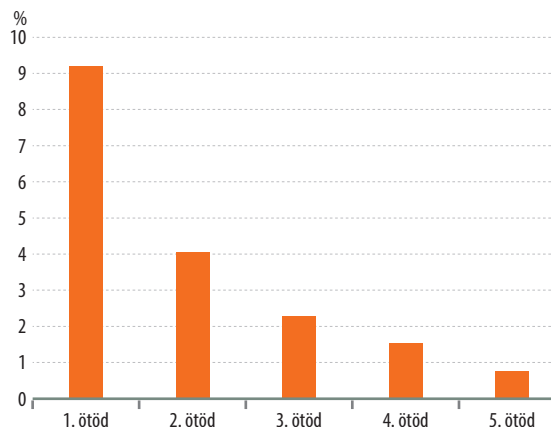
52. ábra

A súlyos depressziós tünetek prevalenciája iskolai végzettség szerint, 2014



53. ábra

A súlyos depressziós tünetek prevalenciája jövedelem-kategória szerint, 2014



<sup>58</sup> Magyarországon főként Kopp Mária és munkatársai kutatásai.

# 4. AZ EGÉSZSÉGET BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

## 4.1 Egészségmagatartás

Az 1974-ben megjelent Lalonde-jelentés<sup>59</sup> óta egyre inkább tudatosul, hogy egészségünk alakításáért nagy részben mi magunk vagyunk felelősek, hiszen egészségmagatartásunk, káros vagy éppen hasznos életmódbeli szokásaink számos betegség kialakulásához vagy megelőzéséhez hozzájárulhatnak. Az egészségmagatartás hatással van a halálozások alakulására, azok okaira és a főbb megbetegedésekre, beleértve a betegségek kialakulását, illetve előrehaladását, a kezelések hatékonyságát és az életminőséget.<sup>60</sup> Ma már egyértelműnek tűnik, hogy a leggyakoribb betegségek jelentős része visszaszorítható az egészségmagatartás változtatásával.<sup>61</sup>

Az egészségmagatartásnak többféle definíciója létezik. Gochman<sup>62</sup> mindazon magatartási mintákat, cselekvéseket és szokásokat érti alatta, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, az egészség helyreállításához vagy javításához.

Becker<sup>63</sup> az egészségmagatartást az egészségünk érdekében végrehajtott cselekvésekként definiálja, amelyeket a tudás, az attitűdök, a gyakorlatok, normák, elérhető választási lehetőségek, illetve az adott szituáció kontextusa befolyásol. Az egészségmagatartás hozzájárulhat a jó egészség megőrzéséhez vagy fejlesztéséhez, ugyanakkor betegségekhez is vezethet.

Az egészségmagatartást értelmezhetjük egészséggel kapcsolatos, illetve egészségre irányuló magatartásként.<sup>64</sup> Az előbbi általában nem tudatosan az egészségre irányul, de nem szándékolt következményként az egészségi állapotra is hatással van, az utóbbi pedig minden esetben célzottan az egészség fenntartását vagy javítását hivatott elősegíteni – ha például valaki csak azért gyalogol naponta fél órát a munkahelyére, mert nincs autója, a testmozgás akkor is ugyanolyan jótékonyan hathat az egészségére, mintha azért gyalogolna, mert az általa áttanulmányozott orvosi szakirodalom szerint ezzel csökkentheti számos betegség kialakulásának valószínűségét.

Az ELEF2014 kérdőívében az egészségmagatartás számtalan tényezője közül az egészségtudatosságot, a táplálkozást, a testmozgást, a tápláltságot, a dohányzást és az alkoholfogyasztást vizsgáltuk.

### 4.1.1 Egészségtudatosság<sup>65</sup>

Az egészségmagatartás egyik fontos tényezője az egészségtudatosság, azaz hogy az emberek mennyire érzik saját felelősségüket egészségi állapotukkal, életmódjukkal kapcsolo-

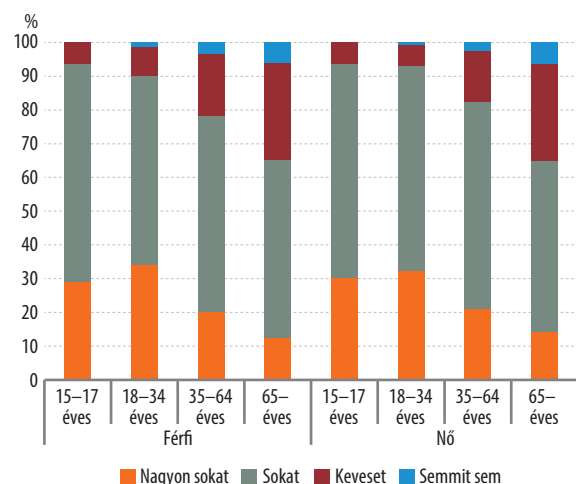
latosan, hogyan vélekednek arról, hogy mennyit tehetnek saját egészségükért.

Összességében a felnőtt magyar lakosság négyötöde úgy gondolja, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet egészségéért, és mindössze 3% az, aki azt juttatta kifejezésre, hogy semmit sem tud tenni a saját egészségéért. Természetesen az egyes társadalmi csoportok között nagy eltérések figyelhetők meg ennek a kérdésnek a megítélésében is.

Minél fiatalabb, illetve minél magasabb az iskolai végzettsége valakinek, annál nagyobb valószínűséggel tartozik az optimisták csoportjába. A 35 év alattiaknál még szinte kivétel nélkül mindenki bízik a saját erőfeszítései egészség-re gyakorolt hatásában, a nyugdíjas korosztályban viszont már csak az emberek kétharmada – nemek szerint nincs jelentős különbség ebből a szempontból.

54. ábra

Mennyit tehet egészségéért nem és korcsoport szerint, 2014



A 2009-es felmérés óta megfigyelhető némi javulás, különösen a nők körében: 2009-ben még csak 74%-uk gondolta azt, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet egészségéért, 2014-ben már 81%. A férfiaknak változatlanul négyötöde vélekedett így.

Az iskolázottság is összefüggésben áll az egészségtudatossággal: míg a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzetek kétharmada véli úgy, hogy maga is felelős az egészségéért, a diplomásoknak már több mint kilenczete. A legalacsonyabban iskolázottaknál 7, míg a legmagasabban iskolázottaknál kevesebb mint 1% azok aránya, akik szerint semmit sem tehetnek az egészségükért.

<sup>59</sup> Lalonde, M.: A new Perspective on the Health of Canadians. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> (1974)

<sup>60</sup> Fisher, E. B., Fitzgibbon, M. L., Glasgow, R. E. et al.: Behavior Matters. In: Am J Prev Med, 2011. 40 (5). p. 15- 30.

<sup>61</sup> Alwan, A., Maclean, D. R., Riley, L. M. et al.: Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. In: Lancet. 2010, 376 (9755). p. 1861-8.

<sup>62</sup> Gochman, D. S. (szerk.): Handbook of Health Behavior Research. New York: Plenum Press, 1997.

<sup>63</sup> Becker M. H. (szerk.): The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Thorofare: Slack, 2002.

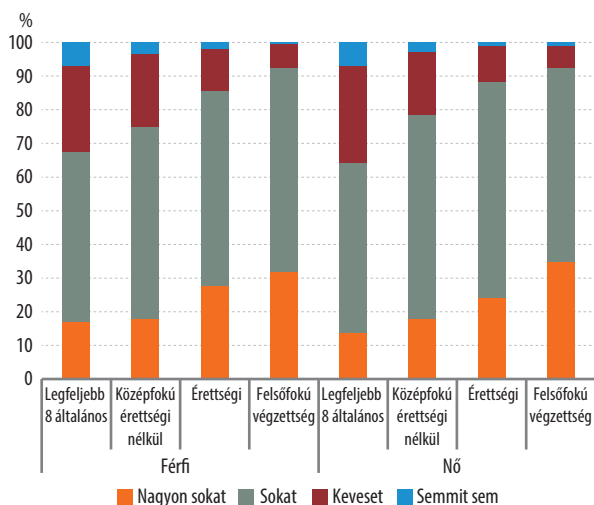
<sup>64</sup> Glanz, K., Maddock, J.: Behavior, Health-Related. Encyclopedia of Public Health. [http://www.encyclopedia.com/topic/Health\\_behavior.aspx](http://www.encyclopedia.com/topic/Health_behavior.aspx) (2002)

<sup>65</sup> Az ELEF2014-kérdőív 14. kérdés alapján.



55. ábra

Mennyit tehet egészségéért nem és iskolázottság szerint, 2014



A jövedelemnek is van szerepe az egészségtudatosság szempontjából: a legalacsonyabb bevétellel rendelkezőknek csak kevesebb mint kétharmada vélte úgy, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet az egészségéért, a legmagasabb jövedelmi ötödben viszont 92% volt ez az arány.

Regionális eltérések is megfigyelhetők, mégpedig a két nemnél kismértékben különböző módon. A férfiaknál a legkisebb és a legnagyobb egészségtudatossággal jellemezhető régió különbsége 18 százalékpont, Észak-Magyarországon 68, míg Nyugat-Dunántúlon 84% vallotta azt, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet az egészségéért. A nőknél 10 százalékpont a különbség a két szélsőérték között, Dél-Dunántúlon 74, Közép-Magyarországon 84%.

#### 4.1.2 Táplálkozás<sup>66</sup>

Az egészséget közvetlenül befolyásoló életmódbeli tényezők közé tartozik a táplálkozás. Az életmód és a táplálkozási minták, szokások napjainkban igen gyakori változásokon mennek keresztül. Az iparosodás, az urbanizáció, a gazdasági fejlődés és a piacok globalizációja egyre gyorsítja a változások ütemét. Az átalakulás pozitívumai, hogy általánosságban növekedett az életszínvonal és javult a szolgáltatásokhoz való hozzáférés, ugyanakkor a változásoknak hátulütői is vannak: a fizikai aktivitás csökkenése és a nem megfelelő tápanyagbevitel könnyen elősegítheti bizonyos krónikus betegségek kialakulását. Világszerte problémát okoz az energiadús, zsírban (főleg telített zsírsavakban) gazdag, és komplex szénhidrátokban szegény táplálkozás, ami a fizikai tevékenységek háttérbe szorulásával, alacsonyabb energiafelhasználással párosul. Mindezek következtében a fejlett és a fejlődő országokban egyaránt jelentősen emelkedik a túlsúlyosság, a cukorbetegség, a szív- és érrendszeri betegségek, a magas vérnyomás, a stroke, a daganatos betegségek, a csontritkulás, a szájüregi és fogászati megbetegedések előfordulása, ami hozzájárul a korai halálozás,

<sup>66</sup> Az ELEF2014-kérdőív 84–91. kérdése alapján.

<sup>67</sup> World Health Organization: Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Scientific background papers of the joint WHO/FAO expert consultation, Geneva, 28 January – 1 February 2002. In: Public Health Nutrition. 2004. Vol. 7, No. 1(A), Supplement 1001.

illetve az egészségproblémákból fakadó akadályozottság növekvő terheihez.<sup>67</sup>

#### Diéta

A magyar lakosság 18%-a követ valamilyen diétát a táplálkozása során. A diétázók között valamivel magasabb arányban vannak nők (21%), mint férfiak (15%). Az életkor is erős befolyásoló tényező: az idősek negyede (a férfiak 22, a nők 28%-a) diétázik, míg a fiatalok közül csak minden nyolcadik.

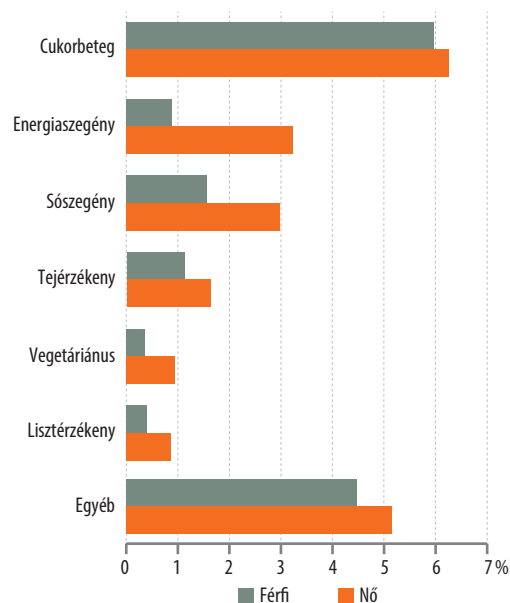
Legmagasabb arányban a cukorbeteg- (6%), valamint a só-, illetve energiaszegény diétát (2–2%) jelölték meg a válaszolók. Meg kell említenünk azt is, hogy azoknak, akik cukorbetegségben szenvednek, csak kétharmada tart cukorbeteg-diétát. A teljes lakosság cukorfogyasztási szokásainak ugyan csak egy kis részletét mutatja be, de azért sokatmondó indikátor, hogy ki hány teáskanál cukrot ad hozzá átlagosan naponta ételekhez, italokhoz, (például teához, kávéhoz, limonádéhoz, a reggeli gabonapehelyhez, tejhez, tejtermékekhez, tésztahoz, gyümölcshöz). A felnőtt népesség harmada állítja, hogy mellőzi a hozzáadott cukrot, 60% naponta összesen 1–4 teáskanálnyi cukrot fogyaszt, míg 8% mindennap legalább 5 teáskanálnyi cukorral ízesíti táplálékát.

A sószegény diéta ellenpólusaként az is megfigyelhető, hogy a lakosság tizede anélkül, hogy megkóstolná, mindig vagy legalábbis gyakran megsózja az ételt, mielőtt fogyasztani kezdi, és ebben a tekintetben nincs lényeges eltérés a két nem vagy éppen az életkori csoportok között.

A táplálékallergiák, például a tej- és a lisztérzékenység említése a közbeszédben egyre gyakoribb, ugyanakkor laktózmentes diétát a lakosság 1, míg gluténmentes diétát csak 0,6%-uk tart. Az állati eredetű táplálékot – saját bevallása szerint – csak 0,7%-uk mellőzi étkezései során.

56. ábra

A diétát követők aránya a diéta típusa és nem szerint, 2014



**Zöldség- és gyümölcsfogyasztás**

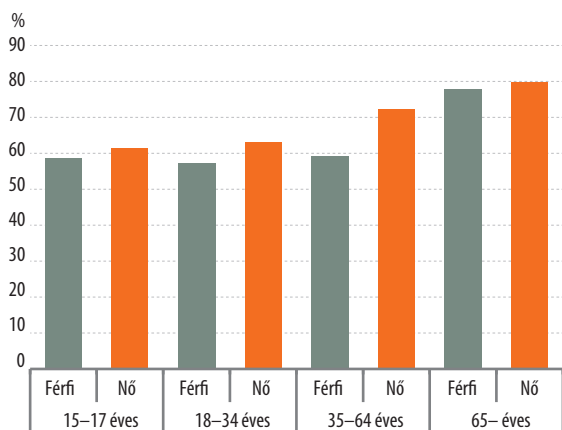
A táplálkozási ajánlások időnként változnak, de abban általánosan az egyetértés, hogy a zöldség- és gyümölcsfogyasztás rendkívül fontos az egészségmegőrzés szempontjából. Kutatások szerint a napi szintű fogyasztás szignifikánsan csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek előfordulását, az ilyen okok miatti halálozás kockázatát.<sup>68</sup> Ez az összefüggés az idősek körében fokozottan érvényes.<sup>69</sup>

A felnőtt lakosság kétharmada (a nők 72, a férfiak 62%-a) naponta legalább egyszer eszik friss zöldséget, gyümölcsöt. Ez némi csökkenést mutat a 2009-ben mért eredményekhez viszonyítva, mert akkor a nők 78, a férfiak 67%-a fogyasztott napi rendszerességgel zöldségfélét vagy gyümölcsöt.

2014-ben, hasonlóan a 2009-es adatokhoz, a fogyasztási gyakoriság a legidősebb korosztályban a legmagasabb: ötből négy 65 éves és idősebb iktatja be napi étrendjébe a zöldséget vagy gyümölcsöt. A fiataloknak viszont csak hattizede tartozik a rendszeres zöldség- és gyümölcsfogyasztók közé. Az életkori csoportok közötti eltérés különbözik a nemeknél: a nők esetében már a középkorúak között is jelentősen magasabb (72%) a fogyasztási gyakoriság, mint a fiatalabbaknál (61%), a középkorú férfiak viszont a fiatalokkal nagyjából megegyező arányban (57–59%) esznek naponta zöldségfélét, emelkedés csak az időseknél (78%) figyelhető meg.

57. ábra

A naponta zöldséget vagy gyümölcsöt fogyasztók aránya nem és korcsoport szerint, 2014



A gyümölcsfogyasztás népszerűbbnek számít a zöldségek fogyasztásánál: a népesség 59%-a eszik naponta gyümölcsöt (28% naponta többször is), míg zöldségfélét mindössze 46% (és csak 17% esetében fordul elő, hogy naponta többször).

A zöldség-, gyümölcsfogyasztás gyakorisága szorosan összefügg az iskolai végzettség szintjével is: a legfeljebb

nyolc általános iskolai osztályt végzeteknek csak hattizede, a diplomásoknak viszont már háromnegyede eszik naponta zöldséget, gyümölcsöt.

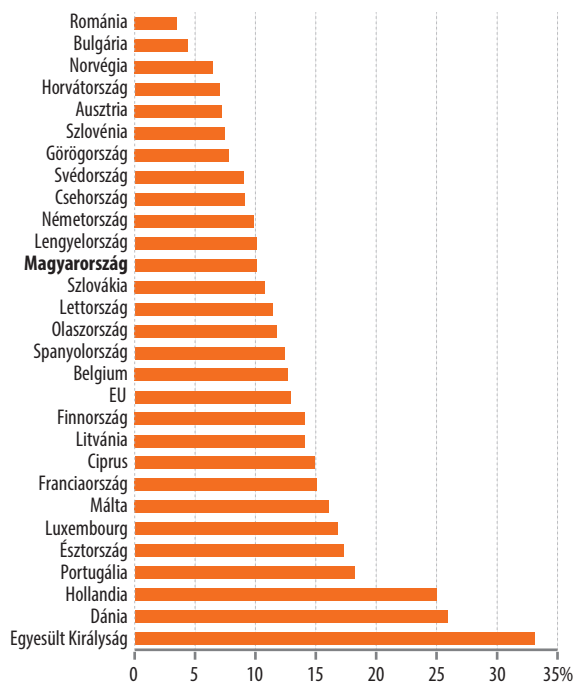
Az anyagi helyzet szintén hatással van a táplálkozási szokásokra: a legrosszabb anyagi helyzetben lévőknek csak 57, míg a legmagasabb bevétellel rendelkezőknek 71%-a fogyaszt napi rendszerességgel zöldséget, gyümölcsöt.

Regionális eltérések is tapasztalhatók ezen a téren: a férfiak közül leginkább a Dél-Dunántúlon élők fogyasztanak rendszeresen gyümölcsöt, zöldséget (68%), a nők közül pedig Közép-Magyarországon (77%), míg az ellenpólust a közép-dunántúli és az észak-alföldi férfiak (57%), illetve a nyugat-dunántúli és észak-alföldi nők (67–68%) jelentik.

Nemzetközi összehasonlításban<sup>70</sup> azt láthatjuk, hogy a napi szintű zöldség- és gyümölcsfogyasztásban Magyarország a 28 EU-tagállamból a 12. helyen áll. A legnagyobb arányban, a lakosság 88%-a Belgiumban eszik minden nap friss zöldséget, gyümölcsöt, míg a legkisebb arányban a lakosság 35%-a Romániában. A táplálkozási ajánlásoknak megfelelő napi öt vagy több adag<sup>71</sup> gyümölcs fogyasztásával hátrébb kerülünk a rangsorban, itt már az EU-átlag (14%) alatt teljesítünk (10%). A legtöbben az Egyesült Királyság lakói közül fogadják meg a dietetikusok ajánlását (33%), Románia itt is az utolsó helyen áll (3,5%).

58. ábra

A naponta legalább 5 adag zöldséget vagy gyümölcsöt fogyasztók aránya a 2014 körüli években\*



Forrás: Eurostat Database EHIS2014, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

\*Lásd 31. ábra lábjegyzetét.

<sup>68</sup> Wang, X.; Ouyang, Y.; Liu, J.; Zhu, M.; Zhao, G.; Bao, W.; Hu, F. B.: Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ*, 2014. 349:g4490, illetve Letois F., Mura T., Scali J., Gutierrez L.-A., Féart, C., Berr, C.: Nutrition and mortality in the elderly over 10 years of follow-up. *The Three-City study*. In: *British Journal of Nutrition*, 116(5), 2016. p. 882–889.

<sup>69</sup> Shi, Z., Zhang, T., Byle, J., Martin, S., Avery, J. C., Taylor, A. W.: Food Habits, Lifestyle Factors and Mortality among Oldest Old Chinese. In: *The Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS) Nutrients*. 2015. 7. p. 7562–7579.

<sup>70</sup> Az EHIS2014 alapján készült a nemzetközi összehasonlítás, amely Magyarországon ELEF2014 néven valósult meg.

<sup>71</sup> Egy adag zöldség/gyümölcs=80 gramm, kb. egy maréknyi.

### Néhány egészséges, illetve egészségtelen táplálék fogyasztási gyakorisága

Az ELEF2014 kérdőívében a zöldség-gyümölcs mellett még néhány konkrét tápláléktípus fogyasztási gyakoriságára is rákérdeztünk. Az egészséges táplálékok közül a teljes kiőrlésű pékáru és a hal, míg az egészségtelen ételek, illetve italok közül az édességek, a sós rágcálnivalók, a cukrozott üdítőitalok és az energiatalok szerepeltek a kérdőívben.

Teljes kiőrlésű vagy Graham-kenyeret, pékárut a lakosság negyztizede egyáltalán nem fogyaszt, míg a nők csaknem harmadánál, a férfiak bő ötödénél kerül napi rendszerességgel az asztalra. A 18 év alattiak, illetve a 65 éves és idősebbek valamivel elutasítóbbak ezzel az ételfajttal szemben, mint a közbeeső korosztályok. Az iskolai végzettség is befolyásolja a hozzáállást: a felsőfokú végzettségűek 37, míg az alacsony végzettségűek csak 20%-a eszik naponta ilyen pékárut. Közép-Magyarországon és Közép-Dunántúlon a lakosság harmada, Észak-Alföldön és Észak-Magyarországon viszont kevesebb mint negyede fogyaszt naponta egészséges péksüteményeket. Az anyagi helyzet szintén fontos meghatározó tényező: a legmagasabb jövedelemmel rendelkezők csak 30%-a állítja, hogy soha nem eszik teljes kiőrlésű pékárut, míg a legalacsonyabb jövedelműek 55%-a.

A másik egészséges táplálék, a hal, illetve halkonzerv rendszeres fogyasztása valamivel gyakoribb a férfiak, mint a nők körében: a férfiak 26, a nők 21%-a eszik legalább hetente egyszer<sup>72</sup> halat. Míg az alacsony végzettségűek csak 14%-a, addig a diplomások harmada fogyaszt heti gyakorisággal halat. Ugyancsak fontos a jövedelmi helyzet: a legalsó jövedelmi ötödbe tartozók 15%-a tartozik a heti halfogyasztók közé, míg a legfelső jövedelmi ötöd tagjainak a 31%-a. Földrajzi régiók szerint a legkevesebb halat a dél-alföldiek eszik, míg a közép-magyarországiak a legtöbbet (hetente 17, illetve 29%).

Az egészség szempontjából előnytelen ételek és italok fogyasztásáról elmondható, hogy az édességek és a sós rágcálnivalók nassolásában nincs számottevő különbség a két nem között: a lakosság ötöde naponta eszik valamilyen édességet, több mint tizede pedig sós ropogtatnivalót. Az édességek a legfiatalabb, 15–17 éves korcsoportban a legnépszerűbbek (41% napi szinten eszik cukorkát, csokoládét vagy süteményt), a 18–34 év közöttieknek már csak negyede, a náluk idősebbeknek pedig csupán kevesebb mint ötöde fogyaszt minden nap édességet. A sós rágcálnivalók is legkevésbé az idősek körében kapósa: 28%-uk soha nem fogyaszt ilyesmit, szemben a 35 év alattiak 8%-ával. Iskolai végzettség szempontjából a legfeljebb nyolc osztályt végzetek fogyasztanak lényegesen több édességet a többi csoporthoz viszonyítva (28, illetve 19–21%), míg a sós csemegéknél a fogyasztási gyakoriság folyamatosan csökken iskolai végzettség szerint, a diplomások kevesebb mint fele akkora arányban (7%) eszik naponta sós rágcálnivalót, mint a csak általános iskolát végzetek (17%). Földrajzi régiók szerint a dél-dunántúliak fogyasztanak legnagyobb arányban napi szinten édességet (28%), illetve sós rágcálnivalót (16%), míg legalacsonyabb arányban Közép- és Nyugat-Dunántúlon (édesség: 18%, sós enivalók: 9%).

<sup>72</sup> A többi itt vizsgált táplálékkal szemben a hal, halkonzerv fogyasztásánál a heti, nem pedig a napi fogyasztási gyakoriságot vettük alapul.

<sup>73</sup> Az ELEF2014-kérdőív 76–83. kérdése alapján.

<sup>74</sup> Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. In: U.S. Department of Health and Human Services. Washington D. C.: 2008.

A cukros üdítők, illetve az energiatalok fogyasztása valamivel magasabb arányban jellemző a férfiakra, mint a nőkre: a férfiak ötöde, a nők nyolcada iszik mindennap hozzáadott cukrokat tartalmazó italokat. Az energiatalt fogyasztók aránya viszonylag alacsony, de még így is minden huszadik férfi és minden ötvenedik nő napi rendszerességgel iszik ilyen készítményeket. Az iskolai végzettség fontos befolyásoló tényező: a legalacsonyabb végzettségűek több mint háromszor akkora arányban isznak naponta üdítőitalokat, illetve energiatalokat, mint a diplomás társaik (24, illetve 8% az üdítőknél, valamint 5, illetve 1% az energiataloknál). Mindkét innivalótípust inkább a fiatalok kedvelik: a 15–17 évesek csaknem harmada, a 18–34 év közöttiek negyede iszik naponta cukros innivalókat, a nyugdíjas korúaknak viszont csak 7%-a. Az energiataloknál még nagyobb a különbség: a napi fogyasztás a 65 éves és idősebbek körében elenyésző (0,1%), míg a 15–17 évesek közül minden tizedik iszik napi rendszerességgel.

4. tábla

Egyes táplálékfajták fogyasztási gyakorisága nem szerint, 2014

| Táplálékfajta, nem szerint |       | Gyakoriság (%) |         |         |                         |      |
|----------------------------|-------|----------------|---------|---------|-------------------------|------|
|                            |       | naponta        | hetente | havonta | ritkábban, mint havonta | soha |
| Teljes kiőrlésű pékáru     | férfi | 23             | 15      | 7       | 4                       | 48   |
|                            | nő    | 31             | 19      | 8       | 6                       | 36   |
| Hal                        | férfi | 2              | 24      | 38      | 24                      | 11   |
|                            | nő    | 1              | 21      | 37      | 27                      | 15   |
| Édesség                    | férfi | 23             | 41      | 18      | 9                       | 10   |
|                            | nő    | 21             | 40      | 18      | 10                      | 11   |
| Sós rágcálnivaló           | férfi | 12             | 39      | 20      | 13                      | 16   |
|                            | nő    | 11             | 34      | 23      | 15                      | 18   |
| Cukros üdítőital           | férfi | 20             | 21      | 13      | 11                      | 35   |
|                            | nő    | 12             | 15      | 13      | 14                      | 45   |
| Energiaital                | férfi | 5              | 8       | 7       | 8                       | 72   |
|                            | nő    | 2              | 4       | 4       | 6                       | 85   |

#### 4.1.3 Testmozgás<sup>73</sup>

A testmozgás pozitív szerepe az egészségi állapotra a laikusok által is ismert, de tudományos bizonyítékok is alátámasztják, hogy mind az izom- és csontrendszerre, mind a szív- és érrendszerre, a légzőrendszerre és az endokrinrendszerre jótékonyan hat a megfelelő mennyiségű és minőségű fizikai aktivitás. A testmozgás csökkenti a korai halálozást, a szív- és érrendszeri megbetegedéseket, a magas vérnyomást, a vastagbélrák és a cukorbetegség esélyét, emellett a lelki egészségre is pozitívan hat.<sup>74</sup>

A világon az összhalálozás mintegy 10%-áért, vagyis nagyjából évi egymillió halálesetért a fizikai inaktivitás következtében kialakuló betegségek felelősek.<sup>75</sup> Becslések szerint a koronária szívbetegségek 5, a 2-es típusú cukorbetegség 7, az emlőrák 9 és a végbélrák 10%-ának kialakulása mögött a testmozgás hiánya áll.<sup>76</sup>

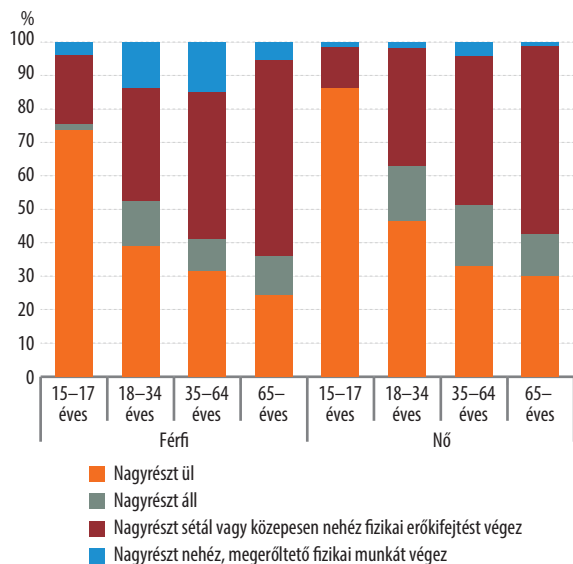
A szolgáltató szektor elöretörésével, az ipari és mezőgazdasági termelés gépesítésével, automatizálásával a fizikai munkakörök háttérbe szorultak, az ülő életmód egyre inkább terjed. A munka során kifejtett fizikai aktivitás hiányát a szabadidős sporttal lehetne pótolni, de az aktív pihenés helyett inkább a passzív időtöltések jellemzik az emberek mindennapjainak többségét. Egyes felmérések szerint az európai felnőttek mintegy harmada fizikailag inaktívnak tekinthető.<sup>77</sup> A 2009–2010-ben Magyarországon végzett időmérleg-felvétel szerint a 10–84 év közötti lakosok naponként átlagosan 139 percet töltenek tévénézéssel, ugyanakkor csak 7 perc jut a sportolásra.<sup>78</sup>

**Munkavégzés során jellemző fizikai tevékenység**

Az ELEF2014 adatai szerint a munkavégzés során, amely alatt nemcsak a háztartáson kívüli munkahelyen végzett tevékenység, hanem például az otthoni házimunka vagy a kerti tevékenykedés is értendő, a teljes felnőtt népesség csaknem fele ül vagy áll. 41% jobbra sétál, vagy közepesen erős fizikai erőfeszítést végez, 7% végez megerőltető fizikai munkát, a többiek (6%) pedig saját bevallásuk szerint nem végeznek semmilyen munkát.

59. ábra

Fizikai aktivitás a munkavégzés során nem és korcsoport szerint, 2014



Ha csak azokat vizsgáljuk, akik végeznek valamilyen munkát, akkor azt látjuk, hogy az ülőmunka inkább a fiatalokra jellemző – értelemszerűen a 15–17 évesek döntő többsége az iskolapadban tölti a napjait –, de a 18–34 évesek

nagy része is sok időt tölt üléssel, akár felsőfokú tanulmányai, akár irodai jellegű munkája miatt. A kimondottan nehéz fizikai munka inkább a férfiakra jellemző, ezen belül is a 18–64 éves aktív korosztályra (15%), a nők között az ebből a szempontból leginkább leterhelt 35–64 éveseknek is csak 4%-a végez megerőltető fizikai munkát.

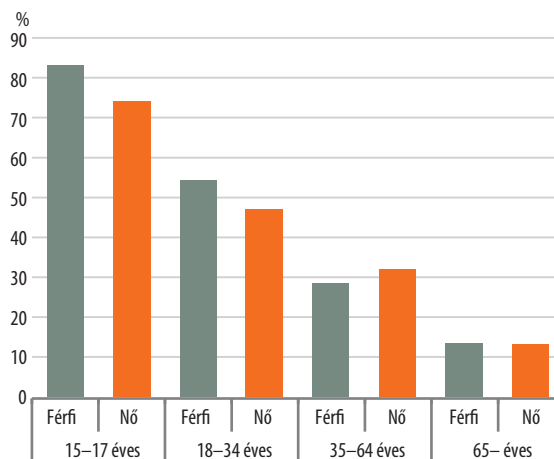
Az ülőmunka a diplomások körében (54%), a nehéz fizikai munka pedig a szakmunkás végzettségűek körében (15%) a leggyakoribb.

**Sportolás**

A munkavégzésen túl, a szabadidős testmozgást vizsgálva megállapítható, hogy a felnőtt népesség harmada végez legalább heti rendszerességgel valamilyen sporttevékenységet. A korcsoportok mentén előrehaladva természetesen egyre alacsonyabb a sportolók aránya: a 15–17 év közöttieknek négyötöde, a 65 éves és idősebbek közül viszont csak minden hetedik sportol. A nők és a férfiak közötti különbség e tekintetben összességében nem számottevő, de a 18–34 éves férfiak nagyobb aktivitása statisztikailag is igazolható.

60. ábra

Sportolók aránya nem és korcsoport szerint, 2014



A sportolás valószínűsége az iskolai végzettség szintjével összefügg: a diplomásoknak több mint fele sportol mindkét nem esetében, az alacsonyabb iskolai végzettségűek azonban ennél kisebb arányban. A nőknél az iskolai végzettség emelkedésével párhuzamosan növekedik a sportolási kedv: a legfeljebb 8 általánost végzettek 19, a szakmunkások 21, az érettségizettek 36 és a diplomások 53%-a sportol. A férfiaknál a legalacsonyabb végzettségűek nagyobb gyakorisággal sportolnak, mint a szakmunkások (32, illetve 22%), de az érettségizett és a diplomás férfiaknál (42 és 52%) egyaránt magasabb ez az érték.

Szintén jelentős befolyásoló tényező az anyagi helyzet: minél tehetősebb valaki, annál valószínűbb, hogy sportol. A legfelső jövedelmi ötödbe tartozók 52, a legalacsonyabb bevételűeknek viszont csak a 19%-a.

<sup>75</sup> Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025. World Health Organization Regional Office for Europe: 2016  
<sup>76</sup> Lee I. M., Shiroma E. J., Lobelo F., Puska P., Blair S. N., Katzmarzyk P.T.: Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. In: Lancet, 2012, 380 (9838). p. 219–229.  
<sup>77</sup> Sport and physical activity report. Special Eurobarometer 412. Brussels: European Commission, Directorate-General for Education and Culture, 2014.  
<sup>78</sup> Időmérleg 2009/2010. Összefoglaló adattár. Budapest: KSH, 2012.

Régiók szerint Közép-Magyarországon sportolnak a legtöbben (39%), míg a legkevesebben Dél-Dunántúlon és Dél-Alföldön (29%).

A sportolás egy héten belüli gyakorisága is életkorfüggő. Az összes 15–17 éves negyede heti ötször, 12%-a pedig hétnaponta sportol. A 18–34 évesekre inkább a heti 2–3 alkalom jellemző (13–13%), a 35–64 évesekre a heti kettő (9%), az időseknél pedig az eleve alacsony gyakoriság miatt egyenletesebb a heti gyakorisági eloszlás, az összes idős 5%-a naponta, 2%-a pedig hetente 1–3-szor sportol. Megjegyzendő, hogy a 65. évüket betöltött sportolók negyede mindennap edz.

A sportolást leszűkítve az izomerősítő gyakorlatokra, a 15 évesek és idősebbek negyede végez ilyen tevékenységeket: a 15–17 évesek kétharmada, a 18–34 évesek bő harmada, a 35–64 évesek ötöde, a 65 éves és idősebbeknek pedig tizede. Mindkét nemnél legkisebb arányban a szakmunkás végzettségűek (16%) folytatnak izomerősítést, a legnagyobb arányban pedig a diplomások (36%), míg az érettségizettek 26, a legfeljebb 8 általánost végzetek 19%-a.

### Gyaloglás

Az intenzív szabadidős testmozgás mellett a mérsékelt erőfeszítést igénylő fizikai aktivitás, például a gyaloglás, kerékpározás is jótékony hatást fejthet ki az egészségre.

A teljes felnőtt népesség 85%-a gyalogol legalább heti rendszerességgel (minimum 10 percet folyamatosan). A legfiatalabbak szinte kivétel nélkül teljesítik ezt a normát, a 65 éves és idősebbek 28%-a viszont egyáltalán nem gyalogol. A nagyon rossz egészségi állapotúak 55, a rossz egészségi állapotúak 36%-a egyáltalán nem gyalogol, míg a jó és nagyon jó egészségi állapotúak közül tízből kilencen rendszeresen gyalogolnak.

Az iskolai végzettség is összefügg a gyaloglási gyakorisággal: a felsőfokú végzettségűek 91, az alacsonyabb végzettségűek 78%-a gyalogol heti rendszerességgel. Hasonló módon az anyagi helyzet is befolyásolja a gyaloglási szokásokat: a legmagasabb jövedelműek 89, a legalacsonyabb jövedelműek csak 79%-a szokott gyalogolni.

Észak- és Dél-Alföldön a legalacsonyabb a gyaloglási gyakoriság (egyenként 77%), míg Közép-Magyarországon és Közép-Dunántúlon a legmagasabb (89–89%).

A heti rendszerességgel gyaloglóknak csak a bő fele teszi ezt mindennap. Az aktív, tanuló vagy dolgozó korosztály (15–64 év) 19%-a hetente ötször gyalogol, az idősebbeknek csak a tizede. Azok körében, akik rendszeresen gyalogolnak, a gyaloglással töltött átlagos heti idő 4 óra 25 perc.

### Kerékpározás

A legalább heti rendszerességgel kerékpározás a felnőtt lakosság 40%-ára jellemző tevékenység. A férfiak valamivel nagyobb (45%) arányban bicikliznek, mint a nők (37%). A 15–17 évesek fele, a 65 éves és idősebb korcsoportba tartozóknak negyede kerékpározik rendszeresen. Az egészségi állapot ebben az esetben is meghatározó: a nagyon jó egészségi állapotúak közel fele, a nagyon rossz egészségi állapotúak 15%-a szokott kerékpározni.

A férfiak iskolai végzettsége fordított kapcsolatot mutat a kerékpározási gyakorisággal: a diplomások 39, míg a leg-

feljebb 8 osztályt végzetek 52%-a kerékpározik. A nőknél a szakmunkás végzettségűek kerékpároznak a legnagyobb (43%), az érettségizettek valamivel kisebb (37%), míg a legmagasabb és a legalacsonyabb végzettségűek nagyjából megegyező arányban (33%).

Az alföldi területek alacsony gyaloglási arányai összefüggésben állhatnak azzal, hogy itt a legmagasabb a kerékpározók aránya: Észak-Alföldön 54, Dél-Alföldön 59% kerékpározik legalább heti rendszerességgel, Közép-Magyarországon ez az arány viszont csak 30%.

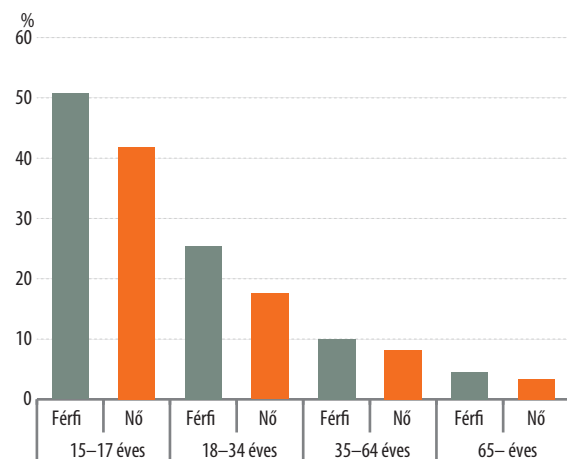
A heti rendszerességgel kerékpározók negyede teszi ezt mindennap, 19% viszont csak hetente egyszer. A heti ötszöri gyakoriság a 15–64 éves népesség 14%-ára jellemző. A rendszeresen biciklizők hetente átlagosan 2 óra 43 percet töltöttek kerékpározással.

### Megfelelő mértékű fizikai aktivitás

A WHO ajánlása szerint hetente összesen legalább 150 perc fizikai aktivitásra van szükség ahhoz, hogy a mozgás előnyei érvényesüljenek. A gyaloglás, kerékpározás, sportolás együttes figyelembevételével számított mutató szempontjából a magyar lakosságban mindössze minden nyolcadik ember mozog az ajánlásoknak megfelelő mennyiségben (a férfiak 15, a nők 10%-a). Bár a legfiatalabbaknak is csak a fele mozog eleget, a kor előrehaladtával ez az arány egyre csökken, és az időseknél csupán 3–4%-ról beszélhetünk, de a középkorúaknak is alig tizede végez megfelelő fizikai aktivitást.

61. ábra

A WHO-ajánlásnak megfelelő mennyiségű testmozgást végzők aránya nem és korcsoport szerint, 2014



Az iskolázottság szempontjából a két nem testmozgása eltérően jellemezhető: a férfiaknál a szakmunkás bizonyítvánnyal rendelkezők tesznek eleget legkevésbé (9%) a WHO-ajánlásnak, az összes többi iskolázottsági kategóriában pedig nagyjából hasonló arányban (17–19%). A nőknél ezzel szemben a diploma jelent éles választóvonalat: a felsőfokú végzettségűek 17, míg az alacsonyabb végzettségűek 10% alatti arányban végeznek megfelelő mennyiségű testmozgást.

A vagyoni helyzet és a fizikai aktivitás kapcsolatának vizsgálata azt mutatja, hogy az anyagi helyzet javulásával a férfiaknál és a nőknél egyaránt növekszik a megfelelő

mennyiségű testmozgás esélye, csakhogy a két nemnél eltérő mértékben: míg a férfiaknál nagyjából másfélszeres a különbség a legfelső és a legalsó jövedelmi ötödbe tartozók között (19, illetve 12%), addig a nőknél több mint háromszoros (15, illetve 5%).

A WHO-ajánlás teljesülését régiók szerint tekintve a férfiak között Közép-Magyarországon, a nőknél pedig Közép-Dunántúlon mozognak eleget a legtöbben (16, illetve 13%), míg a fizikai inaktivitás mindkét nem esetében leginkább a Nyugat-Dunántúlon élőkre jellemző, ahol a lakosság 9%-a végez csak megfelelő mennyiségű testmozgást.

Bár az ok-okozati kapcsolat pontos természetét nem ismerjük, nem meglepő, hogy minél jobb az egészségi állapot, annál valószínűbb a megfelelő mennyiségű testmozgás, de még a legjobb egészségu férfiaknak is csak harmada, a nőknek pedig ötöde fejt ki a WHO-ajánlásnak megfelelő fizikai aktivitást – a rossz/nagyon rossz egészségu férfiaknak viszont csak 3%-a, a nők közül pedig senki.

#### 4.1.4 Tápláltsági állapot<sup>79</sup>

A túlsúlyosak és elhízottak aránya világszerte rendkívül magas, és egyre csak növekszik. Az WHO becslése szerint 1,3 milliárd ember tartozik a túlsúlyosok közé, míg további 600 millióan elhízottak. Számos kutatás alátámasztotta<sup>80</sup>, hogy a kelleténél magasabb testsúly önmagában is emeli a halálozási esélyeket, de számos betegség, mint például a szívkoszorúér-betegségek, az ischaemiás stroke és a cukorbetegség vagy egyes daganatos betegségek kockázatonövelő tényezője is. A 2013-ban elindított, a cambridge-i egyetem által koordinált, a világ vezető kutatóit összefogó *Globális BMI Mortalitás Együttműködés*<sup>81</sup> különböző népeiségeket standardizált módon összehasonlítva vizsgálta meg a testtömegindex és a halálozás kapcsolatát. A 32 országot átfogó metaanalízisben négy földrész (Ázsia, Európa, Amerikából csak Észak-Amerika, illetve Ausztrália és Új-Zéland) 1970–2015 közötti 239 prospektív kohorszának adatait elemezték. Becsléseik szerint megelőzhető lenne az idő előtti halálozás ötöde Észak-Amerikában, hatoda Ausztráliában, hetede Európában, illetve huszada Ázsiában, ha azok, akik ma túlsúlyosak vagy elhízottak, valamennyien a normál testtömegűek közé tartoznának.

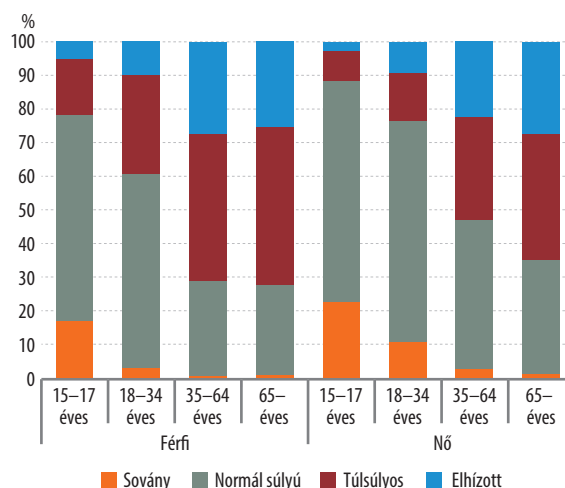
Az ELEF2014-felmérésben önbevallott testsúly és testmagasság alapján számoltunk testtömegindexet (body mass index, BMI<sup>82</sup>). Az önbevallott értékek szerint az átlagos magyar férfi 176,7 cm magas és 83,6 kg a testsúlya, míg egy átlagos magyar nő 163,5 cm magas és 68,3 kg a súlya. Az átlagos BMI a férfiaknál 26,7, a nőknél 25,6 volt.

A WHO meghatározása szerint 25 kg/m<sup>2</sup> feletti BMI-értéknél túlsúlyról, 30 kg/m<sup>2</sup> BMI felett elhízásról beszélünk. Az eredmények alapján a teljes felnőtt magyar lakosság több mint fele a túlsúlyosak vagy elhízottak közé tartozik. Nemenként és életkoronként természetesen eltérnek a testtömegindex-kategóriák arányai: a férfiak az általuk bevallott adatok szerint nagyobb arányban (61%) küzdenek súlyproblémákkal, mint a nők (48%), illetve az életkor előrehaladtával mindkét nemnél gyakoribbá válik az elhízás. A 15–17 éves fiúk ötöde, a 18–34 évesek kétötöde, a középkorú és idős férfiak már csaknem háromnegyede tartozik a túlsúlyosak vagy elhízottak közé. A nőknél fokozatosabb az emelkedés, a középkorúak és az idősek között is van még növekedés, de így is alacsonyabb a kívánatosnál magasabb testsúly gyakorisága, mint a férfiaknál.

A skála másik végén, a soványaknál (BMI<18,5 kg/m<sup>2</sup>) a legfiatalabb korosztályok dominálnak: a 15–17 év közötti fiatalok mintegy ötödének alacsonyabb a testsúlya a kelleténél (a fiúk 17, a lányok 23%-ának), a 18–34 évesek között a férfiaknál már elenyésző ez a probléma (3%), a nőknél viszont még továbbra is minden tizedik személyt érint.

62. ábra

Testtömegindex nem és korcsoport szerint, 2014



Összehasonlítva az eredményeket az előző egészségfelmérések adataival azt láthatjuk, hogy a 17 év feletti<sup>83</sup> férfiaknál kismértékben emelkedett a túlsúlyosak vagy elhízottak aránya az öt évvel korábbihoz képest, és ez a középkorú és idős férfiak elhízásprevalenciájával magyarázható. A nőknél összességében változatlan a kép 2009-hez viszonyítva, de a középkorúaknál kismértékben csökkent az egészségesnél magasabb testsúly előfordulása.

<sup>79</sup> Az ELEF2014-kérdőív 74–75. kérdései alapján.

<sup>80</sup> Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. The Evidence Report. National Institutes of Health: 1998. NIH PUBLICATION NO. 98-4083.

[https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/ob\\_gdlns.pdf](https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/ob_gdlns.pdf)

<sup>81</sup> The Global BMI Mortality Collaboration: Body-mass index and all cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. Lancet: 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30175-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30175-1)

<sup>82</sup> A testtömegindex (body mass index, BMI) a kilogrammban mért testsúly és a méterben mért testmagasság négyzetének hányadosa.

<sup>83</sup> A korábbi felmérésekkel való összehasonlíthatóság érdekében szűkítjük a vizsgálatot a 18 éves és idősebb népességre.

5. tábla

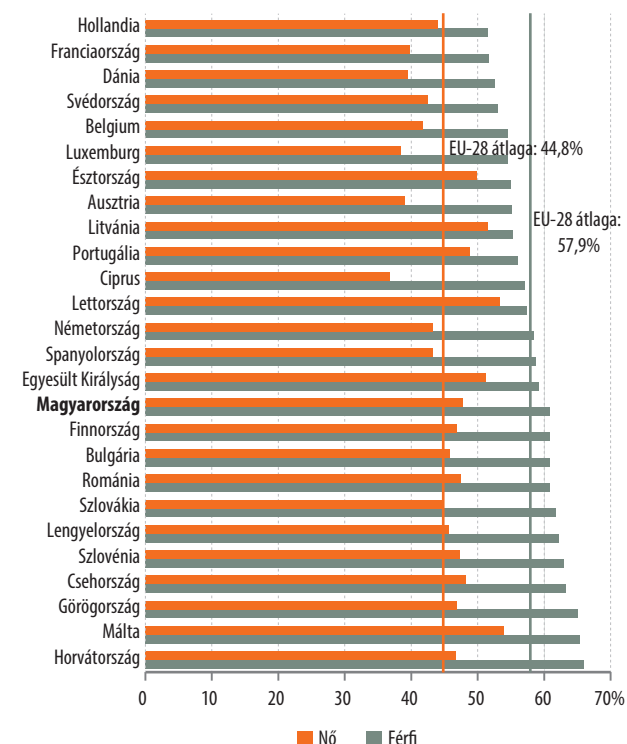
Túlsúlyosak és elhízottak együttes aránya nem és korcsoport szerint

| Év   | férfi      |            |                    |        | nő         |            |                    |        |
|------|------------|------------|--------------------|--------|------------|------------|--------------------|--------|
|      | 18–34 éves | 35–64 éves | 65 éves és idősebb | Együtt | 18–34 éves | 35–64 éves | 65 éves és idősebb | Együtt |
|      | 2000       | 42         | 65                 | 61     | 57         | 23         | 56                 | 59     |
| 2003 | 42         | 66         | 69                 | 58     | 22         | 57         | 61                 | 48     |
| 2009 | 41         | 70         | 70                 | 59     | 21         | 57         | 66                 | 49     |
| 2014 | 39         | 71         | 72                 | 62     | 23         | 53         | 65                 | 49     |

Nemzetközi összehasonlításban (az EHIS<sup>84</sup> alapján) a túlsúlyosak és elhízottak arányát tekintve a magyar férfiak a 11., a nők a 8. helyen állnak a legmagasabb értékkel induló rangsorban. A népességhez viszonyítva a legtöbb elhízott férfi Horvátországban, Máltán és Görögországban (65–66%), a legtöbb elhízott nő Máltán és Lettországon (53–54%) él. Átlagosan a legkarcosabbak ezzel szemben a holland és a francia férfiak (51%), valamint a ciprusi és luxemburgi nők (37–38%).

63. ábra

A túlsúlyos és elhízott lakosság aránya nemek szerint a 2014 körüli években\*



Forrás: Eurostat Database EHIS 2014. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

\* Lásd a 31. ábra lábjegyzetét.

Meg kell említenünk, hogy az önbevallás bizonyítottan alacsonyabb elhízási prevalenciát mutat, mint az eszközös

<sup>84</sup> Eurostat database: [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_ehis\\_bm1e&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1e&lang=en)

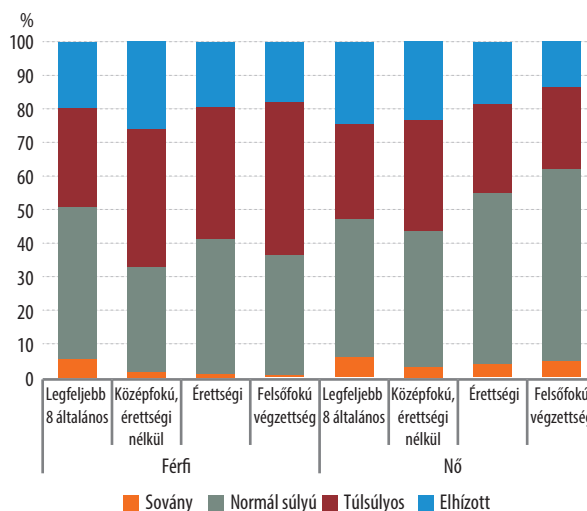
<sup>85</sup> Dr. Kovács Viktória Anna, Erdei Gergő, Bakacs Márta: A magyar lakosság tápláltsági állapota. OGYÉI, 2014. [http://www.ogyei.gov.hu/dynamic/3\\_kovacs\\_otap%202014\\_ea\\_final.pdf](http://www.ogyei.gov.hu/dynamic/3_kovacs_otap%202014_ea_final.pdf)

mérés vizsgálat. Az ELEF2014 almintáján, amely a 18 év feletti lakosságot reprezentálta, az OÉTI tápláltsági és táplálkozási vizsgálatot (OTÁP) végezték.<sup>85</sup> A mért testsúly és testmagasság alapján a 18 év feletti lakosság átlag BMI-je 27,4 kg/m<sup>2</sup>, a férfiak 37%-a túlsúlyos, további 28%-a elhízott, míg a nők 28%-a túlsúlyos és 32%-a elhízott. A mért és az önbevallott adatok közötti eltérés tehát jelentősen magasabb a nők (11 százalékpont), mint a férfiak (3 százalékpont) esetében. Mivel a nemzetközi gyakorlatban általában az önbevallott adatokat szokták használni a felmérés könnyebb lebonyolíthatósága érdekében, a további elemzéseket nem az OTÁP, hanem az ELEF2014 adataira alapozzuk.

Iskolai végzettség szerint vizsgálva a testtömeget, azt láthatjuk, hogy mindkét nemnél a szakmunkás végzettségűek tartoznak leginkább a túlsúlyosak és elhízottak közé. Míg a férfiak esetében a legfeljebb 8 osztályos általános iskolai végzettségűeknél a legkisebb a magas testtömegindexűek aránya, és a diplomások közel hasonló arányban küzdenek túlsúllyal, mint a szakmunkások, addig a nőknél a magasabb iskolázottságúak körében egyértelműen alacsonyabb az elhízottak aránya. Ha viszont a férfiaknál külön kategóriaként kezeljük a túlsúlyosakat és az elhízottakat, akkor megállapíthatjuk, hogy a nagyobb problémát jelentő elhízásnál már a diplomásoknál lényegesen alacsonyabb a gyakoriság, mint a szakmunkásoknál.

64. ábra

Testtömegindex nem és iskolai végzettség szerint, 2014



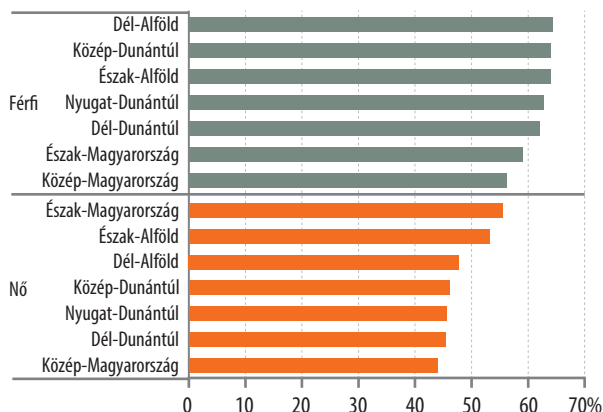
A jövedelmi helyzet az elhízottsággal egyértelműen fordítottan arányos a nők esetében: a legmagasabb jövedelműek 39, a legszegényebbek 54%-a volt túlsúlyos vagy elhízott. A férfiaknál fordított U-alakú görbével írható le a kapcsolat: a közepes jövedelműek kétharmada rendelkezik súlyfelesleggel, míg a legalacsonyabb és a legmagasabb jövedelmi kategóriákba tartozóknak 56–57%-a.

Regionális szinten is megfigyelhetők különbségek a tápláltságot illetően. Mindkét nem esetében Közép-Magyarországon vannak legkisebb arányban a túlsúlyosak és elhízottak. A többi régió esetében azonban már más arányok jellemzik a férfiakat és a nőket. A nőknél Észak-Magyar-

országban és Észak-Alföldön küzdenek a legtöbben súlyproblémával, az ország többi területén ehhez viszonyítva mindenhol jóval kisebbek az arányok. A férfiaknál azonban a közép-magyarországi alacsony prevalencia (56%) mellett az összes többi régióban több mint 59% tartozik a túlsúlyosak vagy elhízottak közé. Ha csak az elhízottakat nézzük, szembetűnő a dél-dunántúli férfiak kiugró érintettsége, akik közül minden negyedik testtömegindexe meghaladja a 30 kg/m<sup>2</sup>-t.

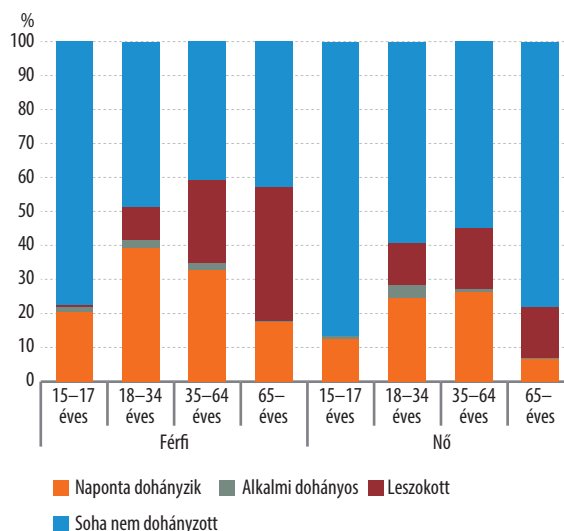
65. ábra

Túlsúlyosak és elhízottak aránya nem és régió szerint, 2014



66. ábra

Dohányzási szokások nem és korcsoport szerint, 2014



#### 4.1.5 Dohányzás<sup>86</sup>

Az egészségkárosító magatartásformák közül az egyik leginkább elterjedt a dohányzás. Az Egészségügyi Világszervezet becslése szerint a dohányzás miatt évente körülbelül hatmillióan veszítik életüket világszerte.<sup>87</sup> A Global Burden of Diseases munkacsoport<sup>88</sup> szerint a dohányzás következtében kialakuló betegségek jelentik a második vezető halálokozót. A dohányzás bizonyítottan oksági kapcsolatban áll számos daganatos (tüdő-, hólyag-, méhnyak-, nyelőcső-, vese-, gége-, gyomor-, szájüregi, hasnyálmirigyák, illetve leukémia), szív-és érrendszeri (hasi ütőértágulat, atherosclerosis, cerebrovaszkuláris és szívkoszorúér-megbetegedések), légzőszervi (krónikus obstruktív tüdőbetegség, a tüdőgyulladás, egyéb légúti megbetegedések) betegség kialakulásával.

A felnőtt magyar lakosság több mint negyede tartozik a dohányzók közé: a nőknek valamivel több mint ötöde, a férfiak egyharmada. A többség a rendszeres, napi dohányosok táborát gyarapítja, az alkalmilag rágyújtók aránya hozzájuk képest elenyésző (2%). Mindkét nem esetében a 18–34 évesek között fordulnak elő legnagyobb arányban a dohányosok, bár a nőknél csak minimális az eltérés a következő korcsoporthoz (35–64 év) viszonyítva – sőt a napi rendszerességgel dohányzók aránya az összes dohányos

körében a középkorú nőknél valamivel magasabb, mint a fiatalabbaknál. Az aktív dohányosok aránya a teljes populációban a nyugdíjas korú nőknél a legalacsonyabb (7%). Az ugyanezen korosztályba tartozó férfiak körében hozzájuk viszonyítva két és félszeres az arány. A soha nem dohányzók gyakorisága ezzel párhuzamosan a 65 éves és idősebb nőknél a legmagasabb (78%). Az összes jelenleg nemdohányzó férfi harmada, míg az összes nemdohányzó nő ötöde korábban dohányzott. A leszokottak a teljes felnőtt népesség mintegy ötödét teszik ki (többségük, 17% már több mint egy éve nem gyújtott rá), de saját bevallása szerint a jelenleg (még) dohányzók csaknem harmada is próbálkozott a káros szokással való felhagyással a kérdezést megelőző évben.

A napi rendszerességgel dohányzók mintegy negyede erős dohányosnak tekinthető, azaz naponta legalább 20 szál cigarettát elszív. Ez az arány természetesen nemenként és életkoronként eltérő értéket mutat: az összes rendszeresen dohányzó férfi csaknem harmada, a nők kevesebb mint ötöde tartozik az erős dohányosok közé. Életkori bontásban mindkét nemnél a középkorúakra jellemző leginkább a túl sok cigarettázás, de míg a nőknél ez a dohányosok 15%-ára jellemző, a férfiaknál viszont már a két és félszer ekkora hányadukra.

Az előző felmérések adataival összehasonlítva azt tapasztalhatjuk, hogy a középkorú férfiak körében viszonylag jelentősen csökkent a napi szinten dohányzók aránya a 14 évvel korábbi adatokhoz képest, a legfiatalabbaknál viszont az egyenletes csökkenés megtorpanni látszik, és magasabb az arány, mint 5 évvel korábban. A nők esetében mind a fiataloknál, mind a középkorúaknál minimális mértékben mérséklődött a dohányosok aránya az elmúlt másfél évtizedben.

<sup>86</sup> Az ELEF2014-kérdőív 92–104. kérdései alapján.

<sup>87</sup> WHO global report on trends in tobacco smoking 2000–2025. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1)

<sup>88</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://www.healthdata.org/gbd>



6. tábla

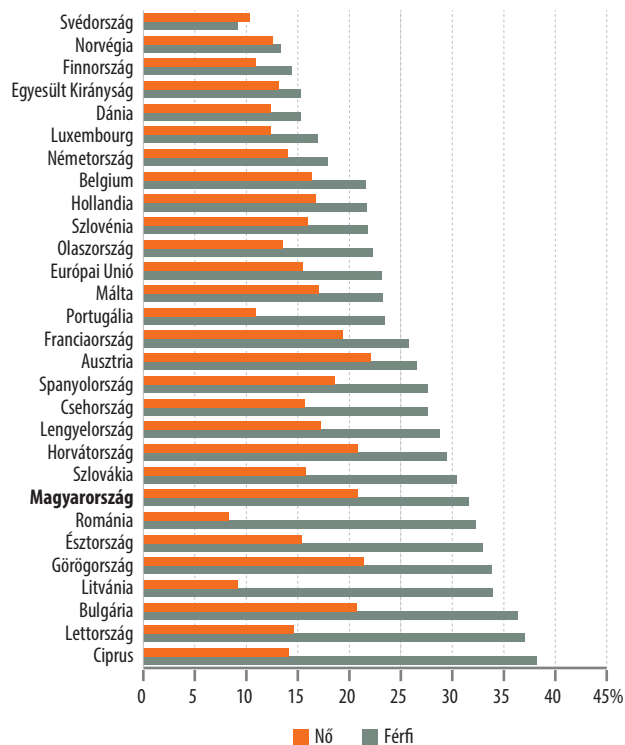
A rendszeresen dohányzók aránya nem és korcsoport szerint

| Év   | férfi      |            |                    |        | nő         |            |                    |        |
|------|------------|------------|--------------------|--------|------------|------------|--------------------|--------|
|      | 18–34 éves | 35–64 éves | 65 éves és idősebb | Együtt | 18–34 éves | 35–64 éves | 65 éves és idősebb | Együtt |
|      |            |            |                    |        |            |            |                    |        |
| 2000 | 44         | 41         | 14                 | 38     | 29         | 28         | 3                  | 23     |
| 2003 | 43         | 39         | 16                 | 37     | 33         | 29         | 5                  | 25     |
| 2009 | 36         | 36         | 14                 | 33     | 26         | 29         | 7                  | 23     |
| 2014 | 39         | 33         | 18                 | 32     | 25         | 26         | 7                  | 21     |

A többi tagállamban is végrehajtott EHIS2014 adatai alapján a magyar férfiak az EU-n belül a nyolcadik, a nők pedig a horvátokkal holtversenyben a harmadik legerősebb dohányosok. Az EU-tagállamok közül a férfiak között Cipruson, a nők körében Ausztriában a legmagasabb a rendszeresen dohányzók aránya, a legkisebb pedig a svédországi férfiak, illetve a romániai nők között. A két nem közötti olló Litvániában (25 százalékpont különbség), illetve Romániában és Cipruson (24 százalékpont különbség) a legszélesebb, a dohányosok gyakoriságában megmutatkozó nemek szerinti eltérés pedig Svédországban a legkisebb.

67. ábra

A rendszeresen dohányzók aránya a 15 évesek és idősebbek között nem szerint a 2014 körüli években\*



Forrás: Eurostat Database, EHIS 2014. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

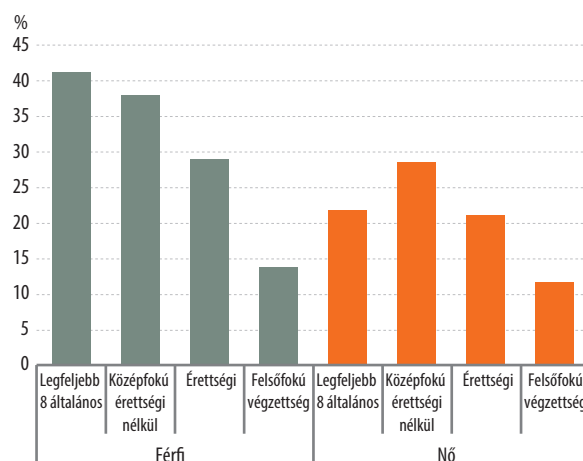
\* Lásd a 31. ábra lábjegyzetét.

A dohányosok aránya nagymértékben függ az iskolai végzettségtől is. A férfiaknál az iskolázottság emelkedésével

vel párhuzamosan csökken a dohányosok aránya, azaz míg a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzettek kétötöde naponta rágyújt, a diplomások között már csak minden hetedik. A nők esetében ettől egy kissé eltér a mintázat: körükben a szakmunkás végzettségűeknél dohányoznak a legnagyobb arányban, az alapfokú végzettségűek és az érettségizettek ennél kicsit kevesebben, de egymáshoz nagyon hasonló arányban, míg a felsőfokú végzettségűek a legkevesebbé. A soha nem dohányzók aránya a legalacsonyabb és a legmagasabb végzettségű nők körében közel azonos: több mint kétharmaduk nem gyújtott rá soha, szemben az érettségizettek 59, illetve a szakmunkás végzettségűek 53%-ával. A férfiak között a szakmunkás végzettségűek alig több mint harmada nem dohányzott soha, míg a legmagasabb végzettségű férfiak 60%-a. Az alkalmi dohányosok a férfiaknál a diplomások körében, míg a nőknél az érettségizettek között fordulnak elő a legnagyobb arányban. A felsőfokú végzettségűek között a dohányzás prevalenciájában statisztikailag szignifikáns nemi különbség már nem mutatható ki.

68. ábra

A rendszeresen dohányzók aránya nem és iskolai végzettség szerint, 2014



Nemcsak a dohányosok, de az erős dohányosok aránya is magasabb az alacsonyabb iskolai végzettségűeknél. Míg a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzett, rendszeresen vagy alkalmilag dohányzó (továbbiakban dohányzó) férfiak kétötöde, addig a diplomás dohányzóknak csak 18%-a tartozik az erős dohányosok közé. Ha a teljes férfilakosságra vetítjük ezeket az arányokat, akkor az eltérő dohányzási prevalenciák miatt még szembetűnőbb a különbség: az összes alapfokú végzettségű férfi 16, míg a felsőfokú végzettségűek 2%-a szív el naponta legalább 20 szál cigarettát. A dohányzó nők esetében a megfelelő arányok 22, illetve 3%, vagyis az összes 15 éves és idősebb nő körében az iskolázottság szerinti pólusokon az erős dohányosok gyakorisága 5, illetve 1%-nál is kisebb.

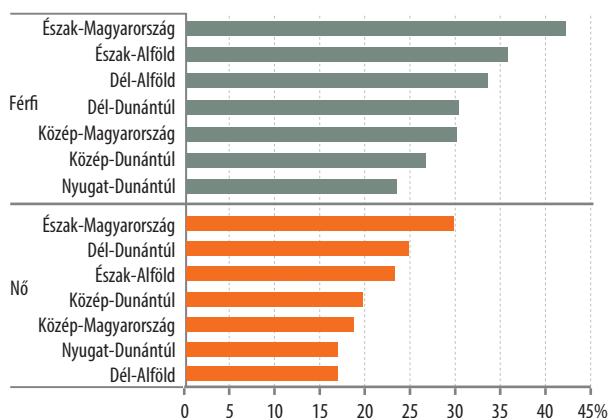
Jövedelmi helyzet szerint eltérő mintázat rajzolódik ki a két nem esetében. A férfiaknál a jövedelem emelkedésével párhuzamosan folyamatosan csökken a dohányosok aránya: míg a legkevesebb bevétellel rendelkezők 45, a legtehetősebbek 24%-a dohányzik mindennap. Ezzel szemben a

nőknél a középső jövedelmi ötödbe tartozók dohányoznak a legnagyobb arányban rendszeresen (26%), náluk mind a szegényebbek, mind a gazdagabbak ritkábban gyújtanak rá, de igaz itt is, hogy a legvagyonosabbak dohányoznak a legkisebb arányban (15%).

A dohányosok aránya régióként is eltér. A területi különbségek igen jelentősek, a legkisebb és a legnagyobb arányú régiók között 1,8-szeres. Mindkét nem esetében Észak-Magyarországon dohányoznak a legtöbben napi rendszerességgel – a férfiak 42, a nők 30%-a – és Nyugat-Dunántúlon a legkevésbé. A nőknél ugyanilyen alacsony Dél-Alföld érintettsége is, ez a régió a férfiaknál a középmezőnyben helyezkedik el. A két nem dohányzási gyakorisága közötti különbség Dél-Alföldön a legnagyobb (17 százalékpont), míg Dél-Dunántúlon a legkisebb (6 százalékpont).

69. ábra

A rendszeresen dohányzók aránya nem és régió szerint, 2014



A dohányosok többsége cigarettát szív, a többi dohánytermék jóval kisebb népszerűségnek örvend. Az összes dohányos 63%-a fogyaszt készen vett cigarettát, 50%-a kézzel sodort cigarettát.<sup>89</sup> Készen vett cigarettát a nők, kézzel sodortat a férfiak szívnek nagyobb arányban. A szivar, a szivarka, a pipa is inkább a férfiak körében kedvelt, de közülük is a dohányosoknak csak 2–4%-a fogyasztja ezeket a termékeket, míg a nőknél valamennyi kategória vonatkozásában a fogyasztás 1% alatti gyakorisággal fordul elő. Említésre méltó még a vízipipa, amit összességében ugyan csak a dohányosok 2%-a használ, viszont a legfiatalabb, 15–17 év közötti korcsoportban kiemelkedő a gyakorisága: mind a fiúk, mind pedig a lányok ötöde vízipipázik, az idősebbeknél viszont elenyésző a dohányzásnak ez az egzotikus formája. Füstmentes dohánytermékeket, például tubákat és rágódohányt csak elvétve fogyasztanak (0,1–0,2%). Azt gondolhatnánk, hogy az e-cigaretta használata az utóbbi időben divatosá vált, a dohányosok 96%-a saját bevallása szerint soha nem próbálta még ki, és mindössze 1% alatti azok aránya, akik a felmérés idején is

használtak akár nikotinos, akár nikotinmentes folyadékot tartalmazó eszközt. Ha iskolai végzettség szerint vizsgáljuk a fogyasztott dohányterméket, akkor megállapítható, hogy az alacsonyabb végzettségűek inkább a kézzel sodort, míg a magasabb végzettségűek a készen vett cigarettát szívják: a 8 általánost végzettek bő kétharmada saját maga által sodort cigarettát (is) fogyaszt, a diplomások alig több mint ötöde, míg az alapfokú végzettségűek fele, a felsőfokúak 83%-a vesz készen cigarettát.

Az aktív dohányzás mellett közismert a passzív dohányzás egészségkárosító hatása is. A WHO becslése szerint a világon évi 600 ezren passzív dohányzás következtében kialakuló betegségek miatt vesztik életüket.<sup>90</sup>

Az ELEF2014 adatai szerint a lakosság 8%-a napi rendszerességgel van kitéve mások füstölésének saját otthonában (6%-uk több mint egy órán keresztül), míg további 3%-uk nem mindennap, de hetente többször. Az idősök körében megfigyelhető alacsonyabb arány fakadhat abból, hogy többen élnek egyszemélyes háztartásban, illetve ha nem is egyedül laknak, az időseknél tapasztalható alacsonyabb aktív dohányzási arányok a passzív dohányzás valószínűségét is csökkentik.

A nemdohányzók védelméről szóló törvény<sup>91</sup> ugyan kitér a munkahelyi egészségvédelemre is, mégis a munkavállalók több mint ötödével előfordult a kérdezést megelőző egy hónapban, hogy munkahelyükön velük egy helyiségben mások dohányoztak. A passzív munkahelyi dohányzás gyakorisága erősen összefügg az iskolai végzettséggel, főleg a férfiaknál: a dolgozó alapfokú végzettségűek harmada, a felsőfokúak 14%-a szembesült ezzel a problémával. A nőknél is megfigyelhető a különbség: a diplomás dolgozó nők 12, az általános iskolai végzettségűek 20%-a szívta mások füstjét a munkahelyén.

A dohányzásról való leszokást a dohányzók harmadának tanácsolta orvosa a kérdezést megelőző 12 hónapban. Az egészségügyi személyzet mellett azonban egyéb csatornákon keresztül is tájékozódhat a lakosság a dohányzás káros hatásairól. Összességében a lakosság kétharmada látott/olvasott valamilyen, a dohányzás káros hatásairól szóló vagy leszokásra biztató üzenetet: újságban, magazinban 52, interneten 36, a televízióban 55%. A kultúrafogyasztási szokásoktól függően eltérnek az egyes médiumok felhasználói csoportjai is: az újságokban olvasható üzeneteket leginkább a szakmunkás végzettségűek, az internetes üzeneteket az érettségizettek és diplomások, míg a televíziós üzeneteket leggyakrabban a szakmunkások és a 8 általános iskolai osztályt végzettek említették válaszaikban.

#### 4.1.6 Alkoholfogyasztás<sup>92</sup>

A dohány mellett az alkohol a másik élvezeti szer, amelynek használata évszázadok óta beépült a kultúránkba. A mértékletes alkoholfogyasztásnak a szív- és érrendszeri betegségekkel szemben preventív szerepe van: az absztinensekhez és a nagyivókhoz viszonyítva kisebb eséllyel for-

<sup>89</sup> Egy személy többféle dohányárut is fogyaszthat, ezért az arányok összege meghaladja a 100%-ot.

<sup>90</sup> WHO global report on trends in tobacco smoking 2000–2025. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1)

<sup>91</sup> 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól.

<sup>92</sup> Az ELEF2014-kérdőív 105–107. kérdése alapján.

dul elő kardiovaszkuláris megbetegedés azoknál, akik csak időnként, kisebb mennyiségben isznak szeszes italokat.<sup>93</sup> A mértéktelen szeszesital-fogyasztás azonban mintegy két-száz különböző betegség kialakulásában játszik szerepet, amelyek közül a legismertebbek a daganatos betegségek, a májcirrózis, a stroke, de számos baleset kiváltó oka a szeszesital-fogyasztás. Az Egészségügyi Világszervezet becslése szerint 2012-ben a Föld összhalálzásának 5,9%-a, azaz 3,3 millió haláleset a túlzott alkoholfogyasztás számlájára volt írható.<sup>94</sup> Mindebben szerepet játszott, hogy a 15 évesek és idősebbek körében egy főre évente átlagosan 6,2 liter tiszta alkohol fogyasztása jutott (2010-es adat), miközben a 15 év feletti népesség 62%-a egyáltalán nem ivott szeszes italt. A világban elfogyasztott alkohol felét a tömény szeszes italok tették ki.

Az ELEF szeszesital-fogyasztásra vonatkozó adatainak értelmezése során nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy az önbevallás erősen konzervatív becsléseket tesz csak lehetővé, hiszen az alkoholizmus stigmatizáló hatása miatt nagy a valószínűsége annak, hogy sokan a ténylegesen elfogyasztottnál kisebb mennyiséget vallottak csak be.

Az ELEF2014 eredményei szerint a 15 éves és idősebb magyar lakosság 7%-a fogyaszt alkoholos italokat napi rendszerességgel, közel negyedük viszont teljes mértékben absztinens (további 6% egy évnél régebben fogyasztott alkoholt). Nemek szerint nagyok az eltérések: a férfiak körében több mint négyszer annyi a napi szeszesital-fogyasztó, mint a nőknél (13, illetve 3%). Mindkét nemnél a 65 évesek és idősebbek korosztályában vannak a legtöbben azok, akiknél a napirend része a szeszesital-fogyasztás, de míg az idős férfiaknak ez csaknem harmadára jellemző, az idős nők közül csak minden tizenhatodikra.

Az absztinensek aránya fordított J-alakú görbével írható le: a 15–17 évesek vallották legnagyobb arányban, hogy egyáltalán nem isznak alkoholt, a náluk kicsit idősebbek és a középkorúak esetében alacsonyabbak ezek az értékek, míg a legidősebbeknél ismét emelkedtek. Az alkoholt egyáltalán nem fogyasztók a fiatalok és az idős nők közül kerülnek ki a legnagyobb arányban (45–46%).

Amennyiben nemcsak az alkoholfogyasztás gyakoriságát, hanem az elfogyasztott mennyiséget is figyelembe vesszük<sup>95</sup>, akkor négy kategóriába sorolhatjuk a népességet: nagyivók, mértéktelen alkoholfogyasztók, alkoholt ritkán fogyasztók, illetve alkoholt egyáltalán nem fogyasztók.<sup>96</sup>

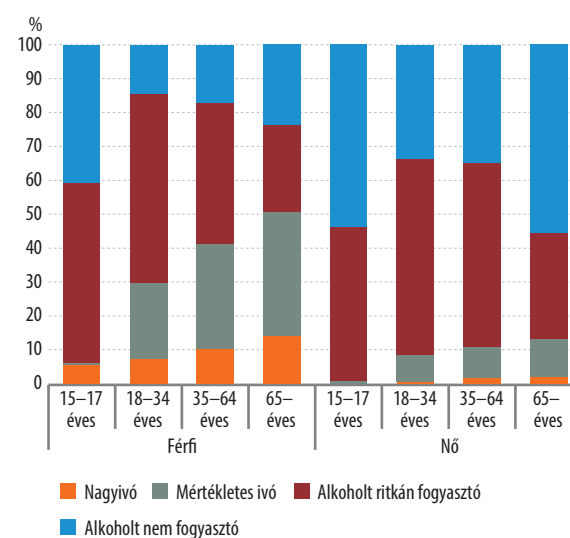
Az önbevallott értékek szerint a teljes felnőtt lakosság

mintegy huszoda tartozik a nagyivók közé – a férfiak közül minden tizedik, a nőknél viszont alig több mint minden századik. Ez azt jelenti, hogy konzervatív becslés szerint összességében több mint 380 ezer férfi és több mint 60 ezer nő tartozik hazánkban a nagyivók közé.

A nagyivás az idős férfiak körében a leggyakoribb, közülük minden hetedik iszik rendszeresen nagyobb mennyiségben, de már a 15–17 éves fiúk 6%-a is ebbe a kategóriába tartozik. A nők által bevallott nagyivás rendkívül ritka. Az életkor emelkedésével mindkét nem esetében egyre több a mértékletes fogyasztó is: a 18–34 éves férfiaknál a gyakoriságuk 23, a nyugdíjaskorúaknál 36%; a nők között a megfelelő arányok 8, illetve 11%.

70. ábra

Szeszesital-fogyasztás nem és korcsoport szerint, 2014



Az iskolai végzettség jelentősen befolyásolja az alkoholfogyasztási szokásokat. A férfiaknál a nagyivók a legnagyobb arányban a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzettek, illetve a szakmunkások körében fordulnak elő, több mint másfélszer annyian vannak, mint a felsőfokú végzettségűek között. A mértéktelen ivást tekintve a nőket és a férfiakat hasonló mintázat jellemzi: a diplomások között vannak a legtöbben, a férfiak harmada, a nők hatoda. Minél kevésbé iskolázott valaki, annál kisebb valószínűséggel tartozik ebbe az alkoholfogyasztási kategóriába.

<sup>93</sup> Bell, S., Daskalopoulou, M., Rapsomaniki, E. et al.: Association between clinically recorded alcohol consumption and initial presentation of 12 cardiovascular diseases: population based cohort study using linked health records. In: *BMJ*. 2017. 356:909.

Makita, S., Onoda, T., Ohsawa, M., et al.: Influence of mild-to-moderate alcohol consumption on cardiovascular diseases in men from the general population. In: *Atherosclerosis*. 2012. 224 (1). p. 222–227.

<sup>94</sup> WHO: Global status report on alcohol and health. 2014. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf)

<sup>95</sup> A kérdezetteknek egy heti alkoholfogyasztást kellett rögzíteniük, napokra lebontva, alkoholtípusonként.

<sup>96</sup> Nagyivónak neveztük azokat a nőket, akik a kérdézet megelőző héten összesen több mint 7, illetve azokat a férfiakat, akik több mint 14 egységnyi alkoholt fogyasztottak (a nők esetében az eltérő fiziológiai sajátosságok miatt kell kisebb határértékeket figyelembe venni). Egy ital/alkoholegység egy korsó sörnek, 2 dl bornak vagy 0,5 dl röviditalnak felel meg, azaz 1 dl sör 0,2 itálnak, 1 dl bor 0,5 itálnak és 0,1 dl rövidital 0,2 itálnak számít. A szakirodalomban binge drinkingnek nevezett jelenség (egy alkalommal nagy mennyiségű alkohol fogyasztása) kiemelkedő jelentősége miatt nagyivónak neveztük azokat is, akik egy alkalommal 6 vagy több alkoholegységet fogyasztanak.

Mértéktelen alkoholfogyasztóknak tekintettük azokat, akik legalább heti gyakorisággal fogyasztottak alkoholt, de nem minősültek nagyivónak.

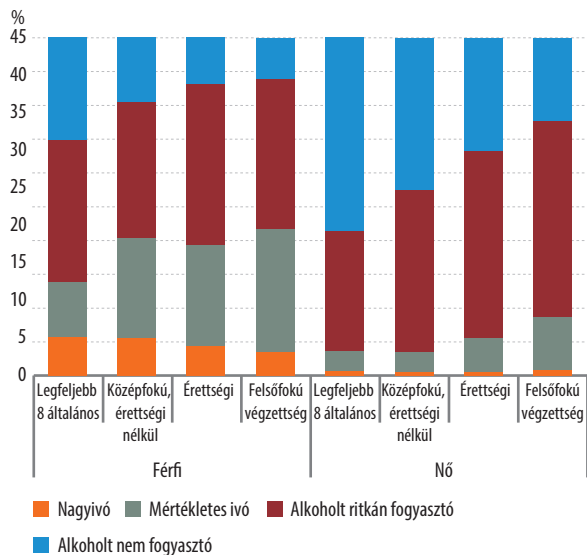
Alkoholt ritkán fogyasztóknak neveztük azokat, akik szoktak szeszes italt fogyasztani, de hetinél ritkább gyakorisággal.

Absztinenseknek neveztük azokat, akik saját bevallásuk szerint egyáltalán nem szoktak alkoholtartalmú italokat inni.

Az absztinensek az általános iskolát végzettek körében vannak a legtöbben, mind a férfiaknál (30%), mind a nőknél (57%).

71. ábra

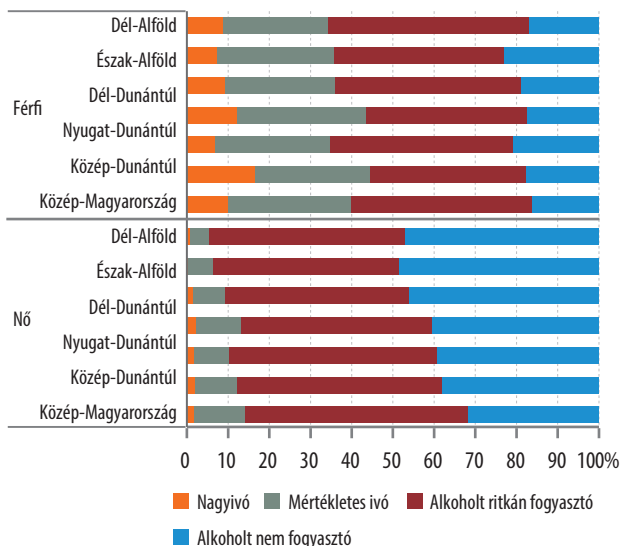
Szeszesital-fogyasztás nem és iskolai végzettség szerint, 2014



A földrajzi eltéréseket vizsgálva kitűnik az adatokból, hogy a nagyivás Közép- és Dél-Dunántúlon fordul elő a legnagyobb gyakorisággal, a férfiak 17, illetve 12%-a érintett.

72. ábra

Szeszesital-fogyasztás nem és régió szerint, 2014



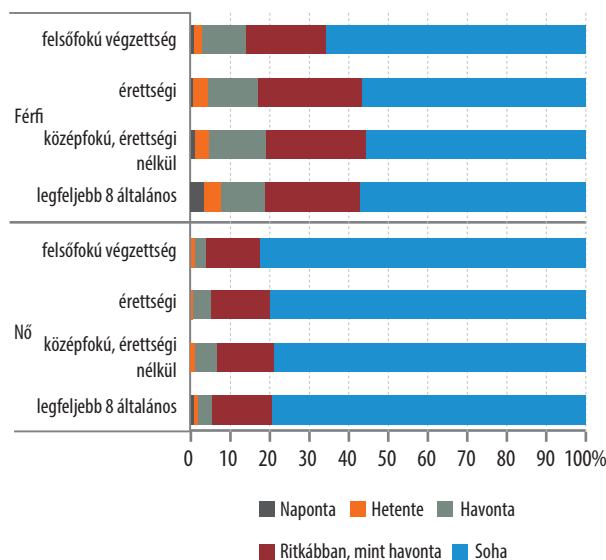
A nagyivás egy speciális esete az úgynevezett rohamivás (binge drinking), amikor egy alkalommal valaki legalább

hat italt fogyaszt (nőknél az eltérő fiziológiai sajátosságok miatt ennél alacsonyabb küszöbértékkel is szoktak számolni, de az összehasonlíthatóság miatt most esetükben is a hat italt használjuk a becslésekhez).

Az adatgyűjtést megelőző évben alkoholt fogyasztó férfiak kétötödével, a nők harmadával fordult elő rohamivás, a férfiak 17%-ával legalább havi, 5%-ával pedig heti rendszerességgel, míg a nők 5%-a havonta, 1%-a pedig hetente legalább egy alkalommal szélsőségesen sokat ivott. Az iskolai végzettség ebben az esetben is összefügg a vizsgált jelenséggel: a legfeljebb 8 általános iskolai végzettségű férfiak 19%-ával havonta legalább egyszer és 24%-ával ritkábban esik meg, hogy egyetlen alkalommal 6 italt vagy még többet iszik, a diplomás férfiak között ezek az arányok alacsonyabbak, 14 és 20%. A binge drinking a nőknek egyötödével fordul elő, többségükkel ritkábban, mint havonta, iskolázottság szerint nincs kimutatható különbség közöttük.

73. ábra

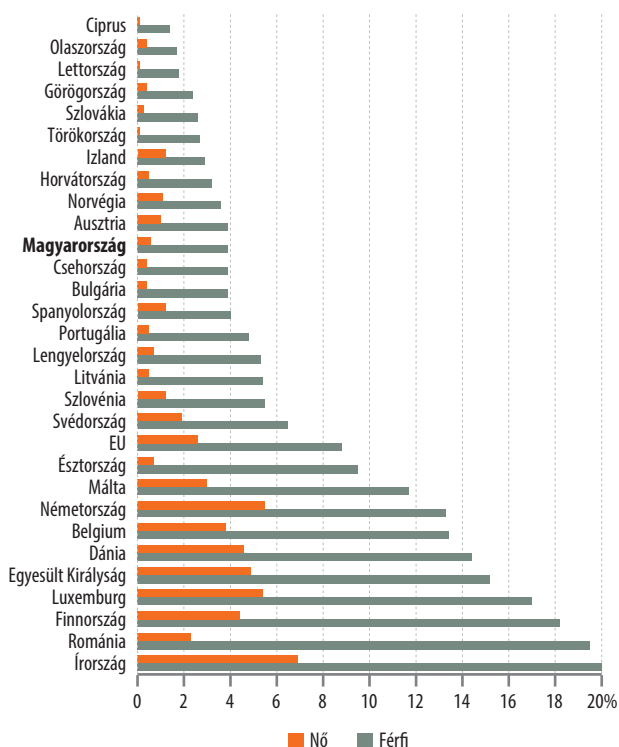
A rohamivás előfordulása az adatfelvételt megelőző 12 hónapban nem és iskolai végzettség szerint, 2014



Az EHIS2014-ből származó nemzetközi adatokat vizsgálva megállapítható, hogy heti rendszerességgel Írországon minden ötödik férfi gyakorolja a rohamivást, de Romániában, Finnországban, Luxemburgban és az Egyesült Királyságban is meghaladja ez az arány a 15%-ot, míg Cipruson, Lettországon és Olaszországon 2% alatti. A nőknél szintén Írország a listavezető (7%), de Németország és Luxemburg is dobogós a rendszeres rohamivás tekintetében. Csökkenő sorrendet tekintve Magyarország mindkét nem esetében a középmezőny alján helyezkedik el.

74. ábra

A heti rendszerességgel rohamívás előfordulása nem szerint a 2014 körüli években\*



Forrás: Eurostat Database, EHIS2014.

<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

\* Lásd a 31. ábra lábjezetét.

## 4.2 Társas kapcsolatok<sup>97</sup>

Az egészséget és az életmódot számos tényező befolyásolja, mind egyéni, mind társadalmi szinten. Az egyéni szintű befolyásoló faktorok közé tartozik a fizikai, biológiai tényezők mellett a szociális kapcsolatok rendszere is<sup>98</sup>, amelyet jelen felmérésben a társas támogatottsággal jellemeztünk.

A társas támogatottságot olyan kapcsolatok összességékként definiálhatjuk, amelyekről a személy azt feltételezi, hogy érzelmi és anyagi segítséget biztosítanak számára, olyan kölcsönös elkötelezettséget, amelyekről az egyén úgy érzi, hogy törődést, szeretetet, megbecsülést kap a másik féltől<sup>99</sup>. Gottlieb szerint a társas támogatottság a kapcsolati interakciók folyamata, amely javítja a megbirkózási képességet, az önértékelést és a kompetenciát a tényleges, illetve a feltételezett fizikai és pszichoszociális erőforrásokon keresztül.<sup>100</sup>

A társas támogatottság ugyanakkor nemcsak abban segít, hogy meg tudjunk birkózni különböző kihívásokkal

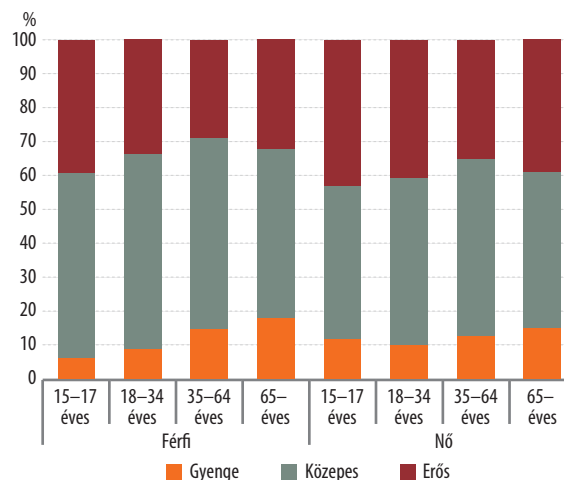
vagy hogy jobban érezzük magunkat: elengedhetetlen feltétele az általános jóllétnek, hiszen hatással van a fizikai és a lelki egészségre egyaránt. A megfelelő társas támogatottság növeli a szervezet ellenálló képességét, csökkenti a megbetegedések valószínűségét, illetve a már bekövetkezett betegség esetén elősegítheti a gyógyulást.

Az ELEF 2014-es kérdőívében az Eurostat előírásainak megfelelően egy három kérdésből álló sorozat alapján számított indexszel mértük a társas támogatottság mértékét. Az úgynevezett Oslo-3-skála<sup>101</sup> három kategóriába sorolja a válaszadókat a társas támogatottság mértéke szerint (gyenge, közepes vagy erős).

Összességében a felnőtt magyar lakosság bő harmada erős, több mint fele pedig közepes társas támogatottsággal jellemezhető, minden nyolcadik ember társas kapcsolatai viszont gyengék. A nők társas támogatottság értékei valamivel magasabbak a férfiakénál, illetve életkorbeli különbségek is megfigyelhetők: általában a fiatalok körében a legritkább a gyenge társas támogatottság, az idősebbeknél pedig a leggyakoribb, ugyanakkor az átlagot meghaladó, erős társas támogatottság nem az idősek, hanem a középkorúak esetében fordul elő a legalacsonyabb gyakorisággal. A nők esetében az életkor változásával jelentkező eloszlásbeli eltérések nem túl jelentősek.

75. ábra

A társas támogatottság mértéke nem és korcsoport szerint, 2014



A társas támogatottság természetesen összefüggésben van a családi állapottal is: a házások társas támogatottsága a legmagasabb mindkét nem esetében (a nők 40, a férfiak

<sup>97</sup> Az ELEF2014-kérdőív 108–111. kérdése alapján.

<sup>98</sup> Lásd például Seeman, T. E.: Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. In: American Journal of Health Promotion. 2000. 14 (6): p. 362–367. vagy Langford, C. P., Bowsher, J., Maloney, J. P., Lillis, P.P.: Social support: a conceptual analysis. In: Journal of Advanced Nursing. 1997. 25 (1): p. 95–100.

<sup>99</sup> Cobb, S.: Social support as a moderator of life stress. In: Psychosomatic Medicine. 1976. 38: p. 300–314.

<sup>100</sup> Gottlieb, B.: Selecting and planning support interventions. In Conhen, S., Underwood, L., Gottlieb, B. (szerk.): Social support measurement and interventions. London: Oxford University Press, 2000. p. 195–220.

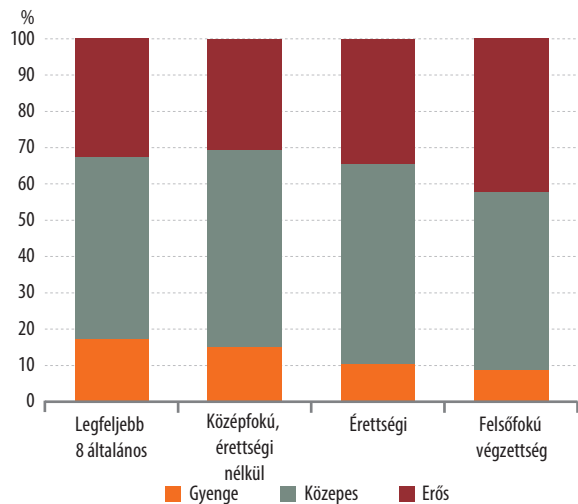
<sup>101</sup> Az Oslo-3-skála (OSS) egy Norvégiában végzett, a mentális egészségre fókuszáló felmérés eredményeként született, ahol azt vizsgálták, hogy a mentális egészséget mérő 25 elemű Hopkins Symptom Check List (HSCL-25) milyen összefüggést mutat egy 12 elemű társas támogatottság-kérdéssorral. Az elemzés eredményeként 3, a baráti/ismerősi körre, illetve a szomszédságra vonatkozó kérdést emelték ki, amely a többszörös lineáris regressziós modell szerint összefüggést mutatott a mentális egészséggel. A három kérdésre adott válaszokat pontozva az alábbi pontszámok jelölik az egyes társas támogatottság-kategóriákat: 3–8 között: gyenge, 9–11 között: közepes, 12–14 között: erős.

34%-a erős támogatású), bár náluk is minden tizedik gyenge társas támogatottságról számolt be. A legrosszabb helyzetben az elvált férfiak vannak, akiknek több mint negyede gyenge társas támogatottságú, náluk még az elvált nők is tíz százalékponttal jobb eredményt mutatnak ezen a téren.

Az iskolai végzettség szintén összefüggést mutat a társas támogatottsággal. Az erős társas támogatottság egyértelműen a diplomások körében a leggyakoribb, az ennél alacsonyabb végzettségűeknél nincs számottevő különbség. Ugyanakkor, ha a gyenge társas támogatottság szempontjából vizsgáljuk az egyes társadalmi csoportok kiterjedtségét, már az érettségizettek is jelentősen védettebbek, mint az érettségivel nem rendelkezők, a diplomások pedig fele akora arányban küzdenek csak a társas kapcsolatok hiányával, mint a legfeljebb nyolc osztályt végzettek.

76. ábra

A társas támogatottság mértéke iskolázottság szerint, 2014



A munkaerőpiaci pozíció tekintetében a rokkantsági ellátásban részesülők nélkülözik leginkább a szociális támogatást (gyenge kategóriába tartozik a férfiak 29, a nők 25%-a). A munkanélküliség, úgy tűnik, ebből a szempontból jobban megviseli a férfiakat, mint a nőket: míg a munkanélküli férfiak negyede, addig a munkanélküli nőknek csak nyolcada számolt be gyenge társas támogatottságról.

Az anyagi helyzettől sem független a társas kapcsolatok rendszere: míg a legalacsonyabb jövedelmi ötdöbe tartozók negyede, a legnagyobb háztartási jövedelemmel rendelkezőknek csak a huszada tartozik a gyenge társas támogatottságúak közé.

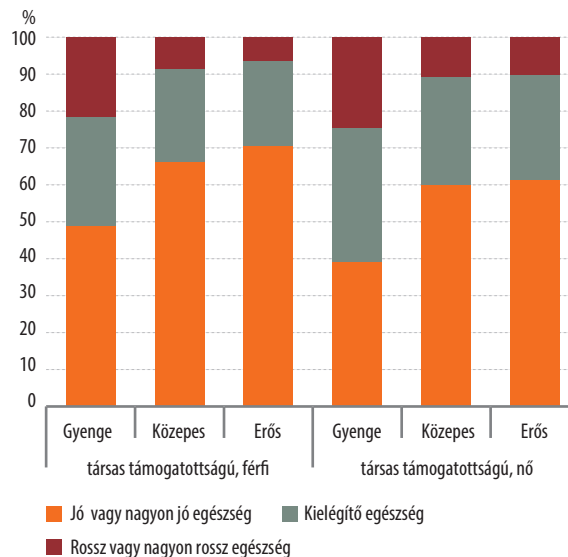
Regionális különbségek szerint a közép-dunántúli nők, illetve a nyugat-dunántúli férfiak és nők vannak a legszerencsésebb helyzetben (az erős társas támogatással jellemezhető aránya a körükben 36–46%), ugyanakkor az észak-magyarországiaknak lenne leginkább szüksége a társas kapcsolatok kiterjesztésére – az itt élőknek kevesebb mint harmada tartozik az erős társas támogatottságúak közé. Érdeemes megjegyezni, hogy a Közép-Magyarországon élők között viszonylag magas a gyenge (14%), és alacsony az erős (32%) társas támogatottságúak aránya, ugyanakkor a közepes mértékű társas támogatottság itt a legmagasabb.

A társas támogatottság összefüggésben áll az egészséggel, bár a kapcsolat általában nem egyirányú, azaz mind az egészség hathat a társas kapcsolatokra, mind pedig a társas kapcsolatok az egészségi állapotra és az egészségmagatartásra.

Az ELEF adatai szerint a nagyobb társas támogatással bírók szubjektív egészsége is jobb: míg a gyenge társas támogatottságúak közül minden negyedik, az erős társas támogatottságúak közül csak minden 12. jellemezte rossznak vagy éppenséggel nagyon rossznak az egészségi állapotát. Ugyanakkor, amíg az erős társas támogatottságú férfiak 71, a nők 62%-a jónak vagy nagyon jónak vélte egészségét, a gyenge kapcsolatokkal rendelkező férfiaknak 49, a nőknek pedig 39%-a.

77. ábra

A társas támogatottság mértéke a vélt egészség szerint, 2014



Krónikus betegségről az erős kapcsolati hálóval rendelkezők 42%-a számolt be, szemben a gyenge társas támogatottságúak 54%-ával. A nők körében tíz százalékponttal magasabb ez az arány, mint a férfiaknál. Az egészségi állapotból fakadó, a mindennapi életet nehezítő súlyos akadályozottsággal él együtt a gyenge társas támogatottsággal jellemezhető 16, míg az erős társas támogatottságúaknak 9%-a.

Ha konkrétan a lelki betegségek és a társas támogatottság kapcsolatát vizsgáljuk, akkor megállapítható, hogy az erős társas kapcsolatokkal rendelkezők négyötöde egyáltalán nem mutat depresszív tüneteket még a legenyhébb mértékben sem, míg a gyenge társas támogatottságúaknak csak 55%-áról mondható el ugyanez. Ugyanakkor a gyenge társas támogatottságú férfiak 7, a nők 10%-a, az erős támogatottságú férfiaknak kevesebb mint 1, a nőknek pedig 2%-a jellemezhető mérsékelten súlyos vagy súlyos depresszív tünetekkel.

Végül két egészségmagatartási tényező kapcsolatát mutatjuk be a társas támogatottsággal. Az alkoholfogyasztás és a dohányzás esetében is elmondható, hogy a káros szenvedélyek fogyasztása összefüggésben áll a társas támogatottsággal.

délyek követése alacsonyabb társas támogatottsággal jár. Itt azonban ismét fel kell hívnunk a figyelmet a kétirányú kapcsolatra: lehet, hogy valaki azért iszik a kelleténél több szeszes italt, mert magányosnak érzi magát, de az is lehet, hogy valakinek azért szakadnak meg a társas kapcsolatai, mert túl sok alkoholt fogyaszt, és a környezete nem tolerálja az ezzel járó személyiségtorzulást és életmódbeli változásokat. Mindenesetre a gyenge kapcsolatokkal rendelkező férfiak kétszer akkora arányban tartoznak a nagyivók közé, mint az erős kötődésűek (15, illetve 7%), és a nőknél is jelentős a különbség, bár itt meglehetősen alacsony esetszámokról beszélünk (3, illetve 1%). A dohányzóknál is kimutatható az eltérés: a gyenge kapcsolatú férfiak 35, a nők 25%-a dohányzik, szemben az erős kötődésű férfiak 28, illetve a nők 18%-ával.

### 4.3 Gondoskodás, segítségnyújtás<sup>102</sup>

Közismert, hogy Magyarország – a többi európai államhoz hasonlóan – az idősödő társadalmak közé tartozik, az egyre növekvő születéskor várható élettartamok, illetve a csökkenő termékenységi mutatók következtében. A világ előregedése egyre gyorsul: 2010-ben még „csak” 524 millióan éltek meg a 65 évet a Föld lakói közül, de becslések szerint 2050-re már megközelíti ez a szám a másfél milliárdot.<sup>103</sup> Magyarországon 2014-ben a teljes lakosság 18%-a tartozott a 65 évesek és idősebbek korosztályába (1949-ben még csak 7,5, 1990-ben 13, 2001-ben pedig 15%).

A hosszabb élettartam nem minden esetben jelent egészséges éveket. 2014-ben az EU-ban egy férfi átlagosan 61,4, egy nő pedig 61,8 egészséges életévre számíthatott, ami a férfiak teljes élettartamának 79, a nőknek pedig 74%-át jelenti. Magyarországon átlagosan 60,8, illetve 58,9 egészséges életév vár egy 2014-ben született nőre, illetve férfira, míg ha a 65 éveseket nézzük ebből a szempontból, akkor azt láthatjuk, hogy hátralévő életükből 6,1, illetve 6,0 évet tudnak egészségi korlátoktól mentesen eltölteni (az EU-ban mindkét nem 8,6 évet).<sup>104</sup>

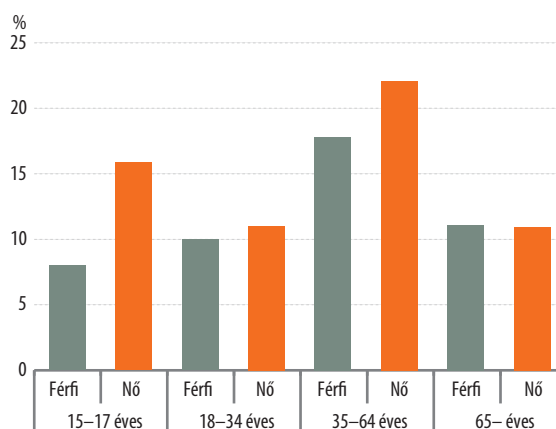
Az idősek, illetve az egészségi állapotuk miatt ápolást, gondozást igénylők a formális, intézményi ellátás mellett jelentős részben részesülnek informális (családi, ismerősi) segítségnyújtásban.

Az ELEF kérdőívben egy rövid kérdéssor segítségével feltérképeztük, hogy a felnőtt lakosság mekkora hányada végez informális, nem fizetett gondozást.

Összességében a 15 éves és idősebb népesség 15%-a gondoz, segít legalább hetente egyszer olyan személyt vagy személyeket, akik idős koruk vagy tartós betegségük miatt segítségre szorulnak. Ez a tevékenység valamivel magasabb arányban jellemző a nőkre (17%), mint a férfiakra (14%), leginkább a 35–64 év közöttiek vesznek részt a segítségnyújtásban (20%).

78. ábra

A legalább heti rendszerességgel gondozást végzők aránya nem és korcsoport szerint, 2014



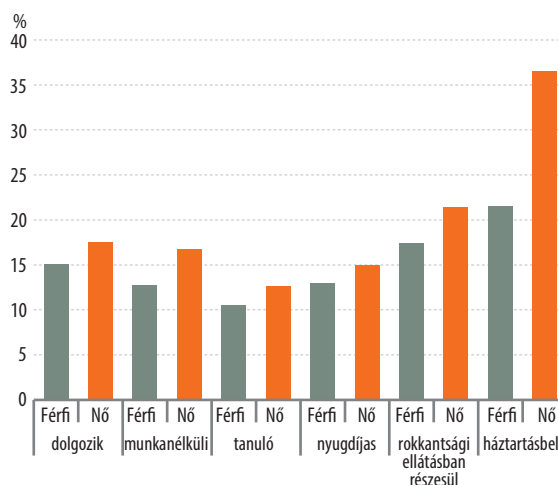
A segítségnyújtást végzők döntő többsége (82%) a családon belül hozzátartozóját ápolja, gondozza.

A gondozási tevékenység az azt végzők kétharmadánál nem haladja meg a heti tíz órát, ugyanakkor 16%-uknál (a nők 19, a férfiak 12%-ánál) legalább egy félállásnyi időt kitesz ez az elfoglaltság, hiszen minden héten minimum húsz órában gondoskodnak hozzátartozóikról, ismerőseikről.

Ha iskolai végzettség szerint vizsgálódunk, azt látjuk, hogy a legfeljebb nyolc általános iskolai osztályt végzettek, illetve másik pólusként a diplomások gondozzák, segítik legkisebb arányban (13%), legalább heti rendszerességgel az egészségi problémákkal küzdő családtagjukat, közeli ismerősüket, míg a szakmunkás végzettségűek és érettségizettek ennél magasabb, nagyjából azonos arányban (17%).

79. ábra

A legalább heti rendszerességgel gondozást végzők aránya munkaerőpiaci státusz szerint, 2014



<sup>102</sup> Az ELEF2014-kérdőív 112–114. kérdése alapján.

<sup>103</sup> Global Health and Aging. Washington: National Institute on Aging, National Institutes of Health, 2011. NIH Publication no. 11-7737.

<sup>104</sup> Eurostat Statistics explained. Healthy life years. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy\\_life\\_years\\_statistics#Further\\_Eurostat\\_information](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics#Further_Eurostat_information)

Amíg az aktív dolgozók közül minden hatodik, addig a háztartásbeli nők több mint harmada nyújt rendszeresen segítséget.

A háztartásbeliek közül a gondozási tevékenységet végzők fele, a nyugdíjasoknak pedig negyede legalább heti húsz órában segíti családtagjait, ismerőseit, míg az aktív dolgozók 11, a rokkantsági ellátásban részesülők 8%-a. A munkanélküliek esetében jelentős a két nem közötti különbség: a gondozási tevékenységet végző férfiaknak csak 4, a nőknek viszont 18%-a fordít heti 20 órát vagy többet mások ápolására.

Anyagi helyzet szempontjából a legalacsonyabb és a legmagasabb jövedelmi ötödbe tartozók egyaránt valamivel alacsonyabb arányban (14%) tartoznak a rendszeres gondozási tevékenységet végzők közé, mint a közbeeső három jövedelmi ötöd tagjai (16–17%). Ugyanakkor anyagi helyzet szempontjából az is különbséget jelent, hogy míg a legmagasabb bevétellel rendelkezők szinte kizárólag családtagjaikat segítik (88%), addig a legrosszabb anyagi körülményekkel rendelkező, gondozási tevékenységet végzőknek a háromnegyede nyújt segítséget családon belül.

Földrajzi szempontból is megfigyelhetők különbségek: Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön csaknem minden ötödik, Nyugat-Magyarországon viszont csak minden nyolcadik lakos végez gondozási tevékenységet legalább heti egy alkalommal. Ugyanakkor míg Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön a gondozási tevékenységet végzők negyede nem saját családtagjait ápolja, az ország többi részén ez az arány alacsonyabb, Közép-Dunántúlon például csak a fele, 12%.

Meg kell említenünk azt is, hogy sokan vannak azok, akik annak ellenére nyújtanak aktív segítséget beteg vagy idős családtagjaiknak, ismerőseiknek, hogy maguk sem egészségesek. Azok közül, akik a saját egészségüket nagyon rossznak tartják, minden tizedik legalább heti rendszerességgel gondoskodik valakiről, ráadásul negytedük heti 20 órát vagy többet fordít erre a tevékenységre, szemben az egészségüket jónak vagy nagyon jónak tartókkal, akiknek csak tizede fordít erre hetente legalább 20 órát.

#### 4.4 Szubjektív jóllét<sup>105</sup>

A szubjektív jóllét számos vizsgálat szerint befolyásolja az egészséget és az élettartam hosszát<sup>106</sup>; a magukat boldognak érzők az életüket élvezhetőbbnek élik meg, a betegségek inkább elkerülik őket, illetve könnyebben felépülnek, mint

a negatívan gondolkodók. Ugyanakkor a folyamat természetes itt sem csak egy irányba hat: a megfelelő egészségi állapot hatással bír a szubjektív jóllétre is.

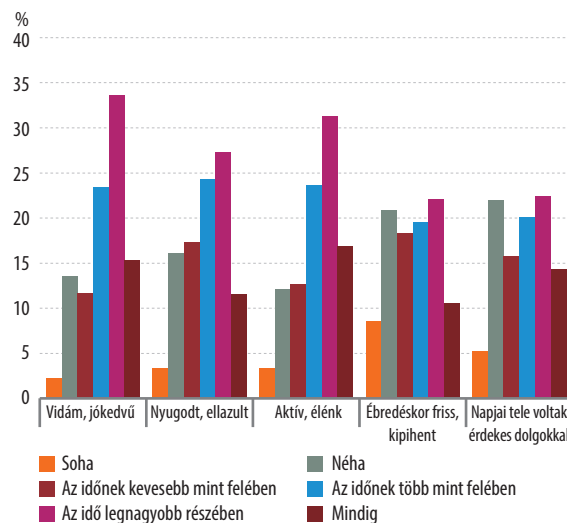
Az ELEF2014 kérdőívében az étellel való általános elégedettség mellett rákérdeztünk a WHO által kifejlesztett jóllétindex<sup>107</sup> felhasználásával a pillanatnyi lelkiállapotra is. A következőkben ezt a mutatót ismertetjük. Az általános jóllétindex a HKÉF-adatgyűjtés publikált eredményei között<sup>108</sup> érhető el.

Az 5 kérdésből álló WHO-jóllétindex<sup>109</sup> egy rövid és általános skála, amely a pillanatnyi szubjektív jóllétet méri.

Az öt pozitív lelkiállapot közül a vidámság/jókedvűség valamint az aktivitás/élénkség jellemezte legnagyobb gyakorisággal a lakosságot: 72–73% úgy érezte, hogy a kérdést megelőző két hét több mint felében jellemző volt rá, 15–17% pedig egyenesen azt gondolta, hogy mindig vidám, illetve élénk volt a vizsgált időszakban. Ugyanakkor a népességnek csaknem fele úgy vélte, hogy a két hét kevesebb mint felében volt ébredéskor friss, kipihent (8,6% soha), 43% pedig nem érezte úgy, hogy az idő legnagyobb részében a napjai tele lettek volna érdekes dolgokkal.

80. ábra

Az elmúlt két hétben előforduló öt pozitív lelkiállapot gyakorisága, 2014



Az öt komponensből összeálló WHO-5-index átlagos értéke<sup>110</sup> a felnőtt magyar lakosság körében 58,5 pont volt,

<sup>105</sup> Az ELEF2014-kérdőív 72–73. kérdése alapján.

<sup>106</sup> Diener, E., Chan, M. Y.: Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity Applied Psychology. In: Health and Well-Being. 2011. 3 (1): p. 1–43.

<sup>107</sup> WHO-5-index.

<sup>108</sup> KSH: Érdekeségek a szubjektív jóllét (well-being) magyarországi vizsgálatából. Statisztikai Tükör 2014/2. Budapest: KSH, 2014.

<sup>109</sup> Well-Being Index, WHO-5 vagy WBI-5. A WHO-5-skála a 10 tételből álló WHO-10-skála rövidített változata (ami viszont egy eredetileg 28 kérdésből álló sor rövidítése) annyi változtatással, hogy az eredeti kérdéssorok részben negatív megfogalmazásúak (reflektálva a distressz tüneteire), míg a WHO-5 csak pozitívan megfogalmazott állításokat tartalmaz. A WHO-5-kérdéssort eredetileg 1998-ban mutatták be, az egészségügyi alapellátásban mérhető jóllétprojekt (DEPCARE) keretében. A projektet követően a skálát több mint harminc nyelvre lefordították, illetve validálták, és az egész világon elterjedt a használata (Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., Bech, P.: The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. In: Psychother Psychosom, 2015. 84. p. 167–176.). Magyarországon a Hungarostudy keretében történt meg a kérdéssor validálása (Susánszky É., Konkoly Thege B., Stauder A., Kopp M.: A WHO-jóllétkérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. In: Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2006. 7. sz., p. 247–255.).

Az ELEF2014 kérdőívének 73. a–73. e kérdései vonatkoznak a WHO-5-index dimenzióira.

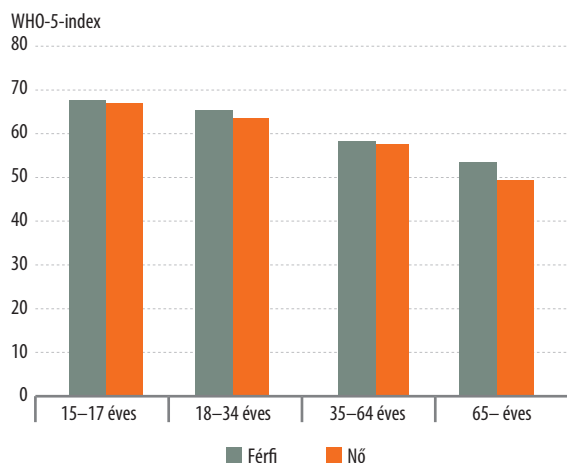
<sup>110</sup> Az index pontértékének kiszámítása: az egyes válaszlehetőségekhez tartozó pontszámokat (soha=0, néha=1, az időnek kevesebb mint felében=2, az időnek több mint felében=3, az idő legnagyobb részében=4, mindig=5) összeadjuk, és az eredményt megszorozzuk 4-gyel, így egy 0 és 100 pont közötti számot kapunk.



a népesség egyharmada esetében legfeljebb 50 pont, 13%-nál pedig nem haladta meg a 28 pontos küszöbértéket, azaz a depressziónak legalábbis enyhébb fokát jelezte. A férfiak minden korcsoportban magasabb értéket mutattak, mint a nők, a mutató értéke a kor előrehaladtával mindkét nemnél csökkent. A 65 éves és idősebb nők átlagos értéke 49,3 volt, azaz náluk az átlagos érték a lehangoltságot jelezte.

81. ábra

A WHO-5-index átlagos értéke nem és korcsoport szerint, 2014



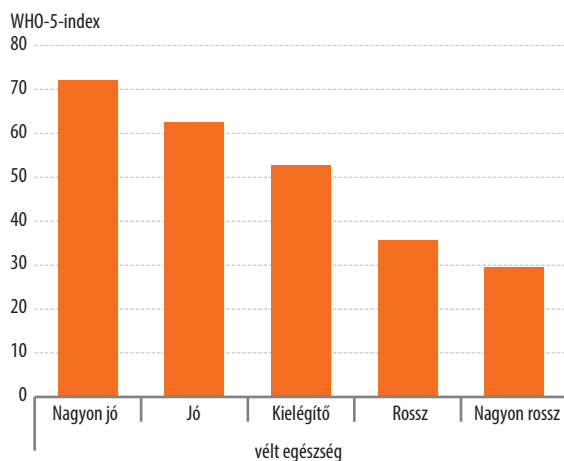
Az iskolai végzettség – hasonlóan az általános elégedettségi mutatókhoz – a WHO-5-jóllétindex alakulását szintén befolyásolta: a legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezők jólléte átlagosan 51,6 pontra, míg a diplomásoké 63,7 pontra volt értékelhető.

Munkaerőpiaci helyzet szempontjából a rokkantsági ellátásban részesülők életminősége kapta a legalacsonyabb pontszámot (39,5), őket a nyugdíjasok, illetve a munkanélküliek követik a rangsorban (52,7, illetve 54,8 pont), a legjobb helyzetben a tanulók (67,4 pont) és a dolgozók (61,7 pont) vannak.

Az anyagi helyzet is nagyfokú szóródást okoz a WHO-5 értékeiben: a legmagasabb bevételek 65,7 pontra, a legszegényebbek 48,6 pontra értékelték életminőségüket.

82. ábra

A WHO-5-index átlagos értéke a vélt egészség szerint, 2014



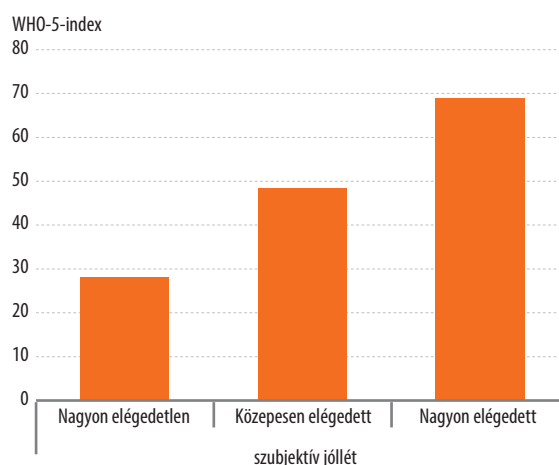
Az index összefüggést mutat a szubjektív egészséggel, azaz a saját egészségüket jónak értékelők mentális jólléte is magasabb pontszámokat kapott, mint az egészségüket rossznak tartók. A két szélső kategóriára érvényes átlagértékek különbsége közel két és félszeres.

A krónikus betegségben szenvedők életminősége átlagosan 12 ponttal alacsonyabbra értékelhető, mint a betegség nélkül élőké (51,8, illetve 63,9 pont). Az egészségproblémák miatti akadályozottság is csökkenti az életminőséget: a korlátozottságtól mentesen élők átlagos pontszáma 63,6 volt, míg az enyhén akadályozottaké 50,2, a súlyos korlátozottaké pedig 37,9.

A kétféle jóllétmutató, vagyis az étellel való általános elégedettség, illetve az ötdimenziós WHO-index, bár más szempontból közelítik a jóllétet, mégis együtt mozognak: az étellel nagyon elégedetlenek (akik a 11 fokú skálán 0-2 közötti értéket jelöltek meg) átlagosan 28,1 pontot értek el a WHO-indexszel, míg a nagyon elégedettek (8-10 pont a skálán) ennek csaknem két és félszeresét (69,0 pont).

83. ábra

WHO-5-index értéke az általános szubjektív jóllét szerint, 2014



# 5. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ-RENDSZER IGÉNYBEVÉTELE

Az egészségügyi ellátórendszer igénybevételével kapcsolatban az ELEF kérdőíve a háziorvosi, fogorvosi, szakorvosi és kórházi ellátás, illetve néhány kiegészítő kezelési, ellátási forma (otthoni szakápolás, házi segítségnyújtás, dietetikus, pszichológus, gyógytornász, természetgyógyász) igénybevételét vizsgálta.

A népesség 97%-ának a felmérést megelőző 12 hónapon belül legalább egyszer szüksége volt egészségügyi ellátásra. Orvossal – háziorvossal vagy szakorvossal – a lakosság 85%-a találkozott, leggyakrabban a legfiatalabb és a legidősebb korosztály, és minden korosztályban gyakrabban a nők.

Fekvőbetegként kórházi kezelésre szorult a lakosság több mint tizede. Az öt évvel korábbi adatokhoz képest nőtt (9-ről 12%-ra) az egynapos kórházi ellátásban részesülők, és valamelyest csökkent (14-ről 13%-ra) a fekvőbetegként kórházban kezelték aránya.

Az „orvoshoz járás” gyakorlatában a jövedelemszint kevésbé meghatározó tényezőnek látszik, mint az iskolázottság: amíg az alapellátás igénybevétele csökken az iskolázottság és az egy főre jutó jövedelem növekedésével, addig a szakellátás tekintetében már csak az iskolázottsággal összefüggésben mutatható ki, hogy annak magasabb szintje emeli a szakorvosi látogatások gyakoriságát.

## 5.1 Az alapellátás igénybevétele<sup>111</sup>

A háziorvosnál történő megjelenések gyakorisága, ahogy öt évvel korábban is, változatlanul magas. A lakosság több mint háromnegyede (76%) felkereste a háziorvosát a felmérést megelőző évben, legnagyobb arányban a 65. évüket betöltötték (89%) és a 15–17 évesek (75%). Legritkábban a fiatal felnőttek (18–34 éves) férfiak látogatták orvosukat, de még róluk is elmondható, hogy a többség (61%) a felmérést megelőző 12 hónapban találkozott orvosával. A nők általában gyakrabban látogatják háziorvosukat, a legidősebb korosztály kivételével, ahol a nőkkel azonos arányban keresik fel a férfiak is a háziorvosukat.

40% azok aránya, akik a felmérést megelőző négy hétben is konzultáltak háziorvosukkal egyszer vagy akár többször is. A 64 év feletti mintegy fele találkozott háziorvosával a felmérést megelőző négy hétben is.

Az iskolázottság mindkét nem orvoshoz fordulási magatartását befolyásolja, de a nőkre inkább jellemző, hogy minél alacsonyabb az iskolai végzettségük, általánosságban annál rosszabb az egészségi állapotuk, így gyakrabban fordulnak háziorvoshoz: a legfeljebb 8 osztályt végzett nők

több mint fele, a diplomás nők alig harmada kereste fel a felmérést megelőző hónapban a háziorvosát.

Megfigyelhető, hogy az alacsonyabb jövedelemmel rendelkezők, férfiak és nők egyaránt, gyakrabban keresik fel háziorvosukat: a legszegényebbek több mint fele a felmérést megelőző négy hétben is beszélt háziorvosával akár többször is, a leggazdagabbak közel háromnegyede viszont egyáltalán nem vette fel vele a kapcsolatot ezen időszakban.

Az adatgyűjtést megelőző négyhetes időablak tekintetében az alapellátás igénybevételében régiós egyenlőtlenségek statisztikailag nem igazolhatók, de a 12 hónapos tartamot vizsgálva megállapítható, hogy Nyugat-Dunántúlon mennek a legritkábban a háziorvosukhoz (73%) és Dél-Alföldön a leggyakrabban (79%).

## 5.2 A szakellátás igénybevétele<sup>112</sup>

Az öt évvel korábbi adatokhoz képest hasonló azok aránya, akik szakorvost kerestek fel saját egészségük érdekében: a népesség hattizede vette igénybe a járóbeteg-szakellátás szolgáltatásait a felvételt megelőző évben. A lakosság majdnem 30%-a a felmérést megelőző négy hétben is találkozott szakorvossal, 3%-a viszont elmondása szerint még soha.

Azok között, akik szakorvosi konzultáción vettek részt minden korcsoportban többségben vannak a nők, csak a 64 éven felülieknél közelíti a két nem megjelenési aránya.

7. tábla

Az egy éven belül szakrendelésen jelentek aránya nem és korcsoport szerint, 2014

| (%)           |            |            |            |                    |           |
|---------------|------------|------------|------------|--------------------|-----------|
| Nem           | 15–17 éves | 18–34 éves | 35–64 éves | 65 éves és idősebb | Összesen  |
| Férfi         | 54         | 43         | 56         | 69                 | 54        |
| Nő            | 63         | 66         | 69         | 71                 | 69        |
| <b>Együtt</b> | <b>58</b>  | <b>54</b>  | <b>63</b>  | <b>70</b>          | <b>62</b> |

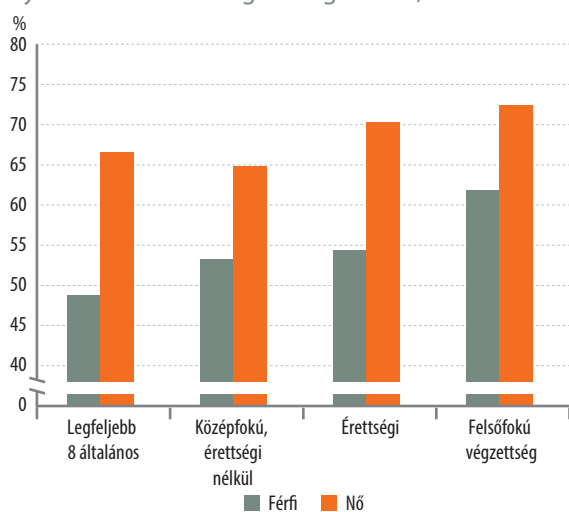
Az ELEF2014 adatai szerint az iskolázottság növekedésével nő a szakorvosi látogatások gyakorisága. Legritkábban a legfeljebb 8 általánost végzett férfiak (49%), leggyakrabban a diplomával rendelkező nők (72%) vizsgáltatták meg magukat szakorvossal.

<sup>111</sup> Az ELEF2014-kérdőív 48–50. kérdése alapján.

<sup>112</sup> Az ELEF2014-kérdőív 44–47. és 51–56. kérdése alapján.

84. ábra

Az egy éven belül szakorvosi vizsgálaton részt vevők aránya nem és iskolai végzettség szerint, 2014

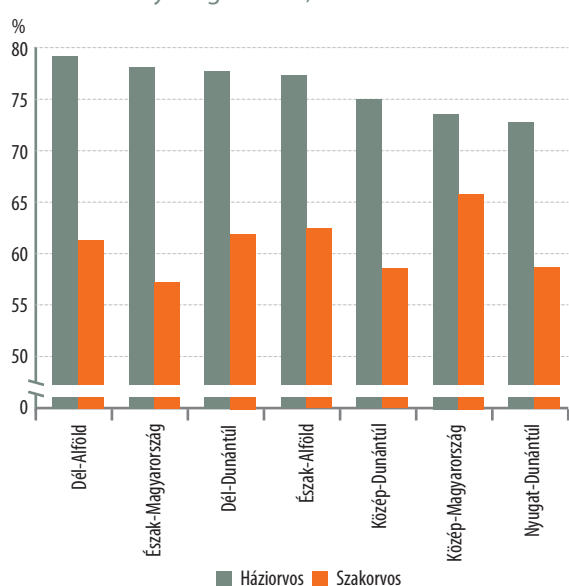


2009-ben a legmagasabb jövedelemkategóriába tartozó nők a legszegényebbekhez képest 7 százalékponttal gyakrabban jutottak el szakorvoshoz, de 2014-ben ez a különbség lényegében megszűnt, így a legszegényebbeknek is több mint hattizede konzultált szakorvossal hasonlóan a többi jövedelemkategóriához.

A szakellátás területi egyenlőtlenségére utal, hogy 12 hónapos igénybevételt figyelembe véve a Közép-Magyarországon élők konzultálnak szakorvossal a leggyakrabban (66%), ugyanakkor Észak-Magyarországon a legalacsonyabb a szakorvosi látogatások aránya (57%).

85. ábra

Az egy éven belüli háziorvosi és szakorvosi konzultáción részt vevők aránya régióinként, 2014



A felvételt megelőző 12 hónapban a lakosság 13%-a töltött legalább egy éjszakát kórházban fekvőbetegként, hasonlóan, mint öt évvel korábban. A kórházi kezelésre szoruló körében a középkorúakat a fiatalokhoz viszonyítva

<sup>113</sup> A szülés miatt kórházban töltött idő nem került beszámításra.

nincs különbség, mindkét korcsoportnak körülbelül tizede kényszerül kórházi kezelésre, de jelentős mértékű növekedés tapasztalható a legidősebbeknél, a 65 évesek és idősebbek korcsoportjában már az embereknek csaknem negyede töltött legalább egy éjszakát kórházban fekvőbetegként.

Nemenként nem mutat egységes képet az ellátásra szoruló megoszlása: ahogy 2009-ben, úgy 2014-ben is megfigyelhető, hogy általában a nők között magasabb a kórházi kezelést igénybe vevők hányada.<sup>113</sup> A fiatalabbak és idősebbek kórházi kezelési gyakoriságát tekintve nemek szerinti különbség nem mutatható ki.

8. tábla

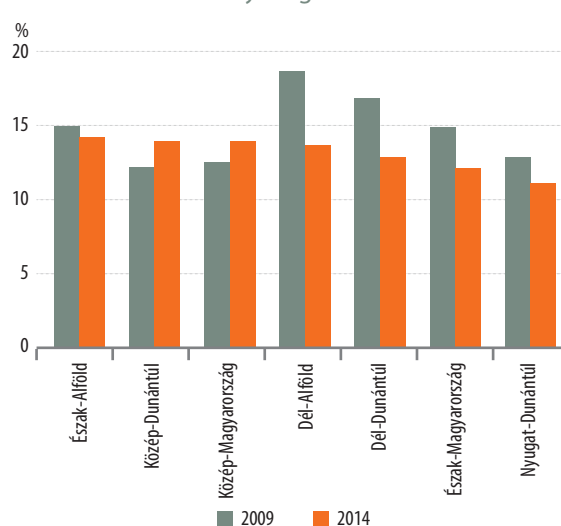
Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban fekvőbetegként kórházban kezeltek aránya nem és korcsoport szerint

| Nem           | Korcsoport |            |            |                    | Összesen  |
|---------------|------------|------------|------------|--------------------|-----------|
|               | 15–17 éves | 18–34 éves | 35–64 éves | 65 éves és idősebb |           |
| <b>2009</b>   |            |            |            |                    |           |
| Férfi         | 7          | 4          | 12         | 27                 | 12        |
| Nő            | 10         | 10         | 15         | 28                 | 16        |
| <b>Együtt</b> | <b>9</b>   | <b>7</b>   | <b>13</b>  | <b>28</b>          | <b>14</b> |
| <b>2014</b>   |            |            |            |                    |           |
| Férfi         | 10         | 6          | 10         | 25                 | 11        |
| Nő            | 11         | 13         | 13         | 24                 | 15        |
| <b>Együtt</b> | <b>10</b>  | <b>9</b>   | <b>11</b>  | <b>24</b>          | <b>13</b> |

Míg a 35 éven aluli korcsoportokban mindkét nemnél valamelyest nőtt a kórházban fekvőbetegként kezelt aránya 2009-hez képest, addig a 35. életévüket betöltött korcsoportjaiban a már 2009-ben is az korábbi adatokhoz képest tapasztalható csökkenés tovább folytatódott, sőt a 64 éven felüliek korcsoportjára is kiterjedt (28, illetve 24%). Ezzel párhuzamosan az egynapos kórházi ápolási esetek aránya öt év alatt 9-ről 12%-ra nőtt.

86. ábra

Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban fekvőbetegként kórházban kezeltek aránya régióinként



Az egynapos kórházi ellátás növekedését, illetve a kórházi fekvőbeteg-ellátási esetek csökkenését mutatják a legtöbb régió adatai.

A fekvőbeteg-ellátás gyakoriságát tekintve nincs statisztikailag kimutatható regionális különbség.

Az egynapos ellátási esetek előfordulása sem mutat statisztikailag igazolható regionális különbségeket.

87. ábra

Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban egynapos kórházi ellátásban részesülők aránya régióként

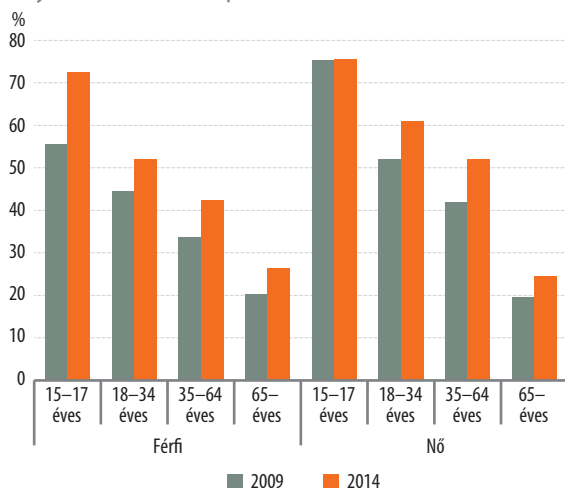


A jövedelemszint emelkedésével csökken a kórházi kezelést igénybe vevők aránya mind az egynapos ellátásban, mind pedig a hosszabb kórházi benntartózkodást igénylő esetek tekintetében.

Különösen a nőknél egyértelmű, hogy a jövedelemszint csökkenése a kórházi ápolás fokozódó esélyével jár együtt. A legalacsonyabb jövedelemmel rendelkezők 21%-a, a legmagasabb jövedelműeknek csak 12%-a szorult egy napnál hosszabb kórházi ápolásra. Míg az első három jövedelmi ötödbe tartozó férfiak közel azonos gyakorisággal kerültek kórházba, addig a legmagasabb jövedelműek kórházi ápolásának gyakorisága 13-ról 7%-ra visszaesett.

88. ábra

Az egy éven belül fogorvosi vizsgálaton részt vettek aránya nem és korcsoport szerint



A népesség több mint fele nem ellenőriztette fogai épségét az adatfelvételt megelőző évben, és csak valamivel több mint negyede járt az ajánlott 6 hónapon belül fogorvosnál. A 15 évesek és idősebbek ötöde az adatgyűjtést megelőző 12 hónapban nem vett igénybe fogorvosi ellátást.

Mind a férfiak, mind a nők esetében igaz, hogy minél iskolázottabb valaki, annál gyakrabban keres fel fogorvost: az adatfelvételt megelőző fél évben fogászati vizsgálaton a legkevésbé képzettek közül feleannyian voltak, mint a diplomások közül (38%).

Összefüggés mutatható ki a jövedelmi viszonyok és a fogászati látogatások között is: a legszegényebbek 17%-a keresett fel fogorvost fél éven belül, a leggazdagabb jövedelmi ötödbe tartozóknak pedig éppen a duplája.

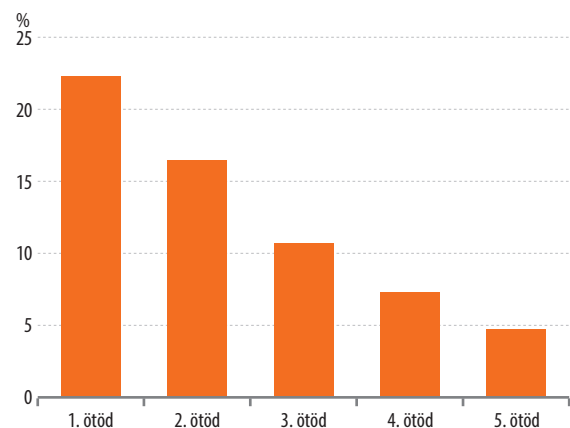
Közép-Magyarország messze felülmúlja fogászati egészségudatosság tekintetében az ország többi régióját. Itt a lakosság 34%-a vett részt a felvételt megelőző fél évben fogászati vizsgálaton, Közép-Dunántúlhoz ez az arány 20%, az ország többi régiójában 20–26% között mozgott.

Azok közül, akiknek szükségük lett volna fogorvosi kezelésre 12% anyagi okokból nem vette ezt igénybe. A legalacsonyabb jövedelmi ötödhöz tartozóknál ez az arány az átlagnak csaknem kétszerese, míg a népesség legmagasabb jövedelmű 20%-ába tartozók körében jóval ritkábban fordul elő (5%).

A testi-lelki gyógyulást segítő célzott, esetleg kiegészítő terápiákat, tanácsadást a lakosság kis része veszi csak igénybe. Saját egészsége érdekében a lakosoknak még tizede sem fordult gyógytornászhoz, kineziológushoz vagy fizioterapeutához, még a saját bevallásuk szerint derék- vagy hátfájjal, esetleg gerincproblémával küszködőknek is alig ötöde.

89. ábra

Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban a fogorvosi ellátást anyagi okból elmulasztók aránya jövedelemkategória szerint, 2014



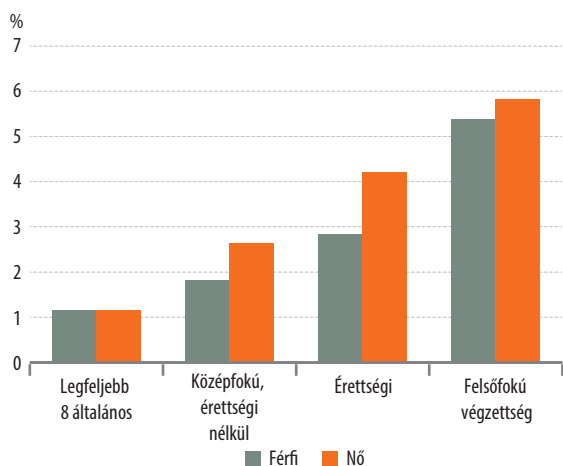
Még kevesebben (4%) vették igénybe lelki egészségük egyensúlya érdekében pszichológus, pszichiáter vagy pszichoterapeuta segítségét. Érdekes, hogy a legnagyobb arányban (6%) a fiatal fiúk (15-17 évesek) kértek támogatást, ugyanebben a korcsoportban a lányoknak alig 1%-a fordult meg ilyen szakemberek rendelkezésére. A fiatal fiúkon kívül az idős nők vesznek részt viszonylag gyakrabban terápiás kezeléseken (5%). A felvételt megelőző évben saját bevallá-

suk szerint depresszióval küzdők 36%-a járt pszichológusnál, pszichiáternél vagy pszichoterapeutánál.

Dietetikussal, táplálkozási tanácsadóval is csak elenyésző százalékban (3%) konzultált a lakosság, a cukorbetegnek is csak kéttizede. A tanácsadót felkeresők fele cukorbeteg volt.

90. ábra

Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban természetgyógyászatot és homeopátiát igénybe vevők aránya nem és iskolai végzettség szerint, 2014

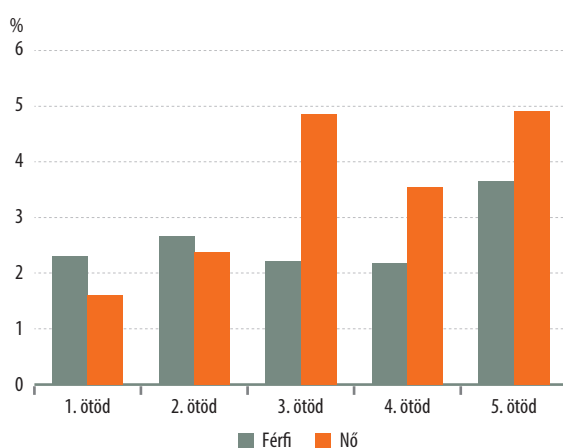


Homeopátiával, természetgyógyászattal foglalkozó szakembereket az országos átlaghoz (3%) képest kétszer annyian (6%) keresték fel a diplomások, és harmadannyian a legfeljebb 8 általánossal rendelkezők.

Anyagi lehetőségeik a természetgyógyászat igénybevétele szempontjából inkább a nőket befolyásolják.

91. ábra

Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban természetgyógyászatot és homeopátiát igénybe vevők aránya nem és jövedelemkategória szerint, 2014



Elenyésző (1%) az otthoni szakápolási szolgáltatást – ápolói, nővéri vagy védőnői otthoni ellátást – igénybe vevők köre, leggyakrabban a 65 éves vagy idősebb egyszemélyes háztartásban élő nők (8%) kérték az egészségügyi ellátásnak ezen formáját. Az ápolást igénylő férfiak többsége a 35–64 évesek közül került ki (53%), a nőknél ugyanakkor a 65. évüket betöltötték tették ki az ápoltak közel háromnegyedét (72%).

Valamivel elterjedtebb (3%) a házi segítségnyújtási szolgáltatás – otthoni segítség a házimunkában, idősellátás, szociális alapú ételszállítás, beteg- vagy idősszállítás –, amit jellemzően az idősek igényelnek (9%). A szolgáltatásból kimaradó, de segítségre szorulóknak 5%-a nem is ismeri a segítségnyújtás ezen fajtáját, 3%-a anyagi okok miatt, 2%-a a szegényérzet miatt nem kérte, 86%-a inkább családtaghoz, baráthoz vagy szomszédhoz fordult segítségért.

### 5.3 Betegségek megelőzése, szűrések<sup>114</sup>

Magyarországon a keringési rendszer betegségei, valamint a rosszindulatú daganatos betegségek állnak vezető helyen a halálozási statisztikában. A keringési rendszer betegségei a halálozások feléért, a rosszindulatú daganatos betegségek a negyedéért felelősek. Az orvostudomány mai állása szerint a halálozás kockázatának mérséklésére közép és rövid távon a szűrővizsgálat a legígéretesebb stratégia<sup>115</sup>, a betegségek időbeni felismerése kulcsfontosságú a kezelés sikeressége szempontjából.

Az ELEF kérdőíve alapján a megelőző és a gyógykezelés során elvégzett vizsgálatok nem különíthetők el.

Az egészségfelmérések adatai mind 2009-ben, mind 2014-ben azt mutatták, hogy a lakosság nagy része rendszeresen részt vesz szűrővizsgálatokon, ellenőriztetni vérnyomását, vércukor- és koleszterinszintjét. A vérnyomás-, a vércukorszint- és a koleszterinszint-mérés és a nőgyógyászati szűrővizsgálatok Magyarországon ingyenesek és kampányszerűen zajlanak, vagy a háziorvos javasolja, így nem meglepő a viszonylag magas részvételi arány.

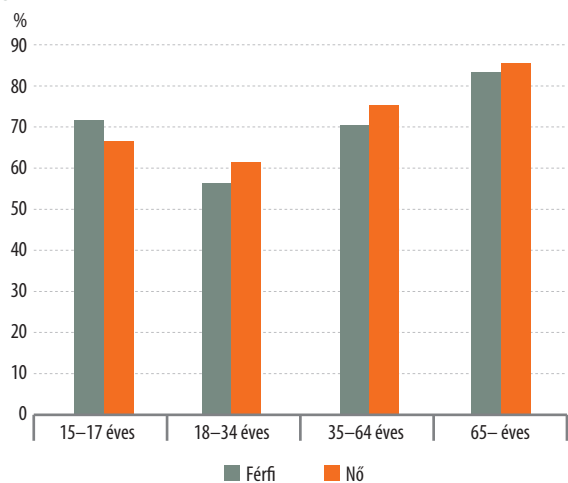
2014-ben a népesség 99%-a nyilatkozott úgy, hogy vérnyomását mérte valaha egészségügyi dolgozó. Ez az arány 2009-ben 96% volt. Férfiak és nők között egyik évben sem tapasztalható jelentős eltérés ebben a tekintetben. 2014-ben 72% volt azok aránya, akiknek az adatgyűjtést megelőző egy évben egészségügyi dolgozó ellenőrizte vérnyomását. Nemek szerint vizsgálva kismértékű különbség tapasztalható: a férfiak 69%-a vett részt vérnyomásmérésen egy éven belül, a nők 74%-a. A 35–64 évesek kivételével, akik esetében a nőkre jellemzőbb a vérnyomásmérésen való részvétel (75, illetve 71%), korcsoportonként a nemek szerinti arányok között statisztikailag nem mutatható ki különbség.

<sup>114</sup> Az ELEF2014-kérdőív 59–67. kérdése alapján.

<sup>115</sup> [https://www.antsz.hu/data/cms41690/lakossagi\\_szurovizsgalatok.pdf](https://www.antsz.hu/data/cms41690/lakossagi_szurovizsgalatok.pdf)

92. ábra

Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban vérnyomás-mérésen részt vettek aránya nem és korcsoport szerint, 2014

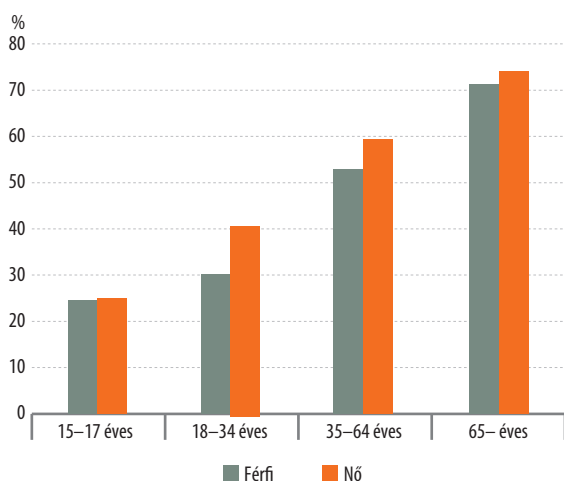


A felmérést megelőző 12 hónapban vérnyomás-mérésen részt vettek aránya iskolai végzettség szerinti bontásban nem mutat jelentős különbségeket. A jövedelmi helyzetre ez nem mondható el, a jövedelem növekedésével ugyanis csökken a megelőző 12 hónapban ezen vizsgálaton részt vettek aránya. A legalacsonyabb jövedelműek 75, a legmagasabb jövedelműek 69%-a vett részt a vizsgálaton.

A koleszterinszint ellenőrzése az utóbbi évtizedekben terjedt el. Egyre gyakoribbá válását a 2009. és a 2014. évi adatok is mutatják: 2009-ben a lakosság 65, 2014-ben a 87%-a (a nők 89, a férfiak 85%-a) számolt be arról, hogy élete során már mérték a koleszterinszintjét. A felmérést megelőző 12 hónapra vonatkozóan még nagyobb a különbség a nők és a férfiak között: a nők 58%-a vett részt koleszterinszint-mérésen, míg a férfiaknak alig fele (49%). A nők részvételi aránya a 18-64 évesek között magasabb. A kor előrehaladtával mindkét nem esetében nő a vizsgálaton való részvétel esélye.

93. ábra

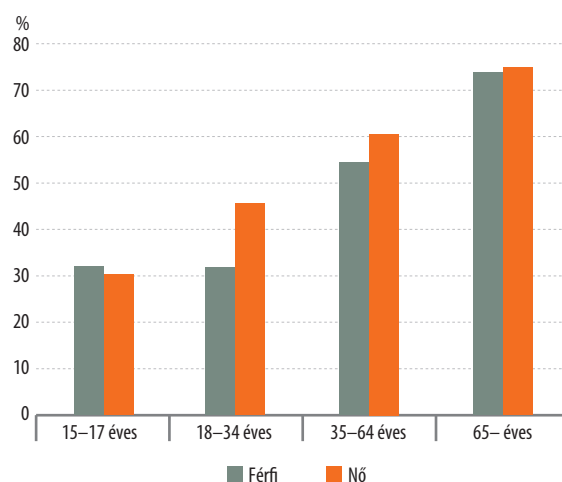
Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban koleszterinszint-mérésen részt vettek aránya nem és korcsoport szerint, 2014



Az iskolai végzettség szintjének emelkedésével kismértékben nő a koleszterinszint-mérésen egy éven belül részt vettek aránya. A legfeljebb 8 általánost végzettek fele, az érettségizettek és a felsőfokú végzettségűek 55-56%-a volt ilyen vizsgálaton 1 éven belül. A vérnyomásméréshez hasonlóan az alacsonyabb jövedelműekre jellemzőbb a koleszterinszintjük ellenőrzése: a legalacsonyabb jövedelműek 59, míg a legmagasabb jövedelműek 51%-a vett részt vizsgálaton.

94. ábra

Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban vércukorszint-mérésen részt vettek aránya nem és korcsoport szerint, 2014



Vércukorszintmérésen a lakosság 89%-a vett részt élete során, a nők 91, a férfiak 87%-a. A 2009. évi adatokhoz képest ezen vizsgálaton is a részvétel jelentős növekedése tapasztalható, öt évvel korábban 73% volt ez az arány. A nőkre jellemző magasabb részvételi arány a felmérést megelőző 12 hónapra vonatkozóan is tapasztalható, 1 éven belül a népesség 55%-ának mérték meg a vércukorszintjét, a nők 60, a férfiak 51%-ának. A koleszterinszint-méréshez hasonlóan a vércukorszintmérésen is a 18-64 éves nők gyakrabban vesznek részt, mint a hasonló korú férfiak. A kor előrehaladtával ennél a vizsgálatnál is nő a részvétel gyakorisága.

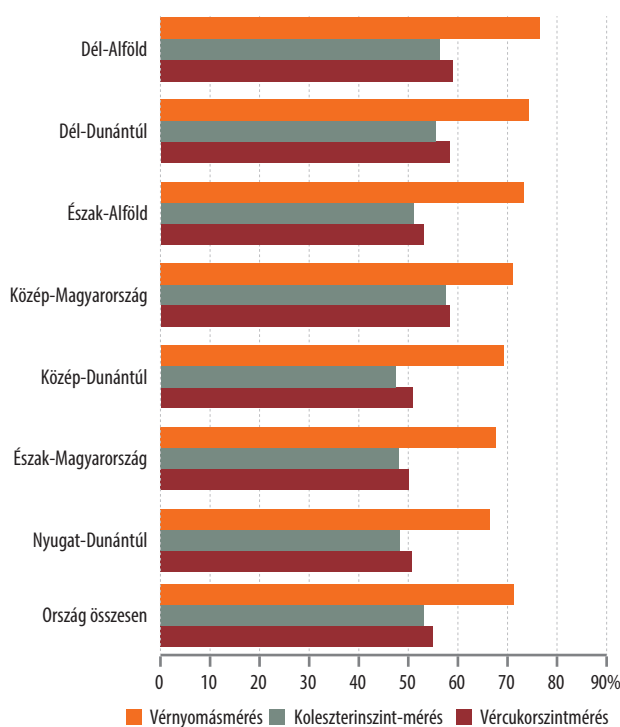
A magasabb iskolai végzettségűekre némileg jellemzőbb, hogy a felmérést megelőző egy évben egészségügyi dolgozó mérte meg a vércukorszintjüket: a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzettek között 53, a felsőfokú végzettségűek között 58% a részvételi arány. A jövedelmi helyzettel ez a vizsgálat is ellentétes irányú összefüggést mutat: a magasabb jövedelemmel rendelkezők valamelyest kisebb eséllyel vettek részt vércukorszintmérésen az adatgyűjtést megelőző 12 hónapban, mint az alacsonyabb jövedelműek (a legmagasabb jövedelműek 53, a legalacsonyabb jövedelműek 59%-a).

A koleszterinszint- és a vércukorszintmérésen való hasonló részvételi arány, a résztvevők nem, kor, iskolai végzettség és jövedelem szerinti nagyon hasonló összetétele azzal magyarázható, hogy egy-egy vérvizsgálat alkalmával többnyire mindkét vizsgálatra sor kerül, mindkettő rutinvizsgálatnak számít. Ebből fakadóan a koleszterinszint-mé-

rés és a vércukorszintmérés területi különbségei is szinte ugyanazt a mintázatot mutatják: Dél-Alföldön, Dél-Dunántúlon és Közép-Magyarországon a leggyakoribbak ezek a vizsgálatok, az ország többi részén az országos gyakoriság alattiak. Mindhárom vizsgálat esetében hasonló, 8–10 százalékpontos az eltérés a legalacsonyabb és a legmagasabb részvételi arányú régió között.

95. ábra

Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban a leggyakoribb vizsgálatokon részt vettek aránya régió szerint, 2014



Nemzetközi adatokkal összevetve<sup>116</sup> 2014-ben mind a vérnyomás-, mind a koleszterinszint-, mind a vércukorszintmérésen a felvételt megelőző 12 hónapban részt vettek aránya magasabb volt Magyarországon az EU-átlagnál. Vérnyomásmérésen a részvételi arány 5 százalékponttal haladta meg az EU-átlagot (67%), a tagországok közül csak Luxemburg, Németország, Portugália, valamint Franciaország adatai mutattak a hazainál magasabb részvételt (80–77% között). Koleszterinszint-mérésen hazánkban az EU-átlagnál (50%) 4 százalékponttal magasabb arányban vett részt a lakosság. Az átlagnál magasabb részvételi arányú tagországok sorában a 10. helyen álltunk, Spanyolország és Portugália 68–69%-os, Luxemburg 63%-os részvételi aránnyal kiemelkedett a többi ország közül. A vércukorszintmérés adatai a koleszterinszint-méréshez hasonló képet mutatnak, Magyarországon 4 százalékponttal az EU-átlag (51%) feletti volt a részvétel, az átlagot meghaladó részvételi arányú országok között a 9. helyen foglaltunk helyet. Ezt a vizsgálatot is Spanyolországban (68%), Portugáliában (68%), valamint Luxemburgban (63%) végezték el a leggyakrabban.

<sup>116</sup> Eurostat Database, EHIS2014. [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_ehis\\_pa7e&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_pa7e&lang=en)

<sup>117</sup> Az emlőrontgen-vizsgálaton való részvétel bemutatásához részletesebb korcsoportos besorolást használunk a szűrővizsgálati program célcsoportjaihoz való igazodás érdekében.

<sup>118</sup> [http://www.kk.pte.hu/docs/protokollok/RAD-mammografias\\_emoszures.pdf](http://www.kk.pte.hu/docs/protokollok/RAD-mammografias_emoszures.pdf)

A *székletvérvizsgálat* célja a gyomor- és bélrendszerben fellépő kisebb vérzések felderítése. 2014-ben a lakosság egyharmada nyilatkozott úgy, hogy életében már volt ilyen vizsgálaton. A vizsgálat terjedését mutatja, hogy az öt évvel korábbi állapothoz képest (10%) több mint háromszorosára nőtt azok aránya, akiknél valaha elvégezték ezt a vizsgálatot. A nők ezen a vizsgálaton is nagyobb arányban vesznek részt, 2014-ben a 36%-uk, míg a férfiak 28%-a számolt be erről. A felmérést megelőző 12 hónapban a népesség 6%-ánál végeztek székletvérvizsgálatot.

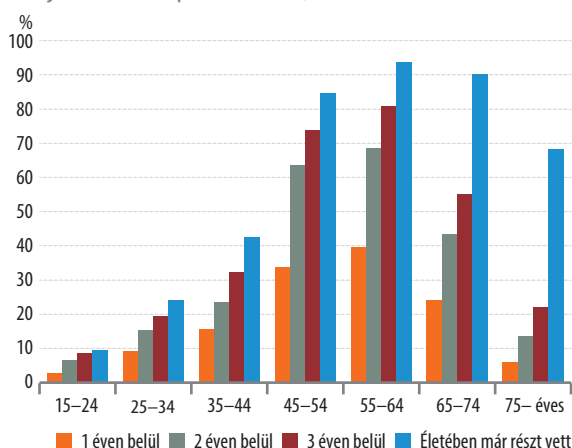
Az életkor emelkedésével növekszik a vizsgálaton való részvétel esélye. A magasabb iskolai végzettségűek is nagyobb arányban vesznek részt székletvérvizsgálaton: a legfeljebb 8 általánost végzettek 29, míg a felsőfokú végzettségűek 36%-a számolt be arról, hogy életükben már részt vettek ilyen vizsgálaton. A legmagasabb jövedelműek között volt a legalacsonyabb a vizsgálaton részvétel aránya (29%), azonban a jövedelem emelkedésével nem figyelhető meg egyértelmű összefüggés: a többi jövedelmi kategóriában 32–35% között mozgott a részvételi arány. A területi különbségeket vizsgálva az látható, hogy a felmérést megelőző 12 hónapot tekintve az Alföldön a legkisebb az esély a vizsgálat elvégzésére (4%), Közép-Magyarországon a legnagyobb (8%).

*Vastagbélükrözésen* minden kilencedik ember vett részt valaha életében (12%), a férfiak és a nők között lényegében nincs különbség e tekintetben. Az idősebbek esetében nagyobb a vizsgálaton való részvétel aránya, a 65 évesek és idősebbek közül minden negyedik ember számolt be erről. Az iskolai végzettséggel nem figyelhető meg egyértelmű összefüggés, viszont a jövedelmi helyzet javulásával csökken a vizsgálaton való részvétel: a legalacsonyabb jövedelműek 14, a legmagasabb jövedelműek 7%-ánál végeztek el vastagbélükrözést valamikor élete során. A felmérést megelőző egy évben Észak-Alföldön volt a legkisebb a vizsgálat elvégzésének esélye (1%), Közép-Magyarországon pedig a legnagyobb (3%).

A 2014. évi egészségfelmérés adatai szerint *emlőrontgen-vizsgálaton (mammográfián)* a magyar nők 60%-a vett részt élete során valamikor.<sup>117</sup> 2009-hez képest növekedett a vizsgálat résztvevőinek aránya, 5 évvel korábban még alig több mint a nők fele számolt be erről. Az 1, illetve 3 éven belül részt vettek aránya is kismértékben nőtt, 2014-ben 20% egy éven belül, 44% kevesebb mint 3 éve, 16% három évnél régebben volt mammográfián. Mivel ezt a vizsgálatot a 45 év felettieknek ajánlják elsősorban, a részvételi arány a 45–64 éves korcsoportban kiemelkedő, majd csökken. A 45–65 éveseknek két évente küldenek behívót emlőrontgen-vizsgálatra, de az utóbbi évek nemzetközi ajánlásaiban az évenkénti vizsgálat javasolt.<sup>118</sup> Az egészségfelmérés adatai azt mutatják, hogy a 45–54 évesek 64, az 55–64 évesek 69, a 65–74 évesek 44%-a ment el 2 éven belül a vizsgálatra, ami megfelel a nemzeti szűrőprogram elvárásainak. 85–94% közötti ezekben a korcsoportokban azoknak az aránya, akik életük során már részt vettek mammográfián.

96. ábra

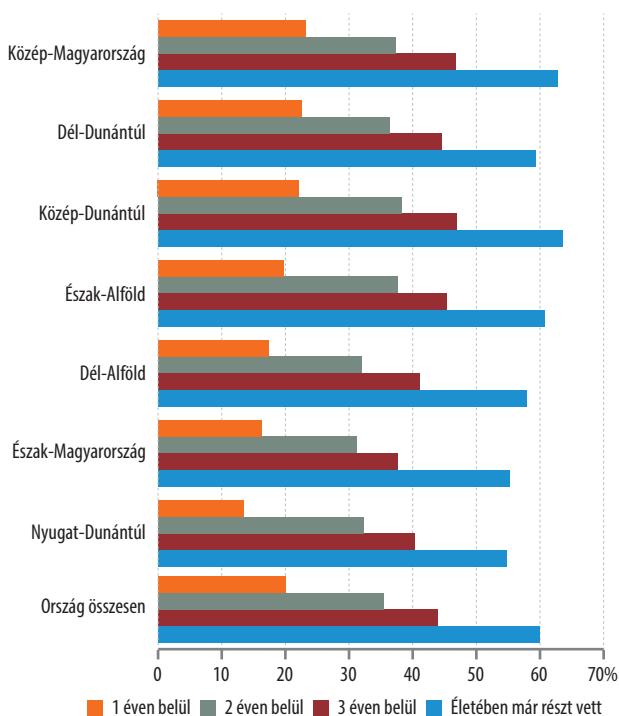
Emlőrontgen-vizsgálaton részt vett nők aránya a vizsgálat ideje és korcsoport szerint, 2014



Az 1, 2, illetve 3 éven belül emlőrontgen-vizsgálaton részt vettek esetében a magasabban iskolázottak nagyobb reprezentáltsága figyelhető meg. A legfeljebb 8 általánost végzettek és a felsőfokú végzettségűek között 13–19 százalékpont közötti a különbség a részvételi arányokban.

97. ábra

Emlőrontgen-vizsgálaton részt vett nők aránya a vizsgálat ideje és régió szerint, 2014



Azokra vonatkozóan, akik már valamikor életükben voltak mammográfián, megállapítható, hogy a jövedelem növekedésével csökken a vizsgálaton részt vevők aránya:

míg a legalacsonyabb jövedelműeknek több mint kétharmada, addig a legmagasabb jövedelemmel rendelkezőknek csak fele ment el emlőrontgen-vizsgálatra.

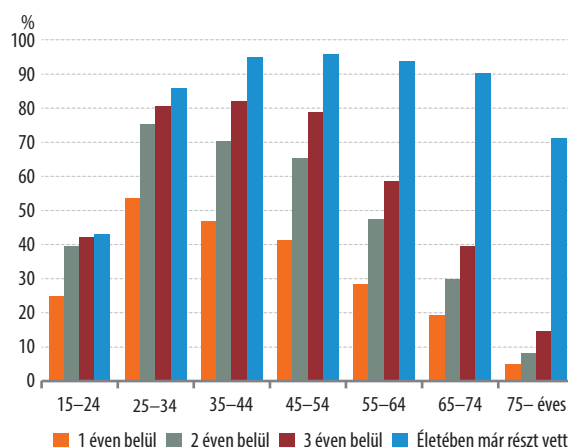
Nyugat-Dunántúlon, Észak-Magyarországon és Dél-Alföldön a legmagasabb azok aránya, akik soha nem vettek még részt emlőrontgen-vizsgálaton. Ugyanebben a három régióban a legalacsonyabb azok hányada, akik a kétévenkénti behíváskor elmentek mammográfiára.

Az Európai Unió tagországaihoz viszonyítva<sup>119</sup> a hazai emlőrontgen-vizsgálaton a részvételi arányok az EU-átlag körülülik. A megelőző 2 évben vizsgálaton részt vettek aránya az EU-ban átlagosan 35% volt 2014-ben, csakúgy, mint hazánkban. Svédországban, Portugáliában, valamint Franciaországban volt kiemelkedően magas a részvétel, ezekben az országokban a nőknek körülbelül felénél végeztek el emlőrontgen-vizsgálatot, szemben Romániával, ahol kiugróan alacsony, mindössze 5%-os volt a részvételi arány.

A citológiai (méhnyakhámsejt-) vizsgálatok adatait nézve megállapítható, hogy 2014-ben a 15 éves és idősebb nők 84%-a volt már élete során ilyen vizsgálaton, számottevően, 12 százalékponttal nagyobb arányban, mint 2009-ben.<sup>120</sup> Az 1, 2, illetve 3 éven belül vizsgálaton való részvétel gyakorisága is nőtt az előző 5 évben, 2014-ben a nők harmada 1 éven belül, fele 2 éven belül, hattizede 3 éven belül járt ilyen vizsgálaton. Az országos szűrés program szerint 3 évente küldenek behívót a 25–65 éves korosztály közül azoknak, akik nem jelentek meg a megelőző 3 évben citológiai vizsgálaton. A legmagasabb részvételi arányok a 25–54 évesek esetében figyelhetők meg az 1, 2, 3 éven belül elvégzett citológiai vizsgálatok tekintetében, 55 év felett jelentős csökkenés tapasztalható. A 25–54 éves nők nyolctizede a megelőző 3 évben elment citológiai vizsgálatra, míg az 55–64 éveseknek csak hattizede, a 65–74 évesek négytizede.

98. ábra

Citológiai vizsgálaton részt vett nők aránya a vizsgálat ideje és korcsoport szerint, 2014



<sup>119</sup> <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

<sup>120</sup> A citológiai vizsgálaton való részvétel bemutatásához részletesebb korcsoportos besorolást használunk a szűrővizsgálati program célcsoportjaihoz való igazodás érdekében.



A magasabb iskolai végzettségűek nagyobb eséllyel vesznek részt citológiai vizsgálaton, mint az alacsonyabb végzettséggel rendelkezők. A különböző végzettségi szintek között jelentősek a különbségek, 3 éven belül a legfeljebb 8 általánost végzetek 31, az érettségizettek 69, a felsőfokú végzettségűek 79%-a jelent meg ilyen vizsgálaton.

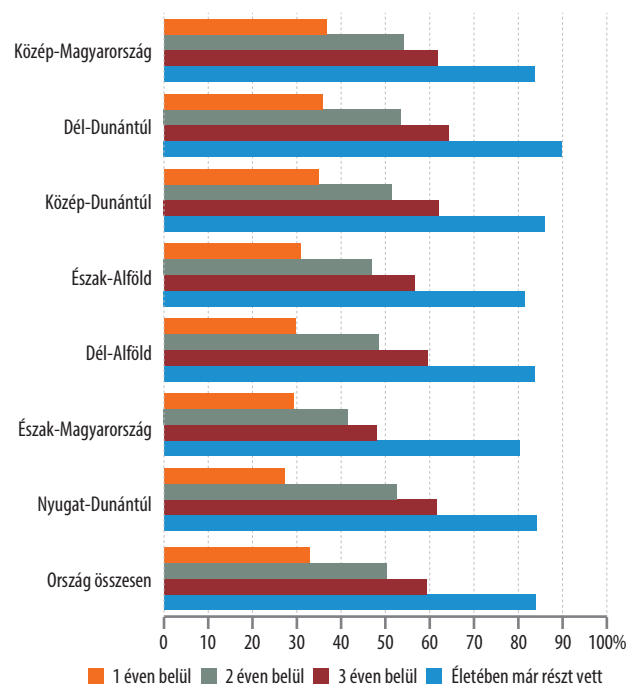
Szemben az eddig tárgyalt vizsgálatokkal, a jövedelem emelkedésével nő az adatgyűjtést megelőző 1, 2, 3 évben citológiai vizsgálaton való részvétel gyakorisága. A korábbi 3 évben vizsgálaton részt vettek aránya a legalacsonyabb jövedelműek körében 41, ezzel szemben a legmagasabb jövedelműek között 71%-os volt. Jövedelmi ötödök szerint vizsgálva az életük során vizsgálaton részt vevők aránya csak kis eltéréseket mutat, a legalacsonyabb jövedelműek 80, a többi jövedelemkategóriába tartozók 84–86%-a vett részt valaha ilyen vizsgálaton.

Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön a legalacsonyabb azok aránya, akik életükben valamikor részt vettek citológiai vizsgálaton. Kiemelkedően magas a részvétel Dél-Dunántúlon, ahol a nők 90%-a volt már ilyen vizsgálaton. A 3 éven belüli részvételi arányokat nézve szintén Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön a legrosszabb a helyzet, míg Dél-Dunántúlon a legjobb, de ebben az esetben már nem olyan kiugró a régió adata a sorban következő magasabb részvételi arányú régiókhoz képest.

Az Európai Uniót tekintve<sup>121</sup> a megelőző 3 évben citológiai vizsgálaton részt vettek aránya Magyarországon 2014-ben megfelelt az EU-átlagnak (60%). Csehországban és Ausztriában a nők csaknem nyolctizede, Luxemburgban 76%-a volt 3 éven belül ilyen vizsgálaton, ezzel szemben Romániában nagyon alacsony, mindössze 22% volt a részvételi arány.

99. ábra

Citológiai vizsgálaton részt vett nők aránya a vizsgálat ideje és régió szerint, 2014



<sup>121</sup> <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

<sup>122</sup> Eurostat Database, EHIS2014. <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

<sup>123</sup> Az ELEF2014-kérdőív 57–58. kérdése alapján.

<sup>124</sup> A gyógyszerfogyasztásba nem számított bele a fogamzásgátló tabletták szedése, illetve a gyógyhatású készítmények használata nem foglalta magában a gyógyteák fogyasztását.

A 2014. évi egészségfelmérés adatai szerint a lakosság 30%-a kapott már *influenza elleni védőoltást*, a nők 31, a férfiak 28%-a. Öt évvel korábban 26% volt az influenza ellen beoltottak aránya. Mivel az oltást évente ismételni kell, így csak az előző 1 évben kapott oltások jelentenek igazi védettséget. 2014-ben négytized volt az 1 éven belül oltásban részesültek aránya azok közül, akik kaptak ilyen védőoltást, ami a népesség 11%-a, a férfiak és a nők között hasonló arányban. Az átoltottság a 64 éven felüliek körében a legmagasabb, közülük csaknem 30% oltatta be magát a megelőző 1 évben is. Az iskolai végzettséggel az átoltottság nem mutat egyértelmű összefüggést, a felsőfokú végzettségűek, valamint a 8 általánost végzetek körében volt a legmagasabb 2014-ben (15, illetve 13%). Az oltás az idősek és bizonyos veszélyeztetett csoportok számára ingyenes, ez magyarázhatja, hogy a jövedelmi helyzettel nem figyelhető meg összefüggés. A területi különbségeket vizsgálva megállapítható, hogy az Alföldön kevéssel az országos átlag alatti az oltásban részesültek aránya (9–10%), a Dunántúlon, valamint Közép-Magyarországon pedig kevéssel az átlag feletti (12–14%).

Az 1 éven belül beoltottak aránya Magyarországon az Európai Unió átlagától (18%) 7 százalékponttal elmaradt.<sup>122</sup> Az Egyesült Királyságban és Görögországban csaknem minden harmadik ember kapott influenza elleni védőoltást az adatgyűjtést megelőző 1 évben, ezzel szemben Észtországban és Bulgáriában még a 3%-ot sem érte el az átoltottság.

#### 5.4 Gyógyszerek, gyógyhatású készítmények használata<sup>123</sup>

Az egészségfelmérés kérdőíve a leggyakoribb krónikus betegségekhez kapcsolódó gyógyszereszedésen túl a felmérést megelőző két hétben szedett gyógyszerekkel kapcsolatban is gyűjtött információkat. A 2014. évi felmérés arra vonatkozóan tartalmazott két kérdést, hogy az adatfelvételt megelőző két hétben a válaszadó fogyasztott-e receptre felírt gyógyszert, vagy recept nélkül vásárolt gyógyszert, gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítményt, vitamint.<sup>124</sup> 2009-ben az egészségfelmérés az akkori EU-s elvárásoknak megfelelően más megközelítésből vizsgálta a gyógyszerfogyasztást, akkor a hangsúly azon volt, hogy a gyógyszereszedés orvosi javaslatra történt-e, függetlenül attól, hogy az adott gyógyszer receptköteles vagy szabadon megvásárolható. Emiatt a 2009. évi egészségfelmérésből nem állnak rendelkezésre a receptre felírt, illetve recept nélkül vásárolt készítmények használatára vonatkozó adatok.

A receptköteles, illetve a recept nélkül megvásárolható gyógyszerek használatát összevonva megállapítható, hogy 2014-ben a 15 éves és idősebb népesség 71%-a fogyasztott valamilyen gyógyszert vagy gyógyhatású készítményt az adatfelvételt megelőző két hétben, hasonlóan 2009-hez, amikor 69% volt ez az arány. A nőkre sokkal inkább jellemző a gyógyszereszedés, 2014-ben 77%-uk számolt be erről, szemben a férfiak 64%-ával. Az életkor előrehaladtával nő a gyógyszerhasználók aránya, a 18–34 évesek kicsit több mint fele, a 35–64 év közöttiek héttizede, a 65 évesek és idősebb-

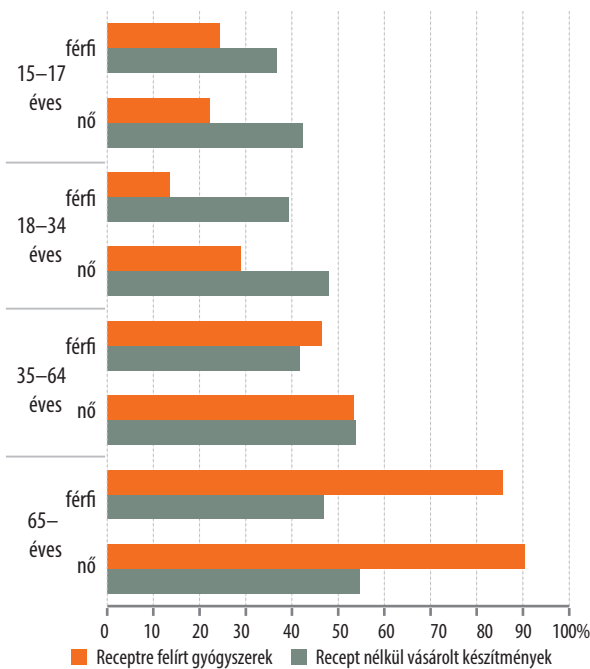
bek több mint kilenczede fogyasztott valamilyen készítményt a megelőző két hétben.

Orvos által receptre felírt gyógyszert a lakosság fele használt, a férfiak 43, a nők 56%-a. A 18 évesek és idősebbek körében minden korcsoportban megfigyelhető, hogy a nők gyakrabban szedtek receptköteles gyógyszert, azonban a nemek közötti különbség az idősődéssel egyre inkább csökken. A 18–34 évesek esetében még 15 százalékpont az eltérés a nők és a férfiak között, 35–64 év között már csak 7, a 65 éves kor elérését követően pedig mindössze 4 százalékpont. Recept nélkül vásárolt gyógyszer, gyógyhatású készítmény fogyasztásáról az emberek 47%-a számolt be. Ezeket a készítményeket is a nők használják nagyobb arányban (52, illetve 42%). A recept nélkül vásárolható készítmények fogyasztása a különböző korcsoportokat összevetve is sokkal kiegyenlítettebb: a 18 évesek és idősebbek körében a szabadon megvásárolható gyógyszereket, gyógyhatású készítményeket használók aránya a vizsgált 3 korcsoportban 44 és 52% között volt, míg a receptköteles gyógyszerek esetében 21 és 89% között.

A gyógyszerfogyasztást az iskolai végzettség szerint vizsgálva mind a receptköteles, mind a recept nélkül vásárolható szerek tekintetében egyértelmű összefüggés figyelhető meg. Az orvos által receptre felírt gyógyszerek fogyasztása a legfeljebb 8 általánost végzettek körében a legmagasabb (58%) és az iskolai végzettség emelkedésével párhuzamosan csökken, a felsőfokú végzettségűek között csak 44%. Mindez az alacsonyabb iskolai végzettségűek rosszabb egészségi állapotával magyarázható. A recept nélkül vásárolható készítmények használata éppen fordított összefüggést mutat: az iskolai végzettség emelkedésével növekszik a szabadon megvásárolható szereket használók aránya, a legalacsonyabb végzettségűek nem egészen negyztizede, a felsőfokú végzettségűeknek pedig kicsit több mint hattizede használt a megelőző két hétben ilyen készítményt.

100. ábra

Gyógyszerszedők aránya az adatfelvételt megelőző két hétben nem és korcsoport szerint, 2014

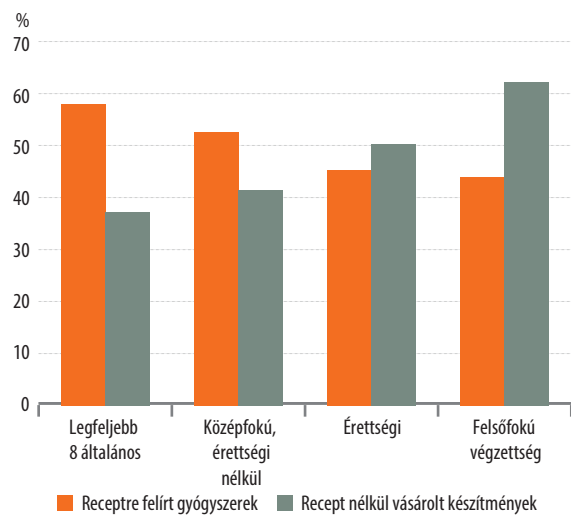


A háztartási jövedelmet tekintve látható, hogy a receptre felírt gyógyszerek fogyasztása az alacsonyabb jövedelműek körében gyakoribb, a legalacsonyabb és a legmagasabb jövedelemmel rendelkezők között 30 százalékpont az eltérés. A recept nélkül vásárolható készítmények használata a magasabb jövedelműekre jellemzőbb, de az alsó és a felső jövedelmi ötdöbe tartozók közötti különbség itt kisebb, 12 százalékpont.

A receptre felírt gyógyszerek fogyasztási gyakorisága az ország régiói között nem mutat jelentős eltéréseket, 47 és 53% között mozog. A recept nélkül vásárolható gyógyszerek, gyógyhatású készítmények használatában nagyobbak a területi különbségek, Nyugat-Dunántúl és Közép-Magyarország, vagyis a legalacsonyabb és a legmagasabb használati gyakoriságú régiók adatai között 18 százalékpont az eltérés.

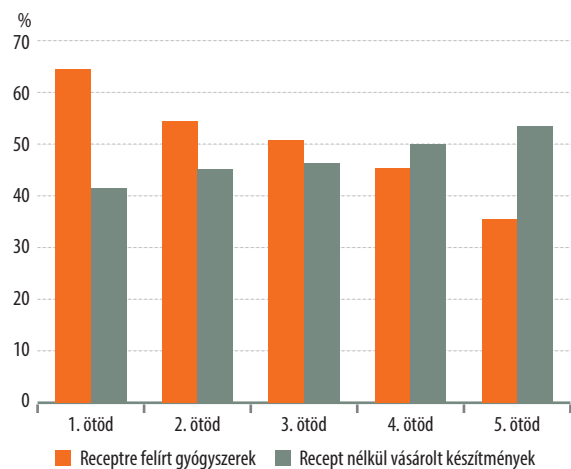
101. ábra

Gyógyszerszedők aránya az adatfelvételt megelőző két hétben iskolai végzettség szerint, 2014



102. ábra

Gyógyszerszedők aránya az adatfelvételt megelőző két hétben jövedelemkategória szerint, 2014

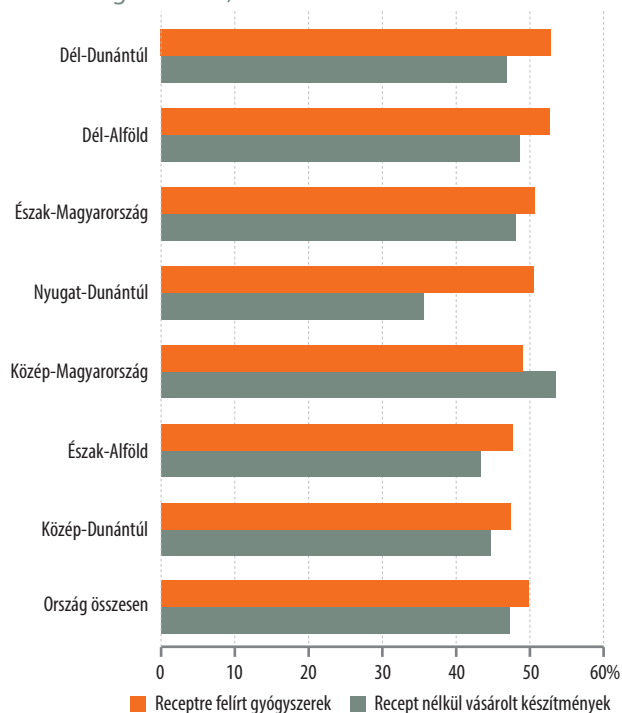


Az egyes régiókat külön-külön vizsgálva, az adott régió belüli a receptre felírt, illetve a recept nélkül megvásárolható gyógyszereket fogyasztók aránya között Nyugat-Dunántú-

lon kiugróan nagy eltérés tapasztalható: 15 százalékponttal alacsonyabb a recept nélkül vásárolt készítményeket fogyasztók aránya. A többi régió esetében ez a különbség mindössze 3–6 százalékpont közötti.

103. ábra

Gyógyszerszedők aránya az adatfelvételt megelőző két hétben régió szerint, 2014



A nemzetközi adatokat tekintve látható, hogy 2014-ben a receptre felírt gyógyszereket fogyasztók aránya<sup>125</sup> Magyarországon az EU-átlagnak (49%) megfelelt. A tagországok többségében 40–60% között volt ez az érték, a legmagasabb Belgiumban (60%), a legalacsonyabb Romániában (23%). A recept nélkül megvásárolható gyógyszerek és gyógyhatású készítmények használata<sup>126</sup> az EU tagországai között sokkal nagyobb eltéréseket mutatott, 15 és 70% között mozgott az ilyen típusú készítményeket használók aránya. Az EU-átlagot (35%) hazánkban 12 százalékponttal haladta meg a fogyasztási arány, Magyarország a 6. helyen állt a magasabb fogyasztási gyakoriságú országok sorában.

<sup>125</sup> [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_ehis\\_md1e&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_md1e&lang=en)

<sup>126</sup> [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_ehis\\_md2e&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_md2e&lang=en)

# 6. MÓDSZERTAN

## 6.1 A felmérés előkészítése, a kérdőív kialakítása

Az ELEF2014 felvételének előkészítése már a 2009-es felmérés lezárását követően megkezdődött. Az Eurostat a részt vevő országok jelentéseiből leszűrt tapasztalatok alapján jelentősen módosította a kérdőívet.

A 2009-es felmérés tanulságai szerint az akkori kérdőív túlságosan hosszú volt, emellett a kérdések sok esetben nem voltak relevánsak a teljes célpopulációra vonatkozóan, így a válaszadók bizonyos részeket unalmasnak vagy idegesítőnek tartottak. Az önkitöltős blokkok beépítése megtörte a folyamatosságot, a válaszkártyák használata – különösen az idősök körében – nehézkes volt. Sok esetben az egyes problémák népességbeli gyakoriságához képest a kérdőív témaköreinek aránya kiegyensúlyozatlan volt, például a korlátozottsággal kapcsolatos kérdések felülreprezentálták az érintettség prevalenciáját. A nemzeti sajátosságok miatt gyakran kérdésessé vált az EU-szintű összehasonlíthatóság. Mindezek alapján felmerült egy olyan rövidebb (30–40 perc alatt lekérdezhető), tömörebb, lényegre törőbb kérdőív kialakításának igénye, amely alkalmas az európai összehasonlításra, kielégíti az EU adatigényeit<sup>127</sup>, és nem mutat átfedést más adatforrásokkal. Az átalakítás eredményeképpen az Eurostat által javasolt kérdések száma összességében 38%-kal csökkent, az egészségi állapotra vonatkozóké 31, az egészségügyi ellátást vizsgálóké 43, az egészségmeghatározó tényezőket tudakolóké 42%-kal. A javasolt új kérdőívben a lelki egészségre, a fizikai aktivitásra és az alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdések teljesen kicserélődtek. Más témakörök esetében pedig egyszerűsítések, illetve bizonyos életkori csoportokra történő szűrések történtek, például az önellátást és a háztartással kapcsolatos tevékenységeket tudakoló fejezetek csak a 65 évesek és idősebbeknek születtek, egyúttal megjelent néhány új kérdés is, például a gondoskodásra, segítségnyújtásra vonatkozó.

Az egészségügyi statisztika alappilléreihez alkalmazkodó fő témakörök ugyanakkor változatlanok maradtak:

- az egészségi állapot,
- az egészséget befolyásoló tényezők,
- az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele, illetve
- a társadalmi-gazdasági háttértényezők.

A tagállamok saját döntésük alapján további kérdésekkel bővíthették a nemzeti kérdőíveket. A magyar felmérés kérdőíve is a nemzetközi előírásoknak megfelelően, de a

magyar sajátosságok figyelembevételével került kialakításra.<sup>128</sup> A kérdőív kialakításánál támaszkodtunk a hazai egészségügyi statisztikai szakemberekből létrehozott szakértői bizottság véleményére is.

Az ELEF2014 válaszadóinak egy kisebb csoportján (ahogyan 2009-ben is) az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálatot (OTÁP2014) végzett.<sup>129</sup>

## 6.2 A felmérés mintavétele

A vizsgálat a 15 éves és idősebb, magánháztartásokban élő lakosságra terjedt ki, így ebből az adatgyűjtésből az intézményekben – pl. öregek otthonában, szociális intézményekben, börtönben – élők kimaradtak. A 2014. évi felmérés mintájába 532 településről<sup>130</sup> 9433 személyt választott ki a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala (KEKKH) a személyiadat- és laci címnyilvántartásából a KSH által megadott szempontok alapján.

A felmérés kétlépcsős rétegzett személyi mintavétellel készült a megelőző ELEF2009-hez hasonló eljárással.

A 15 éves és idősebb népesség nagyságát tekintve a 174 legnagyobb település a mintában ún. önreprezentáló település, vagyis 1 valószínűséggel került kiválasztásra. A kisebb helységek sokaságából a települések kiválasztása rétegzett, nagysággal arányos módon történt.

A rétegzési ismérvek a következők voltak: megye, településnagyság, egy főre eső szja-alapot képező jövedelem. Első lépésben megyén belül a kistelepüléseket három egyenlő súlyú rétegbe soroltuk a célsokaságban mért nagyságuk alapján. Ezt követően egy megyén és nagyságkategórián belül – annak méretétől függően – 2, 3 vagy 4 településréteget alakítottunk ki az egy főre eső jövedelem szerint. Az így kialakított végső településrétegekből rendre 2, 2 és 3 település lett a mintába kiválasztva nagysággal arányos valószínűséggel, visszatevés nélkül. Összességében ez így 532 települést jelent a mintában.<sup>131</sup>

Egy-egy mintába került településen a minimálisan kijelölt elemszám 9 volt. A személyek kiválasztása településenként rétegzett egyszerű véletlen módon történt, és a három réteget korcsoportok (15–34, 35–54, 55 éves és idősebb) határozták meg.

A tervezett megvalósult minta 6410 fő volt<sup>132</sup>, de ennél lényegesen több cím lett kiválasztva, mert figyelembe vettük az előző felvételek régió, településméret és korcsoport szerinti meghúulási adatait is.

<sup>127</sup> Alapvető európai egészségügyi mutatók (ECHI-mutatók). [https://ec.europa.eu/health/indicators/echi\\_hu](https://ec.europa.eu/health/indicators/echi_hu)

<sup>128</sup> A kérdőívet az 1. sz. melléklet tartalmazza.

<sup>129</sup> Bővebb információk a <https://www.ogyei.gov.hu/otap/> weboldalon, a Felmérések menüpontban találhatóak.

<sup>130</sup> A mintában szereplő településeket a 2. mellékletben található térkép ábrázolja.

<sup>131</sup> Lásd az Európai lakossági egészségfelmérésben (ELEF2014) részt vevő települések [http://www.ksh.hu/elef/pdfs/elef2014\\_terkep.pdf](http://www.ksh.hu/elef/pdfs/elef2014_terkep.pdf)

<sup>132</sup> A megvalósult mintaelemszámot az EU végrehajtási rendelete írta elő. (A Bizottság 141/2013/EU rendelete [2013. február 19.] a népességre és a munkahelyi egészségre és biztonságra vonatkozó közösségi statisztikáról szóló 1338/2008/EK európai parlamenti és tanács rendeletnek az európai egészségfelmérés (EHIS) tekintetében történő végrehajtásáról.)

A KSH kérdezői által összesen felkeresett 9433 cím közül 8107-en találtak a célsokasághoz tartozó személyt, mert a címek egy részén nem lakott lakás, nem lakás céljára használt helyiség, iroda, üzlet volt, vagy nem létezett a cím, vagyis a címek 14%-a emiatt nem volt alkalmas az adatfelvételre. 5826-an válaszoltak a feltett kérdésekre, azaz a válaszadási arány 62%-os volt. A felkeresések 11%-ában a háztartás – a többszöri felkeresés ellenére is – elérhetetlen volt, 12%-ban megtagadták a választ, a válaszképtelenség és a nyelvi nehézségek miatti meghiusulás együttes aránya 1% volt.

### 6.3 Terepmunka

A 2014. évi felmérés, eltérően a 2009-es ELEFTől nem másfél, hanem a nemzetközi jogszabályi előírások miatt három hónapig tartott. Szintén eltérés volt, hogy az adatgyűjtés módja nem a hagyományos papíralapú kérdőív, hanem mobil eszközös kérdés volt. Internetes kitöltésre most sem volt lehetőség.

Az adatgyűjtés 2014. szeptember 15. és december 15. között személyes interjúk útján történt, a kiválasztott személyeket a számukra megfelelő időpontban a KSH kérdezői keresték fel. A válaszadás önkéntes volt.<sup>133</sup>

Összesen 281 kérdező vett részt a felmérésben, területi megoszlásuk a következő volt:

|                        |    |                      |    |                         |    |
|------------------------|----|----------------------|----|-------------------------|----|
| Budapest               | 69 | Jász-Nagykun-Szolnok | 13 | Baranya                 | 10 |
| Borsod-Abaúj-Zemplén   | 22 | Veszprém             | 12 | Somogy                  | 10 |
| Bács-Kiskun            | 17 | Csongrád             | 12 | Heves                   | 10 |
| Szabolcs-Szatmár-Bereg | 14 | Komárom-Esztergom    | 11 | Győr-Ménfőcsanak-Sopron | 9  |
| Békés                  | 14 | Fejér                | 10 | Zala                    | 9  |
| Hajdú-Bihar            | 13 | Vas                  | 10 | Tolna                   | 9  |
|                        |    | Nógrád               |    |                         | 7  |

Egy kérdezőre átlagosan 22 sikeres interjú jutott a 3 hónapos adatfelvételi periódus során. Meg kell említenünk, hogy a kérdezők párhuzamosan több KSH-felmérésben dolgoztak egyszerre, ezért a nemzetközi összehasonlításban alacsony egy főre jutó interjúszám csak viszonylagosan kevés.

A kérdezők munkáját 21 területi felelős koordinálta. A területi felelősök központi tréningen vettek részt, amely alapján a kérdezők számára az adott területi központban képzést tartottak. A képzés a felmérés általános bemutatása mellett részletesen kitért a kérdőív minden egyes kérdésének értelmezésére, a terepmunka sajátosságaira, illetve a számítógépes kérdezőprogram, valamint a felméréshez használt dokumentumok megismerésére. A képzést köve-

tően gyakorló címállomány segítségével készültek fel a lappal elvégzendő feladatokra.

A kérdezők által készített első két interjú kérdőívének állományát a régióközpontok és a megyei osztályok, illetve a Központi adatgyűjtő főosztály kijelölt munkatársai ellenőrizték, különös tekintettel a kitöltöttség teljességére, a kérdések közötti összefüggésekre.<sup>134</sup> Az előforduló hibákra felhívták a kérdezők figyelmét, a félreértéseket, helytelenül értelmezett kérdéseket tisztázták. A kérdező a munkát csak ezután folytathatta.

A terepmunka során a kérdezők feladata volt a körzetükbe tartozó személyek felkeresése, meggyőzése a felmérésben való részvételtől, időpont egyeztetése, amennyiben a személy nem tartózkodott otthon, a felkeresések időpontjainak regisztrálása elektronikusan. 3 alkalommal kellett megkísérelni a felkeresést, kivéve, ha már az első alkalommal egyértelműen kiderült, hogy a mintába kijelölt személy elköltözött, tartósan külföldön lakik, vagy valamilyen intézményben él, illetve elutasítja a válaszadást.

Feladatuk volt továbbá az elköltözött személy felkeresése, amennyiben az új címről a szomszédoktól, rokonoktól információt kaptak, és az ugyanazon a településen volt.

A mintába tartozó 18 év alatti személy esetén a szülővel, illetve törvényes képviselővel beleegyező nyilatkozatot kellett aláírni a felvételben való részvételtől.

A kérdés előrehaladását a területi szervezők folyamatosan monitorozták. A területi szervezők feladata volt a megkérdezettek 10%-ának ellenőrzési célú telefonos hívása, amely során kontrollkérdéseket tettek fel a kérdezők munkájának ellenőrzésére.

A kérdezők munkáját az alábbi dokumentumok segítették:

- Válaszlapfüzet: azoknál a kérdéseknél használták, ahol az interjúalanynak szüksége lehetett a vizuális támogatásra, hogy a sokféle válaszlehetőség közül választani tudjon;
- Kérdezői útmutató: az előzetes felkészülés során használták a kérdezők; kérdésenként részletes magyarázatot nyújtott;
- Felkérő levél: névre szóló előzetes levél a mintába került személyek számára, amelyben összegeztük a felmérés céljait és hangsúlyoztuk, miért fontos a részvétel;
- Értesítő levél: ha a kérdezett nem volt otthon a felkeresés idején, a kérdező a saját elérhetőségét feltüntetve újabb felkeresési időpontot jelölhetett meg;
- Beleegyező nyilatkozat: a 18 év alattiak gondviselőinek kellett aláírni;

A mintába került személyek bizalmának megnyerése érdekében a felméréshez funkcionális e-mailcímet működtettünk, illetve honlapot is létrehoztunk ([www.ksh.hu/elef](http://www.ksh.hu/elef)).

<sup>133</sup> Az Eurostat nem írta elő a végrehajtó tagállamok számára a kérdéselés módszerét, így meglehetősen sokszínűsége uralta a különböző országok felméréseit, a telefonos interjúktól az internetes önkéntesítésig, illetve sok esetben kombinált, multimodális módszereket alkalmaztak. Abban sem volt egységes álláspont, hogy helyettesítő válaszadók (proxyk) kikérdezése alkalmazható-e – a magyar felmérésben minden kérdezett csak saját nevében nyilatkozhatott. A lehetséges módhatás természetesen kismértékben nehezíti az eredmények összehasonlítását.

<sup>134</sup> A hibafigyelés a kérdezői programba is beépítésre került.

## 6.4 Adatfeldolgozás, adatállományok

Az összeírók által gyűjtött adatok a KSH központi feldolgozó rendszerébe kerültek, ezután készült egy teljes adatállomány, kizárólag belső használatra. Az ellenőrzött, tisztított adatállományon a szükséges logikai és összefüggés-ellenőrzéseket az Eurostat által biztosított program futtatásával végeztük, majd elkészültek a képzett változók az Eurostat előírásai alapján, valamint a hazai igényeknek megfelelően.

Ezután átadtuk az Eurostatnak az általuk igényelt szerkezetű, anonimizált rekordokat tartalmazó állományt validálásra, ami 2015-ben meg is történt. A nemzeti kérdések és az azokkal összefüggő képzett változók beillesztése után az érdeklődő felhasználók számára elkészült a KSH adatvédelmi protokolljának megfelelően felfedés ellen védett Research-adatállomány<sup>135</sup>, ami a KSH kutatószobájában hozzáférhető.

A kötetben megjelent becslésekhez az SPSS 22. verziót használtuk, az arány- és átlagbecslések 95%-os megbízhatósági tartomány figyelembevételével készültek.

### A súlyozási eljárás

Az ELEF2014 rekordjainak súlyozása 3 lépésben történt.

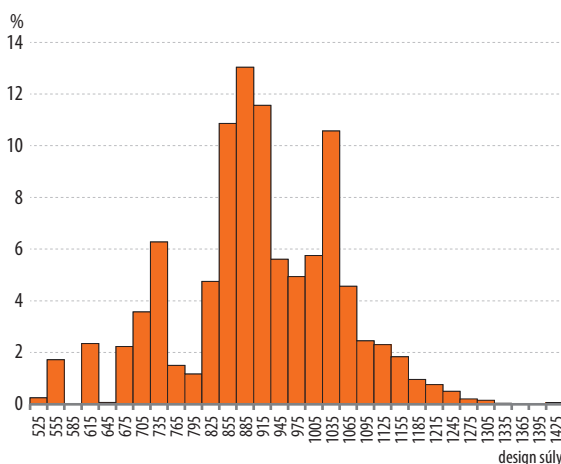
- a) A kiválasztott minta minden eleméhez a mintavételi és kiválasztási terv határozta meg a **design súlyt**, ami a mintába kerülés valószínűségének reciproka.

#### A design súly főbb jellemzői

|                    |      |
|--------------------|------|
| N                  | 9431 |
| Átlag              | 910  |
| Szórás             | 140  |
| Relatív szórás (%) | 15,4 |

104. ábra

A kiválasztott személyek design súlyának relatív gyakorisági hisztogramja



- b) A design súly első korrekciója, a meghiusulás kompenzálása, elsődleges súlyok képzése.

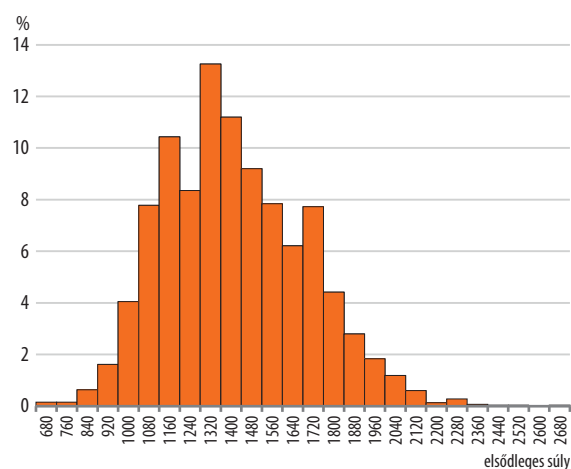
A design súly ezen korrekciója egy egyszerű szorzás. A mintában megye, településnagyság és korcsoport alapján összesen 297 cellát definiáltunk. Minden cellában a célsokaságon belüli meghiusulás mértékében növeltük a megvalósult személyek design súlyát. A korrekciós tényezőt 2,5-ben korlátoztuk felülről.

#### Az elsődleges súly főbb jellemzői

|                    |      |
|--------------------|------|
| N                  | 5826 |
| Átlag              | 1415 |
| Szórás             | 276  |
| Relatív szórás (%) | 19,5 |

105. ábra

A megvalósult minta elsődleges súlyának relatív gyakorisági hisztogramja



- c) A harmadik lépésben az elsődleges súlyokat úgy módosítottuk, hogy a minta a végső súlyokkal illeszkedjen a sarokszámokhoz (kalibrálás).

A sarokszámrendszer két blokkból áll:

- az első blokk a régióként (Budapest és Pest megye külön) nem és hét korcsoport (15–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–74 és 75– éves) szerinti népességszámok;
- a második blokk a régióként nem és három korcsoport (15–34, 35–64, 65– éves), illetve háztartásnagyság (1, 2, ..., 6, 7 és több) szerinti népességszámok.

A kalibrálás utolsó iterációs lépésében az első blokk sarokszámaihoz illeszt, az ahhoz való illeszkedést helyezve előtérbe. A végső súlyokat az 500–2800 intervallumban tartottuk.

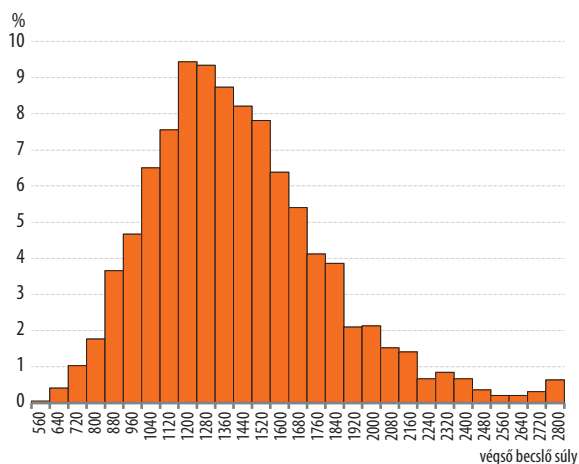
#### A végső becslő súly főbb jellemzői

|                    |      |
|--------------------|------|
| N                  | 5826 |
| Átlag              | 1419 |
| Szórás             | 383  |
| Relatív szórás (%) | 27,0 |

<sup>135</sup> Lásd. Adatigénylés - Kutatószobai hozzáférés. [http://www.ksh.hu/kutatoaszobai\\_hozzaferes](http://www.ksh.hu/kutatoaszobai_hozzaferes).

106. ábra

A megvalósult minta végső becslő súlyának relatív gyakorisági histogramja



A jelen kötetben közölt eredmények a súlyozási eljárásnak megfelelően nem a mintára, hanem a teljes célpopulációra (15 éves és idősebb, nem intézményben élő, bejelentett magyarországi állandó lakcímmel rendelkező lakosokra) vonatkoznak.

## 6.5 Imputálás

A kérdőív összes kérdése közül a jövedelmi adatokra vonatkozóan volt a legmagasabb a válaszhiány, a kérdés érzékenysége miatt. Míthogy a jövedelmi helyzet jelentős befolyásoló tényező az egészségi állapot és az egészségmagatartás vonatkozásában, ezért szükség volt a háztartási jövedelmek imputálására a rendelkezésre álló információk alapján. A pótlás logisztikus regressziós modell segítségével történt.

*A kiadványt tervezte és tördelte:*  
Zombori Orsolya

*Fotók:* Fotolia

*További információ:*  
[kommunikacio@ksh.hu](mailto:kommunikacio@ksh.hu)  
[www.ksh.hu/kapcsolat](http://www.ksh.hu/kapcsolat)

Internet: [www.ksh.hu](http://www.ksh.hu)