



**EURÓPAI LAKOSSÁGI  
EGÉSZSÉGFELMÉRÉS –  
MAGYARORSZÁG, 2009  
ÖSSZEFOGLALÓ  
EREDMÉNYEK**



**Európai lakossági egészségfelmérés –  
Magyarország, 2009  
Összefoglaló eredmények**

**Budapest, 2011**

© KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL, 2011  
Népesedési és szociális védelmi statisztikai főosztály

ISBN 978-963-235-340-1ő  
ISBN 978-963-235-341-8

**Felelős szerkesztő:**

Tokaji Károlyné  
főosztályvezető

**A kötet szerzői:**

*I. fejezet:*

Józan Péter – KSH, Budapesti Corvinus Egyetem, Demográfiai Kutató Csoport, MTA Társadalomkutató Központ

*További fejezetek:*

Bartháné Kuti Éva – KSH  
Bényi Mária – Országos Egészségfejlesztési Intézet  
Boros Julianna – KSH  
Farágó Miklós – KSH  
Fraller Gergely – KSH  
Gajdos Katalin – KSH  
Gárdos Éva – KSH  
Kovács Katalin – KSH Népeségtudományi Kutatóintézet  
Páll Szilárd – KSH  
Szabó Zsuzsanna Krisztina – KSH  
Székely Gáborné – KSH  
Tokaji Károlyné – KSH  
Varga Éva – KSH

**Tördelőszerkesztők:**

Hauksz Jánosné, Simonné Horváth Gabriella, Trybek Krisztina

***A borítón és a CD-mellékleten található képek  
a felmérés kapcsán meghirdetett gyermekrajzpályázat alkotásai.***

Internet: <http://www.ksh.hu>  
[informacioszolgalat@ksh.hu](mailto:informacioszolgalat@ksh.hu)  
(36-1) 345–6789 (telefon), (36-1) 345–6788 (fax)

Borítóterv: Rába Judit  
Nyomdai kivitelezés: Xerox Magyarország Kft. – 2011.216

# Tartalom

Előszó .....	7
<b>I. RENDSZERVÁLTOZÁS ÉS EPIDEMIOLOGIAI KORSZAKVÁLTÁS MAGYARORSZÁGON .....</b>	<b>8</b>
Bevezető .....	8
Az epidemiológiai fejlődés szekuláris trendje, Magyarország helye Európában .....	8
A halandóság életkor szerint.....	16
Idő előtti (korai) halandóság .....	18
Haláloki halandóság .....	19
Elkerülhető halálozások.....	24
Nemzetközi összehasonlítás .....	24
Összefoglaló .....	25
<b>II. AZ EGÉSZSÉGFELMÉRÉSEK ÉS AZ ELEF .....</b>	<b>26</b>
Az egészség fogalma .....	26
Az egészségadatok forrásai .....	27
A lakossági egészségfelmérések általános jellemzői .....	28
Az adatok hasznosulása .....	29
Nemzetközi előzmények.....	29
Hazai előzmények .....	31
Az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF).....	34
<b>III. A FELMÉRÉS EREDMÉNYEI .....</b>	<b>37</b>
<b>Egészség-magatartás.....</b>	<b>40</b>
Egészségtudatosság .....	41
Táplálkozás.....	42
Testmozgás.....	52
Testsúly .....	54
Alkoholfogyasztás.....	58
Dohányzás .....	61
Kábítószer-fogyasztás .....	66
Egészségmagatartás-típusok .....	68
<b>Munkakörülmények .....</b>	<b>76</b>
<b>Egészségi állapot .....</b>	<b>86</b>
Az egészség önértékelése (szubjektív egészség, vélt egészség).....	86
Korlátozottság.....	91

Krónikus betegségek előfordulása, gyógyszereszedés.....	98
Balesetek – sérülések.....	106
A betegségek megelőzése, prevenció.....	115
<b>Egészségügyi ellátások igénybevétele, elégedettség .....</b>	<b>120</b>
Háziorvosi, szakorvosi, kórházi, fogorvosi ellátások igénybevétele .....	120
Alternatív gyógymódok, kezelések .....	123
<b>Egészségügyi kiadások .....</b>	<b>125</b>
A nemzeti egészségszámlák adatai, 2003–2009.....	125
A lakosság egészségügyi ráfordításai .....	126
<b>IV. AZ EURÓPAI LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS MÓDSZERTANA .....</b>	<b>131</b>
A felhasználói igények elemzése, az adatfelvétel célja .....	131
Az adatgyűjtés módszere .....	131
Felvételi keret meghatározása.....	132
A mintavételi terv kialakítása .....	132
A kérdőív és segédanyagainak tervezése .....	136
Kérdőbiztosok kiválasztása, képzése .....	137
A válaszadási készséget befolyásoló eszközök .....	138
Terepmunka .....	138
Adatrögzítés, adatellenőrzés .....	140
Imputálás (pótlás) .....	141
Makrovalidálás.....	145
Súlyozás, becslés .....	146
Adatelemzés és termékminőség.....	147
Az adatok bizalmas kezelése és a felfedhetőség elleni védelem.....	149
<b>Segédlet.....</b>	<b>152</b>

#### **A CD-melléklet tartalma**

##### **Európai lakossági egészségfelmérés — Magyarország, 2009**

**Összefoglaló eredmények (pdf)**

**A felmérés egyes kérdéseire adott válaszok átlag/arány becslései (xls)**

**A felmérés kérdőívei (pdf)**

**Morbidity adattár, 2009 (xls)**

**(Forrás: Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program 1021 nysz.**

**Jelentés a házi orvosok és házi gyermekorvosok  
tevékenységéről c. adatgyűjtés)**

**Egészségkalendárium (pdf)**

**Válogatás az ELEF2009 kapcsán meghirdetett gyermekrajzpályázat alkotásaiból**

**A felmérés egyes kérdéseire adott válaszok átlag/arány becslései****1. Átlag/arány becslések, ország összesen**

- 1.1. Egészségi állapot, becslés, ország összesen
- 1.2. Korlátozottság, becslés, ország összesen
- 1.3. Az önellátással kapcsolatos tevékenységek, becslés, ország összesen
- 1.4. A háztartással kapcsolatos tevékenységek, becslés, ország összesen
- 1.5. Fizikai fájdalmak, erőnléti és kedélyállapot, becslés, ország összesen
- 1.6. Szakellátás (kórházi, járóbeteg-szakellátás), alapellátás (háziiorvosi) igénybevétele, becslés, ország összesen
- 1.7. Gyógyszerek, gyógyhatású készítmények, táplálékkiegészítők használata, becslés, ország összesen
- 1.8. Betegségek elleni védekezés, szűrések, becslés, ország összesen
- 1.9. Az egészségügyi ellátásra vonatkozó vélemény, becslés, ország összesen
- 1.10. Testtömegindex, becslés, ország összesen
- 1.11. Testmozgás, becslés, ország összesen
- 1.12. Táplálkozási szokások, becslés, ország összesen.
- 1.13. Munkahelyi és környezeti ártalmak, becslés, ország összesen
- 1.14. Dohányzás, becslés, ország összesen
- 1.15. Alkoholfogyasztás, becslés, ország összesen

**2. Átlag/arány becslések, nemenként**

- 2.1. Egészségi állapot, becslés nemenként
- 2.2. Korlátozottság, becslés nemenként
- 2.3. Az önellátással kapcsolatos tevékenységek, becslés nemenként
- 2.4. A háztartással kapcsolatos tevékenységek, becslés nemenként
- 2.5. Fizikai fájdalmak, erőnléti és kedélyállapot, becslés nemenként
- 2.6. Szakellátás (kórházi, járóbeteg-szakellátás), alapellátás (háziiorvosi) igénybevétele, becslés nemenként
- 2.7. Gyógyszerek, gyógyhatású készítmények, táplálékkiegészítők használata, becslés nemenként
- 2.8. Betegségek elleni védekezés, szűrések, becslés nemenként
- 2.9. Az egészségügyi ellátásra vonatkozó vélemény, becslés nemenként
- 2.10. Testtömegindex, becslés nemenként
- 2.11. Testmozgás, becslés nemenként
- 2.12. Táplálkozási szokások, becslés nemenként
- 2.13. Munkahelyi és környezeti ártalmak, becslés nemenként
- 2.14. Dohányzás, becslés nemenként
- 2.15. Alkoholfogyasztás, becslés nemenként

### **3. Átlag/arány becslések, korcsoportonként, nemenként**

- 3.1. Egészségi állapot, becslés korcsoportonként, nemenként
- 3.2. Korlátozottság, becslés korcsoportonként, nemenként
- 3.3. Az önellátással kapcsolatos tevékenységek, becslés korcsoportonként, nemenként
- 3.4. A háztartással kapcsolatos tevékenységek, becslés korcsoportonként, nemenként
- 3.5. Fizikai fájdalmak, erőnléti és kedélyállapot, becslés korcsoportonként, nemenként
- 3.6. Szakellátás (kórházi, járóbeteg-szakellátás), alapellátás (háziiorvosi) igénybevétele, becslés korcsoportonként, nemenként
- 3.7. Gyógyszerek, gyógyhatású készítmények, táplálékkiegészítők használata, becslés korcsoportonként, nemenként
- 3.8. Betegségek elleni védekezés, szűrések, becslés korcsoportonként, nemenként
- 3.9. Az egészségügyi ellátásra vonatkozó vélemény, becslés korcsoportonként, nemenként
- 3.10. Testtömegindex, becslés korcsoportonként, nemenként
- 3.11. Testmozgás, becslés korcsoportonként, nemenként
- 3.12. Táplálkozási szokások, becslés korcsoportonként, nemenként
- 3.13. Munkahelyi és környezeti ártalmak, becslés korcsoportonként, nemenként
- 3.14. Dohányzás, becslés korcsoportonként, nemenként
- 3.15. Alkoholfogyasztás, becslés korcsoportonként, nemenként

### **4. Átlag/arány becslések, régióként**

- 4.1. Közép-Magyarország, régiós becslés összesen
  - 4.1.1 Közép-Magyarország, nemek, korcsoportok szerinti becslés
- 4.2. Közép-Dunántúl, régiós becslés összesen
  - 4.2.1 Közép-Dunántúl, nemek, korcsoportok szerinti becslés
- 4.3. Nyugat-Dunántúl, régiós becslés összesen
  - 4.3.1 Nyugat-Dunántúl, nemek, korcsoportok szerinti becslés
- 4.4. Dél-Dunántúl, régiós becslés összesen
  - 4.4.1 Dél-Dunántúl, nemek, korcsoportok szerinti becslés
- 4.5. Észak-Magyarország, régiós becslés összesen
  - 4.5.1 Észak-Magyarország, nemek, korcsoportok szerinti becslés
- 4.6. Észak-Alföld, régiós becslés összesen
  - 4.6.1 Észak-Alföld, nemek, korcsoportok szerinti becslés
- 4.7. Dél-Alföld, régiós becslés összesen
  - 4.7.1 Dél-Alföld, nemek, korcsoportok szerinti becslés

## Előszó

A kötet az első Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) magyarországi bevezetésének eredményeit mutatja be, témakörönként önálló tanulmányokon keresztül. Az egységes európai egészségfelmérés a korábbi nemzeti egészségfelmérésektől eltérően uniós előírásokon alapul, végrehajtását rendelet írja elő, és az EU-27 országainak jelentős többségében 2008–2009-ben zajlott le.

A reprezentatív, önkéntes felmérésben részt vevők válaszaiból következtetések vonhatók le a teljes felnőtt népesség egészségi állapotára, életmódjára, táplálkozási szokásaira, egészségmegőrzéssel kapcsolatos attitűdjeire vonatkozóan. A becsléseket – ahol lehetett – a szerzők összehasonlították az előző két egészségfelmérés (OLEF2000 és OLEF2003) megállapításával. Ezek alapján rámutattak arra, hogy az egészséggel összefüggésben mely jellemzők javultak és melyek romlottak, változtak-e az egészségmegőrzéssel kapcsolatos szokásaink, jobban törődünk-e a betegségek elkerülésével, mozgunk-e eleget, milyen arányban vannak köztünk elhízottak vagy túlsúlyosak, mennyit költünk az egészségünkre, milyen gyakran vesszük igénybe a különféle egészségügyi ellátásokat, illetve mennyire vagyunk elégedettek azokkal.

A kötetet indító fejezetben a várható élettartamok és más egészségadatok nemzetközi összehasonlításából megtudhatjuk, hogy mi az oka a jelenlegi lemaradásunknak a fejlett országoktól, és mitől várhatjuk az ország globális egészségi állapotának javulását. A szerzők részletesen bemutatják ezeket a területeket, valamint az egészségmagatartás-típusokat, a munkahely okozta egészségproblémákat, a baleseteket, a különböző betegségek, a káros szenvedélyek (dohányzás, alkohol, kábítószer) előfordulási gyakoriságát a társadalomban területi, életkor és iskolai végzettség szerinti csoportosításban egyaránt.

A CD-melléklet a kötetben megjelenteken kívül tartalmazza a felmérés kérdőívét, valamint a felmérésben szereplő, szinte valamennyi változóra vonatkozó alapbecsléseket, szórásokkal és megbízhatósági intervallumokkal (nemek, korcsoportok és régiók szerint is), a Morbiditási adattár, 2009 c. kiadványt, az Egészségkalendáriumot, valamint az ELEF2009 kapcsán meghirdetett gyermekrajzpályázat alkotásaiból készült válogatást.

Ezen összefoglaló kiadványt követően jelentetjük meg a rövid elemzéseket tartalmazó tematikus kiadványsorozat további köteteit.

*A felmérés végrehajtását az Európai Unió finanszírozta és az Egészségügyi Minisztérium támogatta. A kötetben az intézmények neve a 2009. évi állapot szerint szerepel.*



# I. RENDSZERVÁLTOZÁS ÉS EPIDEMIOLÓGIAI KORSZAKVÁLTÁS MAGYARORSZÁGON\*

## Bevezető

Új epidemiológiai korszak kezdődött Magyarországon annak eredményeként, hogy két évtizeddel ezelőtt az államszocialista politikai, gazdasági-társadalmi rendszer összeomlása szabaddá tette az utat a piacgazdasághoz vezető átalakulás és a nyitott társadalom megvalósulása előtt. A piacgazdaság és a nyitott társadalom együtt teremtette meg a feltételeket a krónikus epidemiológiai válság<sup>1</sup> felszámolásához és ezzel az új epidemiológiai korszak létrejöttéhez. A politikai, gazdasági, társadalmi környezet és az epidemiológiai környezet között szükségszerűen létezik egy közvetett kapcsolat. Nem csak időbeni egybeesésről van szó, nem véletlen incidencia, hogy az epidemiológiai fejlődés két-három évtizedes megtorpanása, sőt válsága a rendszerváltozás körüli években szűnt meg, és bekövetkezett az epidemiológiai fordulat: az életkilátások markáns javulása az Elbától keletre lévő országokban.<sup>2</sup>

A munkaerő-piaci túlkínálat egyrészt kikényszeríti a teljesítményorientált magatartást, amelynek inherens része az egészségtudatos magatartás, másrészt munkanélküliséget generál, főleg az alacsony képzettségűek körében. Miközben az egészségtudatos magatartás meghosszabbítja a várható élettartamot, a munkanélküliség és velejárói – a társadalmi státus és az önbecsülés leértékelődése, a frusztráció és a reményvesztettség, az életminőség rosszabbodása – csökkentik a várható élettartamot. Az életkilátások országos szinten javulnak, a leszakadtak csoportjában azonban ez a javulás általában sokkal kevésbé, sőt némely esetben egyáltalán nem tapasztalható: megnő a halál előtti társadalmi egyenlőtlenség. Ez is az új epidemiológiai korszak jellemzője.

Az új epidemiológiai korszakot gazdasági-társadalmi kontextusa mellett a megbetegedési és halálozási viszonyok változása is meghatározza. Ebben a korszerű és hatékony orvosi technológiának és a sürgősségi ellátásnak meghatározó jelentősége van. Az új epidemiológiai korszakra leginkább az jellemző, hogy egyre általánosabbá válik a betegségek progressziójának késleltetése, az első tünetek és panaszok későbbi jelentkezése, részben azok eredményes kezelése miatt, és végül a halálozás idősebb korban való bekövetkezése. Az új epidemiológiai korszak kulcsszava medicinális kontextusban a betegség kezdetének, progressziójának és az elhalálozásnak a posztponálása. A késleltetett patológiai események epidemiológiai korszaka hozzávetőleg három évtizeddel ezelőtt köszöntött be a fejlett nyugati országokban a várható élettartam 73–75 év közötti értékével, és olyan mortalitási struktúrákkal, amelyek sokban hasonlítanak a jelen mortalitási struktúrára hazánkban. Magyarországon lényegében az utóbbi néhány évben kezdődött el a késleltetett patológiai események epidemiológiai korszaka.

## Az epidemiológiai fejlődés szekuláris trendje, Magyarország helye Európában

A halálozások száma az 1993. évi 150 ezerről 2009-re 130 ezerre, az 1000 lakosra jutó halálozások száma 14,5-ről 13,0-ra csökkent, a születéskor várható élettartam<sup>3</sup> 69,1-ről 74,1 évre nőtt. Ezeknek a meghatározóan fontos adatoknak az interpretációja csak úgy lehetséges, ha azokat epidemiológiai, történelmi, geopolitikai, gazdasági-társadalmi és kulturális kontextusban értelmezzük. A releváns jelenségek összegző értelmezéséhez a várható élettartamot választjuk.

\* Jelen fejezet alapjául szolgáló kutatásokat pénzügyileg az MTA Támogatott Kutatócsoportok Irodája és az MSD Magyarország Kft. támogatta. A szerző köszönetét fejezi ki Dávid Pálné statisztikusnak a szöveg gondozásáért, a táblázat és az ábrák elkészítéséért, valamint megköszöni Radnóti László matematikusnak a regresszió és a dekompozíció módszerének alkalmazását, a szimulációs modellek elkészítését.

<sup>1</sup> Krónikus epidemiológiai válságnak nevezzük a halálozási viszonyok olyan rosszabbodását, amelynek következtében a születéskor várható élettartam a válság előtti értékhez képest csökken; a válság kvalifikált, ha a népességnek csak egy részét érinti.

<sup>2</sup> Bulgária, Csehország, Lengyelország, Magyarország, Románia és Szlovákia.

<sup>3</sup> Ha nem történik hivatkozás az életkorra, a várható élettartam mindig a születéskor várható élettartamot jelenti.

A hosszú távú visszatekintés időkerete a 20. század és a 21. század első évtizede. Az 1. tábla a közel száztíz éves időszak hat kiemelt évében mutatja be tíz európai ország rangsorát a várható élettartam szerint. Magyarország három alkalommal az utolsó előtti és három alkalommal az utolsó helyen található.

1. tábla

**A születéskor várható élettartam szerinti rangsor**

Rang-sor	1900/1901	1930/1931	1947/1948	1965	1993	2008/2009
1.	Svédország	Hollandia	Hollandia	Svédország	Svédország	Spanyolország
2.	Dánia	Svédország	Svédország	Hollandia	Franciaország	Olaszország
3.	Hollandia	Dánia	Dánia	Dánia	Olaszország	Svédország
4.	Egyesült Királyság	Egyesült Királyság	Egyesült Királyság	Egyesült Királyság	Spanyolország	Franciaország
5.	Franciaország	Franciaország	Olaszország	Spanyolország	Hollandia	Hollandia
6.	Finnország	Ausztria	Franciaország	Franciaország	Ausztria	Ausztria
7.	Olaszország	Olaszország	Ausztria	Olaszország	Egyesült Királyság	Egyesült Királyság
8.	Ausztria	Finnország	Finnország	Ausztria	Finnország	Finnország
9.	Magyarország	Spanyolország	Magyarország	Magyarország	Dánia	Dánia
10.	Spanyolország	Magyarország	Spanyolország	Finnország	Magyarország	Magyarország

Forrás: az ENSZ demográfiai évkönyvei a WHO HFA adatbázisa, és az egyes országok statisztikai hivatalainak kiadványai.

A 2. táblából leolvasható, hogy hány év választotta el hazánk népességének várható élettartamát a rangelső ország népességének várható élettartamától, illetve a közvetlenül előtte lévő populáció várható élettartamától.

2. tábla

**A születéskor várható élettartam különbsége**

Megnevezés	1900/1901	1930/1931	1947/1948	1965	1993	2008/2009
Magyarország és a rangelső ország között	18,4	16,1	9,5	4,2	9,3	8,0
Magyarország és a rangsorban közvetlenül előtte lévő ország között	2,8	0,1	1,2	0,1	6,4	4,3

A táblázat meggyőzően bizonyítja azt a fontos megállapítást, miszerint amióta a halálozásokról megbízható regisztrációval rendelkezünk, a magyarországi halálozási viszonyok és az ezeket kifejező életkilátások nemzetközi összehasonlításban mindig rosszak voltak az ország viszonylagos gazdasági elmaradottsága és a nagy társadalmi különbségekkel együttjáró jelentős esélyegyenlőtlenségek, illetve mortalitási differenciák miatt. Nem az orvoslás színvonalában lehetett nagy különbség Svédország és Magyarország között a 19. és a 20. század fordulóján, hanem az életminőségben. Ez utóbbi egyik meghatározó összetevője a tudásállomány. Svédországban a 19. és 20. század fordulóján az analfabéták részaránya 1% alatt volt, ezzel szemben Magyarországon a 20. század első éveiben a 6 éven felüli lakosságban 40% körül lehetett<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> A fenti adatok forrása: Révai Nagy Lexikon XVII. kötet; Budapest, 1925; „Svédország” szócikk; hasonmás kiadás, Babits Kiadó; p.: 875., illetve Magyar Nagylexikon, I. kötet; Akadémiai Kiadó Budapest, 1993; „analfabétizmus” szócikk; p.: 832.

Az évszázadon átívelő adatsorban hazánk vonatkozásában 1965 a kegyelmi állapot, amelyben ebben az évben a rangelső Svédországtól a lemaradásunk „csak” 4,2 év, és Ausztriánál mindössze 0,1 évvel vagyunk rosszabbak. A rangelső Svédországhoz hasonlítva a lemaradás viszonylag kis mértéke azzal magyarázható, hogy hazánkban a fertőző betegségek, mindenekelőtt a tuberkulózis, már alig rontották az életkilátásokat, a nemfertőző betegségek, elsősorban a szív-, és érrendszeri betegségek és a rosszindulatú daganatok halandósága pedig még nem ért el járványos méreteket. A másik kilenc országban 1965 már a kardiovaszkuláris epidémia korszaka, de az onkológiai betegségek mortalitása is növekvőben volt. 1965 és 1993 között a magyarországi és a rangelső svédországi várható élettartam közötti különbség 9,3 évre nőtt, de a 9. helyen lévő Dániához képest is 6,4 évre emelkedett. A legutóbbi adatok szerint a különbség köztünk és a jelenleg rangelső Spanyolország között 8,0 év, a 9. helyen lévő Dániától 4,3 évvel vagyunk elmaradva. Összefoglalva megállapítható, hogy 1900 és 1965 között fokozatosan csökkent a különbség a magyarországi és a többi országban prevalens életkilátások között. Az 1960-as évek közepétől az 1990-es évek elejéig azonban egy zsákutcás modernizáció következtében hazánkban krónikus epidemiológiai válság alakult ki, amely 1993-ban tetőzött; 1994 és 2009 között az epidemiológiai fejlődés új korszakának másfél évtizedében a várható élettartam öt évvel hosszabbodott meg.<sup>5</sup>

A magyarországi életkilátások nemzetközi összehasonlításban mindig is alacsony értéke csak lassan és fokozatosan felszámolható történelmi örökség. A második világháború befejezését követő évtizedekből, pontosabban az 1949 és 1993 közötti időszakból mindössze kevesebb mint két évtizedben növekedett hazánkban a várható élettartam hasonlóképpen, mint Nyugat-Európában. Másképpen fogalmazva, amíg Magyarországon félbeszakadt az életkilátások javulása, addig Nyugat Európában folyamatos maradt.

A hosszú távú visszatekintés történelmi és nemzetközi keretbe helyezi az epidemiológiai fejlődést summázó várható élettartam évszázados alapirányzatát. A középtávú visszatekintés időkerete a második világháború befejezése óta eltelt hat és fél évtized. Ennek a hat és fél évtizednek az epidemiológiai vizsgálatában a meghatározó esemény a kommunista hatalomátvétel, amely a vasfüggönnyel és mindazzal, ami e mögött történt az európai organikus fejlődés útjáról, a szovjet-országi típusú szocializmus építésének zsákutcájába kényszerítette az országot. Ez a korszak három időszakra osztható (1. ábra). Az elsőben – amely a háború utáni újjáépítés befejezésétől az 1960-as évek közepéig tartott – a várható élettartam jelentősen meghosszabbodott, a másodikban – ez az 1960-as évek derekától az 1993-ig ívelő közel három évtizedet jelenti – a várható élettartam csökkent, a férfinépeségben jelentősen, a népesség egészében azonban a csökkenés jelentéktelen volt. Végül a jelenleg is prevalens harmadik időszak 1994-ben kezdődött; ebben a másfél évtizedben a várható élettartam nagymértékben nőtt. Úgy is fogalmazhatunk, hogy közvetlenül a háború után, mintegy két évtizeden keresztül, a turbulens politikai viszonyok: a kommunista hatalomátvétel, a sztálinista terror, a parancsuralmi rendszer, egy viszonylag fejlett gazdasági és társadalmi rendszer szétverése ellenére az életkilátások rendkívül nagymértékben javultak. Ez azzal magyarázható, hogy mindeközben a közigazgatás elfogadhatóan, és ennek részeként az egészségügyi igazgatás, illetve az egészségügyi ellátórendszer zavartalanul működött. Az általánossá vált biztosítás eredményeként az egészségügyi ellátás először az ország történelmében nem csak a prevencióban, de a kurációban is a társadalom minden tagja számára elérhetővé vált. Ennek óriási jelentősége volt – többek között – a védőoltások bevezetésében és a gondozásban, illetve az antibiotikumok alkalmazásában. A csecsemő- és gyermekhalandóság szinte szabadeszerűen csökkent, és felnőtt korban lényegesen kevesebben haltak meg fertőző betegségben, mindenekelőtt tuberkulózisban. A csecsemő- és gyermekhalandóság és az infektív betegségek okozta morta-

<sup>5</sup> Józán P.: Halálozási viszonyok és életkilátások a 21. század kezdetén a világ, Európa és Magyarország népességében; Magyar Tudomány, 170. évfolyam, 2009/10; pp.: 1231–1244. illetve Józán P.: A természetes demográfiai folyamatok főbb jellegzetességei; Népegészségügy, 87. évfolyam, 4. szám, 2009; pp.: 247–255.

litás csökkenéséből származó várható élettartam-nyereség lényegesen nagyobb volt, mint az egyelőre kevésbé jelentős krónikus nemfertőző betegségek miatt bekövetkező várható élettartam-veszteség. Az életkilátásokat tekintve a mérleg kedvezőnek bizonyult.

Megjegyzendő, hogy az epidemiológiai fejlődésnek ebben az extenzív korszakában – amelyre a magas csecsemő- és gyermekhalandóság és a fertőző betegségek, elsősorban a tuberkulózis endémiája<sup>6</sup> a jellemző – a kommunista rendszerek olcsó beruházásokkal és egyszerű módszerek alkalmazásával jelentős sikereket értek el a várható élettartam meghosszabbításában. Ez történt a Szovjetunióban, a kelet-európai szatellitországokban, valamint Kínában és Kubában is.<sup>7</sup>

A második időszak a krónikus, kvalifikált epidemiológiai válság időszaka, amely főleg, de nem kizárólag a középkorú férfinépességet sújtotta. Ennek következtében a férfiak várható élettartama 27 év alatt 2,7 évvel csökkent. A nők életkilátásai alig másfél évvel javultak, és ez nem tudta kompenzálni a férfiak életkilátásainak rosszabbodását. Végeredményben az össznépeség várható élettartama hozzávetőleg fél évvel csökkent. Az életkilátásoknak ez az alig fél évvel történt rosszabbodása önmagában véve jelentéktelen, de ezt ellenpontozza, hogy lényegében ugyanabban az időszakban az Európai Unió (EU) legfejlettebb országaiban az életkilátások átlagosan mintegy négy és fél évvel javultak. Bár Magyarország a modern epidemiológiai fejlődésben soha nem tartozott a magas várható élettartamú országok közé, a leszakadás az Elbától nyugatra lévő országoktól a krónikus epidemiológiai válság időszakában következett be. Az 1960-as évek közepe és az 1990-es évek kezdete között, a puha diktatúra környezetében a társadalom konszolidálódott, illetve az 1990-es évtized elején, a békés viszonyok közepette bekövetkező rendszerváltozás létrehozta a piacgazdaság és az ennek megfelelő nyitott társadalom struktúráit. A magyar epidemiológiai fejlődés paradoxona, hogy a közel két évtizeden keresztül kedvezőtlen háttérkörülmények ellenére az életkilátások javultak, miközben a csaknem három évtizedig tartó, viszonylag kedvező háttérkörülmények között az életkilátások rosszabbodtak. A következő megfigyelések hozzásegítenek a látszólagos ellentmondás feloldásához. A magyar epidemiológiai fejlődésben az 1960-as évek eleje-közepe – ahogy erről korábban már szó volt – kegyelmi állapot volt: a fertőző betegségek már alig, a nemfertőző betegségek pedig még csak csekély mértékben rontották az életkilátásokat, végeredményben azok 1948–1949 és 1965–1966 között 8,6 évvel hosszabbodtak meg. Az ezután következő közel három évtizedben lényegében a nemfertőző betegségek határozták meg a várható élettartamot. A keringési rendszer betegségeinek, a rosszindulatú daganatoknak, a máj nagyrészt alkoholos betegségeinek és a krónikus obstruktív tüdőbetegségeknek növekvő gyakorisága, illetve az ezekből származó halandóság csökkentették a várható élettartamot. Ebbe az irányba hatott az erőszakos eredetű halálozások magasabb incidenciája<sup>8</sup> is. Ezzel szemben az epidemiológiai szempontból fokozatosan jelentéktelenné váló csecsemő- és gyermekhalandóság és a fertőző betegségek miatt bekövetkező nagymértékben csökkenő mortalitás számottevő mértékben már nem befolyásolták az életkilátásokat. A nem fertőző betegségek primátusa általános az iparosodott és a posztindusztriális társadalmakban, de a fejlett piacgazdaságot működtető országokban mind a megelőzésben, mind a gyógyításban végül is eredménnyel jártak azok az erőfeszítések, amelyek főleg a krónikus degeneratív betegségek progressziójának késleltetésével a várható élettartam meghosszabbodását eredményezték. Az Elbától keletre lévő szatellitországokban azonban a lassan javuló életminőség ellenére a prevalens feltételek sem a megelőzésben, sem a gyógyításban nem kedveztek az idült nemfertőző betegségek progresszióját késleltető erőfeszítéseknek. Éppen ellenkezőleg: az erőltetett iparosítás, és az ennek következtében nagy létszámú, alacsony iskolai végzettségű, gyökértelessé vált segédmunkás népeség, illetve annak életmódja, az olyan kockázati tényezők, mint a dohányzás és

<sup>6</sup> Endémia = valamely betegség nem járványszerű, rendszeres és tömeges előfordulása egy meghatározott területen.

<sup>7</sup> Cockerham, W.C.: Social causes of Health and Disease; Polity, 2007; p.: 232.

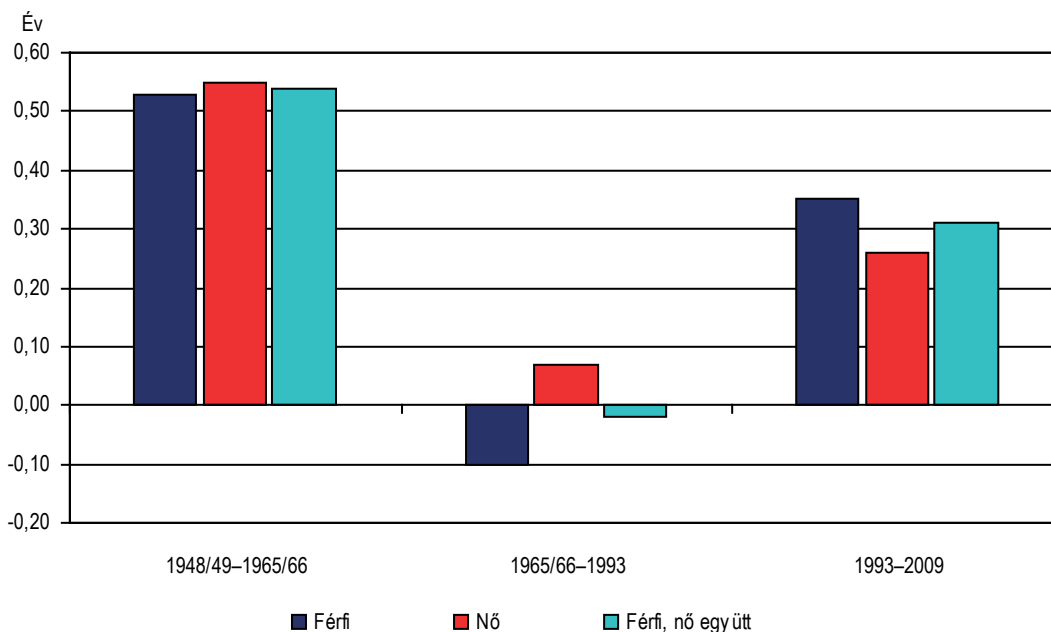
<sup>8</sup> Incidencia = egy adott időtartam alatt újonnan keletkező esetek gyakorisága.

a mértékvesztett alkoholizálás járványszerű terjedését okozták, amelyek az egészségtelen táplálkozással együtt nem csak megnövelték a halálos kimenetelű idült, degeneratív betegségek gyakoriságát, de meggyorsították azok progresszióját is.

A betegségek felgyorsult progressziója következtében a halál sokszor életük delén érte a kiégett kétkezi munkásokat. Némely esetben a halált okozó betegségek, illetve az azokat előidéző életmód már az 1950-es években is jelen volt, de a halálozás csak az 1960-as, 1970-es években következett be. Mindez a férfinépeség esetében az életkilátások jelentős rosszabbodását okozta, amely előidézte az egész népesség várható élettartamának csökkenését is. A krónikus epidemiológiai válság néhány évvel túlélte a rendszerváltozást: 1993-ban tetőzött. Csak feltételezhetjük, hogy ennek fő oka az volt, miszerint a rendszerváltozás sokk hullámai hozzájárultak az életkilátások rosszabbodásához. A radikálisan új körülményekhez való alkalmazkodásnak általában megvannak a maga áldozatai. Ezt bizonyítja az a megfigyelés, hogy nem csak Magyarországon, de az elemzésbe bevont másik négy szatellitországban is csökkent a várható élettartam a rendszerváltozás után, igaz, hogy csak átmenetileg (2. ábra). Mindenesetre tény, hogy a rendszerváltozás után elkezdődött az epidemiológiai fordulat, amely a halálozások gyakoriságának csökkenését és következésképp az életkilátások jelentős javulását eredményezte az utóbbi másfél évtizedben. Ennek jelentőségét nem lehet túlbecsülni. Az életkilátásokat illetően hazánk elkezdte a felzárkózást az EU legfejlettebb országaihoz, és számítások szerint hozzávetőleg két-három évtizedre van szüksége ahhoz, hogy azok jelenlegi várható élettartamát elérje.

1. ábra

**A születéskor várható élettartam évi átlagos változása**



Forrás: a KSH adatai alapján saját számítás.

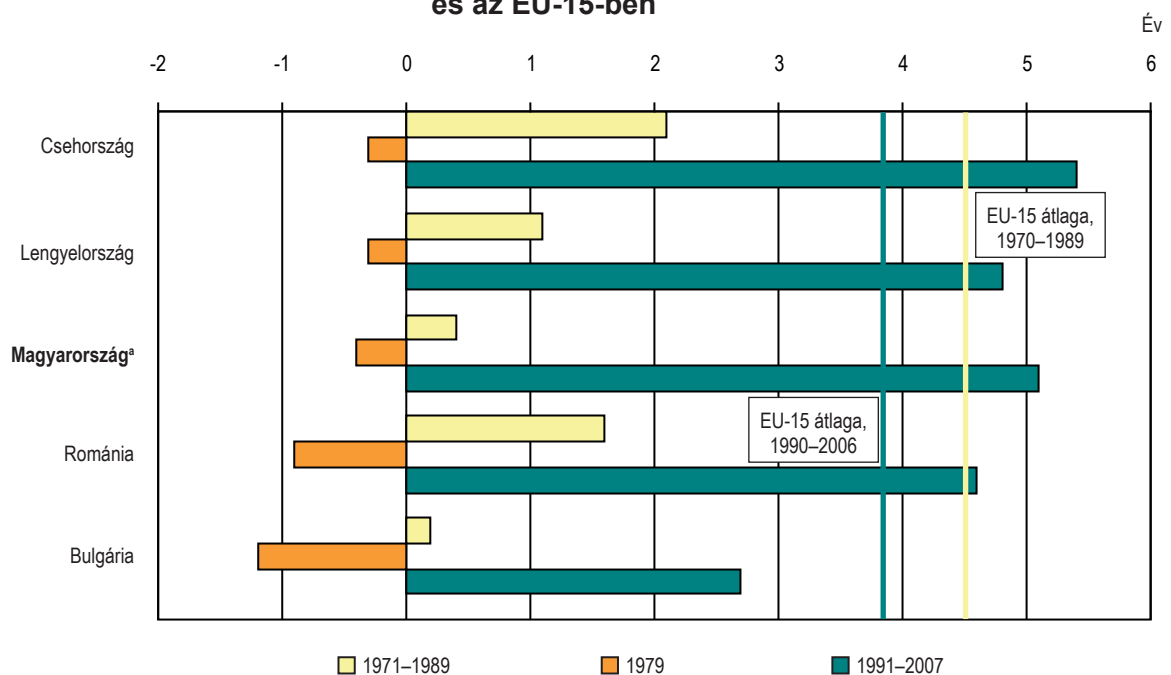
Az 1. ábra a második világháború befejezése utáni évtizedek három időszakának epidemiológiai viszonyait ábrázolja a várható élettartamok évi átlagos változásának tükrében a férfi-, a női és az össznépességben. Említésre méltó körülmény, hogy a férfinépeség várható élettartamában bekövetkezett javulás évi átlaga csak az epidemiológiai fordulat utáni másfél évtizedben haladja meg a női népességét – nagyjából azért, mert a női népességben megszűntek a terhességgel, szüléssel, gyermekágyal kapcsolatos halálozások csökkenéséből származó várható élettartamot emelő tartalékok; de az életkilátások szerényebb javulásában az is közrejátszik, hogy a nők körében egyre gyakoribbá válnak a korábban főleg a férfiakra jellemző,

egészségre káros kockázati tényezők, mint amilyen például a dohányzás. Az is igaz, hogy a férfiak „jobb” helyzetben vannak, mivel olyan alacsony volt a várható élettartamuk, hogy arról a szintről könnyebb volt előrelépni. A férfi és a női születéskor várható élettartam jövőbeni alapirányzata dönti majd el, hogy egy évszázad szekuláris trendjében következett be változás, vagy csak átmeneti jelenségről van szó.<sup>9</sup>

A 2. ábra azt bizonyítja, hogy ami hazánkban történt az életkilátásokat illetően 1970 és 2009 között, az lényegében általános volt Kelet-Közép-Európában. A sávdigramok a diszkontinuus szakaszos epidemiológiai fejlődést példázzák Csehországban, Lengyelországban, Magyarországon, Romániában és Bulgáriában, miközben az EU eredeti magját alkotó tizenöt országban (Ausztriában, Belgiumban, Dániában, az Egyesült Királyságban, Finnországban, Franciaországban, Görögországban, Hollandiában, Írországon, Luxemburgban, Németországban, Olaszországban, Portugáliában, Spanyolországban és Svédországban) az epidemiológiai fejlődés négy és fél évtizeden keresztül folyamatos volt.

2. ábra

### A születéskor várható élettartam változása néhány kelet-közép-európai országban és az EU-15-ben



<sup>a</sup> 1970-1989, 1990-1993 és 1994-2009 közötti változás.

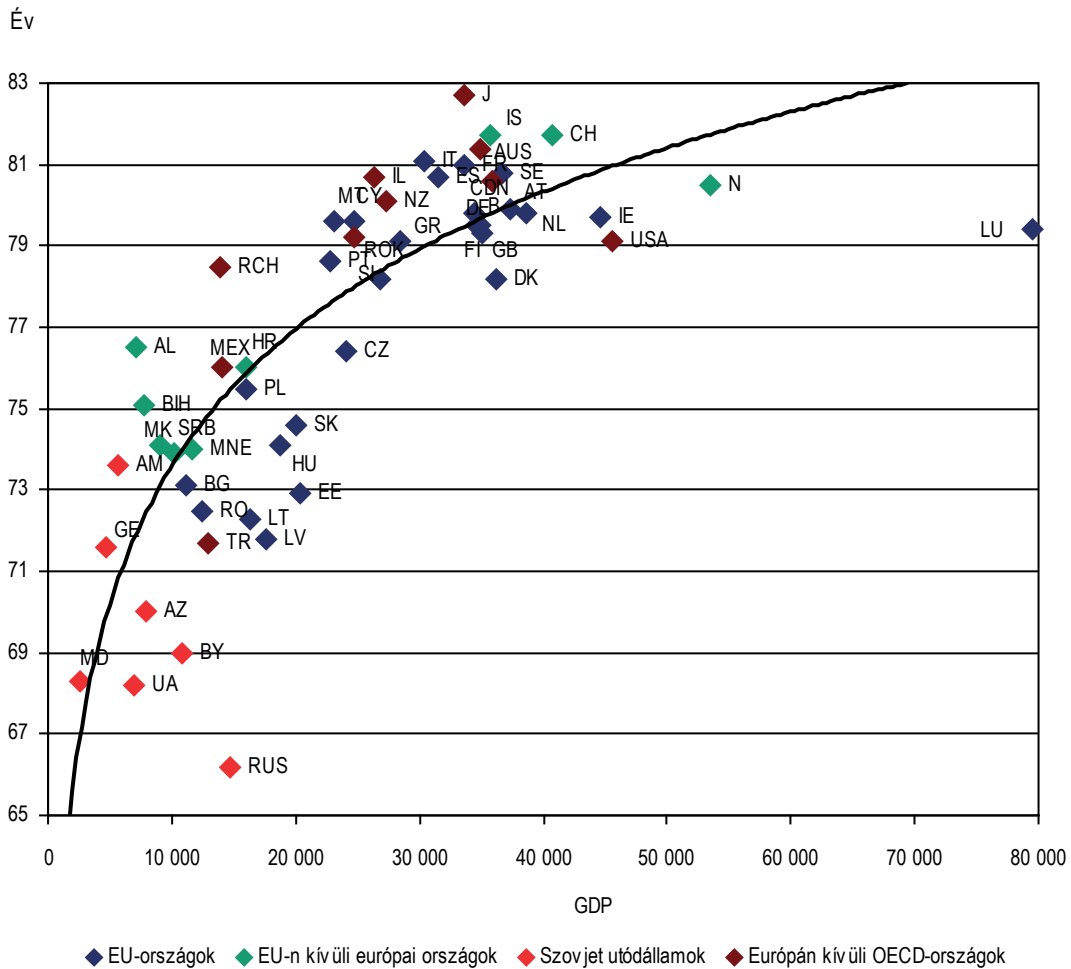
Forrás: a WHO adatbázisa, az OECD adatbázisa és a demográfiai évkönyvek.

Az Elbától keletre az életkilátások változása háromfázisú, és a várható élettartamnak ez a szembeötlő mintázata a jelenség *rendszerspecifikus* meghatározottságát bizonyítja. Fontos fejlemény, hogy az öt volt szatellitországból négyben – Bulgária a kivétel – nagyobb mértékben javultak az életkilátások az utóbbi mintegy másfél évtizedben, mint az EU-15-ben.

A szakirodalomban általános az a vélekedés, miszerint – sok minden egyéb mellett – főleg az ország *gazdasági fejlettsége* határozza meg az életkilátásokat. Jobb híján ezt az *egy főre jutó hazai össztermék (GDP: Gross Domestic Product)* és a születéskor várható élettartam közötti összefüggés szorosságával mérik. Az országok sokaságára vonatkozólag kiszámítják, mennyire függ a dependens változó, a születéskor várható élettartam, az independens változótól, a GDP-től. Ezt a korrelációs index méri: minél közelebb van ez az 1,00-hez, az összefüggés annál szorosabb, szaknyelven szignifikánsabb a két változó között.

<sup>9</sup> Józán P.: Válság és megújulás a második világháború utáni epidemiológiai fejlődésben; Műhelytanulmányok; Budapest; MTA Társadalomkutatató Központ, 2008; p.: 126.

**Összefüggés a születéskor várható élettartam és a vásárlóerő-paritással\* korrigált egy főre jutó hazai össztermék (GDP) között 2007-ben**



\* Vásárlóerő-paritás: a valutaárfolyamok meghatározásának, kiszámításának egyik elterjedt módszere. Eszerint két valuta árfolyamát a vásárlóerejükben megjelenő különbségek alapján kell meghatározni. Több áruféléből azonos mennyiséget tartalmazó „kosár” piaci árait megfigyelve és rögzítve megállapítják az egész árukosár összértékét mindkét érintett valutában. A kettőt egymással elosztva megkapják a két valuta közötti árfolyamot. (Magyar Nagylexikon, Akadémiai Kiadó Budapest, 1993).

Korrelációs index: 0,83  $p < 0,0001$ .

Megjegyzés: az ábrán szereplő országnevek országcsoportonként:

EU-országok: Ausztria (AT), Belgium (B), Bulgária (BG), Ciprus (CY), Csehország (CZ), Dánia (DK), Egyesült Királyság (GB), Észtország (EST), Finnország (FIN), Franciaország (F), Görögország (GR), Hollandia (NL), Írország (IRL), Lengyelország (PL), Lettország (LV), Litvánia (LT), Luxemburg (L), Magyarország (H), Málta (M), Németország (D), Olaszország (I), Portugália (P), Románia (RO), Spanyolország (E), Svédország (S), Szlovákia (SK), Szlovénia (SLO).

EU-n kívüli európai országok: Albánia (AL), Bosznia és Hercegovina (BIH), Horvátország (HR), Izland (IS), Macedónia (MK), Montenegró (MNE), Norvégia (N), Svájc (CH), Szerbia (SRB).

Szovjet utódállamok: Azerbajdzsán (AZ), Belorusszia (BY), Grúzia (GE), Moldova (MD), Oroszország (RUS), Örményország (AM), Ukrajna (UA).

Európán kívüli OECD-országok: Ausztrália (AUS), Chile (RCH), Dél-Korea (ROK), Egyesült Államok (USA), Izrael (IL), Japán (J), Kanada (CDN), Mexikó (MEX), Törökország (TR), Új-Zéland (NZ)

Forrás: Human Development Report 2009, UNDP, Magyarország: 2009, KSH-adat.

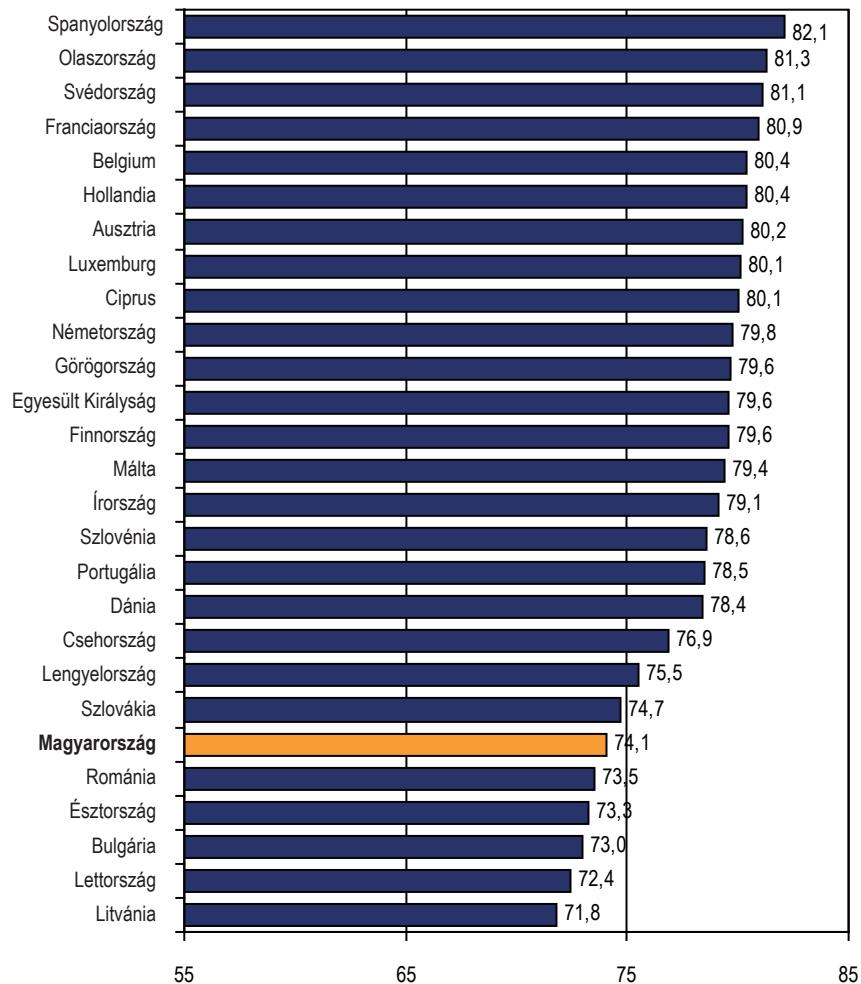
A 3. ábra 53 ország adatainak felhasználásával készült; vizuálisan jól bizonyítja, hogy általában minél nagyobb az egy főre jutó GDP, annál hosszabb a születéskor várható élettartam. A korrelációs index 0,83,  $p < 0,0001$ ; ez azt mutatja, hogy az összefüggés erősen szignifikáns. A 3. ábra ezen kívül más értékes információkat is közvetít. Azok az országok, amelyek a regressziós görbe alatt helyezkednek el, ott a születéskor várható élettartam megfigyelt értéke alacsonyabb az elvárhatónál; a két érték közötti különbséget az ország pozíciója (grafikusan: rombusz) és a regressziós görbe közötti távolság méri. Magyarország esetében ez 3,5 év volt 2007-ben (2009-ben 2,7 év). Másképpen fogalmazva: hazánkban például Svájjal összehasonlítva nem csak azért rosszabbak az életkilátások, mert szegényebbek vagyunk a svájciaknál, hanem azért is, mert a saját lehetőségeinket sem használjuk ki maradéktalanul. Nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a körülményt sem, hogy Svájcban jobb a megfigyelt érték az elvárhatónál, és ez is, nem csak az egy főre jutó GDP magas értéke magyarázza a 80 év feletti születéskor várható élettartamot. Egyébként az ábra meggyőzően szemlélteti a volt szatellita

országok és a szovjet utódállamok mindkét vonatkozásban (alacsony GDP, alacsony születéskor várható élettartam, alacsonyabb megfigyelt, mint elvárható érték) rossz pozícióját.

Az életkilátások nemzetközi összehasonlítását a születéskor várható élettartamnak az EU 27 országában jelenleg prevalens rangsorával zárjuk.

4. ábra

#### A születéskor várható élettartam az EU országaiban a 2008 körüli években



Forrás: az Encyclopaedia Britannica 2010 adatai.

Magyarország a 22. helyen van, az utánunk következő országok: Románia, Bulgária és a három baltikumi ország. Kilenc EU-s országban a születéskor várható élettartam meghaladja a nyolcvan évet; az igazi nagy szakadék kelet és nyugat között van. Ez azzal is magyarázható, hogy a kelet-közép-európai országok (Csehországot kivéve) az egész 20. század folyamán mindvégig a születéskor várható élettartam szerinti rangsor alsó harmadában helyezkedtek el. De a szakadék az 1960-as évek közepétől mélyült el, mert az Elbától keletre fekvő országokban nem tudtak válaszolni a krónikus, nemfertőző betegségek primátusával definiálható epidemiológiai korszak kihívásaira.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Ediev, D.M.: Life Expectancy in Developed Countries is Higher Than Conventionally Estimated. Implications from Improved Measurement Research Papers; 2010, № 1; Vienna Institute of Demography; p.: 35.

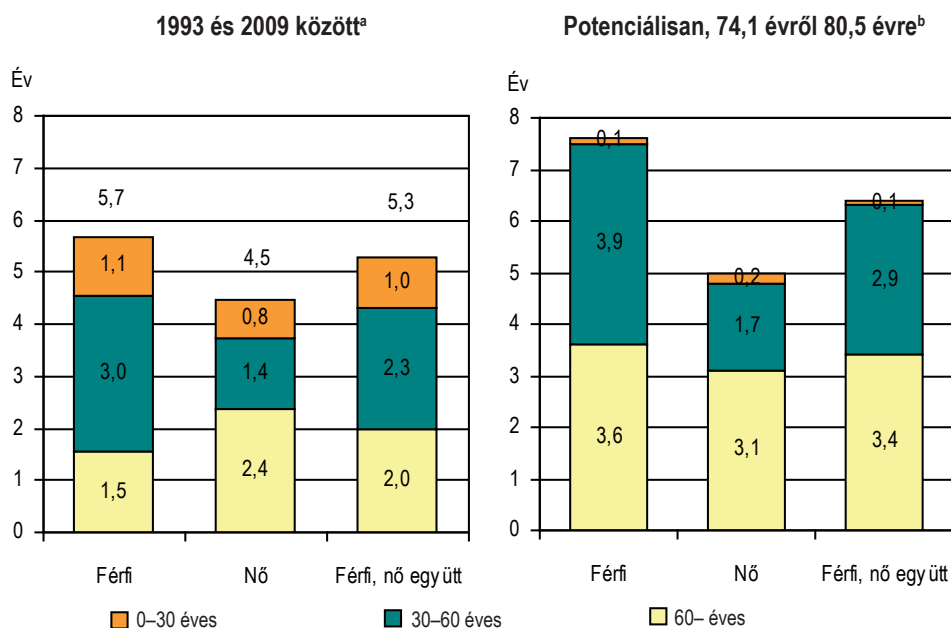


## A halandóság életkor szerint

Az *életkilátásokat* – minden egyéb dolgot azonosnak feltételezve – az határozza meg, hogy milyen életkorban és milyen gyakorisággal halnak meg az emberek. Az életkilátások *alakulása* attól függ, változott-e a halálozások korszpecifikus gyakorisága. Ha a korszpecifikus gyakoriságok csökkennek, az életkilátások javulnak, ha növekednek, az életkilátások rosszabbodnak. A korszpecifikus gyakoriságok azonban általában a különböző életkorokban különböző mértékben (esetleg különböző irányban) változnak. Az életkor szerinti halálozási gyakoriságok javulásának *viszonylagos súlyát* úgy állapítjuk meg, hogy kiszámítjuk, a kérdéses korcsoportok mennyivel járultak hozzá a várható élettartam meghosszabbodásához. A hozzájárulás mértéke függ a korcsoportok halandóságától és a legáltalánosabban meghatározott intervenció sikerétől. Ha magas a halandóság és sikeres az intervenció, a hozzájárulás jelentős, ha nagyon alacsony a halandóság, a legsikeresebb intervenció sem tudja elérni, hogy a hozzájárulás számottevő legyen, mert ehhez nincsenek meg a *tartalékok*. Végül, ha az intervenció csak mérsékelten sikeres, magas halandóság esetében sem következik be nagymértékű kontribúció. Az 5. ábra azt mutatja be, hogy mennyi volt a férfi-, a női és az össznépeségben a 0–30, a 30–60 és a 60 éves és idősebb korcsoport hozzájárulása az életkilátások javulásához 1993 és 2009 között. Mind a férfi, mind a női, illetve az össznépeségben a 0–30 éves korcsoport hozzájárulása volt a legkisebb, mert ebben a sokaságban már meglehetősen alacsony volt a mortalitás, amit alig lehetett csökkenteni. Ezzel szemben a férfi népeség esetében a középkorú sokaság hozzájárulása volt kiemelkedően a legnagyobb. Ennek az a magyarázata, hogy körükben igen magas volt a halálozási arány, amelyet eredményes intervencióval sikerült csökkenteni. A 60 éves és idősebb férfiak hozzájárulása a várható élettartam meghosszabbodásához alig több mint a fele volt a 30 és 60 év közötti férfiakénak. A női népeségben az életkilátások javulásának lehetősége már leginkább az öregkorban van meg. Az össznépeség esetében a középkorú sokaság elsőbbségét a várható élettartam meghosszabbodásában a férfiaknál ábrázolt struktúra magyarázza.

5. ábra

### Az egyes korcsoportok hozzájárulása a születéskor várható átlagos élettartam meghosszabbodásához



<sup>a</sup> Az ábra adatai valamelyest eltérnek a születéskor várható élettartam máshol látható értékeitől, ez a kerekítések következménye.

<sup>b</sup> A 2008. évi osztrák és a 2009. évi magyar születéskor várható élettartamok különbségei a férfiak esetében 7,6, a nők esetében 4,9 és a teljes népeség esetében 6,4 év.

Forrás: a KSH adatai.

Annak vizsgálata, hogy milyen a korszpecifikus halálozási arányok javulásából származó hozzájárulások értéke bizonyos várható élettartamok meghosszabbodásában, nem öncélú. Kiváltképpen gyakorlati jelentőségű annak feltárása milyen korcsoport-specifikus kontribúciókra van szükség a jövőben akkor, ha a cél például a *jelenlegi magyarországi életkilátások szintjéről* történő elmozdulás az életkilátások *jelenlegi ausztriai szintjére*. Másképpen fogalmazva: mi a várható hozzájárulás korcsoportonként ahhoz, hogy az össznépességre vonatkozó, 2009. évi 74,1 éves várható élettartam elérje a 80,5 évet (ez volt a várható élettartam Ausztriában 2008-ban). A férfipopuláció esetében 77,7 év, a női népességnél 82,5 év a kitűzött cél. A (szűkös) erőforrásokat ugyanis ott kell felhasználni (nagyobbrészt), ahol azoktól a legnagyobb nyereség remélhető.

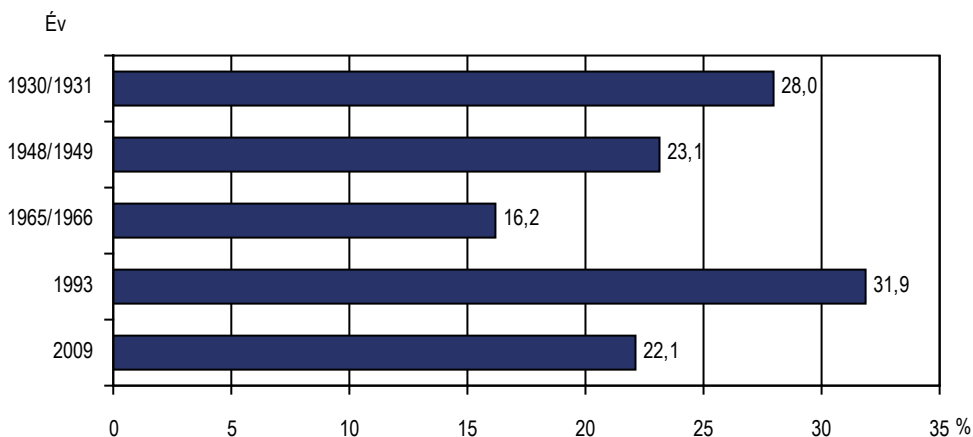
Az 5. ábráról leolvasható a magyarországi férfi-, női és az össznépesség három nagy korcsoportjának potenciális hozzájárulása a jelenlegi ausztriai élettartamok eléréséhez. A magyarországi férfiak esetében 7,6 évet, a nőknél 4,9 évet, az össznépességnél 6,4 évet kell nőnie a 2009. évi magyarországi várható élettartamoknak a 2008. évi ausztriai élettartamok eléréséhez. Az ábra a két nem, illetve az össznépesség három korcsoportjának potenciális hozzájárulását mutatja az életkilátások fentebb említett javulásához. Nyilvánvaló, hogy elhanyagolhatóan kicsi a 0 és 30 év közötti korcsoport hozzájárulása a kitűzött célhoz. A férfinépesség esetében a várható élettartam meghosszabbodásához szükséges tartalék legnagyobb része még mindig (mint az utóbbi másfél évtizedben) a középkorú népességben van. A női népességben azonban csaknem kétszer annyi hozzájárulás remélhető az idős, mint a középkorú populációtól. De az ábra legfontosabb üzenete az, hogy a 60 éves és idősebb népesség hozzájárulása a várható élettartam 6,4 éves jövőbeni meghosszabbodásához 3,4 év, ami az életkilátások javulásának 53%-a. Ebben kiemelkedő szerep jut a geriátriának.<sup>11</sup> A *halálozások kormegoszlásának változása* megfelel az európai alapirányzatnak. 1993 és 2009 között a 30 éven aluliak halálozási részaránya 2,6%-ról 1,3%-ra csökkent, miközben a 80 évesek és idősebbek halálozásainak hányada 29,8%-ról 36,5%-ra nőtt, de az ilyen korú nők körében az elhunytak csaknem fele már az élet kilencedik évtizedében halt meg 2009-ben.

A *halálozási valószínűségek* csökkenése a megfigyelési időszakban minden életkorban megállapítható; a legnagyobb az óvodás és kisiskolás korban, illetve a 30 és 40 év közötti korcsoportban.

A krónikus epidemiológiai válság egyik legfeltűnőbb jelensége a *középkorú férfiak halálozási valószínűségének* nagymértékű rosszabbodása volt, amely nagyobbrészt az alacsony iskolai végzettségű, kétkezi munkásokat sújtotta. Ennek egyik oka az egészséget elhanyagoló életmód általában, és különösen a dohányzás, illetve a mértékvesztett alkoholizálás volt. A másik ok az életmóddal, kockázati tényezőkkel kapcsolatos krónikus nemfertőző betegségek progressziójában lelhető fel. Ezek a betegségek ugyanis gyakran már az élet negyedik, ötödik, hatodik évtizedében halálhoz vezetnek. A 6. ábra sávdigramjai a 30 és 60 év közötti férfiak halálozási valószínűségeit mutatják be az 1930/31–2009 közötti időszak kiemelt éveiben. 1930/31 és 1965/66 között a halálozási valószínűség 28,0%-ról 16,2%-ra csökkent, de az epidemiológiai válság tetőzésének évében: 1993-ban a mortalitási probabilitás csaknem kétszerese volt az 1965–66. évi értéknek. A válság megszűnésének egyik legerősebb bizonyítéka, hogy mindössze másfél évtized alatt a halálozási valószínűség 9,8 százalékponttal mérséklődött.

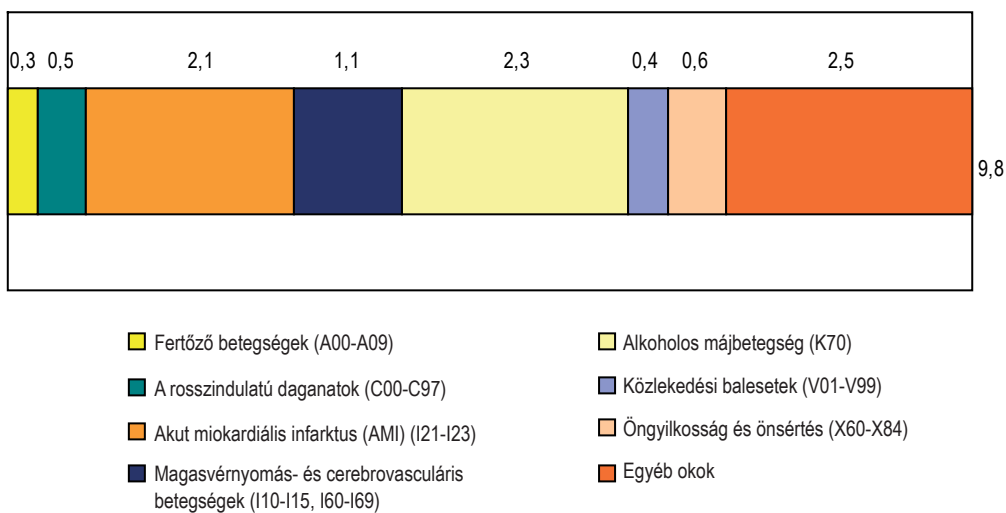
<sup>11</sup> Geriátria = megelőző, gyógyító és rehabilitáló idősorvoslás.

**A 30–60 éves férfiak halálozási valószínűsége**



A 9,8 százalékpontos csökkenés kétharmada öt halál oka halálozási valószínűségének visszaeséséből adódik össze. Ezek az alkoholos májbetegség, az akut miokardiális infarktus, a magasvérnyomás- és a cerebrovasculáris betegségek, közlekedési balesetek és az öngyilkosság.

**A legfontosabb halálokok hozzájárulása a 30–60 éves férfiak halálozási valószínűségének 9,8 százalékpontos csökkenéséhez, 1993 és 2009 között**



Forrás: a KSH adatai.

**Idő előtti (korai) halandóság**

Az Egészségügyi Világszervezet gyakorlata szerint az idő előtti halálozások a 0–64 év között bekövetkezett halálozások. Ezt a gyakorlatot követve 1993-ban 51 ezer ember, 2009-ben 37 ezer ember halálása minősült idő előtti halálozásnak; az előbbi 34, az utóbbi 28%-a az összhalálozásnak. A standardizált halandóság<sup>12</sup> 1993-ban 573 százezrelék, míg 2009-ben 382 százezrelék volt. A halálozási arány másfél évtized alatt 191 százezrelékponttal csökkent.

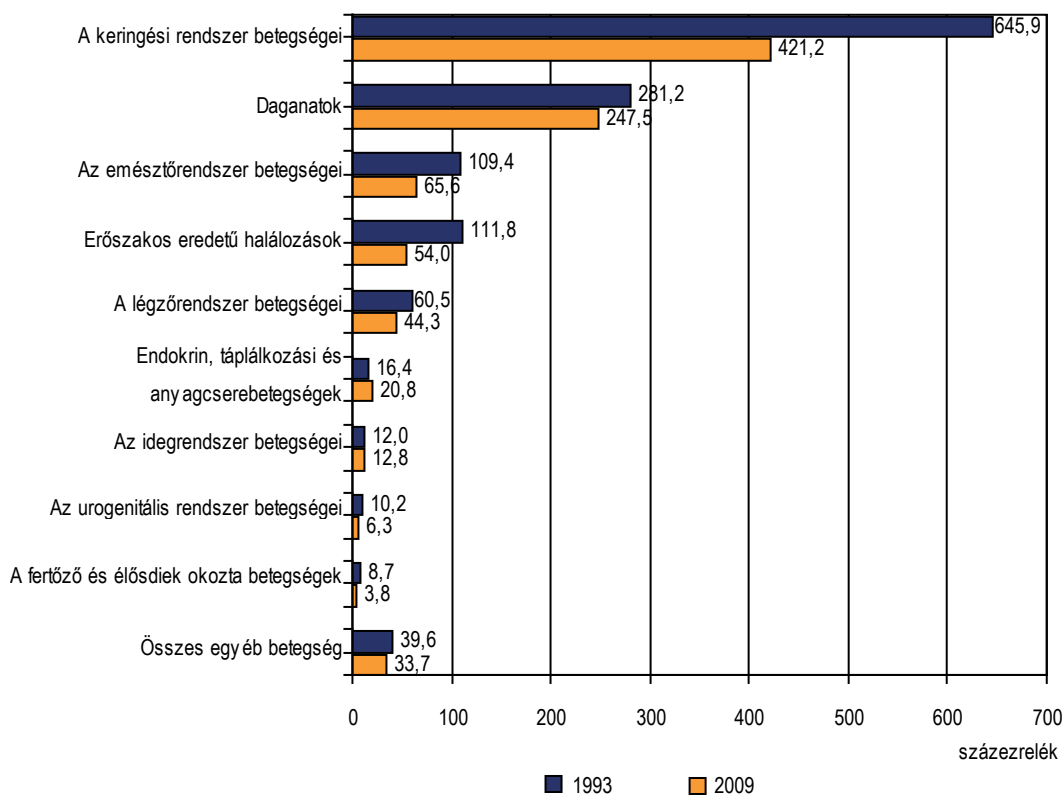
<sup>12</sup> A standardizált halálozási arány alkalmazása esetében az összehasonlított népességek kor megoszlása azonos. Ily módon ezek összehasonlíthatók anélkül, hogy a különböző kor megoszlások torzító hatása az összehasonlításban érvényesülne.

## Haláloki halandóság

A haláloki halandóság vizsgálatából megtudhatjuk, mi okozza az emberek halálát, ezek nagyjából betegségek (főleg öregkorban gyakran több betegség), és sokkal kisebb hányadban erőszakos jellegű események. Az utóbbi másfél évtizedben említésre méltó módon csökkent a keringési rendszer betegségeinek, az emésztőrendszer betegségeinek és az erőszakos eredetű halálások *viszonylagos súlya* az összhalálásban, és nőtt a daganatoké és az endokrin betegségeké. A részarányoknál azonban többet mond a haláloki főcsoportok halálzási arányainak *abszolút és relatív* változása 1993 és 2009 között. Az abszolút változás százaléklékben méri az okspecifikus halálzási arány csökkenését vagy növekedését; ez fejezi ki, hogy mi a jelentősége a változásnak a várható élettartam meghosszabbodásában, vagy rövidebbé válásában. A relatív változás százalékban tünteti fel, milyen mértékben javult vagy rosszabbodott a halálok szerinti halandóság. A 8. ábrán a haláloki főcsoportok mortalitása, illetve azok abszolút és relatív változása látható 1993 és 2009 között.

8. ábra

### Százezer lakosra jutó halálások száma a vezető halálók főcsoportokban\*



\* A WHO európai népességének kor megoszlására standardizálva.

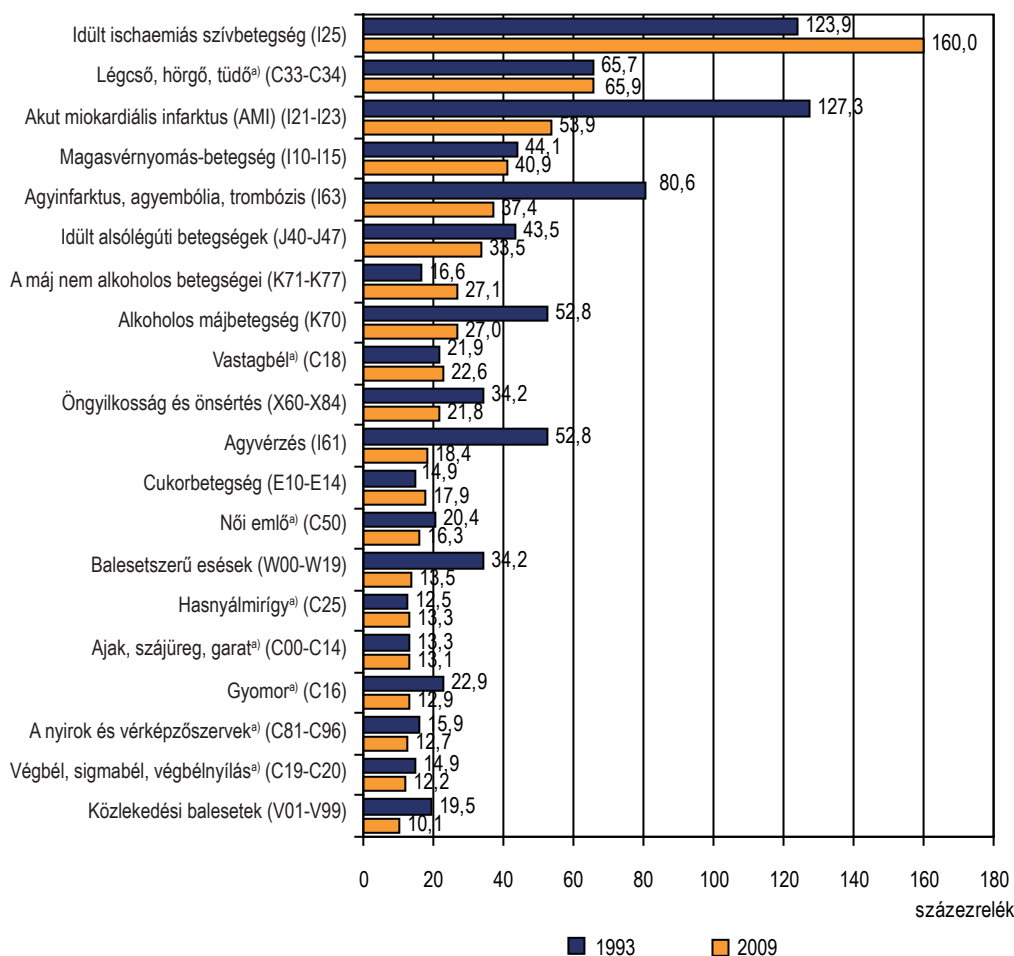
Az ábra kilenc halálók főcsoportjában következett be 1993-ban az összhalálzás 97, 2009-ben 96%-a (a BNO 10. revíziója szerint 19 főcsoport van). Hét főcsoportban csökkent, kettőben nőtt a halálzási arány. A legnagyobb *abszolút* csökkenés a keringési rendszer betegségeiben következett be, ennek van a legnagyobb jelentősége az életkilátások javulásában. Számottevő még az erőszakos eredetű halálások és az emésztőrendszer betegségei főcsoportjában megfigyelhető csökkenés. Az endokrin betegségek főcsoportjában a halálzási arány növekedését a 2-es típusú diabetes mellitus emelkedő mortalitása okozza. Az idegrendszer betegségei főcsoport halálzási arányának növekedése mindössze néhány tized százaléklék.

A *relatív* csökkenés a fertőző betegségek főcsoportjában a legnagyobb: 57%, igaz, hogy a kis esetszám miatt ennek epidemiológiai jelentősége korlátozott; mégis említésre méltó, mert azt az üzenetet hordozza, hogy az utóbbi másfél évtizedben a fertőző betegségek elleni küzdelem rendkívül eredményes volt. Ezután sorrendben az erőszakos eredetű halálozások, majd az emésztőrendszer betegségei főcsoport következnek. A kardiovaszkuláris mortalitás 35%-kal csökkent, ennek van a legnagyobb jelentősége az életkilátások javulásában. A daganatok halálzási aránya 12%-kal mérséklődött, ami igen nagy eredmény. Valószínűsíthető, hogy nem a betegségcsoport incidenciája lett alacsonyabb, hanem számos daganat esetében a továbbélési valószínűség hosszabbodott meg, illetve a rosszindulatú folyamatok egy része gyógyulással végződött. Az endokrin betegségek halálzási aránya 27%-kal nőtt.

A BNO alfanumerikusan jelölt kategóriái a pontosan diagnosztizált betegségeket/ halálokat tartalmazzák. Ezek gyakoriságának, illetve az egyedi halálhatalmítás változásának elemzése jelenti a legrészletesebb epidemiológiai vizsgálatot. Ha válaszolni akarunk arra, hogy *mi a teendő* a halálzási viszonyokban tükröződő egészségi közállapotok javítása végett, az egyedi halálokok és azok változásainak megfigyelése nem kerülhető meg. A 9. ábrán azok a halálokok láthatók, amelyeknek standardizált halálzási aránya 2009-ben legalább 10 százalékal volt, 10 000 emberre jutott tehát egy halálzás. Húsz ilyen halálzás van; ezek halandósága együtt az összhalandóság 68,9%-át teszi ki.

9. ábra

**Százezer lakosra jutó halálzás a leggyakrabban előforduló betegségeken, erőszakos jellegű eseményekben\***



\* A 2009-ben legalább 10 százalékal magas mortalitású halálokok a WHO európai népességnek kormegoszlására standardizálva. A BNO 10. revíziójának tételszáma.

<sup>a)</sup> Rosszindulatú daganata.

Az egyik nehezen értelmezhető jelenség, hogy miközben az akut miokardiális infarktus (AMI) mortalitás abszolút értéke 73,4 százalékponttal csökkent 1993 és 2009 között, a krónikus ischaemiás szívbetegségé 36,1 százalékponttal nőtt. Csak a releváns tényezők vizsgálata tárhatja fel, hogy mi van ennek a jelenségnek a hátterében. Mindenesetre tény, hogy az AMI halandóságában a csökkenés *relatív* értéke 57,7%, ez az utóbbi másfél évtizedben a medicina egyik legjelentősebb teljesítménye. A kardiovaszkuláris főcsoportban az agyvérzés halálozási aránya 65,1, az agyi infarktusé 53,6, míg a magasvérnyomás-betegségé mindössze 7,3%-kal csökkent. Egyébként az agyvérzés halandósága csökkent a legnagyobb mértékben a hús halálok között. Az emésztőszervi daganatok közül évtizedek óta mérséklődik a gyomorrák és újabban a végbélrák halandósága, míg alig változik a szájüreg- és a vastagbélrák mortalitása. Lényegesen alacsonyabb lett az emlőrák, valamint a nyirok- és vérképzőszervek rosszindulatú daganatainak halálozási gyakorisága, és szinte változatlan a tüdőráké. Jelentősen javult az alkoholos májbetegség mortalitása, az erőszakos eredetű halálokok közül a balesetszerű esések,<sup>13</sup> a közlekedési baleseteké és az öngyilkosságé. Szinte változatlan a tüdőrák és a szájüregrák halálozási aránya. A II. típusú diabetes mellitus növekvő epidemiológiai jelentőségére utal, hogy halálozási gyakorisága 20,2%-kal nőtt 1993 és 2009 között. (A százalékban kifejezett értékek minden esetben a változás relatív mértékét fejezik ki; kiszámítása: 100 mínusz az 1993. évi érték és a 2009. évi érték hányadosa.)

Megjegyzendő, hogy az ábrán a magasvérnyomás- és a cukorbetegség-halandóság is alulreprezentált, annak következtében, hogy ezeket a halálokat megállapító orvos a Halottvizsgálati bizonyítványon sok esetben akkor sem szerepelteti alapbetegségként, amikor a BNO kitöltési szabályai szerint annak kellene diagnosztizálni őket, és ezért az elsődleges haláloki jegyzékben nem jelennek meg.

A haláloki halandóság elemzése nem teljes, ha nem ejtünk szót arról, mennyi ember halálát okozza évről évre a *dohányzás* és a *mértékvesztett alkoholizálás*. Akkor is szólni kell erről, ha jelenleg csak becslésekre vagyunk utalva. A dohányzás esetében a kiindulópont a KSH 2002-ben megjelent kiadványa,<sup>14</sup> amely szerint a halálozások 17–20%-a tulajdonítható nikotinfüggőségnek. Amennyiben elfogadjuk, hogy a kockázati tényezővel kapcsolatos részarány nem változott, akkor a dohányzás következtében, egy naptári évben meghaltak száma – konzervatív becslés szerint – 25–26 ezer között lehet. A mértékvesztett alkoholizálás halálos áldozatainak részarányát az összhála-lozásban egy naptári évre vonatkozólag átlagosan a KSH 2003-ban megjelent kiadványa<sup>15</sup> hozzávetőleg 10%-ra becsüli. Eszerint – változatlan hányad esetében konzervatív becslés szerint – 13–15 ezer között lehet a mértékvesztett alkoholizálás következtében évenként meghaltak száma az 1993–2009 közötti időszakban.

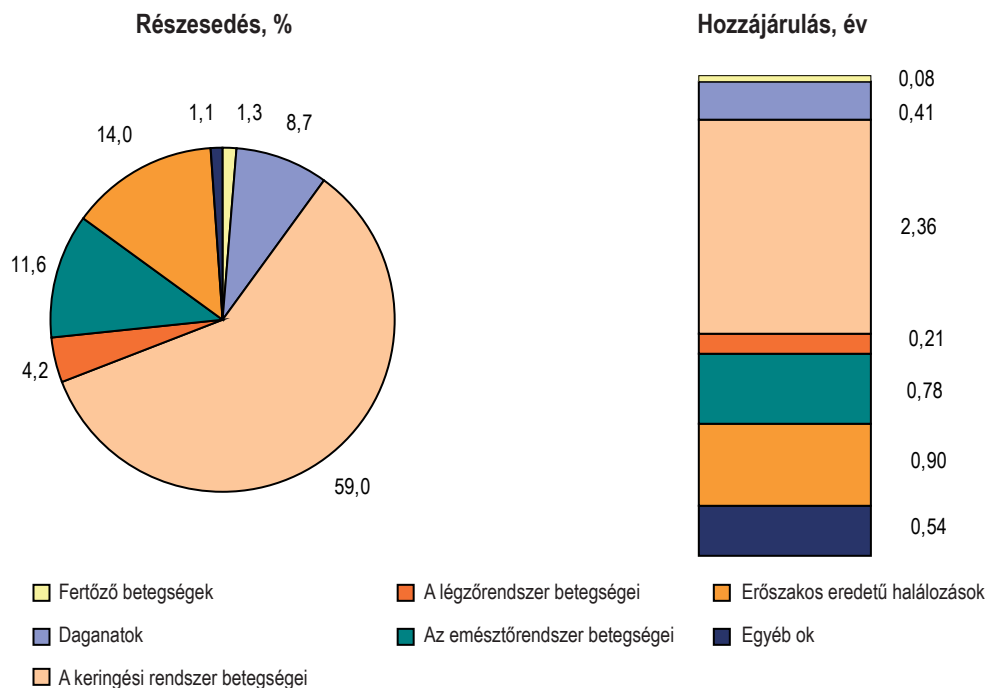
A standardizált halálozási arány az 1993. évi 1296 százalékról 2009-re 910 százalékre csökkent. A 386 százaléka a halandóság *abszolút* csökkenése: ez tehát a teljes javulás 100%-a. A 10. ábra bal oldali kördiagramja azt szemlélteti, hány százalék vonatkozik a legfontosabb haláloki főcsoportokra a 100%-ból. A kardiovaszkuláris főcsoportra 59% vonatkozik, míg a daganatok főcsoportra mindössze 8,7%. Figyelemre méltó fejlemény, hogy az erőszakos eredetű halálesetek csökkenése következtében ez a főcsoport 14%-kal járult hozzá az általános mortalitás csökkenéséhez, amely nagyrészt az öngyilkosságokból származó, a korábbihoz képest alacsonyabb halálozási gyakorisággal magyarázható. Az általános halandóságnak 11,6%-os javulása az emésztőrendszer betegségei okozta halálozások számának csökkenése miatt következett be; ennek hátterében főleg az alkoholos májbetegség mortalitásának mérséklődése állapítható meg. A jobb oldali oszlopdiagram a várható élettartam meghosszabbodását

<sup>13</sup> Az esésekből származó halálozások jelentős hányada öreg emberek balesetének következménye. A halálozás gyakran a szövődmény miatt következik be.

<sup>14</sup> A dohányzás hatása a halandóságra Magyarországon, 1970-1999; Központi Statisztikai Hivatal, 2002; p.: 276.

<sup>15</sup> Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970-1999; Központi Statisztikai Hivatal, 2003; p.: 71.

**A legfontosabb haláloki főcsoportok részesedése a százezer lakosra jutó halálozások számának csökkenésében, illetve hozzájárulásuk a születéskor várható élettartam 1993 és 2009 közötti meghosszabbodásához\***



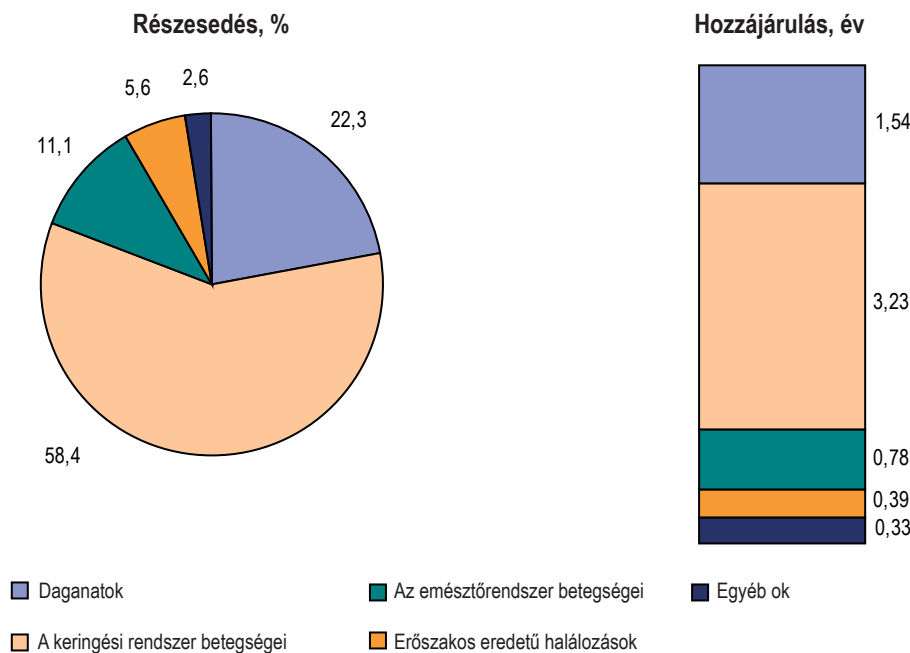
\* A WHO „európai népesség”-nek kormegoszlására standardizálva, a BNO 10. revíziója szerint.

ábrázolja 1993 és 2009 között. Az 5,28 éves meghosszabbodásból 2,36 év a szív- és érrendszeri halandóság csökkenésének eredménye. Ezt ellenpontoszza, hogy a daganatok főcsoport mortalitásának csökkenése, mindössze 0,41 évvel járult hozzá a várható élettartam meghosszabbodásához. Az életkilátások 5,28 éves javulásához az erőszakos eredetű halálozások valószínűségének mérséklődése 0,9 évvel, míg az emésztőrendszer betegségeiből származó halálozások probabilitásának csökkenése 0,78 évvel járult hozzá. A 10. ábra üzenetének lényege, hogy a legutóbbi másfél évtizedben forradalmi jelentőségű változás következett be a kardiovaszkuláris halálozási viszonyokban,<sup>16</sup> miközben a rosszindulatú betegségek mortalitásában a heroikus erőfeszítések ellenére a „forradalom” 2009-ig még nem történt meg. Szimulációs modellen vizsgáltuk meg, mik a feltételei a legfontosabb haláloki főcsoportok viszonylatában annak, hogy az általános halandóság 910 százezrelékről 557 százezrelékre redukálódjék, illetve, hogy a várható élettartam a jelenlegi 74,1 évről 80,5 évre hosszabbodjék meg. Emlékeztetünk arra, hogy másképp fogalmazva: ez a 2009. évi magyarországi mortalitás nivójának csökkenését jelenti az ausztriai mortalitás 2008. évi szintjére, és az életkilátások esetében hasonlóképpen a magyarországi értékeknek az ausztriai értékre történő emelkedését feltételezi.

Az általános mortalitás redukcióját a keringési rendszer betegségei okozta halandóság csökkenése határozza meg; és ez a teljes csökkenésnek több mint felét jelenti. A rosszindulatú daganatos betegségek halálozási gyakoriságának csökkenése adja a teljes redukció több mint egyötödét. Ez utóbbi fejlemény a daganatok mortalitásának nagymértékű javulását valószínűsíti, azt a bizonyos prevenció-terápiás forradalmat, amely a 21. század első évtizedében kezdődött el. E két haláloki főcsoportnak a generális mortalitás csökkenését előidéző hozzájárulásához képest kevésbé jelentős az emésztőrendszer betegségei és az erőszakos eredetű halálozások főcsoportjainak az összhalandóság redukációjához történő hozzájárulása.

<sup>16</sup> Az angol nyelvű szakirodalom ezt a jelenséget „cardiovascular revolution”-ként említi.

**A legfontosabb halálteki főcsoportok részesedése a százezer lakosra jutó halálozások számának várható csökkenésében, illetve hozzájárulásuk a születéskor várható élettartam 6,3 évvel történő meghosszabbodásához\***



\* A WHO „európai népességé”-nek kormegoszlására standardizálva, a BNO 10. revíziója szerint.

A 80,5 éves várható élettartam eléréséhez 6,27 évre van szükség. Ebből a kardiovaszkuláris mortalitás javulása potenciálisan 3,23 éves kontribúciót jelent, a rosszindulatú daganatok halandóságának csökkenése pedig 1,54 éves hozzájárulást. Az emésztőszervi betegségek és az erőszakos eredetű halálozások főcsoportjainak dotációi mindössze 0,78, illetve 0,39 évet adnak hozzá a születéskor várható élettartam meghosszabbodásához.

Figyelembe véve az utóbbi másfél évtized epidemiológiai történéseit, a jelenlegi várható élettartam 6,27 évvel történő meghosszabbodásához minimum két évtized, maximum három évtized szükséges. Az előbbi esetben az életkilátások 1993 és 2009 közötti évi átlagos meghosszabbodását extrapoláltuk. Az utóbbi esetben az volt az előfeltevésünk, hogy a várható élettartam jelenlegi szintjét már meglehetősen nehéz 6,27 évvel megemelni az erőfeszítések csökkenő hozadéka miatt, ezért az évenkénti átlagos növekedést a legutóbbi másfél évtized évenkénti átlagos növekedésének kétharmadára csökkentettük.

A 80,5 éves várható élettartam elérése két–három évtized alatt nagyon ambiciózus célkitűzés. Ennek teljesítése néhány olyan dologtól függ, amelyben a magyar társadalomnak, illetve a politikai vezetésnek van illetékessége. Ilyenek: mindenekelőtt az egészségügy reformja; az élet minőségének javítása – többek között – a tudásállomány növelésével és a fizikai környezet megóvásával; az egészségtudatos életmód feltételeinek biztosítása; a legfontosabb kockázati tényezők gyakoriságának csökkentése; a kormányzati felelősség és az öngondoskodás deklarálása; az esélyegyenlőtlenség csökkentése; a marginalizálódott népességcsoportok társadalomba történő integrációja az oktatási infrastruktúrába való befogadással és pozitív diszkriminációval; végül, de nem utolsó sorban a gyakorlati orvoslás prioritásainak meghatározása. Mindezekhez társul az orvostudomány haladása, illetve a tudomány eredményeinek a praxisba való beemelése. Ez utóbbi folyamat nagyjából meghaladja a hazai kompetenciát.



## Elkerülhető halálozások

Az „avoidable death” fogalom Rutstein és munkatársai dolgozatában jelent meg először 1976-ban. A New England Journal of Medicine a következő címmel közölte a dolgozatot: „Measuring the quality of medical care”.<sup>17</sup> Ebben a szerzők azt javasolták, hogy az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságát annak alapján állapítsák meg, mennyien halnak meg 65 év alatt olyan betegségekben, amelyekben az időben történő, adekvát orvosi beavatkozással *elkerülhető* lett volna a halál. A 2004-ben megjelent „Does health care save lives? Avoidable mortality revisited”<sup>18</sup> c. kiadvány 34 olyan betegséget, betegségcsoportot sorol fel, amelyek esetében elkerülhető lenne a halál időben történő, hatékony intervencióval. Az alább következő néhány fontos információ az Ellen Nolte és Martin McKee monográfiájában használt 34 nozologiai entitás,<sup>19</sup> és a szerzők által alkalmazott módszertan átvételével számított adatokból származik.<sup>20</sup>

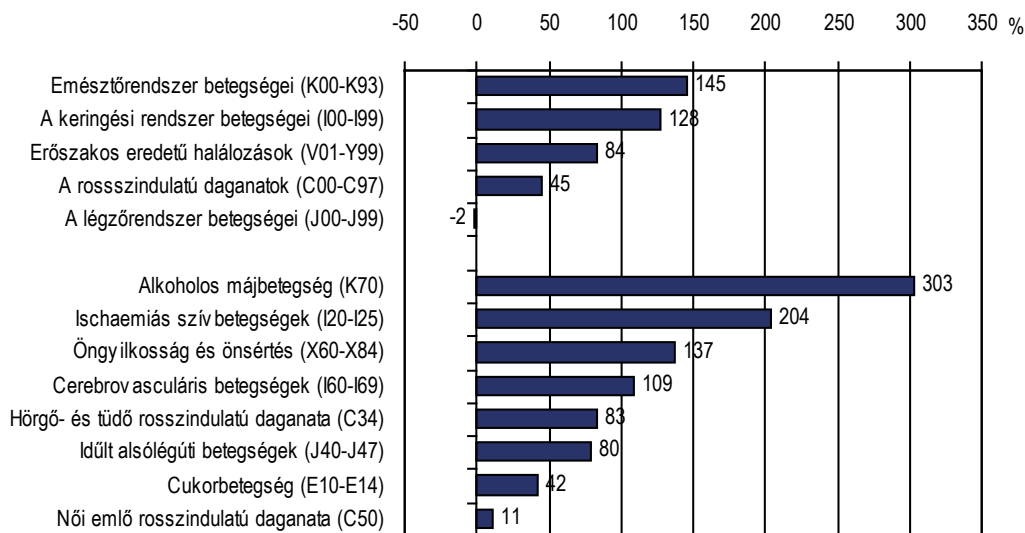
Miközben 1993 és 2009 között az összhalálozás 13%-kal csökkent, az elkerülhető halálozás 34%-kal. Ennek eredményeként az elkerülhető halálozás részaránya az 1993. évi 25%-ról 19%-ra mérséklődött. Az összhalálozás javulásának kétharmada az elkerülhető halálozás csökkenésének eredménye. Ez meggyőzően bizonyítja az egészségügyi ellátó szolgálat hatékonyságának fejlődését. Ezzel kapcsolatban mindenekelőtt a szív-érrendszeri betegségek mortalitásában bekövetkezett kedvező változásra lehet hivatkozni.

## Nemzetközi összehasonlítás

Az epidemiológiai fejlődés utóbbi másfél évtizede sikertörténet. Azonban egy évszázad elmaradását, amelyet az ország turbulens történelmének eseményei súlyosbítottak, nem lehet tizenöt év alatt megszüntetni. Ezt nem csak a születéskor várható élettartam nemzetközi összehasonlításban alacsony értéke szemlélteti, de a legfontosabb haláloki főcsoportok,

12. ábra

**A magyarországi népesség halandóságának eltérése az EU-15-től a legfontosabb halálokokban, 2008\***



\* A WHO európai népességének kormegoszlására standardizálva. A BNO 10. revíziójának tételei.  
Forrás: A WHO HFA adatbázis adatai.

<sup>17</sup> Az orvosi ellátás minőségének mérése.

<sup>18</sup> Életeket menthet az egészségügyi ellátás? Az elkerülhető halálozás felülvizsgálata.

<sup>19</sup> A betegség osztályozás valamely egysége.

<sup>20</sup> Rutstein, D.D., Berenberg, W., Chalmers T.C. et al.: Measuring the quality of Medical care. A clinical method. N. Eng. J. Med. 1976; 294: 582-8.; Nolte, E., McKee M.: Does health care save lives? Avoidable mortality revisited; London The Nuffield Trust 2004; p.: 139.; Nolte, E., McKee, C.M. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. Health Affairs 2008; 27; pp.: 58–71.; Stevens, G., Mathers, C.: Avoidable mortality – a tool for policy evaluation in developing countries; European Journal of Public Health, Vol. 20. № 3, June 2010; p.: 241.242.

illetve egyedi halálokok magas mortalitása is. A 12. ábra sávdigramjai azt ábrázolják, *hány százalékkal* volt magasabb/alacsonyabb a magyarországi népesség halandósága az EU-15-ök népességének halandóságánál a legfontosabb haláloki főcsoportokban és halálokokban 2008-ban. Például a keringési rendszer betegségeinek halandósága 128%-kal volt magasabb Magyarország népességében, mint az EU-15-ök népességében, másképpen fogalmazva: az előbbi több mint kétszerese volt az utóbbinak. Ezzel szemben a légzőszervi betegségek mortalitása alacsonyabb Magyarországon, mint az EU-15-öké.

## Összefoglaló

Az elemzés bemutatta a halálozási viszonyokban és az életkilátásokban végbement változásokat két évtizeddel a rendszerváltozás után. Ez az időtartam már elegendő ahhoz, hogy meggyőző módon lehessen bizonyítani a rendszerváltozás eredményeként fordulat következett be az epidemiológiai fejlődésben. Véget ért egy közel három évtizedes epidemiológiai válság és az életkilátásokat tekintve az ország elkezdte a felzárkózást az Európai Unió legfejlettebb országaihoz.

## II. AZ EGÉSZSÉGFELMÉRÉSEK ÉS AZ ELEF

Az egészség fogalma koronként és kultúránként változik, de az emberek mindig vágytak az egészség megőrzésére, és betegség esetén törekedtek annak helyreállítására. Ma már többségük azzal is tisztában van, hogy a biológiai adottságok mellett nagyon sok múlik az egyén hozzáállásán, az egészség megtartására tett erőfeszítéseken. A népesség egészségi állapotára, egészség-magatartására, az ellátórendszerrel kapcsolatos igényeire és véleményére, az igénybevétel mértékére és körülményeire vonatkozóan a kiterjedt intézményi adatgyűjtések csak részleges információkkal szolgálnak. A lakossági összeírások azonban sok olyan kérdésre is választ adnak, amelyekre a hivatalos statisztikák, nyilvántartások nem tudnak kellő részletességű információt biztosítani. A népesség egészségi állapotáról teljes képet valószínűleg egyáltalán nem lehet kapni, a legtöbb információt orvosi-laboratóriumi vizsgálatokat is alkalmazó felmérések tudnának nyújtani, de ilyen adatgyűjtés, annak bonyolultsága, komoly szakmai ismereteket igénylő módszerei, rendkívül magas költségei miatt csak ritkán és szűk körre, kis mintára kiterjedően történik. Köztes megoldást jelent a reprezentatív lakossági egészségfelmérés, amelyhez korlátozott mértékben egészségügyi mérések is kapcsolódhatnak.

Magyarországon 2009 őszén – a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) irányításával és az Európai Unió támogatásával – került sor az első, nemzetközileg standardizált európai lakossági egészségfelmérésre (ELEF2009), amelyhez a válaszadóknak egy kisebb csoportján az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) táplálkozási és tápláltsági állapot vizsgálatot (OTÁP2009) is lefolytatott.

2008 decemberében hatályba lépett az az uniós keretrendelet,<sup>21</sup> amely előírja valamennyi tagállam számára az egészségügyi statisztikai adatszolgáltatási kötelezettségeket, így többek között az európai lakossági egészségfelmérés (European Health Interview Survey, EHIS) bevezetését, valamint ötvenkénti végrehajtását.

Az ELEF általános célja olyan egészségfelmérési gyakorlat kialakítása, mely rendszeresen, megbízható adatokat szolgáltat 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 bizonyos határok között lehetőséget teremt az adatok nemzetközi szintű összehasonlítására is.

### Az egészség fogalma

Az egészség fogalma a széleskörűen elterjedt meghatározások szerint már nem kizárólag a betegség hiányát, hanem az egyén teljes testi-lelki jóllétét, sőt a társadalmi életben való részvételi képességét is jelenti, így a korszerű egészségfelmérések az egyén testi adottságait és a környezeti kölcsönhatásokat is vizsgálják a kérdésfeltevés során.

Az ún. funkcionális egészségmodell abból indul ki, hogy az egészség egy adott időben leginkább azzal jellemezhető, hogy mennyire tudunk megfelelni azoknak az elvárásoknak, amelyeket saját magunk, a közvetlen környezetünk, illetve a társadalom egésze ró ránk. Ennek megfelelően az egyén testi, lelki és szociális működésének épségét aszerint határozza meg, hogy mennyire tud különböző tevékenységeket végrehajtani. A funkciók legmagasabb szintje a társadalmi életben való részvétel. A funkcionális egészségmodell az alapja a funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozásának<sup>22</sup> (FNO), az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által kidolgozott nomenklatúrájának,<sup>23</sup> ami a fizikai funkcióképességtől kezdve a mentális és kognitív (tanulási, megismerési) képességeket és a társadalmi életben való elvárható részvételi képességét (vagy hiányát) írja le.

<sup>21</sup> Európai Parlament és Tanács 1338/2008EK rendelete a népegészségügyre és a munkahelyi egészségvédelemre és biztonságra vonatkozó közösségi statisztikáról.

<sup>22</sup> Lásd: <http://www.orszi.hu/iranyelvek/FNO.pdf>

<sup>23</sup> ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health.

Az ELEF szakmai elgondolása is a funkcionális modellen alapul, jóllehet a különböző funkciók ellátására való képességet nem méréssel, hanem kikérdezéssel állapítják meg. A választakat döntően befolyásolja a szubjektív megítélés, így a felmérés másik alapvető vizsgálati koncepciója a percepcionális (önértékelésen alapuló) egészségfelfogás. Természetesen nem léteznek objektív standardok arra vonatkozóan, hogy milyen életkorban milyen funkciók működése várható el. Az, hogy önmagukról pozitív vagy negatív véleményt alkotnak az emberek, és hogy erről miként nyilatkoznak, nagyban függ a valós egyéni teljesítőképességüktől, fizikai és lelki állapotuktól, valamint attól is, hogy milyenek a szűkebb vagy tágabb környezetük elvárásai, elfogadó-e vagy megbélyegző a károsodott egészségű egyénnel. Az önértékelésen alapuló 5 vagy nem ritkán 10 fokozatú skálát használva a vélt egészség vagy az egészségi állapottal való általános elégedettség az egyes populációk esetében mégis viszonylag jól összehasonlítható. A közelmúlt hazai egészségfelmérései (és újabban az ún. longitudinális társadalomstatistikai vizsgálatok, panelvizsgálatok) mindegyike tartalmazta a vélt egészségre vonatkozó egyszerű kérdést: „Milyen az Ön egészsége általában?” A további kérdésekre adott válaszok fényében azután kiderül, hogy akik önmagukat azonos kategóriába sorolták, – a tényleges egészségi állapotukat tekintve – jelentősen különbözhetnek. Számos kutatás, tanulmány<sup>24</sup> bizonyítja azonban, hogy az emberek önértékelésén alapuló indikátor erős kapcsolatban áll a morbiditási mutatókkal, sőt a halálozások előrejelzőjeként is használható, vagyis az egészségi állapot jó mérőeszköze.

### Az egészségadatok forrásai

A lakosság egészségére, az egészségügyi ellátórendszer igénybevételére, az egészséget befolyásoló tényezőkre vonatkozóan többféle lehetséges adatforrás áll rendelkezésre.

Az adminisztratív adatforrások közé tartoznak a különböző regiszterek és az egészségügyi intézmények nyilvántartásai, amelyek – megfelelő adatminőség esetén – fontos információkat adhatnak az ellátórendszer kapacitásáról, igénybevételéről, egyes betegségek előfordulásáról. Az egészségügyi szolgáltatóknál keletkező egyedi kórlapok alapján készíthető statisztikai ki-mutatások, betegforgalmi jelentések mellett statisztikai célra hasznosíthatók a hatósági/igazgatási dokumentumok, egészségbiztosítási elszámolások is. A legalapvetőbb tényadatokat a Halálozási lap és a Halottvizsgálati bizonyítvány nyújtja. Ez szolgál a halálozási, haláloki statisztika forrásául, és az ebből származó információk alapján számítják az egészségi állapot jellemzésének kulcsindikátorát, a várható élettartamokat is.

Az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP), valamint az ágazati minisztérium rendelete mintegy 80 kötelező adatszolgáltatást tartalmaz az egészségügy témakörében. Ezek többsége éves rendszerességgel biztosítja az előírt adatokat.

Az egészséginformációs rendszerben kiemelkedő szerepet játszanak a lakossági felvételekből származó adatok, amelyek lehetnek eseti vagy rendszeres felmérések. A személyes kérdésen alapuló adatgyűjtés célját tekintve lehet közvetlenül az egészséget vizsgáló kérdőíves statisztikai adatgyűjtés, de léteznek olyan felvételek is, amelyek más tematikai környezetben tudakolják az egészséggel kapcsolatos információkat (EU-SILC,<sup>25</sup> a munkaerő-felmérés kiegészítő moduljai a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásáról, illetve a munkahelyi bal- esetről). Az egészségfelmérések előnye, hogy az adminisztratív forrásoknál, illetve az intézményi jellegű statisztikai adatgyűjtéseknél szélesebb az adatszolgáltatói kör, hiszen nemcsak azokról kapunk képet, akik megjelennek az egészségügyi ellátórendszerben, hanem szinte a teljes lakosságról. Bővebb az információk köre is, mivel lehetőség van többek között az életmód, a szubjektív egészség, vagy a társadalmi-gazdasági háttér feltérképezésére is. További előnye az egészségfelméréseknek, hogy az egészségi állapot és a befolyásoló tényezők

<sup>24</sup> Lásd például Kaplan (1996), Johnson (1993), Idler és Benyamini (1997).

<sup>25</sup> SILC = Survey on Income and Living Conditions.

közötti összefüggésekre is rá lehet mutatni. Többszöri felmérés esetén nyomon követhetők a változások a lakosság egészségi állapotában, s így az adatok alapot biztosíthatnak az egészségpolitikai döntésekhez, stratégiák kialakításához, valamint a lakosság tájékoztatásához.

## A lakossági egészségfelmérések általános jellemzői

Az az általános vélemény, amely szerint a magyar lakosság egészségi állapota európai összehasonlításban kedvezőtlen, szinte kizárólag a halálozási statisztikákon alapul.<sup>26</sup> Ezek azonban önmagukban a népegészségügyi problémák azonosítására és az egészségproblémák prevalenciájának megállapítására csak meglehetősen durva becsléseket tesznek lehetővé.

Az intézményi morbiditási statisztikák (a megbetegedésekről, illetve kezelésükről a háziorvosok által, illetve a szakrendeléseken és a kórházakban gyűjtött adatok) elsősorban igazgatási, szervezési és finanszírozási célból készülnek. Az ellátórendszerben való megjelenéseket (ellátási vagy gondozási eseteket) tartják számon, de nem terjednek ki sem a részletes szociodemográfiai háttérváltozókra, sem az egészség szubjektív megítélésére. A regisztrált adatok egyénenkénti összesítése, a betegutak követése, az esetek rendszeres statisztikai feldolgozása egyelőre nem megoldott sem az összlakosságra, sem egyes kiemelt vagy veszélyeztetett népességcsoportokra. A reprezentatív epidemiológiai felmérések azonban adatokat gyűjtenek a lakosság egészségproblémáinak gyakoriságáról és az azokat befolyásoló legfontosabb tényezőkről, majd a mintából a szokásos statisztikai módszerekkel következtethetünk a jelenség előfordulására a teljes lakosság, illetve meghatározott népességi csoportok körében.

Az egészségfelmérés tehát a lakossági adatgyűjtések olyan speciális formája, amelynek alapvető célja képet kapni a lakosság egészségi állapotáról, összefüggésben az azt befolyásoló magatartási formákkal és egyéb meghatározó jellemzőkkel. Az adatok elemzésével azon tényezők súlya és időbeli változása tárható fel, amelyek mai tudásunk szerint a legnagyobb hatással bírnak a lakosság egészségi állapotára.

Az egészségfelmérések főként az alábbi területeket vizsgálják:

- Az egészségi állapot jellemzői (az egészségi állapot szubjektív megítélése, betegségek, korlátozottság/rokkantság stb.)
- Egészség-magatartás (táplálkozás, fizikai aktivitás, dohányzás, alkoholfogyasztás)
- Az egészségügyi szolgáltatások iránti igények, igénybevétel, elégedettség
- Társadalmi-gazdasági tényezők

A lakossági egészségfelmérések egyedülálló lehetőséget biztosítanak azoknak az információknak a statisztikai célú gyűjtésére, amelyek az egészségügyi szolgáltatások tevékenységi körén kívül esnek, ezért a rendszeres intézményi adatgyűjtések keretében nem szerezhetők be. A leghatékonyabban a lakossági egészségfelmérések során gyűjthető információ az általános egészségi állapotról és a rokkantságról, illetve korlátozottságról, a dohányzásról, az alkoholfogyasztásról, a fizikai aktivitásról, az egészségmegőrző, betegségmegelőző tevékenységekről, magatartási formákról, a környezet-egészségügyi viszonyokról, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételével összefüggő jellemzőkről. Kiemelkedő fontosságú előny mutatkozik meg abban is, hogy mindezeket egyetlen komplex kapcsolati rendszerben lehet vizsgálni, és nem csupán egymástól függetlenül.

Az ilyen felmérésekben alkalmazott kérdések többsége a szokványos, rendszeres adatgyűjtések során nem fordul elő. A kérdések egy része a magánélet legbizalmasabb területeit érinti, növelve ezzel a válaszmegtagadás esélyét. Ennek minimalizálása érdekében – figyelembe véve, hogy az egészségfelmérésekben használatos kérdőívek általában nagyszámú kérdést tartalmaznak – a kérdések sorrendje pszichológiai és magatartástudományi ismeretek alapján került meghatározásra.

<sup>26</sup> Lásd az I. fejezetet.

A kérdések sikeressége érdekében általában a korábbi felméréseknél bizonyítottan hitelesített és megbízhatónak talált módszereket alkalmazzuk.

Egészségfelmérésekben az adatgyűjtés előnyben részesített módszere a személyes interjú. Néhány témakör esetében azonban hasznos lehet a kérdőív önálló kitöltése a válaszadóval. Ezt a formát leginkább a magánélet legbizalmasabb részét érintő kérdéseknél (pl. alkoholfogyasztás, kábítószer-használat)<sup>27</sup> részesítik előnyben, ezzel biztosítva a válaszok diszkrét kezelését.

## Az adatok hasznosulása

Az egészségfelmérések eredményeinek sokoldalú hasznosítása körében az egyik legfontosabb, hogy elősegítik az egészségpolitikai döntések megalapozását, a stratégiák kialakítását, továbbá igen jelentős adatforrást biztosítanak az egészségügyi programok tervezéséhez és értékeléséhez is. Az egészségügyi rendszer teljesítményére, az egyes ellátási formák, orvosi szakterületek iránti szükségletekre, illetve a különböző egészségügyi szolgáltatókra vonatkozó lakossági véleményt tükröző adatok az ellátórendszer korszerűsítése, az orvosképzés, valamint a szakmai továbbképzések tervezése során hasznosíthatók eredményesen. Nélkülözhetetlen ismeretet nyújtanak az egészségproblémák elterjedtségének és súlyának meghatározásához a látencia felfedése révén, valamint a kitörési pontok beazonosításához, az egyes állapotok közötti összefüggések és ok-okozati tényezők feltárásához. A megelőző tevékenység hatékonyságára, a preventív intézkedések megfelelő célzottságára a szűréseken való részvételi arányokat mutató adatokból következtethetünk. Mindemellett az egészségfelmérésekből más ágazatok – pl. nyugdíjrendszer, munkaügy, oktatás – is információt szerezhetnek döntéseikhez. Az adatokból megismerhető, hogy a különböző társadalmi csoportokat milyen jellegű és mértékű egészségügyi kockázatok sújtják, és mekkora terhek nehezednek a betegségek következtében az egyénekre, családokra, társadalomra. Megtudható továbbá az is, hogy a lakosság különböző rétegeiben az emberek mekkora hányada nem fordul orvoshoz panaszával, és milyen okokból maradnak távol a kezeléstől. Az egészségfelmérések információi hozzájárulhatnak a lakosság tájékoztatásához, figyelmének felkeltéséhez, az egészségtudatosság erősödéséhez is. A harmonizált egészségfelmérésekből származó adatok a nemzetközi összehasonlítást, a hazai eredmények nemzetközi viszonylatban történő értékelését is lehetővé teszik.

Az ELEF2009 eredményeinek teljes körű feldolgozása, elemzése évekig tartó folyamat. A lakosság mielőbbi tájékoztatása érdekében 2010 áprilisában megjelent egy gyorsjelentés<sup>28</sup> a KSH Statisztikai tükör c. sorozatában, ezt követi jelen kötet publikálása, amely leírja az adatgyűjtés körülményeit, valamint ismerteti az alapjelenségeket és rávilágít a főbb összefüggésekre. A továbbiakban – felkért szakértők és kutatók bevonásával – egy sorozatot adunk ki, amely tematikus kötetekbe rendezve közli az egyes témakörök részletesebb és mélyebb elemzését. Reményeink szerint ezen túl még számos szakfolyóiratban és szakmai dokumentumban található a felmérésből származó adatokkal, megállapításokkal.

## Nemzetközi előzmények

### *Egészségfelmérés*

A kérdőíves egészségfelmérések a fejlett országokban jelentős múltra tekinthetnek vissza. Az amerikai háztartási egészségfelmérés az 1930-as években indult, majd az 1956-ban kiadott törvény elrendelte a rendszeres, évenkénti megismétlést, így biztosítva a lakosság egészségi állapotával és egészség-magatartásával kapcsolatos adatokat.

<sup>27</sup> Az ELEF esetében az egészségügyi kiadásokra vonatkozó információgyűjtés is önkitöltős módszerrel történt.

<sup>28</sup> <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel310021.pdf>

Az Egészségügyi Világszervezet Európai Régiójának tagállamai 1980-ban hirdették meg az Egészséget Mindenkinél Európai Stratégiát,<sup>29</sup> ezt követően megkezdődött a célkitűzések megvalósítása és az eredmények rendszeres megfigyelése. A kijelölt célok főleg az életmód, társadalom, gazdaság és környezet terén kívánatos változtatásokat tartalmazták, amelyek követésére, a nemzetközi összehasonlítás támogatására az 1980-as évek közepén kifejlesztett adatbázis, a Health for All Database (HFA-DB)<sup>30</sup> a mai napig működik.

Az Európai Unió egészségmonitorozási programja 1998-ban indult, fő célja az európai polgárok egészségi állapotáról és az ellátórendszerekről szóló összehasonlító adatok előállításának. Ehhez a munkához tartozik a különböző statisztikai mutatók meghatározása, az egészségügyi adatgyűjtés, a statisztikai elemzés, az egészségügyi helyzetről szóló rendszeres beszámoló összeállítása és a népegészségügy területén bevált módszerek megosztása az uniós tagállamok között. Ezzel párhuzamosan az uniós lépéseket tesz annak érdekében is, hogy megerősítse a kapcsolatokat az egészségügyi tájékoztatás területén aktív szerepet játszó nemzetközi szervezetekkel, köztük az Egészségügyi Világszervezettel és a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezettel (OECD).

Az utóbbi években az Európai Unió egészségügyi stratégiája jelentős mértékben befolyásolja a magyar fejlesztési irányokat is. Az egészségügyre vonatkozó közösségi cselekvési programok<sup>31</sup> kimondják, hogy az egészségi állapot hatékony nyomon követése érdekében alapvető fontosságú az összehasonlítható adatok rendszeres – nemzeti keretek között történő – gyűjtése, feldolgozása és elemzése. Az egészséggel kapcsolatos információk és ismeretek összegyűjtésére és terjesztésére egy fenntartható egészségmonitorozási rendszert kell működtetni. Ennek érdekében alkotta meg az uniós a népegészségügyre és a munkahelyi egészségvédelemre és biztonságra vonatkozó közösségi statisztikáról szóló 1338/2008 EK rendeletet. A jogszabály mellékletei felsorolják azokat a területeket, amelyekről az EU meghatározott tartalmú statisztikai adatszolgáltatást vár el. Ezek a következők:

- Egészségi állapot és az egészséget meghatározó tényezők
- Egészségügyi ellátás
- Halálokok
- Munkabalesetek
- Foglalkozási betegségek és egyéb, munkával kapcsolatos egészségi problémák és megbetegedések

Az egészségi állapotra és az egészséget meghatározó tényezőkre vonatkozó statisztikák önértékelésen és a lakosság körében végzett felmérések – mint például az Európai lakossági egészségfelmérés (EHIS) – alapján nyert adatokból származtathatók, valamint – például a morbiditás, vagy balesetek és sérülések tekintetében – adminisztratív források, többek között a születési- és halálozási adatok, a rákregiszter, vagy az egyes fertőző betegségek kötelező bejelentési rendszere felhasználásával állíthatók elő.

2006–2009 között 18 tagország hajtotta végre a magyar ELEM-nek megfelelő harmonizált egészségfelmérést, bár a lebonyolítás, az EU felé történő nemzeti adatszolgáltatás csak 2014-től válik kötelezővé. Az előírásoknak megfelelően a harmonizált adatfelvételre – egységes tartalmú kérdőívek felhasználásával – ötévente kerül sor a 15 évesnél idősebb magánháztartásban élő lakosok körében.

<sup>29</sup> European Strategy for Health for All.

<sup>30</sup> <http://data.euro.who.int/hfad>

<sup>31</sup> 2002. szeptember 23-i 1786/2002/EK sz. Európai Parlamenti és Tanácsi határozat, 2007. október 23-i 1350/2007/EK sz. Európai Parlamenti és Tanácsi határozat.

**A harmonizált egészségfelmérések végrehajtásának időpontja**

Ország	Év(ek)	Ország	Év(ek)
Ausztria	2006-2007	Málta	2008
Belgium	2008	Németország	2009
Bulgária	2008	Olaszország	2010
Ciprus	2008	Románia	2008
Csehország	2008	Spanyolország	2009
Észtország	2006–2007	Szlovákia	2009
Franciaország	2008–2009	Szlovénia	2007
Görögország	2009	Törökország	2008
Lengyelország	2009	Svájc	2007
Litvánia	2008	Norvégia	2008
Magyarország	2009		

**A minimális európai egészségmodul<sup>32</sup>**

Az EU-csatlakozás előkészítésének egyik fontos területe volt a statisztikai felvételek és módszerek harmonizálására való törekvés, melyet az Európai Unió statisztikai hivatala, az Eurostat irányított és részben finanszírozott is. Ennek az előkészítő munkának az eredménye a társadalmi kirekesztéssel és befogadással kapcsolatos információk előállításának eszközüül szolgáló, és korábban már említett EU-SILC felvétel meghonosítása minden európai uniós tagállamban. A felmérést – amely egy reprezentatív, keresztmetszeti és longitudinális adatokat is eredményező vizsgálat – hazánkban 2004-ben vezették be változó életkörülmények adatfelvétel (VÉKA) néven, és az életkörülmények között az egészségi állapotra vonatkozó kérdéseket is tartalmaz. A kérdések között (a 16 éven felüliek egyéni kikérdezése során) az egészség szubjektív értékelése, a tartós betegség fennállása, az egészségi állapotból fakadó korlátozottság megítélése is szerepel. Ezt nevezik minimális európai egészségmodulnak, és az EHIS-egészségfelmérések is ugyanezekkel a kérdésekkel indulnak.

**Hazai előzmények****Egészségfelmérések 2000 előtt**

A lakosság egészségének megismerése céljából számos felmérésre került sor az utóbbi évtizedekben. Az 1979-es **komplex országos morbiditási vizsgálat** (KOMOV) az Egészségügyi Minisztérium és a KSH együttműködésével zajlott, a népesség nyilvántartott és rejtett morbiditásának a megismerésére, valamint a morbiditást befolyásoló társadalmi, gazdasági, kulturális és egészségügyi tényezők feltárására irányult.

1981-ben került sor a nemzetközi standard módszerek felhasználásával kidolgozott **egészségügyi kérdőív** felvételére, amely a betegek arányát és az egészségproblémákkal küszködő személyeket, valamint a tartós betegségben szenvedőket mérte fel különböző demográfiai jellemzők szerint, továbbá rákérdezett a heveny betegségekre és a fogak állapotára is. A felmérés vizsgálta a fogyatékos és rokkantság előfordulását, jellegét, és az egészségkárosító tényezők közül a dohányzást is. Ez volt az első olyan adatgyűjtés, amely a magánorvosi szolgáltatók igénybevételéről is tudakozódott.

<sup>32</sup> A minimális európai egészségmodul (MEHM = Minimum European Health Module) az egészségi állapot önértékelésére vonatkozó kérdések csoportja a longitudinális háztartási felvételekben.



1984-ben **Vélemények az egészségügyről** címmel bonyolított le a KSH egy adatfelvételt az Egészségügyi Minisztériummal és az Orvostovábbképző Egyetemen együttműködve. A felmérés nemcsak a lakosság egészségi állapotáról, hanem az egészségügyi ellátás színvonaláról is képet kívánt adni.

A későbbi átfogó egészségfelmérések egyik előfutárának tekinthető a Központi Statisztikai Hivatalnak az **1984. évi mikrocenzus**hoz kapcsolódóan végzett adatfelvétele<sup>33</sup>. Az összeírás keretében a szakemberek a 6 éves és idősebb népesség egészségi állapotának, valamint a 14 éves és idősebbek egészségkárosító szokásainak, mint a dohányzás és az alkoholfogyasztás, legfontosabb adatait gyűjtötték össze és elemezték.

A hivatal 1986-ban újabb reprezentatív felmérést hajtott végre **Egészségi állapot, 1986** címmel,<sup>34</sup> ez a 15 és 65 év közötti személyekre vonatkozott, témái az egészségi állapot, illetve az ezzel kapcsolatos magatartás, valamint vélemény volt.

Az 1994-ben végzett reprezentatív, kérdőíves **Egészségi Állapot Felvételben**<sup>35</sup> a kikérdés a háztartásban élő 15–64 éves személyekre terjedt ki. A felmérés azt vizsgálta, hogyan ítélik meg az emberek egészségi állapotukat, mi a szerepe az életmódnak, az egészségre káros szokásoknak, a veszélyeztető kockázati tényezőknek a felnőtt népesség köztudottan rossz egészségi állapotában.

Más jellegű, az egészségkockázatok közül legfontosabbnak tartott táplálkozási vizsgálatokkal kombinált egészségvizsgálatokat hajtott végre az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet: 1985–1988-ban az **Első Magyarországi Reprezentatív Táplálkozási Vizsgálatot**, majd 1992–1994-ben a **táplálkozási felmérést**. A vizsgálatok célja az étrendfüggő betegségek táplálkozási kockázati tényezőinek megismerése és a tápláltsági állapot, illetve a tápanyagbevitel felmérése volt. Az OÉTI 2009-ben az ELEF egy részmintáján is végzett táplálkozási és tápláltsági állapot vizsgálatot, amelynek során – a felmérések történetében először – a bevallott testmagasság- és testsúlyadatokat méréssel ellenőrizték, így összevethetővé váltak az önbevallással keletkező információk a tényadatokkal és vizsgálható lett a bemondással nyert adatok valóságtartalma.

A fejezet későbbi szakaszában részletezett 2000. és 2003. évi Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) után **Mikro Lakossági Egészség Felmérés, 2007** címmel az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ (OSZMK) nyolc kistérségben végzett keresztmetszeti vizsgálatot, amely a 18 éven felüli lakosság egészségi állapotáról, az egészséghez mint értékhez való viszonyáról ad tájékoztatást. A felvétel többek között arra keresett választ, hogy milyen rangja van az egészségnek az egyes kistérségek lakossága értékrendjében; mit tesz az egyén a saját egészsége érdekében, illetve mit tehetnek a helyi közösségek az ott élő lakosság egészségi állapotának javításáért.

A kistérségi szintű adatok előállítását, a helyi egészségtervek készítéséhez, a fejlesztések megvalósításához szükséges információk megismerését célozta a 2009 májusában indult **OLEF2009** internetes egészségfelmérés is, amelynek keretében az OSZMK közel 200 ezer<sup>36</sup> 18 éven felüli személyt keresett meg levélben, és kért fel az elektronikus kérdőív kitöltésére. Az új technika korlátozott eredményességgel működött. Az internetelés alacsony szintje miatt a megvalósulás mindössze 15% volt. A nagy minta okán az alacsony válaszadás is jelentős számú kitöltött kérdőívet eredményezett, közel 35 ezren vettek részt a felmérésben, de a válaszolók különböző ismérvek szerinti összetétele nagymértékben eltért a mintától, így nem reprezentálja kellőképpen a magyar lakosságot.

A fentiekből látható, hogy Magyarországon több intézmény is végzett egészségre vonatkozó felmérést, de ezek rendkívül eltérő módszertani sajátosságai (az adatgyűjtés célja, a megkér-

<sup>33</sup> Egészségi állapot, egészségkárosító szokások az 1984. évi mikrocenzus alapján. KSH, Budapest, 1987.

<sup>34</sup> A népesség egészségi állapota. KSH, Budapest, 1989.

<sup>35</sup> Egészségi Állapot Felvétel, 1994; Életmód, kockázati tényezők. KSH, Budapest, 1996.

<sup>36</sup> A minta nagysága kistérségenként 1000 fő, ez Budapest kerületekre bontása miatt összesen 196 ezer fő volt.

dezett lakosság nagysága, korösszetétele, a mintavételezés módja, az alkalmazott kérdőívek különbözősége) miatt a lakosság egészségében mutatkozó változások időbeli összehasonlítását csak igen korlátozott mértékben teszik lehetővé.

### *Az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) vizsgálatai*

Az időbeli összehasonlíthatóság a nemzeti egészségfelmérések esetében kifejezett célként jelent meg már a kérdőívek tervezése és az adatgyűjtés előkészítése során. Az ELEF-fel való összevetést lehetővé tevő felvételek első eleme a KSH – már említett – 1994. évi Egészségi Állapot Felvétele volt. További két olyan lakossági felvétel zajlott le 2000-ben és 2003-ban, amelyek még kifejezettebben alkalmasak az összehasonlításra: az OLEF2000 és az OLEF2003.

Az **OLEF2000** tervezését és megvalósítását az Egészségügyi Minisztérium megbízásából az Egészségfejlesztési Kutatóintézet (EFKI) végezte 1999 és 2001 között. Az EFKI megszűnése után, 2001 októberétől a felmérés adatainak értékelése az Országos Epidemiológiai Központban folytatódott.

Az OLEF2000 tervezésekor az alábbi két fő célkitűzést kívánták elérni a kutatók:

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

A Központi Nyilvántartó és Választási Hivatal nyilvántartásából 7000, véletlenül kiválasztott 18 éves vagy idősebb lakost kerestek fel a Magyar Gallup Intézet kérdezői az ország 440 településén. A mintába került felnőttek mintegy 80%-ával, 5503 fővel sikerült interjút készíteni 2000. október és december között. A kérdőív kialakítása a WHO által javasolt, illetve a fejlett országokban használt kérdőívek alapján történt. A kérdések az alábbi főbb témakörökre vonatkoztak:

- Demográfiai, társadalmi-gazdasági jellemzők
- Életminőség, egészségi állapot megítélése
- Funkcionalitás csökkenése: zavar, akadályozottság, korlátozottság
- Betegségek, kóros állapotok, panaszok
- Egészség-magatartás
- Egészséggel kapcsolatos kiadások, igénybe vett egészségügyi szolgáltatások, gyógyszerfogyasztás

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

Az Országgyűlés 2003 áprilisában fogadta el a 46/2003. (IV.16.) OGY határozatot az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról, amely az elkövetkezendő 10 év legfontosabb népegészségügyi feladatait határozta meg a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében. A még abban az évben végrehajtott egészségfelmérés, az **OLEF2003** a programhoz szolgáltatott kiindulási adatokat az egészségproblémák előfordulási gyakoriságáról, azok kialakulását, lefolyását és kimenetelét befolyásoló legfontosabb fizikális, pszichológiai, környezeti és társadalmi tényezőkről, az igénybevett egészségügyi szolgáltatásokról, az egészséggel kapcsolatos lakossági kiadásokról. A kérdőív felvételi szakaszában az ország 447 településén 7000, a választói névjegyzékből véletlenszerűen kiválasztott, 18 évesnél idősebb magyar állampolgárt kerestek fel a kérdezők. Az adatfelvételre 2003. október 30. és december 19. között került sor. A kérdezés során 5072 sikeres kérdőívet vettek fel a TNS Hungary kérdezői.

Ez 72%-os megvalósulási arányt jelent, ami némileg alatta maradt az OLEF2000 eredményeinek (78%), ugyanakkor hazai és nemzetközi összehasonlításban még így is nagyon kedvezőnek mondható.

A kérdőívcsomag négy részből állt: az alapkérdőív mellett egy önkitöltős kérdőívet is tartalmazott a szenzitív kérdések (alkoholfogyasztás, mentális problémák stb.) megválaszolására, ezen kívül egy 24 órás táplálkozási kérdőívet és egy 3 napos táplálkozási naplót is kitöltöttek a mintába került adatszolgáltatók.

Az eredeti tervek a tízéves népegészségügyi program során további két felmérést irányoztak elő: 2008-ra és 2013-ra. A 2008. évi adatgyűjtésre az erőforrások elégtelensége miatt nem került sor, majd amikor 2008 decemberében hatályba lépett az Európai Unió keretrendelete, lehetőség nyílt a felméréssorozat folytatására. A rendelet előírja valamennyi tagállam számára az Európai lakossági egészségfelmérés bevezetését, valamint öt évenkénti megismétlését, és ehhez az első alkalommal anyagi támogatást is biztosított.

## **Az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF)**

### ***Az európai egészségfelmérés előkészítése***

2003 és 2009 között a KSH vezetésével lezajlottak Magyarországon a harmonizált európai egészségfelméréssel kapcsolatos előkészületi munkák, mint pl. az EHIS-modulok fejlesztése, fordítása, tesztelése. A nemzetközi pályázatokon való részvétel célja az volt, hogy elkészüljön a felmérés kérdőívének adaptált változata, illetve megtörténjen az EU-harmonizált felmérés magyarországi végrehajtásának előkészítése.

2008. július 15-én az Eurostat felhívására a KSH pályázatot nyújtott be egy, az uniós előírásoknak megfelelő, 2009-ben lebonyolítandó egészségfelmérés végrehajtására.

### ***Az ELEF kérdőíve***

A felmérés 4 modulból áll: az egészségi állapot az egészséget meghatározó tényezők, az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele és a háttérváltozók modul.<sup>37</sup>

Az egyes modulok tartalma:

- 1) Egészségi állapot:
  - a. Az egészségi állapot önértékelése
  - b. Betegségek előfordulása
  - c. Balesetek
  - d. Korlátozottság
  - e. Önellátással kapcsolatos tevékenységek
  - f. Háztartással kapcsolatos tevékenységek
  - g. Fizikai fájdalmak, erőnléti és kedélyállapot
- 2) Az egészséget befolyásoló tényezők:
  - a. Magasság, testsúly
  - b. Testmozgás
  - c. Táplálkozási szokások
  - d. Környezet (munkahelyi körülmények, lakókörnyezet, társas kapcsolatok)
  - e. Dohányzás, alkoholfogyasztás, kábítószer-fogyasztás

<sup>37</sup> Lásd részletesen a IV. fejezetben.

- 3) Egészségügyi szolgáltatások igénybevétele:
  - a. Alapellátás (házi orvos) igénybevétele
  - b. Szakellátás (kórházi, járóbeteg-szakellátás) igénybevétele
  - c. Egyéb egészségügyi szolgáltatás igénybevétele
  - d. Gyógyszerek, gyógyhatású készítmények, táplálék-kiegészítők használata
  - e. Betegségek elleni védekezés, szűrések
  - f. Egészségügyi ellátásra vonatkozó vélemény
  - g. Egészségügyi kiadások
  
- 4) Háttérváltozók:
  - a. Demográfiai adatok (nem, születési év, állampolgárság, családi állapot)
  - b. Lakóhely
  - c. Háztartás-összetétel
  - d. Iskolai végzettség
  - e. Foglalkoztatottság, gazdasági aktivitás
  - f. A háztartás jövedelme

### **Mintavétel**

A mintavétel módszere alapvetően megegyezett az OLEF2000 és OLEF2003-nál alkalmazottal. Az ELEF mintája 7000 véletlenszerűen kiválasztott, magánháztartásban élő, 15 éves és idősebb személyből állt. A rétegzett, kétlépcsős valószínűségi mintába a 118 legnagyobb település mindegyike bekerült, a többi település kiválasztása a népességszámmal arányos valószínűséggel történt, és így összesen 449 települést kerestek fel az összeírók.<sup>38</sup>

### **A válaszadási arány és a kommunikáció**

A lakosság adatszolgáltatási, együttműködési készségének romlása közismert. Az általános társadalmi légkör, a politikai hangulat, és a statisztikai szervezet iránti bizalom is hatással van a válaszadási arányokra. Egyre több üzleti és kutatási célú megkereséssel találkozhatnak az emberek, amelyek jelentős része az otthonukban jelentkezik, megzavarva ezzel a magánszféra nyugalma, így egyre gyakoribb a visszautasítás, az elzárkózás. A megghiúsulás adódhat a regiszterek elavulásából és egyéb pontatlanságokból is, de oka lehet az is, hogy a keresett személy az adatfelvétel idején nem található meg (pl. kórházban, külföldön van, elköltözött vagy meghalt), de a leggyakoribb gond a válaszmegtagadás. Ez utóbbi történhet egyszerűen érdektelenségből, a szituációtól való viszolygásból, az összeíróval szembeni bizalmatlanságból, vagy egyszerűen azért, mert sajnálja rá az időt és a fáradságot. A lakóhely jellegének is hatása van arra, hogy az egyén részt vesz-e egy statisztikai adatgyűjtésben. Jellemző például, hogy a részvételi arány a fővárosban a legalacsonyabb. A döntésben szerepet játszhat az is, hogy a kiválasztott személy bizonyos kérdésekre saját érdekében, a témával kapcsolatos egyéni érzékenysége, érintettsége miatt nem kíván válaszolni. Ilyen kényes kérdések lehetnek a nemzetiségre, vallási hovatartozásra, egészségi állapotra, vagy manapság kiváltképp jellemző módon a jövedelmi, vagyoni helyzetre vonatkozók.

A fentiekben vázoltak miatt az egészségfelmérés szervezésekor nagy hangsúlyt kellett fektetni az elutasítás csökkentésére, hogy a mintába került személyek megismerjék a felmérés célját, módszerét, körülményeit és nagyobb bizalommal fogadják a KSH kérdezőbiztosait. Az összeírás 2009. szeptember 15. és október 30. között zajlott.

A KSH ez alkalommal nemcsak az egészséggel kapcsolatos információkat kívánta összegyűjteni, és rögzíteni, hanem az egészség értékének tudatosításában, az egészségmegőrzés

<sup>38</sup> Részletesebben lásd a IV. fejezetben.

és -fejlesztés életminőséget meghatározó szerepének megismertetésében is részt vállalt. Külön rajzpályázatot<sup>39</sup> indított az általános iskolások számára „Így vigyázok az egészségemre” címmel, amely lehetőséget teremtett a tanárok számára az egészségnevelésre, valamint arra, hogy a gyermekek elgondolkodjanak a helyes és káros egészség-magatartás következményeiről. E kiadványsorozat borítóiinak illusztrációi is a 200 iskolából érkezett 2000 alkotásból kerültek ki.

Az ELEF válaszadóinak egy kisebb csoportján az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet az Országos Táplálkozás- és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP2009)<sup>40</sup> méréseire alapozva határozza meg a túlsúly, az alultápláltság és a hasi elhízás előfordulását. Hazánkban a felnőtt lakosság körében – a kérdőíves felmérés mellett és azzal egy időben – először zajlott országos reprezentatív mintán antropometriai méréssel egybekötött táplálkozási felmérés, és így összehasonlíthatóvá váltak a mért és az önbevallásból származó adatok is. A nyert információk lehetővé teszik, hogy a testtömegre, magasságra és derékkörfogatra vonatkozó adatok alapján az eddigieknél pontosabb képet kapjunk a népesség általános tápláltságáról, a kívánatosnál kisebb vagy nagyobb testtömeggel rendelkezők arányáról, valamint a túlsúlyosság, kövérség jellegéről a lakosság különböző rétegeiben.

A körütekintő kommunikáció, az anyagi ösztönzés eredményes volt, és a különlegesen érzékeny téma ellenére, magas arányban válaszoltak a közel egyórás kérdőívre (az 5051 kitöltött kérdőív 72%-os megvalósulást jelent).

<sup>39</sup> A rajzpályázat támogatói: Pannoncolor Művészeti Szakáruház és Művészfestékgyártó Kft., Krea-tipp Papír- és Művésztermékek Boltja és a Magnahobby Art & Craft – Kreatív hobbibolt és webáruház

<sup>40</sup> A vizsgálatra az ország 120 településén került sor a 18. életévüket betöltött felnőttek körében 2009. szeptember 15. és november 30. között.

### III. A FELMÉRÉS EREDMÉNYEI

#### A felmérés főbb eredményei:

##### 1. Egészség-magatartás

- A lakosság háromnegyede úgy gondolja, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet a saját egészségéért; az előző felméréshez képest ez magasabb arányt jelent.
- A felnőtt magyar lakosság fele egyáltalán nem végez intenzív, egyharmada mérsékelt testmozgást sem, ötöde pedig nem gyalogol egyfolytában még napi tíz percen keresztül sem.
- A lakosság több mint felének (53,7%), összességében csaknem 4,5 millió felnőttnek a kívánatosnál magasabb a testsúlya hazánkban, minden ötödik felnőtt pedig egyenesen elhízott. A mérések szerint a helyzet rosszabb, mint ami az önkéntes bevallás alapján ismertté vált.
- A nők fele, a férfiak csaknem negyede állította magáról, hogy egyáltalán nem fogyaszt alkoholos italokat. A nagyivók legmagasabb arányban a középkorú férfiak körében fordulnak elő, több mint tizedükre ez jellemző, ami több mint kétszázezer embert jelent a 35–64 év közötti korosztályban.
- A lakosság csaknem harmada, több mint 2,5 millió ember dohányzik, többségük napi rendszerességgel. Mellettük még további másfél millióan vannak azok, akik valaha dohányoztak, de már leszoktak, tehát összességében négyemillió felnőtt érintett közvetlenül a dohányzás által. Az előző felmérések eredményeivel összehasonlítva azt tapasztalhatjuk, hogy alacsonyabb lett a dohányzók aránya. A legfiatalabb korosztály esetében mindkét nemnél számottevő csökkenés figyelhető meg a rendszeres dohányzók arányát illetően.
- A 15 éven felüli lakosságból közel 90 ezer ember fogyaszt bevallottan valamilyen fajta kábítószerrel, többségében marihuánát (93%).

##### 2. Munkakörülmények

- Nagy fizikai megterhelésnek van kitéve (azaz nehéz terheket mozgat vagy kényelmetlen testhelyzetben dolgozik (időnként) a munkavállalók több mint 46%-a.
- Többé-kevésbé balesetveszélyesnek ítéli jelenlegi vagy korábbi munkahelyét a valaha dolgozók 42%-a.
- A mérgező anyagok vagy a por, gáz, füst jelenléte a munkavállalók közel 30%-ának okoz kisebb-nagyobb problémát. Zajról, illetve vibrációról hozzávetőleg 40%-uk számolt be.
- Monotonításra, illetve egyhangúságra a célpopuláció egyharmada panaszkodott, és munka során felmerülő kommunikációs problémákat hozzávetőleg 15%-uk jelzett.

##### 3. Egészségi állapot

- A felnőtt lakosság túlnyomó többsége elégedett az egészségi állapotával vagy legalábbis megfelelőnek tartja azt. Mind a nők, mind a férfiak körében eléri, illetve meghaladja az 50%-ot azoknak az aránya, akik jónak vagy nagyon jónak vélik egészségüket. Rossz vagy nagyon rossz egészségről a nők 17, a férfiak közel 12%-a számolt be. A férfiak minden életkori csoportban optimistábbak az egészségük megítélését illetően.
- Korlátozottan minősíti önmagát a célpopuláció 42%-a, a krónikus betegek becsült aránya ennek másfélszerese (61%). A krónikus betegségek egy jelentős része a megfelelő orvosi kezelésekkal, gyógyszereszedéssel, kockázatkerülő egészség-magatartással oly mértékben karban tartható, hogy az érintettek számára nem jelent akadályt a társadalmi részvételben.

- A férfiak 46, a nők 61%-a hord szemüveget vagy kontaktlencsét, ennek ellenére a lakosság 10%-a nagy távolságból (az utca másik oldaláról) már nem látja jól mások arcát, 18%-a nehezen vagy egyáltalán nem látja a nyomtatott betűket az újságban szemüveggel sem. A súlyos látássérültek aránya 1–2% körüli, hasonlóan a 2003-ban mért értékhez.
- Kismértékű hallásproblémával él a felnőtt lakosság kb. egytizede. A hallókészüléket használók aránya 2,4%, a férfiak és nők aránya közel azonos. A siketek aránya 1% alatti.
- A férfiak 10, a nők 17%-a nehezen vagy alig tud eljutni 500 m távolságra sík terepen ségedeszkező, segítség nélkül. A 35–64 évesek körében még csak 10%-nak, a 65 éven felüliek között már 43%-nak jelent ez gondot, és 15% azoknak az aránya, akik erre már egyáltalán nem képesek. Problémát okoz a lépcsőn való közlekedés, a lehajolás, letérdelés a férfiak 11 és a nők 20%-ának. Nem tud a lépcsőn egy emeletet felmenni a 65 éven felüliek 15%-a, és 33%-uk említi, hogy ez a tevékenység számára kisebb-nagyobb nehézséggel jár.
- Önellátásában korlátozott a felnőtt lakosság 5–10%-a. Van, akinek a táplálkozás is gondot jelent, és csak segítséggel képes enni (5%), mintegy kétszer ennyi embernek az ágyba való lefekvés, illetve az onnan való felkelés, és minden tizediknek a székre leülés vagy az onnan felállás okoz nehézséget. 1000 ember közül 85 nem tud egyedül megbirkózni az öltözéssel, míg a WC-használattal 60 és a fürdéssel/zuhanyozással kapcsolatos problémát 90 említi. Az önellátásban korlátozottaknak 81%-a elegendő segítséget kap családtagjától, rokonától vagy fizetett gondozótól, szomszédától, barátától, de 5%-uknak több vagy más jellegű segítségre volna igénye.
- Hosszantartó (legalább 6 hónapon át meglévő) betegsége van a nők 72, a férfiak 65%-ának.
- Súlyos vagy elviselhetetlen fizikai fájdalomra panaszkozik a célpopuláció mintegy 7%-a. A 75 éven felüliek mindössze ötödének nem fáj semmije.
- A lakosság legnagyobb hányadát érintő krónikus betegségek a gerincproblémák (47%), a magas vérnyomás (31%), a szívbetegségek (30%), a reuma (27%), a migrén, az allergia (16%), a magas koleszterinszint (12%) és a cukorbetegség (8%).
- A felnőtt lakosság 9,3%-a szenvedett sérüléssel járó balesetet a kérdezést megelőző 12 hónapban. A leggyakoribb balesettípus az otthoni, az összes balesetet szenvedett személy 45%-ának sérülése a háztartásban történik. A baleseteselek 28%-a szabadidős tevékenység közben sérül meg. A közlekedési, illetve a munkahelyi balesetet átéltek aránya 17 és 14%. Az összes balesetet szenvedettnek 23%-a nem jelenik meg az egészségügyben, 35% azok aránya, akik sürgős kórházi ellátást kapnak, és 42% azok aránya, akik egyéb egészségügyi ellátást vesznek igénybe.
- Alakosság nagy része rendszeresen részt vesz szűrővizsgálatokon, ellenőrizteti vérnyomását, vércukor- és koleszterinszintjét. Labor- vagy röntgenvizsgálaton egy év alatt a lakosság több mint fele jelenik meg. 95–96% azoknak az aránya, akiknek a vérnyomását már mérte valaha egészségügyi dolgozó, és 64% azoké, akikét egy éven belül ellenőrizték. A férfiak 68, a nők 78%-a mérette meg élete során a vércukorszintjét. A lakosság 65%-a volt már koleszterinszint-mérése, a férfiak 41, a nők 48%-a egy éven belül. A 45–64 éves nők kétharmada egy vagy két éven belül volt mammográfiás vizsgálaton, 18%-uk ennél régebben. Citológiai vizsgálaton a 45–64 éves korú nők 84%-a vett részt, 60%-uk három éven belül járt orvosnál. A népesség 26%-a kapott influenza elleni védőoltást.

#### 4. Egészségügyi ellátórendszer igénybevétele

- *Háziorvosát* a lakosság háromnegyede rendszeresen, évente legalább egyszer felkeresi, a 39%-uk egy esztendőben csak egyszer-kétszer, a többiek ennél gyakrabban látogatják orvosukat. A betegek évente átlagosan 8 alkalommal fordulnak a háziorvoshoz. Az emberek több mint négyötöde elégedett vagy nagyon elégedett a háziorvosi ellátással, és csak

5% elégedetlen. A szolgáltatás minőségét – ötfokozatú skálát alapul véve – 4,1-re értékelték.

- *Fogorvosát* a többség nem keresi fel minden évben: egy éven belül fordult fogorvoshoz a lakosság közel négytizede. Több mint egyötöd azoknak az aránya, akik öt évnél is régebben jártak a fogászaton, és 1,3% soha nem találkozott fogorvossal. Fogorvosával a lakosság nagyrészt elégedett, 3,9-es osztályzatot adtak átlagosan.
- *Szakorvosi ellátást* a lakosság 60%-a vett igénybe egy éven belül. A szakorvosi ellátással a lakosság 64%-a elégedett, közel nyolcada elégedetlen, és minden negyedik ember közepesnek ítéli a szolgáltatást, ezzel a járóbeteg-ellátás átlagpontszáma 3,6.
- *A kórházi ellátást* egy éven belül a lakosság 14%-a veszi igénybe fekvőbetegként, azaz legalább egy éjszakát a kórházban töltve. További 4% nem került kórházba, bár az orvos ezt javasolta. A kórházi ellátásokat csak a lakoságnak alig fele tartja jónak, ötödük kisebb-nagyobb mértékben elégedetlen.
- Egészségügyi kiadása a lakosság 64%-ának volt az adatgyűjtés idejét megelőző egy hónapban. Az összesített egészségügyi kiadások havi átlaga 11 500 forint a betegek és 7700 forint a nem betegek körében. A krónikus betegek 82%-ának, a nem betegek közül csak 32%-nak volt az előző hónapban egészségügyi kiadása. Magánrendelésen vett részt és átlagosan 29 ezer forintot költött a lakosság 4,6%-a.
- A lakossági egészségügyi kiadások túlnyomó részét a gyógyszerre fordított kiadások teszik ki: minden második felnőtt vásárolt valamilyen gyógyszert a kérdezést megelőző egy hónapban. Az orvos által felírt gyógyszerekért a felhasználók átlagosan 5546 forintot fizetnek. Recept nélkül kapható gyógyszereket, illetve gyógyhatású készítményeket minden harmadik ember vásárol, átlagosan 3189 forint értékben. A lakosság 4%-ánál fordul elő, hogy az előző hónap folyamán az orvos által felírt gyógyszereit nincs pénze kiváltani.



## Egészség-magatartás

Az egészségi állapot multifaktoriális meghatározottságú, azaz számos különböző eredetű tényező befolyásolja. Ezek közül talán a legfontosabb tényező a genetikai adottságok biztosította lehetőség, de emellett meghatározó az egyén, valamint a szűkebb és tágabb lakóhelyének gazdasági fejlettsége, az iskolázottság szintje, az ételmisszer higiénia, a környezet állapota, a közlekedés szervezettsége, és még hosszan lehetne folytatni a listát.<sup>41</sup> A betegségek megelőzésében és gyógyításában nagy szerepe van az egészségügyi ellátórendszer minőségének, de az egészségünk alakulásáért nagy részben mi magunk is felelősek vagyunk, hiszen egészség-magatartásunk, hasznos vagy éppen káros életmódbeli szokásaink számos betegség megelőzéséhez és kialakulásához hozzájárulhatnak.

A kapcsolat a táplálkozás, a testmozgás és az egészség között már tudományosan megállapított tény. Az életmód szerepe meghatározó olyan krónikus nem fertőző betegségek és állapotok kialakulásában, mint az elhízás, a szívbetegségek, a II. típusú cukorbetegség, a magas vérnyomás, a rák és a csontritkulás.<sup>42</sup>

Különösen riasztó Európa-szerte a cukorbetegség előfordulási gyakoriságának növekedése, mely összefügg az elhízással, a mozgásszegény életmóddal és a magas zsír-, illetve telített zsírsav<sup>43</sup> tartalmú táplálkozással. A cukorbetegségek 90%-át kitevő II. típusú diabetes megelőzésében és a kezelésében is az életmódbeli változásokra kell összpontosítani, ideértve a súlycsökkentést, a fizikai aktivitást, a zsírban, telített zsírsavakban szegény étrendet.

A dohányzásról való leszokás, a fizikai aktivitás fokozása, és az egészségesebb étrend követése a legfontosabb tényezők a szív-érrendszeri betegségek elsődleges megelőzésében. A legfontosabb ajánlások a normális testsúly fenntartása, naponta legalább 30 perc mérsékelt fizikai aktivitás, valamint a telített zsírsavak és a só túlzott fogyasztásának elkerülése.

Az ipari országokban étrendi tényezők okozzák a rákos megbetegedések mintegy 30%-át, és így a dohányzást követően a rosszindulatú daganatok kialakulásának a második legnagyobb kockázati tényezője. Megfelelő mennyiségű gyümölcs és zöldség<sup>44</sup> fogyasztása, valamint a fizikai aktivitás védő faktornak bizonyult a rák bizonyos fajtáival szemben. Becslések szerint a túlsúly és a mozgásszegény élet együttesen több olyan rákos betegség ötödének-harmadának előidézője, amelyek a leggyakoribbak közé tartoznak.

Ötvenéves kor felett a csontritkulás világszerte minden harmadik nőt és minden ötödik férfit érinti. Bár ez a betegség elsősorban genetikai eredetű, még emellett is az ifjúkorban megszerzett és a későbbiek során elvesztett csonttömeg mennyiségét életmódbeli tényezők befolyásolják.

Európában az egészségtelen táplálkozás, a testmozgás hiánya, valamint a dohányzás az elkerülhető betegségek és a korai halálozás fő okai. A becslések szerint a szívkoszorúér-betegség akár 80, a 2-es típusú cukorbetegségek 90%-a, és a rákok egyharmada elméletileg elkerülhető lenne, ha a teljes lakosság követné a táplálkozásra, az alkoholfogyasztásra, a testmozgásra és a dohányzásra vonatkozó aktuális iránymutatásokat. Az életmódbeli tényezők a súlyos betegségek és a korai halálozások megelőzését tekintve óriási potenciállal rendelkeznek.

Az egészség-magatartás mindazon magatartási mintákat, cselekvéseket és szokásokat foglalja magában, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, az egészség helyreállításához vagy javításához.<sup>45</sup>

Az egészség-magatartás az életmód része, és mint ilyen, mély történelmi hagyományokra épül, főleg a család, a szűkebb és tágabb környezet befolyásolja. Ebből következően az egészség-magatartás igen nehezen és csak lassan befolyásolható, mégis, az utóbbi évtizedekben a magyar lakosság életmódja folyamatosan és mérhetően változik. A változás iránya nem egyér-

<sup>41</sup> The World Health Report 1999, WHO, Genf.

<sup>42</sup> ZÖLD KÖNYV. „Az egészséges táplálkozás és a fizikai tevékenység promóciója: a túlsúly, az elhízottság és a krónikus betegségek megelőzésének európai dimenziója”, Európai Közösségek Bizottsága, Brüsszel, 2005.

<sup>43</sup> Zömében állati eredetű zsiradékok, de ide tartozik a kókuszszír is. Jelentősen növelik a vérzsírszintet.

<sup>44</sup> Ferrie J. E. – Shipley M. J. – Davey-Smith G. – Stansfeld S. E. – Marmot M. G. (2002): Change in health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study, *J Epidemiol and Community Health*, 56(12):922–926.

<sup>45</sup> Gochman DS (ed) *Handbook of Health Behavior Research*. Plenum Press New York: 1997.

telmű, és elsősorban a társadalmi-gazdasági folyamatokkal és a fejlettebb egészségkultúrájú országok életmódmintáinak beáramlásával hozható összefüggésbe.<sup>46</sup>

Az ELEF2009 végrehajtása során az egészség-magatartási tényezők közül az egészség-tudatosságra, a táplálkozásra, a testmozgásra, a tápláltsági állapotra, az alkoholfogyasztásra, a dohányzásra és a kábítószer-használatra vonatkozó kérdések szerepeltek a kérdőíven.

## Egészségtudatosság

Az egészség-magatartás hatókörébe tartoznak mindazok a tudatos és nem tudatos cselekvések, amelyek befolyásolják az egészséget. A tudatosság szintjének emelése önmagában ugyan még semmire sem garancia, de ha valaki tisztában van azzal, hogy a biológiai adottságokon kívül főleg a hozzáálláson, az egészség megőrzésére tett erőfeszítéseinken múlik egészségünk, akkor ez jó kiindulópont lehet az egészséges életmód követésére vagy éppen az egészségkárosító szokások felfüggesztésére.

Összességében a lakosság háromnegyedének az a véleménye, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet a saját egészségéért: a férfiak 77, a nők 74%-a vélekedik így.

Az arányok az előző felmérés óta jelentősen javultak, ami arra utal, hogy a lakosság, ezen belül elsősorban a nők jobban felismerik az egészségtudatos magatartás fontosságát, mint néhány évvel ezelőtt. 2003-ban a nők 33, a férfiak 25%-a állította azt, hogy az egészségéért nem sokat, vagy semmit sem tehet.

Az életkor szerinti elemzés nagyjából megfelel az előzetes elvárásoknak, azaz a fiatalabbak általában jobban tudatában vannak az egészséggel kapcsolatos saját felelősségüknek. Ugyanakkor a 15–17 éves lányok kilógnak a sorból, ugyanis valamivel kevésbé egészségtudatosak, mint a 18–34 éves nők: az előbbieknél csak ötöde, míg utóbbiaknak harmada gondolja azt, hogy nagyon sokat tehet az egészségéért.

1. tábla

**Az egészségéért tehető lépések szubjektív értékelése\* nemek és korcsoportok szerint, 2009**  
(%)

Megnevezés	Nagyon sokat	Sokat	Keveset	Nagyon keveset
<b>Férfi</b>				
15–17 éves	29,3	67,2	3,6	0,0
18–34 éves	31,7	57,9	9,0	1,4
35–64 éves	19,4	54,8	21,8	4,0
65– éves	12,5	46,8	31,0	9,7
Összesen	22,3	54,8	18,8	4,0
<b>Nő</b>				
15–17 éves	22,0	67,5	9,3	1,3
18–34 éves	33,7	56,1	9,7	0,4
35–64 éves	19,2	55,3	21,4	4,0
65– éves	11,5	43,6	35,1	9,7
Összesen	21,2	53,1	21,4	4,4
<b>Régiók</b>				
Közép-Magyarország	24,3	53,9	18,0	3,8
Közép-Dunántúl	25,3	52,5	17,9	4,3
Nyugat- Dunántúl	26,6	54,2	15,7	3,5
Dél-Dunántúl	20,3	55,7	19,1	4,9
Észak-Magyarország	17,0	54,3	23,7	5,0
Észak-Alföld	16,8	53,9	26,0	3,3
Dél-Alföld	19,9	53,4	21,4	5,3

\* A „Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?” kérdésre adott válaszok alapján.

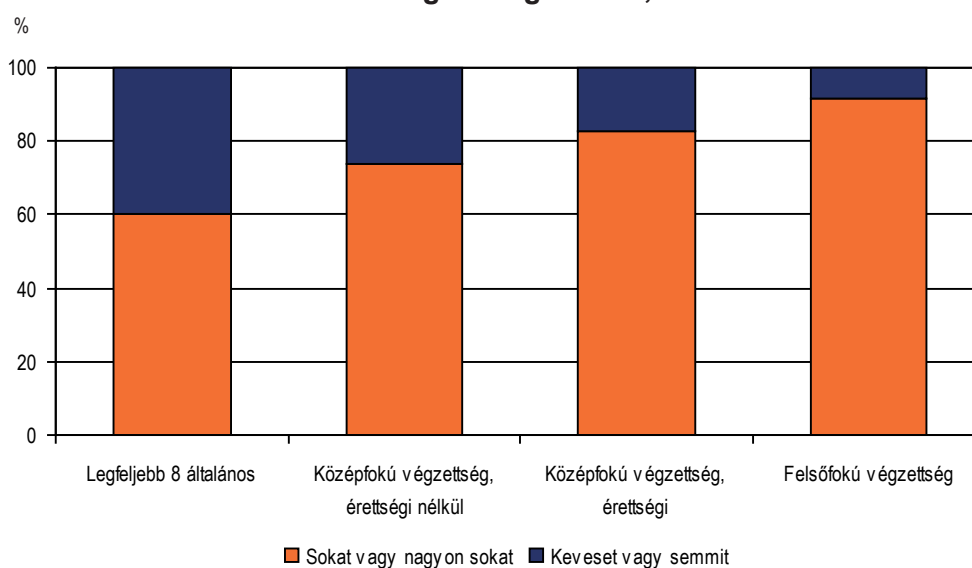
<sup>46</sup> Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja, OGY-határozat, 2003.

Az északi régiókban élők az átlagnál pesszimistábbak, majdnem 30% azoknak az aránya, akik szerint az egyén nem vagy alig tudja befolyásolni az egészségi állapotát. A Nyugat-Dunántúlon ezzel szemben a lakosságnak csak egyötöde gondolta így, míg több mint 26%-a állította, hogy nagyon sokat tehet egészségéért.

Az egészségtudatosság szoros összefüggést mutat az egyén iskolázottságával. A legtöbben a felsőfokú végzettségűek közül állítják, hogy sokat vagy nagyon sokat tehetnek egészségükért, és csupán 9%-uk érzi úgy, hogy nem tudja azt befolyásolni. Az átlaghoz képest jobb az érettségizettek véleménye is, de a 8 általánost végzetek és a középfokú végzettségű, de nem érettségizettek körében nagy a lemaradás e téren. Mivel ők teszik ki a vizsgált populáció több mint felét, az egészségtudatosság ösztönzése kiemelt jelentőségű lehet ezekben a népességcsoportokban.

1. ábra

**Az egészségért tehető lépések szubjektív értékelése iskolai végzettség szerint, 2009**



## Táplálkozás

Tudományos kutatások szerint a Magyarország közegészségügyi viszonyaira jellemző elkerülhető és idő előtti halálozások többségét olyan krónikus, nem fertőző betegségek okozzák, amelyek kialakulása összefüggésbe hozható az életmóddal, ezen belül is hangsúlyosan a táplálkozással.<sup>47</sup> Ezek közül a kóros állapotok közül is ki kell emelni a szívbetegségek számos fajtáját, a II. típusú cukorbetegséget, a magas vérnyomást, a rák több típusát és a csontritkulást. Becslések szerint az ipari országokban étrendi tényezők okozzák számos, gyakran előforduló rákos megbetegedésnek mintegy 30%-át.

Diétás kockázati tényezők közé tartozik, ha a táplálkozás szerkezete eltolódik a nagyobb energiatartalmú étrend irányába, ha az élelmiszerek több zsiradékot és hozzáadott cukrot tartalmaznak, ha megnő a telített – ezen belül is főként az állati eredetű – zsírbevitel és a hidrogénezett zsíroké. Ide kell sorolni a komplex szénhidrátoknak és az élelmi rostoknak a szervezetbe történő elégtelen bevitelét, a kevés gyümölcs és zöldség fogyasztását, és az egyre nagyobb élelmiszeradagokat is.

Mindezek ismeretében a táplálkozási szakemberek első helyen a rendszeres és bőséges zöldség-, főzelék- és gyümölcsfogyasztást javasolják, mert az bizonyítottan csökkenti a szív-érrendszeri megbetegedések kockázatát, de valószínűleg a daganatos betegségek megelőzé-

<sup>47</sup> ZÖLD KÖNYV. „Az egészséges táplálkozás és a fizikai tevékenység promóciója: a túlsúly, az elhízottság és a krónikus betegségek megelőzésének európai dimenziója”, Európai Közösségek Bizottsága, Brüsszel, 2005.

sében is szerepet játszik.<sup>48</sup> Az egészséges táplálkozás promóciója keretében találkozhatunk a médiában a zöldség és gyümölcs napi ötszöri fogyasztásának ajánlásával.

Tudományos eredmények alátámasztják, hogy a gabonafélék közül a teljes kiőrlésű lisztből készült, illetve a teljes gabonamagvakat tartalmazó termékek csökkentik az elhízást. Szerepük a II. típusú diabetes, a szív-érrendszeri betegségek és a vastagbél-, végbéldaganatok kialakulásának kockázatcsökkentésében valószínűsíthető.

A tej és a tejtermékek a naponta fogyasztandó élelmiszerek közé tartoznak. A tejből általában napi fél liter javasolt, ez a mennyiség tartalmazza a napi kalciumszükséglet kétharmadát, ezen kívül a tej jelentős D-, A- és B2-vitamin-, továbbá fehérjeforrás. Mivel a tej (joghurt, kefir) telített zsírsavakban gazdag, ezért a sovány termékek fogyasztása ajánlott.

Egy retrospektív kikérdezéses lakossági adatgyűjtés csak korlátozottan alkalmas arra, hogy pontos táplálkozási adatokat regisztráljon, hiszen a megkérdezettek grammokban és százalékokban nemigen tudnak számot adni arról, hogy mit szoktak enni. Ezért az ELEF2009 – követve a korábbi egészségfelmérések gyakorlatát – az egyes élelmiszerfajták fogyasztásának átlagos heti gyakoriságáról gyűjtött adatokat<sup>49</sup>. A zöldség- és gyümölcsfogyasztást több időintervallumon belül kérdezték: általában, a megkérdezést megelőző négy hétben, illetve három hónapban. A többi élelmiszer referencia időszaka az interjú előtti három hónap.

Az ELEF kérdései azt kutatják, hogy az egészségesebbnek tartott élelmiszerek közül mennyit fogyasztunk, ezért az alábbiakban megrajzolt kép a lakosság táplálkozási szokásait tekintve nem teljes. Nem kapunk választ például olyan kérdésekre, hogy zsíros húsok, édes, vajkrémes, tejszínhabos cukrászsütemények hányszor kerülnek az asztalra.

### **Gyümölcs- és zöldségfogyasztás**

A 15 éves és idősebb lakosság közel héttizede fogyaszt naponta legalább egyszer gyümölcsöt, közel felük, a vizsgált népességnek 31%-a naponta többször is. A zöldségfogyasztás lényegesen ritkább, a célpopulációnak csak alig több mint felének szerepel naponta legalább egyszer az étrendjében, és feleannyian esznek naponta többször is zöldséget, mint ahányan gyümölcsöt. A gyümölcsfogyasztás heti átlagos gyakorisága 10,1; a zöldségé 7,4, vagyis zöldség, gyümölcs összesen hetente 17–18-szor kerül az asztalra. Mindezek alapján úgy becsülhetjük, hogy a napi legalább 400g, azaz mintegy ötszöri zöldség- és gyümölcsfogyasztás, amit a WHO javasol,<sup>50</sup> a már nem gyermekkorú magyar lakoságnak legfeljebb egytizedére jellemző, és a más szakirodalmi forrásokban<sup>51</sup> megjelenő napi legalább háromszori ajánlásnak is nem több mint 20%-a tesz eleget.

Az ELEF adatgyűjtése során nemcsak arra kérdeztünk rá, hogy a kérdezett személy általában milyen gyakran eszik zöldséget, gyümölcsöt, hanem arra is, hogy az interjút megelőző hónapban friss zöldség és gyümölcs hányszor szerepelt az étrendben. Ezekből az adatokból egy őszi hónap fogyasztási szokásaira lehet következtetni, és minden bizonnyal eltérő eredményt kapnánk, ha az adatfelvétel más évszakban történt volna. Az adatfelvétel referencia időszakában a zöldség-gyümölcsfogyasztás 60%-át a friss áruk tették ki.

A gyümölcsfogyasztás az egyes társadalmi-gazdasági rétegek között általában nagyobb egyenlőtlenségeket mutat, mint a zöldségé, különösen nem, életkor és háztartástípus szerint, míg az iskolai végzettséggel együttjáró, illetve a regionális különbségek okozta eltérések a zöldségfogyasztás esetében magasabbak. A jövedelmi viszonyok szerepe a frissgyümölcs- és zöldségfogyasztásban kiemelkedő.

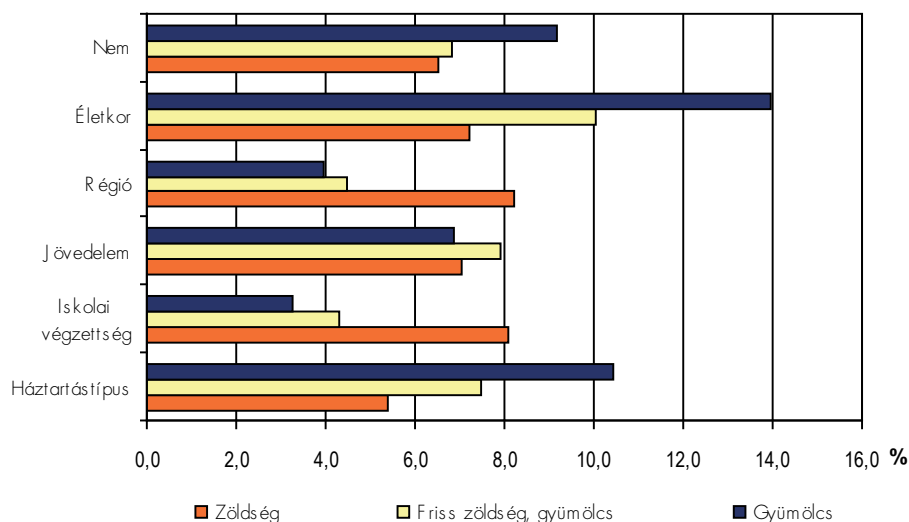
<sup>48</sup> Dr. Zajkás Gábor: Magyarország nemzeti táplálközpolitikája, ÁNTSZ, 2004. Budapest

<sup>49</sup> Az elemzés során az adatok tömörebb értelmezéséhez a gyakorisági adatokat átkonvertáltuk heti átlagokra a gyakorisági intervallumokon belül egyenletes megoszlást feltételezve: napi két vagy több alkalommal = 21,0; naponta egyszer = 7; legalább hetente négyszer = 5,0; legalább hetente egyszer = 2; ritkábban, mint hetente egyszer = 0,36.

<sup>50</sup> WHO (2003). Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, Geneva, 28 January – 1 February 2002, WHO technical report series: 916, World Health Organization, Geneva.

<sup>51</sup> pl. Dr. Zajkás Gábor: Magyarország nemzeti táplálközpolitikája, ÁNTSZ, 2004. Budapest

**A heti gyümölcs- és zöldségfogyasztási átlagok egyenlőtlenségei\*  
társadalmi-gazdasági változók szerint, 2009**



\* Relatív szórása: (szórás/átlag) • 100.

A nők jobban kedvelik a gyümölcsöt is és a zöldséget is, mint a férfiak, hetente közel 11-szer esznek gyümölcsöt és 8-szor zöldséget, miközben a férfiak között ezeknek a gyakoriságoknak az értéke 9 és 7. Friss árut is a nők esznek többször, de ezek össz fogyasztáson belüli aránya a nemek szerint szinte azonos.

A 18–34 évesek fogyasztanak a legritkábban gyümölcsöt, átlagosan alig többször, mint hetente 8-szor. Ennek a korcsoportnak kerül az asztalára a legkisebb gyakorisággal friss zöldség és gyümölcs. 15–17 éves életkorban a fiúk és lányok átlagos gyümölcsfogyasztása alig különbözik, némileg meghaladja a heti 9-et, és ez az egyetlen korcsoport, amelyben a férfiak esznek gyakrabban gyümölcsöt. Itt a legmagasabb a friss áruk aránya a zöldség- és gyümölcsfogyasztásban, megközelíti a 64%-ot. Az életkor emelkedésével az emberek egyre többször fogyasztanak gyümölcsöt – a középkorúak átlagosan hetente 10-szer, az idősek 12-szer, és az étrendnek egyre gyakrabban része a zöldség. Az ifjak nem esznek minden nap zöldféléket, és a 18–34 éves férfiak zöldségfogyasztási gyakorisága is alig magasabb a fiatalabbakénál. A legidősebbek étlapján viszont átlagosan naponta legalább egyszer szerepel zöldfélé. A férfiak és nők zöldség- és gyümölcsfogyasztása a fiatal felnőttkorúak csoportjában mutatja a legnagyobb eltérést (2,0 és 1,5), onnan kezdve az életkor növekedésével csökken a nemek közti különbség, és az idősek között a heti gyümölcsfogyasztásban kevéssel haladja meg az egyet, a zöldség esetében pedig szinte azonos.

A kedvezőbb szociális, kulturális körülmények között élők gyakrabban esznek zöldséget is, gyümölcsöt is és friss terményeket is, mint a hátrányosabb helyzetűek. A felsőfokú végzettségűek heti étrendjébe átlagosan csaknem 11-szer; az érettségizettek esetében kicsivel több mint 10-szer, és az ennél kevésbé iskolázottak között 10 alatti gyakorisággal szerepel gyümölcs, míg a zöldség általában két-három alkalommal ritkábban. Friss zöldség és gyümölcs a legiskolázottabbak asztalára hetente közel 12-szer kerül, és az iskolai végzettség gradiensén lefelé haladva ugyan egyre ritkábban, de a legfeljebb nyolc általános iskolai osztályt végzettkérekre is több mint 10-szer. Hasonló tendencia figyelhető meg a szubjektív jövedelmi szint szerint is. Akik úgy érzik, hogy ebből a szempontból a helyzetük nagyon rossz, hetente csak alig többször mint 8-szor esznek gyümölcsöt és 7-szer zöldséget, míg a szubjektíve nagyon jó feltételek között élők közel 11-szer gyümölcsöt és 9-nél valamivel több alkalommal zöldséget. A friss zöldség- és gyümölcsfogyasztás nem a legjobb jövedelmi körülmények között élőkre a legjellemzőbb, hanem inkább a jó vagy megfelelő bevétellel rendelkezőkre, mert az előbbieket hetente csaknem 11-szer illesztik be az étrendjükbe, míg az utóbbiak 11–12-szer.

## A zöldség- és gyümölcsfogyasztás gyakorisága, 2009

Megnevezés	Gyümölcs	Zöldség	Zöldség és gyümölcs összes	Friss zöldség és gyümölcs	
	fogyasztásának heti gyakorisága				aránya a zöldség- és gyümölcsfogyasztáson belül, %
<b>Összesen</b>	<b>10,12</b>	<b>7,44</b>	<b>17,55</b>	<b>10,60</b>	<b>60,4</b>
<b>Nemek szerint</b>					
Férfi	9,13	6,92	16,04	9,70	60,4
Nő	10,98	7,89	18,87	11,39	60,3
<b>Korcsoport szerint</b>					
15–17 éves	9,24	6,55	15,80	10,08	63,8
18–34 éves	8,21	6,68	14,89	8,94	60,0
35–64 éves	10,35	7,66	18,02	10,81	60,0
65– éves	12,27	8,07	20,33	12,46	61,3
<b>Régiók szerint</b>					
Közép-Magyarország	10,15	7,83	17,97	10,38	57,7
Közép-Dunántúl	10,83	8,24	19,06	10,97	57,6
Nyugat-Dunántúl	10,56	8,30	18,85	11,31	60,0
Dél-Dunántúl	9,53	6,99	16,52	10,86	65,7
Észak-Magyarország	9,50	6,80	16,30	9,99	61,3
Észak-Alföld	9,93	6,63	16,56	10,00	60,4
Dél-Alföld	10,24	7,05	17,29	11,29	65,3
<b>A jövedelem szubjektív megítélése szerint</b>					
Nagyon jó	11,03	9,34	20,37	10,70	52,5
Jó	10,29	8,11	18,40	11,55	62,7
Megfelelő	10,56	7,64	18,20	11,08	60,9
Rossz	9,48	6,78	16,26	9,60	59,1
Nagyon rossz	8,23	6,54	14,77	8,30	56,2
<b>Iskolai végzettség szerint</b>					
Legfeljebb 8 általános	9,99	7,12	17,11	10,35	60,5
Középfokú végzettség érettségi nélkül	9,77	6,93	16,70	10,35	62,0
Középfokú végzettség érettségivel	10,16	7,51	17,66	10,46	59,2
Felsőfokú végzettség	10,81	8,74	19,55	11,78	60,3
<b>Háztartástípus szerint</b>					
Egytagú háztartás	11,22	7,54	18,76	11,12	59,3
Egyedülálló szülő, eltartott gyermekkel	9,45	7,26	16,72	9,34	55,9
Pár, eltartott gyermek nélkül	11,81	8,12	19,93	12,12	60,8
Pár, eltartott gyermekkel	9,19	7,24	16,44	9,94	60,5
Egyéb, eltartott gyermek nélkül	9,99	7,48	17,47	10,69	61,2
Egyéb, eltartott gyermekkel	9,14	6,88	16,02	9,66	60,3

Az egyes háztartástípusok fogyasztási szokásaiban az életkori és a jövedelmi tendenciák ötvöződnak. Azokban a háztartásokban, ahol nincs eltartott gyermek, hetente átlagosan csaknem 11-szer kerül az asztalra gyümölcs, illetve közel 8-szor zöldség, és közöttük is kiemelkedően gyakran, 11,8-szer, illetve 8,1-szer a gyermektelen pároknál. Ott, ahol eltartott gyermek is van, hetente mindössze 9,2-szer esznek gyümölcsöt és 7,1-szer zöldséget. Friss gyümölcs és zöldség is a gyermektelenek étrendjében szerepel gyakrabban (11,3 vs. 9,8), és közöttük is kiemelkedő a párkapcsolatban élők fogyasztási gyakorisága, ami 12,1.

A regionális különbségek is elsősorban az adott terület társadalmi-gazdasági különbségeit tükrözik vissza. Közép- és Nyugat-Dunántúlon hetente átlagosan kevés híján 11-szer kerül az asztalra gyümölcs és 8-szor zöldség. Ezzel szemben Észak-Magyarországon és Dél-Dunántúlon esznek a legritkábban gyümölcsöt, hetente átlagosan 9,5-szer, és Észak-Alföldön szerepel az étrendben zöldség a legkisebb gyakorisággal, közel 7-szer. A frisszöldség- és -gyümölcs-fogyasztás főként Nyugat-Dunántúlra és Dél-Alföldre jellemző, mert ezekben a régiókban a heti gyakoriság megközelíti a 12-t, és ebből a szempontból Közép- és Észak-Magyarország átlag alatti. Tekintve, hogy a zöldség- és gyümölcsfogyasztás a termelés függvénye<sup>52</sup> is, nem meglepő, hogy a betakarított termés mennyiségével leginkább korreláló friss zöldség és gyümölcs fogyasztása tekintetében Dél-Alföld, ahol a betakarított szántóföldi növények, zöldségfélék és gyümölcs<sup>53</sup> mennyisége szempontjából a régiók között az első kettő között van, az élre került.

A 2000. évi OLEF- és az ELEF-adatokat összehasonlítva megállapíthatjuk, hogy kilenc év alatt 10%-kal nőtt a nyers zöldség és gyümölcs fogyasztási gyakorisága, és 27%-kal emelkedett azok aránya, akik naponta többször is esznek ebből az élelmiszercsoportból.

100%-os gyümölcs- vagy zöldséglé fogyasztása viszonylag ritka a vizsgált népességben, hetente átlagosan mindössze 2,4-szer, a nők kissé gyakrabban isznak ilyet. Nehéz eldönteni, hogy népegészségügyi szempontból ez az alacsony gyakoriság pozitív vagy negatív jelenség, mivel az utóbbi időben megkérdőjelezték azt a feltevést, miszerint a 100%-os gyümölcslé fogyasztása egészségi szempontból azonos lenne a nyers gyümölcseivel. A gyümölcslé rosttartalma alacsonyabb és nagyobb a gyümölcscukor tartalma – mondják a szakemberek –, és ezt összefüggésbe hozták a II-es típusú cukorbetegség megnövekedett előfordulásával.<sup>54</sup> Feltételezhető továbbá, hogy a gyümölcslé gyakori fogyasztása hízást is eredményezhet. A kutatási eredmények e téren nem egyértelműek.

A zöldség és gyümölcs fogyasztásával ellentétben gyümölcslét leggyakrabban a fiatal felnőttek isznak, hetente háromszor is. Ez az ital kifejezetten ott fogy leginkább, hetente közel ötször, ahol a jövedelmi viszonyokkal nagyon elégedettek. A jövedelmi tengely másik végén hét nap alatt kétszer sem kerül az asztalra 100%-os gyümölcs- vagy zöldséglé. A magasabb iskolai végzettség is fokozza a gyümölcslé fogyasztásának gyakoriságát, de közel sem oly mértékben, mint a jövedelem, mert a két pólus között mindössze 1 a heti különbség. A fentiek következtében nem meglepő, hogy Közép-Magyarországon, Közép-Dunántúlon és Nyugat-Dunántúlon isznak a legtöbbször gyümölcslét, a főváros körüli régióban több mint 3-szor, a másik kettőben közel 3-szor. A legritkábban Dél-Dunántúlon és Észak-Alföldön fogy ez az ital, heti gyakorisága 2 alatt marad.

### **Állati eredetű élelmiszerek**

Táplálkozási szakemberek<sup>55</sup> naponta fél liter tej, kevés sajt vagy túró, 20–30 dkg (kb. két adag) sovány hús, húskészítmény, és hetente 15 dkg hal (1/2–1 adag), valamint 4–7 db tojás fogyasztását javasolják. A tej és a tejtermékek igen gazdag kalcium- és vitaminforrások, és fehérjét is tartalmaznak. A húsok, húskészítmények és a tojás fehérjetartalma jelentős, és néhány vitamin és ásványi anyag főként ezekkel kerül a szervezetbe. Az édesvízi halak vitamin- és nyomelem tartalma is számottevő. A tengeri halat a benne található omega-3 zsírsavaknak a szívre és keringési rendszerre gyakorolt kedvező hatása miatt ajánlják a táplálkozási szakemberek. Másrésztől azonban felhívják arra is a figyelmet, hogy a túl sok tengeri hal kifejezetten veszélyes lehet az egészségre a bennük felszaporodott nehézfém-tartalom (pl. higany) miatt.

<sup>52</sup> Az élelmiszer-fogyasztás alakulása, 2008; Statisztikai Tükör, 2010. június; KSH, Budapest, <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/stattukor/elelmfogy/elelmfogy08.pdf>

<sup>53</sup> A mezőgazdaság fejlettségének regionális különbségei. Változások a rendszerváltástól napjainkig. Szeged, 2008. december. KSH. <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/idoszaki/regiok/orsz/mgfejlettsége.pdf>

<sup>54</sup> L. A. Bazzano, T. Y. Li, K. J. Joshipura, F. B. Hu: Intake of Fruit, Vegetables, and Fruit Juices and Risk of Diabetes in Women, *Diabetes Care* July 2008 vol. 31 no. 7. pp. 1311–1317

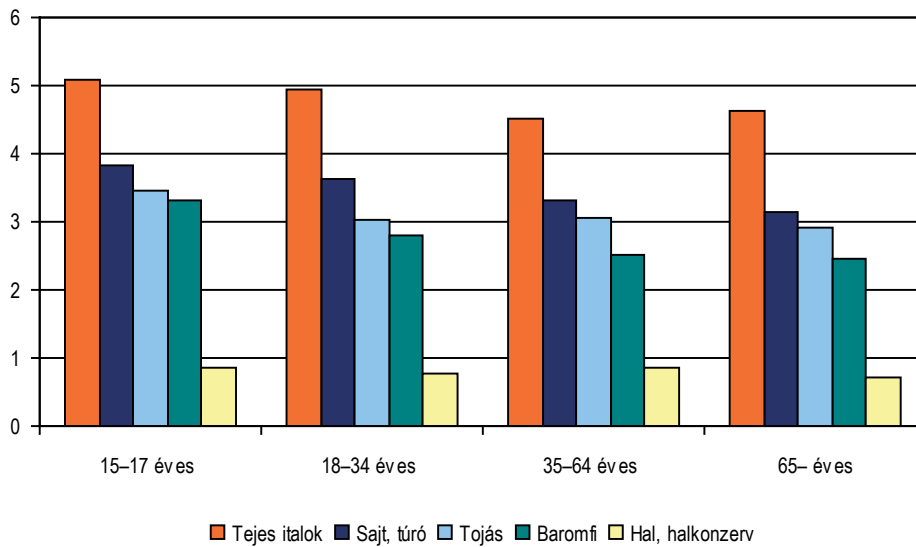
<sup>55</sup> Táplálkozási ajánlások - Adatok a tápanyagtáblázatból (Szerk: Dr. Rodler Imre). OKK-OÉTI, Budapest, 2004

Az ELEF adatai alapján megállapítható, hogy a magyarországi lakosság hetente átlagosan 2,6-szer eszik baromfit, 3-szor tojást és 3,4-szer sajtot vagy túrót. Tejet, tejes italokat, kefirt, joghurtot 4,7-szer fogyasztanak egy héten. Közismert, hogy Magyarországon a halfogyasztás a kívánatosnál lényegesen alacsonyabb, és az egészségfelmérés adatai is erre utalnak, hiszen a vizsgált populáció átlagosan csak havonta háromszor eszik halat. Az állati eredetű élelmiszerek fogyasztási gyakorisága nemek szerint alig különbözik, bár a nők többször isznak tejet, joghurtot, kefirt, és némileg gyakrabban esznek sajtot, túrót, mint a férfiak.

Az életkor előrehaladtával (a hal kivételével: ez az élelmiszercsoport egyre ritkábban kerül az asztalra), a legidősebbek harmad annyival ritkábban esznek baromfit, mint a legfiatalabbak, és körükben az egyéb állati eredetű élelmiszerek fogyasztási gyakorisága is 10–20%-kal alacsonyabb.

3. ábra

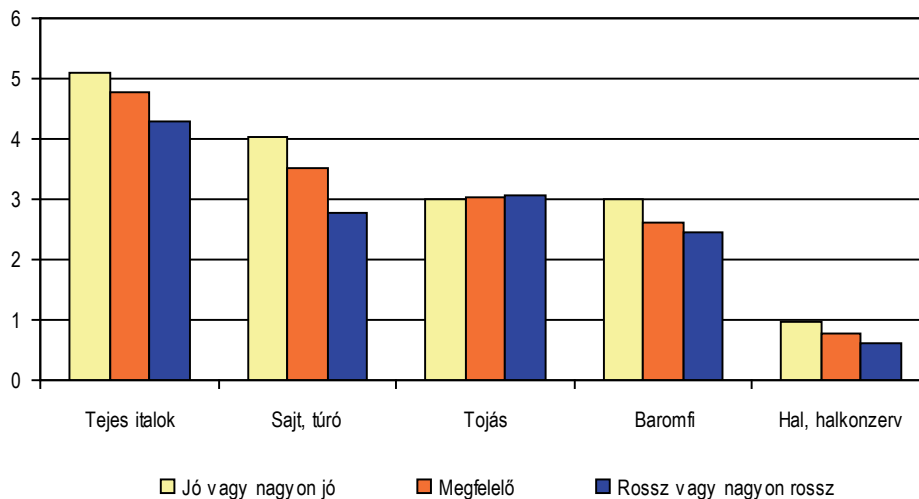
**Az állati eredetű élelmiszerek fogyasztásának heti gyakorisága korcsoport szerint, 2009\***



\* Az adatgyűjtést megelőző három hónapban.

4. ábra

**Az állati eredetű élelmiszerek fogyasztásának heti gyakorisága a jövedelem megítélése szerint, 2009\***



\* Az adatgyűjtést megelőző három hónapban.



A gyermekes háztartásokban ezek az élelmiszerek egy héten többször kerülnek az asztalra, mint ott, ahol nincs gyermek, kivéve a halat, halkonzervet, mert azok esetében szinte nincs is különbség, míg a többinél 6–16%. Tejes italokból, sajtból, túróból fogyasztanak a gyermekesek jóval többet, mint a gyermek nélkül élők. A különbségeknek nem kizárólag a gyermek jelenléte az oka, hanem jelentős szerepe van a két csoport eltérő korstruktúrájának is.

Az iskolai végzettség emelkedésével egyes állati eredetű élelmiszerek fogyasztása növekszik, sajt, túró, hal a felsőfokú végzettségűek étrendjében mintegy 40%-kal, és tej, kefir, joghurt is több mint 10%-kal gyakrabban szerepel, mint a legfeljebb 8 osztállyal rendelkezőkben, míg tojást a kevésbé iskolázottak 16%-kal többször esznek. Hasonló tendenciák figyelhetők meg a szubjektív jövedelmi viszonyok szerint is, vagyis minél kedvezőbbnek ítélik az emberek helyzetüket, annál többször esznek ezekből az árukból, a tojás kivételével. A jövedelmi helyzet leginkább a túró és a sajt fogyasztására nyomja rá a bélyegét, azaz a jobb és a rosszabb jövedelmi helyzetűek heti fogyasztási gyakorisága közötti különbség ebben az élelmiszercsoportban a legnagyobb.

A területi különbségek hasonlóak a többi étellel kapcsolatban tapasztaltakéhoz. A leggyakrabban fogyasztanak állati eredetű alapanyagot tartalmazó ételeket Közép- és Nyugat-Dunántúlon és Közép-Magyarországon.

### Olajos magvak és barna kenyér

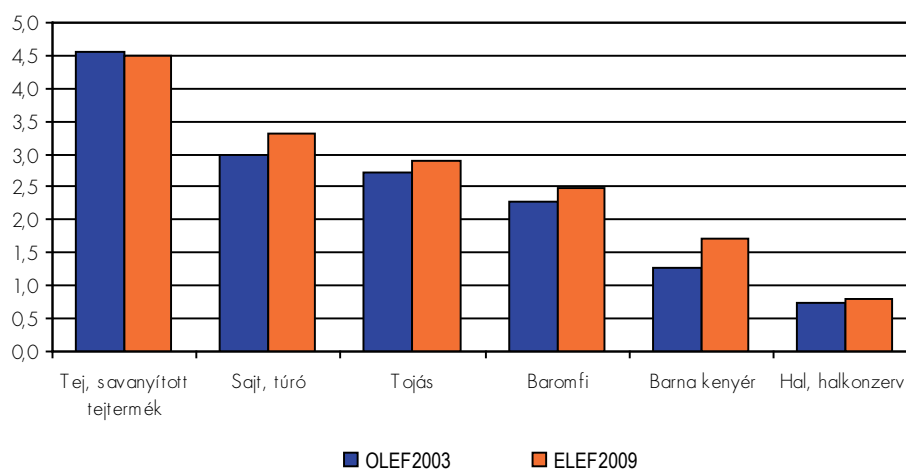
Az olajos magvak számos táplálkozási ismeretterjesztő tájékoztató szerint egészséges és tápláló élelmiszerek. Hetente néhány marék fogyasztását javasolják, mert segíthet csökkenteni a szívroham és a rák kockázatát. Gazdagok kalciumban, fitoösztrogénekben és omega-3 zsírsavakban, melyek szükségesek az agysejtek egészséges működéséhez. Emellett kiváló fehérjeforrások, magas a vitamin-, ásványianyag- és rosttartalmuk.

Olajos magvakat (mandulát, diót, mogyorót stb.) a vizsgált populáció nagyon ritkán eszik, több mint fele hetente egyszer sem, átlagosan egy héten 1,3-szer, a férfiak kicsit gyakrabban, mint a nők. Életkor szerint a 65 évesnél fiatalabbak között csak csekély eltérés van, de az idősebb korcsoportban az olajos magvak még az átlagosnál is közel 20%-kal ritkábban részei az étrendnek, ami talán a rágási nehézségekkel függhet össze.

Az iskolázottabbak és a kedvezőbb szubjektív jövedelmi körülmények között élők többször fogyasztanak ilyesmit, de a jelenség ritka volta miatt, nehéz az eltéréseket pontosan értékelni.

5. ábra

Egyes élelmiszerek fogyasztásának heti gyakorisága, 2009\*



\* Az adatgyűjtést megelőző három hónapban.

Barna kenyeret – ideértve a magvas és a Graham-pékárut is – az olajos magvaknál valamivel gyakrabban fogyaszt a magyar lakosság, bár négytizede egyáltalán nem eszik ilyen termé-

ket, és több mint negyedének a heti gyakoriságnál ritkábban kerül az asztalára. Mindezt összevetve azt lehet mondani, hogy a vizsgált populáció három hét alatt átlagosan legfeljebb ötször eszik barna kenyeret.

A felsőfokú végzettségűek minden más réteghez képest többször esznek barna kenyeret, átlagosan minden harmadik napon, és a nők, a középkorúak, és a kedvezőbb jövedelmi viszonyok között élők évtrendjében is az átlaghoz képest gyakrabban szerepel barna kenyér.

A 2003. évi OLEF és az ELEF eredményeit összehasonlítva megállapítható, hogy az összehasonlítható élelmiszerek közül szinte mindenből többet eszünk mostanában, mint hat évvel korábban. Ezek közül is érdemes kiemelni a barna kenyeret, mert azok aránya, akik napi rendszerességgel fogyasztják, 11-ről 17%-ra emelkedett a két felvétel meghatározta időszakban.

### **Főzéshez, sütéshez használt zsiradékok**

A KSH által publikált élelmiszermerleg alapján a zsiradékfogyasztásban évtizedek óta csökken az állati zsiradékok szerepe, miközben a növényi zsiradékoké nő,<sup>56</sup> sőt a 2000-es évek elején már meg is haladta az állati eredetűekét. 2008-as adatok szerint az összes mennyiség 60%-át növényi zsiradékok képezik. Az egészségfelmérések adatai is megerősítik ezt a tendenciát. A 2003. és a 2009. évi adatgyűjtés eredményeit összehasonlítva, hat év alatt a sütéshez, főzéshez kizárólag állati zsiradékot használók aránya 38%-kal csökkent.

Az ELEF adatai azt mutatják, hogy a lakosság 62%-a csak növényi zsiradékkal főz, harmaduk vegyesen használ állati és növényi zsiradékot is, és mindössze 6%-uk főz csak állati zsírral. Ez persze nem jelenti azt, hogy a lakosoknak mindössze közel negytizedének az évtrendjében szerepel zsír, hiszen a táplálkozással a húsokban, felvágottakban, sajtokban, egyéb tejtermékekben rejlő zsírt is magához veszi az, aki ezeket nem zárja ki az évtrendjéből.

Itt is megmutatkozik a nők egészségtudatosabb magatartása, mert míg a férfiak szerint 59%-uk csak növényi eredetű zsiradékot használ, addig ez az érték a nők esetében több mint 64%. A férfiak szerint mind a kizárólag zsírral, mind pedig a vegyes zsiradékkal főzők aránya kismértékben magasabb, mint azokban a háztartásokban, amelyekről a nők mondanak véleményt.

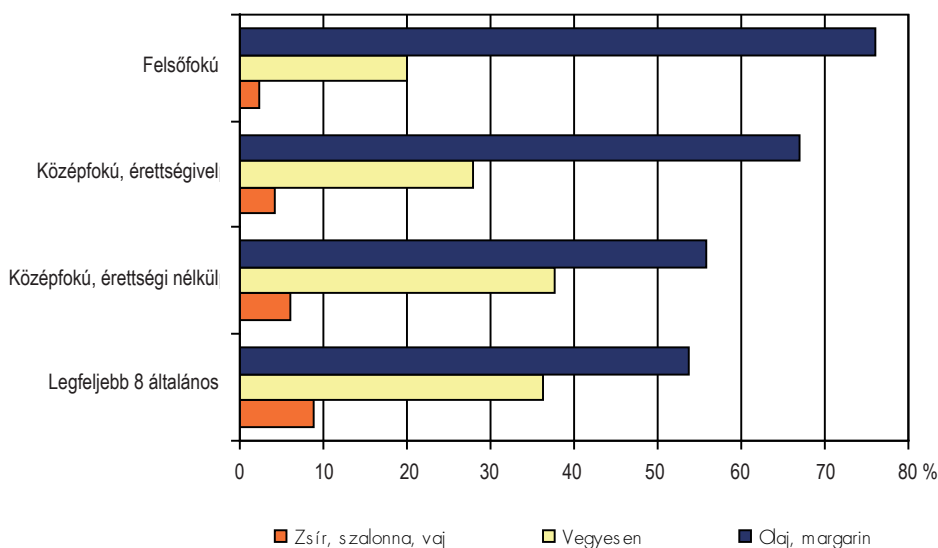
A fiatal felnőttek kétharmada kizárólag növényi zsiradékkal főz, és mind a fiatalabbak, mind pedig az idősebbek között ez az arány alacsonyabb. A legidősebbek ragaszkodnak leginkább a zsírhoz, szalonnához, több mint negytizedük vagy csak ezeket használja sütéshez, főzéshez, vagy növényi zsiradékokkal vegyesen. A legfiatalabb korcsoport körében tapasztalt egyes szokások nem minden esetben az ilyen korúak tudatos magatartásait tükrözik vissza, hanem sokszor a szülők, nagyszülők viselkedésformái is megjelennek bennük. A sütés-főzés kiváltképp ilyen, mivel abban a háztartásban, ahol ők élnek, csak részben határozhatják meg, hogy milyen alapanyagokat használnak. Ennek következménye lehet, hogy az általuk jelzett szokások a növényi zsiradék használatának közelebb állnak a középkorúakéhoz és az idősebbekéhez, mint a fiatal felnőttekéhez. A legfiatalabbak konyháiban elvétve főznek csak állati eredetű zsírral (2%), viszont a leggyakrabban használnak vegyesen olajat is és zsírt is, a háztartások több mint harmada.

Az iskolázottsággal és a szubjektív jövedelmi helyzettel mérhető szociális körülmények lényegesen jobban befolyásolják a zsiradékhasználatot, mint az életkor, különösen az iskolai végzettség mutat erős korrelációt azzal, hogy hogyan főznek-sütnek otthon. A felsőfokú végzettségűek háromnegyede csak olajat, esetleg margarint használ, míg a legfeljebb nyolc osztályt végzetteknek alig több mint a fele.

A gazdasági helyzetben és a lakosság iskolázottságában meglévő különbségek hatása mutatható ki a regionális átlagokban. Közép-Dunántúlon a lakosság közel háromnegyede csak növényi zsiradékot használ, Közép-Magyarországon és a másik két dunántúli területen mintegy kétharmada, és az ország keleti régióiban 50–55%. Azok hányada, akik kizárólag állati eredetű zsírral főznek, 4 és 7% között mozog, vagyis ma már egyetlen régióban sem jellemző a zsír használata.

<sup>56</sup> Az élelmiszer-fogyasztás alakulása, 2008; Statisztikai Tükör, 2010. június; KSH, Budapest, <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/stattukor/elelmfogy/elelmfogy08.pdf>

## A főzéshez, sütéshez használt zsiradék a lakosság iskolai végzettsége szerint, 2009



## Diéta

Az adatgyűjtés során azt is megkérdeztük a felvétel mintájába kerültektől, hogy milyen diétát követnek. A válaszadás egy lista segítségével történt, a válaszadónak ki kellett választani az általa követett étrendet. Ha több ilyen is volt, a legjellemzőbbet kellett bejelölni.

A 15 éves és idősebb népesség több mint negyede speciális étrendet követ.<sup>57</sup> Ennek alapvetően három oka lehetséges:

1. konkrét betegség, vagy a szervezet fokozott érzékenysége, enzimihiánya, ami miatt a vizsgált populáció 14%-a diétázik.<sup>58</sup>
2. testsúlyproblémák vagy az egyén értékítélete szerinti nem megfelelő izom-zsír arány, ami 12%-ot készítet arra, hogy bizonyos tápanyagokból, élelmiszerekből az átlagnál többet vagy kevesebbet fogyasszanak.<sup>59</sup>
3. egyéb szempontok, amelyek leggyakrabban abban nyilvánulnak meg, hogy kiiktatják a húsféléket, állati fehérjéket az étrendből.<sup>60</sup> Ez a magatartás a bevallások szerint a népesség 1%-ára sem jellemző.

A betegség, egyéb egyedi szervi rendellenesség miatt alkalmazottak közül a cukorbetegség étrendje a leggyakoribb, az összes diétázó 18%-a, a vizsgált népesség 5%-a kényszerül ennek követésére. Súly- és testzsírarány-problémák miatt a legtöbben, a diétázók több mint negyede, a célpopuláció 7%-a zsírszegény étrendet tart.

A nők közel harmada, a férfiaknak csaknem negyede követ speciális étrendet. A fent említett mindhárom ok szerint a nők aránya magasabb. Betegség miatt a férfiak 12%-a diétázik, a nők között ez az arány 5 százalékponttal magasabb. Súly- és testzsírarány-problémák kevésbé készítetik a férfiakat is és a nőket is arra, hogy fokozottan figyelemmel válogassák meg, hogy mit esznek, mint a betegségek (11 és 13%). Az adatfelvétel során kérdezett étrendek közül mindössze kettő van, amit az arányokat tekintve több férfi tart, mint nő. Ezek az energiagazdag diéta (3,3 vs. 0,9%) és a cukorbetegké (5,3 vs. 4,9%).

Az életkor előrehaladtával nő a diétázók aránya, főként betegségek miatt. A 15–17 éveseknek 3%-a követ speciális étrendet valamilyen konkrét rendellenességből eredően, a legalább 65 éveseknek már közel negyede. Ezzel párhuzamosan viszont a súly- és izom-zsír arányok

<sup>57</sup> Ennek a viszonylag magas arálynak oka lehet a sajátos kérdésfeltevés is, azaz hogy a válaszlehetőségek között csak a legutolsó helyen szerepelt a „semmilyen étrendet sem követ”. Az emberek egy része feltehetően akkor is besorolta magát valamelyik diétás csoportba, ha egyelőre csak szándékában állt vagy kísérletet tett valamelyik diétára.

<sup>58</sup> Cukorbetegség diétája, sószegény, fehérjeszegény, epekímélő, gyomorkímélő, rostús, lisztérzékeny diéta, tejérzékeny diéta.

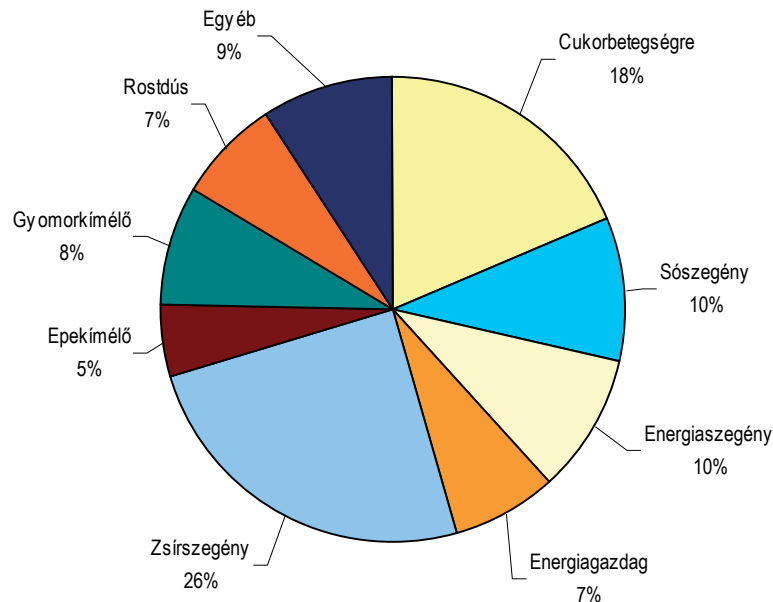
<sup>59</sup> Energiaszegény, energiagazdag, fehérjegyazdag, zsírszegény.

<sup>60</sup> Vegetáriánus, vegán, lakto-ovo vegetáriánus, szemivegetáriánus.

okán alig változik a diétázók hányada. A legfiatalabbak közel egytizede, az idősebbek 12–13%-a fogyaszt kalóriaszegény, kalóriadús vagy zsírszegény étrendet. A cukorbetegség diétáját tartók aránya 1%-ról 12%-ra emelkedik az alkalmazott korcsoportok mentén, a zsírszegény étrendet követőké pedig 4-ről 10%-ra.

7. ábra

**A diétázók megoszlása az étrend fajtája szerint, 2009**



A társadalmi jellemzők közül a szubjektív jövedelmi viszonyok nem, viszont az iskolázottság meghatározó. A legfeljebb 8 osztályt jártaknak és az érettségi nélküli középfokú végzettséggel rendelkezőknek mintegy negyede és a felsőfokú végzettségűeknek több mint harmada diétázik. A felsőfokú végzettségűek 17%-a betegség miatt követ egyedi étrendet, míg az alsó- és középfokú végzettségűeknek 13–14%-a. Súly- és testzsír-izom arány miatt a legfeljebb érettségi nélküli középfokú végzettségűek 9%-a diétázik, az érettségizetteknek 15 és a felsőfokú végzettségűek 18%-a. A zsírszegény étrendet tartók hányada az iskolázottsággal 5-ről 11%-ra nő. Az általános tendenciákkal szemben a magasabb szintű iskolázottsággal a cukorbetegség miatt diétázók alacsonyabb aránya jár együtt. Az alkalmazott kategóriák szerint a legkevésbé iskolázottak 7, a felsőfokú végzettségűek 3%-a követi a diabéteszesek étrendjét. Emögött az áll, hogy a cukorbetegség kockázata az életkor előrehaladtával nagyon erőteljesen emelkedik, és az idősebbek átlagos iskolázottsága alacsonyabb, mint a fiatalabbaké.

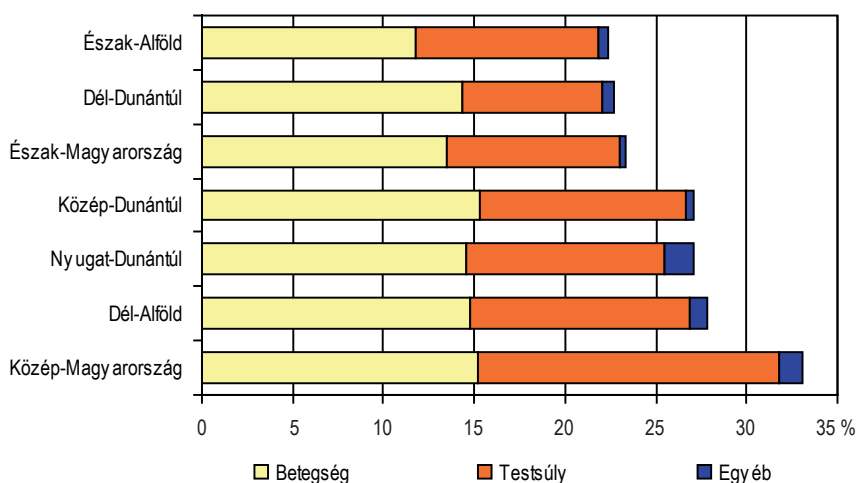
A diétázók aránya régióként 22–33%-os intervallumban mozog. A speciális étrendet követők területi hányadai alapvetően a gazdasági helyzettel és a lakosság általános iskolázottsági szintjével függ össze. A betegség miatt diétázók aránya kisebb területi különbségeket mutat, mint a testsúly, illetve az izom-zsír arány módosítása érdekében kúrázók. Az előbbi 12–15% közötti értékeket vesz fel, az utóbbi 10–17%-ot.

A legtöbben Közép-Magyarországon tartanak speciális étrendet, ami a testarányok megváltoztatását célzó diétát követők magas aránya okozza. Dél-Alföldön, valamint Nyugat- és Közép-Dunántúlon az étkezési megkötésekkel élők ok szerinti megoszlása nagyon hasonló. A lakosság az északkeleti régiókban és Dél-Dunántúlon diétázik a legritkábban, ami főként a testsúly, illetve zsír-izom arányok szabályozása érdekében diétát tartók alacsony arányából adódik, mivel a betegség miatt speciális étrendet követők hányada ezeken a földrajzi területeken is megközelíti a 15%-ot. Cukorbetegség miatti étrend szerint Észak-Magyarországon és Közép-Dunántúlon táplálkoznak a legtöbben, Észak-Alföldön és Közép-Magyarországon

pedig a legkevesebben. Közép-Magyarországon kiugróan sokan tartanak zsírszegény diétát, a lakosságnak több mint 9%-a, míg Dél-Dunántúlon és Észak-Magyarországon a legkevesebben, alig 4%-a.

8. ábra

**A diétázók régiónkénti aránya a diéta oka szerint, 2009**



Az ELEF és a 2003. évi OLEF adatait összevetve megállapítható, hogy a betegség miatt diétázók gyakorisága az eltelt hat év alatt 17%-kal nőtt, a testarányok megváltoztatása érdekében vagy egyéb okok miatt kúrázók aránya viszont nem változott. Talán ezzel is magyarázható, hogy a két felmérés közötti időszakban a túlsúlyosak vagy elhízottak aránya jelentős mértékben megnőtt. Ez összhangban van azzal az eredménnyel is, hogy a legtöbb ételmiszerből az utóbbi időben gyakrabban fogyasztunk, mint hat évvel korábban.

Összefoglalva a fentieket megállapítható, hogy a lakosság táplálkozási szokásait az életkor, az iskolázottsággal együttjáró tájékozottság és a szubjektív jövedelmi viszonyok együttesen határozzák meg.

## Testmozgás

A testmozgás a preventív egészség-magatartási tényezők közé tartozik, azaz a rendszeres fizikai aktivitás csökkenti bizonyos betegségek bekövetkeztének kockázatát. A testmozgás hiánya becslések szerint csaknem 2 millió halálesethez vezet évente a világban.

A fizikai inaktivitás hozzájárulhat többek között a szívkoszorúér-betegség, a stroke, vagy a 2-es típusú cukorbetegség kialakulásához. A megfelelő mértékű testmozgás csökkentheti a daganatos betegségek kialakulását, különösen egyes kiemelt daganatfajták, mint a vastagbél- vagy az emlőrák esetében. A fizikai aktivitás ugyancsak fontos lehet a megfelelő csontsűrűség fenntartásában, a csontritkulás megelőzésében. A fizikai jóllét mellett a testmozgás a mentális egészség fenntartásában is nagy szerepet játszik.

A testmozgás hiánya természetesen hozzájárulhat a túlsúlyossághoz is. A már kialakult súlyfelesleg leküzdésében ezért a diéta mellett a mozgásnak is nagy szerep juthat.

Az ELEF kérdőíve a WHO ajánlása alapján három fajtájú testmozgásra kérdezett rá: a legalább 10 percen át tartó intenzív és a mérsékelt testmozgásra, illetve a gyaloglásra. Az eredmények szerint, ezeket a testmozgástípusokat külön-külön vizsgálva, a felnőtt magyar lakosság fele egyáltalán nem végez intenzív testmozgást, harmada mérsékelt testmozgást, ötöde pedig nem gyalogol egyfolytában még napi tíz percen keresztül sem.

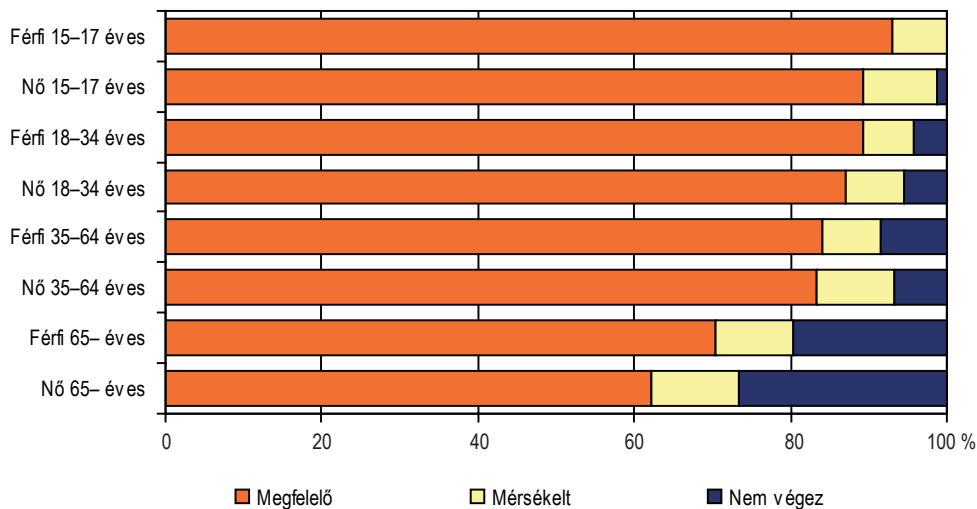
A WHO definíciói alapján a három testmozgásfajta kombinációjából kirajzolódik egy kissé árnyaltabb kép. Eszerint megfelelő fizikai aktivitást végez az a személy, akinek esetében az intenzív testmozgásra fordított heti időtartam kétszerese, valamint a gyaloglásra és a mérsékelt testmozgásra

fordított heti időtartam összege legalább 150 perc; mérsékelt testmozgást végez az, akinél az említett időtartam ennél kevesebb; egyáltalán nem mozog az, akinél az időtartam egyenlő nullával.

Ezek a határok nem tekinthetők túl szigorúnak, és mivel nemcsak a szabadidős sporttevékenységet, hanem a munkavégzéssel járó fizikai aktivitást is figyelembe kell venni, így nem meglepő, hogy a lakosság jelentős hányada saját bevallása alapján megfelelő mennyiségű testmozgást végez. A férfiak körében valamivel magasabb ez az arány, s az is természetesnek tekinthető, hogy az életkor előrehaladtával mindkét nem esetében csökken a fizikai aktivitás mértéke: míg a legfiatalabb (15–17 éves) korosztályban gyakorlatilag nincs olyan, aki legalább mérsékelt testmozgást ne végezne, a 65 év felettiiek esetében már a férfiak ötöde és a nők negyede egyáltalán nem mozog folyamatosan napi 10 percen keresztül sem.

9. ábra

**Testmozgás szerinti megoszlás nemek és korcsoportok szerint, 2009**



Az eredmények nagyjából megegyeznek a 2003. évi egészségfelmérés adataival, szignifikáns különbség csupán a nők esetében mutatható ki: mindhárom összehasonlítható korosztályban (18–34, 35–64, 65+) kismértékben ugyan, de emelkedett a testmozgást egyáltalán nem végzők aránya, a legnagyobb mértékben (5 százalékponttal) az idős nők esetében.

Ha a területi jellemzőket vizsgáljuk, akkor megállapítható, hogy a legkevesebben Észak-Magyarországon, míg legtöbben a Közép-Dunántúlon végeznek megfelelő mértékű testmozgást. A területi eltérés a férfiaknál nem számottevő, ugyanakkor a nők esetében már jelentős a különbség: míg Észak-Magyarországon a nők 68, addig Közép-Dunántúlon 87%-uk végez elegendő fizikai aktivitást. Megjegyzendő, hogy mivel a munkavégzéssel összefüggő testmozgás is beleszámít a vizsgált fizikai aktivitási mutatóba, a területi különbségeket magyarázhatja a régiók eltérő aktivitási rátája is.

3. tábla

**A megfelelő mértékű testmozgást végzők aránya régióként, 2009**

Régió	Férfi (%)	Nő (%)	Együtt (%)
Közép-Magyarország	80,5	79,9	81,0
Közép-Dunántúl	88,9	86,3	88,4
Nyugat-Dunántúl	85,4	79,4	82,8
Dél-Dunántúl	90,0	84,5	87,7
Észak-Magyarország	80,1	67,9	73,6
Észak-Alföld	82,1	76,8	79,4
Dél-Alföld	82,7	78,4	80,4
<b>Összesen</b>	<b>83,4</b>	<b>78,9</b>	<b>81,4</b>

## Testsúly

Az átlagosnál magasabb testsúly kiemelkedő egészségi kockázati tényező. A túlsúly többek között emeli a szívkoszorúér-betegségek, az ischaemiás stroke és a cukorbetegség valószínűségét, és növeli egyes daganatos megbetegedések kialakulásának esélyét is. A WHO a kövérséget a világ 10 legjelentősebb egészségi problémája közé sorolta.

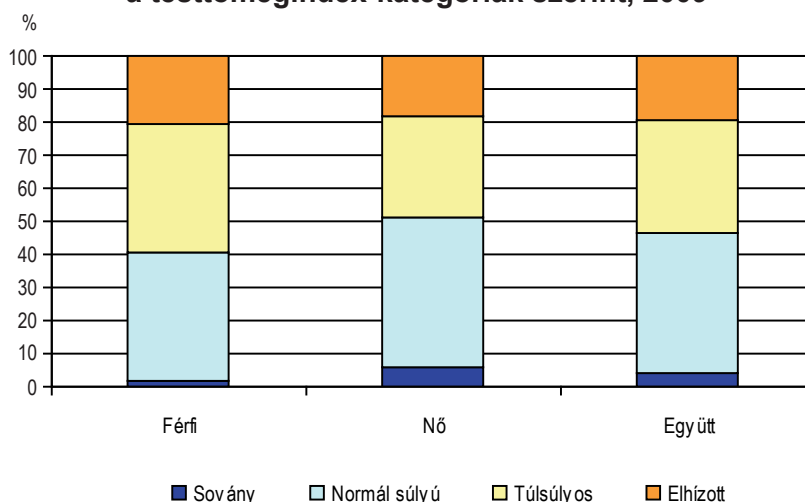
A WHO adatai szerint<sup>61</sup> a világon már több mint egymilliárd a túlsúlyosak és elhízottak száma. Az elhízottak aránya a világ országaiban igen széles terjedelemben mozog: Kínában vagy Japánban például mindössze 5%, ugyanakkor Szamoa városi részeiben 75%.

Az elhízás mértékét az általánosan elfogadott testtömegindex (BMI<sup>62</sup>) segítségével a kilogrammban mért testsúly és a méterben mért testmagasság négyzetének hányadosával állapítottuk meg. 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 szerint a 15 év feletti lakosság több mint felének (53,7%) a kívánatosnál magasabb a testsúlya, minden ötödik felnőtt pedig egyenesen elhízott. Ez azt jelenti, hogy összességében csaknem 4,5 millió felnőttnek lenne érdemes elkezdni fogyókúrázni hazánkban. Az önbevalláson alapuló értékek szerint a nők körében valamivel kevesebb az elhízottak, illetve a túlsúlyosak aránya, mindkét kategóriában a férfiak vezetnek.

10. ábra

**A 15 éves és idősebb lakosság megoszlása a testtömegindex-kategóriák szerint, 2009**



A korcsoportos vizsgálatok alapján jól látható, hogy a férfiak elhízása viszonylag fiatal életkorban kezdődik: a 18–34 évesek körében a túlsúlyos férfiak aránya mintegy kétszerese a nőkének. Figyelemre méltó ugyanakkor, hogy míg a fiatal nők közül csak minden ötödik számít túlsúlyosnak vagy elhízottnak, a középkorúaknak már több mint fele, és a legidősebb korosztályba tartozóknak kétharmada. A férfiaknál nincs ilyen jelentős eltérés az életkori csoportok között: a középkorúak és az idősek egyaránt több mint kétharmadának fogynia kellene az ideális alak elérése érdekében. Fontos kiemelnünk még azt is, hogy a 18–34 év közötti nők több mint tizede kimondottan soványnak számít, ugyanakkor mégiscsak ez az a csoport, ahol a legmagasabb a normál súlyúak aránya (több mint kétharmad).

<sup>61</sup> Obesity and overweight: fact sheets. WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health; WHO 2003.

<sup>62</sup> Body Mass Index. Értékei alapján a következő kategóriákat képezhetjük: túlzott soványság: < 18,5; normál testsúly: 18,5–24,99; túlsúlyos: 25–29,99; elhízott: ≥ 30.

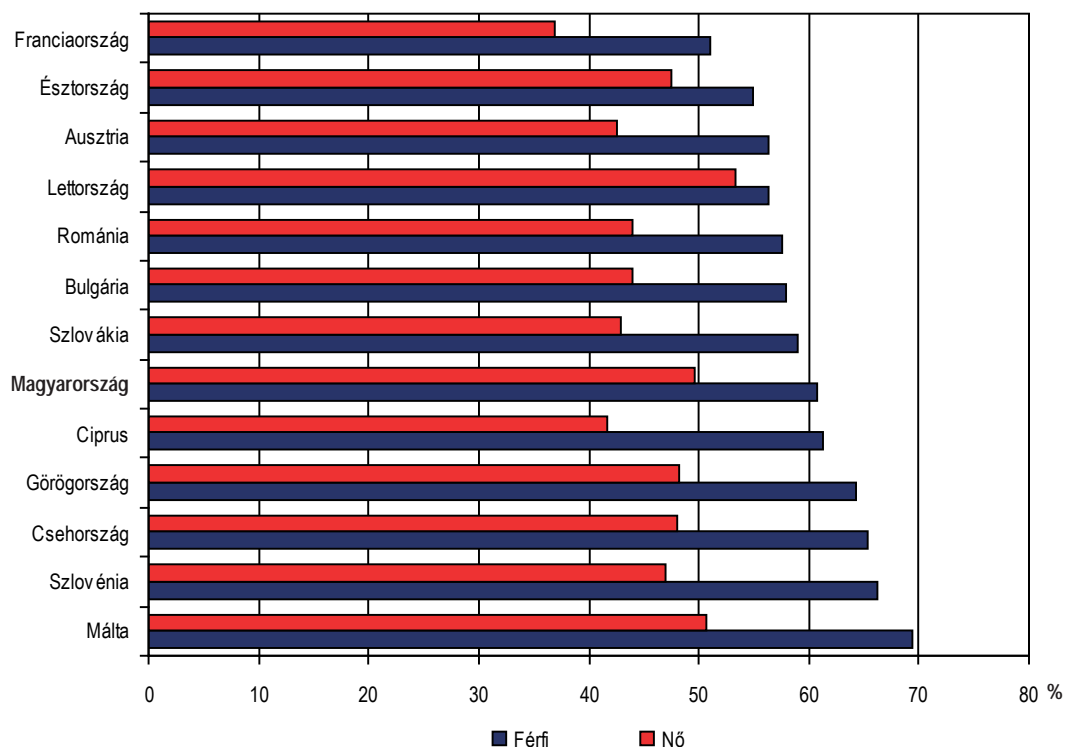
**A 15 éves és idősebb lakosság megoszlása a testtömegindex-kategóriák szerint nemenként és korcsoportonként, 2009**

BMI-kategória	Férfi					Nő				
	15–17 éves	18–34 éves	35–64 éves	65 éves és idősebb	Összesen	15–17 éves	18–34 éves	35–64 éves	65 éves és idősebb	Összesen
Sovány	18,0	3,0	0,6	1,4	2,0	31,7	11,3	3,0	1,9	5,7
Normál súlyú	68,6	55,9	29,6	28,9	38,7	56,9	67,4	39,8	32,1	45,5
Túlsúlyos	13,3	29,8	45,0	39,8	38,6	8,3	14,9	34,2	42,1	30,4
Elhízott	0,0	11,3	24,8	30,0	20,8	3,1	6,4	23,1	23,8	18,4

Az előző egészségfelmérések (OLEF2000, OLEF2003) adataival való összevetés az azonos korösszetételű – 18 éves és idősebb – populációban azt mutatja, hogy a férfiak körében a fiataloknál nem figyelhető meg lényeges változás 2000 óta, ugyanakkor a középkorúaknál és az időseknél egyaránt nőtt a túlsúlyosak és elhízottak együttes aránya. A nők körében csak a legidősebbek esetében beszélhetünk számottevő emelkedésről.

A nemzetközi összehasonlítás a jelenleg tizenhárom országból rendelkezésre álló EHIS- adatok<sup>63</sup> alapján azt mutatja, hogy Magyarország a mezőny első felében szerepel: összességében az ötödik helyen áll Málta, Szlovénia, Csehország és Görögország mögött. A nők Lettország és Málta mögött a második, a férfiak pedig Málta, Szlovénia, Csehország, Görögország és Ciprus után a hatodik helyen szerepelnek a túlsúlyosak és elhízottak együttes arányát tekintve. Mindkét nem esetében Franciaország tekinthető a legkarcsúbb nemzetnek, náluk a 18 éves és idősebb nők alig több mint harmada, a férfiaknak fele súlyosabb a keltetésénél, szemben a magyar nők felével és a magyar férfiak 61%-ával.

**A túlsúlyosak és elhízottak együttes aránya a 18 évesek és idősebbek körében, 2009**



<sup>63</sup> [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database) Letöltve: 2011. április 15.

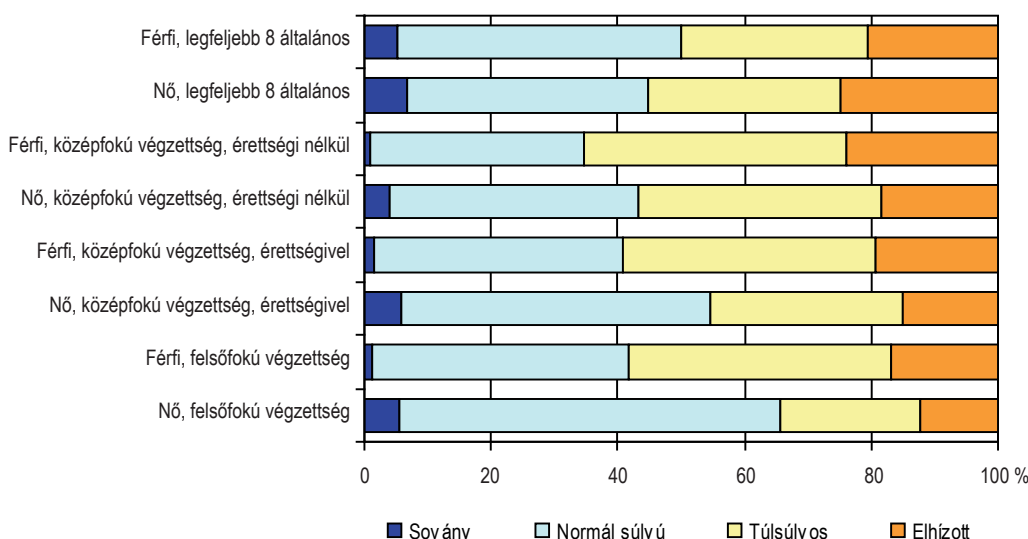


**A túlsúlyosak és elhízottak együttes aránya nemenként és korcsoportonként, 2009**

Év	Férfi				Nő			
	18–34 éves	35–64 éves	65 éves és idősebb	összesen	18–34 éves	35–64 éves	65 éves és idősebb	összesen
2000	42,0	64,8	61,3	56,5	22,5	56,4	59,4	47,0
2003	42,1	66,1	68,7	58,3	22,4	57,3	61,1	47,8
2009	41,1	69,8	69,8	59,4	21,3	57,3	65,9	48,8

Az iskolai végzettség a két nem esetében nem egyforma hatást gyakorol a testtömegre. A nőknél egyértelmű összefüggés figyelhető meg: minél iskolázottabb valaki, annál valószínűbb, hogy nem tartozik a súlyfelesleggel küszködők közé. A férfiaknál viszont a legalacsonyabb végzettségűek között a legmagasabb a normál testtömegűek aránya.

**A lakosság testtömegindex-kategóriáinkénti megoszlása iskolai végzettség szerint, 2009**



A régiók közötti összehasonlításból kiderül, hogy szó szerint Dél-Alföldön és Észak-Magyarországon a legsúlyosabb a helyzet, mivel a felesleges kilókkal küzdők aránya itt a legmagasabb, ugyanakkor Közép-Magyarországon „csak” minden második 15 év feletti lakosnak okozhat kellemetlen élményeket a mérlegre lépés. Ha csupán a legnagyobb problémát jelentő elhízott kategóriát vizsgáljuk, akkor a Közép-Dunántúlon élők vannak a legjobb helyzetben, őket követik a közép-magyarországiak, míg Észak-Magyarország kerül a lista másik végére, ahol csaknem a lakosság negyede elhízottnak számít saját bevallása szerint. A területi különbség inkább a nőknél jelentkezik, náluk ugyanis több mint 10 százalékpontos különbség figyelhető meg Közép-Magyarország és Észak-Magyarország között, míg a férfiaknál kiegyensúlyozottabb az eloszlás.

**Túlsúlyosak és elhízottak aránya régiók szerinti bontásban, 2009**

Régió	Túlsúlyos	Elhízott	Túlsúlyos és elhízott együtt (%)
Közép-Magyarország	32,1	18,2	50,3
Közép-Dunántúl	35,5	16,4	51,9
Nyugat-Dunántúl	35,7	19,3	54,8
Dél-Dunántúl	34,6	18,8	53,4
Észak-Magyarország	33,8	23,1	56,9
Észak-Alföld	35,4	20,1	55,5
Dél-Alföld	35,6	21,9	57,5
<b>Összesen</b>	<b>34,2</b>	<b>19,5</b>	<b>53,7</b>

## Az önbevalláson alapuló (vélt) és a mért testtömegindex viszonya

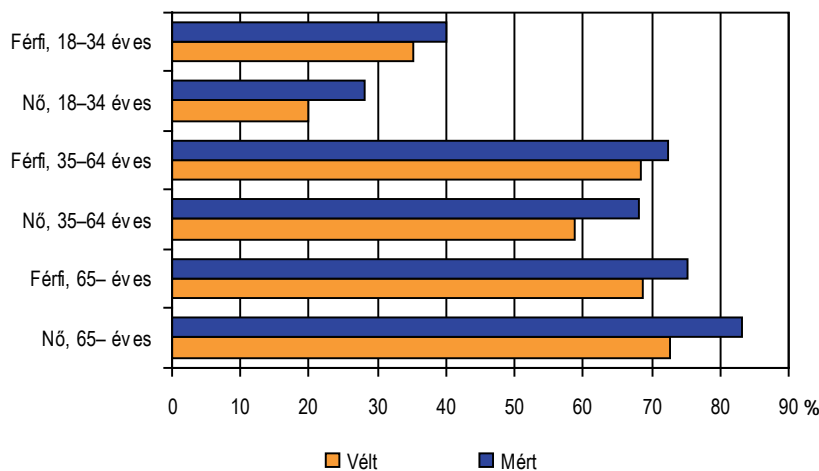
Az elhízás előfordulásával kapcsolatban közölt eredmények mérésen vagy önbevalláson alapulhatnak, azonban a különböző módszerek megnehezítik egyrészt a hosszú távú utánkövetést, másrészt az egyes országok összehasonlítását. Mindez magyarázatul szolgál arra a jelenségre, hogy sokszor egyazon populációra vonatkozóan is igen eltérő adatokat találunk. Magyarországon a tápláltsági állapot populációs szintű becslése önbevallás, illetve mérések alapján eddig két-két alkalommal történt, de különböző időpontokban. Az OTÁP2009 vizsgálatban azonban lehetőség nyílt az ELEF egy almintáján ugyanazon személy önbevallással (vélt), illetve méréssel nyert testtömegindexét (BMI) meghatározni és ezek alapján az önbevallásos módszer megbízhatóságát megbecsülni (a mérés nem az összes ELEF-résztevő esetében, hanem csak egy almintán valósult meg). Az ELEF 430 településről 7000 főben meghatározott mintájából az OTÁP2009 almintájába 120 település került kiválasztásra, 3356 fővel, a megvalósulási arány 35%-os volt.

A túlsúly és az elhízás gyakorisága a vizsgált almintába került férfiak esetében a vélt értékek alapján 58, míg a mérések szerint 63%. A nőknél ezzel szemben jelentősebb különbség mutatható ki a két módszerrel gyűjtött értékek között: a bemondott 51%-kal szemben valójában a hölgyek 61%-ánál érte el a testtömegindex a kritikus értéket.

Megállapítható, hogy a szubjektív megítélés alapján többen gondolták magukat soványnak ( $BMI < 18 \text{ kg/m}^2$ ), mint ahogy azt a mérési adatok igazolták, de a sovány felnőttek prevalenciája 5% alatti mindkét módszerrel mindkét nem esetében.

13. ábra

**A túlsúly és elhízás ( $BMI > 25$ ) prevalenciája a vélt és a mért értékek alapján, 2009**



A nők minden korcsoportjában a vélt és a mért értékek között a férfiakkal összehasonlítva nagyobb különbségek figyelhetők meg a túlsúly és elhízás gyakoriságában. Mindkét nemre igaz, hogy a vélt és a mért értékek közötti különbség a legidősebb, 65 év feletti korosztályban a legnagyobb. A két módszerrel nyert túlsúly és elhízás prevalenciák eltérése az idős nőknél a legnagyobb (69% vs. 83%).

Az eredmények alapján levonható az a következtetés, hogy a túlsúly és az elhízás gyakorisága a felnőtt lakosság körében alulbecsült. Nemenként és különböző korcsoportokban ennek mértéke eltérő. Ez is indokolja, hogy a felnőtt lakosság tápláltsági állapot vizsgálata legalább 5 évenként mérésre alapozva történjen.

## Alkoholfogyasztás

Az alkoholfogyasztásról elsőként általában annak káros volta jut eszünkbe. Valóban, a túlzott mértékű alkoholfogyasztás számos negatív hatást fejthet ki az egészségre: hozzájárulhat a májcirrózis, a stroke, a szájüregi, a nyelőcső- és az emlőrák kialakulásához, de a terhesség alatti alkoholfogyasztás születési rendellenességekhez is vezethet. A betegségek kialakulásában játszott szerepe mellett az alkoholfogyasztás hozzájárulhat közúti balesetek bekövetkezéséhez, sérüléseket vagy akár halált okozva. Ugyancsak nem elhanyagolható szempont az a lelki teher sem, amit például valamely családtag italozása vált ki.

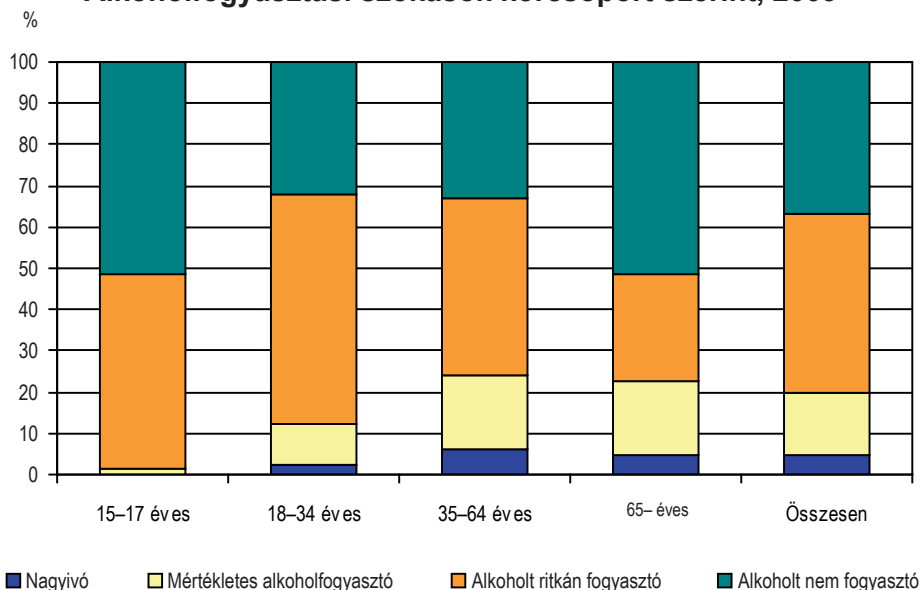
A mortalitási adatok elemzése szerint Magyarországon 1999-ben az összhalálozás 13%-áért, az idő előtti halálozás 21%-áért, a 35–64 év közötti férfiak halálozásának 27%-áért a túlzott alkoholfogyasztás volt a felelős.<sup>64</sup>

Ugyanakkor a mértékletes szeszesital-fogyasztás tudományos bizonyítékok szerint csökkenti a szív-, érrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát az absztinensekhez és a nagyivókhoz viszonyítva.

A felmérés során a téma érzékenysége miatt önkitöltős kérdőív segítségével jutottunk az alkoholfogyasztással kapcsolatos adatokhoz. Az önbevalláson alapuló adatok elemzése szerint a felnőtt lakosságon belül a nagyivók<sup>65</sup> aránya az 5%-ot sem éri el, és a nők közül csupán minden századik, a férfiak esetében viszont minden tizenkettedik a mértékletességet meghaladónan fogyaszt szeszesitalt. Még e visszafogott becslések alapján is csaknem négyszázezer embert érint a problémás ivás hazánkban.

14. ábra

Alkoholfogyasztási szokások korcsoport szerint, 2009



A nők fele, a férfiak csaknem negyede állította magáról, hogy egyáltalán nem fogyaszt alkoholos italokat. A nagyivók legmagasabb arányban a középkorú férfiak között található, több mint tizedükre, azaz több mint kétszázezer a 35–64 év közötti korosztályba tartozó férfira jellemző. Az absztinensek, nem meglepő módon, az idős nők körében fordulnak elő leggyakrabban, kétharmaduk nyilatkozott így.

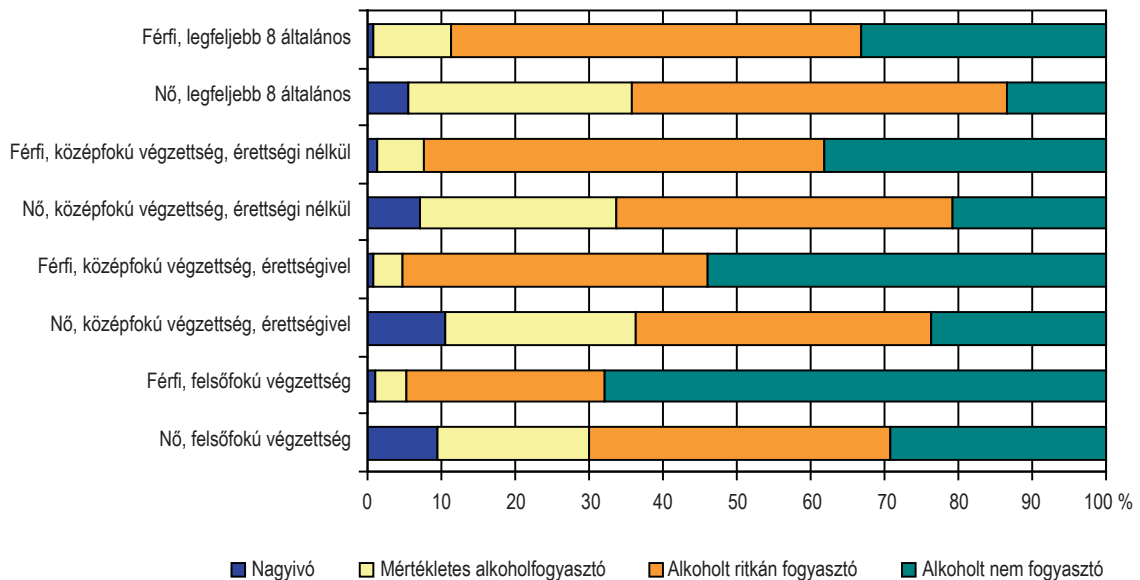
<sup>64</sup> Józán Péter: Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970–1999. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2003

<sup>65</sup> Nagyivónak neveztük azokat a nőket, akik a kérdézt megjelölt 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 italnak, 1 dl bor 0,5 italnak és 0,1 dl rövidital 0,2 italnak számít. A szakirodalomban „binge drinking”-nek nevezett jelenség (egy alkalommal nagy mennyiségű alkohol fogyasztása) kiemelkedő jelentősége miatt nagyivónak neveztük azokat is, akik egy alkalommal 6 vagy több italt fogyasztanak. Mértékletes 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. Absztinensnek neveztük azokat, akik saját bevallásuk szerint egyáltalán nem szoktak alkoholtartalmú italokat inni.

Az iskolai végzettség is befolyásolja az alkoholfogyasztási szokásokat. A felsőfokú végzettségűek között a legalacsonyabb az absztinensek és a legmagasabb a mértékletes alkoholfogyasztók aránya mindkét nem esetében, a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzetek viszont saját bevallásuk szerint igen magas arányban soha nem fogyasztanak alkoholtartalmú italt (az ebbe a képzettségi kategóriába tartozó férfiak több mint negyede, míg a nők kétharmada állította ezt magáról).

15. ábra

**Alkoholfogyasztási szokások nemek és iskolai végzettség szerint, 2009**



Ha régiók szerint vizsgáljuk az adatokat, akkor kitűnik, hogy az egészséget negatívan befolyásoló túlzott alkoholfogyasztás leginkább a Dél-Dunántúlt jellemzi, és Észak-Magyarországon, illetve Észak-Alföldön a legalacsonyabb a gyakorisága, míg az egészségre jótékony hatást kifejtő mértékletes ivás legmagasabb arányban a Nyugat-Dunántúlon fordul elő. A legtöbb absztinens Észak-Magyarországon él, ami bizonyára összefüggésben van a népesség demográfiai és társadalmi-gazdasági összetételével.

7. tábla

**Alkoholfogyasztási szokások régiók szerint, 2009**

Régió	Nagyivó	Mértékletes ivó	Alkalmi ivó	Absztinens
Közép-Magyarország	5,1	16,1	46,6	32,2
Közép-Dunántúl	6,0	15,0	40,9	38,1
Nyugat-Dunántúl	4,4	19,4	45,1	31,1
Dél-Dunántúl	6,2	15,6	45,1	33,1
Észak-Magyarország	3,0	13,3	38,8	44,9
Észak-Alföld	3,0	12,5	41,6	42,9
Dél-Alföld	4,8	13,5	41,7	40,0
<b>Összesen</b>	<b>4,6</b>	<b>15,1</b>	<b>43,4</b>	<b>37,0</b>

A veszélyes ivás egyik fajtája, amikor egyszerre nagy mennyiségű alkoholt fogyasztanak el. Ennek mértékét orvosszakmai szempontok alapján a hatodik standard italnál<sup>66</sup> húzzák meg, bár nők esetében alacsonyabb határértékkel is szokás számolni az eltérő fiziológiai sajátosságok miatt. A férfiak mintegy felével, a nők több mint negyedével saját bevallása szerint a kérdést megelőző egy évben legalább egyszer előfordult olyan eset, amikor többet ivott ennél a mennyiségnél, sőt a férfiak csaknem ötödével és a nők 7%-ával legalább havonta egyszer megtörténik, hogy kóros mértékben fogyaszt alkoholt.

8. tábla

**Az eseti nagyivás\* (*binge drinking*) gyakorisága  
nemek és korcsoportok szerint, 2009**

Gyakoriság	15–17	18–34	35–64	65–	Összesen
	éves				
<b>Férfi</b>					
Egyszer sem	52,7	46,5	57,0	70,8	55,9
Ritkábban mint havonta	33,6	30,5	25,8	16,2	25,9
Havonta	10,1	15,6	7,9	5,2	9,8
Hetente	3,6	7,1	8,5	6,7	7,7
Naponta vagy majdnem naponta	–	0,3	0,8	1,1	0,7
<b>Nő</b>					
Egyszer sem	59,8	64,7	78,6	80,2	74,2
Ritkábban mint havonta	24,5	25,2	16,1	12,2	18,5
Havonta	11,9	7,1	4,0	4,2	5,2
Hetente	3,7	3,0	1,3	3,4	2,2
Naponta vagy majdnem naponta	–	–	–	–	–

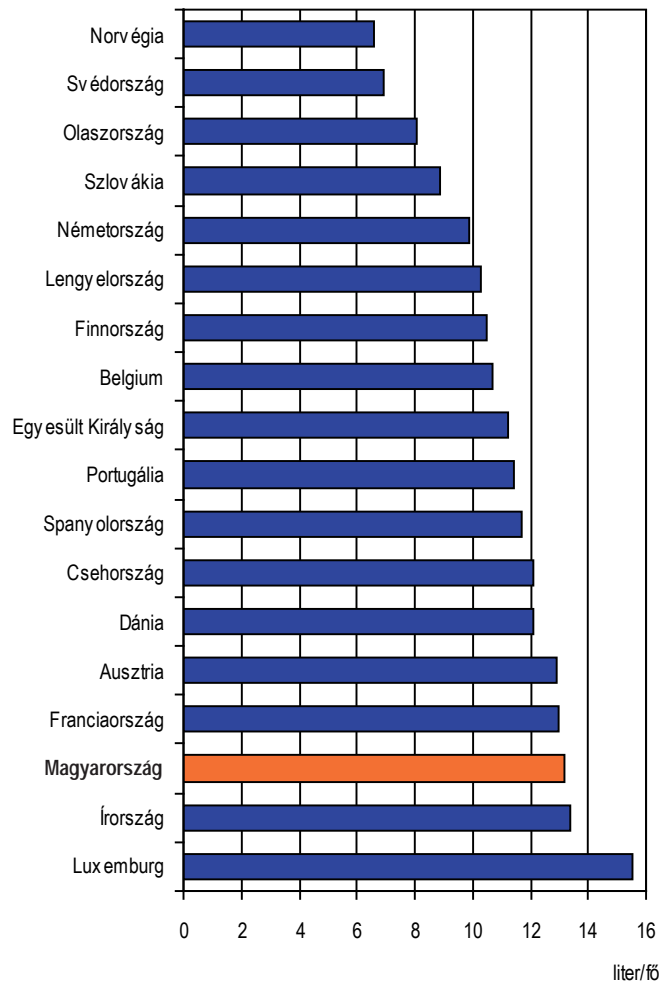
\*Az elmúlt 12 hónapban egy alkalommal 6 vagy annál több alkoholos ital elfogyasztása.

Nemzetközi összehasonlításra csak korlátozott mértékben van lehetőség az alkoholfogyasztás szempontjából. Alkoholfogyasztási típusok szerinti adatok ugyanis jelenleg nem elérhetők, illetve a kategorizálás nem egységes definíció alapján történik a különböző országokban. Mindenesetre érdemes szemügyre venni a rendelkezésre álló adatokat, amelyeket több nemzetközi szervezet (például az OECD vagy a WHO) is megfelelőnek tart az országok összehasonlítására. A leggyakrabban használt mutató az egy főre jutó alkoholfogyasztás tiszta alkoholban kifejezve, kereskedelmi adatokon alapszik, s ezt természetesen nem lehet figyelmen kívül hagyni az értelmezésnél.

Az OECD adatai szerint Magyarország a legtöbb alkoholt fogyasztó európai országok közé tartozik, évente ugyanis 13,2 liter tiszta alkohol jut minden 14 évesnél idősebb lakosra. Ennél csak Írországból és Luxemburgból több a fogyasztás, így valószínűsíthető, hogy az ELEF-ből származó, önbevallásra alapozott adatok konzervatív becslésnek tekinthetők, az alkoholprobléma ténylegesen a lakosság nagyobb hányadát érintheti.

<sup>66</sup> Az ital fajtája szerinti szokásos fogyasztási egység.

### A 15 éves és idősebb lakosság egy főre jutó alkoholfogyasztása, 2007



Forrás: Health at a Glance 2009 – OECD Indicators.

## Dohányzás

A dohányzás, mint az egyik legkiemelkedőbb egészség-magatartási kockázati tényező, számottevően növeli az egyénekre és a társadalomra nehezedő betegségterheket, és jelentősen hozzájárul a halálozások magas számához is: a világon csaknem minden tizedik haláleset a dohányzás számlájára írható. A WHO becslése szerint a 20. században mintegy 100 millió ember halt meg a dohányzás miatt, de a 21. században ez meg is tízszeresződhet.<sup>67</sup>

Magyarországon különösen nagy súlya van a dohányzás okozta halálozásnak: a dohányzásspecifikus standardizált halálozási arányszám 2009-ben több mint kétszerese volt az Európai Unió országaira számított átlagnak (427,8 százalékpont, szemben az EU 209,6 százalékpontos értékével<sup>68</sup>.) Egy korábbi elemzés szerint az ezredforduló környékén a korai (65 éves kor előtt bekövetkező) összhalandóság több mint negyede (a férfiakénak harmada, a nőkének 14%-a) a dohányzásnak volt tulajdonítható; a 35 éves dohányzó férfiak még várható élettartama 7,6 évvel, a nőké 6,3 évvel rövidebb azonos korú, nem dohányzó társaikénál.<sup>69</sup>

A dohányzás bizonyítottan oksági kapcsolatban áll számos daganatos (tüdő-, hólyag-, méhnyak-, nyelöcső-, vese-, gége-, gyomor-, szájüregi, hasnyálmirigy- és leukémia), szív- és

<sup>67</sup> WHO Report on the global tobacco epidemic: the MPOWER package. World Health Organization, Geneva, 2008

<sup>68</sup> WHO Health for All Adatbázis <http://data.euro.who.int/hfad/>

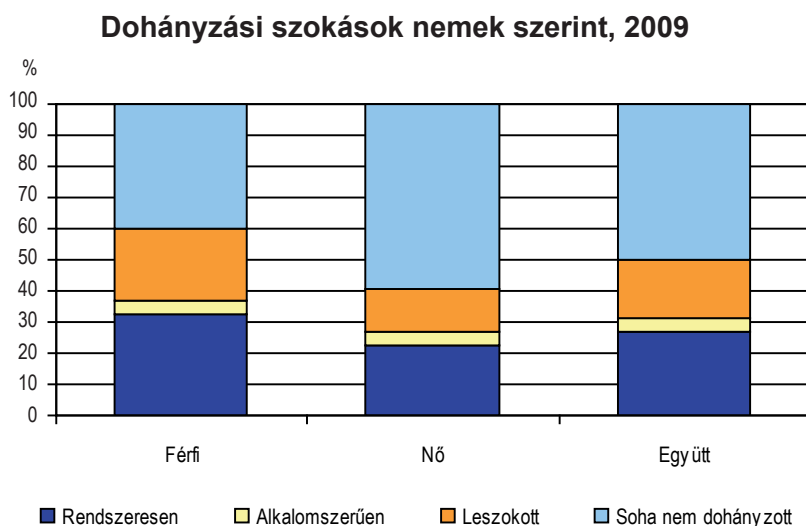
<sup>69</sup> Józán Péter: A dohányzás hatása a halandóságra Magyarországon, 1970–1999. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2002

érrendszeri (hasi ütőértágulat, atherosclerosis, cerebrovaszkuláris és szívkoszorúér-megbetegedések), légzőszervi (krónikus obstruktív tüdőbetegség, tüdőgyulladás, egyéb légúti megbetegedések) betegség kialakulásával.<sup>70</sup>

Mindezek fényében nem ad különösebb optimizmusra okot, hogy a felmérés adatai szerint a 15 éves és idősebb lakosság csaknem harmada, összességében több mint 2,5 millió ember dohányzik, többségük napi rendszerességgel. Mellettük még további másfél millióan vannak azok, akik valaha dohányoztak, de már leszoktak, tehát összességében négy millió felnőtt volt/van személyesen a dohányzás által érintve (nem számítva a passzív dohányosokat).

A két nem között jelentős az eltérés: a férfiak körében 10 százalékponttal magasabb a dohányosok aránya a nők esetében megfigyelhetőnél.

17. ábra



Már a legfiatalabb (15–17 év közötti) korcsoportban is jelentős a rendszeres dohányosok aránya, bár a felnőtt népességhez viszonyítva még viszonylag alacsony: a fiúk közel egynegyede, a lányok közül minden tizedik tartozik ebbe a kategóriába. A 64 év felettek közül már szintén kevesebben dohányoznak, ugyanakkor – különösen a férfiak esetében – magas a dohányzásról leszokottak aránya, tehát el lehet mondani, hogy élete során ennek a korosztálynak is jelentős része került közvetlen kapcsolatba a különböző dohánytermékekkel, elsősorban a cigarettával. A 18–34, illetve a 35–64 évesek korcsoportjaiban mindkét nem esetében elmondható, hogy nincs lényeges eltérés a rendszeres dohányosok arányát illetően: a férfiak több mint harmada, a nők több mint negyede dohányzik minden nap.

Az előző felmérések eredményeivel összehasonlítva azt tapasztalhatjuk, hogy összességében alacsonyabb lett a dohányzók aránya. A legfiatalabb korosztály esetében mindkét nemnél számottevő csökkenés figyelhető meg a rendszeres dohányzók arányát illetően, a középkorú férfiaknál kismértékű javulás tapasztalható, a középkorú nőknél és az időseknél viszont nem beszélhetünk pozitív változásról. A dohányzási epidémia elmélet szerint<sup>73</sup> a különböző országok az epidémia (amely a két nem esetében eltérő mintázatot mutat) különböző szakaszán tartanak, a dohányzás csúcsprevalenciáját három–négy évtizeddel követi a dohányzással összefüggő halálozási értékek csúcsa. Elképzelhető, hogy ezek alapján Magyarországon megkezdődött egy mérsékelt szakasz a dohányzás gyakoriságában.

A rendszeresen dohányzók arányának csökkenésénél is nagyobb eredmény a naponta elszívott cigaretta mennyiségének visszaesése. 1994-ben a dohányzók több mint fele 20 vagy annál is több szál cigarettát szívott el minden nap, a férfiak kétharmada, a nők 43%-a volt erős dohányos. 15 évvel később a férfiaknál 46, a nőknél 24%-ra csökkent ez az arány az összehasonlítható korcsoportban (15–64 évesek).

<sup>70</sup> 2004 Surgeon General's Report—The Health Consequences of Smoking [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/2004/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/index.htm)

<sup>71</sup> Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; 3: 242-247

## A rendszeresen dohányzók aránya korcsoportok szerint, 2009

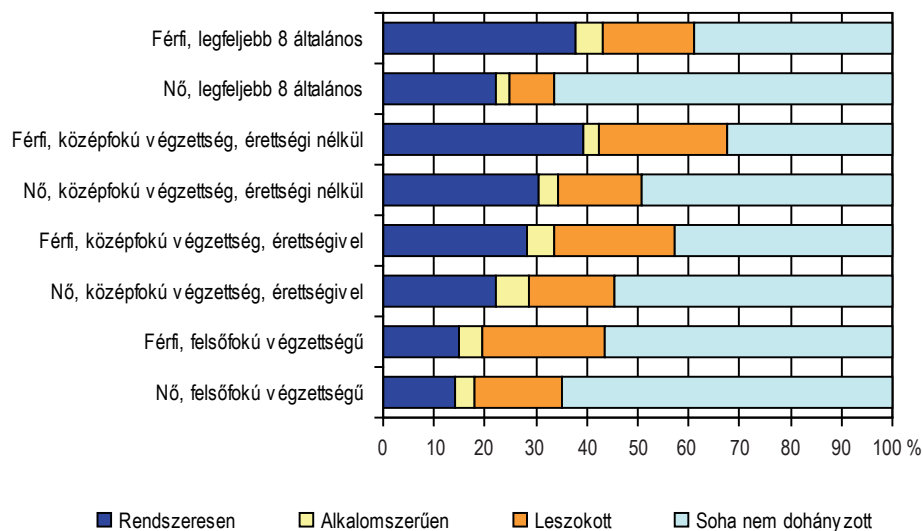
(%)

Év	Férfi				Nő			
	18–34	35–64	65–	Összesen	18–34	35–64	65–	Összesen
	éves				éves			
2000	44,4	41,0	13,7	38,2	29,0	28,2	3,4	23,0
2003	43,1	39,0	15,9	37,1	32,5	28,5	5,3	24,6
2009	36,3	36,4	14,1	32,7	25,6	28,8	7,0	22,6

Iskolai végzettség szerint vizsgálva megállapítható, hogy a képzettségi szint növekedésével nem lineáris, hanem J-alakú görbén írható le a dohányosok aránya, azaz nem a legalacsonyabb végzettségűek (legfeljebb 8 általános iskolai osztályt befejezett) cigarettáznak a legnagyobb arányban, hanem a szakmunkások. A felsőfokú végzettség mindenképpen fokozott védettséget jelent e káros szenvedéllyel szemben, mindkét nem esetében náluk a legalacsonyabb a rendszeres dohányosok aránya, sőt, a férfiaknál a soha nem dohányzók aránya is a legiskolázottabbak között a legmagasabb (a nőknél a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzeteknél.)

18. ábra

## Dohányzási szokások nemek és iskolai végzettség szerint, 2009



Ha régiónkénti összehasonlítást végzünk, akkor megfigyelhető némi eltérés az ország különböző területei között. Hangsúlyozni kell azonban, hogy egyszerű keresztábrák értékeléséről lévén szó, ez önmagában még nem mutat ok-okozati összefüggést, hiszen lehetséges, hogy a régiók lakosságának eltérő nemi, korcsoportos, iskolai végzettség, anyagi helyzet stb. szerinti összetétele szolgál magyarázatul az eltérésekre. Az eredmények szerint a rendszeres és alkalmi dohányosok együttes aránya Dél-Dunántúlon a legmagasabb, több mint a lakosság harmada, míg Közép- és Nyugat-Dunántúlon a legalacsonyabb: 28–29%. Hasonló eredményre jutunk akkor is, ha csak a napi rendszerességgel dohányzókat vizsgáljuk: Dél-Dunántúlon a lakosság harmada fújja a füstöt minden nap, Közép- és Nyugat-Dunántúlon, illetve Dél-Alföldön viszont csak egynegyedük.

Említésre méltó különbség látszik a Közép-Magyarország régió dohányzási szokásaiban a többi területhez viszonyítva. Miközben viszonylag magas a dohányosok aránya, a naponta dohányzóké jelentősen alacsonyabb, mint a dél-dunántúli vagy az észak-magyarországi lakosság körében, vagyis viszonylag sok „kocadohányos” található itt.



## A dohányzók aránya régiók szerint, 2009

(%)

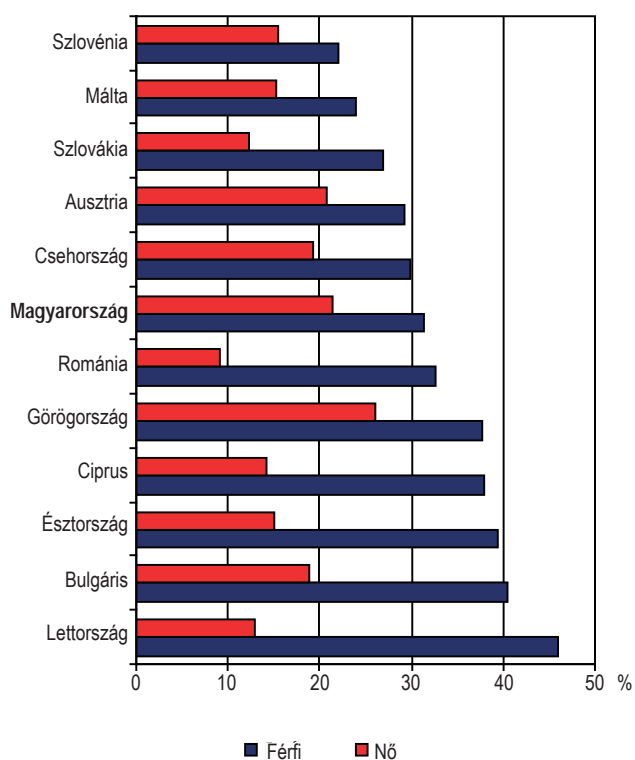
Régió	Dohányzik	Naponta dohányzik
Közép-Magyarország	32,6	27,0
Közép-Dunántúl	28,4	24,4
Nyugat-Dunántúl	29,2	25,5
Dél-Dunántúl	38,2	34,5
Észak-Magyarország	32,8	29,0
Észak-Alföld	28,9	25,6
Dél-Alföld	29,9	24,7
<b>Összesen</b>	<b>31,4</b>	<b>27,0</b>

A nemzetközi összehasonlítást megnehezíti, hogy a többi EU-tagállam által végzett felmérés adatbázisai egyelőre még nem elérhetők, jelenleg csupán néhány változóra vonatkozó becslés áll rendelkezésre, az is mindössze tizenhárom ország esetében. Ha több országra vonatkozóan szeretnénk összehasonlítást végezni, akkor a WHO adatait<sup>72</sup> használhatjuk fel, ennek azonban megvannak a maga korlátai, hiszen a különböző országokra vonatkozóan különböző évekből állnak rendelkezésre adatok, valamint a módszertan sem tekinthető egységesnek.

A rendelkezésre álló adatok alapján mindenesetre megállapítható, hogy a magyarországi férfiak is és nők is a napi rendszeres dohányosok arányát tekintve az élbolyba tartoznak: a férfiak esetében csak a balti államokban és Lengyelországban, a nők esetében pedig Hollandiában, Írországban és Lengyelországban dohányoznak nagyobb arányban, mint nálunk.

19. ábra

## A rendszeres dohányzók aránya nemeként, 2009



<sup>72</sup> WHO Health for All Database; <http://data.euro.who.int/hfad/>

Az európai lakossági egészségfelmérés rendelkezésre álló adatai szerint<sup>73</sup> az összlakosságon belüli rendszeres dohányosok arányát tekintve a tizenhárom ország között Magyarország a negyedik, csupán Görögország, Bulgária és Lettország előzi meg. Ez az „előkelő” helyezés elsősorban a nők körében tapasztalható magas dohányzási gyakoriságnak köszönhető, hiszen a tizenhárom ország közül Görögország után nálunk dohányoznak a nők a legnagyobb arányban, a férfiak dohányzása azonban átlagosnak tekinthető.

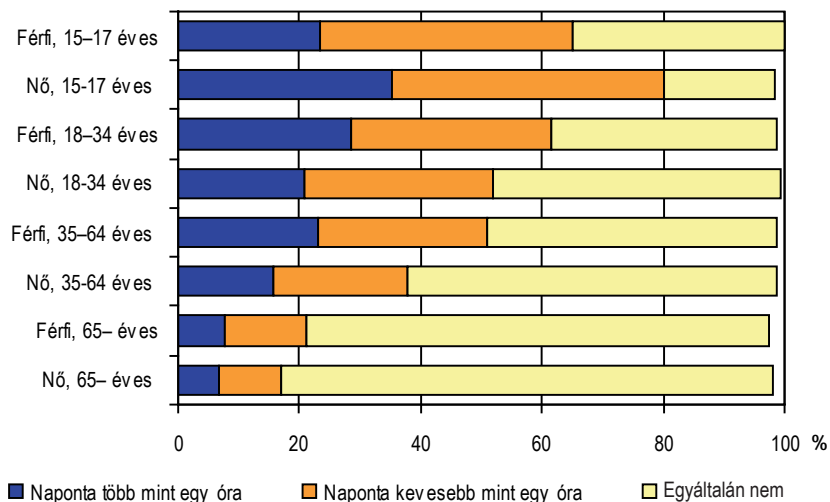
Az aktív dohányzás mellett ma már közismert a passzív dohányzás káros hatása is az egészségi állapotra. Kutatások bizonyítják, hogy a passzív dohányzás következményeként növekszik a szívbetegségek, valamint a tüdő- és orrüregi rákok okozta halálozás mértéke. Különösen veszélyes a terhesség alatti dohányzás, amelynek következményeként gyakoribb a magzati fejlődés visszamaradása, a magzati halálozás, vetélés, koraszülés és a szülés körüli halálozás. Becslések szerint világszerte a felnőtt lakosság harmada passzív dohányos. Az Európai Unióban a nemdohányzók 14%-a részesül mások dohányfüstjéből otthonában, munkahelyén pedig a dolgozóknak körülbelül harmada.<sup>74</sup>

Magyarországon ugyan több mint tíz éve létezik a nemdohányzók védelméről szóló jogszabály<sup>75</sup>, a hétköznapi életben mégis az tapasztalható, hogy a lakosság nagy része kénytelen még mindig elszennvedni a mások dohányzásából adódó kellemetlenséget. Az ELEF kérdőívében három helyszínre kérdeztünk rá, mint a passzív dohányzás lehetséges színtereire: az otthoni környezetre, a közterületekre, illetve a munkahelyre. Mindkét nem esetében igen magas azoknak az aránya, akiket napi szinten ér a mások által elszívott cigaretta káros hatása, ugyanakkor az is megállapítható, hogy az életkor előrehaladtával ez a gyakoriság csökken. Ez valószínűleg összefüggésben áll a családszerkezettel, azaz az idősek körében vélhetően azért alacsonyabb a passzív dohányosok aránya, mert közöttük többen élnek egyedül, tehát nincs a közelben esetlegesen dohányzó családtag, mint ahogy a 65 év felettek esetében a munkahelyi passzív dohányzás is objektív okok miatt meglehetősen ritka jelenség (természetesen ezt a hipotézist többváltozós elemzések elvégzésével lehetne igazolni).

Mindenesetre igaz, hogy például a 15–17 év közötti lányok négyötöde kénytelen nap mint nap mások füstjét belelegezni, jelentős részük ráadásul naponta több mint egy órán keresztül. A 18–34 éves nőknek is több mint fele (ötödük több mint napi egy órában), míg a középkorúaknak is majdnem négytizede passzív dohányos. A férfiaknál sem kedvezőbb a helyzet: a 18 év alattiak kétharmada, a 18–34 év közöttiek több mint 60%-a, míg a középkorúak fele passzív dohányos.

20. ábra

**A passzív dohányzók aránya nemek és korcsoportok szerint, 2009**



<sup>73</sup> [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public\\_health/data\\_public\\_health/database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database) Letöltve: 2011. április 15.

<sup>74</sup> WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009 Implementing smoke-free environments. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918\\_eng\\_full.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf) Letöltve: 2011. április 15.

<sup>75</sup> 1999. évi XLII. törvény a nem dohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól.

A passzív dohányzók aránya kisfokú eltérést mutat, ha régióként vizsgáljuk: a legmagasabb Dél-Dunántúlon, ahol minden második, míg a legalacsonyabb a Közép-Dunántúli régióban, mert ott „csak” minden harmadik felnőtt lakos van kitéve közvetett módon a dohányzás ártalmainak.

11. tábla

**A passzív dohányzók aránya régiók szerint, 2009**

Régió	Passzív dohányzók aránya
Közép-Magyarország	45,6
Közép-Dunántúl	37,4
Nyugat-Dunántúl	40,9
Dél-Dunántúl	50,9
Észak-Magyarország	44,4
Észak-Alföld	44,9
Dél-Alföld	41,2
<b>Összesen</b>	<b>43,9</b>

## Kábítószer-fogyasztás

Egészségfelmérésekben a kábítószer-fogyasztást tudakoló kérdésekre adott válaszok értékelése során figyelembe kell venni, hogy a droghasználatot a népesség jelentős hányada elítéli, továbbá, hogy a rendszeres fogyasztókat fenyegeti a büntetőjog, és ezért a megkérdezettek közül minden bizonnyal sokan letagadják. Azt, hogy mégis szükséges ennek a kérdésnek a kérdőívbe illesztése, éppen az indokolja, hogy az egyes adatforrások bizonytalanságai, korlátai miatt sokféle forrásból származó adatok integrálása vihet közelebb megbízható országos becslésekhez.

A becsült érték a letagadás, elhallgatás miatt valószínűleg alacsonyabb, mint a ténylegesen előforduló kábítószerhasználati arány, de mivel átfogó országos felmérésekben eddig nem tértek ki erre a kérdésre, eredményeink a probléma nagyságrendjének jelzésére mindenképpen alkalmasak.

A kábítószer-használat előfordulási gyakorisága az ELEF-adatok alapján 1,1%-osnak adódott. A becslés szerint egy év alatt a 15 éven felüli lakosságból több mint 88 ezer ember fogyaszt valamilyen fajta kábítószerrel, többségében marihuánát (93%), és majdnem 10%-os arányban említették, hogy személyesen ismernek a környezetükben marihuána- (hasis-, fű-, joint- stb.) fogyasztókat, valamint 5%-uk kokain, amfetamin, extasy vagy más kábítószer fogyasztóival is találkozott már.

A válaszadók közül valamivel többen nem voltak hajlandók erre a kérdésre válaszolni, mint ahányan anonim módon bevallották, hogy kábítószerrel fogyasztanak. Természetesen ezeken túl még lehetnek olyanok, akik egyszerűen nemmel válaszoltak és nem is töltötték ki a kérdőívnek ezt a részét (letagadás, eltitkolás) amint az a hasonlóan bizalmas jellegű kérdésseltevés esetén gyakran előfordul a lakossági felmérésekben. Becslésünk ezek szerint tág határok között mozog, a 90–100 ezres nagyságrendtől akár a 800 ezres nagyságrendig, ha azok számát is figyelembe vesszük, akik bevallásuk szerint maguk nem, de az ismerősi körükbe tartozók használnak kábítószerrel. Ez utóbbi mindenképpen felső becslése lehet a tényleges gyakoriságnak.

Az ELEF adatai alapján is a kábítószer fogyasztók közül a férfiak vannak többségben, ahogy azt a hivatalos drogstatistikában<sup>76</sup> is megfigyelhetjük. A felmérés igazolja, hogy a férfiak tanúsítanak kockázatosabb magatartást mind a legális, mind pedig az illegális szerek használatában; a nőknél jóval magasabb arányban hajlandók egészségkárosító szereket fogyasztani.

<sup>76</sup> OSAP 1211. sz. Jelentés a kábítószer fogyasztókról és kezelésükről (a drogambulanciák, droggözpontok, pszichiátriai gondozók és az Addiktológiai Intézet adatai). In: KSH Egészségügyi statisztikai évkönyv

Az ELEF2009-ben a kábítószer fogyasztók között a férfiak aránya több mint 63, a nők közel 37%. A férfiakkal ellentétben a nők között összességében magasabb azoknak az aránya, akik nem kívánnak válaszolni azokhoz viszonyítva, akik beismerték a droghasználatot. Ez arra utalhat, hogy a nők között magasabb az eltitkolás prevalenciája, bár a leplezés módjának nemi különbségeit nem ismerjük. A „nem kíván válaszolni” kategória relatív súlya mindkét nem esetében a magasabb életkorok irányában nő, a 35 évesek és idősebbek nagyobb része válaszolja ezt, mint amekkora beismeri.

A kábítószer-használat főleg a 35 év alattiakra jellemző, a fogyasztók 61%-a ebbe a korosztályba tartozik, 75%-uk férfi.

Meglepő, hogy a 65 évnél idősebbek között is előfordult droghasználó, és körükben a válasz megtagadása is szignifikánsan gyakoribb az előforduláshoz, valamint a többi korcsoport-hoz képest is.

A 17 éven aluliak adatainak értékelésekor az általánosan jellemző bizonytalanságok mellett további korlátot jelent, hogy az amúgy is alacsony esetszámot csökkenti a feltételezhető letagadás, elhallgatás, de növelheti az erre a korcsoportra a többiekhez képest jobban jellemző kérkedés. (A legfiatalabbak csak írásos szülői beleegyezéssel vehettek részt az adatszolgáltatásban, és így nem kizárt, hogy az esetek többségében a kikérdezéskor a szülő is jelen volt, ami a letagadás esélyét teszi valószínűbbé.)

12. tábla

**A kábítószer-használat előfordulása korcsoportos megoszlásban, 2009**

(%)

Használat	15–17	18–34	35–64	65–	Összesen
	éves				
<b>Férfi</b>					
Igen	2,0	3,5	0,5	0,3	1,4
Nem	98,0	95,3	98,7	98,4	97,6
Nem válaszolt	0,0	1,2	0,7	1,3	0,9
<b>Összesen</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Nő</b>					
Igen	2,4	1,2	0,7	0,2	0,7
Nem	95,9	98,0	98,1	98,0	98,0
Nem válaszolt	1,7	0,8	1,2	1,8	1,3
<b>Összesen</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Együtt</b>					
Igen	2,2	2,4	0,6	0,2	1,1
Nem	96,9	96,6	98,4	98,2	97,8
Nem válaszolt	0,9	1,0	1,0	1,6	1,1
<b>Összesen</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

A hivatalos statisztikai szolgálat adatgyűjtéseiben ennek a használói körnek csak a töredéke jelenik meg: a kábítószer-használat miatt kezelésbe vontak és azok, akik fogyasztás vagy kereskedelem miatt büntető eljárások alanyaivá váltak. Az OSAP 1211. számú adatgyűjtésében az illegális szerek mellett a nyugtatók, altatók használata miatt gondozásba vett esetek is regisztrálásra kerülnek, amelyek az EMCDDA<sup>77</sup> nemzetközi drogmegfigyelő hálózat megfigyelési körén kívül esnek. Magyarországon a 2004-ben megalakult szervezet foglalkozik a vizsgálati adatok, a programok és a droghasználók epidemiológiájának szintézisével és ezt évente

<sup>77</sup> EMCDDA European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addicts (a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos indikátorok kidolgozásáért felelős nemzetközi szervezet). Részletesen ld.: Nemzeti Drogstratégia, 2010, www.nefmi.gov.hu. Ez előírja, hogy a kábítószer-használattal kapcsolatos adatgyűjtések átalakítását az EMCDDA-módszertan szerint 2014-ig végre kell hajtani (106/2009. /XII. 21./ OGY határozat).

jelentésekben teszi közzé.<sup>78</sup> Az egységes nemzetközi megfigyelő hálózat, az EMCDDA, melynek tevékenységébe 2006-ban Magyarország is bekapcsolódott, célzott felméréseket végez a droghasználattal kapcsolatban és ennek alapján készít becsléseket a fogyasztók arányáról. 2009-ben illegális kábítószer-fogyasztás miatt 7000 főt vettek gondozásba.<sup>79</sup> Ez nyilván csak a fogyasztók töredéke, hiszen még a rendszeres droghasználók közül sem mindenki kerül a bűnüldözés vagy az egészségügy látókörébe (problémás droghasználók), az alkalmi fogyasztók pedig végképp kimaradnak ebből a számbavételből.

A kérdőíves életprevalencia kutatások általában a leginkább érintett korcsoportokban zajlanak, a középiskolások, fiatal felnőttek körében. A legújabb kutatások eredményei<sup>80</sup> szerint „a 15–29 éves fiatalok 17%-a próbált élete során valamilyen fajta drogot, ez az arány magasabb a 2004-ben mértnél (11%). A legelterjedtebb kábítószer a marihuána, a következő az altató nem gyógyászati célú fogyasztása, ezt a partydrogok követik”. Ezekben a vizsgálatokban is jóval magasabb arány mutatkozik az ELEF-ben mértnél, egyrészt azért, mivel az ELEF-ben éves prevalenciát számoltunk, másrészt mivel az illegális szerhasználaton kívül az ifjúsági adatfelvételben a habpatron, a ragasztó, az oldószerek, gyógyszerek, varázsgomba stb. is megjelentek. Az ilyen fajta vizsgálatokból a teljes populációra vonatkozó becslések viszont nem készülnek. A legtágabb célpopuláció a 15–64 éves, illetve 18–64 éves korosztály, a célzott vizsgálatok viszont ennél jóval szűkebb körre vonatkoznak.<sup>81</sup> A 2001-ben, 2003-ban és 2007-ben készült vizsgálatok<sup>82</sup> prevalenciaértékei alapján a 18–53 éves népesség körében 2001 és 2003 között növekedett a tiltott drogok élet- és éves prevalenciaértéke is, 2003 és 2007 között azonban az életprevalencia érték változatlanul 11%. Az éves prevalenciaérték viszont kedvező irányba mozdult el, 4-ről 3%-ra csökkent. Az illegális szerek tekintetében a 18–64 éves népesség körében mind az élet-, mind az éves prevalenciák alapján (továbbra is) a kannabiszszármazékok fogyasztása a legelterjedtebb. A droghasználók több mint háromnegyede fogyaszt kannabiszszármazékokat, és a használati gyakoriságban ezt követő szerek – ecstasy, amfetamin és hallucinogének – bármelyikével ennek a korosztálynak közel 2%-a, a használóknak kevesebb mint ötöde kerül kapcsolatba, a többi vizsgált tiltott szer életprevalencia értéke pedig ennek mintegy fele. A 18–34 évesek között is az említett szerek a legnépszerűbbek, de ebben a korcsoportban a fenti gyakoriságoknak mintegy dupláját mérték. Ami a különböző adatforrások alapján biztosan elmondható, hogy a kábítószer-fogyasztás a társadalomban legalább 5%-os arányban jelen van, egyes korosztályokban 10–17%-osan is, ami mindenképpen indokolja a nemzeti drogstratégia iránti igényt, illetve az egészségfejlesztési, megelőzési programok bevezetését.

## Egészségmagatartás-típusok

A saját egészségünkhöz való viszonyt, vagyis azt, hogy mit teszünk annak érdekében, hogy megtartsuk vagy visszanyerjük, illetve javítsuk testi-lelki épségünket, egészségünket, számos tényező befolyásolja. Elsősorban a családból hozzuk azokat a normákat, amik szerint éljük az életünket, de az óvodától az egészségügy képviselőin át a médiumokig terjedően különböző forrásokból nyert ismeretek, hatások is hozzájárulhatnak ahhoz, hogy például hogyan étkezzünk, mennyi időt töltünk testedzéssel, vagy az, hogy hogyan élünk vissza a különböző egészségkárosító szerekkel. A káros egészség-magatartási formák következménynek, valamilyen kielégítetlen szükségletre adott válasznak, s nem pusztán magatartásbeli „torzulásnak”, jobb esetben tudatlanságnak tekinthetők.<sup>83</sup>

<sup>78</sup> Drog Fókuszpont Nemzeti Kábítószeradat-gyűjtő és Kapcsolattartó Központ éves jelentései (a nemzetközi szervezet felé hivatalos hazai statisztikai adatközlő a 2004-ben alapított Drog Fókuszpont, mely az ÁNTSZ majd az OSZMK, OAC /Országos Addiktológiai Centrum/ keretében működik).

<sup>79</sup> OSAP 1211. számú jelentés.

<sup>80</sup> Ifjúság 2008 kutatás, Gyorsjelentés, Szerk: Bauer és Szabó, SZMI. 2009

<sup>81</sup> Pl. 8–10. évfolyamos diákok.

<sup>82</sup> ESPAD-vizsgálatok. Elekes Zs. és társai, in: Nemzeti Drog Fókuszpont éves jelentése 2008.

<sup>83</sup> Dr. Füzesi Zsuzsa: Egészség-magatartás; in: Népegészségügyi jelentés, 2003, szerk.: Bakacs Márta és Vitrai József, OEK, Budapest, 2004.

Feltételezhetjük ezért, hogy az egészség-magatartás egyes tényezőit tekintve az emberek bizonyos „következetességgel élnek”, vagyis hogy léteznek elkülöníthető általános egészség-magatartás-típusok. Többváltozós statisztikai eszközökkel négy típust különítettünk el.<sup>84</sup> Jóllehet a meghatározó változók tartalma alapján azt lehet gondolni, hogy az egyes típusok nagyon egyoldalú szempontok szerint differenciálják az egészséghez kapcsolódó attitűdöket, mégis az egyes csoportok más vonatkozásokban is számottevően különböznek. Ez egyúttal azt is jelenti, hogy a nyerszöldség-, nyersgyümölcs- és a tejfogyasztás gyakorisága, valamint a dohányzási szokások szoros kapcsolatban vannak az egészség-magatartás többi jellemzőivel.

Az egészség-magatartás így kialakított csoportjai könnyen reprodukálhatók más adatgyűjtések során is, mert mindössze öt kérdést kell feltenni a típus meghatározását lehetővé tevő, szükséges adatok megszerzéséhez. Meg kell azonban jegyezni, hogy a jelen felmérésben szereplő változók közötti kapcsolatrendszer térben és időben változhat az általános egészségkultúra függvényében, ezért lehetséges, hogy ha később vagy más országban végezzük el az öt kérdésen alapuló tipizálást, az már nem vezet ugyanilyen általánosabb érvényű kategóriákhoz.

### **Az egyes típusok jellemzői**

Ha a kategóriákat a kiinduláskor bevont valamennyi változó és még további, az egészség-magatartással összefüggő ismérv szerint megvizsgáljuk, az alábbi módon jellemezhetjük őket.<sup>84</sup>

#### *1. típus: egészségtudatos*

Egészségtudatos, pszichésen és környezetét tekintve kiegyensúlyozott, vegyes, mindenféle tápanyagra kiterjedő táplálkozást követ. Nem dohányzik, rendszeresen nem fogyaszt szeszesítalt. Ezt a csoportot jellemzi leginkább a primer és szekunder prevenció. Ők mennek leggyakrabban háziorvoshoz és fogorvoshoz. Legritkábban fordulnak akupunktúrás szakemberhez, de a leggyakrabban vesznek igénybe gyógy- és termásvíz terápiát, legkevesebb a hormonkészítményt szedők aránya, és legtöbb a nem orvos által felírt gyógyszert vagy táplálékkiegészítőt, valamint roboráló készítményt használók aránya. Legnagyobb azok gyakorisága, akik kaptak influenza elleni védőoltást, és azoké is, akik elvégeztetik a preventív vagy ellenőrző vizsgálatokat (vérnyomásmérés, koleszterinmérés, vércukormérés, mammográfia), és itt vannak a legtöbbben, akik az elmúlt 12 hónapban estek át ilyen vizsgálaton. Rendellenesség észlelését itt jelölték meg legritkábban a mammográfiai vizsgálat okaként. Összességében itt tartanak a legtöbbben diétát, ami a cukorbeteg, sószegény, energiaszegény, zsírszegény, vegetáriánus és lisztérzékeny diéták követőinek kiemelkedő gyakoriságának következménye. Legkevesebb közöttük a soványak hányada. Mindezek alapján kijelenthető, hogy ez az a csoport, amelynek tagjaira jobban jellemző a prevenció, mint bármelyik másikra.

#### *2. típus: kevésbé egészségtudatos*

Egészségtudatosság a legkevésbé jellemző az idetartozókra, kevés figyelmet fordítanak a táplálkozásra, sokan isznak szeszes italt, bő harmaduk rendszeresen dohányzik, fizikailag a legkevésbé aktívak, ami lehet azért is, mert közöttük van a legtöbb kimerült, ideges, szomorú, boldogtalan, tevékenységében korlátozott ember. Itt a legmagasabb a mankót vagy járőkeretet használó. A legritkábban ők mennek fogorvoshoz, fitoterapeutához, egyéb alternatív gyógyászatot foglalkozó szakemberhez, termál- és gyógyvízterápiára. Legritkább továbbá azok gyakorisága, akik gyógyszert szednek orvosi rendelvényre, és a legkevesebben szednek fogamzásgátlót, hormonkészítményt, nem orvos által felírt gyógyszert és táplálékkiegészítőt, valamint

<sup>84</sup> Lásd SEGÉDLET Származtatott változók c. fejezet

<sup>85</sup> Az egyes típusok leírása előtt életkor, nem és a vélt egészség szerint a megoszlásukat azonossá tettük, vagyis a különbségeket a típusok között nem ezeknek a jellemzőknek az eltérése okozza.

legkevesebben használnak roboráló szereket. Legkevesebb azok aránya is, akik elvégeztetik a preventív vagy ellenőrző vizsgálatokat (vérnyomásmérés, koleszterinmérés, vércukormérés, mammográfia). Ebben a csoportban tartanak a legkevesebben diétát. Legtöbb a normál súlyúak aránya, legkevesebb a túlsúlyosaké, valamint a túlsúlyosaké és elhízottaké együtt.

### *3. típus: hiányosan egészségtudatos*

Erre a csoportra leginkább az jellemző, hogy mindenki dohányzik. Ezzel együtt az átlagnál fizikailag aktívabbak, bár sokan mindennapi tevékenységeikhez segítséget igényelnek, de semmiképpen nem mankót vagy járókeretet, mert ezeket a segédeszközöket itt használják legritkábban. Közülük járnak legkevesebben háziorvoshoz, pszichológushoz, pszichoterapeutához. Azok aránya a legkevesebb, akik kaptak influenza elleni védőoltást. A szűrő- vagy ellenőrző vizsgálatot végeztetők között itt a legalacsonyabb azok gyakorisága, akik az elmúlt 12 hónapban vettek azon részt. A női népességre itt a legjellemzőbb, hogy már csináltattak citológiai vizsgálatot, és az is, hogy a teszt oka nőgyógyászati vizsgálaton feltárt rendellenesség volt, de a legritkábban fordult elő, hogy egyéb egészségügyi, vagy egyéb nem egészségügyi probléma volt az ok. A táplálkozást tekintve kevés jellegzetességet mutatnak: sokan esznek rendszeresen olajos magvat, és itt a legmagasabb a gyomorkímélő diétát tartók aránya. Közöttük vannak a legtöbben a BMI alapján soványnak tekinthetők, és legkevesebben az elhízottak, illetve a túlsúlyosak és elhízottak együtt.

### *4. típus: passzív egészségtudatos*

Általában törődnek az egészségükkel, de inkább a harmadlagos prevenció jellemző rájuk, mert nagyobb mértékben hagyatkoznak a gyógyításra, egészségügyi szakemberekre, illetve medikális eszközökre, és kevésbé törekednek a saját erejükből megvalósítható megelőzésre. Ők a legkevésbé kimerültek, ritkán idegesek, talán azért, mert ők mennek a leggyakrabban pszichológushoz, pszichoterapeutához, homeopátiás, akupunktúrás szakemberhez, fitoterapeutához és egyéb alternatív terápiát végző szakemberhez. Arányaiban legtöbben szednek orvos által felírt gyógyszert, és kiemelkedő körökben a hormontartalmú készítményeket használók gyakorisága is. Nem dohányoznak. Sokan kaptak influenza elleni védőoltást. Az elvégzett mammográfiai vizsgálat okaként a rendellenesség észlelését, a családi anamnézist és a szűrővizsgálaton való részvételt itt jelölték meg leggyakrabban, míg az orvosi javaslatot a legritkábban. Közöttük a legmagasabb azok aránya, akik a citológiai teszt okaként rendellenesség észlelését, illetve egyéb nem egészségügyi okot jelöltek meg, és a legkevesebb azoké, akik nőgyógyászati vizsgálatnál összefüggésben estek át ilyen ellenőrzésen. Ebben a csoportban egyenként a legtöbb azok részaránya, akik energiagazdag, fehérjeszegény, fehérjegyazdag, epekímélő, rostdús, vegán vagy, lakto-ovo vegetáriánus diétát tartanak. A normál súlyúak gyakorisága itt a legkevesebb, és a túlsúlyosaké és elhízottaké pedig együtt is és külön-külön is a legtöbb.

## **Az egyes típusok előfordulási gyakorisága népességcsoportokban**

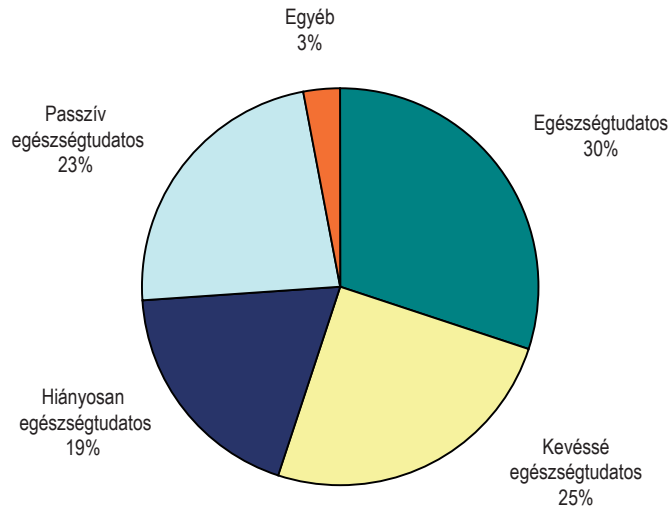
Az egészségmagatartás-típusok megoszlása viszonylag kiegyenlített a 15 éves és idősebb lakosság körében. Egészségtudatosnak nevezhető 30%-uk, negyedük kevésbé egészségtudatos, közel hasonló a passzív egészségtudatosok hányada is, és a vizsgált korcsoport legkisebb részét a hiányosan egészségtudatosak teszik ki, alig minden ötödik személy tartozik ide.

A korábbi egészségfelmérések közül az OLEF2003 adataiból állítható elő az a tíz változó, amelyek segítségével a megkérdezettek besorolhatók a szóban forgó egészségmagatartás-típusok valamelyikébe. Összehasonlítva az ELEF és az OLEF2003 adataiból számított megoszlást az egyes típusok között az a nagyon határozott változás tapasztalható, hogy a két adatgyűjtés között eltelt hat év alatt az egészségtudatosok és a kevésbé egészségtudatosok sorrendje felcserélődött, valamint nőtt a passzív egészségtudatosok aránya is. Ez a tendencia

összhangban van azzal, hogy ez alatt az idő alatt több mint egy évvel nőtt a születéskor várható átlagos élettartam mind a férfiak, mind a nők esetében, valamint azzal a tapasztalattal is, hogy a lakosság egyes rétegeiben egyre inkább „divattá” válik az egészséges életmód.

21. ábra

### A 15 éves és idősebb népesség megoszlása egészségtudatosság szerint, 2009



13. tábla

### A 18 éves és idősebb népesség megoszlása egészségtudatosság szerint

Típus	Arány (%)	
	OLEF2003	ELEF2009
Egészségtudatos	25,7	29,9
Kevéssé egészségtudatos	34,3	25,0
Hiányosan egészségtudatos	18,6	19,0
Passzív egészségtudatos	20,8	23,0
Egyéb	0,6	3,2
<b>Összesen</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Az egyes társadalmi-demográfiai rétegeknek az egészség-magatartásban mutatkozó sajátosságai főként az általános életmódjukkal van kapcsolatban. Ez az oka annak, hogy a férfiak és nők egészség-magatartása is jelentős eltéréseket mutat. A nemek közötti differencia természetesen megfigyelhető a jelen adatfelvételben az egészség-magatartás egyes elemeire vonatkozóan is, de általánosan, az országhatárokat átlépve is igaz.<sup>86</sup> A nők 35%-a egészségtudatos, a férfiaknak mindössze a negyede, és míg a férfiakra az a legjellemzőbb, hogy 31%-uk kevéssé egészségtudatos, a nőknek mindössze ötöde. A hiányos egészségtudatosság mindkét nem esetén a legritkább egészség-magatartási forma, de a nőknél még kevésbé gyakori (18%), mint a férfiaknál (22%). A nők fokozott egészségtudatossága minden más változó szerinti kategóriában is érvényes.

Nemtől függetlenül a 18–34 évesek között a legmagasabb a kevéssé egészségtudatosok aránya, sőt az ilyen korú férfiaknál még az egészségtudatosok arányát is meghaladja, amit az adott rétegnek a többenél lényegesen aktívabb életmódja és az általánosan jellemző kevesebb családi kötöttségük indokolhat. Az aktív életkorúak és a jobbra az ő háztartásaiban élő legfiatalabbak között az egészségmagatartás-típusok megoszlása a legkiegyenlítettebb, bár

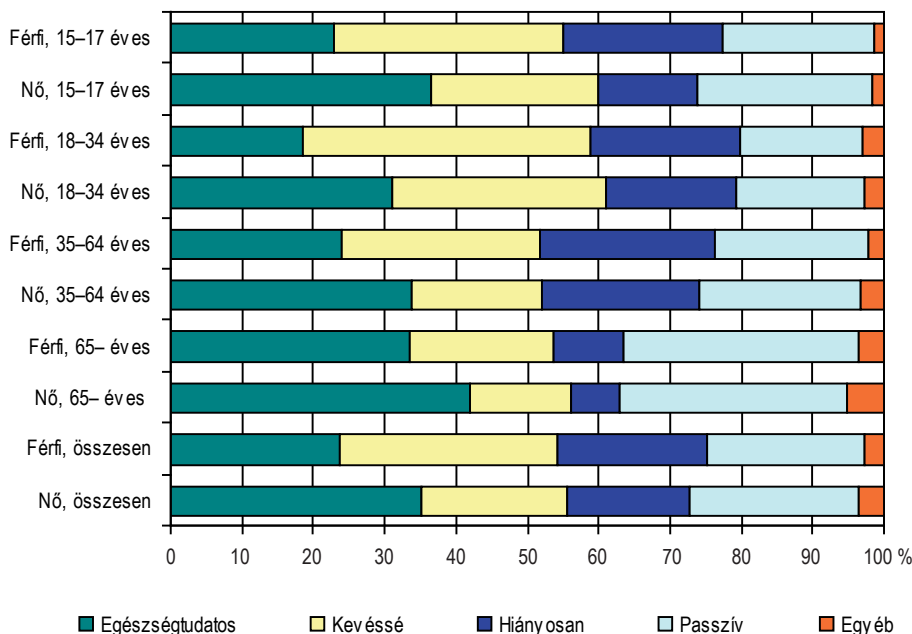
<sup>86</sup> Jane Wardle and Andrew Steptoe: The European health and behaviour survey: Rationale, methods and initial results from the United Kingdom, *Social Science & Medicine*, Volume 33, Issue 8, 1991 pp. 925–936.



a fiatalokra inkább jellemző a kevéssé egészségtudatosság, az idősebbekre pedig a hiányos egészségtudatosság. Az egészségtudatos magatartás leginkább a 65 évesek vagy idősebbek sajátja, az ilyen korú férfiak több mint harmada, a nők 44%-a tartozik ebbe a kategóriába. A meghatározhatatlan „egyéb” kategória nagysága az életkor emelkedésével nő.

22. ábra

**Egészségmagatartás-típusok nemek és korcsoportok szerint, 2009**



Az egészség-magatartás az életmód része, és mint ilyen, alapvetően társadalmilag meghatározott, mert bár azt mindenki maga dönti el, hogy milyen életstílust követ, választási lehetőségét meghatározza, illetve korlátozza az a társadalmi és kulturális környezet, amiben él. Mindig csak az adott körülmények között, viszonylagos szabadsággal hozhatjuk meg életmódbeli és magatartási döntéseinket.<sup>87</sup> Ezért nem meglepő, hogy a szociális helyzet leírására használt változók – mint az iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, a lakóhely regionális elhelyezkedése és a jövedelem nagysága – is erősen rányomják bélyegüket egy-egy réteg egészség-magatartás szerinti struktúrájára. Összességében a magasabb státuszú csoportokban több az egészségtudatosok és a passzív egészségtudatosok aránya, míg a kevésbé egészségtudatosok és a hiányos egészségtudatosok gyakorisága csökken a társadalmi gradiensen felfelé haladva.

Az iskolai végzettség emelkedésével a tendenciát tekintve nő az egészségtudatosok aránya, és csökken a kevésbé egészségtudatosoké. Az érettségivel alacsonyabb végzettségűek között az egészségtudatosok aránya alig haladja meg a népesség negyedét, a felsőfokú végzettségűek között pedig már 40%. A kevésbé egészségtudatosok hányada az iskolázottság emelkedésével az alkalmazott kategóriák mentén 28%-ról 11 százalékponttal csökken. A hiányosan egészségtudatosok leginkább a 8 osztálynál magasabb, de érettségivel nem rendelkezők között fordulnak elő, arányuk meghaladja a lakosság negyedét, és legkevesebben szintén az egyetemet vagy főiskolát végzettek rétegében vannak, ahol mindössze 12%-ot tesznek ki.

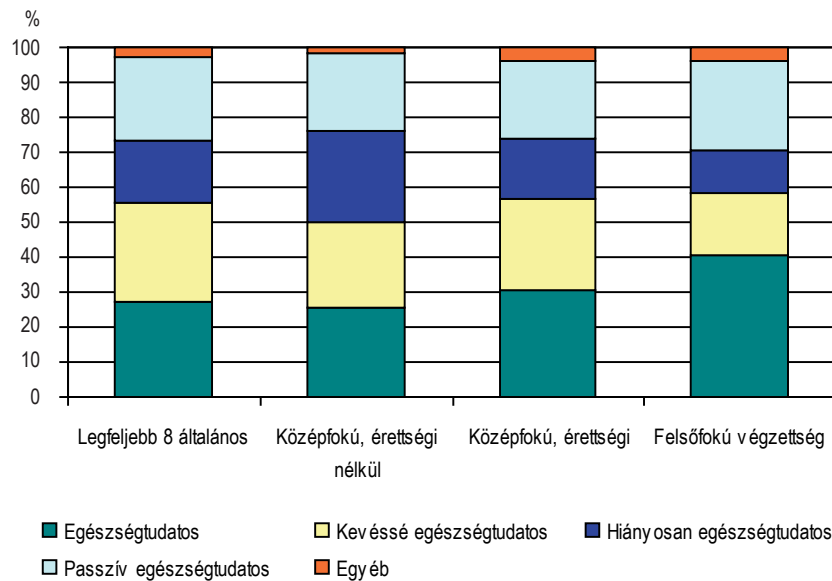
Az egészségtudatosság a vállalkozó és a gyermekellátást igénybe vevő nőkre a legjellemzőbb, arányuk eléri a 40%-ot, de a nyugdíjas, járadékos nők esetében is megközelíti ezt az értéket. A munkanélküliek között van a legtöbb kevésbé egészségtudatos és hiányos egészségtudatos, az előbbieket aránya még a nők esetén is meghaladja a lakosság harmadát, és az utóbbiak a férfiak bő harmadát, a nők közel negyedét teszik ki. A passzív egészségtudatosság

<sup>87</sup> Pikó Bettina: Magatartástudomány és prevenció: a preventív magatartásorvoslás jelentősége, Magyar Tudomány, 2003/11 p. 1381.

legnagyobb mértékben a vállalkozók, valamint a nyugdíjasok és járadékosok között fordul elő. Összhangban a korcsoportoknál tett megállapítással, a nyugdíjasok és járadékosok között is magas az egészségtudatosok aránya, nemtől függően 30–40%.

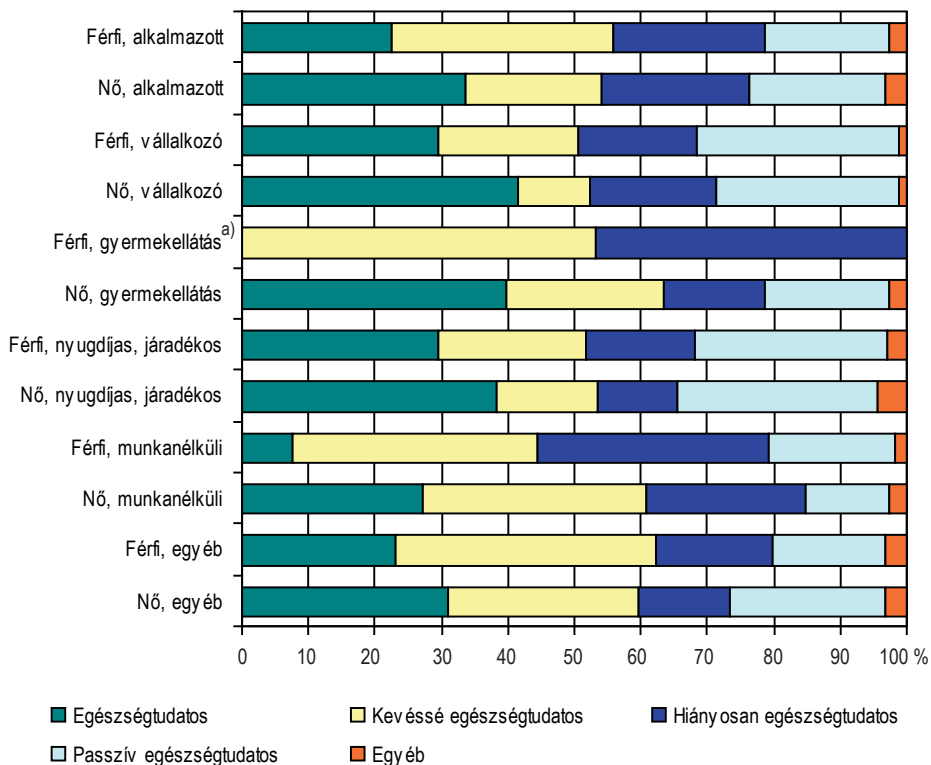
23. ábra

**Egészségmagatartás-típusok iskolai végzettség szerint, 2009**



24. ábra

**Egészségmagatartás-típusok gazdasági aktivitás és nemek szerint, 2009**



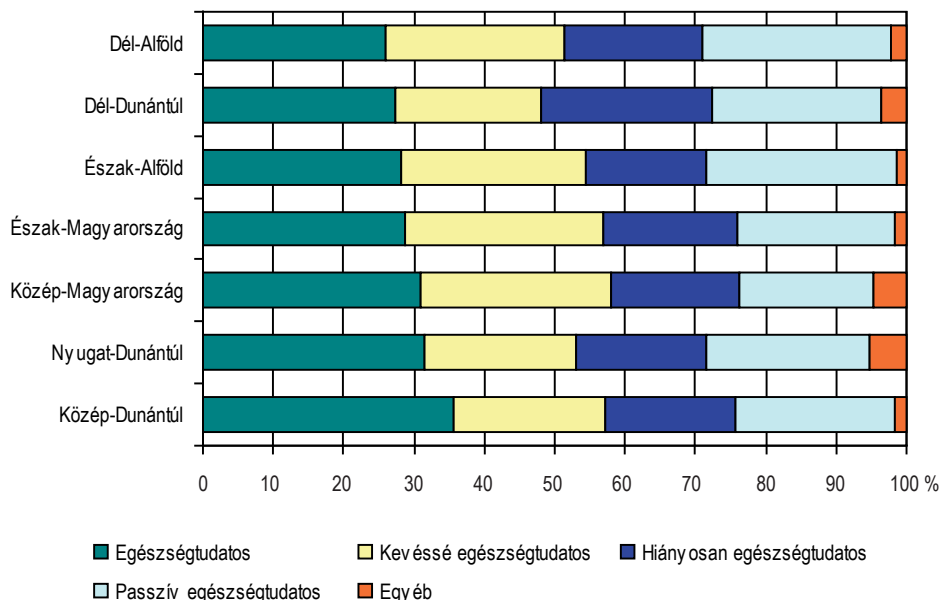
a) Alacsony esetszám.

Az egészségtudatosság szempontjából érvényes a mortalitás, morbiditás szerint is létező, az ország délnyugat és északkelet között húzódó hátrányos adottságú vonal, Közép-Dunántúlon a legmagasabb az egészségtudatos lakosság aránya, az ott élők több mint harmada tartozik ebbe a kategóriába, miközben Dél-Dunántúlon csak 27%. A kedvezőtlen régiók közé tartozik még Dél-Alföld is az egészségtudatosoknak az előbbit megközelítő

arányával. A kevésbé egészségtudatosok aránya Közép-Magyarországon, Észak-Magyarországon és az Alföldön a legmagasabb, 26–28%, és a Dunántúlon a legalacsonyabb, a lakosságnak csak mintegy ötöde. A hiányos egészségtudatosság Dél-Dunántúl kivételével – ahol minden negyedik emberre ez jellemző – 17–19%. A passzív egészségtudatosok aránya az Alföldön a legmagasabb, több mint a lakosság negyede, és Közép-Magyarországon a legalacsonyabb, nem teszik ki a népesség ötödét sem.

25. ábra

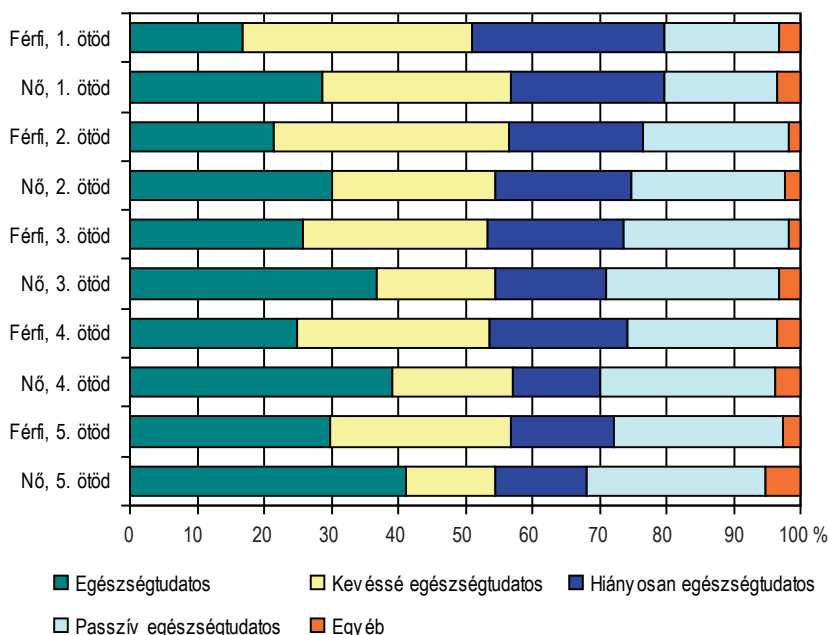
Egészségmagatartás-típusok régiók szerint, 2009



A jövedelmi viszonyok javulásával is emelkedik az egészségtudatosok aránya, a férfiak esetében 17-ről 30%-ra, a nőknél 29-ről 41%-ra. Ezzel párhuzamosan csökken a kevésbé egészségtudatosok aránya is, férfiak esetén 35-ről 27%-ra, a nőknél pedig 28-ről 14%-ra. Az egy főre jutó jövedelmi ötödök mentén a tendenciákat tekintve csökken a hiányos egészségtudatosok aránya, és nő a passzív egészségtudatosoké.

26. ábra

Egészségmagatartás-típusok nemek és egy főre jutó jövedelmi ötödök szerint, 2009



Az egészségmagatartás-típusok értelmezéséhez fontos információ, hogy a pozitívabb életmódot tükröző kategóriákban vajon jobb-e a lakosság egészsége. A négy kategória közül az eddigiek alapján az egészségtudatos és a passzív egészségtudatos tagjai mutatják a több kedvezőbb attitűdöt, és a másik kettő a kevesebbet. Megvizsgálva, hogy a kategóriák népességénél milyen gyakran fordulnak elő krónikus betegségek, arra a következtetésre juthatunk, hogy a kedvezőbb egészség-magatartás mögött egyes krónikus betegségek magasabb aránya húzódik. Legmarkánsabban a magasvérnyomás-betegség gyakoriságával lehet demonstrálni ezt az összefüggést, a passzív egészségtudatosok 40%-ának és az egészségtudatosok 37%-ának van ilyen betegsége, míg a másik két kategóriában ez az arány csak 26–27%. Ez a tipizálás nem alkalmas arra, hogy kiválassza azokat, akiknek életstratégiája az egészségmegőrzés. Az OLEF2003 eredményeinek figyelembe vételével azonban így is megállapíthatjuk, hogy krónikus betegség esetén a szociális státusuk szerint előnyös helyzetben lévők egyre nagyobb hányada követ pozitív egészség-magatartási mintákat.

## Munkakörülmények

Az egészségi állapot és a munkavégzés körülményei között szoros kapcsolat áll fenn, amely számos, régóta egészségkárosítóként számon tartott ártalom esetében jól ismert. Más körülmények, mint például a munkahelyi stressz egészségre ártalmas hatásait csak a közelmúltban ismerték fel. A klasszikus ártalmakon túl tehát ma már a munkavégzés számos más dimenzióját is potenciális egészségkárosító tényezőként kell számba venni, köztük több olyat, amelyet a munkapiac jellegének közelmúltbeli jelentős átalakulása hozott a felszínre, mint például a munkahely megtarthatóságának bizonytalanságát<sup>88</sup>. Napjainkban a munkakörülményekkel kapcsolatban alapvetően fontos kérdések lehetnek, hogy hogyan alakul azoknak a munkahelyeknek és munkavállalóknak a száma és az aránya, ahol, illetve akik számára a munkakörülmények egészségre ártalmasak: vajon időben csökken-e számuk, illetve arányuk, és hogy a jelenlegi magyarországi helyzet hogyan értékelhető uniós összehasonlításban. Ezért, amennyiben lehetőségünk nyílik rá, az egészségfelmérésben kapott eredményeket összevetjük a rendelkezésre álló nemzetközi eredményekkel, leggyakrabban azokkal, amelyeket a negyedik európai munkakörülmény-felvétel eredményeként közzétettek<sup>89</sup>. Ez az adatfelvétel Európa harmincegy országára kiterjedően monitorozta a munkavégzés széles értelemben vett feltételeit, ahhoz hasonló dimenziókban is, mint az egészségfelmérés<sup>90</sup>. A két adatfelvétel metodikája a részleteket illetően azonban különböző volt, ezért a számszerű eredmények közvetlen összevetése nem lehetséges. Néhány ponton egy korábban, 2004-ben Magyarországon végzett adatfelvétel eredményeivel<sup>91</sup> is összevetjük az egészségfelmérésben kapott eredményeket, bár a kérdések megfogalmazása e két kérdőíves adatfelvétel esetében sem volt pontosan ugyanolyan.

Az ELEF a munkavégzés feltételeinek széles spektrumát vizsgálta, amely lefedi a tág értelemben vett munkakörülményeket. A kapott eredményeket két különböző metszetben célszerű elemezni. Az egészségfelmérés a munkakörülményeket ugyanis azon válaszadók esetében, akik az adatfelvétel időpontjában dolgoztak, jelenlegi munkájukra, munkahelyükre, míg azok esetében, akik az adatfelvétel pillanatában nem dolgoztak, de életük során volt már munkahelyük, legutóbbi munkájukra, munkahelyükre vonatkozóan vizsgálta. A munkavállalót ért egészségkárosító hatások szempontjából az adatfelvétel időpontjában éppen nem dolgozók válasza is releváns információkkal szolgál, a 2009. évi munkakörülményeket illetően azonban az adatfelvétel idején munkában állók válasza szolgálnak pontosabb képpel.

A kétféle válaszadói csoporttól kapott információk ugyanakkor nem minden esetben különböznek egymástól. Nagyon hasonlóak az eredmények a munkavégzés legtöbb fizikai jellegű jellemzőjét tekintve. A mérgező anyagok vagy a por, gáz vagy füst jelenléte – függetlenül attól, hogy dolgozóról van-e szó – a célpopuláció közel 30%-ának okoz kisebb-nagyobb problémát. Zajról, illetve vibrációról hozzávetőleg 40% számolt be – kicsit nagyobb arányban azok, akik jelenleg is dolgoznak. Ugyan az európai munkakörülmény-felvételben külön vizsgálták a zaj és a vibráció előfordulását, a felvétel mindkét (a napi realitásokban igen gyakran egyszerre jelen lévő) ártalom tekintetében különösen magas szinteket jelez Magyarországra vonatkozóan. Az EU-27 országaiban átlagosan a munkahelyek 24%-ában jeleztek vibrációval kapcsolatos problémákat, míg ez az arány Magyarországon 34% volt (a 2004-ben csatlakozott tíz ország átlagában 30%). Magyarország mutatja ebben a tekintetben a vizsgálat körébe vont 31 ország közül a legkedvezőtlenebb képet. A zajosság tekintetében Magyarország pedig a második legrosszabb helyezést érte el az EU 25 országának 30%-os (illetve a 2004-ben csatlakozott 10 ország 29%-os) átlagával szemben: a zajos munkahelyek arányát – az európai munkakörülmények felvétel metodikáját követve – nálunk 38%-nak találták.<sup>92</sup>

<sup>88</sup> Benavides F. – Benach, J. – Diez-Roux, A. V. – Román, C. : How do types of employment relate to health indicators? Findings from the second European survey on working conditions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 2000 pp. 494–501

<sup>89</sup> Parent-Thirion, A. – Macías, E. F. – Hurley, J. – Vermeylen, G: Fourth European Working Conditions Survey, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007

<sup>90</sup> <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/ewcs2005/>

<sup>91</sup> Kovács K.: Munkapiac, munkakörülmények és egészség, KSH NKI Kutatási jelentések 87, Budapest, 2009

<sup>92</sup> Parent-Thirion, A. – Macías, E. F. – Hurley, J. – Vermeylen, G: Fourth European Working Conditions Survey, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007

Nagy fizikai megterhelésnek van kitéve (azaz nehéz terheket mozgat, vagy kényelmetlen testhelyzetben dolgozik) időnként a munkavállalók több mint 46%-a, függetlenül attól, hogy munkában állt-e az adatfelvétel időpontjában. Ezeket a körülményeket az európai munkakörnyék-felmérés szintén külön-külön és a magyar egészségfelméréstől különböző kérdéssel vizsgálta. Magyarország nemzetközi rangsorban elfoglalt helyét ugyanakkor mégis érdemes megvizsgálni. A nehéz terhek mozgatását illetően helyzetünk közepesen rossz – 18 országban számoltak be alacsonyabb arányokról, mint nálunk, ugyanakkor 12 országban a nálunk tapasztaltnál is magasabbakról. A kényelmetlen vagy fárasztó testhelyzetben végzett munkát tekintve Magyarország pozíciója azonban még kedvezőtlenebb: a hatodik legrosszabb pozíciót foglalja el a felmérésben szereplő országok között. Ergonómiai szempontból tehát a magyarországi munkakörnyékek európai összehasonlításban különösen kedvezőtlennek minősíthetők.

Többé-kevésbé balesetveszélyesnek ítéli jelenlegi vagy korábbi munkahelyét a valaha dolgozók 42%-a. Az európai munkakörnyék felmérésben szereplő, hasonló tartalmú kérdésre adott válaszok alapján az egészség- és balesetveszély (a munkavállalók értékelése alapján) Magyarországon nagyobb, mint az EU-15 országaiban általában, de kisebb, mint a 2004-ben csatlakozott 10 országban átlagosan.

Monotonitásra, illetve egyhangúságra a célpopuláció egyharmada panaszkodott, és munka során felmerülő kommunikációs problémákat hozzávetőleg 15%-uk jelzett. Nincs jelentős különbség a felvétel időpontjában dolgozók és a nem dolgozók között a tekintetben sem, hogy gyakran vagy alkalmanként túlmunkát voltak kénytelenek végezni: erről 45% tett említést.

Jelentős különbségek vannak ugyanakkor a két válaszadói kör munkakörülményei között számos, egyéb aspektust tekintve. A munkavégzés önállóságára, kreativitására vonatkozó kérdéseket tekintve a munkában állók jóval nagyobb arányban adtak pozitív értékelést munkájukról, mint a kérdezés idején munkában nem állók. Példaképpen tudását, képességeit az előbbi csoport 64%-a használja ki többé-kevésbé munkája során, szemben a munkában éppen nem állók 44%-ával. Nagyon hasonlóak az eredmények abban a tekintetben is, hogy a munka sok önálló ötletet, találékonyságot kíván-e, és hogy lehetősége nyílt-e a önálló döntések meghozatalára.

Nagy különbség mutatkozik a két csoport között az előmeneteli lehetőségek megítélését illetően is. Míg a munkában állók közel 36%-a, addig a másik csoportba tartozóknak csupán 27%-a lát (látott) lehetőséget arra, hogy kedvezőbb pozíciókat érjen el.

Jelentős az eltérés a kérdezés időpontjában éppen dolgozók és nem dolgozók között a munkaszervezés pszichológiai aspektusainak megítélésben is. A követelmények gyakrabban tűnnek szorítónak azok számára, akik munkában állnak (az előbbieket 37%-a számolt be erről, a munkában nem állók 28%-ával szemben) és a határidőket is gyakrabban érzik szűknek (55% a 42%-hoz viszonyítva). A munkavégzés pszichológiai jellemzői csupán egyetlen tekintetben tűnnek kedvezőbbnek azok között, akik a kérdezés időpontjában nem dolgoztak: mindössze 7%-uk jelezte, hogy munkahelyén zaklatták szemben a másik csoport 8%-ával. A diszkriminációra panaszkodók aránya ugyanakkor magasabb a már nem dolgozók csoportjában (5,4% szemben a másik csoportban tapasztalt 3,7%-kal). Az utóbbi három aspektust illetően érdemes megjegyezni, hogy mind a zaklatás, mind pedig munkahelyeken előforduló erőszak esetében a magyar munkavállalók alacsonyabb arányban számoltak be ilyen jelenségekről, mint más országokban, összehasonlítási alapként véve akár az EU-15 országait, akár pedig az Európai Unióhoz 2004-ben csatlakozott 10 országot.

A túlmunka gyakoriságát illetően az egészségfelmérés kérdésselvétele hasonló volt, mint a korábbi, Magyarországra vonatkozó felmérésünkben, és az adatok összevetésének eredménye arra utal, hogy a túlmunka előfordulása 2004 és 2010 között gyakoribbá vált.

Az adatok nemzetközi összehasonlíthatóságán túl azonban e ponton egy általános probléma is felmerül. A pszichológiai természetű körülmények megítélésével kapcsolatban hangsúlyossá válik az a kérdés, hogy valójában milyen pontosak is azoknak a válaszai, akik már

hosszú ideje nem dolgoznak. A múltbéli eseményekre, körülményekre való visszaemlékezés megbízhatósága természetesen általában is vitatható, mindazonáltal feltételezhető, hogy könnyebb elfelejtkezni a feszes határidők okozta szorongásról, mint például a folyamatos zajártalom okozta hallásromlásról. Más országokban végzett kutatások szerint a munkakörülmények értékelését nagymértékben befolyásolja a munkavállaló általános mentális jólléte<sup>93</sup>. A munkahelyüket kényszerűen elhagyók így ezért például valószínűleg kedvezőtlenebb értékelést adnak volt munkahelyükről, az elégedetten nyugdíjba vonulók viszont talán kedvezőbbet. A retrospektív beszámolók tehát azon túl, hogy a múltbéli feltételek felidézése pusztán az időbeli távolság okán is kevésbé pontos, a munkahely elhagyásának körülményei szerint is lehetnek kedvezőbbek és kedvezőtlenebbek is a valóban megtapasztalt állapotokhoz képest.

14. tábla

**A munkavégzést többé-kevésbé jellemző körülmények gyakorisága a jelenleg dolgozó, illetve a valaha munkát vállaltak körében, 2009**

(%)

Munkakörülmény	Jelenleg dolgozik	Jelenleg nem dolgozik	Együtt
<b>Negatív jellemzők</b>			
Vegyí anyagoknak való kitettség, por, gáz, füst, gőz	29,9	29,5	29,7
Zaj, vibráció	42,7	38,8	40,8
Nehéz terhek mozgatása, kényelmetlen testhelyzet	47,0	45,5	46,3
Balesetveszély	43,6	41,5	42,6
Monotonitás, egyhangúság	35,0	32,3	33,7
Emberekkel való kommunikáció nehézséget okoz	16,9	12,9	15,0
Megerőltető tempó	46,8	43,4	45,2
Szűk határidők	54,5	42,0	48,5
Gyakori túlmunka	46,5	43,5	45,0
Nehéz a követelményeknek megfelelni	36,7	28,4	32,7
Zaklatásnak volt kitéve	8,2	7,3	7,8
Diszkrimináció	3,7	5,4	4,5
Munkatársak erőszakos viselkedése	4,3	4,0	4,3
<b>Pozitív jellemzők</b>			
Kihasználja tudását, képességeit	63,9	44,6	54,6
Munkája sok önálló ötletet, találékonyságot kíván	65,6	44,7	55,6
Önálló döntésekre volt lehetősége	69,1	47,5	58,8
Lehetőség van előrelépésre	36,0	27,5	31,9

Mind a munkakörülmények, mind az egyéb eloszlások azt sugallják, hogy a kérdezés időpontjában is munkában állók általában véve kedvezőbb helyzetű munkavállalók (magasabb iskolázottságúak, jobban integráltak a munkapiacon), mint azok, akik nem álltak munkában. Így az lenne logikus, hogy a jelenleg nem dolgozók kedvezőtlenebb fizikai jellegű munkakörülményről számoljanak be. A két csoport között azonban nem voltak nagyon markáns különbségek, amiből arra következtethetünk, hogy a nem dolgozók (az aktuális munkavégzéstől bizonyos távolságban kialakított) percepciói korábbi munkafeltételeikről inkább kedvezőbbek, mint amilyenek azok valójában voltak. Mindebből az adódik, hogy a kedvezőtlen munkafeltételek tekintetében adataink inkább alsó becslésként értelmezhetőek, és valóságos előfordulásuk inkább gyakoribb, mint ritkább lehetett ahhoz képest, mint amit adataink mutatnak.

Azoknak a körülményeknek a tekintetében, ahol nem ismertettük részletesen a magyarországi és az EU más államai között tapasztalható eltéréseket, nem állnak fenn különösen kedvező, illetve kedvezőtlen jelenségek. A magyarországi munkakörülmények kismértékben hátrányosabbak, mint az EU-15 országaiban, hasonlóan, mint a 2004-ben csatlakozott tíz országban általában. Ez utóbbi országcsoporton belül a magyarországi munkakörülmények átlagosnak minősíthetők.

<sup>93</sup> De Lange A. H. – Taris T. W. – Kompier M. A. J. – Houtman I. L. D. – Bongers P. M.: Different mechanisms to explain the reversed effects of mental health on work characteristics, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 31(1), 2005. pp. 3-14.

A munkakörülmények azonban igen eltérőek lehetnek a különböző társadalmi helyzetű munkavállalók esetében. Elsőként a férfiak és a nők közötti különbségeket vesszük szemügyre. Annak ellenére, hogy ismert, hogy ezek a különbségek nagyrészt a férfiak és a nők által elfoglalt munkakörök különbözőségeihez köthetők, azaz hogy a nők és a férfiak másféle ágazatokban dolgoznak nagy számban, illetve ahhoz, hogy a munkaszervezeteken belül a nők azonos munkakörökön belül jellemzően alacsonyabb beosztásokban dolgoznak, fontos a számszerű adatokat is megvizsgálni.

A férfi és női munkavállalók munkakörülményeiben a nők kedvezőtlenebb munkaerő-piaci helyzete egyértelműen tükröződik. A fizikai jellegű ártalmaknak való kitettség ugyanakkor jóval gyakoribb a férfi munkavállalók között, másfélszeres szintet érve el a női munkavállalók körében tapasztalathoz képest. Ez a tény, valamint az, hogy a vegyi anyagoknak, poroknak, gáznak, balesetveszélynek, illetve zajnak, vibrációnak való kitettség is jóval gyakoribb a férfiak körében annak tükrözi, hogy gyakrabban találjuk őket az építőipari, illetve a nehézipari ágazatok munkavállalói között. Kisebb a különbség a nehéz terhek mozgatása, illetve a kényelmetlen testhelyzetben végzett munka előfordulási arányait tekintve. Ez nyilvánvalóan abból következik, hogy számos nem fizikai, irodai munka esetében – amelyet nagyobb arányban töltenek be női munkavállalók – az ergonómiai körülmények szintén hagynak maguk után kívánni valót.

A munka tartalmát felmérésünkben a monotonitás, illetve az egyhangúság szempontjából vizsgáltuk. Ezeknek a munkajellemzőknek az előfordulási gyakoriságát illetően nincs különbség a férfi és a női munkavállalók között. Korábbi tapasztalataink alapján a monotonitás elsősorban a fizikai, az egyhangúság pedig a szellemi munkakörök esetében jelentkezik gyakrabban. A monotonitás, illetve az egyhangúság elsősorban az ipari munkahelyekre, de ezen túl számos, elsősorban kevésbé kvalifikált szellemi munkakörre is jellemző.

A munkaintenzitás, illetve a munkaszervezés gyakrabban okoz problémát a férfiak körében, feltehetően azért, mert körükben nagyobb a vezető pozíciókat betöltők aránya. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a megerőltető munkatempó, a szűk határidők, illetve a gyakori túlmunka a női vállalók számára is sokszor problémát jelentenek: a női munkavállalók több mint 40%-a jelzett problémát ezeken a területeken (külön-külön értve), és ennél a férfiak körében tapasztalt gyakoriságok csak 4–5%-kal voltak magasabbak.

A követelményeknek való megfelelés nehézségeit csak a vizsgált népesség egyharmada említette, mint többé-kevésbé problematikus tényezőt. A gyakoriság alig nagyobb a férfiak, mint a nők körében.

A fizikai körülmények esetében tapasztalathoz hasonlóan nagy különbségek mutatkoznak a férfi és a női munkavállalók között a munka kreativitására, illetve az előremeneteli lehetőségekre vonatkozóan, a női munkavállalók kárára. A kreatív elemek<sup>94</sup> a férfiak által végzett munkák 60–65%-át jellemzi, míg ugyanezek az arányok a nők esetében 50 és 53% között vannak. A nők pozícióinak beszorítottságát jelzik az előremeneteli lehetőségek megítélésében mutatkozó különbségek is. A nők mindössze 29%-a látta úgy, hogy van lehetősége előrelépésre, miközben a férfiak 35%-a nyilatkozott így, holott a nők hátrányosabb átlagos helyzetéből az következne, hogy gyakrabban számítsanak előrejutásra.

Érdekes és meglepő, hogy sem a zaklatás, sem pedig az erőszak nem fordul elő gyakrabban a nők, mint a férfiak körében, bár az alacsony előfordulási gyakoriságokat tekintve a megállapítások ezekben az esetekben némiképp bizonytalanabbak. Diszkrimináció esetében logikusnak tűnik a nők esetében valamivel magasabb előfordulási gyakoriság, hiszen a nők az esetleges életkori és etnikai diszkrimináción túl gyakran a nemi diszkriminációnak is szenvedő alanyai.

A nők kedvezőtlenebb munkaerő-piaci helyzete egyértelműen tükröződik munkahelyeik nagyobb fokú bizonytalanságában. Míg a férfiaknak „csupán” 57%-a tartott többé vagy kevésbé állásának elvesztésétől, ugyanez az arány a női munkavállalók körében 61%-osnak bizonyult.

<sup>94</sup> Kihasználja-e a munkavégzés során tudását, képességeit, hozhat-e önálló döntéseket, alkalmazhat-e munkája során saját ötleteket?



Fel kell ugyanakkor hívnunk a figyelmet arra, hogy ez az adat csupán azokra vonatkozik, akik az adatfelvétel időpontjában munkahellyel rendelkeztek, azaz a fenti táblázatnak ebben a sorában feltüntetett adatok más alapsokaságra vonatkoznak, mint az előző sorokban lévők.

15. tábla

**A munkavégzést többé-kevésbé jellemző körülmények gyakorisága  
a legutóbbi munkahelyen, nemek szerint, 2009**

(%)

Munkakörülmények	Férfi	Nő	Együtt
<b>Negatív jellemzők</b>			
Vegy anyagok, por, gáz, füst, gőz	37,8	22,6	29,7
Zaj, vibráció	50,5	32,2	40,8
Nehéz terhek, kényelmetlen testhelyzet	50,3	42,6	46,2
Balesetveszély	56,9	29,8	42,6
Monotonitás, egyhangúság	33,7	33,6	33,7
Emberekkel való kommunikáció nehézséget okoz	14,8	15,2	15,0
Megerőltető tempó	47,6	43,0	45,2
Szűk határidők	51,2	46,1	48,5
Gyakori túlmunka	48,8	41,7	45,0
Nehéz a követelményeknek megfelelni	33,6	31,9	32,7
Zaklatásnak volt kitéve	7,8	7,7	7,8
Diszkrimináció	4,4	4,7	4,5
Munkatársak erőszakos viselkedése	4,8	3,6	4,2
Tart állásának elvesztésétől <sup>a)</sup>	57,2	61,1	59,0
<b>Pozitív jellemzők</b>			
Kihasználja tudását, képességeit	60,0	49,9	54,6
Sok önálló ötletet, találmányt kíván	61,6	50,3	55,6
Önálló döntésekre van lehetősége	65,7	52,7	58,8
Lehetőség van előrelépésre	35,2	28,9	31,9

a) Csak a felméréskor is dolgozók esetében.

A munkaerő-piaci helyzetet ugyanakkor nemcsak a nemi hovatartozás, hanem számos más, társadalmi-demográfiai tényező is befolyásolja. A munkavégzés esetében a munkahelyre való beágyazottság, az ott elért pozíciók, a tapasztalat, vagy éppen ellenkezőleg, a rugalmasság mind olyan tényezők, amelyeket gyakran említenek a munkaerő „minőségével” kapcsolatban. Ezért érdemes szemügyre venni a fiatalabb és idősebb munkavállalók munkakörülményeiben mutatkozó különbségeket is.

A fizikai jellegű körülmények esetén a legfiatalabb és a legidősebb korú munkavállalói csoportokban valamivel kedvezőbb a helyzet, a legtöbb fizikai ártalom a 30–59 éves korú munkavállalókat éri. Ugyanakkor a különbségek nem különösen nagyok: a balesetveszély esetében a 40%-kal szemben 44, illetve 46% a balesetveszélynek kitétek aránya a középkorú korosztályokban, bizonyos aspektusokat illetően pedig (zajártalom, vibráció) a legfiatalabb munkavállalók vannak a legrosszabb helyzetben.

A munka tartalmát jellemző monotonitás, illetve egyhangúság tekintetében a legfiatalabb korosztályok vannak a legkedvezőtlenebb, míg a legidősebbek a legkedvezőbb helyzetben. A monotonitásra, illetve az egyhangúságra panaszuk aránya a 37%-os szintről az életkor emelkedésével párhuzamosan 27%-ra csökken. Ez a jelenség jól magyarázható azzal, hogy általában az idő múlásával, a tapasztalatok megszerzésével párhuzamosan lehet hozzájutni az egyre komplexebb, azaz egyre kevésbé monoton, illetve egyhangú munkafeladatokhoz.

A munkaszervezés más aspektusai azonban elsősorban ismét a középkorúak számára okozzák a legnagyobb gondot. Mind a megerőltető tempójú munkavégzés, mind a határidők szűkössége, mind a túlmunka gyakorisága körükben okoz problémát a leggyakrabban. Ugyanakkor e tekintetben csak a legidősebb korosztály van jelentősen kedvezőbb helyzetben, hiszen

a legfiatalabbak körében tapasztalható gyakoriságok csak alig alacsonyabbak annál, mint amiket a középkorú munkavállalók esetében láthatunk.

A munka tartalmára vonatkozó mutatók egyértelműen a 30–44 éves korosztályban mutatják a legkedvezőbb képet. Nem meglepő, hogy a fiatalabb korosztály tagjai valamivel kisebb mértékben nyilatkoztak úgy, hogy kihasználják tudásukat, képességeiket, vagy hogy önálló döntésekre van lehetőség. Meglepő ugyanakkor, hogy az életkor előrehaladtával a munka kreatív tartamára vonatkozó mutatók egyre romlanak – ennek magyarázatában talán szerepet játszhat az is, hogy az idősebb korosztályban kevesebb a magasabb iskolai végzettségű munkavállaló. A munka tartalmát tekintve azonban mindenképpen fontos megjegyezni, hogy a munkában szerzett tapasztalattal párhuzamosan nem növekszik a munkavégzés során gyakorolható autonómia.

16. tábla

**A munkavégzést többé kevésbé jellemző körülmények  
a valaha munkát vállaltak körében korcsoportok szerint, 2009**

Munkakörülmények	(%)				
	15–29	30–44	45–59	60–74	75–
éves					
<b>Negatív jellemzők</b>					
Vegyí anyagok, por, gáz, füst, gőz	30,5	27,6	32,0	28,7	30,2
Zaj, vibráció	46,0	41,2	42,6	36,6	36,2
Nehéz terhek, kényelmetlen testhelyzet	47,2	47,5	48,4	43,0	42,1
Balesetveszély	40,0	44,2	46,0	40,2	36,2
Monotonitás, egyhangúság	38,9	36,6	35,0	27,5	27,0
Emberekkel való kommunikáció nehézséget okoz	13,7	17,3	17,0	12,1	9,9
Megerőltető tempó	43,8	48,5	47,5	39,9	41,2
Szűk határidők	49,0	53,3	52,1	41,9	36,9
Gyakori túlmunka	43,8	46,7	47,1	41,2	43,6
Nehéz a követelményeknek megfelelni	31,1	36,8	36,5	27,9	21,6
Zaklatásnak volt kitéve	8,4	7,9	10,4	5,4	3,7
Diszkrimináció	3,9	5,0	5,5	3,8	3,0
Munkatársak erőszakos viselkedése	4,4	4,1	5,4	3,5	2,3
Tart állásának elvesztésétől <sup>a)</sup>	51,8	61,8	61,9	30,7	25,0
<b>Pozitív jellemzők</b>					
Kihasználja tudását, képességeit	55,2	60,0	58,5	47,6	41,1
Sok önálló ötletet, találékonytságot kíván	57,6	62,2	56,9	50,3	40,3
Önálló döntésekre volt lehetősége	57,8	66,3	60,2	53,2	45,3
Lehetőség van előrelépésre	44,3	37,2	23,8	28,3	29,9

a) Csak a felméréskor is dolgozók esetében.

Az előrelépési lehetőségek tekintetében nem meglepő, hogy az idősebb munkavállalók szűkebb perspektívát látnak maguk előtt, mint a fiatalabbak, ugyanakkor a legfiatalabb korosztálynak is mindössze 44%-a gondolta azt, hogy lesznek számára előrejutási lehetőségek, amelyet igen alacsony arányként kell értékelnünk.

A zaklatás, a diszkrimináció és a fizikai erőszaknak való kitettség tekintetében nem bontakozik ki világos életkori minta. A legmagasabb előfordulási gyakoriságokat a 45–59 éves korosztályban, a legalacsonyabbakat pedig a 75 évesnél idősebb (valójában igen kicsi) munkavállalói csoportban tapasztalhatjuk.

Állásának elvesztésétől leginkább szintén a középkorúak tartanak (többségük, azaz 62%-uk), míg ez az arány érthető módon jóval alacsonyabb az idős munkavállalók körében. A 15–29 éves, fiatal munkavállalók a középkorúaknál valamivel ritkábban, de azért igen magasnak értékelhető arányban (52%) tartanak munkájuk elvesztésétől.

Másféle metszetben, a munkavállaló iskolai végzettsége szerint vizsgálva a fizikai és a munka szervezéséhez kapcsolódó, pszichológiai természetű kockázatok élesen szétválnak.

A fizikai természetű körülményeket tekintve egyedül a munkahely zajossága az a tényező, amely a felsőfokú végzettségű munkavállalók esetében is gyakori. Más fizikai jellegű kockázatok (vegyi anyagoknak, illetve pornak, gáznak, füstnek, gőznek való kitettség, balesetveszély, ergonómiai problémák) a legalacsonyabb arányban (15–24%) a felsőfokú végzettségűek között fordul elő, a legmagasabb arányban pedig (39–60%) a nyolc általánosnál magasabb végzettségű, de érettségivel nem rendelkező munkavállalók, azaz a szakmunkások között. A kockázatoknak való kitettség valamivel mérsékeltebb a legfeljebb nyolc általánost végzetek csoportjában, és ennél is alacsonyabb az érettségizettek csoportjában. Annak oka, hogy a kockázatok nem a legalacsonyabb végzettségűek között a legmagasabbak, nyilvánvaló oka bizonyos munkakörülmények erős kötődése bizonyos ágazatokhoz. Az egészségfelmérés által számba vett fizikai jellegű kockázatok leginkább az építőiparra jellemzőek,<sup>95</sup> ahol a szakmunkások aránya igen magas.

17. tábla

**A munkavégzést többé-kevésbé jellemző körülmények  
a valaha munkát vállaltak körében, iskolai végzettség szerint, 2009**

Munkakörülmények	Legfeljebb 8 általános	Középfokú		Felsőfokú végzettség
		érettségi nélkül	érettségivel	
<b>Negatív jellemzők</b>				
Vegyí anyagok, por, gáz, füst, gőz	33,1	39,3	26,1	15,6
Zaj, vibráció	41,0	53,3	36,5	27,5
Nehéz terhek, kényelmetlen testhelyzet	51,3	59,5	42,7	23,9
Balesetveszély	48,0	59,5	36,0	19,1
Monotonitás, egyhangúság	34,9	38,7	34,7	21,4
Emberekkel való kommunikáció nehézséget okoz	11,3	13,2	16,5	20,0
Megerőltető tempó	44,4	52,3	43,2	37,9
Szűk határidők	35,9	49,8	51,4	58,6
Gyakori túlmunka	39,9	46,8	45,1	49,1
Nehéz a követelményeknek megfelelni	26,6	33,2	33,3	39,2
Zaklatásnak volt kitéve	5,7	9,0	8,4	7,4
Diszkrimináció	5,2	5,0	3,5	4,9
Munkatársak erőszakos viselkedése	3,4	4,4	4,2	4,8
Tart állásának elvesztésétől <sup>a)</sup>	67,0	64,6	57,4	49,9
<b>Pozitív jellemzők</b>				
Kihasználja tudását, képességeit	32,2	56,1	60,3	72,4
Sok önálló ötletet, találmányosságot kíván	26,3	56,5	62,7	80,9
Önálló döntésekre volt lehetősége	28,3	58,6	67,9	83,8
Lehetőség van előrelépésre	14,9	27,1	36,6	54,5

a) Csak a felméréskor is dolgozók esetében.

Az előbbiekhöz hasonló, de kevésbé markáns mintázatot mutat a „monotonitás, egyhangúság” előfordulása: viszonylag magas arányban (21%) fordul elő a felsőfokú végzettségűek között is, ám közel kétszer olyan gyakori a szakmunkás csoportban, és ennél valamivel ritkábban (35%-ban) fordul elő a másik két iskolai végzettség szerinti csoportba tartozó munkavállalók körében. A gyakoriság mintázatát tekintve hasonló még a megerőltető tempójú munkavégzés kockázatainak alakulása, de ebben az esetben a gyakoriságok jóval magasabbak: a munkaintenzitásnak ez a különösen fontos aspektusa a felsőfokú végzettségűek munkahelyeinek 38%-át, a szakmunkások munkahelyeinek pedig 52%-át jellemezte. A munka szervezethez kapcsolódó kockázatok leginkább az építőiparra jellemzőek,<sup>95</sup> ahol a szakmunkások aránya igen magas.

<sup>95</sup> Kovács K.: Munkapiac, munkakörülmények és egészség, KSH NKI Kutatási jelentések 87, Budapest, 2009

re vonatkozó más pszichológia aspektusok tekintetében azonban a magasabb végzettségűek vannak hátrányosabb helyzetben. Mind a kommunikációs nehézségek, mind a szűk határidők szorítása, mind a követelményeknek való megfelelés kényszere, mind pedig a túlmunka gyakoribban jelentkezik a magasabb végzettségűek munkahelyein. Ezekben az aspektusokban a legalacsonyabb iskolai végzettségű csoportban találjuk a legalacsonyabb, a két közbülső iskolai végzettség szerinti csoportban pedig közepes előfordulási gyakoriságokat.

Különösen eltérnek az egyes iskolai végzettségi csoportokba tartozó munkavállalók esélyei arra, hogy munkájuk tartalmaz legyen. Mind a képességek kihasználására, mind az ötletek alkalmazhatóságára, mind pedig az önálló döntés lehetőségére vonatkozó válaszok csak igen kis (egyharmadnál kisebb) arányban adtak pozitív választ a legfeljebb 8 általánost végzett munkavállalók. Ugyanezek az mutatók 55–60%-ra emelkednek a szakmunkás végzettségű, 60–67%-ra az érettségizett, illetve 72–83%-ra a felsőfokú végzettségűek között. A munka ezen pozitív jellemzőit tekintve tehát nem csak az állapítható meg, hogy a végzettség emelkedésével emelkedik a munka autonómiájának foka, hanem az is, hogy a szakadékszerű különbség e tekintetben a legfeljebb 8 általánost végzettek, illetve a többi iskolai végzettség szerinti csoport között jelenik meg.

A karrier-lehetőség esetében még erősebb az iskolai végzettség szerinti gradiens. Míg a felsőfokú végzettségűek több mint fele lát maga előtt előrelépési lehetőségeket, addig a legfeljebb nyolc általánost végzettek közül kevesebb mint 15%.

A munkahely elvesztésétől a felsőfokú végzettségűek közül is igen sokan aggódnak: csaknem minden másodikuk. Ugyanakkor a végzettség csökkenésével az állás bizonytalanként való érzékelésének valószínűsége is nő. A legfeljebb nyolc általánost végzettek több mint kétharmada tart munkája elvesztésétől.

18. tábla

**A munkavégzést többé-kevésbé jellemző körülmények a valaha munkát vállaltak körében, jövedelmi ötödök szerint, 2009**

Munkakörülmények	(%)				
	1.	2.	3.	4.	5.
	ötöd				
<b>Negatív jellemzők</b>					
Vegyí anyagok, por, gáz, füst, gőz	32,1	30,8	33,1	28,2	24,4
Zaj, vibráció	40,8	43,1	43,8	39,3	37,2
Nehéz terhek, kényelmetlen testhelyzet	52,8	47,1	49,0	43,1	39,3
Balesetveszély	44,6	48,5	45,2	41,2	33,2
Monotonitás, egyhangúság	33,9	33,6	35,3	32,6	33,0
Emberekkel való kommunikáció nehézséget okoz	14,4	12,8	15,9	15,7	15,9
Megerőltető tempó	47,8	44,6	45,2	44,8	43,5
Szűk határidők	41,1	45,5	48,5	51,9	55,6
Gyakori túlmunka	41,7	42,2	44,5	49,0	47,8
Nehéz a követelményeknek megfelelni	29,1	31,6	30,5	34,3	38,1
Zaklatásnak volt kitéve	8,2	7,2	8,8	6,8	7,7
Diszkrimináció	6,1	3,8	4,6	3,7	4,7
Munkatársak erőszakos viselkedése	4,5	3,1	4,9	3,7	4,6
Tart állásának elvesztésétől <sup>a)</sup>	68,6	63,2	64,8	58,7	49,7
<b>Pozitív jellemzők</b>					
Kihasználja tudását, képességeit	40,8	51,5	55,0	58,1	67,8
Sok önálló ötletet, találmányt kíván	37,9	49,4	57,4	60,9	72,4
Önálló döntésekre volt lehetősége	38,8	53,7	60,6	63,4	77,4
Lehetőség van előrelépésre	20,7	27,5	30,3	33,6	47,5

a) Csak a felméréskor is dolgozók esetében.

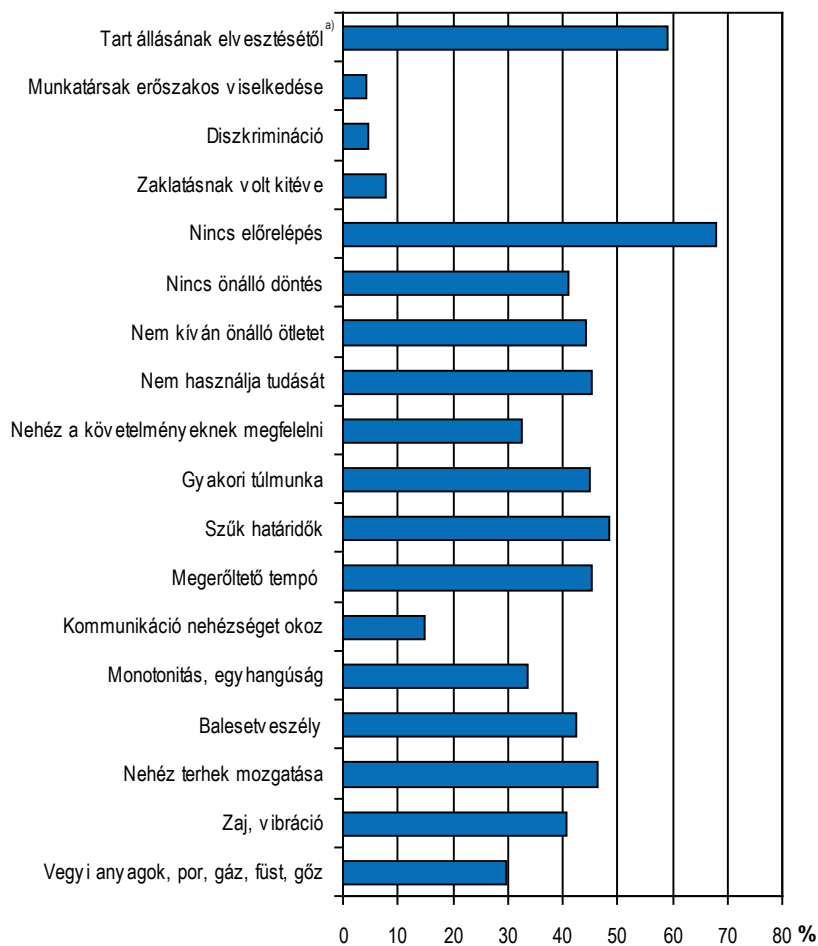
Amikor a munkakörülményeket a családban kialakult jövedelmi viszonyok szerint szemléljük, akkor lényegében az iskolai végzettség szerinti mintázatok ismétlődését láthatjuk. A különbségek azonban ebben a metszetben valamelyest kevésbé élesek. Jelentős különbségek

maradnak fenn ugyanakkor a munkakörülmények néhány aspektusát illetően. Az ergonómiai tényezők sokkal gyakrabban jelentenek problémát olyan munkavállalók számára, akik szegény családokban élnek. Ugyancsak grádiens figyelhető meg a munka tartamát és autonómiáját illető válaszokat szemlélve: a szegény családokban élő munkavállalók ritkábban használják ki tudásukat, képességeiket, ritkábban alkalmazhatják munkájuk során saját ötleteket és ritkábban hozhatnak önálló döntéseket. Nem meglepő módon, feleakkora arányban látnak csak maguk előtt előrejutási lehetőségeket, mint a gazdagabb családokban élők, munkájuk elvesztéstől pedig jóval gyakrabban tartanak. A jövedelmi csoportok közötti távolság az állás elvesztésétől való félelem tekintetében valamivel nagyobb, mint amit az iskolai végzettség szerinti csoportok között megfigyelhettünk.

Összességében szemlélve a munkakörülmények alakulását, úgy tűnik, hogy a 2009-ben dolgozók által tapasztalhatók, illetve azok, amelyek az utolsó munkahelyet jellemezték, hasonlóak egymáshoz abban a tekintetben, hogy a munkavállalók milyen aránya számára bizonyultak problematikusnak. A munkavállalók döntő többsége nem lát (nem látott) maga előtt előbbre jutási lehetőséget – ez a leggyakrabban említett tényező, ami a munkahelyeket többé-kevésbé jellemzi.

27. ábra

**A munkavégzés különböző körülményeit kedvezőtlenül megítélők aránya, 2009**



a) Csak a felmérés időpontjában is dolgozók esetében.

A munkavállalók több mint fele panaszkodott a határidők szűkösségére, közel felük számára pedig rosszak voltak a munkavégzés ergonómia feltételei, azaz kényelmetlen testhelyzetben kellett dolgozniuk vagy nehéz terheket mozgatniuk, és hasonló arányban fordult elő az is, hogy a munkatempót megerőltetőnek, illetve a munkát balesetveszélyesnek tartották. Zajos-

nak (illetve rázkódásnak rezgésnek kitettnek) minősíti munkáját a vizsgált népesség – nemzetközi összehasonlításban különösen magas aránya – 40%-a. Kissé illetve nagyon monotonnak érzi munkáját közel egyharmaduk. Ugyanakkor ha csak azokat tekintjük, akik munkában álltak 2009-ben, – a karrierperspektívák hiányát leszámítva – kétségkívül a munkahelyek bizonytalansága volt az a kedvezőtlen körülmény, amely a legtöbb embert érintette, s amelyről más országokban végzett kutatások alapján egyre biztosabban tudjuk, hogy kedvezőtlen hatást gyakorol az egészségre.<sup>96</sup>

<sup>96</sup> Ferrie J. E. – Shipley M. J. – Davey-Smith G. – Stansfeld S. E. – Marmot M. G.: Change in health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study, *J Epidemiol and Community Health*, 56(12), 2002. pp. 922–926.

## Egészségi állapot

### Az egészség önértékelése (szubjektív egészség, vélt egészség)

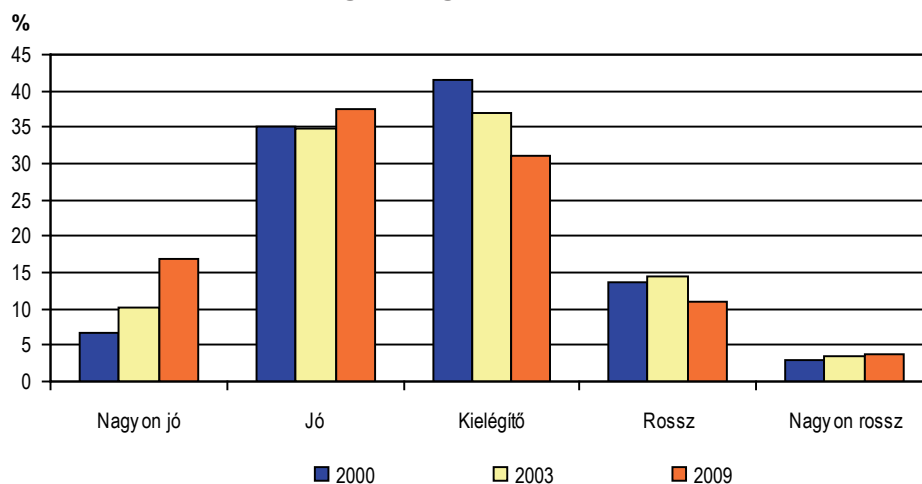
Az egészségi állapot szubjektív értékelésére vonatkozó kérdés, más lakossági felvételekben<sup>97</sup> is előfordul, de az egészségfelmérésekben kulcsfontosságú. A válaszadó egy ötfokozatú skálán határozza meg általános egészségi állapotát. Széles körben ismert tudományos eredmények támasztják alá e mutató használatát.<sup>98</sup> Az emberek úgynevezett szubjektív értékelései valójában egy roppant „objektív” mutatószámot nyújtanak, amely például erős kapcsolatban áll a későbbi halandósági esélyekkel, és ilyen tekintetben pontosabb előjelző mint a legtöbb „objektív”, azaz orvosi kivizsgáláson alapuló mérőszám. Ez utóbbi ráadásul nem is létezik általános, a teljes egészséget átfogó formában, hanem inkább mérőszámok sokasága az egészség különféle oldalaira koncentrálnak. A „vélt” szó esetleg azt sugallhatja, hogy itt egy attitűd-jellegű változóról van szó, holott ez egyáltalán nem így van.

A szakmai, szakpolitikai anyagokban<sup>99</sup> gyakran olvasható az a megállapítás, hogy a magyar népesség egészségi állapota lényegesen rosszabb, mint azt az ország gazdasági-társadalmi fejlettsége indokolná. Ez az egyik oldalról tényekkel is igazolható, miközben más statisztikai adatok tanúsága szerint összességében javul a magyar népesség egészségi állapota. Annak ellenére, hogy a magyarok pesszimizmusukról híresek, a lakossági felmérésekből az derül ki, hogy az emberek jobban érzik magukat és elégedettebbek az egészségügyi ellátással, mint ahogy ezt a média sugallja.

Az egészség a széleskörűen elterjedt meghatározások szerint ma már nem kizárólag az élet hosszával mérhető, sőt nem is csak a betegség nélküli állapotot jelenti, hanem az egyén teljes testi-lelki jóllétét, a társadalmi életben való részvételi képességét is. A korszerű egészségfelmérések az egyén testi adottságait és a környezeti kölcsönhatásokat is vizsgálják.

28. ábra

Az egészség önértékelése



<sup>97</sup> EU–SILC. Az EU harmonizált általános életkörülmény-felvétele, mely a jövedelmi, szegénységi és társadalmi kirekesztettségi indikátorok alapvető adatforrása. Hazánkban a KSH hajtja végre VÉKA néven. Az egészségi állapotra és a korlátozottságra vonatkozó három kérdés közel azonos, ezt MEHM-nek „mini egészségmodulnak” is nevezik. A megvalósult személyes minta a SILC–VÉKA-felmérésben az ELEF-nél lényegesen nagyobb (több mint 2-szerese).

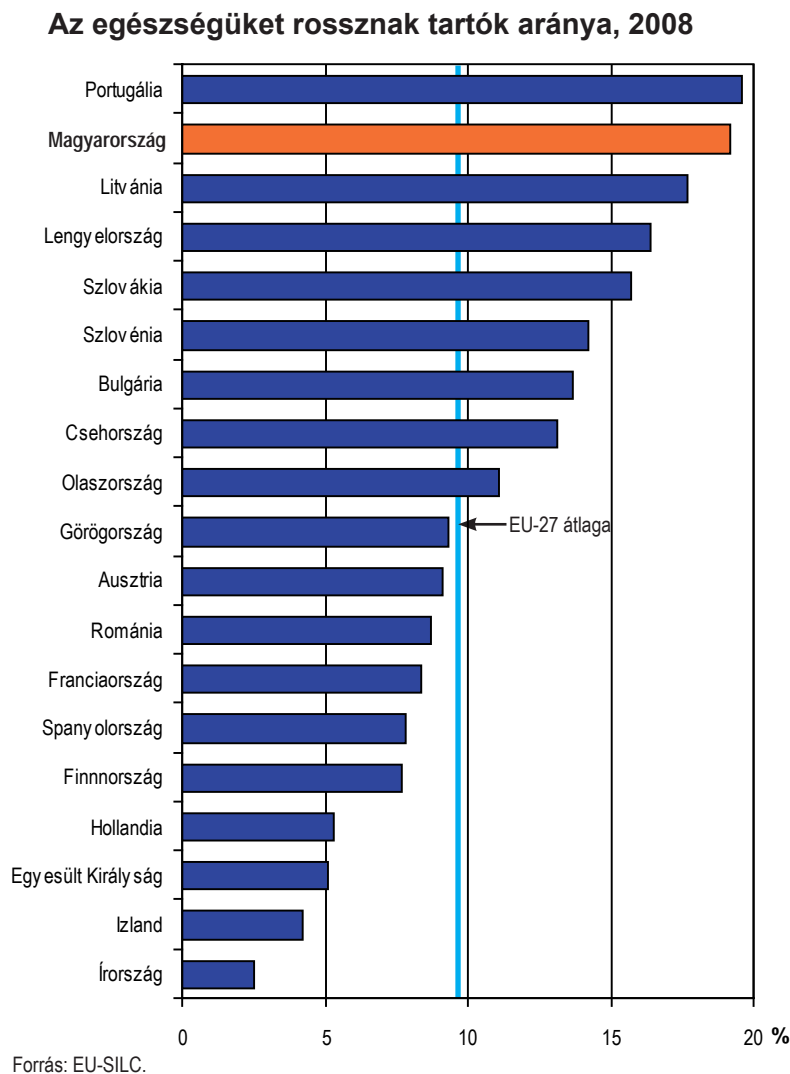
<sup>98</sup> Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies Author(s): Ellen L. Idler and Yael Benyamini Source: Journal of Health and Social Behavior, Vol. 38, No. 1 (Mar., 1997), pp. 21-37, American Sociological Association

<sup>99</sup> A 96/2005. (XII. 25.) OGY határozat az Országos Fejlesztéspolitikai Konceptióról, a 1103/2006. (X. 30.) Korm. határozat az Új Magyarország Fejlesztési Terv elfogadásáról, vagy a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program, 2007–2013, illetve Nemzeti stratégiai jelentés a szociális védelemről és a társadalmi összetartozásról, 2006–2008.

A felnőtt lakosság túlnyomó többsége elégedett az egészségi állapotával vagy legalábbis megfelelőnek tartja azt. Mind a nők, mind a férfiak körében eléri, illetve meghaladja az 50%-ot azoknak az aránya, akik jónak vagy nagyon jónak vélik egészségüket. Rossz vagy nagyon rossz egészségről a nők 17%-a, a férfiak közel 12%-a számolt be. A férfiak optimistábbak az egészségük megítélését illetően, minden életkori csoportban.

A 18 év feletti lakosságra vonatkozóan megállapíthatjuk, hogy több mint 80%-a elégedett az egészségével. A válaszok nagy része a jó és kielégítő kategóriákba esett, az elégedettek aránya mindkét előző felméréshez képest magasabb a 2009-es ELEF-ben, és a nagyon jó, valamint a jó egészségi állapotot megjelölők aránya növekedett a legnagyobb mértékben (bár a legalacsonyabb előfordulású „nagyon rossz” kategóriába is valamivel többen sorolták magukat, mint a két előző felmérés alkalmával).

29. ábra



Nemzetközi összehasonlításban (mivel a legutóbbi harmonizált európai egészségfelmérés adatai még nem állnak rendelkezésre) a SILC–VÉKA-felvétel adatai alapján elmondható, hogy Magyarország az utolsó előtti helyen áll az EU-27 országainak sorában, ahol átlagban a lakosság mindössze 9,5%-a tartja rossznak/nagyon rossznak az egészségét. A SILC–VÉKA-felmérés 2008. évi adatai szerint a magyar lakosságban 19,2% az egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak tartók együttes aránya. A 2009-es felmérésben már csak 17,5% állítja ezt, míg az ELEF-ből mindössze 14,6% adódik. A két felmérés közötti különbség azoknak az országoknak a többségében tapasztalható, ahol mindkét vizsgálatot már lebonyolították. Felte-

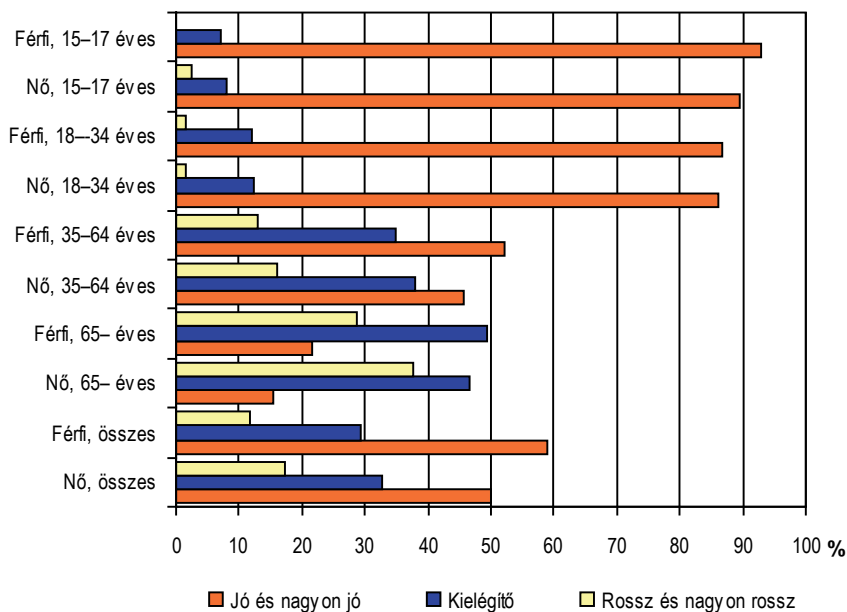


hetően az indokolja az eltérést, hogy a két adatgyűjtés különböző környezetet biztosít ugyanakkor a kérdésnek a megválaszolásához. Talán annak tudatában, hogy a jövedelmi helyzet részletezésére vonatkozik a kérdőív nagy része, pesszimistábbá teszi a válaszadót az egészsége megítélésében is, mint egy teljes egészében az egészsége iránt érdeklődő témaköröket tartalmazó adatfelvétel.<sup>100</sup>

Az egészségi állapot a 30 éven aluliak körében korcsoportonként nem különbözik jelentősen; a jó vagy nagyon jó egészségi állapotúak aránya 90% körüli. A 30–44 évesek és a 45–59 évesek egészségi állapota azonban már jelentősen különbözik; a fiatal középkorúak 18%-a már nem teljesen egészséges.

30. ábra

Vélt egészség nemek és korcsoportok szerint, 2009



Az életkor előrehaladtával az egészségi állapot romlik, ezt minden korcsoportos bontásban megfigyelhetjük. Öröndetes, hogy ennek ellenére még a 75 éven felüliek körében is 60% az egészségükkel elégedettek aránya.

A felmérés adatait régióként összehasonlítva az egészség önértékelése a régió általános fejlettségi szintjével mutat összefüggést. A legtöbben a Nyugat-Dunántúlon és Közép-Magyarországon tartják jónak vagy nagyon jónak az egészségüket. Átlagosan 85%-ban elégedettek az egészségükkel az emberek, a legkevésbé Észak-Magyarországon, de ez az érték is közel 80%.

Közismert tény, hogy az egészség szoros kapcsolatot mutat azokkal a szociális feltételekkel, melyek között az egyén él.

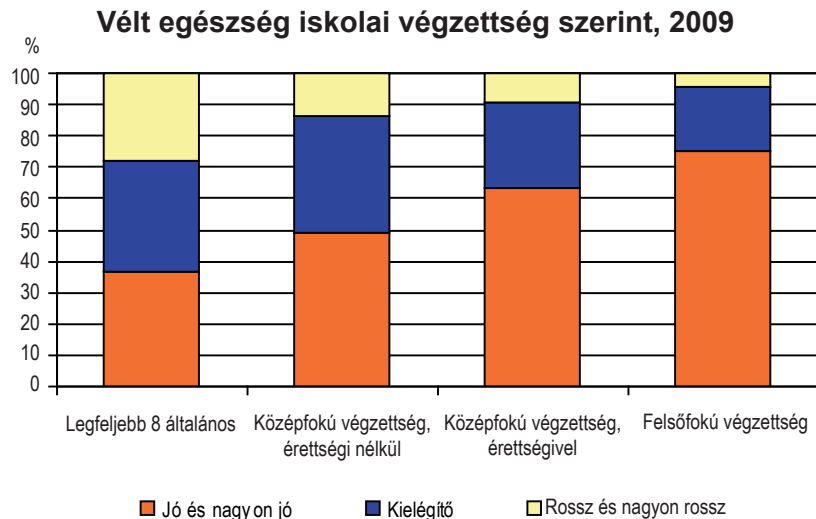
Az iskolázottság szerepe a várakozásoknak megfelelően kiemelkedő jelentőségű a saját egészség megítélésében. A magasabb iskolai végzettségűek jobbnak tartják az egészségüket, és ezt számtalan más egészségállapottal foglalkozó adatforrás is megerősíti<sup>101</sup>, vagyis az önértékelés jó összhangban van a tényleges helyzettel. A felsőfokú végzettségűek háromnegyede úgy érzi, hogy egészsége jó vagy nagyon jó, míg a legkevésbé iskolázottaknak csak valamivel több mint harmada. A rossznak vagy nagyon rossznak vélt egészségűek aránya az iskolai végzettség szerinti gradiensen lefelé haladva 4%-ról a hétszeresére nő.

<sup>100</sup> Erre egyelőre pontos, részletes és megbízható magyarázat nem létezik. Az eredmények értelmezésére, az összehasonlíthatóság javítására komoly nemzetközi szakértői munka folyik (pl. berlini EHIS workshop, vagy ez év októberében indult European Health and Life Expectancy Information System EHLEIS Joint Action).

<sup>101</sup> Faragó Miklós: Egészségesen várható élettartamok Magyarországon 2005, KSH, Budapest, 2007.

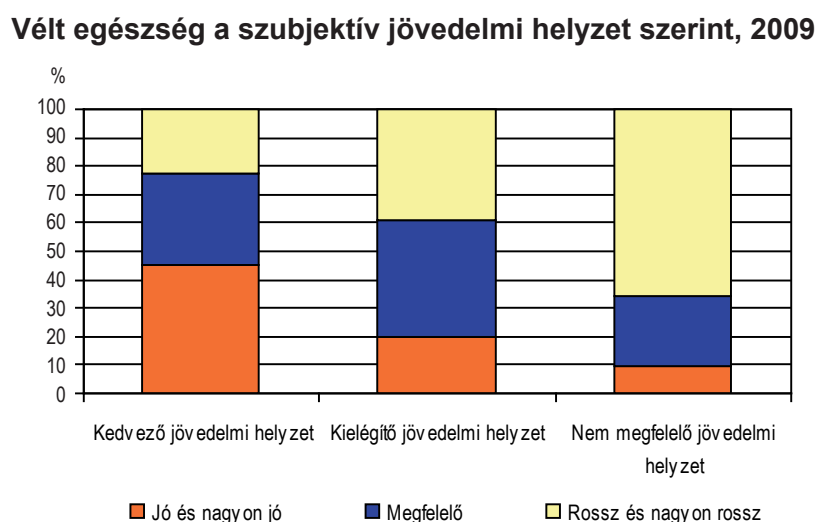
Az egyén egészségmegőrzésének és egészségtudatos magatartásának kulcsa az iskolázottság, a magasabb végzettséggel megszerezhető általános tudásszint, vagy legalább a tájékozottság iránti igény, ami az egészséggel kapcsolatos ismeretekre is vonatkozik. Az iskolázottabbak kiterjedtebb kapcsolati hálójukat felhasználva betegség esetén könnyebben megtalálják a jobb minőségű ellátást. Az iskolai végzettség egyúttal szoros kapcsolatban van az anyagi helyzettel, a lakáskörülményekkel és a változó körülményekhez való alkalmazkodóképességgel, amelyek mind hozzájárulnak ahhoz, hogy milyennek ítéli valaki az egészségét.

31. ábra



Adott időpontban a gazdasági helyzet egyik dimenziója a jövedelem. Felmérésünkben a jövedelem szintjét három különböző módon is megkérdeztük. Ezek egyike a jövedelem szintjének szubjektív megállapítása volt egyszerű önbesorolással öt kategóriába. Bár a kérdés csak a jövedelemre vonatkozott, mégis feltételezhetjük, hogy a „szubjektív jövedelemszint” változó tartalma bővebb, mint a kérdés szorosan vett értelme, mert ennek megítélését több más tényező is befolyásolta, közöttük az általános vagyoni helyzet és az anyagi biztonság érzése is. Minden bizonnyal azok a szubjektív személyiségi vonások is, amik akár pozitív, akár negatív irányba befolyásolják az egészség megítélését, hasonló szerepet játszanak a jövedelemszint értékelésében is. Nem meglepő tehát, hogy a vélt egészség és a szubjektív jövedelem között nagyon szoros a korreláció.

32. ábra



A kedvező jövedelmi helyzetben lévők négyötöde egészségesnek vagy nagyon egészségesnek is érzi magát, és körükben a legkisebb az egészségükkel elégedetlenek aránya, alig több mint 4%. Azoknak viszont, akik úgy érzik, hogy jövedelmi szintjük nem megfelelő, már csak négytizede értékeli egészségét legalább jónak.

Az egészség önértékelése szoros kapcsolatot mutat az anyagi helyzettel, a lakóhellyel és az iskolázottsággal is.

Amíg az egészségi állapotát minden megkérdezett szívesen jellemezte, a jövedelmi helyzetről a válaszolók 0,8%-a nem nyilatkozott. A nem válaszolás nagyobb arányban jelentkezett a kitűnő egészségi állapotnak örvendő körében. Ezért a lakossági jövedelem-felvételekkel kapcsolatos kutatások<sup>102</sup> alapján valószínűsíthető, hogy a nem válaszolók anyagi helyzete is számottevően jobb ezekben az esetekben. Feltevésünket igazolhatja, hogy a magasabb iskolai végzettségűek (főiskolai vagy egyetemi diplomások) a jó és nagyon jó egészségnek örvendő kategóriájában 38%-kal többen tagadták meg a jövedelmi kérdésre a választ, mint az alacsonyabb végzettségűek.

Az önértékelés mellett a háztartási jövedelem szintjét összegben is megadhatták a válaszolók,<sup>103</sup> valamint jövedelemkategóriák segítségével meg is becsülhették.<sup>104</sup> Az egészségi állapot erősebb kapcsolatban áll a szubjektív, mint az objektív úton kalkulált vagy becsült jövedelem szintjével.

Kétségtelen, hogy a legmagasabb jövedelmi ötödben a legmagasabb a legalább jó egészségi állapotúak gyakorisága, 59%, és a legalacsonyabb a rossz vagy nagyon rossz egészségűeké, 10%. A többi kategóriában az előbbi arány 50 és 57% között mozog, míg az utóbbi 14 és 17 között. A legkevesebb a kedvező egészségállapotú a negyedik ötödben, és egyúttal itt vannak legtöbben azok, akik kielégítőnek tartják az egészségüket.

Ez a kevésbé meghatározó kapcsolat részint betudható annak is, hogy a különböző méretű, összetételű háztartásokban az egyforma fejenkénti jövedelem nem biztos, hogy azonos érték-választást eredményez, vagyis a fogyasztói döntések, a fogyasztás struktúrája még akkor is eltér, ha a rendelkezésre álló jövedelem azonos. Másrészt talán azt is tükrözi, hogy sokkal inkább azok örvendhetnek jó egészségnek, akik tanultabbak, tájékozottabbak, általános életszemléletük pozitív, mint azok, akik objektív mércével mérve jó jövedelmi körülmények között élnek.

Mivel az egészségfelmérés célja elsősorban az egészséggel kapcsolatos attitűdök és tények vizsgálata volt, a jövedelem csak háttérváltozóként szerepelt, e dimenzió mentén feltárható összefüggések bemutatása a jövedelemadat kontrollja mellett (a megadott jövedelem összevetése a személy munkaerő-piaci státusával, iskolai végzettségével és háztartásának összetételével) a lakókörnyezeti jellemzők és a kiadási adatok figyelembevételével lehetséges, de ez a kiadvány nem vállalkozik erre a feladatra.

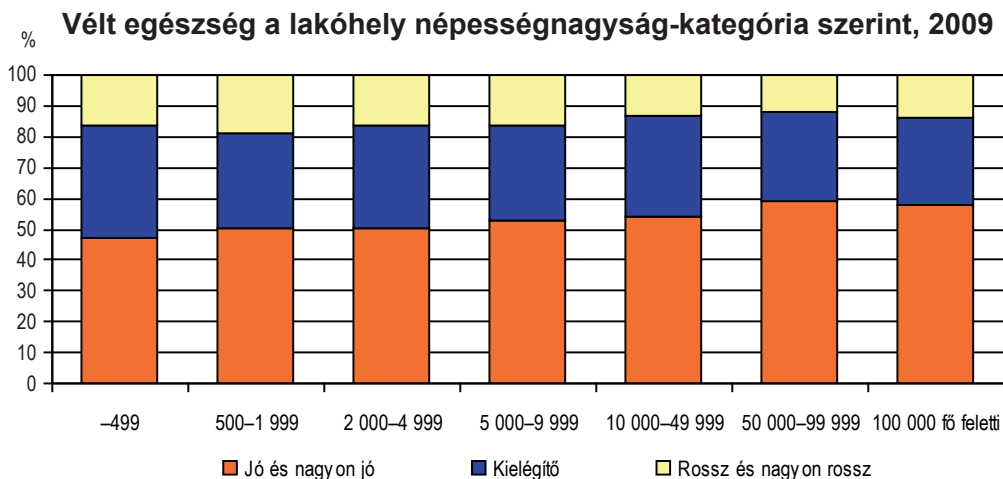
A vélt egészség összefüggést mutat a lakóhely régiójának általános fejlettségi szintjével, bár a különbségek nem túl nagyok. A nyugati régiókban és Közép-Magyarországon a nagyon jó és a jó egészségűek aránya együtt megközelíti a 60%-ot, míg a keleti régiókban csak 50% körüli értéket mutat. A legtöbben Nyugat-Dunántúlon és Közép-Magyarországon tartják jónak vagy nagyon jónak az egészségüket. 85%-os átlaghoz képest az egészségükkel elégedettek aránya Észak-Magyarországon a legalacsonyabb, de ez az érték is közel 80%.

Az egészséggel való elégedettség a kistélepeleéseken élők körében kevésbé jellemző, mint a városi, főleg kisvárosi lakókörnyezetben. A legjobb egészségnek az 50–100 ezer közötti lakosságszámú településeken örvendenek az emberek, ahol az ellátórendszer könnyen elérhető és az életkörülmények nem ritkán előnyösebbek, mint a nagyvárosokban. Ebben a kategóriában a legmagasabb a nagyon jó és jó egészségállapotúak együttes aránya (59%), és a legalacsonyabb azoké, akik rossznak vagy nagyon rossznak gondolják az egészségüket (12%).

<sup>102</sup> A jövedelemmel kapcsolatos kérdések esetében a nem válaszolás tipikusan a magas jövedelmű, magas iskolai végzettségű és munkaerő-piaci státusú, jómódú rétegben a legjellemzőbb. (Havasi É.: Nem válaszolások okai a jövedelemfelvételekben. KSH, 1996.)

<sup>103</sup> Ennek a megkérdezetteknek csak 47%-a tett eleget.

<sup>104</sup> Ezáltal a válaszadók több mint 80%-a besorolható volt valamilyen jövedelemsávba. Mivel a jövedelemforrások és a háztartás összetétele ismert volt, a válaszadóknak a hiányzó háztartási jövedelemadatokat regressziós becsléssel imputáltuk, majd ebből egy főre jutó jövedelmi ötödeket képeztünk (lásd a módszertani leírást a függelékben).



Az egészségi állapot elsősorban a biológiai tényezőktől függ, jelen vizsgálatunkban ezt a tényezőt az életkor képviseli. Jelentős szerepe van a szociális és környezeti faktoroknak is, de kevésbé azok valós értéke számít, sokkal inkább az, ahogy megélik.

Az egészségi állapot meghatározó tényezőiről a későbbi egészségegyenlőtlenséggel kapcsolatos kiadványokból tudhatunk meg többet, a lakosság életkori összetételét is figyelembe vevő többváltozós összefüggés-elemzések eredményei alapján.

## Korlátozottság

A korlátozottságmentes élet, vagyis az életkornak megfelelő fizikai aktivitás és az általánosan elvárható társadalmi részvétel egyre nagyobb értéket képvisel a fejlett társadalmakban a korszerű szemlélet szerint. A hosszú élet értéke mellett egyre inkább előtérbe kerül a korlátozottságmentes élet fogalma az életminőség nemzetközi összehasonlítását célzó kutatásokban, illetve mutatószámok kialakítása során.<sup>105</sup>

Korlátozottságon az egyén fizikai, értelmi vagy társadalmi funkciósökkenését értjük a modern társadalomtudományi kutatásokban. A korlátozottságnak ezt az új – WHO által kidolgozott FNO (funkcióképesség nemzetközi osztályozása) nomenklatúrán alapuló – szemléletét, amely „az egyént holisztikusan az egyén és környezete, a funkciók és az ellátandó feladatok összefüggéseiben szemléli”<sup>106</sup> – 2008 óta hazánkban a fogyatékoság, rokkantság megállapítását végző hivatalos szervek is bevezették és jelenlegi fogyatékosügyi programok is a társadalmi részvétel elősegítését tartják szem előtt.<sup>107</sup>

A fogyatékosok társadalmi integrációját világszerte egyre több intézkedéssel és programmal támogatják. Ezek célközönségének meghatározásához és sikerességüknek monitorozásához a fogyatékoság statisztikai mérésének egységesítését számos nemzetközi fórumon próbálják megoldani.<sup>108</sup> Hazánkban a legutóbbi népszámlálásokban (1990 és 2001) rákérdeztek az esetleges szervi fogyatékoságra, míg a 2011-es népszámlálás fogyatékosági kérdésblokkjában már szerepelnek a társadalmi részvételben való akadályozottság szempontjai is. A korlátozottság, megváltozott munkaképesség, illetve fogyatékoság kérdésében a jelenlegi hivatalos társadalomstatisztikai felmérésekben<sup>109</sup> az Eurostat ajánlásait, előírásait követjük.<sup>110</sup>

<sup>105</sup> Egészségesen várható élettartamok (Fenntartható fejlődés indikátorai, társadalmi haladás indikátorai.) KSH, 2010.

<sup>106</sup> Jelentés az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet munkájáról, 2010.

<sup>107</sup> A fogyatékoság gyűjtőfogalom, amely a károsodást, a tevékenységek akadályozottságát és a részvétel korlátozottságát is magába foglalja, azaz a normális emberi létezés szükséges tevékenységek végrehajtásának akadályozottságát vagy képtelenségét jelenti (OLEF2003). Washington City Group, ENSZ-Budapest Initiative, Granada Group.

<sup>108</sup> MEF Munkaerő-felmérés; SILC-VÉKA Változó életkörülmények és háztartási kiadások felmérés; ELEF2009 Egészségfelmérés

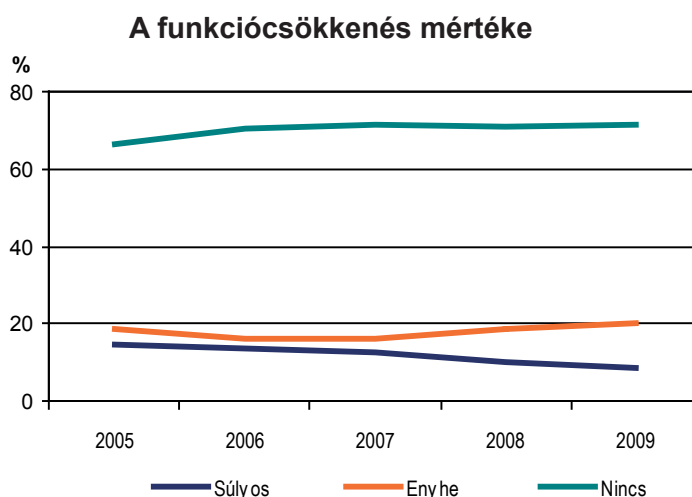
<sup>110</sup> Az elmúlt 6 hónapban korlátozta-e Önt valamilyen egészségi probléma a mindennapi tevékenységek elvégzésben, és ha igen, milyen mértékben? (Az elmúlt 6 hónapban végig fennálló korlátozottságra gondoljon!) (1) - súlyosan korlátozta, (2) – korlátozta, de nem súlyosan, (3) – nem korlátozta. Mindennapi tevékenységek alatt az önellátás, háztartásvezetés, a kereső munka és a szokásos ügyintézés, a társas kapcsolatok és a szabadidő eltöltése (szórakozás) értendő.

A 2009-es egészségfelmérés szerint súlyosan korlátozottnak érzi magát a mindennapi életben a 15 éves és idősebb lakosság közel 9%-a, közülük kismértékben korlátozott 32%, és 59%-ukat nem korlátozza egészségi állapottal összefüggő ok a társadalmi részvételben.

### A korlátozottság előfordulása a harmonizált életkörülmény-felvételek szerint

Az európai uniós előírás alapján az alig eltérő célpopulációt<sup>111</sup> megcélzó SILC–VÉKA-felvétel egészségi blokkjában feltett kérdésre adott válaszok alapján, az előbbieknél magasabbra becsülhető az egészségesek és némiképp alacsonyabbra a kismértékben korlátozottak aránya, viszont a súlyosan korlátozottaké csökkenő tendenciát mutat, és 2009-ben szinte azonos az ELEF adatával.

34. ábra



A SILC–VÉKA-adatgyűjtés elsősorban a jövedelem és fogyasztás megfigyelésére szolgál, és a társadalmi kirekesztettség (szegénység) mérésére használt laekeni indikátorok számításának alapja.<sup>112</sup>

A SILC–VÉKA idősorai csak korlátozott mértékben hasonlíthatók össze az egészségfelmérésekkel, nemcsak az eltérő célpopuláció miatt, hanem azért is, mert az adatgyűjtések tematikái alapvetően különböznek, és ez az eddigi nemzetközi tapasztalatok alapján is befolyásolja a válaszadók értékítéletét saját egészségükről, korlátozottságukról.

Arra a kérdésre, hogy valóban hányan vannak a népességben a korlátozottak, a legpontosabb választ a következő népszámlálásból fogjuk megkapni.

### A korlátozottság típusai

Enyhe korlátozottságok közé tartoznak az olyan problémák, károsodások, amelyek megfelelő eszközzel pl. a szemüveg, kontaktlencse, hallókészülék vagy műfogsor viselése, viszonylag könnyen korrigálhatók. Súlyos korlátozottságnak tekintjük a vakságot, a gyengénlátást, a siketiséget vagy a súlyos halláskárosodást, az önellátásra való képtelenség bármely formáját, illetve a művégtag, a kerekesszék használatát.

<sup>111</sup> A két felmérés népessége korösszetétel tekintetében kissé eltér, mivel a SILC-felmérésben a 16 éves és idősebb személyeket kérdezik meg egészségi állapotukról. A megvalósult személyi minta az ELEF-nél jóval nagyobb volt; mintegy 18–20 ezer fő.

<sup>112</sup> Részletesen ld. a Társadalmi ellátórendszerek, 2009 c., illetve A fenntartható fejlődés indikátorai c. KSH kiadványokban (2011. I. negyedév)

## A korlátozottság változása az időben az egészségfelmérések alapján

A korlátozottság fogalma az eddigi egészségfelmérésekben használatos funkciócsökkenés kifejezéssel írható le a legszemléletesebben, így elemzésünkben a korlátozottsággal azonos értelemben használjuk. Mivel a kikérdezés minden esetben más kérdésekkel, más válasz kategóriák alkalmazásával történt, az időbeni összehasonlítás szükségszerűen csak *korlátozott* érvényű lehet. Az egészségfelmérések általában a felnőtt népességre vonatkoznak, az életkori határ 18 évnél kezdődik, de a legújabb európai uniós előírások szerint 15 év felett, az intézetben élő és a gyermekkorú népesség tehát kimarad a felmérésből, ezért következtetéseink csak a magánháztartásban élő felnőtt népességre vonatkoznak. Mivel az egészségfelmérések a 18, illetve a 15 éves népességre vonatkoznak, a fogyatékkal élők legsúlyosabb csoportjai (a veleszületett fogyatékkal élő gyermekek és az intézetben élők, valamint a hajléktalanok) nem kerülnek be a megfigyelésbe. Kimaradnak továbbá a kérdezőbiztossal kommunikálni képtelenek is, akiknek egy része nagy valószínűséggel értelmi fogyatékos vagy pszichés betegség miatt korlátozott, ezért a korlátozottság tényleges előfordulása alulbecsült.

A funkcionális korlátozottságot más-más módszerrel mérő egészségfelmérésekből kiindulva az enyhe és súlyos fokú korlátozottság összesített prevalenciája az elmúlt évtizedben 35–42% volt a felnőtt lakosság körében, az „egészségesek” (a nem korlátozottak) aránya 58 és 65% közötti.

19. tábla

### Egészségfelmérésekben mért vélt funkciócsökkenési prevalenciaértékek a 18 évesek és idősebbek körében

Mértéke	OLEF2000	OLEF2003	ELEF2009 <sup>a)</sup>
Nincs	65,4	63,1	58,1
Enyhe	31,3	31,3	33,1
Súlyos	3,3	5,6	8,8
<b>Összesen</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

a) Életkor szerinti korrekcióval (csak a 18 év feletti populációra).

Az összehasonlíthatóság korlátait figyelembe véve a három felmérésben kapott prevalenciaértékek igen jó egyezést mutatnak, jóllehet, az eltérő kategóriák alkalmazása következtében a 2000-es felmérésben a súlyosan korlátozottak aránya az összevonás után is alulbecsültnek tűnik.<sup>113</sup>

A korlátozottságot és a fogyatékos állapotot nehéz elhatárolni,<sup>114</sup> főleg a lakossági véleményekre alapuló, szükségképpen szubjektív megközelítésű felmérésekben, ahol a mindennapi életben szokásos tevékenységek fogalma nem határozható meg egyértelműen, az adott személytől, a jelenlegi és korábbi élethelyzetétől függően.

### Korlátozottság és tartós betegség előfordulása, az ELEF2009 eredményei

A felmérés adatai alapján korlátozottnak minősíti önmagát a célpopuláció 42%-a, bár a krónikus betegek<sup>115</sup> becsült aránya ennek másfélszerese (61%). Megállapítható tehát, hogy a krónikus betegségek egy jelentős része a megfelelő orvosi kezelésekkel, gyógyszereszedéssel, kockázatkerülő egészség-magatartással oly mértékben karban tartható, hogy az érintettek számára nem jelent akadályt a társadalmi részvételben.

Az ELEF hosszantartó (legalább 6 hónapon át fennálló) betegségek meglétére vonatkozó kérdésére a nők 72, a férfiak 65%-a igennel válaszolt, így országos átlagban az arány 7/3 a

<sup>113</sup> OLEF2003. Kutatási jelentés. 5. fejezet Funkcionalitás

<sup>114</sup> A jelenlegi hazai terminológia e tekintetben korántsem egységes; használják a fogyatékos, korlátozott, rokkantság, egészségkárosodás, megváltozott munkaképesség stb. fogalmakat, intézménytől és a fogyatékos címen elérhető juttatásfajtáktól is függően.

<sup>115</sup> Saját bevallása szerint 6 hónapon túl fennálló egészségproblémája van.

beteg „javára”. Az egyes betegségeknek a kérdezést megelőző 12 hónapban, illetve az élet során való előfordulását tekintve már valamivel kedvezőbb kép alakul ki, bár így is magas az önmagukat betegnek vallók aránya. Figyelembe véve a betegséglistán<sup>116</sup> felsorolt betegségek említését, képeztünk egy „*krónikus beteg*” összevont változót. A változó képzésekor csak az számított krónikus betegnek, akinél az elmúlt 12 hónapban a betegséglistán a megjelölt betegségek közül legalább egy előfordult, és a betegséget orvos állapította meg. Az elemzés során a továbbiakban a „*krónikus beteg*” képzett változót használjuk.

### Szubjektív és objektív fogyatékoság

Az önbevalláson alapuló adatok kontrolljára a fogyatékoság esetében is lehetőség nyílt, mivel a fogyatékoságok típusainak előfordulását részletesen megkérdeztük.

A válaszok alapján egy olyan mutatót képeztünk, mely a felmérés során megkérdezett legsúlyosabb testi fogyatékoságok előfordulását együttesen jellemzi. A mutató jól kiszűrte az enyhe korlátozottságot, de kevésbé működött jól a súlyos fogyatékoság esetén.

A felmérés adatai alapján a társadalmi részvételben súlyosan korlátozottak arányát 8–9% körülire, a fizikai jellegű fogyatékoság miatt korlátozottakat pedig 4–6%-ra becsülhetjük.

### Látáscsökkenés

A 2009-es felmérés szerint a férfiak 46, a nők 61%-a hord szemüveget vagy kontaktlencsét, ennek ellenére a lakosság 10%-a nagy távolságból (az utca másik oldaláról) már nem látja jól mások arcát, 18%-a nehezen vagy egyáltalán nem látja a nyomtatott betűket az újságban szemüveggel sem. A súlyos látássérültek aránya 1–2% körüli, hasonlóan a 2003-ban mért értékhez.

Az eltérés korcsoportonként igen jelentős: a 35–64 év közöttiek mintegy 17%-a, a 65 éven felülieknek már duplája nem látja jól a nyomtatott betűket. Az utca túloldaláról nem vagy csak nehezen ismeri fel az ismerőst a 35–64 éves korosztály 7%-a és a 65 évnél idősebbek közel egynegyede.

A három felmérés adatai csak korlátozottan vethetők össze, mivel mind a kérdésfeltevés, mind a kategóriák száma ezekben a felmérésekben eltérő volt, így csak arra következtethetünk, hogy a 18 éven felüli populációban a látásjavító eszközök viselése egyre gyakrabban fordul elő, főleg a nők körében. Az enyhe, korrigálható látásprobléma nem okoz funkciócsökkenést, de a tömeges számítógép-használat, az irodai munkák elterjedése és a korábbi generációknál hosszabban tartó tanulás miatt is nagyobb az esély a látásromlásra, illetve annak felismerésére is már fiatalabb korban.

### Halláscsökkenés

Kismértékű hallásproblémával él a felnőtt lakosság kb. egytizede (nehezen vagy alig hallja a normál hangerejű beszélgetést, kisebb-nagyobb nehézségei vannak ezen a téren). A hallókészüléket használók aránya 2,4%, a férfiak és nők aránya közel azonos. A súlyos hallássérültek (siketek) aránya 1% alatti.

20. tábla

#### Halláscsökkenés előfordulási aránya, enyhe, közepes és súlyos együtt

Év							18 éven felüliek összesen	
	18–34		35–64		65–		nő	férfi
	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi		
OLEF2000	2,9	4,4	8,5	19,9	26,5	34,6	10,8	13,5
OLEF2003	3,4	3,9	9,7	17,0	31,7	33,7	12,6	15,0
ELEF2009	2,0	1,3	6,0	7,1	25,7	25,1	9,8	8,3

<sup>116</sup> Lásd a CD-mellékleten a kérdőív 19. kérdését.

A két korábbi felmérés és az ELEF adatai alapján a halláscsökkenésre vonatkozó becslés eredménye nagy mértékben különbözik, ennek oka valószínűleg az, hogy a kérdést más formában (az uniós előírások szerint) tettük fel.

### **Mozgási, helyváltoztatási nehézségek előfordulása**

A 2009-es ELEF kérdőívben a mozgáskorlátozottságot 5 kérdés érintette; a helyváltoztatásra, a gyaloglásra, a lépcsőjárásra, a cipelésre és a finommozgásokra, eszközhasználatra vonatkozóan.

A férfiak 10, a nők 17%-a nehezen vagy alig tud eljutni 500 m távolságra sík terepen segédeszköz, segítség nélkül. A 35–64 évesek körében még csak 10%-nak, a 65 éven felüliek között már 43%-nak jelent ez gondot, és 15% azoknak az aránya, akik erre már egyáltalán nem képesek. Problémát okoz a lépcsőn való közlekedés, a lehajlás, letérdelés a férfiak 11%-ának és a nők 20%-ának. Nem tud a lépcsőn egy emeletet felmenni a 65 éven felüliek 15%-a, és 33%-uk említi, hogy ez a tevékenység számára kisebb-nagyobb nehézséggel jár.

Egy ötkilós bevásárlókosár cipelése 10 méteren keresztül a lakosság 15%-ának (a férfiak 9 és a nők 21%-ának) jelent gondot, sőt 6%-uk teljesen képtelen rá. A cipekedés nehézsége is főleg az idősebb életkorban jelentkezik. A finommozgások elvégzése, kis tárgyak ujjal történő megfogása a férfiak 4, a nők 7%-ánál okoz nehézséget.

Az előző felmérésekkel való összehasonlításra a járási nehézség előfordulása esetén nyílik lehetőség, bár a nehézség nélkül megtett távolság kategóriái nem minden esetben egyeznek meg.

21. tábla

#### **Járási nehézség előfordulási aránya, enyhe és súlyos együtt**

(%)

Év	18–34		35–64		65–		18 éven felüliek összesen	
	éves						nő	férfi
	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi		
OLEF2000 <sup>a)</sup>	3,2	2,5	20,7	17,0	49,4	38,9	21,8	15,1
OLEF2003 <sup>a)</sup>	2,4	0,6	15,0	11,8	42,5	41,3	19,6	12,4
ELEF2009 <sup>b)</sup>	0,7	0,8	11,2	8,5	48,8	33,2	17,2	9,9

a) 200 m gyaloglás sík terepen.

b) 500 m gyaloglás sík terepen.

A legutóbbi egészségfelmérés óta a járási nehézséggel küzdők aránya öröndetesen csökkent, a nők és a férfiak esetében közel azonos mértékben.

### **Táplálkozás, rágás, műfogsor használata**

A rágási nehézség említése 33%, de a kapott válaszok alapján azt feltételeztük, hogy a többség műfogsorral jól korrigálja ezt a problémát. (A műfogsorhasználat aránya mintegy 20%-nak adódott.)<sup>117</sup>

### **A napi teendők elvégzésében való korlátozottság**

A célpopuláció egy részének az önellátás még nem, de a napi teendők elvégzése – ideértve a főzést, bevásárlást, nehéz és könnyű házimunkát, az ügyintézés, a telefonálást és a gyógyszersedést – már gondot okoz. Az egészségfelmérésekben a napi teendők definíciója jelentősen eltér, így kétséges az adatok összehasonlíthatósága.

<sup>117</sup> A WHO kiemelt egészségjellemző indikátornak tekinti a fogazat állapotát (bizonyos életkorban a saját, illetve pótoltt fogak száma, aránya) de ezt sem a mostani, sem a korábbi egészségfelmérésekben nem vizsgálták.

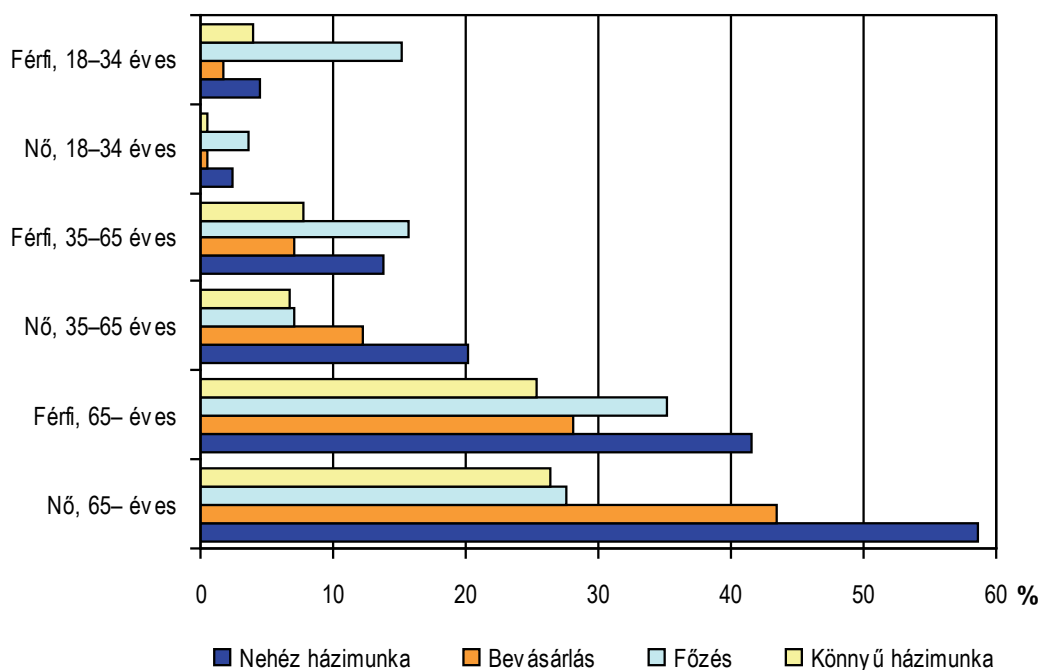


Az első nemzeti egészségfelmérésben, 2000-ben, az EQ-5D<sup>118</sup> ötdimenziós kérdőívet alkalmazva történt az életminőség vizsgálata, amelynek része a mindennapi teendőkben való korlátozottság is. A válaszadó a problémák három szintjét jelölhette meg (nincs probléma, enyhe és súlyos korlátozottság). A kérdőívre adott válaszok alapján a munka, tanulás, házimunka és szabadidős tevékenységek összességéként értelmezett napi teendők<sup>119</sup> elvégzése a 18 éven felüli férfiak 11, a nők 16%-ának okozott nehézséget. A 35–65 évesek 13–16%-a, a 65 éven felüliek 31–36%-a korlátozott ebben a tekintetben.

Az ELEF a napi teendőket hét csoportba sorolva vizsgálta. A telefonálás és a gyógyszerzés a célpopuláció többségének nem jelent gondot, még a legidősebb korosztályokban sem. A gyógyszerzés nehézségét említők aránya 3% körüli, a telefonálási nehézség csupán 1%-nál fordul elő.

35. ábra

**Nehézségek a házimunkában a 18 évesek és idősebbek körében nemek és korcsoportok szerint, 2009**



A könnyű házimunkát egészségi állapota vagy életkora miatt érzi nehéznek a férfiak 5, a nők 9%-a. A bevásárlás a 65 éven felüli férfiak 28, a nők 44%-ának jelent gondot. A nehézséggel küzdő férfiak 40, a nők 47%-a egyedül nem is képes rá. A mindennapi teendők közül a főzés közepesen nehéznek minősült: a férfiak közel ötöde, a nők tizede említi. A 65 éven felüli nők közül csak 7% az, aki egyedül képtelen rá, míg a hasonló korú férfiak 15%-a. A férfiaknak mintegy 15%-a nem az egészségi állapota, de nem is az életkora miatt, hanem valami egyéb okból érzi ezt nehéznek, ugyanakkor a nők kevesebb mint 1,5%-a hivatkozott egyéb nehézségre. A pénzügyek, hivatalos ügyek intézése a vizsgált népesség tizedének okoz gondot, a nőknek és a férfiaknak egyforma mértékben. A legidősebb korosztályban a nők 18 és a férfiak 13%-a egyáltalán nem képes segítség nélkül intézni a hivatalos ügyeit. Legalább egy tevékenységhez van segítsége a rászorulóknak négyötödének, ami nagy többségüknek elegendő is. A nehézségekkel küzdők egyötödének egyáltalán nincs támasza a napi teendők elvégzésében.

<sup>118</sup> EuroQol Group 1993: nemzetközileg használt kérdőív az életminőség összetett mérésére (hallás, önellátás, szokásos tevékenységek, fájdalom, szorongás).

<sup>119</sup> Az ELEF „napi tevékenység”-éhez képest tágabb fogalom.

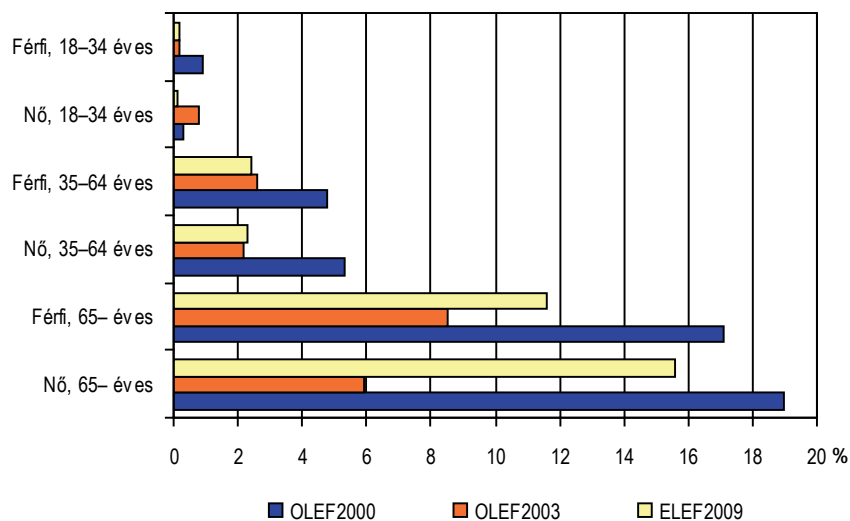
## Korlátozottság az önellátás terén

Valószínűleg mindenki egyetért abban, hogy a legsúlyosabb korlátozottságot az emberek számára az önellátásra való képtelenség jelenti.

Az ELEF kérdőívében számos olyan alapvető tevékenységre rákérdeztünk, amelyek az önellátás körébe tartoznak, és az idős vagy beteg embereknek gondot jelenthet az elvégzése. Az önellátás terén mutatkozó nehézségek mérésére az előző egészségfelmérésekben már alkalmazotthoz hasonló változót vezetünk be: azokat a személyeket tekintjük önellátásban korlátozottnak, akiknek valamelyik önellátással kapcsolatos kérdésre a „nagy nehézséget okoz”, illetve a „nem tudom egyedül elvégezni” választ adták.

36. ábra

**Az önellátásban korlátozottak aránya a 18 évesek és idősebbek körében**



Az előző egészségfelmérésekből származó adatokkal – azonos életkori csoportokat képezve – ez a mutató jól összehasonlítható. A 18 éven felüli népességben az önellátásban korlátozottak aránya meghaladja a 4%-ot, az előző felmérésekhez képest kissé emelkedett. Az önellátásban való korlátozottság valamivel gyakoribb a nők esetében.

A 2009-es felmérés adatai szerint önellátásában korlátozott a felnőtt korú lakosság 5–10%-a. Van, akinek a táplálkozás is gondot jelent, és csak segítséggel képes enni (5%), mintegy kétszer ennyi embernek az ágyba való lefekvés, illetve az onnan való felkelés, és minden tizediknek a székrekedés vagy az onnan felállás okoz nehézséget. 1000 ember közül nem tud egyedül megbirkózni az öltözéssel 85, a WC-használattal 60, a fürdéssel/zuhanyozással kapcsolatos problémát 90 említi.

Az önellátásban korlátozottaknak 81%-a elegendő segítséget kap családtagjától, rokonától vagy fizetett gondozótól, szomszédától, barátától, de 5%-uknak több vagy más jellegű segítségre volna igénye.

Az idősek, betegek, fogyatékkal élők, sőt egész családjuk napi tevékenységét, ügyintézését könnyítik a szociális ágazat által biztosított házi segítségnyújtás és a beteg- vagy időszállítás. Az előzetes várakozásoknak megfelelően ezeket a szolgáltatásokat főleg a 65 éven felüliek veszik igénybe.

A szervezett *otthoni gondozást, házi segítségnyújtást* az ELEF alapján összességében kb. 4–7% veszi igénybe, de a népességben ennél valószínűleg jóval többen vannak, akiket családtagjaik vagy fizetett gondozók ápolnak, vagy intézményekben élnek és a kikérdezésben emiatt nem vehettek részt. A házi ápolással, bár csak kevesen érintettek, az emberek nagyrészt elégedettek. Az otthoni ápolás átlagos minősítése ötös skálán 3,6.

A beteg- vagy időszállítást a 65 éven felüli férfiak 4,5, a nők 6,6%-a vette igénybe. A 65 éven felüli férfiak 9,6, a nők 15,6%-a kap segítséget a házimunkában.

A szociális étkeztetés említése 1,6%, ami azt jelenti, hogy az idős, beteg emberek az önkormányzat támogatásával jutnak napi egyszeri meleg ételhez, csekély térítés ellenében. A szociális ételszállítást a 65 éven felüli férfiak közel 5, a nőknek 8%-a vette igénybe. A rendszeres intézményi szociális statisztikai kimutatások szerint 2009-ben 162 ezer fő részesült szociális étkeztetésben, házhozszállítás útján, vagy személyes elvitellel, egy részük pedig az ún. „idősek klubja” nappali ellátás keretében jutott hozzá. Az ELEF adatai alapján egyéb otthoni ellátást a férfiak 5, a nők 9%-a vesz igénybe; a 65 éven felüli férfiak 18%-a, és a nők közel negyede említette, de nem tudni, ezek milyen szolgáltatások.

Összesítve a különböző szolgáltatásokra adott válaszokat, az ELEF-adatok szerint egy éven belül az otthoni ellátások valamelyikét a férfiak 8%-a, a nők közül kétszer ennyien veszik igénybe; a 65 éven felüliek körében 26–39, a középkorúaknál 6–12% ennek előfordulása, az ennél fiatalabbak körében csak 2–5% az előfordulási gyakoriság.

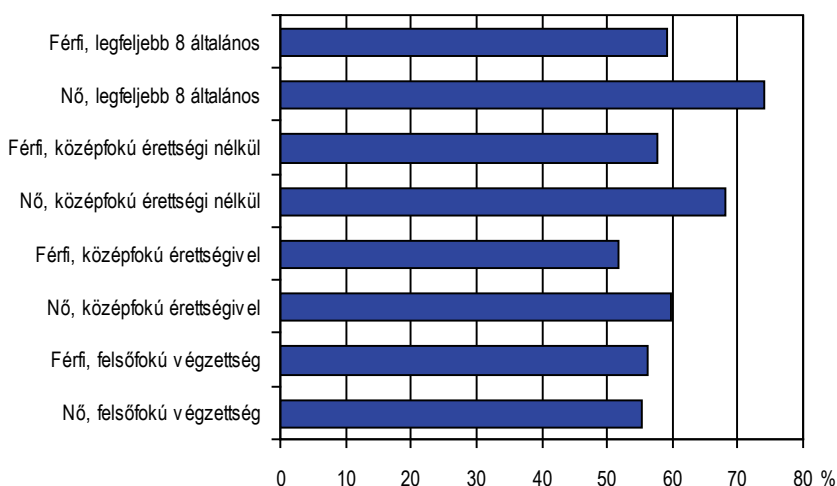
### Krónikus betegségek előfordulása, gyógyszeresedés

Bár a kérdőíves lakossági egészségfelmérésekben a kérdezettek által megadott betegségadatok nem ellenőrizhetők, hiszen ehhez helyszíni orvosi (műszeres) vizsgálatra, esetleg a kórházi zárójelentések tanulmányozására lenne szükség, a nemzetközi szakirodalom szerint a főbb tendenciákat jól tükrözik a lakosságtól nyert adatok. Több országban ugyanakkor végeznek olyan egészségfelméréseket is, amikor az önértékelést orvosi vizsgálat is követi (orvosi vizsgálatral összekötött egészségfelmérés<sup>120</sup>), de ez jelentősen megnöveli a felmérés költségeit.

Az ELEF 19. kérdése alapján összességében a lakosság 61%-a minősült krónikus betegnek.

37. ábra

**Krónikus betegek aránya iskolai végzettség és nemek szerint, 2009**



A krónikus betegek aránya az iskolai végzettség emelkedésével csökken ugyan, de nem jelentős mértékben. Ha viszont a krónikus betegeket elkülönítjük nemek szerint, az alacsony iskolázottságú nők körében lényegesen magasabbnak mutatkozik a tartósan betegek aránya mint a férfiak körében. A férfiaknál nem figyelhető meg ilyen erőteljes csökkenés, az alacsony iskolázottságúaknál negyedével kisebb a krónikus betegségek gyakorisága a férfiaknál, mint a nőknél, a felsőfokú végzettséggel rendelkezők esetében nem találunk lényeges különbséget a két nem között, sőt a nők között valamivel kisebb a betegek aránya.

<sup>120</sup> Angol megnevezése: health examination surveys.

### Krónikus betegség gazdasági aktivitás szerint

Mivel az egészségi állapot az életkor előrehaladtával romlik, a nyugdíjasok egészségi állapota a legrosszabb. Közülük alig 10% nem szenved krónikus betegségben. (A korhatár alatti ún. rokkantnyugdíjasok is ebbe a kategóriába tartoznak, akik életkoruk alapján még nem, de tartós betegségük miatt jogosultak a nyugellátásra.) Ami elgondolkodtató, hogy a vállalkozók körében a tartós betegség előfordulási gyakorisága 10 százalékponttal magasabb, mint az alkalmazottak között. A gyermekgondozási ellátásokban részesülők körében is kissé magasabb az átlagnál a krónikus betegek aránya, bár az idetartozók vélhetően a fiatalabb korosztályok tagjai közül kerülnek ki. Mivel a tanulók és eltartottak (iskolás kor alatti gyermekek és felnőtt eltartottak) az egyéb kategóriába esnek, e csoport jórészt fiatalokból áll, így ebben a körben a krónikus betegség előfordulása az átlag alatti.

22. tábla

### A krónikus betegek aránya gazdasági aktivitás szerint, 2009

(%)

Krónikus betegsége	Alkalmazott	Vállalkozó	Gyermek- ellátásban részesül	Nyugdíjas, járadékos	Munkanélküli	Egyéb
Van	48,7	58,9	42,2	91,1	51,0	32,9
Nincs	51,3	41,1	57,8	8,9	49,0	67,1
<b>Összesen</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

### Fájdalom, jó vagy rossz közérzet

A betegségtudat, illetve a szubjektív egészségi állapot értelmezéséhez a fájdalmak megléte vagy hiánya, illetve a mentális egészség is nagyban hozzájárulhat.

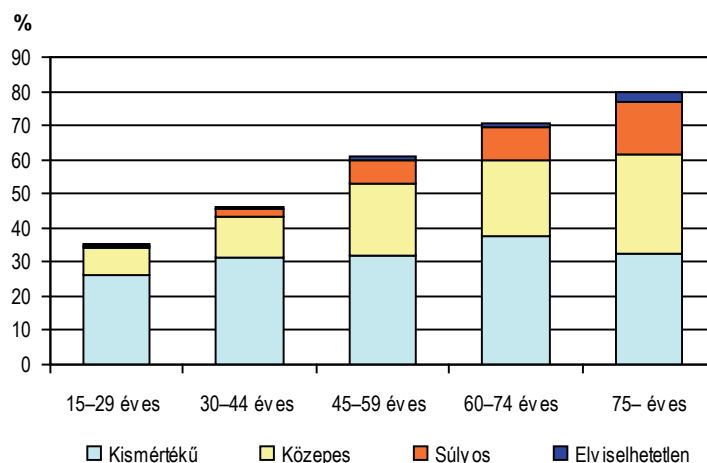
A jó egészség általában jellemezhető a fájdalom hiányával is; a jó és a megfelelő egészségi állapotúaknak 70%-ot meghaladó része legfeljebb csekély fájdalmat érzett a felvételt megelőző egy hónap alatt.

Súlyos fájdalom csak ritkán fordult elő (általában sérülés, baleset következtében), míg a rossz egészségi állapotúak több mint héttizede kénytelen együtt élni a közepes vagy annál nagyobb mértékű fájdalommal.

Súlyos vagy elviselhetetlen fizikai fájdalomra panaszkodott a célpopuláció mintegy 7%-a, az idősebb korosztályból az átlagnál jóval többen, de még így is a 75 éven felüliek mindössze ötödének nem fájt semmije.

38. ábra

### Fizikai fájdalom előfordulása\* korcsoportok szerint, 2009



\* A felvételt megelőző hónap során.

**Betegségek előfordulása, gyógyszeresedés**

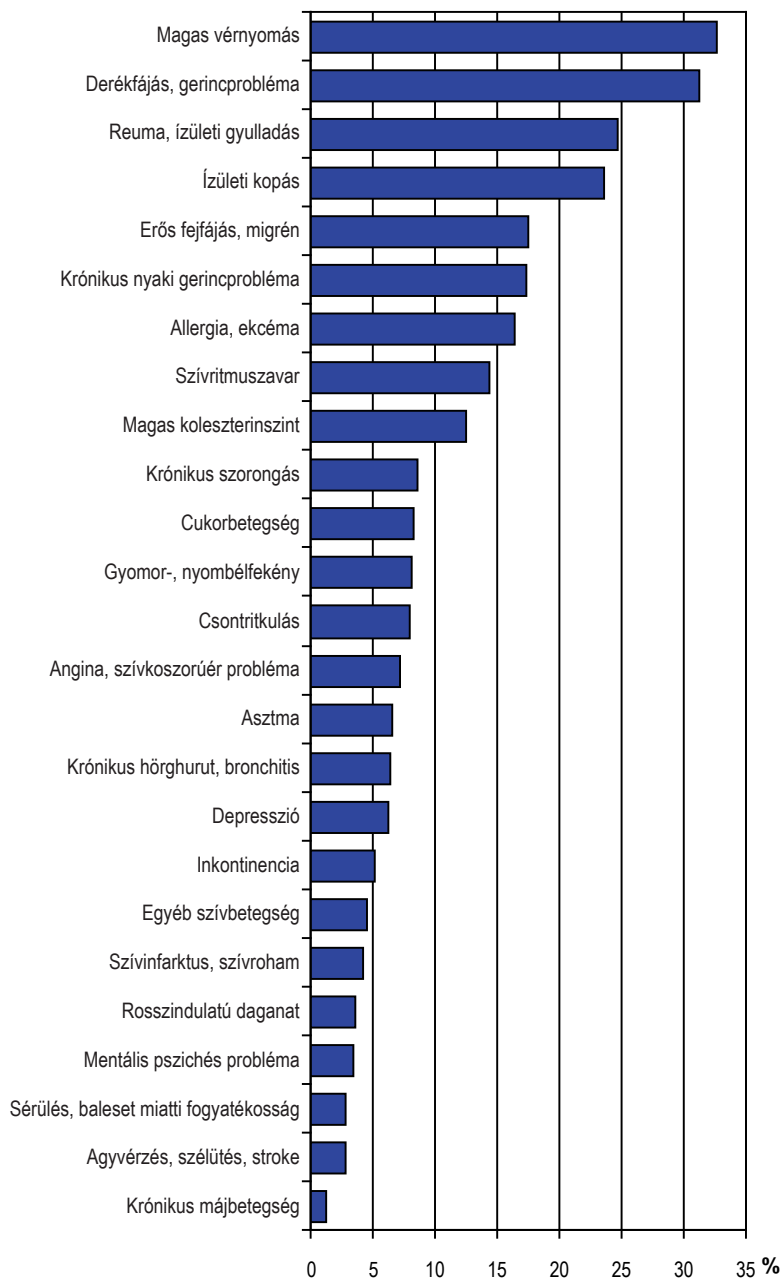
A lakosság általános egészségi állapotára utal a különböző betegségek előfordulási gyakorisága. A felmérésben megkérdezetteknek a szakértők által leggyakoribbnak tartott 25 betegség közül kellett megjelölniük, hogy előfordult-e életük során (életprevalencia), orvos állapította-e meg a betegséget (diagnosztizált prevalencia), és előfordult-e az elmúlt 12 hónapban is (éves prevalencia).

A betegségek előfordulási gyakorisága az előző egészségfelmérésekkel összevetve nem változott lényegesen. A kérdőíven felsorolt egészségproblémák közül vezető helyen a magasvérnyomás, a mozgásszervi és a szív-, érrendszeri betegségek csoportja áll. Ezt a tényt az ellátórendszerből, valamint a háziorvosi statisztikákból nyert morbiditási adatok is alátámasztják.

Az életkor előrehaladtával a betegségek prevalenciája általában lényegesen emelkedik. Kivételt képeznek a fiatalabb korosztályokra jellemző betegségek: az allergia különféle fajtái, az asztma és az erős, migrénes fejfájás. Ezek előfordulása az életévekkel párhuzamosan alig emelkedik, és már a 18 éven aluliak körében is jelentős.

39. ábra

**A leggyakoribb betegségek életprevalenciája  
a 14 éven felüliek körében, 2009**



A háziiorvosi statisztikák adatai szerint az asztma prevalenciája a 0–18 évesek körében 4,8%, amivel a felmérésből származó becslések is összhangban vannak. Az asztma inkább a nők betegsége, mint a férfiaké. A korábbi egészségfelmérések is ezt igazolták, de az ELEF még kifejezettebb különbséget mutat, mint az OLEF-adatok esetében. A női többlet minden korcsoportban jelentkezik, de a 35–64 évesek között kiemelkedő, a nők prevalenciája több mint 50%-kal meghaladja a férfiakét.

Az *allergia* komoly civilizációs- és népbetegséggé vált, felmérésünk szerint hazánkban közel 1,4 millió embert érint. Összehasonlítva a közelmúlt egészségfelméréseinek adatait, megállapíthatjuk, hogy 2003 óta nem növekedett az allergiások aránya a népességben, ami feltehetően annak is köszönhető, hogy a népegészségügyi programban a megelőzés komoly hangsúlyt kapott.

Az allergiások 84%-a fordul ezzel a betegséggel orvoshoz, de csak 5%-uk szed orvos által előírt gyógyszert, és 2%-uk a recept nélkül kapható készítményekben bízna, vagy más módon védekeznek (pl. kerülnek az allergiát okozó helyzeteket, ételeket).

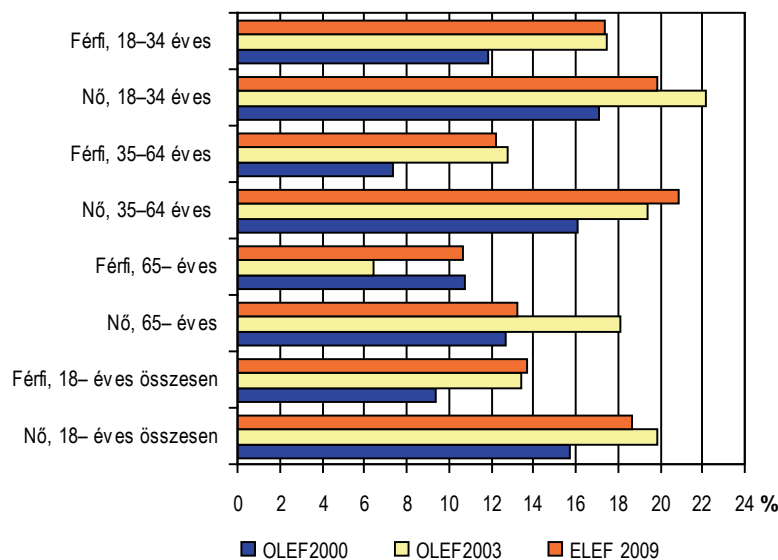
Az *erős fejfájás, migrén* előfordulása is igen gyakori. Ez a panasz is inkább a nők egészségi problémája, mert körükben 22, míg a férfiak esetén 12% a prevalencia értéke. Már a legfiatalabb korosztályokban is minden tizedik embernek van ilyen visszatérő panasza.

*Magasvérnyomás*-betegségben szenved a 15 éven felüli lakosság harmada, 27% orvos által felírt gyógyszert is szed betegségének karbantartására.

A magasvérnyomás-betegség az idősödéssel az emberek egyre nagyobb hányadánál jelentkezik, a 65 éven felüliek körében eléri a 68%-ot. Az utóbbi évtizedben a lakossági és háziiorvosi adatgyűjtések szerint is növekszik a betegség előfordulása, főleg az idősebbek körében. A középkorúnál idősebbek korcsoportjaiban a nők körében az előfordulás általában magasabb.

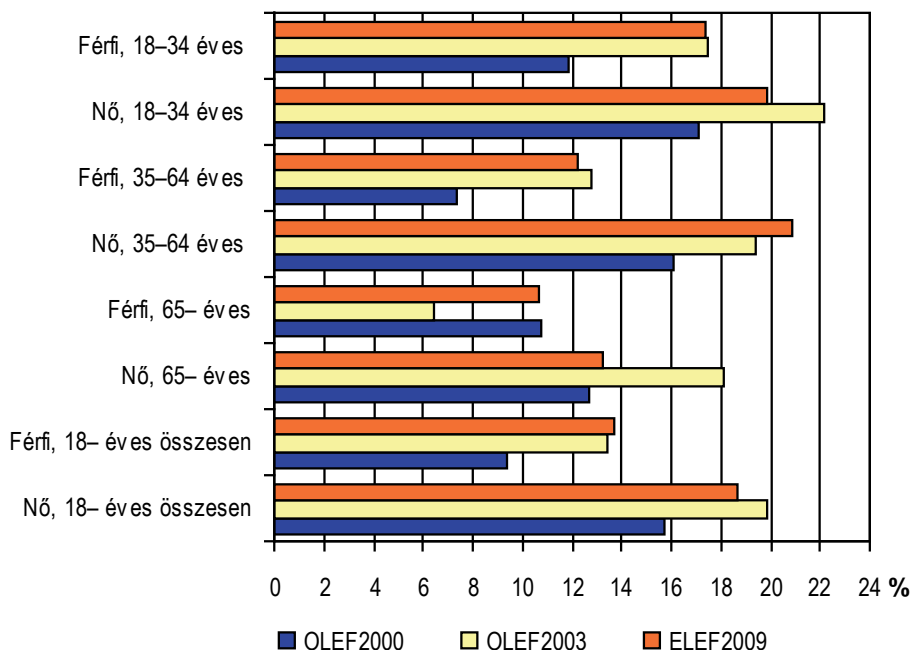
40. ábra

#### Allergia-életprevalencia nemek és korcsoportok szerint



A 2000-es és 2003-as egészségfelmérések szerint a felnőttek 29%-a jelzett ilyen problémát. A 18 évnél idősebbek körében a gyakoriság 2009-re kismértékben emelkedett. Feltételezhető azonban, hogy a növekvő prevalencia mögött nem a betegséggel érintettek magasabb aránya áll, hanem sokkal inkább a lakosság növekvő tájékozottsága a magas vérnyomás kockázatairól, karbantartásának fontosságáról, és az alapellátásban dolgozó orvosok fokozott odafigyelése a betegek kiszűrésére. Mindezek következtében egyre több érintett tud erről az egészségi problémájáról. A legidősebbek közötti prevalencia emelkedéséhez hozzájárulhat az is, hogy egyre több a magas kort elérő ember, akiknek zöme nem eshet ki a háziiorvosi gondozásból az életkorral szinte törvényszerűen együttjáró betegségek miatt.

## Magasvérnyomás-életprevalencia nemek és korcsoportok szerint



Az agyvérzés (szélütés, stroke) inkább az idős korra jellemző, előfordulása az ELEF szerint közel 3% a 14 éven felüli lakosság körében. A korábbi évekhez képest az érintettek aránya kismértékben csökkent, jelenleg az idősebb korosztályokban is 10% alatti. A leginkább érintettek, vagyis a 65 évesek és idősebbek között a férfiak a nőknél 50%-kal veszélyeztetettebbek.

A szívbetegségek (angina, szívkoszorúér-probléma, szívritmuszavarok és egyéb szívbetegségek) összesített előfordulási gyakorisága eléri a 30%-ot, bár az adatgyűjtés módja miatt nem különíthetők el pontosan a különféle betegségek. A gyógyszereszedés okaként a szívbetegséget nevezi meg a lakosság 16%-a, ezek szerint legalább ennyi a krónikus szívbetegek aránya.

A szívinfarktus előfordulási aránya a megfelelő korcsoportokat összehasonlítva (csak 18 éven felüliek) mindhárom felvételben hasonlóan alakul, az adatok a férfiak körében kismértékű javulásra utalnak, tehát vélhetően valamivel kevesebb azoknak az aránya, akik már átettek szívinfarktuson 2009-ben, mint 2000-ben volt, de 2003-hoz képest emelkedett a nők körében.

Az előző felmérésekben a szívinfarktus mellett az egyéb szívbetegségekre csak egy kérdés vonatkozott, 2009-ben viszont a részletesebb adatfelvétel miatt az egyéb szívbetegségeket három kategóriába lehetett sorolni (szívritmuszavar, szívkoszorúér-betegség és minden egyéb szívbetegség), ami újabb információkkal gazdagította a felhasználók ismereteit, de az összehasonlíthatóságot jelentősen megnehezítette.

Szívritmuszavar miatt szedett gyógyszert 2009-ben a nők 12, a férfiak 7%-a, és a betegség a férfiak 9, a nők 16%-ánál fordult elő a megelőző évben. Az életprevalencia említése 10–18%.

Az egyéb szívbetegségek összesített életprevalenciája a nőknél 16–17, a férfiak esetében 10–11%-os volt az előző felmérések szerint.

A magas koleszterinszint a népesség több mint 12%-ánál fordul elő. A betegek 68%-a koleszterinszint-csökkentő gyógyszereket is szed, 54%-uk pedig koleszterindiótával próbálja kezelni problémáját. A diéta és a gyógyszereszedés természetesen nem zárja ki egymást, sőt az érintettek a legtöbb esetben mindkettőt alkalmazzák.

A magas koleszterinszint előfordulása az elmúlt évtizedben kismértékben nőtt, és a nők körében magasabb mint a férfiaknál. Ugyanez a tendencia figyelhető meg a háziorvosi adatok alapján is.

Cukorbetegsége saját ismeretei alapján a 15 éves és idősebb lakosság 8%-ának van, háromnegyedük gyógyszert szed, 61%-uk cukorbeteg-diétát követ. Az idősödéssel a diabétesz kockázata is jelentősen növekszik, 35 éves kor alatt az előfordulás aránya mindössze 1% körü-

li, a 65 éven felülieknek viszont már ötöde jelezte ezt az egészségproblémát. A megfelelő korcsoportokat összehasonlítva a cukorbeteg aránya is nőtt az elmúlt évtized során, jelenleg a háziorvosok által gyűjtött adatok alapján<sup>121</sup> 10% körülire tehető, ami jó egyezésnek tekinthető.

A keringési és szívbetegségek mellett a mozgásszervi panaszok előfordulása is igen gyakori, rontják az életminőséget, és változó mértékben akadályozzák az érintetteket a mindennapi teendőikben.

A 15 éves és idősebb népesség több mint 27%-a a *mozgásszervi betegségek* közül a reumát, illetve az ízületi gyulladást jelölte meg, 24%-a az ízületi kopást, 31%-a panaszkodott derékfájásra vagy valamilyen krónikus gerincproblémára. A becslések alapján ezek a betegségek mintegy 1,9–2,6 millió embert érintenek.

A *nyaki gerincpanaszok és a derékfájás* együttes említése a 18 éven felüli nőknél több mint 50, a férfiaknál közel 45%. Az adatokat az előző felmérésekből becsült értékekkel összevetve arra lehet következtetni, hogy a felnőtt népesség körében nem csökkent a gerincproblémák előfordulása.

Mivel 2009-ben két kérdésre bontottuk a gerincproblémákat (nyaki gerinc, valamint derék és háterginc) a két adat összegzését tekinthetjük összehasonlíthatónak a korábbi évek becsléseivel.

23. tábla

### Kiemelt betegségek életprevalenciája nemek és korcsoportok szerint

(%)

Év	Férfi				Nő			
	18–34	35–64	65 –	18– együtt	18–34	35–64	65–	18– együtt
	éves				éves			
<b>Magas koleszterinszint</b>								
OLEF2000	2,2	11,8	12,1	8,5	2,6	12,8	18,2	10,8
OLEF2003	2,3	11,3	14,2	8,6	2,8	14,9	24,7	13,5
ELEF2009	1,7	13,8	18,6	10,8	1,3	16,3	26,1	14,7
<b>Cukorbetegség</b>								
OLEF2000	0,8	7,7	13,6	6,2	1,0	6,6	18,2	7,5
OLEF2003	0,4	8,4	20,4	7,5	1,9	7,5	18,1	8,2
ELEF2009	1,5	9,7	20,3	8,9	0,6	6,8	19,6	8,3
<b>Gerincproblémák</b>								
OLEF2000 <sup>a)</sup>	38,8	53,2	59,3	49,1	49,5	67,7	75,1	64,0
OLEF2003	37,6	53,4	57,0	48,6	43,0	63,6	71,8	59,4
ELEF2009 <sup>a)</sup>	12,6	37,7	47,9	31,5	9,8	36,6	48,9	32,6
<b>Csontritkulás<sup>b)</sup></b>								
OLEF2003	0,2	3,4	6,1	2,7	0,6	13,6	27,4	12,8
ELEF2009	0,3	2,7	11,9	3,4	0,1	10,9	29,2	12,3

a) Nyaki, háti és deréktáji gerinc rendellenességei együtt.

b) Az OLEF2000-ben nem szerepelt a kérdés.

A 18 éven felüliek több mint 50%-ánál előfordul valamilyen gerincprobléma, és az életkor előrehaladtával a gerincpanaszok gyakoribbá válnak.

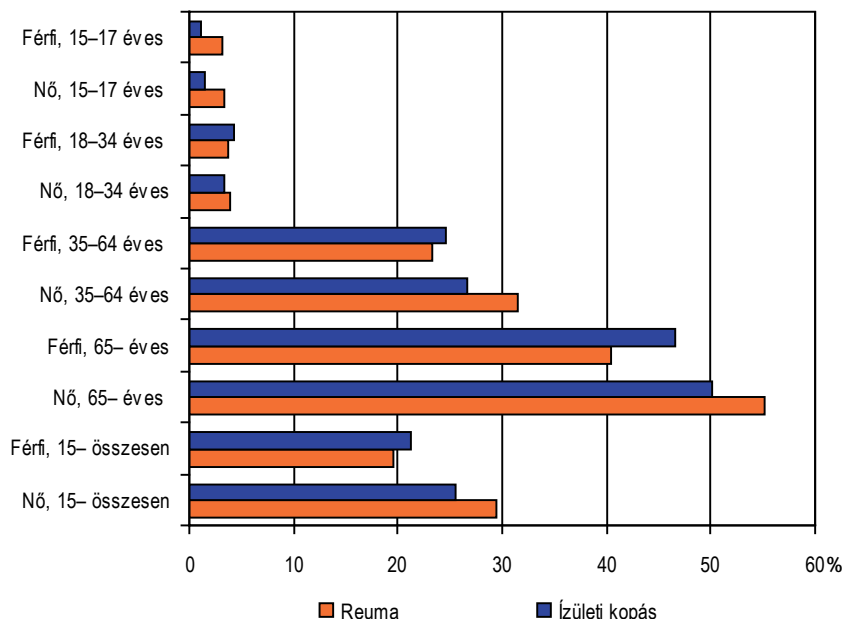
A *reuma és az ízületi kopás* is igen nagy arányban fordul elő, és kisebb-nagyobb mértékben nehezíti az érintettek életét.

A reuma miatt orvos által felírt gyógyszert szedők aránya a férfiak körében 12, a nők közt 19%, ugyanakkor 5–6% említi a nem orvos által felírt gyógyszerek vagy táplálék-kiegészítők szedésének okaként a reumát, ízületi gyulladást. A reuma előfordulását az előző felmérések adataival összehasonlítva arra következtethetünk, hogy a reumás megbetegedések a nőkre inkább jellemzőek, mint a férfiakra, és valamivel kevesebb az érintettek aránya 2009-ben az előző évekhez képest.

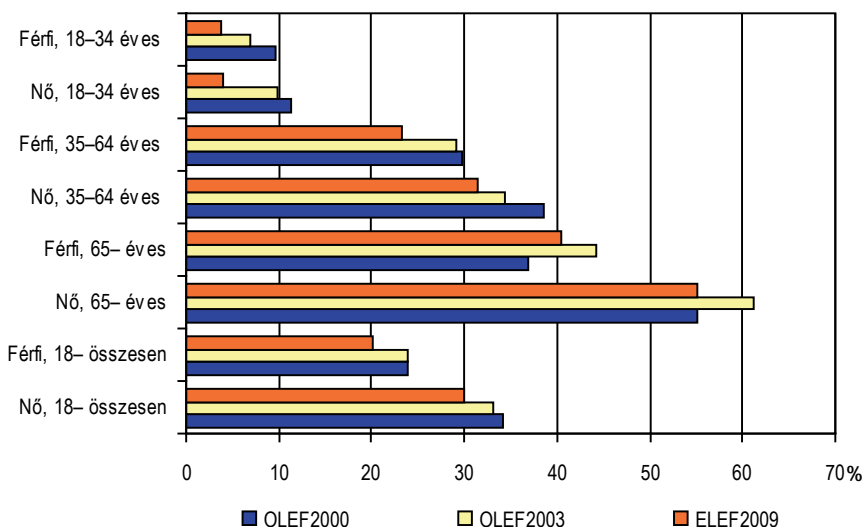
<sup>121</sup> OSAP 1021 Jelentés a háziorvosok és házi gyermekorvosok tévékenységéről c. adatgyűjtés morbiditási adatlapja, 2009.



**Reuma- és izületikopás-életprevalencia nemek és korcsoportok szerint, 2009**



**Reuma-életprevalencia nemek és korcsoportok szerint**



A csonttritkulásra vonatkozó kérdés még nem szerepelt a 2000-es OLEF-ben, így az összehasonlítás csak a két utolsó felmérésre vonatkozóan végezhető el. A 18 éven felüliek körében az előfordulás mindkét évben 8% körüli volt, 2009-ben a 65 éven aluli korosztályban kissé kevesebb, a legidősebbek közt viszont több lett az érintett, különösen a férfiaknál. Itt is elmondhatjuk a korábban már említett feltételezésünket, hogy az arányok időbeli növekedése háttérben nem, vagy nem csak a betegség terjedése áll. A lakosság egészségtudatosságának és az alapellátás fokozott gondosságának következtében több ember számára válik a saját betegsége ismertté. Tekintve, hogy a csonttritkulás a férfiaknál későbbi életkorban alakul ki, mint a nőknél, ezért korábban inkább a nőkre irányult a figyelem, és az utóbbi években fordul egyre jobban a férfiak felé is.

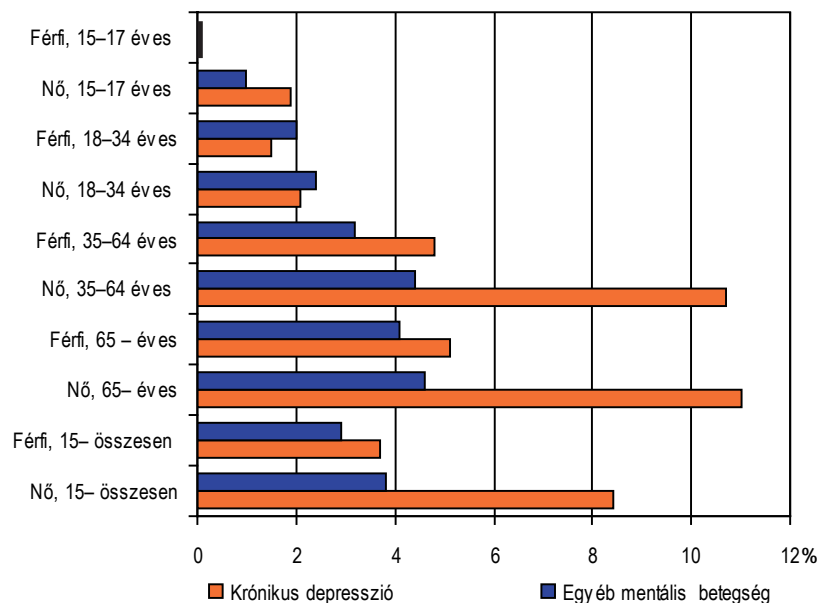
A csontszerkezet károsodásáról az érintettek nem is mindig tudnak, viszont a nők közül többen vesznek részt szűrővizsgálaton, mivel ez a betegség a nőkre fokozottan veszélyes, kialakulása köztudottan az időskori hormonális változásokkal függ össze. Előfordulása az 55–64 évesek körében válik jelentőssé, itt a nők 22, a 65–74 évesek 26, a 75 év felettek 32%-a szenved ebben a betegségben.

A legújabb kutatások már bizonyították a lelki (mentális, pszichés) betegségeknek az életminőséget meghatározó szerepét. A hazai szakirodalomban is egyre több tanulmányt olvashatunk erről.<sup>122</sup> A szubjektív egészségérzethez és boldogtalanság érzéséhez jelentősen hozzájárulhat a lelki betegség, mely megnehezíti a társadalmi részvételt, a kapcsolatok kialakítását, ami legalább olyan fontos, mint a magas jövedelem, vagy az anyagi javak birtoklása. A pszichés betegségek már a fiatal korosztályokban is megjelennek, és gyakran a munkaképesség elvesztéséhez vagy nagyfokú csökkenéséhez vezetnek. A mentális zavarok (pszichés problémák) miatti leszázalékolások főleg a fiatal korosztályokat érintik, elsősorban a férfiak esetében. A 39 évesnél fiatalabb korban a rokkantságot okozó tényezők között egyértelműen vezetnek (az összes eset 37,7%-a) a pszichiátriai megbetegedések.<sup>123</sup>

Krónikus depresszióról panaszodik a vizsgált népesség 6%-a, egyéb mentális betegség több mint 3%-ban fordul elő. Ugyanennyi az említett betegségek miatt gyógyszeres kezelésben részesülők aránya is, ez összesen megközelíti a 10%-ot, ami figyelmeztet arra, hogy a mentális zavarok is a leggyakoribb népbetegségek közé tartoznak.

44. ábra

**Krónikus depresszió és egyéb mentális betegségek előfordulása nemek és korcsoportok szerint, 2009**



A depressziósok közül minden korosztályban több a nő, mint a férfi. A férfiak 2, a nők 5%-a szed gyógyszert depresszió miatt. A mentális betegségek előfordulása a háziorvosi statisztikák szerint is emelkedő tendenciát mutat, már a fiatalabb korosztályokban is.

Figyelemre méltó ezen kívül, hogy 6% körüli a rendszeresen altatót szedők aránya, ami feszültségre, nyugtalanságra, szorongásra és stresszre utal. A vizsgált népesség ötöde jelezte, hogy sokat idegeskedik és gyakran érzi magát kimerültnek, folytonos fáradtságra pedig egyharmaduk panaszkodott.

A *rosszindulatú daganatok* a vezető halálokok közé tartoznak a fejlett gazdaságú országokban. A megbetegedésekről pontos adatokat elsősorban a Nemzeti Rákregiszterből nyerhetünk, de a felmérés adatait és a morbiditási statisztikákat összevetve hasonló következtetések vonhatók le. A daganatos megbetegedések népességen belüli aránya évről évre növekszik, 2009-ben 3,6% volt, a nők aránya minden korcsoportban magasabb. Az OLEF2003 adataival összehasonlítva az adatok a betegségcsoport prevalenciájának növe-

<sup>122</sup> Kopp Mária és társai, SOTE Magatartástudományi Intézet.

<sup>123</sup> Társadalmi jellemzők és ellátórendszerek, 2008. KSH, Budapest, 2009 (az ORSZI Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet adatközlése alapján).

kedését jelzi, és nemcsak a legidősebb életkorokban. A 35–64 éves férfiak között duplájára, a 18–34 éves nők közt többszörösére emelkedett a rosszindulatú daganatok gyakorisága. Ez valószínűleg a korai felismerésnek és a diagnosztikai módszerek fejlődésének, valamint az egészségtudatosság fokozódásának, a szűrővizsgálatokon való megjelenések együttes hatásának következménye.

A háziorvosi jelentések alapján összeállított morbiditási statisztikák 3,2%-os előfordulást jeleznek, ami jó egyezést jelent az ELEF-adatokkal.

A felmérésből származó itt bemutatott adatok természetesen a megbetegedések alakulásának csak főbb tendenciáit és a kor és nem szerinti különbségeket tükrözik.

24. tábla

**A rosszindulatú daganatok előfordulása a 15 éves és idősebb népességben, 2009**

(%)

Megnevezés	Férfi					Nő				
	15–17	18–34	35–64	65–	össze- sen	15–17	18–34	35–64	65–	össze- sen
	éves					éves				
Életprevalencia	0,0	0,3	2,4	8,0	2,6	0,0	2,0	4,6	8,5	4,5
Diagnosztizált prevalencia	0,0	0,3	2,3	8,0	2,5	0,0	2,0	4,4	7,9	4,5
Éves prevalencia	0,0	0,0	1,8	5,5	1,8	0,0	0,7	2,5	3,9	2,3

25. tábla

**A rosszindulatú daganatos megbetegedések életprevalenciája a 18 éves és idősebb népességben<sup>a)</sup>**

(%)

Év	Férfi				Nő			
	18–34	35–64	65–	Összesen	18–34	35–64	65–	Összesen
	éves				éves			
OLEF2003	0,0	1,2	6,9	1,7	0,4	4,8	7,7	4,1
ELEF2009	0,3	2,4	8,0	2,7	2,0	4,6	8,5	4,6

<sup>a)</sup> Az OLEF2000-ben nem kérdezték.

**Balesetek – sérülések**

A balesetek vagy erőszakos események komoly egészségügyi problémát jelentenek mindenütt az Európai Unióban, tekintve, hogy a 27 tagállamban évente összesen mintegy 250 000 ember hal meg, több mint 7 millió kórházi felvétel és 53 millió egyéb orvosi ellátás történik ezek következtében.<sup>124</sup> A halálloki rangsort tekintve a sérülések képviselik a negyedik fő halálloki csoportot az EU-ban.<sup>125</sup> Csak a szív- és érrendszeri betegségek, a daganatos megbetegedések és a légúti betegségek előzik meg. A balesetek – sérülések olyan egészségkárosodások, melyeknek az akut problémákon túl gyakran hosszú távú, maradandó következményei vannak, holott nagyobb körültekintéssel akár megelőzhetőek is lennének. Az EU-ban a baleseti sérülések miatt fogyatékosná váltak száma eléri a 3 milliót.

Az unió tagállamaiban jelentős különbségek mutatkoznak a halálos kimenetelű sérülések gyakoriságában, és becslések szerint mintegy 100 000 emberrel kevesebben halnának meg, ha mindegyik tagországban a hollandiai minimumra (26,4 százaléklék<sup>126</sup>) csökkenne a fatális

<sup>124</sup> Bauer R., Steiner M.: 2009-Report. Injuries in the European Union: Statistics Summary, 2005–2007. Vienna, 2009 [https://webgate.ec.europa.eu/idb/documents/2009-IDB-Report\\_screen.pdf](https://webgate.ec.europa.eu/idb/documents/2009-IDB-Report_screen.pdf)

<sup>125</sup> 2005–2007 átlaga.

<sup>126</sup> 2005–2007 átlaga; Bauer R., Steiner M.: 2009-Report. Injuries in the European Union: Statistics Summary, 2005–2007. Vienna, 2009 [https://webgate.ec.europa.eu/idb/documents/2009-IDB-Report\\_screen.pdf](https://webgate.ec.europa.eu/idb/documents/2009-IDB-Report_screen.pdf) illetve Eurostat - Causes of death - Standardised death rate (per 100,000 inhabitants) (Annual Data), [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_cd\\_asdr&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr&lang=en)

balesetek aránya. Magyarország a baleseti halálozások szempontjából jelentős többlettel bír az EU-országok többségéhez képest, mivel a 2005–2007. évek adatai alapján egy romló sorrendben a 23. helyen állt a 65,1 százalékos arányszámával.

Hazánkban a balesetek és sérülések mint halálokok a teljes népességet figyelembe véve a szív- és érrendszeri, a daganatos és az emésztőszervi betegségeket követik. Az 1–45 éves korosztályban viszont már a balesetek vezetnek a halálra, és emiatt a potenciálisan elvesztett életek szempontjából vezető helyen áll az egy év feletti korosztályban.<sup>127</sup> A felnőtt lakosságnak átlagosan közel 10%-át éri évente olyan sérülés, mely egészségügyi ellátást igényel, de ez az arány a fiatalok és az idősek körében még ennél is magasabb.<sup>128</sup>

A balesetek és következményeik súlyát jelzi az is, hogy a WHO szerint az európai régióban a kórházi ellátás költségéből a baleseti sérülések mintegy 8–10%-ot tesznek ki.

Figyelembe véve, hogy a balesetek, sérülések fajtája, súlyossága igen széles skálán mozog, és a végzetes esetek aránya a 0,5%-ot sem éri el, a népegészségügyi szempontból pontosabb kép kialakításához a halálozási adatok mellett rendkívül fontos, hogy az egészségügyi ellátás idevonatkozó adatait is megismerjük. A kórházi és járóbeteg szakellátási információk az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázisából érhetők el. Arról azonban, hogy hányan jelennek meg a háziorvosnál, vagy az alapellátás más helyén, nem rendelkezünk rendszeres adatgyűjtéssel; ahogy arról sem, hány olyan embert ér évente baleset, aki nem vesz igénybe egészségügyi szolgáltatást.

Az utóbbi két kérdésről a lakossági egészségfelmérésekből kaphatunk képet. A 2009. évi adatfelvételben balesettípusonként két kérdésre kerestünk választ a 15 éves és idősebb lakosság körében:

1. Az elmúlt 12 hónapban volt-e valamilyen sérüléssel járó balesete? (A mérgezéseket és a mások által okozott sérüléseket is beleértve.)
2. A balesete miatt igénybe vett-e valamilyen egészségügyi ellátást?

Amennyiben erre a kérdésre „igen” válasz érkezett, annak szintjére vonatkozóan a következő lehetőségek közül választhattak a megkérdezettek:

- Igen, elment orvoshoz vagy más egészségügyi szakdolgozóhoz.
- Igen, sürgős kórházi ellátást kapott.
- Nem volt szükség orvosi ellátásra, vagy beavatkozásra.

Az átélt sérüléseket típusok szerint közúti közlekedési, munkahelyi, iskolai, otthoni és szabadidős tevékenység közben történt baleset kategóriákba lehetett besorolni.

### **Balesetek nem, életkor és iskolai végzettség szerint**

Az ELEM2009 szerint a 15 éves és idősebb lakosság 9,3%-a szenvedett sérüléssel járó balesetet a kikérdezést megelőző 12 hónapban, akiknek több mint háromnegyede, az adott korú lakosság 7,3%-a fordult az egészségügyi ellátórendszerhez sérülésével. Az utóbbi arányszám mögött populációs méretekben 606 000 ember rejlik. A férfiak sérülési aránya magasabb, 9,7, míg a nőké 8,9%, és valamivel gyakrabban is vesznek igénybe egészségügyi ellátást. Összességében azonban éves szinten némileg több a balesetet szenvedett nő, mint a férfi, ami annak a következménye, hogy a legnagyobb kockázatnak kitett idősebb korcsoportokban kétszer annyi nő él, mint férfi.

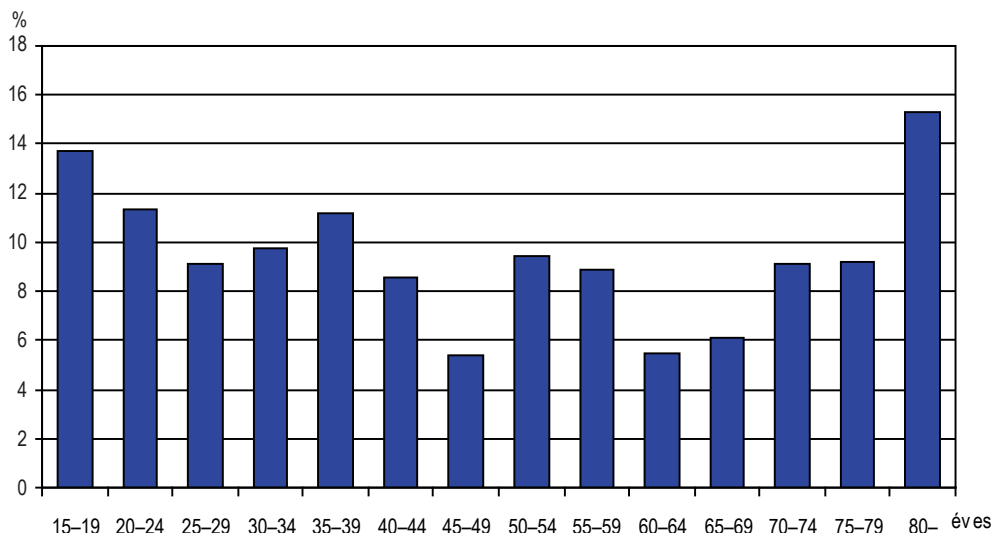
Az egyes baleseti típusok különböző mértékben érintik a férfiakat és nőket. A férfiak körében a munkahelyi és szabadidős balesetek dominálnak, a nők esetén magasabb a közlekedési és háztartási balesetek aránya.

Életkor szerint a balesetek gyakorisága W alakú görbét formál.

<sup>127</sup> Magyar statisztikai évkönyv, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2003.

<sup>128</sup> Baleseti helyzetkép. Jó gyakorlatok. Szerkesztette: Bényi Mária, OSZMK, 2010. Budapest. Online: [www.oszmk.hu/EGMON](http://www.oszmk.hu/EGMON)

A népességből balesetet szenvedők aránya korcsoportok szerint, 2009



A 80 évesek és idősebbek körében a sérülési arány eléri a 15%-ot. Az időseken kívül a másik veszélyeztetett korcsoport a fiataloké. Valamennyi 40 évesnél fiatalabb életkorban a baleseti kockázat meghaladja az átlagot, és a 15–19 évesek közül minden hetediket ér sérüléssel járó baleset egy év alatt. A balesetek szempontjából a 45–49 évesek és a 60–69 évesek érezhetik magukat a legnagyobb biztonságban 5–6%-os baleseti aránnyal.

Iskolai végzettség szerint nem mutatkoznak markáns különbségek. Annyit érdemes megemlíteni, hogy a legfeljebb 8 osztályt végzettek között a legmagasabb (7,7%), és a felsőfokú végzettségűek körében a legalacsonyabb az egészségügyi ellátást igénylő baleseti sérültek aránya (6,4%). A diplomások fordulnak a leggyakrabban (60%) orvoshoz vagy más egészségügyi szakdolgozóhoz, és a legritkábban (40%) vesznek igénybe sürgős kórházi ellátást.

### Balesettípusok

Az egészségfelmérés adatai alapján a leggyakoribb balesettípus az otthoni, az összes balesetet szenvedett személy 45%-ának sérülése a háztartásban történik.

A baleseteselek 28%-a szabadidős tevékenység közben sérül meg, és ezt a viszonylag magas arányt az is indokolhatja, hogy a szabadidős tevékenységek között soknak a baleseti kockázata nagyon magas, és ezek nagy részét jogszabály nem szabályozza, illetve hatóság nem ellenőrzi. A közlekedési, illetve a munkahelyi balesetet átéltek aránya egymáshoz nagyságrendileg hasonló: 17 és 14%. Az iskolai baleseteké viszont – csak az érintett korcsoportokat figyelembe véve is – minimális, mindössze 2%, amit az magyaráz, hogy a gyermekkorúak kimaradtak az adatgyűjtésből.

Az adatgyűjtés során feltett kérdés jellegéből adódóan nem tudhatjuk meg, hogy azok sérülése, akik kórházba kerülnek, milyen hosszú kezelést igényel. A kórházi ellátások – mindezek ellenére – mégis zömében olyan esetek lehetnek, amelyeket valamilyen okból vagy az elsősegélyt nyújtó személy vagy maga a sérült ítél olyan súlyosnak, hogy magas szintű szakellátást tart szükségesnek.

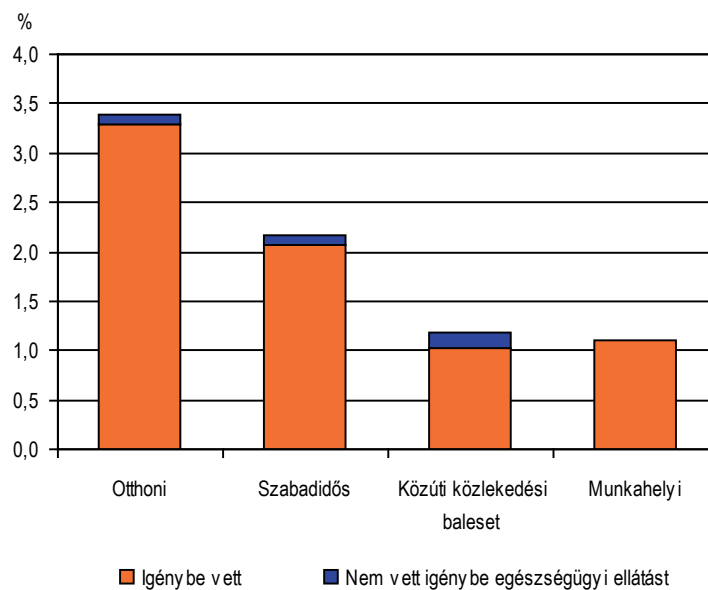
Az összes balesetet szenvedettnek átlagosan 23%-a nem jelenik meg az egészségügyben, 35% azok aránya, akik sürgős kórházi ellátást kapnak, és 42% azok aránya, akik egyéb egészségügyi ellátást vesznek igénybe.

A baleseti típusokat tekintve a munkahelyen és az iskolában történetekkel összefüggésben a sérültek közel kilenctizede kap szakembertől kezelést. Ez az arány részben azért is

lehet ilyen magas, mert itt a legnagyobb a hatóság szerepe; a súlyosabb eseteket jelenteni kell, és a regisztrálásnak gyakran előnyös anyagi következménye is van a balesetet szenvedett szempontjából. Feltehetően azonban az is hozzájárul, hogy ezek azok a baleseti helyszínek, ahol a leggyakrabban helyben van szakellátást nyújtani képes személy. Az otthoni és a szabadidős tevékenység során balesetet szenvedettek esetében ez a hányad négyötöd alatt marad, míg a közlekedési balesetek körében nem éri el a kétharmadot. Ezzel szemben épp a közlekedési balesetben megsérültek és az otthoni balesetet szenvedettek kerülnek legnagyobb arányban (37%) kórházba, az iskolai és munkahelyi baleseteknek és a szabadidős tevékenység során megsérülteknek mintegy háromtizede.

46. ábra

**A népességből balesetet szenvedettek aránya balesettípusonként és egészségügyi ellátás igénybevétele szerint, 2009**



A referencia-időszakban a balesetet szenvedetteknek 6%-ával többféle baleset is történt. Közöttük a legtöbb személynek, szinte minden negyediknek otthoni és szabadidős balesete is volt, ami az egyenkénti gyakoriságokat ismerve nem is meglepő. Ezt követik az otthoni és munkahelyi, valamint a szabadidős és közlekedési balesetpárosok egy éven belüli előfordulása (9,4 és 8,0%).

### **Otthoni balesetek**

A felmérés szerint a 15 éves és idősebb korosztály 4,2%-ának volt egy év alatt olyan balesete a lakásban vagy a ház körül, melynek következtében meg is sérült.

Az otthoni balesetek a nőket nagyobb arányban érintik, mint a férfiakat. A nő–férfi arány a sérültek között 3:2. Átlagon felüli mértékben éri háztartási baleset a 15–17 éveseket, illetve a 64 éves kor felettieket.

Az otthon történt balesetek után az egészségügyi ellátást igénybe vevők valamivel nagyobb része fordult orvoshoz vagy más egészségügyi szakdolgozóhoz, mint ahányan sürgős kórházi kezelésre szorultak. Az idős emberek közül kerülnek legtöbben kórházba, minden második sérült. A háztartási baleset miatt kórházi ellátást igénylők közel fele idős ember. Ezzel szemben bár a legfiatalabbak kerülnek otthon történt sérülésükkel leggyakrabban egészségügyi szolgáltatóhoz, közülük csak minden nyolcadik igényel sürgős kórházi ellátást.

**Otthoni balesetek és a sérültek egészségügyi ellátási igénye  
nemek és korcsoportok szerint, 2009**

(%)

Nem, korcsoport	Sérültek aránya	A sérültek közül	
		orvoshoz vagy más egészségügyi szakdolgozóhoz fordult	sürgős kórházi ellátásban részesült
<b>Nemek szerint</b>			
Férfi	3,6	37,2	43,9
Nő	4,7	44,6	32,0
Együtt	4,2	41,7	36,8
<b>Korcsoportok szerint</b>			
15–17 éves	4,8	74,6	10,7
18–34 éves	2,6	38,2	33,4
35–64 éves	3,9	48,7	29,1
65– éves	7,0	30,6	51,4

**Szabadidős balesetek**

A szabadidős tevékenységek igen sokfélék, baleseti kockázatuk, a lehetséges sérülésfajták és azok súlyossága szerint is rendkívül heterogének.

27. tábla

**Szabadidős balesetek és a sérültek egészségügyi ellátási igénye  
nemek és korcsoportok szerint, 2009**

(%)

Nem, korcsoport	Sérültek aránya	A sérültek közül	
		orvoshoz vagy más egészségügyi szakdolgozóhoz fordult	sürgős kórházi ellátásban részesült
<b>Nemek szerint</b>			
Férfi	3,8	53,0	28,8
Nő	1,6	45,0	28,5
Összesen	2,6	50,4	28,7
<b>Korcsoportok szerint</b>			
15–17 éves	4,6	55,9	29,8
18–34 éves	4,8	43,5	28,8
35–64 éves	1,7	61,0	26,4
65– éves	1,4	49,7	34,6

Szabadidős baleset a 15 éves és idősebb lakosság 2,6%-át éri, jellemzően a fiatal férfiakat, ami az életmódbeli különbségeket, a veszélyesebb hobbit, extrém sportot űzők táborának összetételét tekintve érthető is. A férfiak körében az arány a nőkének több mint kétszerese, és a 15–34 évesek között ez a fajta baleset az átlagosnál 80%-kal gyakrabban fordul elő.

A megsérültek ötöde nem fordul egészségügyi ellátóhoz, fele orvosi vagy más egészségügyi szakdolgozó által nyújtott ellátást, további közel 30%-a pedig sürgős kórházi ellátást vesz igénybe.

**Közúti közlekedési baleset**

Az ELEF adatai szerint közúti közlekedési balesetet a teljes 15 éves és idősebb lakosság 1,6%-a szenvedett. A férfiak ennél némileg ritkábban, a nők gyakrabban esnek baleset áldozatául. A közlekedési baleset következtében megsérültek 58%-a nő. Az életkor előrehaladtával csökken a közúti közlekedési balesetek kockázata.

Az összes közlekedési baleseti sérült mintegy negyede ment el orvoshoz, több mint harmada kapott sürgős kórházi ellátást. Ennél valamivel kisebb azok aránya, akik nem igényeltek egészségügyi beavatkozást.

A balesetet szenvedett férfiak fele, a nők közel negyede nem keresett fel semmilyen egészségügyi intézményt a közlekedési balesete után, viszont közel minden második nő sürgős kórházi kezelést kapott, míg a férfiaknak harmada sem. A legidősebbek között alig van olyan, aki nem kerül orvoshoz vagy más egészségügyi szakdolgozóhoz, 11 közül csak egy.

Az ELEF adatait összehasonlítva más adatforrásokkal igen nagy különbségek mutatkoznak. Az egészségfelmérés szerint több mint ötször annyian<sup>129</sup> sérülnek meg közúti közlekedési baleset során, mint amennyiről a rendőrség tudomást szerez, (ez utóbbi évente 24–28 ezer fő<sup>130</sup>). Ennek legfőbb oka az lehet, hogy a lakosság itt jelölte meg azokat a sérüléseket is, amiket gyalogosként szenvedett el (pl. elesés). A regisztrált közúti közlekedési baleseteknél viszont egy mozgó jármű mindig részt vesz az eseményben, ráadásul a rendőrség csak akkor avatkozik be, és így tudomást is csak akkor szerez róla, ha hivatalos eljárásra van szükség.

28. tábla

**Közúti közlekedési balesetek és a sérültek egészségügyi ellátási igénye  
nemek és korcsoportok szerint, 2009**

(%)

Nem, korcsoport	Sérültek aránya	A sérültek közül	
		orvoshoz vagy más egészségügyi szakdolgozóhoz fordult	sürgős kórházi ellátásban részesült
<b>Nemek szerint</b>			
Férfi	1,4	23,9	25,1
Nő	1,7	29,0	48,4
Együtt	1,6	26,8	37,3
<b>Korcsoportok szerint</b>			
15–17 éves	2,0	35,9	29,1
18–34 éves	2,1	13,7	45,3
35–64 éves	1,5	27,8	31,4
65– éves	1,2	53,1	38,2

### **Munkahelyi balesetek**

A teljes vizsgált populációra vonatkozóan a munkahelyi balesetek aránya 1,3%, a 18–64 éves, vagyis a munkavállalói korcsoportban 1,7%. A munkahelyükön megsérültek hattizede férfi, ami nem meglepő, hiszen a férfiak gyakrabban végeznek magas kockázatú munkákat.

A munkahelyi balesetek miatt sérültek 15%-a semmilyen egészségügyi ellátást nem vett igénybe. Minden második sérült orvoshoz vagy más egészségügyi szakdolgozóhoz fordult, és minden harmadik sürgős kórházi ellátást kapott.

Az ELEF során gyűjtött adatokból munkahelyi baleset által sújtottak becsült száma ötször több, mint a hivatalosan nyilvántartottaké, azaz évente 20–26 ezer fő.<sup>131</sup> Ennek részben az lehet az oka, hogy az ELEF kérdőívén bővebb a célpopuláció. Az ott gyűjtött munkahelyi baleset az adminisztratív eljárásban szokásos munkabalesethez képest nemcsak a munkavállalókra, hanem a magánvállalkozókra is vonatkozik. A hatóságoknak továbbá csak a három<sup>132</sup> napot meghaladó keresőképtelenséget, illetve a halált okozó munkabaleseteket kell jelenteni, míg az egészségfelmérés során az érintett a legapróbb sérüléséről is beszámolhatott. Befolyással lehet még az is, hogy míg az ELEF lakossági adatgyűjtés, addig az adminisztratív eljárás során gyűjtött adatok a munkáltatók bejelentési kötelezettségén alapulnak.

<sup>129</sup> Mintegy 133 000 fő.

<sup>130</sup> Közlekedési balesetek, 2009, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2010; illetve Stadat-táblák, KSH, www.ksh.hu

<sup>131</sup> Munkabalesetek és a munkával kapcsolatos egészségkárosodások, 2007, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2008. A meghaltak aránya 5 ezrelék körül van.

<sup>132</sup> Az 1993. évi XCIII. (munkavédelmi) törvény 87.§ 1/A; (3)



**A 18–64 évesek munkahelyi balesetei és a sérültek egészségügyi ellátási igénye  
nemek és korcsoportok szerint, 2009**

(%)

Nem, korcsoport	Sérültek aránya	A sérültek közül	
		orvoshoz vagy más egészségügyi szakdolgozóhoz fordult	sürgős kórházi ellátásban részesült
<b>Nemek szerint</b>			
Férfi	2,0	52,6	32,9
Nő	1,3	54,9	27,6
Együtt	1,7	53,5	30,8
<b>Korcsoportok szerint</b>			
18–34 éves	1,4	43,8	31,6
35–64 éves	1,8	57,8	30,4

A KSH Munkaerő-felmérésének (MEF) 2007 II. negyedévi kiegészítő felvételével összehasonlítva<sup>135</sup> is 2,5-szer több balesetre lehet következtetni az egészségfelmérésből. A kérdezés módja adhat magyarázatot az eltérésekre. Az ELEF az egészség felől közelít a munkavégzés felé, míg a MEF éppen ellenkező szemléletű. Az ELEF-be könnyebben bekerülhettek az illegális munkavégzés során szerzett sérülések. A MEF sokkal részletesebben vizsgálta a baleset körülményeit, ami viszont lehetővé tette, hogy kiszűrje a munkahelyi balesetek közül a nem odavalót.

### Iskolai balesetek

Az iskolai balesetek a 15–17 évesekkel esnek meg legnagyobb arányban, közel 4%-ukkal, és a 18–19 évesek közötti gyakoriság is meghaladja az 1%-ot. A 14 évesnél idősebb nappali tagozatos tanulók mintegy 3%-a szenved balesetet egy év alatt.<sup>134</sup>

30. tábla

**A 15–19 évesek iskolai balesetei és a sérültek egészségügyi ellátási igénye  
nemek és korcsoportok szerint, 2009**

(%)

Nem, korcsoport	Sérültek aránya	A sérültek közül	
		orvoshoz vagy más egészségügyi szakdolgozóhoz fordult	sürgős kórházi ellátásban részesült
<b>Nemek szerint</b>			
Férfi	1,9	66,7	0,0
Nő	3,5	20,0	80,0
Együtt	2,7	37,5	50,0
<b>Korcsoportok szerint</b>			
15–17 éves	3,9	33,3	66,7
18–19 éves	1,4	50,0	0,0
Nappali tagozaton belül	3,1	37,5	50,0

A sérülteknek több mint tizede nem jelenik meg az egészségügyi ellátásban, és a balesetet követően a fiúknak csak közel kétharmada részesül egészségügyi ellátásban, míg a mintába került lányok közül mindenki. Minden második sérült sürgős kórházi kezelést kapott, és több mint harmadukat orvos vagy más egészségügyi szakdolgozó látta el.

<sup>133</sup> Eszerint a 15–74 éves, előző 12 hónapban munkát végző személyek közül mintegy 43 ezer fő szenvedett munkabalesetet, munkavégzéssel összefüggő sérülést.

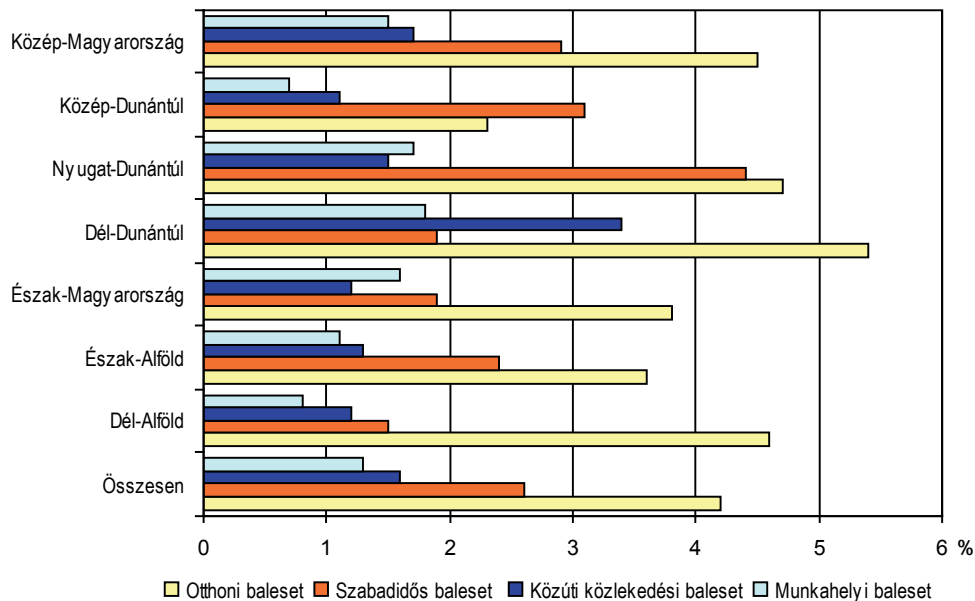
<sup>134</sup> Emellett még a 20–24 éveseknek és a 25–29 éveseknek mintegy fél-fél százaléka is beszámolt iskolai balesetről, de közülük senki nem nappali tagozatos tanuló.

## Regionális különbségek

A baleset során megsérültek területi arányaiban mutatkozó különbségek nehezen értelmezhetők a baleseti típusok szerinti részletezés nélkül, mert az egyes régiókban a balesetek típus szerinti gyakorisága is, és az egyes balesettípusokat előidéző tényezők is igen eltérőek. Az egyik főként az urbanizáltság mértékétől és az úthálózat minőségétől függ, a másik inkább a munkanélküliség szintjétől, a lakosság életmódjától és lakáskörülményeitől. Meg kell jegyezni, hogy a balesetek viszonylagosan alacsony száma miatt a regionális aránybecslések meglehetősen bizonytalanok.

47. ábra

**Baleseti sérültek aránya balesettípusok szerint régióként, 2009\***



\* Iskolai balesetek nélkül, azok alacsony esetszáma miatt.

Dél-Dunántúlon, Nyugat-Dunántúlon és Közép-Magyarországon az átlagnál magasabb az egy év alatt baleset során megsérült személyek aránya, az elsőként említett régióban meghaladja a 12%-ot, a másik kettőben 10–12% között van. Az átlag alattiakban a baleseti áldozatok hányada nem éri el a 8%-ot sem.

Észak-Magyarországon a sérültek kilenczede kap egészségügyi ellátást, Közép-Dunántúlon, Nyugat-Dunántúlon és Dél-Alföldön mintegy négyötödük, a többi régióban ez az arány 70-75%.

A baleset miatt az egészségügyben ellátottak több mint fele sürgős kórházi kezelésben részesült Észak-Magyarországon és Dél- illetve Nyugat-Dunántúlon viszont mindössze 37%-a.

A baleset miatt igénybe vett ellátás szintjéből következtethetünk az elszenvedett sérülés súlyosságára. Feltehető azonban, hogy az egészségügyi beavatkozás helyszínét nem kizárólag az határozza meg, hogy mennyire komoly a sebesülés, károsodás, hanem számos, ettől független tényező is. Ilyen az adott földrajzi terület egészségügyi ellátási struktúrája és az orvosi ügyeleti rendszer. Jelentős szerepe lehet továbbá annak is, hogy a balesetet szenvedett személynek milyen támogatása van, milyen az anyagi helyzete, családnagysága, sőt még a település beépítettsége is befolyásolhatja, hogy családtag, szomszéd vagy bárki más el tudja vinni a sérültet az egészségügyi szolgáltatóhoz, vagy az ügyeletet kell hívni, továbbá, hogy a lábadozás idején el lehet-e látni otthon vagy csak kórházban. A fiatalok inkább számíthatnak családtagjaikra az orvoshoz szállításkor is és az otthoni ápolásban is, mint az idősek, akik ezért is kerülhetnek gyakrabban kórházba. Az egészségügyi ellátórendszerhez fordulást még befolyásolhatja a balesettel összefüggésben várható anyagi és felelősségi következmények is.

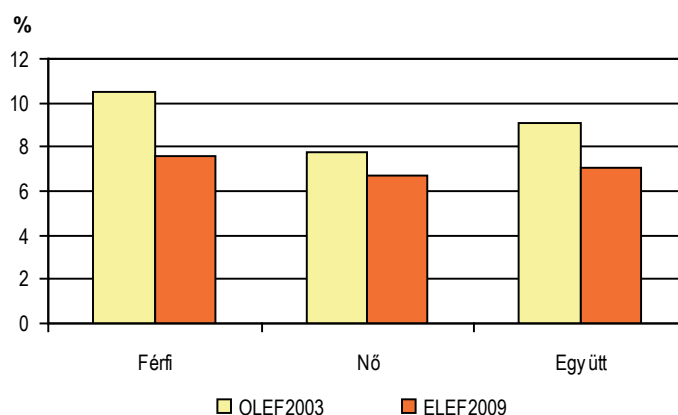
**Időbeli tendenciák – összehasonlítás az OLEF2003-mal**

Az ELEF a 2003-ban készült Országos Lakossági Egészségfelméréssel (OLEF2003) összehasonlítva több szempontból is eltérő koncepció alapján gyűjtötte az adatokat. A 2003-as adatgyűjtés azt vizsgálta, hogy hány egészségügyi ellátást igénylő baleset következett be a kérdezettnél, és a legsúlyosabbnak mi volt a típusa.<sup>135</sup> A 2009-es felvétel viszont balesetfajtánként mérte fel, hogy történt-e sérüléssel járó baleset, és ha igen, az milyen természetű volt az ellátását tekintve. Ez a különbség ugyan korlátokat szab az összehasonlításnak, de az mindkét adatgyűjtésből becsülhető, hogy a 18 éven felüli lakosságnak hány százaléka szenvedett egészségügyi ellátást igénylő balesetet.

Az OLEF2003 azt mutatta, hogy ez az arány 9,1% volt, a férfiak között 10,5%, nők esetén 7,8%. Ezek a gyakoriságok az ELEF-ben lényegesen alacsonyabbak.

48. ábra

**A felnőttkorúak közül baleset miatt egészségügyi ellátást igénybe vevők aránya nemek szerint**



A két felvétel eredményei között mutatkozó különbségek többféle okra vezethetők vissza. Minden bizonnyal nem hagyhatjuk figyelmen kívül az eltérő kérdezési technikát, de ennél sokkal lényegesebb a makroadatokban is fellelhető pozitív változás különösen a férfiak vonatkozásában. Itt elsőként a közlekedési baleseteket kell megemlíteni. A folyamatosan javuló tendencia mellett is a 2009. év ebből a szempontból rendkívül kedvező volt, 2003-hoz viszonyítva 11%-kal kevesebb személysérüléssel járó balesetet regisztráltak a rendőrkapitányságok, és 13%-kal csökkent a megsérült személyek száma is, 22%-kal a súlyosan sérülteké.<sup>136</sup> Emellett a hatóságok szerint munkabaleset során meghalt, megsérült személyek száma is 22%-kal esett vissza 2003 és 2009 között.

Az ELEF további kérdéseire<sup>137</sup> adott válaszok alapján megállapítható, hogy hazánkban a magánháztartásokban élő 15 éves és idősebbek 2,8%-a szerzett élete során maradandó fogyatékoságot sérülés vagy baleset következtében. 2,0%-uknál már a megkérdezést megelőző egy évben is fennállt ez az állapot. A férfiak nagyobb arányban érintettek (2,5%), mint a nők (1,6%). A kor előrehaladtával az arány természetesen növekszik: 15–17 évesek közül nem volt ilyen válaszadó, a populációs becslés a 18–34 évesekre 0,5, a 35–64 évesekre 2,2, a 65 év felettiekre 3,9%.

Összességében a 15 év feletti lakosság körében a sérültek száma egy év alatt mintegy 800 000 fő, akiknek háromnegyede megjelenik az egészségügyben, harmada a sürgős kórházi ellátásban. A gyógyulás az esetek egy jelentős részében hosszadalmas vagy nem teljes, és így egy év alatt közel 170 000 ember küszködik baleset következtében kialakult tartós fogyatékos

<sup>135</sup> OLEF2003 – [www.oszmk.hu](http://www.oszmk.hu)

<sup>136</sup> Közlekedési balesetek, 2009. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2010

<sup>137</sup> „Van-e jelenleg vagy volt-e korábban Önnek sérülés vagy baleset következtében szerzett maradandó fogyatékosága?” és „Volt-e ilyen betegsége/egészségi problémája az elmúlt 12 hónapban?”

tékossággal, ám ezek többségéből a sérültek felépülnek. Erre utal, hogy a 2001-es népszámlálás<sup>138</sup> a teljes népességben is ennek a létszámnak csak mintegy 40%-át, azaz közel 70 ezer olyan személyt regisztrált, akik azt állították, hogy maradandó fogyatékoságuknak baleset volt az oka.

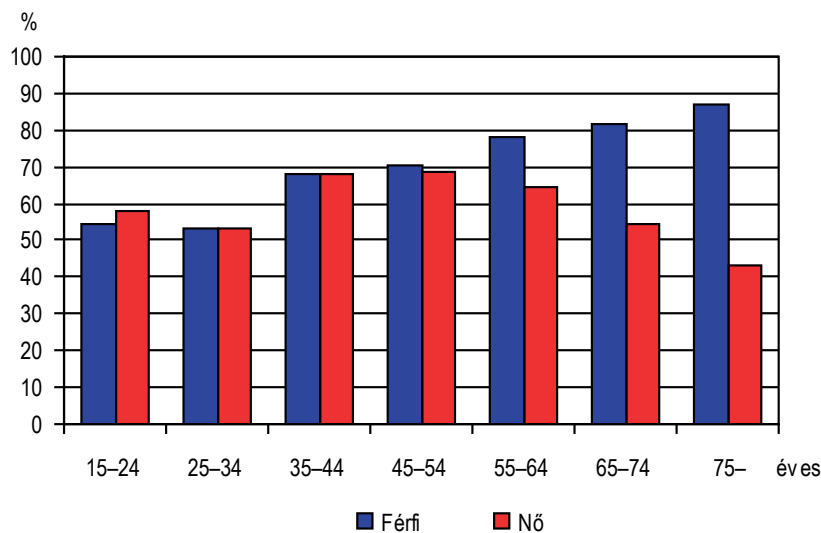
## A betegségek megelőzése, prevenció

Az egészségmonitorozási eredmények egyik legfontosabb felhasználási területe a népegészségügyi programok tervezése a betegségmegelőzés és az egészségtudatosság fejlesztése érdekében. A szűrővizsgálatok fontosságának felismerése egyre inkább bekerül a köztudatba, bár az egészségtudatosság a mindennapi gyakorlatba lassan épül be.

Az ELEF adatai azt mutatják, hogy a lakosság nagy része rendszeresen részt vesz szűrővizsgálatokon, ellenőrzeti vérnyomását, vércukor- és koleszterinszintjét. Labor- vagy röntgenvizsgálaton egy év alatt a lakosság több mint fele jelenik meg, míg háziorvosával háromnegyedik találkozik. A vérnyomásmérés, vércukorszint- és koleszterinszint-mérés, a nőgyógyászati rutinvizsgálatok és a vastagbélvizsgálat Magyarországon ingyenes, és kampányszerűen zajlik, vagy a háziorvos javasolja a rendszeres megjelenést, ezért nem meglepő a viszonylag magas részvételi arány. Mintegy 95–96% azoknak az aránya, akiknek a vérnyomását már mérte valaha egészségügyi dolgozó, és 64% azoké, akiket egy éven belül ellenőrizték. A nők és férfiak között lényeges eltérés mutatkozik ebben a tekintetben. A 45–54 éves korcsoporttól kezdve a férfiak körében az átlagosnál jóval magasabb azok aránya, akiknek az előző évben egészségügyi dolgozó mérte meg a vérnyomását, a nők körében pedig egyre csökken ennek az előfordulási aránya. Lehetséges, hogy ennek oka a rendszeres otthoni vérnyomás-ellenőrzés, amire a felmérésben nem kérdeztünk rá.

49. ábra

Vérnyomásmérésen részt vettek aránya korcsoportonként, 2009



A vércukorszint ellenőrzése szintén rutinvizsgálatnak számít, és fontos a cukorbetegség megelőzésében és terápiájában.

A férfiak 68%-a, a nők 77%-a mérése meg élete során a vércukorszintjét.

A 45 év alatti korosztályokban a nők gyakrabban ellenőrzik vércukorszintjüket mint a férfiak, a 45 éven felüliek körében az arányok közel azonosak, sőt a 65 éven felüliek esetében a férfiaké magasabb.

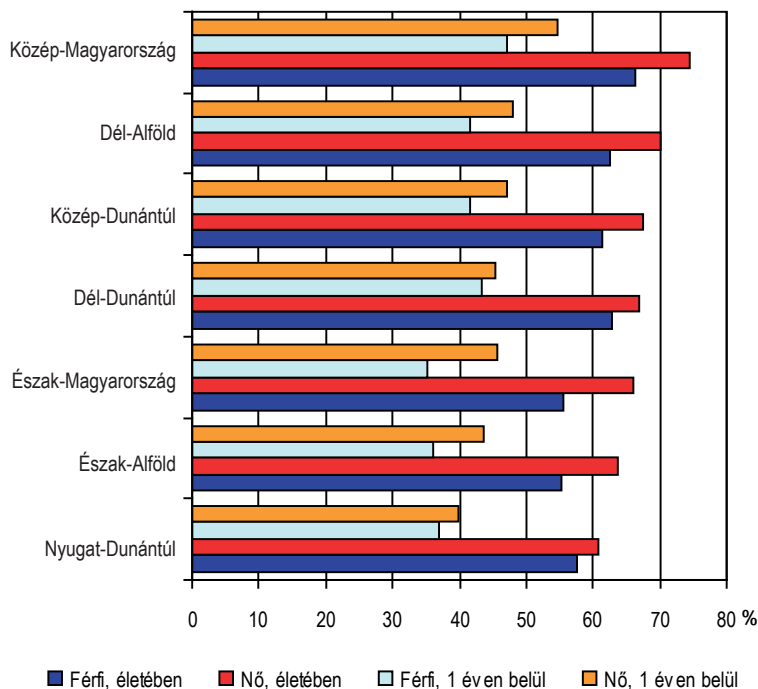
A koleszterinszint ellenőrzése az utóbbi évtizedekben terjedt el, a mérés már egyes kiemelt gyógyszertárakban is ingyenesen elvégezhető, és a koleszterinszintet csökkentő gyógyszer-

<sup>138</sup> Népszámlálás, 2001, Központi Statisztikai Hivatal, [www.nepszamlalas.hu/hun/index.html](http://www.nepszamlalas.hu/hun/index.html)

rek hatása már egy-két hónap múlva megtapasztalható, ezért az érintettek akár évente többször is részt vesznek ilyen vizsgálaton. Számos tanulmány igazolja a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésében a koleszterinszint-csökkentés jelentőségét. A lakosság 65%-a élete során volt már koleszterinszint-mérésen, a férfiak 41, a nők 48%-a egy éven belül. A nők részvételi aránya minden korcsoportban néhány százalékkal magasabb, mint a férfiaké.

50. ábra

**Koleszterinszint-mérésén részt vettek aránya régióinként, 2009**

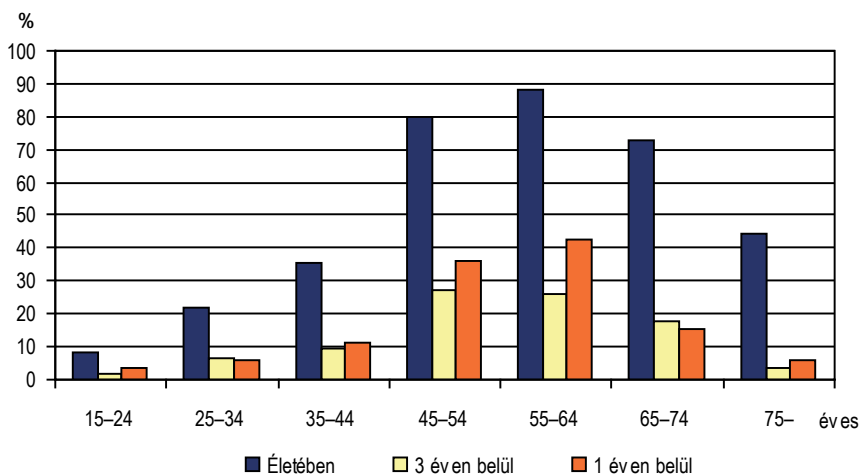


Bár az egyes régiók közt jelentős eltérések tapasztalhatók, általában egy év alatt a lakosság 40–50%-a ellenőrizteti a koleszterinszintjét.

Az OECD az ellátórendszer hatékonyságát mérő egészségügyi indikátorai egyikeként jeleníti meg az 50–69 éves korú nők körében egy éven belül végzett mammográfiás szűrések arányát. Az EHIS-felmérés már megjelent adatai szerint a mutató értéke Magyarországon 37%-os volt, Szlovákiában 30, Ausztriában 40, Romániában viszont csak 3,5%.<sup>139</sup>

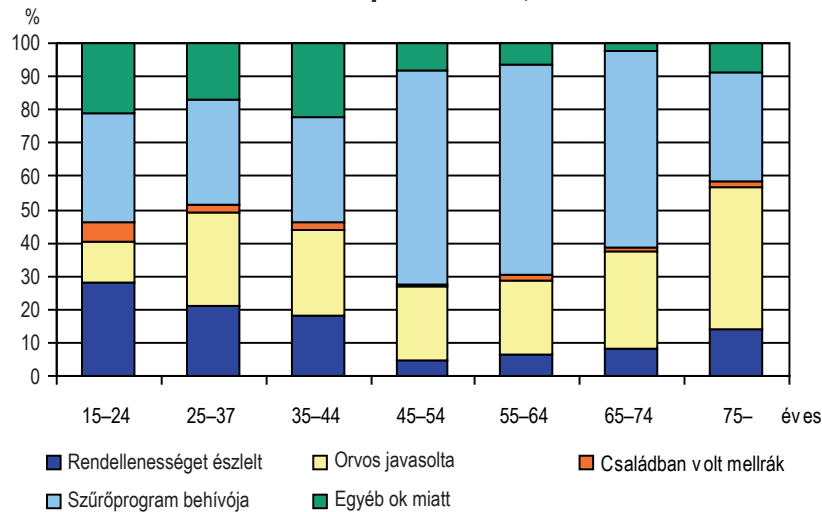
51. ábra

**Emlőrontgen-vizsgálaton részt vett nők aránya a vizsgálat ideje szerint és korcsoportonként, 2009**



<sup>139</sup> Forrás: Eurostat, Database.

### A nők emlőrontgen-vizsgálaton való részvételének oka korcsoportonként, 2009



A 2009-es felmérés szerint a magyar nők 51%-a vett már részt életében mammográfiai vizsgálaton (emlőrontgenen), 19%-uk az elmúlt évben, 22%-uk kevesebb mint három éve, és 10,5%-uk három évnél is régebben. Minthogy ezt a vizsgálatot megelőző céllal a 45 év felettieknek ajánlják elsősorban, a részvételi arány a 45–64 éves korcsoportban kiemelkedő, majd lecsökken. A 45–64 éves nők kétharmada egy vagy két éven belül volt ilyen vizsgálaton, 18%-uk ennél régebben. A vizsgált korosztály 16%-a még soha nem vett részt emlőrák-szűrővizsgálaton, bár ez az arány jelentősen javult az utóbbi években, a 2003-as felmérésben még 30% körüli volt.

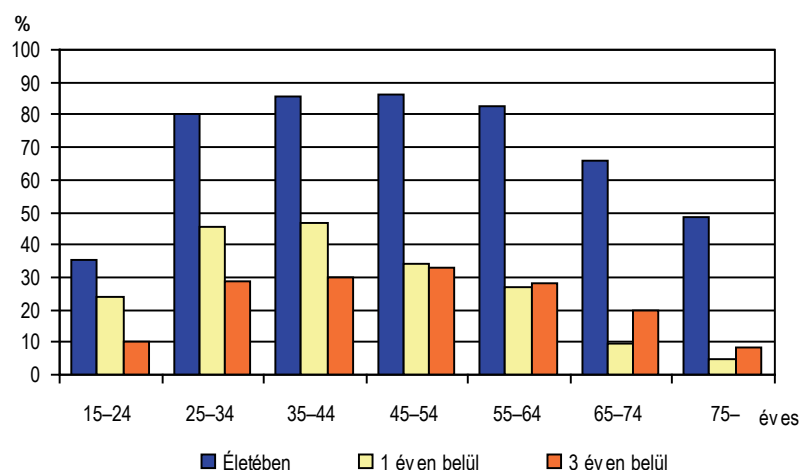
A szűrésen való megjelenés elsődleges okaként a nők több mint 50%-a a szűrőprogram behívóját említette, ez utal arra, hogy a programok ismertek és népszerűek a célközönség körében.

Az OECD egy másik prevenció indikátora az egy éven belül elvégzett citológiai szűrések (méhnyakhamsejt-vizsgálatok) arányát méri a 20–69 éves nők körében. Az EHIS eddig publikált adatai szerint Magyarországon a mutató értéke 35, Szlovákiában 33, Ausztriában 54, a Cseh Köztársaságban 46, míg Romániában mindössze 4,4%-os volt 2009-ben.<sup>140</sup>

Citológiai vizsgálaton élete során a 45–64 éves korú nők 84%-a vett részt, 60%-uk három éven belül járt orvosnál. Legtöbbször (közel 80%) orvosuk javaslatára vagy országos, illetve helyi szűrőprogram keretében, megelőzőképpen vettek részt a vizsgálaton. Mivel ez a vizsgálat általában része a nőgyógyászati rutinellenőrzésnek, az életprevalencia még ennél is magasabb lehet.

53. ábra

### Citológiai vizsgálaton részt vett nők aránya a vizsgálat ideje szerint korcsoportonként, 2009



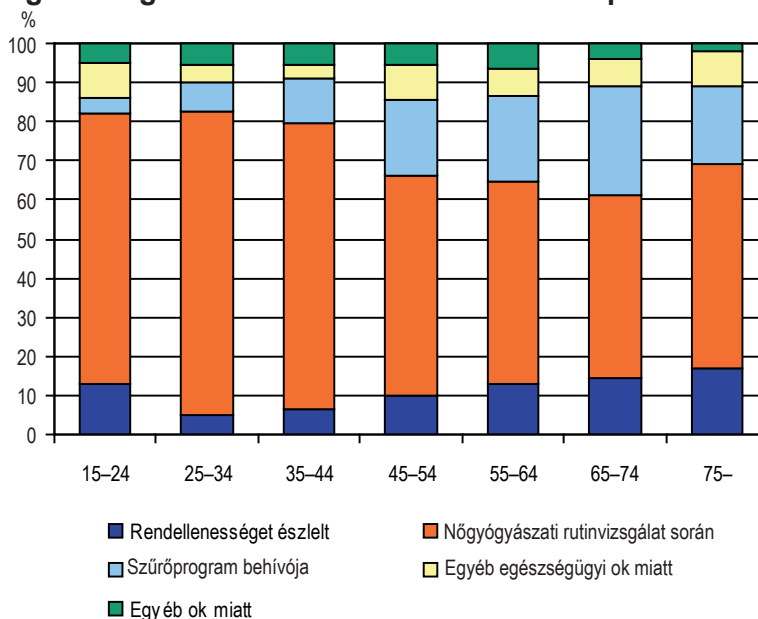
<sup>140</sup> Forrás: Eurostat, Database.

A 2003-as OLEF-adatfelvétel szerint a nők 85%-ánál megelőzési céllal történt a citológiai vizsgálat.

A szűrővizsgálatokról legutóbb nyilvánosságra hozott teljes körű statisztikák<sup>141</sup> szerint, egy év alatt emlőszűrésen részt vevők aránya 12–13% körüli, a méhnyakvizsgálatokon 21–22%, a részvételi készség évről évre emelkedik. Évenként mindkét szűrővizsgálaton 1 százalékponttal növekedett a részvételi arány. Az egészségfelmérésből kapott becslések jól megfelelnek az orvosi nyilvántartásokból származó adatoknak, ha a tendenciák változatlanok voltak a legutóbbi években, és ha figyelembe vesszük, hogy az intézményi statisztikák nem tartalmazzák a magánorvosnál végzett vizsgálatokat.

54. ábra

**Citológiai vizsgálaton való részvétel oka korcsoportonként, 2009**



Felmérésünk adatai szerint a népesség 26%-a kapott influenza elleni védőoltást, a nők némileg gyakrabban, mint a férfiak. A 65 éven felüliek közül a férfiak 41, a nők 38%-a kapott oltást egy éven belül vagy a megelőző évben. Mivel az oltást évente ismételni kell, az elmúlt évben nem, csak az adott szezonban kapott oltások jelentenek igazi védeltséget. Minthogy az adatfelvétel 2009. október 30-án véget ért, ekkor még csak az előző éves prevenció hajlandóságát mérhettük, ami – a 2009-ben lezajlott H1N1 influenzajárvánnyal (és a védőoltásokkal) kapcsolatos médiavisszhang következtében – valószínűleg emelkedett a következő szezonban.

Az OECD által közzétett fontos prevenció indikátor a 65 éven felüli korosztályok influenza-ellenes védeltségének aránya (átoltottsági ráta). A fejlett országok közül az átoltottságot jelző mutatók Hollandiában és az Egyesült Királyságban a legmagasabbak, ahol az idősek mintegy háromnegyede kapott ilyen oltást. Az uniós átlag 2008-ban 57% volt. Magyarországon az átoltottság a régió országaihoz hasonló értéket mutat, 38%. Bár az uniós országok többségében az érték évről évre nő, Magyarországon az amúgy is alacsony átoltottság 2003 és 2009 között valamelyest, de nem számottevően csökkent<sup>142</sup>.

Az EOLEF-adatok alapján az átoltottsági rátát az influenzajárványok és a járványokra való felkészülés szezonálisitása miatt csak közelítő pontossággal becsülhettük. A 2008–2009-ben kapott oltások együttesen tekinthetők egyetlen szezonra vonatkozó becslésnek, és ez jól egyezik a szolgáltatók által közölt adattal. Mindazonáltal az influenzajárványok ciklikusságára való tekintettel (4-5 évenként komolyabb járványok fordulnak elő) a mutatók értékei nem egyértelműen tükrözik az egészségtudatosság fokozódását.

<sup>141</sup> 2004–2005. évi emlőszűrési és méhnyakszűrési adatok

<sup>142</sup> Health at a Glance Europe, 2010, OECD, 2010.

A különböző szűrővizsgálatokon való megjelenések aránya bizonyos korcsoportokban, illetve az egyik leggyakrabban előforduló, járványszerű fertőző betegség, az influenza elleni átoltottság arányszámai a lakosság egészség-magatartását hivatottak tükrözni. A prevenció hajlandóság ezekkel a mutatószámokkal csak részben jellemezhető. A népegészségügyi programok kiemelt sarokszámaiként való alkalmazásuk azért indokolt, mivel az elkerülhető halálások egy része az előzőekben említett vizsgálatok révén a betegségek korai felismerésével és kezelésével megelőzhető, és ez a várható élettartamok további növekedésének az egyik legfontosabb forrása.<sup>143</sup> A megelőzés természetesen nem egyenlő a veszélyeztetett korban a szűrővizsgálatokon való rendszeres megjelenéssel; hozzátartozik az egészségtudatos magatartás már az élet kezdetétől fogva (helyes táplálkozás, kockázatkerülő életmód, fizikai aktivitás, az élvezeti szerek mérsékelt fogyasztása stb.) Nem elhanyagolhatóak a környezeti hatások sem, amelyek kivédésére sajnos kevés az egyéni kezdeményezés, az egészséges környezethez való jog jelenleg még csak a deklarációk szintjén létezik. Indokolt tehát a felmérésekből származó adatok együttesének komplex vizsgálata.

<sup>143</sup> Lásd az I. fejezetet.



## Egészségügyi ellátások igénybevétele, elégedettség

### Háziorvosi, szakorvosi, kórházi, fogorvosi ellátások igénybevétele

Az egészségfelmérések egyik legfontosabb előnye az adminisztratív adatforrásokból származtatható statisztikákhoz viszonyítva az, hogy nemcsak azokról nyújt információt, akik igénybe veszik az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásait, hanem a teljes célpopulációról különböző szociodemográfiai-gazdasági háttérismeretekkel összefüggésben.

Az egészségügyi ellátások igénybevételével kapcsolatban az ELEF kérdőívében a házi-orvosi, szakorvosi, kórházi, fogorvosi ellátásokról, illetve különböző alternatív gyógyítók szolgáltatásairól, az otthoni ellátásról és gyógykezelésekről adhattak számot a kérdezettek.

Az eredmények szerint a felnőtt népesség több mint 90%-a fordul házi-orvoshoz, fogorvoshoz, szakorvoshoz vagy vesz igénybe kórházi ellátást egy év alatt.

A 2000-es évben a nők körében még 10% feletti volt azoknak az aránya, akik nem vettek igénybe egészségügyi ellátásokat, a férfiaknál ez 16% volt.

A 2003-as OLEF eredményei alapján a férfiak körében 87%, a nőknél 94% volt az igénybevételi arány. Ez 2009-re sem változott lényegesen, de korcsoportonként jelentős eltérések tapasztalhatók. Úgy tűnik, a fiatalok körében számottevően nőtt az egészségügyi ellátások iránti igény.

Ha csak a 18 éven felüli népesség adatait összesítjük, a férfiak 87%-a, a nők 93%-a, a felnőtt népességnek összesen 91%-a vett igénybe egészségügyi ellátást, az arányok tehát 2003 óta gyakorlatilag nem változtak. A legfiatalabb korcsoportban mindkét nem esetén több mint 10 százalékponttal emelkedett az egészségügyi ellátást igénybe vevők éves prevalenciája. Az idősebb korcsoportok irányában a nőknél kismértékben, a férfiaknál erőteljesen visszaesik a növekedés mértéke.

*Háziorvosát* a lakosság háromnegyede rendszeresen, évente legalább egyszer felkeresi, 39%-uk egy esztendőben csak egyszer-kétszer, a többiek ennél gyakrabban keresik fel orvosukat. A betegek évente átlagosan 8 alkalommal fordulnak a házi-orvoshoz, míg 1994-ben<sup>144</sup> ötször fordultak orvoshoz.

A válaszadók legnagyobb mértékben a házi-orvosukkal vannak megelégedve, több mint négyötödük elégedett vagy nagyon elégedett, és csak 5% elégedetlen. A szolgáltatás minőségét ötfokozatú skálát alapul véve 4,1-re értékelték.

A házi-orvossal a többi egészségügyi szolgáltatáshoz viszonyítva a lakosság átlagon felül meg van elégedve. Az elégedett páciensek aránya az alföldi régiókban a legmagasabb (86–87%), a dunántúli régiókban 83–85%, és Észak-, valamint Közép-Magyarországon a legkritikusabbak (80–81%).

*Fogorvosát* a többség nem keresi fel minden évben: egy éven belül fordult fogorvoshoz a lakosság közel négytizede, a férfiak ritkábban, a nők gyakrabban. Több mint egyötöd azoknak az aránya, akik öt évnél is régebben jártak a fogászaton, és 1,3% soha nem találkozott fogorvossal. A 2003. évi egészségfelmérés alapján azoknak a férfiaknak és nőknek az aránya, akik nem jártak egy éven belül fogorvosnál 66 és 57% volt. Összehasonlítva az ELEF-ből becsült 65 és 60%-kal, megállapíthatjuk, hogy a felnőtt férfiak között stagnál az egy éven belül fogorvoshoz forduló aránya, a nők viszont ritkábban járnak fogorvoshoz, mint 6 évvel korábban. Fogorvosával a lakosság nagyrészt elégedett, bár a felmérésben nem vizsgáltuk külön a magánpraxisban dolgozókat és az állami egészségügyben tevékenykedőket; bizonyára jelentős eltérések húzódnak meg a 3,87-es átlag mögött.

A felnőttek közel hattizede keresett fel szakorvost az előző évben. A szakrendelések felkeresésének nagy többsége házi-orvos javaslatára történik, és beutalóval vehető csak igénybe, ezért ezeket a megjelenéseket rendszerint a házi-orvosnál tett látogatások előzik meg. A házi-orvosnál

<sup>144</sup> Egészségi Állapot Felvétel. KSH, Budapest, 1996.

való megjelenések száma ezért több mint kétszerese a szakorvos látogatásoknak. 2003-ban a szakorvost felkeresők aránya 56% volt, háziorvosát a felnőtt lakosság 71%-a kereste fel. A házi-  
orvost/szakorvost felkeresők aránya az előző felmérés óta kismértékben növekedett.<sup>145</sup>

31. tábla

**A szakrendelésen megjelentek aránya nemek és korcsoportok szerint, 2009**  
(%)

Nem	15–17	18–34	35–64	65–	Összesen	18 éves és idősebb
	éves					
Férfi	39,4	45,6	52,8	67,4	52,6	52,8
Nő	58,9	61,4	68,7	66,7	66,1	66,2
Együtt	49,5	53,4	61,1	67,0	59,8	60,1

A 15–17 éves lányok közel hattizede fordul egy esztendő alatt szakrendeléshez, 20 százalékponttal többen, mint a férfiak. Az életkor emelkedésével csökken a két nem prevalenciája közötti különbség, és a legidősebbek korcsoportjában már el is tűnik. A 65 év alatti korcsoportokban a férfiak és a nők között megfigyelhető viszonylag jelentős különbségeknek számos oka lehet. A kérdőív nem terjedt ki ugyan a szakrendelések típusonkénti megkülönböztetésére, de feltételezhető, hogy a nők magas arányát a nőgyógyászati vizsgálatokon való részvétel is magyarázhatja. További különbség lehet az eltérő hozzáállás az egészségügyi ellátórendszerhez: a nők általában nagyobb arányban vesznek részt megelőző célú vizsgálatokon vagy esetleg kisebb panaszokkal is hajlamosak orvoshoz fordulni. A legidősebb korosztályban nagyjából megegyezik a férfiak és a nők körében tapasztalható arány: mindkét nem kétharmada járt szakorvosi rendelésen a kérdezést megelőző 12 hónapban. Ez abból adódhat, hogy a férfiaknál meredeken emelkedik az igénybevételi arány az életkor növekedésével, míg a nőknél nincs ilyen nagy különbség a fiatalok és az idősebbek között, így a legidősebb korcsoportnál összeér a két nemre jellemző arány.

A szakrendelésen való megjelenés gyakorisága az 500 fő alatti településeken a legkisebb, itt a betegeknek csak közel fele keresett fel szakorvosi rendelőt, a 100 000 fő feletti lakosságszámú településeken viszont már kétharmaduk, és az országos átlag 60%. Ez feltehetően főként arra vezethető vissza, hogy a mobilitási/megközelítési nehézségek csökkentik az igénybevételek számát, hiszen a lakosság korösszetétele, egészségi állapota az orvoshoz fordulás gyakoriságának éppen fordított arányait indokolná.

Azok a betegek, akiknek szükséges lett volna, de valamiért mégsem jelentek meg a szakrendelésen (12%), különböző indokokat említettek. Elsőként az időhiányt, másodikként a halogatást („várni akartam, hátha magától elmúlik”), majd a várólistát és az orvostól vagy a kezeléstől való félelmüket jelölték meg.

Mint a korábbi felmérésekben már beigazolódott<sup>146</sup>, a jobb anyagi helyzetűek gyakrabban keresik fel a szakorvosokat. Ezt az összefüggést az ELEF is alátámasztja. A legkevésbé tehetőseknek csak mintegy fele megy egy év alatt szakorvoshoz, míg a legkedvezőbb jövedelmi helyzetben élők kétharmada. A 2–3. jövedelmi ötödhöz tartozók között az orvoshoz fordulás tekintetében lényegében nincs különbség, ettől eltekintve, lineárisan emelkedik a szakorvost felkeresők aránya a jövedelem növekedésével. A nőknél a férfiakhoz viszonyítva meredekebb az emelkedés, ami arra utal, hogy a nők egészségtudatosságát a kedvezőbb anyagi körülmények jobban sarkallják, mint a férfiakét.

A szakorvosi ellátással a lakosság 64%-a elégedett, közel nyolcada elégedetlen, és minden negyedik ember közepesnek ítéli a szolgáltatást, ezzel a járóbeteg-ellátás átlagpontszáma 3,6. Ez azt jelzi, hogy az emberek ezzel a szolgáltatással csak mérsékelten elégedettek.

<sup>145</sup> A szakrendelésen való megjelenések számának növekedését a gyógyszerrendelés jogszabályi változásai is okozhatják. Bizonyos fajta gyógyszereket csak szakorvos írhat fel, és az egyszerre felírható adagok is limitálva vannak. Tehát egy krónikus beteg gyakrabban kénytelen felkeresni a szakrendelést anélkül, hogy panaszai fokozódnának, vagy új betegségei lennének.

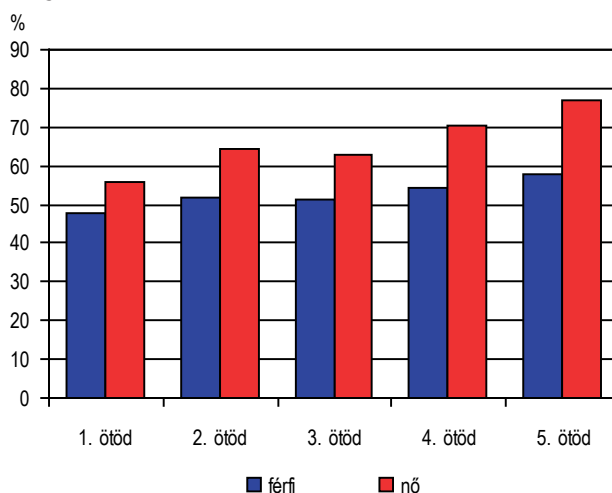
<sup>146</sup> OLEF2003. Kutatási jelentés, egészségügyi ellátás igénybevétele, 5.1.

A régiók között ebből a szempontból viszonylag kicsik a különbségek, és a sorrendjük nem egyezik a házi orvosokkal kapcsolatossal, mindössze annyiban hasonló, hogy az utolsó két helyen Észak- és Közép-Magyarország áll.

A kórházi ellátást egy éven belül a lakosság 14%-a veszi igénybe fekvőbetegként, azaz legalább egy éjszakát a kórházban töltve.<sup>147</sup> Az életkor előrehaladtával a 18–34 évesektől nő a kórházban ápoltság aránya, a férfiak között 4-ről 27%-ra, a nőknél 10-ről 28%-ra. A 15–17 éves fiúk gyakrabban kerülnek kórházba, mint a 18-34 évesek. A nőknél nincs ilyen különbség.

55. ábra

**Az egy éven belül szakorvost felkeresők aránya  
jövedelmi ötöd szerint nemeként, 2009**



18–64 éves korcsoportokban – közöttük is főként a fiatalok – kevesebben vettek igénybe kórházi kezelést 2009-ben, mint 2003-ban, míg a 65 éven felüliek körében kismértékben nőtt a kórházban kezelt aránya. Feltételezhető, hogy ezek mögött az adatok mögött elsősorban az egészségügyi ellátórendszer átstrukturálódása érhető tetten, vagyis hogy azok az ellátások, amelyek nem feltétlenül igénylik a magasabb szintű ellátási körülményeket, megmaradnak az egyszerűbb szolgáltatást nyújtóknál. Ezért több most a házi orvosi forgalom, és kevesebb a fiatalabbak között a kórházi ellátottak aránya, mint 2003-ban. A 65 éves és idősebbek közötti emelkedésben viszont feltételezhető, hogy az időskorúak számának növekedésével együttjáró magasabb fekvőbeteg-ellátási igény mellett szerepe van annak is, hogy a betegek növekvő részének ápolása otthonában nem megoldható.

A kérdezettek állítása alapján készített becslések szerint a célpopuláció 4%-a nem került kórházba, bár az orvos ezt javasolta.

A legtöbben – minden negyedik ember – időhiány miatt halasztották el a szükséges kezelést, egyötödük félt a beavatkozástól, egytizedük pedig a várólista hossza miatt nem tudta igénybe venni a szolgáltatást. Csupán a negyedik helyen említették az elmaradt kórházi ápolás indoklásául azt, hogy nem tudták megfizetni.

A jövedelemszint emelkedésével a kórházi ellátást igénybe vevő nők aránya a negyedik jövedelmi ötödig emelkedik, majd visszaesik. A férfiak esetében viszont átfogó szabályszerűség nem tapasztalható. A legtehetősebbek a legritkábban, míg a legalacsonyabb jövedelműek az átlagnál valamivel nagyobb arányban kerülnek kórházba. Ez utóbbiban szerepet játszhat a kórházak már említett látens szociális ellátási funkciója is.

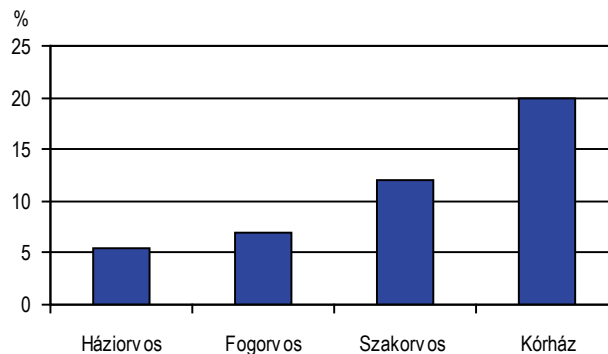
A kórházi ellátásokat csak a lakosságnak alig fele tartja jónak, ötödük kisebb-nagyobb mértékben elégedetlen. A régióknak a kórházi ellátással való elégedettség szerinti sorrendje szinte azonos a szakrendelésekkel összefüggésben kialakulttal, csak Közép-Dunántúl és Dél-Alföld

<sup>147</sup> A szülés miatt kórházban töltött idő nem lett beszámítva, ezért a szülőképes korú nők esetében ténylegesen ennél magasabb aránnyal kell számolnunk.

cserélt helyet. A legkevésbé a fővárosi és a Pest megyei lakosok elégedettek, jóllehet ebben a régióban van a legnagyobb lehetőségük a választásra a kórházak közül. A lakosság a Dél-Dunántúlon a legelégedettebb, több mint fele inkább elégedett, és csak 16%-uk inkább elégedetlen. A férfiak és a nők közel hasonlóan vélekednek a kórházi ellátásról, összességében a legalacsonyabb értéket, 3,3-et adtak e kérdésre.

56. ábra

Az egészségügyi ellátásokkal elégedetlenek aránya, 2009



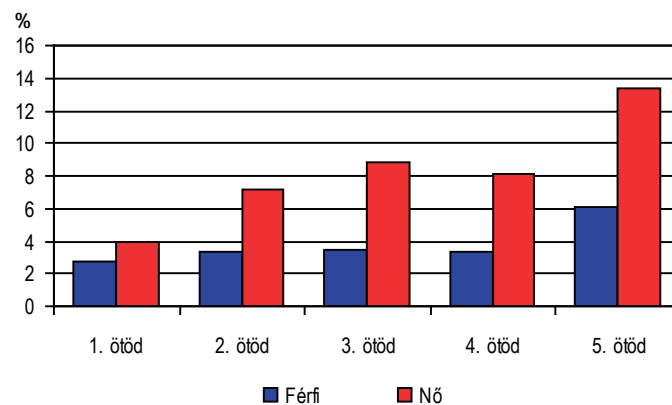
Az adatfelvétel során a megkérdezettek fele nyilvánította ki véleményét a *sürgősségi mentőszolgálattal* és a *betegszállítással* kapcsolatban. A mentősökkel 62, a betegszállítók tevékenységével 58%-ban voltak elégedettek. Figyelemre méltó, hogy viszonylag magas azoknak az aránya, 13 és 15%, akik nincsenek megelégedve ezekkel az ellátásokkal, így összességében 3,6-ra, illetve 3,5-ra értékelték ezt a két szolgáltatást.

### Alternatív gyógymódok, kezelések

A kiegészítő vagy alternatív gyógymódok közül legelterjedtebbek a fürdőkúrák, gyógyvizes kezelések, melyeknek hazánkban nagy hagyománya van, és amelyekhez orvosi rendelvényre is hozzá lehet jutni, akár évente többször is, bár csekély térítés ellenében, de a piacinál jóval kedvezőbb áron. A piaci ár viszont sokak számára már elérhetetlen, és kistelepüléseken általában nincsenek sportolási vagy úszási lehetőségek. Egy év alatt a 15 éves és idősebb népesség több mint egytizede vesz igénybe gyógyfürdő-szolgáltatást kimondottan terápiás céllal.

57. ábra

Az alternatív gyógymódok választása nemek és az egy főre jutó jövedelmi ötödök szerint, 2009



Az újabb, alternatív gyógymódok közül a homeopátia, akupunktúra, fitoterápia és egyéb kezelések említése mindössze néhány százalékos (5% alatti), ami részben arra utal, hogy társadalmunkban még mindig a hagyományos medicinában bíznak a legtöbben, de szerepe van an-

nak is, hogy a kiegészítő terápiáknak csak egy töredékét finanszírozza az egészségbiztosító, és azokat is csak meglehetősen korlátozottan. A nők több mint kétszer annyian próbálkoznak alternatív gyógykezelésekkel, ebből arra következtethetünk, hogy a nők kísérletezőbb kedvűek, nyitottabbak az újdonságokra, elsősorban a fiatalabb korosztályokban.

A nyitottságon kívül elsősorban a magasabb jövedelem az, ami befolyásolja az alternatív gyógymódok kipróbálását, mivel a hozzájutás feltétele a megfelelő anyagi háttér.

A felmérést megelőző négy hétre vonatkozó adatok alapján a vizsgálatba vont népesség több mint harmada szed gyógyszert, vitamint, táplálékkiegészítőt orvosi javaslat nélkül. Ezek főleg különböző eredetű fájdalmak csillapítására szolgáló készítmények, melyeknek számtalan formája kapható már a gyógyszertárakon kívül is, és a gyártók széleskörű médiakampányt folytatnak ismertségük és elterjedésük érdekében.

Az előző felmérések óta az orvos–beteg találkozások számának növekedésére lehet következtetni jelen vizsgálat adatai alapján. Az ellátások színvonalát nem csak a betegek elégedettségén keresztül lehet felmérni, erre az egészség-gazdaságtani kimutatásokban számos más statisztikai mutatót használnak, amelyekhez forrásként az OEP által regisztrált adatok szolgálnak. Az ellátásokkal való elégedettség nem volt tárgya a korábbi hazai egészségfelméréseknek, így ennek változását nem tudtuk nyomon követni.

## Egészségügyi kiadások<sup>148</sup>

### A nemzeti egészségszámlák adatai, 2003–2009<sup>149</sup>

A magyarországi egészségügyi kiadások alakulásának legfőbb jellemzője, hogy a vizsgált időszakban – 2003-mal kezdődően – eltérő tendencia jellemzi a 2007 előtti és utáni éveket: 2003–2006 között nominálértéken folyamatosan, egyes években – 2005–2006-ban jelentős mértékben – reálértéken is növekedtek az egészségügyi kiadások; 2007–2009 között viszont reálértéken számolva csökkentek, sőt 2008 kivételével még nominálértéken is visszaesés tapasztalható.

Az egészségügyi kiadások magyarországi értéke 2003-ban 1567 milliárd forint volt, ez 2008-ra 1932 milliárd forintra emelkedett; 2003-ban egy főre vetítve 155 ezer, 2008-ban 192 ezer forintot tett ki. A 2008. évi szerényebb növekedés nominálértéken bővülést, de reálértéken még mindig csökkenést jelentett. 2009-ben a nemzetközi gazdasági válság hatására újabb visszaeséssel számolhatunk, az egy főre jutó egészségügyi kiadás várhatóan a 2006. évi szint alá süllyedt. A gazdasági recesszió hatásaként az egészségügyi kiadások reálértéke 2007 és 2009 között az OECD-országok között egyedülként Magyarországon minden évben csökkent.

Vásárlóerő-paritáson számolva az egy főre jutó 1400 dollár kiadással Magyarország 2006-ban a 191 ország adatait tartalmazó WHO-rangsor 35. helyén állt; 2007-re a 38. helyre csúszott vissza, és ott maradt 2008-ban is. (Az EU-államok között a 21. helyen állunk.) A bennünket megelőző államok közt található két szomszédunk, Szlovákia és Horvátország is. A listát az Egyesült Államok vezeti, de az amerikai társadalom tagoltságát mutatja, hogy a magas értékek ellenére ott viszonylag alacsony a várható élettartam. Az európai országok között Luxemburg, Norvégia és Svájc költi a legtöbbet egészségügyre.

Az egy lakosra jutó állami egészségügyi kiadás Norvégiában a legmagasabb. Az Egyesült Államokban a magánszféra egészségügyi hozzájárulása – a magánbiztosítók révén – meghaladja az állami kiadások volumenét.

A magyar egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 2003–2006 között 8%, vagy azt kissé meghaladó volt, 2007-ben 7,5, 2008-ban pedig 7,2%-ra esett vissza. 2009-ben a bruttó hazai termék jelentős csökkenése mellett a kiadási arány azonos szinten maradt.

### A magánszektor egészségügyi kiadásainak fontosabb jellemzői

A magánszektor kiadásai az egészségpénztárak, a háztartások, a nonprofit szervezetek és a vállalkozások egészségügyi kiadásait tartalmazzák. Ebből a legjelentősebb részt a hálapénz becsült értékét is magába foglaló háztartási kiadások jelentik. Jelentős mértékű volt a fogászati ellátás drágulása: ezen a területen az uniós csatlakozás évében és az azt követő esztendőben kétszámjegyű növekedést regisztráltunk.

A háztartások 2007-ben az egészségügyi kiadásaik felét költötték gyógyszerekre (2006-ban ugyanez az arány 42% volt). 2008-ban a gyógyszerekre fordított kiadások már 53%-ot tettek ki. A háztartások gyógyszerkiadásainak 2006–2008 közötti aránytalanul magas növekedése a gyógyító ellátás kárára történt: az említett időszakban gyógyszerre 31%-kal többet költöttek, miközben a gyógyító és rehabilitációs ellátásra 24%-kal, a járóbeteg-ellátásra 28%-kal kevesebb jutott.

<sup>148</sup> Lásd még a Statisztikai Tükör IV. évf. 121. sz.

<sup>149</sup> Magyarországon a nemzeti egészségszámlák (System Health Accounts, SHA) új módszertana szerinti adatfeldolgozás első éve 2003 volt.

## A lakosság egészségügyi ráfordításai

### Az ELEF2009 felmérésből származó adatok és értelmezésük

Az egészségfelmérésben az egészségügyi ellátások közül a fogorvosi, az orvosi-szakorvosi járóbeteg- és a fekvőbeteg ellátásokért kifizetett összegekről, valamint az otthoni ápolás, gyógytorna szolgáltatásokat illetően rendelkezünk kiadási adatokkal. Megkülönböztettünk ezen belül magánrendelésre fordított kiadásokat is.

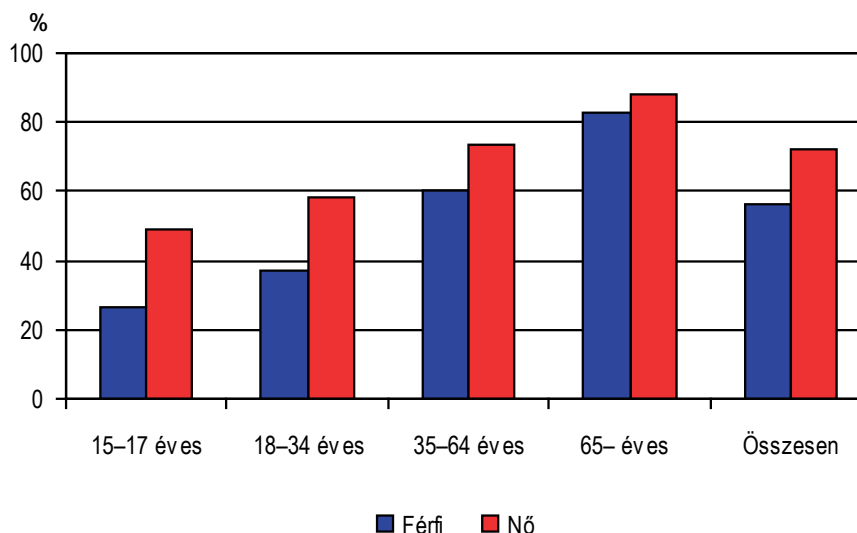
Egészségügyi kiadása a lakosság 64%-ának volt az adatgyűjtés idején egy hónap alatt. Az összesített egészségügyi kiadások havi átlaga 10 ezer forint körüli; 11 500 forint a betegek és 7700 forint a nem betegek körében.

Magánrendelésen vett részt és átlagosan 29 ezer forintot költött a célpopuláció 4,6%-a. Magánrendelésre a krónikus betegek 5%-a, a nem betegek 4%-a költött, ezen a téren nincs szignifikáns különbség e két csoport között. A kiadások átlaga 32 ezer forint a betegek és 22 ezer forint a nem betegek körében, az egy előfordulásra jutó kiadások 100 forint és 400 ezer forint közti intervallumban mozogtak. A magánrendelőkben elvégezett vizsgálatok, beavatkozások egy része diagnosztikai, megelőzési célzatú, és főleg a tehetősebbek veszik igénybe, míg az általános egészségügyi ellátásokban mindenki részesül. A betegek és nem betegek közt szignifikáns különbséget találtunk az összesített egészségügyi kiadások tekintetében. A krónikus betegek 82%-ának, a nem betegek közül csak 32%-nak volt az előző hónapban egészségügyi kiadása.

Az egészségügyi kiadások előfordulásának aránya az előző felméréshez képest nem változott; míg 2003-ban a felnőtt lakosság 35%-ának nem volt egészséggel összefüggő kiadása a kikérdezést megelőző 12 hónapban, ez az arány a 18 éven felüliek körében az ELEF2009-ben is 34% volt, de a tényleges érték ennél minden bizonnyal alacsonyabb, mert a visszatekintési periódus a korábbi 12 hónapos helyett 2009-ben 4 hét volt.

58. ábra

**Az egészségügyi kiadások előfordulása nemek és korcsoportok szerint, 2009**



10 ezer forint alatt költött a válaszadók 46, 10–25 ezer forint között 15, 25–50 ezer forint között 2,7, és mindössze 1,6% az aránya azoknak, akik 50 ezer forintnál is többet költöttek saját egészségükre.

A 15-17 évesek körében az egészségügyi kiadások legmagasabb értéke 30 ezer volt, de a kiadások 98%-a 10 ezer forint alatti volt.

A kiadási tételek összértéke 40 milliárd forintra becsülhető felmérésünk alapján. Miután a 2000-es OLEF-ben 185 milliárd, a 2003-asban 233 milliárd forint volt az összkiadások becsült értéke, az így kapott értéket nem tekinthetjük relevánsnak. Az eltérés elsősorban a módszertan különbözőségéből adódik, mivel a kiadások nem éves, hanem havi szinten lettek számba véve. A kiadási adatokat az előző felmérések, a HKÉF, és az OEP adataival is összevetve, háztartástípusok szerinti kiadáskorrekcióval, megfelelő modell kialakításával vélhetően jobb becslést kapunk.

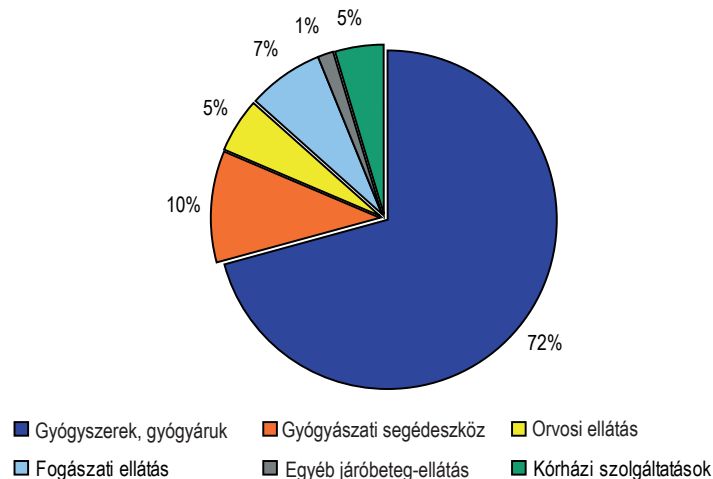
### **A lakosság egészségügyi ráfordításai a háztartási költségvetési és életkörülmény-felmérés (HKÉF) alapján**

A háztartási költségvetési felmérések adatai alapján becsült lakossági egészségügyi összkiadás értéke 2003–2008-ban 200–300 milliárd forint körül alakult, 2008-ban egy főre jutó értéke 33 300, becsült összértéke 329 milliárd, 2009-ben 345 milliárd forint volt. A bevallott kiadások nominálértékben nem, csak reálértékben csökkentek az előző évihez képest.

A háztartások kiadásainak több mint 70%-át a gyógyszerkiadások teszik ki, ezek egy része feltehetően megelőzési célokat szolgál, de a felmérésben nem, csak a nemzeti egészségszámokban különíthetők el ezek a kiadások.

59. ábra

**A háztartások egészségügyi kiadásainak szerkezete, 2009\***



\* Forrás: KSH háztartási költségvetési és életkörülmény (HKÉF)-felvétel

### **A hálapénzadás elterjedtsége**

A hálapénzzel kapcsolatos kutatásokban és a szakirodalomban a hálapénz nagyságára vonatkozó becslések széles skáláját találjuk meg. Felmérésünkben a hálapénz becsült értéke éves szinten 77,0 milliárd forint volt, ez a szakirodalomban található becslésekhez közel áll, de mint a későbbiekben látható lesz, a becslések elég széles skálán mozognak.

A lakosság több mint 60%-a igénybe vette az egészségügyi ellátásokat, azonban a válaszadóknak csak 7%-a töltötte ki az erre vonatkozó rovatot (a krónikus betegek 10%-a és a nem betegek 3%-a) – más felvételekben a hálapénz adás gyakorisága ennek sokszorososa. Az egy előfordulásra eső hálapénzkiadások átlaga havi 10 ezer forintot tett ki. A legkisebb összeg 200, a legtöbb, 144 000 forint volt. Nem vizsgáltuk, hogy ezeket az összegeket hány alkalommal adták ki, így csak az egy válaszadóra jutó átlagot tudtuk regisztrálni.

A háztartásstatisztikai adatok alapján 2009-ben az előfordulásra eső éves átlag 16 679 forint volt, és a háztartások 27,9%-ánál fordult elő, hogy hálapénzt adtak. A kórházban adott há-



lapérez értéke átlagosan 26 108, fogorvosnál 13 886, orvosainak 14 471 forintot, és egyéb egészségügyi személyzetnek átlagosan 7986 forintot adnak. Az összevetést korlátozza, hogy míg az egészségfelmérésben személyenkénti adatfelvétel folyt, itt az egy főre, a háztartásstatisztikában az egy háztartásra jutó átlagot tekinthetjük előfordulásra eső átlagnak. A hálapérez összkiadás becsült értéke 2009-ben 17,7 milliárd volt, az előző évben 16,4 milliárd forint. Az előfordulási arány összességében nem változott.

### **A hálapérez becsült összege<sup>150</sup>**

A nemzeti számlák becsülésének kiinduló pontjából a KSH közel ötvenéves múltra visszatekintő lakossági felvétele, a *Háztartási költségvetési felvétel (háztartás-statisztika)* szolgál. A háztartás-statisztika a jövedelmi és kiadási oldalról is felméri ezt a jelenséget. A lakossági hálapérezkiadások értéke 2008-ban 16,4 milliárd forint volt. A nemzeti számlákban megjelenő becsült összeget úgy állapítják meg, hogy az OEP orvos-beteg találkozások adatainak felhasználásával az ellátási formákra külön-külön és a hálapérezadási hajlandósággal is korrigálják ezt az adatot.

A KSH által készített makrostatisztikai becsülés a hálapérez-kiadásokat 2008<sup>151</sup>-ban a járóbeteget-ellátásban 27,5 milliárd, a fekvőbeteget-ellátásban 23,7 milliárd, összesen 51,3 milliárd forintba becsülte.

A Corvinus Egyetem Marketing tanszéke által végzett felmérés szerint 2008-ban 73,4 milliárd forint hálapérezt adtak az egészségügyben. A kutatók ezt az összeget a kérdőíves felmérés eredményei és az orvos-beteg találkozók hivatalos adatai alapján számolták ki.

A összegek 1000 forinttól egészen 500 ezer forintig terjednek. A legtöbb hálapérezt a kórházban adják az orvosoknak, havonta átlagosan 28 500 forintot. A rendelőintézetben átlagosan 8600 forintot, a házi orvosok pedig 6600 forintot kapnak. A nővéreknek a kórházban átlagosan 6800 forintot, a rendelőkben és a házi orvosnál 2500–3000 forintot.

Azok közül, akik az elmúlt három évben elmentek orvoshoz, 72% adott hálapérezt.

A TÁRKI kutatásai<sup>152</sup> szerint minden negyedik ember ad hálapérezt az egészségügyben, és a hálapérezadási hajlandóság 2003-ról 2007-re kismértékben (21%-ról 25%-ra) növekedett.

2007-ben Budapesten az országos átlaghoz (25%) képest a lakosok közül kétszer annyian (48%) adnak a házi orvosnak hálapérezt, és többségük úgy érzi, hogy a hálapérezért cserébe jobb egészségügyi szolgáltatást kap.

A GKI és az Egészségügy-kutató Intézet 2009-es felmérése<sup>153</sup> (amelyet az AXA megbízásából készítettek) kimutatta, hogy a lakosság 49%-a úgy véli, hálapérez nélkül nem kapnának megfelelő egészségügyi ellátást. A megkérdezettek 40%-a saját maga is adott már hálapérezt orvosának. A kórházi orvosok betegeik 80%-ától számíthatnak hálapérezre. Az aktív korúak (18–59 évesek) körében készült felmérés alapján az összesen adott hálapérezt mintegy 32 milliárd forintba becsülték. Az adott hálapérez egy főre jutó összege 9600 forint volt.

Ami a hálapérezadási szokások változását illeti, a piacutató Szinapszis Kft. 2010-es, orvosok körében lebonyolított felmérése alapján az orvosok egyértelműen csökkenésről számolnak be. A válaszadók kétharmada (főként házi orvosok) érzékeli úgy, hogy az elmúlt 2 évben mind a paraszolvenciát adó betegek aránya, mind annak összege csökkent. Ez utóbbi átlagosan 30%-kal.

A többféle adatforrásból származó becsülések nehezen vethetők össze. Az egészség-gazdaságtannal foglalkozó kutatók, elemzők számára értékes adalékot jelentenek az egészségfelmérésből nyert kiadási adatok is, amint az a tematikus kötetekben majd bemutatásra kerül.

<sup>150</sup> A hálapérez-kutatások adatai és KSH nemzeti számlák adatai alapján.

<sup>151</sup> A 2009-re vonatkozó adatok még nem állnak rendelkezésre.

<sup>152</sup> Társadalmi klíma riport. 2007. <http://www.tarki.hu/hu/news/2007/kitekint/20071220.doc>

<sup>153</sup> [http://nol.hu/belfold/egeszsegugy/a\\_maganorvosnak\\_boritekot\\_is\\_ad\\_a\\_beteg](http://nol.hu/belfold/egeszsegugy/a_maganorvosnak_boritekot_is_ad_a_beteg)

## Gyógyszerkiadások becslése az ELEF-adatok alapján

Az adatfelvételt megelőző négy hétre vonatkozó válaszok alapján gyógyszerkiadása a célpopuláció több mint felének van. Azoknak az aránya, akik használnak orvos által felírt gyógyszereket, de azokért nem fizetnek, mindössze 0,9%. Az orvos által felírt gyógyszerekért a felhasználók átlagosan 5546 forintot fizetnek. Recept nélkül kapható gyógyszereket, illetve gyógyhatású készítményeket minden harmadik ember vásárol egy őszi hónapban, átlagosan 3189 forint értékben. A becsült összkiadásuk 32,8 milliárd forint, ami nem éri el a más felvételekből vagy a makrostatisztikai becslésekből származó értéket. Mivel nem rendelkezünk információkkal a gyógyszerkiadások szezonálisáról, az így kapott havi összegből az éves becslés nem állítható elő. Az összeírt kiadásoknál, hasonlóan mint a hálapénz esetében, problematikus a visszatekintési periódus rövidege, bár az előfordulási gyakoriság itt lényegesen magasabb volt.

A célpopuláció 4%-ánál fordult elő, hogy az előző hónap folyamán az orvos által felírt gyógyszereit anyagi okok miatt nem tudta kiváltani.

32. tábla

### A felmérés alapján becsült gyógyszerkiadások, 2009

Megnevezés	Összesen, ezer forint	Átlag, forint/hó/fő
<b>Havi kiadás</b>		
Gyógyszer receptre	24 397 420	5 546
Gyógyhatású termék és recept nélküli gyógyszer	8 420 684	3 189
<b>Összesen</b>	<b>32 818 104</b>	<b>4 662</b>
<b>Kétheti kiadás</b>		
Gyógyszer receptre	16 683 660	4 496
Gyógyhatású termék és recept nélküli gyógyszer	6 400 664	2 769
<b>Összesen</b>	<b>23 084 325</b>	<b>3 833</b>

Az önkitöltős kérdőívre adott válaszok alapján a felmérésből a lakosság éves gyógyszerkiadásait 277,0 és 393,8 milliárd forint közötti értékre becsülhetjük. Mivel a lakossági gyógyszerkiadások jelenleg az egészségügyi kiadások 70%-át teszik ki,<sup>154</sup> a becsült összeg meghaladja a HKÉF alapján kapott értéket.

## A gyógyszerkiadások becslése a háztartási költségvetési felmérés és életkörülmény (HKÉF) alapján

A lakosságtól önkéntes alapon gyűjtött háztartás-statisztikai adatok alapján azt találjuk, hogy éves szinten az egy főre jutó gyógyszerkiadások átlagos értéke 24 790, egy előfordulásra eső értéke 84 888 forint. Gyógyszerkiadás a vizsgált népességben a háztartások háromnegyedénél fordul elő. A gyógyszerkiadások aránya az összes egészségügyi kiadáson belül emelkedik, míg 2000-ben az arány 60% volt, mára már meghaladta a 70%-ot.

33. tábla

### Az egy főre jutó egészségügyi kiadások és a gyógyszerkiadások alakulása

Megnevezés	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Egészségügyi kiadások egy főre, forint	22 412	24 518	26 502	26 577	30 773	33 299	34 968
Ebből: gyógyszerekre, %	65,3	64,8	65,6	65,0	68,6	71,5	70,9

Forrás: HKÉF.

<sup>154</sup> Lásd az 59. ábrát.

Miután az adatgyűjtés egy teljes naptári éven át zajlik, a szezonális hatások nem befolyásolják a kiadásokat, és a kiadások megfigyelésére és havonkénti feljegyzésére felkért háztartásokban pontosabb bevallások születnek, mint egy egyszeri kikérdezéses vélemény és állapotfelvétel során, amilyen az ELEF volt. Az éves és havi kiadási adatok összevetése nyomán alakul ki a éves kiadások becsült értéke, az erre vonatkozó korrekciók hosszú évek tapasztalatainak felhasználásával készülnek. Felmérésünk adatai jó kiindulási alapul szolgálhatnak az egészség-gazdaságtani kutatók hasonló típusú vizsgálódásaihoz, de jelen kötet kereteit egy ilyen típusú kiadási korrekciókat igénylő felmérés meghaladja.

## IV. AZ EURÓPAI LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS MÓDSZERTANA

A Központi Statisztikai Hivatalban az adatfelvételek egyes szakaszaira vonatkozó minőségi irányelveket szigorúan szabályozott, a nemzetközi gyakorlatot követő módszertani dokumentumok írják elő.

Az adatfelvételek rendszeres, strukturált minőség-értékelésére egy **önértékelő kérdőív** szolgál, mely az Eurostat által kifejlesztett DESAP (*Development of a Self Assessment Programme*) kérdőíven, valamint a Minőségi irányelvekben foglalt elvárásokon alapul.

Az Európai lakossági egészségfelmérés folyamatát a KSH érvényben levő szabályozása és az előírások alkalmazásával terveztük meg és hajtottuk végre. Az alábbiakban alapvetően az önértékelő kérdőív tematikáját követve mutatjuk be a felmérés munkafázisait, alkalmazott módszereit.

### A felhasználói igények elemzése, az adatfelvétel célja

Magyarországon az utóbbi évtizedben két reprezentatív országos kérdőíves egészségfelmérés volt: 2000-ben és 2003-ban. Az utóbbi Országos Lakossági Egészségfelmérést (OLEF2003) az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjának indítóévében<sup>155</sup> hajtották végre, azal a céllal, hogy a program monitorozásához szükséges bázisadatok rendelkezésre álljanak. Az eredeti tervek szerint a felmérést a népegészségügyi program felénél (2008-ban), illetve a végén (2013-ban) megismételték volna. Az időközben lezajlott intézményi változások miatt azonban a felméréseket végrehajtó szakértői csoport feloszlott, így a feladat további megvalósítása bizonytalanná vált.

Az eredeti tervek azonban egybeestek az EU elvárásaival: a 2008. decemberben elfogadott uniós keretrendelet<sup>156</sup> előírja a lakosság egészségi állapotára vonatkozó adatok ötévenkénti gyűjtését, és a kötelező adatszolgáltatást.

A felmérés célja:

- a lakosság egészségi állapotának, az azt befolyásoló magatartási formák, egyéb meghatározó tényezők, valamint az egészségügyi szolgáltatásokkal való elégedettségének a megismerése,
- az uniós előírásoknak megfelelő egészségügyi mutatók, az ún. ECHI- indikátorok (*European Community Health Indicators*) előállításához szükséges adatok biztosítása, lehetőséget teremtve ezek nemzetközi összehasonlítására,
- az uniós és más nemzetközi szervezetek adatigényeinek a kielégítése,
- a felmérés ötévenkénti ismétlődésével idősoros statisztikai mutatók előállítása,
- adatok biztosítása a népegészségügyi programok tervezéséhez,
- a döntéshozók és az egészségügyi szakemberek mellett a kutatók, a média és a lakosság egészséginformációk iránti igényének kielégítése.

### Az adatgyűjtés módszere

A felmérés személyes interjúkkal, 383 kérdezőbiztos közreműködésével hagyományos, papíralapú kérdőíves módszerrel történt. Az alapkérdőív mellett a kérdezettek az érzékeny témákban (egészségügyi kiadások, egészségkárosító szokások, pl. alkoholfogyasztás, kábítószer-használat) önkéntes formában válaszoltak.

<sup>155</sup> 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról

<sup>156</sup> Az Európai Parlament és a Tanács 1338/2008/EK rendelete a népegészségre és a munkahelyi egészségvédelemre és biztonságra vonatkozó közösségi statisztikáról

## Felvételi keret meghatározása

**A felvétel célsokasága:** Magyarország 2008. december 31-ig 15. életévét betöltött, nem intézetben élő lakossága.

**A mintakeret:** a személyek kiválasztásához a mintavétel keretét a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala (KEKKH) személyiadat- és lakcímnnyilvántartásából az állandó címükön élő, 2008. december 31-ig 15. életévüket betöltött személyek listája adta. A folyamatosan frissülő regiszterből 2009 júniusában történt a kiválasztás.

Az ELEF mintája a mintavételi keretnek és magának a mintavételi tervnek a megválasztásával hasonlóvá vált a korábbi OLEF felvételek mintáihoz.

A használt mintavételi keret hiányossága, hogy nem lehet kiszűrni az intézetben lakókat (lefedettségi többlet): őket a terepmunka során kizártuk a felmérésből. Másik hátránya, hogy a nem bejelentett címükön élők elérése nehézkes, vagy éppen lehetetlen.<sup>157</sup>

## A mintavételi terv kialakítása

A minta nagysága:  $n = 7000$  fő.

A mintavétel típusa: rétegzett, (részben) kétlépcsős mintavétel

Mintavételi egység (*sampling unit*): az egyén

Megfigyelési egység (*observational unit*): az egyén

Az ELEF mintavételi terve alapján 449 településen 7000 személyt választottunk ki a mintavételi keretből.

A célsokaság számossága szerinti a 118 legnagyobb település egy valószínűséggel került a mintába. Ezek az önreprezentáló települések, önállóan alkotnak egy-egy mintavételi réteget. Az önreprezentáló településeken a személyek kiválasztása egy lépcsőben történt.

Az ország többi, kisebb településén a kiválasztás kétlépcsős: első lépcsőben településeket, második lépcsőben személyeket választottunk. A településeket nagyságkategóriákba soroltuk. A nagyságkategóriákat a település teljes népességszáma alapján, az alábbi határok szerint definiáltuk:

- 1.: 0 – 999
- 2.: 1 000 – 2 999
- 3.: 3 000 – 4 999
- 4.: 5 000 – 9 999
- 5.: 10 000 – 49 999
- 6.: 50 000 –

A kisebb települések sokaságából összesen 331-et választottunk ki a település célsokaságának számosságában mért nagysággal arányos valószínűséggel, véletlen szisztematikus módon. A szisztematikus kiválasztás előtt a településeket megyék szerint véletlen, megyén belül nagyságkategória szerint növekvő, nagyságkategórián belül szintén véletlen sorba rendeztük. Ez a megoldás közel áll a megye és nagyságkategória szerint rétegzett, nagysággal arányos valószínűséggel történő véletlen kiválasztáshoz.

A fentieknek köszönhetően a minta allokációja a megye és nagyságkategória által meghatározott rétegek között közel arányos. A nem önreprezentáló települések mindegyikén a mintaelemszám 10, az önreprezentáló településeken 10 valamely pozitív egész számú többszöröse, 10 és 140 közötti.

A személyek kiválasztása a mintatelepüléseken visszatevés nélküli egyszerű véletlen kiválasztással történt.

<sup>157</sup> A meghírusulási kódok alapján nem lehet elkülöníteni a mintavételi keret említett hiányosságai miatti meghírusulásokat.

Az alábbi táblázat tartalmazza megye és nagyságkategória szerinti bontásban a települések összes számát, a mintába került települések és az önreprezentáló települések számát, valamint a mintaelemszámot.

## Település- és mintaelemszámok az ELEF-ben

Megye	Ismérvek	Településnagyság-kategória						Összesen
		1	2	3	4	5	6	
Budapest	1. összes település	–	–	–	–	4	19	<b>23</b>
	2. mintatelepülés	–	–	–	–	4	19	<b>23</b>
	3. önreprezentáló település	–	–	–	–	4	19	<b>23</b>
	4. mintaelemszám	–	–	–	–	90	1 110	<b>1 200</b>
Baranya	1. összes település	252	37	5	2	4	1	<b>301</b>
	2. mintatelepülés	6	4	2	1	3	1	<b>17</b>
	3. önreprezentáló település	–	–	–	–	2	1	<b>3</b>
	4. mintaelemszám	60	40	20	10	40	110	<b>280</b>
Bács-Kiskun	1. összes település	25	58	16	11	8	1	<b>119</b>
	2. mintatelepülés	2	7	4	6	7	1	<b>27</b>
	3. önreprezentáló település	–	–	–	–	5	1	<b>6</b>
	4. mintaelemszám	20	70	40	60	110	80	<b>380</b>
Békés	1. összes település	17	31	6	13	7	1	<b>75</b>
	2. mintatelepülés	–	4	2	6	7	1	<b>20</b>
	3. önreprezentáló település	–	–	–	–	5	1	<b>6</b>
	4. mintaelemszám	–	40	20	60	90	40	<b>250</b>
Borsod-Abaúj-Zemplén	1. összes település	219	104	16	10	8	1	<b>358</b>
	2. mintatelepülés	7	11	5	4	8	1	<b>36</b>
	3. önreprezentáló település	–	–	–	–	5	1	<b>6</b>
	4. mintaelemszám	70	110	50	40	110	120	<b>500</b>
Csongrád	1. összes település	14	21	15	5	4	1	<b>60</b>
	2. mintatelepülés	–	3	4	2	4	1	<b>14</b>
	3. önreprezentáló település	–	–	–	–	4	1	<b>5</b>
	4. mintaelemszám	–	30	40	20	80	120	<b>290</b>
Fejér	1. összes település	21	57	16	9	3	2	<b>108</b>
	2. mintatelepülés	1	8	4	4	3	2	<b>22</b>
	3. önreprezentáló település	–	–	–	–	1	2	<b>3</b>
	4. mintaelemszám	10	80	40	40	30	110	<b>310</b>
Győr-Moson-Sopron	1. összes település	100	64	11	2	3	2	<b>182</b>
	2. mintatelepülés	4	7	3	1	2	2	<b>19</b>
	3. önreprezentáló település	–	–	–	–	1	2	<b>3</b>
	4. mintaelemszám	40	70	30	10	30	130	<b>310</b>
Hajdú-Bihar	1. összes település	17	34	9	13	8	1	<b>82</b>
	2. mintatelepülés	1	4	3	6	8	1	<b>23</b>
	3. önreprezentáló település	–	–	–	–	6	1	<b>7</b>
	4. mintaelemszám	10	40	30	60	100	140	<b>380</b>
Heves	1. összes település	39	63	13	2	3	1	<b>121</b>
	2. mintatelepülés	2	8	3	1	3	1	<b>18</b>
	3. önreprezentáló település	–	–	–	–	2	1	<b>3</b>
	4. mintaelemszám	20	80	30	10	50	40	<b>230</b>

**Európai lakossági egészségfelmérés – Magyarország, 2009**

Megye	Ismérvek	Településnagyság-kategória						Összesen
		1	2	3	4	5	6	
Komárom-Esztergom	1. összes település	21	37	7	5	5	1	<b>76</b>
	2. minta település	1	5	2	2	5	1	<b>16</b>
	3. önreprzentáló település	–	–	–	–	4	1	<b>5</b>
	4. mintaelemszám	10	50	20	20	70	50	<b>220</b>
Nógrád	1. összes település	76	48	2	2	3	–	<b>131</b>
	2. minta település	3	5	1	1	3	–	<b>13</b>
	3. önreprzentáló település	–	–	–	–	2	–	<b>2</b>
	4. mintaelemszám	30	50	10	10	50	–	<b>150</b>
Pest	1. összes település	19	64	37	29	37	1	<b>187</b>
	2. minta település	1	8	10	13	34	1	<b>67</b>
	3. önreprzentáló település	–	–	–	–	21	1	<b>22</b>
	4. mintaelemszám	10	80	100	130	450	40	<b>810</b>
Somogy	1. összes település	176	56	4	4	4	1	<b>245</b>
	2. minta település	5	6	1	2	3	1	<b>18</b>
	3. önreprzentáló település	–	–	–	–	1	1	<b>2</b>
	4. mintaelemszám	50	60	10	20	40	50	<b>230</b>
Szabolcs-Szatmár-Bereg	1. összes település	97	91	22	12	6	1	<b>229</b>
	2. minta település	3	11	6	5	5	1	<b>31</b>
	3. önreprzentáló település	–	–	–	–	2	1	<b>3</b>
	4. mintaelemszám	30	110	60	50	50	80	<b>380</b>
Jász-Nagykun-Szolnok	1. összes település	13	33	10	14	7	1	<b>78</b>
	2. minta település	1	4	3	6	7	1	<b>22</b>
	3. önreprzentáló település	–	–	–	–	4	1	<b>5</b>
	4. mintaelemszám	10	40	30	60	90	50	<b>280</b>
Tolna	1. összes település	57	40	4	3	5	–	<b>109</b>
	2. minta település	2	5	1	2	5	–	<b>15</b>
	3. önreprzentáló település	–	–	–	–	4	–	<b>4</b>
	4. mintaelemszám	20	50	10	20	60	–	<b>160</b>
Vas	1. összes település	182	24	4	1	4	1	<b>216</b>
	2. minta település	5	3	1	1	3	1	<b>14</b>
	3. önreprzentáló település	–	–	–	–	1	1	<b>2</b>
	4. mintaelemszám	50	30	10	10	30	60	<b>190</b>
Veszprém	1. összes település	157	43	6	5	5	1	<b>217</b>
	2. minta település	5	4	2	2	5	1	<b>19</b>
	3. önreprzentáló település	–	–	–	–	4	1	<b>5</b>
	4. mintaelemszám	50	40	20	20	70	40	<b>240</b>
Zala	1. összes település	212	35	5	2	1	2	<b>257</b>
	2. mintatelepülés	5	4	1	2	1	2	<b>15</b>
	3. önreprzentáló település	–	–	–	–	1	2	<b>3</b>
	4. mintaelemszám	50	40	10	20	10	80	<b>210</b>
Összesen	1. összes település	1 714	940	208	144	129	39	<b>3 174</b>
	2. mintatelepülés	54	111	58	67	120	39	<b>449</b>
	3. önreprzentáló település	–	–	–	–	79	39	<b>118</b>
	4. mintaelemszám	540	1 110	580	670	1 650	2 450	<b>7 000</b>

**A célpopuláció régiók szerinti megoszlása, %**

Régió	Megoszlás
Közép-Magyarország	29,6
Közép-Dunántúl	11,0
Nyugat-Dunántúl	10,1
Dél-Dunántúl	9,5
Észak-Magyarország	12,0
Észak-Alföld	14,6
Dél-Alföld	13,2

**A célpopuláció településnagyság szerinti megoszlása, %**

Település nagyság, lakos	Megoszlás
< 1 000	8,2
1 000– 9 999	32,5
10 000–49 999	24,6
>49 999	34,7

**A célpopuláció kor szerinti megoszlása, %**

Korcsoport, év	Férfi	Nő
15–17	1,5	1,6
18–34	14,1	13,6
35–64	23,6	25,4
65– X	7,5	12,8

**A célpopuláció iskolai végzettség szerinti megoszlása, %**

Iskolai végzettség	Megoszlás
Legfeljebb 8 általános	27,3
Középfokú végzettség érettségi nélkül	26,0
Középfokú végzettség érettségivel	31,1
Felsőfokú végzettség	15,6

**A célpopuláció gazdasági aktivitás szerinti megoszlása, %**

Gazdasági aktivitás	Megoszlás
Alkalmazott	42,9
Vállalkozó	3,6
Gyermekgondozási ellátásban részesülő	3,8
Nyugdíjas, járadékos	32,3
Munkanélküli	6,9
Egyéb	10,5

**A célpopuláció vélt anyagi helyzet szerinti megoszlása, %**

Vélt anyagi helyzet	Megoszlás
Nagyon jó	1,2
Jó	11,7
Kielégítő	58,4
Rossz	21,1
Nagyon rossz	7,6



## A kérdőív és segédanyagainak tervezése

Az európai lakossági egészségfelmérés kérdőívének magyarországi bevezetését a 2003 és 2009 közötti években több nemzetközi projektben való részvétel alapozta meg, melyek keretében folyt az egyes modulok fordítása, fókuszcsoporthoz tesztelése, kismintás próbája.

- Technical assistance within the Multi-Beneficiary statistical co-operation Programme – Phare 2003 – Health and Disability: Implementation of population-based survey or survey modules on health, 2005 (az egészségi állapot modul tesztelése a 2005. évi mikrocenzus almintáján)
- Development of Modules for European Health Interview Survey, 2004-2006 (további 3 modul kifejlesztése belga, dán, francia, olasz, német és brit intézetekkel közösen)
- Transition facility 2004 Implementation of the European Core Health Interview Survey (ECHIS), 2006-2007 (a modulok fókuszcsoporthoz tesztelése, próbafelvétel végrehajtása, valamint a modulok beilleszthetőségének vizsgálata a magyar egészségfelmérésbe)
- Implementation of the European Health Interview Survey (EHIS), 2008-2010 (Európai lakossági egészségfelmérés végrehajtása, a módszertani előkészítéstől a terepmunkán át az adatállomány előállításáig)

A harmonizált ELEF kérdőív kialakításában és tesztelésében a KSH mellett az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) és a Társadalomkutatási Intézet Zrt. (TÁRKI) is részt vett. Az Eurostat által, a tagországok közreműködésével kidolgozott kérdőív magyarországi adaptációját előkészítő munkafolyamatok, azaz a teljes kérdőív fordítása, próbája szintén uniós pályázat során, a TÁRKI közreműködésével folyt. A teszt a kérdezőbiztosok tapasztalatainak összegzésével zárult.

A kérdőív, valamint a segédanyagok végső változatának kidolgozásában, véleményezésében egy, az egészségfelmérések terén jártas kutatókból és tanácsadókból álló, Nemzeti Szakértői Bizottság működött közre. Tagjai a KSH mellett az Egészségügyi Minisztérium, orvos-egyetemek, kutatóintézetek, országos intézmények képviselői, a téma legnevesebb szakértői voltak.<sup>158</sup> Az egyeztetés során az Eurostat által javasolt kérdőív kibővült a hazai adatigények, sajátosságok, illetve egészségfelmérési hagyományok (elsősorban a 2000-ben és 2003-ban végrehajtott OLEF) alapján, ügyelve az interjúra fordítható egyórás időtartamkorlátra, és végül 149 kérdést tartalmazott.

A kiegészítések a következő témákat érintették:

- egészségtudatosság
- táplálkozási szokások
- egyes krónikus betegségek gyakorisága
- gyógyászati segédeszközök használata
- gyógykezelések igénybevétele
- hálapénz
- munkanélküliség
- a kérdezők megfigyelései az interjúalanyok lakókörnyezetéről

A kérdőív-garnitúra egy alapkérdőívből és két önkitöltős kérdőívből állt. Ez utóbbiak az érzékenyek minősülő kérdéseket tartalmazták: az egyik az egészségügyi kiadásokról, kiemelten a hálapénzről, a magánrendelések igénybevételére fordított összegekről, a gyógyszerkiadásokról, a másik az egészséget befolyásoló szokásokról, azaz a dohányzásról, az alkohol- és drogfogyasztásról tudakozódott.

<sup>158</sup> Lásd: <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/elef/szakertok.html>

A kérdőív tervezése, kivitelezése során igyekeztünk minden eszközt felhasználni, ami a minőséget befolyásolja:

- szakszerű megjelenés, áttekinthetőség, tartalomjegyzék alkalmazása,
- bevezető (a válaszadó tájékoztatása a felvétel céljáról, időtartamáról, az önkéntes válaszadásról, kérés az együttműködésre),
- kérdezéstechnikai alapszabályok leírása,
- az egyes fejezetek/témák szerinti tagolás (cím, fejléc),
- grafikus összetevők, szimbólumok, félkövér betűtípus, vagy aláhúzás alkalmazása kiemeléshez,
- szavak, fogalmak következetes használata,
- a kérdések optimális sorrendje, szűrőkön keresztül,
- referencia időszak pontos megjelölése, hangsúlyozása grafikai eszközökkel,
- köszönetnyilvánítás a megkérdezett fáradozásáért,
- a kérdezőbiztosok munkáját segítő részletes Kérdezői útmutató és Válaszkártyafüzet.

### Kérdezőbiztosok kiválasztása, képzése

Az összeírók kiválasztása a felvételt megelőző hónapokban elkezdődött. Összesen 383 összeíró vett részt az interjúk elkészítésében. Ebből Budapesten 64, a vidéki településeken 319 fő. Az összeírók többsége a KSH ún. koncentrált összeírói hálózatához tartozott, akik már rendelkeztek tapasztalattal a lakossági összeírási munkában.

A kérdezőbiztosok 20%-a diplomával, a maradék 80% érettségivel rendelkezett.

Életkor szerinti megoszlásuk a következő módon alakult:

15–29 éves:	8,4%
30–44 éves:	19,0%
45–59 éves:	45,2%
60–74 éves:	26,9%
75– éves:	0,5%

Munkaerő-piaci státusuk szerint alkalmazottként dolgozott 29,2%, nyugdíjas volt 31,6%, munkanélküli volt 6,5%, tanuló volt 5,2%, egyéb kategóriába tartozott 27,5%.

Ismert, hogy ezeknek a jellemzőknek jelentős hatása van a válaszadói magatartásra, ennek ellenére az eddigiekben nem került sor ilyen jellegű hatásvizsgálatokra. Ezek az elemzések hasznos információkat szolgáltathatnak a jövőben az összeírói hálózat fejlesztéséhez is.

Az összeírók kiválasztásánál a minimális iskolázottsági szinten túl (középiskolai végzettség), egyéb elvárásokat is igyekeztek érvényesíteni a szervezők, így például a mobilitást, a jó fellépést, a meggyőző képességet. Az adatfelvétel sajátosságait, a kérdezők tapasztalatait, eddigi munkáját figyelembe véve került meghatározásra az egy kérdezőre jutó felkeresendő személyek száma. Ez Budapesten 19–20, a többi településen 10–30 fő közé esett; átlagosan egy kérdezőre 18 interjú jutott.

A megyei szervezők központi oktatása után következett az összeírók képzése. A gördülékeny, hatékony felkészítés érdekében előre megkapták a kérdőívet, kérdezői utasítást, így lehetőség nyílt az értelmezési problémák minél szélesebb körű feltárására, tisztázására, a segédanyagok előzetes áttanulmányozására.

Díjazásuk kialakítása több szempont figyelembevételével történt, így az eltérő összeírási nehézséget jelentő körülmények (Budapest, megyeszékhelyek, városok, községek), az interjúk sikeressége (meghiúsulás), a kérdőív típusa (alapkérdőív, önkitöltős kérdőívek).

Az összeírók munkáját az instruktorok, és a velük közvetlenül kapcsolatot tartó munkatársak segítették. A munkák előrehaladásáról, az interjúk időbeli eloszlásáról pontos információkat nyújtott a heti gyakoriságú **monitoring**, illetve a kérdőív, többek között ezt a célt szolgáló adathelyein keresztül. A kérdőíven ugyanis fel kellett tüntetni a sikertelen felkeresések napját,

illetve a kérdezés tényleges időpontját (dátumot, a kérdezés kezdeti és befejező időpontját). Ez utóbbi alapján az interjú hossza kiszámítható, és összemérhető az EU által meghatározott mértékkel.

## A válaszadási készséget befolyásoló eszközök

A felvétel sikeressége érdekében a legváltozatosabb eszközök alkalmazására került sor. A mintába kiválasztott személyek a felmérést megelőzően két héttel, személyes hangú, a KSH elnöke által aláírt **felkérő levélben** kaptak tájékoztatást az egészségfelmérés jelentőségéről, annak főbb céljairól, indokairól, a felmérés főbb jellemzőiről (a felmérés időszaka, bevont települések, a minta nagysága), a tájékoztatói lehetőségekről (zöldszám, saját honlap és e-mail cím). Ez hasznosnak bizonyult, hiszen nem érte váratlanul a családokat a kérdezőbiztosok megjelenése. A felmérésben érintett **települések jegyzői szintén levélben kaptak értesítést a lakossági felmérésről**, és felkérést az együttműködésre a lakosság tájékoztatásában, a KSH által összeállított **Közlemény** minél szélesebb körű terjesztésével (a polgármesteri hivatalokban, a honlapjukon és a helyi újságokban).

Ismételt, vagy többszöri ismételt megkeresésre került sor azokban az esetekben, amikor nem sikerült a kapcsolatfelvétel az interjúalannyal. Az erre a célra rendszeresített **értesítő levélben** adta meg a kérdezőbiztos a következő megkeresés időpontját.

**Tájékoztatási terv** készült az előzetes, és az utólagos kommunikációról. Ennek részeként készült el a felmérés **honlapja**,<sup>159</sup> amelyen részletes információkról, aktuális hírekről olvashattak az érdeklődők. A felmérés kezdete előtt néhány nappal **sajtótájékoztatón** informálódhattak a sajtó és a média egyéb szereplői, a különféle rádió és televízió csatornák képviselői.

**Szóróajándékok** (golyóstoll, mágneses könyvjelző, hűtőmágnes, textiltáska) és a felmérést vállaló személyek közötti **ajándéksorsolás** is része volt a motivációs eszköztárnak. Az ajándékokat szponzorok felkutatása, megnyerése révén sikerült beszerezni. A legjelentősebb támogató az Egészségügyi Minisztérium volt, ezenkívül a Magyar Turizmus Zrt., Cerbona Zrt, Sanofi-Aventis Zrt., Herbária Zrt. járult hozzá a felmérés sikeres lebonyolításához. Ajándékozási célra készült egy **Egészségkalendárium** is. Az igényes kivitelezésű, színes, képes kiadványban egyaránt helyet kaptak az egészséges életmóddal kapcsolatos könnyed hangvételű írások, és az egészségügyi, táplálkozási kérdésekkel foglalkozó szakemberek által írt népszerűsítő cikkek, az éves naptár és a rejtvény is.

A PR munka részeként „Így vigyázok egészségemre” címmel **rajzpályázat** indult általános iskolások számára, két korcsoportban (6–10, és 11–15 évesek), azzal a céllal, hogy a pályázat révén, a gyerekek közvetítésével minél több családban megismerjék az egészségfelmérést, a KSH szerepét, ez irányú tevékenységét. A versenyről a felmérés honlapján, a megyei újságokban jelent meg felhívás. Ezenkívül az ország mintegy 3500 általános iskolai képzést nyújtó iskolája e-mailben kapott értesítést a pályázatról. A tájékoztatás sikeressége érdekében felkérésre az Oktatási Minisztérium a saját honlapján is közzétette a versenykiírás feltételeit. A pályázat nagy érdeklődést váltott ki a gyermekek és felkészítő tanáraik körében, az internet révén még a környező országokból is felfigyeltek a felhívásra. Mintegy 2000 pályamű érkezett a két korcsoportból, elbírálásukat képzett szakemberekből álló zsűri végezte. A rajzpályázat nyerteseit a KSH és a felkért szponzorok, kereskedelmi cégek ajándékozták meg értékes rajzeszközökkel, melyeket az ünnepélyes díjátadáson kaptak meg a gyermekek.

## Terepmunka

Az adatgyűjtés végrehajtásának lépéseit, ütemezését részletes **végrehajtási utasítás** (VHU) tartalmazta.

<sup>159</sup> www.ksh.hu/elef

Elkészültek az adatgyűjtés végleges anyagai (kérdőívek, segédletek, megszemélyesített levelek, nyomtatott borítékok, összeírói igazolványok stb.) és az ajándéknak szánt Egészségkalendárium. Ezeket egy tételes **szétosztási jegyzéknek** megfelelően a nyomdából expedálták a megyei képviseltekhez. Így ezek a további előkészítő munkafázisokban (oktatás, kérdezői dossziék összeállítása, kérdezőbiztosok képzése) hiánytalanul rendelkezésre álltak az ezzel egyidőben eljuttatott motivációs ajándékokkal együtt.

A felmérést megelőző két hétben folyt a megyei szervezők központi oktatása, majd a kérdezőbiztosok felkészítése, az összeírás anyagait tartalmazó kérdezői dossziék, a címjegyzékek, ajándékok átadása.

A lakossági tájékoztatást szolgáló ingyenes **zöldszám** már jóval a felvétel megkezdése előtt élt, így a mintába választott személyek közül a **tájékoztató levelek** kézhezvétele után már többen éltek ezzel a lehetőséggel, időpont egyeztetésre, vagy épp a válaszmegtagadás bejelentésére.

A megyei kirendeltségekre, igazgatóságokra visszaérkezett, kézbesíthetetlen felkérő leveleken található információk (címen nem található, elköltözött, meghalt stb.) is rögzítésre kerültek.

A felmérésre **2009. szeptember 15. és október 30. között** került sor. Az adatgyűjtés a munkaszüneti napokon is folyt. A felvétel 6 hetes időtartama optimálisnak bizonyult, szükség esetén lehetővé tette a többszöri felkeresést.

A kérdezőbiztosok feladatait a végrehajtási utasításon kívül az egészségfelméréshez készült Útmutató is tartalmazta. Munkájuk fontos részét képezte a 18 év alatti interjúalanyok esetén, a szülői illetve törvényes képviselői beleegyező nyilatkozat megszerzése a felvételben való részvételről, valamint mindenkit érintően, aki az ajándéksorsolásban részt kívánt venni, a nyilatkozat aláírása, nyereség esetén az interneten való közzétételről.

A felmérés irányítói számára hasznos jelzéseket adott a felvétel megvalósulási arányairól, valamint az összeírók munkájának haladásáról a hetente készített **monitoring jelentés**, a KSH szinten egységesített érkeztetési információk használatával és folyamatosan vezetett nyilvántartásával.

A felmérés kezdeti szakaszában minden összeíró első két kérdőívét az **instruktorok** vizsgálták meg a kérdezői útmutató, valamint az előre összeállított ellenőrzési szempontrendszer szerint. Az ellenőrzés tapasztalatait ún. kontroll-lapokon foglalták össze, és minősítették a kérdőív kitöltését. Ez elsősorban az azonosító adatok kitöltöttségéről, egyéb hiányokról, „ugratások” és más, a kérdőíven jelzett instrukciók betartásáról, a kódolás (TEAOR, FEOR) helyességéről adott információkat, a hibásan kezelt kérdések sorszámának feltüntetésével. A dokumentum segítségével lehetőség nyílt az összeírók munkájának minősítésére, a beküldött anyaggal kapcsolatos egyéb észrevételek feljegyzésére. Ezen kívül az instruktorok a kérdőíven is, jól láthatóan jelölték a hibákat, hiányokat, és felhívták a figyelmet a helyes eljárásra.

A kérdezők a munkát csak a felülvizsgálat eredményének ismeretében folytathatták. A visszacsatolás, az ellenőrzés tapasztalatainak ismertetése, a hibák megbeszélése, az esetleges félreértések tisztázása többnyire telefonon történt, de vissza is kapták a kontroll-lapokat, kérdőíveket, a részletes áttanulmányozás érdekében.

A teljesség-ellenőrzést és a további kérdőívek ellenőrzését, rögzítését a **kapcsolattartó munkatársak** végezték. Munkájukhoz megkapták a kontroll-lapokat, melynek segítségével ők is megismerhették az összeírók kezdeti hibáit, ezen kívül az instruktori ellenőrzések tapasztalatai alapján, a kérdezőbiztosoktól érkező kérdések, észrevételek alapján egy segédanyag is készült a típushibák egységes kezeléséhez, a logikai összefüggések vizsgálatához. A kérdőívek összegyűjtése több részletben történt, így a kapcsolattartó munkatársak az adatfelvétel alatt folyamatosan ellenőrizni tudták a visszaérkezett kérdőívek minőségét, és észrevételeiket az összeírókkal megbeszélhették, szükség szerint a hiányzó adatokat még pótolni tudták rögzítés előtt.

**Telefonos és helyszíni ellenőrzések** is folytak a sikeres és a felvételt megtagadó interjúalanyok körében. Az ellenőrzésekről a típusnak megfelelő, előre kialakított tartalmú **jegyzőkönyv** készült. Mindkét ellenőrzési típusban az elvárt arány az adott csoporthoz tartozó kijelölések 5–5%-a volt.

A megtagadó személyek közül összesen 32 főt a **helyszínen** kerestek fel a munkatársak. Tudakolták, járt-e náluk az összeíró, emlékeznek-e a kérdőív témájára, ez érdekli-e őket, mi a

véleményük a kérdezőkről. A megtagadás okaként főként az alkalmas időpont hiányát jelölték meg, többen hivatkoztak az egészségügyi ellátással kapcsolatos negatív véleményükre, amely az elutasító magatartást kiváltotta. Néhányan betegség, vagy a családban történt haláleset miatt nem vállalkoztak az interjúra. A kérdezőkről valamennyien pozitív véleménnyel voltak, nem merült fel kifogás a fellépésükkel kapcsolatban. A helyszíni ellenőrzés fogadtatása a megkeresettek részéről változó, voltak készségesek, de néhányan zaklatásnak tekintették.

A **telefonos** ellenőrzés során a KSH munkatársai törekedtek arra, hogy lehetőség szerint valamennyi összeíró munkájáról információhoz jussanak. Telefonos elérhetőség elsősorban a kapcsolódó táplálkozási felvételtől (OTÁP) származott. A táplálkozási felvételt vállaló személyek ugyanis a további megkeresés egyeztetése érdekében megadták telefonszámukat. A többi interjúalany esetében ezt az információt az összeíróknak nem kellett megkérdezni, a kérdőív nem tartalmazott felületet erre a célra. Interneten, telefonos tudakozók segítségével azonosították be ezeket az információkat, és végül az előírtnál több, összesen mintegy 400 telefonos ellenőrzést sikerült végrehajtani. A jegyzőkönyvek feldolgozása, a válaszok értékelése alapján, a felmérést alapvetően pozitívan fogadták a felkeresett személyek. Nagy részük emlékezett a felmérés témájára, mindössze 5%-uk válaszolt nemlegesen. 40%-ukat nagyon érdekelte a téma, és kb. 5% volt közömbös iránta. Az összeírók személyével kapcsolatban általában pozitív visszajelzés érkezett, mindössze 2 esetben kifogásolták azt.

Az egészségfelmérést, és az azzal kapcsolatos tájékoztatást a megkérdezettek kedvezően ítélték meg.

Az eredetileg kijelölt 7000 személy közül **5051 fő vállalta** a felmérésben való részvételt, válaszolt a kérdések nagy részére. Túlnyomó többségük (99,3%) kitöltötte az önkitöltős kérdőívet is.

#### A felmérés meghiúsulásának okai

Meghiúsulás oka	Eset, db	Megoszlás, %
Nem megfelelő cím	141	2,0
A személy nem elérhető	1 077	15,4
Ebből: a személy elköltözött, meghalt	595	8,5
Válaszmegtagadás	667	9,5
Válaszképtelenség	64	0,9
Meghiúsulás összesen	1 949	27,8

#### Adatrögzítés, adatellenőrzés

A feldolgozáshoz készített alkalmazás specifikációját a feldolgozást végző szervezeti egységek véleményezték, a rögzítő programot több szinten tesztelték, majd az észrevételek figyelembevételével véglegesítették. A feldolgozás tapasztalatai alapján az alkalmazás megfelelően biztosította az adatbevitelt.

Az adatellenőrzés kombinált eljárással folyt. Már az érkeztetés során, a kérdőívek átvételénél megtörtént a kérdőívek logikai kitöltöttségének ellenőrzése és a nyomtatványokon észlelt hiányosságok pótlása az összeírókkal egyeztetve. A hibák javítását az adatlapokon minden esetben jól látható jelöléssel végezték, a korrekció tényét a rögzítés során megjegyzés hozzáfűzésével dokumentálták, ezzel lehetőség nyílt ezek utólagos listázására.

A kívánt adatminőség elérése érdekében a rögzítő programba logikai figyelések épültek be. A rögzítés során hibaüzenetek figyelmeztettek a válaszok közötti ellentmondásokra. Ezek javítását kizárólag a teljes kérdőív ismeretében, szükség szerint az összeíróval egyeztetve végezték a feldolgozást végző munkatársak.

Az adatállomány „elnyomható” hibáinak felülvizsgálatára, a programozó által készített alkalmazások segítségével, hibalisták készültek. A javított, jóváhagyott adatokhoz a feldolgozók szükség szerint indoklást fűztek a program segítségével. A javításból eredő hibák elkerülése érdekében a hibafuttatásokat megismételték.

A teljesség-ellenőrzés biztosította, hogy minden válaszadó kérdőívének adatait tartalmazza az adatállomány.

Az értelmezési problémák kezelését, az egységes javítási elveket, a kérdések közötti logikai összefüggések vizsgálatát a kérdezői utasítást kiegészítő szakmai „Segédletek” írták elő.

### Imputálás (pótlás)

Az egészségfelmérés kérdőívének egyik legkevésbé kitöltött kérdése (hasonlóan más lakossági felvételekhez) a háztartási jövedelemre vonatkozó volt.

A számítások célja egyrészt a nem válaszolók jövedelmének becslése, másrészt az osztályközös válaszadást választók jövedelem-adatainak átalakítása, az eloszlás kisimítása, hogy ezután jövedelmi deciliseket lehessen képezni.

A válaszolók körében a háztartás jövedelmének konkrét összegét 48% adta meg.

#### Mennyi az Önök háztartásának a havi nettó összjövedelme?

Válasz	Esetszám	Százalék
Érvényes válasz	2 442	48,3
Nincs válasz a 118. kérdésre	2 609	51,7
Ebből: nem tudja	22	0,4
nem válaszol	526	10,4
a kérdés kitöltetlen	2 061	40,8
<b>Összesen</b>	<b>5 051</b>	<b>100,0</b>

A 2609 nem válaszoló közül a megadott 12 kategória valamelyikét (6. vagy magasabb kategóriába eső válasz nem volt).

#### Jövedelemkategóriák

Válasz	Esetszám	Százalék
Nincs válasz	438	16,8
1.	49	1,9
2.	1 689	64,7
3.	327	12,5
4.	66	2,5
5.	40	1,5
<b>Összesen</b>	<b>2 609</b>	<b>100,0</b>

Összességében az 5051 válaszadó 91%-a valamilyen formában válaszolt a háztartási jövedelemre vonatkozó kérdésre.

### A becslési eljárás

Regressziós becslést végeztünk. A rendelkezésre álló információk alapján az egyéni szintű jövedelembecslés nem volt megoldható, így a regressziós modell függő változója a háztartási jövedelem, illetve annak logaritmusává vált. A kategóriákban megadott válaszoknál osztályközépponttal (illetve annak természetes alapú logaritmusával) számoltunk.

A magyarázó változók a következők voltak:

**Régiók (kontroll: Dél\_Alföld)**

reg_ddt	Dél-Dunántúl
reg_eaf	Észak-Alföld
reg_emo	Észak-Magyarország
reg_kdt	Közép-Dunántúl
reg_kmo	Közép-Magyarország
reg_nydt	Nyugat-Dunántúl

**Településtípusok (kontroll: községek)**

tip_bp	Budapest
rgkp	Régióközpont: Debrecen, Pécs, Szeged, Győr, Miskolc.
tip_msz	Nem régióközpont megyeszékhely
tip_v	Város

**Dolgozó háztartástagok száma (kontroll:0)**

d_dolg1	1 aktív háztartástag
d_dolg2	2 aktív háztartástag
d_dolg3	3 aktív háztartástag
d_dolg4	4 és több aktív háztartástag

**Háztartástagok száma (kontroll:1)**

d_htag2	2 háztartástag
d_htag3	3 háztartástag
d_htag4	4 háztartástag
d_htag5	5 háztartástag
d_htag6	6 és több háztartástag

**Szubjektív anyagi helyzet (kontroll: megfelelő)**

d_szubj1	Nagyon jó anyagi helyzet
d_szubj2	Jó anyagi helyzet
d_szubj4	Rossz anyagi helyzet
d_szubj5	Nagyon rossz anyagi helyzet

**Jövedelemforrások (kontroll: az adott jövedelemforrás nincs)**

d_jf1	Van munkajövedelem
d_jf2	Van szociális járadék
d_jf3	Van nyugdíj
d_jf4	Táppénzt, betegségi ellátást kap
d_jf5	Családi pótlékot kap
d_jf6	Lakhatási támogatást kap
d_jf7	Ösztöndíjat kap
d_jf8	Egyéb jövedelemmel rendelkezik
d_jf9	Nincs jövedelme

**Interakciós változók: jövedelemforrások kombinációja**

di_j1_3	Munkajövedelem és nyugdíj
di_j1_5	Munkajövedelem és családi pótlék
di_j1_2	Munkajövedelem és járadék

**A háztartás dolgozó tagjai közül a legmagasabb végzettségű iskolai végzettsége (kontroll: nincs dolgozó háztartástag)**

d_aktisk3	Legmagasabb végzettségű aktív: általános iskola vagy kevesebb
d_aktisk4	Legmagasabb végzettségű aktív: szakmunkás, szakiskola
d_aktisk8	Legmagasabb végzettségű aktív: érettségi
d_aktisk9	Legmagasabb végzettségű aktív: diploma

**A háztartás dolgozó tagjai közül a legmagasabb végzettségű neme (kontroll: nincs dolgozó háztartástag)**

d_aktne1	Férfi
d_aktne2	Nő

**A háztartás egészében a legmagasabb végzettségű tag iskolai végzettsége (kontroll: 8 osztály vagy kevesebb)**

d_maxisk4	szakmunkás, szakiskola
d_maxisk8	érettségi
d_maxisk9	diploma

Felvetődött a megkérdezett személy foglalkozása FEOR-kódjának beállítása a modellbe. Ezt végül azért vetettük el, mert ebben a felvételben a válaszadók eltérő háztartási pozíciójú személyek, sok esetben ez az információ nem lenne releváns.

### Futtatás

A log-lineáris regressziót stepwise módszerrel futtatuk. Az első futtatás után a standardizált reziduumok alapján határoztuk meg az outliereket. Úgy döntöttünk, hogy a kétszeres szórást meghaladó eseteket zárjuk ki, ez az értékes válaszok 4,6%-a volt. Az ezt követő újabb futtatás eredményezte a végleges modellt.

A legfontosabb outputok:

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0.53	0.28	0.28	0.42
2	0.61	0.37	0.37	0.40
3	0.64	0.40	0.40	0.39
4	0.66	0.43	0.43	0.38
5	0.68	0.46	0.46	0.37
6	0.70	0.49	0.49	0.36
7	0.71	0.51	0.51	0.35
8	0.73	0.54	0.54	0.34
9	0.74	0.55	0.55	0.33
10	0.75	0.56	0.56	0.33
11	0.76	0.57	0.57	0.33
12	0.77	0.59	0.59	0.32
13	0.80	0.64	0.64	0.30
14	0.81	0.65	0.65	0.30
15	0.81	0.66	0.66	0.29
16	0.82	0.67	0.67	0.29
17	0.82	0.68	0.67	0.29
18	0.82	0.68	0.68	0.28
19	0.82	0.68	0.68	0.28
20	0.83	0.68	0.68	0.28
21	0.83	0.68	0.68	0.28
22	0.83	0.69	0.68	0.28
23	0.83	0.69	0.69	0.28
24	0.83	0.69	0.69	0.28
25	0.83	0.69	0.69	0.28
26	0.83	0.69	0.69	0.28
27	0.83	0.69	0.69	0.28
28	0.83	0.69	0.69	0.28
29	0.83	0.69	0.69	0.28
30	0.83	0.69	0.69	0.28
31	0.83	0.70	0.69	0.28
32	0.83	0.70	0.69	0.28
33	0.83	0.70	0.69	0.28

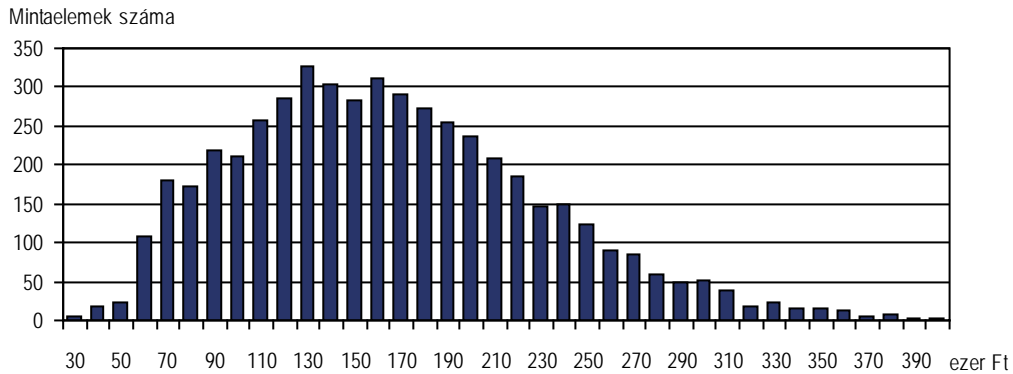


A változók egyenként történő bevonása a 13. modell után már csak minimális R<sup>2</sup>-növekedést eredményezett, ennek ellenére úgy döntöttünk, hogy az utolsó modellt tekintjük véglegesnek és ennek alapján fogjuk a háztartási jövedelem becslését elvégezni.

Változók a modellbe való bekerülés sorrendjében	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
Konstans	10.874	0.037		290.594	0
d_aktisk3 Legmagasabb végzettségű aktív: általános iskola vagy kevesebb	-0.111	0.023	-0.108	-4.796	0.00
d_maxisk9 Legmagasabb végzettségű háztartástag: diploma	0.374	0.019	0.315	20.161	0.00
d_dolg1 1 háztartástag dolgozik	-0.146	0.012	-0.134	-11.921	0.00
d_jf1 Van munkajövedelem	0.309	0.047	0.288	6.617	0.00
d_jf3 Van nyugdíj	0.418	0.026	0.418	16.275	0.00
d_maxisk8 Legmagasabb végzettségű háztartástag: érettségi	0.166	0.016	0.161	10.280	0.00
d_szubj5 Nagyon rossz anyagi helyzet	-0.303	0.016	-0.166	-18.746	0.00
d_szubj4 Rossz anyagi helyzet	-0.180	0.011	-0.150	-16.762	0.00
d_htag6 6 vagy több háztartástag	0.789	0.028	0.327	28.353	0.00
d_htag5 5 háztartástag	0.670	0.023	0.382	29.070	0.00
d_htag4 4 háztartástag	0.577	0.019	0.471	30.062	0.00
d_htag2 2 háztartástag	0.408	0.014	0.371	28.854	0.00
d_htag3 3 háztartástag	0.480	0.017	0.399	28.140	0.00
d_szubj2 Jó anyagi helyzet	0.167	0.014	0.104	11.951	0.00
reg_kmo Közép-Magyarország	0.134	0.015	0.112	8.652	0.00
di_j1_3 Munkajövedelem és nyugdíj	-0.309	0.029	-0.257	-10.796	0.00
d_szubj1 Nagyon jó anyagi helyzet	0.329	0.043	0.064	7.593	0.00
d_dolg3 3 háztartástag dolgozik	0.106	0.018	0.055	5.802	0.00
d_dolg4 4 vagy több háztartástag dolgozik	0.121	0.031	0.036	3.944	0.00
rgkp Debrecen, Pécs, Szeged, Győr, Miskolc	0.114	0.017	0.061	6.687	0.00
reg_kdt Közép-Dunántúl	0.090	0.015	0.058	6.202	0.00
d_aktne1 Van aktív kereső férfi	0.233	0.047	0.224	4.963	0.00
d_jf2 Van szociális járadék	-0.069	0.014	-0.046	-4.784	0.00
d_maxisk4 Legmagasabb végzettségű háztartástag: szakmunkás, szakiskola	0.098	0.017	0.083	5.869	0.00
d_aktisk4 Legmagasabb végzettségű aktív: szakmunkás, szakiskola	-0.066	0.017	-0.052	-3.954	0.00
d_aktne2 Aktív kereső férfi nincs, nő van	0.181	0.047	0.169	3.875	0.00
reg_nydt Nyugat-Dunántúl	0.076	0.015	0.046	5.025	0.00
di_j1_5 Munkajövedelem és családi pótlék	-0.048	0.013	-0.045	-3.571	0.00
tip_bp Budapest	0.078	0.019	0.051	4.004	0.00
tip_msz Nem régióközpont megyeszékhely	0.057	0.015	0.034	3.687	0.00
tip_v Város	0.036	0.010	0.034	3.489	0.00
reg_emo Észak-Magyarország	0.039	0.013	0.027	2.909	0.00
reg_ddt Dél-Dunántúl	0.032	0.015	0.019	2.091	0.04

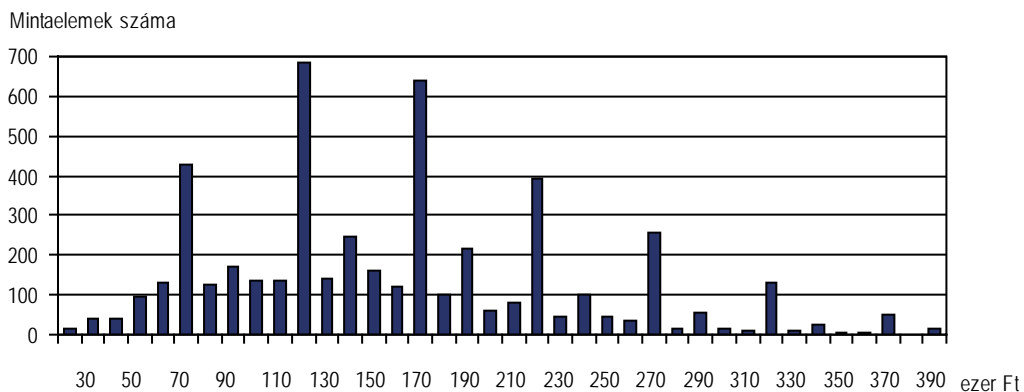
A fenti táblázat paramétereivel valamennyi háztartásra becsültünk összjövedelmet. Ennek eloszlása:

**A jövedelem eloszlása**  
(minden háztartásnál a becsült jövedelmet figyelembe véve)



Emellett az eredeti válaszokat tartalmazó változóban a missing és outlier értékeket a becsült adatra cseréltük az eloszlás ekkor a következőképpen alakult:

**A jövedelem eloszlása**  
(minden háztartásnál a becsült jövedelmet figyelembe véve)



**A kétféle háztartásijövedelem-változó néhány fontosabb statisztikája (súlyozott)**

Megnevezés	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Minden háztartásnál a modellel becsült jövedelem	8390842	32562	512372	172978	66398
Bevallott jövedelem vagy osztályközép, missing és outliernél becsült jövedelem	8390842	25000	700000	178493	84310

**Makrovalidálás**

Az ELEF adatainak makrovalidálásához a korábbi két egészségfelmérés (OLEF2000, OLEF2003) adatai, illetve néhány adatkörében kapcsolódó egyéb felmérés (pl. SILC– VÉKA) eredményei álltak rendelkezésre. Természetesen adódtak bizonyos összehasonlíthatósági kor-

látok is, például az időbeli változások hatása, vagy az a tényező, hogy a kérdőív fő témaköre befolyásolja az adott kérdésekre adott válaszokat is (egy egészségfelmérésben kevésbé hangsúlyosak például a jövedelemre vonatkozó kérdések, míg egy jövedelemfelmérésben kisebb teret kapnak az egészségi állapottal kapcsolatos kérdések).

A vélemény típusú kérdésekre adott válaszok esetén a makrovalidálás a korábbi egészségfelmérések adataival való összehasonlítást jelentette, a megfelelő korcsoportokban. A 2009-es felmérés adatai alapján kapott becslések jól illeszkedtek a korábbi felmérések alapján megfigyelt arányokhoz. A betegségek előfordulási gyakoriságai a felmérés alapján és a morbiditási statisztikákkal összevetve reálisnak bizonyultak. Mivel az egészségügyi ellátórendszerben a morbiditási adatok gyűjtése diagnózison és BNO-kódon alapul, nem várható a teljes egyezés a lakossági felmérésekben önbevallással kapott előfordulási gyakoriságokkal, ezt a vonatkozó fejezet részletesen tartalmazza. A betegségek csoportosítása a korábbi felmérésekben a jelenlegitől eltért, így az időbeli összehasonlíthatóság is korlátozottnak bizonyult. A táppénzes napok számának becslését a teljes körű OEP-adatokból rendelkezésre álló statisztikával összevetve, a becslés jó közelítést eredményezett. Makrovalidálásra az összegszerű becslések esetén is sor került elsősorban a KSH adatainak felhasználásával, de az adatvizsgálat és az elemzés során más felmérésekből származó becslések is figyelembe lettek véve. Előfordult, hogy egy kérdésre adott összes választ érvénytelennek kellett tekinteni, nyilvánvaló értelmezési hiba miatt (egynapos ellátások) az egészségügyi számlarendszerekből származó adatokkal való összevetés után. Az adatot a megállapodás értelmében az Eurostat megkapta, de a hozzá fűzött megjegyzésben utalás történt az értelmezési hibára. Hasonlóképpen nem tekinthetők relevánsnak a kábítószer-használattal kapcsolatos kérdésekre adott válaszok sem. Az egészségügyi kiadások éves szintű összegének becslése a visszatekintési periódus rövidege miatt további elemzést, illetve korrekciót igényel majd. Mivel az egészségügyi kiadások nagyságára számos más forrásból is rendelkezésre állnak ellenőrzött és jó minőségű adatok,<sup>160</sup> az egészségfelmérés nem tekinthető autentikus adatforrásnak.

## Súlyozás, becslés

A kiválasztott 7000 elemű minta személyeinek design súlyát a mintavételi és kiválasztási terv definiálta. A design súlyok a (948,1842) intervallumba esnek, átlaguk 1238, a design súlyok szóródási együtthatója<sup>161</sup> 8%.

Az 5051 elemű magvalósult minta személyeinek design súlyát két lépésben korrigáltuk.

Az első lépés a meghiusulás miatti korrekció: a régió<sup>162</sup>, településnagyság-kategória, nem és hét értékű korcsoport szerint kialakított cellákban a kiválasztott és megvalósult mintaelemszám hányadosa által meghatározott tényezők szerinti szorzás. A korrekciós tényezők átlaga 1,38, maximuma 5, a 99%-os kvantilise 2,6.

A második lépésben a mintát kalibrálással<sup>163</sup> sokasági népességszámokhoz, sarokszámokhoz igazítottuk. A sarokszámok: régió, nem és hét korcsoport (15–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–74, 75–x) szerinti népességszámok; 1, 2, 3 és legalább 4 tagú háztartásban élők száma régiónként; régió, településnagyság-kategória, nem és három korcsoport (15–24, 25–64, 65–) szerinti népességszámok. A végső súlyokat a (700, 3500) intervallumban tartottuk, a súlyok átlaga 1661, szóródási együtthatója 33%.

Az alábbi ábra a végső súlyok relatív gyakorisági hisztogramja.

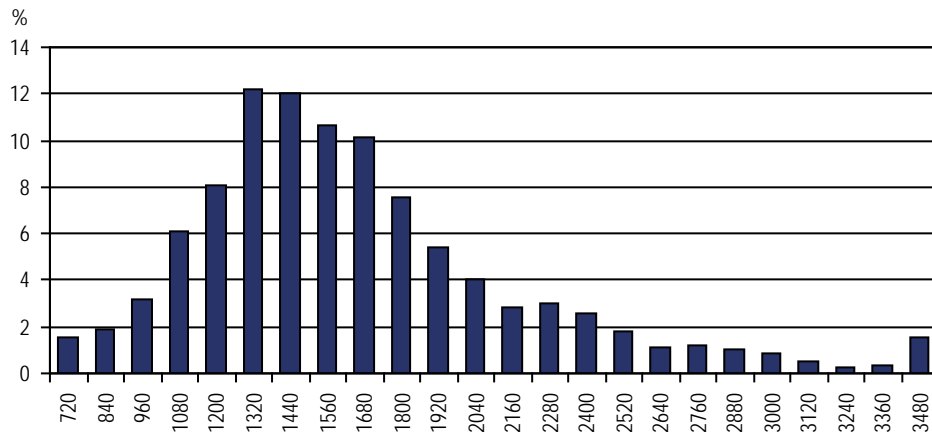
<sup>160</sup> Nemzeti egészségügyi számlák rendszere. Az adatgyűjtés módszere 2003-ban új alapokra helyeződött. Az adatokat az Eurostat 2009-ben validálta.

<sup>161</sup> A súlyok szórása az átlagos súly százalékában (coefficient of variation).

<sup>162</sup> Budapestet külön, önálló területi egységként kezelve.

<sup>163</sup> Mihályffy L.: Meghiusulások kompenzálása lakossági felvételekben: egy speciális lineáris inverz probléma. Szigma, XXV. évf. pp. 191–202.

### A végső súlyok relatív gyakorisági hisztogramja



A CD-melléklet táblái aránybecsléseket, azok becsült szórását, illetve a hozzájuk tartozó 95%-os konfidenciaintervallumot tartalmazzák. Az aránybecslés a **teljes** célsokaságon, vagy annak egy bontásán (pl. régió) belül azon személyeknek az aránya, akik az adott kérdésre az adott választ adták, tekintet nélkül arra, hogy a kérdésre hányan nem válaszoltak. Ennek köszönhető, hogy egy kérdés összes lehetséges válaszához tartozó arányok összege nem feltétlenül 100%. A szórásbecslések olyanok, hogy tükröződik rajtuk a mintavételi- és kiválasztási terv, valamint a kalibrálás becslésekre gyakorolt hatása. A 95%-os konfidenciaintervallum felső/alsó határa egyenlő a becslés plusz/mínusz a szórás 1,96-szorosa.”

### Adatelemzés és termékminőség

A kérdőívek feldolgozása Blaise-ben írt programmal folyt, a minta súlyozása és a szórásbecslés egyedi SAS-programokkal, az adatok elemzése SPSS 17 szoftver alkalmazásával készült.

#### Termékminőség értékelés

##### Relevancia

A felmérés célja az volt, hogy megbízható (és a korábban Magyarországon végzett hasonló felmérések, valamint az EU-ban végzendő egészségfelmérések eredményeivel összehasonlítható) adatok álljanak rendelkezésre a felnőtt magyar lakosság egészségi állapotáról és az azt meghatározó/befolyásoló tényezőkről.

A felmérés során nyert adatok felhasználói lehetnek a központi, regionális irányító szervezetek és helyi önkormányzatok; központi, regionális és helyi önkormányzati végrehajtó és közszolgáltató szervezetek; egészségügyi adatszolgáltatók és statisztikai információs rendszert működtető szervezetek; vagy az egészségadatok további felhasználói.

##### Pontosság

Az ELEF több mint 25000 becsléséhez készült szórásbecslés. Az érintett becslések kis része átlagbecslés, túlnyomó többsége aránybecslés. A mintegy 330 kérdőív- és képzett változóhoz tartozó becslések az alábbi típusúak.

- Számos változó igen/nem típusú kérdésre vonatkozik, 1 és 0 lehetséges értékekkel. Ilyen esetben az 'igen'-ek arányára készült becsült szórás.
- Ugyancsak számos változó többértékű kategóriaváltozó, ahol egy válasz lehetséges. Ilyen esetben a változó minden lehetséges értéke által meghatározott arányra készült becsült szórás.

- Néhány változó olyan többértékű kategóriaváltozó, ahol több választ is lehetséges volt bejelölni. Ilyen esetben a változó minden lehetséges értéke által meghatározott arányra készült becsült szórás, ahol az arány azok aránya, akik bejelölték az adott lehetséges választ (függetlenül attól, hogy mást is jelöltek vagy sem).
- Néhány változó folytonos változó. Ilyen esetben az adott változó átlagára vonatkozó szórásbecslés számítására került sor.

A fentiekkel a mintegy 330 változó közel 700 becslést definiál. Ezek mindegyikéhez elkészült a szórásbecslés országos és régiós szinten, kétféle korcsoportos bontás mellett, illetve nem-korcsoport és régió-nem-korcsoport keresztezésben.

A szórásbecslés során figyelembe lettek véve a mintavételi és kiválasztási terv elemei (rétegzés, kiválasztás módja), illetve a súlyozás során alkalmazott kalibrálás hatása. Ennek megfelelően a szórásbecslés első lépése a becslések linearizálása<sup>164</sup>, a második lépés pedig a linearizált becslések szórásnégyzetének képlet alapján történő kiszámítása.

Az alkalmazott mintavétel hatékonysága a design effect<sup>165</sup> segítségével jellemezhető. A közel 25000 pozitív aránybecsléshez tartozó design effect 1%-os kvantilise 0,54, mediánja 1,06, 99%-os kvantilise pedig 2,33.

A konkrét szórásokat, illetve konfidencia-intervallumokat a CD-melléklet tartalmazza.

### *Időszerűség*

Az ELEF végrehajtása az Eurostat előírásainak megfelelően, 2009 őszén történt. Az adatbeviteli és adattisztítási folyamat 2010 januárjában zárult, ezt követően történt az SPSS-adatbázis előállítás, illetve a minta ellenőrzése, korrekciója (imputálás, becslés, súlyozás). Az Eurostat számára 2010. május 30-án készült el a zárójelentés. Az első eredmények hazai publikációja a KSH Statisztikai tükör sorozatában, gyorsjelentés formájában 2010. április 27-én történt. A részletesebb eredményeket tartalmazó jelen Összefoglaló kötet után 2011 folyamán jelennek meg a felmérés egy-egy témakörét tárgyaló tematikus kötetek.

### *Időbeli pontosság*

Az eredmények publikálása az előzetes tájékoztatói tervnek megfelelő ütemezésben történik. Az egészségfelmérések szokásos adatközlési gyakorlatánál a gyorstájékoztató korábbi időpontban jelent meg. Az adatállomány a kutatók rendelkezésre állt az adatelőállítás befejezése után 90 napon belül. Az Eurostatnak átadott adatok, az ellenőrzések és időközben az Eurostat részéről módosított ellenőrzési szempontok figyelembe vételével történő utóellenőrzést követően, a projekt lezárás után, 150 napon belül elfogadásra kerültek.

### *Hozzáférhetőség*

A felmérésről készült jelentések mind nyomtatott, mind elektronikus formában elérhetők, megjelenésükről sajtótájékoztató keretében értesült a média.

A felmérés adatbázisa a KSH-n kívüli, a témakörrel foglalkozó neves kutatók számára átadásra került, amely alapján elemzéseket készítenek a KSH számára. A továbbiában az adatbázis elérhető lesz a Kutatószobán keresztül is. A felmérésből származó anonimizált mikroadatbázisok az Eurostat adatkiadási protokollja szerint lesznek hozzáférhetőek. (Külön szabályozás készül az ún. érzékeny adatokat tartalmazó – egészségre, vallásra, szexuális orientációra stb. vonatkozó adatok – felméréseket érintő eljárásról.)

<sup>164</sup> Horváth Beáta, Mihályffy László: Hibaszámítás jackknife módszerrel bonyolult felépítésű, kalibrált minták esetén. Statisztikai Szemle. 86. évf. 2008. 6. sz. pp. 591–613.

<sup>165</sup> Adott becslésre vonatkozó design effect az a hányados, aminek nevezőjében az adott mintából számított becslés szórásnégyzete van, a számlálójában pedig az a szórásnégyzet található, amit az azonos elemszámú egyszerű véletlen minta produkál.

**Összehasonlíthatóság, koherencia**

Az Eurostat által (a nemzeti tapasztalatokat figyelembe véve) kifejlesztett European Health Interview Survey lehetővé teszi, hogy képet kapjunk arról, milyen a magyar lakosság egészségi állapota az EU többi polgárához viszonyítva, nagyobbak/kisebbek-e az egyenlőtlenségek a magyar lakosok esetében a különböző dimenziók (anyagi helyzet, iskolázottság, életkor, nem stb.) mentén az egészséget illetően.

A kérdőívfejlesztés módszerének köszönhetően ugyanakkor az adatok összevethetők a két utolsó egészségfelmérés (OLEF2000, OLEF2003) adatainak nagy részével is.

**Az adatok bizalmas kezelése és a felfedhetőség elleni védelem**

A statisztikai adatvédelem célja a közölt vagy átadott adatok mögött álló statisztikai egységek (emberek, vállalatok stb.) azonosíthatóságának minél nagyobb mértékű megakadályozása. Az adatok védelme két részre osztható, a felfedés elleni védelemre és a jogi védelemre. A *felfedés elleni védelem* (Statistical Disclosure Control, SDC) jelenti az azonosíthatóság elleni logikai védelmet.

**1) A felfedés elleni védelem****a) Aggregált / táblázatos adatok**

A hivatal többféle csatornán publikálja a statisztikai törvény (17.§ (1)) és az adatvédelmi törvény előírásait betartva, a beérkezett adatokból az eredményeket, elektronikus és nyomtatott formában. Ezek az eredmények aggregált adatokat, tipikusan táblázatokat tartalmaznak.

Az adatvédelem célja táblázatok esetében az egyes cellák mögött álló statisztikai egységek, az ún. *hozzájárulók* beazonosításának akadályozása. Azok a cellák, amelyek alapján az adatszolgáltató beazonosításának a veszélye nagy, az ún. *védendő cellák*.

Ezeket a cellákat tipikusan a széles körben elterjedt *küszöbszabály* és a *dominancia elv* alkalmazásával lehet megtalálni. A küszöbszabálynak egy paramétere van ( $n$ ), és jelentése: ha egy cella értékéhez hozzájáruló statisztikai egységek száma  $n$ -nél kisebb, akkor a cella védendő. A dominancia elvnek két paramétere van:  $n$  és  $k$ . A dominancia elv alapján védendő egy cella, ha a cellaértékhez legnagyobb mértékben hozzájáruló  $n$  statisztikai egység adata összesen több, mint a cellaérték  $k\%$ -át adja. (Valójában kis  $n$  és nagy  $k\%$  esetén védendő a cella, tehát akkor, ha kevesen „adják össze” a cellaérték túlnyomó hányadát.) Mindkét szabály paraméterei valamilyen adatfelfedési viselkedési modell ellen védenek. Pl.  $n=3$  esetén a dominancia elv megakadályozza, hogy  $n-1$ , azaz 2 hozzájáruló a cellaérték ismeretében és mindkettőjük saját hozzájárulásának ismeretében elég pontos becslést adjon valamelyik harmadik fél hozzájárulására. Minél nagyobb  $k\%$ , annál inkább jelzi a szabály (egy bizonyos egyenlőtlenség) a *cella védendő* mivoltát, azaz azt, hogy a cella értékét szükséges törölni (ún. *cellaelnyomás*). Ez praktikusán a cellaérték egy egyezményes kóddal való helyettesítését jelenti,  $n=4$  már 3-as „koalíciót” modellez stb.

Az adatvédelem fontos része, hogy a publikálásra szánt táblák tervezése úgy történik, hogy a táblázatban lehetőleg kevés védendő cella legyen. Ezt a fej- és oldallécbe kerülő változók részletezettségének változtatásával lehet befolyásolni. Ha elkészült a publikálásra szánt táblázat, a fenti szabályok alkalmazásával ellenőrizhető, hogy tartalmaz-e védendő adatot. Amennyiben van védendő cella a táblázatban, a védelem elvégzésére többféle mód van. A védendő cellák számától függően választható az *átkódolás* (újratervezés) vagy a közvetlen elsődleges és másodlagos cellaelnyomás módszere. Az átkódolás azt jelenti, hogy a fej- és oszloprészben található változók értékei (pl. bizonyos szakmák) összevonásra kerülnek, így a táblázat kisebb lesz (csökken az oszlopok vagy sorok száma, a szomszédos cellaértékek összeadódnak). Ennek a módszernek az alkalmazásával a közölt táblázat kevésbé részletes adatokat fog tartalmazni, de adatvédelmi okból nem

kell cellákat elnyomni vagy jóval kevesebbet. A cellaelnyomás valójában két lépésből áll. Elsőként a védendőnek ítélt cellák értékeit kell törölni (*elődleges cellaelnyomás*), majd annak érdekében, hogy ezek ne legyenek (újra) kiszámíthatók a sor- és oszlop-összesenekből, megfelelően kiválasztott, minimális számú további cellaértéket is törölni kell (*másodlagos cellaelnyomás*). A cellaelnyomás alkalmazásának előnye, hogy a táblázat részletezettsége nem csökken. Optimális esetben azonban a két módszer kombinációja valósul meg (átkódolás, majd a megmaradt kisszámú védendő cellára alkalmazott cellaelnyomás).

#### b) Mikroadat-állományok

A nyilvánosságra nem hozható *anonimizált mikroadat-állományokat* a Hivatal kutatási célra átadja az egészségfelmérés mellett működő szakértői bizottsági tagoknak, illetve az általuk képviselt intézményeknek. Mikroadat-védelemre adatátadás és adathozzáférés esetén van szükség.

A felfedés elleni védelem most azt jelenti, hogy az adatbázis úgy módosul, hogy a benne szereplő *rekordok* mögött álló *statisztikai egységek azonosíthatóságának* veszélye minimálisra csökkenjen. **Az így módosított adatbázist nevezzük anonimizált (vagy védett) adatállománynak.** (Tehát a csupán a közvetlen azonosítóktól megfosztott adatállományok még nem anonimizáltak!)

Az adatbázishoz tartozó statisztikai egység azonosíthatóságán azt kell érteni, hogy az adatbázis egy adott rekordjában szereplő változóértékekkel csupán egyetlen személy, vállalat stb. rendelkezik a népességben. Még rosszabb a helyzet, ha már néhány rögzített változóérték egyértelműen azonosít egy statisztikai egységet a népességben. (A változóértékek konkrét kombinációját *kulcsnak* nevezik.) A statisztikai egység egyediségét valójában csak az adatbázisban lehet ellenőrizni (az áll rendelkezésre), azonban vannak statisztikai módszerek (szoftver), mely ebből becslést ad az egység népességbeli előfordulására.

A felfedés elleni védelem első lépéseként törölni kell az adatbázisból a közvetlen azonosításra alkalmas változókat. Ezután kerül sor az adatbázis *felfedési forgatókönyvek* (bizonyos kulcsok) tesztelésére, és ha a kulcsokhoz egyedi (vagy majdnem egyedi) rekordok tartoznak, a közvetett azonosítók *átkódolását kell elvégezni*. A közvetett azonosítók átkódolása most is az adatok részletezettségének csökkenését jelenti, pl. két különböző betegség minden előfordulását egy – adekvát – közös névvel kell helyettesíteni, pl. település helyett megyét vagy régiót kell közölni, vagy a TEÁOR-kódokat négy számjegy helyett kettőn. Előnye a módszernek, hogy nem kell cellaértéket törölni, és az adatok korrektek maradnak.

Egy speciális adattípus az ún. *érzékeny adat*. Érzékeny változók többek között az adatvédelmi törvény által definiált különleges adatok, de ide sorolhatók más, az adatszolgáltató magánszférájába tartozó információk is. Érzékeny adat megjelenése az állományban önmagában nem adatvédelmi probléma, feltéve, hogy a publikált adatokból az érzékeny adat „alanyának” azonosíthatósága ki van zárva. Az érzékeny változók esetében (de más közvetlen azonosítókéban is) gyakran alkalmaznak perturbációs módszereket, melyek az adatok pontosságát, megbízhatóságát csökkentik, pl. folytonos változó megszorítása egy várható értékű normális eloszlású változóval. Előnye, hogy a várható értéket fixen hagyja, de az egyes statisztikai egységek adatai nem lesznek meghatározhatók. Hasonló és elterjedt módszer a véletlen kerekítés is.

## 2) A jogi védelem

A jogi védelem úgy működik, hogy a Hivatal a felhasználóval szerződést köt, mely kitér arra, hogy a kiadott adatfájl milyen célra használható, kinek adható tovább, szerződésszegés milyen szankciókkal jár. Pl. a nemzetközi gyakorlatban elterjedt módszer, hogy egy intézet által delegált kutató szerződésszegése esetén a hivatal az intézet összes kutatójával szünetelteti

az együttműködést. Így a szankció hatásossága megfelelő mértékű lehet. (Ezért előnyös a szerződést egy szervezettel megkötni.)

A kiadott adatok „veszélyessége” függ az adatfelhasználó „felfedési attitűdjétől”, szándékaitól, szakmai és számítógépes kapacitásától stb. Ezeket az adatvédőképes modellezni (a szabályok megfelelő paraméterezésével, vagy a megfelelő kulcsok kiválasztásával). Egy nagyobb kockázatot jelentő felhasználó számára érdemes erősebben védett adatot kiadni. A túlzottan védett adathalmaz azonban nagy adatvesztéssel jár, érdemes ekkor a jogi védelemre nagyobb figyelmet fordítani. Megfordítva, az adatkiadás egy kisebb kockázatot képviselő (pl. egy „jegyzett” kutató) felhasználó számára kisebb mértékű adatvédelmet és enyhébb jogi biztosítást igényel.

A kiadott mikroadatok védelme ezzel a kettős – a felfedés elleni és a jogi – védelemmel, ezek összehangolásával biztosítható hatékonyan.

A vázolt eljárások több évtizedes európai fejlesztések és gyakorlati alkalmazások eredményei. A sok lehetséges módszer közül az alkalmazó választ az adott ország viszonyainak és az adott problémának megfelelően.



## Segédlet

### Származtatott változók

#### 1. régió:

- (1) Közép-Magyarország: Budapest, Pest megye
- (2) Közép-Dunántúl: Fejér megye, Komárom-Esztergom megye, Veszprém megye
- (3) Nyugat-Dunántúl: Győr-Moson-Sopron megye, Vas megye, Zala megye
- (4) Dél-Dunántúl: Baranya megye, Somogy megye, Tolna megye
- (5) Észak-Magyarország: Borsod-Abaúj-Zemplén megye, Heves megye, Nógrád megye
- (6) Észak-Alföld: Hajdú-Bihar megye, Jász-Nagykun-Szolnok megye, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye
- (7) Dél- Alföld: Bács-Kiskun megye. Békés megye, Csongrád megye

2. **korcsoport4:** (2/D kérdés) 15-17, 18-34, 35-64, 65+

3. **korcsoport5:** (2/D kérdés) 15-29, 30-44, 45-59, 60-74, 75+

4. **korcsoport7:** (2/D kérdés) 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75+

5. **iskolai végzettség ISCED szerint:** (2/E kérdés)

- (1) kevesebb mint az általános iskola 4 évfolyama (ISCED 0): legmagasabb iskolai végzettsége = nem jár/nem járt iskolába vagy általános iskola 1-3. évfolyama
- (2) kevesebb mint az általános iskola 8 évfolyama (ISCED 1): legmagasabb iskolai végzettsége = általános iskola 4-7 évfolyama
- (3) általános iskola 8 évfolyama (ISCED 3): legmagasabb iskolai végzettsége = általános iskola 8. évfolyama
- (4) szakiskolai (szakmunkásképző iskolai) szakképesítést igazoló bizonyítvány, középiskolai érettségi, érettségikövetőképzésben szakképesítést igazoló bizonyítvány (ISCED 4): legmagasabb iskolai végzettsége = szakiskolai (szakmunkásképző iskolai) szakképesítést igazoló bizonyítvány, középiskolai általános érettségi, középiskolai szakképesítést igazoló érettségi, képesítő bizonyítvány, középiskolai végzettséget (érettségit) követő képzésben szakképesítést igazoló bizonyítvány
- (5) felsőfokú végzettség (ISCED 5): legmagasabb iskolai végzettsége = felsőfokú szakképesítést igazoló bizonyítvány, főiskolai (vagy azzal egyenértékű ) oklevél, egyetemi (vagy azzal egyenértékű) oklevél
- (6) doktori (PhD) vagy mester (DLA) fokozatot igazoló oklevél: legmagasabb iskolai végzettsége = doktori (PhD- vagy DLA-) fokozatot igazoló oklevél

6. **iskolai végzettség OLEF szerint:** (2/E kérdés)

- (1) legfeljebb 8 általános: legmagasabb iskolai végzettsége = nem jár/nem járt iskolába, általános iskola 1-3. évfolyama, általános iskola 4-7 évfolyama vagy általános iskola 8. évfolyama
- (2) érettségi nélkül: legmagasabb iskolai végzettsége = szakiskolai (szakmunkásképző iskolai) szakképesítést igazoló bizonyítvány
- (3) érettségi: legmagasabb iskolai végzettsége = középiskolai általános érettségi, középiskolai szakképesítést igazoló érettségi, képesítő bizonyítvány, középiskolai végzettséget (érettségit) követő képzésben szakképesítést igazoló bizonyítvány, felsőfokú szakképesítést igazoló bizonyítvány
- (4) felsőfokú végzettség: legmagasabb iskolai végzettsége = felsőfokú szakképesítést igazoló bizonyítvány, főiskolai (vagy azzal egyenértékű ) oklevél, egyetemi (vagy azzal egyenértékű) oklevél, doktori (PhD- vagy DLA-) fokozatot igazoló oklevél

**7. gazdasági aktivitás: (7. kérdés)**

- (1) alkalmazott: teljes munkaidős alkalmazásban álló, részmunkaidős alkalmazásban álló, segítő családtag, alkalmi munkás, napszámos
- (2) vállalkozó: teljes munkaidős vállalkozó, részmunkaidős vállalkozó
- (3) gyermekellátásban részesül: gyermekgondozási ellátáson van
- (4) nyugdíjas, járadékos: öregségi vagy özvegyi nyugdíjas, rokkantsági nyugdíjas, járadékos
- (5) munkanélküli: munkanélküli
- (6) egyéb: nappali tagozaton tanul, háztartásbeli ill. családját látja el, egyéb inaktív

**8. vélt egészség: (15. kérdés)**

- (1) jó vagy nagyon jó
- (2) kielégítő
- (3) rossz vagy nagyon rossz

**9. mennyit tehet az egészségéért: (16. kérdés)**

- (1) sokat vagy nagyon sokat
- (2) keveset vagy nagyon keveset

**10. krónikus betegség: (19. kérdés)**

- (1) van: 19.1 kérdésnél van 1-es érték, és 19.2 és 19.3 is 1-es az adott betegségre vonatkozóan
- (2) nincs: 19.1 -nél nincs 1-es érték, illetve 19.1 -nél van 1-es érték, de 19.2 vagy 19.3 is 2-es az adott betegségre vonatkozóan

**11. beavatkozást igénylő baleset: (20. kérdés)**

- (1) volt: 20.1=1 és 20.2=1 vagy 2
- nem volt: 20.1= 2 vagy 20.1=1 és 20.2=3

**12. fogorvos: (59. kérdés)**

- (1) egy éven belül 59. kérdés=1
- (2) több mint egy éve 59. kérdés =2-5

**13. házi orvos: (61. kérdés)**

- (1) egy éven belül 61. kérdés =1
- (2) több mint egy éve 61. kérdés =2-3

**14. szakorvos: (64. kérdés)**

- (1) egy éven belül 64. kérdés =1
- (2) több mint egy éve 64. kérdés =2-3

**15. egészségügyi ellátórendszer igénybevétele 1 éven belül: (52. kérdés, 55. kérdés, 59. kérdés, 61. kérdés, 64. kérdés, 69. kérdés)**

- (1) egy éven belül 52. kérdés =1 vagy 55. kérdés =1 vagy 59. kérdés =1 vagy 61. kérdés =1 vagy 64. kérdés=1 vagy 69. kérdésnél van 1-es válasz
- (2) több mint egy éve

**16. egészségügyi ellátórendszer igénybevétele 4 héten belül: (60. kérdés, 62. kérdés, 63. kérdés, 66. kérdés)**

- (1) igen 60. kérdés>0 vagy 62. kérdés>0 vagy 63. kérdés>0 vagy 66. kérdés>0
- (2) nem

**17. alternatív egészségügyi ellátás igénybevétele 1 éven belül: (70.1 kérdés)**

- (1) igen: 70.1 kérdésnél van 1-es válasz
- (2) nem: 70.1 kérdésnél nincs 1-es válasz

**18. gyógykezelés: (70.2 kérdés)**

- (1) igen: 70.2 kérdésnél van 1-es válasz
- (2) nem: 70.2 kérdésnél nincs 1-es válasz

**19. otthoni ellátás:** (71. kérdés)

- (1) igen: 71. kérdésnél van 1-es válasz
- (2) nem: 71. kérdésnél nincs 1-es válasz

**20. nem orvos által felírt gyógyszerek:** (75.2 kérdés)

- (1) igen: 75.2/h vagy i =1
- (2) nem: 75.2/h és i =2

**21. gyógyászati segédeszköz:** (76-77. kérdés)

- (1) igen, orvosi rendelvényre: 76. kérdésnél van 1-es válasz, és 77. kérdésnél is 1-es ugyanarra vonatkozóan
- (2) igen, orvosi rendelvény nélkül: 76. kérdésnél van 1-es válasz, de 77. kérdésnél nincs 1-es ugyanarra vonatkozóan
- (3) nem: 71. kérdésnél nincs 1-es válasz

**22. vérnyomásmérés:** (81-82. kérdés)

- (1) egy éven belül: 81. kérdés =1 és 82. kérdés =1
- (2) több mint egy éve: 81. kérdés =1 és 82. kérdés =2,3
- (3) soha: 81. kérdés =2

**23. koleszterin:** (83-84. kérdés)

- (1) egy éven belül: 83. kérdés =1 és 84. kérdés =1
- (2) több mint egy éve: 83. kérdés =1 és 84. kérdés =2,3
- (3) soha: 83. kérdés =2

**24. vércukor:** (85-86. kérdés)

- (1) egy éven belül: 85. kérdés =1 és 86. kérdés =1
- (2) több mint egy éve: 85. kérdés =1 és 86. kérdés =2,3
- (3) soha: 85. kérdés =2

**25. mammográfia (csak nőkre!!!):** (87-88. kérdés)

- (1) egy éven belül: 87. kérdés=1 és 88. kérdés=1
- (2) több mint egy éve: 87. kérdés=1 és 88. kérdés =2,3
- (3) soha: 87. kérdés= 2

**26. citológia (csak nőkre!!!):** (90-91. kérdés)

- (1) egy éven belül: 90. kérdés =1 és 91. kérdés =1
- (2) több mint egy éve: 90. kérdés =1 és 91. kérdés =2,3
- (3) soha: 90. kérdés =2

**27. végbélszűrés:** (93-94. kérdés)

- (1) egy éven belül: 93. kérdés=1 és 94. kérdés=1
- (2) több mint egy éve: 93. kérdés=1 és 94. kérdés =2,3
- (3) soha: 93. kérdés =2

**28. kórházakkal való elégedettség:** (95/a kérdés)

- (1) elégedett vagy nagyon elégedett: 95/a kérdés =1,2
- (2) semleges: 95/a kérdés =3
- (3) elégedetlen vagy nagyon elégedetlen: 95/a kérdés =4,5

**29. fogorvossal való elégedettség:** (95/b kérdés)

- (1) elégedett vagy nagyon elégedett: 95/b kérdés =1,2
- (2) semleges: 95/b kérdés =3
- (3) elégedetlen vagy nagyon elégedetlen: 95/b kérdés =4,5

**30. szakorvossal való elégedettség:** (95/c kérdés)

- (1) elégedett vagy nagyon elégedett: 95/c kérdés =1,2
- (2) semleges: 95/c kérdés =3
- (3) elégedetlen vagy nagyon elégedetlen: 95/c kérdés =4,5

**31. háziorvossal való elégedettség: (95/d kérdés)**

- (1) elégedett vagy nagyon elégedett: 95/d kérdés =1,2
- (2) semleges: 95/d kérdés =3
- (3) elégedetlen vagy nagyon elégedetlen: 95/d kérdés =4,5

**32. otthoni ápolással való elégedettség: (95/e kérdés)**

- (1) elégedett vagy nagyon elégedett: 95/e kérdés =1,2
- (2) semleges: 95/e kérdés =3
- (3) elégedetlen vagy nagyon elégedetlen: 95/e kérdés =4,5

**33. sürgősségi mentőkkel való elégedettség: (95/f kérdés)**

- (1) elégedett vagy nagyon elégedett: 95/f kérdés =1,2
- (2) semleges: 95/f kérdés =3
- (3) elégedetlen vagy nagyon elégedetlen: 95/f kérdés =4,5

**34. betegszállítással való elégedettség: (95/g kérdés)**

- (1) elégedett vagy nagyon elégedett: 95/f kérdés =1,2
- (2) semleges: 95/f kérdés =3
- (3) elégedetlen vagy nagyon elégedetlen: 95/f kérdés =4,5

**35. BMI: (96-97. kérdés)**

- (1) sovány: a testsúly (97-es kérdés) és a méterben mért testmagasság (96-os kérdés, osztva 100-zal) négyzetének a hányadosa kisebb mint 18,5
- (2) normál: a testsúly (97-es kérdés) és a méterben mért testmagasság (96-os kérdés, osztva 100-zal) négyzetének a hányadosa nagyobb egyenlő 18,5, de kisebb, mint 25
- (3) túlsúlyos: a testsúly (97-es kérdés) és a méterben mért testmagasság (96-os kérdés, osztva 100-zal) négyzetének a hányadosa nagyobb egyenlő 25, de kisebb, mint 30
- (4) elhízott: a testsúly (97-es kérdés) és a méterben mért testmagasság (96-os kérdés, osztva 100-zal) négyzetének a hányadosa nagyobb mint 30

**36. testmozgás (98-103. kérdés)**

- (1) megfelelő fizikai aktivitás: intenzív testmozgásra fordított heti időtartam kétszerese, valamint a gyaloglásra és a mérsékelt testmozgásra fordított heti időtartam összege legalább 150 perc
- (2) nem megfelelő fizikai aktivitás: intenzív testmozgásra fordított heti időtartam kétszerese, valamint a gyaloglásra és a mérsékelt testmozgásra fordított heti időtartam összege kevesebb mint 150 perc, de nullánál több
- (3) egyáltalán nem végez testmozgást: intenzív testmozgásra fordított heti időtartam kétszerese, valamint a gyaloglásra és a mérsékelt testmozgásra fordított heti időtartam összege nulla

**37. zsiradék: (109. kérdés)**

- (1) növényi eredetű: 109. kérdés =1 vagy 5
- (2) állati eredetű: 109. kérdés =2 vagy 4
- (3) vegyes: 109. kérdés =3
- (4) egyik sem: 109. kérdés =6 vagy 7

**38. havi egészségügyi összkiadás: I. önkitöltős kérdőív 1, 3, 5, 11, 12, 14. kérdések összege****39. magánrendelésre költött havi összeg: I. önkitöltős kérdőív 2, 4, 6, 8. kérdések összege**

**40. hálapénz:** I. önkitöltős kérdőív 14. kérdés

**41. dohányzás** (II. önkitöltős kérdőív 1, 3, 4. kérdések)

- (1) rendszeresen, legalább egy dobozzal naponta: II. önkitöltős kérdőív 1. kérdés =1 és II. önkitöltős kérdőív 3.  $a+b+c+d \geq 20$
- (2) rendszeresen, kevesebb mint egy dobozzal naponta: II. önkitöltős kérdőív 1. kérdés =1 és II. önkitöltős kérdőív 3.  $a+b+c+d < 20$
- (3) alkalmoszerűen: II. önkitöltős kérdőív 1. kérdés =2
- (4) leszokott II. önkitöltős kérdőív 1. kérdés =3 és II. önkitöltős kérdőív 4. kérdés =1
- (5) soha nem dohányzott II. önkitöltős kérdőív 1. kérdés =3 és II. önkitöltős kérdőív 4. kérdés =2

**42. passzív dohányzás** (II. önkitöltős kérdőív 6-8. kérdés)

- (1) naponta legalább 1 óra: II. önkitöltős kérdőív 6-8. kérdés =3,4
- (2) naponta kevesebb mint 1 óra
- (3) soha: II. önkitöltős kérdőív 6-8. kérdés =1

**43. alkoholfogyasztás**

- (1) nagyivó: azok a nők, akik a kérdezést megelőző héten összesen több mint 7, illetve azokat a férfiak, akik több mint 14 egységnyi alkoholt fogyasztottak. Egy ital/alkoholegység egy korsó sörnek, 2 dl bornak vagy 0,5cl röviditalnak felel meg, azaz 1 dl sör 0,2 itálnak, 1 dl bor 0,5 itálnak és 1 cl rövidital 0,2 itálnak számít. Azokat is a nagyivó kategóriába soroljuk, akik a 12. kérdésre 4-es vagy 5-ös választ adtak.
- (2) mértékletes alkoholfogyasztó: akik legalább heti gyakorisággal fogyasztottak alkoholt, de nem minősültek nagyivónak (II. önkitöltős kérdőív 9. kérdés =4,5,6 és 10. kérdés alapján nem nagyivó).
- (3) alkoholt ritkán fogyasztók: akik szoktak szeszesitalt fogyasztani, de hetinél ritkább gyakorisággal (II. önkitöltős kérdőív 9. kérdés =2,3)
- (4) alkoholt nem fogyasztók: akik saját bevallásuk szerint egyáltalán nem szoktak alkoholtartalmú italokat inni. (II. önkitöltős kérdőív 9. kérdés =1)

**44. súlyos fogytékosság** : segédeszközhasználat ha 76. kérdés c.d.e.f.g.j.k bármelyike (1) = igen és 18. kérdés = 1.

**45. egészségmagatartás-típusok**

Az egészségmagatartás-típusok kialakításában olyan kiindulási változókat vontunk be, amelyek a legszélesebb körben adnak lehetőséget a népesség jellemzésére.

A „Mennyit tehetünk az egészségünk érdekében”, a táplálkozás, szeszesital-fogyasztás, dohányzás, testmozgás és a házi-, ill. fogorvoshoz fordulás kérdésköreiből kiválasztott ismérvekből 55 kétértékű változót származtattunk, olyanokat, hogy ismérvváltozataik (0 és 1) valamilyen sorrendet is jelentsenek, pl. nem létezik – létezik, ritkább – gyakoribb stb. A változók dichotómmá alakítása a diszkriminanciaelemzés miatt elővigyázatosságból történt, hiszen annak feltétele, hogy a prediktor változók normális eloszlásúak legyenek. A modellbe eleve nem vontunk be olyan ismérveket, amiknek bármelyik értéke túlnyomóan jellemző a népességre (>90%). Így maradtak ki a speciális diéták, a baromfifogyasztás, vagy a napi halfogyasztás stb.

## Az elemzésbe bevont változók

1. Dohányzott-e valaha?
2. Dohányzik-e jelenleg?
3. Dohányzik-e rendszeresen?
4. Napi 10 szál cigarettánál többet szív?
5. Napi 20 szál cigarettánál többet szív?
6. A fizikai aktivitása megfelelő?
7. Végez-e legalább mérsékelt mozgást?
8. Véleménye szerint az ember tehet az egészségéért
9. Véleménye szerint az ember sokat tehet az egészségéért
10. Véleménye szerint az ember nagyon sokat tehet az egészségéért
11. Eszik-e halat?
12. Fogyaszt-e tejet, kefirt, joghurtot stb.?
13. Eszik-e hüvelyeseket?
14. Eszik-e olajos magvakat?
15. Eszik-e barna vagy magvas kenyeret?
16. Eszik-e naponta baromfit?
17. Eszik-e naponta barna vagy magvas kenyeret?
18. Eszik-e naponta tojást?
19. Eszik-e naponta zöldséget?
20. Eszik-e naponta főzeléket?
21. Eszik-e naponta sajtot?
22. Eszik-e naponta olajos magvakat?
23. Eszik-e naponta gyümölcsöt?
24. Fogyaszt-e naponta tejet, kefirt, joghurtot stb.?
25. Eszik-e legalább hetente négyszer baromfit?
26. Eszik-e legalább hetente négyszer barna vagy magvas kenyeret?
27. Eszik-e legalább hetente négyszer tojást?
28. Eszik-e legalább hetente négyszer zöldséget?
29. Eszik-e legalább hetente négyszer főzeléket?
30. Eszik-e legalább hetente négyszer sajtot?
31. Eszik-e legalább hetente négyszer olajos magvakat?
32. Eszik-e legalább hetente négyszer gyümölcsöt?
33. Fogyaszt-e legalább hetente négyszer tejet, kefirt, joghurtot stb.?
34. Eszik-e legalább hetente négyszer hüvelyeseket?
35. Eszik-e legalább hetente baromfit?
36. Eszik-e legalább hetente barna vagy magvas kenyeret?
37. Eszik-e legalább hetente tojást?
38. Eszik-e legalább hetente zöldséget?
39. Eszik-e legalább hetente főzeléket?
40. Eszik-e legalább hetente sajtot?
41. Eszik-e legalább hetente olajos magvakat?
42. Eszik-e legalább hetente gyümölcsöt?
43. Fogyaszt-e legalább hetente tejet, kefirt, joghurtot stb.?
44. Eszik-e legalább hetente hüvelyeseket?
45. Eszik-e legalább hetente halat, halkonzervet?
46. Volt-e az elmúlt évben fogorvosnál?
47. Volt-e az elmúlt évben háziorvosnál?
48. Csak olajjal főznek?
49. Olajjal és zsírral főznek vegyesen?
50. Nagyivó?
51. Mértékletes szeszesital-fogyasztó?
52. Szeszesitalt ritkán fogyasztó?
53. Fogyaszt-e hét közben szeszesitalt?
54. Fogyaszt-e hétvégén szeszesitalt?
55. Fogyaszt-e hét közben és hétvégén is szeszesitalt?

Az 5051 rekordból adathiány miatt 151 esett ki, vagyis a tipizálás 4900 személy adtából készült.

Az SPSS 17.0 statisztikai programcsomag felhasználásával végeztünk ezekre a változókra ún. kétlépéses (twostep) klaszteranalízist és diszkriminancia-elemzést felváltva, mindig kihagyva a nem szignifikáns változókat. Klaszter-elemzéssel definiáltuk az egészség-magatartás-csoportokat, majd a bevont változókkal diszkriminancia-elemzést végeztünk annak érdekében, hogy meghatározzuk az egyes változók súlyát a csoportok képzésében. Ezt követően kihagytuk azokat a változókat, amelyek nem vettek részt a kanonikus diszkriminancia függvények kialakításában ez által is csökkentve a szoros korrelációs kapcsolatban lévő változók számát. Ezután megismételtük az iterációs lépéseket, azaz újra klaszterelemzést és diszkriminancia-elemzést végeztünk. Ezt addig folytattuk, amíg nem maradt olyan változó, amelyik nem vett részt egyik függvény kialakításában sem.

A kétlépéses klaszter-analízis egyrészt robusztus a változók függetlenségének megsértése esetén is, másrészt kérésre automatikusan generálja a klaszterek számát is. Ezzel az eljárással nem kell előre meghatározni, hogy az életmód egyes elemei mikor tekinthetők egészségesek, nem kell előre meghatározni az egyes osztályok jellegzetességeit és számát.

A fenti iterációval tíz, a táplálkozásra és a dohányzási szokásokra vonatkozó változó került kiválasztásra: nyers gyümölcsöt eszik hetente legalább négyszer; nyers gyümölcsöt eszik naponta; nyers zöldséget eszik hetente legalább négyszer; nyers gyümölcsöt eszik hetente; nyers zöldséget eszik naponta; dohányzik jelenleg; rendszeresen dohányzik; legalább napi 20 szál cigarettát szív; tejsitalokat iszik naponta; tejsitalokat iszik hetente legalább négyszer.

Az eljárás a kiválasztott változók alapján 4893 személyt összesen négy magatartás-típusba sorolt be, melyeket a jellegzetességeik alapján neveztünk el:

- 1. típus: egészségtudatos (1508 eset, 30,8%),
- 2. típus: kevésbé egészségtudatos (1268 eset, 25,9%),
- 3. típus: hiányosan egészségtudatos (957 eset, 19,6%),
- 4. típus: passzív egészségtudatos (1160, 23,7%).

Az iteráció utolsó klaszter-meghatározásának stabilitását vizsgálva az 5051 eset tíz permutációját végeztük el. Az átsorolt eseteken a kategóriák átlagosan 81-93%-os arányban reprodukálódnak. A tíz kísérletből négy 100%-ban visszaadja az eredeti osztályozást, kettő egy csoport híján teljes egyezést, de a kivételes csoport elemei is 90%-on felüli egyezést adnak. A maradék négy esetben is minden kategória tagjainak több, mint a fele ismét azonos csoportba került.

Az alábbi táblázat azt mutatja, hogy az eljárásláncolat utolsó diszkriminancia-analízisében az első és legmeghatározóbb függvény a nyers zöldség- és gyümölcsfogyasztás alapján választja szét a vizsgált népességet, a második a dohányzás szerint, és a harmadik a tejkészítmények fogyasztása szerint.

## A kanonikus diszkriminanciafüggvények és a változók közötti korrelációk értéke

Változók	Függvény		
	F1: zöldség-gyümölcs	F2: dohányzás	F3: tejitalok <sup>1</sup>
Nyers gyümölcsöt eszik hetente legalább négyszer	,931*	,033	-,100
Nyers gyümölcsöt eszik naponta	,245*	-,042	,035
Nyers zöldséget eszik hetente legalább négyszer	,102*	-,010	,003
Nyers gyümölcsöt eszik hetente	,081*	,003	-,009
Nyers zöldséget eszik naponta	,081*	-,013	,060
Dohányzik jelenleg	-,044	,966*	,023
Rendszeresen dohányzik	-,035	,841*	,053
Napi 20 szál cigarettánál többet szív	-,023	,304*	,020
Tejitalokat iszik naponta	,044	-,056	,978*
Tejitalokat iszik hetente legalább négyszer	,031	-,027	,633*

<sup>1</sup> Tej, joghurt, kefir, tejes italok

\* Változónként a legnagyobb korreláció

A bevont változók definiáló erejének stabilitását, azaz a diszkriminancia-függvényeknek a meghatározásuk alapjául szolgáló mintától való függetlenségét méri, ha az alapminta egyik részén definiáljuk a függvényeket, és a másik részén ellenőrizzük, hogy a függvények milyen pontosan sorolják be az egyedeket a megfelelő kategóriába. A teljes mintát véletlenszerűen két egyforma részre osztottuk. Az egyikén készültek a függvények, a másik szolgált az ellenőrzésre. Az alábbi tábla azt mutatja, hogy az osztályozási mechanizmus igen jól működik, hiszen mind a definiálásra használt részmintán, mind pedig a komplementer részmintán 99% a besorolás pontossága.

## A diszkriminanciafüggvények stabilitása

Az eredeti klaszter sorszáma	Becsült besorolás				Együtt	
	1	2	3	4		
Definiáló részmintá	1	100,0	0	0	0	100,0
	2	0	98,2	0,6	1,1	100,0
	3	0	0	99,0	1,0	100,0
	4	0	0	0	100,0	100,0
<b>Együtt</b>						<b>99,3</b>
Ellenőrző részmintá	1	100,0	0	0	0	100,0
	2	0	97,4	1,0	1,6	100,0
	3	0	0	98,5	1,5	100,0
	4	0	0	0	100,0	100,0
<b>Együtt</b>						<b>99,1</b>