



KÖZPONTI
STATISZTIKAI
HIVATAL

EURÓPAI LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS, 2014



ELEF Műhelytanulmány 2.



Európai lakossági egészségfelmérés, 2014

Műhelytanulmányok 2.

© Központi Statisztikai Hivatal, 2018

ISBN 978-963-235-506-1ö

ISBN 978-963-235-537-5

Felelős kiadó:

Dr. Vukovich Gabriella elnök

Felelős szerkesztő:

Tokaji Károlyné

Lektorálta:

Gárdos Éva

Szerzők:

Bíró Éva (Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar)

Cselkó Zsuzsa (Országos Korányi Pulmonológiai Intézet)

Demjén Tibor (Emberi Erőforrások Minisztériuma

Dohányzás Fókuszpont)

Elekes Zsuzsanna (Budapesti Corvinus Egyetem,

Szociológiai és Társadalompolitikai Intézet)

Gárdos Éva (Központi Statisztikai Hivatal)

Horváth Ildikó (Országos Korányi Pulmonológiai Intézet)

Kiss Judit (Emberi Erőforrások Minisztériuma

Dohányzás Fókuszpont)

Kósa Karolina (Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar)

Kovács Gábor (Országos Korányi Pulmonológiai Intézet)

Tóth Gergely (MTA – ELTE Peripato Összehasonlító Társadalmi Dinamika

Kutatócsoport; Károli Gáspár Református Egyetem)

Vitrai József (Emberi Erőforrások Minisztériuma

Egészség Monitorozási Osztály)

Vokó Zoltán (Eötvös Loránd Tudományegyetem

Syreon Kutató Intézet)

A műhelytanulmányok a Központi Statisztikai Hivatal Európai lakossági egészségfelmérésének (ELEF) adatállományai felhasználásával készültek. Az azokban foglalt számítások és az azokból levont következtetések kizárólag a szerzők szellemi termékei. A tanulmányok a szerzők véleményeit tükrözik, amelyek nem esnek szükségképpen egybe a KSH hivatalos álláspontjával.

További információ: kommunikacio@ksh.hu

Internet: www.ksh.hu

Borítófotó: Fotolia

Nyomdai kivitelezés: Xerox Magyarország Kft. – 2018.062

Tartalom

GÁRDOS ÉVA: A fogyatékos emberek egészsége és hozzáférésük az egészségügyi ellátásokhoz	7
1. Bevezetés	8
2. Anyag és módszer.....	9
2.1. Adatforrás	9
2.2. Fogalmak.....	9
2.3. Adatfeldolgozás	10
3. Eredmények	11
3.1. Az akadályozottak gyakorisága a népességben	11
3.2. A korlátozottak szociodemográfiai jellemzői.....	13
3.2.1. Kor és nem.....	13
3.2.2. Családi állapot.....	15
3.2.3. Iskolázottság.....	16
3.2.4. A 18 éves és anél idősebbek foglalkoztatottsága.....	18
3.2.5. A háztartás jövedelme	20
3.2.6. Szubjektív anyagi helyzet	21
3.3. Egészségi állapot.....	23
3.3.1. Orvos által megállapított krónikus betegségek.....	23
3.3.2. Szubjektív egészség.....	27
3.3.3. A fogak és a szájüreg egészsége.....	28
3.3.4. A fogak és a szájüreg szubjektív egészsége.....	28
3.3.5. Szájüregi problémák	29
3.4. Egészségmagatartás és kockázati tényezők	29
3.4.1. Zöldség-gyümölcs fogyasztás	29
3.4.2. Fizikai aktivitás	29
3.4.3. Túlsúly és elhízás.....	30
3.4.4. Dohányzás.....	31
3.4.5. Szeszesital-fogyasztás	33
3.4.6. Megelőző egészségügyi ellátás igénybevétele.....	34
3.4.7. Influenza elleni védőoltás	34
3.4.8. Citológiai vizsgálat	35
3.4.9. Mammográfia	35
3.4.10. Ki nem elégitett egészségügyi ellátási szükségletek	36
3.5. Mennyit tehet az egészségéért?.....	38
3.6. Szubjektív jóllét.....	38
3.6.1. Általános szubjektív jóllét.....	39
3.6.2. Pillanatnyi szubjektív jóllét	40
4. Összefoglalás.....	41
Irodalom.....	43

VOKÓ ZOLTÁN: Az egészségi állapot változása a vélt egészség és a funkcionalitás alapján 2009 és 2014 között Magyarországon.....	45
1. Bevezetés	46
2. Módszerek	46
2.1. A vizsgált társadalmi-gazdasági tényezők meghatározása	47
2.2. Az egészségi állapot jellemzőinek meghatározása	48
2.3. A statisztikai elemzés módszertana.....	49
2.3.1. Súlyozott elemzés.....	49
2.3.2. A mintavételi módszert figyelembe vevő intervallumbecslés	49
2.3.3. Egy- és kétváltozós elemzések.....	50
2.3.4. Többszörös logisztikus regressziós elemzések.....	50
3. Eredmények	50
3.1. Vélt egészség	51
3.2. Krónikus betegség miatti korlátozottság a mindennapi tevékenységekben	56
3.3. Az önellátás korlátozottsága	61
4. Megbeszélés.....	61
ELEKES ZSUZSANNA: Az alkoholfogyasztás és az alkoholt fogyasztók jellemzői.....	63
1. Bevezetés	64
1.1. Előzmények.....	64
1.2. Módszerek	65
2. A fogyasztás jellemzői	65
2.1. Az előző évi alkoholfogyasztás	65
2.2. Heti alkoholfogyasztás.....	67
2.2.1. Gyakoriság	67
2.2.2. Az elfogyasztott mennyiség.....	69
2.2.3. Rohamivás.....	71
2.3. A társadalmi-demográfiai változók hatása az alkoholfogyasztásra	72
2.3.1. Családi állapot.....	72
2.3.2. Lakóhely	73
2.3.3. Társadalmi-gazdasági státus	74
2.4. Ivástípusok.....	76
2.4.1. Társadalmi-demográfiai jellemzők	76
2.4.2. A jóllét és az ivástípusok kapcsolata	78
2.5. A nagyivás és az absztinencia kialakulását befolyásoló tényezők.....	79
3. Összegzés.....	82
Irodalom.....	84
CSELKÓ ZSUZSA–KOVÁCS GÁBOR–HORVÁTH ILDIKÓ: A dohányzás helyzete Magyarországon ..	85
1. Bevezetés	86
2. Módszer	86
3. Eredmények	87
3.1. A dohányzók aránya és az elszívott cigaretták számának alakulása	87
3.2. A dohányzók által fogyasztott dohánytermékek aránya.....	90
3.3. A rendszeres dohányzás társadalmi-gazdasági összefüggései.....	90
3.4. Az erős dohányzás összefüggéseinek vizsgálata	92
3.5. A leszokás összefüggéseinek vizsgálata.....	94

4. A rizikócsoportok meghatározása és tartalmi összefoglaló	95
5. Következtetések és jövőbeni feladatok	96
Irodalom	97
Függelék	99

VITRAI JÓZSEF–TÓTH GERGELY: A dohányzást befolyásoló tényezők szerepének nemek közötti különbsége és időbeli változása	113
1. Bevezetés	114
2. Módszerek	115
3. Eredmények	116
3.1. A naponta dohányzók aránya korcsoportok szerint	116
3.2. A naponta dohányzók aránya korcsoport szerint, nemenként	116
3.3. A naponta dohányzók aránya iskolázottság szerint	117
3.4. A naponta dohányzók aránya iskolázottság szerint, nemenként	118
3.5. A naponta dohányzók aránya jövedelmi szint szerint	119
3.6. A naponta dohányzók aránya jövedelmi szint szerint, nemenként	119
3.7. A naponta dohányzók aránya településtípus szerint	120
3.8. A naponta dohányzók aránya településtípus szerint, nemenként	121
3.9. A naponta dohányzók aránya, valamint a nem, az életkor és az iskolázottság összefüggés-elemzése	121
4. Következtetések	124
Függelék	125

DEMJÉN TIBOR–KISS JUDIT: A dohányzás hazai tendenciái, 2009–2014	131
1. Bevezetés	132
2. Háttér	132
3. Az elemzés célja	134
4. Adatok és módszer	135
5. Eredmények	136
5.1. A dohánytermék-fogyasztás elterjedtsége a hazai 15 éves és idősebb lakosság körében	136
5.2. Dohányzást imitáló elektronikus termékek használata a 2014. évi eredmények alapján	138
5.3. A környezeti (passzív) dohányzás jellemzői	139
5.4. A dohányzás egészségkárosító hatásával kapcsolatos vagy leszokásra biztató médiaüzenetek érzékelése a 2014. évi eredmények alapján	141
6. Összefoglalás	142
Irodalom	144

BÍRÓ ÉVA–KÓSA KAROLINA: A hátrányos helyzetű magyar lakosság mentális egészségének jellemzése	145
1. Bevezetés	146
1.1. A mentális egészség hazai vizsgálatai	146
2. Célkitűzés	148
3. Módszerek	148
3.1. Az elemzett változók leírása	149
3.1.1. Demográfiai, társadalmi-gazdasági és egyéb adatok	149
3.1.2. A mentális állapotot jellemző indikátorok	150
3.2. A statisztikai elemzés módszertana	150

4. Eredmények	151
4.1. A felnőtt lakosság megoszlása a demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezők szerint.....	151
4.2. A mentális állapot jellemzőinek becsült populációs megoszlása, illetve összefüggése a főbb demográfiai és társadalmi-gazdasági paraméterekkel.....	155
4.2.1. Depresszió becslése szűrőskála alapján	155
4.2.2. Az előző évben fennállt mentális betegségek önbevallás szerint.....	157
4.2.3. Egészségügyi ellátás igénybevétele mentális betegségek miatt.....	159
4.2.4. Élettel való elégedettség	159
4.2.5. Jóllet	160
5. Megbeszélés	163

Gárdos Éva

**A fogyatékos emberek egészsége
és hozzáférésük az egészségügyi
ellátásokhoz**

1. Bevezetés

Hazánkban a 2007. évi XCII. törvényben hirdették ki a fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezményt. Az abban alkalmazott definíció szerint fogyatékos, aki olyan, hosszan tartó fizikai, értelmi, szellemi vagy érzékszervi károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását. A fogyatékossg tehát egy többdimenziós és dinamikus fogalom, magába foglal egyéni és környezeti tényezőket is. A fogyatékossg, korlátozottság fennállását és mértékét nem csupán bizonyos egészségkárosodásokkal együtt járó objektív nehézségek határozzák meg, hanem jórészt az egyéni és környezeti feltételek dinamikus kölcsönhatásai is (FNO, 2001). Az egyre hosszabb élettartam és a népesség előregedése is hozzájárul ahhoz, hogy a társadalom egyre nagyobb figyelmet fordít a fogyatékos emberek növekvő számára.

Az ENSZ-dokumentum (*Convention on the Rights of Persons with Disabilities*) preambuluma felhívja a figyelmet arra, hogy a fogyatékos személyek körében nagyobb a szegénység kockázata, ezért kiemelten fontos foglalkozni azzal, hogy a szegénység milyen káros hatást gyakorol a fogyatékos emberekre. Hangsúlyozza továbbá a fizikai, társadalmi, gazdasági és kulturális környezet, az egészség és oktatás, valamint az információ és a kommunikáció hozzáférhetőségének fontosságát ahhoz, hogy a fogyatékossgal élő személyek képessé váljanak valamennyi emberi jog és alapvető szabadság teljes gyakorlására.

Az egyezmény 25. cikke foglalkozik a fogyatékosok egészségügyi ellátásával, megfogalmazva azt az alapvető elvárást, hogy annak a más személyeknek biztosítottal azonos terjedelműnek, minőségűnek és színvonalúnak, továbbá ingyenesen vagy elfogadható áron elérhetőnek kell lennie. A fogyatékos személyek számára ezen felül biztosítani kell a kifejezetten a fogyatékossguk miatt szükséges egészségügyi szolgáltatásokat is, beleértve a betegségek korai felismerését és – szükség esetén – a beavatkozásokat, valamint a további fogyatékossgok előfordulásának minimalizálására és megelőzésére kialakított korának megfelelő szolgáltatásokat. Az egészségügyi szolgáltatásokat az emberi közösségekhez a lehető legközelebb kell hozzáférhetővé tenni.

A fogyatékossgnak nincs objektív mértékegysége, ezért az adatgyűjtés céljától függően más-más kérdésekkel közelítik a tématerület leírását. Ugyanakkor a különböző céllal összeállított kérdőívek esetében az ugyanarra a kérdésre adott válaszok a legnagyobb szakmai körültekintés mellett is statisztikai hibát meghaladóan eltérnek egymástól. Mindezek ismeretében is figyelemre méltó a különbség a legutóbbi két nagymintás felvétel, a 2016-os mikrocenzus és az Európai lakossági egészségfelmérés második hullámának (ELEF2014) eredményei között: az utóbbi módszertana, eszköztrendszere háromszor annyi fogyatékos személyt észlelt,¹ mint az előbbié. Az, hogy a vizsgálandó népességcsoport definiálására nincsenek egyértelmű szabályok, abban is látszik, hogy az Eurostat is keresi a megfelelő kérdésblokkot, és a 2009. évihez képest az utóbbi felvétel keretében kevesebb és más kérdésekkel közelítették a fogyatékosok leírását. Ebben az esetben azonban a fizikai, érzékszervi nehézségekkel küzdők és a szubjektíven korlátozottak együttesen a 2009-es és a 2014-es felvétel szerint a magyarországi népesség hasonló nagyságú részét teszik ki.

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvényben megfogalmazott definíció² szellemével összhangban jelen tanulmány is kiterjesztett módon, a korlátozottság különféle dimenzióit figyelembe véve határozza meg a fogyatékosok csoportját.

¹ A mikrocenzus két kérdőívet használt: az alapkérdőívet, amelynek egy önkéntesen megválaszolható blokkja szűrte ki azokat, akiknek maradandó egészségkárosodásuk van, vagy a napi tevékenységeikben korlátozottan érzik magukat; és a fogyatékos személyek szintén önkéntes kiegészítő kérdőívet (részletesen lásd <http://www.ksh.hu/mikrocenzus2016/>). A konkrét, maradandó egészségkárosodásra vonatkozó kérdéseket az ELEF, a mentális/érzelmi állapotot leíró PH-Q⁸-blokkot pedig a mikrocenzus nem használta.

² Fogyatékos személy: aki tartósan vagy véglegesen olyan érzékszervi, kommunikációs, fizikai, értelmi, pszichoszociális károsodással – illetve ezek bármilyen halmozódásával – él, ami a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételt korlátozza vagy gátolja.

2. Anyag és módszer

2.1. Adatforrás

Tanulmányunk a magánháztartásokban élő, 15 éves és annál idősebb fogyatékosok egészségi állapotát és az egészségügyi ellátás igénybevételét vizsgálja összehasonlítva a nem fogyatékosokéval az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) 2014-es magyarországi adatgyűjtésének eredményei alapján (Boros J. és mts., 2018). A statisztikai felvétel keretében kétlépcsős, rétegezett véletlen mintavétellel 5826 főt kérdeztek meg.

2.2. Fogalmak

- Funkciócsökkenésről** akkor beszélünk, ha a testi működésekben vagy struktúrákban olyan károsodás alakul ki, ami akadályozza a létfontosságú napi tevékenységek ellátását vagy korlátozza a társadalom életében való részvételt (Dr. Görög K., 2005). A károsodás akkor vezet funkciócsökkenéshez, ha az egyén nem tudja azt kompenzálni valamilyen alkalmazkodási magatartásmintával, a környezet megfelelő átalakításával vagy segédeszköz igénybevételével. A funkciócsökkenés kifejezést elemzésünkben a korlátozottsággal azonos értelemben használjuk. A statisztikai felmérés válaszadóinak nyilatkozata alapján a funkciócsökkenést/korlátozottságot két szempontból definiáljuk: figyelembe vesszük egyrészt a mindennapi tevékenységekben jelentkező, másrészt az alapfunkciókban fennálló korlátozottságot. Az ELEF2014-ben a 2. pont szerinti alapfunkciók és a napi teendők elvégzésének képessége tekinthető a funkcionalitás alapvető építőköveinek, amelyek ahhoz szükségesek, hogy az emberek eleget tehessenek az önállóságukat és a társadalmi részvételüket biztosító feladataiknak.³
- Alapfunkciók:** jelen tanulmányban a fizikai és az érzékszervi képességek, valamint a mentális/érzelmi egészség⁴ együttesen alkotja ezt a kategóriát, amelynek elemeit az alábbi, viszonylag egyszerű eszközökkel mértük. Azt tekintjük alapfunkcióknak súlyosan korlátozottnak, aki legalább egy alapfunkcióban súlyosan korlátozott.
- Fizikai és érzékszervi akadályozottságok:** idesoroljuk a látás-, hallás- és járásnehézségeket. A fizikai és érzékszervi akadályozottságokat két fokozat szerint osztályoztuk: súlyos vagy mérsékelt korlátozottságra. Súlyosan korlátozott
 - látásában, aki egyáltalán nem lát, vagy aki akár segédeszközzel is csak nagy nehézséggel vagy sehogy sem lát élesen;
 - hallásában, aki egyáltalán nem hall, vagy akár hallókészülékkel sem hallja jól beszélgető partnerét még egy csendes szobában sem;
 - járásában, aki csak nagy nehézséggel vagy egyáltalán nem képes segítség nélkül 500 métert sík területen gyalogolni vagy bármely irányban 12 lépcsőfokot megtenni.
- Mentális/érzelmi korlátozottság:** ezt a funkciót a PHQ-8-skála⁵ alapján mértük. A kérdésblokk a kikérdezést megelőző két hétre vonatkozóan nyolc szempont szerint értékeli a kedélyállapotot, mindegyiket egyenként egy négyfokú skálán (1–4). Minél gyakrabban fordul elő az adott probléma, annál magasabb pontszám jellemzi. A depresszió mértéke az összpontszám alapján történik: 8–12 – nincs; 13–17 – enyhe; 18–22 – mérsékelt; 23–27 – mérsékeltén súlyos; 28–32 – súlyos. A „súlyos” kategóriába a megkérdezettek 1%-a sem tartozik, ezért ebben a tanulmányban ezt a kategóriát – a „súlyos” megnevezés megtartásával – összevontuk a „mérsékeltén súlyos” csoporttal.
- Szubjektív korlátozottság⁶:** korlátozottság érzése a mindennapi tevékenységek elvégzésében valamilyen egészségi probléma miatt az adatfelvételt megelőző legalább fél évben.

³ Ezeken kívül vannak még további fontos tevékenységfajták, amelyek részben alapvető funkcióknak tekinthetők, illetve amelyek a teljes mértékű társadalmi részvétel feltételei, mint a kognitív képesség, vagy a járáson kívüli mozgásképesség (Altman et al., 2008), de ezekre vonatkozóan az ELEF nem gyűjt adatot.

⁴ Lásd ELEF2014 kérdőív 28–34. és 43. kérdése http://www.ksh.hu/elef/pdfs/elef2014_kerdoiv.pdf

⁵ A PHQ⁸ a Stanford Patient Education Research Center által kialakított, nyolc elemből álló kérdésblokk, az aktuálisan fennálló depressziót méri <http://patienteducation.stanford.edu/research/phq.pdf>

⁶ Lásd ELEF2014 kérdőív 16. kérdése

6. **Fogyatékos/akadályozott népesség:** tanulmányunkban a fogyatékos személy/népesség és az akadályozott személy/népesség fogalmakat szinonimaként használjuk. Ebbe a csoportba soroltuk mindazokat, akik saját nyilatkoztuk alapján (szubjektív) korlátozottak, vagy akiknek nehézsége van valamely alafunkció területén.
7. **Kontrollcsoport:** az adatok elemzése során azokat tekintjük kontrollcsoportnak, akik nem érzik magukat korlátozottnak, és az alafunkciók egyikében sincsenek nehézségeik.

2.3. Adatfeldolgozás

Az adatok feldolgozása az SPSS 22. verziójával történt. Aránybecslést, átlagszámítást, standardizálást, lineáris és logisztikus regressziót alkalmaztunk. A megállapítások 95%-os valószínűségi szinten érvényesek.

A nyers adatok szerinti megoszlások vizsgálata során a következő fogyatékosági csoportokat vettük figyelembe:

- alafunkciókban korlátozott, vagy korlátozottnak érzi magát,
- korlátozottnak érzi magát a mindennapi tevékenységekben,
- alafunkcióban korlátozott,
 - fizikai vagy érzékszervi korlátozottság,
 - látásnehézség,
 - hallásnehézség,
 - járásnehézség,
 - depresszió jelei a PHQ-8-teszt alapján.

A fenti kategóriákhoz kontrollcsoportként azokat tekintettük, akiknek nincs korlátozottságuk az alafunkciókban, és nem is érzik magukat korlátozottnak.

A kormegoszlásra történő standardizáláshoz a kontrollcsoport mint standard népesség ötéves korcsoportos megoszlását használtuk. Hangsúlyozzuk, hogy a standardizált értékek nem valósak, hanem összehasonlítást szolgáló fiktív értékek arra az esetre, amennyiben ugyanolyan lenne a fogyatékossgal élők kormegoszlása, mint a kontrollcsoporté.

Loglineáris elemzéssel (NOMREG) szűrtük ki a nem (férfi, nő), a korcsoport (<40, 40–74, >=75), az iskolai végzettség (érettségénél kevesebb, érettségi, felsőfokú végzettség), a gazdasági aktivitás (munkanélküli, nyugdíjas, egyéb) és a szubjektív anyagi helyzet (rossz vagy nagyon rossz, kielégítő, nagyon jó vagy jó) eltérő hatását, amikor a fogyatékossg típusainak kapcsolatát kategorikus változóval⁷ vizsgáltuk. Az eredmények bemutatásánál ún. esélyhányadosokkal támasztjuk alá egy kapcsolat erősségét. Az esélyhányados azt adja meg, hogy hányszor valószínűbb egy jelenség az adott típusú fogyatékossgal küzdők csoportjában, mint az attól mentesek között.

A loglineáris elemzés során a szívkoszorúér betegségek között szerepel az infarktus, valamint az egyéb krónikus betegségek között a csontritkulás.

A fogyatékossg típusainak folytonos változóval⁸ fennálló kapcsolatának elemzésére lineáris regressziós modellek illesztése történt. Az alapmodellbe a fentiekben már ismertetett kontrollváltozókat 0 várható értékű, egységnyi szórású bináris változókká transzformálva vontuk be. A többi modell egy-egy fogyatékossg fajta (0,1) paraméterű indikátorváltozójával bővebb. A regressziós elemzések független változóinak és az azokhoz tartozó kategóriáik kiválasztása a modell illeszkedésének figyelembe vételével és a multikollinearitás kivedésével történt.

A regressziós elemzésekben a következő fogyatékossgági csoportokat vettük figyelembe:

- alafunkciókban korlátozott, vagy korlátozottnak érzi magát,
- korlátozottnak érzi magát a mindennapi tevékenységekben,
- súlyosan korlátozottnak érzi magát a mindennapi tevékenységekben,
- alafunkcióban korlátozott,

⁷ Loglineáris elemzéssel vizsgáltuk a fogyatékossg egyes kategóriáinak kapcsolatát a következő változókkal: krónikus beteg, egyes krónikus betegségek fennállása, rossz vagy nagyon rossz vélt egészség, a fogak és a szájüreg rossz vagy nagyon rossz vélt egészsége, kezeletlen szájüregi problémák, napi zöldség-gyümölcs fogyasztás, a WHO ajánlásának megfelelő fizikai aktivitás, elhízottság, (mértéktelen) szeszital-fogyasztás két típusa, rendszeres dohányzás, szűrővizsgálatokon való részvétel, szükséges egészségügyi ellátások elmaradása, és az a vélemény, hogy keveset vagy semmit sem tehet az egészségéért.

⁸ Lineáris regressziós elemzéssel vizsgáltuk a fogyatékossg egyes kategóriáinak kapcsolatát a következő változókkal: krónikus betegségek száma, az általános és a pillanatnyi jóllét pontszámai.

- valamelyik alapfunkcióban súlyosan korlátozott,
 - látásnehézség,
 - súlyos látásnehézség,
 - hallásnehézség,
 - súlyos hallásnehézség,
 - járásnehézség,
 - súlyos járásnehézség,
 - depresszió jelei,
 - súlyos depresszió jelei.

Itt azonban nem egy egységes kontrollcsoporttal történik az összevetés, hanem mindig azokkal, akik kimaradnak, az adott fogyatékosági csoportból, vagyis az aktuális komplementer csoporttal.

Hacsak külön nem jelöljük, a megállapítások, ábrák, táblák mindig a 15 éves és annál idősebb népességre vonatkoznak.

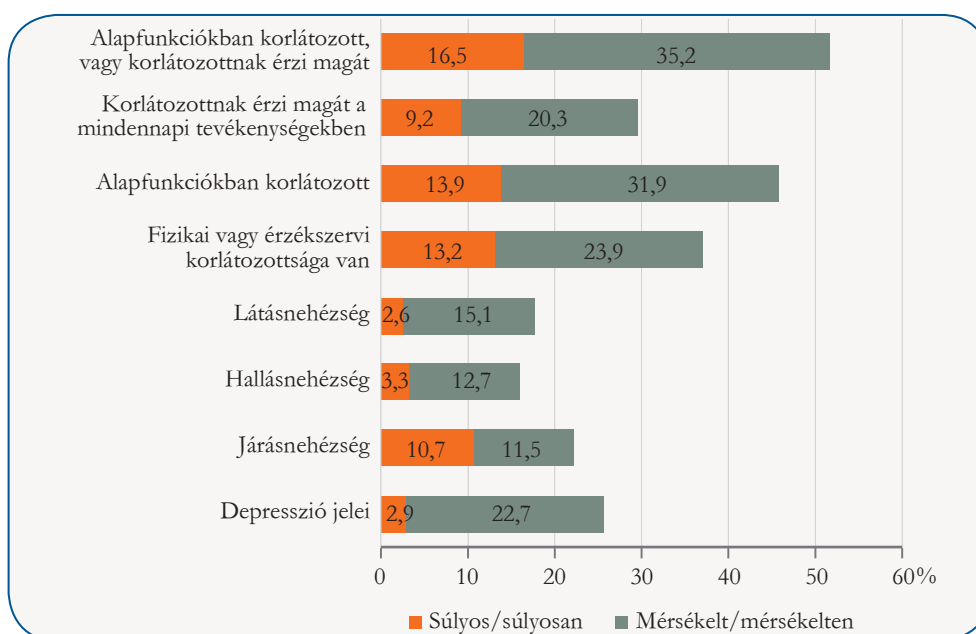
3. Eredmények

3.1. Az akadályozottak gyakorisága a népességben

A lakosság háromtizede korlátozottan érzi magát a mindennapi tevékenységekben, ezen belül közel harmaduk súlyosan korlátozott. Ez a prevalencia 5 százalékponttal magasabb, mint amit a 2012–2013-ban lebonyolított *Európai egészség és társadalmi integráció* című felmérés regisztrált, jóllehet a módszertan nem azonos. Az alapfunkciókban 46%-nak vannak nehézségei, akiknek közel fele legalább két alapfunkcióban érintett. Összességében minden második személy a mindennapi tevékenységekben korlátozottan vagy alapfunkcióiban akadályozottnak érzi magát, harmaduk pedig súlyosnak érzi korlátozottságát. Az alapfunkciók többségében jelentkező problémák zömében mérsékelték, a súlyos esetek aránya egynolcad és egyötöd között mozog, kivéve a járásnehézségeket, ahol megközelíti az 50%-ot.

1. ábra

Az akadályozott népesség aránya az akadályozottság típusa szerint

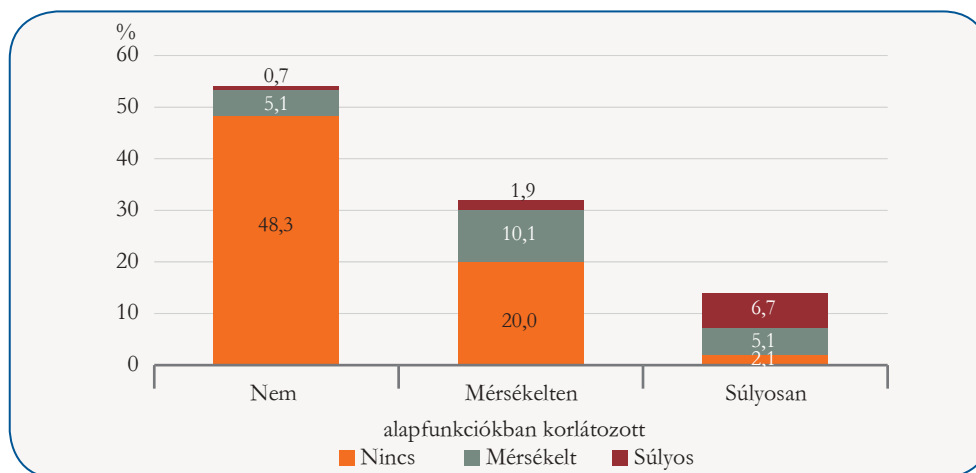


A mindennapi tevékenységben érzett korlátozottság az esetek többségében együtt jár valamilyen alapfunkcióbeli nehézséggel, de a korlátozottság érzése ennél kiterjedtebb, hiszen a mindennapi tevékeny-

ségben korlátozottaknak közel ötöde sem fizikai vagy érzékszervi, sem mentális problémával nem küzd. Másrészt viszont az alapfunkciók szempontjából hátrányos helyzetben lévőknek csupán mintegy fele érzi magát korlátozottan a napi tevékenységekben, de ha az alapfunkciók valamelyikének elvégzése súlyos nehézségeket okoz, az arány eléri a 85%-ot.

2. ábra

A népesség megoszlása az alapfunkcióbeli és a mindennapi tevékenységben érzett korlátozottság szerint

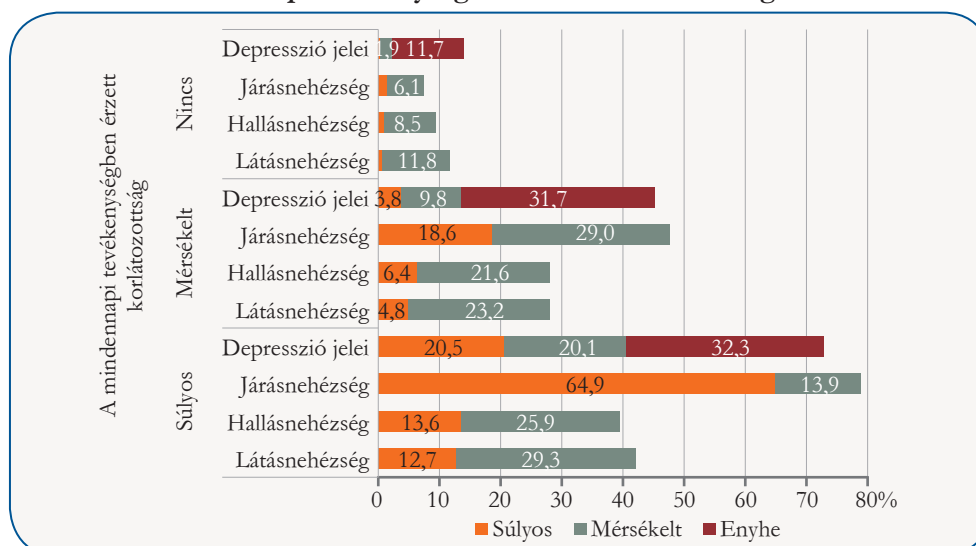


Alapfunkciókat tekintve a leggyakoribb probléma a depresszió, a népesség negyede küzd vele. Bár a tartósan rossz hangulat prevalenciája a népességben belül magas, az érintettek csupán 11%-ának súlyos az állapota. Fizikai vagy érzékszervi korlátozottsága az emberek közel negyzedének van, ezen belül a járásnehézségekre panaszkodnak a legtöbben (60%), arányuk a népességben megközelíti a depressziósokét. A súlyos járásnehézséggel küzdők 86%-ának legalább még egy alapfunkcióban vannak problémái, és több mint kilenczetedük korlátozottan is érzi magát. Súlyosan korlátozott a járásukban akadályozottak 48, a rosszul hallók 21 és a rosszul látók 15%-a. Hallási és látásnehézsége van 43, illetve 48%-uknak.

Azok között, akik a mindennapi tevékenységeikben korlátozottan érzik magukat, a többiekhez képest az alapfunkciók mindegyike esetében szignifikánsan több az azzal küzdők aránya, de különösen magas a járásukban korlátozottaké (57%), akiknek nagyobbik része súlyos járási problémával küzd. Közel ilyen magas a depresszió jeleit mutatók gyakorisága is (54%), ám esetükben többen vannak a mérsékelt és enyhe, mint a súlyosabb állapotban lévők.

3. ábra

Az alapfunkciókban mutatkozó nehézségek gyakorisága súlyosságuk és a mindennapi tevékenységben érzett korlátozottság szerint



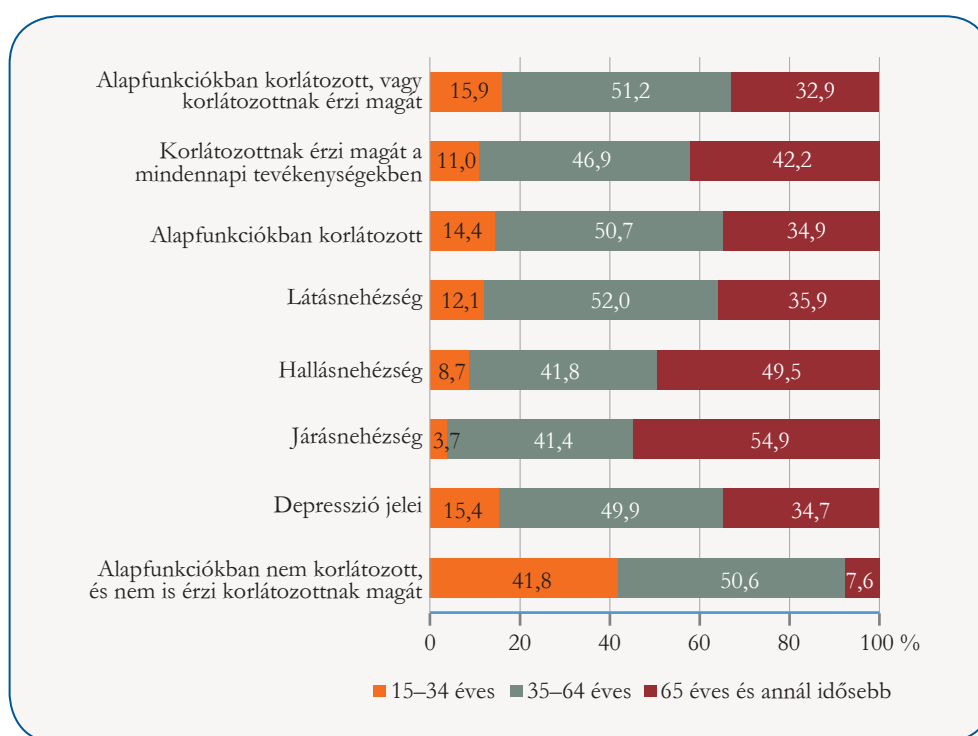
3.2. A korlátozottak szociodemográfiai jellemzői

3.2.1. Kor és nem

A fogyatékoság mindegyik kategóriájában az emberek életkora átlagosan sokkal magasabb, mint a kontrollcsoportban, és a korlátozottság/nehézség súlyosbodásával is az érintettek között több az idősebb ember. A súlyosan fogyatékos személyek között a 65 éves és annál idősebbek aránya meghaladja a mérsékelten fogyatékosok körében mért érték kétszeresét (54, illetve 23%), és hasonló arányok vannak az alapfunkciókban akadályozottak esetében is (59, illetve 25%). A napi tevékenységek végzésekor jelentkező súlyos akadályozottság is nagyobb részben időseket érint, de a mérsékelten akadályozottak között is viszonylag magas az idősek aránya, közel negytedük 65 éves vagy annál idősebb (52, illetve 38%).

4. ábra

A népesség megoszlása az akadályozottság típusa és korcsoport szerint



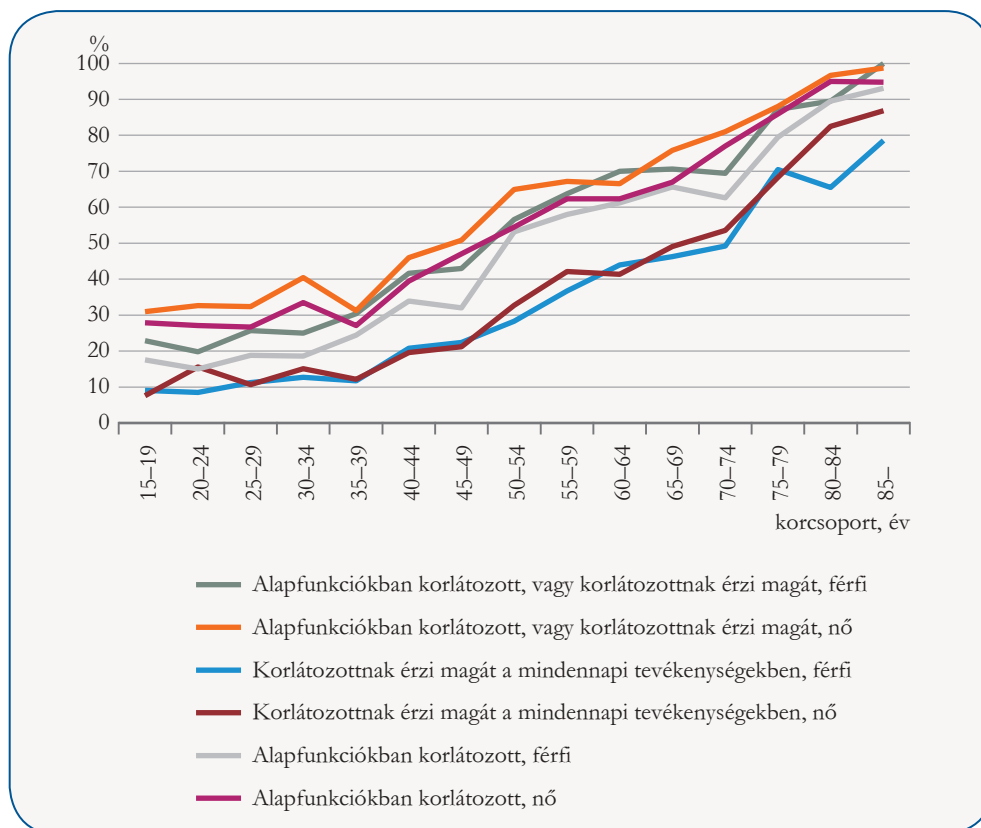
A korlátozottság típusa szerint a járási nehézségekkel küzdők a legöregebbek, többségük elérte a 65. évét, de a hallássérülteknek is közel fele ebbe a korcsoportba tartozik, és három súlyos járási- vagy hallásnehézséggel érintett közül pedig már 2 idősebb. A látásban akadályozottnak és a depresszió jeleit mutatóknak viszont csupán alig több mint harmada, és még azoknak is, akik súlyosnak ítélik funkciózavarukat, mindössze a fele idősebb.

A korlátozottak aránya 40 éves korig viszonylag alacsony (kevesebb, mint egyharmad), és tendenciáját tekintve inkább stagnál, mint emelkedik. Ezt követően azonban korcsoportról korcsoportra mindkét nem esetében meredeken nő a korlátozottak gyakorisága, és a 85 éves és annál idősebbek között lényegében mindenki fogyatékos. 50 éves korra minden második férfi érintett, a nők esetében 3-4 évvel korábban esik a mediális életkor. Alapfunkciók tekintetében a nők – különösen a fiatalabb életkorokban – nagyobb kockázatnak vannak kitéve, mint a férfiak. 35 éves kor alatt mintegy 50%-kal magasabb az alapfunkciókban korlátozott nők aránya, mint a férfiaké, de ezt követően erősen csökken a nemek szerinti különbség, és 50 éves kor után a mutatkozó eltérés nem szignifikáns.

Azok prevalenciája, akik a mindennapi tevékenységekben érzik korlátozottnak magukat, nemtől független. Mind a férfiaknál, mind a nőknél minden korcsoportban többen vannak az alapfunkciókban korlátozottak, mint a mindennapi tevékenységek tekintetében nehézséggel küzdők.

5. ábra

Az akadályozottak aránya az akadályozottság típusa, nem és korcsoport szerint



A vizsgált négy alapfunkcióbeli fogyatékossgal érintettek aránya az életkor előrehaladtával alapvetően növekvő tendenciát mutat, a legdinamikusabban a járásnehézségek gyakorisága nő, amit sorrendben a hallásban mutatkozó korlátozottságé, a depresszióé és legvégül a látásproblémáké követ. Az időskorúak hattizede járásában korlátozott, többségük súlyosan. A depresszió jeleit mutatók ennek a korosztálynak mintegy négytizedét teszik ki, de esetükben az enyhén érintettek adják a nagyobbik részt. A hallássérültek aránya is közel hasonló, súlyos funkciócsökkenés kevesebb mint harmaduknál áll fenn. Ebben a korcsoportban az embereknek a látással van a legkevesebb gondjuk, csak minden harmadik küzd látásnehézségekkel. A középkorúak között a depresszió a legjelentősebb alapfunkcióbeli probléma, minden negyedik ember él együtt ezzel, ám többségüknek csupán enyhe szimptomái vannak. 18-18%-uk küzd járás- és látásproblémával, de míg az előbbieket négytizede súlyos, az utóbbiaknak csak alig több mint tizede. Erre a korcsoportra a legkevésbé a hallásprobléma jellemző, mindössze 13%-uk kényszerül ezzel együtt élni. A fiatalokat is a leginkább a depresszió sújtja, a 14%-os prevalencia közel kétszerese a következő leggyakoribb alapfunkcióbeli problémáénak, a látásnehézségnek, és legkevésbé a járással van gondjuk, aminek gyakorisága nem éri el a 3%-ot. Ebben a korcsoportban a súlyos károsodások aránya minden alapfunkcióban nagyon alacsony.

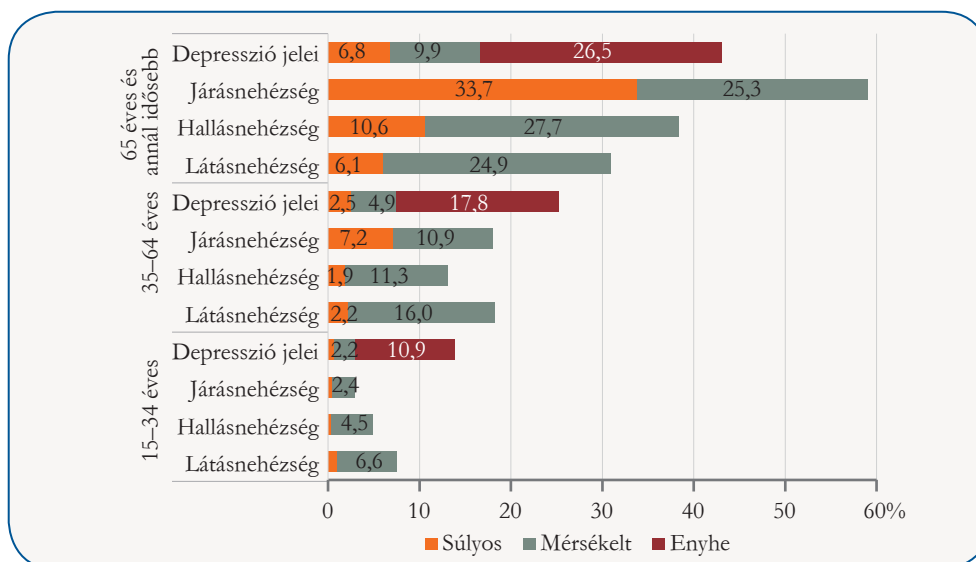
Azok között, akik semmilyen vonatkozásban nem tekinthetők korlátozottnak, a nemi arányok ki-egyenlítették (férfi 51, nő 49%), ugyanakkor akár a mindennapi tevékenységekben érzett korlátozottság, akár a specifikus egészségkárosodások szempontjából vizsgáljuk a nemek szerinti megoszlást, a halláskárosodás kivételével a nők aránya nagyobb, mint a férfiaké. Összességében a fogyatékosok mintegy négytizede férfi, és súlyosság szerint a nemek szerinti arányok nem különböznek. Ugyanez igaz akkor is, ha külön-külön vizsgáljuk az alapfunkciókban és a napi teendőkben akadályozottakat.

A látás, illetve a hallás szempontjából mind a nehézségekkel küzdők, mind az ezektől mentesek között a nők aránya több, mint a férfiaké (52–48%), de a sérültek körében nagyobb az eltérés (59–41, illetve 56–44%). A járásnehézség és a depresszió vonatkozásában a korlátozottságmentes népességben a férfiak és nők száma lényegében azonos, ám a nehézséggel küzdők között a nők jelentősen felülreprezentáltak (64, illetve 63%). Figyelembe véve, hogy a nők átlagosan 6 évvel tovább élnek, mint a férfiak, több, az

öregedéssel együtt járó panaszuk is lehet. Kiszűrve azonban az eltérő korstruktúra hatását, alapszintű-típusonként is megállapítható, hogy a hallásnehézségek kivételével a nők gyakrabban kényszerülnek együtt élni akár enyhébb, akár súlyosabb korlátozottsággal.

6. ábra

Az alapszintűbeli nehézségek gyakorisága korcsoport és típus szerint

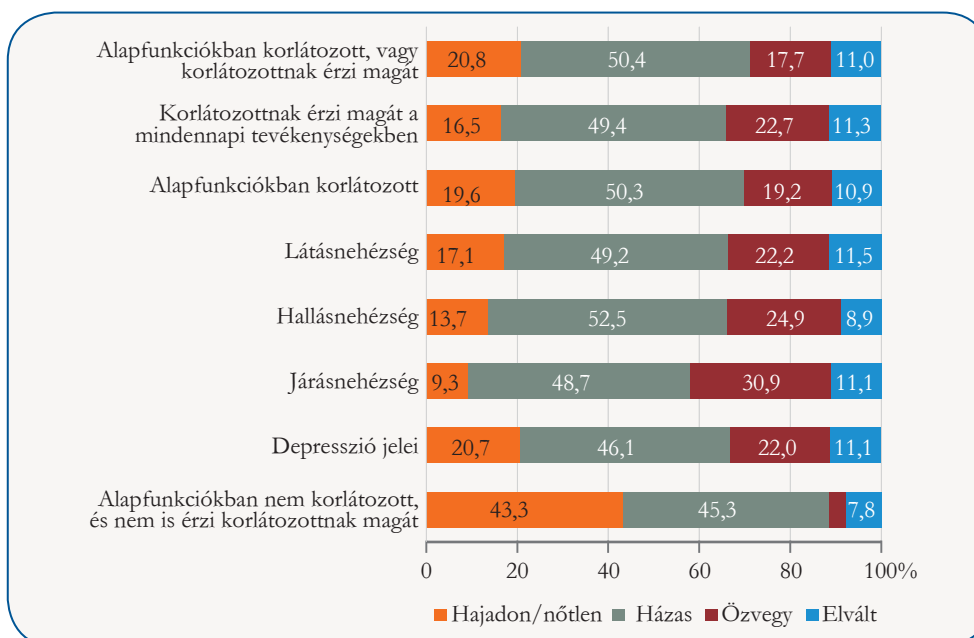


3.2.2. Családi állapot

Az életkor szerinti megoszlás szoros összefüggésben van a családi állapottal, ezért nem meglepő, hogy bármely fajta fogyatékossgal, korlátozottsággal élők között lényegesen kevesebben vannak azok, akik még soha nem házasodtak meg, és jóval többen az özvegyek és elváltak. Az összes akadályozott ötöde nőtlen vagy hajadon, fele házas, háromtizedének megszűnt a házassága. A kontrollcsoport tagjai között viszont kétszer nagyobb a soha meg nem házasodottak aránya, némileg kevesebb a házasoké, és az özvegyek és elváltak feleannyian sincsenek, mint az akadályozottak között.

7. ábra

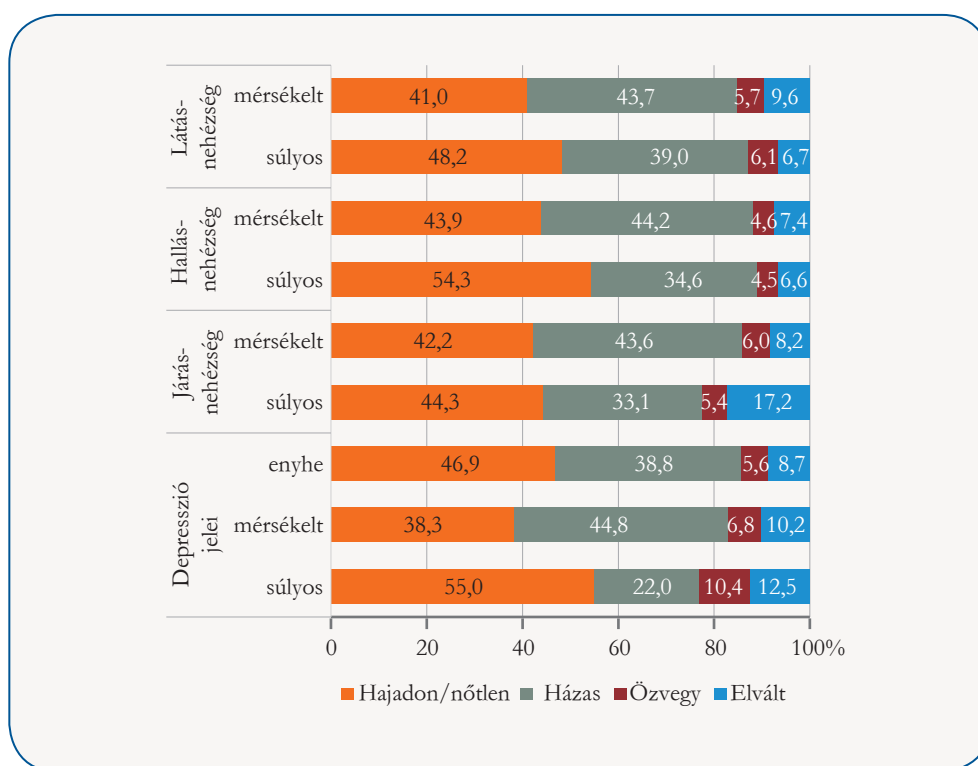
A népesség megoszlása az akadályozottság típusa és családi állapot szerint



Az eltérő kormegoszlás hatásának kiszűrése megerősíti ugyan azt a feltevést, miszerint a fogyatékos és a nem fogyatékos lakosság családi állapot szerinti eltérő megoszlása jórészt a korösszetételben mutatkozó differenciák következménye, de nem szünteti meg teljesen a korlátozottak között a nem házasok felülreprezentáltságát. Bár egyértelmű ok-okozati összefüggés nem állapítható meg, az adatok alapján feltételezhető, hogy a fogyatékoság egyes fajtái befolyásolják a házasságkötés, illetve a házasság felbomlásának esélyét. Az alapfunkciók közül a súlyos depresszió és a súlyos hallásnehézség akadályozza leginkább a kapcsolatteremtést: azonos korstruktúrát feltételezve mintegy negyedével több a hajadonoknak/nőtleneknek a házasokhoz viszonyított aránya, mint a kontrollcsoportban. Másrészt viszont a súlyos járásproblémák és az enyhénél súlyosabb depresszió mutat leginkább összefüggést a házasság felbomlásával. Az előbbieket a kontrollcsoportbeli értékkel összehasonlítva az elváltak aránya több mint duplája, az utóbbiak esetében pedig 40%-kal haladja meg azt.

8. ábra

Az alapfunkciókban korlátozottak kormegoszlásra standardizált megoszlása a korlátozottság típusa és családi állapot szerint



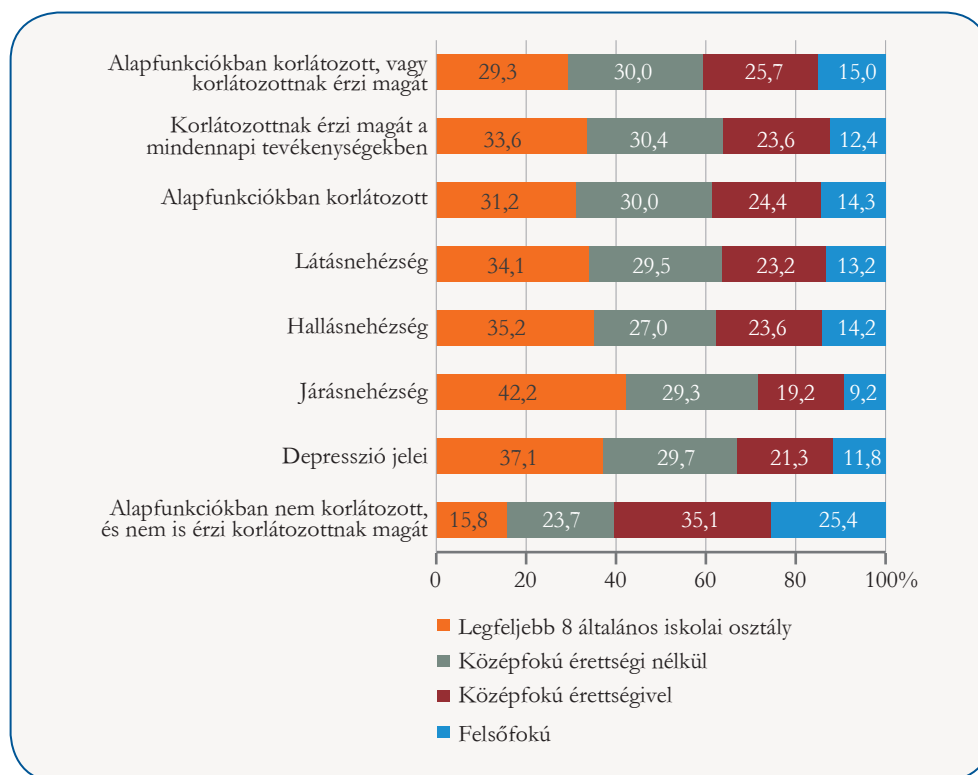
A súlyos depresszió még további, a családi állapottal összefüggő egyediséget mutat: közöttük kimagaslóan magas az özvegyek aránya, közel háromszor annyi, mint a korlátozottság nélkül élők soraiban. Ez már nem a fogyatékoság és a házassági esélyek, valamint a házasság stabilitásának kapcsolatát jellemzi, hanem sokkal inkább a házastárs elvesztése, illetve az egyedüllét lelki egészségre gyakorolt negatív hatását.

3.2.3. Iskolázottság

Egy egészségkárosodás korai megjelenése hátrányosan befolyásolhatja azt, hogy az érintett személy el tudja-e végezni azokat az iskolákat, amelyeket egyébként elvégzett volna. Másrészt viszont ismert, hogy az alacsony végzettségűek egészsége rosszabb, mint az iskolázottabbaké. Mindebből következik, hogy az akadályozott emberek kevésbé iskolázottak, mint a kontrollcsoportbeli társaik, amit adataink is alátámasztanak. A fogyatékos népesség körében közel kétszer annyi a legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezők és egyharmaddal több azok aránya, akiknek nincs érettségije, másrészt viszont 40%-kal kevesebb a felsőfokú végzettségűeké.

9. ábra

A fogyatékos és nem fogyatékos népesség megoszlása iskolai végzettség szerint



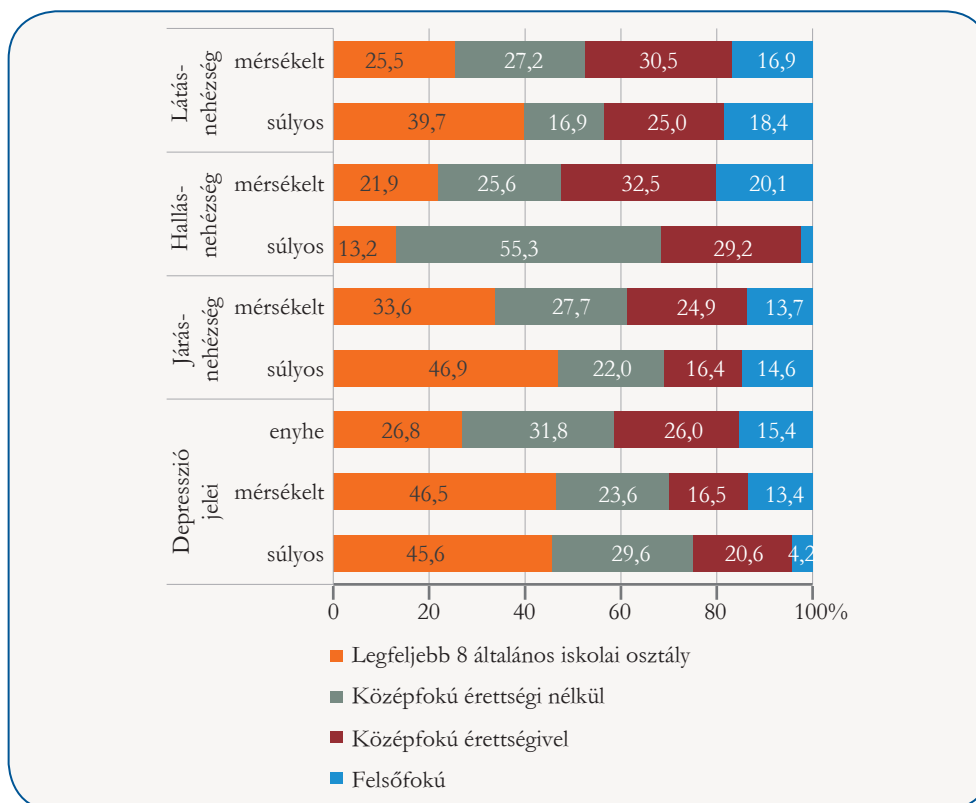
Egyes fogyatékoságok esetén még nagyobbak a különbségek. Az iskolázottság szempontjából az alapfunkciók közül a járásnehézség jelenti a legnagyobb kockázatot, az ilyen fogyatékkal élők több mint 70%-ának nincs érettségije, szemben a kontrollcsoport 40%-ával, és az előbbieik között a felsőfokú végzettségűek aránya alig haladja meg az utóbbiak harmadát.

Az életkor szerinti homogenizálással ezek a különbségek csökkennek, de nem tűnnek el. Az akadályozottak több mint negyedének így is legfeljebb általános iskolai végzettsége van, és csak kétharmad annyian szereztek felsőfokú oklevelet, mint a kontrollcsoportban. Kiemelkedően hátrányos helyzetben vannak a súlyos járásnehézséggel küzdők, valamint a mérsékelt és a súlyos depressziósok, akik közel háromszor gyakrabban nem végzik el az általános iskolát sem, mint a kontrollcsoport tagjai. A súlyos látásnehézségek is számottevő hátrányt jelentenek az iskolai tanulmányok tekintetében, körükben a legfeljebb alacsonyfokú végzettségűek aránya két és félszer nagyobb, mint a korlátozottságmentes populációban.

Sajátosan alakulnak a súlyos hallássérültek iskolai végzettség szerinti standardizált arányai. Azok relatív gyakorisága, akik nem végeztek nyolc osztálynál többet, a kontrollcsoportéhoz hasonló, viszont kiemelkedően magas az ennél egy szinttel iskolázottabbak – a feltehetően többnyire szakmunkás végzettségűek – aránya, a korlátozottságmentesekkel összehasonlítva több mint kétszeres. A felsőfokú végzettségűek hányada körükben kevesebb, mint a kontrollcsoportban mért érték negyede.

10. ábra

Az alapfunkciókban korlátozottak kormegoszlásra standardizált megoszlása a korlátozottság típusa és iskolai végzettség szerint



3.2.4. A 18 éves és annál idősebbek foglalkoztatottsága

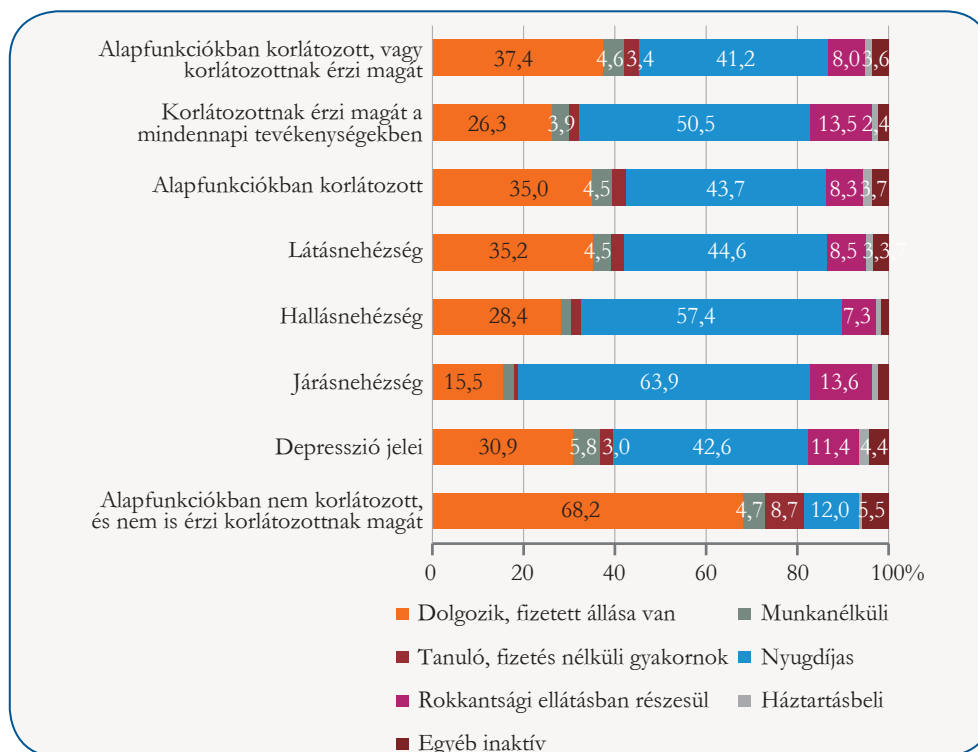
A foglalkoztatás a fogyatékoságügyi politikák egyik legfontosabb kérdése. A 20. század túlnyomó részében a munkavállalás lehetősége főként a fizikai képességektől függött, hiszen a foglalkozások többsége kétezi munka volt. Az utóbbi években azonban a fizetett munkák jellege jelentős változáson ment keresztül, és így a fogyatékkal élőknek is egyre nagyobb esélyük van arra, hogy jelen legyenek a munkaerőpiacon. A fogyatékos felnőttek mintegy 90%-ának élete során ugyan volt fizetett munkája, de az adatgyűjtés idején fennálló helyzet alapján azt kell mondani, hogy sokkal kisebb valószínűséggel van jövedelemszerző tevékenységük, mint a nem fogyatékos társaiknak. A felnőtt korúakat tekintve az előbbieknél csupán több mint harmada, az utóbbiaknak viszont bő kétharmada aktív kereső. A fogyatékkal élők 8%-a rokkantsági ellátásban részesül, és több mint négytizede nyugdíjas, míg a korlátozottságmentesen élők között a rokkantsági ellátásban részesülők aránya elhanyagolható, és a nyugdíjasoké is csak 12%.

Tekintve, hogy a hallás-, illetve járásnehézségekkel küzdők a legidősebbek, nem meglepő, hogy nagyobbik részük nyugdíjas.

A kontrollcsoport kormegoszlására standardizálva az arányok kissé átrendeződnek, és az összes akadályozott több mint fele dolgozna, ha az életkor szerinti összetételük azonos lenne a népesség másik felével. Továbbra is legritkábban a járásukban korlátozottaknak lenne fizetett munkájuk, az aktív keresők gyakorisága pedig alig haladná meg a korlátozottság nélkül élőkénél a felét, súlyos esetben még ennél is alacsonyabb. A járásukban súlyosan korlátozottak közel fele lenne nyugdíjas, vagy kapna rokkantsági ellátást. A depresszió jeleit mutatók még így is viszonylag ritkán dolgoznának, csak kétharmad annyian, mint a kontrollcsoportban, sőt súlyos esetben harmadannyi sem. Ezzel szemben viszont a bevallott kedélyállapotuk alapján (mérsékeltén vagy enyhén) depressziósok között lenne a legmagasabb a munkanélküliek aránya, 30–80%-kal több, mint a kontrollcsoportban. A súlyos depresszió jeleit mutatók többsége nyugdíjas lenne, vagy rokkantsági ellátásban részesülne.

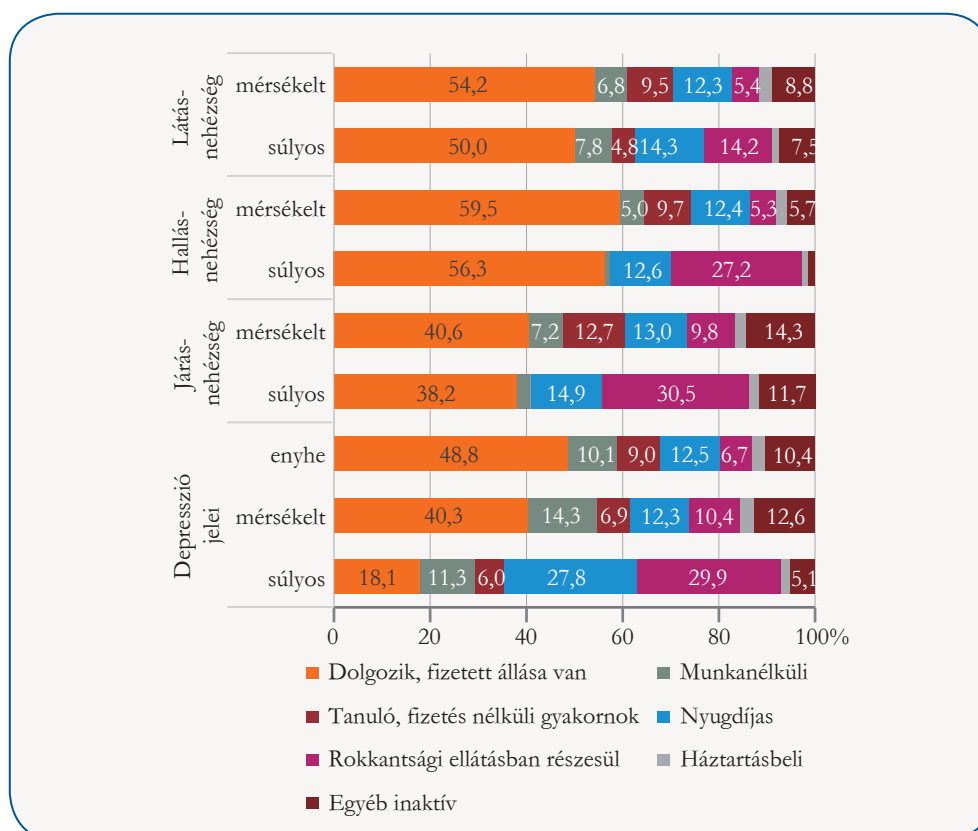
11. ábra

A 18 éves és annál idősebb akadályozott és nem akadályozott népesség megoszlása gazdasági aktivitás szerint



12. ábra

A alapfunkciókban korlátozott 18 éves és annál idősebbek kormegoszlásra standardizált megoszlása a korlátozottság típusa és gazdasági aktivitás szerint



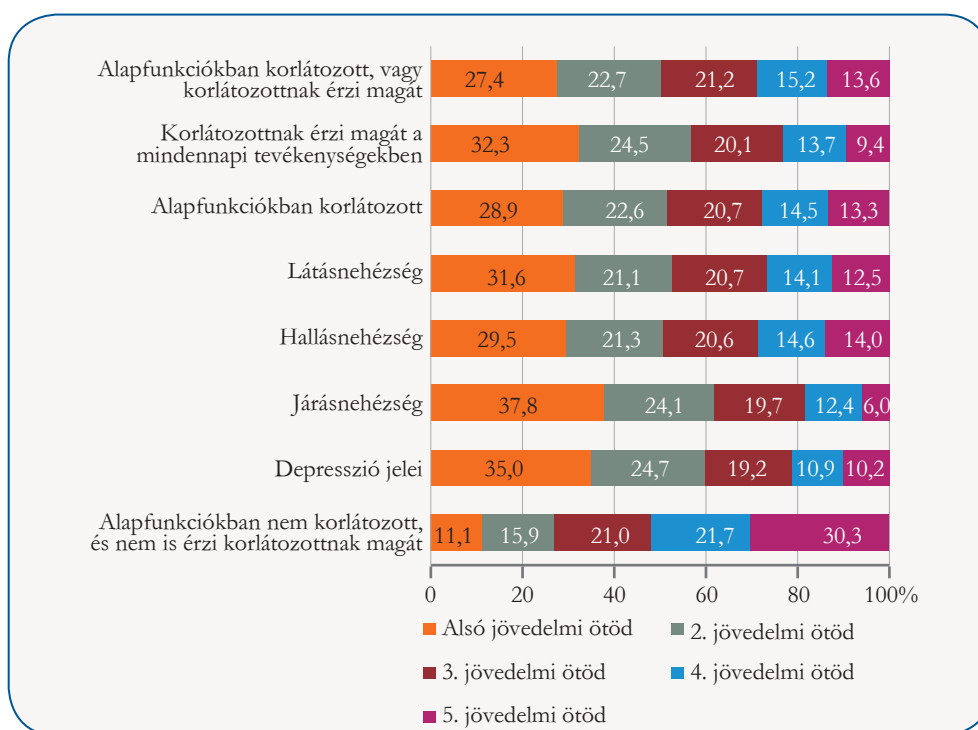
A fogyatékkal élők közül gazdaságilag legaktívabbak a hallássérültek. A standardizált arány esetükben 59%. A súlyos hallásnehézséggel küzdők között nincs egyetlen tanuló sem – ami összhangban van azzal, hogy körükben a legalacsonyabb a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya.

3.2.5. A háztartás jövedelme⁹

A fogyatékos embereknek – mint láttuk – ritkábban van fizetett munkájuk, mint másoknak, és az is valószínűsíthető, hogy jövedelemtermelő erejük még akkor is kisebb, ha képesek dolgozni. Az alacsonyabb szintű iskolázottság és foglalkoztatás együttes hatásának közvetlen következménye, hogy az akadályozott lakosság – függetlenül a fogyatékoság fajtájától, a korlátozottság okától – lényegesen hátrányosabb jövedelmi helyzetben van, mint a kontrollcsoport. Azt vizsgálva, hogy a jövedelmi kategóriák tagjai felül- vagy alulreprezentáltak-e az akadályozott népesség körében, megállapítható, hogy mintegy 2,5-szer többen tartoznak a legalsó jövedelmi ötödbe, mint a kontrollcsoportbeliek. Másrészt viszont az utóbbiak több mint fele a felső két ötöd tagja, míg az akadályozottak között 30% alatt marad ez az arány.

13. ábra

Az akadályozott és nem akadályozott népesség megoszlása jövedelmi ötöd* szerint



*A teljes népesség jövedelmi ötödei az egy főre jutó háztartási jövedelem alapján

Az alapfunkciókat tekintve a járásnehézséggel küzdők vannak a leghátrányosabb jövedelmi helyzetben, és csak kismértékben kedvezőbb a depressziós személyeké. Ha azonban kiszűrjük annak hatását, hogy a járásukban korlátozottak jóval idősebbek, mint a hangulati, érzelmi állapotuk miatt akadályozottak, a sorrend megfordul, bár az ily módon előálló különbségek csekély.

Az eltérő kormegoszlás hatásának kiszűrése a fogyatékkal élők leszakadásának mértékét csökkenti, a legalsó ötödbe tartozás tekintetében a különbség csupán mintegy kétszeresére redukálódik, míg a felső két ötödbe a kontrollcsoportbeli értéknek már a kétharmada sorolódik.

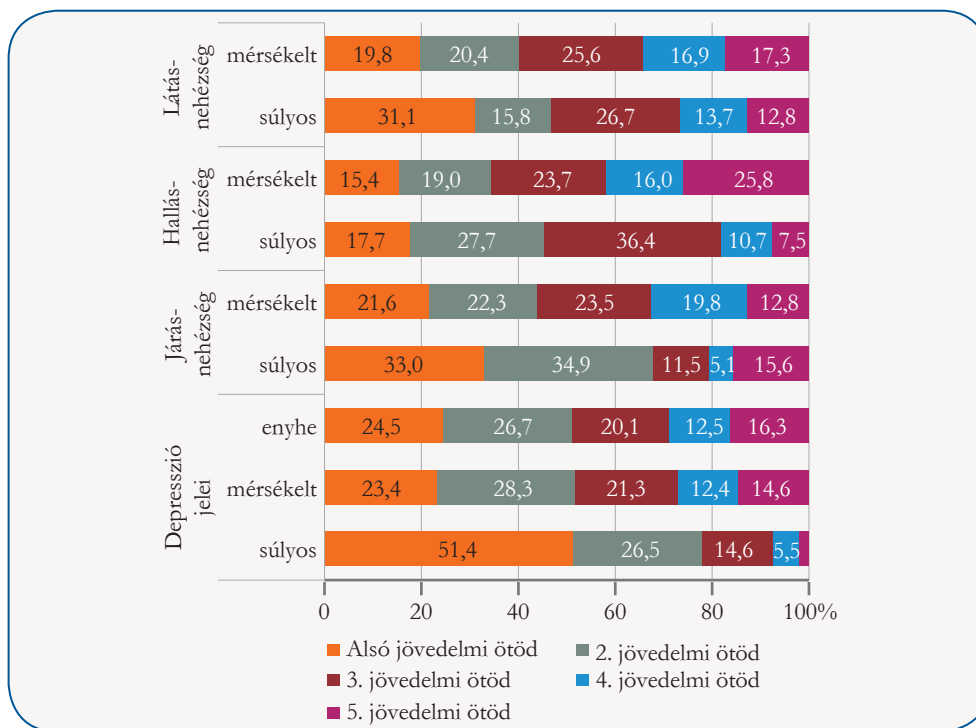
A standardizált arányok alapján vizsgálva az alapfunkcióbeli korlátozottságokat azok súlyosságát is figyelembe véve megállapítható, hogy a súlyos depresszióban szenvedők jövedelmi helyzete a legrosszabb, közülük minden második a legalsó ötödbe tartozik, és a felső két kategóriabeliek együttes hányada

⁹ A jövedelmi ötödök a teljes népesség egy főre jutó háztartási jövedelme alapján képzett kategóriák

a legalacsonyabb. Rendkívül hátrányos a súlyos járásnehézséggel küzdők helyzete is: harmaduk az alsó jövedelmi ötöd tagja, míg a felső három ötödbe együttesen is ugyanennyien tartoznak.

14. ábra

Az alapfunkciókban korlátozottak kormegoszlásra standardizált megoszlása a korlátozottság típusa és jövedelmi ötödök szerint



A súlyos halláskárosultak jövedelmi helyzetük alapján is speciális csoportot képeznek, kétharmaduk a 2–3. kvintilisbe sorolódik a magasabb jövedelműek arányát csökkentve, miközben a többieknek csak 4–5 tizede.

3.2.6. Szubjektív anyagi helyzet

A szubjektív anyagi helyzet¹⁰ a háztartás jövedelmi ötödökbe sorolásával igen erősen szignifikáns negatív korrelációt mutat, mégis érdemes megvizsgálni, hogy a fogyatékkal élők és a nem fogyatékosok mennyire hasonlítanak, illetve különböznek ebből a szempontból, mert ez a mutató jobban tükrözi azt, hogy a háztartás a rendelkezésre álló bevételeiből milyen mértékben tudja kielégíteni legfontosabb igényeit, mint a jövedelem objektív nagysága.

Az akadályozott emberek között mintegy feleannyian vannak a nagyon jó vagy jó, és kétszer annyian a rossz vagy nagyon rossz anyagi helyzetben élők, mint a nem akadályozottak körében. Az alapfunkciókat tekintve a depressziósok ítélik meg leggyakrabban hátrányosan a pénzügyi lehetőségeiket, és a hallásnehézséggel küzdők véleménye e tekintetben a legkedvezőbb.

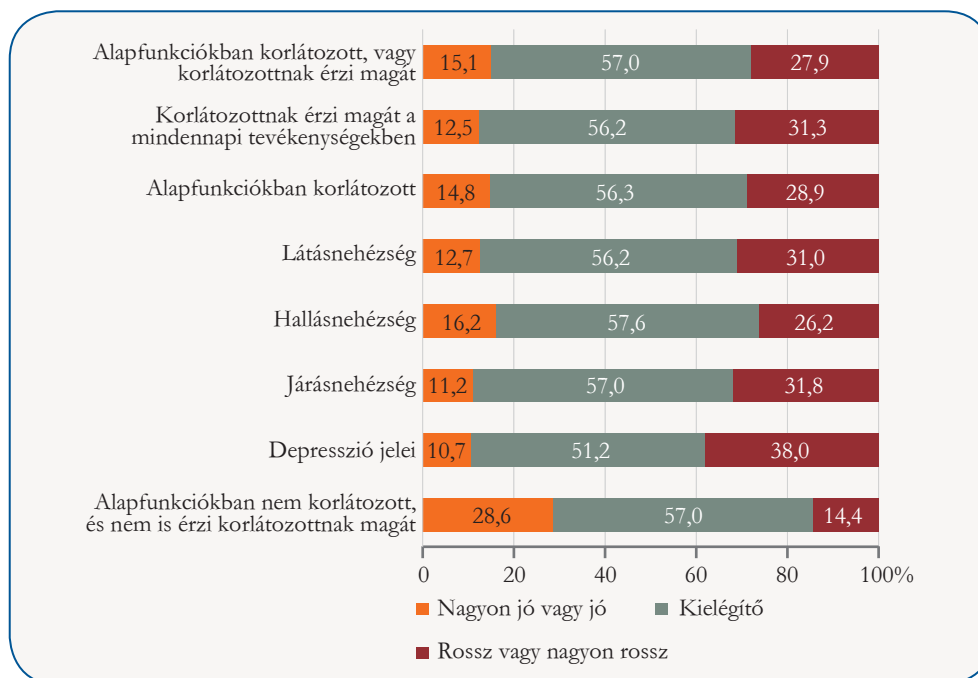
A kedvező anyagi helyzetben élők alacsony aránya a fogyatékkal élők között csak kismértékben az idősebb korösszetétel következménye. Annak feltételezése, hogy a korlátozottság jellegének minden csoportjában a kormegoszlás megegyezik a korlátozottságmentesekével, jellemzően alig befolyásolja – kissé emeli – a rossz vagy nagyon rossz anyagi helyzetben élők hányadát, viszont több mint ötödével növeli a „nagyon jó vagy jó”, és közel tizedével csökkenti a „kielégítő” kategóriába tartozók arányát.

Az alapfunkciókban mutatkozó nehézségek közül az eltérő korstruktúra a járásproblémáktól szenvedők anyagi helyzetét befolyásolja a legnagyobb mértékben. Azonos kormegoszlást feltételezve a „jó vagy nagyon jó” kategória aránya 18%, és a „rossz vagy nagyon rossz” eléri a 37%-ot.

¹⁰ A szubjektív anyagi helyzet értékelése az ELEF2014 kérdőív 115. kérdése alapján történt.

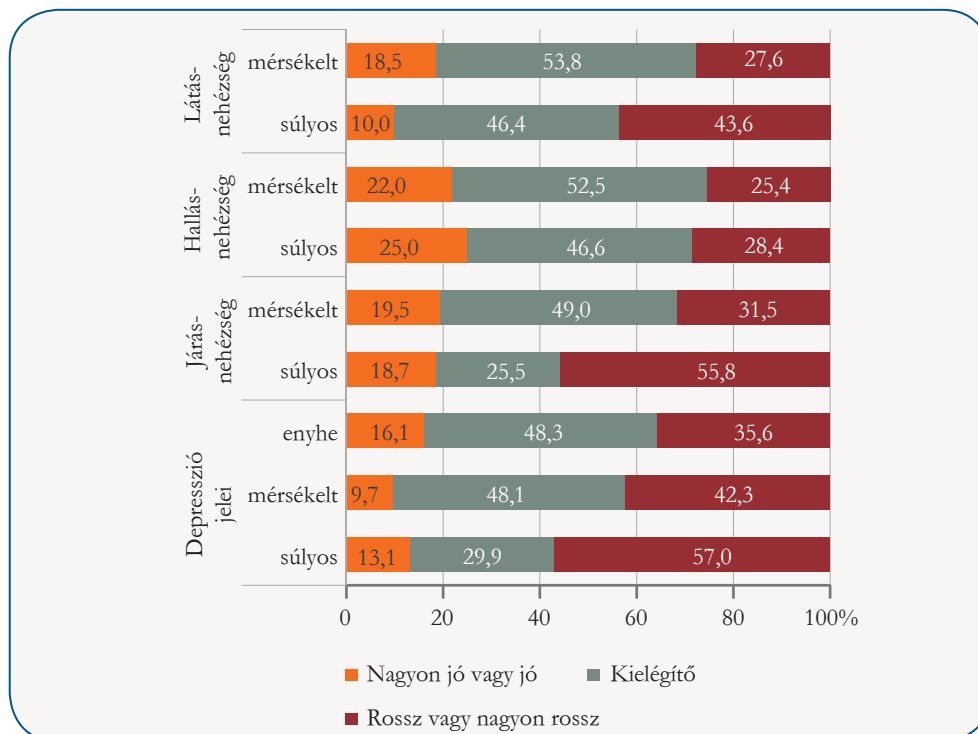
15. ábra

Az akadályozott és nem akadályozott népesség megoszlása a szubjektív anyagi helyzet szerint



16. ábra

Az alapfunkciókban korlátozottak kormegoszlásra standardizált megoszlása a korlátozottság típusa és a szubjektív anyagi helyzet szerint



A standardizált megoszlásokat figyelembe véve az alapfunkciókban korlátozottak közül összességében a halláskárosultak anyagi helyzete a legjobb és a depressziósoké a legrosszabb, ugyanakkor a súlyos járás-nehézséggel küzdőknek is hasonlóan a súlyos depresszió jeleit mutatókhoz nagyobbik része rossznak vagy nagyon rossznak ítélte anyagi körülményeit. Megjegyzendő, hogy a problémát jelentő érzelmi állapotuk hatására az emberek bizonyára a valóságosnál kedvezőtlenebbnek tüntetik fel az anyagi helyzetüket is.

3.3. Egészségi állapot

3.3.1. Orvos által megállapított krónikus betegségek¹¹

A fogyatékoságok hátterében betegség, sérülés vagy egyéb károsodás áll. Emellett viszont a korlátozottság népességi szinten együtt jár az idősebb életkorral, kedvezőtlenebb szociokulturális feltételekkel, hátrányosabb egészségmagatartással. Nem meglepő hát, hogy az akadályozottak nyolctizede szenved valamilyen orvos által megállapított idült betegségben, míg a népesség másik részében mindössze 38%. Az életkor növekedésével a fogyatékosok között a betegek aránya a 15-19 évesek mintegy 50%-áról a 85 éves és annál idősebbek 95%-ára nő, a népesség másik részében ezek a gyakoriságok 20, illetve 80%.

A szubjektíve korlátozottak körében a tartós betegek aránya nagyon magas (93%), sőt azok között, akik a napi teendők vonatkozásában a hátráltatottságukat súlyosnak érzik, 3% kivételével mindenkinek van krónikus betegsége. Az alapfunkciókban korlátozottak kevésbé szenvednek idült betegségben, tíz főből 8, de ha csak azokat tekintjük, akiknek az akadályozottsága legalább egy alapfunkcióban súlyos, a krónikus betegek aránya már 95%.

Az akadályozottság nélkül élő népességben a leggyakoribb betegségek a magasvérnyomás (16%) és az allergia (10%), a többi kórforma előfordulási aránya lényegesen alacsonyabb, egyenként nem éri el az 5%-ot. Az akadályozott lakosságban kivétel nélkül minden vizsgált betegség, betegségcsoport előfordulása gyakoribb, mint a kontrollcsoportban. Közöttük is a legmagasabb prevalenciájú betegség a magasvérnyomás, közel felüknél diagnosztizálták. A másik leggyakoribb betegségcsoport ebben a körben a reumatikus, ízületi kórformáké, amelyek közül is kiemelkedik a derék- és hátfájás, harmaduk szenved ettől.

Az akadályozottak és nem akadályozottak között a legkevésbé az allergiában szenvedők arányában figyelhető meg különbség (30%), ugyanakkor a depresszióban szenvedők prevalenciája már mintegy 25-szörös eltérést mutat. A fogyatékosággal élők körében 11–18-szor több az egyéb pszichés/mentális probléma, a vesebetegség, az inkontinencia, a rosszindulatú daganat, a szívinfarktus, az agyvérzés és a szívkoszorúér megbetegedés, mint a másik csoportban, a többi diagnózis tekintetében a különbség szignifikáns, de legfeljebb 10-szeres.

Azok között, akik a PHQ-8-teszt alapján is súlyos depresszió jeleit mutatják, az orvos által megállapított depresszió kiemelkedően, 125-szor gyakoribb, mint a kontrollcsoportban. A bármilyen szempontból súlyosan korlátozottak körében is átlagosan több mint 50-szer nagyobb a depresszió előfordulásának valószínűsége kontrollcsoporthoz viszonyítva. Az alapfunkciókban mutatkozó nehézségek a depresszió mellett leginkább a keringési rendszer betegségeinek fokozott esélyével járnak együtt. A súlyos korlátozottsághoz 42-48-szoros, a mérsékelthez 20-35-szörös többlet társul.

A krónikus betegségek és a fogyatékoság ugyan egymással nagyon szoros kapcsolatban van, ám a betegségek az esetek nagy részében nem járnak akadályozottsággal. Logisztikus regresszióval kontroll alatt tartva a legfontosabb demográfiai és szociokulturális háttérváltozókat, az akadályozott és a nem akadályozott népesség morbiditási különbségei jelentősen csökkennek, de az előbbieket esetében a krónikus betegek megemelkedett gyakorisága és minden vizsgált betegség magasabb prevalenciája nagyon kevés kivétellel továbbra is megmarad.

A rendelkezésre álló adatokból nem állapítható meg, hogy a fogyatékoság, illetve annak típusai és a krónikus betegségek milyen ok-okozati kapcsolatban állnak, az azonban bizonyos, hogy a korlátozottság bármely vizsgált formája növeli az idült betegségek fennállásának kockázatát. Amennyiben tanulmányunk fogalmai szerint vizsgáljuk a fogyatékos emberek legszélesebb csoportját, vagyis azokat, akik korlátozottan érzik magukat, vagy valamilyen alapfunkciójukat tekintve nehézségekkel küzdenek, közöttük annak az esélye, hogy valaki krónikus beteg, 4-szer nagyobb, mint a népesség másik részében. Azok, akik korlátozottan érzik magukat, sokkal gyakrabban küzdenek idült betegségekkel, mint azok, akiknek alapfunkcióikban vannak nehézségeik. Az előbbi típusú fogyatékoság 10-szeresére, a súlyos esetekben 12-szeresére, az utóbbi pedig „csak” 3-, illetve 5-szörösére növeli a krónikus betegségek esélyét. Az alapfunkciók

¹¹ Az ELEF2014 kérdőív 15. és 17.1-17.2. kérdésére adott válaszok alapján. A májcirrózist kihagytuk az elemzésből, mert mindössze 31 válaszadó számolt be erről a betegségről, és közülük csak egy nem tartozott a fogyatékkal élők közé.

közül kiemelkedik a járásban mutatkozó, különösen a súlyos akadályozottság, ami ugyanúgy növeli a betegségek valószínűségét, mint a nagyfokú szubjektív korlátozottság.

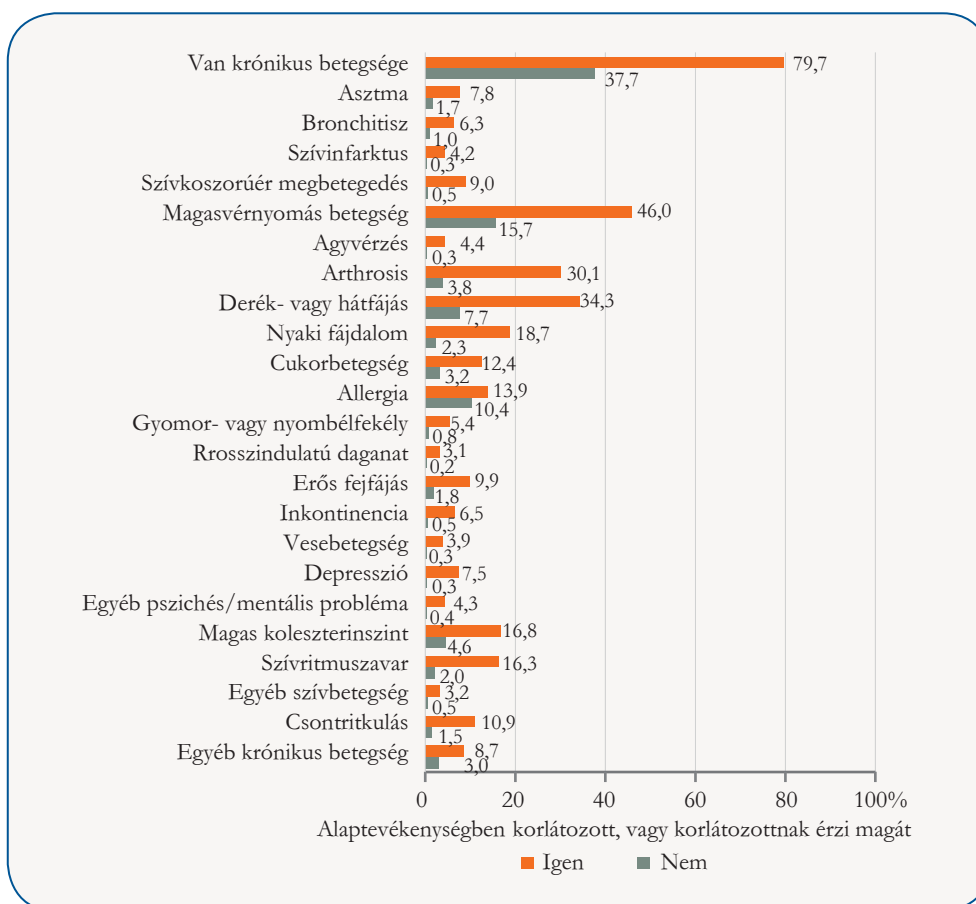
A logisztikus regresszió alapmodellje közepes (Nagelkerke R^2 : 0,16 – 0,49) vagy gyenge (Nagelkerke $R^2 < 0,16$) összefüggést mutat az egyes betegségekkel. Az asztma, a bronchitisz, az allergia, a gyomor- vagy nyombélfekély, az erős fejfájás, a krónikus vesebetegség és az egyéb szívbetegség az utóbbi csoportba tartozik, és gyenge meghatározottságuk akkor is megmarad, ha a fogyatékoság bármely formájának indikátorváltozójával kibővítjük a magyarázóváltozók összességét. A magasvérnyomás-betegség és az alapmodell magyarázó változói között közepes erősségű kapcsolat áll fenn, a Nagelkerke R^2 -et legfeljebb 5%-kal növeli a fogyatékoság egyes fajtáinak figyelembe vétele. A fogyatékkal élők legbővebb csoportját tekintve a háttérváltozók kontrollálása mellett is a depresszió előfordulási többlete a legmagasabb, a kontrollcsoporthoz viszonyított esélyhányados (EH) értéke 11. Az egyéb pszichés/mentális probléma, az agyvérzés és a rosszindulatú daganatok is kiemelkedően gyakrabban jelennek meg a fogyatékosággal együtt (EH: 6-7).

Az akadályozott népesség alcsoportjaiban a legnagyobb esélyhányadosokhoz társuló kórformák az alábbiak:

- Korlátozottan érzi magát: depresszió, egyéb pszichés/mentális probléma és szívkoszorúér betegség (EH: 6-8).
- Súlyosan korlátozottan érzi magát: depresszió, egyéb pszichés/mentális probléma, rosszindulatú daganat és agyvérzés (EH: 4-5).

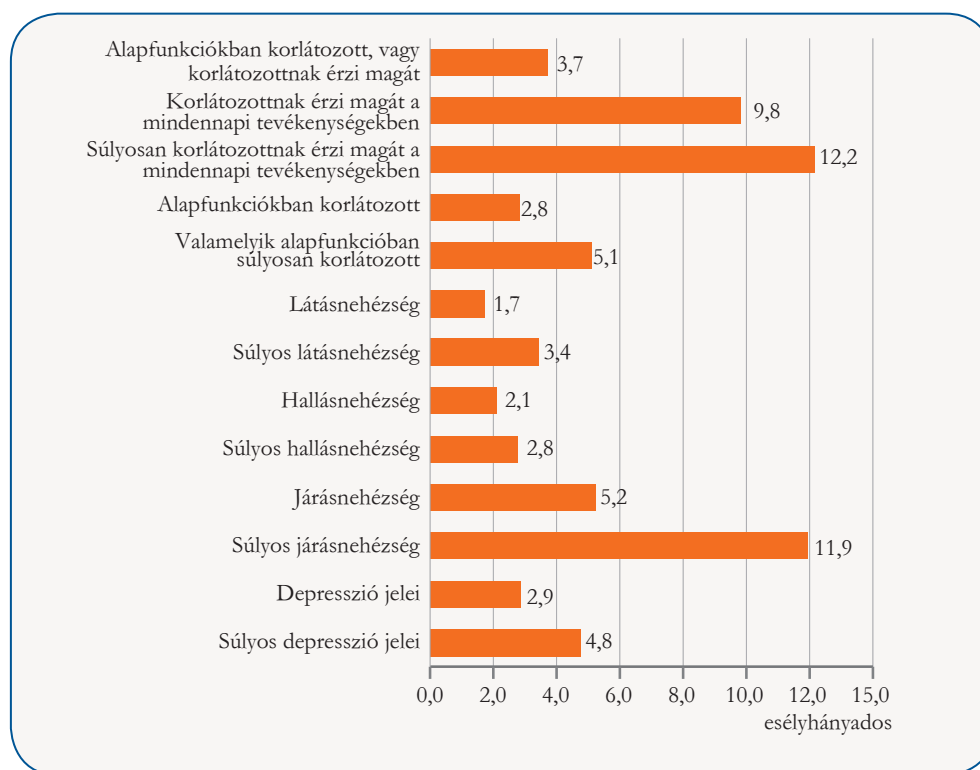
17. ábra

A krónikus betegségek prevalenciája az akadályozott és nem akadályozott népességben



18. ábra

Krónikus betegek arányának esélyhányadosa a fogyatékoság típusa szerint
(a megnevezett típusú korlátozottságtól mentesekhez viszonyítva)



- Alapfunkciókban korlátozott: depresszió (EH = 11), egyéb pszichés/mentális probléma, rosszindulatú daganat, inkontinencia és agyvérzés (EH: 4–6).
- Valamelyik alapfunkciója súlyosan nehezített: depresszió, egyéb pszichés/mentális probléma, inkontinencia és agyvérzés (EH: 4–6).
- Látásnehézség: inkontinencia, depresszió, egyéb pszichés/mentális probléma, agyvérzés, rosszindulatú daganat és szívritmuszavar (EH = 2).
- Súlyos látásnehézség: szívkoszorúér-betegség, agyvérzés, arthrosis, cukorbetegség, rosszindulatú daganat, inkontinencia, depresszió, egyéb pszichés/mentális probléma, szívritmuszavar és egyéb krónikus betegség (EH: 2-3).
- Hallásnehézség: arthrosis, derék- vagy hátfájás, nyaki fájdalom, inkontinencia, depresszió, egyéb pszichés/mentális probléma, magas koleszterinszint és szívritmuszavar (EH = 2).
- Súlyos hallásnehézség: szívkoszorúér betegség, arthrosis, derék- vagy hátfájás, nyaki fájdalom, inkontinencia, depresszió, egyéb pszichés/mentális probléma, szívritmuszavar és agyvérzés (EH: 2–3).
- Járási nehézség: inkontinencia, arthrosis, szívkoszorúér betegség és depresszió (EH: 4–6).
- Súlyos járási nehézség: szívkoszorúér betegség, inkontinencia, agyvérzés, arthrosis, derék- vagy hátfájás, nyaki fájdalom, depresszió és egyéb pszichés/mentális probléma (EH: 3–4).
- Depresszió jelei PHQ-8-teszt alapján: depresszió (EH = 13), egyéb pszichés/mentális probléma (EH = 8), inkontinencia és agyvérzés (EH = 4).
- Súlyos depresszió jelei PHQ-8-teszt alapján: egyéb pszichés/mentális probléma (EH = 12), depresszió (EH = 9), agyvérzés és inkontinencia (EH = 4).

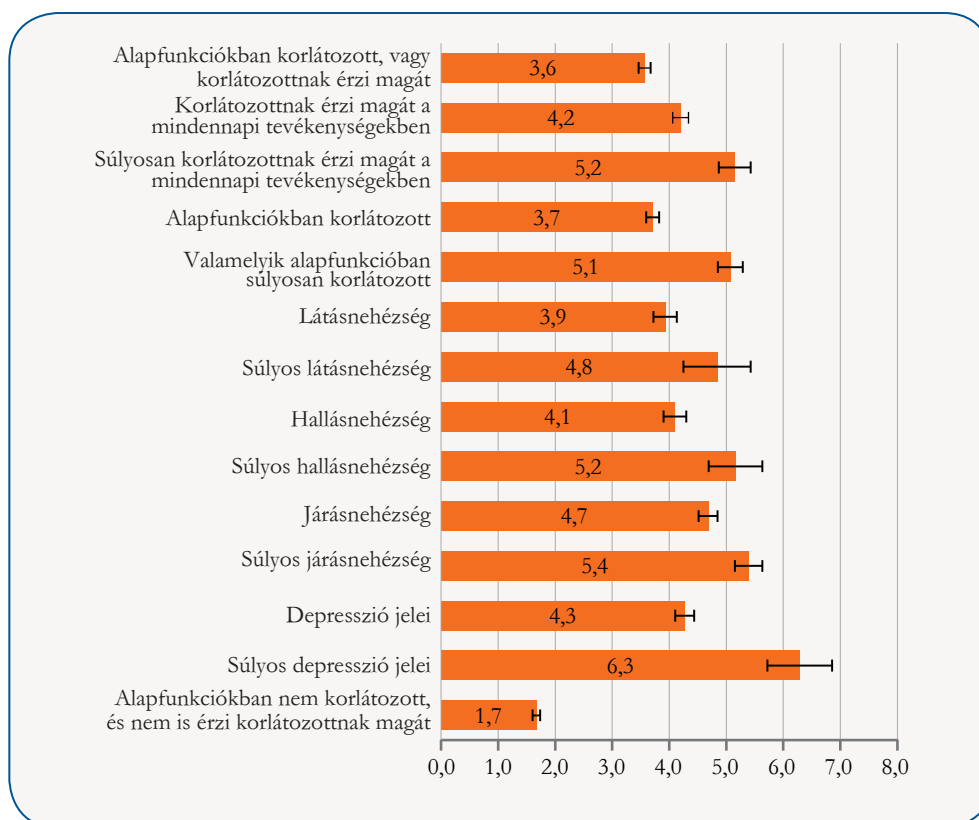
A legtöbb fogyatékoságtípushoz társul a depresszió, illetve az egyéb pszichés/mentális probléma fokozott valószínűsége. Az adatokból azt nem lehet megállapítani, hogy a rossz mentális állapot annak következménye-e, hogy az emberek nehezen birkóznak meg az egészségkárosodásuk életüket megnehezítő következményeivel, vagy a pszichés betegségük miatt nyilatkoznak negatívan az egészségükről.

Azok körében tapasztalható a legnagyobb betegségkockázat, akik a mindennapi tevékenységeikben érzik magukat hátráltatva. Az alapfunkciók közül a járásnehézséggel, különösen a súlyos járásnehézséggel küzdők között a legmagasabb a betegek aránya, a látás- és hallássérültek körében pedig a legalacsonyabb.

A korlátozottsággal élő emberek nemcsak gyakrabban betegek, hanem a betegeknek több betegségük is van, mint a nem korlátozottaknak. A kontrollcsoportban a krónikus betegek betegségeinek átlagos száma 1,7, míg a fogyatékosok között kétszer több. Ebből a szempontból is kedvezőtlenebb helyzetben vannak a szubjektíve korlátozottak azokhoz képest, akiknek az alapfunkciókban vannak nehézségeik. Az előbbieket közül tíz személynek átlagosan 5-tel több krónikus betegsége van, mint az utóbbiak esetében. Súlyos korlátozottság esetén viszont már nincs különbség az objektíven és szubjektíven korlátozottak között.

19. ábra

A krónikus betegek betegségeinek átlagos száma és 95%-os megbízhatósági tartománya az akadályozott és nem akadályozott népességben



A PHQ-8-teszt alapján súlyos depresszió jeleit mutatók betegségeinek száma kiemelkedően magas, közel négyszer több, mint a kontrollcsoportban. Megjegyzendő azonban, hogy a betegségek száma szempontjából ez a csoport mutatja a legnagyobb szórást, vagyis a betegségek számát tekintve a legheterogénabb.

Lineáris regresszióval kiszűrve a fogyatékos és nem fogyatékos népesség eltérő szociodemográfiai összetételét a korlátozottság egyes fajtáinak a krónikus betegségek számának alakulásában betöltött jelentősége a fentiekhez hasonló. Az alapmodell a krónikus betegségek számával közepes erősségű összefüggést mutat ($r = 0,571$), a legerősebb magyarázó változó a nyugdíjas státus indikátorváltozója ($\beta = 0,341$). Emellett a 40 évesnél magasabb életkor, az özvegy családi állapot, a munkanélküliség, a legfeljebb kielégítő anyagi helyzet is növeli a betegségszámot, míg a legalább érettségivel járó iskolai végzettség csökkenti. A nők többféle betegségről számolnak be, mint a férfiak. Az akadályozottság minden formája szignifikánsan növeli a betegségek számát. A betegségszámot a szubjektív korlátozottság ($\beta = 0,399$; $r = 0,667$) növeli a legnagyobb mértékben, ettől kevésbé marad el az alapfunkcióbeli súlyos korlátozottság ($\beta = 0,313$; $r = 0,633$). Ezek bármelyike a modellbe illesztésével átveszi a legerősebb magyarázó változó szerepét. Az érzékszervi nehézségek esetén ugyan a betegségszám magasabb, mint azok között, akiknek nincs ilyen problémájuk, de az r növekménye nem éri el a 3%-ot (látás: $\beta = 0,111$; $r = 0,581$, hallás: $\beta = 0,136$; $r = 0,586$), vagyis ezeknek a fogyatékosoknak a szerepe e tekintetben csekély. A járásban jelent-

kező akadályozottság növeli legnagyobb mértékben a betegségszámot ($\beta = 0,383$; $r = 0,649$). A depresszióknak a PHQ-8-teszt szerinti jelei is a betegségszámot jelentősebben emelő tényezők közé tartoznak ($\beta = 0,282$; $r = 0,627$).

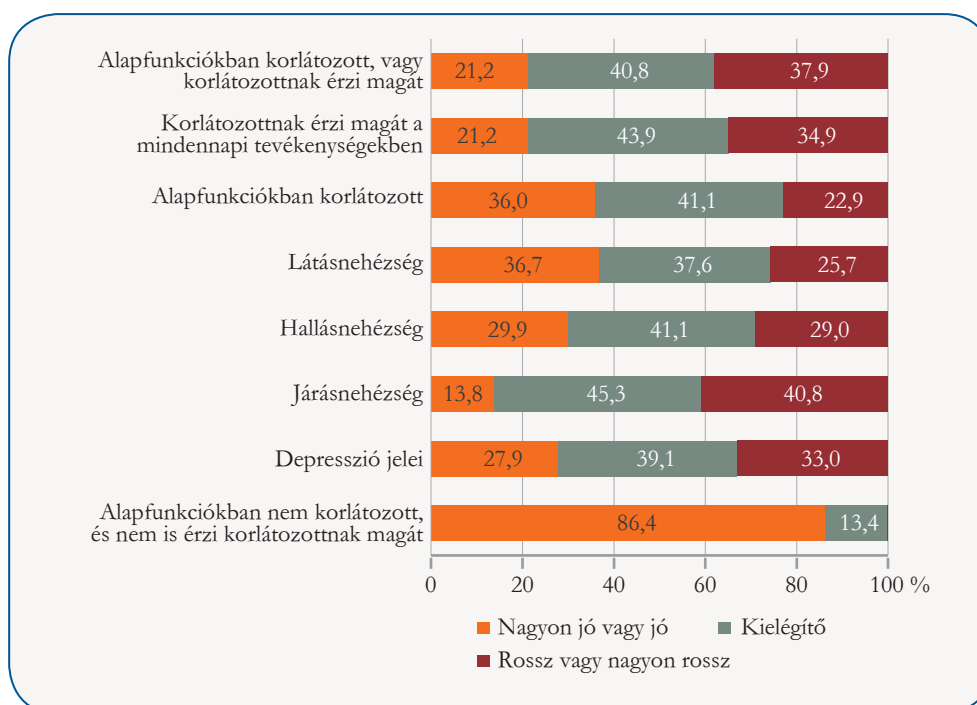
3.3.2. Szubjektív egészség¹²

A szubjektív/vélt egészség összefüggésbe hozható több objektív egészségindikátorral, továbbá jó előrejelzője az egészségügyi szolgáltatások iránti szükségletnek és igénybevételének, valamint a halálozásnak is (DeSalvo és mts., 2003). Mint azt az adatok is megerősítik, a fogyatékoság szorosan összefügg az általános rossz egészségi állapottal, a fogyatékoság és a betegség azonban mégsem egyenértékű fogalmak.

A nem fogyatékos lakosság túlnyomó része nagyon jónak vagy jónak értékeli az egészségét, és lényegében életkortól függetlenül szinte senki nem érzi rossznak vagy nagyon rossznak, vagyis a nem kielégítő egészségi állapot rendszerint együtt jár a korlátozottság valamilyen formájával. A rossz vagy nagyon rossz egészségi állapotúak 99%-a akadályozott. A fogyatékos emberek alig több mint ötödének nagyon jó vagy jó, és mintegy harmadának rossz vagy nagyon rossz az egészsége. Azoknak, akik korlátozottan érzik magukat – összhangban morbiditási helyzetükkel –, rosszabb a szubjektív egészsége, mint azoknak, akiknek alapfunkcióikban vannak nehézségeik. Az akadályozottság vizsgált kategóriái között a járásnehézséggel küzdők egészsége önértékelésük alapján a legrosszabb.

20. ábra

Az akadályozott és nem akadályozott népesség megoszlása szubjektív egészségi állapot szerint



A 75 évesnél fiatalabb korcsoportok szinte mindegyikében a férfiak nagyobb arányban érzik rossznak az egészségüket, mint a nők. 35 éves életkor alatt ez a hányad a 20–24 éves férfiak körében a legmagasabb (11%), a nőké a felét sem éri el. Mindkét nem esetében – akár az alapfunkcióbeli nehézségekkel, akár pedig a szubjektív korlátozottsággal élőket tekintjük, – a rossz egészségi állapotúak prevalenciája a 30–34 éves korcsoportban a legalacsonyabb (1–3%). Ezt követően némi hullámmal ugyan, de tendenciáját tekintve az idősebb életkorok felé haladva erőteljes növekedés tapasztalható, és a legtöbb rossz egészségű a 75–84 éves szubjektíven korlátozott nők között van, arányuk 51%.

¹² Az ELEF2014 kérdőív 14. kérdése alapján.

Kontrollálva a háttérváltozókat,¹³ a fogyatékoság minden kategóriájában továbbra is megmarad a rossz egészségnek az akadályozottak közötti nagyobb kockázata (EH = 37). A korábban leírtakkal összhangban azok, akik korlátozottan érzik magukat (EH = 20), betegebbek, mint az alapfunkciókban korlátozottak (EH = 9), és ez utóbbi csoportban a látás- és hallássérültek – beleértve a súlyosan korlátozottakat is – ítélik a legkevésbé rossznak egészségi állapotukat (EH = 1,8-4,1). Az önértékelés alapján azonban az alapfunkciók között nem a súlyos járási problémákhoz kapcsolódik a legkedvezőtlenebb egészségi állapot, hanem a súlyos depresszió jeleihez (EH = 15).

3.3.3. A fogak és a szájüreg egészsége

A szájüreg egészsége rendkívül fontos az általános jóllét vonatkozásában, hiszen a „szájüreg a tápcsatorna bemeneti kapuja, ahol a kifogástalan funkcionális működésen kívül esztétikai szempontok is szerepet játszanak. Az orális egészség jelentősen befolyásolja az életminőséget, és az egyik legfontosabb életminőségi indikátor” (Dr. Szőke J., 2012).

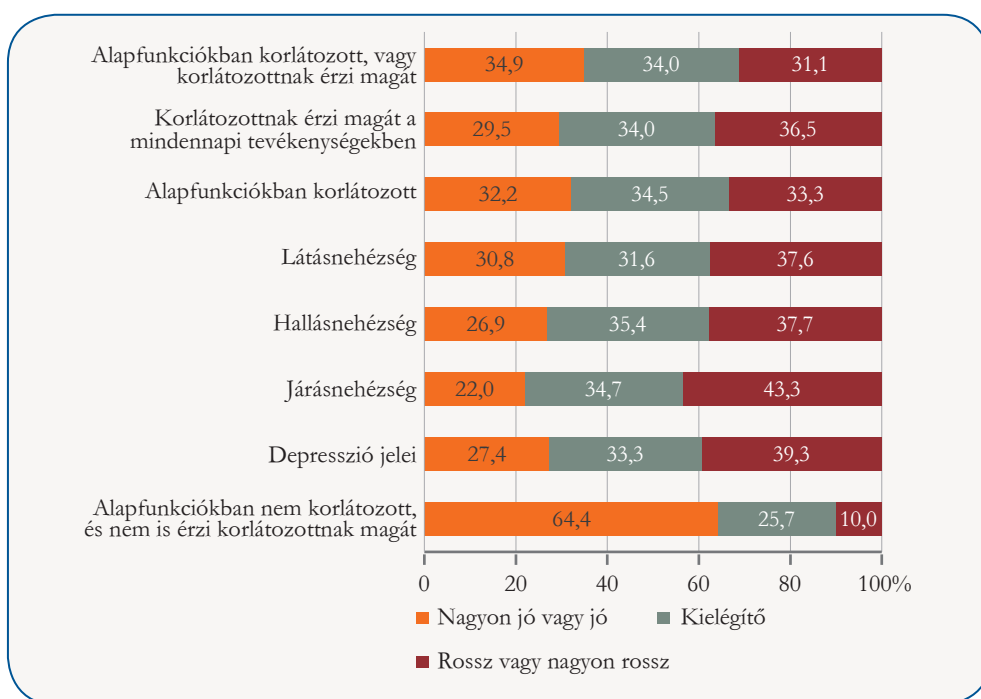
Az ELEF2014 a szájüregi egészséget is – mint az általános egészséget és a korlátozottságot – két vonatkozásban vizsgálta: egyfelől a válaszadók önértékelésével, másfelől a kóros elváltozások bizonyos konkrét jelei alapján.

3.3.4. A fogak és a szájüreg szubjektív egészsége¹⁴

A nem fogyatékos lakosságnak közel kétharmada gondolja úgy, hogy szájüregi egészsége nagyon jó vagy jó, ezzel szemben a fogyatékos emberek legszélesebb körének csak alig több mint harmada. Rossz vagy nagyon rossz értékelés az utóbbi csoportban háromszor gyakrabban született, mint az előbbiben. Ebből a szempontból is igaz az a korábban többször megfogalmazott megállapítás, hogy azok vannak kedvezőtlenebb helyzetben, akik a mindennapi tevékenységben érzik magukat korlátozottan összehasonlítva azokkal, akik valamilyen alapfunkcióban korlátozottak. Az alapfunkciók közül ebben a vonatkozásban is a járás az, amelynek akadályozottságához leggyakrabban társul kedvezőtlen állapot. A járásnehézséggel küzdők között a legnagyobb azok aránya, akik rossz a szájüregi egészségre panaszkodnak.

21. ábra

Az akadályozott és nem akadályozott népesség megoszlása szubjektív szájüregi egészség szerint



¹³ A korábban említett loglineáris modell kontrollváltozóinak a hatásait kiszűrve.

¹⁴ Az ELEF2014 kérdőív 18. kérdése alapján.

A loglineáris elemzés is megerősíti, hogy a fogyatékoság különböző vizsgált kategóriáiba tartozó személyeknek többnyire mintegy kétszer nagyobb az esélye (EH: 1,5–2,5) a rosszabb szájüregi egészségre, mint a komplementer népességcsoportokban, azaz azok között, akik az adott korlátozottságtól mentesek.

3.3.5. Szájüregi problémák¹⁵

Az ellátatlan szájüregi problémák közül a népességben a pótlás nélküli hiányzó fog a leggyakoribb, a fogyatékos népesség bő kétharmadának, a kontrollnépesség felének hiányos a fogazata. A többi nem kezelt kóros állapot is gyakrabban fordul elő a korlátozottsággal élőknel, mint a népesség másik részénél: lyukas fogak (34, illetve 27%), fogmosáskor vérző íny (19, illetve 12%) és laza fogak (12, illetve 4%). Összességében az akadályozott népesség több mint háromnegyedének van szájüregi problémája, a kontrollcsoportban pedig hattizednek. Lényegében azonos mértékben vannak kezeletlen szájüregi problémái azoknak, akik a mindennapi életben érzik magukat korlátozottnak és azoknak is, akiknek valamely alapfunkcióban vannak nehézségei. Ugyanakkor az utóbbi csoporton belül az egyes funkciócsökkenésekhez társuló arányok is viszonylag szűk sávban mozognak: 75–79%.

A loglineáris elemzések eredményei szerint is a fogyatékosok szinte minden vizsgált csoportjában nagyobb a kóros szájüregi állapot, hiányos fogazat kockázata (EH: 1,3–1,8), mint a komplementer népességekben. A súlyos szubjektív korlátozottság és a súlyos érzékszervi vagy fizikai nehézség esetén azonban nem bizonyítható, hogy ezekhez is rosszabb orális egészség társulna, mint a hiányukhoz.

3.4. Egészségmagatartás és kockázati tényezők

3.4.1. Zöldség-gyümölcs fogyasztás

Az ízletes, tápláló ételek éveket adnak az élethez, és életet az évekhez. Mindazonáltal a rossz étrend, a túlsúly és az elhízás hozzájárul a nagyszámú nem fertőző betegség kialakulásához. A túlzott zsírfogyasztás, az alacsony gyümölcs- és zöldségfogyasztás és az ezekhez társuló elhízás nemcsak lerövidíti a várható élettartamot, hanem árt az életminőségnek is (WHO Nutrition).

Bár az ELEF kérdőíve többféle szempontból is vizsgálta a táplálkozási szokásokat, a továbbiakban – mint talán a népegészségügyi szempontból legfontosabb élelmiszercsoport – a zöldség és gyümölcs napi fogyasztási gyakoriságát vizsgáljuk. A lakosság mintegy kétharmada eszik naponta zöldséget vagy gyümölcsöt, és nincs különbség attól függően, hogy az akadályozottakat vagy a kontrollcsoportot tekintjük. A korlátozottság típusa szerint a nyers adatok alapján mindössze annyi állapítható meg, hogy a látássérültek kevesebb zöldség-gyümölcsöt esznek, mint a hallássérültek, vagy a járásukban akadályozottak (63, illetve 70%).

A háttértényezők hatásának kiszűrésével az akadályozottaknak általában, illetve közöttük az alapfunkciókban korlátozottaknak, speciálisan a látásnehézséggel, valamint a depresszió jeleivel élőknek kisebb esélyük (EH: 0,7–0,8) van arra, hogy naponta fogyasszanak zöldséget vagy gyümölcsöt, mint a komplementer csoport tagjainak. A szubjektív korlátozottsággal, illetve a többi alapfunkcióban fennálló korlátozottsággal összefüggésben nem mutatkozik eltérés.

A rendszeresen fogyasztók naponta mintegy 4 adag zöldséget és gyümölcsöt fogyasztanak, és a WHO által javasolt napi 5 adagot is csak mintegy 15% eszi meg, függetlenül attól, hogy fogyatékos-e, és amiben a fogyatékoság szerinti kategóriák között sincs különbség.

3.4.2. Fizikai aktivitás

A rendszeres testmozgásnak sokféle jótékony hatása van mind a fizikai, mind a szellemi jólét szempontjából. A gyakran ismétlődő fizikai aktivitás 25%-kal csökkenti a szív- és érrendszeri megbetegedések és a 2-es típusú cukorbetegség kockázatát, lényegesen redukálja továbbá a magas vérnyomás és a rák egyes formáinak kialakulási esélyét, valamint hozzájárul a stressz, a szorongás és a depresszió megelőzéséhez, sőt talán még az Alzheimer-kór és egyéb demenciák hatását is késlelteti. Az előnyök között fel kell még sorolni, hogy megfelelő étrenddel kombinálva segít csökkenteni vagy karbantartani a testsúlyt (WHO Physical activity). Összességében a rendszeres fizikai aktivitás mérsékli a korai halálozást. Ezen kívül a

¹⁵ Az ELEF2014 kérdőív 19.a, c, d és g kérdései alapján.

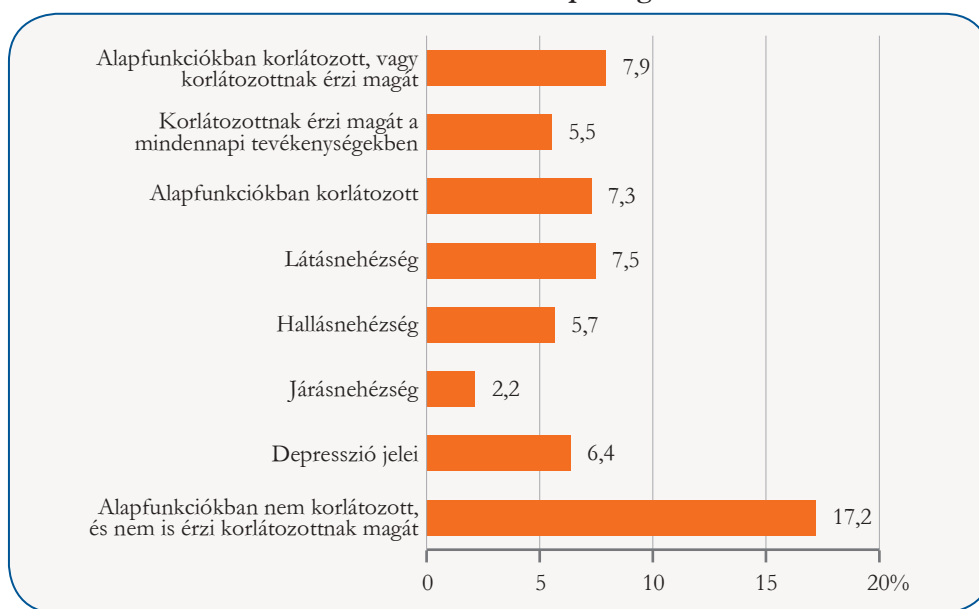
fizikai aktivitás fokozza a funkcionális képességeket, és ezért a testmozgás legalább ugyanolyan fontos a fogyatékos emberek, mint az általános lakosság számára, bár a fogyatékkal élők gyakran szembekerülnek olyan akadályokkal, amelyek megnehezítik a részvételüket szervezett testedzéseken (Rimmer et al. 2012).

A továbbiakban egyformán a WHO ajánlása¹⁶ szerint értékeljük az emberek fizikai aktivitását függetlenül attól, hogy van-e bármilyen korlátozottságuk.

A fogyatékos emberek között közel feleannyian tesznek eleget a WHO ajánlásának, mint a korlátozottságtól mentesen élők. Azok, akik korlátozottnak érzik magukat, kevésbé aktívak, mint a fogyatékosok általában, de a megfelelő mértékű testmozgást végzők aránya a járásukban nehezített személyek között a legalacsonyabb.

22. ábra

A WHO ajánlásának megfelelő fizikai aktivitásuk aránya a korlátozott és nem korlátozott népességben



A logisztikus regresszió megerősítette azt a megállapítást, hogy a fogyatékosok kevésbé aktívak, mint a kontrollcsoport tagjai ($EH = 0,8$), és mind a szubjektív, mind az alapfunkcióbeli korlátozottság mérsékelt testmozgással jár együtt ($EH: 0,7-0,8$). Az utóbbiak között a súlyos nehézségekkel élők még kevésbé tesznek eleget a WHO ajánlásának ($EH = 0,3$). Az alapfunkciók szempontjából a depresszió jeleit mutatók ($EH = 0,8$), a hallássérültek ($EH = 0,7$), a járási nehézséggel ($EH = 0,3$), illetve a súlyos járási nehézséggel küzdők ($EH = 0,2$) és a súlyos depresszió jeleit mutatók ($EH = 0,1$) fizikai aktivitása gyengébb, mint a népesség komplementer részének.

3.4.3. Túlsúly és elhízás¹⁷

A túlsúly és az elhízás minden ember életében súlyos egészségi következményekkel járhat, különösen a fogyatékkal élők esetében megnehezíthetik a fogyatékosághoz társuló állapot karbantartását. Például a túlsúly vagy az elhízás súlyosbíthatja azokat a tényezőket, amelyek a mozgáskorlátozottsághoz vezetnek, és tovább rontják az egyén mozgásképességét (Altman et al., 2008). Bár kutatások megállapították, hogy szoros összefüggés van a fogyatékoság és az elhízás között (Weil et al., 2002), a kapcsolat ok-okozati viszonyai nem egyértelműek. Bárminemű korlátozottság, illetve az annak hátterében álló betegségek indítékai lehetnek a kevesebb mozgásnak, a fizikailag kevésbé aktív életmódnak, ami túlsúlyhoz vagy

¹⁶ Az ELEF2014 kérdőív 82–83. kérdésére adott válaszok alapján. Megfelel a WHO ajánlásának, ha valaki egy átlagos héten szabadidejében legalább 150 percet tölt összesen sportolással, sportos tevékenységekkel, vagy egy átlagos héten legalább 2 napon végez kifejezetten izomerősítő, állóképességet fejlesztő gyakorlatokat.

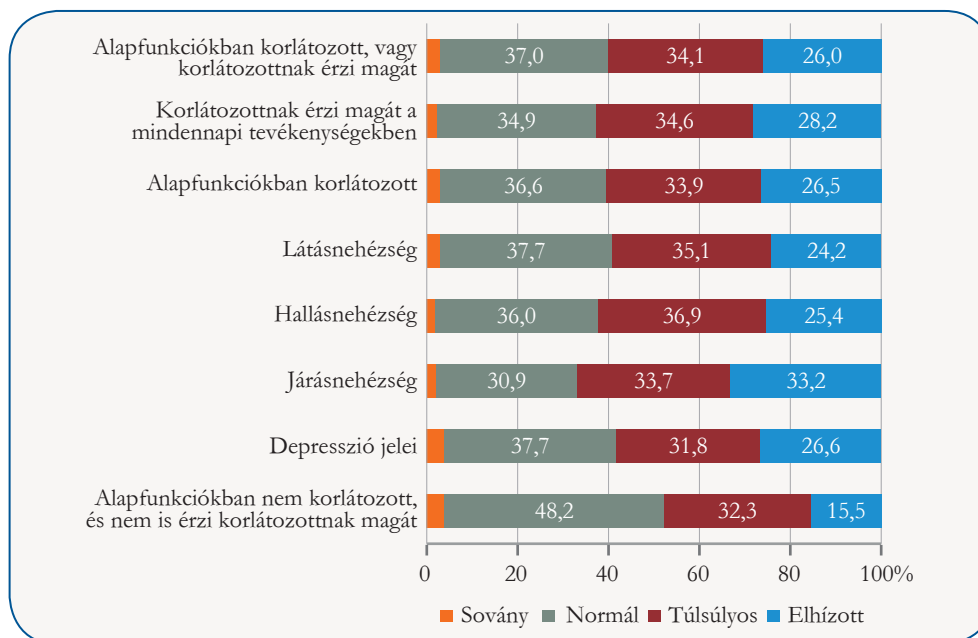
¹⁷ A túlsúlyt és elhízást a testtömegindex (elterjedt angol rövidítése: BMI) alapján definiáljuk. A BMI a kilogrammban mért testtömeg osztva a méterben mért testmagasság négyzetével. Az így kapott érték kategorizálása a következőképpen történik. Sovány: $BMI < 18,5$; Normál: $18,5 \leq BMI < 25$; Túlsúlyos: $25 \leq BMI < 30$ és Elhízott: $BMI \geq 30$.

elhízáshoz vezethet. Másrésről a súlytöbblettel különféle betegségek járnak együtt (NHLBI, 2003), és szélsőséges esetben maga a túlsúly is, de a társuló betegségek is korlátozottsághoz vezethetnek.

Az eddigi nemzetközi eredményekkel összhangban az ELEF2014 adatai is azt mutatják, hogy a fogyatékosok testtömege a korlátozottság nélkül élőkhez hasonlítva kisebb valószínűséggel esik az egészséges tartományba, és nagyobb az elhízottság kockázata. Az önbevalláson alapuló adatok szerint a fogyatékos lakosság negyede-harmada elhízott, míg a nem fogyatékosoknak csak 16%-a. A járásukban korlátozottak között kiemelkedően magas ez az arány, harmaduk elhízott. Az érzékszervi sérültek között alacsonyabb az elhízottak aránya.

23. ábra

Az akadályozott és nem akadályozott népesség megoszlása tápláltsági állapot szerint



A túlsúlyosak gyakorisága az akadályozottság megléte és típusa szerint viszonylag szűk intervallumban mozog, a nem akadályozottak 32 és a hallássérültek 37%-a között. A normál súlyúak aránya is az előbbieket körében a legkedvezőbb, közel minden második személy idesorolható. Ezzel szemben a járásnehézséggel küzdőknek a harmada sem tartozik ebbe a csoportba. A fogyatékosok többi vizsgált csoportjában a normál súlyúak aránya 35–38%. A soványak a népesség töredékét, mintegy 3%-át adják, de a korlátozottságtól mentes személyek között többen vannak, mint a fogyatékosok körében.

Kiszűrve a háttértényezőket általában az akadályozottság, és külön-külön a szubjektív korlátozottság és az alapfunkcióbeli nehézségek és súlyos nehézségek is (EH: 1,2–1,6), specifikusan a járásnehézségek, illetve a súlyos járásnehézségek is (EH = 1,7) fokozzák az elhízottság kockázatát, míg a súlyos hallásnehézségekhez csökkent rizikó társul (EH = 0,7).

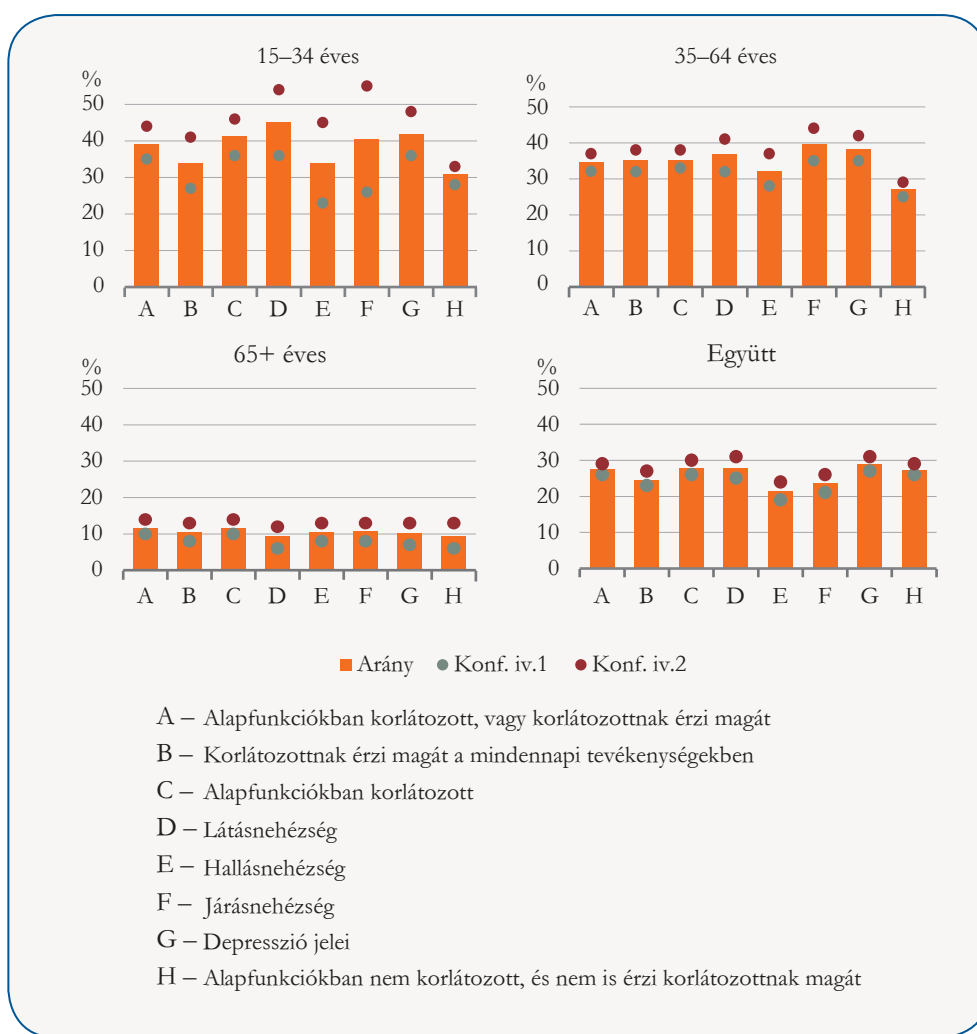
3.4.4. Dohányzás

A dohányzás együtt jár a légcső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganata, az ajak, szájüreg, garat, nyelőcső és gége tumorai, a légzőrendszer idült obstruktív betegségei, az egyéb daganatok, a magasvérnyomás- és agyérbetegség, valamint az ischémias és más szívvel kapcsolatos kóros állapotok megnövekedett kockázatával (KSH, 2014). A fogyatékosok bizonyos fajtái esetén – például izomgyengeség fennállásakor, ami nehezíti a légzést, és a légzéssel, valamint a szív működésével kapcsolatos problémák előidézője lehet – az egyének egészségi állapota különösen érzékenyen reagálhat a dohányzás káros következményeire. A cigarettázás ezért akár a rokkantság kialakulásának előidézője is lehet, további egészségügyi problémákat okozhat, vagy súlyosbíthatja a fogyatékos emberek meglévő problémáit (Friend et al., 2005).

Az akadályozott népesség azonos valószínűséggel dohányos, mint a nem akadályozottak, bár a két résznépesség eltérő kor megoszlása jelentős mértékben hozzájárulhat az arányok alakulásához, ezért a dohányzók prevalenciáját korcsoportok szerint érdemes vizsgálni. A 15–34 éves akadályozott embereknek közel négytizede dohányzik, többen, mint a komplementer népességben, ahol 31% a dohányzók aránya. A 35–64 évesek esetében ezek a gyakoriságok alacsonyabbak ugyan, de a különbségük abszolút értékben azonos a fiatalokéval. A 65 éves és annál idősebb népesség mintegy tizede dohányzik akár fogyatékos, akár nem. A korábbiakban azt láttuk, hogy az egészségi állapotukat tekintve a szubjektíve korlátozottak vannak hátrányosabb helyzetben azokhoz képest, akiknek alapfunkcióik szempontjából vannak nehézségeik, a két csoport dohányzási prevalenciája azonban statisztikailag nem különbözik sem globálisan, sem pedig az egyes életkori kategóriákban. Az alapfunkcióbeli nehézségek közül a hallássérülés az egyetlen, amelyik a kontrollcsoporthoz viszonyítva a dohányzás kisebb valószínűségével jár együtt.

24. ábra

Dohányzók az akadályozott és nem akadályozott népességben korcsoport szerint, arány és 95%-os konfidencia-intervallum



A loglineáris elemzés felfedi, hogy a fogyatékosság növeli a dohányzás kockázatát ($EH = 1,2$), a gyakoribb dohányzás azokra jellemző, akiknek alapfunkcióikban vannak nehézségeik ($EH = 1,3$), de azokra nem, akik korlátozottnak érzik magukat. Az egyes alapfunkciókat külön-külön vizsgálva a látássérülés, a súlyos látássérülés, a járásprobléma, a súlyos járásprobléma és a depresszió jelei járnak együtt a dohányzás nagyobb esélyével ($EH: 1,2-1,6$).

A rendszeresen dohányzók naponta átlagosan mintegy 14 cigarettát szívnak, függetlenül attól, hogy fogyatékosok-e, illetve, hogy milyen jellegű korlátozottsággal kénytelenek élni.

3.4.5. Szeszkesital-fogyasztás

Az alkoholizmus, illetve a mértéktelen alkoholfogyasztás fontos közegészségügyi kérdés, érinti mind a fogyasztókat, mind pedig a nem fogyasztókat. A mértéktelen fogyasztásnak van néhány pozitív élettani hatása, de egyes alkoholfogyasztási szokásoknak – különösen az alkalmankénti mértéktelen ivásnak (binge drinking¹⁸), illetve a rendszeres túlzott fogyasztásnak – az egészségre káros hatása lehet, akár akut, akár krónikus formában (Rehm et al., 2003). A fogyasztóssággal sújtott életének 4,5%-át a kóros alkoholfogyasztás okozza, májcirrózis esetén közel felét, epilepsziával vagy sérülésekkel összefüggésben több mint negyedét, közlekedési baleset miatt mintegy ötödét (WHO, 2011).

Tekintve, hogy az „alkoholista” jelző a társadalom meghatározó részében megbélyegző minősítés, feltételezhető, hogy azok, akik érintve érzik magukat, általában előnyösebb képet igyekeznek magukról festeni, és a valódinál ritkább, illetve kisebb mennyiségű szeszkesital-fogyasztásról számolnak be. Mindez arra int, hogy nagy körültekintéssel kell az adatokat értékelni, nemcsak azért, mert a letagadás miatt torzítanak, hanem azért is, mert lehetséges, hogy a fogyasztóssok között és a kontrollcsoportban az alulbecslés mértéke nem egyezik meg.

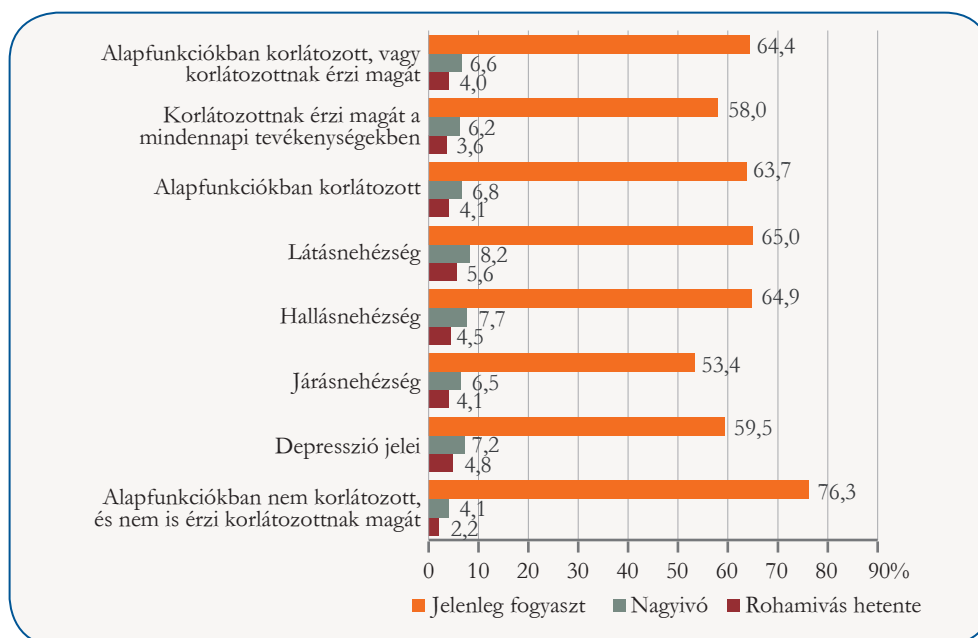
Az akadályozott emberek kisebb arányban nyilatkoztak úgy, hogy fogyasztanak szeszkes italt, mint a többiek (76, illetve 64%), és a kontrollcsoportbeli italozási arányt egyetlen itt vizsgált fogyasztóssági kategóriában sem érték el. A legkisebb gyakoriságokat a járásnehézséggel küzdők, a szubjektíve korlátozottak és a depresszió jeleit mutatók (53–59%) jelentették.

A ritkább italozás ellenére a fogyasztóssok összességének mintegy 7%-a tekinthető nagyivónak,¹⁹ míg a nem fogyasztóssok között kevesebb, száz személyből mindössze 4. Az előbbieknél körében a nagyivóknak a kontrollcsoporthoz viszonyított többsége minden alcsoportra jellemző.

A heti rohamivás a nagyivásnál is ritkább magatartásforma, de a fogyasztóssok között ez is gyakoribb, és az alapfunkciókban korlátozottak – a látáskárosultak, a halláskárosultak és a depressziósok – azok, akik körében a kontrollcsoporttal összevetve magasabb azok aránya, akiknek életében minden héten van olyan alkalom, amikor legalább 6 egységnyi szeszkes italt fogyasztanak.

25. ábra

A szeszkesital-fogyasztás egyes indikátorai a korlátozott és nem korlátozott népességben



A logisztikus regresszió azt mutatja, hogy a túlzott mértékű szeszkesital-fogyasztás hátterében a fogyasztósság szerepe lényegesen differenciáltabb, mint amit a nyers adatok mutatnak. A fogyasztósság – az itt vizsgált legszélesebb definíció szerint – fokozza a nagyivást (EH = 1,5) és a heti gyakoriságú rohamivást

¹⁸ Binge drinkingnek, rohamivásnak nevezzük azt, ha valaki egy alkalommal 6 vagy több egységnyi szeszkes italt fogyaszt. (1 dl sör = 0,2 egység ital; 1 dl bor = 0,5 egység ital; 1 cl rövidital = 0,2 egység ital)

¹⁹ Nagyivó az a férfi, aki több mint 14, illetve az a nő, aki több mint 7 egység szeszkes italt iszik hetente.

(EH = 1,8) kockázatát is. Ugyanakkor sem a nagyívás, sem a rohamívás nagyobb esélye nem társul a szubjektív korlátozottsághoz. Az alapfunkciókban korlátozottak (nagyívás – EH = 1,6; rohamívás – EH = 1,8), közöttük is a látássérültek (nagyívás – EH = 1,8; rohamívás – EH = 2,3), a súlyos depresszió jeleit mutatók (nagyívás – EH = 2,6; rohamívás – EH = 3,9), és általában a depresszió jeleit mutatók (nagyívás – EH = 1,6; rohamívás – EH = 1,7) azonban mindkét szempontból hajlamosabbak az alkoholabúzusra. A logisztikus regressziós elemzés a rohamívás nagyobb kockázatát nem, de a gyakoribb nagyívást alátámasztja a súlyos látássérültek (EH = 2,1) és a hallássérültek (EH = 1,4) esetében.

3.4.6. Megelőző egészségügyi ellátás igénybevétele

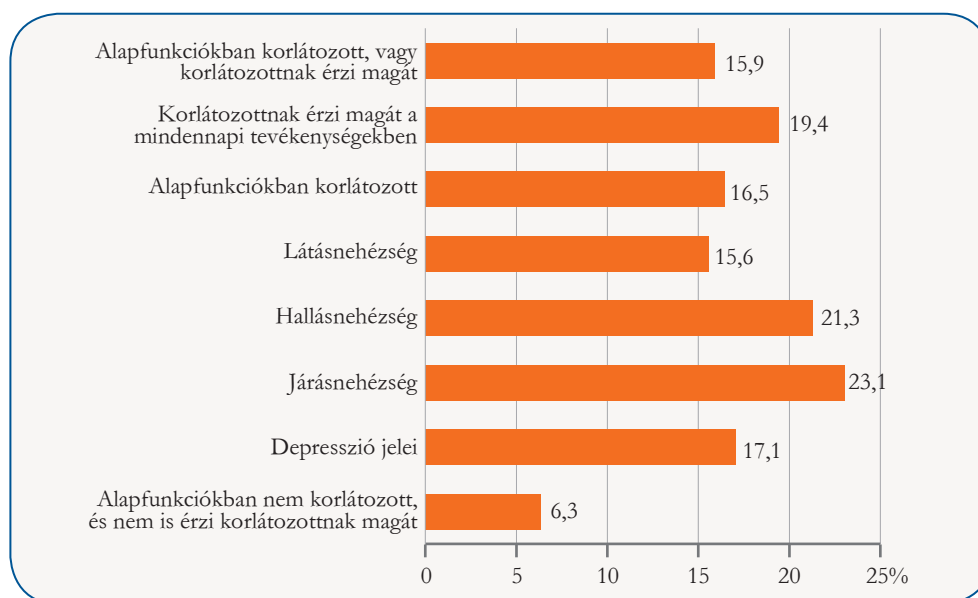
Minden ember a fogyatékosági státusától függetlenül igénybe veheti a jogszabályok által biztosított preventív ellátásokat (szűrést, tanácsadást és védőoltásokat). A funkcionális korlátozások egyes típusai (például a bénulás és bizonyos krónikus betegségek okozta korlátozások) mellett gyengül az immunrendszer, és ez indokolhatja az immunizációt akkor is, ha az egyén életkora az ajánlott intervallumon kívül esik. Egyes ellátást nyújtó helyek nehéz fizikai megközelíthetősége, illetve azok az egészségügyi berendezések, eszközök és vizsgálatok, amelyek megtervezése során nem vették figyelembe a speciális igényű emberek ellátását is, akadályozhatja a fogyatékkal élőkben abban, hogy a megelőző szolgáltatásokat igénybe vegyék (Altman et al., 2008). Az alábbiakban három ajánlott preventív ellátás – influenza elleni éves oltás, citológiai vizsgálat és mammográfia – gyakoriságát mutatjuk be a fogyatékos és nem fogyatékos népességben.

3.4.7. Influenza elleni védőoltás

Az influenza elleni éves védőoltás csökkentheti a kórházi kezelés és halálozás kockázatát a 65 éves és annál idősebbek körében, és megakadályozhatja az influenza szövődményeit azoknál a fiatalabbaknál, akiknek valamilyen krónikus alapbetegségük van (Hak et al., 2005). Mint azt korábban bemutattuk, a korlátozottsághoz számos idült betegség fokozott gyakorisága társul, ezért nem meglepő, hogy a sérült emberek gyakrabban veszik fel az influenza elleni védőoltást, mint mások. A magyar lakosság háromtizede részesült már élete során ilyen prevenció ellátásban, a nem fogyatékosok közel negyede, a fogyatékosok több, mint harmada. A szakemberek azonban a magas kockázatú lakosság számára a vakcináció évenkénti ismétlését javasolják (ÁNTSZ, 2015). 2014 októberében a lakoságnak csak alig több mint egytizedét tették ki azok, akik 12 hónapon belül kaptak védőoltást, a fogyatékos emberek között lényegesen nagyobb arányban, mint a nem fogyatékosok körében. Összhangban azzal, hogy a járásukban korlátozottak egészsége kiemelkedően rossz, esetükben a legmagasabb az egy éven belül beoltottak aránya.

26. ábra

A 12 hónapon belül influenza elleni védőoltásban részesültek aránya a korlátozott és nem korlátozott népességben



A logisztikus regresszió is alátámasztja, hogy a korlátozottság növeli az influenza elleni védőoltás beadatásának valószínűségét ($EH = 1,7$), és a mérték tekintetében a szubjektíve korlátozottak és az alapfunktóbeli nehézségekkel élők között lényegében nincs különbség. Az alapfunktóbeli korlátozottságok közül egyedül a látásproblémák esetében nem igazolható az influenza elleni védőoltás felvételének nagyobb esélye az adatfelvételt megelőző 12 hónapban.

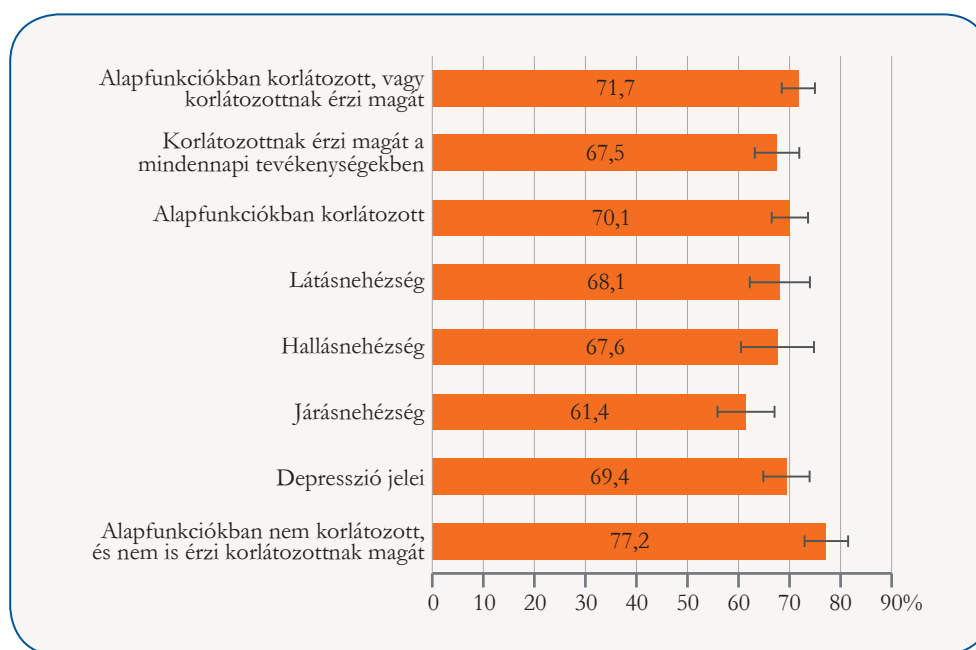
3.4.8. Citológiai vizsgálat

A citológiai vizsgálatot, vagyis a méhnyak hámsejtjeinek mikroszkopikus vizsgálatát a méhnyak rákos vagy rák előtti állapotainak és más betegségeinek kimutatására használják. A 2003 őszétől indult országos szervezett szűrés keretében a 25 és 64 éves kor közötti nőket háromévente hívják be citológiai vizsgálatra (Döbrössi, 2013). Ezzel a rendszerrel összhangban jelen tanulmányban is azt mutatjuk be, hogy a 25–64 éves nők az ELEF2014-et megelőző 3 évben végeztettek-e citológiai vizsgálatot.

A nyers adatok azt mutatják, hogy a fogyatékos emberek összessége és a kontrollcsoport e tekintetben egymástól statisztikailag nem különbözik, de akik korlátozottan érzik magukat, azok a fogyatékos népesség átlagánál ritkábban vetették magukat alá ilyen szűrővizsgálatnak. Az alapfunktóbeli korlátozottság típusai közül a járásnehézséggel küzdők körében alacsonyabb a vizsgálaton átesettek aránya, mint a többiek között.

27. ábra

A 3 éven belül citológiai vizsgálaton átesettek aránya és 95%-os megbízhatósági tartománya a 25–64 éves korlátozott és nem korlátozott női népességben



A többváltozós elemzés azt bizonyítja, hogy az eltérő magatartás alapvetően a különböző szociodemográfiai összetétel következménye. A fenti ábra kategóriáit tekintve a fogyatékoság egyetlen formája sem jelent akadályt a vizsgálaton történő részvétel szempontjából. Ha azonban a korlátozottság mértékét is figyelembe vesszük, akkor mindazok, akik valamelyik alapfunktójukban súlyosan korlátozottak ($EH = 0,6$), illetve az érzékszervi és fizikai fogyatékoságokat egyesével vizsgálva, akiknek ezekben súlyos nehézségük van ($EH:0,4-0,5$), hátrányos helyzetben vannak a citológiai vizsgálat elvégzését tekintve.

3.4.9. Mammográfia

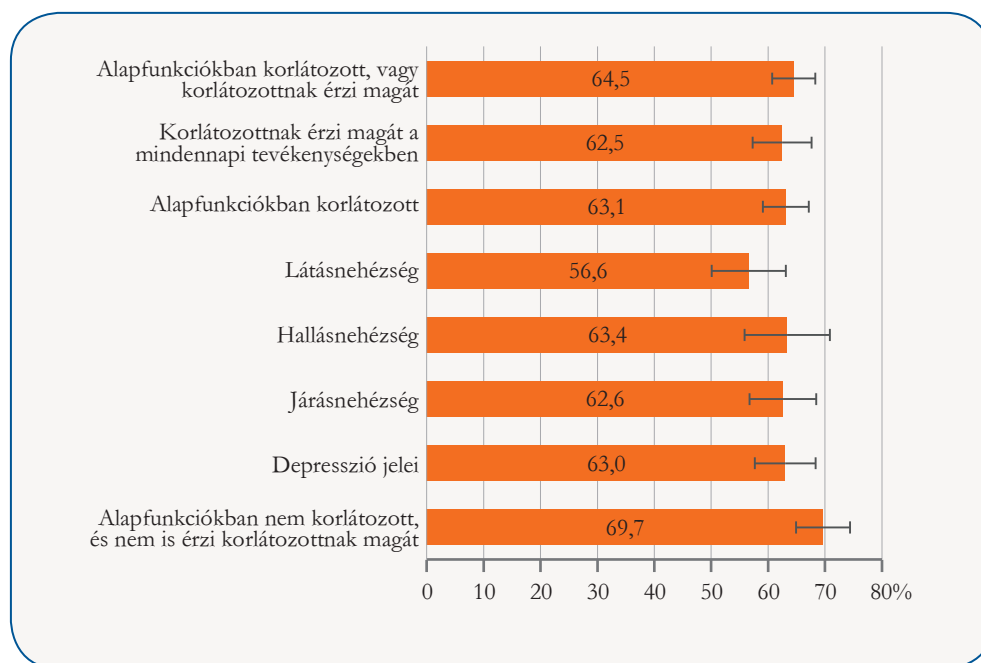
A rendszeres mammográfiás szűrés eredményesnek bizonyult az emlőrákhalandóság csökkentésében. Az egészségügyi ellátásért felelős minisztérium szakmai protokollja szerint „a rendszeres mammográfiás emlőszűréssel az emlőrákok 70%-a idejében felismert lehet”. A mammográfiás emlőszűrés Magyarországon

önkéntes alapú minden 45 és 64 éves életkor közötti biztosított nő számára (EüM, 2010). Erre központi szűrőprogram működik, aminek keretében kétfévente küldenek behívót az érintetteknek.

Figyelembe véve a szakmai ajánlást, az alábbiakban azt vizsgáljuk, hogy a 45–64 éves nők az adatgyűjtést megelőző két évben részt vettek mammográfiás vizsgálaton. A fogyatékos és a nem fogyatékos nők közel azonos, mintegy kétharmad arányban vettek részt a szűrővizsgálaton. A fogyatékoság típusa szerint csak a látásnehézséggel küzdők maradnak el a kontrollcsoporttól.

28. ábra

A 2 éven belül mammográfiái vizsgálaton átesettek aránya és 95%-os megbízhatósági tartománya a 45–64 éves korlátozott és nem korlátozott női népességben



A háttérváltozók hatásának kiküszöbölése után sem igazolódik a fogyatékoság és az emlőrákszűrés igénybevétele közötti kapcsolat. Még akkor is, ha az alapfunkcióbeli nehézségek súlyosságát is figyelembe vesszük, továbbra is csak a látásnehézség fennállása mutatkozik a mammográfia igénybevételét akadályozó tényezőnek ($EH = 0,7$).

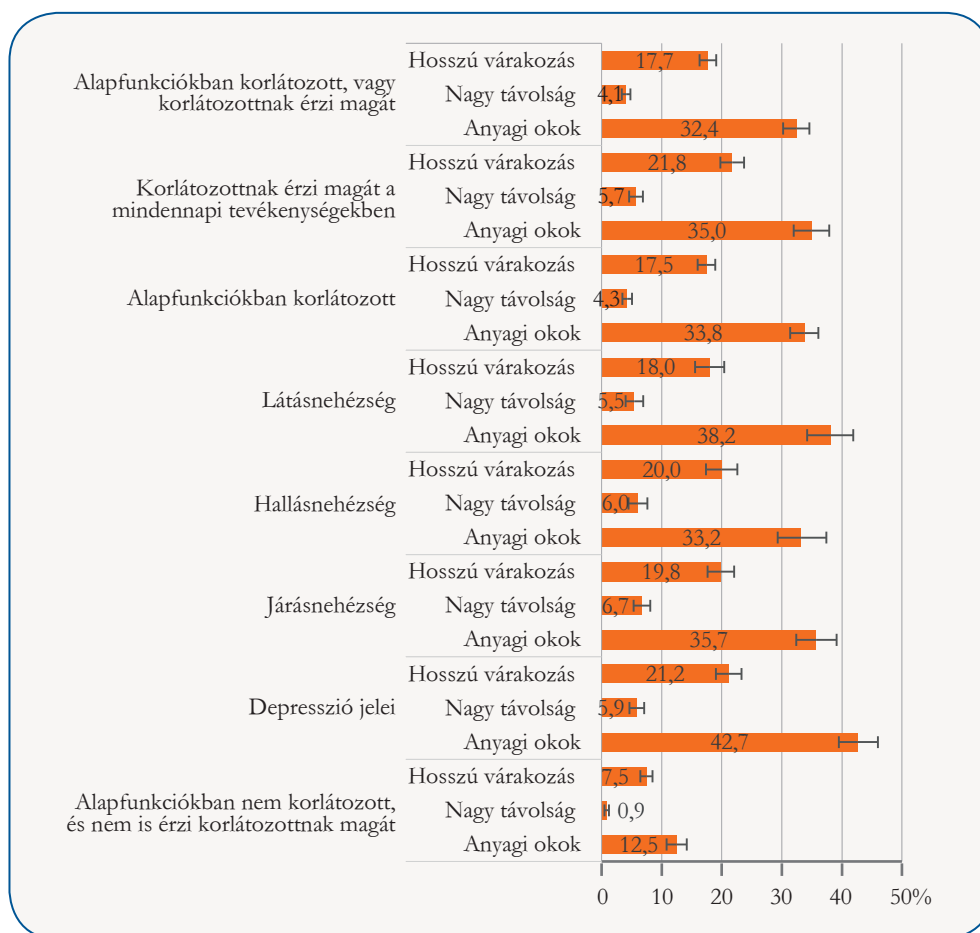
3.4.10. Ki nem elégített egészségügyi ellátási szükségletek²⁰

A fogyatékos emberek között az elmaradt vagy időben ki nem elégített egészségügyi ellátási szükségletek sokkal gyakrabban fordulnak elő, mint a kontrollcsoportban. Hosszú várakozás vagy anyagi problémák miatti halasztás 2–3-szor, nagy távolság, illetve nehézkes közlekedés miatti 5–8-szor sűrűbb az akadályozott lakosságban, mint a népesség másik részében. A fogyatékos embereknek az alacsonyabb jövedelmük mellett jelentősen magasabb a gyógyszerkiadásuk (Csanádi és mts., 2015), és ez nagymértékben hozzájárulhat ahhoz, hogy az anyagi jellegűek a leggyakoribbak azok között az okok között, amik miatt nem tudnak időben igénybe venni egy szükséges egészségügyi szolgáltatást. A nem fogyatékos népességhez viszonyítva 2,6-szer nagyobb azok aránya, akikkel egy éven belül legalább egyszer előfordul, hogy anyagi okok miatt nem tudnak időben orvoshoz, terapeutához fordulni vagy gyógyszert kiváltani. A korlátozottság típusa szerint a depresszió jeleit mutatók és a látásnehézségekkel küzdők között a leggyakoribb ez a probléma, a többi csoport között statisztikailag igazolható különbség nem mutatható ki.

²⁰ Az ELEF2014 kérdőív 68–70. kérdésére adott válaszok alapján.

29. ábra

A korlátozott és a nem korlátozott népességben azok aránya, akiknek egy év alatt késett vagy elmaradt a szükséges egészségügyi ellátása annak oka szerint 95%-os megbízhatósági tartomány feltüntetésével



A hosszú várakozás a második leggyakoribb akadályozó tényező, ami a nem fogyatékos lakosság tizedét sem érinti, de az akadályozottaknak közel ötöde kényszerül 12 hónap alatt ezzel szembesülni. Azok, akik a mindennapi életben korlátozottnak érzik magukat, gyakrabban találkoznak ezzel a problémával, mint az alapfunkciókban korlátozottak összessége.

A szükséges egészségügyi ellátáshoz időben történő hozzájutást a legkevésbé a lakóhely és az egészségügyi intézmény közti nagy távolság vagy nehézkes közlekedés akadályozza mind a fogyatékos, mind a nem fogyatékos emberek között. A kontrollcsoportban ez a tényező nem érinti az ellátást igénylők 1%-át sem, de akadályozottság mellett a szükséges egészségügyi szolgáltatás elmaradásának vizsgált okai között ennek a jelentősége nő meg a legnagyobb mértékben, 4,5-szeresére. A fogyatékoság minden fajtája esetén a közlekedéssel összefüggő ok gyakorisága a legalacsonyabb, ugyanakkor a kontrollcsoporttal összehasonlítva ennek a növekménye a legnagyobb. A járásnehézséghez társul a legmagasabb, közel nyolcszoros bővülés.

Az eltérő háttérváltozók kiszűrése után is megmarad a fogyatékos népesség hátránya az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést tekintve. A hosszú várakozás esélye általában 1,5–3-szor nagyobb az akadályozottak, mint az adott korlátozottságtól mentesek között. A fogyatékos lakoságnak a hátránya a nem fogyatékosokhoz viszonyítva az egészségügyi ellátás elmaradásában nagy távolság vagy nehézkes közlekedés miatt mintegy háromszoros, és az anyagi okok miatt több mint kétszeres.

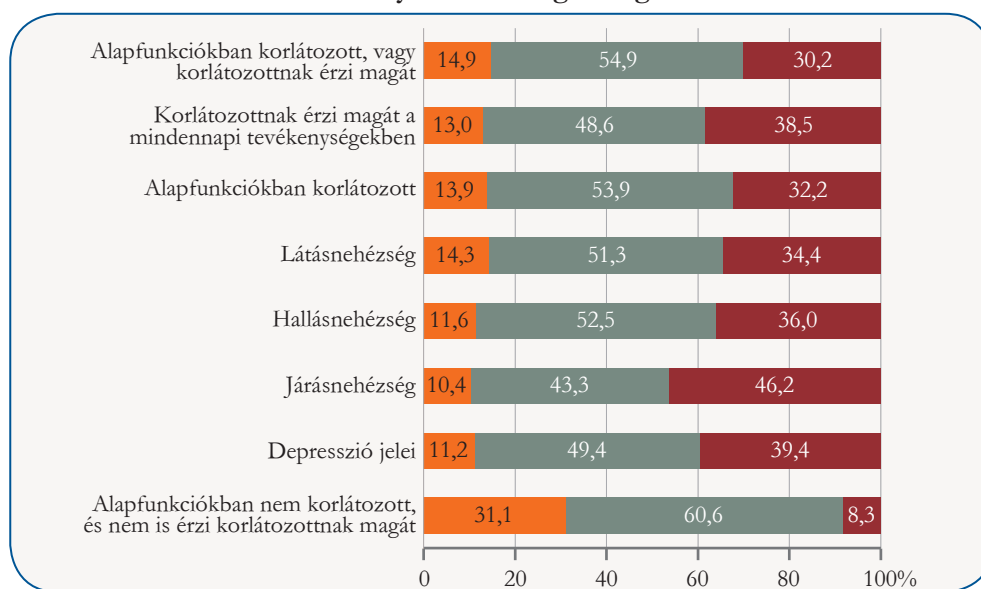
3.5. Mennyit tehet az egészségéért?²¹

Mint az előzőekben látható volt, a fogyatékos népesség helyzete szociális körülményeit, az egészségi állapotát, a prevenció és az egyéb egészségügyi ellátáshoz való hozzáférését, valamint az egészségmagatartásuk egyes tényezőit tekintve hátrányosabb a népesség másik részénél. Felmerül a kérdés, hogy mindezek mellett az akadályozott emberek mennyire optimisták abban a tekintetben, hogy ők maguk mennyit tehetnek az egészségükért.

A lakosság mintegy negyede úgy gondolja, hogy nagyon sokat, közel hattizede szerint sokat, és ötöde szerint keveset vagy semmit nem tehet az egészségéért.

30. ábra

A korlátozott és a nem korlátozott népesség megoszlása aszerint, hogy véleménye szerint mennyit tehet az egészségéért



A nem akadályozott embereknek kevesebb mint egytizede gondolja azt, hogy nem sokat tehet az egészségéért, de az akadályozottak között ez az arány közel négyszer nagyobb. Azok viszont, akik úgy érzik, hogy nagyon sokat tehetnek önmagukért, kétszer többen vannak az előbbi csoportban az utóbbihoz viszonyítva. A szubjektíve korlátozottak pesszimistábbak e tekintetben, mint általában azok, akiknek valamilyen alapfunkcióban van nehézségük, ennek ellenére a járásnehézségekkel küzdők a leglemondóbbak.

A logisztikus regresszió is igazolta, hogy a fogyatékosok nagyobb valószínűséggel gondolják, hogy keveset vagy semmit sem tehetnek az egészségükért ($EH = 2,4$), de nem támasztotta alá a szubjektíve és az alapfunkciókban korlátozottak eltérő hozzáállását. Az alapfunkcióbeli problémákat tekintve a járásban mutatkozó nehézségek ($EH = 3,2$) és a depresszió súlyos jelei ($EH = 4,5$) azok a fogyatékoságok, amelyek esetében a legnagyobb annak a véleménynek a kockázata, hogy keveset vagy semmit sem tehetünk az egészségünkért.

3.6. Szubjektív jóllét

A jóllét az az állapot, amelyben az egyén meg tudja valósítani képességeit, meg tud birkózni a normális élet stresszhelyzeteivel, termékenyen képes dolgozni, és hozzá tud járulni a közösségének életéhez (WHO, 1998). Ez azt jelenti, hogy a jóllét mértéke nehezen definiálható és mérhető, és a szakirodalomban sincs e tekintetben egyetértés (Szántó és mts., 2016). Számos skála, kérdőív létezik, mely a jóllét különböző területeit méri. Az ELEF2014 a jóllét számos objektív vonatkozását vizsgálja, pl. egészség, szociális, anyagi helyzet, ezek nagy részét az eddigiekben mi is tárgyaltuk. Az emberek életében – akár fogyatékos, akár nem – azonban talán az a legfontosabb, hogy miként élnek meg az objektív körülményeiket.

²¹ Az ELEF2014 kérdőív 14. kérdésére adott válaszok alapján.

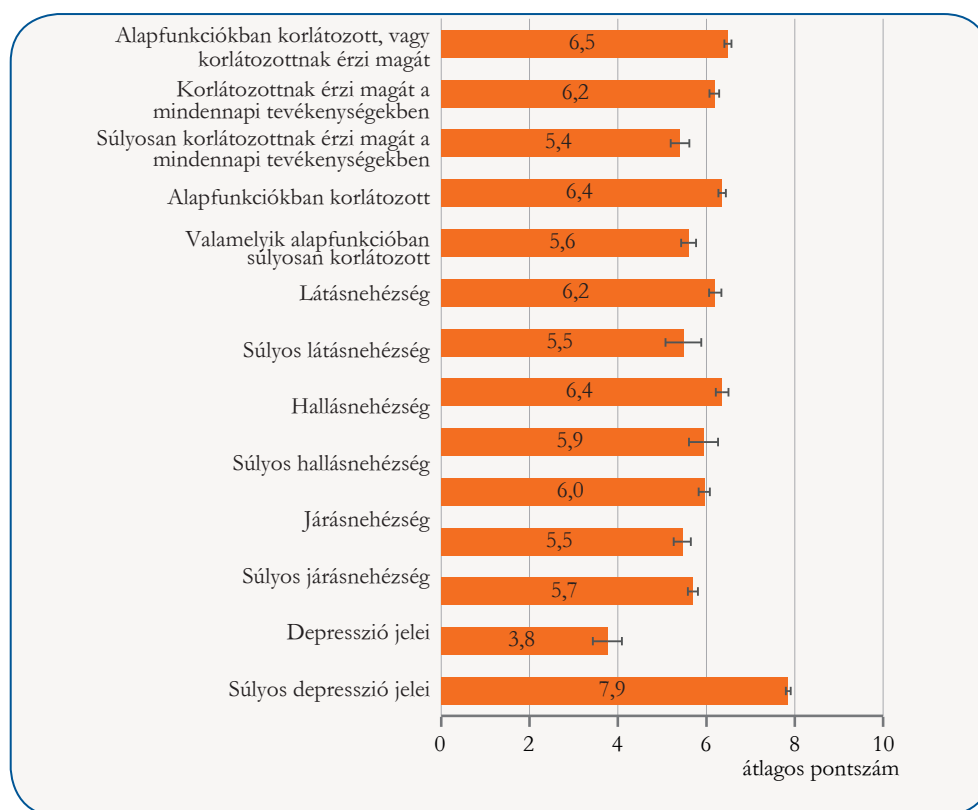
Az adatgyűjtés során a szubjektív jóllétre is rákérdeztek két szempontból. Az egyik indikátor az élet egészével való megelégedettség szintje, más szóval a boldogság (N. Kollár és mts., 2004), amelynek fogalmát a szintén EU-standardizált SILC²²-felvétel is használja (KSH, 2015), a másik az ún. WHO-5-mutató, amely egyes pozitív érzelmek gyakorisága és intenzitása alapján a jóllét aktuális szintjét méri.²³

3.6.1. Általános szubjektív jóllét

Egy kérdezett boldogságának általános szintjét az ELEF2014 azzal mérte, hogy egy 0-tól 10-ig terjedő skálán a kérdezést megelőző időszakot tekintve összességében mennyire elégedett az életével. A lakosság átlagosan 7,15-re értékeli a jóllétét,²⁴ a fogyatékkal élők között az átlagérték 6,49, a kontrollcsoportban 7,85. A súlyos depresszió jeleit mutatók a legboldogtalanabbak, esetükben az indikátor értéke egyedülállóan a 4-et sem éri el, miközben az összes többi kategóriában az 5-öt is jelentősen meghaladja.

31. ábra

Az általános jóllét átlagos pontszáma és 95%-os megbízhatósági tartománya az akadályozott és nem akadályozott népességben



A legalacsonyabb pontszámok gyakorisága szempontjából is a depresszió jeleit mutatók helyzete a legkedvezőtlenebb, közel 8%-uk legfeljebb 2 pontra értékelte általános jóllétét szemben a kontrollcsoport 1% alatti arányával.

A háttérváltozók hatását lineáris regresszióval szűrtük ki. Az alapmodell a jóllét pontszáma és a bevont változók között közepesen erős kapcsolatot ($r = 0,475$) jelez. A férfiak és a nők között a jóllét megítélése tekintetében nincs különbség. A legalább érettségivel járó iskolai végzettség növeli, a többi bevont ismérv csökkenti a jóllét érzését, a legnagyobb mértékben a rossz anyagi helyzet ($\beta = -0,482$). Ha az alapmodell a fogyatékoság bármely vizsgált kategóriájához tartozó bináris indikátorváltozóval bővítjük, a modell magyarázó ereje nő, és az újonnan bevont változó szignifikáns, a rossz anyagi helyzet után a legtöbb esetben ez a változó a legerősebb. Ez azt jelenti, hogy az általános jóllét érzését a fogyatékoság minden

²² A nemzetközileg standardizált EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions) a magyar statisztikai rendszerben HKÉF (Háztartási költségvetési és életkörülmény felvétel) néven működik.

²³ A szubjektív jóllétre az ELEF2014 kérdőívének 72–73. kérdései vonatkoznak.

²⁴ A 2016-os mikrocenzus szerint az általános jóllét szintje 6,41, a SILC-ben 2013-ban és 2015-ben is 6,1 volt. Az ELEF magasabb értéke feltehetően első sorban a kérdőívek eltérő általános tematikájának következménye.

formája csökkenti. A szubjektív korlátozottság jelentősége ($r = 0,500$; $\beta = -0,182$) ebből a szempontból kisebb, mint az alapfunkcióbeli nehézsége ($r = 0,517$; $\beta = -0,236$). Az alapfunkciók közül a depresszió jelei csökkentik a leginkább ($r = 0,547$; $\beta = -0,301$) az általános szubjektív jóllétet.

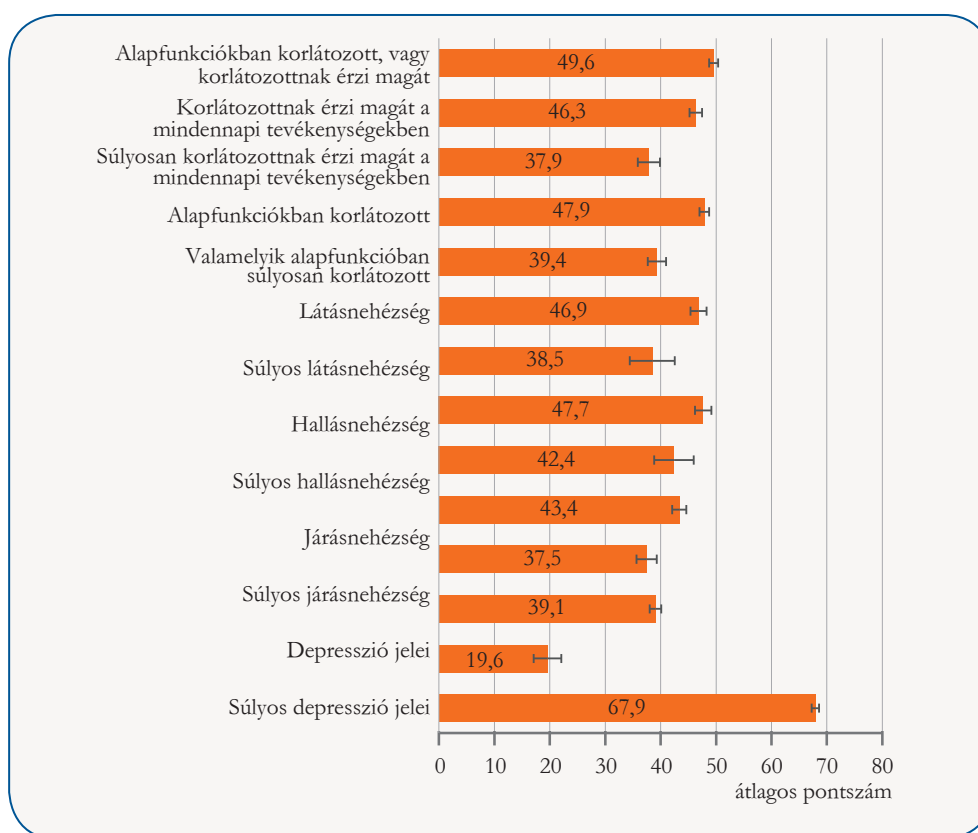
3.6.2. Pillanatnyi szubjektív jóllét²⁵

A WHO-5-index 0-tól 100-ig terjedő skáláján a magyarországi lakosság átlagosan 58,5-re értékeli a pillanatnyi jóllétét, a fogyatékkal élők esetében az átlagérték a maximális pontszám felét sem éri el, a kontrollcsoportban meghaladja a kétharmadát. Ebből a szempontból is a súlyos depresszió jeleit mutatók vannak a leghátrányosabb helyzetben: átlagos pontszámuk az összes többi fogyatékosági kategóriához képest kevesebb mint feleannyi, és a kontrollcsoportban mért érték harmadát sem éri el. Az aktuális jóllét tekintetében a második és a harmadik legkedvezőtlenebb helyzetben azok vannak, akik súlyos járásnehézséggel küzdenek és a mindennapi tevékenységben súlyosan korlátozottnak érzik magukat.

A pillanatnyi jóllét szintjét legfeljebb 20 pontra értékeli az akadályozott népesség csaknem 14%-a, tízszer többen, mint a kontrollcsoportban. Kiugróan magas ez az arány azok között, akik valamilyen szempontból súlyosan korlátozottak (mintegy háromtized), de a súlyos depresszió jeleit mutatók esetében három személy közül 2 ilyen alacsony pontszámmal értékelte a pillanatnyi jóllétét.

32. ábra

A pillanatnyi jóllét átlagos pontszáma és 95%-os megbízhatósági tartománya az akadályozott és nem akadályozott népességben



A lineáris regressziós elemzés azt mutatja, hogy a pillanatnyi szubjektív jóllét szempontjából az alapmodell változói kevésbé meghatározóak ($r = 0,380$), mint az általános mutató vonatkozásában, de a rossz anyagi helyzet szerepe itt is a legjelentősebb ($\beta = -0,309$), és a fogyatékoság különböző fajtáinak is hasonló szerepe van, mint amit az általános jóllétnél láttunk. A globális fogyatékoság ($r = 0,469$; $\beta = -0,315$), az alapfunkcióbeli nehézség ($r = 0,486$; $\beta = -0,349$) és a depresszió jelei ($r = 0,544$; $\beta = -0,429$) indikátorváltozóival bővített modellekben súlyuk meghaladja a rossz anyagi helyzetét.

²⁵ A WHO-5-mutató számítása: az 5 alkérdésre egyenként adott, 0 és 5 közötti pontszámokat összeadva és 4-gyel megszorozva adódik egy 0 és 100 közé eső érték, amely minél nagyobb, annál magasabb fokát tükrözi a jóllétnek.

4. Összefoglalás

A jelen tanulmányban a fogyatékos népesség szociodemográfiai összetételét, egészségi állapotát, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést és boldogságukról alkotott véleményét vizsgáltuk összehasonlítva a fogyatékoság nélkül élőkével. Fogyatékosnak/akadályozottnak nevezzük mindazokat, akik a mindennapi tevékenységben korlátozottan érzik magukat, vagy akiknek négy kitüntetett alapfunkció valamelyike tekintetében nehézsége van. A vizsgált alapfunkciók a látás, a hallás, a járás és a mentális/érzelmi állapot.

A lakosság több mint fele tekinthető akadályozottnak, akiknek harmada a figyelembe vett szempontok valamelyike szerint súlyosan korlátozott/nehezített. Az akadályozottak 57%-a érzi magát korlátozottnak a napi tevékenységekben, és kilenczetedének az alapfunkciókban vannak nehézségei. A lakosság 18, illetve 16%-a látás vagy hallássérült, több mint ötödének járásnehézsége van, akik között kiemelkedően magas a súlyos esetek aránya, közel felük ítélte így az állapotát. A lakosság negyede a depresszió jeleit mutatja, de ez csak tizedüknél súlyos.

A fogyatékos embereknek csak 16%-a fiatalabb 35 évesnél, míg a harmaduk 65 éves és annál idősebb. Összehasonlítva a kontrollcsoporttal megállapítható, hogy átlagosan sokkal idősebbek, mert a fiatalok csak kevéssel több mint harmadannyian vannak, az idősek aránya viszont négyszeres. Fiatalabb korban több a nő, mint férfi, 50 éves kortól azonban eltűnik a nemek arányának különbsége. Az alapfunkciókban korlátozottak korösszetétele összességében fiatalabb, mint a mindennapi tevékenységben korlátozottaké, mégis a járásnehézséggel élők a legidősebbek, több mint felük elérte a 65. életévét, és a hallássérültek közel fele is ilyen korú. Az alapfunkciókat tekintve – a hallásnehézségeket kivéve – a férfiakhoz képest a nőknek nagyobb az esélye arra, hogy akár enyhébb, akár súlyosabb korlátozottsággal kelljen együtt élniük.

Az akadályozott lakosságban kevesebb mint feleannyian vannak a nőtlenek/hajadonok, és több mint kétszer nagyobb az özvegyek és elváltak aránya, mint a kontrollcsoportban. A súlyos hallásnehézség és a súlyos depresszió jeleinek fennállása akadályozza a házasságkötést, míg a súlyos járásnehézség és a közép-súlyos depressziós jelek kapcsolatban vannak az elvált családi állapot fokozott kockázatával.

A kontrollcsoporttal összevetve az akadályozott emberek kevésbé iskolázottak, még akkor is, ha a kontrollcsoporttal azonos kormegoszlásúak lennének, a negyedének legfeljebb általános iskolai végzettsége lenne, és csak kétharmad annyian szereztek volna felsőfokú oklevelet, mint az akadályozottság nélkül élők. A súlyos látásnehézségekkel küzdők körében a legfeljebb alpfokú végzettségűek aránya két és félszer magasabb lenne, mint a korlátozottságmentes populációban. A hallássérültek között kiemelkedően magas lenne az érettségi nélküli középfokú végzettségűeké, a korlátozottság mentesekkel összehasonlítva több mint kétszeres. Rendkívül hátrányos helyzetben vannak a súlyos járásnehézséggel küzdők, valamint a mérsékelt és súlyos depressziósok, akik közel háromszor gyakrabban nem végeznék el az általános iskolát sem, mint a kontrollcsoport tagjai. Legkisebb valószínűséggel a súlyosan depressziósok végeznek egyetemet vagy főiskolát.

A fogyatékos felnőttek mintegy 90%-ának élete során volt fizetett munkája, de az összes akadályozottnak az adatfelvétel idején még akkor is csak több mint fele dolgozott volna, ha az életkor szerinti összetételük azonos lenne a népesség másik felével, ahol az aktív keresők aránya meghaladja a kétharmadot. A járásukban korlátozottaknak van a legkisebb – a korlátozottság nélkül élőkének a fele – esélye arra, hogy fizetett munkája legyen, súlyos esetben még ennél is kisebb. A depresszió jelei is csökkentik a munkavállalás esélyét, és a dolgozóknak a kormegoszlására standardizált aránya a kontrollcsoportbelinek csak kétharmada.

A háztartás jövedelmi helyzete szempontjából is a fogyatékos személyek lényegesen rosszabb helyzetben vannak, mint a népesség másik része, az előbbiek bő negyede tartozik a legalsó jövedelmi ötödbe, 2,5-szer többen, mint a kontrollcsoportban. A felső két ötöd aránya az akadályozottak között 30% alatt van, miközben a népesség másik részében 50% fölött. Anyagi helyzetüket rosszabbnak is érzik a fogyatékos emberek, mint mások: feleannyian mondják, hogy nagyon jó vagy jó, és kétszer annyian, hogy rossz vagy nagyon rossz anyagi helyzetben élnek. Az alapfunkció típusát tekintve a járásnehézséggel küzdő, illetve a depresszió jeleit mutató személyek vannak a leghátrányosabb jövedelmi helyzetben.

A válaszadók nyilatkozatában szereplő, orvos által megállapított krónikus betegségek alapján megállapítható, hogy a fogyatékos lakosság négyötöde érintett, több mint kétszer annyian, mint a kontrollcso-

portban. Minden vizsgált betegség, betegségcsoport előfordulása átlagosan gyakoribb azok között, akik bármilyen szempontból akadályozottak. A vizsgált fogyatékosági kategóriákat tekintve a mindennapi tevékenységeikben korlátozottak körében a legnagyobb a kockázat, 93%-uknak idült betegsége van. Körükből a depresszió, az egyéb pszichés/mentális probléma és a szívkoszorúér betegségek esélye 6-8-szor nagyobb, mint a népesség másik részében. Az alapfunkciók közül a járásnehézséghez, különösen a súlyos járásnehézséghez kapcsolódik a betegségek legmagasabb rizikója, az utóbbiak 12-szer nagyobb eséllyel betegek, mint azok, akiknek nincs súlyos járásnehézségük.

A nem fogyatékos lakosság túlnyomó része nagyon jónak vagy jónak értékeli az egészségét, és szinte senki nem érzi rossznak vagy nagyon rossznak, vagyis a nem kielégítő egészségi állapot rendszerint együtt jár a korlátozottság valamilyen formájával. A rossz vagy nagyon rossz egészségi állapotúak között szinte mindenki akadályozott. A fogyatékos emberek alig több mint ötödének nagyon jó vagy jó, viszont mintegy harmadának rossz vagy nagyon rossz az egészsége. Azoknak, akik korlátozottan érzik magukat, – összhangban morbiditási helyzetükkel – rosszabb a szubjektív egészségük is, mint azoknak, akiknek alapfunkcióikban vannak nehézségeik. Az akadályozottság vizsgált kategóriái között önértékelésük alapján a járásnehézséggel és a súlyos depresszió jeleivel küzdők egészsége a legrosszabb.

Az akadályozottság felére csökkenti a nagyon jó vagy jó, és háromszorosára növeli a rossz vagy nagyon rossz szájüregi egészséget az emberek saját véleménye alapján. A járásnehézséggel küzdők között a legnagyobb azok aránya, akiknek rossz a szájüregi egészségük. Az akadályozott népesség több mint háromnegyedének van kezeletlen szájüregi problémája, a kontrollcsoportban pedig csak bő hattizedének. A fogyatékoság típusa szerint e tekintetben nincs lényeges különbség.

Az akadályozottság általában, illetve az alapfunkcióbeli korlátozottság, közöttük is a látásnehézség, valamint a depresszió jelei csökkentik a zöldség vagy gyümölcs napi fogyasztásának esélyét. A szubjektív korlátozottság, illetve a többi alapfunkcióban fennálló korlátozottság nem befolyásolja a zöldség-gyümölcs fogyasztást.

A fogyatékos emberek között közel feleannyian tesznek eleget a WHO fizikai aktivitásra vonatkozó ajánlásának, mint a korlátozottságtól mentesen élők. Az alapfunkciók szempontjából a depresszió jelei, a hallássérülés és leginkább a járásnehézségek jelentenek hátrányt a fizikai aktivitás szempontjából.

Az önbevalláson alapuló adatok szerint a fogyatékos lakosság több mint negyede, míg a nem fogyatékosoknak csak 16%-a elhízott. A járásukban korlátozottak között kimagaslóan sok a túltápláltak aránya, harmaduk elhízott. A szubjektív korlátozottság és az alapfunkcióbeli nehézségek külön-külön is fokozzák az elhízás kockázatát.

A fogyatékoság kismértékben növeli a dohányzás esélyét, a gyakoribb dohányzás azokra jellemző, akiknek alapfunkcióikban vannak nehézségeik, és mindegyik alapfunkció sérültsége fokozza a dohányzás esélyét.

Az akadályozott népesség közel kétharmada fogyaszt szeszes italt, míg a többieknek bő háromnegyede, és a kontrollcsoportbeli italozási arányt egyetlen vizsgált fogyatékosági kategóriában sem érték el. Ennek ellenére a nagyivóknak a kontrollcsoportéhoz viszonyított többlete minden fogyatékosági csoportra jellemző, és a heti rendszerességgű rohamivás is a fogyatékosok között gyakoribb. A szubjektíven korlátozottak esetében azonban a kiterjedtebb abúzus csak a szociodemográfiai összetételük következménye. Az alapfunkcióbeli problémák közül a súlyos depresszió jelei fokozzák a legnagyobb mértékben az egészségtelen szeszesital-fogyasztást.

Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban az akadályozottak 2,5-szer gyakrabban oltatták be magukat influenza ellen, mint a kontrollcsoport tagjai. Összhangban azzal, hogy a járásukban korlátozottak egészsége kiemelkedően rossz, esetükben a legmagasabb az egy éven belül beoltottak aránya. Egyedül a látásproblémák esetében nem igazolható, hogy szerepük lenne az influenza elleni védőoltás felvételében.

Azok a 25–64 éves nők, akik korlátozottan érzik magukat, illetve akik járásnehézséggel küdenek, az átlagánál ritkábban vetették magukat alá citológiai szűrővizsgálatnak. Az alapfunkcióbeli súlyos nehézség és valamennyi típusú érzékszervi és fizikai probléma is csökkenti a vizsgálat elvégzésének esélyét.

A 45–64 éves fogyatékos nők közel azonos, mintegy kétharmad arányban vettek részt mammográfiai szűrővizsgálaton. Fogyatékosági csoportonként vizsgálva is csak a látásnehézség bizonyul a mammográfia igénybevételét akadályozó tényezőnek.

Hosszú várakozás vagy anyagi problémák miatt 2–3-szor, nagy távolság, illetve nehézkes közlekedés miatt 5–8-szor gyakoribbak a ki nem elégtett vagy elhalasztott egészségügyi ellátási szükségletek az akadályozott lakosságban, mint a népesség másik részében. Azok, akik a mindennapi életben korlátozottan érzik magukat, többször találkoznak a hosszú várakozás problémájával, mint az alapfunkciókban korlátozottak összessége.

A fogyatékos népesség sokkal pesszimistább abban a tekintetben, hogy mennyit tehetnek a saját egészségükért, feleannyian sem gondolják azt, hogy nagyon sokat, és közel négyszer többen, hogy keveset vagy semmit, mint a kontrollcsoportban. A szubjektív korlátozottság mellett nagyobb a lemondó attitűd kockázata, mint az alapfunkcióban felmerülő nehézség esetén. Az alapfunkcióbeli problémákat tekintve a járásban mutatkozó nehézségek és a depresszió súlyos jelei azok a fogyatékosági típusok, amelyek esetében a legnagyobb annak a véleménynek a kockázata, hogy keveset vagy semmit sem tehetünk az egészségünkért.

A fogyatékkal élők egy tízfokozatú skálán 1,4 ponttal kevesebbre értékelték általános jóllétüket, mint a többi ember, és a fogyatékoság minden formája erősen korrelál ezzel a mutatóval, csökkenti az értékét. A szubjektív korlátozottság jelentősége ebből a szempontból kisebb, mint az alapfunkcióbeli nehézségé. Az alapfunkciók közül a depresszió jelei csökkentik a legnagyobb mértékben az általános szubjektív jóllétet, a súlyos depresszió jeleit mutatók a legboldogtalanabbak, esetükben az indikátor átlagértéke egyedülállóan alacsony.

A pillanatnyi szubjektív jóllétüket is 18 ponttal kevesebbre becsülték az akadályozott emberek egy 100 fokozatú skálán, mint a kontrollcsoport tagjai. A fogyatékoság különböző kategóriáinak ebből a szempontból is hasonló szerepe van, mint az általános jóllétben.

Irodalom

1. Altman B, Bernstein A.: *Disability and health in the United States, 2001–2005*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2008. <https://www.cdc.gov/nchs/data/misc/disability2001-2005.pdf>
2. Boros Julianna és mts.: *A 2014-ben végrehajtott Európai lakossági egészségfelmérés eredményei – Összefoglaló adatok*. KSH. 2018.
3. http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014_osszefoglalo.pdf
4. *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*. The Evidence Report. NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Obesity in Adults (US). 2003 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2003/>
5. Convention on the rights of persons with disabilities (CRPD). 2006
6. <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
7. Csanádi Gábor és mts.: *A fogyatékos emberek helyzete az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) alapján. Európai lakossági egészségfelmérés – Tanulmányok IV. Egészségi szempontból veszélyeztetett lakossági csoportok*. KSH. 2015. www.ksh.hu
8. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Scientific background papers of the joint WHO/FAO expert consultation, Geneva, 28 January - 1 February 2002 Public Health Nutrition, Vol 7, No. 1(A), Supplement 1001, February 2004 <https://researchonline.lshtm.ac.uk/14876/1/intro.pdf>
9. DeSalvo KB, Fan VS, McDonnell MB, Film SD. *Predicting mortality and healthcare utilization with a single question*. Health Service Research. 40(4):1234–46. 2003. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361190/pdf/hesr_00404.pdf
10. Döbrössy Lajos: *Daganatok szűrése. Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató*. OTH. 2013.
11. https://www.antsz.hu/data/cms75553/Konyv4_20130904.pdf?query=bethesda
12. *Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja mammográfiás emlőszűrésről és a korai emlőrák diagnosztikájáról*. Radiológiai Szakmai Kollégium. 2010. http://www.kk.pte.hu/docs/protokollok/RAD-mammografias_emloszuores.pdf
13. K. B. Friend, D. T. Levy, S. T. Mernoff: *The adoption of tobacco dependence treatment by rehabilitation clinicians*. Disability and Rehabilitation, 2005; 27 (4): 147 – 155. <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09638280400007356?needAccess=true>

14. *A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása* (FNO). World Health Organization, 2001.
15. <http://mek.oszk.hu/09700/09756/09756.pdf>
16. *Global status report on alcohol and health* WHO, 2011
17. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
18. Dr. Görög Krisztián: OLEF2003. *Kutatási jelentés. Funkcionalitás/Funkciósökkenés*. OEK, 2005.
19. <http://docplayer.hu/1255239-Orszagos-lakossagi-egeszseghelmeres-funkcionalitas-funkciocsokkenes-dr-gorog-krisztian.html>
20. *Gyakran ismételt kérdések az influenzáról*. ÁNTSZ, 2015 https://www.antsz.hu/felso_menu/temaink/jarvany/influenza/influenza_gyik.html#mikor_erdemes_kerni_a_vedooltast
21. Eelko Hak, Erik Buskens, Gerrit A. van Essen, Dinny H. de Bakker, Diederick E. Grobbee, Margot A. J. B. Tacken, Ben A. van Hout, Theo J. M. Verheij: *Clinical Effectiveness of Influenza Vaccination in Persons Younger Than 65 Years With High-Risk Medical Conditions*. Arch Intern Med. 2005;165(3):274-280.
22. <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/486405>
23. *A halálloki struktúra változása Magyarországon, 2000-2012*, KSH, 2014. Budapest. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/halalokistruk.pdf>
24. Joumard, I., C. André, C. Nicq, O. Chatal (2008) *Health Status Determinants*, OECD Economics Department Working Papers No. 627. OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/240858500130>.
25. Madlén M, Hermann P, Jáhn M and Fejérdy P. *Caries prevalence and tooth loss in Hungarian adult population: results of a national survey* BMC Public Health 2008; 8:364-370 <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-364>
26. N. Kollár Katalin, Szabó Éva: *Pszichológia pedagógusoknak*. Osiris Kiadó, 2004
27. https://www.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tamop425/2011_0001_520_pszichologia_pedagogusoknak/ch06s05.html
28. *Nutrition*. WHO/Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition>
29. *Physical activity to stay healthy*. WHO/Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/data-and-statistics/physical-activity-to-stay-healthy>
30. Rehm J, Gmel G, Sempos CT, Trevisan M. *Alcohol-related morbidity and mortality*. Alcohol Res Health 27(1):39–51. 2003.
31. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh27-1/39-51.pdf>
32. Rimmer, J. H.; Schiller, W.; Chen, M.: *Effects of Disability-Associated Low Energy Expenditure Deconditioning Syndrome*. Exercise & Sport Sciences Reviews: January 2012 - Volume 40 - Issue 1 - p 22–29
33. https://journals.lww.com/acsm-essr/Fulltext/2012/01000/Effects_of_Disability_Associated_Low_Energy.5.aspx
34. Steptoe, A et al. *Subjective wellbeing, health, and ageing*. The Lancet, Volume 385, Issue 9968, 640 – 648. 2015.
35. https://ac.els-cdn.com/S0140673613614890/1-s2.0-S0140673613614890-main.pdf?_tid=71acd5cf-e613-4bea-831d-598539a0f513&acdnt=1526042822_459ef8ec8337aec4bec5e16f5e07a85c
36. Szántó Zsuzsa és mts.: *A jól-lét fogalmának értelmezése az európai szakirodalomban* (2009–2014). METSZETEK. Vol. 5 (2016) No. 1. Debrecen.
37. https://www.researchgate.net/profile/Zoltan_Berenyi3/publication/301940038_A_jollet_fogalmanak_ertelmezese_az_europai_szakirodalomban_2009-2014/links/5731f76908aea45ee8363a14/A-jol-let-fogalmanak-ertelmezese-az-europai-szakirodalomban-2009-2014.pdf
38. Dr. Szőke Judit: *„Egészséges életkezdés” pályázati program. Gyermekünk Egészséges Fogaiért Alapítvány*. 2012.
39. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:JALDckpviWIJ:semmelweis.hu/fok/files/2012/06/Eg%25C3%25A9szs%25C3%25A9ges.doc+&cd=1&hl=hu&ct=clnk&gl=hu>
40. *A szubjektív jóllét vizsgálatának eredményei nemzetközi összehasonlításban*. Statisztikai Tükör. KSH. 2015.
41. http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/jollet_nemzetkozi.pdf
42. Weil E, Wachterman M, McCarthy EP, Davis RB, O'Day B, Iezzoni L, et al. *Obesity among adults with disabling conditions*. JAMA 288:1265–8. 2002. <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195265>
43. *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs*: Report on WHO consultation. Geneva: WHO, 1998
44. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70897/WHO_MSA_MHP_98.2_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vokó Zoltán

**Az egészségi állapot változása
a vélt egészség és a funkcionalitás alapján
2009 és 2014 között Magyarországon**

1. Bevezetés

A lakosság egészségi állapotának folyamatos monitorozása nélkülözhetetlen a népegészségügyi tevékenység tervezéséhez és értékeléséhez. Ez az információ egyrészt a népegészségügyi prioritások meghatározásánál fontos – például annak ismerete, hogy milyen egyenlőtlenségek mutatkoznak az egészségi állapotban az egyes társadalmi csoportok között –, illetve a beavatkozások hatásmonitorozásának is fontos eleme, hiszen a népegészségügyi intézkedések hatása közép- és hosszú távon a lakosság egészségi állapotában meg kell hogy mutakozzon, amennyiben azok eredményesek.

Az egészségfelmérések lehetőséget biztosítanak az egészségi állapot olyan dimenzióinak a mérésére, amelyek más módon nem szerezhetők be. Ezek közül a két legfontosabb a vélt egészség, illetve a funkcionalitás.

A 2009. és 2014. évi Európai lakossági egészségfelmérések (ELEF2009, ELEF2014) lehetőséget biztosítanak arra is, hogy számszerűsítsük, hogy milyen mértékű szociális egyenlőtlenségek álltak fenn az egészségi állapot tekintetében Magyarországon a felmérések idején, és ezek hogyan változtak a két vizsgálat között eltelt 5 évben.

Az eredmények a tudományos érdeklődés kielégítése, valamint a népegészségügyi tervezés és értékelés szempontjából is jelentősek.

2. Módszerek

Az elemzés az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF2009 és ELEF2014) adatainak felhasználásával készült.

Az egészségi állapot jellemzésére a funkcionalitást, illetve a vélt egészséget használtuk. Az egészségi állapot jellemzését alapvetően meghatározza, hogy milyen egészségmodellt alkalmaznak. A népegészségügyben napjainkra az egészség funkcionális modellje vált az egészségmonitorozás területén meghatározóvá. E modell szerint egy személy egészségét annak alapján lehet megítélni, hogy mennyire tud különböző tevékenységeket végrehajtani, részt venni a társadalom életében – beleértve a szűkebb és tágabb közösséget –, harmonikusan alkalmazkodni a környezetéhez. A betegségekhez hasonlóan ma már a funkcionalitásnak is van nemzetközi osztályozása.¹ A funkcionális modellnek megfelelően alkalmaztuk az elemzésben a mindennapi tevékenységekben jelentkező korlátozottságot az egészségi állapot jellemzésére. Ez abból a szempontból is előnyös, hogy erre vonatkozóan a válaszadók megbízható információt tudnak szolgáltatni. Ennek egyik dimenziója az önellátás korlátozottsága, ami az egészségi állapot jellemzésén túl közvetlen információt szolgáltat arról is, hogy a populáció hányadrésze szorul az önellátásban a hozzátartozók, illetve a szociális/egészségügyi rendszer támogatására.

Az egyének véleménye a saját egészségükről az egészségi állapot hasznos jellemzője, napjainkra a vélt egészség az egyik legjelentősebb általános egészségindikátorrá vált. A kulturális tényezők jelentősen befolyásolják azt, hogy az objektív egészségi állapot milyen szubjektív egészségérzetet eredményez, emiatt az országok közötti összehasonlítás meglehetősen nehéznek tűnik², de a vélt egészség a legtöbb nemzetközi szervezet (WHO, EU, OECD) ajánlott egészségindikátorai között szerepel.^{3, 4, 5} Irodalmi adatok alapján ismert a vélt egészség kapcsolata a társadalmi helyzettel, számos objektív egészségi állapotmutatóval.^{6, 7, 8} Az elemzésben emiatt alkalmaztuk az egészségi állapot harmadik jellemzőjeként a vélt egészséget.

Az elemzés bemutatja az egészségi állapot 2009–2014 közötti változását kor és nem szerinti csoportokban, illetve egyes társadalmi-gazdasági tényezők által meghatározott alpopulációkban.

¹ World Health Organization. International classification of functioning, disability and health. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

² de Bruin, A., Picavet H., S., J., Nossikov, A.: Health interview surveys towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1996.

³ European Community Health Indicators Monitoring (ECHIM). http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object_document/o6135n29136.html

⁴ European Health for All Database. Copenhagen, WHO Euro, 2017. <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

⁵ OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing, 2016. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

⁶ Stronks, K., van de Mheen, H., Looman, C., W., Mackenbach, J., P.: The importance of psychosocial stressors for socioeconomic inequalities in perceived health. *Soc Sci Med* 1998;46:611–623.

⁷ Kennedy, B., P., Kawachi, I., Glass, R., Prothrow-Stith, D.: Income distribution, socioeconomic status, and self-rated health in the United States: multilevel analysis. *BMJ* 1998;317:917–921.

⁸ Idler, E., L., Benyamini, Y.: Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:21–27.

Az egészségi állapot társadalmi-gazdasági meghatározó tényezőinek kutatásában hagyományosan az iskolázottság, a foglalkozás, a foglalkoztatottság és az anyagi helyzet szerepének vizsgálata áll a középpontban.⁹ E tényezők objektív besorolása mellett az egészségi állapottal való kapcsolatuk szempontjából a szubjektív értékelésük is közismerten erős, egyes esetekben az objektív besorolásnál is erősebb kapcsolatban áll az egészségi állapottal. Az elemzésben alkalmazott társadalmi-gazdasági jellemzők az iskolázottság, a gazdasági aktivitás, a háztartás jövedelme, a vélt anyagi helyzet, a lakóhely régiója és urbanizáltságának foka voltak.

2.1. A vizsgált társadalmi-gazdasági tényezők meghatározása

Az iskolázottság esetén az Országos lakossági egészségfelmérés (OLEF2003) kategóriáival összevethető kategóriákat hoztuk létre:

- legfeljebb 8 általános iskolai osztály
- középiskola érettségi nélkül
- középiskola érettségivel
- felsőfokú végzettség

A gazdasági aktivitást az alábbiak szerint kategorizálták az ELEF2009-ben:

- alkalmazott
- vállalkozó
- gyermekellátásban részesül
- nyugdíjas, járadékos
- munkanélküli
- egyéb

Az ELEF2014-ben pedig az alábbi módon:

- dolgozik, fizetett állása van
- munkanélküli
- tanuló, fizetés nélküli gyakornok
- nyugdíjas
- rokkantsági ellátásban részesül
- sorkatonai vagy kötelező közösségi szolgálatot teljesít
- háztartásbeli
- egyéb inaktív

Annak érdekében, hogy a két felmérésben alkalmazott kategorizálás konzisztens legyen, az elemzésben az alábbi kategorizálást alkalmaztuk az eredeti kategóriák megfeleltetésével (1. tábla):

1. tábla

A gazdasági aktivitás kategorizálása

Az elemzésben alkalmazott kategorizálás	Az ELEF2009 kategóriái	Az ELEF2014 kategóriái
Dolgozik	alkalmazott vállalkozó	dolgozik, fizetett állása van
Munkanélküli	munkanélküli	munkanélküli
Nyugdíjas, járadékos	nyugdíjas, járadékos	nyugdíjas, rokkantsági ellátásban részesül
Egyéb	gyermekellátásban részesül egyéb	tanuló, fizetés nélküli gyakornok sorkatonai vagy kötelező közösségi szolgálatot teljesít háztartásbeli egyéb inaktív

⁹ Wilkinson, R., G., Marmot, M.: Solid facts. Copenhagen, World Health Organization, 2003.

Az anyagi helyzetet a háztartások jövedelmével jellemeztük. Az ELEF2009 alkalmával a válaszadók 91, az ELEF2014-ben 87%-a válaszolt a háztartási jövedelemre vonatkozó kérdésre a konkrét összeg vagy a jövedelemkategória megadásával. A hiányzó válaszok pótlása és a kilógó adatok kiszűrése regressziós becsléssel történt. Ezek után a háztartási jövedelem alapján ötödöket (kvintiliseket) hoztunk létre. A vélt anyagi helyzetet a „*Milyennek ítéli az Önök anyagi helyzetét?*” kérdésre adott válasz alapján elemeztük:

- nagyon jó
- jó
- megfelelő
- rossz
- nagyon rossz.

A kérdezett lakóhelyének urbanizációs fokát az alábbi kategóriákba soroltuk:

- sűrűn lakott terület
- közepesen sűrűn lakott terület
- ritkán lakott terület.

2.2. Az egészségi állapot jellemzőinek meghatározása

Az egészségi állapot jellemzésére a vélt egészséget és a korlátozottságot alkalmaztuk.

A vélt egészséget az alábbi kérdés alapján kategorizáltuk:

„*Milyen az Ön egészsége általában?*”

- nagyon jó
- jó
- kielégítő
- rossz
- nagyon rossz

A többszörös regressziós elemzésekben a nagyon jó, a jó, valamint a kielégítő, rossz és a nagyon rossz kategóriákat összevontuk.

A korlátozottság kategóriáit a következő kérdés alapján képeztük:

„*Az elmúlt 6 hónapban korlátozta-e Önt valamilyen egészségi probléma a mindennapi tevékenységek elvégzésében, és ha igen, milyen mértékben? Kérem, csak az elmúlt 6 hónapban végig fennálló korlátozottságra gondoljon!*”

- súlyosan korlátozta
- korlátozta, de nem súlyosan
- nem korlátozta

A regressziós elemzésekben a súlyos és nem súlyos korlátozottság kategóriákat összevontuk.

A mozgás korlátozottságát a 2009-es felmérésben még több kérdés alapján mérték, 2014-ben ezek közül csak a gyaloglás és a lépcsőzés korlátozottságára vonatkozó kérdések maradtak. Az utóbbi esetében a kérdés tartalmilag változott (egy emelet helyett 12 lépcsőfok), így a vizsgálatban nem tértünk ki ennek a kérdéskörnek az elemzésére, lévén az elemzés alapvetően a két felmérés eredményeinek összevetésére irányult.

Hasonló a helyzet a hallás és látás korlátozottsága esetében. A két felmérés eltérő kérdésekkel becsülte ezeket a jellemzőket, az eredmények nem összevethetőek, így ezeket szintén nem elemeztük.

Az ELEF2014 felmérésben az önellátás korlátozottságára vonatkozó kérdéseket már csak a 64 éven felüliek körében tették fel, így e jellemzőt az ELEF2009 esetében is csak ebben a korosztályban elemeztük. Az ELEF2009-ben az önellátás alábbi elemeire vonatkozott a kérdés, hogy „*Általában nehézséget okoz-e Önnek a következő tevékenységek közül bármelyik elvégzése?*”:

- táplálkozás
- ágyba lefekvés vagy ágyból felkelés
- székre leülés vagy székről felállás
- levetkőzés és felöltözés
- WC-használat
- fürdés vagy zuhanyzás

A válaszlehetőségek az alábbiak voltak:

- nem okoz nehézséget
- kisebb nehézséget okoz
- nagy nehézséget okoz
- nem tudom egyedül elvégezni

Az ELEF2014 felmérésben az ágyba lefekvés vagy ágyból felkelés, valamint a székre leülés vagy székről felállás elemeket egybevonták.

Az önellátás korlátozottságát az alábbiak szerint osztályoztuk:

- egyetlen elemben sem korlátozott
- valamelyik elem elvégzése kisebb nehézséget okoz, mindegyiket el tudja végezni nagyobb nehézség nélkül
- valamelyik elemet nem tudja elvégezni vagy csak nagy nehézséggel.

2.3. A statisztikai elemzés módszertana

2.3.1. Súlyozott elemzés

Az egészségfelmérés célja az alapsokaság, a célpopuláció jellemzése. Emiatt az elemzés során adott becslések nem a mintára vonatkoznak, hanem a célpopulációra. Ennek érdekében súlyozott elemzést végeztünk. A súlyszámításokat a KSH végezte.

A design súly a mintába kerülés valószínűségének reciproka. A design súly első korrekciója, a meghiusulás kompenzálása, az elsődleges súlyok képzése. A design súly e korrekciója egy egyszerű szorzás. A mintában megye, településnagyság és korcsoport alapján cellákat definiáltak. Minden cellában a célsokaságon belüli meghiusulás mértékében növelték a megvalósult személyek design súlyát. A korrekciós tényezőt 2,5-ben korlátozták felülről. A harmadik lépésben az elsődleges súlyokat úgy módosították, hogy a minta a végső súlyokkal illeszkedjen a sarokszámokhoz (kalibrálás). A sarokszámrendszer két blokkból állt:

1. az első blokk a régióként (Budapest és Pest megye külön) nem és hét korcsoport szerinti népeségsszámok;
2. a második blokk a régióként nem és három korcsoport, illetve háztartásnagyság szerinti népeségsszámok.

A végső súlyokat az 500–2800 intervallumban tartották.

A meghiusulás mértéke kérdésenként, jellemzőnként eltérő mértékű, így egy további korrekciós lehetőség lett volna az elemenkénti meghiusulás-korrekció. Ezt azonban a KSH súlyszámítása nem tartalmazta. A vizsgált változók esetében a meghiusulási arány csekély volt, az egy- és kétváltozós elemzésekben külön kategóriaként az elemzésben megtartottuk, lévén az elemenkénti meghiusulásra nem történt korrekció, de a táblázatokban az arányukat külön nem közöljük, csak egy összefoglaló táblában a hiányzó megfigyelések mintabeli arányát. Emiatt egy-egy változó kategóriái populációs prevalenciáinak összege csekély mértékben eltérhet 100%-tól. A többszörös regressziós elemzések esetében a hiányzó megfigyeléseket kihagytuk az elemzésből, akár a kimeneteli, akár valamelyik magyarázó változón tett megfigyelés hiányzott és a tényleges mintaszámot külön feltüntettük.

2.3.2. A mintavételi módszert figyelembe vevő intervallumbecslés

Az ELEF2009 és ELEF2014 kétlépcsős rétegzett mintavételezést alkalmazott. Első körben települések, majd a településeken belül a résztvevők minimum tízes csoportokban lettek kiválasztva. A konfidenca intervallumok számításakor ezt figyelembe vettük, ún. design-based becslést alkalmaztunk a STATA 12 statisztikai programcsomag felméréselemző moduljának segítségével.

2.3.3. Egy- és kétváltozós elemzések

Elsőként az egészségi állapot jellemzőinek populációs eloszlását becsültük a demográfia és a társadalmi jellemzők kategóriáiban. Ezt követően a társadalmi-gazdasági jellemzők kor és nem szerinti eloszlását becsültük és hasonlítottuk össze 2009-re és 2014-re vonatkozóan. A prevalenciák mellett azok 95%-os konfidencia intervallumát is megbecsültük.

2.3.4. Többváltozós logisztikus regressziós elemzések

A vizsgált demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezők egymással is kapcsolatban állnak. Annak megállapítására, hogy az egészségi állapot jellemzői mely demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezőkkel állnak a legszorosabb kapcsolatban, illetve e kapcsolatok erőssége változott-e 2009 és 2014 között, többváltozós logisztikus regressziós elemzést végeztünk. A mintavételi módszert és a súlyozást figyelembe vevő intervallumbecslést alkalmaztunk ezekben az elemzésekben is. Mind a két felmérés adataira ugyanazt a modellt illesztettük annak érdekében, hogy összevethető legyen, változott-e öt év alatt a vizsgált meghatározó tényezők és az egészségi állapot kapcsolatának jellege és erőssége. A magyarázó változók statisztikai szignifikanciájának vizsgálatára korrigált Wald-próbát alkalmaztunk, szignifikancia szintnek 5%-ot választottunk.

3. Eredmények

Az elemzés az ELEF2009 esetében 5051 fős, az ELEF2014 esetében 5826 fős mintán alapult. A 2. tábla mutatja az egyes vizsgált jellemzőkre vonatkozóan a hiányzó adattal bírók számát és arányát a két felmérésben. A hiányzó értékek aránya nem érte el az 1%-ot egyetlen, az elemzésben használt változó esetében sem.

2. tábla

A hiányzó adatok száma és aránya

Jellemző	ELEF2009		ELEF2014	
	száma	aránya, %	száma	aránya, %
Kor	0	0,0	0	0,0
Nem	0	0,0	0	0,0
Iskolai végzettség	5	0,1	1	0,02
Gazdasági aktivitás	0	0,0	7	0,1
Háztartás jövedelme ^{a)}	0	0,0	0	0,0
Vélt anyagi helyzet	39	0,8	48	0,80
Régió	0	0,0	0	0,0
Urbanizáció	0	0,0	0	0,0
Vélt egészség	1	0,02	0	0,0
Korlátozottság	11	0,2	5	0,09

^{a)} Imputációt követően (lásd a Módszerek fejezetben).

3.1. Véltség

2009-ben és 2014-ben is az életkor előrehaladtával jelentősen csökkent az egészségüket jónak, illetve nagyon jónak vélők aránya (3. tábla). Ezzel párhuzamosan emelkedett az egészségüket kielégítőnek, rossznak vagy nagyon rossznak vélők aránya. Az egészségüket nagyon jónak vélők aránya alacsonyabb volt a nők körében, mint a férfiak esetében.

A két felmérés között eltelt 5 év alatt jelentősen javult a középkorú és idős lakosság véltség (3. tábla). A 35–64 éves férfiak körében a nagyon jó és jó véltségük aránya 63%-ra nőtt 2014-re a 2009-es 52%-ról. Ugyanezek az arányok a nőknél 2014-ben 60, 2009-ben 46% (1. ábra) voltak. A javulás a 35–64 évesek körében a kielégítő és rossz véltségük arányának csökkenésével függött össze. Az idősek esetében a javulás majdnem teljes egészében a rossz és nagyon rossz véltségük arányának csökkenéséből adódott.

3. tábla

A véltség eloszlása a demográfiai jellemzők szerint
(95%-os konfidencia intervallum)

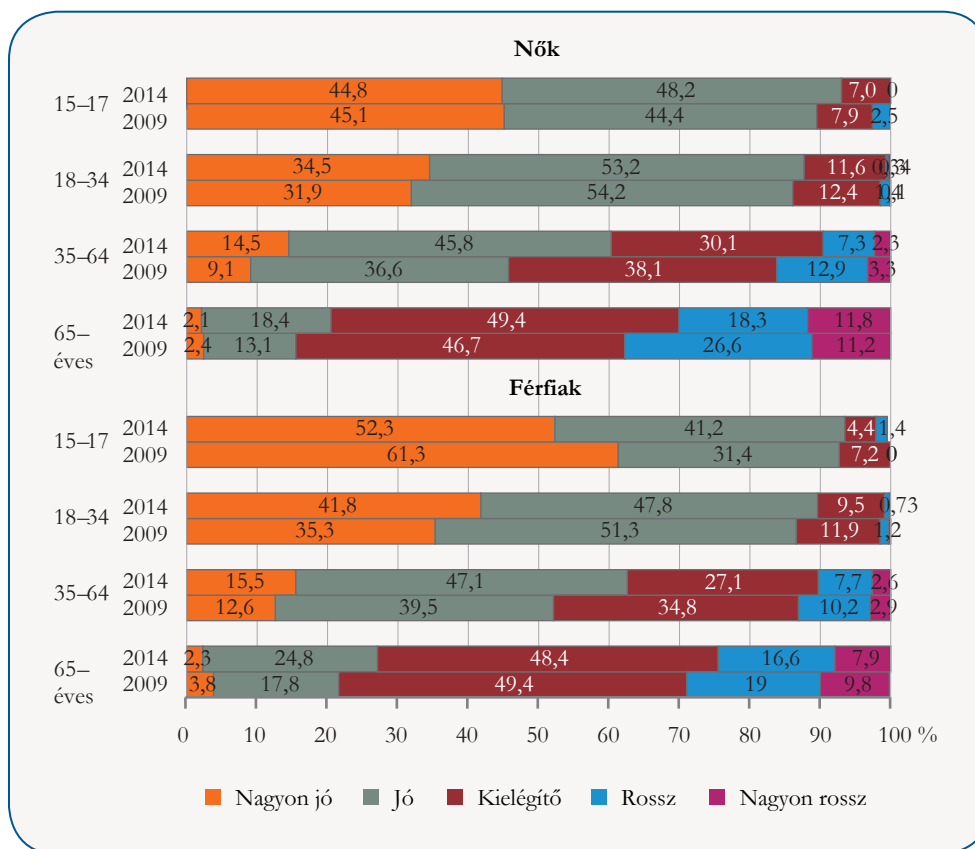
(%)

Jellemző	Nagyon jó		Jó		Kielégítő		Rossz		Nagyon rossz	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Teljes populáció	16,8 (15,7–17,9)	19,3 (18,3–20,4)	37,4 (36,0–38,8)	42,1 (40,8–43,5)	31,1 (29,8–32,5)	27,5 (26,4–28,7)	10,9 (10,0–11,8)	7,6 (7,0–8,4)	3,7 (3,2–4,3)	3,4 (3,0–3,9)
Életkor										
15–17 éves	53,0 (44,8–61,1)	48,8 (41,8–55,9)	38,1 (30,5–46,4)	44,8 (37,9–51,9)	7,6 (4,3–13,1)	5,7 (3,2–9,8)	1,3 (0,32–5,3)	0,76 (0,11–5,2)	0	0
18–34 éves	33,6 (31,0–36,4)	38,2 (35,6–40,9)	52,7 (50,0–55,5)	50,5 (47,8–53,2)	12,2 (10,5–14,2)	10,6 (9,1–12,3)	1,3 (0,82–2,1)	0,54 (0,27–1,1)	0,18 (5 · 10 ⁻⁴ –0,6)	0,21 (7 · 10 ⁻⁴ –0,66)
35–64 éves	10,8 (9,5–12,2)	15,0 (13,6–16,4)	38,0 (36,0–40,0)	46,4 (44,5–48,4)	36,5 (34,5–38,5)	28,6 (27,0–30,3)	11,6 (10,4–13,0)	7,5 (6,6–8,5)	3,1 (2,5–3,9)	2,5 (2,0–3,1)
65+ éves	2,9 (2,0–4,2)	2,2 (1,5–3,2)	14,8 (12,7–17,3)	20,8 (18,6–23,3)	47,7 (44,5–51,0)	49,0 (46,2–51,9)	23,8 (21,0–26,7)	17,7 (15,6–20,0)	10,7 (8,9–12,9)	10,3 (8,7–12,1)
Nem										
Férfi	19,6 (17,9–21,4)	21,8 (20,2–23,4)	39,3 (37,2–41,5)	43,4 (41,5–45,4)	29,4 (27,5–31,3)	25,0 (23,4–26,7)	8,6 (7,5–9,8)	7,1 (6,1–8,1)	3,1 (2,5–3,9)	2,7 (2,2–3,4)
Nő	14,3 (13,0–15,5)	17,1 (15,7–18,5)	35,7 (33,9–37,6)	41,0 (39,2–42,8)	32,7 (30,9–34,5)	29,8 (28,2–31,4)	12,9 (11,7–14,3)	8,2 (7,2–9,2)	4,3 (3,6–5,2)	4,1 (3,4–4,8)

A véltség mindkét felmérésben szoros összefüggést mutatott az iskolázottsággal, az egészségi állapot e mutatójában egyértelmű társadalmi gradiens figyelhető meg. Míg a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzettek körében a nagyon jó és jó véltséggel rendelkezők aránya 44% volt, addig a felsőfokú végzettségűek körében 78%. 2009–2014 között minden iskolázottsági kategóriában javult a véltség, a társadalmi olló kicsit zárult, mert az előbb említett arányok 2009-ben 37, illetve 75% voltak, azaz a javulás mértéke nagyobb volt az alacsony iskolázottságúak körében (a nagyon jó / jó véltségük arányának növekedése 6,9, illetve 3,2 százalékpont) (4. tábla). Ugyanakkor a véltség mutatóban jelentkező egészségtelenlenség mértéke még mindig óriási az iskolázottság szerint.

1. ábra

A vélt egészség eloszlása nemenként és korcsoportonként, %



A gazdasági aktivitás minden kategóriájában jelentős javulás történt. A jó és nagyon jó vélt egészségűek aránya legnagyobb mértékben a nyugdíjasok, járadékban részesülők körében nőtt, 2014-re majd 7 százalékponttal (4. tábla). A dolgozók körében ez a növekedés 6,5 százalékpont, és az ő körükben ennek a növekedésnek majd a fele a nagyon jó vélt egészségűek arányának növekedéséből adódott. A munkanélküliek körében összességében 5,2 százalékponttal nőtt a nagyon jó / jó vélt egészségűek aránya, ennek döntő része a jó vélt egészségűek arányának növekedéséből adódott. Míg a dolgozók esetében a javulás meghatározó módon a kielégítő vélt egészségűek arányának csökkenésével járt, addig a munkanélküliek, nyugdíjasok, járadékban részesülők esetében inkább a rossz, illetve a nagyon rossz vélt egészségűek arányának a csökkenéséből. Az egészségegyenlőtlenség a gazdasági aktivitás szerint is megfigyelhető volt mindkét évben.

A háztartás jövedelmi helyzete alapvetően meghatározta a vélt egészséget mindkét felmérés idején. A felső ötödbe tartozók körében a nagyon jó és a jó vélt egészségűek aránya több mint kétszer annyi volt, mint az alsó jövedelmi ötödbe tartozók körében (2014-ben 83, illetve 38%) (4. tábla). A jövedelem mindegyik kategóriájában jelentősen nőtt 2014-re a nagyon jó / jó vélt egészségűek aránya, de az egyenlőtlenség mértéke tovább nőtt, mert abszolút értelemben a legnagyobb növekedés a felső ötödben volt (10,1 százalékpont).

A vélt anyagi helyzet szerint tovább nyílt a vélt egészség mutatóban a társadalmi olló. Míg a nagyon jó vélt anyagi helyzetben lévők körében a nagyon jó és a jó vélt egészségűek aránya 11,5 százalékponttal nőtt, addig ez a növekedés a vélt anyagi helyzet, jó, megfelelő, rossz, nagyon rossz kategóriáiban sokkal alacsonyabb, 1, 4,3, 5,7 és 0,6 százalékpont volt (4. tábla).

4. tábla

A vélt egészség eloszlása a társadalmi-gazdasági helyzet szerint
(95%-os konfidencia intervallum)

(%)

Jellemző	Nagyon jó		Jó		Kielégítő		Rossz		Nagyon rossz	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Iskolai végzettség										
Legfeljebb 8 általános	12,9 (11,2–14,8)	14,6 (12,8–16,6)	23,9 (21,7–26,3)	29,1 (26,8–31,6)	35,2 (32,6–37,9)	34,1 (31,6–36,7)	20,5 (18,4–22,7)	14,0 (12,3–15,9)	7,5 (6,2–9,0)	8,3 (6,9–9,9)
Középiskola érettségi nélkül	13,6 (11,8–15,7)	12,4 (10,8–14,3)	35,5 (32,8–38,3)	42,3 (39,9–44,8)	37,4 (34,7–40,2)	33,1 (30,7–35,6)	10,5 (8,9–12,4)	9,6 (8,2–11,3)	2,9 (2,1–4,0)	2,5 (1,8–3,5)
Középiskola érettségivel	19,4 (17,4–21,6)	22,9 (21,0–25,0)	44,0 (41,4–46,7)	46,6 (44,2–49,0)	27,5 (25,3–29,9)	24,2 (22,3–26,3)	6,8 (5,6–8,1)	4,5 (3,6–5,6)	2,4 (1,7–3,4)	1,8 (1,3–2,6)
Felsőfokú végzettség	23,9 (20,7–27,3)	28,4 (25,7–31,2)	51,0 (47,2–54,9)	49,7 (46,7–52,8)	20,8 (18,0–24,1)	17,7 (15,5–20,1)	3,0 (1,9–4,7)	2,6 (1,8–3,7)	1,3 (0,64–2,6)	1,6 (1,0, 2,5)
Gazdasági aktivitás										
Dolgozik	21,0 (19,2–22,8)	24,0 (22,3–25,7)	49,4 (47,2–51,6)	52,9 (51,0–54,8)	26,1 (24,3–28,1)	20,4 (18,9–22,0)	3,1 (2,4–4,0)	2,3 (1,8–2,9)	0,40 (0,22–0,72)	0,44 (0,25–0,76)
Munka-nélküli érettségivel	16,8 (13,2–21,2)	17,6 (13,4–22,8)	42,1 (36,9–47,4)	46,5 (40,7–52,4)	27,2 (22,9–32,0)	29,4 (24,1–35,4)	12,0 (9,0–15,9)	6,0 (3,6–9,7)	1,9 (0,8–4,2)	0,58 (0,14–2,35)
Nyugdíjas/járadékos	2,4 (1,8–3,4)	2,6 (1,9–3,5)	14,6 (12,9–16,4)	21,4 (19,5–23,4)	47,8 (45,2–50,3)	46,7 (44,3–49,1)	24,8 (22,6–27,1)	19,3 (17,5–21,3)	10,4 (9,0–10,4)	10,0 (8,7–11,5)
Egyéb	35,6 (32,0–39,4)	39,0 (35,7–42,4)	47,7 (43,9–51,6)	46,8 (43,3–50,3)	11,9 (9,7–14,5)	11,4 (9,4–13,8)	4,3 (3,1–6,1)	2,0 (1,2–3,2)	0,5 (0,1–1,6)	0,87 (0,43–1,8)
Háztartás jövedelme										
Alsó ötöd	7,5 (6,0–9,2)	8,7 (7,2–10,4)	22,8 (20,5–25,4)	29,6 (27,0–32,3)	37,1 (34,3–39,9)	37,6 (34,9–40,5)	23,4 (20,9–26,0)	16,5 (14,4–18,9)	9,3 (7,7–11,3)	7,6 (6,2–9,2)
2. ötöd	14,0 (11,9–16,4)	12,8 (10,9–15,0)	34,6 (31,7–37,6)	37,1 (34,2–40,1)	34,8 (31,8–38,0)	34,5 (31,7–37,5)	12,6 (10,5–15,0)	10,6 (9,0–12,6)	4,0 (2,9–5,4)	4,9 (3,8–6,4)
3. ötöd	16,5 (14,2–19,1)	18,1 (16,0–20,4)	39,8 (36,6–43,1)	44,1 (41,2–47,0)	31,8 (28,8–34,9)	28,4 (25,9–31,1)	9,9 (7,2–11,0)	6,5 (5,2–8,1)	3,1 (2,1–4,5)	2,9 (2,1–4,1)
4. ötöd	21,2 (18,5–24,1)	22,2 (19,7–24,8)	41,6 (38,4–44,8)	49,5 (46,5–52,6)	30,6 (27,6–33,7)	23,8 (21,2–26,5)	5,3 (4,1–7,0)	3,1 (2,2–4,4)	1,4 (0,8–2,4)	1,5 (0,87–2,5)
Felső ötöd	24,8 (22,0–29,9)	33,5 (30,7–36,3)	48,3 (44,8–51,7)	49,7 (46,8–52,7)	21,4 (18,8–24,4)	14,4 (12,5–16,6)	4,4 (3,1–6,1)	1,9 (1,3–2,8)	1,0 (0,51–2,0)	0,52 (0,23–1,2)
Vélt anyagi helyzet										
Nagyon jó	37,6 (25,7–51,2)	41,7 (31,9–52,3)	37,1 (25,3–50,8)	44,5 (34,7–54,7)	19,4 (10,8–32,3)	12,8 (7,5–20,9)	1,5 (0,2–9,6)	1,0 (0,13–6,5)	2,9 (0,7–11,6)	0
Jó	29,8 (26,0–33,9)	30,4 (27,8–33,2)	50,2 (45,9–54,5)	50,6 (47,6–53,6)	15,9 (13,1–19,2)	15,4 (13,3–17,7)	3,7 (2,4–5,6)	2,6 (1,9–3,7)	0,5 (0,1–1,6)	1,0 (0,53–1,7)
Megfelelő	16,6 (15,2–18,1)	17,5 (16,2–18,9)	39,1 (37,3–41,0)	42,5 (40,8–44,3)	33,9 (32,1–35,7)	30,7 (29,2–32,2)	8,2 (7,2–9,3)	6,4 (5,6–7,3)	2,2 (1,7–2,8)	2,9 (2,4–3,6)
Rossz	11,1 (9,3–13,2)	11,9 (9,7–14,5)	30,0 (27,3–32,9)	34,9 (31,9–38,7)	33,0 (30,1–35,9)	32,2 (29,3–35,3)	19,7 (17,3–22,4)	15,9 (13,6–18,6)	6,2 (4,8–7,9)	5,0 (3,7–6,7)
Nagyon rossz	10,3 (7,4–14,0)	9,4 (6,5–13,3)	24,7 (20,5–29,4)	26,2 (21,3–31,8)	30,8 (26,4–35,6)	32,5 (27,1–38,3)	20,1 (16,2–24,7)	17,0 (13,1–21,7)	14,1 (10,9–18,1)	15,0 (11,4–19,6)

A nagyon jó / jó vélt egészségűek arányát tekintve a Duna kettéválasztja Magyarországot. Míg ez az arány a Dunántúlon és Közép-Magyarországon 56–59% volt, addig az ország keleti felén egyetlen régióban sem érte el az 50%-ot. Közép-Magyarországon és Nyugat-Dunántúlon a legmagasabb a nagyon jó vélt egészségűek és a jó vélt egészségűek aránya (5. tábla). Mivel a legnagyobb növekedés Észak-Alföldön volt (10 százalékpont), a területi egyenlőtlenség mértéke kicsit csökkent e régiót tekintve, ugyanakkor Észak-Magyarország és Dél-Alföld lemaradása tovább nőtt, mert a 2. és 3. legnagyobb növekedést Közép-Dunántúl és Közép-Magyarország produkálta, ahol immár a lakosság közel kétharmada vélte úgy 2014-ben, hogy jó vagy nagyon jó az egészsége.

Ezzel összhangban hasonló tendenciák voltak megfigyelhetők a vélt egészség kategóriáinak prevalenciájában a lakóhely urbanizációjának foka szerint is (5. tábla). A sűrűn vagy közepesen sűrűn lakott területeken a nagyon jó / jó vélt egészségűek aránya mind a két felmérésben magasabb volt, mint a nem sűrűn lakott területeken, és ugyan mind a három kategóriában nőtt ez az arány, de 2014-re a különbség is tovább nőtt.

5. tábla

A vélt egészség eloszlása a lakóhely régiója és urbanizáltsági foka szerint

(95%-os konfidencia intervallum)

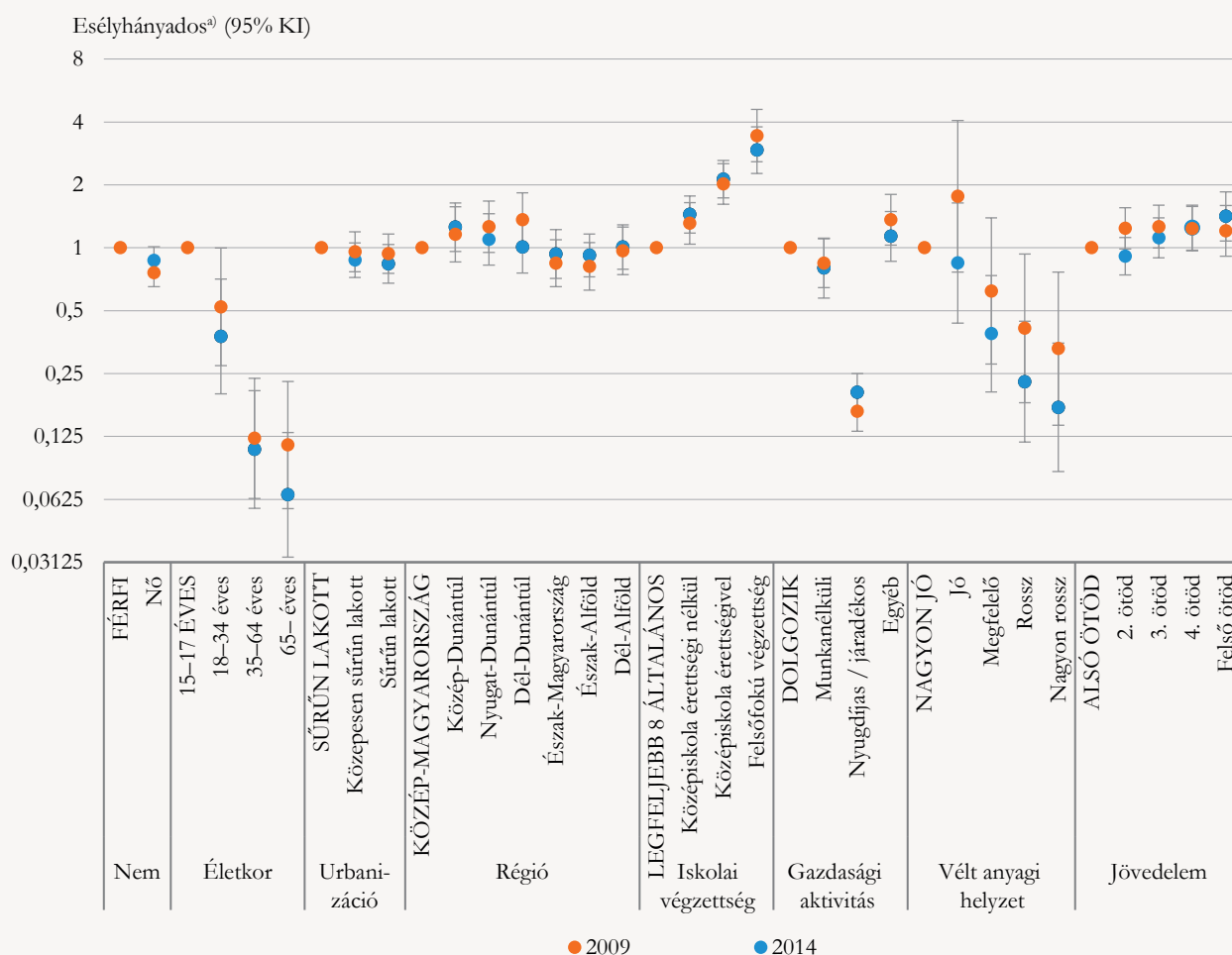
(%)

Jellemző	Nagyon jó		Jó		Kielégítő		Rossz		Nagyon rossz	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Régió										
Közép-Magyarország	12,9 (11,2–14,8)	14,6 (12,8–16,6)	23,9 (21,7–26,3)	29,1 (26,8–31,6)	35,2 (32,6–37,9)	34,1 (31,6–36,7)	20,5 (18,4–22,7)	14,0 (12,3–15,9)	7,5 (6,2–9,0)	8,3 (6,9–9,9)
Közép-Dunántúl	13,6 (11,8–15,7)	12,4 (10,8–14,3)	35,5 (32,8–38,3)	42,3 (39,9–44,8)	37,4 (34,7–40,2)	33,1 (30,7–35,6)	10,5 (8,9–12,4)	9,6 (8,2–11,3)	2,9 (2,1–4,0)	2,5 (1,8–3,5)
Nyugat-Dunántúl	19,4 (17,4–21,6)	22,9 (21,0–25,0)	44,0 (41,4–46,7)	46,6 (44,2–49,0)	27,5 (25,3–29,9)	24,2 (22,3–26,3)	6,8 (5,6–8,1)	4,5 (3,6–5,6)	2,4 (1,7–3,4)	1,8 (1,3–2,6)
Dél-Dunántúl	23,9 (20,7–27,3)	28,4 (25,7–31,2)	51,0 (47,2–54,9)	49,7 (46,7–52,8)	20,8 (18,0–24,1)	17,7 (15,5–20,1)	3,0 (1,9–4,7)	2,6 (1,8–3,7)	1,3 (0,64–2,6)	1,6 (1,0, 2,5)
Észak-Magyarország	16,8 (13,2–21,2)	17,6 (13,4–22,8)	42,1 (36,9–47,4)	46,5 (40,7–52,4)	27,2 (22,9–32,0)	29,4 (24,1–35,4)	12,0 (9,0–15,9)	6,0 (3,6–9,7)	1,9 (0,8–4,2)	0,58 (0,14–2,35)
Észak-Alföld	2,4 (1,8–3,4)	2,6 (1,9–3,5)	14,6 (12,9–16,4)	21,4 (19,5–23,4)	47,8 (45,2–50,3)	46,7 (44,3–49,1)	24,8 (22,6–27,1)	19,3 (17,5–21,3)	10,4 (9,0–10,4)	10,0 (8,7–11,5)
Dél-Alföld	35,6 (32,0–39,4)	39,0 (35,7–42,4)	47,7 (43,9–51,6)	46,8 (43,3–50,3)	11,9 (9,7–14,5)	11,4 (9,4–13,8)	4,3 (3,1–6,1)	2,0 (1,2–3,2)	0,5 (0,1–1,6)	0,87 (0,43–1,8)
Urbanizáció foka										
Sűrűn lakott	7,5 (6,0–9,2)	8,7 (7,2–10,4)	22,8 (20,5–25,4)	29,6 (27,0–32,3)	37,1 (34,3–39,9)	37,6 (34,9–40,5)	23,4 (20,9–26,0)	16,5 (14,4–18,9)	9,3 (7,7–11,3)	7,6 (6,2–9,2)
Közepesen sűrűn lakott	14,0 (11,9–16,4)	12,8 (10,9–15,0)	34,6 (31,7–37,6)	37,1 (34,2–40,1)	34,8 (31,8–38,0)	34,5 (31,7–37,5)	12,6 (10,5–15,0)	10,6 (9,0–12,6)	4,0 (2,9–5,4)	4,9 (3,8–6,4)
Nem sűrűn lakott	10,3 (7,4–14,0)	9,4 (6,5–13,3)	24,7 (20,5–29,4)	26,2 (21,3–31,8)	30,8 (26,4–35,6)	32,5 (27,1–38,3)	20,1 (16,2–24,7)	17,0 (13,1–21,7)	14,1 (10,9–18,1)	15,0 (11,4–19,6)

Az egyes vizsgált demográfiai és társadalmi tényezők független kapcsolatának erősségét a vélt egészséggel a 2. ábra mutatja. Az ábrán a nagyon jó és a jó vélt egészség prevalencia esélyhányadosai láthatóak a 95%-os konfidenciaintervallumukkal az egyes tényezők különböző kategóriáiban a referenciakategóriákhoz viszonyítva. A referenciakategóriák az ábrán nagybetűvel vannak feltüntetve, és a hozzájuk tartozó esélyhányados értéke 1.

2. ábra

A vélt egészség összefüggése a demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezőkkel



Az y tengely logaritmikus skála. N=5008 (ELEF2009), 5772 (ELEF2014).

KI=konfidencia intervallum.

^{a)} A vizsgált esély a nagyon jó/ jó egészség esélye.

A vizsgált tényezők kapcsolatának alakja a vélt egészséggel a két felmérésben ugyanolyan volt. A többi tényezőre korrigálva az urbanizáltság foka sem 2009-ben, sem 2014-ben nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a vélt egészséggel ($p=0,84$, illetve $0,24$). 2014-ben a régió hatása sem volt szignifikáns ($p=0,34$).

A háztartás jövedelme csak 2014-ben volt statisztikailag szignifikáns kapcsolatban a vélt egészséggel korrigálva a többi tényezőre ($p=0,28$, illetve $p=0,01$).

Az iskolázottság, a gazdasági aktivitás és a vélt anyagi helyzet mindegyike tekintetében egyértelmű társadalmi gradiens látható a többi tényezőre korrigálva is. A legtöbb vizsgált tényező hatása nem változott érdemben 2014-re (az esélyhányadosok konfidencia intervallumai mindegyik esetben átfednek a 2009-es esélyhányadosok konfidencia intervallumával). Ugyan a változás mértéke a vélt anyagi helyzet és a vélt egészség kapcsolatát tekintve sem szignifikáns, a pontbecslések értékei arra utalnak, hogy összhangban az egyváltozós elemzésekkel nyílt a társadalmi olló. A nagyon rossz vélt anyagi helyzetben lévőknek az esélye arra, hogy nagyon jó / jó egészségük legyen, 2009-ben harmada, 2014-ben

hatoda volt a nagyon jó vélt anyagi helyzetben lévőkhöz viszonyítva, a többi tényezőre korrigálva is. A felsőfokú végzettségűek esetében ez az esély több mint háromszoros a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzettekhez viszonyítva.

A nők esélye a nagyon jó és a jó vélt egészségre a férfiakénak 76%-a (2009-ben), illetve 87%-a (2014-ben) volt. A különbség a többi tényezőre korrigálva csak 2009-ben volt statisztikailag szignifikáns ($p < 10^{-3}$, illetve $p = 0,07$).

3.2. Krónikus betegség miatti korlátozottság a mindennapi tevékenységekben

Az életkorral jelentősen nő a korlátozottság prevalenciája (6. tábla). A 64 év felettiek közül minden 5. ember súlyosan korlátozott volt a mindennapi tevékenységében az egészségi állapota miatt. 2014-re érdemi javulás ebben a kategóriában nem volt észlelhető. A mérsékelt korlátozottság prevalenciája azonban jelentősen csökkent 2014-re mind a 18–34 éves, mind 35–64 éves, mind a 64 évnél idősebb korcsoportban. A középkorúak körében közel felére esett vissza a gyakorisága. Mind a mérsékelt, mind a súlyos korlátozottság prevalenciája magasabb volt a nők körében, mint a férfiak körében (6. tábla).

A 15–17 éves korúak körében bekövetkezett javulás szinte teljes egészében a nők körében történt (3. ábra). A 17 évnél idősebb korosztályokban bekövetkezett változás lényegében egyformán érintette mindkét nemet. A mérsékelt korlátozottság prevalenciája jelentősen csökkent, a súlyos korlátozottságé nem változott.

6. tábla

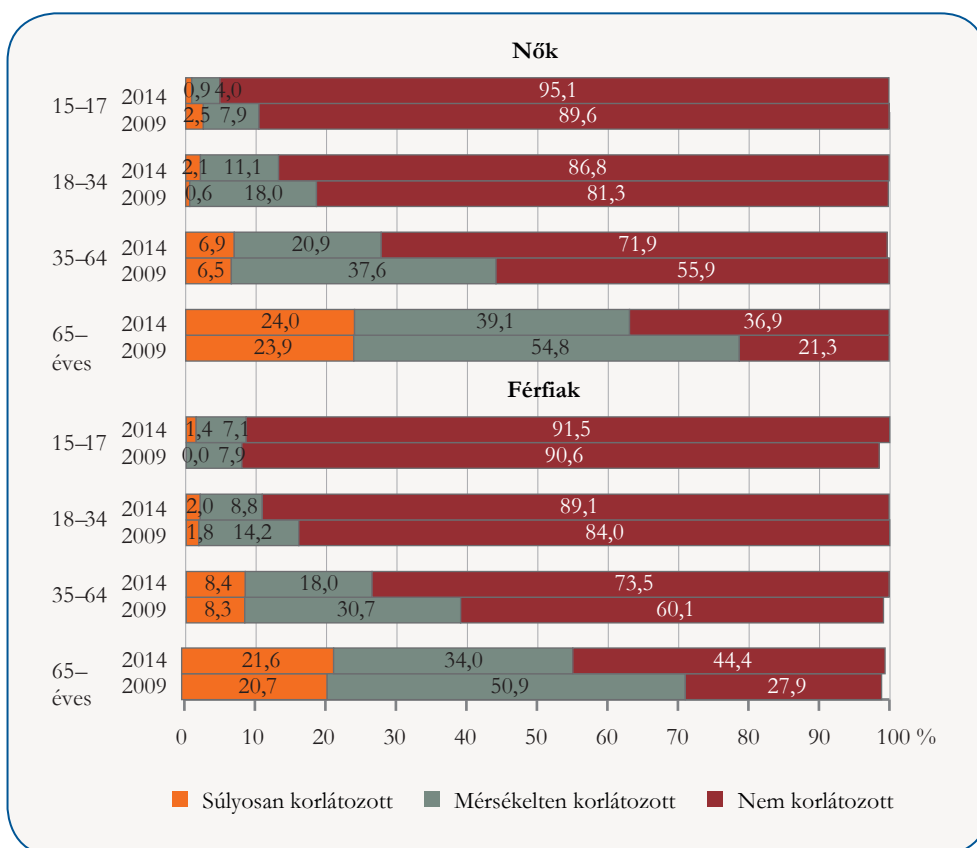
A korlátozottság eloszlása a demográfiai jellemzők szerint
(95%-os konfidencia intervallum)

(%)

Jellemző	Súlyosan korlátozott		Mérsékelt korlátozott		Nem korlátozott	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Teljes populáció	8,6 (7,8–9,4)	9,2 (8,5–10,0)	32,3 (30,9–33,7)	20,3 (19,3–21,4)	58,9 (57,4–60,4)	70,4 (69,2–71,5)
Életkor						
15–17 éves	1,3 (0,31–5,1)	1,2 (0,27–4,8)	7,9 (4,7–13,2)	5,6 (3,2–9,7)	90,1 (84,4–93,9)	93,2 (88,8–96,0)
18–34 éves	1,2 (0,71–2,1)	2,1 (1,4–3,0)	16,1 (14,0–18,4)	9,9 (8,4–11,7)	82,7 (80,3–84,8)	88,0 (86,1–89,6)
35–64 éves	7,3 (9,5–12,2)	7,7 (6,7–8,7)	34,3 (32,3–36,3)	19,5 (18,1–21,0)	58,1 (56,0–60,2)	72,7 (71,0–74,2)
65– éves	22,7 (20,1–25,5)	23,1 (20,8–25,6)	53,4 (50,2–56,5)	37,2 (34,4–40,0)	23,7 (21,2–26,5)	39,7 (36,9–42,6)
Nem						
Férfi	8,1 (7,0–9,3)	8,6 (7,6–9,8)	28,2 (26,4–30,2)	17,8 (16,4–19,3)	63,3 (61,2–65,4)	73,6 (71,9–75,2)
Nő	9,0 (8,0–10,1)	9,8 (8,8–10,9)	35,9 (34,0–37,8)	22,6 (21,1–24,0)	55,1 (53,1–57,0)	67,6 (66,0–69,2)

3. ábra

A korlátozottság eloszlása nemenként és korcsoportonként



A korlátozottság mindkét felmérésben szoros összefüggést mutatott az iskolázottsággal. A legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzettek körében négyszer annyian voltak súlyosan és kétszer annyian mérsékelt korlátozottak mind 2009-ben, mind 2014-ben, mint a felsőfokú végzettségűek körében. A súlyos korlátozottság prevalenciája lényegében egyik iskolázottsági kategóriában sem csökkent, sőt az érettségi nélküli középiskolai végzettségűek körében szignifikánsan növekedett is. A mérsékelt korlátozottság prevalenciája ugyanakkor minden iskolázottsági kategóriában jelentősen csökkent, legnagyobb mértékben a felsőfokú végzettségűek körében.

A munkanélküliek körében közel háromszorosára, a dolgozók körében több mint kétszeresére nőtt a súlyos korlátozottság aránya (7. tábla). Az utóbbi kategóriában ugyan a változás statisztikailag szignifikáns, mértéke kicsi, 1,2%-ról 2,7%-ra változott. A mérsékelt korlátozottság prevalenciája minden vizsgált gazdasági aktivitási kategóriában jelentősen csökkent, ennek köszönhető, hogy a nem korlátozottak aránya mindegyik kategóriában növekedett.

A háztartás jövedelemtől függetlenül jelentősen csökkent a korlátozottság aránya. Ugyan abszolút mértékben legjobban a felső jövedelmi ötödben (több mint 16 százalékponttal), de a legalsó jövedelmi ötödben is majdnem 12 százalékponttal alacsonyabb. A változás a mérsékelt korlátozottság gyakorisága csökkenésének köszönhető. A súlyos korlátozottsággal élők aránya statisztikai értelemben nem változott, a prevalenciák pontbecslései azonban a felső jövedelmi ötödnél kívül nagyobbak voltak 2014-ben, mint 2009-ben.

A nagyon jó vélt anyagi helyzetűek körében nem változott a korlátozottság prevalenciája. Ugyan a súlyos korlátozottság arányának becslött értéke relatív értelemben jelentősen nőtt, de a becslés nagyfokú bizonytalansága miatt ez statisztikailag nem igazolható. A vélt anyagi helyzet többi kategóriájában ugyanakkor 10 százalékponttal nőtt a nem korlátozottak aránya. Így ugyan még mindig a legjobb vélt anyagi helyzetben lévők körében legalacsonyabb a korlátozottak aránya, de a jó anyagi helyzetben lévők is lényegében elérték ezt az arányt.

7. tábla

A korlátozottság eloszlása a társadalmi-gazdasági helyzet szerint
(95%-os konfidencia intervallum)

(%)

Jellemző	Súlyosan korlátozott		Mérsékelten korlátozott		Nem korlátozott	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Iskolai végzettség						
Legfeljebb 8 általános	16,8 (14,8–19,0)	16,3 (14,5–18,4)	39,6 (37,0–42,2)	27,3 (25,1–29,7)	43,5 (40,9–46,1)	56,4 (53,7–59,0)
Középiskola érettségi nélkül	6,7 (5,4–8,3)	10,6 (9,1–12,4)	33,3 (30,7–35,9)	22,7 (20,6–25,0)	59,8 (57,1–62,5)	66,6 (64,2–69,0)
Középiskola érettségivel	5,2 (4,2–6,6)	5,9 (4,8–7,1)	26,9 (24,6–29,3)	17,2 (15,4–19,0)	67,7 (65,1–70,1)	76,8 (74,7–78,7)
Felsőfokú végzettség	3,7 (2,5–5,5)	4,3 (3,3–5,7)	28,7 (25,3–32,2)	13,9 (11,9–16,1)	67,4 (63,7–70,8)	81,7 (79,3–83,9)
Gazdasági aktivitás						
Dolgozik	1,2 (0,8–1,8)	2,7 (2,1–3,3)	24,3 (22,4–26,2)	12,7 (11,5–14,0)	74,3 (72,3–76,2)	84,6 (83,2–85,8)
Munkanélküli érettségivel	2,6 (1,3–5,3)	7,5 (4,7–11,6)	30,9 (26,2–36,0)	17,3 (13,1–22,5)	66,5 (61,2–71,4)	75,3 (69,5–80,2)
Nyugdíjas/járadékos	23,3 (21,3–25,5)	23,4 (21,4–25,4)	50,5 (47,9–53,0)	37,9 (35,6–40,3)	26 (23,9–28,2)	38,7 (36,4–41,0)
Egyéb	2,2 (1,3–3,7)	2,9 (2,0–4,2)	18,2 (15,3–21,4)	10,6 (8,7–12,8)	79,4 (76,1–82,5)	86,5 (84,1–88,7)
Háztartás jövedelme						
Alsó ötöd	17 (14,8–19,5)	18,1 (16,0–20,4)	43,5 (40,5–46,5)	30,8 (28,2–33,5)	39,4 (36,5–42,5)	51,1 (48,3–54,0)
2. ötöd	10,7 (8,8–12,9)	12,1 (10,2–14,3)	33,3 (30,2–36,5)	25,2 (22,7–27,9)	55,9 (52,6–59,1)	62,6 (59,6–65,5)
3. ötöd	6,9 (5,3–8,8)	8,2 (6,7–9,9)	30,5 (27,5–33,6)	20 (17,8–22,4)	62,5 (59,2–65,6)	71,7 (68,9–74,3)
4. ötöd	4,4 (3,2–6,1)	5,7 (4,4–7,3)	29,1 (26,1–32,2)	16,1 (13,9–18,6)	66,4 (63,2–69,4)	78,1 (75,4–80,6)
Felső ötöd	3,9 (2,7–5,6)	2,6 (1,9–3,7)	25,2 (22,3–28,3)	10,3 (8,7–12,3)	70,5 (67,2–73,6)	87 (85,9–88,8)
Vélt anyagi helyzet						
Nagyon jó	1,9 (0,3–12,2)	4 (1,4–10,5)	14,3 (7,2–26,5)	12,7 (7,2–21,4)	82,3 (69,9–90,4)	83,4 (74,2–89,8)
Jó	4,1 (2,6–6,3)	4,4 (3,4–5,8)	21,6 (18,3–25,3)	12,7 (10,8–14,8)	74 (70,1–77,6)	82,9 (80,6–85,0)
Megfelelő	6,2 (5,4–7,2)	8,7 (7,7–9,7)	32,5 (30,7–34,5)	20,5 (19,2–21,9)	61,1 (59,2–63,0)	70,7 (69,2–72,2)
Rossz	14,4 (12,3–16,8)	13,4 (11,3–15,7)	36,3 (33,4–39,3)	28,2 (25,3–31,3)	49,1 (46,0–52,3)	58,3 (55,0–61,6)
Nagyon rossz	18,6 (15,0–22,9)	22,7 (18,0–28,2)	40,4 (35,5–45,4)	26,4 (21,8–31,7)	40,8 (35,8–45,9)	50,9 (45,1–56,6)

Dél-Dunántúlt kivéve a korlátozottság prevalenciája minden régióban legalább 10 százalékponttal csökkent (8. tábla). Az ország keleti felén és Dél-Dunántúlon a korlátozottság prevalenciája néhány százalékkal 30% felett, a többi régióban néhány százalékkal ez alatt volt 2014-ben.

A lakóhely urbanizáltságától lényegében függetlenül csökkent a korlátozottság prevalenciája, így a ritkábban lakott területeken továbbra is magasabb a korlátozottság prevalenciája, mint a sűrűbben lakott területeken (8. tábla)

8. tábla

A korlátozottság eloszlása a lakóhely régiója és urbanizáltsági foka szerint
(95%-os konfidencia intervallum)

(%)

Jellemző	Súlyosan korlátozott		Mérsékelten korlátozott		Nem korlátozott	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Régió						
Közép-Magyarország	8,5 (7,0–10,3)	7,3 (6,1–8,6)	30,4 (27,7–33,3)	19,5 (17,7–21,4)	60,9 (58,0–63,8)	73,1 (71,0–75,1)
Közép-Dunántúl	7,5 (5,4–10,2)	9,1 (7,0–11,7)	30,7 (26,2–35,5)	19,1 (16,4–22,1)	61,9 (56,8–66,8)	71,9 (68,4–75,1)
Nyugat-Dunántúl	5,9 (4,2–8,2)	6,9 (5,0–9,5)	31,3 (27,2–35,7)	18,6 (15,8–21,8)	62,5 (58,1–66,8)	74,3 (70,8–77,5)
Dél-Dunántúl	8,8 (6,6–11,5)	13 (10,3–16,4)	32,5 (28,3–37,1)	21,2 (18,3–24,4)	58,7 (54,0–63,3)	65,7 (61,8–69,4)
Észak-Magyarország	9,6 (7,7–12,0)	9,7 (7,8–12,0)	34,9 (31,2–38,8)	22,6 (19,5–25,9)	55,5 (51,7–59,1)	67,8 (64,6–70,7)
Észak-Alföld	9,1 (7,2–11,6)	10,2 (8,6–12,1)	33,7 (30,0–37,5)	21,8 (19,3–24,5)	56,6 (52,7–60,4)	68 (65,1–70,9)
Dél-Alföld	10,1 (8,0–12,6)	11,5 (9,4–13,9)	34,7 (31,3–38,2)	20,3 (17,5–23,4)	55,2 (51,5–58,8)	68,2 (64,8–71,5)
Urbanizáció foka						
Sűrűn lakott	8,3 (6,9–10,0)	7,5 (6,3–8,8)	30,6 (28,2–33,2)	18,8 (17,0–20,8)	60,8 (58,1–63,4)	73,5 (71,4–75,5)
Közepesen sűrűn lakott	8,2 (6,6–10,1)	9,4 (8,2–10,6)	29,2 (26,2–32,5)	19,9 (18,2–21,6)	62,2 (58,9–65,3)	70,8 (68,9–72,5)
Nem sűrűn lakott	9 (7,8–9,4)	10,7 (9,4–12,1)	35 (33,0–37,1)	22,1 (20,4–23,9)	55,9 (53,8–58,1)	67,3 (65,3–69,2)

A vélt egészséghez hasonlóan a vizsgált demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezők kapcsolata – az anyagi helyzet kivételével –, a korlátozottsággal sem változott jelentősen (4. ábra). A többi tényezőre korrigálva az urbanizáltság foka és a régió 2014-ben nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a korlátozottsággal ($p=0,77$ és $0,31$). 2009-ben még az urbanizáltság szerepe statisztikailag szignifikáns volt ($p=0,02$), a régióé azonban már akkor sem ($p=0,35$). A háztartás jövedelme a többi tényezőre korrigálva 2009-ben nem volt statisztikailag szignifikáns kapcsolatban a korlátozottsággal ($p=0,14$), 2014-ben már egyértelmű trend jellegű (4. ábra) és statisztikailag szignifikáns ($p=0,02$) volt a kapcsolat.

Az iskolázottság, a gazdasági aktivitás, a jövedelem és vélt anyagi helyzet mindegyike tekintetében egyértelmű társadalmi gradiens látható a korlátozottság tekintetében ugyanúgy, mint a vélt egészség ese-

tében, a többi tényezőre korrigálva is. Ugyan az egyes tényezők hatásának mértéke a háztartás jövedelmén kívül ebben az esetben sem változott szignifikánsan 2014-re (az esélyhányadosok konfidencia intervallumai mindegyik esetben átfednek a 2009-es esélyhányadosok konfidencia intervallumával) – ellentétben a vélt egészséggel –, a vélt anyagi helyzet hatásának mértéke valamelyest mérséklődött, de még mindig jelentős. A nagyon rossz vélt anyagi helyzetben lévőknek az esélye arra, hogy korlátozottak legyenek, 2,8-szoros a nagyon jó vélt anyagi helyzetben lévőkhez viszonyítva a többi tényezőre korrigálva is. Ez az érték 2009-ben még 5,9 volt.

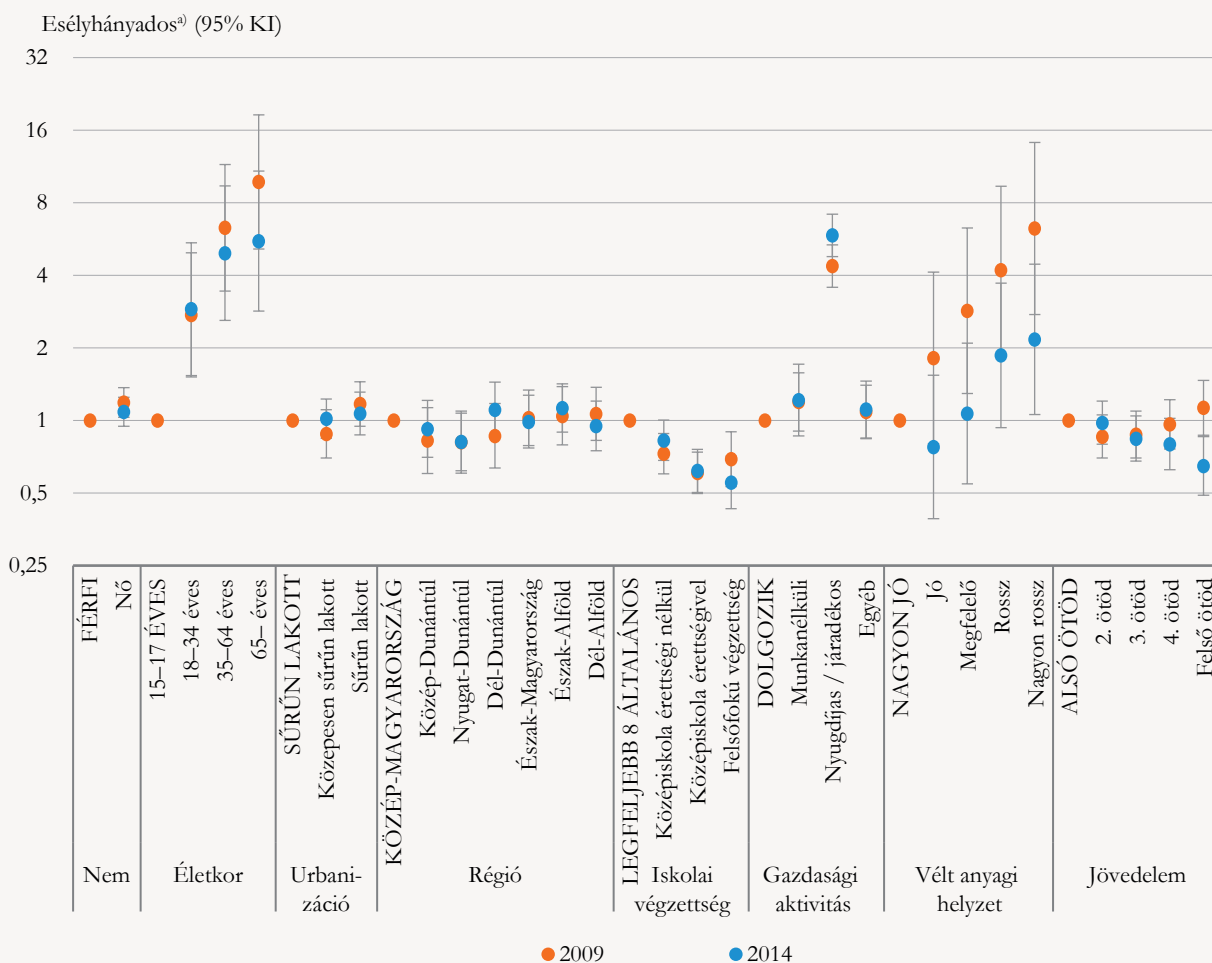
A háztartás jövedelme a többi tényezőre korrigálva 2009-ben még nem befolyásolta a korlátozottság prevalenciáját, 2014-ben egyértelmű trendjellegű kapcsolat volt észlelhető. A legmagasabb jövedelmi ötödben a korlátozottság esélye csak 65%-a volt a legalacsonyabb jövedelmi ötödhöz képest.

A felsőfokú végzettségűek előnye a többi iskolázottsági kategóriához tovább nőtt. Az ő esetükben a korlátozottság esélye 2014-ben mintegy fele volt a 8 általános iskolai osztályt nem végzettekhez képest. Ez a mutató 2009-ben 69% volt.

A nők körében a korlátozottság esélye, a többi tényezőre korrigálva 2009-ben 19%-kal, 2014-ben 9%-kal haladta meg a férfiakét. A különbség a vélt egészséghez hasonlóan a többi tényezőre korrigálva csak 2009-ben volt statisztikailag szignifikáns ($p=0,017$ és $p=0,24$).

4. ábra

A korlátozottság összefüggése a demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezőkkel



Az y tengely logaritmikus skála. N=4997 (ELEF2009), 5767 (ELEF2014).

KI=konfidenciaintervallum.

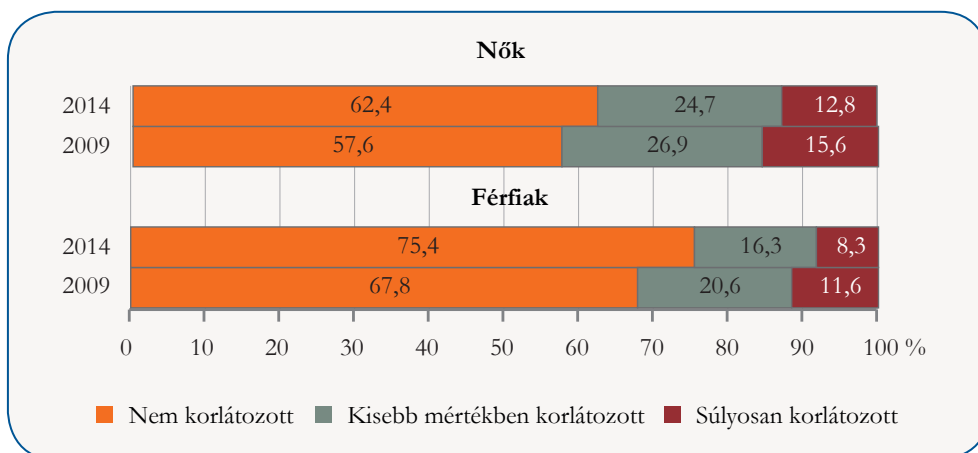
^{a)} A vizsgált esély a korlátozottság esélye.

3.3. Az önellátás korlátozottsága

Az önellátásban korlátozott idősök aránya a nők körében közel 5, a férfiak körében közel 7 százalékponttal csökkent 2009-ről 2014-re (5. ábra). Ebből nagyjából 3 százalékpont a súlyos korlátozottság prevalenciájának csökkenéséből adódott.

5. ábra

Az önellátás korlátozottságának megoszlása a 64 évesnél idősebbek körében



Az önellátás korlátozottsága prevalenciájának változásai azonban statisztikailag nem szignifikánsak, a nem korlátozottak arányának 95%-os konfidenciaintervallumai 2009-ben és 2014-ben átfednek egymással. A statisztikai szignifikancia értelmezésekor azonban azt is figyelembe kell venni, hogy ezt az elemzést egy almintán, csak az időskorúak körében végeztük.

4. Megbeszélés

Jelen vizsgálat két kutatási kérdésre (Hogyan változott a lakosság egészségi állapota 2009 és 2014 között?; Hogyan változott a demográfiai és a társadalmi tényezők kapcsolata az egészségi állapottal 2009 és 2014 között?) az elemzés alapján az alábbi válaszok adhatók:

- Jelentősen javult a középkorú és idős lakosság vélt egészsége.
- A vélt egészséget tekintve Észak-Magyarország és Dél-Alföld lemaradása tovább nőtt, csakúgy, mint a kevésbé urbanizált területek.
- Minden ötödik 64 évnél idősebb személy súlyosan korlátozott a mindennapi tevékenységében, és ebben 2009-ről 2014-re nem történt érdemi javulás.
- A mérsékelt korlátozottság prevalenciája jelentősen csökkent 2014-re minden vizsgált korosztályban.
- A vizsgált demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezők kapcsolata a vélt egészséggel és a korlátozottsággal az anyagi helyzet kivételével a két felmérésben lényegében ugyanolyan alakú és mértékű volt. Az iskolázottság és a gazdasági aktivitás tekintetében egyértelmű társadalmi gradiens látható a többi tényezőre korrigálva is.
- A vélt egészség mutatóban tovább nyílt a társadalmi olló a vélt anyagi helyzet szerint a többi tényezőre korrigálva is.
- A vélt anyagi helyzet és a korlátozottság kapcsolatát tekintve, a többi tényezőre korrigálva valamelyest zárult a társadalmi olló, de az egyenlőtlenség mértéke az egészségi állapot e mutatójában is óriási.
- A háztartás jövedelme 2009-ben még nem volt független meghatározó tényezője a vélt egészségnek és korlátozottságnak, 2014-re azonban már igen, és e tekintetben is kimutatható a társadalmi gradiens a többi vizsgált tényezőre korrigálva is.

- A vizsgált demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezők 2014-ben lényegében teljes egészében magyarázták az egészségi állapotban mért területi egyenlőtlenségeket, mert míg az egyváltozós elemzésben a vélt egészség kategóriáinak és a korlátozottságnak a gyakorisága a régió szerint jelentősen eltérő volt, addig a többszörös regressziós elemzésben, korrigálva a társadalmi-gazdasági tényezőkre a gyakoriságok alig különböztek régiók szerint és statisztikailag nem voltak szignifikánsak.
- 64 éves kor felett minden 8. nő és minden 12. férfi súlyosan korlátozott az önellátásában. A nők körében 20, a férfiak körében 30%-kal csökkent az önellátásukban súlyosan korlátozottak prevalenciája 2009-ről 2014-re.

A társadalmi-gazdasági helyzet és az egészségi állapot kapcsolata jól ismert.⁹ Napjainkra az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek csökkentése az egyik legfontosabb népegészségügyi prioritássá vált Európában.^{10 11}

Az egyenlőtlenségek csökkentésére tett intézkedések monitorozásához szükség van ezek folyamatos nyomon követésére. Egyrészt detektálni kell, hogy sikerült-e csökkenteni az egészségi állapotban megmutatkozó egyenlőtlenség mértékét, másrészt a specifikus eredmények – mely társadalmi-gazdasági tényezőkkel áll az egészségi állapot egyenlőtlensége a legszorosabb kapcsolatban, van-e területi egyenlőtlenség a vizsgált társadalmi tényezőkre korrigálva is, mely jellemzők alapján lehet legjobban megtalálni az egészségi állapot szempontjából leghátrányosabb társadalmi csoportokat stb. – hasznosíthatók a bizonyítékokon alapuló egészségpolitikai tervezésben és értékelésben.

Az Európai lakossági egészségfelmérés 2009 és 2014 adatai alapján számszerűsíthető az egészségi állapotban mutatkozó társadalmi gradiens és ennek változása is.

Az eredmények alapján megállapítható, hogy a vélt egészség és a korlátozottság alapján javult a lakosság egészségi állapota 2009-ről 2014-re. Ez a változás nem egyformán érintette az egyes társadalmi csoportokat. A munkanélküliek körében például a súlyos korlátozottság gyakorisága közel háromszorosára nőtt. A vélt anyagi helyzet esetében a vélt egészséget tekintve növekedni, a korlátozottságot tekintve csökkenni látszik az egyenlőtlenség mértéke. A furcsa ellentmondásra magyarázat lehet, hogy a vélt egészség egy komplex mutató, a fizikai egészségen túl az egészség számos dimenziója befolyásolja. Így például a rossz mentális egészségi állapot is rossz vélt egészséget eredményezhet, akkor is, ha nem ér el olyan szintet, hogy a mindennapi tevékenységekben korlátozottsághoz vezessen. Ezen túlmenően a vélt egészséget az életminőséghez hasonlóan nemcsak az adott állapot, hanem az elvárások és a tényleges helyzet különbsége is meghatározza.¹² 2014-re a háztartás jövedelme az egészségi állapot független meghatározó tényezőjévé vált. Önmagában 2009-ben is az volt, de a többi tényezővel való erős korrelációja miatt nem állt független kapcsolatban a vélt egészséggel és a korlátozottsággal. 2014-re azonban az azonos iskolázottságú, azonos gazdasági aktivitású, azonos vélt anyagi helyzetben lévő, azonos korú és nemű, azonos régióban és urbanizációs fokú településen élő emberek esetében is detektálhatóvá vált a jövedelem szerint az egészségi állapotban a társadalmi gradiens: a gazdagabbak egészségesebbek. Ez egyértelműen arra utal, hogy az egészség-egyenlőtlenség növekedett Magyarországon 2009 és 2014 között.

Az eredmények interpretációjakor figyelembe kell venni, hogy a társadalmi-gazdasági helyzet és az egészségi állapot közötti kapcsolat kétirányú, azaz nemcsak az vezethet rossz egészségi állapothoz, hanem fordítva is, a rossz egészségi állapot kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzethez, mint a munkanélküliség, az alacsony jövedelem.

Az eredmények összességében azt mutatják, hogy a lakosság egészségi állapota javult 2009-ről 2014-re, de az anyagi helyzet szerint az egészségi állapotban mutatkozó egyenlőtlenség mértéke növekedett.

¹⁰ Az Európai Parlament és a Tanács 282/2014/EU rendelete (2014. március 11.) az egészségügyre vonatkozó harmadik uniós cselekvési program (2014–2020) létrehozásáról és 1350/2007/EK határozat hatályon kívül helyezéséről. 2014.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0282&from=EN>

¹¹ Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1

¹² Carr, A.J., Gibson, B., Robinson, P., G.: Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience? BMJ 2001;322:1240–1243.

Elekes Zsuzsanna

**Az alkoholfogyasztás és az alkoholt
fogyasztók jellemzői**

1. Bevezetés

1.1. Előzmények

A túlzott alkoholfogyasztás Magyarországon a vezető egészségkárosító magatartások közé tartozik. A WHO 2014. évi jelentése alapján Magyarországon a túlzott alkoholfogyasztás miatti *YLL*¹ a legmagasabbak közé tartozik a világon (ötös skálán becslve a legnagyobb értéket kapta az ország). A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) 2015. évi jelentése szerint a 15 évesnél idősebb népesség egészséges életéveinek elvesztésében a hatodik legfontosabb kockázati tényező nálunk az alkohol- és kábítószer-fogyasztás, amely különösen súlyosan hozzájárul a férfiak egészségvesztéséhez: az ő esetükben az alkohol a negyedik kockázati tényező. Az így keletkezett gazdasági veszteséget a hazai GDP 2,7%-ára becsülik (Vitray–Varsányi 2015).

Az alkoholprobléma főbb makrostatisztikai mutatói az elmúlt 10 évben egyértelműen javuló tendenciát jeleznek: csökkent az alkoholfogyasztással összefüggő halálozások száma és az egy főre jutó alkoholfogyasztás. Ugyanakkor nemzetközi összehasonlításban Magyarország még mindig Európa és a világ vezető alkoholfogyasztású országai közé tartozik, és alkohol okozta halálozási rátája is meghaladja az európai országok átlagát (Vitray–Varsányi 2015, Kovács–Bálint 2015, Bálint 2016).

A fiatalok alkoholfogyasztási szokásairól és az azokban bekövetkezett változásokról az ESPAD² és a HBSC-kutatások³ adnak részletesebb információt. A 2015. évi ESPAD-kutatás a 16 éves fiatalok főbb mutatóiban egyértelműen javulást jelez: a korábbi évekhez képest csökkent az előző évben és az előző hónapban alkoholt fogyasztók aránya, valamint mérséklődött a nagyivás⁴ és a lerészegedés (Elekes 2016), ugyanakkor nőtt az egy alkalommal elfogyasztott egy főre jutó mennyiség. Azaz a fiatalok ritkábban isznak, de akkor nagyobb mennyiséget. A 2014. évi HBSC-kutatás az ESPAD által jelzett javuló tendenciákat támasztja alá (Arnold 2016).

Az ESPAD 2015. évi eredményei alapján a 16 éves magyar fiatalok a nagyivás és az egy alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége alapján csekély mértékben meghaladják az európai átlagot (Kraus et al. 2016.) A 2014. évi HBSC-kutatás szintén a magyar fiatalok nemzetközi átlag feletti alkoholfogyasztását mutatja (WHO 2016).

A 2014. évi HBSC-kutatás a család anyagi jólétével mérte a társadalmi-gazdasági státust. Az eredmények nem mutattak szignifikáns kapcsolatot a fiatalok alkoholfogyasztási szokásai (heti alkoholfogyasztás, korai életkorban történő első lerészegedés, lerészegedés hetente 1-2-szer) és a család anyagi jóléte között (WHO 2016). A 2015. évi ESPAD eredményei a korábbi hazai ESPAD-adatfelvételektől eltérően határozottabb társadalmi különbségeket mutatnak a fiatalok alkoholfogyasztási szokásaiban: a gimnáziumban tanuló, magasabb iskolai végzettségű szülők gyerekeire kevésbé problémás alkoholfogyasztás jellemző. A fogyasztás mérséklődése nagyobb mértékű volt a kedvezőbb helyzetű gyerekek körében. (Elekes 2016).

A felnőttek körében önbevalláson alapuló, időben és nemzetközileg is összehasonlítható kutatások nem készültek rendszeresen Magyarországon, bár számos vizsgálat tartalmazott alkoholfogyasztásra, illetve alkoholfogyasztáshoz kapcsolódó problémákra vonatkozó kérdéseket (Elekes 2012).

2015-ben a RARHA-program⁵ keretében 14 európai ország részvételével került sor egy kifejezetten alkoholfogyasztási szokásokat, attitűdöket és a fogyasztásból eredő problémákat feltáró nemzetközi kutatásra. Bár a magyarországi adatfelvétel eredményeit még nem publikálták, néhány, Magyarországra

¹ YLL= *Years of Life Lost* (elvesztett életévek száma).

² *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (www.espad.org).

³ *Health Behaviour of School-aged Children* (www.hbsc.org).

⁴ Az ESPAD-kutatások során nagyivásnak neveztük a legalább 5 ital egy alkalommal egymás után történő elfogyasztását (1 ital = 5 dl sör, vagy 1,5 dl bor, vagy 0,5 dl rövidital).

⁵ *Reducing Alcohol Related Harms* (www.rarha.eu).

vonatkozó megállapítást fontosnak tartok kiemelni a nemzetközi riportból. Eszerint hazánkban a résztvevő országok átlagát meghaladja az absztinensek aránya, átlag alatti az alkoholfogyasztási napok száma, alacsony a legalább heti rendszerességgel fogyasztók aránya, és kifejezetten kevesen fogyasztanak alkoholt napi rendszerességgel. Ugyanakkor azok, akik egy-egy alkalommal nagy mennyiséget⁶ fogyasztanak, ezt gyakran teszik, esetükben nemzetközi összehasonlításban is magas a nagy mennyiségű fogyasztással töltött napok átlagos száma. Azaz akik egyszerre sokat isznak Magyarországon, azok ezt gyakran teszik (Moskalewicz–Room–Tom 2017). A RARHA eredményei tehát arra utalnak, hogy a magyar népesség egy jelentős része alkalmi vagy mérsékelt fogyasztó, viszont van egy szűkebb, nagy mennyiséget nagy gyakorisággal fogyasztó csoport. Ezt támasztja alá az OECD 2015. évi jelentése is, amely szerint Magyarországon a népesség legtöbbször fogyasztó 20%-a issza meg az összes elfogyasztott mennyiség 91%-át (OECD 2015). Ez kiemelkedően magas arány nemzetközi összehasonlításban is.

Az Európai lakossági egészségfelmérésre (ELEF) másodszor került sor 2014-ben Magyarországon. Bár az adatfelvételnek nem központi témája az alkoholfogyasztás, lehetőséget ad arra, hogy immár két adatfelvétel eredményeit összehasonlítva vizsgáljuk a hazai alkoholfogyasztás főbb jellemzőit a 15 éves és idősebb népesség körében.

1.2. Módszerek

A 2014. évi ELEF kérdőíve a felvételt megelőző 12 hónap alkoholfogyasztási gyakoriságát, valamint az előző 7 napra vonatkozóan napi bontásban italfajták szerint (sör, bor, rövidital) az elfogyasztott mennyiséget kérdezte. A rohamivás⁷ elterjedtségét az előző 12 hónapra vonatkozó gyakorisági kérdéssel vizsgálta a kutatás.

A továbbiakban először az alkoholfogyasztás fontosabb jellemzőit ismertetjük, és bemutatjuk a főbb társadalmi-demográfiai változók szerinti különbségeket. Ezt követően ivástípusok szerint vizsgáljuk, hogy a különböző társadalmi-demográfiai változók milyen hatással vannak a nagyivás és az absztinencia kialakulására. A keresztábra-elemzéseknel a kapcsolat szorosságát χ^2 -próbával, az alkoholfogyasztás mennyiségi adatainak társadalmi-demográfiai változókkal való kapcsolatát pedig ANOVA-elemzéssel vizsgáltuk.

2. A fogyasztás jellemzői

2.1. Az előző évi alkoholfogyasztás

A 2014. évi ELEF adatai alapján a felnőtt népesség egynegyede teljesen absztinens, soha nem ivott néhány kortynál több alkoholt élete során. Korábban ivott, de az adatfelvételt megelőző 12 hónapban nem ivott további 6%, legfeljebb havi rendszerességgel iszik a megkérdezettek egyharmada, legalább heti rendszerességgel pedig 24%. A teljes mintában a naponta alkoholt fogyasztók aránya 7%.

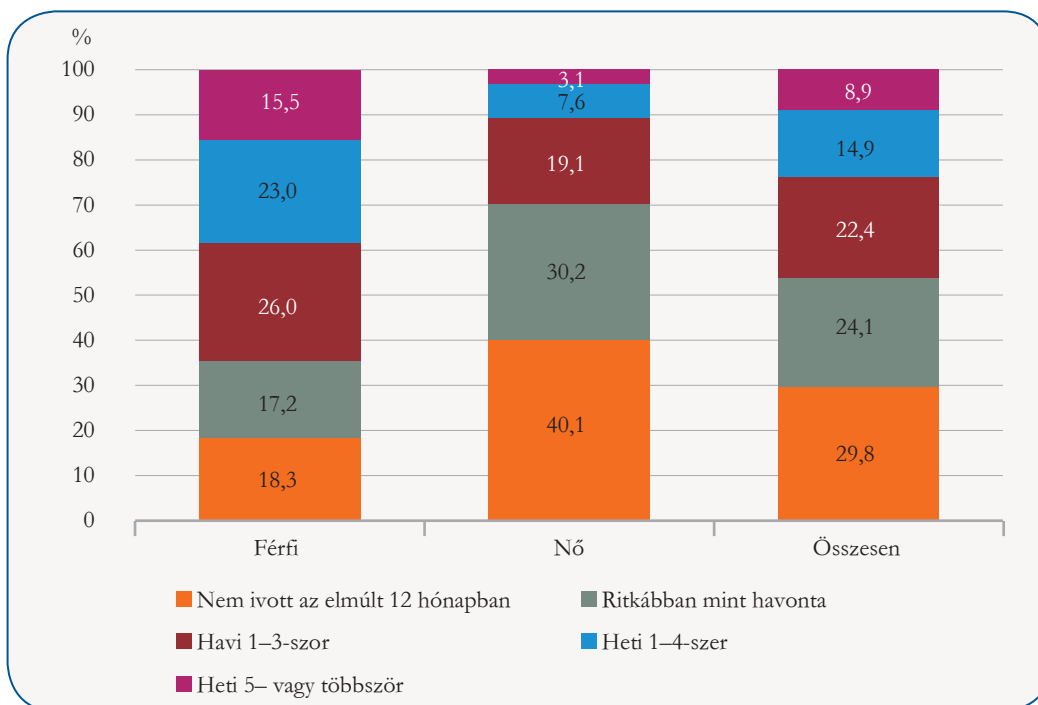
Nemek szerint a különbségek szignifikánsak ($p < 0,005$): a nők egyharmada és a férfiak 12%-a soha nem ivott alkoholt, és az előző 12 hónapban absztinensek aránya is sokkal magasabb a nők esetében. A rendszeresebb alkoholfogyasztás is a férfiakra jellemzőbb: a férfiak 15%-a legalább heti 5 alkalommal fogyaszt alkoholt. Ilyen rendszerességű fogyasztásról a nők csupán 3%-a számolt be (1. ábra).

⁶ A kutatás férfiak esetében a legalább 60, nőknél a legalább 40 gramm tiszta szeszt tartalmazó italt tekintette nagy mennyiségűnek.

⁷ A kutatás rohamivásnak az egy alkalommal 6 vagy több alkoholtartalmú ital elfogyasztását tekintette (1 ital alatt 1 korsó sört vagy 2 dl bort vagy 0,5 dl röviditalt értve).

1. ábra

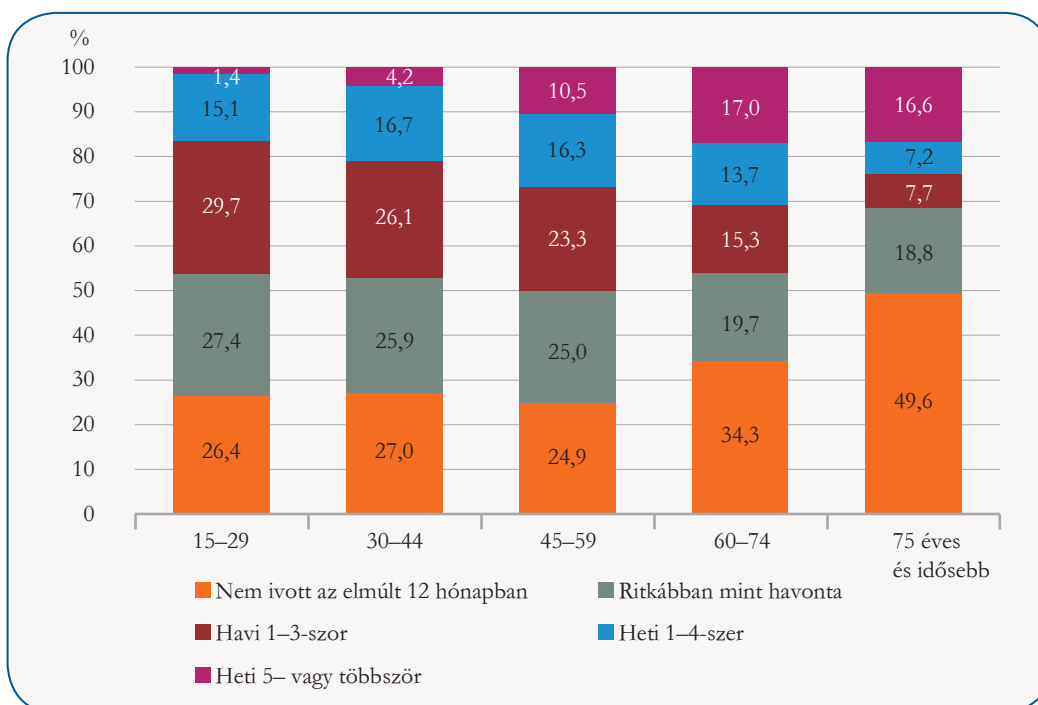
Az előző 12 hónap alkoholfogyasztásának gyakorisága nem szerint, 2014



Az előző évi alkoholfogyasztás gyakoriságának korcsoportok szerinti különbségei a korábbi ELEF adatfelvételhez hasonló tendenciákat mutatnak. Az előző évi absztinencia aránya a 15–59 éves korcsoportokban nem tér el jelentősen egymástól. 60 éves kortól azonban jelentősen nő az előző évben alkoholt nem fogyasztók aránya, 75 év fölött pedig már a népesség fele absztinens. Különösen azok aránya növekszik idősebb korban, akik az életük során ittak korábban alkoholt, de az előző 12 hónapban már nem fogyasztottak semmit. Ugyanakkor az egész életre vonatkozó absztinencia is magasabb az időskorúak között (2. ábra).

2. ábra

Az előző 12 hónap alkoholfogyasztásának gyakorisága korcsoport szerint, 2014



2009-ben az ELEF az előző 12 hónapra vonatkozó gyakorisági adatokat más bontásban kérdezte, mint a 2014. évben, ezért összehasonlítani csupán az előző 12 hónapra vonatkozó absztinenciaarányokat tudjuk. 2014-ben 2009-hez képest mérséklődött az előző évben absztinensek aránya, egyaránt érintette a férfiakat és a nőket, valamint mindegyik korcsoportot. A csökkenés valamelyest nagyobb mértékű volt a nők és az idősebbek között (1. tábla).

1. tábla

**Az absztinensek aránya a 15 évesek és idősebbek között
nem és korcsoport szerint**

(%)

Ismérv	Nem ivott az előző 12 hónapban	
	2009	2014
Férfi	22,6	18,3
Nő	49,7	40,1
15–29 éves	33,1	26,4
30–44 éves	33,0	27,0
45–59 éves	32,7	24,9
60–74 éves	42,0	34,3
75 éves és idősebb	58,9	49,6
Együtt	37,1	29,8

2.2. Heti alkoholfogyasztás

2.2.1. Gyakoriság

Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban egy átlagos héten a megkérdezettek alig egynegyede fogyasztott legalább egyszer alkoholt. A férfiak között az alkoholt fogyasztók aránya szignifikánsan nagyobb, mint a nők között ($p < 0,005$). A legalább heti 5 napon történő alkoholfogyasztás elsősorban a férfiakra jellemző, a nők inkább heti 1-2 alkalommal isznak.

2. tábla

**Egy átlagos héten a legalább egyszer és a legalább ötször alkoholt fogyasztók aránya
nem és korcsoport szerint a 15 éves és idősebb népességben**

(%)

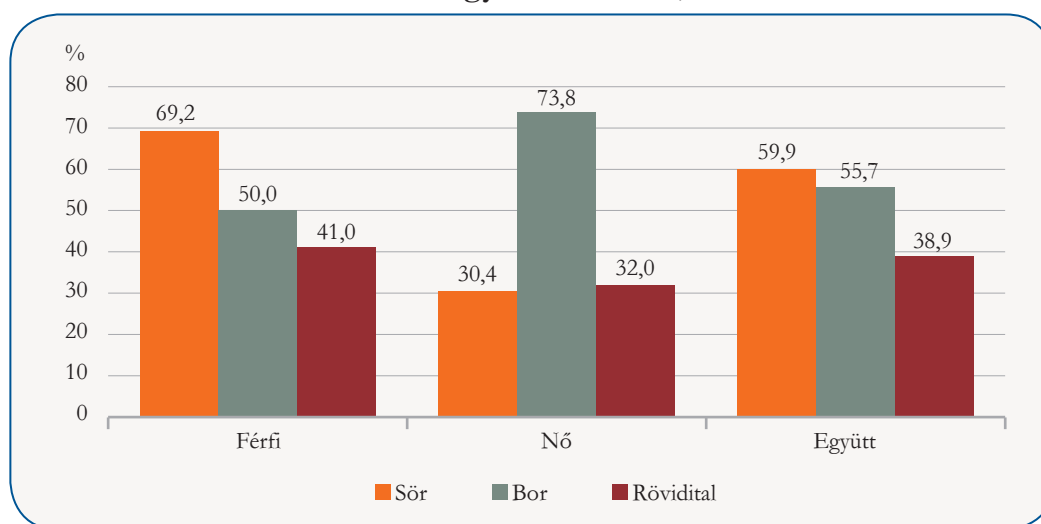
Ismérv	Legalább			
	egyszer		ötször	
	ivott egy átlagos héten			
	2009	2014	2009	2014
Férfi	60,0	38,3	19,3	15,3
Nő	26,8	10,6	2,5	3,0
15–29 éves	40,4	16,4	2,0	1,4
30–44 éves	42,9	20,9	8,0	4,3
45–59 éves	47,5	26,7	13,8	10,5
60–74 éves	42,8	30,7	17,8	16,9
75 éves és idősebb	29,7	23,9	13,9	16,6
Együtt	42,3	23,6	10,5	8,9

A 2009. évi adatfelvételhez képest 2014-ben kisebb lett az alkoholt fogyasztók aránya. A csökkenés egyaránt érinti a férfiakat és a nőket, illetve valamennyi korcsoportot, a heti alkoholt fogyasztók aránya az idősebb korcsoportokban kevésbé mérséklődött, mint a fiataloknál. Csökkent a nagyobb gyakoriságú, heti 5 vagy több alkalommal történő fogyasztás is, elsősorban a férfiaknál és a fiatalabb korcsoportokban. A nőknél és a legidősebb korcsoportban inkább növekedés tapasztalható (2. tábla).

A hetente legalább egyszer fogyasztott alkohol típusa szerint a férfiaknál a sör, a nőknél a bor a legelterjedtebb italfajta. A rövidital a férfiaknál a legkevésbé fogyasztott ital, fogyasztása a nőknél a sörhöz hasonlóan szintén alacsony arányú. A gyakoribb (6–7 napon való) fogyasztás férfiaknál és nőknél is borból történt legnagyobb arányban (3. ábra).

3. ábra

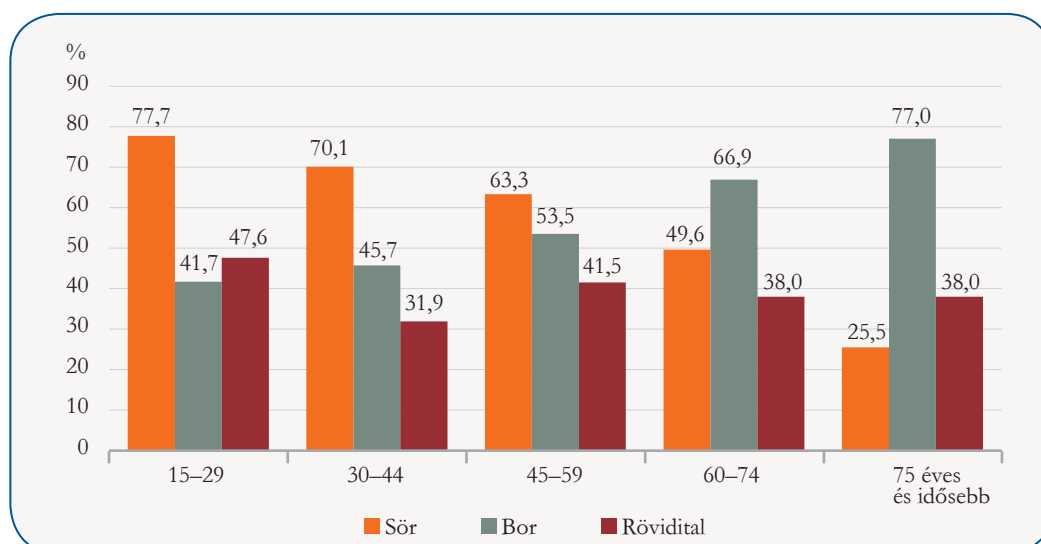
Egy átlagos héten bort, sört, röviditalt fogyasztók aránya nem szerint az alkoholt fogyasztók között, 2014



A fiatalabb korcsoportokban a sörfogyasztás, a 60 éves és idősebb életkorban a borfogyasztás fordult elő a legnagyobb arányban. 75 éves és idősebb életkorban a sör fogyasztása ritka. A rövidital fogyasztása – a legfiatalabb és a legidősebb csoportok kivételével – a legkisebb arányban jelenik meg a heti fogyasztási szerkezetben. A nagyobb gyakoriságú fogyasztás minden italfajtából a 60–74 éves korosztályban a legjellemzőbb (4. ábra).

4. ábra

Egy átlagos héten bort, sört, illetve röviditalt fogyasztók aránya korcsoport és italfajta szerint az alkoholt fogyasztók között, 2014

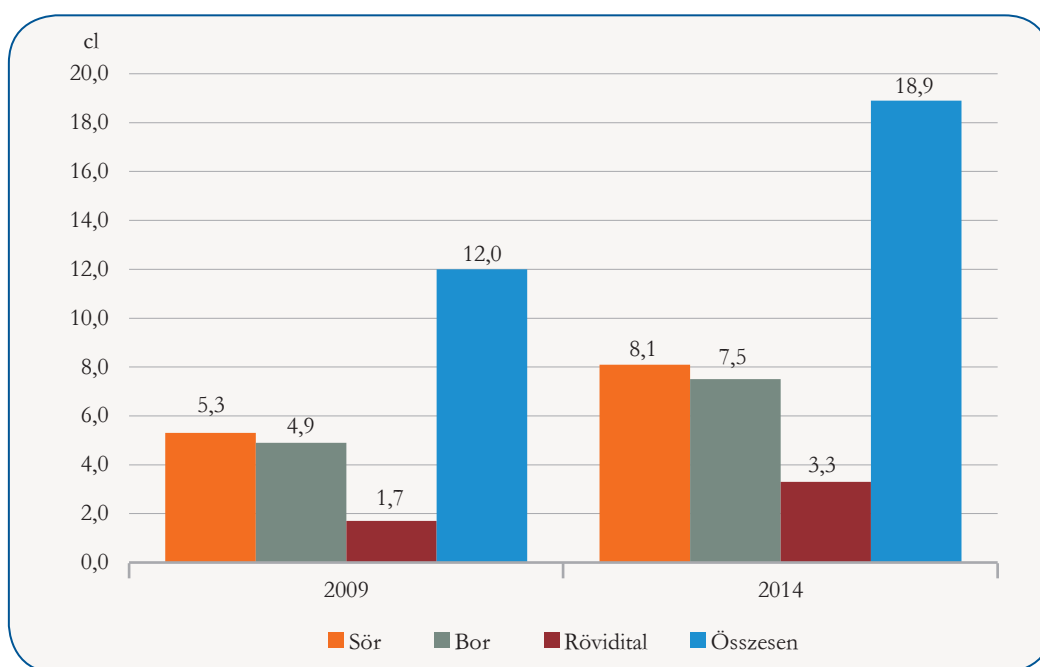


2.2.2. Az elfogyasztott mennyiség

Az egy átlagos héten elfogyasztott alkohol átlagos mennyisége egy fogyasztóra jutóan 18,9 cl volt tiszta szeszben számolva.⁸ A legnagyobb mennyiséget sörből, a legkisebbet röviditalból fogyasztották a válaszolók. Az egy fogyasztóra jutó alkohol mennyisége 2009-hez képest jelentősen megnőtt 2014-ben. A növekedés minden italfajtánál megfigyelhető, azonban a teljes heti elfogyasztott mennyiségen belül valamelyest nőtt a röviditalok és csökkent a bor és a sör aránya (5. ábra).

5. ábra

Az egy fogyasztóra jutó elfogyasztott alkohol átlagos mennyisége a heti fogyasztás alapján italfajták szerint tiszta szeszben, 2014



A férfiak által elfogyasztott alkohol átlagos mennyisége több mint kétszerese a nőkének. Mindkét nemnél a 60–74 éves korcsoport egy főre jutó fogyasztása a legnagyobb (6. ábra). 2009-hez képest minden korcsoportban nőtt a fogyasztás mennyisége, akkor azonban a férfiaknál a 45–59 éves korcsoport fogyasztása volt a legnagyobb. 2014-ben is átlag feletti ennek a korcsoportnak a fogyasztása, de elmarad a 60–74 évesekétől. A férfiak esetében mindkét adatfelvétel idején a 45–74 éves korcsoportba tartozók fogyasztották a legtöbb alkoholt. 2009-ben a nők között a legfiatalabbak (15–29 évesek) és az idősebbek (60 évesek és idősebbek) fogyasztottak nagyobb mennyiséget. 2014-ben változott a nők korcsoportok szerinti fogyasztása: a legfiatalabbak és a legidősebbek egy főre jutó fogyasztása volt a legalacsonyabb.

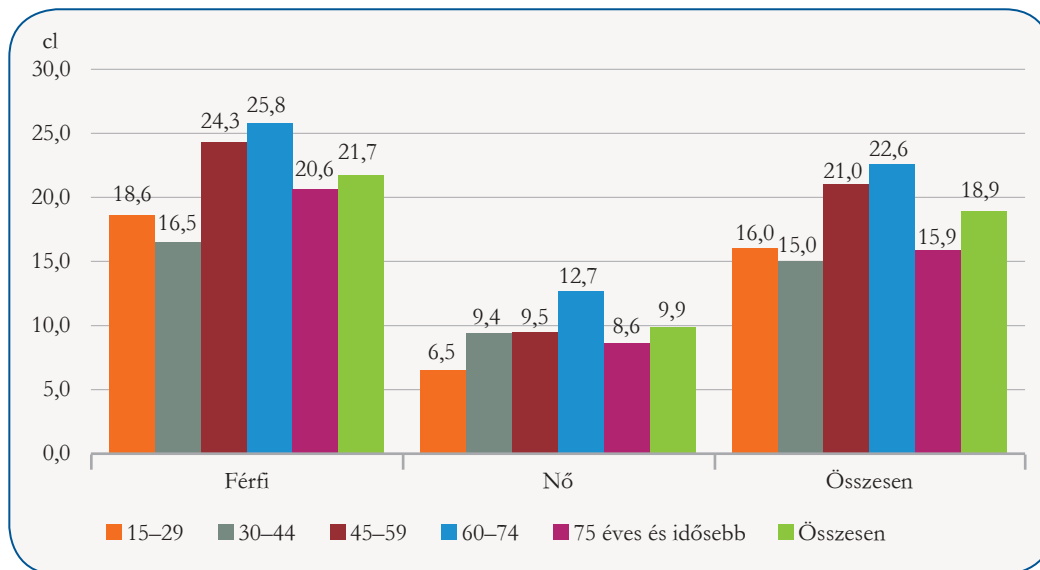
A mennyiségi adatok a gyakorisági adatokhoz hasonlóan azt mutatják, hogy a férfiak sörből, a nők borból fogyasztották a legnagyobb mennyiséget. Mindkét nem a legkisebb mennyiséget röviditalból fogyasztotta.

A fogyasztás szerkezete korcsoportok szerint a korábbiakhoz hasonló tendenciát mutat: férfiak esetében a fiatalabbak fogyasztását a sör dominálja, az életkor előrehaladtával a bor kap egyre nagyobb szerepet az összes alkoholfogyasztásban. A nőknél minden korcsoportban a bor fogyasztása a legnagyobb arányú az összes elfogyasztott mennyiségen belül. Kiemelkedően nagy aránnyal szerepel a bor a legidősebb, a 75 éves és idősebb korcsoport fogyasztási szerkezetében. A rövidital az idősebb korosztály fogyasztásában jelenik meg nagyobb arányban férfiaknál és nőknél egyaránt (7. ábra).

⁸ A tiszta szeszre történő átszámításkor a sörnél 5, a bornál 11,5, a röviditalnál 40% alkoholtartalommal számoltunk.

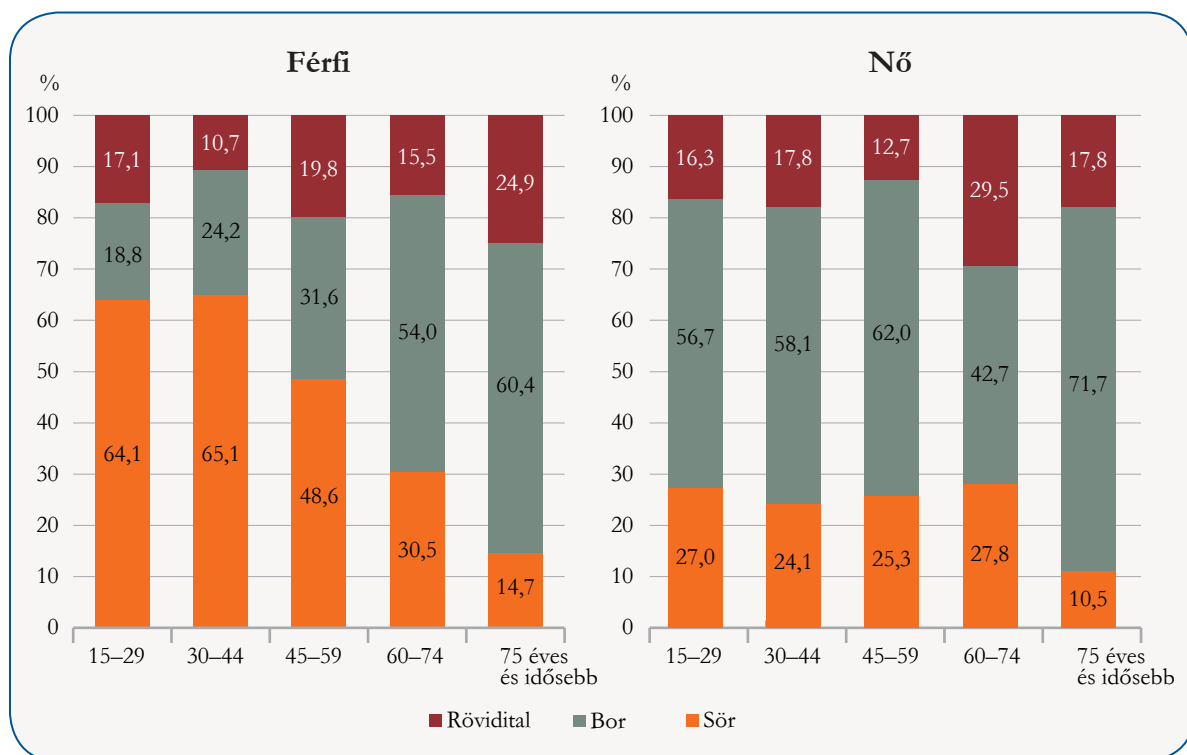
6. ábra

Egy átlagos héten elfogyasztott alkohol egy fogyasztóra jutó átlagos mennyisége
nem és korcsoport szerint tiszta szeszből számolva, 2014



7. ábra

Egy átlagos héten elfogyasztott alkohol átlagos mennyiségének megoszlása italfajták,
nem és korcsoport szerint, 2014

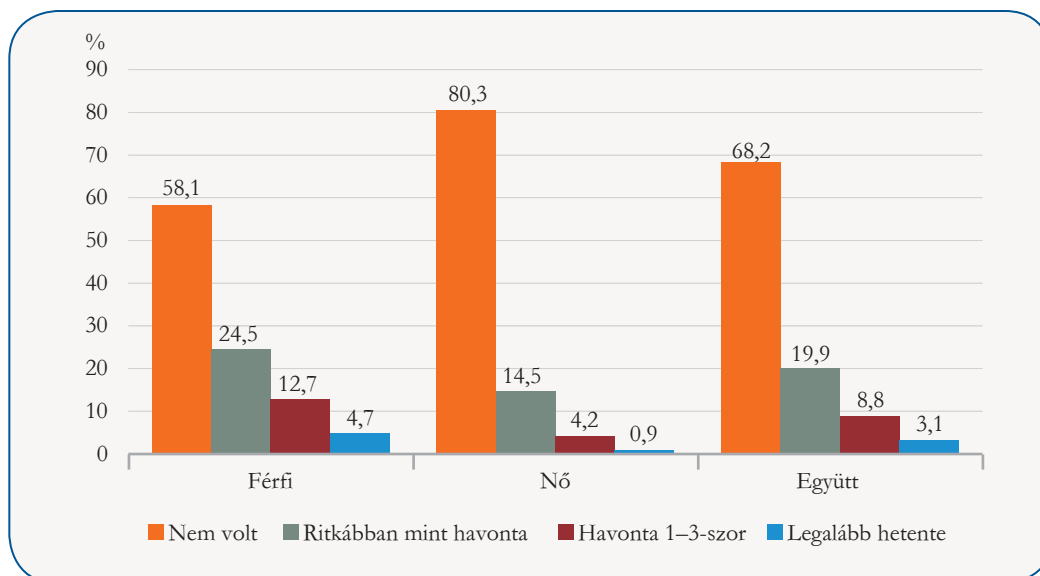


2.2.3. Rohamivás

A megkérdezettek közel egyharmada ivott legalább egy alkalommal 6 vagy több italt a kérdezést megelőző 12 hónapban. A férfiak szignifikánsan nagyobb arányban számoltak be nagyivásról, mint a nők ($p < 0,005$). Minden nyolcadik megkérdezett havi egy vagy több alkalommal fogyaszt egyszerre legalább hat italt. A férfiak 17%-a számolt be legalább havi egyszeri nagyivásról (8. ábra).

8. ábra

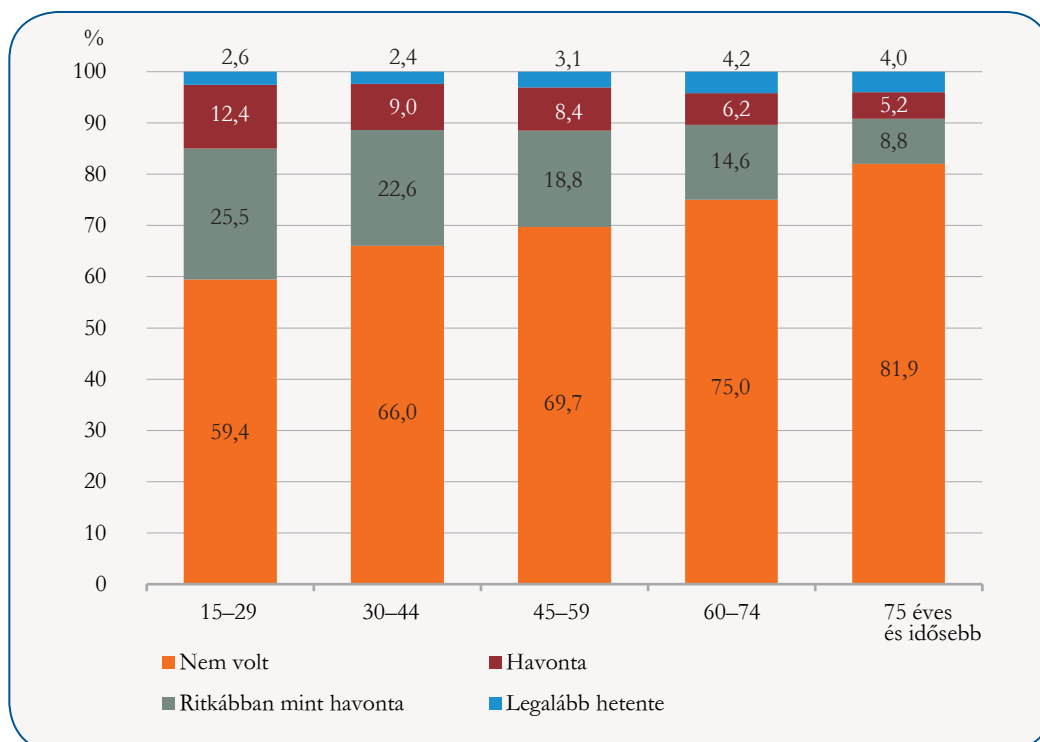
A rohamivás gyakorisága az előző 12 hónapban nemek szerint, 2014



A nagyivás elterjedtebb a fiatalok között, mint az idősebb korcsoportokban, ugyanakkor a legalább heti rendszerességű nagyivás inkább az idősebb korcsoportokban fordul elő nagyobb arányban (9. ábra).

9. ábra

A rohamivás gyakorisága az előző 12 hónapban korcsoport szerint, 2014



2009-hez hasonlóan a 2014. évi adatokat megállapítható, hogy a nagyívás előfordulása mindkét nemnél és a legtöbb korcsoportban csökkent (3. tábla).

3. tábla

Nagyívás aránya nem és korcsoport szerint az adatfelvételt megelőző 12 hónapban

(%)

Ismérv	Legalább egyszer			
	az előző 12 hónapban		havonta	
	2009	2014	2009	2014
Férfi	44,1	41,9	18,2	17,4
Nő	25,8	19,7	7,4	5,1
15–29 éves	47,3	40,6	18,7	15,0
30–44 éves	36,9	34,0	12,3	11,4
45–59 éves	36,9	30,3	14,0	11,5
60–74 éves	24,7	25,0	10,7	10,4
75 éves és idősebb	25,4	18,1	8,4	9,2
Együtt	36,4	31,8	13,7	11,9

2.3. A társadalmi-demográfiai változók hatása az alkoholfogyasztásra

Az alkoholfogyasztás társadalmi-demográfiai jellemzők szerinti különbségeinek leíró elemzésére az alkoholfogyasztás 4 mutatóját választottuk ki: az előző 12 hónapban legalább egyszeri alkoholfogyasztással a bármilyen jellegű alkoholfogyasztás előfordulását vizsgáljuk. A heti 6–7 alkalommal történő fogyasztással és az előző 12 hónapban legalább egyszer 6 vagy több ital fogyasztásának előfordulásával két különböző típusú fogyasztási módot, a rendszeres ivást és az alkalmoszerű nagyívást különítettük el. Egy átlagos héten elfogyasztott alkohol egy fogyasztóra jutó mennyisége az összes elfogyasztott alkohol mennyiségét méri, függetlenül attól, hogy ez a gyakori fogyasztásból vagy az egyszerre nagyobb mennyiségű fogyasztásból tevődik össze. A gyakorisági adatok a teljes népességre, a mennyiségi adatok csak a fogyasztókra vonatkoznak.

2.3.1. Családi állapot

A megkérdezettek családi állapota alapján előző évi alkoholfogyasztásról legnagyobb arányban a nőtlenek/hajadonok számoltak be. Közöttük a legritkább a nagy gyakoriságú ivás, viszont náluk volt legnagyobb arányban nagyívás a kérdezést megelőző hónapban. Az egy fogyasztóra jutó elfogyasztott mennyiség ebben a kategóriában a legnagyobb. A házások⁹ körében a legelterjedtebb a nagyobb gyakoriságú ivás, viszont átlag alatti a nagyívás. A teljes mintához viszonyítva az özvegyek körében kifejezetten alacsony arányú az alkoholfogyasztás az előző 12 hónapra vonatkozó adatok alapján, nagyon ritka a nagyívás, viszont az egy fogyasztóra jutó mennyiség a második legmagasabb ebben a csoportban. Elmondható, hogy az özvegyek között kevesen fogyasztanak alkoholt, de akik isznak, azok átlagot meghaladóan. Az elváltakra jellemző fogyasztási mutatók átlag körüliek.

⁹ Itt és a továbbiakban a „házas” kategória tartalmazza az egyenműek bejegyzett élettársi kapcsolatát is

4. tábla

Az alkoholfogyasztás főbb mutatói a legális családi állapot szerint, 2014

Hivatalos családi állapot	Az előző 12 hónapban ivott, %	Heti 6–7 alkalommal iszik, %	Nagyivás az előző hónapban, %	Egy fogyasztóra jutó alkohol mennyisége tiszta szeszen, cl
Hajadon/nőtlen	74,7	3,9	12,1	20,0
Házass	72,0	10,4	7,1	18,3
Özvegy	47,6	8,8	2,8	19,4
Elvált	72,3	8,1	8,2	18,3
Együtt	70,2	8,0	8,3	18,9

2.3.2. Lakóhely

A lakóhely településtípusa szerint a fővárosban élők körében a legnagyobb az előző évben alkoholt fogyasztók aránya, ugyanakkor ott a fogyasztás többi mutatója átlag alatti, különösen alacsony az előző hónapban nagyivók aránya. A megyei városokban is átlag feletti az előző évben alkoholt fogyasztók aránya, és ebben a településtípusban a legmagasabb a havi nagyivás aránya, viszont a nagyobb gyakoriságú és nagyobb mennyiségű fogyasztás átlag alatti. Az alkoholfogyasztás legtöbb mutatója alapján az egyéb városokban élőkre jellemző a legmérsékeltbb fogyasztás. A községekben élők között a legelterjedtebb a nagy gyakoriságú fogyasztás és az egy főre jutó mennyiség is kiemelkedően magas (5. tábla).

5. tábla

Az alkoholfogyasztás főbb mutatói a település jogállása szerint, 2014

A település jogállása	Az előző 12 hónapban ivott, %	Heti 6–7 alkalommal iszik, %	Nagyivás az előző hónapban, %	Egy fogyasztóra jutó alkohol mennyisége tiszta szeszen, cl
Főváros	76,5	7,1	5,9	17,5
Megyei jogú város	72,8	7,7	9,7	17,1
Város	68,1	6,9	8,4	16,0
Község	66,8	10,0	8,7	25,0
Együtt	70,2	8,0	8,3	18,9

Az előző évi adatok alapján az alkoholfogyasztás Közép-Magyarországon a legelterjedtebb, ahol az átlagot meghaladó az egy főre jutó mennyiség is, ugyanakkor a régióban a rendszeres fogyasztás és a nagyivás aránya átlag alatti. Közép-Dunántúlon a nagy gyakoriságú alkoholfogyasztás és a nagyivás is jellemző, Dél-Dunántúlon a gyakori ivás, Nyugat-Dunántúlon pedig a nagyivás elterjedtebb. Közép- és Dél-Dunántúlon kiemelkedően magas az elfogyasztott alkohol egy főre jutó mennyisége. Hasonlóan nagy az egy főre jutó mennyiség Észak-Magyarországon is. A két alföldi régióban az alkoholfogyasztás főbb mutatói átlag alattiak. Összességében tehát a dunántúli régiók érintettebbek, mint az alföldi régiók, és a leginkább problémás alkoholfogyasztás a Közép-Dunántúl régiót jellemzi (6. tábla).

Az ország régiói az elfogyasztott szeszes ital típusa szerint is jellegzetes eltéréseket mutatnak. Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön kiemelkedően magas a röviditalok fogyasztásának aránya az összes elfogyasztott heti alkoholmennyiségben belül. Az átlagot meghaladó a rövidital aránya Nyugat-Dunántúlon és a Dél-Alföldön is. A bor fogyasztása a három dunántúli régióban haladja meg jelentősebb mértékben az átlagot. A sörfogyasztás aránya a két alföldi régióban kiemelkedően magas.

6. tábla

Az alkoholfogyasztás főbb mutatói a lakóhely régiója szerint, 2014

A lakóhely régiója	Az előző 12 hónapban ivott, %	Heti 6–7 alkalommal iszik, %	Nagyívás az előző hónapban, %	Egy fogyasztóra jutó alkohol mennyisége tiszta szeszben, cl	Sör	Bor	Rövidital
					aránya az összes fogyasztott mennyiségben, %		
Közép-Magyarország	75,5	7,4	6,7	19,3	44,5	42,5	13,0
Közép-Dunántúl	71,6	11,0	11,4	20,2	37,6	50,0	12,4
Nyugat-Dunántúl	69,6	8,4	11,2	18,6	31,7	47,3	21,0
Dél-Dunántúl	70,5	12,3	8,6	20,2	42,8	48,7	8,5
Észak-Magyarország	66,7	8,1	8,8	20,2	39,6	35,1	25,3
Észak-Alföld	63,7	5,5	5,8	16,5	50,7	18,3	31,0
Dél-Alföld	67,2	5,9	9,5	16,4	50,8	27,5	21,7
Ország	70,2	8,0	8,3	18,9	42,9	39,9	17,2

2.3.3. Társadalmi-gazdasági státus

A társadalmi-gazdasági státus hatását az iskolai végzettség, a gazdasági aktivitás és a jövedelmi helyzet alapján vizsgáljuk.

Az alkoholt fogyasztók aránya a legfeljebb 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezők között a legkisebb, viszont azok, akik isznak, nagy mennyiséget fogyasztanak. Ennél a végzettségnél a legkisebb az előző évben alkoholt fogyasztók aránya, viszont itt a legnagyobb az egy fogyasztóra jutó mennyiség. Az érettségi nélküli középfokú végzettséggel rendelkezők alkoholfogyasztása minden mutató szerint kiemelkedően magas, közöttük a legelterjedtebb a heti 6–7 alkalommal történő alkoholfogyasztás, itt a legnagyobb az előző hónapban legalább egyszer 6 vagy több italt elfogyasztók aránya, és az átlagot meghaladó az egy fogyasztóra jutó elfogyasztott alkohol mennyisége is. Az érettséggel és felsőfokú végzettséggel rendelkezők között az előző évi alkoholfogyasztók aránya magasabb, mint a másik két csoportban, de az alkoholfogyasztás többi mutatója a minta átlagánál mérsékeltebb alkoholfogyasztást jelez. Azaz a magasabb iskolai végzettségűek között gyakrabban fordul elő alkalmi alkoholfogyasztás, de ritkább a rendszeres ivás és a nagyívás is (7. tábla).

7. tábla

Az alkoholfogyasztás főbb mutatói iskolai végzettség szerint, 2014

Legmagasabb iskolai végzettség	Az előző 12 hónapban ivott, %	Heti 6–7 alkalommal iszik, %	Nagyívás az előző hónapban, %	Egy fogyasztóra jutó alkohol mennyisége tiszta szeszben, cl
Legfeljebb 8 általános	53,0	7,8	6,3	28,0
Középfok érettségi nélkül	70,8	10,9	10,9	21,0
Érettségi	75,3	5,9	8,4	15,8
Felsőfok	80,9	7,4	7,0	14,3
Együtt	70,1	8,0	8,3	18,9

Gazdasági aktivitás szerint a legkisebb absztinenciaarány – a legmagasabb előző évi fogyasztási prevalencia – az aktív dolgozókra jellemző, a fogyasztás egyéb mutatói azonban átlag körüliek vagy attól elmaradnak. A munkanélküliekre a nagyivás, a nyugdíjasokra és a rokkantsági ellátásban részesülőkre a gyakori fogyasztás jellemzőbb, és mind a három kategóriában az átlagot jelentősen meghaladó az egy fogyasztóra jutó alkohol mennyisége. A háztartásbeliek és inaktívak alkoholfogyasztása minden mutató alapján jelentősen elmarad a minta átlagától (8. tábla).

8. tábla

Az alkoholfogyasztás főbb mutatói gazdasági aktivitás szerint, 2014

Gazdasági aktivitás	Az előző 12 hónapban ivott, %	Heti 6–7 alkalommal iszik, %	Nagyivás az előző hónapban, %	Egy fogyasztóra jutó alkohol mennyisége tiszta szeszben, cl
Dolgozik, fizetett állása van	79,4	6,0	9,6	17,0
Munkanélküli	68,2	6,2	11,8	24,3
Tanuló, fizetés nélküli gyakornok	69,7	0,3	10,0	12,9
Nyugdíjas	59,4	15,4	5,8	21,6
Rokkantsági ellátásban részesül	51,8	10,6	7,8	35,2
Háztartásbeli	48,8	1,5	5,0	10,2
Egyéb inaktív	55,5	1,5	3,0	6,2
Együtt	70,1	8,0	8,3	18,9

Az egy főre jutó jövedelem szerinti ötödök alapján vizsgálva az alkoholfogyasztás főbb mutatóit azt tapasztaljuk, hogy az előző évi alkoholfogyasztás aránya a legszegényebb jövedelmi csoportban a legkisebb és a legmagasabb jövedelműek esetében a legnagyobb. Ugyanakkor a nagyobb rendszerességű fogyasztás és az egy fogyasztóra jutó mennyiség ezzel ellentétes tendenciát mutat: nagyobb gyakorisággal és nagyobb mennyiséget az alacsonyabb jövedelműek, kisebb gyakorisággal és kisebb mennyiséget a magasabb jövedelműek fogyasztanak. A nagyivás a többi mutatóhoz hasonlóan szignifikáns kapcsolatot mutat a jövedelmi helyzettel: a második jövedelmi ötödben az átlagnál kisebb, a magasabb jövedelműeket magába foglaló 4–5. ötödben az átlagot meghaladó arányú az előző havi nagyivás előfordulása (9. tábla).

9. tábla

Az alkoholfogyasztás főbb mutatói az egy főre jutó jövedelem szerinti ötödök alapján, 2014

Jövedelmi ötöd	Az előző 12 hónapban ivott, %	Heti 6–7 alkalommal iszik, %	Nagyivás az előző hónapban, %	Egy fogyasztóra jutó alkohol mennyisége tiszta szeszben, cl
Alsó ötöd	58,5	9,4	8,4	26,1
2.	65,2	8,1	7,5	22,3
3.	69,8	8,9	8,2	18,2
4.	76,9	8,6	8,7	18,4
Felső ötöd	79,7	5,0	8,7	12,7
Együtt	70,2	8,0	8,3	18,9

2.4. Ivástípusok

2.4.1. Társadalmi-demográfiai jellemzők

A 2014. évi ELEF az előző adatfelvételhez hasonlóan a következő iváscsoportokat különítette el:

- *Nagyivó*: aki egy átlagos héten legalább (férfiak esetében) 14, illetve (nők esetében) 7 egységnyi alkoholt fogyasztott, és/vagy legalább egyszer előfordult nála rohamivás a kérdezést megelőző 12 hónapban.
- *Mértékletes ivó*: legalább heti gyakorisággal fogyaszt alkoholt, de nem minősül nagyivónak.
- *Alkoholt ritkán fogyasztók*: akik szoktak szeszes italt fogyasztani, de hetinél ritkább gyakorisággal.
- *Alkoholt nem fogyasztók*: akik az előző évben nem fogyasztottak alkoholt.

A fenti fogyasztási típusok alapján a megkérdezett felnőtt népesség 5%-a tekinthető nagyivónak, közel minden tizedik férfi tartozik ebbe a kategóriába. Korcsoportok alapján a 45–74 éves korosztály felülreprezentált a nagyivók között. Mérsékelten alkoholt fogyasztó a 15 éves és idősebb népesség 18%-a, itt szintén a férfiak és az idősebb korcsoportok – különösen a 60–74 éves korosztály – felülreprezentáltak. Alkoholt ritkán fogyaszt a vizsgált lakosság közel fele. A ritka alkoholfogyasztás a nőknél és a fiatalabb korcsoportokban elterjedtebb. Egyáltalán nem ivott alkoholt a megelőző 12 hónapban a megkérdezettek 30%-a. A nőknél és a legidősebb, 75 év feletti korosztályban a legnagyobb arányú az előző évi absztinencia.

A 2009. évi adatfelvétel eredményeivel a 2014. évi adatokat összehasonlítva megállapíthatjuk, hogy az absztinensek aránya jelentősen csökkent 2014-ben, a nagyivóké, a mértékletes ivóké és a ritkán fogyasztóké pedig nőtt. A nagyivók és a mértékletesen ivók aránya nőtt mind a férfiaknál, mind a nőknél, valamint a legfiatalabb és a 60 évnél idősebb korcsoportokban. Az absztinensek aránya mindkét nemnél és mindegyik korcsoportban csökkent (10. tábla).

10. tábla

Fogyasztási típusok megoszlása nem és kor szerint

(%)

Ismérv	Nagyivó		Mértékletes ivó		Alkoholt				Össze- sen
					ritkán		nem		
					fogyasztó				
	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	
Férfi	8,6	9,9	25,5	28,5	43,4	43,3	22,5	18,3	100,0
Nő	1,1	1,4	5,9	9,3	43,3	49,3	49,7	40,0	100,0
15–29 éves	2,7	3,8	7,7	12,7	56,5	57,2	33,1	26,3	100,0
30–44 éves	3,9	3,6	12,6	17,4	50,5	52,1	33,0	27,0	100,0
45–59 éves	6,1	6,6	19,4	20,2	41,9	48,3	32,6	24,9	100,0
60–74 éves	6,3	8,4	21,1	22,4	30,7	35,0	41,9	34,3	100,0
75 éves és idősebb	3,3	4,4	14,5	19,6	23,4	49,5	58,8	49,5	100,0
Együtt	4,6	5,4	15,1	18,3	43,4	46,5	37,0	29,8	100,0

Családi állapot szerint vizsgálva megállapítható, hogy a *nagyivók* között az elváltak, illetve a házasságban élők aránya is átlagot meghaladó. A háztartás típusa szerint az egysemmélyes háztartásokban és a gyermek nélküli párokban élők között fordul elő nagyobb arányban a nagyivás. A lakóhely jogállása szerint a megyei jogú városokban és a községekben élők között, a lakóhely régiója alapján pedig elsősorban Közép-Dunántúlon, kisebb mértékben Dél-Dunántúlon felülreprezentáltak. Magas a nagyivók aránya az érettségi nélküli középfokú végzettséggel rendelkezők körében, a nyugdíjasok, a munkanélküliek között, és kiemelkedően magas a rokkantsági ellátásban részesülőknél. A jövedelmi adatok egyértelműen a legszegényebbek nagyobb veszélyeztetettségét mutatják.

11. tábla

A fogyasztási típusok megoszlása főbb társadalmi-gazdasági mutatók szerint, 2014

(%)

Ismérv	Nagyivó	Mértékletes ivó	Alkoholt		Összesen
			ritkán	nem	
			fogyasztó		
Hivatalos családi állapot					
Hajadon/nőtlen	5,3	15,2	54,1	25,3	100,0
Házas	5,8	21,6	44,5	28,0	100,0
Özvegy	3,2	12,9	31,4	52,4	100,0
Elvált	6,0	17,9	48,4	27,7	100,0
Háztartástípus					
Egyszemélyes háztartás	7,2	14,9	41,3	36,6	100,0
Egyedülálló szülő eltartott gyerekekkel	1,7	9,2	56,6	32,5	100,0
Pár eltartott gyerek nélkül	6,8	25,2	39,0	29,0	100,0
Pár eltartott gyerekekkel	3,6	17,8	51,9	26,7	100,0
Egyedül álló szülő vagy pár gyerekekkel és egyéb személy	3,5	15,8	48,8	31,9	100,0
Egyéb	6,7	17,7	48,0	27,6	100,0
Lakóhely jogállása					
Budapest	4,4	23,5	48,6	23,5	100,0
Megyei jogú város	6,3	18,7	47,7	27,2	100,0
Egyéb város	4,8	18,0	45,3	31,9	100,0
Község	6,1	15,1	45,7	33,2	100,0
Lakóhely régiója					
Közép-Magyarország	5,5	20,6	49,4	24,5	100,0
Közép-Dunántúl	8,9	18,6	44,1	28,4	100,0
Nyugat-Dunántúl	4,2	17,9	47,5	30,4	100,0
Dél-Dunántúl	6,9	20,4	43,1	29,5	100,0
Észak-Magyarország	5,1	16,8	44,8	33,3	100,0
Észak-Alföld	3,6	16,7	43,5	36,3	100,0
Dél-Alföld	4,5	14,5	48,2	32,8	100,0
Legmagasabb iskolai végzettség					
Legfeljebb 8 általános	5,3	10,0	37,7	47,0	100,0
Középfok érettségi nélkül	7,3	20,2	43,3	29,2	100,0
Középfok érettségivel	4,6	18,6	52,0	24,7	100,0
Felsőfok	4,1	24,6	52,2	19,1	100,0
Gazdasági aktivitás					
Dolgozik, fizetett állása van	5,1	20,4	53,9	20,6	100,0
Munkanélküli	6,6	14,9	46,6	31,9	100,0
Tanuló, fizetés nélküli gyakornok	3,7	11,2	54,7	30,3	100,0
Nyugdíjas	6,9	20,5	32,0	40,6	100,0
Rokkantsági ellátásban részesül	9,2	10,9	31,7	48,2	100,0
Háztartásbeli	0,0	8,3	40,6	51,2	100,0
Egyéb inaktív	0,4	8,8	46,3	44,5	100,0
Egy főre jutó jövedelem szerinti ötöd					
Alsó ötöd	7,1	13,1	38,3	41,5	100,0
2	5,5	14,7	45,0	30,2	100,0
3	5,1	19,3	45,5	30,2	100,0
4	5,4	20,6	51,0	23,1	100,0
Felső ötöd	4,2	23,2	52,3	20,3	100,0
Együtt	5,4	18,3	46,5	29,8	100,0

A *mérsékelt alkoholfogyasztás* elsősorban a házasságban élők, illetve az eltartott gyermek nélküli párokra jellemző. Főleg a fővárosban, illetve Közép-Magyarországon és Dél-Dunántúlon élők között magasabb arányú a mérsékelt fogyasztás. A felsőfokú végzettségűek, magasabb jövedelműek, valamint az aktív keresők és a nyugdíjasok között szintén átlag feletti a mérsékelt fogyasztók aránya.

A *ritkán ivók* a nőtlenek, hajadonok között, illetve a gyereket nevelő háztartásokban felülreprezentáltak. A lakóhely régiója és jogállása alapján a ritkán ivók aránya nem különbözik jelentősen. A magasabb végzettségűek és a magasabb jövedelműek, valamint az aktív dolgozók és a tanulók között felülreprezentáltak a ritkán ivók.

Az *absztinensek* aránya kiugróan magas az özvegyek között. A háztartás típusa szerint elsősorban az egyszemélyes háztartásokban élők és a gyereket egyedül nevelő szülők között magas az előző évben alkoholt nem fogyasztók aránya. Lakóhely szerint tekintve az absztinensek aránya az egyéb városokban és községekben, valamint a két alföldi és az Észak-Magyarország régióban magas. A legalacsonyabb végzettségűek, a legszegényebbek között, illetve valamennyi inaktív foglalkozási csoportban az átlagot meghaladó arányú az absztinencia (11. tábla).

2.4.2. A jóllét és az ivástípusok kapcsolata

A jóllét és az alkoholfogyasztás különböző típusainak a kapcsolatát négy mutatóval mértük: a szubjektív egészségi állapottal, a depresszióval, a társas támogatással és az az élettel való elégedettséggel.

A kutatás a szubjektív egészségi állapotot ötfokú skálán vizsgálta (1= nagyon jó; 5=nagyon rossz). A leíró elemzés során ezt a skálát háromfokúvá redukáltuk (1= nagyon jó, jó; 2=kielégítő; 3=rossz, nagyon rossz). A depresszió meglétét 8 egységből álló kérdéssorral mérte a kutatás. A válaszok alapján a depresszió 5 fokát határozták meg: nincs, enyhe, mérsékelt, mérsékeltén súlyos, súlyos. Az 5 kategóriát szintén 3-ra redukáltuk. A társas támogatást vizsgáló 4 kérdés alapján 3 kategóriát alakítottak ki: gyenge, közepes, erős társas támogatás. Az élettel való általános elégedettséget tízfokú skálán mérte a kutatás (0=egyáltalán nem elégedett; 10=teljes mértékben elégedett).

A rendelkezésre álló adatok nem teszik lehetővé, hogy megállapítsuk, mi minek az oka: azért lesz valaki problémás ivó, mert magányos és rossz a lelki állapota, vagy azért lesz magányos, mert túl sokat iszik; illetve azért nem iszik, mert rossz az egészsége, vagy azért rossz az egészsége, mert túl sokat iszik. Ebben az elemzésben csupán a kapcsolat meglétét vagy hiányát, valamint jellegét tudjuk vizsgálni.

A szubjektív egészségi állapot, a depresszió, a társas támogatás és az élettel való elégedettség mértéke szignifikáns kapcsolatot mutatott az alkoholfogyasztás típusaival ($p < 0,005$).

A nagyivók és az absztinensek között egyaránt átlag feletti az egészségi állapotukat rossznak vagy nagyon rossznak mondók aránya, és átlag alatti a jó vagy nagyon jó egészségűek aránya. A mértékletesen és ritkán ivók egészségi állapota az átlagosnál jobb. Súlyos vagy mérsékeltén súlyos depressziós tünetek szintén a nagyivók és a nem ivók körében fordulnak elő nagyobb arányban, a mértékletesen és ritkán fogyasztók jelentős arányban nem mutattak depressziós tünetet. Ennek alapján azt valószínűsítjük, hogy e két csoportnak a fizikai és mentális állapota is jobb, mint a nagyivóké és az absztinenseké. A nagyivók a társas támogatás tekintetében különböznek jelentősebb mértékben az absztinensektől. A nagyivókat a másik három csoporthoz képest sokkal kisebb mértékű társas támogatás jellemzi: ebben a csoportban a legkisebb az erős és a legnagyobb a gyenge társas támogatással rendelkezők aránya.

Végül az élettel való elégedettség skálaértékének átlaga szintén szignifikáns különbséget mutat ivástípusok szerint: legkevésbé a nagyivók és az absztinensek, leginkább a mérsékelt ivók és az alkalmi ivók elégedettek életük alakulásával (12. tábla).

12. tábla

A szubjektív egészségi állapot, a depresszió és a társas támogatás mértékeinek megoszlása, valamint az étellel való elégedettség átlagértéke ivástípusok szerint, 2014

(%)

Ismérv	Nagyivó	Mértékletes ivó	Alkoholt		Együtt
			ritkán	nem	
			fogyasztó		
Szubjektív egészségi állapot					
Nagyon jó, jó	52,5	63,6	69,6	49,0	61,4
Kielégítő	31,2	30,3	22,7	32,6	27,5
Rossz, nagyon rossz	16,3	6,1	7,7	18,5	11,0
Depresszió					
Nincs	65,7	80,4	78,9	65,1	74,4
Enyhe, vagy mérsékelt	30,2	18,3	19,7	29,1	22,8
Mérsékeltén súlyos, vagy súlyos	4,1	1,3	1,5	5,8	2,9
Társas támogatás					
Gyenge	21,0	12,8	11,4	13,8	12,9
Közepes	54,9	53,6	53,5	50,2	52,6
Erős	24,1	33,6	35,0	36,0	34,5
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Az étellel való elégedettség átlagértéke	6,59	7,34	7,33	6,87	7,15

2.5. A nagyivás és az absztinencia kialakulását befolyásoló tényezők

A nagyivóvá és az absztinensé válásra ható tényezők együttes vizsgálatára logisztikus regresszió elemzést végeztünk. Az elemzés során nőkre és férfiakra külön modellt állítottunk fel. A vizsgált tényezők többsége mindegyik modellben szignifikáns hatással van a nagyivóvá és az absztinensé válásra is.

Korcsoportok alapján férfiaknál és nőknél is az idősebb korosztályokban nagyobb a valószínűsége a nagyivóvá válásnak. Férfiak esetében a 45–74 éves korosztály, nőknél a 60 és idősebb korosztály veszélyeztetettsége a legnagyobb. Az absztinencia esélye a fiatal (30–44 éves) korosztályokban a legnagyobb nőknél és férfiaknál egyaránt.

A férfiaknál elsősorban az özvegy és elvált családi státus van hatással a nagyivás kialakulására, mindkét családi állapot csökkenti annak esélyét. Nők esetében a házasság és az elvált státus is jelentősen növeli a nagyivás valószínűségét. Az absztinencia és a családi állapot szintén részben eltér a nők és a férfiak esetében. A férfiaknál a nőtleneknek, a nőknél pedig az özvegyeknek és a házas kapcsolatban élőknek a legnagyobb az esélye az absztinenciára.

A háztartás típusa szerint az egyszemélyes háztartáshoz képest minden háztartástípus csökkenti a nagyivás esélyét nőknél és férfiaknál egyaránt. Ezzel összhangban az absztinencia valószínűsége az egyszemélyes, valamint az egyéb háztartásban élők között a legkisebb.

A lakóhely jogállása alapján férfiaknak és nőknek is Budapesten a legkisebb az esélye a nagyivásnak. A megyei jogú városokban és községekben élő férfiak esetében jelentős a nagyivás és alacsony az absztinencia esélye. Nők esetében elsősorban a községben élők esélye kiemelkedően magas a nagyivásra.

Régió szerint a férfiak Közép-Dunántúlon, a nők Közép-Magyarországon lesznek nagyivók a legnagyobb az eséllyel. Az absztinencia esélye mindkét nemnél nagy az Észak-Alföld régióban, a férfiaknál Nyugat-Dunántúlon, a nőknél pedig a Dél-Alföldön és Észak-Magyarországon.

Férfiaknál a legalacsonyabb, a nőknél a legmagasabb iskolai végzettség mellett a legnagyobb a nagyivás valószínűsége. Az absztinencia esélye mindkét nemnél csökken az iskolai végzettség növekedésével.

Eltérő a gazdasági aktivitás szerepe is a nők és a férfiak esetében. Míg a férfiaknál mindegyik inaktív állapot növeli a nagyívás valószínűségét, addig a nők közül éppen a gazdaságilag aktívak, a dolgozók lesznek nagyobb eséllyel nagyívók. Kivételt csupán a tanuló vagy gyakornok nők jelentenek, az ő esetükben a legnagyobb a nagyívóvá válás esélyhányadosa a különböző gazdasági aktivitást jelző csoportok között. Legkisebb valószínűséggel mindkét nemnél az aktív dolgozók absztinensek. A rokkantsági ellátásban részesülőknél kiemelkedően magas az absztinencia esélye, de a férfiaknál az öregségi nyugdíjasok, a nőknél a háztartásbeliek és az egyéb inaktívak esélye is az átlagot jelentősen meghaladó.

Az egy főre jutó jövedelem alapján hasonló hatások tapasztalhatók a nagyívóknál és az absztinenseknél: a legnagyobb jövedelmi ötödbe tartozók kisebb valószínűséggel kerülnek a nagyívók és az absztinensek csoportjába is, mint a legszegényebbek.

A nők és a férfiak esetében eltérő hatást találtunk a szubjektív egészségi állapot és a nagyívás között. A férfiaknál a rosszabb egészségi állapot növeli, a nőknél csökkenti a nagyívás esélyét. A nőknél a rosszabb egészségi állapot az előzőeknek megfelelően növeli az absztinencia esélyét, ugyanakkor a férfiaknál a nagyon rossz állapotúaknak a legkisebb az absztinencia esélye.

A depressziós tünetek a nőknél a nagyívás és az absztinencia esélyét is növelik, a férfiaknál azonban csak a súlyosabb depressziós tünetek és csak az absztinencia valószínűségét növelik jelentős mértékben.

Egyformán hat mindkét nem ivási szokásaira a társas támogatás léte vagy hiánya: a közepes vagy erős támogatottság csökkenti a nagyívóvá és növeli az absztinensé válás esélyét. Az étellel való elégedettség egyaránt csökkenti a nagyívás és az absztinencia bekövetkezésének a valószínűségét is (13. tábla).

13. tábla

A nagyívóvá és absztinensé válást befolyásoló társadalmi-demográfiai tényezők logisztikus regresszió elemzés során nyert esélyhányadosai, 2014

Ismérv	Nagyívó exp(B)		Absztinens exp(B)	
	férfi	nő	férfi	nő
Korcsoport				
15–29 (ref)				
30–44	0,89*	0,48*	1,21*	1,32*
45–59	1,54*	1,09*	0,91*	0,83*
60–74	1,69*	1,51*	0,58*	0,94*
75 éves és idősebb	0,97*	1,43*	0,86*	0,92*
Családi állapot				
Hajadon/nőtlen (ref)				
Házass	1,02*	2,87*	0,89*	1,18*
Özvegy	0,44*	0,72*	0,94*	1,72*
Elvált	0,73*	2,10*	0,93*	0,93*
Háztartástípus				
Egyszemélyes háztartás (ref)				
Egyedülálló szülő eltartott gyerekekkel	0,30*	0,32*	1,25*	1,03*
Pár eltartott gyerek nélkül	0,57*	0,59*	1,14*	1,10*
Pár eltartott gyerekekkel	0,56*	0,17*	1,02*	1,15*
Egyedül álló szülő vagy pár gyerekekkel és egyéb személy	0,53*	0,22*	1,27*	1,18*
Egyéb	0,86*	0,29*	0,98*	0,99
Lakóhely jogállása				
Budapest (ref)				
Megyei jogú város	1,92*	1,53*	0,77*	0,98*
Egyéb város	1,18*	1,57*	1,03*	1,03*
Község	1,34*	2,17*	0,83*	1,01*

*p<0,005 szinten szignifikáns eltérés a referencia kategóriához viszonyítva.

13. tábla

A nagyívóvá és absztinensé válást befolyásoló társadalmi-demográfiai tényezők logisztikus regresszió elemzés során nyert esélyhányadosai (folytatás), 2014

Ismérv	Nagyívó exp(B)		Absztinens exp(B)	
	férfi	nő	férfi	nő
Lakóhely régiója				
Közép-Magyarország (ref)				
Közép-Dunántúl	1,32*	0,86*	1,04*	1,23*
Nyugat-Dunántúl	0,43*	0,91*	1,45*	1,31*
Dél-Dunántúl	0,90*	0,97	0,98	1,18*
Észak-Magyarország	0,62*	0,72*	1,01	1,59*
Észak-Alföld	0,52*	0,14*	1,35*	1,77*
Dél-Alföld	0,56*	0,32*	0,86*	1,69*
Legmagasabb iskolai végzettség				
Legfeljebb 8 általános (ref)				
Középfok érettségi nélkül	0,85*	0,83*	0,58*	0,85*
Középfok érettségivel	0,79*	1,02	0,45*	0,61*
Felsőfok	0,54*	1,69*	0,44*	0,45*
Gazdasági aktivitás				
Dolgozik, fizetett állása van (ref)				
Munkanélküli	1,19*	..	1,15*	1,62*
Tanuló, fizetés nélküli gyakornok	1,23*	1,64*	1,15*	1,63*
Nyugdíjas	1,34*	0,72*	1,92*	1,68*
Rokkantsági ellátásban részesül	1,21*	0,61*	2,23*	2,45*
Háztartásbeli	..	..	1,53*	2,22*
Egyéb inaktív	..	0,78*	1,65*	2,00*
Egy főre jutó jövedelem szerinti ötöd				
Alsó ötöd (ref)				
2	0,74*	0,84*	0,99	0,97*
3	0,75*	0,99	1,02*	0,87*
4	0,84*	0,96	0,68*	0,86*
Felső ötöd	0,85*	0,75*	0,75*	0,79*
Az étellel való elégedettség (1=nem elégedett, 10= teljesen elégedett)				
	0,97*	0,90*	0,98*	0,97*
Szubjektív egészségi állapot				
Nagyon jó (ref)				
Jó	1,49*	1,19*	0,99*	1,02*
Kielégítő	1,56*	0,74*	1,03*	1,39*
Rossz	1,44*	0,67*	1,62*	1,65*
Nagyon rossz	1,69*	0,71*	0,73*	1,75*
Depresszió				
Nincs (ref)				
Enyhe	1,65*	1,07*	0,92*	0,89*
Mérsékelt	0,95*	1,46*	0,99	1,30*
Mérsékeltlen súlyos	1,11*	1,90*	1,72*	1,12*
Súlyos	0,72*	6,03*	10,26*	1,51*
Társas támogatottság				
Gyenge (ref)				
Közepes	0,82*	0,48*	1,07*	1,16*
Erős	0,72*	0,40*	1,18*	1,30*
Nagelkerke R ²	0,11	0,14	0,09	0,16

*p<0,005 szinten szignifikáns eltérés a referencia kategóriához viszonyítva.

3. Összegzés

Az ELEF 2014. évi eredményei alapján a 15 éves és idősebb magyarországi felnőtt népesség 70%-a fogyasztott alkoholt legalább alkalmanként a kérdezést megelőző 12 hónapban. A teljes népesség 7, a férfiak 13%-a napi rendszerességgel iszik. Idősebb életkorban nagyobb azok aránya, akik soha nem ittak alkoholt, és magasabb a nagyobb rendszerességgel fogyasztók aránya is.

A gyakoribb, heti egyszeri vagy többszöri fogyasztás elsősorban a férfiakra és az idősebb korcsoportokra jellemző. A legfiatalabbak között a heti többszöri alkoholfogyasztás kifejezetten ritka.

A hét napra vonatkozó mennyiségi adatok alapján az alkoholt fogyasztó férfiak több mint kétszer akkora mennyiséget isznak, mint a nők. A nagyobb mennyiségű fogyasztás az idősebbekre jellemző.

Összehasonlítva a 2014. évi adatokat a 2009. évi eredményekkel azt látjuk, hogy nőtt az előző évben alkoholt fogyasztók aránya. A növekedés mindkét nemet és valamennyi korcsoportot érintette. Ugyanakkor a gyakoribb, legalább heti rendszerességgel fogyasztók aránya közel felére csökkent 2009-hez képest. A gyakoribb fogyasztás mérséklődése érintette a férfiakat és a legtöbb korcsoportot. A legnagyobb mértékű csökkenés a legfiatalabb korcsoportban volt.

Míg az alkoholfogyasztás gyakoriságára vonatkozó adatok arra utalnak, hogy a felnőtt népesség egyre ritkábban fogyaszt alkoholt, addig a heti fogyasztásra vonatkozó adatok az egy fogyasztóra jutó mennyiség jelentős növekedését mutatják. A növekedés minden italfajtában megfigyelhető.

Ezek az adatok összhangban vannak a bevezetőben ismertetett kutatási eredményekkel: csökken a rendszeresen, illetve a nagyobb gyakorisággal alkoholt fogyasztók aránya, de azok, akik isznak szeszest italt, egyre nagyobb mennyiséget fogyasztanak. Azaz egy egyre szűkülő kör egyre problémásabban fogyaszt alkoholt.

2009-ben a gyakorisági és a mennyiségi adatok alapján is az alkoholfogyasztás a 45–59 éves korcsoportban volt a legelterjedtebb. 2014-ben a 60 évesek és idősebbek két korcsoportjában a legnagyobb arányú a heti többszöri alkoholfogyasztás, és a 60–74 éves korosztály alkoholfogyasztói isszák meg a legnagyobb mennyiséget is egy-egy alkalommal.

Elképzelhető, hogy a problémásabb ivás életkorbeli felfele tolódásában a korábban nagy alkoholfogyasztó kohorsz öregedése fejeződik ki: az a korosztály, amelyik a korábbi, magas hazai fogyasztási mutatókat produkálta, egyre idősebbé válik. Egy részük absztinens lett, részben a korábbi ivás egészségügyi következményei miatt, más részük megőrizte korábbi fogyasztási szokásait.

Az alkoholfogyasztás jellege társadalmi-demográfiai csoportok szerint különböző. A nőtlenek, hajadonok ritkán isznak, de akkor nagyobb mennyiséget, a házastársi kapcsolatban élők inkább gyakran isznak, de többnyire keveset. Az özvegyek között kevesen fogyasztanak alkoholt, de akik isznak, azok kiemelkedően nagy mennyiséget.

Az alkoholfogyasztás főbb mutatói a legkedvezőbbek az egyéb városokban, a legkedvezőtlenebbek a községekben. A vizsgált mutatók alapján egyértelműen kirajzolódik a Közép- és Dél-Dunántúlon élők átlagosnál nagyobb veszélyeztetettsége.

A társadalmi-gazdasági státus szerinti különbségek a korábbi hazai vizsgálatok eredményeit támasztják alá: iskolai végzettség szerint a legproblémásabb fogyasztás az érettségi nélküli középfokú végzettséggel rendelkezőkre jellemző. Az aktív dolgozók fogyasztása rendszeresebb, de mérsékeltebb, a munkanélküliek, nyugdíjasok körében pedig gyakoribbak a problémás alkoholfogyasztásra utaló jelek. Az alacsonyabb jövedelműek gyakrabban és többet isznak, a magasabb jövedelműek ritkábban és kevesebbet.

Fogyasztási típusokat képeztünk a fogyasztás gyakorisági és mennyiségi mutatói, valamint az egy alkalommal egyszerre 6 vagy több ital elfogyasztásának előfordulása alapján. Eszerint a 15 éves és idősebb népesség 5%-a tekinthető nagyivónak, mérsékelt ivó 18, ritkán fogyaszt alkoholt 47, nem iszik 30%.

A nagyivók elsősorban férfiak, 10%-uk tartozik ebbe a csoportba. A nagyivás valószínűsége az idősebb korcsoportokban nagyobb, a legnagyobb arányú a 60–74 éves korosztályban.

Általában az egyszemélyes háztartásokban élőknel a legnagyobb az esély a nagyivásra mind a két nemnél. A férfiak és a nők esetében gyakran eltérő tényezők hatnak a nagyivásra: a férfiaknál az elvált státus csökkenti, a nőknél növeli a nagyivás esélyét. A nőknél a házassági állapot is a nagyivás esélyé-

nek növekedését eredményezi. A férfiaknál a megyei városokban és a Közép-Dunántúlon élők, nőknél a községekben és a Közép-Magyarország régióban élők lesznek nagyobb eséllyel nagyivók. A férfiaknál az alacsony iskolai végzettség és az inaktív gazdasági státus, a nőknél a magas iskolai végzettség és az aktív státus növeli a nagyivás esélyét. A teljes népességet tekintve a nagyivók aránya kiemelkedően magas a munkanélküliek, a nyugdíjasok és elsősorban a rokkantsági ellátásban részesülők között. A legnagyobb valószínűséggel a legszegényebbek lesznek nagyivók.

Az alkoholt nem fogyasztók elsősorban nők, fiatal felnőttek és idősek.

A férfiaknál a nőtlenség, a nőknél a házassági állapot nem csak a nagyivás, hanem az absztinencia kialakulására is hatással van. A leíró elemzések alapján az egyszemélyes, özvegy, vagy gyerekeiket egyedül nevelő szülők háztartásában fordul elő nagyobb arányban az absztinencia.

A magasabb iskolai végzettség mindkét nemnél csökkenti az absztinencia esélyét, ennek megfelelően a legalacsonyabb iskolai végzettségűek között a legnagyobb az absztinensek aránya. Az absztinencia mindkét nemnél szignifikánsan gyakoribb az inaktív státusúak és a nagyon alacsony jövedelmi helyzetben lévők között.

Elemzésünk során azt tapasztaltuk, hogy gyakran ugyanazok a tényezők növelik az absztinencia, mint a nagyivás valószínűségét. Ezt támasztja alá a jóllét néhány mutatójával végzett elemzés is. A nagyivók és az absztinensek is depressziósabbak és életükkel elégedetlenebbek, mint a mérsékelten vagy ritkán ivó társaik. A nagyivókra ugyanakkor sokkal gyengébb társas támogatás jellemző, mint az absztinensekre.

Irodalom

1. Arnold Petra (2016): Alkoholfogyasztási szokások in: Német Ágnes–Költő András (szerk): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban, 2014
2. http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf letöltés ideje: 2017. július. 18.
3. Bálint Lajos (2016): Mennyire illeszkedik a magyar halandóság alakulása az epidemiológiai átmenet elméleteihez? Demográfia 59. évf. 1. szám, 5–57.
4. Elekes Zsuzsanna (2016): Alkoholfogyasztás. In: Elekes Zsuzsanna (szerk): Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról, 2015. Magyarországi eredmények. Corvinus Egyetem, Budapest, 2016.
5. Elekes Zsuzsanna (2012): Alkoholfogyasztás Magyarországon az ELEF 2009 adatai alapján in: Gárdos É. szerk: Európai Lakossági Egészségfelmérés 3 Tanulmányok II. KSH, Budapest, 2012. p: 73-90.
6. Kovács Katalin, Bálint Lajos (2015): Az alkoholfogyasztás és következményei nemzetközi összehasonlításban. KORFA Népesedési Hírlevél. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, 2015.3 XV.
7. Ludwig Kraus, Ulf Guttormsson, Håkan Leifman, Sharon Arpa, Sabrina Molinaro, Karin Monshouwer, Marcis Trapencieris, Julian Vicente, Ársæll Már Arnarsson, Olga Balakireva, Elin K. Bye, Anina Chileva, Mihai Ciocanu, Luke Clancy, Ladislav Csémy, Tatijana Djuricic, Zsuzsanna Elekes, Fernanda Feijão, Silvia Florescu, Iva Pejnović Franelić, Byron Gaist, Esther Kocsis, Anna Kokkevi, Patrick Lambrecht, Alojz Nociar, Silvana Oncheva, Kirsimarja Raitasalo, Janusz Sierosławski, Mette Vinther Skriver, Stanislas Spilka, Julian Strizek, Lela Sturua, Tadas Tamosiunas, Ervin Toçi, Tanja Urdih Lazar, Sigrid Vorobjov, Pál Weihe, André Noor, João Matias, Nicki-Nils Seitz, Daniela Piontek, Johan Svensson, Anna Englund, Björn Hibell (2016): The 2015 ESPAD Report. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs EMCDDA, Lisabon, 2016.
8. Moskalewicz, Jacek, Room, Robin, Thom, Betsy eds (2017): Comparative monitoring of alcohol epidemiology accross the EU. Baseline assesment and suggestions for future action. Synthesis report. RARHA Work Package 4. WARSAW
9. OECD (2015): Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris
10. Vitray József, Varsányi Péter szerk. (2015): Egészségjelentés. Információk a hazai egészségveszteségek csökkentéséhez. NEFI, Budapest, 2015
11. WHO (2016): Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2013/2014. survey. WHO Health Policy for Children and Adolescents, No. 7. WHO, Copenhagen.
12. WHO 2014: Global status report on alcohol and health. WHO Geneva
13. WHO HFA (updated: april 2014):
14. <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db> letöltés ideje: 2017. július. 18.

Cselkó Zsuzsa–Kovács Gábor–Horváth Ildikó

A dohányzás helyzete Magyarországon

1. Bevezetés

Napjainkban már nem csak szakmai körökben közzismert tény, hogy a dohányzás súlyosan veszélyezteti az egyén egészségét és komoly gondot jelent a társadalom gazdasági terheinek növelése miatt [1]. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization – WHO) becslése szerint, évente hatmillió ember halálát okozza a dohányzás és további hatszázezer ember idő előtti haláláért felelős a másodlagos dohányfüst elszívása miatti egészségkárosodás [2]. Mivel a megelőzhető halálozások tekintetében a dohányzás a legfontosabb kockázati tényező, visszaszorítása világszerte az egyik legfontosabb népegészségügyi feladat [3].

Magyarország a WHO Dohányzás-ellenőrzési keretegyezmény (WHO Framework Convention on Tobacco Control – WHO FCTC) tagállamaként, valamint az Európai Unió új dohánytermék irányelvében [4] előírt kötelezettségeknek is eleget téve az utóbbi években jelentős intézkedéseket vezetett be a dohányzás visszaszorítása érdekében. A kormányzat a nemdohányzók védelméről szóló jogszabály [5] módosításával is nyilvánvalóvá tette a dohányzás visszaszorítására irányuló határozott szándékát. Ezen túl a fiatalok dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről szóló törvény [6] drasztikusan csökkentette a dohányterméket árusító helyek számát, így ellenőrizhetőbbé vált a dohányzásra fogékony 18 év alatti fiatalok dohánytermékekhez való hozzáférése, illetve korlátozása. Magyarország messzemenően figyelembe veszi az Európai Uniónak a dohánytermékeket illető jövedéki adó szerkezetéről és adókulcsáról szóló irányelvét [7], ezért több lépésben, folyamatosan emeli a dohánytermékek jövedéki adóját a dokumentumban meghatározott szintig.

A dohányzás visszaszorítása érdekében bevezetett intézkedések hatására a legtöbb fejlett országban csökkent a dohányzás prevalenciája [3]. Azonban egyes társadalmi csoportokban, különösen az alacsony iskolai végzettséggel és jövedelemmel rendelkezők körében, valamint bizonyos korcsoportokban a dohányzók aránya továbbra is magas [3]. A dohányzás visszaszorításáért folytatott tevékenység egyik elengedhetetlen része a dohányzási szokások nyomon követése, amellyel felderíthetők a kockázati tényezők és a kockázati csoportok. A folyamatos monitorozás egyben lehetővé teszi a dohányzásellenes tevékenység hatékonyságának megítélését is.

Jelen dolgozat célja, hogy a változó egészségpolitikai és szocioökonómiai helyzetben megrajzolja a magyar lakosság aktuális dohányzási szokásait, tendenciáit, felderítse a dohányzás és a leszokás szempontjából kiemelt kockázati csoportokat, vizsgálja ezek esetleges időbeni módosulását, és ezáltal javítsa a leszokás támogatásának hatékonyságát.

2. Módszer

Az elemzett adatok az Európai Bizottság statisztikai információs és a statisztikai módszerek harmonizálását végző főigazgatóságának (Eurostat) szakértői által összeállított, a hazai viszonyok és szakmai elvárások alapján kiegészített standard kérdőívre épülő, a KSH által végrehajtott Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) anonimizált adatállományából származnak.

Az ELEF adatfelvételei 2009-ben, illetve 2014-ben központilag meghatározott időtartamban történtek. Az adatállományok a 15 éves korukat betöltött, nem intézményben élő, bejelentett állandó magyarországi lakcímmel rendelkező lakosok reprezentatív mintáját tartalmazzák. A dohányzási szokások változásainak idővonalon történő ábrázolása érdekében egyes esetekben feltüntettük az összehasonlításnak módszer-tani szempontból megfelelő az Országos Epidemiológiai Központ által 2000-ben, illetve 2003-ban végzett Országos lakossági egészségfelmérés (OLEF) adatait is.

Az elemzés általában a különböző dohánytermékek fogyasztását vizsgálja, ettől eltérő esetekben a cigarettahasználat megjelölés szerepel. Kiemelendő azonban, hogy ez utóbbi dohányfogyasztási típus a leggyakoribb Magyarországon. A *rendszeres dohányzás* legalább napi egy, az *alkalmi dohányzás*

kevesebb mint napi egy dohánytermék fogyasztását jelenti. A *dohányzási prevalencia* a rendszeres és az alkalmi dohányzók lakosságon belüli arányainak összegét jelöli. *Leszokott* az, aki az élete során valamikor dohányzott, de az adatfelvétel időpontjához képest kevesebb vagy több mint egy éve abbahagyta a dohányzást (rövid, illetve hosszú távú leszokás). Az adatbázisban szereplő eredeti és származtatott változókön kívül egy további – a nemzetközi irodalomban alkalmazott – változó szerepel: az *erősen dohányzó* megjelölés azokat a 25 év feletti személyeket jelöli, akik naponta legalább 15 szál cigarettát szívnak, és az elmúlt 12 hónapban nem kíséreltek meg leszokni. Az elemzés viszonyításképpen tárgyalja a 25 év feletti, rendszeresen dohányzók megoszlását demográfiai ismérvek, dohányzási szokások és szocioökonómiai jellemzők szerint. Az iskolai végzettség a nemzetközi elemzésekben alkalmazott, az oktatási osztályozási rendszerben szereplő szintek szerint került meghatározásra a következő felosztásban: alacsony szintű (ISCED 0–2), közepes szintű (ISCED 3–4), magas szintű (ISCED 5–8).

A változók jelentőségében történt változások bemutatása miatt a rendszeres dohányzás vizsgálata az ELEF 2009. és 2014. évi adatai alapján történt. Az erős dohányzás és a leszokás aktuális helyzetének elemzése kiemelt fontosságú, ezért ezek az ELEF2014 adataira szorítkoznak. A vizsgálatba bevont változók igazodnak a GATS- (Global Adult Tobacco Survey) vizsgálatok felépítéséhez. A 2009-es és a 2014-es adatfelvételek egy kategóriában különböznek: a 2009-es felmérés nem tartalmaz adatokat a rendszeres dohányzás kezdetéről, ezért ez a változó az időbeli összehasonlíthatóság érdekében a rendszeres dohányzók logisztikus regressziós modelljeibe nem lett bevonva, ugyanakkor szerepel a 25 év feletti rendszeresen és erősen dohányzók összehasonlító elemzésében. A dohányzási prevalenciaadatokat kereszt táblák segítségével határoztuk meg, az elemzésben százalékos értékek szerepelnek. A kategorikus változók kapcsolatát jellemző szignifikanciaszint meghatározása khi-négyzet próbával, a folyamatos változóké t-próbával történt. A rendszeres dohányzásnak, az erős dohányzásnak és a leszokásnak a különböző demográfiai, szocioökonómiai jellemzőkkel, valamint a dohányzási szokásokkal való összefüggés-elemzése egy-, illetve többváltozós bináris logisztikus regresszióval történt.

3. Eredmények

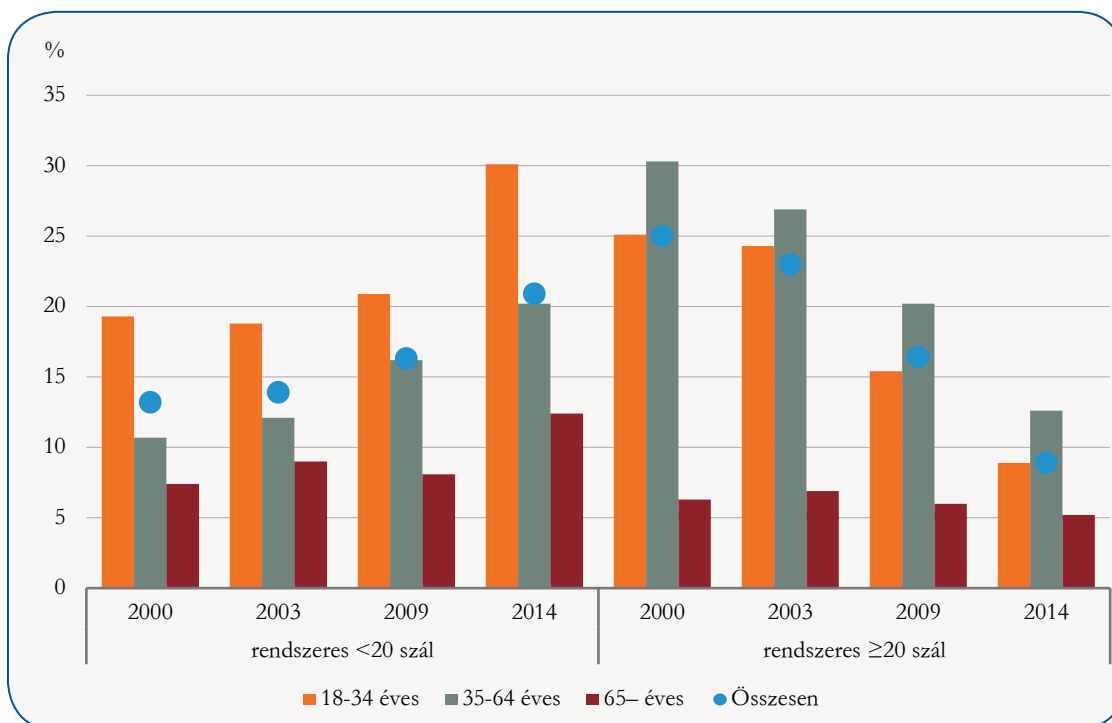
3.1. A dohányzók aránya és az elszívott cigaretták számának alakulása

Magyarország régóta a világ cigarettafogyasztó országainak élvonalába tartozik [8], ugyanakkor hiteles statisztikai modellek [9] és a 2009-ben, illetve 2014-ben végzett felmérés dohányzásra vonatkozó adatai alátámasztják, hogy folyamatosan csökken az elszívott cigaretták száma. A felmérésekben résztvevők válaszai alapján 2009-ben megközelítőleg 13 385 millió volt az elszívott cigaretták száma, ez naponta átlagosan 15 szálát jelentett. 2014-ben az elszívott cigaretták száma megközelítőleg 10 793 millióra csökkent, és a naponta átlagosan elszívott cigaretták száma pedig 14 szál volt.

Az előbbi adatokat alátámasztja, hogy 2000 óta, valamennyi korcsoportban csökken a napi 20 szál cigarettánál többet fogyasztók aránya (1., 2. ábra).

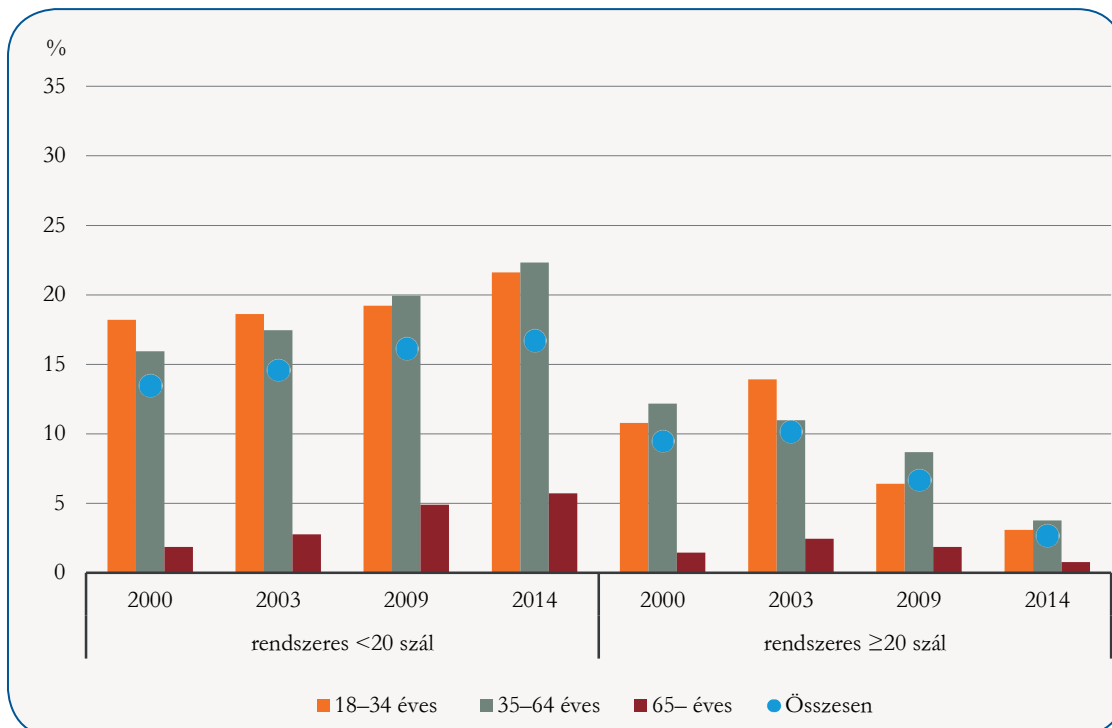
1. ábra

A rendszeres dohányzás mértéke férfiaknál korcsoportonként



2. ábra

A rendszeres dohányzás mértéke nőknél korcsoportonként



Az egy főre jutó cigarettafogyasztás aránya hasonló a nyugat-európai országokban tapasztaltnak [8]. A cigarettafogyasztás fordított összefüggést mutat a kedvező szocioökonómiai helyzettel, ezért az ország különböző régiói között nagy eltérések mutatkoznak a társadalmi különbségeknek megfelelően [8].

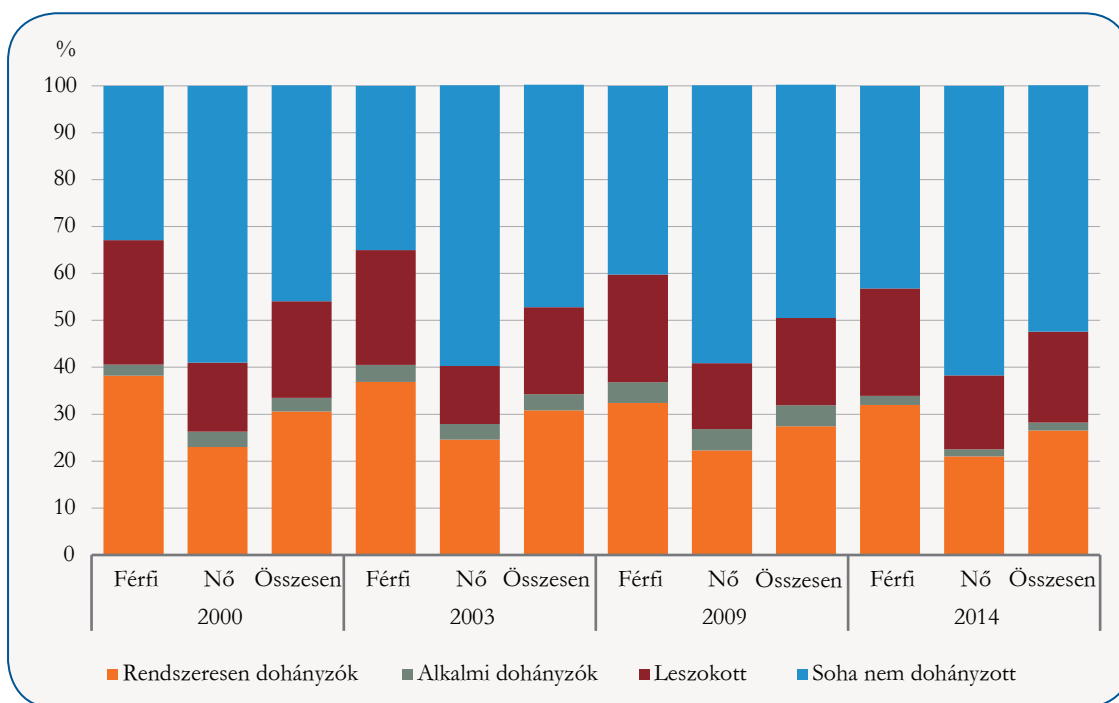
A fenti adatok azonban a kereskedelmi adatokkal párhuzamba állítva ellentmondást mutatnak: 2009-ben a forgalomba hozott cigaretták száma 17 430 millió szál, 2014-ben pedig 7379 millió szál volt [10].

Ez jelentős különbség az eladott és elszívott cigaretták száma között. Erre több magyarázat és feltételezés létezhet: 2009-ben az eltérést az okozhatta, hogy az egyre szigorodó jogszabályi háttér és a fokozódó egészségtudatosság miatt feltételezhető, hogy a dohányzók egyre inkább stigmatizálóknak érzik a szenvedélyüket, és ezért a felmérésben résztvevők mérsékeltőbb dohányfogyasztást vallottak be. 2014-ben pedig a bevallott cigarettafogyasztás mérsékelt csökkenése mellett, a kereskedelem jelentősen megcsappant bevallott forgalma esetleges piaci anomáliákra (csempészet), visszaélésekre utalhat. Az eltérő adatok megnehezítik a helyes értékelést, és arra intenek, hogy a cigarettaeladással és -fogyasztással kapcsolatos mutatókat kritikusan és nagyon körültekintően kell kezelni.

2014-ben a dohányzás prevalenciája 28% volt; a férfiak 34, a nők 22%-a dohányzott Magyarországon (Függelék: 1. táblázat). 2009-hez képest érdemben csökkent az alkalmi dohányzók aránya mindkét nemben (a férfiaknál 2, a nőnél 2 százalékponttal), míg a rendszeres dohányzás aránya alapvetően nem változott (férfiak 32, nők 21%). A dohányzás prevalenciájának egységes vizsgálatakor folyamatosan csökkenő dohányzási tendencia rajzolódik ki a 2003-ban mért csúcsához képest (3. ábra). A legutóbbi felmérés inkább az alkalmi dohányzók erőteljesebb csökkenését igazolja.

3. ábra

A dohányzásra vonatkozó prevalenciaadatok



A függelékben található 2., 3., 4. és 5. táblázat az alábbi megállapításokat szemlélteti. A férfiak körében csökkentek vagy változatlanok maradtak a rendszeresen dohányzók korcsoportos prevalenciái 2009-hez képest. Kivételt képez a 25–34 év közötti korcsoport, amelyben szinte valamennyi régióban emelkedett, illetve a legmagasabb a rendszeresen dohányzó férfiak aránya (41%). A prevalencia emelkedése tapasztalható Észak-Magyarországon, Észak- és Dél-Alföldön, ugyanakkor Budapesten egyértelmű csökkenést igazolnak az adatok a 25–34 év közötti korcsoport kivételével.

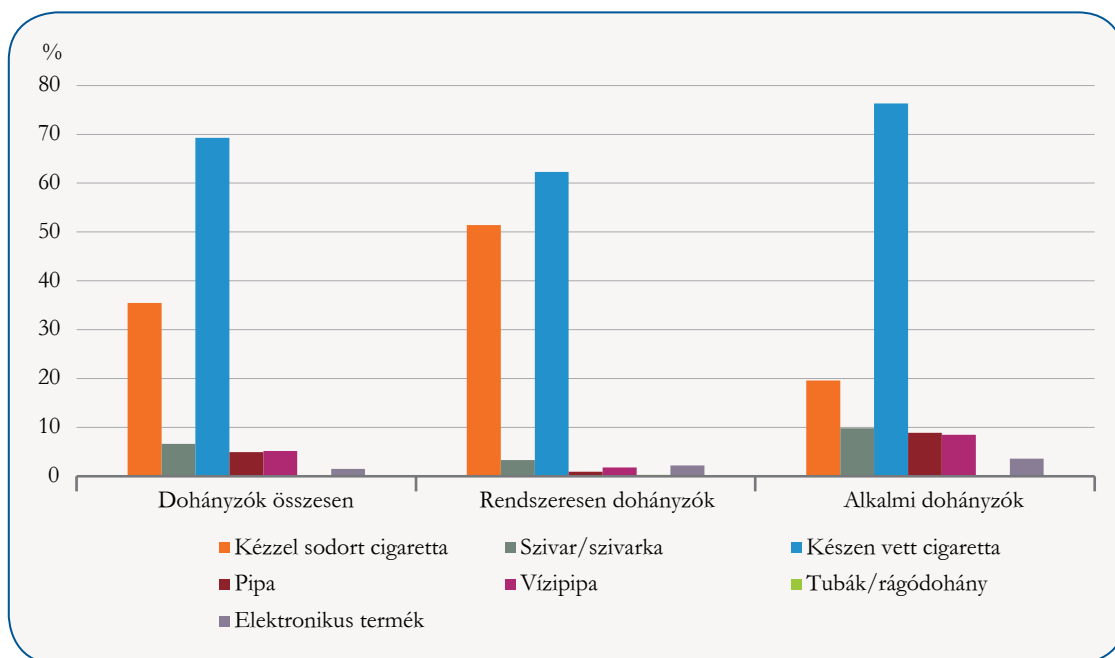
A rendszeresen dohányzó nők aránya az 55–64 év közötti korcsoport kivételével valamennyi korcsoportban csökkent, legjelentősebben (5 százalékponttal) a 35–44 évesek között. 2009-ben és 2014-ben is ez az arány a 45–54 év közötti korcsoportban volt a legmagasabb (34, illetve 31%). Esetükben is Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön emelkedett a rendszeresen dohányzók aránya. Az összes dohányzó aránya Észak-Magyarországon a legmagasabb (férfiak 42, nők 30%). Budapesten a rendszeresen dohányzók aránya minden korcsoportban csökkent, jellemzőbben a nők, mint a férfiak esetében.

3.2. A dohányzók által fogyasztott dohánytermékek aránya

A magyar dohányzók kiemelkedően magas arányban gyári (69%) vagy kézzel sodort cigarettát (36%) fogyasztanak, az egyéb dohánytermékek használata elenyésző (4. ábra).

4. ábra

A dohányzók által fogyasztott dohánytermékek aránya, 2014



A rendszeresen dohányzókhoz képest az alkalmi dohányzók jelentősen magasabb arányban használnak gyári (76%), mint kézzel sodort cigarettát (20%), aminek a kisebb árérzékenysége is lehet oka. Az utóbbi évtizedben, különösen a fejlett országokban egyre elterjedtebbé vált nikotintartalmú vagy nikotinmentes elektronikus eszközök használata hazánkban egyelőre nem számottevő. Korábbi adatokkal való összehasonlíthatóság hiánya okán azonban a termékhasználat tendenciáját nem lehet megbecsülni.

3.3. A rendszeres dohányzás társadalmi-gazdasági összefüggései

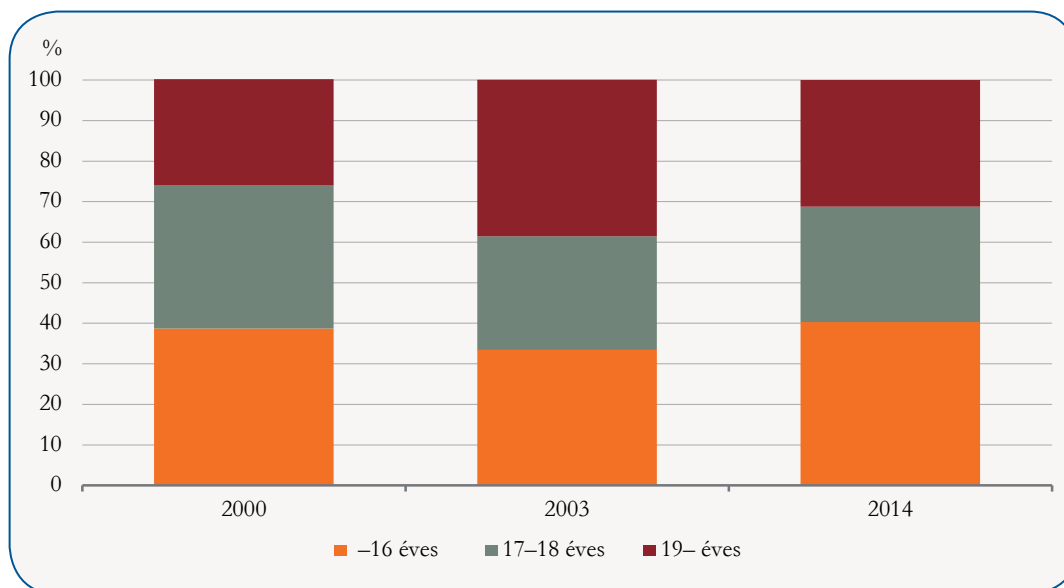
Az emberek dohányzási szokásai, így például a rászak ideje és a rendszeres dohányzás mértéke szoros összefüggést mutat a társadalom gazdasági és szociológiai helyzetével [11]. Az alkalmi dohányzók lakosságon belüli elenyésző aránya (2%) okán a dohányzás összefüggéseinek részletes vizsgálatát a rendszeresen dohányzókra végeztük el.

A függelék 6., 7., 8. és 9. táblázata tartalmazza a rendszeresen dohányzók demográfiai jellemzők, dohányzási szokások és szocioökonómiai kategóriák szerinti megoszlását. A korcsoportok szerinti dohányzási arányok vizsgálatakor figyelemre méltó a 65 év felettiek dohányzási arányának jelentős csökkenése. Megállapítható, hogy míg a férfiak körében a 25–34 éves korcsoportban a legmagasabb a rendszeres dohányzás valószínűsége (41%), addig a nőknél a 45–54 éves korcsoport emelkedik ki (31%).

A rászak ideje utal a dohányzásjárvány stádiumára [12] és egyúttal a dohányzás visszaszorítását célzó intézkedések hatékonyságára is [11]. Magyarországon a férfiak átlagosan 17,4, a nők átlagosan 19,0 évesen kezdenek dohányozni. A 2000-ben, illetve 2003-ban végzett felmérések korcsoportos besorolásából kiindulva megállapítható, hogy 2014-ben a 17 éves koruk előtt rászakók aránya magasabb volt, mint 2003-ban (2000: 39%, 2003: 33%, 2014: 40%). Nemi pozitív eltolódás figyelhető meg a 18 év felettiek rászakási aránya javára 2000-hez képest (5. ábra).

5. ábra

A 18 éves és idősebb valaha dohányzók (jelenleg dohányzók és leszokottak) megoszlása a rászakás ideje szerint*

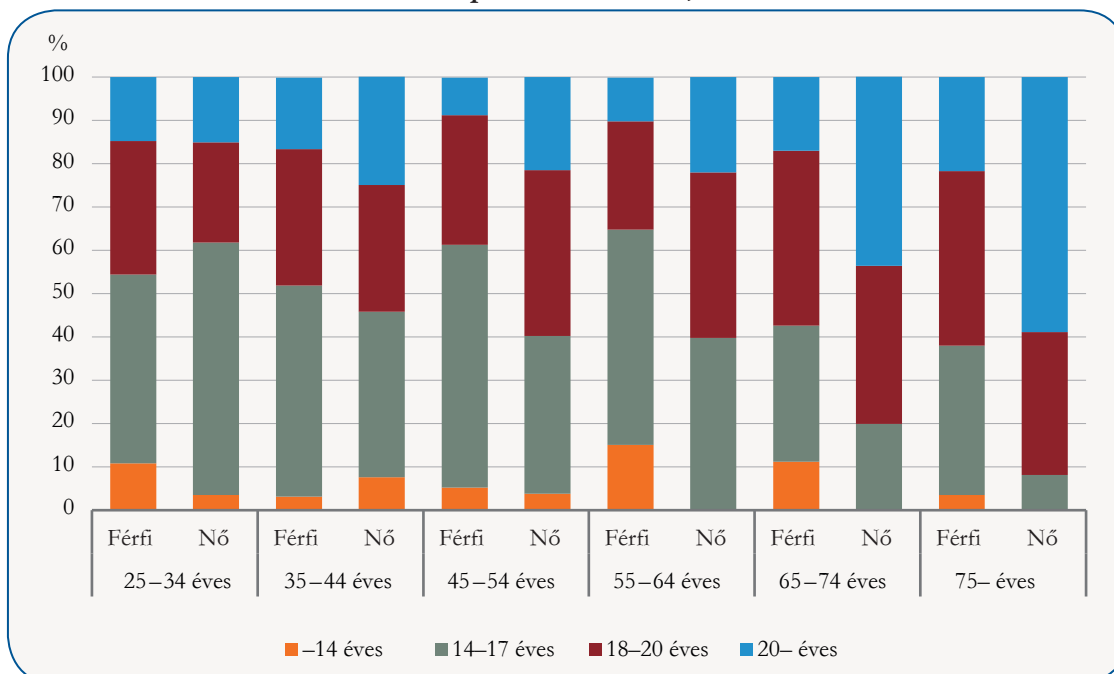


* Az OLEF 2000. és 2003. évi vizsgálata a 18 éves és idősebb lakosságra vonatkoztak, továbbá a dohányzás elkezdésének korcsoportos besorolására a 16- év, 17-18 év, 19- év kategóriákat használták, szemben azzal az osztályozással, amit a GATS- (Global Adult Tobacco Survey) vizsgálatokban meg szoktathoz igazodva a jelen tanulmány többi része is alkalmazott. Az ábra ezen feltételek figyelembe vételével készült.

Az adatok gondos értelmezése végett a rászakás korcsoportos bontásban történő vizsgálatokor eltekintünk a 15-24 év közötti korcsoport elemzésétől, hiszen ez a korcsoport részben egybevágh a dohányzás elkezdésének idejével. Magyarországon a rendszeresen dohányzók között a dohányzás elkezdésének ideje leggyakrabban 14-17 év közé esik, ezt követi a 18-20 év közöttiek korcsoportja. Férfiaknál a 35-54, nőknél az 55 év feletti korcsoportokban megfigyelhető, hogy későbbi életkorban kezdtek dohányozni a többi korcsoportéhoz képest (6. ábra). Összességében megfigyelhető a dohányzás elkezdésének korábbi életkorra való tolódása mindkét nem esetében.

6. ábra

A rendszeresen dohányzók megoszlása a rászakás ideje szerint korcsoportos bontásban, 2014



Az otthoni dohányzásra vonatkozó szokások népegészségügyi szempontból kedvezőnek ítéltetők, mivel a dohányzók nagy aránya (férfiak 63, nők 62%) soha vagy szinte soha nem dohányzik otthon zárt térben. Azoknál a legmagasabb a rendszeres dohányzás valószínűsége (férfiak 81, nők 72%), ahol az otthoni, zárt térben történő dohányzás szabadságot élvez.

A rendszeres dohányzás valószínűsége az elváltak körében a legmagasabb (férfiak 45, nők 31%), nagyságrendileg ezt követi a nőtlenek/hajadonok között mért prevalencia (férfiak 38, nők 23%).

Az iskolai végzettség, a jövedelmi viszonyok és a gazdasági aktivitás erőteljesen befolyásolják a rendszeres dohányzás alakulását [3, 13]. E tényezők közül is kiemelkedik az iskolai végzettség. A férfiaknál az alacsony iskolai végzettségűek közel háromszor nagyobb valószínűséggel dohányoznak, mint a magasan iskolázottak (41, illetve 15%). Az alsó jövedelmi ötödbe tartozó háztartásokban a rendszeres dohányzás valószínűsége majdnem kétszer akkora, mint a felső jövedelmi ötödben (45, illetve 24%). A munkanélküliek dohányzási aránya a legmagasabb (55%).

A nők körében, a közepes szintű végzettségűeknél a legmagasabb a rendszeres dohányzás valószínűsége (25%). Esetükben az alacsony jövedelmi helyzet kevésbé játszik szerepet, ugyanakkor a foglalkozást tekintve a nők között is a munkanélküliek és a háztartásbeliek dohányzásának a legszámottevőbb a valószínűsége (31, illetve 35%).

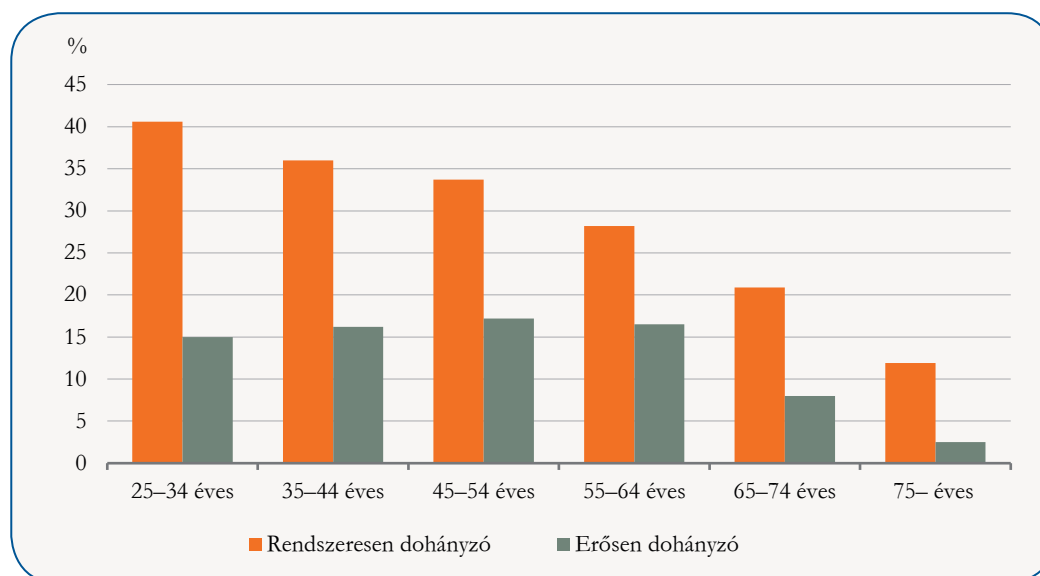
Valamennyi független változó együttes vizsgálatakor a férfiaknál markánsabban kirajzolódik az iskolai végzettség szerepe a rendszeres dohányzásra való hajlam meghatározásában: a legalacsonyabb szintű végzettségűek dohányzási valószínűsége a legmagasabb (férfi: $OR=3,54$, nő: $OR=2,06$ a magas szintű iskolai végzettségűekhez viszonyítva). A gazdasági aktivitás minősége és különösen a nőknél a jövedelmi viszonyok kevésbé egyértelműen befolyásolják a rendszeres dohányzás valószínűségét. A rendszeres dohányzás valószínűsége ugyanakkor enyhén magasabb a legrosszabb anyagi körülmények között élő férfiak között ($OR=1,35$ a legmagasabb kvintilissel összehasonlítva).

A 2014-es adatokat tekintve, egyes kategóriákon belül jelentősen megváltozott a rendszeres dohányzás aránya 2009-hez képest. A férfiaknál szembetűnően megemelkedett a rendszeres dohányzás valószínűsége a fiatalabb korcsoportokban. A 2014-es adatok szerint egyértelműen a rosszabb anyagi körülmények között élő férfiak dohányoztak nagyobb valószínűséggel, míg 2009-ben ez inkább a közepes vagy jó anyagi körülményekkel rendelkezőkre volt igaz. A nők körében valamelyest mérséklődött a középfokú végzettségűek és rosszabb anyagi körülmények között élők dohányzási többlete 2009 és 2014 között. Mindkét nem esetében a községek és vidéki kisvárosok lakossága dohányzik rendszeresen a legmagasabb arányban.

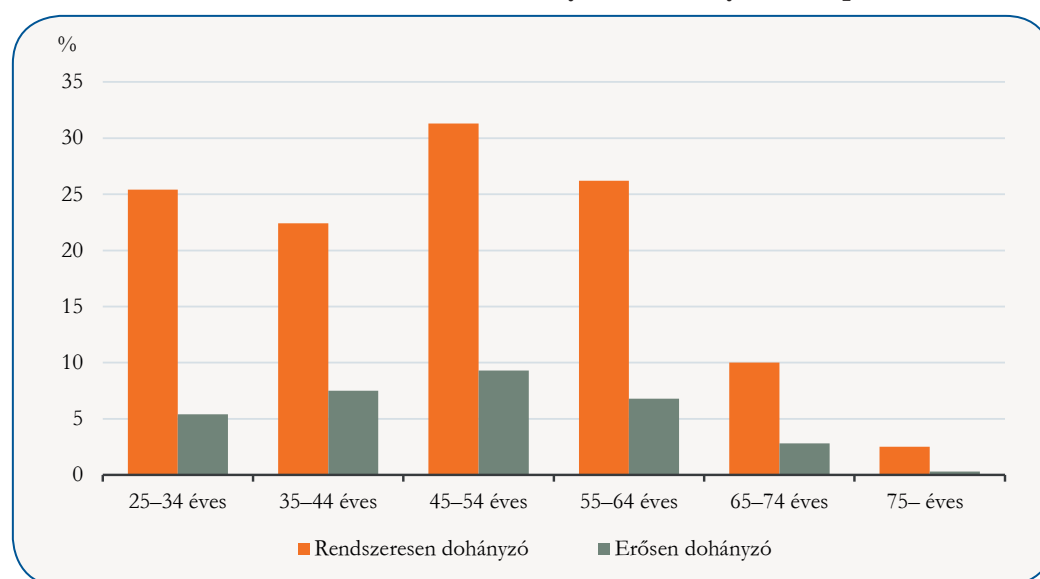
3.4. Az erős dohányzás összefüggéseinek vizsgálata

A férfiak 16, a nők 7%-a számít erősen dohányzónak. Összehasonlításként a 25 év feletti rendszeresen dohányzó férfiak aránya 27, a nőké 18%. Az erősen dohányzók aránya férfiaknál a 45–64, nőknél a 45–54 év közötti korcsoportban a legmagasabb 17 és 9% (7. és 8. ábra). A többváltozós logisztikus regressziós elemzés eredményei szerint férfiaknál az 55–64, nőknél a 65–74 év közötti korcsoportban kiemelkedő az erős dohányzás valószínűsége (férfi: $OR=2,63$, nő: $OR=3,04$ a 75 éves és idősebbekhez viszonyítva).

7. ábra

A 25 év feletti rendszeresen és erősen dohányzó férfiak aránya korcsoportonként, 2014

8. ábra

A 25 év feletti rendszeresen és erősen dohányzó nők aránya korcsoportonként, 2014

Az erősen dohányzók előbb kezdenek dohányozni, mint a rendszeresen dohányzók (10. táblázat). A napi rendszerességgel dohányzó férfiak átlagosan 17,7 évesen, az erősen dohányzó férfiak átlagosan 17,1 évesen kezdtek el dohányozni. A nők esetében a napi rendszerességgel dohányzók átlagosan 19,4 évesen, míg az erősen dohányzók több mint egy évvel korábban, 18,1 évesen kezdtek el dohányozni. A férfiaknál mintegy 80, a nőknél 100%-kal nagyobb valószínűséggel lesz erősen dohányzó az, aki 14 éves kora előtt kezd el dohányozni, mint az, aki 21 éves kora után (férfi: 32, illetve 18%, nő: 28, illetve 10%). Valamennyi független változó egyidejű vizsgálatakor a nők esetében az esély fokozott (11. táblázat). Különösen veszélyeztetett kategória az elváltaké (férfiak 22, nők 8%).

Jelentősebb eltérés mutatkozik a rendszeresen és az erősen dohányzók otthoni dohányzási szokásaiban. Az erősen dohányzók számára nagyobb arányban megengedett az otthoni, zárt térben való dohányzás, mint a rendszeresen dohányzók esetében (férfi: 22, illetve 17%, nő: 26, illetve 19%). Ugyanakkor az otthoni dohányzás szabadsága folytán igen nagy az erős dohányzás valószínűsége azok esetében, akik naponta akár több órát is dohányozhatnak otthon, zárt térben (férfiak 48, nők 30%).

A napi rendszerességgel dohányzó férfiak 16,1, a nők 11,9 százalékát, az erősen dohányzó férfiak 21,5, a nők 18,5 százalékát szívják el átlagosan.

Megállapítható, hogy az egészségügyi dolgozók leszokásra vonatkozó tanácsai férfiaknál jobban, nőknél csak kismértékben befolyásolták az erős dohányzás valószínűségét. A többváltozós logisztikus regressziós elemzések eredményei szerint mindkét nem esetében a leszokás tanácsolása az erős dohányzás ellenében hat, ugyanakkor az esélyhányados a nőknél csekély (férfi: $OR=1,28$, nő: $OR=1,10$). A leszokás tanácsolása hozzájárulhat a dohányzás mértékének csökkenéséhez is, erről azonban nincs információ a felmérésben.

Az erősen dohányzóknál kevésbé jellemző az alacsony iskolai végzettség és jövedelmi helyzet, illetve a gazdasági aktivitás hiányának meghatározó szerepe, mint a rendszeresen dohányzóknál (10. táblázat). Valamennyi független tényező együttes vizsgálatának eredményei szerint férfiaknál jellemzően a közepes szintű végzettséggel rendelkezők ($OR=2,67$ a magas szintű végzettségűekkel összehasonlítva) és a gazdasági tevékenység szempontjából inaktívak (háztartásbeli $OR=6,71$ és munkanélküli $OR=2,84$ az egyéb inaktívakhoz viszonyítva) mutatnak nagyobb esélyt az erős dohányzásra (11. táblázat). Nők esetében, az alacsony iskolai végzettségűek körében a legmagasabb az erős dohányzás valószínűsége ($OR=1,35$). A férfiakhoz képest, a jövedelmi helyzet erőteljesebben, a gazdasági aktivitás minősége kevésbé befolyásolja az erős dohányzás esélyét. Megjegyzendő, hogy nőknél a 4. jövedelmi ötödbe tartozók esélye a legmagasabb az erős dohányzásra ($OR=2,76$ az 5. jövedelmi ötödhöz képest). Férfiak esetében az urbanizáltság gradiensen lefelé haladva fokozódik az erős dohányzás esélye, és a községekben élők több mint kétszer magasabb, mint a fővárosiaké. A nőknél a fővárosban élők mutatják a legnagyobb esélyt az erős dohányzásra ($OR=1,49$, ahol a referencia kategória a „községek”).

3.5. A leszokás összefüggéseinek vizsgálata

A 2000-es években a dohányzás folyamatos csökkenése megmutatkozik mind a rendszeres dohányzók, mind – az utóbbi években különösen – az alkalmi dohányzók körében, és ezzel egy időben nő a soha nem dohányzott lakosság (2014-ben 54%) aránya, ugyanakkor a leszokottak aránya 2003 óta változatlan (19%). A férfiak körében a leszokottak aránya 2009 óta jellemzően az 55 év feletti korosztályban növekedett a legtöbb régióban, míg a nők körében a leszokottak arányának emelkedése már a 45 év feletti korosztályban is érzékelhető (2., 3., 4. és 5. táblázat). Megállapítható viszont, hogy a 15–24 éves korcsoport leszokásra vonatkozó arányszámai a legtöbb régióban elmaradnak a 2009-ben tapasztaltaktól. Az adatok alakította trendekből arra következtethetünk, hogy a dohányzási mutatók csökkenése egyrészt a középkorúak és idősebbek leszokásából, másrészt, egyes régiókban a fiatalok rá nem szokásából adódik össze. Általánosságban, a nők szinte valamennyi korcsoportjában nagyobb a leszokás valószínűsége, mint a férfiaknál, akik között csupán az idősebbek mutatnak leszokási hajlandóságot.

Az otthoni dohányzás korlátozása és elsősorban a férfiaknál a családi állapot, a gazdasági aktivitás és a jövedelmi helyzet a legmeghatározóbb tényezők a leszokásban (12. és 13. táblázat). Azokban a háztartásokban, ahol teljesen vagy közel teljesen korlátozott a zárt térben való dohányzás, a férfiaknál és a nőknél is több mint kétszeres a leszokás valószínűsége, mint ott, ahol megengedett (férfiak: 24, illetve 11%, nők: 16, illetve 7%).

A házastársi kapcsolatban élő férfiak ugyancsak nagyobb valószínűséggel szoknak le, mint a nőtlenek vagy elváltak (30, illetve 20%). A többváltozós modellben is a házasságban élők és az özvegyek leszokásának esélye 42%-kal magasabb, mint a nőtleneké. A gazdasági aktivitás szempontjából a férfiak között a nyugdíjasok (38%) és a rokkantsági ellátásban részesülők (35%) leszokási valószínűsége vezet. Ugyanakkor a többváltozós logisztikus regressziós elemzések eredményei szerint legnagyobb eséllyel a rokkantsági ellátásban részesülők ($OR=2,49$ az egyéb inaktívakhoz viszonyítva) szoknak le, ezt követi az aktív dolgozók ($OR=1,64$) leszokási esélye. Jövedelem szempontjából a legnagyobb valószínűséggel a középső jövedelmi ötödbe tartozó férfiak szoknak le (27%), a legalsó jövedelmi ötödbe való tartozás visszatartó hatást gyakorol a leszokásra (18%). Valamennyi változó együttes vizsgálatakor is a középső jövedelmi ötödbe tartozás ($OR=1,49$ a legfelső kvintilissel összehasonlítva) és a közepes szintű iskolai végzettség

(OR=1,21, ahol a „magas szintű iskolai végzettségűek” a referencia kategória) esetén a legmagasabb a leszokás esélye.

Nőknél a házasságban élők valószínűsége kétszeres a leszokásra a hajadonokhoz képest (18, illetve 9%), ugyanakkor a többváltozós logisztikus regressziós elemzés eredményei szerint az elváltak esélye a legmagasabb a leszokásra, de mindössze 7%-kal haladja meg a házasokét. A 2. és 4. jövedelmi ötödbe tartozók ugyanakkora eséllyel szoknak le (OR=1,27). A férfiakhoz hasonlóan a nőknél is a közepes szintű iskolai végzettségűek mutatják a legmagasabb esélyt a leszokásra (OR=1,24), ugyanakkor a gazdasági aktivitás minősége nem befolyásolja egyértelműen a leszokás valószínűségét. A megyei jogú városok férfi és a főváros női lakossága esetében a legmagasabb a leszokás valószínűsége (férfi: OR=1,07, nő: OR=1,58 a községekhez viszonyítva).

4. A rizikócsoportok meghatározása és tartalmi összefoglaló

A népesség dohányzási prevalenciája a rászokás, az aktuális dohányzás és a leszokás arányaiból határozható meg [11]. A dohányzási szokásokat kialakító tényezők feltárása fontos, hiszen ezek ismeretében lehet csak sikeres a célzott prevenciós tevékenység. Jelen dolgozat adatai is rámutatnak, hogy kitüntetett figyelmet kell fordítani ennek keretében a magyar lakosság magas kockázati tényezőkkel rendelkező csoportjaira. Fokozottan veszélyeztetettek a dohányzás szempontjából az alacsony iskolai végzettségű és rossz anyagi körülmények között élő fiatal férfiak, valamint az alacsony iskolai végzettségű és közepes anyagi körülmények között élő, fiatal és középkorú nők.

Eredményeink is igazolják, hogy a szocioökonómiai ismérvek közül az alacsony iskolai végzettség a legfontosabb kockázati tényező a dohányzás szempontjából [13]. Az iskolázottabb emberek vélhetően több ismerettel rendelkeznek a dohányzás káros hatásairól, és felkészültebben választják az egészségesebb életmódot [13]. Egyes alapvető ismeretek hiánya, továbbá a leszokás támogatási módszerekről való tájékozatlanság együtt járhat azzal, hogy gyakrabban választják a dohányzást mint stresszkezelési módszert [13].

A nők körében a rendszeres dohányzás szocioökonómiai összefüggései nem olyan kifejezetten, mint a férfiaknál. Esetükben a magasabb dohányzási prevalencia a 25–34, 35–44 és a 45–54 év közötti korcsoportokban kifejezett. Egyes régiókban, a 25–44 év közötti korcsoport dohányzási prevalenciája különösen magas, amely azért ad aggodalomra okot, mert a 20–40 év közötti termékeny korcsoportban születik a legtöbb gyermek, a dohányzás pedig nem csupán saját egészségükre, hanem a felnövekvő generációk egészségére és életmódjára is hatással van [13].

A rizikócsoportok említésekor szólni kell még a fiatalok dohányzásának helyzetéről, illetve a rászokás idejének alakulásáról. Összességében 2009 és 2014 között nem változott a 15–24 éves korcsoport dohányzási prevalenciája, ám régiók szerint eltérően alakult. A rendszeres dohányzás elkezdésének ideje jelentősen előretolódott az elmúlt húsz évben. A korábbi életkorban elkezdett rendszeres dohányzás növeli a szív és érrendszeri, valamint a daganatos betegségek korai kialakulásának és halálozásának kockázatát. A rossz anyagi körülmények között élők korábban kezdenek el dohányozni és ez hozzájárulhat az életkörülményeik további romlásához [11]. Aggasztó és odafigyelést igényel, hogy az észak-magyarországi régióban nagymértékben emelkedett a legfiatalabb korosztály dohányzási aránya.

A 2014-es felvétel adatai szerint a dohányzók 30%-a próbálkozott a leszokással és vélelmezhetően ennél magasabb azoknak az aránya, akik szeretnének leszokni, vagy csökkentenék a fogyasztott dohánytermékek mennyiségét. Nemzetközi vizsgálatok [3] is alátámasztják azon megállapításainkat, miszerint a rendszeres dohányzáshoz hasonlóan, a leszokás is összefüggést mutat az iskolázottsággal, a jövedelmi helyzettel és a dohányzást érintő ismeretekkel. A sikeres leszokás szocioökonómiai összefüggéseinek vizsgálata segíti a szakembereket abban, hogy a leszokás támogatási módszereket az igényeknek megfelelően tudják alakítani.

5. Következtetések és jövőbeni feladatok

Napjainkban az egyik leghatékonyabb dohányzásellenes intézkedés, különösen a fiatalok és az alacsony keresetűek dohányzásának visszaszorítására, a dohánytermékek adótartalmának folyamatos, az inflációt és a reálkeresetek növekedését meghaladó mértékű emelése [14]. A dohánytermékekre kivetett adó egyben hozzájárulhat a dohányzás okozta társadalmi költségek fedezéséhez. Gazdasági számítások szerint, a cigaretta árának 10%-os emelése, mintegy 4%-kal csökkenti a keresletet a fejlett és akár 5%-kal a közepesen fejlett és fejlődő országokban, valamint növeli a leszokás próbálkozások számát [15]. Ugyanekkor a áremelés mintegy 1,5%-kal csökkenti a dohányzás okozta halálozást világszerte [15]. A dohánytermékek áremelése, a felnőttekhez képest fokozottabban csökkenti a fiatalok dohányzás prevalenciáját, a dohányfogyasztás mértékét és a rászokás gyakoriságát [16]. A 2009-es és 2014-es magyar felmérések dohányzási prevalenciára és a cigarettafogyasztás mértékének csökkenésére vonatkozó eredményei határozottan egybehangzóak a nemzetközi vizsgálatok fenti megállapításaival. A dohányzás-járvány magyarországi helyzetére utalhat – III. stádium vége –, hogy a rászokás idejének korcsoportos megoszlása közelít egymáshoz férfiak és nők esetében, valamint, hogy a főváros és a megyei jogú városok női lakossága esetében csökken a dohányzás valószínűsége.

Nemzetközi tapasztalatok rámutatnak, hogy a dohánytermékek fogyasztását szigorító intézkedések bevezetése a dohánytermékek adójának emelése után a második leghatékonyabb módszer a dohányzás csökkentése céljából [3]. Vizsgálatok ugyanakkor arra is rávilágítanak, hogy a dohánytermékek fogyasztását korlátozó intézkedések esetenként csupán mintegy 2%-kal csökkentik a dohányzás prevalenciáját [3,15], ezért további csökkenést az egészségnevelés és a leszokás támogatás módszerein keresztül lehet elérni. A dohányfogyasztás visszaszorítása érdekében elengedhetetlen, hogy a dohányzás szempontjából kiemelten veszélyeztetett kockázati csoportok, különös tekintettel a rossz anyagi körülmények között élő, alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező dohányzók, és a még nemdohányzó serdülők a lehető legtöbb ismeretet megkapják a dohányzás káros következményeiről és a leszokás támogatás lehetőségeiről. Hangsúlyozott figyelmet érdemel az iskolákban és egyéb közösségi helyszíneken az egészségnevelési munka és rendkívül fontos szerepet kap a megelőzés, tekintettel arra, hogy a fiatalok körében mind korábbi életkorra tolódik a dohányzás elkezdése. A rászokás megelőzését célzó programok jelentősége a rendszeres dohányzás megkezdésének időbeli kitolásában is megmutatkozik [11,17]. A későbbi rászokás egyben kisebb mértékű dohányzást, csekélyebb nikotinfüggőséget is prognosztizál, amely elősegítheti a sikeres leszokást [11,17].

Az egészségnevelési módszerek közé sorolható a leszokás támogatás, amely tartós viselkedés változást feltételez. A leszokás támogatás módszerei közül Magyarországon is mindenki számára ingyen elérhető az egyéni, a csoportos és telefonos leszokás támogatási forma, amelyek szakemberek által vezetett, több alkalomból álló programok. A programokhoz önként és aktív módon való csatlakozás nagyobb belső ösztönző erőt jelentenek, ezért válik hangsúlyosabbá azon dohányzók elérése, akik még nem éreznek magukban akkora ösztönzést a leszokásra, hogy önként jelentkezzenek egy segítő programra. A dohányzók egészségtudatos magatartásformálása kapcsán hangsúlyozni szükséges a minimál intervenciót, amelynek gyakorlása az egészségügyi dolgozók irányelvben előírt kötelezettsége [18], és amely egyben a legegyszerűbb, bizonyítékokon alapuló módszer a leszokás elősegítésére [19].

A dohányzás visszaszorítását célzó intézkedések és az egészségnevelési módszerek együttesen hozzájárulnak a nemdohányzók egészségvédelméhez, valamint a leszokás elősegítéséhez. Erős, populációs szintű bizonyítékok [17] szólnak amellet, hogy az otthoni zárt térben való dohányzás korlátozása fokozza a leszokás valószínűségét és csökkenti a felnőttkori dohányzás mértékét.

A magyar lakosság dohányzási arányának további csökkentése érdekében, a korlátozó és gazdasági intézkedések fenntartása mellett, a következő években kiemelt figyelmet kell szentelni a rászokás megelőzését szolgáló, valamint a dohányzás egészségkárosító hatásairól és a leszokás előnyeiről szóló egészségnevelő programoknak, illetve a leszokás támogatási módszerek mind szélesebb körben való terjesztésének és támogatásának.

Irodalom

1. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health: The health consequences of smoking—50 years of progress. A report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US), 2014.
<https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/index.html> (letöltve: 2017.04.24.)
2. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1 (letöltve: 2017.03.03.)
3. Tchicaya, A., Lorentz, N., Demarest, S.: Socioeconomic inequalities in smoking and smoking cessation due to a smoking ban: general population-based cross-sectional study in Luxembourg. PLoS ONE, 2016, 11(4): e0153966.
4. Az Európai Parlament és a Tanács 2014/40/EU irányelve a tagállamoknak a dohánytermékek és kapcsolódó termékek gyártására, kizserelésére és értékesítésére vonatkozó törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezései közelítéséről és a 2001/37/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről.
http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/dir_201440_hu.pdf (letöltve: 2017.03.03.)
5. 2012. évi XXVI. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény módosításáról.
<https://mkogy.jogtar.hu/?page=show&docid=a1200026.TV> (letöltve: 2017.03.11.)
6. 2012. évi CXXXIV. törvény a fiatalok dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről.
<https://mkogy.jogtar.hu/?page=show&docid=a1200134.TV> (letöltve: 2017.03.03.)
7. A Tanács 2011/64/EU irányelve a dohánygyártmányokra alkalmazott jövedéki adó szerkezetéről és adókulcsáról.
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=URISERV:f0009> (letöltve: 2017.03.03.)
8. Eriksen, M.P.: The tobacco atlas. American Cancer Society, 2015. www.tobaccoatlas.org (letöltve: 2017.03.03.)
9. Ng M, Freeman MK, Fleming TD, et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980–2012. JAMA. 2014 Jan 8;311(2):183–92.
10. Nemzeti Adó- és Vámhivatal: 2004–2017.01. - Jövedéki termékek szabadforgalmi adatai havi bontásban.
https://www.nav.gov.hu/data/cms291815/2004_2017_01_Jovedeki_termekek_szabadforgalmi_adatai_havi_bontasban.xls (letöltve: 2017.03.29.)
11. Kaleta, D., Makowiec-Dąbrowska, T., Dzionkowska-Zaborszczyk, E., et al.: Predictors of smoking initiation – Results from the Global Adult Tobacco Survey (GATS) in Poland 2009–2010. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2013, Vol 20, No 4, 756–766
12. Péntes, M.: A serdülőkorú dohányzás prediktorai és a megelőzés lehetőségei. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Patológiai tudományok Doktori Iskola. Budapest, 2016.
http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/penteszmelinda.d.pdf (letöltve: 2017.04.24.)
13. Kaleta, D., Makowiec-Dąbrowska, T., Dzionkowska, E. et al.: Prevalence and socio-demographic correlates of daily cigarette smoking in Poland: results from the Global Adult Tobacco Survey (2009–2010). International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health 2012;25(2):126 – 136.
14. World Health Organization: MPOWER: A Policy Package to Reverse the Tobacco Epidemic. 2008.
http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_english.pdf (letöltve: 2017.05.16.)
15. Jha, P., Chaloupka, F.: Tobacco Control in Developing Countries. 2000.
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTETC/0,,contentMDK:20226973~menuPK:478900~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376601,00.html> (letöltve: 2017.03.11.)

16. HHS: Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. 2012.
<https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/> (letöltve: 2017.05.16.)
17. Kaleta, D., Usidame, B., Dzionkowska-Zaborszczyk, E., et al. Prevalence and factors associated with hardcore smoking in Poland: Findings from the Global Adult Tobacco Survey (2009–2010). BMC Public Health 2014, 14:583.
18. Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyi Államtitkárság Egészségügyi Szakmai Kollégium: Egészségügyi szakmai irányelv – A dohányzásról való leszokás támogatásáról 2014.
<https://kollegium.aEEK.hu/conf/upload/oldiranyelvek/637.pdf> (letöltve: 2017.03.11.)
19. Behrakis, P.K., Bilir, N., Clancy, L., et al.: European Smoking Cessation Guidelines. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP) 2012.
http://ensp.org/wp-content/uploads/2016/12/ENSP-ESCG_FINAL.pdf (letöltve: 2017.03.11.)

Függelék

1. tábla

A dohányzásra vonatkozó prevalenciaadatok nemek szerint

(%)

Felmérés éve	Nem	Dohányzási prevalencia (rendszeres+alkalmi)	Rendszeres dohányzás	Alkalmi dohányzás	Leszokott	Soha nem dohányzott
2009	Férfi	36,8	32,4	4,4	23,0	40,2
	Nő	26,8	22,3	4,5	14,1	59,2
	Összesen	31,4	27,0	4,4	18,3	50,3
2014	Férfi	33,5	31,6	1,9	22,1	44,5
	Nő	22,3	20,8	1,5	15,3	62,4
	Összesen	27,5	25,8	1,7	18,5	54,0

2. tábla

Férfiak dohányzásra vonatkozó prevalenciaadatai korcsoport és régió szerint, 2009

(%)

Korcsoport, év	Budapest	Közép-Magyarország	Közép-Dunántúl	Nyugat-Dunántúl	Dél-Dunántúl	Észak-Magyarország	Észak-Alföld	Dél-Alföld	Összesen
Rendszeres dohányzás									
15–24	35,2	34,7	25,5	34,8	48,1	24,5	33,3	40,7	34,1
25–34	35,7	34,8	30,5	38,3	30,9	45,4	36,8	34,6	35,7
35–44	29,7	33,6	33,9	26,3	38,0	52,4	39,2	32,9	36,2
45–54	38,4	39,5	40,8	33,3	42,4	43,0	33,3	30,9	37,6
55–64	29,9	31,9	37,7	46,2	35,0	39,5	27,9	35,5	35,1
65–74	9,5	15,3	20,5	12,3	29,3	29,8	25,9	3,5	19,1
75≤	3,7	12,0	0,0	8,4	5,8	5,4	5,2	5,4	7,2
Összesen	29,3	31,5	30,4	32,0	35,9	37,5	31,8	29,6	32,4
Alkalmi dohányzás									
15–24	8,3	4,2	12,5	7,9	16,4	3,1	9,9	9,6	8,2
25–34	11,1	11,4	6,9	2,4	5,7	3,5	7,6	8,2	7,7
35–44	11,7	6,3	0,0	5,1	2,7	3,5	2,2	3,1	3,8
45–54	4,5	4,9	0,0	0,0	0,0	5,3	0,9	3,2	2,5
55–64	2,2	3,8	0,0	1,9	0,0	5,9	1,9	0,0	2,3
65–74	0,0	1,7	4,4	0,0	0,0	0,0	6,0	5,2	2,5
75≤	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	0,6
Összesen	6,4	5,6	3,6	2,7	3,8	3,5	4,4	4,8	4,4
Leszokott									
15–24	8,3	6,0	0,0	2,4	5,5	11,1	7,6	5,0	5,8
25–34	18,4	14,3	21,2	13,3	17,5	12,9	15,9	11,4	15,0
35–44	10,1	13,6	12,7	23,6	16,0	27,4	13,4	26,8	18,0
45–54	17,4	26,1	36,3	27,9	34,3	23,6	29,5	27,8	28,8
55–64	29,3	23,5	31,9	26,2	36,0	30,9	42,0	26,5	29,8
65–74	55,0	38,5	27,0	35,9	44,7	33,4	32,7	43,8	36,6
75≤	53,4	46,8	64,7	41,6	50,4	44,9	48,9	28,4	45,6
Összesen	23,6	20,9	24,2	22,2	26,5	23,9	23,9	22,6	23,0
Soha nem dohányzott									
15–24	48,2	55,1	62,0	55,0	30,0	61,3	49,3	44,7	51,9
25–34	34,8	39,5	41,4	46,0	46,0	38,1	39,7	45,7	41,6
35–44	48,4	46,6	53,3	45,0	43,3	16,7	45,2	37,1	41,9
45–54	39,6	29,6	22,9	38,8	23,4	28,1	36,3	38,1	31,1
55–64	38,6	40,8	30,5	25,7	29,0	23,8	28,2	38,0	32,9
65–74	35,5	44,5	48,1	51,8	26,0	36,8	35,4	47,4	41,7
75≤	42,8	41,2	35,3	50,1	43,8	49,6	46,0	62,2	46,6
Összesen	40,7	41,9	41,8	43,0	33,7	35,1	39,9	43,0	40,2

3. tábla

Nők dohányzásra vonatkozó prevalenciaadatai korcsoport és régió szerint, 2009

(%)

Korcsoport, év	Budapest	Közép- Magyar- ország	Közép- Dunántúl	Nyugat- Dunántúl	Dél- Dunántúl	Észak- Magyar- ország	Észak- Alföld	Dél- Alföld	Össze- sen
Rendszeres dohányzás									
15–24	21,5	17,9	20,1	27,9	37,2	14,0	22,0	21,5	21,5
25–34	18,7	20,1	27,9	31,8	37,0	23,7	22,7	32,4	25,9
35–44	21,5	22,7	14,1	16,2	38,6	41,1	42,0	21,3	27,1
45–54	45,9	43,4	23,7	24,7	45,3	23,3	31,5	34,0	33,9
55–64	38,1	33,7	25,1	17,5	36,4	27,5	11,7	18,4	25,5
65–74	8,1	12,0	9,4	12,5	22,1	11,7	0,0	10,9	10,7
75≤	7,8	5,0	4,9	0,0	7,4	3,5	0,0	0,0	3,2
Összesen	24,0	23,2	18,9	19,5	33,2	21,4	20,1	20,4	22,3
Alkalmi dohányzás									
15–24	12,1	15,2	7,1	4,6	9,9	17,8	2,1	11,4	10,5
25–34	5,7	8,1	4,3	8,9	9,3	4,9	5,0	9,2	7,2
35–44	6,5	6,5	4,5	5,9	2,8	0,0	1,4	11,2	5,1
45–54	3,7	4,1	6,8	3,3	0,0	3,7	3,7	1,4	3,4
55–64	1,7	2,4	6,1	4,9	0,0	1,2	1,3	2,6	2,5
65–74	3,7	2,9	0,0	2,2	4,1	1,7	1,6	2,2	2,1
75≤	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Összesen	4,5	5,5	4,3	4,5	3,6	4,0	2,3	5,5	4,5
Leszokott									
15–24	11,7	8,3	2,1	5,6	1,7	2,0	6,5	6,7	5,4
25–34	15,1	19,5	23,3	17,8	16,2	10,1	19,7	13,6	17,7
35–44	19,2	21,7	10,7	22,6	8,3	10,1	13,1	11,8	15,6
45–54	10,9	10,7	19,9	20,7	12,8	18,3	23,7	13,0	16,3
55–64	13,6	16,9	17,9	19,3	25,9	15,8	12,2	17,8	17,4
65–74	19,8	15,4	12,9	12,4	26,6	1,4	14,7	11,0	13,2
75≤	13,4	10,7	15,6	14,9	5,3	9,1	5,4	4,7	9,3
Összesen	14,9	15,4	15,2	17,1	14,4	10,0	14,2	11,6	14,1
Soha nem dohányzott									
15–24	54,8	58,5	70,8	61,9	51,1	66,1	69,5	60,4	62,6
25–34	60,5	52,4	44,5	41,4	37,4	61,3	52,6	44,8	49,1
35–44	52,8	49,1	70,7	55,3	50,3	48,9	43,4	55,7	52,2
45–54	39,5	41,8	49,6	51,3	41,9	54,7	41,0	51,6	46,4
55–64	46,5	47,0	50,9	58,4	37,8	55,5	74,8	61,3	54,5
65–74	68,4	69,7	77,7	73,0	47,1	85,1	83,7	75,9	74,0
75≤	78,9	84,3	79,5	85,1	87,3	87,4	94,6	95,3	87,5
Összesen	56,6	55,9	61,5	58,9	48,8	64,5	63,4	62,4	59,2

4. tábla

Férfiak dohányzásra vonatkozó prevalenciaadatai korcsoport és régió szerinti bontásban, 2014

(%)

Korcsoport, év	Budapest	Közép- Magyar- ország	Közép- Dunántúl	Nyugat- Dunántúl	Dél- Dunántúl	Észak- Magyar- ország	Észak- Alföld	Dél- Alföld	Össze- sen
Rendszeres dohányzás									
15–24	28,0	35,4	26,8	20,5	29,7	48,2	28,2	35,1	32,9
25–34	35,7	39,2	33,9	41,7	41,4	56,5	45,3	28,1	40,6
35–44	25,1	32,7	21,6	25,1	38,3	53,8	38,6	46,3	36,0
45–54	22,6	20,6	34,3	21,3	41,4	44,3	45,7	41,6	33,7
55–64	28,2	30,9	28,1	18,0	24,0	28,9	33,9	27,1	28,2
65–74	18,3	19,6	21,3	20,2	9,3	28,0	23,0	24,5	20,9
75≤	14,1	19,6	4,6	0,0	7,3	5,2	15,0	14,6	11,9
Összesen	24,6	29,9	26,5	23,3	30,2	42,0	35,6	33,4	31,6
Alkalmi dohányzás									
15–24	6,2	6,3	1,3	0,0	1,8	2,9	3,7	2,8	3,4
25–34	2,9	2,5	3,6	2,0	2,2	1,2	0,0	0,0	1,7
35–44	4,0	2,9	5,3	1,7	3,6	0,0	1,3	0,0	2,2
45–54	4,8	2,6	0,0	0,0	2,3	0,0	2,7	0,0	1,4
55–64	3,4	3,7	6,3	0,0	1,9	3,6	0,0	0,0	2,4
65–74	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
75≤	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Összesen	3,0	3,1	2,9	0,7	2,0	1,3	1,3	0,4	1,9
Leszokott									
15–24	2,9	5,3	9,1	0,0	0,0	2,9	1,3	3,6	3,5
25–34	15,4	15,2	10,9	6,6	12,6	14,8	15,9	11,4	13,3
35–44	7,6	12,5	30,9	14,8	16,9	15,4	17,4	15,6	16,5
45–54	29,8	26,1	24,2	19,7	14,2	28,1	19,4	18,7	22,3
55–64	29,7	30,7	43,3	41,9	45,4	38,3	27,6	40,0	36,6
65–74	44,4	40,2	35,3	28,2	61,3	29,8	48,4	40,0	40,4
75≤	35,9	37,2	42,1	37,7	50,1	44,3	32,7	22,1	37,1
Összesen	23,7	21,3	26,7	19,7	25,5	22,4	20,3	21,0	22,1
Soha nem dohányzott									
15–24	63,0	53,0	62,8	79,5	68,5	46,1	66,8	58,5	60,2
25–34	46,0	43,1	51,6	49,6	43,9	27,6	38,8	60,6	44,5
35–44	63,4	51,9	42,2	58,4	41,2	30,8	42,7	38,1	45,3
45–54	42,8	50,7	41,5	59,0	42,1	27,6	32,2	39,7	42,6
55–64	38,7	34,7	22,3	40,1	28,7	29,3	38,5	32,9	32,9
65–74	37,3	38,3	43,4	51,5	29,5	42,3	28,5	35,5	38,1
75≤	50,0	43,2	53,4	62,3	42,6	50,5	52,3	63,4	51,0
Összesen	48,7	45,8	44,0	56,4	42,3	34,3	42,8	45,2	44,5

5. tábla

Nők dohányzásra vonatkozó prevalenciaadatai korcsoport és régió szerint, 2014

(%)

Korcsoport, év	Budapest	Közép- Magyar- ország	Közép- Dunántúl	Nyugat- Dunántúl	Dél- Dunántúl	Észak- Magyar- ország	Észak- Alföld	Dél- Alföld	Össze- sen
Rendszeres dohányzás									
15–24	11,1	15,8	12,3	20,5	23,2	30,8	26,3	22,7	21,2
25–34	13,5	18,8	26,8	19,9	35,6	37,9	29,3	24,0	25,4
35–44	18,3	17,7	22,5	15,5	28,4	33,5	31,0	17,7	22,4
45–54	31,9	32,4	25,6	25,2	33,0	44,5	32,4	23,2	31,3
55–64	25,2	27,0	30,2	23,2	30,9	35,7	19,6	18,4	26,2
65–74	9,0	8,0	9,3	8,3	14,6	13,0	12,6	7,7	10,0
75≤	5,1	4,5	0,0	0,0	0,0	4,8	2,0	1,8	2,5
Összesen	16,3	18,5	19,5	16,8	24,7	29,6	23,1	16,8	20,8
Alkalmi dohányzás									
15–24	2,9	4,0	6,0	4,1	7,1	0,0	1,4	4,7	3,7
25–34	7,5	6,6	0,0	1,7	0,0	2,7	0,9	3,1	3,2
35–44	3,2	1,9	0,0	0,0	5,1	1,5	0,8	0,0	1,3
45–54	1,5	0,9	1,7	0,0	2,6	1,8	1,0	1,4	1,2
55–64	1,4	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
65–74	0,0	1,9	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
75≤	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Összesen	2,4	2,3	1,0	1,1	2,1	0,8	0,6	1,2	1,5
Leszokott									
15–24	4,7	7,5	2,0	4,3	9,3	5,7	3,1	1,5	5,0
25–34	15,8	16,9	20,3	17,2	13,9	11,8	19,3	13,9	16,5
35–44	14,2	16,2	13,8	13,6	14,0	18,4	5,7	11,7	13,7
45–54	16,2	14,3	16,4	21,7	18,5	23,1	19,3	11,4	17,1
55–64	35,9	29,1	23,6	20,8	22,2	19,7	16,6	17,8	22,5
65–74	33,3	33,1	5,8	21,1	16,1	16,6	10,6	16,4	20,2
75≤	18,0	14,3	10,3	9,4	10,7	7,6	3,7	0,0	8,8
Összesen	19,7	19,3	13,9	16,0	15,5	15,3	11,5	11,0	15,3
Soha nem dohányzott									
15–24	81,2	72,6	79,7	71,1	60,4	63,5	69,2	71,1	70,2
25–34	63,2	57,7	52,9	61,2	50,5	47,6	50,5	59,0	55,0
35–44	64,2	64,2	63,7	70,9	52,4	46,6	62,5	70,6	62,5
45–54	50,4	52,3	56,3	53,2	45,9	30,7	47,3	64,1	50,4
55–64	37,5	43,0	46,2	55,9	46,9	44,6	63,8	63,8	51,1
65–74	57,7	57,0	84,9	67,9	69,2	70,4	76,7	75,9	69,0
75≤	76,9	81,2	89,7	90,6	89,3	87,6	94,3	98,2	88,8
Összesen	61,6	59,9	65,6	66,1	57,7	54,2	64,8	71,0	62,4

6. tábla

Rendszeresen dohányzó férfiak megoszlása, prevalenciája és a rendszeres dohányzás összefüggéseinek vizsgálata demográfiai, dohányzási szokások és szocioökonómiai jellemzők alapján, 2009

Megnevezés	Megoszlás, %	Prevalencia, %	p-érték ^{a)}	Egyváltozós modell OR (95% CI)	Többváltozós modell ^{b)} OR (95% CI)
Korcsoport, év			<0,0001		
15–24	15,0	34,1		6,72 (6,62–6,83)	5,85 (5,71–5,98)
25–34	21,0	35,7		7,25 (7,13–7,36)	4,40 (4,30–4,49)
35–44	19,7	36,2		7,41 (7,30–7,53)	5,51 (5,40–5,63)
45–54	20,3	37,6		7,86 (7,73–7,98)	5,78 (5,66–5,90)
55–64	17,2	35,1		7,04 (6,93–7,15)	6,34 (6,22–6,46)
65–74	5,4	19,1		3,08 (3,03–3,14)	2,66 (2,61–2,71)
75≤	1,5	7,2		1,00	1,00
Otthoni dohányzás szabályai			<0,0001		
Soha, vagy szinte soha	50,9	21,7		0,06 (0,06–0,06)	0,07 (0,07–0,07)
Naponta kevesebb, mint 1 órát	17,0	54,8		0,26 (0,26–0,27)	0,28 (0,28–0,28)
Naponta 1–5 órát	18,4	71,6		0,55 (0,54–0,55)	0,54 (0,53–0,55)
Naponta több, mint 5 órát	13,8	82,2		1,00	1,00
Családi állapot			<0,0001		
Hajadon/nőtlen	36,7	36,9		0,77 (0,76–0,78)	0,89 (0,88–0,90)
Házass, együtt élnek	50,8	28,8		0,53 (0,52–0,54)	0,74 (0,73–0,75)
Házass, de külön él	1,2	33,6		0,67 (0,65–0,68)	0,87 (0,85–0,90)
Özvegy	2,5	28,1		0,52 (0,51–0,52)	1,12 (1,10–1,14)
Elvált	8,7	43,2		1,00	1,00
Iskolai végzettség			<0,0001		
Alacsony szintű (ISCED 0–2)	2,3	29,1		2,09 (2,05–2,12)	3,38 (3,31–3,45)
Közepes szintű (ISCED 3–4)	89,6	35,7		2,83 (2,81–2,85)	2,04 (2,02–2,05)
Magas szintű (ISCED 5–6)	8,6	16,5		1,00	1,00
Jövedelmi helyzet			<0,0001		
Alsó jövedelmi ötöd	19,2	39,4		2,19 (2,17–2,21)	1,42 (1,41–1,43)
2. jövedelmi ötöd	20,7	33,5		1,70 (1,69–1,71)	1,60 (1,59–1,61)
3. jövedelmi ötöd	22,7	32,8		1,64 (1,63–1,65)	1,55 (1,54–1,56)
4. jövedelmi ötöd	22,3	35,3		1,84 (1,82–1,85)	1,87 (1,86–1,89)
5. jövedelmi ötöd	15,1	22,9		1,00	1,00
Gazdasági aktivitás			<0,0001		
Dolgozik, fizetett állása van	60,2	35,7		0,78 (0,77–0,80)	0,94 (0,92–0,96)
Munkanélküli	11,5	50,2		1,42 (1,39–1,45)	1,02 (1,00–1,04)
Tanuló, fizetés nélküli gyakornok	6,4	23,1		0,42 (0,41–0,43)	0,37 (0,36–0,38)
Nyugdíjas	12,1	19,2		0,34 (0,33–0,34)	0,74 (0,73–0,76)
Rokkantsági ellátásban részesülő	7,8	34,0		0,72 (0,71–0,74)	0,66 (0,64–0,67)
Háztartásbeli	0,6	71,1		4,80 (4,58–5,02)	2,12 (2,02–2,23)
Egyéb inaktív	1,5	45,4		1,00	1,00
Lakhely			<0,0001		
Főváros	14,7	29,3		0,98 (0,97–0,98)	0,99 (0,98–1,00)
Megyei jogú város	17,5	28,8		1,12 (1,11–1,13)	1,10 (1,09–1,11)
Város	29,5	31,6		1,40 (1,39–1,41)	1,19 (1,18–1,19)
Község	38,3	36,7		1,00	1,00

^{a)} A p-érték meghatározása Chi² próbával történt. A p-érték mindkét arányra vonatkozik.

^{b)} Az összes független változó egyidejű vizsgálata.

7. tábla

Rendszeresen dohányzó férfiak megoszlása, prevalenciája és a rendszeres dohányzás összefüggéseinek vizsgálata demográfiai, dohányzási szokások és szocioökonómiai jellemzők alapján, 2014

Megnevezés	Megoszlás, %	Prevalencia, %	p-érték ^{a)}	Egyváltozós modell OR (95% CI)	Többváltozós modell ^{b)} OR (95% CI)
Korcsoport, év			<0,0001		
15–24	15,3	32,9		3,64 (3,59 –3,69)	5,18 (5,07–5,29)
25–34	20,7	40,6		5,07 (5,00 –5,14)	5,02 (4,92–5,12)
35–44	23,1	36,0		4,17 (4,12 –4,23)	4,00 (3,93–4,08)
45–54	16,9	33,7		3,78 (3,73 –3,83)	3,38 (3,31–3,44)
55–64	14,6	28,2		2,91 (2,87 –2,95)	2,48 (2,44–2,52)
65–74	7,1	20,9		1,97 (1,94 –1,99)	1,89 (1,86–1,92)
75≤	2,3	11,9		1,00	1,00
Rásmegbetegedés átlagos életkora	17,4 (SE=0,004)				
Otthoni dohányzás szabályai			<0,0001		
Soha, vagy szinte soha	62,8	24,0		0,076 (0,075–0,076)	0,10 (0,10–0,10)
Ritkábban, mint hetente	6,0	44,3		0,19 (0,18 –0,19)	0,20 (0,20–0,21)
Hetente többször	9,6	75,5		0,74 (0,73 –0,75)	0,75 (0,74–0,76)
Naponta kevesebb, mint 1 órát	4,8	56,9		0,32 (0,31 –0,32)	0,41 (0,40–0,42)
Naponta 1 órát vagy többet	16,7	80,7		1,00	1,00
Családi állapot			<0,0001		
Hajadon/nőtlen	46,4	38,0		0,74 (0,73 –0,75)	0,62 (0,61–0,62)
Házasság vagy bejegyzett élettársi kapcsolatban él	39,4	25,1		0,41 (0,40 –0,41)	0,51 (0,51–0,52)
Özvegy vagy a bejegyzett élettársi kapcsolat a partner halála miatt megszűnt	3,9	27,0		0,45 (0,44 –0,45)	0,68 (0,67–0,69)
Elvált vagy a bejegyzett élet- társi kapcsolatot felbontotta	10,2	45,2		1,00	1,00
Iskolai végzettség			<0,0001		
Alacsony szintű (ISCED 0–2)	24,0	41,2		4,11 (4,08 –4,15)	3,54 (3,50–3,57)
Közepes szintű (ISCED 3–4)	66,5	34,4		3,09 (3,07 –3,11)	2,28 (2,26–2,30)
Magas szintű (ISCED 5–8)	9,4	14,5		1,00	1,00
Jövedelmi helyzet			<0,0001		
Alsó jövedelmi ötöd	23,2	44,5		2,51 (2,49 –2,53)	1,35 (1,34–1,36)
2. jövedelmi ötöd	21,5	36,1		1,77 (1,75 –1,78)	1,15 (1,14–1,16)
3. jövedelmi ötöd	20,2	29,6		1,32 (1,31 –1,33)	1,13 (1,12–1,13)
4. jövedelmi ötöd	17,3	27,5		1,19 (1,18 –1,20)	1,12 (1,11–1,13)
5. jövedelmi ötöd	17,9	24,2		1,00	1,00
Gazdasági aktivitás			<0,0001		
Dolgozik, fizetett állása van	63,5	34,4		0,97 (0,95 –0,99)	1,86 (1,82–1,90)
Munkanélküli	9,4	55,2		2,27 (2,22 –2,32)	2,31 (2,25–2,36)
Tanuló, fizetés nélküli gyakornok	6,2	20,7		0,48 (0,47 –0,49)	0,41 (0,40–0,42)
Nyugdíjas	13,5	20,3		0,47 (0,46 –0,48)	1,81 (1,77–1,86)
Rokkantsági ellátásban részesülő	5,4	39,6		1,21 (1,18 –1,24)	1,79 (1,75–1,83)
Háztartásbeli	0,7	60,0		2,76 (2,65 –2,87)	4,33 (4,15–4,53)
Egyéb inaktív	1,3	35,2		1,00	1,00
Lakhely			<0,0001		
Főváros	14,1	26,0		0,65 (0,64 –0,65)	0,95 (0,95–0,96)
Megyei jogú város	16,4	26,1		0,65 (0,64 –0,65)	0,92 (0,92–0,93)
Város	36,9	34,5		0,97 (0,96 –0,97)	1,20 (1,19–1,20)
Község	32,7	35,2		1,00	1,00

^{a)} A p-érték meghatározása kategorikus változó esetén Chi² próbával, folytonos változó esetén t-próbával történt. A p-érték mindkét arányra vonatkozik. ^{b)} Az összes független változó egyidejű vizsgálata.
SE=standard hiba.

8. tábla

Rendszeresen dohányzó nők megoszlása, prevalenciája és a rendszeres dohányzás összefüggéseinek vizsgálata demográfiai, dohányzási szokások és szocioökonómiai jellemzők alapján, 2009

Megnevezés	Megoszlás, %	Prevalencia, %	p-érték ^{a)}	Egyváltozós modell OR (95% CI)	Többváltozós modell ^{b)} OR (95% CI)
Korcsoport, év			<0,0001		
15–24	11,3	21,5		8,28 (8,14– 8,43)	16,06 (15,67–16,46)
25–34	18,2	25,9		10,63 (10,45–10,80)	17,38 (17,00–17,78)
35–44	19,3	27,1		11,28 (11,10–11,47)	17,85 (17,46–18,24)
45–54	23,9	33,9		15,54 (15,29–15,80)	20,43 (20,00–20,87)
55–64	20,0	25,5		10,36 (10,19–10,54)	10,93 (10,73–11,14)
65–74	5,4	10,7		3,62 (3,56– 3,69)	3,89 (3,81– 3,96)
75≤	2,1	3,2		1,00	1,00
Otthoni dohányzás szabályai			<0,0001		
Soha, vagy szinte soha	47,1	14,4		0,07 (0,07– 0,07)	0,07 (0,07– 0,07)
Naponta kevesebb, mint 1 órát	14,1	37,0		0,24 (0,24– 0,24)	0,24 (0,24– 0,24)
Naponta 1–5 órát	20,3	57,3		0,54 (0,54– 0,55)	0,56 (0,55– 0,56)
Naponta több, mint 5 órát	18,6	71,1		1,00	1,00
Családi állapot			<0,0001		
Hajadon/nőtlen	21,8	23,9		0,60 (0,59– 0,60)	0,68 (0,67– 0,68)
Házas, együtt élnek	47,1	22,0		0,54 (0,53– 0,54)	0,63 (0,63– 0,64)
Házas, de külön él	2,9	32,9		0,93 (0,92– 0,95)	0,85 (0,83– 0,86)
Özvegy	12,3	13,2		0,29 (0,28– 0,29)	0,81 (0,81– 0,82)
Elvált	17,2	34,4		1,00	1,00
Iskolai végzettség			<0,0001		
Alacsony szintű (ISCED 0–2)	5,8	14,3		1,01 (0,99– 1,02)	1,88 (1,85– 1,91)
Közepes szintű (ISCED 3–4)	82,5	25,2		2,04 (2,02– 2,05)	2,21 (2,19– 2,23)
Magas szintű (ISCED 5–6)	11,7	14,2		1,00	1,00
Jövedelmi helyzet			<0,0001		
Alsó jövedelmi ötöd	28,7	24,2		1,54 (1,53– 1,56)	1,43 (1,41– 1,44)
2. jövedelmi ötöd	19,8	22,5		1,40 (1,39– 1,41)	1,12 (1,11– 1,13)
3. jövedelmi ötöd	17,9	22,1		1,37 (1,36– 1,38)	1,09 (1,08– 1,11)
4. jövedelmi ötöd	20,7	24,3		1,55 (1,54– 1,56)	1,17 (1,16– 1,18)
5. jövedelmi ötöd	13,0	17,1		1,00	1,00
Gazdasági aktivitás			<0,0001		
Dolgozik, fizetett állása van	46,2	27,4		1,06 (1,04– 1,07)	1,61 (1,60– 1,63)
Munkanélküli	12,9	39,0		1,79 (1,76– 1,83)	1,84 (1,81– 1,86)
Tanuló, fizetés nélküli gyakornok	2,6	11,1		0,35 (0,34– 0,36)	0,29 (0,29– 0,30)
Nyugdíjas	16,1	11,7		0,37 (0,36– 0,38)	1,76 (1,73– 1,79)
Rokkantsági ellátásban részesülő	9,3	32,1		1,33 (1,30– 1,35)	1,74 (1,71– 1,77)
Háztartásbeli	3,2	29,5		0,85 (0,84– 0,86)	1,00 (0,98– 1,02)
Egyéb inaktív	9,8	22,3		1,00	1,00
Lakhely			<0,0001		
Főváros	20,9	24,0		0,78 (0,78– 0,79)	0,68 (0,67– 0,69)
Megyei jogú város	16,8	19,9		0,95 (0,94– 0,96)	0,77 (0,76– 0,78)
Város	30,5	23,1		0,89 (0,89– 0,90)	0,75 (0,75– 0,76)
Község	32,0	22,0		1,00	1,00

^{a)} A p-érték meghatározása Chi² próbával történt. A p-érték mindkét arányra vonatkozik.

^{b)} Az összes független változó egyidejű vizsgálata.

9. tábla

Rendszeresen dohányzó nők megoszlása, prevalenciája és a rendszeres dohányzás összefüggéseinek vizsgálata demográfiai, dohányzási szokások és szocioökonómiai jellemzők alapján, 2014

Megnevezés	Megoszlás, %	Prevalencia, %	p-érték ^{a)}	Egyváltozós modell OR (95% CI)	Többváltozós modell ^{b)} OR (95% CI)
Korcsoport, év			<0,0001		
15–24	12,6	21,2		10,65 (10,45–10,86)	8,64 (8,42– 8,87)
25–34	17,0	25,4		13,49 (13,22–13,75)	10,41 (10,16–10,66)
35–44	19,2	22,4		11,48 (11,26–11,70)	7,89 (7,71– 8,08)
45–54	21,9	31,3		18,05 (17,71–18,40)	11,06 (10,81–11,32)
55–64	21,7	26,2		14,07 (13,81–14,34)	10,77 (10,54–11,00)
65–74	6,4	10,0		4,39 (4,30– 4,50)	4,34 (4,25– 4,43)
75≤	1,3	2,5		1,00	1,00
Rásmegbetegedés átlagos életkora	19,0 (SE=0,006)				
Otthoni dohányzás szabályai			<0,0001		
Soha, vagy szinte soha	61,5	14,8		0,07 (0,06– 0,07)	0,08 (0,08– 0,08)
Ritkábban, mint hetente	7,2	42,6		0,29 (0,28– 0,29)	0,32 (0,32– 0,33)
Hetente többször	6,5	54,6		0,47 (0,46– 0,48)	0,46 (0,46– 0,47)
Naponta kevesebb, mint 1 órát	5,3	58,7		0,55 (0,54– 0,56)	0,71 (0,70– 0,73)
Naponta 1 órát vagy többet	19,5	72,0		1,00	1,00
Családi állapot			<0,0001		
Hajadon/nőtlen	28,7	23,2		0,68 (0,67– 0,69)	0,74 (0,74– 0,75)
Házasság vagy bejegyzett élettársi kapcsolatban él	46,3	20,7		0,59 (0,58– 0,59)	0,70 (0,69– 0,70)
Özvegy vagy a bejegyzett élettársi kapcsolat a partner halála miatt megszűnt	8,0	10,1		0,26 (0,25– 0,26)	0,57 (0,56– 0,58)
Elvált vagy a bejegyzett élet- társi kapcsolatot felbontotta	17,0	30,7		1,00	1,00
Iskolai végzettség			<0,0001		
Alacsony szintű (ISCED 0–2)	28,0	21,9		2,02 (2,00– 2,03)	2,06 (2,04– 2,08)
Közepes szintű (ISCED 3–4)	57,3	24,6		2,34 (2,33– 2,36)	2,04 (2,03– 2,06)
Magas szintű (ISCED 5–8)	14,6	12,2		1,00	1,00
Jövedelmi helyzet			<0,0001		
Alsó jövedelmi ötöd	23,1	21,7		1,58 (1,57– 1,59)	1,79 (1,78– 1,81)
2. jövedelmi ötöd	21,8	22,8		1,69 (1,67– 1,70)	1,40 (1,38– 1,41)
3. jövedelmi ötöd	26,1	25,7		1,98 (1,96– 1,99)	1,71 (1,70– 1,72)
4. jövedelmi ötöd	14,8	17,9		1,25 (1,23– 1,26)	1,19 (1,18– 1,20)
5. jövedelmi ötöd	14,2	14,9		1,00	1,00
Gazdasági aktivitás			<0,0001		
Dolgozik, fizetett állása van	55,6	26,6		0,98 (0,97– 0,99)	1,17 (1,16– 1,18)
Munkanélküli	5,9	31,3		1,23 (1,22– 1,25)	0,83 (0,82– 0,84)
Tanuló, fizetés nélküli gyakornok	4,9	12,5		0,39 (0,38– 0,39)	0,30 (0,29– 0,30)
Nyugdíjas	15,2	10,1		0,30 (0,30– 0,31)	0,75 (0,74– 0,76)
Rokkantsági ellátásban részesülő	5,4	28,2		1,06 (1,05– 1,07)	0,68 (0,67– 0,69)
Háztartásbeli	3,4	35,3		1,47 (1,45– 1,50)	1,15 (1,12– 1,17)
Egyéb inaktív	9,5	27,0		1,00	1,00
Lakhely			<0,0001		
Főváros	14,9	16,8		0,62 (0,62– 0,63)	0,72 (0,71– 0,72)
Megyei jogú város	15,9	16,1		0,59 (0,59– 0,60)	0,67 (0,66– 0,67)
Város	35,9	22,6		0,90 (0,89– 0,90)	0,94 (0,93– 0,94)
Község	33,4	24,6		1,00	1,00

^{a)} A p-érték meghatározása kategorikus változó esetén Chi² próbával, folytonos változó esetén t-próbával történt. A p-érték mindkét arányra vonatkozik. ^{b)} Az összes független változó egyidejű vizsgálata.
SE=standard hiba.

10. tábla

**25 éves és idősebb, rendszeresen, illetve erősen dohányzó férfiak megoszlása és prevalenciája
demográfiai, dohányzási szokások és szocioökonómiai jellemzők szerint, 2014**

Megnevezés	Rendszeresen dohányzó		Erősen dohányzó		p-érték ^{a)}
	megoszlás, %	prevalencia, %	megoszlás, %	prevalencia, %	
Korcsoport, év					<0,0001
25–34	24,5	40,6	20,0	15,0	
35–44	27,3	36,0	27,1	16,2	
45–54	20,0	33,7	22,5	17,2	
55–64	17,2	28,2	22,2	16,5	
65–74	8,3	20,9	7,0	8,0	
75≤	2,7	11,9	1,2	2,5	
Rendszeres dohányzás kezdete, év					<0,0001
<14	8,2	62,7	9,2	32,1	
14–17	47,3	52,5	53,2	26,8	
18–20	30,9	53,8	27,9	22,1	
21≤	13,6	55,0	9,7	17,8	
Rásmegbetegedés átlagos életkora (év)	17,7 (SE=0,003)		17,1 (SE=0,006)		
Elszívott cigaretták átlaga (szál/nap)	16,1 (SE=0,008)		21,5 (SE=0,010)		
Otthoni dohányzás szabályai					<0,0001
Soha, vagy szinte soha	63,3	23,8	55,2	9,4	
Ritkábban, mint hetente	6,4	46,6	5,7	18,7	
Hetente többször	9,2	76,6	12,0	45,4	
Naponta kevesebb, mint 1 órát	4,1	60,5	5,0	33,4	
Naponta 1 órát vagy többet	17,0	82,1	22,1	48,4	
Leszokást tanácsolták					<0,0001
Igen	33,6	96,3	31,3	41,0	
Nem	66,4	94,4	68,7	44,6	
Családi állapot					<0,0001
Hajadon/nőtlen	37,1	41,1	38,3	19,2	
Házasságban vagy bejegyzett élettársi kapcsolatban él	46,3	25,1	45,0	11,0	
Özvegy vagy a bejegyzett élettársi kapcsolat a partner halála miatt megszakadt	4,7	27,0	3,8	10,0	
Elvált vagy a bejegyzett élettársi kapcsolatot felbontotta	12,0	45,1	12,9	22,1	
Iskolai végzettség					<0,0001
Alacsony szintű (ISCED 0–2)	21,2	46,8	21,1	21,1	
Közepes szintű (ISCED 3–4)	68,3	34,4	73,2	16,7	
Magas szintű (ISCED 5–8)	10,5	13,9	5,7	3,4	
Jövedelmi helyzet					<0,0001
Alsó jövedelmi ötöd	23,4	43,4	24,0	20,2	
2. jövedelmi ötöd	22,8	37,3	25,9	19,2	
3. jövedelmi ötöd	19,6	28,5	18,1	11,9	
4. jövedelmi ötöd	17,2	27,1	16,0	11,5	
5. jövedelmi ötöd	17,0	23,7	16,0	10,1	
Gazdasági aktivitás					<0,0001
Dolgozik, fizetett állása van	67,9	33,5	67,8	15,1	
Munkanélküli	7,9	52,7	9,2	27,7	
Tanuló, fizetés nélküli gyakornok	0,3	16,4	0,0	0,0	
Nyugdíjas	16,0	20,3	15,2	8,7	
Rokkantsági ellátásban részesülő	6,1	38,5	6,0	17,2	
Háztartásbeli	0,8	65,1	1,2	43,0	
Egyéb inaktív	0,9	29,0	0,6	8,6	
Lakhely					<0,0001
Főváros	14,4	25,7	11,5	9,3	
Megyei jogú város	17,0	26,6	15,2	10,8	
Város	36,4	33,9	38,1	16,1	
Község	32,2	35,2	35,2	17,4	

^{a)} A p-érték meghatározása a kategorikus változó esetén Chi² próbával, folytonos változó esetén t-próbával történt. A p-érték nemként mindkét dohányzási kategóriára és az azon belüli arányokra vonatkozik.

SE=standard hiba.

11. tábla

**25 éves és idősebb, rendszeresen, illetve erősen dohányzó nők megoszlása és prevalenciája
demográfiai, dohányzási szokások és szocioökonómiai jellemzők szerint, 2014**

Megnevezés	Rendszeresen dohányzó		Erősen dohányzó		p-érték ^{a)}
	megoszlás, %	prevalencia, %	megoszlás, %	prevalencia, %	
Korcsoport, év					<0,0001
25–34	19,5	25,4	15,1	5,4	
35–44	21,9	22,4	26,5	7,5	
45–54	25,0	31,3	26,8	9,3	
55–64	24,8	26,2	23,4	6,8	
65–74	7,3	10,0	7,4	2,8	
75≤	1,5	2,5	0,7	0,3	
Rendszeres dohányzás kezdete, év					<0,0001
<14	3,3	69,5	4,8	28,1	
14–17	40,3	54,1	51,5	19,3	
18–20	33,1	50,4	28,3	12,0	
21≤	23,3	56,0	15,3	10,2	
Rásmegbetegedés átlagos életkora (év)	19,4 (SE=0,005)		18,1 (SE=0,009)		
Elszívott cigaretták átlaga (szál/nap)	11,9 (SE=0,007)		18,5 (SE=0,010)		
Otthoni dohányzás szabályai					<0,0001
Soha, vagy szinte soha	62,8	14,8	52,5	3,4	
Ritkábban, mint hetente	7,4	46,4	7,5	13,0	
Hetente többször	5,7	59,8	9,9	28,5	
Naponta kevesebb, mint 1 órát	4,8	64,8	3,7	13,9	
Naponta 1 órát vagy többet	19,3	78,5	26,4	29,8	
Leszokást tanácsolták					<0,0001
Igen	39,3	100,0	38,7	27,2	
Nem	60,7	91,5	61,3	25,5	
Családi állapot					<0,0001
Hajadon/nőtlen	19,9	26,1	21,3	7,7	
Házasságban vagy bejegyzett élettársi kapcsolatban él	51,9	20,5	49,1	5,4	
Özvegy vagy a bejegyzett élettársi kapcsolat a partner halála miatt megszűnt	9,2	10,1	11,4	3,5	
Elvált vagy a bejegyzett élettársi kapcsolatot felbontotta	19,0	30,2	18,3	8,0	
Iskolai végzettség					<0,0001
Alacsony szintű (ISCED 0–2)	24,8	21,3	28,2	6,7	
Közepes szintű (ISCED 3–4)	58,9	25,1	59,5	7,0	
Magas szintű (ISCED 5–8)	16,3	12,5	12,3	2,6	
Jövedelmi helyzet					<0,0001
Alsó jövedelmi ötöd	23,9	21,1	22,0	5,4	
2. jövedelmi ötöd	21,6	22,1	22,1	6,2	
3. jövedelmi ötöd	25,6	25,5	27,1	7,5	
4. jövedelmi ötöd	15,0	18,5	19,9	6,8	
5. jövedelmi ötöd	13,9	15,3	8,9	2,7	
Gazdasági aktivitás					<0,0001
Dolgozik, fizetett állása van	58,2	26,2	62,3	7,8	
Munkanélküli	5,2	29,8	6,4	10,3	
Tanuló, fizetés nélküli gyakornok	0,5	13,3	0,0	0,0	
Nyugdíjas	17,4	10,1	13,6	2,2	
Rokkantsági ellátásban részesülő	6,2	28,2	4,5	5,7	
Háztartásbeli	3,9	35,3	6,4	16,2	
Egyéb inaktív	8,7	24,8	6,6	5,3	
Lakhely					<0,0001
Főváros	15,9	17,4	21,4	6,5	
Megyei jogú város	16,1	16,2	11,4	3,2	
Város	35,8	22,4	34,7	6,0	
Község	32,2	24,4	32,5	6,8	

^{a)} A p-érték meghatározása a kategorikus változó esetén Chi² próbával, folytonos változó esetén t-próbával történt. A p-érték nemenként mindkét dohányzási kategóriára és az azon belüli arányokra vonatkozik.
SE=standard hiba.

12. tábla

25 éves és idősebb, erősen dohányzó férfiak és nők dohányzási szokásainak és a demográfiai és szocioökonómiai jellemzők összefüggéseinek vizsgálata, 2014

Megnevezés	Férfi		Nő	
	egyváltozós modell OR (95% CI)	többváltozós modell ^{a)} OR (95% CI)	egyváltozós modell OR (95% CI)	többváltozós modell ^{a)} OR (95% CI)
Korcsoport, év				
25–34	6,88 (6,70–7,07)	0,63 (0,61–0,65)	17,77 (16,89–18,70)	0,52 (0,49–0,56)
35–44	7,50 (7,30–7,70)	1,00 (0,97–1,04)	25,06 (23,82–26,36)	1,49 (1,40–1,58)
45–54	8,08 (7,86–8,30)	1,60 (1,55–1,66)	31,50 (29,95–33,14)	1,15 (1,08–1,22)
55–64	7,66 (7,46–7,87)	2,63 (2,54–2,73)	22,60 (21,48–23,77)	1,67 (1,58–1,77)
65–74	3,36 (3,27–3,46)	1,79 (1,73–1,85)	8,92 (8,46–9,40)	3,04 (2,87–3,22)
75≤	1,00	1,00	1,00	1,00
Rendszeres dohányzás kezdete, év				
<14	2,18 (2,15–2,21)	1,97 (1,94–2,01)	3,43 (3,35–3,52)	2,86 (2,77–2,94)
14–17	1,69 (1,67–1,71)	2,03 (2,00–2,06)	2,09 (2,06–2,12)	2,63 (2,59–2,67)
18–20	1,31 (1,29–1,32)	1,47 (1,45–1,49)	1,20 (1,18–1,21)	1,23 (1,21–1,25)
21≤	1,00	1,00	1,00	1,00
Otthoni dohányzás szabályai				
Soha, vagy szinte soha	1,00	1,00	1,00	1,00
Ritkábban, mint hetente	2,22 (2,19–2,25)	0,98 (0,96–1,00)	4,22 (4,14–4,29)	1,52 (1,49–1,55)
Hetente többször	8,02 (7,92–8,12)	2,07 (2,04–2,10)	11,30 (11,11–11,49)	2,96 (2,90–3,02)
Naponta kevesebb, mint 1 órát	4,84 (4,76–4,92)	1,98 (1,94–2,02)	4,58 (4,47–4,69)	0,69 (0,67–0,70)
Naponta 1 órát vagy többet	9,05 (8,97–9,14)	2,57 (2,54–2,60)	11,99 (11,85–12,13)	1,81 (1,79–1,84)
Leszokást tanácsolták				
Igen	1,00	1,00	1,00	1,00
Nem	0,86 (0,85–0,87)	1,28 (1,27–1,29)	1,09 (1,08–1,10)	1,10 (1,09–1,11)
Családi állapot				
Hajadon/nőtlen	1,00	1,00	1,00	1,00
Házasság vagy bejegyzett élettársi kapcsolatban él	0,52 (0,51–0,52)	0,55 (0,54–0,56)	0,68 (0,67–0,68)	0,60 (0,59–0,61)
Özvegy vagy a bejegyzett élettársi kapcsolat a partner halála miatt megszakadt	0,47 (0,46–0,48)	0,39 (0,38–0,40)	0,43 (0,42–0,44)	1,17 (1,14–1,19)
Elvált vagy a bejegyzett élettársi kapcsolatot felbontotta	1,19 (1,18–1,20)	0,72 (0,70–0,73)	1,04 (1,03–1,06)	0,63 (0,62–0,64)
Iskolai végzettség				
Alacsony szintű (ISCED 0–2)	7,56 (7,45–7,66)	1,98 (1,94–2,02)	2,70 (2,66–2,74)	1,35 (1,32–1,38)
Közepes szintű (ISCED 3–4)	5,67 (5,60–5,74)	2,67 (2,63–2,72)	2,84 (2,80–2,87)	1,25 (1,23–1,27)
Magas szintű (ISCED 5–8)	1,00	1,00	1,00	1,00
Jövedelmi helyzet				
Alsó jövedelmi ötöd	2,25 (2,22–2,27)	0,57 (0,56–0,57)	2,04 (2,00–2,07)	1,51 (1,48–1,55)
2. jövedelmi ötöd	2,11 (2,09–2,13)	0,79 (0,78–0,80)	2,39 (2,35–2,44)	1,85 (1,81–1,89)
3. jövedelmi ötöd	1,20 (1,19–1,22)	0,70 (0,69–0,71)	2,89 (2,85–2,94)	2,24 (2,19–2,28)
4. jövedelmi ötöd	1,15 (1,14–1,16)	0,71 (0,70–0,72)	2,63 (2,58–2,67)	2,76 (2,70–2,81)
5. jövedelmi ötöd	1,00	1,00	1,00	1,00
Gazdasági aktivitás				
Dolgozik, fizetett állása van	1,89 (1,82–1,96)	2,47 (2,36–2,59)	1,52 (1,49–1,54)	1,57 (1,53–1,60)
Munkanélküli	4,05 (3,89–4,22)	2,84 (2,70–2,94)	2,06 (2,01–2,11)	1,52 (1,48–1,57)
Tanuló, fizetés nélküli gyakornok	0,0	0,0	0,0	0,0
Nyugdíjas	1,01 (0,97–1,05)	2,25 (2,14–2,37)	0,40 (0,39–0,41)	0,63 (0,61–0,65)
Rokkantsági ellátásban részesülő	2,19 (2,11–2,28)	1,49 (1,42–1,56)	1,08 (1,05–1,11)	0,55 (0,53–0,56)
Háztartásbeli	7,98 (7,58–8,40)	6,71 (6,28–7,17)	3,46 (3,37–3,54)	3,00 (2,91–3,10)
Egyéb inaktív	1,00	1,00	1,00	1,00
Lakhely				
Főváros	0,49 (0,48–0,49)	0,54 (0,53–0,55)	0,96 (0,95–0,97)	1,49 (1,46–1,51)
Megyei jogú város	0,57 (0,57–0,58)	0,69 (0,68–0,70)	0,45 (0,44–0,46)	0,66 (0,65–0,67)
Város	0,91 (0,90–0,91)	0,95 (0,94–0,96)	0,88 (0,87–0,89)	0,94 (0,93–0,95)
Község	1,00	1,00	1,00	1,00

^{a)} Az összes független változó egyidejű vizsgálata.

13. tábla

Leszokott férfiak megoszlása, prevalenciája és a leszokás összefüggéseinek vizsgálata demográfiai, dohányzási szokások és szocioökonómiai jellemzők alapján, 2014

Megnevezés	Megoszlás, %	Prevalencia, %	p-érték ^{a)}	Egyváltozós modell OR (95% CI)	Többváltozós modell ^{b)} OR (95% CI)
Korcsoport, év			<0,0001		
15–24	2,3	3,5		0,03 (0,03–0,03)	0,18 (0,17–0,19)
25–34	9,7	13,3		0,10 (0,09–0,10)	0,35 (0,34–0,35)
35–44	15,2	16,5		0,14 (0,13–0,14)	0,39 (0,38–0,40)
45–54	16,1	22,3		0,20 (0,20–0,21)	0,53 (0,52–0,54)
55–64	27,1	36,6		0,38 (0,37–0,39)	1,05 (1,04–1,06)
65–74	19,5	40,4		0,60 (0,59–0,61)	1,24 (1,23–1,26)
75≤	10,1	37,1		1,00	1,00
Otthoni dohányzás szabályai			<0,0001		
Soha, vagy szinte soha	89,6	24,0		6,92 (6,83–7,01)	2,30 (2,27–2,33)
Ritkábban, mint hetente	4,3	22,3		3,64 (3,57–3,70)	2,69 (2,64–2,73)
Hetente többször	1,4	7,5		0,72 (0,71–0,74)	0,80 (0,77–0,82)
Naponta kevesebb, mint 1 órát	1,5	12,0		1,50 (1,47–1,54)	1,14 (1,12–1,17)
Naponta 1 órát vagy többet	3,2	10,9		1,00	1,00
Családi állapot			<0,0001		
Hajadon/nőtlen	18,3	10,5		0,47 (0,47–0,48)	1,11 (1,10–1,12)
Házasság vagy bejegyzett élettársi kapcsolatban él	68,0	30,1		1,74 (1,72–1,75)	1,53 (1,51–1,55)
Özvegy vagy a bejegyzett élettársi kapcsolat a partner halála miatt megszakadt	7,3	34,7		2,14 (2,11–2,17)	1,53 (1,51–1,55)
Elvált vagy a bejegyzett élettársi kapcsolatot felbontotta	6,5	19,9		1,00	1,00
Iskolai végzettség			<0,0001		
Alacsony szintű (ISCED 0–2)	13,5	16,1		0,28 (0,28–0,29)	0,98 (0,97–0,99)
Közepes szintű (ISCED 3–4)	64,9	23,5		0,48 (0,47–0,49)	1,21 (1,20–1,22)
Magas szintű (ISCED 5–6)	21,6	23,2		1,00	1,00
Jövedelmi helyzet			<0,0001		
Alsó jövedelmi ötöd	13,0	17,5		0,57 (0,56–0,57)	0,89 (0,88–0,90)
2. jövedelmi ötöd	21,1	24,8		1,00 (0,99–1,01)	1,31 (1,30–1,32)
3. jövedelmi ötöd	26,2	26,9		1,32 (1,31–1,33)	1,49 (1,48–1,50)
4. jövedelmi ötöd	21,2	23,6		1,18 (1,17–1,19)	1,26 (1,25–1,28)
5. jövedelmi ötöd	18,4	17,4		1,00	1,00
Gazdasági aktivitás			<0,0001		
Dolgozik, fizetett állása van	53,3	20,2		1,82 (1,77–1,88)	1,64 (1,59–1,69)
Munkanélküli	2,0	8,4		0,49 (0,48–0,52)	0,92 (0,89–0,95)
Tanuló, fizetés nélküli gyakornok	0,8	1,8		0,25 (0,24–0,26)	0,37 (0,36–0,39)
Nyugdíjas	36,4	38,2		5,87 (5,69–6,05)	1,53 (1,48–1,58)
Rokkantsági ellátásban részesülő	6,8	35,0		2,72 (2,64–2,81)	2,49 (2,41–2,57)
Háztartásbeli	0,0	0,0		0,0	0,0
Egyéb inaktív	0,6	12,2		1,00	1,00
Lakhely			<0,0001		
Főváros	16,2	20,9		0,93 (0,92–0,94)	0,95 (0,94–0,96)
Megyei jogú város	21,8	24,2		1,12 (1,11–1,13)	1,07 (1,06–1,08)
Város	32,6	21,3		0,95 (0,94–0,96)	0,89 (0,88–0,90)
Község	29,4	22,2		1,00	1,00

^{a)} A p-érték meghatározása Chi² próbával történt. A p-érték mindkét arányra vonatkozik.

^{b)} Az összes független változó egyidejű vizsgálata.

14. tábla

Leszokott nők megoszlása, prevalenciája és a leszokás összefüggéseinek vizsgálata demográfiai, dohányzási szokások és szocioökonómiai jellemzők alapján, 2014

Megnevezés	Megoszlás, %	Prevalencia, %	p-érték ^{a)}	Egyváltozós modell OR (95% CI)	Többváltozós modell ^{b)} OR (95% CI)
Korcsoport, év			<0,0001		
15–24	4,0	5,0		0,06 (0,05– 0,06)	0,76 (0,74–0,78)
25–34	15,0	16,5		0,16 (0,16– 0,17)	1,29 (1,27–1,31)
35–44	15,9	13,7		0,16 (0,16– 0,17)	0,94 (0,92–0,96)
45–54	16,2	17,1		0,15 (0,14– 0,15)	1,28 (1,26–1,30)
55–64	25,2	22,5		0,24 (0,23– 0,24)	2,00 (1,97–2,02)
65–74	17,5	20,2		0,52 (0,51– 0,54)	2,28 (2,25–2,31)
75≤	6,2	8,8		1,00	1,00
Otthoni dohányzás szabályai			<0,0001		
Soha, vagy szinte soha	92,2	16,3		11,65 (11,46–11,84)	2,92 (2,87–2,97)
Ritkábban, mint hetente	3,3	14,5		3,79 (3,71– 3,88)	2,61 (2,55–2,66)
Hetente többször	0,8	5,1		1,05 (1,01– 1,08)	0,95 (0,92–0,98)
Naponta kevesebb, mint 1 órát	1,3	10,5		2,07 (2,01– 2,13)	2,01 (1,95–2,06)
Naponta 1 órát vagy többet	2,4	6,5		1,00	1,00
Családi állapot			<0,0001		
Hajadon/nőtlen	15,4	9,2		0,41 (0,40– 0,41)	0,70 (0,69–0,70)
Házas vagy bejegyzett élettársi kapcsolatban él	55,3	18,3		0,90 (0,89– 0,91)	0,93 (0,92–0,94)
Özvegy vagy a bejegyzett élettársi kapcsolat a partner halála miatt megszakadt	14,4	13,5		0,62 (0,62– 0,63)	0,86 (0,85–0,86)
Elvált vagy a bejegyzett élettársi kapcsolatot felbontotta	14,9	19,9		1,00	1,00
Iskolai végzettség			<0,0001		
Alacsony szintű (ISCED 0–2)	17,4	10,0		0,37 (0,36– 0,37)	0,84 (0,83–0,85)
Közepes szintű (ISCED 3–4)	55,5	17,5		0,55 (0,54– 0,56)	1,24 (1,23–1,25)
Magas szintű (ISCED 5–6)	27,1	16,7		1,00	1,00
Jövedelmi helyzet			<0,0001		
Alsó jövedelmi ötöd	19,2	13,3		0,66 (0,65– 0,67)	1,00 (0,99–1,01)
2. jövedelmi ötöd	23,0	17,7		0,85 (0,84– 0,86)	1,27 (1,26–1,28)
3. jövedelmi ötöd	18,1	13,2		0,57 (0,56– 0,57)	0,86 (0,85–0,87)
4. jövedelmi ötöd	20,6	18,4		1,02 (1,00– 1,03)	1,27 (1,26–1,28)
5. jövedelmi ötöd	19,1	14,8		1,00	1,00
Gazdasági aktivitás			<0,0001		
Dolgozik, fizetett állása van	46,2	16,4		0,93 (0,92– 0,94)	0,78 (0,77–0,79)
Munkanélküli	4,2	16,7		0,81 (0,79– 0,83)	0,94 (0,92–0,96)
Tanuló, fizetés nélküli gyakornok	1,6	3,1		0,30 (0,29– 0,31)	0,26 (0,25–0,26)
Nyugdíjas	32,0	15,7		2,41 (2,38– 2,44)	0,51 (0,50–0,51)
Rokkantsági ellátásban részesülő	6,0	23,1		1,19 (1,17– 1,21)	1,01 (1,00–1,02)
Háztartásbeli	1,3	9,8		0,45 (0,44– 0,46)	0,44 (0,43–0,45)
Egyéb inaktív	8,6	18,0		1,00	1,00
Lakhely			<0,0001		
Főváros	24,4	20,3		1,62 (1,61– 1,63)	1,58 (1,57–1,60)
Megyei jogú város	22,1	16,6		1,26 (1,25– 1,27)	1,17 (1,16–1,18)
Város	28,4	13,2		0,96 (0,95– 0,97)	0,88 (0,87–0,89)
Község	25,1	13,6		1,00	1,00

^{a)} A p-érték meghatározása Chi² próbával történt. A p-érték mindkét arányra vonatkozik.

^{b)} Az összes független változó egyidejű vizsgálata.

Vitrai József–Tóth Gergely

**A dohányzást befolyásoló tényezők
szerepének nemek közötti különbsége és
időbeli változása**

1. Bevezetés

A WHO becslése szerint a világon a dohányzás évente 6 millió idő előtti halálozásért felelős, beleértve a passzív dohányzásnak tulajdonítható évi 600 ezer halálesetet is.¹ Magyarország az OECD 26 európai országa között a második legrosszabb helyen áll a naponta dohányzók arányának rangsorában.² A dohányzással összefüggő halálozás az elmúlt évtizedben az európai trendeknek megfelelően Magyarországon is csökkenő tendenciát mutatott, ennek ellenére az ország standardizált halálozási aránya 2015-ben még mindig több mint 2,5-szerese volt az EU-15 átlagának.³ A dohányzás, mint a második legnagyobb visszelkedési egészségkockázat, a lakosság elvesztett egészséges életévben mért egészségveszteségének 14%-áért volt okolható.⁴ A fenti adatok egyértelművé teszik, hogy a dohányzás gyakoriságának csökkentése Magyarország kiemelt népegészségügyi prioritása. Az ennek érdekében 2011 óta meghozott kormányzati intézkedések⁵ ellenére sem a dohányzás gyakorisága, sem a dohányzás okozta társadalmi-gazdasági terhek nem csökkentek jelentősen hazánkban. Emiatt különösen fontosnak látszik megvizsgálni, milyen intézkedések, milyen népegészségügyi beavatkozások lennének az eddigieknél sokkal eredményesebbek ezen a területen.

A dohányzás visszaszorításának eredményességét a dohányzók egyéni tulajdonságain túl döntően az adott személy környezetének társadalmi-gazdasági és kulturális jellemzői határozzák meg.⁶ A beavatkozások hatásosságának növeléséhez célszerű megvizsgálni, hogy milyen összefüggések mutathatók ki a dohányzás és az azt befolyásoló tényezők között. Az egészséget befolyásoló tényezők közül kiemelkedő szerepet játszik az egyének neme, egyrészt a nők és a férfiak biológiai különbségeiből, másrészt az eltérő társadalmi szerepükből adódóan.⁷ Az összefüggésrendszer nemek közötti eltéréseinek feltárása főként az egészségkommunikációs kampányok előkészítőinek és megvalósítóinak kínál lehetőséget a célcsoportok nembeli különbségeinek figyelembevételére. Az összefüggések időbeni változásának vizsgálata a megvalósult beavatkozások eredményességének értékelése szempontjából lehet informatív.⁸

E tanulmány célja annak bemutatása, hogy hogyan változott meg a dohányzási szokások és az azt befolyásoló tényezők közötti összefüggésrendszer a két felmérés között, külön tekintettel az összefüggésrendszer nemek közötti eltérésére.

¹ Gyenes, P, Babarczy, B, Farkas Borbás, F, Borbás, I, Kiefer, P és Mihalicza, P (szerk.) 2016. A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013–15. Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest.

² Bakacs M, Boros J, Csohán Á, Formanek-Balku E, Horváth G, Kimmel Zs, Tóth G, Varsányi P, Vitrai J. Egészségjelentés 2016. Varsányi P, Vitrai J. (szerk.) Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest 2017. (73. old.)

³ Bakacs M, Boros J, Csohán Á, Formanek-Balku E, Horváth G, Kimmel Zs, Tóth G, Varsányi P, Vitrai J. Egészségjelentés 2016. Varsányi P, Vitrai J. (szerk.) Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest 2017. (36. old.)

⁴ Bakacs M, Boros J, Csohán Á, Formanek-Balku E, Horváth G, Kimmel Zs, Tóth G, Varsányi P, Vitrai J. Egészségjelentés 2016. Varsányi P, Vitrai J. (szerk.) Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest 2017. (59. old.)

⁵ 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól; 39/2013. (II. 14.) Korm. rendelet a dohánytermékek előállításáról, forgalomba hozataláról és ellenőrzéséről, a kombinált figyelmeztetésekről, valamint az egészségvédelmi bírság alkalmazásának részletes szabályairól.

⁶ Vitrai J, Kimmel Zs. Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Mitől függ és hogyan változtatható az egészségmagatartás? I. rész. Egészségtudomány, 2015.3:57–70. Kimmel Zs, Vitrai J. Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Elegendők-e a szabályozások az egészségmagatartás megváltoztatásához? II. rész. Egészségtudomány, 2015.3:71–78.

⁷ Csizmadia P, Balku E. Az erősebb a gyengébb nem? Egészségfejlesztés, 2016;57(2):26–33.

⁸ Trajkova S, d'Errico A, Ricceri F, Fasanelli F, Pala V, Agnoli C, Tumino R, Frasca G, Masala G, Saieva C, Chiodini P, Mattiello A, Sacerdote C, Panico S. Impact of preventable risk factors on stroke in the EPICOR study: does gender matter? Int J Public Health. 2017 Jun 22. doi: 10.1007/s00038-017-0993-2.

2. Módszerek

Az elemzésekhez felhasználtuk a 2009-es és a 2014-es Európai lakossági egészségfelmérésből (ELEF2009; ELEF2014) származó adatokat, amelyeket a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) kutatási együttműködési megállapodás keretében bocsátott rendelkezésünkre. Mindkét kérdőíves felmérés az otthonukban élő, 15 éves és idősebb magyar lakosságra vonatkozóan szolgáltatott országosan reprezentatív információt. A felmérések módszertanát részletesebben a KSH kiadványaiban ismertettette.⁹

Az elemzésünk egyik kiemelt célja az időbeli változások bemutatása, ezért statisztikai szempontból is igyekeztünk a leginkább körültekintően eljárni. Ennek érdekében az arányszámítások és modellezések során ún. komplex mintát definiáltunk¹⁰. Ezen eljárás révén nemcsak a várhatóérték-bebecslések pontossága, hanem az általunk publikált megbízhatósági tartományok ismeretében – reményeink szerint – kellően megalapozott állításokat tudtunk megfogalmazni akár a csoportonkénti eltérésekről, akár az esetleges időbeli változások irányáról is. Technikailag az R statisztikai programcsomag¹¹ „survey” csomagját használtuk fel¹² a számítások elvégzéséhez.

Az elemzés során szisztematikusan áttekintettük az egyes kiemelt társadalmi csoportokban dohányzók arányára vonatkozó becsléseket, illetőleg logisztikus modell segítségével igyekeztünk mélyebb betekintést is adni az egyes tényezők közötti összefüggésrendszerbe a két vizsgált időszakra vonatkozóan. A tanulmány során alkalmazott szignifikanciaszint minden esetben a 95%-os megbízhatósági szintre vonatkozik.

⁹ Egészségfelmérés (ELEF), 2009. KSH. Statisztikai Tükör; 2010; 50. Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. KSH. Statisztikai Tükör; 2015; 29.

¹⁰ Fontos megjegyezni, hogy nem minden esetben voltunk képesek az összes rétegzésre vonatkozó mintavételi lépést teljes mértékben rekonstruálni, ezért a konfidenciaintervallumra vonatkozó becsléseink egyértelműen robusztusabbak (nagyobbak), szemben az elméletileg elérhető legjobb modellhez viszonyítva.

Leslie Kish. Survey Sampling. John Wiley & Sons, New York, 1965.

Lumley, Thomas. Complex surveys: a guide to analysis using R. Vol. 565. John Wiley & Sons, 2011.

¹¹ R Development Core Team (2008). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org>

¹² T. Lumley (2017) „survey: analysis of complex survey samples”. R package version 3.32.

3. Eredmények

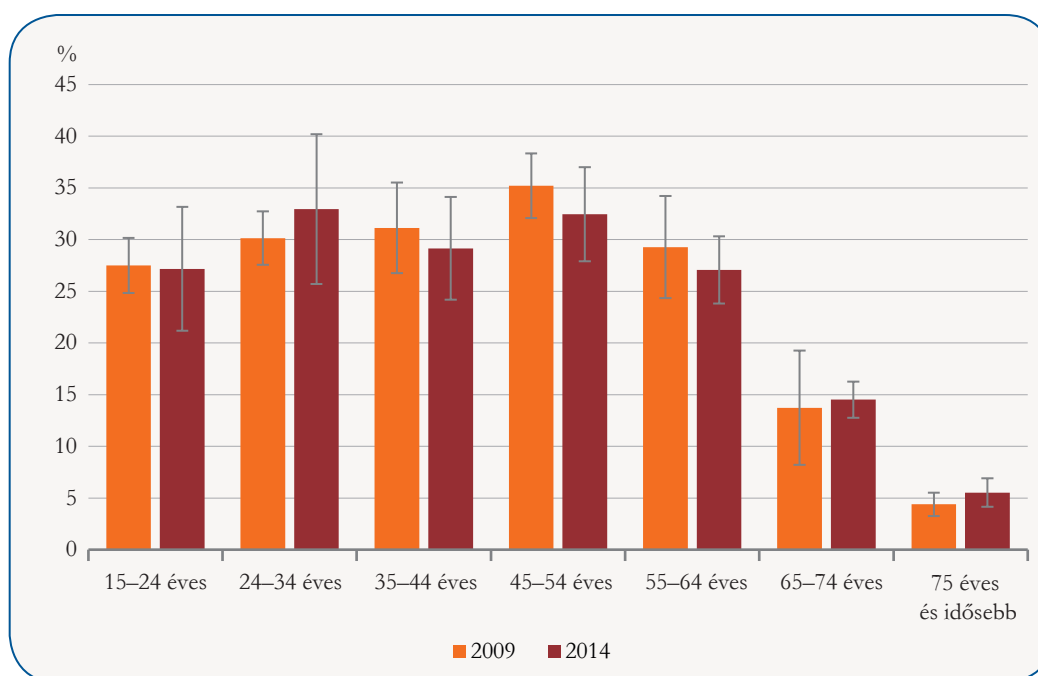
3.1. A naponta dohányzók aránya korcsoportok szerint

A 2009-es adatok szerint a naponta dohányzók aránya kismértékben emelkedik a legfiatalabb, 15–24 éves korosztálytól (28%) a 45–54 évesekig (35%), majd meredeken csökken a legidősebb, 75 évesek és idősebbek korosztályáig (4%). A különböző korcsoportok közötti eltérések nem minden esetben tekinthetők szignifikánsnak, de a legrosszabb értékkel bíró 45–54 éves korcsoport mind a legfiatalabbaktól, mind pedig a 65 éves és idősebbektől egyértelműen eltér.

A 2014-es adatok szerint az egyes korcsoportokban a naponta dohányzók aránya szignifikánsan nem tér el a 2009-re jellemzőtől, de tendenciaszerűen úgy tűnik, hogy az eltelt időszakban – a 25–34 éves korcsoportot leszámítva – valamennyi korcsoportnál csökkent vagy megközelítőleg stagnált.

1. ábra

A naponta dohányzók aránya korcsoport szerint*



* 95%-os megbízhatósági tartománnyal.

3.2. A naponta dohányzók aránya korcsoport szerint, nemenként

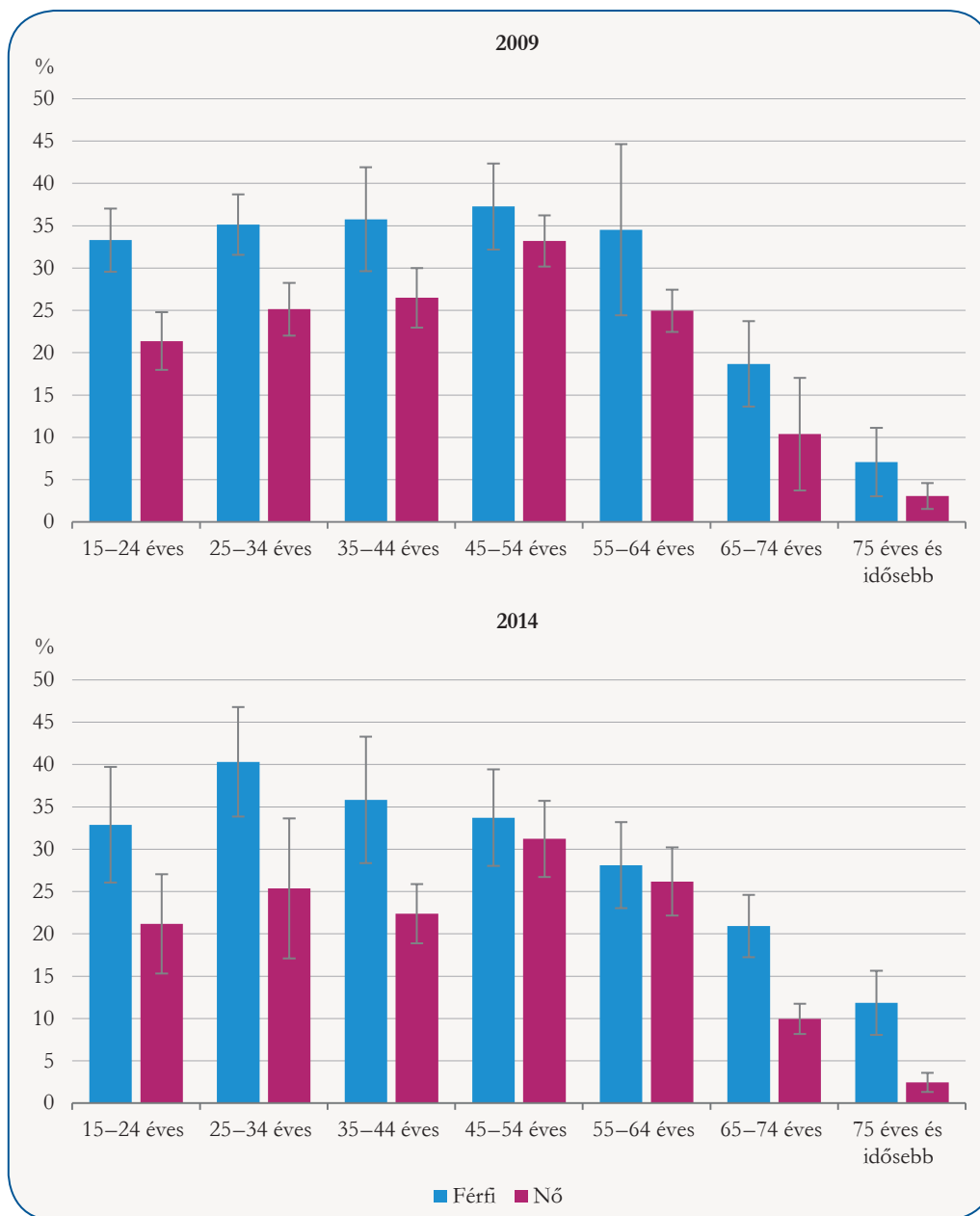
A 2009-es adatok alapján megállapítható, hogy mind a férfiak, mind a nők napi dohányzási gyakorisága hasonló korcsoportonként: enyhén emelkedik az életkor előrehaladtával a 45–54 éves korcsoportig, amit meredek csökkenés követ. A férfiaknál azonban az emelkedés igen kismértékű, mindössze 4 százalékpontnyi, a nőknél ennek háromszorosa, 12 százalékpontos. A csökkenés nagysága a férfiaknál és nőknél egyaránt 30 százalékpont.

A férfiaknál már fiatalabb korcsoportokban is közel akkora a naponta dohányzók aránya, mint a 45–54 éveseknél, ezzel szemben a nőknél a legfiatalabbak körében még jóval ritkább a rendszeresen dohányzók aránya, mint a középkorúaknál.

A 2014-es nemek szerinti adatok 2009-hez képest jelentősen eltérő korcsoportos arányokat mutatnak, és részletesebb képet adnak a korábban megfogalmazottakhoz képest. A férfiaknál a maximum a 25–34 évesek csoportjában található, a nőknél viszont a 45–54 éves korosztályban volt a leggyakoribb napi dohányzás. Míg a férfiaknál az idősebb 3 korcsoportban mért gyakoriságok szignifikánsan kisebbek, mint a maximális érték, addig a nőknél egy fiatalabb és két idősebb korosztályban tapasztalható alacsonyabb arány.

2. ábra

A naponta dohányzók aránya korcsoport szerint, nemenként*



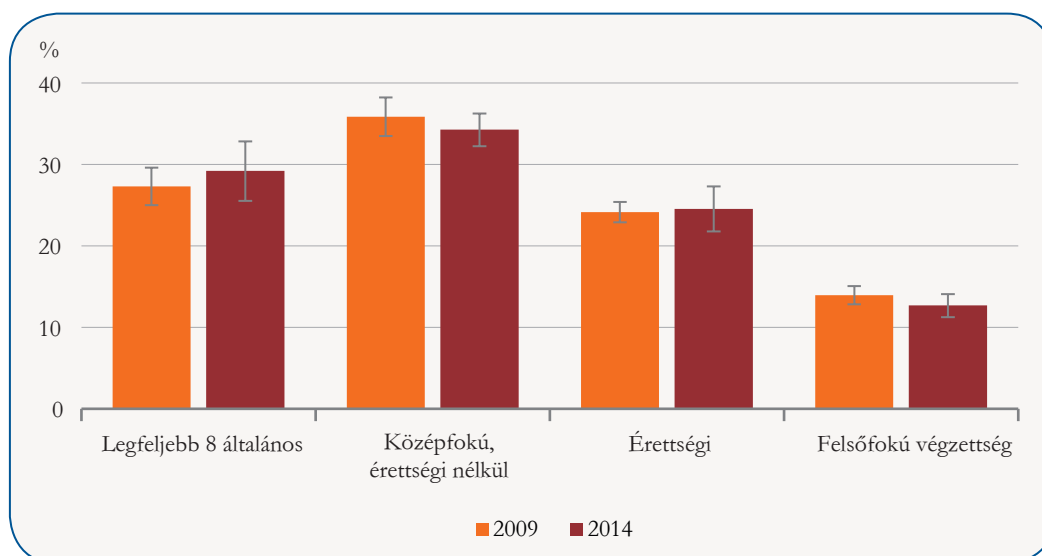
* 95%-os megbízhatósági tartománnyal.

3.3. A naponta dohányzók aránya iskolázottság szerint

Mind a 2009-es, mind a 2014-es felmérés adatai alapján megállapítható, hogy a legmagasabb arányban az érettségi nélküli középiskolai végzettségűek dohányoznak napi rendszerességgel (2009: 36%, 2014: 34%). A legfeljebb 8 általánost végzettek körében valamivel kisebb gyakoriság (2009: 27%, 2014: 29%) volt mérhető. Az érettségizettek között ennél is alacsonyabb (2009: 24%, 2014: 25%), a felsőfokú végzettségűeknél pedig a legalacsonyabb értéket (2009: 14%, 2014: 13%) lehetett kimutatni. A két felmérés iskolai végzettség szerinti csoportjainak dohányzási gyakorisága nem tért el szignifikánsan.

3. ábra

A naponta dohányzók aránya iskolázottság szerint*



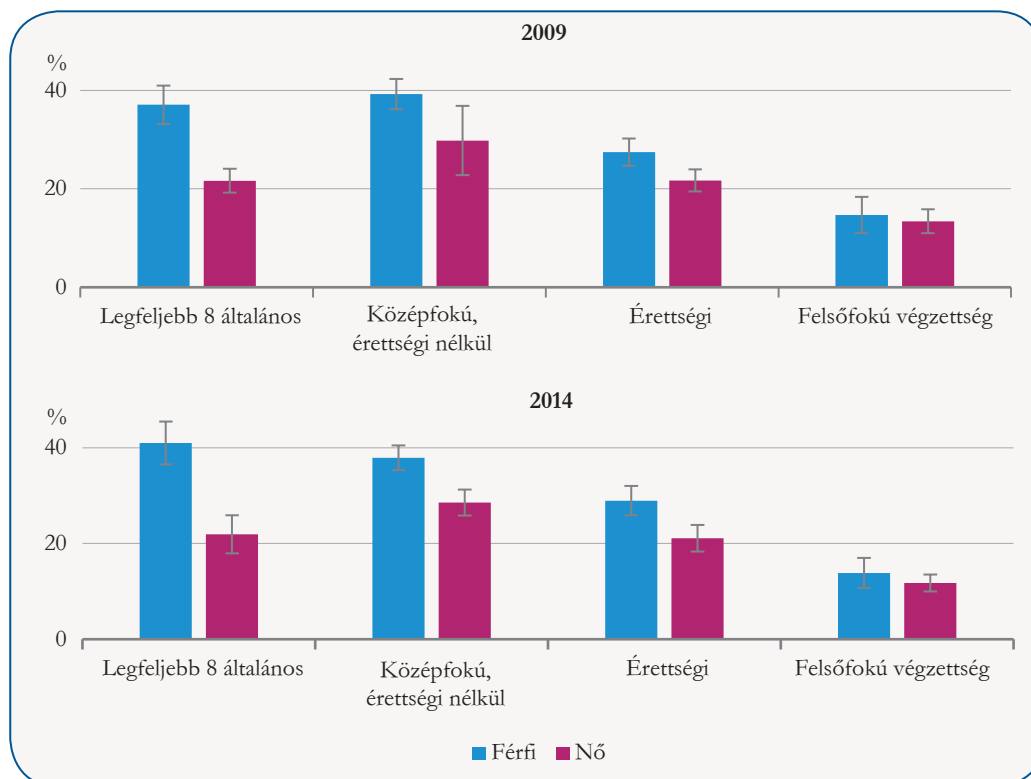
* 95%-os megbízhatósági tartománnyal.

3.4. A naponta dohányzók aránya iskolázottság szerint, nemenként

A 2009-es felmérés adatai azt igazolják, hogy mindkét nemből az érettségiig el nem jutott középiskolai végzettségűek dohányoztak leggyakrabban. A naponta dohányzók arányát tekintve a legfeljebb 8 osztályt jártak kivételével a férfiak és nők között nincs statisztikailag értékelhető különbség.

4. ábra

A naponta dohányzók aránya iskolázottság szerint, nemenként*



* 95%-os megbízhatósági tartománnyal.

A felsőfokú végzettségűek – mindkét nemet figyelembe véve – lényegesen alacsonyabb gyakorisággal dohányoznak naponta az alacsonyabb szintű iskolai végzettséggel rendelkezőkhöz viszonyítva.

2014-ben a naponta dohányzók iskolázottság szerinti arányai hasonlóak voltak az előző felmérés adataihoz. A nemek közti különbség azonban markánsabb volt, hiszen a felsőfokú végzettségűeket leszámítva mindegyik iskolázottsági csoportban szignifikáns volt az eltérés.

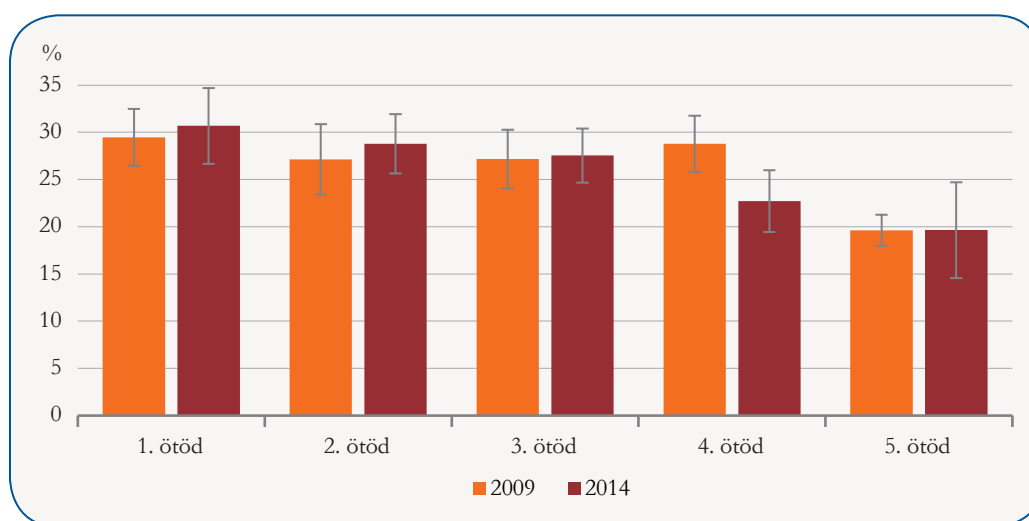
3.5. A naponta dohányzók aránya jövedelmi szint szerint

A két felmérés adatai egyaránt azt mutatják, hogy a legalacsonyabb jövedelmi csoportba tartozók (1. ötöd) között a legmagasabb, míg a legmagasabb jövedelmi ötödbe tartozók (5. ötöd) között a legalacsonyabb a naponta dohányzók aránya.

A két időszakban megfigyelhető legnagyobb érdemi, szignifikáns változás, hogy a 4. ötödbe tartozók dohányzási aránya egyértelműen csökkent, és kezd közelíteni a legmagasabb jövedelműek csoportjához.

5. ábra

A naponta dohányzók aránya jövedelmi szint szerint*



* 95%-os megbízhatósági tartománnyal.

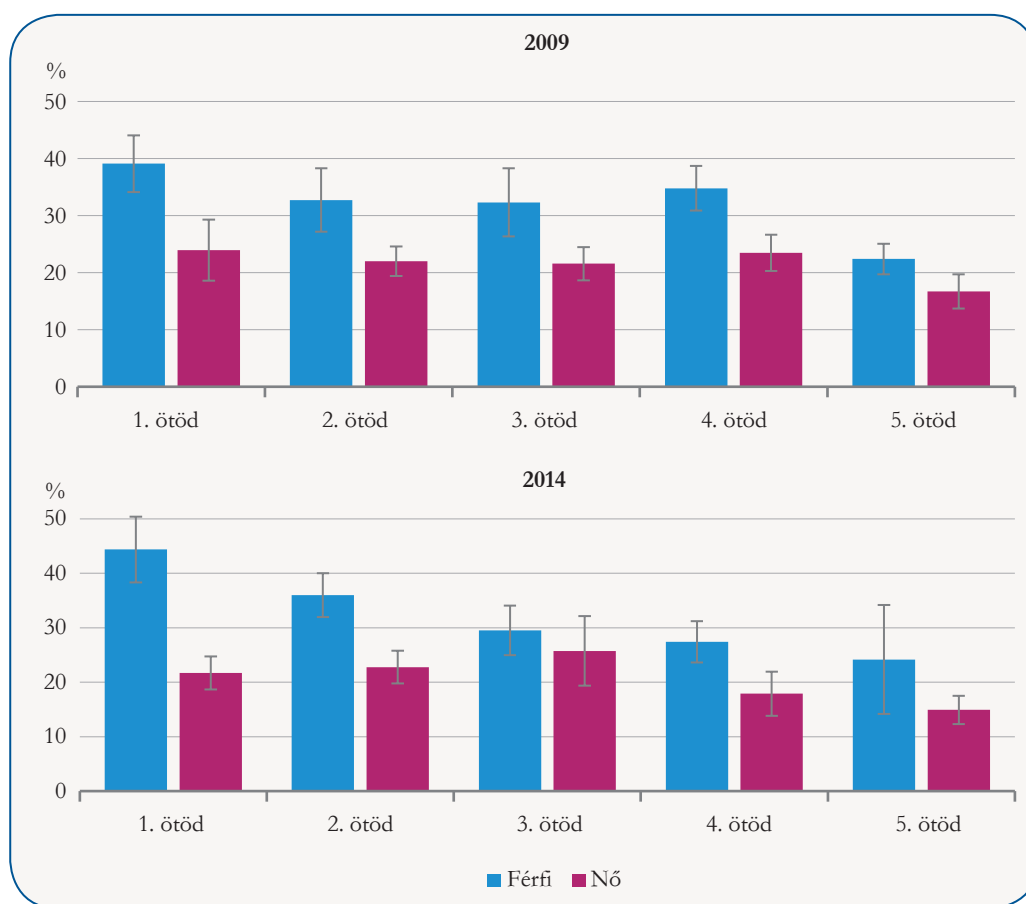
3.6. A naponta dohányzók aránya jövedelmi szint szerint, nemenként

2009-ben valamennyi jövedelmi csoportban alacsonyabb volt a naponta dohányzók aránya a nők körében, mint a férfiaknál. [6. ábra] A férfiaknál az 5. jövedelmi ötödben mért arány szignifikánsan kisebb volt a többi csoport értékénél.

2014-ben a férfiak és a nők jövedelmi csoportok szerinti dohányzási aránya eltérően alakult 2009-hez viszonyítva: férfiaknál az 1. jövedelmi ötödtől kezdődően monoton csökkenés figyelhető meg, a nőknél azonban a 3. ötöd előtt emelkedés, azután csökkenés látható. A férfiaknál az 1. ötödtől való szignifikáns eltérés a 3. jövedelmi ötödtől kezdődően mutatható ki. A nőknél csak a maximális (3. ötöd) és a minimális (5. ötöd) értéket mutató csoportok között szignifikáns az eltérés.

6. ábra

A naponta dohányzók aránya jövedelmi szint szerint, nemenként*



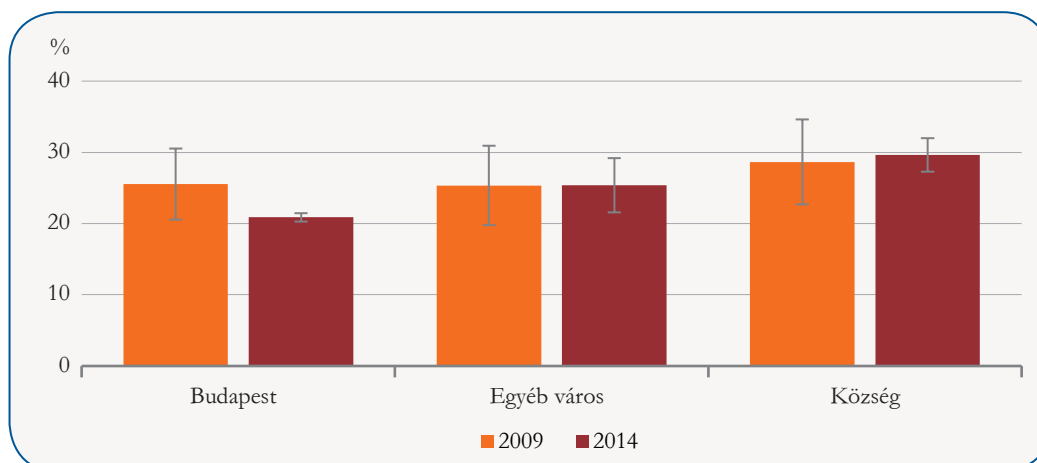
* 95%-os megbízhatósági tartománnyal.

3.7. A naponta dohányzók aránya településtípus szerint

A 2009-es felmérés adatai alapján a községekben volt a legmagasabb (29%) a naponta dohányzók aránya, míg Budapesten 26, egyéb városokban 25% volt ez az arány. 2014-ben Budapesten mérték a legkisebb napi dohányzási arányt (21%), más városokban 25, a községekben 30%-ot lehetett kimutatni. A két utóbbi településtípus értékének különbsége nem szignifikáns.

7. ábra

A naponta dohányzók aránya településtípus szerint *

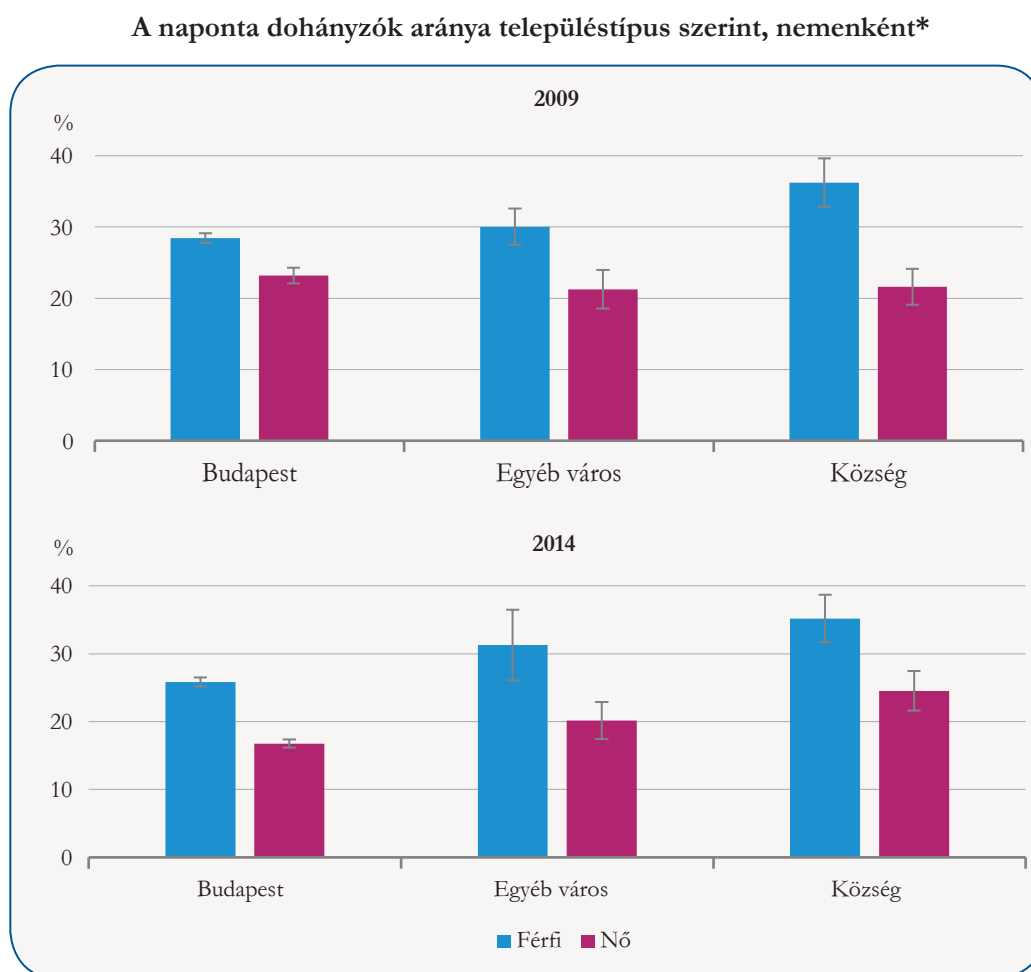


* 95%-os megbízhatósági tartománnyal.

3.8. A naponta dohányzók aránya településtípus szerint, nemenként

A 2009-ben felvett adatok arra engednek következtetni, hogy amíg a férfiaknál egyértelműen növekedő arányok voltak tapasztalhatók Budapesttől az egyéb városokon keresztül a községek felé, addig a nőknél a településtípus tekintetében lényeges különbség nem mutatkozott.

8. ábra



* 95%-os megbízhatósági tartománnyal.

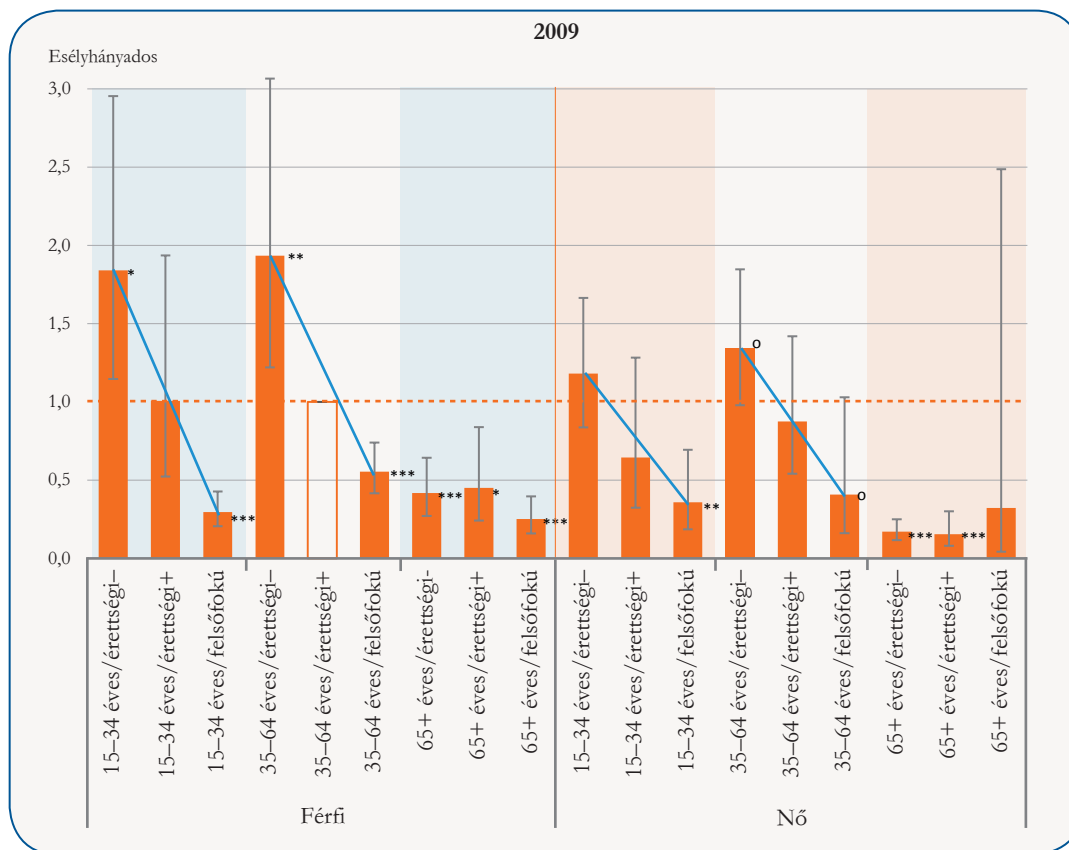
A 2014-es felmérés ezzel szemben mindkét nemnél hasonló arányokat igazoló adatokat szolgáltatott: Budapesttől kezdve monoton növekedés tapasztalható az egyéb városokon keresztül a községekig.

3.9. A naponta dohányzók aránya, valamint a nem, az életkor és az iskolázottság összefüggés-elemzése

A korábbi kutatások és a fentiekben ismertetett leíró statisztikai elemzések eredményei is arra utalnak, hogy a dohányzást befolyásoló vizsgált tényezők közül a nem, az életkor és az iskolázottság nemcsak a dohányzás gyakoriságával függnek össze, hanem egymás hatását is módosítják, azaz interakció mutatható ki közöttük. Ez jól megfigyelhető a 2009-es adatok összefüggés-elemzésének eredményeit összegző 9. ábra nem-életkor alcsoportot jelölő paneljeinek összehasonlítása alapján, hiszen a napi dohányzás esélye különböző meredekséggel csökken a fiatalok és a középkorúak, a férfiak és a nők csoportjában.

9. ábra

A napi dohányzás, valamint a nem, az életkor és az iskolázottság összefüggését mutató esélyhányadosok 95%-os megbízhatósági tartománnyal*



*A referenciacsoportot a középkorú, érettségizett férfiak alkották. Az „érettségi” a legfeljebb érettségit nem adó középiskolát végzők, az „érettségi+” az érettségit adó középiskolát elvégzettek csoportját jelöli. A * 95%-os, a ** 99%-os, a *** 99,9%-os szinten szignifikáns, a ° a 95%-os szignifikanciaszintet megközelítő 1-től való eltérést jelöl.

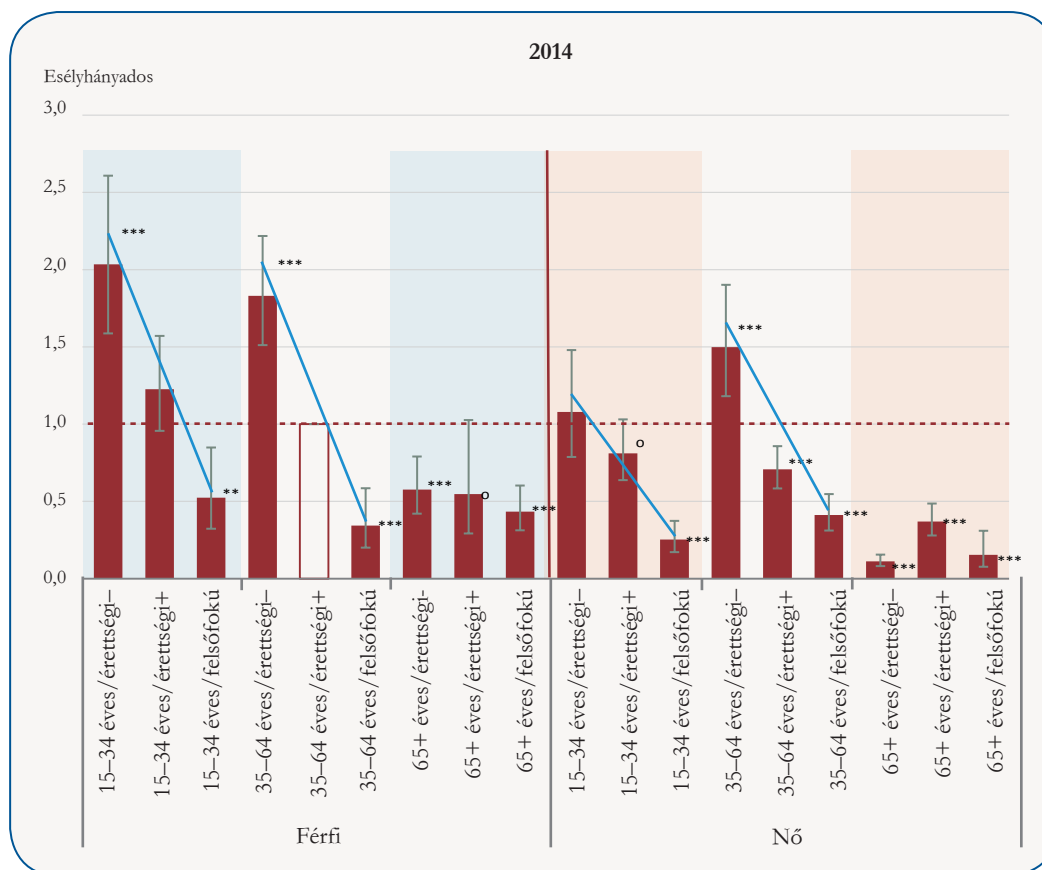
A középfokú iskolát végzett, érettségivel nem rendelkező, fiatal és középkorú férfiak egyaránt közel kétszeres eséllyel dohányoznak naponta, mint a referenciának választott érettségizett, középkorú férfiak. A felsőfokú végzettségűeknél ugyanakkor ez az esély a referencia felénél is kevesebb. Ezek az összefüggések – igazolva az interakciót – a nőknél egy kissé másképp alakulnak: a fiatalabb nőknél a napi dohányzás esélye jóval kisebb a hasonló korosztályú férfiakra jellemzőnél, alig valamivel haladja meg a referenciacsoport értékét, míg a felsőfokú végzettségűeknél a férfiakéhoz hasonló alacsony esélyhányados mutatható ki. Ugyanakkor a férfiaknál is és a nőknél is a középkorúak esélyhányadosai valamennyi iskolázottsági szinten magasabbak, mint a fiatalabbaké.

A 65 évesek és idősebbek csoportjában a fiatalabbaktól eltérő, de a férfiaknál és nőknél különböző esélyhányadostrendek láthatók az iskolázottság szintje szerint. Úgy tűnik, az iskolázottság ebben a korcsoportban már nem befolyásolja a napi dohányzás esélyét, továbbá a férfiaknál mindhárom korcsoportban a nőkhöz viszonyítva magasabbak az esélyhányadosok. (Megjegyezzük, hogy egyes alcsoportokban megjelenő, kiugró nagyságú megbízhatósági tartomány háttérben társadalmi szerkezeti, azaz összetételhatásból eredő és vele összefüggésben mintaszerkezeti okok is állnak.)

A 2014-es felmérés adataiból kismértékben eltérő eredményekre jutunk.

10. ábra

A napi dohányzás, valamint a nem, az életkor és az iskolázottság összefüggését mutató esélyhányadosok 95%-os megbízhatósági tartománnyal*



*A referenciacsoportot a középkorú, érettségizett férfiak alkották. Az „értétségi” a legfeljebb érettségit nem adó középiskolát végzők, az „értétségi+” az érettségit adó középiskolát elvégzettek csoportját jelöli. A * 95%-os, a ** 99%-os, a *** 99,9%-os szinten szignifikáns, a ° a 95%-os szignifikanciaszintet megközelítő 1-től való eltérést jelöl.

Eltérően a 2009. évi felmérés eredményeitől, 2014-ben a fiatal férfiaknál magasabbak voltak az esélyhányadosok valamennyi iskolázottsági szinten a középkorúakhoz viszonyítva, míg a nőknél – hasonlóan 2009-hez – a középkorúak alcsoportjának értékei meghaladták a fiatalokét.

A 2009-es összefüggéseket idézve 2014-ben is az idős felnőttek alcsoportjában a férfiaknál magasabb volt a naponta dohányzás esélye, mint a nőknél. Az idős nők alcsoportjában az alacsony iskolai végzettségűeknél szignifikánsan kisebb volt a napi dohányzás esélye, mint az érettségizetteknél, és ilyen megállapítás nem tehető egyetlen másik vizsgált férfi vagy női korcsoportban sem.

4. Következtetések

A tanulmányban a 2009. és a 2014. évi egészségfelmérés adatainak elemzésével a dohányzás és a dohányzók demográfiai jellemzői közötti összefüggéseket vizsgálták a szerzők.

Az elemzések eredményei alapján megállapítható, hogy a naponta dohányzás esélye az iskolázottsággal fordított arányú összefüggést mutat a 65 év alatti férfiaknál és nőknél egyaránt. Az idősebbeknél ilyen összefüggés nem mutatható ki, amely mögött nem csak viselkedésbeli eltérések, hanem a szelektív halálozási minta is állhat.

Az korábban is ismert volt, hogy a férfiak körében a dohányzás elterjedtebb, mint a nőknél, de az összefüggés-elemzések eredményei rávilágítanak arra is, hogy a két csoportban a dohányzás esélye az életkortól és az iskolázottságtól függően eltér.

A két felmérés adatainak elemzése részben hasonló, részben eltérő összefüggéseket eredményezett. Hasonlóság mutatkozott a nemek, az iskolázottság és a korcsoportok dohányzási esélyeit tekintve, de az összefüggések néhány alcsoport esetében, mint a fiatal férfiaknál vagy az idősebb nőknél jelentős változás volt megfigyelhető. A 2009-es adatokkal szemben a naponta dohányzás esélye 2014-ben ugyanis a fiatal férfiaknál minden iskolázottsági kategóriában meghaladta a középkorúakét, az idősebb nőknél pedig az érettségizettek körében emelkedett meg a dohányzás esélye az alacsonyabb és a magasabb iskolai végzettségűekhez viszonyítva.

Az eredmények megerősítették, hogy a dohányzók valamennyi vizsgált demográfiai jellemzője hatással van a dohányzás esélyére, és ezek a hatások 2009-ről 2014-re megváltoztak. Az eredmények arra is felhívják a figyelmet, hogy e jellemzők módosítják egymás hatásait, azaz interakcióban vannak, és a közöttük feltárt összefüggés-rendszer a vizsgált időszakban nem volt állandó.

A vizsgálat eredményeinek értékelésekor figyelembe kell venni, hogy nem mindegyik számításba jövő, potenciális, dohányzást befolyásoló tényező szerepelt az elemzésben. Valószínűsíthető például, hogy a lakóhelyi vagy munkahelyi közösségek dohányzáshoz való viszonya szerepet játszik egy adott település dohányzási statisztikájában. A felmérések mintamérete azonban nem tette lehetővé, hogy a logisztikus elemzésbe további – például a lakóhelyre vonatkozó – mutatók is bevonásra kerüljenek, mivel az interakciós tagok számának növekedésével csökken az egyes paraméterek becslésének megbízhatósága, illetőleg nehézkessé válik a modell interpretálhatósága.

A vizsgálat korlátjának tekinthető továbbá, hogy a felmérések mintavételi módszertana eltérő volt (mind az 1., mind a 2. lépcsőben eltérő rétegzési szempontokat alkalmaztak, valamint idővel nőtt a nem válaszolók aránya), továbbá a dohányzási szokásokra vonatkozó kérdések sem voltak azonosak (2009-ben a napontadohányzás-, 2014-ben a napontacigarettázás-mutató definiálható), és ezek miatt a két felmérés adatainak összehasonlíthatósága korlátozott lehet.

Függelék

1. tábla

A naponta dohányzók aránya korcsoportok szerint

(%)

Korcsoport, év	Naponta dohányzók aránya	MT 95% alsó határ	MT 95% felső határ
2009			
15–24	28	25	30
25–34	30	28	33
35–44	31	27	36
45–54	35	32	38
55–64	29	24	34
65–74	14	8	19
75–	4	3	6
2014			
15–24	27	21	33
25–34	33	26	40
35–44	29	24	34
45–54	32	28	37
55–64	27	24	30
65–74	15	13	16
75–	6	4	7

2. tábla

A naponta dohányzók aránya korcsoportok és nemek szerint, 2009

(%)

Korcsoport, év	Naponta dohányzók aránya	MT 95% alsó határ	MT 95% felső határ
Férfi			
15–24	33	30	37
25–34	35	32	39
35–44	36	30	42
45–54	37	32	42
55–64	35	24	45
65–74	19	14	24
75–	7	3	11
Nő			
15–24	21	18	25
25–34	25	22	28
35–44	26	23	30
45–54	33	30	36
55–64	25	22	27
65–74	10	4	17
75–	3	2	5

3. tábla

A naponta dohányzók aránya korcsoportok és nemek szerint, 2014

(%)

Korcsoport, év	Naponta dohányzók aránya	MT 95% alsó határ	MT 95% felső határ
Férfi			
15–24	33	26	40
25–34	40	34	47
35–44	36	28	43
45–54	34	28	39
55–64	28	23	33
65–74	21	17	25
75–	12	8	16
Nő			
15–24	21	15	27
25–34	25	17	34
35–44	22	19	26
45–54	31	27	36
55–64	26	22	30
65–74	10	8	12
75–	2	1	4

4. tábla

A naponta dohányzók aránya iskolázottság szerint

(%)

Iskolai végzettség	Naponta dohányzók aránya	MT 95% alsó határ	MT 95% felső határ
2009			
Legfeljebb 8 általános	27	25	30
Középiskola, érettségi nélkül	36	33	38
Érettségi	24	23	25
Felsőfokú végzettség	14	13	15
2014			
Legfeljebb 8 általános	29	26	33
Középiskola, érettségi nélkül	34	32	36
Érettségi	25	22	27
Felsőfokú végzettség	13	11	14

5. tábla

A naponta dohányzók aránya iskolázottság és nemek szerint, 2009

(%)

Iskolai végzettség	Naponta dohányzók aránya	MT 95% alsó határ	MT 95% felső határ
Férfi			
Legfeljebb 8 általános	37	33	41
Középiskola, érettségi nélkül	39	36	42
Érettségi	27	25	30
Felsőfokú végzettség	15	11	18
Nő			
Legfeljebb 8 általános	22	19	24
Középiskola, érettségi nélkül	30	23	37
Érettségi	22	19	24
Felsőfokú végzettség	13	11	16

6. tábla

A naponta dohányzók aránya iskolázottság és nemek szerint, 2014

(%)

Iskolai végzettség	Naponta dohányzók aránya	MT 95% alsó határ	MT 95% felső határ
Férfi			
Legfeljebb 8 általános	41	37	46
Középiskola, érettségi nélkül	38	35	40
Érettségi	29	26	32
Felsőfokú végzettség	14	11	17
Nő			
Legfeljebb 8 általános	22	18	26
Középiskola, érettségi nélkül	29	26	31
Érettségi	21	18	24
Felsőfokú végzettség	12	10	14

7. tábla

A naponta dohányzók aránya jövedelmi szint szerint

(%)

Jövedelmi ötöd	Naponta dohányzók aránya	MT 95% alsó határ	MT 95% felső határ
2009			
1. legalacsonyabb	29	26	32
2	27	23	31
3	27	24	30
4	29	26	32
5. legmagasabb	20	18	21
2014			
1. legalacsonyabb	31	27	35
2	29	26	32
3	28	25	30
4	23	19	26
5. legmagasabb	20	15	25

8. tábla

A naponta dohányzók aránya jövedelmi szint és nemek szerint, 2009

(%)

Jövedelmi ötöd	Naponta dohányzók aránya	MT 95% alsó határ	MT 95% felső határ
Férfi			
1. legalacsonyabb	39	34	44
2	33	27	38
3	32	26	38
4	35	31	39
5. legmagasabb	22	20	25
Nő			
1. legalacsonyabb	24	19	29
2	22	19	25
3	22	19	25
4	23	20	27
5. legmagasabb	17	14	20

9. tábla

A naponta dohányzók aránya jövedelmi szint és nemek szerint, 2014

(%)

Jövedelmi ötöd	Naponta dohányzók aránya	MT 95% alsó határ	MT 95% felső határ
Férfi			
1. legalacsonyabb	44	38	50
2	36	32	40
3	30	25	34
4	27	24	31
5. legmagasabb	24	14	34
Nő			
1. legalacsonyabb	22	19	25
2	23	20	26
3	26	19	32
4	18	14	22
5. legmagasabb	15	12	17

10. tábla

A naponta dohányzók aránya településtípus szerint

(%)

Településtípus	Naponta dohányzók aránya	MT 95% alsó határ	MT 95% felső határ
2009			
Budapest	26	25	26
Egyéb város	25	23	28
Község	29	26	31
2014			
Budapest	21	21	21
Egyéb város	25	22	29
Község	30	27	32

11. tábla

A naponta dohányzók aránya településtípus és nemek szerint, 2009

(%)

Településtípus	Naponta dohányzók aránya	MT 95% alsó határ	MT 95% felső határ
Férfi			
Budapest	28	28	29
Egyéb város	30	28	33
Község	36	33	40
Nő			
Budapest	23	22	24
Egyéb város	21	19	24
Község	22	19	24

12. tábla

A naponta dohányzók aránya településtípus és nemek szerint, 2014

(%)

Településtípus	Naponta dohányzók aránya	MT 95% alsó határ	MT 95% felső határ
Férfi			
Budapest	26	26	26
Egyéb város	31	26	36
Község	35	32	39
Nő			
Budapest	17	17	17
Egyéb város	20	17	23
Község	25	22	27

13. tábla

A naponta dohányzók aránya iskolázottság és nemek szerint

(%)

Megnevezés	Esélyhányados	MT 95% alsó határ	MT 95% felső határ	Szignifikancia- szint
2009				
Férfi/15–34/érettségi	1,84	1,15	2,95	*
Férfi/15–34/érettségi+	1,01	0,52	1,94	
Férfi/15–34/felsőfokú	0,30	0,20	0,43	***
Férfi/35–64/érettségi	1,93	1,22	3,07	**
Férfi/35–64/érettségi+	1,00	0,00	0,00	
Férfi/35–64/felsőfokú	0,55	0,42	0,74	***
Férfi/65+/érettségi	0,42	0,27	0,64	***
Férfi/65+/érettségi+	0,45	0,24	0,84	*
Férfi/65+/felsőfokú	0,25	0,16	0,40	***
Nő/15–34/érettségi	1,18	0,84	1,66	
Nő/15–34/érettségi+	0,64	0,32	1,28	
Nő/15–34/felsőfokú	0,36	0,19	0,69	**
Nő/35–64/érettségi	1,34	0,98	1,85	o
Nő/35–64/érettségi+	0,88	0,54	1,42	
Nő/35–64/felsőfokú	0,41	0,16	1,03	o
Nő/65+/érettségi	0,17	0,12	0,25	***
Nő/65+/érettségi+	0,15	0,08	0,30	***
Nő/65+/felsőfokú	0,32	0,04	2,49	
2014				
Férfi/15–34/érettségi	2,03	1,59	2,61	***
Férfi/15–34/érettségi+	1,23	0,96	1,57	
Férfi/15–34/felsőfokú	0,52	0,32	0,85	**
Férfi/35–64/érettségi	1,83	1,51	2,22	***
Férfi/35–64/érettségi+	1,00	0,00	0,00	
Férfi/35–64/felsőfokú	0,34	0,20	0,59	***
Férfi/65+/érettségi	0,58	0,42	0,79	***
Férfi/65+/érettségi+	0,55	0,29	1,03	o
Férfi/65+/felsőfokú	0,43	0,31	0,60	***
Nő/15–34/érettségi	1,08	0,79	1,48	
Nő/15–34/érettségi+	0,81	0,64	1,03	o
Nő/15–34/felsőfokú	0,25	0,17	0,37	***
Nő/35–64/érettségi	1,50	1,18	1,90	***
Nő/35–64/érettségi+	0,71	0,58	0,86	***
Nő/35–64/felsőfokú	0,41	0,31	0,55	***
Nő/65+/érettségi	0,11	0,08	0,16	***
Nő/65+/érettségi+	0,37	0,28	0,49	***
Nő/65+/felsőfokú	0,15	0,08	0,31	***

Megjegyzés: A referenciacsoport a középkorú, érettségizett férfiak. Az „érettségi” a legfeljebb érettségit nem adó középiskolát végzők, az „érettségi+” az érettségit adó középiskolát elvégzettek csoportját jelöli. A * 95%-os, a ** 99%-os, a *** 99,9%-os szinten szignifikáns, a o az 95%-os szignifikanciaszintet megközelítő 1-től való eltérést jelöl.

Demjén Tibor–Kiss Judit

**A dohányzás hazai tendenciái,
2009–2014**

A 15 éves és idősebb hazai lakosság dohánytermék-
fogyasztási és a dohányzást imitáló elektronikus-
termék-használati jellemzőinek elemzése az Európai
lakossági egészségfelmérés 2009. és 2014. évi
felméréseinek adatai alapján

1. Bevezetés

Az elemzésben az EMMI Dohányzás Fókuszpontja¹ (DF) – a Központi Statisztikai Hivatallal (KSH) 2017 márciusában kialakított együttműködési megállapodása keretében – a 2009-ben és 2014-ben kivitelezett Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) dohánytermék-fogyasztással és a dohányzást imitáló elektronikus termékek használatával kapcsolatos adatainak elemzését végzi el. Az együttműködés keretében az ELEF-adatokra alapozva, az „Európai lakossági egészségfelmérés 2014 – Tanulmányok” című sorozatban publikálható átfogó elemzést állítottunk össze. Az elemzés a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) ELEF-adatállományai felhasználásával készült. Az elemzés elkészítéséhez a 2009. és a 2014. évi ELEF anonimizált kutatói mikroadat-állományát használtuk fel, a kapcsolódó metainformációkkal (súlyozási eljárás, kérdőív, kódszótár) együtt.

2. Háttér

A dohányzás világszerte a leginkább megelőzhető haláloknak számít, ennek ellenére évente közel 7 millió ember haláláért felelős világszerte és több mint 500 milliárd dollár értékű gazdasági kárt okoz. (1,2) A dohánytermékek fogyasztása európai uniós szinten is a leginkább elterjedt elkerülhető egészségkockázatok közé tartozik: a dohányzás mintegy 700 ezer európai uniós állampolgár haláláért felelős évente. A dohányzók 50%-a 65 éves kora előtt dohányzás okozta korai halálozás következtében hal meg az Európai Unióban. Emellett a dohányzók nagyobb valószínűséggel szenvednek a káros egészséghatások következményeitől is, beleértve a szív- és érrendszeri, a légzőszervi és a daganatos megbetegedéseket.

A dohányzás Magyarországon is súlyos népegészségügyi és nemzetgazdasági problémát jelent. Dohányzás következtében 2015-ben 22 496 ember halt meg, és több mint 500 ezer egészségben eltöltött életévet (DALY²) veszítettünk el. Ezzel Magyarország az Európai Unió 28 tagországa között a legrosszabb helyen állt, annak ellenére, hogy 1990 óta csökkenő tendencia figyelhető meg³ a dohányzással összefüggő mutatók értékében, mind az aktív, mint a passzív dohányzás tekintetében. A dohányzás okozta halálozást illetően az európaihoz hasonló trend figyelhető meg, azaz míg a férfiak esetében csökken a halálozások száma, a nőknél nincs számottevő változás. A dohányzás okozta terhek, amelyek a dohányzás közvetlen és közvetett költségeiből tevődnek össze, többféle módon is megbecsülhetőek. A NEFI Egészségmonitorozási Osztály által készített becslés⁴ szerint a dohányzás okozta hazai veszteség 2010-ben 450–1000 milliárd forint közé esett. A becslések során a közvetlen költségek kiszámításának alapjául a dohányzáshoz kapcsolható egyéni és állami kiadásokat vették, míg a közvetett költségek a korai halálozás és a megbetegedés miatti jövedelemkiesésből álltak össze.

A fentiekből kiindulva számos nemzetközi és hazai kutatássorozat indult az 1990-es évektől kezdve a dohányzás, mint egészségkárosító magatartásforma kutatására, a gyakorisági és használati jellemzők monitorozására, valamint a dohányfogyasztás háttértényezőinek feltárására. Az Egészségügyi Világszervezet⁵ és az amerikai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ⁶ által 1999-ben kidolgozott Nemzetközi Dohányzás Ellenőrzési Rendszer⁷ 4 féle adatgyűjtési formát foglal magába: Nemzetközi ifjúságdohányzás-felmérés⁸, Nemzetközi iskolaiszemélyzet-felmérés⁹, Nemzetközi egészségügyi hall-

¹ A Dohányzás Fókuszpont feladatai közé tartozik a dohányzással és a dohányzást imitáló elektronikus termékek használatával kapcsolatos kutatási tevékenységek koordinálása, végzése, a DF jelenleg az Emberi Erőforrások Minisztériumának szervezeti alegységként működik.

² Disability-Adjusted Life Year (DALY): egy DALY úgy tekinthető, mint az egészséges életből egy elvesztett év. A DALY-k lakossági összege, vagyis a betegségteher a jelenlegi és az ideális egészségi állapot közötti különbség mérőszámaként tekinthető.

³ 2010-ben a dohányzás következtében a magyar lakosság közel 600 ezer egészségben eltöltött életévet veszített el (DALY).

⁴ Az eredményeket összefoglaló tanulmány elérhető itt:

http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzas_visszaszoritasa_2016_dohanyzas_fokuszpont.pdf

⁵ World Health Organization, WHO.

⁶ Centers for Disease Control and Prevention, CDC.

⁷ Global Tobacco Surveillance System, GTSS.

⁸ Global Youth Tobacco Survey, GYTS.

⁹ Global School Personnel Survey, GSPS.

gatói felmérés¹⁰ és a Nemzetközi felnőtt dohányzás-felmérés¹¹. A GTSS több mint 20 dohányzással kapcsolatos témakört foglal magában, beleértve a dohánytermékek fogyasztását, reklámozását, a leszokást, a passzív dohányzást, az iskolai egészségpolitikát és a dohányzással kapcsolatos attitűdöt. A GTSS kapcsán világszerte indultak el azok a kutatássorozatok, amelyek napjainkig meghatározó szerepet töltenek be a dohányzás visszaszorításával kapcsolatos tevékenységek monitorozásában.

A WHO európai regionális irodájának 2015-ös Európai egészségjelentésében (3) az európai régió tagországainak (41 vizsgált ország) 2012-es adatai alapján a rendszeresen dohányzó felnőtt férfiak és nők kor szerint standardizált gyakorisági mutatói szerint a középmezőnyben állunk a többi tagországgal összevetve.

Az Európai Unió is rendszeresen felméri és figyelemmel kíséri az európai lakosok dohányzási szokásait és a dohányzással, valamint az e-cigaretta használatával kapcsolatos attitűdjét 2003 óta az Eurobarometer-felmérések keretében.¹² A legutóbbi, 2014-es adatfelvétel során közel 28 ezer európai lakost kérdeztek meg az EU 28 tagállamában¹³, kérdőíves interjú keretében. A felmérés számos kérdéskört monitoroz, így többek között a dohánytermékek fogyasztásának és az e-cigaretta használatának prevalencia értékeit és főbb jellemzőit, a dohányzásról való leszokás tendenciáit, az e-cigarettával kapcsolatos attitűdöket, a környezeti dohányfüstnek való kitettség¹⁴ mértékét, valamint a gyakorisági és fogyasztási jellemzők összefüggéseit további háttérváltozókkal. A felmérés összesített eredményei alapján az európai lakosság szocioökonómiai jellemzői (nem, életkor, iskolai végzettség, gazdasági aktivitás és jövedelmi helyzet) összefüggésben állnak a dohánytermékek (cigaretta, szivar, szivarka, pipa) fogyasztási gyakoriságaival. Mindemellett az is megállapítható az elemzésből, hogy a leggyakrabban választott cigarettamárka jellemzőit (ár, kátrány- és nikotintartalom, a termék külső megjelenése, csomagolása) befolyásolja az életkor, a gazdasági aktivitás és a lakóhely. Összefüggés mutatható ki az e-cigaretta kipróbálása és az életkor, a jelenlegi és a korábbi dohánytermék használata, valamint a munkahelyi dohányfüstnek való kitettsége között is. Az e-cigaretta használati jellemzőire (jelenlegi használat mértéke, módja) hatással van a személy neme, életkora és dohánytermék-fogyasztási jellemzői.

Az Eurobarometer felmérései fontos új információkkal szolgálnak mind az Európai Unió polgárai, mind a hazai lakosság dohányzási szokásaira vonatkozóan. Európai összehasonlításban a dohányzás elterjedtsége tekintetében Magyarország sokáig nagyon kedvezőtlen pozícióban állt. A 2014. évi Eurobarometer adatai (4) szerint hazánkban a 15 év feletti lakosság 30%-a dohányzik rendszeresen, ami a 2009. évi 38%-os értékhez viszonyítva jelentős csökkenés, de még mindig 4 százalékponttal magasabb a 2014. évi EU-s átlagnál. A férfiak 38, a nők 23%-a dohányzik rendszeresen, és a rendszeresen dohányzók legnagyobb gyakorisággal a 25–39 éves (41%) és a 40–54 éves (39%) korosztályból kerülnek ki.

Magyarországon a 80-as évek közepétől napjainkig számos kérdőíves kutatásban vizsgálták a felnőtt lakosság dohányzási jellemzőit, valamint az azok háttérében álló tényezőket.¹⁵ Az időbeli trendek nyomon követését megnehezíti, hogy az eltérő módszertani megoldások miatt a vizsgálati eredmények nem összevethetőek. A felmérések közül ki kell emelni az egészséget befolyásoló életmódbeli és társadalmi tényezőket, így a dohányzást és annak háttértényezőit is vizsgáló Országos lakossági egészségfelmérés (OLEF) 2000-ben és 2003-ban kivitelezett kutatásait, valamint a 2009-ben és 2014-ben, az Eurostat által kidolgozott egységes nemzetközi módszertan alapján végrehajtott ELEF-et.¹⁶ Az ELEF és a hazai felnőtt lakosságra vonatkozó további országos kutatások eredményei alapján a középkorúak körében 2000 óta csökkent a dohányzók aránya mind a férfiak, mind a nők között. A napi rendszerességgel dohányzók aránya azonban inkább csak a középkorú férfiak körében csökkent, a nőknél nem volt változás.

¹⁰ Global Health Professions Student Survey, GHPSS.

¹¹ Global Adult Tobacco Survey, GATS.

¹² A felmérés sorozat 2003-ban indult, azóta 2006-ban, 2009-ben, 2012-ben és 2014-ben is történtek adatfelvételek. A legutolsó adatfelvétel eredményeiről bővebben: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf (letöltés dátuma: 2017.01.27.)

¹³ A magyarországi minta nagysága 1057 fő volt, ezért a felméréssorozat hazai viszonylatban általános következtetések levonására és tendenciák meghatározására csak korlátozottan alkalmas, elsősorban az európai uniós tagországok összességére vonatkozó általános helyzetkép a dohányzási jellemzők vonatkozásában.

¹⁴ A környezeti dohányzást a szakirodalom a passzív dohányzás szinonimájaként használja.

¹⁵ A hazai felnőtt korú lakosság 2000–2009 között kivitelezett, dohányzással kapcsolatos felméréseinek összehasonlító elemzése elérhető itt: http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzasra_vonatkozo_felmeresek_adatai_2000_2009.pdf (elérhető: 2017.01.27.)

¹⁶ Az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) 2009. és 2014. évi eredményei: <http://www.ksh.hu/elef>

A hazai felnőtt lakosság dohányzási jellemzőinek részletes vizsgálatára országos szinten 2012-ben, majd 2013-ban került sor a NEFI Dohányzás Fókuszpontjának szakmai irányításával koordinált kérdőíves kutatás keretében a 18 év felettiek reprezentatív mintáján, a CDC által kidolgozott GATS-kérdőív hazai adaptálásával. A kutatások elsődleges célja a WHO Dohányzásellenőrzési Keretegyezménye¹⁷ témaköreinek vizsgálata, különös tekintettel a dohányzás háttérében álló egyéni pszichoszociális és viselkedési hatások elemzésére. A felméréssorozat eredményei szerint a vizsgált időintervallumban a dohányzás gyakorisága a felnőtt lakosság körében csökkenő tendenciát mutatott.

A hazai fiatalok dohányzási szokásainak vizsgálatára is több kutatássorozat eredményei állnak rendelkezésünkre. Ezek közül a hazai időbeli trendek vizsgálatára, valamint nemzetközi összevetésre is alkalmas, dohányzási szokásokkal és azok háttértényezőivel kapcsolatos adatokat és összefüggés elemzéseket tartalmaznak az ESPAD¹⁸, a HBSC¹⁹ és a GYTS-kutatássorozatok hazai adatfelvételei. A felsoroltak közül a GYTS foglalkozik a legrészletesebb módon – a WHO és a CDC által javasolt nemzetközi módszertan alapján – a fiatalok dohányzási jellemzőinek vizsgálatával. A hazai ifjúsági felméréssorozat (GYTS 2003–2016)²⁰ eredményei alapján összességében elmondható, hogy 2013 óta a 13–15 éves fiatalok körében nőtt a nemdohányzók aránya, illetve az alkalmi dohányzók és a naponta dohányzók számaránya egyaránt csökkent. A korábbi kutatási eredményekből az is jól látszik, hogy a fiatalok ismeretei a dohányzás és a passzív dohányzás káros hatásairól, valamint ezek negatív megítélése kedvező tendenciákat mutat az előző évekhez képest. Más ifjúsági felmérések (ESPAD, HBSC) adatainak idősoros összevetésével nyert adatok is ezt a kedvező tendenciát támasztják alá.

3. Az elemzés célja

Az ELEF adatfelvétele a legtöbb európai országban egységes előírások alapján a 15 éves és annál idősebb, magánháztartásban élő lakosság reprezentatív mintáján történt személyes lekérdezéssel. Az ELEF hazai lebonyolítását az Európai Parlament és Tanács népegészségre és munkahelyi egészségre és biztonságra vonatkozó közösségi statisztikáról szóló 1338/2008/EK rendelet előírásai alapján a KSH végezte 2009-ben és 2014-ben is.²¹

Jelen elemzés célja az ELEF 2009-es és a 2014-es dohányzásra vonatkozó kérdéseire adott válaszok elemzése révén a hazai felnőtt lakosság aktuális dohánytermék-fogyasztási és e-cigaretta használati jellemzőinek megismerése és az ezekkel összefüggő háttérváltozók feltárása.

Az elemzés – a fent említett jellemzők bemutatása mellett – a különböző szocioökonómiai háttérváltozók (nem, korcsoport, iskolai végzettség, lakóhely regionális elhelyezkedése, gazdasági aktivitás) függvényében is megvizsgálja a dohányzási szokások és a környezeti/passzív dohányzásnak való kitettség alakulását 2009 és 2014 között. Az egyes változók közötti szignifikáns összefüggések másodelemzése, illetve az eredmények időbeli összevetése felhasználható a hatékony és hatásos, célcsoport-specifikus, komplex megelőzési programok kialakításához és a már meglévő prevenciók programok fejlesztéséhez. Mindezekon túlmenően célunk az adatok elemzéséből nyert összefoglaló megállapítások kommunikálása a dohányzás visszaszorításával foglalkozó szakpolitikusok és népegészségügyi szakemberek számára.

¹⁷ Framework Convention on Tobacco Control, FCTC.

¹⁸ European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

¹⁹ Health Behaviour in School-aged Children.

²⁰ Részletes eredmények elérhetősége:

<http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/hazai-es-kulfoldi-adatok-tanulmanyok>

²¹ Az ELEF adatfelvételeiről részletesebb információk elérhetőek a <http://www.ksh.hu/elef> weboldalon.

4. Adatok és módszer

Az ELEF2014 alapját képező kérdéseket az Európai Unió Statisztikai Hivatala (Eurostat) alakította ki az Európai Bizottság 141/2013/EU számú rendeletében előírt kötelező változók alapján.²² A kérdések további része hazai kutatók javaslatára került be a kérdőívekbe. Elemzésünk tárgya a 2009-es és a 2014-es kérdőív dohányzás-kérdéscsoportjának (2009: II/1–8.; 2014: 92–104. kérdések) kérdéseire adott válaszok bemutatása, valamint azok főbb demográfiai és szocioökonómiai státusz szerinti megoszlásai, és néhány egyéb egészségszociológiai (pl. alkoholfogyasztás, társas kapcsolatok) való összefüggései.

A 2009-es ELEF 449 településen 7000 fő megkérdezésével zajlott. A mintavétel során kiválasztott személyek közül 5051 fő (72%) vállalta a felmérésben való részvételt. A 2014-es mintába 9431 személy került be az ország 532 településéről, közülük 5826 személy (62%) vállalta a felmérésben való részvételt.²³

Elemzésünk során SPSS 23.0 programcsomag használatával hajtottuk végre az ELEF 2009. és 2014. évi anonimizált mikroadat-állományának feldolgozását, a kapcsolódó metainformációk (súlyozási eljárás, kérdőív, kódszótár) figyelembevételével. A vizsgálati változók közötti összefüggés tesztelésére szignifikancia vizsgálatokat végeztünk. A diszkrét (nominális vagy ordinális) vizsgálati változók közötti kapcsolatot Chi-négyzet próba segítségével teszteltük.²⁴ A tanulmány összeállítása során csak azoknak a statisztikáknak a bemutatására törekedtünk, amelyek legalább közepes erősségű szignifikáns összefüggést jeleztek a függő és a független változó kapcsolatára vonatkozóan (a kapcsolat erősségére vonatkozó asszociációs mérőszám: Phi vagy Cramer's V feltüntetésével) vagy amelyek elemzésünk szempontjából relevánsnak mutatkoztak.

Az ELEF egyes felmérései során alkalmazott és az elemzés alapjául szolgáló, a dohányzási szokásokat vizsgáló kérdéseken²⁵ túlmenően további, a dohányzási szokásokra vonatkozó, a KSH kutatói által készített, származtatott változókat (pl. 2009-ben: dohányzási szokások, passzív dohányzás kockázata a lakó- vagy munkahelyen; 2014-ben: dohányzási magatartás, fogyasztott dohánytermék, napi cigarettafogyasztás, dohányzási kategóriák, dohányzással kapcsolatos üzenet) is bevontunk az elemzésbe. Az ELEF tervezői 2014-ben jelentős mértékben átalakították a dohányzási szokásokra vonatkozó kérdéscsoportot mind a kérdések megfogalmazása, mind a válaszkategóriák tekintetében, így az eredmények időbeli összevetése csak korlátozottan lehetséges, csupán néhány kérdés (pl. dohányzási prevalencia, napi szinten fogyasztott dohánytermék mennyisége típusonként, környezeti dohányzásnak való kitettség) vonatkozásában tudjuk összehasonlítani az adatokat. Mindezekon túlmenően a 2014-es kérdőívbe bekerültek új kérdések is, így például a dohányzás káros hatásaira vagy leszokásra biztató üzenetek észlelésére, a leszokási kísérletekre, vagy a dohányzást imitáló elektronikus termékek (e-cigaretta, e-szivar, e-pipa) használatára vonatkozó kérdés is – tekintettel annak fokozódó hazai elterjedtségére vonatkozó korábbi kutatási adatokra (5) – amelyek szintén nem használhatóak összevetés alapjául.

Fontosnak tartjuk itt definiálni, hogy az elemzés során „dohányzás” fogalma alatt a 2009-es és a 2014-es felmérés kérdőívében használt dohánytermék-kategóriák fogyasztását értjük, míg „e-cigarettahasználat” alatt a 2014. évi felmérés kérdőívében felsorolt dohányzást imitáló elektronikus termékek használatát.

²² Részletesebben: http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.htm#meta_update1472805901915

²³ Az Európai lakossági egészségfelmérés során alkalmazott tudományos statisztikai módszerekről és a mintavételi eljárásról bővebben: <http://www.ksh.hu/elef/celok.html>

²⁴ A keresztábra elemzés során Chi-négyzet próbát végeztünk a változók közötti összefüggés tesztelésére. Amennyiben a Chi-négyzethez tartozó $p < 0,05$, az a vizsgálati változók összefüggését jelzi. 2x2-es keresztábrák esetén a Phi értékét, ennél nagyobb táblák esetében a Cramer's V értékét vettük figyelembe az elemzés során, amelyek a változók közötti összefüggés erősségét mutatják (0–0,2: gyenge; 0,21–0,4: közepes erősségű; 0,41 és annál nagyobb érték erős összefüggést jelez a változók között).

²⁵ A 2009. évi kérdőívben a II/1–8. kérdések (http://www.ksh.hu/elef/archiv/2009/pdf/elef_kerdoiv_onki2.pdf), a 2014. évi kérdőívben a 92–104. kérdések (http://www.ksh.hu/elef/pdfs/elef2014_kerdoiv.pdf) vonatkoztak a dohányzásra.

5. Eredmények

5.1. A dohánytermék-fogyasztás²⁶ elterjedtsége a hazai 15 éves és idősebb lakosság körében

Az ELEF 2009. évi eredményei alapján a hazai 15 éves és idősebb lakosság több mint negyede cigarettázott napi rendszerességgel (10% legalább napi egy doboz cigarettát szívott, 16% pedig egy doboznál kevesebbet), 4,3%-uk alkalmasszerűen, 18%-uk leszokott már a dohányzásról és mintegy felük sohasem dohányzott. Azoknak a naponta dohányzóknak az aránya, akik nem cigarettáznak, elenyésző.

A 2014-es adatok alapján a naponta dohányzók és a leszokottak aránya ugyanannyi, mint öt évvel korábban, viszont többen vannak azok, akik sohasem dohányoztak. A két vizsgálati év között az alkalmi dohányzók és ezzel együtt az összes dohányzó gyakorisága viszont kismértékben csökkent. Összességében ezek a változások pozitív tendenciaként értékelhetők.

2009-ben az alkalmi dohányzók 30%-a dohányzott korábban napi rendszerességgel legalább 1 éven át (férfiak: 38, nők: 21%, Cramer's $V = 0,187$), azaz több mint kétharmaduk nem volt tartósan napi szinten dohányzó. A dohányzási gyakoriságok (a dohánytermékek fogyasztásának prevalencia-értékei) egyes kategóriáinak szocioökonómiai változókkal (életkor, iskolai végzettség, lakóhely/régió, gazdasági aktivitás) való kapcsolata csak nagyon gyenge szignifikáns összefüggéseket jelzett.

Az adatok nemi bontásával kapott eredményeket az 1. tábla tartalmazza. A férfiak mindkét vizsgálati évben valamennyi kategória tekintetében magasabb arányban dohányoztak, mint a nők. Cramer's $V = 0,126$, ami gyenge mértékű összefüggést jelez.

1. tábla

Dohányzási gyakoriságok nemek szerint

Dohányzási magatartás	2009			2014		
	férfi	nő	együtt	férfi	nő	együtt
Jelenleg dohányzik	35,9	25,9	30,6	33,5	22,2	27,5
Ebből:						
Naponta dohányzik	31,6	21,6	26,3	31,6	20,8	25,8
Alkalmi dohányzó	4,3	4,3	4,3	1,9	1,5	1,7
Leszokott	22,4	13,6	17,7	22,1	15,3	18,5
Sohasem dohányzott	39,3	57,2	48,8	44,4	62,4	54,0
Jelenleg nem dohányzik	61,7	70,8	66,5	66,5	77,8	72,5

A dohányzásra való rászakás életkorát is megkérdezték 2014-ben, amelyre adott válaszok alapján a hazai dohányzó lakosság 5,4%-a 14 éves kora előtt kezdett el dohányozni, közel kétharmaduk 14–18 éves kora között, míg 31%-uk felnőttkorában szokott rá erre a káros szenvedélyre. Háromtizedük próbált leszokni a dohányzásról az adatgyűjtést megelőző évben²⁷, és a harmaduknak orvos is tanácsolta, hogy szokjon le a dohányzásról.

A dohánytermékek fogyasztására vonatkozó 2009-es kérdés alapján a dohányzók többsége (86%) gyári cigarettát fogyaszt napi jelleggel, 13%-uk kézzel sodort cigarettát, míg a többi dohánytermék fogyasztása elenyésző mértékű volt. A kapcsolódó adatokat nemi bontásban a 2. tábla mutatja be. A 2009-es eredmények alapján nincs jelentős különbség a férfiak és nők napi dohánytermék-fogyasztási preferenciái között (Cramer's $V = 0,086$), míg a többi vizsgálatba bevont szocioökonómiai változóval (életkor, iskolai végzettség, lakóhely és gazdasági aktivitás) való kapcsolat csak nagyon gyenge szignifikáns összefüggéseket jelzett (Cramer's $V \leq 0,1$ minden esetben).

²⁶ Dohánytermék fogalma alatt az következőket értjük az elemzés során: gyári cigaretta, kézzel sodort cigaretta, szivar, szivarka, pipadohány, vízipipadohány, tubák, rágódohány (2009-ben csak a gyári cigaretta, a kézzel sodort cigaretta, a szivar, a pipadohány lett külön megkérdezve a kérdőívben a napi fogyasztás kapcsán, a többi terméket az „egyéb dohánytermék” kategóriába sorolhatták be).

²⁷ E két kérdés tekintetében csak gyenge szignifikáns különbségeket kaptunk a háttérváltozókkal való kapcsolat vizsgálata során.

2. tábla

**Az egyes dohánytermékeket naponta fogyasztó dohányzók aránya
nem szerint, 2009**

(%)			
Dohánytermék	Férfi	Nő	Együtt
Gyári cigaretta	84,2	88,7	86,2
Kézzel sodort cigaretta	14,4	10,4	12,6
Szivar	0,2	0,4	0,3
Pipadohány	0,8	0,0	0,4

A gyári cigarettát fogyasztók 38%-a naponta 10 szálnál kevesebbet, 50%-uk 11–20 szálát és 12%-uk 20 szálnál is többet szívott. (A kézzel sodort cigaretta napi fogyasztása is hasonló megoszlásokat mutatott, mint a gyári cigarettáé.) Az adatok nemi bontásával kapott eredmények összefüggés-elemzése alapján közepes erősségű a kapcsolat a válaszadók neme és az elfogyasztott napi gyári cigarettamennyiség között (Cramer's $V = 0,31$): a férfiak több gyári cigarettát fogyasztottak, mint a nők. Az életkorral közepes erősségű szignifikáns kapcsolatban áll az elfogyasztott napi szálmennyiség (Cramer's $V = 0,3$): az életkor előrehaladtával nő a naponta elfogyasztott szálmennyiség. A gazdasági aktivitás összefüggése a naponta átlagosan elszívott gyári cigaretta szálmennyiségével való közepes erősségű (Cramer's $V = 0,324$) kapcsolatot jelez. Kiemelendő itt, hogy a gyermekgondozási ellátásban részesülők nagyobb arányban (17,6%) szívnak napi 10 szál körüli mennyiséget, mint a többi kategóriába tartozók, míg a vállalkozóként dolgozók körében a leggyakoribb az erős dohányzás, akár napi 25 szál fogyasztása (23,4%).

2014-ben módszertani megfontolások alapján a dohánytermékek fogyasztására vonatkozó kérdéseket másképp fogalmazták meg: a cigaretta kivételével az egyes dohánytermékek fogyasztásának tényére kérdeztek rá a fogyasztási gyakoriság megjelölése nélkül. A 2009. évi eredményekhez hasonlóan a dohányzók többsége gyári (63%) és kézzel sodort (49%) cigarettát fogyasztott. Új jelenség, hogy két dohánytermék fogyasztása tekintetében is megfordultak a nemi arányok: 2014-ben gyári cigarettát és tubákot is szignifikánsan nagyobb (cigarettafogyasztás: Cramer's $V = -0,05$, tubákfogyasztás: Cramer's $V = -0,01$) arányban fogyasztották a nők, mint a férfiak (3. tábla).

3. tábla

**Az egyes dohánytermékeket fogyasztó dohányzók aránya
nem szerint, 2014**

(%)			
Dohánytermék	Férfi	Nő	Együtt
Gyári cigaretta	60,9	66,0	63,1
Kézzel sodort cigaretta	51,9	46,2	49,5
Szivar	2,0	0,4	1,3
Szivarka	3,7	0,7	2,4
Pipadohány	2,1	0,4	1,4
Vízpipa	2,7	1,4	2,2
Tubák	0,1	0,2	0,1
Rágódohány	0,2	0,2	0,2

Az iskolai végzettségnek közepes erősségű (Cramer's $V = 0,24$) szignifikáns kapcsolata mutatkozott a gyári cigaretta fogyasztásával: az alacsonyabb iskolai végzettségűek kisebb arányban fogyasztottak gyári cigarettát, mint a felsőfokú végzettséggel rendelkezők.

Az összesített 2014. évi eredmények alapján a dohányzóknak csak elenyésző töredéke nem cigarettázott, 1,4%-uk csak pipadohányt fogyasztott, további 0,3% csak egyéb terméket. A napi (gyári

és kézzel sodort) cigarettafogyasztás²⁸ tekintetében megállapítottuk, hogy 2014-ben a cigarettázók 45%-a legfeljebb 10 szál, 47%-uk napi 11–20 szál és 8,2%-uk napi 20 szálnál is több cigarettát szívott. A napi cigarettafogyasztás tekintetében közepes erősségű szignifikáns különbség van a férfiak és nők között, azaz a nők kevesebb cigarettát fogyasztottak naponta, mint a férfiak.

A 2009-es kérdőívben arra is rákérdeztek, hogy dohányzott-e a megkérdezett valaha napi vagy megközelítőleg napi rendszerességgel legalább egy éven keresztül. A válaszok alapján az alkalmilag dohányzó lakosság 28%-a dohányzott napi jelleggel legalább egy éven át: a férfiak, a középkorúak (35–64 évesek) és az érettséggel rendelkezők körében volt a legmagasabb ez az arány, de csak gyenge szignifikáns különbségeket (Cramer's $V < 0,2$) találtunk az egyes háttérváltozókval való kapcsolat vizsgálatakor. A fentiek alapján feltételezhető, hogy a korábban rendszeresen dohányzók döntő többsége is cigarettázott.

A 2014-es kérdőívben ezt a kérdést az alábbi módon fogalmazták át: „*Korábban naponta szívott cigarettát?*” Az alkalmi dohányzók 40%-a életében volt már olyan esztendő, amikor rendszeresen cigarettázott. Az egyes háttérváltozók szerinti vizsgálat alapján erre a kérdésre az iskolai végzettség alapján a főiskolai végzettségűek és az érettségi nélkül befejezett középiskolai végzettségűek (Cramer's $V=0,5$), gazdasági aktivitás alapján a nyugdíjasok és a rokkantsági ellátásban részesülők (Cramer's $V=0,36$), a lakóhely regionális elhelyezkedése alapján a nyugat-dunántúliak (Cramer's $V=0,3$) adtak legmagasabb arányban igenlő választ.

5.2. Dohányzást imitáló elektronikus termékek²⁹ használata a 2014. évi eredmények alapján

Tekintettel a dohányzást imitáló elektronikus termékek (e-cigaretta, e-szivar, e-pipa stb.) használatának fokozódó terjedésére, a 2014. évi kérdőívben új témaként jelent meg ezekre vonatkozóan a következő kérdés:

„*Az utóbbi időben elterjedt az e-cigaretta, e-szivar, e-pipa használata. Kérem, mondja meg, melyik állítás illik Önre a legjobban ezekkel kapcsolatban!*” Az előre megadott válaszkategóriák a használat gyakoriságán (soha nem használt/egy éven túl vagy belül használt/jelenleg is használja) túlmenően a nikotintartalmú vagy nikotinmentes folyadékok használatára is kitértek. A kapott válaszok alapján **2014-ben a lakosság 4%-a használt már élete során ilyen dohányzást imitáló elektronikus termékeket.** A részletes adatokat nem bontásban a 4. tábla tartalmazza. Az adatok elemzése során megállapítottuk, hogy az elektronikus termékek használata tekintetében nagyon gyenge szignifikáns különbség (Cramer's $V=0,05$) mutatkozott a két nem között: a férfiak nagyobb arányban használják ezeket, mint a nők.

4. tábla

A dohányzást imitáló elektronikus termékek használatának gyakorisági adatai nemi bontásban, 2014

Elektronikus termék használata	(%)		
	Férfi	Nő	Együtt
Soha nem használt	94,9	97,0	96,0
Már több mint egy éve nem használ	3,6	2,0	2,8
Kevesebb mint egy éve nem használ	0,6	0,5	0,6
Jelenleg nikotintartalmút használ	0,5	0,2	0,3
Jelenleg nikotinmenteset használ	0,4	0,3	0,3

²⁸ A 2014-es kérdőív a naponta elfogyasztott mennyiség tekintetben nem különítette el a gyári és a kézzel sodort cigarettát így az eredményeket sem lehet időben összevetni.

²⁹ Dohányzást imitáló elektronikus termékek fogalma a 2014. évi felmérésben: e-cigaretta, e-pipa, e-szivar. (2009-ben nem volt elektronikus termékek használatára vonatkozó kérdés a kérdőívben.)

Az iskolai végzettség alapján az érettségi nélkül befejezett középiskolai végzettségűek (8,0%), életkor alapján a 18–34 évesek (6,0%), regionális bontásban az Észak-Magyarországon élők (5,3%), gazdasági aktivitás alapján a magukat munkanélkülinek vallók (7,3%), míg a családi állapot alapján az egyedülálló elváltak vagy nőtlenek/hajadonok körében (5,2%) volt a legmagasabb azok aránya, akik már használtak ilyen eszközöket. A felsorolt háttérváltozókkal való kapcsolat elemzése alapján csak nagyon gyenge szignifikáns különbségeket találtunk az elektronikus termékek használati gyakorisága tekintetében. További változókkal (alkoholfogyasztás, társas támogatottság) való kapcsolat vizsgálata alapján elmondható, hogy a magukat nagyívónak vallók (15%), valamint az alacsony társas támogatottságúak (5,7%) körében magasabb értékű volt ezeknek a termékeknek a használati gyakorisága, a kapcsolat erőssége azonban minden esetben gyenge (Cramer's $V < 0,2$) volt.

Az elektronikus termékek egyre fokozódó elterjedtségének vizsgálata céljából érdemes elemezni a különböző dohányzási kategóriába tartozók körében az elektronikus termékek használatára vonatkozó adatokat is, amelyet az 5. tábla mutat be részletesen. A táblázat adatai alapján a dohányzást imitáló elektronikus termékek használata a naponta dohányzók körében a legmagasabb és a sohasem dohányzók körében a legalacsonyabb, a két változó közötti kapcsolat szignifikáns, a kapcsolat erőssége gyenge (Cramer's $V = 0,135$).

5. tábla

**A dohányzást imitáló elektronikus termékek használata
a hazai dohányzó lakosság körében, 2014**

					(%)
Elektronikus termékek használata	Dohányzási kategória				
	naponta	alkalmilag	leszokott	sohasem dohányzott	
	dohányzik				
Soha nem használt	89,2	92,4	95,0	99,7	
Jelenleg nem, de korábban már használt	9,2	6,1	4,2	0,1	
Jelenleg nikotintartalmút használ	0,8	0,0	0,4	0,1	
Jelenleg nikotinmenteset használ	0,7	1,4	0,4	0,1	

Gyenge erősségű összefüggés van a napi cigarettafogyasztás mértéke és az e-cigaretta használata között: azoknak a naponta dohányzóknak, akik 20 szálnál is több cigarettát szívnak el, 2,1%-a használ valamilyen dohányzást imitáló elektronikus terméket, szemben azokkal, akik kevesebb cigarettát szívnak naponta (1,4%) (Cramer's $V = 0,15$). Az is jellemző továbbá, hogy az elektronikus termékek használata inkább a cigarettázók körében elterjedt jelenség, a pipadohányt és egyéb dohányterméket fogyasztók körében nem jellemző a használatuk. Az egyes szociodemográfiai változókkal való kapcsolat vizsgálata nem mutatott szignifikáns különbségeket.

5.3. A környezeti (passzív) dohányzás jellemzői

A passzív vagy más néven környezeti dohányzásnak való kitettség mértékéről mindkét vizsgálati évben megkérdezték a válaszadókat. A két vizsgálati évben némiképp eltérő módon tették fel az ezekre vonatkozó kérdéseket: 2009-ben 3 kérdés vonatkozott arra, hogy a válaszadó otthonában, közterületen/közlekedési eszközön és munkahelyén milyen gyakran van kitéve mások dohányfüstjének. A válaszkategóriák egy napon belül meghatározott időmennyiségek voltak. 2014-ben a kérdés annyiban módosult, hogy a válaszadók otthonán belüli és otthonán kívüli (zárt légtérben) dohányfüstnek való kitettségének gyakoriságára kérdeztek rá, továbbá a válaszkategóriák is változtak. Ezen túlmenően azt is feltették, eldöntendő kérdésként, hogy „Előfordult Önnel az elmúlt 30 napban, hogy munkahelyén, Önnel egy helyiségben mások dohányoztak?” A két vizsgálati év adatai az eltérő módszertani megoldások miatt csak korlátozottan összevethetőek, de az egyes vizsgálati évek eredményeinek bemutatása mindenképpen indokolt a nemdohányzók védelmét szolgáló jogszabályi változtatások hatásainak megítélése miatt is.

A 2009. évi felmérés eredményei alapján a hazai lakosság **78%-ának soha vagy szinte soha nem kellett elviselnie otthonában dohányfüstöt**, míg 9,5%-uk kevesebb mint napi 1 órát, 7,7%-uk napi 1–5 órát, és 5%-uk napi 5 óránál is többet töltött dohányfüstös környezetben saját otthonában (zárt légtérben). A kérdéskörnek az egyes szociodemográfiai változókkal csak nagyon gyenge szignifikáns kapcsolata van. Közepes erősségű szignifikáns kapcsolatot (Cramer's $V=0,29$) találtunk a dohányzási szokások és az otthoni passzív dohányzásnak való kitettség között, amelynek alapján a jelenleg dohányzók nagyobb arányban vannak kitéve környezeti dohányfüstnek saját otthonukon belül, mint a nemdohányzók. A naponta dohányzók 49%-ának a jelenlétében dohányoznak mások a saját otthonában, míg a nemdohányzók esetében ez az arány 12% volt.

A hazai lakosság **70%-ának soha vagy szinte soha nem kellett elviselnie otthonán kívül (például bár, étterem, bevásárlóközpont, stadion, játékterem, közlekedési eszközök) dohányfüstös környezetet**³⁰, míg 23%-uk kevesebb mint napi 1 órát, 5,4%-uk napi 1–5 órát és 1,7%-uk napi 5 óránál is többet töltött dohányfüstös környezetben. A kérdéskörnek az egyes szociodemográfiai változókkal csak gyenge szignifikáns kapcsolata van (Cramer's $V<0,2$). Ezek közül kiemelendő a dohányzási szokások és az otthonon kívüli passzív dohányzásnak való kitettség közötti összefüggés, amely szerint a naponta dohányzók (44%) nagyobb arányban vannak kitéve a környezeti dohányfüstnek otthonukon kívül, mint a nemdohányzók (24%).

A 2009-es felmérés eredményei alapján a hazai lakosság **16%-a volt kitéve munkahelyén a környezeti dohányfüstnek**, a többség (52%) azt nyilatkozta, hogy „nem dolgozik/nem dolgozik zárt helyen”, 31%-uk pedig soha nincs kitéve a passzív dohányzásnak munkahelyi környezetben. A szociodemográfiai változókkal és a dohányzási magatartással való összefüggések közül csupán két közepes erősségű szignifikáns különbséget találtunk:

- A 18–64 év közöttiek körében magasabb volt a munkahelyi passzív dohányzásnak való kitettség (a 18–34 évesek körében 32, míg a 35–64 évesek körében 66% azok aránya, akik soha nincsenek kitéve a munkahelyi passzív dohányzás ártalmainak), mint akár a fiatalabb (15–17 évesek: 0%), akár az idősebb korosztályba tartozók között (65 évesek és idősebbek: 1,1%), ami gazdasági aktivitásukkal, illetve a munkaerőpiacon való eltérő intenzitású részvételükkel magyarázható.³¹

- A felsőfokú végzettségűek körében a legritkább a munkahelyi passzív dohányzás (13%), míg az érettségi nélküli középszkolai végzettségűek körében a legmagasabb (25%).

A 2014-es válaszok alapján a hazai lakosság **85%-a soha nem volt kitéve otthonában passzív dohányzásnak**, míg 3,9%-uk ritkábban mint hetente, 3,2%-uk hetente többször, 2,3%-uk naponta kevesebb mint 1 órát, és 6,0%-uk naponta 1 óránál többet töltött dohányfüstös környezetben saját lakásában. A kérdéskörnek az egyes szociodemográfiai változókkal és a dohányzási magatartással való összefüggései közül a következő szignifikáns különbségeket találtuk:

- Az iskolai végzettséggel gyenge szignifikáns különbségeket találtunk, az általános iskola 8 osztályát végzetek inkább vannak kitéve az otthoni környezeti dohányfüstnek (24%), mint a magasabb iskolai végzettségűek (főiskolát végzetek: 7,4%, egyetemi végzettségűek: 5,6%). (Cramer's $V=0,1$)

- A gazdasági aktivitás kapcsán megállapítható, hogy az alkalmi munkából élők (45%) és a munkanélküliek (31%) nagyobb mértékben vannak kitéve a környezeti dohányfüstnek, mint a többi gazdasági aktivitású kategóriába tartozó válaszadók. (Cramer's $V=0,1$).

- A dohányzási magatartás alapján a napi rendszerességgel dohányzók nagyobb arányban (38%) szenvednek a passzív dohányzástól, mint a nemdohányzók (7,4%). (Cramer's $V=0,22$).

A lakosság **négyötöde soha nincs kitéve otthonán kívül a passzív dohányzásnak**, míg 11%-uk ritkábban mint hetente, 4,7%-uk hetente többször, 1,7%-uk naponta kevesebb mint 1 órát, és 2,3%-uk naponta 1 óránál többet töltött dohányfüstös környezetben. A kérdésnek a különböző szociodemográfiai változókkal és a dohányzási magatartással való összefüggései közül a következők közepes erősségűek

³⁰ Fontos itt hozzáfűzni, hogy a 2009. évi felmérés időpontja megelőzte a nemdohányzók védelméről szóló törvény 2012. 01.01.-től hatályba lépett módosítását, amely jelentős mértékben korlátozta a közterületeken való dohányzást.

³¹ Ugyanez a helyzet a gazdasági aktivitás tekintetében is: a gazdaságilag aktív alkalmazottak és a vállalkozók körében volt csak értelmezhető ez a kérdés, ezért erre csak az általuk adott válaszok voltak értelmezhetőek.

- A 18–34 évesek ötször nagyobb arányban (32%) voltak kitéve az otthonukon kívül környezeti dohányfüstnek, mint a 65 évesek és idősebbek (6,2%), míg a 35–64 évesek 18%-os arányban szenvedtek az otthonukon kívüli passzív dohányzástól. (Cramer's $V=0,14$).

- Az alkalmi munkából élők (41%) és a munkanélküliek (38%) nagyobb mértékben voltak kitéve a környezeti dohányfüstnek, mint a többi gazdasági aktivitási kategóriába tartozók. (Cramer's $V=0,12$).

- A dohányzási magatartás alapján a napi rendszerességgel dohányzók nagyobb arányban (36%) szenvedtek a passzív dohányzástól az otthonukon kívül zárt tereken belül, mint a nemdohányzók (13%). (Cramer's $V=0,16$).

A munkahelyi környezetben való környezeti dohányfüstnek való kitettségére vonatkozó 2014. évi kérdésre adott válaszok elemzése alapján az alábbi következtetésekre jutottunk:

- **A lakosság 14%-a volt kitéve a kérdezést megelőző hónap során passzív dohányzásnak a munkahelyén,** 53%-uk pedig nem szenvedett ilyen helyzettől (további 0,6% otthon dolgozik, míg 32% nem dolgozik).

- A munkahelyi passzív dohányzás az iskolai végzettséggel gyenge szignifikáns kapcsolatban áll, a szakiskolai végzettségűek voltak leggyakrabban kitéve munkahelyi környezeti dohányfüstnek (19%), és az egyetemi/doktori fokozattal rendelkezők a legritkábban (10%). A 8 általánost vagy annál kevesebb osztályt végzettek 12, az érettségizettek 14%-a érintett e tekintetben. (Cramer's $V=0,18$).

A 2009-es és 2014-es eredmények alapján – bár időbeli tendenciák vizsgálatára még nem alkalmas mindössze 2 vizsgálati év eredményeinek összevetése – az látszik, hogy **mind az otthoni, mind az otthonon kívüli zárt terekben, mind a munkahelyi környezetben csökkent a hazai lakosság passzív dohányzásnak való kitettsége a két felmérés között eltelt időszak alatt, ahogyan azt a 6. táblázat adatai is jelzik.**

6. tábla

**A passzív dohányzásnak való kitettség alakulása
az egyes vizsgálati években**

Passzív dohányzásnak való kitettség	2009	2014
Otthon	22,2	15,4
Otthonon kívüli helyeken	30,1	19,7
A munkahelyen	16,0	14,4

(%)

5.4. A dohányzás egészségkárosító hatásával kapcsolatos vagy leszokásra biztató médiaüzenetek érzékelése a 2014. évi eredmények alapján

A 2014. évi felmérés során arról is megkérdezték a hazai lakosságot, hogy az elmúlt hónap során láttak-e a dohányzás káros hatásait bemutató, illetve a dohányzásról való leszokásra biztató üzeneteket a médiában (újságban, interneten és a televízióban). A válaszok alapján **a lakosság fele látott ilyen üzenetet az újságokban/magazinokban (51%), illetve a televízióban (54%), míg több mint harmaduk (36%) az interneten találkozott ezekkel a médiaüzenetekkel.** Az egyes szociodemográfiai változók és a dohányzási magatartás szerint történő elemzés alapján nem találtunk jelentősebb szignifikáns különbségeket ebben a kérdéskörben. Néhány esetben közepes erősségű szignifikáns kapcsolat volt tapasztalható: a fiatalabb (15–34 éves) korosztályokhoz tartozók körében gyakrabban fordul elő, hogy az interneten találkoznak ilyen jellegű médiaüzenetekkel (Cramer's $V=0,29$). A televíziós médiaüzenetek érzékelése Közép-Magyarországon a legalacsonyabb (45%) (Cramer's $V=0,15$), továbbá a legmagasabb befejezett iskolai végzettség szerint a szakiskolai végzettségűek körében (62%) a legmagasabb (Cramer's $V=0,12$). Mindez összefügghet azzal a ténnyel is, hogy a felsorolt rétegek körében egyébként is magasabb az internethasználati vagy a televíziózási gyakoriság, bár erre vonatkozó kérdés nem szerepelt a kérdőívben, így ezt a magyarázó változót nem tesztelhetjük.

6. Összefoglalás

Az utóbbi években jelentős előrelépések történtek hazánkban a dohányzás visszaszorításával összefüggő jogszabályalkotás területén. A nemdohányzók védelméről szóló törvény módosítása, a zárt légterű és egyes nyílt légterű közforgalmú helyeken a dohányzás teljes korlátozása 2012. január 1-jén lépett hatályba, az elektronikus cigaretták ugyanezen helyeken történő használatára vonatkozó korlátozás pedig 2016. május 20-tól lépett hatályba. Ez a WHO és más szakmai szervezetek által is javasolt egyik legeredményesebb eszköz a dohányzás és a passzív dohányzás visszaszorítására, valamint a dohányzást imitáló elektronikus termékek használatának ésszerű korlátozására. Ezt követte a fiatalkorúak dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről szóló törvény, ami a kiskereskedelmi eladási helyek számának drasztikus csökkentésével, a 18 év alattiak hozzáféréseinek ellenőrzését tette hatékonyabbá. Az egységes csomagolás is bevezetésre kerül Magyarországon, ami a világon csak néhány országban sikerült. A 2016. április 30. után regisztrált és 2016. augusztus 20. előtt már forgalomba hozott új márkájú és új alfajú cigarettát, illetve cigarettadohányt 2018. május 20-tól, azon termékeket viszont, amelyeket 2016. április 30. után regisztráltak, de csak 2016. augusztus 20. után hoztak/hoznak forgalomba, már türelmi idő nélkül csak olyan csomagolásban lehet forgalmazni, amelyen nincs márkajelzés, illetve védjegy. 2019. május 20-tól már minden cigaretta és cigarettadohány csak egységes csomagolásban kerülhet a polcokra. Ezek az intézkedések Magyarországot példává tették a világ számára és elősegítették a dohányzás visszaszorítását célzó intézkedések kiteljesedését.

A dohánytermékek fogyasztása, valamint a nikotint tartalmazó dohányzást imitáló elektronikus termékek használata függőséget alakíthat ki. 2011 óta, a kormányzati intézkedések nyomán nagy lendületet kapott a dohányzásról történő leszokás támogatásának ügye is, ami egyaránt fontos a dohányzás visszaszorításában és a dohányzással kapcsolatos ártalmak csökkentésében. 2013-ban pályázati források lehetővé tették a dohányzásról leszokást támogató módszertani központ létrehozását, amely a szakmai irányelv gondozásával, továbbképzések szervezésével, kutatások koordinálásával, aktív, leszokást támogató tevékenységével koordinálja országosan is ezt a munkát. 2014-ben a leszokás támogatása országos hálózattá fejlődhetett: 86 tüdőgondozóban kezdődhetett meg a csoportos leszokás támogatása, és ezeken a helyeken a csoportos és az egyéni leszokás támogatása is hozzáférhető országszerte. A leszokás korábban megszervezett telefonos támogatásával (call center) így teljessé válhatott Magyarországon a leszokás segítésének valamennyi szakmailag bizonyított módszere, amelyek nemzeti egészségbiztosítási támogatással működnek. A jogszabályi változások kapcsán megvalósított intézkedések eredményességét támaszthatja alá, hogy összevetve a vizsgálati évek vonatkozó kutatási adatait, főként a magasabb iskolai végzettségűeknek, az idősebb korosztályba tartozóknak és a rosszabb egészségi állapotban lévőknek csökkent a dohányzási kedve, esetleg fel is hagytak ezzel a káros szenvedéllyel.

A dohányzás visszaszorítására tett intézkedések pozitív hatását az ELEF 2009. és 2014. évi kutatási eredményei igazolni látszanak, mind a dohányzási gyakoriságokban, mind a passzív dohányzásnak való kitettség mértékében a statisztikai adatok csökkenést jeleznek. Az ELEF 2009-es és 2014-es felmérései során jelentős mértékben átalakult a dohányzási szokásokra vonatkozó kérdéscsoport, az eredmények időbeli összevetésére csak nagyon korlátozottan volt lehetőségünk, ezért csak néhány kérdés esetében (pl. dohányzási prevalencia, napi szinten fogyasztott dohánytermék mennyisége típusonként, környezeti dohányzásnak való kitettség) tettük meg az adatok összehasonlítását. A 2014-es kérdőívbe bekerültek új kérdések is (pl. a dohányzás káros hatásaira vagy leszokásra biztató üzenetek észlelésére, a leszokási kísérletekre, vagy a dohányzást imitáló elektronikus termékek használatára vonatkozó kérdések), amelyek jelen elemzésben nem voltak használhatóak időbeli összevetés alapjául. Kiemelhető a dohányzási prevalencia alakulását illetően, hogy a 2014-es adatok alapján a naponta dohányzók és a leszokottak aránya közel ugyanannyi, mint öt évvel korábban, viszont 2014-ben többen voltak azok, akik sohasem dohányoztak. A dohányzási gyakoriságok egyes kategóriáinak szocioökonómiai változókkal való kapcsolata többségében csak nagyon gyenge szignifikáns összefüggéseket jelzett.

A két vizsgálati év között az alkalmi dohányzók és ezzel együtt az összes dohányzó gyakorisága is mértékben csökkent. A két vizsgálat eredményei alapján jól látszik, hogy mind az otthoni, mind az otthonon kívüli zárt terekben és a munkahelyi környezetben is csökkent a hazai lakosság passzív dohányzásnak való kitettsége.

Összességében ezek a változások pozitív tendenciaként értékelhetők, alátámasztva egyaránt a nemdohányzók védelméről szóló törvény 2012. január 1-jén hatályba lépett módosításának és a trafikttörvénynek a hatásosságát.

A fogyasztott dohánytermékek napi gyakorisága terméktípusonként eltérő változásokon ment át: jól látható módon csökkent a gyári cigaretta fogyasztásának mértéke, ezzel együtt azonban a napi fogyasztás mértéke emelkedett mind a kézzel sodort cigaretta, mind a szivar és pipadohány esetében. Így ezzel kapcsolatban a jövőben további adó- és árpolitikai intézkedések és jogszabályozási feladatok hárulnak a döntéshozókra. Az elemzés „Háttér” című fejezetében ismertetett statisztikai adatok is azt jelzik, hogy szükség van még hatékony beavatkozásokra és intézkedésekre ezen a területen. Nemzetközi tapasztalatok is alátámasztják, hogy a dohányzás visszaszorítása hosszú évtizedek munkája, amely az egymásra épülő beavatkozások végrehajtását követően válik mérhetően is sikeressé.

Az elmúlt időben számos olyan hatékony beavatkozás valósult meg Magyarországon, amelyek elősegítették a felnőtt lakosság dohányzási szokásainak pozitív irányú változását. Ahhoz, hogy valóban jelentős változásokat érjünk el a hazai lakosság dohányzásának visszaszorítása területén, a jogszabályi intézkedéseket egyéb beavatkozásokkal, pl. bizonyítottan hatásos megelőzési programokkal, valamint kommunikációs kampányokkal célszerű kiegészíteni. Ismert tény³², hogy a felnövekvő generációk naponta dohányzó fiataljai nagyobb eséllyel maradnak felnőttként is rendszeres dohányosok. Így lényeges, hogy olyan szociális készségekre és kompetenciákra irányuló, komplex megelőzési programokat dolgozzunk ki és alkalmazzunk, amelyek megfelelnek a legújabb egészségmagatartás megváltoztatására vonatkozó elméleteknek, valamint magukban foglalják a legújabb jó gyakorlatok eredményeit.

A dohányzás visszaszorításának egyik legfontosabb nemzetközi dokumentuma az Egészségügyi Világszervezet Dohányzásellenőrzési Keretegyezménye.³³ A keretegyezmény magába foglal minden olyan beavatkozást, szakpolitikát, amely hatékonyan elősegíti a dohányzás visszaszorítását. A keretegyezmény 12. cikke fogalmaz meg ajánlást az oktatás, képzés és lakossági tudatosság témájában.

Az USA-beli Center of Diseases Control (CDC) 2014-es ajánlása³⁴ szerint a dohányzás visszaszorításának leghatékonyabb módja egy olyan átfogó dohányzás-visszaszorításra irányuló program, amelyen keresztül dohányfüstmentes szabályozásokat alkotnak, társadalmi elvárások alakulnak ki, ez elősegíti a leszokást és megelőzi a rászokást. Kutatások bizonyítják az átfogó dohányzás visszaszorítási programok hatékonyságát, amelyek részét képezik olyan szabályzások és törvények, amelyek elősegítik a nemdohányzók védelmét, a leszokástámogatás vagy a rászokás megelőzését. Az ajánlás 5 pontot határoz meg az átfogó dohányzás-visszaszorítás programjaként:

- társadalmi és közösségi szintű beavatkozás,
- országos egészségkommunikációs kampányok,
- leszokás támogatása,
- felügyelet és értékelés,
- megvalósításhoz szükséges adminisztrációs és menedzsmentrendszer.

Bizonyított, hogy a képekkel kombinált figyelmeztetések elhelyezése a csomagoláson, az egységes csomagolás bevezetése, a dohánytermékek reklámjának tiltása, a tömegkommunikációs eszközökön keresztüli kampányok és a dohánytermékekhez való hozzáférés korlátozása szintén segítheti a fiatalok rászokásának megelőzését. Fontos megjegyezni, hogy a beavatkozások együttes hatása nagyobb, mint külön-külön, azaz a komplex beavatkozás segíti a dohányzás megkezdésének csökkentését.

A dohányzás átfogó visszaszorítási programjának a célja, hogy megelőzze a fiatalok és fiatal felnőttek rászokását, elősegítse a leszokást fiatalok és felnőttek körében egyaránt, a passzív dohányzásnak való kitettség felszámolását, valamint azonosítsa és megszüntesse a társadalom különböző rétegeiben fennálló dohányzással összefüggő egyenlőtlenségeket. A hatásos programoknak tartalmazniuk kell a dohányter-

³² Forrás: Demjén T. (szerk.): Dohányzás visszaszorítása 2016. (64. o.)

(http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzas_visszaszoritasa_2016_dohanyzas_fokuszpont.pdf, letöltve 2018. 01. 29.)

³³ 2005. évi III. törvény az Egészségügyi Világszervezet Dohányzásellenőrzési Keretegyezményének kihirdetéséről;

(http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/2005_III_torveny_EVSZ_DK_kihirdetesrol.pdf, letöltve: 2017.11.28.)

³⁴ Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs; CDC; 2014

(http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/pdfs/2014/comprehensive.pdf letöltve: 2017.05.28.)

mékek árának növelését, átfogó dohányfüstmentességre irányuló politikákat, valamint támogatnia kell egészségkommunikációs kampányokat, és elérhetővé kell tennie a leszokást elősegítő rendszert minden dohányzó számára.

A fentiek megvalósításában lényeges a politikai döntéshozók, a népegészségügyi szakemberek és a nem állami szakmai szervezetek együttműködése, ez a közös tevékenység a lakosság véleményének a figyelembevételével, valamint formálásával hozhat megfelelő népegészségügyi eredményt, a lakosság egészségi állapotának javulását. Magyarországon mind a felnőttek, mind a fiatalok dohányzási szokásaira, valamint a dohányzást imitáló elektronikus termékek használatára vonatkozóan rendelkezésre állnak megbízható statisztikai adatok, ezek rendszeres időközönként történő frissítése elengedhetetlen ahhoz, hogy nyomon követhessük, monitorozhassuk a dohányzás visszaszorításának területén végzett tevékenységek eredményességét.

Irodalom

1. Forrás: WHO honlap, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255874/1/9789241512824-eng.pdf?ua=1&ua=1>: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017. (letöltés dátuma: 2017.11.11.)
2. Forrás: WHO honlap, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf?ua=1: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013. (letöltés dátuma: 2017.07.27.)
3. Forrás: . WHO Regional Office for Europe honlap, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/288645/European-health-report-2015-full-book-en.pdf: The European Health Report, 2015. (letöltés dátuma: 2017. 07. 28.)
4. Forrás: European Commission, Directorate-General Health and Consumers: Special Eurobarometer 385- Attitudes of Europeans towards Tobacco. May 2012, http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf (letöltés dátuma: 2017.07.27.)
5. Forrás: http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/17_evnel_idosebb_lakossag_dohanyzas_felmeres_II_honlapra_20140128_v2.pdf (letöltés dátuma: 2017. 09. 04.)
6. Forrás: KSH honlap, https://www.ksh.hu/elef/archiv/2009/pdf/elef_kerdoiv_onki2.pdf (letöltés dátuma: 2017.07.27.)
7. Forrás: KSH honlap, https://www.ksh.hu/elef/pdfs/elef2014_kerdoiv.pdf (letöltés dátuma: 2017.07.27.)

Bíró Éva–Kósa Karolina

**A hátrányos helyzetű magyar lakosság
mentális egészségének jellemzése***

* A tanulmány elkészítését a GINOP-2.3.2-15-2016-00005 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Regionális Fejlesztési Alap társfinanszírozásával valósult meg.
Az ábrák készítésében közreműködött Somogyi Gergő.

1. Bevezetés

Az Európai Unió egészségre vonatkozó kompetenciáit lényegesen bővítette az 1997-ben aláírt és 1999-ben hatályba lépett Amszterdami Szerződés, amelynek 152. cikke szerint valamennyi közösségi politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét.¹ A rendelkezés végrehajtása érdekében az 1995-ben megalakított Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság hatáskörét az Amszterdami Szerződés hatályba lépésének évében kibővítve létrehozták az Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóságot (Health and Consumer Protection Directorate-General – DG SANCO²).

Az új főigazgatóság feladatai közé tartozott egyebek között olyan egészséginformációs rendszer kialakítása, amely a tagállamok lakosságának egészségi állapotáról rendszeresen megbízható és összevethető adatokat szolgáltat.³ A munkát jelentősen segítette az 1990-es évek közepén elindított Health Monitoring Programme (HMP), amelynek célja azon egészségváltozók meghatározása volt, amelyeket minden tagállamnak rendszeresen gyűjtenie és szolgáltatnia kell. A kidolgozást igénylő mutatók között már a program kezdetén szerepelt – az egészségi állapotot, demográfiai helyzetet, stb. jellemző mutatók mellett – a deprivációt jellemző mutatók csoportja is.⁴ A populációs egészségi állapot nyomon követésére alkalmas EU információs rendszer kidolgozása 2012-re fejeződött be.⁵ A rendszer (European Core Health Indicators, ECHI) 88 alapvető, országok közti összehasonlításra alkalmas népegészségügyi indikátort tartalmaz⁶, amelyeket az EU statisztikai főigazgatósága, az Eurostat gyűjt és tesz közzé.⁷

Az ECHI-indikátorok közé tartozó, de rutinszerűen nem gyűjtött adatok egységes módszertani előállítására érdekében került sor az első Európai egészségfelmérésre (*European Health Interview Survey, EHIS1*) 2006–2009 közt, amelyben a tagországok önkéntesen vettek részt. Ez a felmérés hazánkban 2009-ben történt, Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) néven.⁸ A második, a tagállamok számára kötelező felmérésre (EHIS2) 2014-ben került sor Magyarországon, ennek adatai alapján készült a jelen elemzés.

1.1. A mentális egészség hazai vizsgálatai

Az elmúlt két évtizedben négy alkalommal készült átfogó, explicit egészségkonceptióra alapozott, és nemzetközi összehasonlításra alkalmas módszertannal, ágazati támogatással végzett egészségfelmérés Magyarországon (OLEF2000, OLEF2003, ELEF2009, ELEF2014). A 2000-ben és 2003-ban végzett országos lakossági egészségfelmérések megtervezése és kivitelezése hazánkban még az Európai Unióhoz történt csatlakozása előtt, de annak reményében, az akkor már zajlott európai egészségmonitorozási programhoz (HMP) kapcsolódva történt. Mindkét felmérés eszköztárában szerepelt a mentális egészség vizsgálatára alkalmas General Health Questionnaire 12 tételes változata (GHQ-12), amellyel a mentális funkcionáltságcsökkenéssel jellemezhető arányát lehetett megállapítani. Ezen túlmenően a 2000. évi felmérésben négy kérdés vonatkozott az öngyilkossággal kapcsolatos gondolatokra, amelyek alapján az öngyilkossági kockázat szempontjából veszélyeztetettekre lehetett becslést tenni.⁹ A 2003. évi felmérésben az öngyilkosságra vonatkozó kérdések már nem szerepeltek, viszont három kérdés a szorongás vagy depresszió fennállására vonatkozott, amelyek alapján ezek életprevalenciájára (diagnózissal vagy

¹ Mossialos E., McKee M.: The Amsterdam Treaty and the future of European health services. *J Health Serv Res Policy* 1998;3(2):65–66. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/135581969800300201>

² A DG SANCO 2015-ben átalakult Health and Food Safety – DG SANTÉ néven, amely szervezet fő célja a közegészség védelme és javítása, a biztonságos és egészséges európai élelmiszerek biztosítása, a mezőgazdasági állatállomány egészségének és jóllétének, valamint a növények és az erdők egészségének a védelme.

³ Clemens T. et al: The Directorate-General for Health and Consumers 1999–2014: an assessment of its functional capacities. *Health Policy* 2017;121(6):594–603. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.03.018>

⁴ Programme of Community action on health monitoring. Draft work programme 1998–1999.

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/previous_programme/monitoring/monitor_wpgm99_en.pdf

⁵ Verschuuren M. et al: Public health indicators for the EU: the joint action for ECHIM (European Community Health Indicators & Monitoring). *Arch Public Health* 2013;71(1):12. doi: 10.1186/0778-7367-71-12

⁶ Evaluation of the use and impact of the European Community Health Indicators ECHI by Member States. Final Report, August 2013. European Commission https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/indicators/docs/echi_report_v20131031.pdf

⁷ Eurostat. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/overview>

⁸ Európai lakossági egészségfelmérés 2009. <http://www.ksh.hu/elef/archiv/2009/index.html>

⁹ Országos lakossági egészségfelmérés 2000. Kutatási jelentés. Országos Epidemiológiai Központ 2002.

anélkül), illetve az előző évi prevalenciájára lehetett következtetni, nem téve különbséget a két zavar között. Hátrányos helyzetűekre vonatkozó szisztematikus elemzés egyik esetben sem történt, az összefüggés-elemzések általában vizsgálták a társadalmi-gazdasági tényezők magyarázó szerepét a mentális egészséget jellemző változókkal összefüggésben.

A 2009. évi ELEF mentális egészségre vonatkozó kérdései között az OLEF vizsgálatok fenti eszközei már nem szerepeltek, hanem az SF36-ból származtatott, a pszichés distressz mérésére alkalmas Mental Health Inventory 5 iteme (MHI-5), valamint a pszichés jóllétet mérő energia és vitalitás index (EVI) 4 tétele került be generikus skálaként.¹⁰ Ezen kívül a krónikus szorongásra, a krónikus depresszióra, valamint az egyéb pszichés, mentális problémákra egyenként 3, összesen tehát 9 kérdés vonatkozott, amelyekből élettartam-prevalenciára, előző évi prevalenciára és a betegség orvos által történt megállapítására lehetett következtetni.¹¹ Az MHI-5- és EVI-skálák eredményeit Kopp és Mészáros elemezte a demográfiai mutatók mellett iskolázottság, gazdasági aktivitás és települési népsűrűség szerint.¹² A krónikus szorongás, a krónikus depresszió és az egyéb mentális problémák elemzése kor, nem, iskolázottság és egészségmagatartási jellemzők függvényében Tistyán és munkatársai tanulmányában található.¹³ Mindkét tanulmány rámutatott a jó mentális egészség és a magasabb iskolázottság közti kapcsolatra.

Az EHIS1 mentális egészségmoduljával kapcsolatban Európa-szerte felmerült módszertani problémák miatt¹⁴ a 2014. évi ELEF mentális egészségpanelje ismét változott. Az előző 12 hónapban fennállt depresszióra, valamint az egyéb pszichés problémákra vonatkozó két kérdés megmaradt, de kikerült a teljes élettartamra vonatkozó előfordulásukat mérő, valamint a szorongásra vonatkozó összes kérdés. A korábbi generikus skálák helyett a Brief Patient Health Questionnaire¹⁵ depressziómodulja¹⁶ került be – az öngyilkosságra vonatkozó utolsó kérdés nélkül – az előző két hétben fennállt panaszokra kérdezve, amely alapján a depresszív tünetek, illetve major depresszió kockázata becsülhető. Ez a blokk nem hasonlítható a 2009. évi felmérésben használt generikus skálákhoz.¹⁷

Megemlítendő a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete által 1988 óta végzett Hungarostudy vizsgálat, amely a depresszió szempontjából veszélyeztetettekkel kapcsolatosan szolgáltat longitúdínális adatokat.¹⁸ Az alkalmazott eszköz azonban különbözik az ELEF2009 és ELEF2014 eszközeitől, így a Hungarostudy és az ELEF depresszióra vonatkozó eredményei közvetlenül nem vethetők össze.

Az egészségi állapot és jóllét populációs különbségeit jelentős részben társadalmi, gazdasági és politikai tényezők magyarázzák, amint azt az Egészségügyi Világszervezet 2008. évi átfogó riportja¹⁹ bemutatta (1. ábra). Az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek közvetlen hátterében álló eltérő anyagi körülmények, társas kohézió, pszichoszociális és magatartási, valamint biológiai tényezők mögött ott sorakoznak a társadalmi pozíciót meghatározó tényezők (iskolázottság, foglalkozás, jövedelem, nem, etnikai hovatartozás), amelyek közül az első háromra döntő befolyást gyakorol az a társadalmi-politikai környezet, amely a populáció élet-, munka- és lakáskörülményeit, értékeit és normáit alakítja.

¹⁰ ELEF2009 alapkérdőív 51. kérdés http://www.ksh.hu/elef/archiv/2009/pdf/elef_kerdoiv_alap.pdf

¹¹ EHIS wave 1 guidelines. Eurostat 2010.

http://ec.europa.eu/eurostat/documents/203647/203710/EHIS_wave_1_guidelines.pdf/ffbeb62c-8f64-4151-938c-9ef171d148e0

¹² Kopp M, Mészáros E: Az életminőség és a jóllét társadalmi-gazdasági különbségei Magyarországon. In: Tanulmányok II. Az egészség társadalmi, gazdasági összefüggései. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest 2012.

http://www.ksh.hu/apps/shop/kiadvany?p_kiadvany_id=12966&p_lang=HU

¹³ Tistyán L, Busa Cs, Füzesi Zs: A mentális betegségek, panaszok és az egészségmagatartás összefüggései. In: Tanulmányok II. Az egészség társadalmi, gazdasági összefüggései. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest 2012.

¹⁴ Improvement of the EHIS. Mental Health Module. Document for EHIS workshop in Berlin. Robert Koch Institut. [https://circabc.europa.eu/webdav/CircaBC/ESTAT/healthtf/Library/ehis_wave_2/methodology_ehis/development/workshop_septoct/Proposal%20for%20the%20revision%20of%20the%20mental%20health%20module%20\(RKI\).pdf](https://circabc.europa.eu/webdav/CircaBC/ESTAT/healthtf/Library/ehis_wave_2/methodology_ehis/development/workshop_septoct/Proposal%20for%20the%20revision%20of%20the%20mental%20health%20module%20(RKI).pdf)

¹⁵ RL Spitzer és mtsai: Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. The PHQ Primary Care Study. JAMA 1999; 282(18): 1737–1744. doi:10.1001/jama.282.18.1737

¹⁶ K Kroenke, RL Spitzer, JB Williams: The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001;16(9): 606–613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

¹⁷ European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Eurostat Methodological manual 2013.

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926729/KS-RA-13-018-EN.PDF/26c7ea80-01d8-420e-bdc6-e9d5f6578e7c>

¹⁸ Susánszky É., Szántó Zs. (szerk.) Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest 2013.

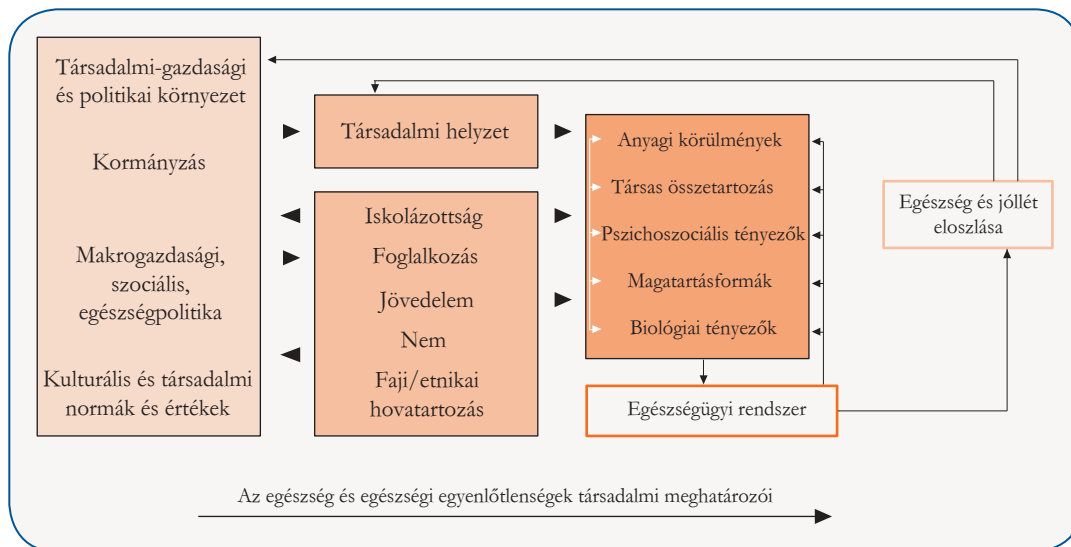
¹⁹ Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/

A mentális egészséget ugyancsak döntő módon befolyásolják azok a társadalmi, gazdasági és társadalmi-kulturális-politikai tényezők, amelyek között az emberek élnek.²⁰ Az iskolázottság jelentőségére az ELEF2009 adatait elemző tanulmányok is rámutattak; a hazai népesség mentális egészségét a hátrányos helyzetet döntően determináló társadalmi pozíció mutatói szerint azonban elsőként a jelen tanulmány mutatja be.

1. ábra

Az egészség és egészségi egyenlőtlenségek társadalmi meghatározó tényezői az Egészség Társadalmi Meghatározói Bizottság (EVSZ) szerint



Forrás: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. WHO, 2008.

2. Célkitűzés

Az elemzés célja a hazai felnőtt népesség mentális egészségének vizsgálata a hátrányos helyzet jellemzői szerint. Ez utóbbi indikátorait az 1. ábrán bemutatott konceptuális modell alapján az EU szegénység vagy társadalmi kirekesztődés szempontjából kockázatnak kitett populáció AROPE-mutatói²¹, és a Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia (MNTFS) célrendszerének monitorozását szolgáló indikátorok²² figyelembevételével válogattuk a rendelkezésünkre álló mutatók közül.

3. Módszerek

Az elemzés az ELEF 2014. évi adatfelvételét követően a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) által létrehozott anonimizált mikroadat-állományon történt a mintába került felnőtt korú lakosok (n=5622) adatainak felhasználásával. Amennyiben másként nem jelezzük, a továbbiakban az adatok a 18 éves és annál idősebb lakosságra vonatkoznak.

²⁰ Social determinants of mental health. World Health Organization 2014.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf?sequence=1

²¹ Glossary: At risk of poverty or social exclusion (AROPE). Eurostat Statistics explained.

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:At_risk_of_poverty_or_social_exclusion_\(AROPE\)](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:At_risk_of_poverty_or_social_exclusion_(AROPE))

²² Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia II. Emberi Erőforrások Minisztériuma, Budapest 2014.

http://www.kormany.hu/download/1/9c/20000/Magyar%20NTFS%20II%20_2%20mell%20_NTFS%20II.pdf

3.1. Az elemzett változók leírása

3.1.1. Demográfiai, társadalmi-gazdasági és egyéb adatok

A demográfiai változók közül az alábbiakat vontuk be az elemzésbe:

- életkor korcsoportos bontásban (18–34 év, 35–64 év, 65 év és afeletti),
- nem (férfi–nő),
- családi állapot (házas, hajadon/nőtlen, elvált, özvegy),
- önbevallás alapján megállapított nemzetiség (roma, illetve nem roma).

A társadalmi-gazdasági helyzet jellemzésére a következő individuális szintű adatokat használtuk:

• iskolázottság (legfeljebb 8 általános iskolai osztály, középiskola érettségi nélkül, középiskola érettségivel, felsőfokú végzettség),

- munkaerőpiaci státusz (aktív dolgozó, tanuló, nyugdíjas, egyéb²³),
- jövedelem

a) a szubjektív anyagi helyzet szerint (a válaszadó 5 fokú skálán hogyan értékeli az anyagi helyzetét nagyon rossztól nagyon jóig),

b) a háztartási jövedelmi ötödök szerint,

- a háztartás mérete (hányan élnek a háztartásban).

Az összefüggések vizsgálatához a fentiek közül két magyarázó változót átkategorizáltunk. Az iskolázottság 4 kategóriát tartalmazó változóját binárisra (nincs érettségije vs. minimum érettségivel rendelkezik), a szubjektív anyagi helyzet 5 kategóriát tartalmazó változóját három kategóriára (rossz/nagyon rossz, megfelelő, jó/nagyon jó) vontuk össze.

A térségi egyenlőtlenségek becslésére a lakóhely NUTS-rendszer 2. szintje szerinti régiót²⁴ alkalmaztuk.

A társas összetartozás (társadalmi tőke) jellemzésére két közelítő indikátort választottunk:

• a társas támasz erőssége (az Oslo Social Support-skálán elért pontszám alapján gyenge, közepes vagy erős kategória²⁵),

- az urbanizáció foka (sűrűn, közepesen sűrűn vagy ritkán lakott terület).

Az 1. ábrán bemutatott modell alapján a társadalmi-gazdasági helyzetet jellemző három legfontosabb paramétert (iskolázottság, foglalkozás, jövedelem) közvetlenül, valamint a társas összetartozást közvetve mérő, rendelkezésre álló indikátorokat választottuk ki, mint a hátrányos helyzet kulcsfontosságú mutatóit. Az alacsony iskolázottság a hátrányos helyzet egyik legfontosabb kockázati tényezője, amelynek szintjét a MNTFS legfeljebb 8 általános iskolai osztályban határozta meg.²⁶ Az iskolázottság és az azzal összefüggő szövegértés mint a mindennapi élethez nélkülözhetetlen kompetencia összefüggését felnőttek körében vizsgáló OECD-felmérés azonban azt találta, hogy a hazai felnőtt lakosságnak érettségivel nem rendelkező része közül mindössze 13%-ra jellemző a modern társadalmakban való boldoguláshoz szükséges, legalább 3-as szintű dokumentum-szövegértési kompetencia, amely erősen összefügg a foglalkoztatottsági státusszal is.²⁷ Mind az iskolázottság, mind a foglalkozási státusz viszont erős determinánsai a jövedelemnek, amint azt az EVSZ-nek a bevezetésben hivatkozott riportja, az EU releváns dokumentumai és az MNTFS is rögzíti. Ezek alapján a populáció **hátrányos helyzetű** csoportjait az alábbi szempontok szerint határoztuk meg:

- iskolázottság: nincs érettségije,
- jövedelem: nagyon rossz vagy rossz a szubjektív anyagi helyzete, illetve a legalsó jövedelmi ötödbe (jövedelmi kvintilisbe) tartozik,
- foglalkozás: aktív korú, de munkaerőpiaci státusza egyéb (munkanélküli, háztartásbeli, rokkantsági ellátásban részesülő),
- társas összetartozás (társadalmi tőke): kevésbé urbanizált (ritkán lakott) területen él, illetve alacsony mértékű társas támasszal rendelkezik.

²³ Az egyéb kategóriába a munkanélkülieket, a háztartásbelieket és a rokkantsági ellátásban részesülőket soroltuk.

²⁴ Központi Statisztikai Hivatalban használt regionális rendszer. https://www.ksh.hu/teruleti_atlasz_megyek

²⁵ Az Oslo Social Support-skálán elért 3–8 pont gyenge, 9–11 pont közepes és 12–14 pont erős támasznak minősül.

²⁶ Az NFTS célrendszerének monitorozását szolgáló indikátorok rendszere. 147. o. In: Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia II. Emberi Erőforrások Minisztériuma, Budapest 2014.

http://www.kormany.hu/download/1/9c/20000/Magyar%20NFTS%20II%20_2%20mell%20_NFTS%20II.pdf

²⁷ Literacy in the information age. Final report of the International Adult Literacy Survey. OECD 2000.

<https://www.oecd.org/edu/skills-beyond-school/41529765.pdf>

3.1.2. A mentális állapotot jellemző indikátorok

1.) A PHQ-8-skála²⁸ kérdéseire adott válaszok alapján depresszív tünetek, vagy major depresszió magas kockázata fennáll-e²⁹ (a skála ELEF2014 kérdőívben szereplő változata szerinti pontszámokat a módszertani előírás szerint átkódolva: 1 major depresszív tünetek, 2 más depresszív tünetek, 3 nincs depresszió).

2.) Önbevallás alapján az adatfelvételt megelőző 12 hónapban volt-e depresszió³⁰ (1 kérdés, igen-nem válasz).

3.) Önbevallás alapján az adatfelvételt megelőző 12 hónapban volt-e egyéb pszichés/mentális probléma³⁰ (1 kérdés, igen-nem válasz).

4.) Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban a válaszadó felkeresett-e pszichológust, pszichoterapeutát vagy pszichiátert a saját egészsége érdekében³¹ (1 kérdés, igen-nem válasz).

5.) Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban előfordult-e, hogy anyagi okokból nem tudott igénybe venni mentálhigiénés ellátást, pedig szüksége lett volna rá³² (1 kérdés, igen-nem válasz).

6.) A válaszadó élettel való elégedettsége 0–10 skálán³³, amelyen a 0 jelentése egyáltalán nem, 10 teljes mértékben elégedett.

7.) Az adatfelvételt megelőző 2 hét pozitív érzéseit az Egészségügyi Világszervezet 5 kérdéses jóllétmutatója³⁴ (Well-Being-Index, WBI-5) segítségével, amelynek 0–100 közti skáláján elért magasabb pontszám magasabb jóllétet jelent.

3.2. A statisztikai elemzés módszertana

A teljes magyar felnőtt népesség mentális egészségére vonatkozó becslések számítása érdekében súlyozott elemzést végeztünk. Súlyváltozóként a KSH által a 2011. évi népszámlálási adatok alapján létrehozott súlyokat alkalmaztuk. Vizsgáltuk a demográfiai és társadalmi-gazdasági változók populációs eloszlását, és a mentális egészségi állapot jellemzőinek nem, korcsoport és nemzetiség szerinti megoszlását. Folytonos változók esetén a csoportok közti összehasonlításra t-próbát, kategorikus változók esetén khi-négyzet-próbát alkalmaztunk.

A becslésekre vonatkozó 95%-os megbízhatósági tartományokat minden esetben kiszámítottuk, és ezeket az ábrákon is feltüntettük.

A mentális állapot jellemzői, valamint a demográfiai és társadalmi-gazdasági adatok közötti összefüggést kategorikus változók esetén khi-négyzet-teszttel, folytonos változók esetén lineáris regresszióval vizsgáltuk a fentiekben leírt módon súlyozott adatokon.

Az elemzéseket SPSS 24.0, illetve STATA IC 13.0 szoftverekkel végeztük.

²⁸ ELEF2014 kérdőív 43. kérdés http://www.ksh.hu/elef/pdfs/elef2014_kerdoiv.pdf

²⁹ A Brief Patient Health Questionnaire depressziómodulja (PHQ-8) az USA-ban használatos Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve 4. kiadása (DSM-IV) alapján készült; 8 kérdése a depresszió elmúlt 2 hétben észlelt specifikus tüneteire vonatkozik (az eredetileg 9 itemes skálából kimaradt az öngyilkossági szándékra vonatkozó utolsó kérdés). A kérdésekre adott válaszok alapján becsülhető a BNO-10 F31-F39, valamint F41.1 és F53.0 diagnózisok összességének gyakorisága, illetve annak mértéke (depresszív tünetek jelenléte, vagy major depresszió).

³⁰ ELEF2014 kérdőív 17. kérdés http://www.ksh.hu/elef/pdfs/elef2014_kerdoiv.pdf

³¹ ELEF2014 kérdőív 53. kérdés http://www.ksh.hu/elef/pdfs/elef2014_kerdoiv.pdf

³² ELEF2014 kérdőív 70. kérdés http://www.ksh.hu/elef/pdfs/elef2014_kerdoiv.pdf

³³ ELEF2014 kérdőív 72. kérdés http://www.ksh.hu/elef/pdfs/elef2014_kerdoiv.pdf

³⁴ ELEF2014 kérdőív 73. kérdés. Az egyes kérdésekre adott válaszlehetőségeknél a soha kategória 0, a mindig 5 pontot kap, majd az összpontszámot négygel felszorozva kalkulálható a skálán elért pontszám, ahol 0 a lehető legrosszabb, 100 pedig a lehető legjobb jóllétet jelöli. http://www.ksh.hu/elef/pdfs/elef2014_kerdoiv.pdf

4. Eredmények

4.1. A felnőtt lakosság megoszlása a demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezők szerint

Az 1–8. táblák a 18 éves és idősebb magyar lakosság becsült megoszlását mutatják a főbb demográfiai és társadalmi-gazdasági jellemzők szerint. A teljes populáció több mint ötöde betöltötte a 65. életévét, és ebben az életkori csoportban a nők aránya közel kétharmaddal meghaladja a férfiakét (1. tábla). A népesség fele nem él párkapcsolatban, a legalább négyfős háztartások aránya kevesebb mint fele a 3 fős háztartásokénak (2. tábla).

1. tábla

A lakosság megoszlása nem és korcsoport szerint

(%, [95%-os megbízhatósági tartomány])			
Korcsoport, év	Férfi	Nő	Összesen
18–34	13,2 [12,3–14,1]	12,9 [11,9–13,8]	26,0 [24,9–27,2]
35–64	25,5 [24,3–26,7]	27,1 [25,9–28,4]	52,6 [51,3–53,9]
65–x	8,1 [7,4– 8,8]	13,3 [12,4–14,2]	21,4 [20,3–22,5]
Összesen	46,7 [45,4–48,1]	53,3 [51,9–54,6]	100,0

2. tábla

A lakosság megoszlása családi állapot, illetve háztartásméret szerint

(%, [95%-os megbízhatósági tartomány])			
Családi állapot	Arány	Háztartás mérete	Arány
Házas	49,6 [48,2–50,9]	Max. 3 fős háztartás	68,8 [67,5–70,1]
Hajadon/nőtlen	29,4 [28,2–30,7]		
Elvált	9,8 [9,0–10,6]	Min. 4 fős háztartás	31,2 [29,9–32,5]
Özvegy	11,2 [10,4–12,1]		
Összesen	100,0	Összesen	100,0

A felnőtt populáció 2,7%-a (95%-os megbízhatósági tartomány (MT), 2,3–3,2%) vallotta magát romának, az önbevallás szerint a roma férfiak aránya 2,5% (95%-os MT 1,9–3,2%), a nők aránya pedig 2,8% (95%-os MT 2,2–3,4%) volt.

A felnőtt népesség ötödének általános iskola 8. osztály a legmagasabb végzettsége, 48%-nak nincs érettségije, és 21% rendelkezik felsőfokú végzettséggel (3. tábla). A népesség alig több mint fele aktív dolgozó, és több mint negyede nyugdíjas (4. tábla).

3. tábla

A lakosság megoszlása iskolai végzettség szerint

(%, [95%-os megbízhatósági tartomány])	
Legmagasabb befejezett iskolai végzettség	Arány
Legfeljebb 8 általános	20,2 [19,2–21,3]
Középiskola, érettségi nélkül	27,8 [26,6–29,0]
Középiskola, érettségivel	31,2 [29,9–32,5]
Felsőfokú végzettség	20,8 [19,6–21,9]
Összesen	100,0

4. tábla

A lakosság megoszlása munkaerőpiaci státusz szerint

(%, [95%-os megbízhatósági tartomány])

Munkaerőpiaci státusz	Arány
Aktív dolgozó	52,0 [50,7–53,4]
Tanuló	5,9 [5,3– 6,6]
Nyugdíjas	27,4 [26,2–28,6]
Egyéb	14,7 [13,8–15,7]
Összesen	100,0

A népesség több mint egyötöde rossznak vagy nagyon rossznak ítélte szubjektív anyagi helyzetét (5. tábla).

5. tábla

A lakosság megoszlása jövedelmi helyzet szerint

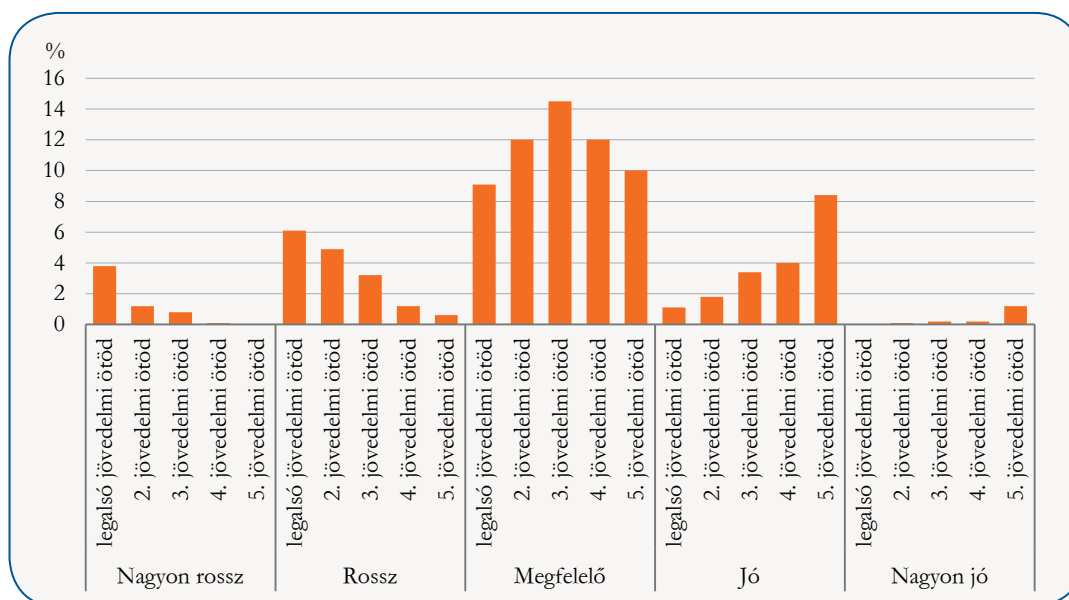
(%, [95%-os megbízhatósági tartomány])

Szubjektív anyagi helyzet	Arány	Háztartási jövedelmi ötöd	Arány
Nagyon rossz	5,2 [4,7– 5,9]	1. ötöd (legalsó)	19,7 [18,7–20,8]
Rossz	16,3 [15,3–17,3]	2. ötöd	19,4 [18,4–20,5]
Megfelelő	57,5 [56,1–58,8]	3. ötöd	21,1 [20,0–22,2]
Jó	19,1 [18,1–20,2]	4. ötöd	18,3 [17,2–19,4]
Nagyon jó	1,9 [1,6– 2,4]	5. ötöd (legfelső)	21,5 [20,4–22,7]
Összesen	100,0	Összesen	100,0

Megvizsgálva a jövedelemre vonatkozó két mutató közötti összefüggést, azt találtuk, hogy a jövedelmi ötödökön felfelé haladva a szubjektív anyagi helyzet két alsó kategóriájában (rossz, illetve nagyon rossz anyagi helyzet) lineárisan csökken, a két felső kategóriában (jó, illetve nagyon jó anyagi helyzet) pedig közel lineárisan nő a népesség aránya. A magukat megfelelő anyagi helyzetűnek tartók kategóriájában a 3. kvintilisben vannak a legtöbben, és mindkét irányban egyenletesen csökken a jövedelmi ötödökhöz tartozók aránya (2. ábra).

2. ábra

A lakosság megoszlása szubjektív anyagi helyzet és jövedelmi ötöd szerint

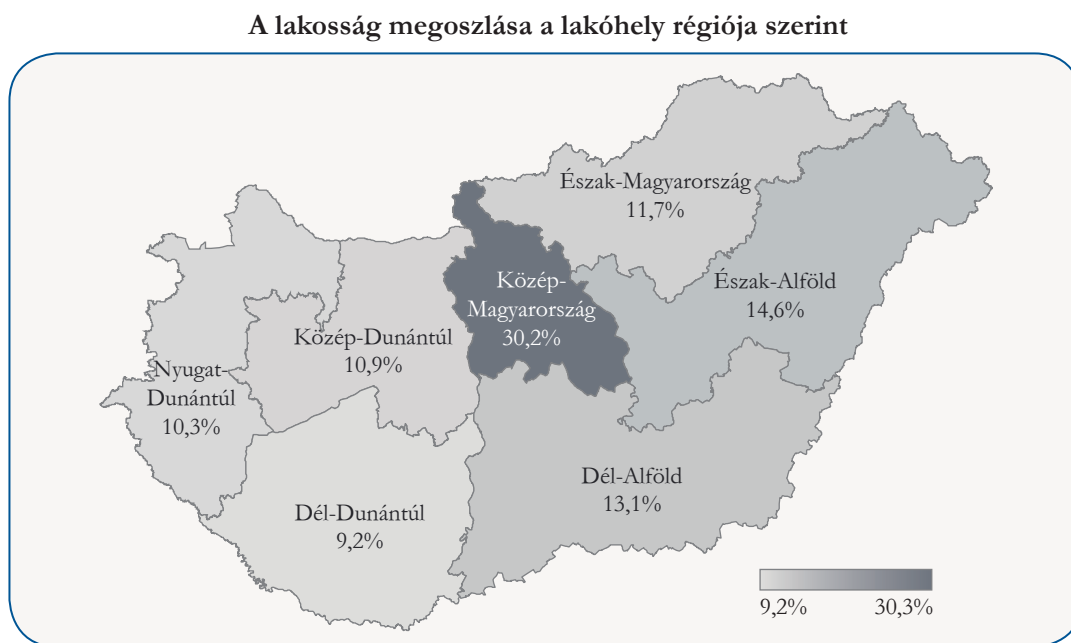


A népesség régiók szerinti megoszlását tekintve az látható, hogy a vizsgált népesség közel egyharmada az adatgyűjtés idején a fővárost is magába foglaló Közép-Magyarországon, több mint negyede pedig a két északkeleti régióban található (6. tábla és 3. ábra).

6. tábla

A lakosság megoszlása régió szerint	
(% , [95%-os megbízhatósági tartomány])	
Régió	Arány
Közép-Magyarország	30,2 [28,9–31,6]
Közép-Dunántúl	10,9 [10,2–11,8]
Nyugat-Dunántúl	10,3 [9,5–11,1]
Dél-Dunántúl	9,2 [8,5–10,0]
Észak-Magyarország	11,7 [10,8–12,5]
Észak-Alföld	14,6 [13,7–15,6]
Dél-Alföld	13,1 [12,2–13,9]
Összesen	100,0

3. ábra



A népesség kétharmada legalább közepesen sűrűn lakott területen él. A lakosság közel kétharmada közepesnek vagy gyengének észleli a társas környezetétől kapott támasz mértékét (7. tábla).

7. tábla

A lakosság megoszlása a társas támasz mértéke, illetve az urbanizáció foka szerint			
(% , [95%-os megbízhatósági tartomány])			
Társas támasz	Arány	Urbanizáció	Arány
Gyenge	13,1 [12,2–14,1]	Ritkán lakott terület	33,8 [32,5–35,1]
Közepes	52,6 [51,3–54,0]	Közepesen sűrűn lakott terület	35,9 [34,6–37,2]
Erős	34,3 [32,9–35,6]	Sűrűn lakott terület	30,3 [29,1–31,6]
Összesen	100,0	Összesen	100,0

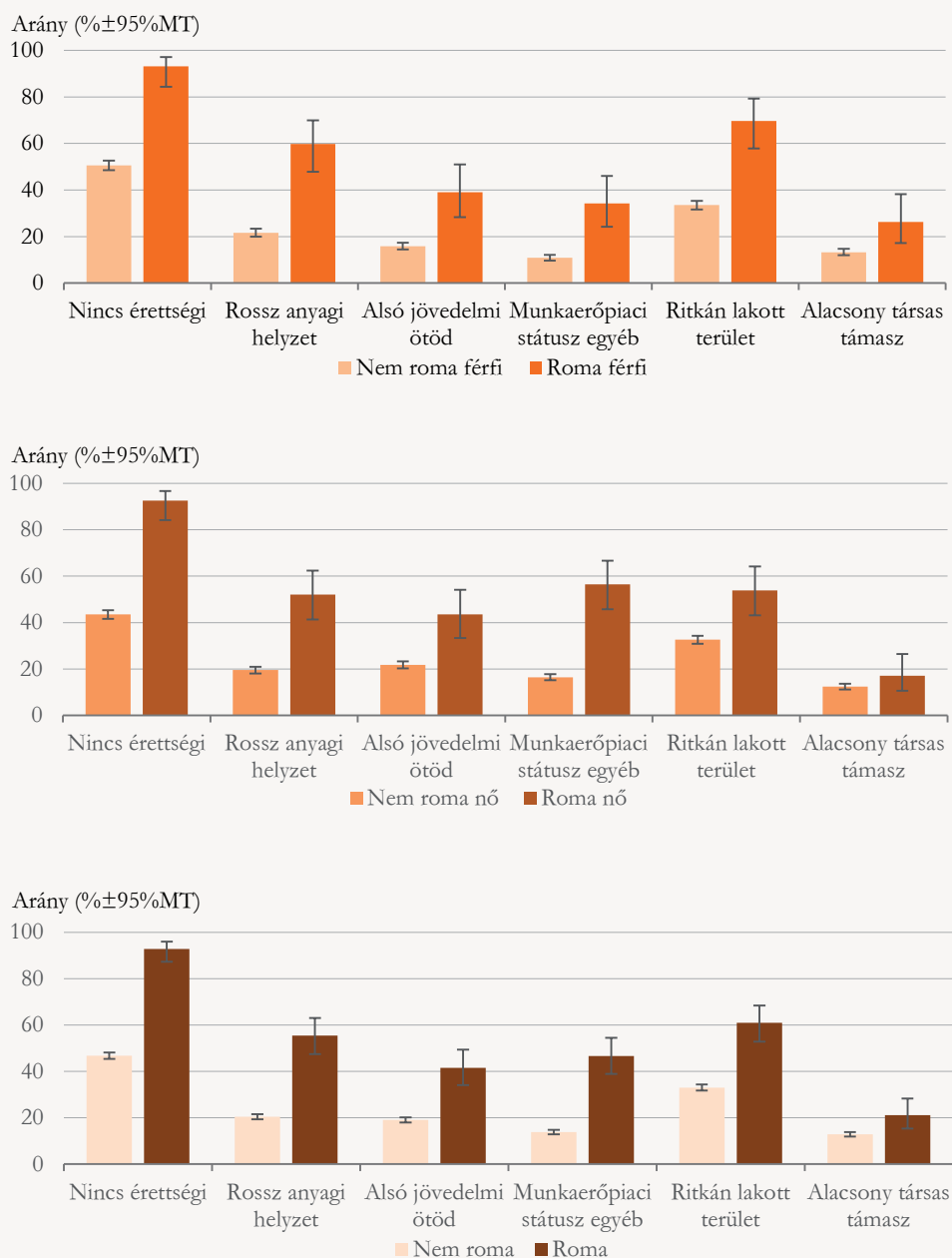
A felnőttek főbb demográfiai és társadalmi-gazdasági mutatók szerinti megoszlását a 8. tábla és a 4. ábra mutatja be. Figyelemre méltó, hogy az érettségivel nem rendelkező férfiak aránya 6,8%-kal magasabb

a nőkéhez képest, illetve a populáció közel fele nem rendelkezik érettséggel. Jövedelmi helyzet tekintében a népesség mintegy ötöde van a legkedvezőtlenebb helyzetben, mind a szubjektív megítélés szerint rossz anyagi helyzetűek (magukat rossz vagy nagyon rossz anyagi helyzetben lévőknek tartók), mind a legalsó jövedelmi ötödbe tartozók aránya alapján. Az alacsony társadalmi tőkével rendelkezők arányát tekintve a két helyettes változó (ritkán lakott terület, alacsony mértékű társas támasz) viszont jelentősen eltérő becslést eredményez.

A 4. ábrán az is látható, hogy a romákra jellemző, a többséghez képest kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzet – a társas támasz kivételével – nemi bontásban is megfigyelhető.

4. ábra

**Hátrányos helyzetűek aránya társadalmi-gazdasági jellemzők szerint
a felnőtt népességben roma nemzetiség és nem szerint**
(%, [95%-os megbízhatósági tartomány])



8. tábla

**A főbb demográfiai és társadalmi-gazdasági mutatók szerint
hátrányos helyzetű lakosság megoszlása nem és a meghatározó ismérvek szerint**

(% , [95%-os megbízhatósági tartomány])

Ismérv és változata		Férfi	Nő	Összesen
Iskolai végzettség	Nincs érettségi	51,6 [49,6–53,6]	44,8 [43,0–46,6]	48,0 [46,6–49,3]
Munkaerőpiaci státusz	Egyéb	11,5 [10,2–12,7]	17,5 [16,1–18,9]	14,7 [13,7–15,6]
Jövedelem	Rossz anyagi helyzet	22,6 [20,9–24,3]	20,4 [18,9–21,9]	21,4 [20,3–22,6]
	Legalsó ötöd	16,5 [15,1–18,0]	22,4 [20,9–23,9]	19,6 [18,6–20,7]
Társadalmi tőke	Alacsony társas támasz	13,6 [12,2–15,0]	12,6 [11,3–13,8]	13,0 [12,1–14,0]
	Ritkán lakott terület	34,4 [32,5–36,3]	33,1 [31,4–34,8]	33,7 [32,5–35,0]

4.2. A mentális állapot jellemzőinek becsült populációs megoszlása, illetve összefüggése a főbb demográfiai és társadalmi-gazdasági paraméterekkel

4.2.1. Depresszió becslése szűrőskála alapján

A PHQ-8-skálán elért pontszám alapján a felnőtt lakosság 6,9%-ának (95%-os MT 6,3–7,7%) voltak depresszív tünetei az adatfelvételt megelőző 2 hétben, és további 3,6%-uk (95%-os MT 3,1–4,1%) esetében major depresszió fennállása vélelmezhető. A nők körében a férfiakhoz képest szignifikánsan nagyobb arányban (4,4, illetve 2,7%; $p < 0,001$) fordult elő major depresszió, de a nemi különbség korcsoportos összehasonlításban már nem bizonyult szignifikánsnak (9. tábla). Az életkor előrehaladtával emelkedik a depresszióban szenvedők aránya: a 65 éven felüli férfiak közt több mint hétszeres, ugyanezen korú nők körében több mint nyolcszorosa a gyakoriság a legfiatalabb korosztályhoz képest.

9. tábla

A PHQ-8 szerint depresszióban szenvedők aránya a főbb demográfiai ismérvek szerint

(% , [95%-os megbízhatósági tartomány])

Ismérv és változata		Nincs depresszió	Depresszív tünetek	Major depresszió	p-érték
Férfi	18–34 év	96,5 [94,9–97,6]	2,6 [1,7– 4,1]	0,8 [0,4– 1,8]	<0,001
	35–64 év	90,9 [89,2–92,3]	6,4 [5,2– 7,8]	2,7 [1,9– 3,8]	
	65+ év	84,7 [80,8–87,9]	9,6 [7,1–12,9]	5,7 [3,8– 8,6]	
	Összesen	91,4 [90,2–92,5]	5,9 [5,0– 6,9]	2,7 [2,1– 3,5]	
Nő	18–34 év	94,7 [92,8–96,1]	4,3 [3,0– 6,0]	1,0 [0,5– 1,9]	<0,001
	35–64 év	88,9 [87,2–90,4]	7,3 [6,1– 8,7]	3,8 [2,9– 4,9]	
	65+ év	78,6 [75,4–81,5]	12,7 [10,4–15,4]	8,7 [6,9–11,0]	
	Összesen	87,8 [86,5–88,9]	7,9 [6,9– 8,9]	4,4 [3,7– 5,2]	
Családi állapot	Házass	90,7 [89,5–91,7]	6,5 [5,6– 7,5]	2,7 [2,2– 3,4]	<0,001
	Hajadon/nőtlen	94,3 [93,1–95,3]	4,1 [3,2– 5,2]	1,5 [1,0– 2,2]	
	Elvált	84,6 [81,2–87,5]	9,4 [7,2–12,2]	5,9 [4,1– 8,4]	
	Özvegy	75,2 [71,6–78,5]	14,1 [11,5–17,2]	10,6 [8,4–13,2]	
Háztartás mérete	Maximum 3 fős háztartás	88,1 [87,0–89,1]	7,5 [6,7– 8,4]	4,2 [3,6– 4,9]	<0,001
	Minimum 4 fős háztartás	92,3 [91,0–93,5]	5,5 [4,5– 6,7]	2,0 [1,4– 2,8]	
Nemzetiség	Roma	82,4 [75,7–87,5]	9,9 [6,1–15,7]	7,7 [4,6–12,8]	0,004
	Nem roma	89,7 [88,8–90,5]	6,9 [6,2– 7,6]	3,5 [3,0– 4,0]	

A major depresszió gyakorisága 2,2-szer magasabb az elváltak, és 3,9-szer magasabb az özvegyek között a házassokhoz képest, a legalább 4 fős háztartásokban viszont fele sincs a legfeljebb 3 fős háztartásokban becsült gyakorisághoz képest, míg a romák körében több mint kétszer magasabb a nem romákhoz képest.

10. tábla

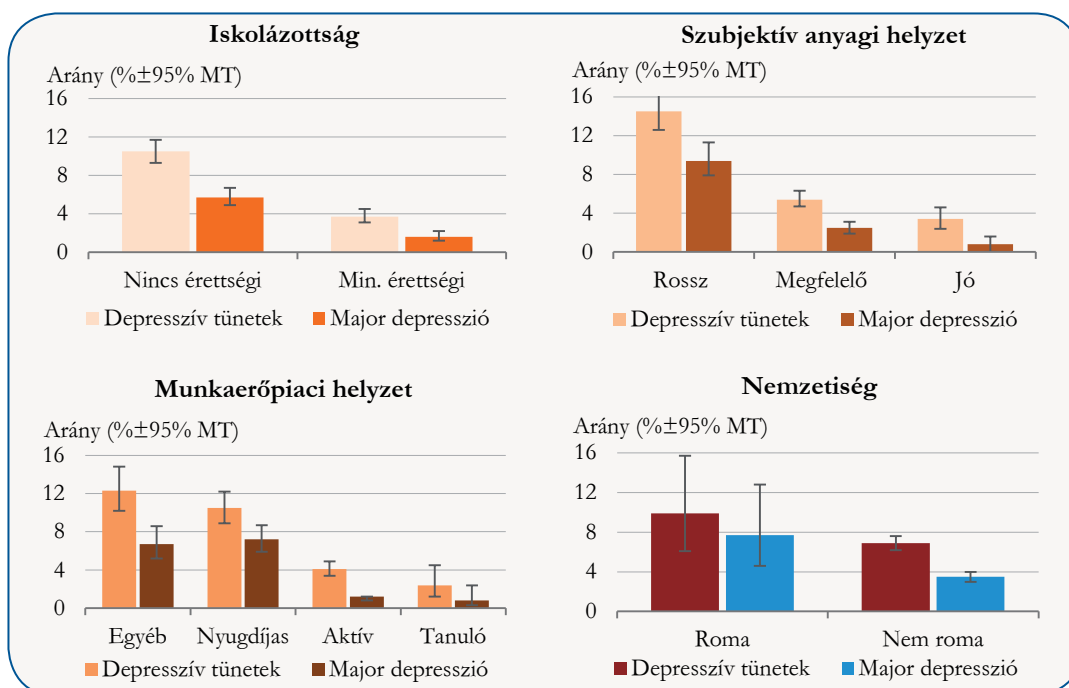
A PHQ-8 szerint depresszióban szenvedők aránya a főbb társadalmi-gazdasági ismérvek szerint

(% , [95%-os megbízhatósági tartomány])

Ismérv és változata		Nincs depresszió	Depresszív tünetek	Major depresszió	p-érték
Iskolai végzettség	Nincs érettségi	83,8 [82,4–85,2]	10,5 [9,3–11,7]	5,7 [4,9– 6,7]	<0,001
	Minimum érettségi	94,6 [93,7–95,4]	3,7 [3,1– 4,5]	1,6 [1,2– 2,2]	
Munkaerőpiaci státusz	Tanuló	96,9 [94,5–98,2]	2,4 [1,2– 4,5]	0,8 [0,3– 2,4]	<0,001
	Aktív dolgozó	94,7 [93,8–95,5]	4,1 [3,4– 4,9]	1,2 [0,8– 1,6]	
	Nyugdíjas	82,4 [80,3–84,2]	10,5 [8,9–12,2]	7,2 [5,9– 8,7]	
Szubjektív anyagi helyzet	Egyéb	80,9 [78,1–83,5]	12,3 [10,2–14,8]	6,7 [5,2– 8,6]	<0,001
	Rossz	76,1 [73,5–78,5]	14,5 [12,6–16,7]	9,4 [7,9–11,3]	
	Megfelelő	92,1 [91,1–93,0]	5,4 [4,7– 6,3]	2,5 [1,9– 3,1]	
Jövedelmi ötöd	Jó	95,8 [94,4–96,9]	3,4 [2,4– 4,6]	0,8 [0,0– 1,6]	<0,001
	1. (legalsó)	77,9 [75,3–80,3]	12,7 [10,6–14,7]	9,4 [7,6–11,1]	
	2.	87,0 [85,0–89,0]	8,9 [7,2–10,6]	4,1 [2,8– 5,2]	
	3.	91,0 [89,2–92,6]	6,6 [5,2– 8,0]	2,4 [1,4– 3,2]	
	4.	95,2 [93,8–96,5]	3,2 [2,1– 4,3]	1,6 [0,8– 2,3]	
Társas támasz	5. (legfelső)	95,8 [94,6–97,0]	3,4 [2,2– 4,4]	0,8 [0,2– 1,2]	<0,001
	Gyenge	77,8 [74,6–80,9]	12,2 [9,7–14,7]	10,0 [7,6–12,2]	
	Közepes	90,4 [89,3–91,5]	6,7 [5,7– 7,6]	2,9 [2,2– 3,4]	
Urbanizáció foka	Erős	92,6 [91,3–93,7]	5,3 [4,2– 6,3]	2,1 [1,4– 2,7]	<0,001
	Ritkán lakott	87,1 [85,5–88,5]	8,2 [7,1– 9,5]	4,7 [3,8– 5,7]	
	Közepesen sűrűn lakott	89,5 [88,0–90,8]	6,9 [5,9– 8,2]	3,5 [2,8– 4,5]	
	Sűrűn lakott	92,1 [90,6–93,3]	5,5 [4,4– 6,8]	2,5 [1,8– 3,3]	<0,001

5. ábra

Depresszív tünetek és major depresszió gyakorisága
a PHQ-8 alapján a hátrányos helyzet és a nemzetiség mutatói szerint
(% , [95%-os megbízhatósági tartomány])



A khi-négyzet-tesztel kapott statisztikák alapján a kor, nem, családi állapot és iskolai végzettség depressziókockázatra gyakorolt, ismert és általunk is kimutatott szignifikáns hatása mellett a roma nemzetiséghez tartozás, a háztartás mérete, az anyagi helyzet, a munkaerőpiaci státusz és a társadalmi tőke egyaránt szignifikáns determinánsa a depresszió kockázatának (9. és 10. tábla, 5. ábra).

Földrajzi eloszlásban a magas kockázattal bírók (depresszív tünetekkel rendelkezők és depressziósok együtt) aránya Közép-Magyarországon a legalacsonyabb, és egy északkelet-délnyugati tengelyre illesztve Észak-Alföldön, Észak-Magyarországon, valamint Dél-Dunántúlon volt a legmagasabb, mindhárom régióban meghaladva a 12%-ot (11. tábla, illetve 6. ábra).

11. tábla

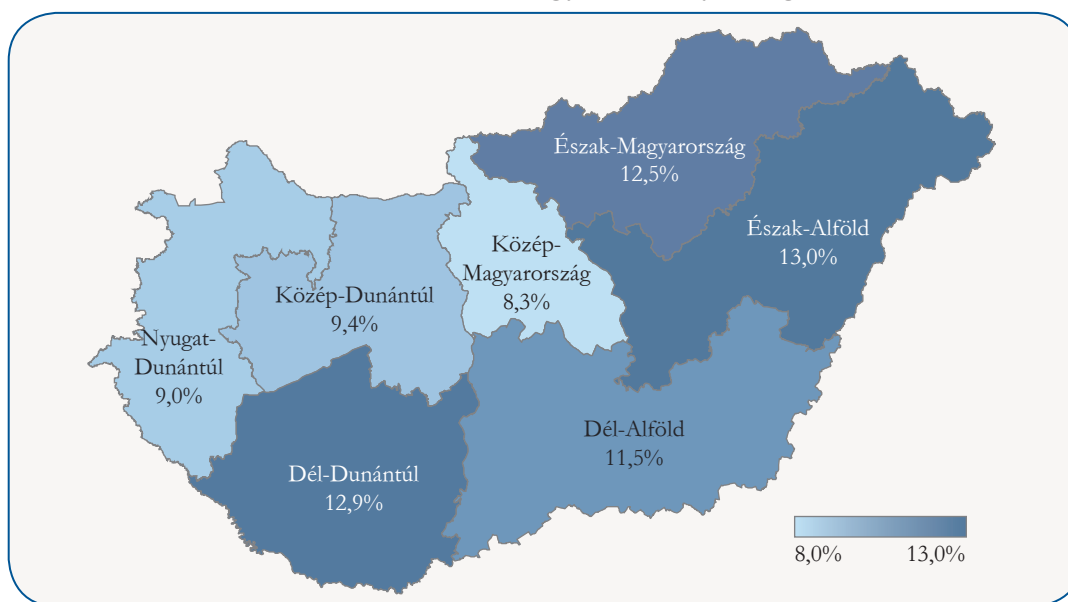
A PHQ-8 szerint depresszióban szenvedők aránya régió szerint

Régió	(% , [95%-os megbízhatósági tartomány])			p-érték
	Nincs depresszió	Depresszív tünetek	Major depresszió	
Közép-Magyarország	91,7 [90,1–93,0]	5,9 [4,8– 7,3]	2,4 [1,7–3,3]	0,002
Közép-Dunántúl	90,6 [88,0–92,7]	4,8 [3,4– 6,8]	4,6 [3,2–6,6]	
Nyugat-Dunántúl	90,9 [88,3–93,1]	6,2 [4,5– 8,6]	2,8 [1,7–4,5]	
Dél-Dunántúl	87,1 [83,9–89,8]	8,3 [6,2–11,1]	4,6 [3,0–6,8]	
Észak-Magyarország	87,4 [84,6–89,9]	8,0 [6,1–10,5]	4,5 [3,1–6,5]	
Észak-Alföld	87,0 [84,6–89,0]	9,2 [7,5–11,3]	3,8 [2,7–5,2]	
Dél-Alföld	88,5 [85,9–90,6]	7,1 [5,5– 9,3]	4,4 [3,1–6,2]	

A legalacsonyabb és legmagasabb prevalenciájú régiók közt több mint másfélszeres a gyakoriságkülönbség.

6. ábra

A PHQ-8 szerint depresszív tüneteket mutatók és depresszióban szenvedők együttes aránya a régiókban



4.2.2. Az előző évben fennállt mentális betegségek önbevallás szerint

Önbevallás alapján az adatfelvételt megelőző évben a felnőtt lakosság 5,0%-ának volt depressziója, és 3,1%-nál fordult elő egyéb pszichés vagy mentális probléma. Önbevallás szerint a depressziósok 82%-ánál orvos diagnosztizálta a betegséget, egyéb pszichés problémákról négyötödük számolt be. A mentális betegséggel küzdők közel háromnegyede gyógyszert is szed emiatt.

A nők körében kétszer magasabb arányban fordult elő depresszió a férfiakhoz képest, és ez a különbség korcsoportos bontásban is kimutatható volt (12. tábla). Az életkor előrehaladtával emelkedett a depressziósok aránya, főleg a nők körében: a 65 éven felüli nők közül már minden tizedik szenved a depressziótól, 2,7-szer többen, mint az azonos korosztály férfi tagjai. A khi-négyzet-teszt alapján a családi

állapot, a háztartás mérete, az iskolai végzettség, az anyagi helyzet, a munkaerőpiaci státusz és a társas támasz is szignifikáns meghatározó tényezője az önbevallás szerinti depresszióknak (12. és 13. tábla).

Egyéb pszichés problémák közel kétszer nagyobb arányban ($p < 0,001$) fordultak elő nők körében, de ez a különbség a korcsoportos elemzés során már nem volt kimutatható minden korosztályban (12. tábla). Az egyéb pszichés problémák szignifikáns meghatározó tényezői a családi állapot, a háztartás mérete, az iskolai végzettség, az anyagi és a munkaerőpiaci helyzet, valamint a társas támasz a khi-négyzet-teszt eredménye alapján (12. és 13. tábla).

12. tábla

**A mentális betegségben szenvedők aránya önbevallás szerint
a főbb demográfiai ismérvek csoportjaiban**

(%, [95%-os megbízhatósági tartomány])

Ismérv és változata		Depresszió	p-érték	Egyéb pszichés problémák	p-érték
Férfi	18–34 év	1,1 [0,6– 2,2]	0,001	1,3 [0,7–2,4]	0,159
	35–64 év	3,9 [3,1– 5,2]		2,3 [1,6–3,3]	
	65+ év	3,8 [2,4– 6,1]		2,8 [1,6–4,8]	
	Összesen	3,2 [2,5– 3,9]		2,1 [1,6–2,8]	
Nő	18–34 év	2,3 [1,3– 3,8]	<0,001	2,8 [1,7–4,5]	0,032
	35–64 év	6,9 [5,7– 8,3]		3,7 [2,8–4,7]	
	65+ év	10,6 [8,6–13,1]		5,5 [4,1–7,3]	
	Összesen	6,7 [5,8– 7,7]		3,9 [3,3–4,7]	
Családi állapot	Házas	4,4 [3,7– 5,2]	<0,001	2,4 [1,9–3,0]	<0,001
	Hajadon/nőtlen	3,0 [2,2– 4,0]		2,6 [1,9–3,6]	
	Elvált	6,4 [4,6– 8,9]		3,7 [2,4–5,7]	
	Özvegy	11,8 [9,4–14,6]		6,4 [4,8–8,6]	
Háztartás mérete	Maximum 3 fős háztartás	5,7 [5,0– 6,5]	<0,001	3,6 [3,0–4,2]	<0,001
	Minimum 4 fős háztartás	3,5 [2,7– 4,5]		1,8 [1,3–2,6]	
Nemzetiség	Roma	7,9 [4,6–13,4]	0,096	4,2 [2,1–8,2]	0,377
	Nem roma	4,9 [4,4– 5,6]		3,0 [2,6–3,5]	

13. tábla

**Mentális betegségben szenvedők aránya önbevallás szerint
a főbb társadalmi-gazdasági ismérvek csoportjaiban**

(%, [95%-os megbízhatósági tartomány])

Ismérv és változata		Depresszió	p-érték	Egyéb pszichés problémák	p-érték
Iskolai végzettség	Nincs érettségi	7,2 [6,3– 8,2]	<0,001	3,9 [3,3–4,8]	<0,001
	Minimum érettségi	3,1 [2,5– 3,8]		2,2 [1,7–2,9]	
Munkaerőpiaci státusz	Tanuló	1,2 [0,4– 3,2]	<0,001	2,1 [0,9–4,6]	<0,001
	Aktív dolgozó	1,9 [1,5– 2,6]		1,3 [0,9–1,8]	
	Nyugdíjas	7,7 [6,5– 9,2]		4,5 [3,6–5,7]	
	Egyéb	12,5 [10,3–14,9]		7,2 [5,6–9,2]	
Szubjektív anyagi helyzet	Rossz	10,8 [9,1–12,7]	<0,001	5,9 [4,7–7,5]	<0,001
	Megfelelő	4,3 [3,6– 5,0]		2,5 [2,1–3,2]	
	Jó	1,3 [0,8– 2,1]		1,5 [0,9–2,4]	
Jövedelmi ötöd	1. (legalsó)	10,6 [8,8–12,5]	<0,001	5,7 [4,3–7,1]	<0,001
	2.	6,8 [5,2– 8,4]		3,2 [2,1–4,2]	
	3.	3,9 [2,8– 5,0]		3,4 [2,3–4,4]	
	4.	2,4 [1,4– 3,4]		1,5 [0,7–2,3]	
	5. (legfelső)	1,4 [0,7– 2,2]		1,3 [0,6–2,0]	
Társas támasz	Gyenge	10,6 [8,3–13,0]	<0,001	7,0 [5,0–8,9]	<0,001
	Közepes	4,5 [3,7– 5,2]		2,5 [1,9–3,1]	
	Erős	3,7 [2,8– 4,6]		2,1 [1,5–2,8]	
Urbanizáció foka	Ritkán lakott	6,0 [5,0– 7,1]	0,054	3,0 [2,4–3,8]	0,675
	Közepesen sűrűn lakott	4,8 [3,9– 5,9]		3,3 [2,6–4,2]	
	Sűrűn lakott	4,2 [3,3– 5,4]		2,8 [2,1–3,8]	

Az önbevallás szerint depresszióban szenvedők arányának eloszlása ugyanazt a földrajzi mintázatot mutatja, amit a szűrőskála szerinti magas depressziókockázatúak esetében találtunk (6. ábra). A depressziósok aránya Közép-Dunántúlon a legalacsonyabb és az északkelet-délnyugati tengelyen fekvő három régióban a legmagasabb (6% fölött). Az egyéb pszichés problémákkal küzdők esetében nincs jelentős regionális különbség (14. tábla).

14. tábla

Mentális betegségben szenvedők aránya önbevallás szerint régióként

(%, [95%-os megbízhatósági tartomány])				
Régió	Depresszió	p-érték	Egyéb pszichés problémák	p-érték
Közép-Magyarország	4,3 [3,3–5,5]	0,006	2,9 [2,2–4,0]	0,124
Közép-Dunántúl	2,9 [1,8–4,5]		2,4 [1,5–3,9]	
Nyugat-Dunántúl	4,2 [2,8–6,2]		2,2 [1,3–3,8]	
Dél-Dunántúl	6,6 [4,7–9,1]		4,6 [3,1–6,6]	
Észak-Magyarország	6,1 [4,5–8,3]		2,8 [1,8–4,4]	
Észak-Alföld	6,7 [5,3–8,6]		2,7 [1,8–3,9]	
Dél-Alföld	5,4 [4,1–7,3]		4,2 [2,9–5,8]	

4.2.3. Egészségügyi ellátás igénybevétele mentális betegségek miatt

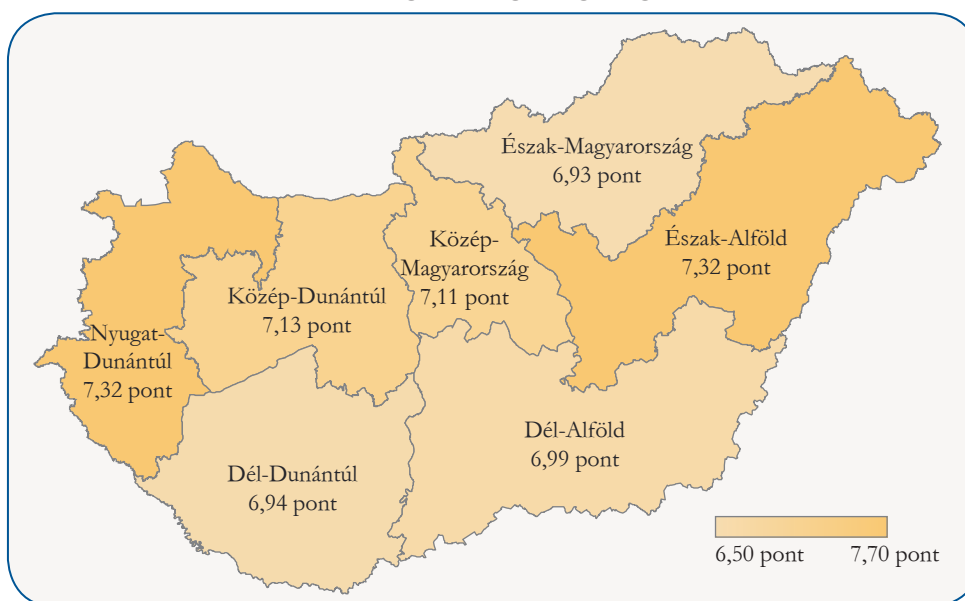
A lakosság 4,0%-a az adatfelvételt megelőző 12 hónapban keresett fel pszichológust, pszichoterapeutát vagy pszichiátert a saját egészsége érdekében, de 0,7%-uk azt nyilatkozta, hogy anyagi okokból nem tudott igénybe venni mentálhigiénés ellátást, pedig szüksége lett volna rá. A nők másfélszer magasabb arányban vettek igénybe ellátást mentális probléma miatt (4,8% [95%-os MT 4,1–5,6%], illetve 3,2% [95%-os MT 2,5–3,9%]; $p=0,008$), de a két fiatalabb korcsoportban nem mutatkozott eltérés a két nem között, csak a 65 évesek és idősebbek körében. A többi vizsgált paraméter esetén csak az anyagi helyzet, a munkaerőpiaci státusz és a társas támasz mutatott kapcsolatot az ellátás igénybevételével: a rossz/nagyon rossz anyagi helyzetűek, az egyéb munkaerőpiaci státuszúak és a gyenge támasszal jellemezhetőek körében szignifikánsan magasabb volt a szolgáltatást igénybe vevők aránya a többi kategóriához viszonyítva. A szükségleteiket anyagi okokból kielégíteni nem tudók aránya ugyancsak magasabb volt a rossz/nagyon rossz anyagi helyzetűek, az egyéb munkaerőpiaci státuszúak és a gyenge támasszal jellemezhetőek körében. A romák négyszer magasabb arányban nyilatkozták azt, hogy anyagi okok miatt nem tudtak igénybe venni mentálhigiénés ellátást a nem romákhoz képest (2,8% [95%-os MT 1,1–6,9%], illetve 0,7% [95%-os MT 0,5–0,9%], $p=0,016$).

4.2.4. Élettel való elégedettség

Az élettel való elégedettség átlagpontszáma egy 0–10 pontos skálán a teljes populációban 7,11 (95%-os MT 7,06–7,17) pont volt, nemek közti eltérés nélkül. Az életkor emelkedésével az elégedettség mértéke mindkét nemből szignifikánsan csökkent, és ugyancsak szignifikáns összefüggést mutatott a családi állapottal és a háztartás méretével. A romák átlagpontszáma alacsonyabb volt a nem romákéhoz képest, de ez a különbség 0,01 szignifikanciaszint mellett nem mutatkozott jelentősnek (15. tábla). Az élettel való elégedettség az előzőeken kívül szignifikáns összefüggést mutatott az iskolai végzettséggel, az anyagi helyzettel, a munkaerőpiaci státusszal és a társadalmi tőkével is (16. tábla, 8. ábra), de jelentős regionális különbséget nem találtunk (17. tábla, 7. ábra).

7. ábra

Élettel való elégedettség átlaga régiók szerint



15. tábla

Az élettel való elégedettség és a jóllétindex átlagpontszáma a főbb demográfiai ismérvek szerint

(95%-os megbízhatósági tartomány)

Ismérv és változata		Élettel való elégedettség átlagpontszáma	p-érték	Jóllétindex átlagpontszáma	p-érték
Férfi	18–34 év	7,63 [7,49–7,75]	<0,001	65,31 [63,94–66,68]	<0,001
	35–64 év	6,95 [6,83–7,06]		58,36 [57,13–59,59]	
	65+ év	6,79 [6,57–7,01]		53,55 [51,27–55,83]	
	Összesen	7,11 [7,03–7,19]	–	59,49 [58,61–60,38]	–
Nő	18–34 év	7,76 [7,63–7,89]	<0,001	63,62 [62,04–65,20]	<0,001
	35–64 év	7,12 [7,02–7,22]		57,66 [56,49–58,81]	
	65+ év	6,48 [6,31–6,64]		49,31 [47,51–51,11]	
	Összesen	7,11 [7,04–7,19]	–	57,02 [56,17–57,88]	–
Családi állapot	Házasság	7,28 [7,21–7,36]	<0,001	58,95 [58,10–59,80]	<0,001
	Házadon/nőtlen	7,40 [7,31–7,49]		62,06 [61,01–63,11]	
	Elvált	6,38 [6,18–6,58]		54,88 [52,75–57,01]	
	Özvegy	6,25 [6,07–6,43]		47,50 [45,53–49,47]	
Háztartás mérete	Maximum 3 fős háztartás	6,97 [6,90–7,04]	<0,001	56,89 [56,13–57,66]	<0,001
	Minimum 4 fős háztartás	7,43 [7,34–7,52]		61,00 [59,99–62,01]	
Nemzetiség	Roma	6,70 [6,32–7,09]	0,038	53,09 [49,16–57,02]	0,010
	Nem roma	7,12 [7,06–7,17]		58,31 [57,69–58,93]	

4.2.5. Jóllét

Az előző 2 hét pozitív érzései alapján számított jóllétindexen elért átlagpontszám a teljes lakosság vonatkozásában 58,18 pont volt egy 0–100-as skálán (95%-os MT 57,56–58,79), a férfiak átlagpontszáma szignifikánsan magasabb volt ($p < 0,001$). Az életkor emelkedésével a jóllét mértéke csökkent, de szignifikáns nemi különbség csak a legidősebb korosztályban mutatkozott, szintén a férfiak javára ($p = 0,004$). A romák átlagpontszáma szignifikánsan, több mint 5 ponttal alacsonyabb volt a nem romákéhoz képest (15. tábla). Az előzőeken túl a jóllét szignifikáns összefüggést mutatott a családi állapottal, a háztartás méretével, az iskolai végzettséggel, az anyagi helyzettel, a munkaerőpiaci státusszal és a társadalmi tőkével is: párkapcsolat elvesztése, kisebb létszámú háztartás, alacsonyabb iskolai végzettség, rossz anyagi helyzet, nyugdíj vagy „egyéb” munkaerőpiaci pozíció, gyenge társas támasz és alacsony urbanizáció csökkentette a jóllét érzését (15. és 16. tábla, 9. ábra).

16. tábla

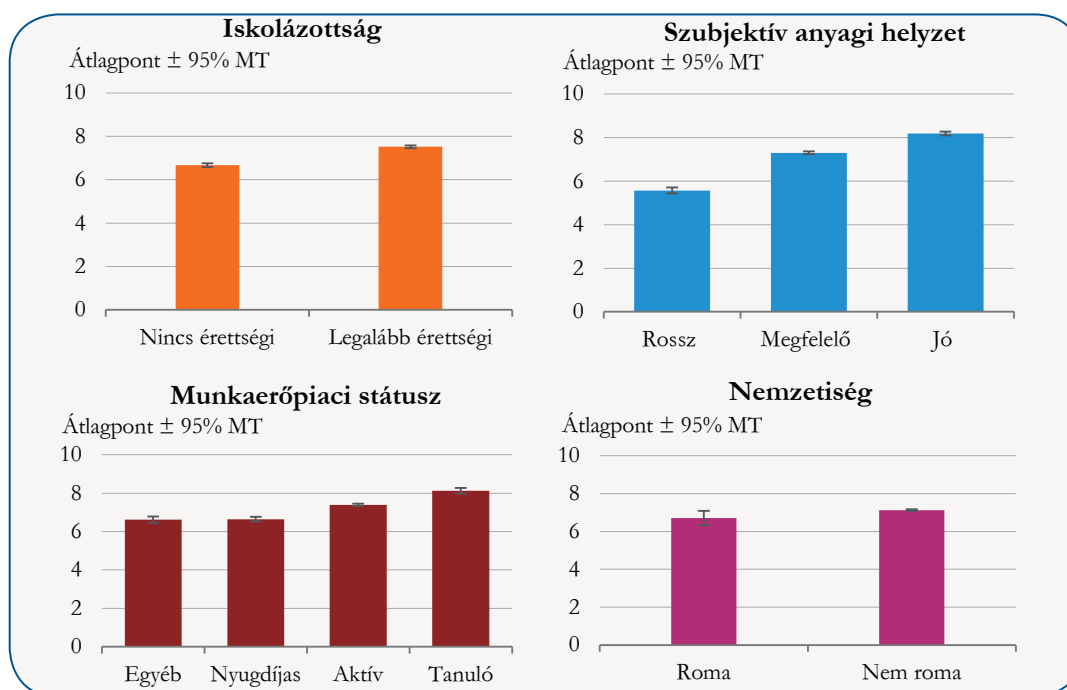
**Az élettel való elégedettség és a jóllétindex átlagpontszáma
a főbb társadalmi-gazdasági mutatók csoportjaiban**

(95%-os megbízhatósági tartomány)

Ismérv és változata		Élettel való elégedettség átlagpontszáma	p-érték	Jóllétindex átlagpontszáma	p-érték
Iskolai végzettség	Nincs érettségi	6,67 [6,59–6,76]	<0,001	53,34 [52,41–54,26]	<0,001
	Minimum érettségi	7,52 [7,45–7,58]		62,65 [61,87–63,43]	
Munkaerőpiaci státusz	Tanuló	8,12 [7,97–8,27]	<0,001	67,24 [65,22–69,25]	<0,001
	Aktív dolgozó	7,39 [7,32–7,46]		61,66 [60,88–62,43]	
	Nyugdíjas	6,64 [6,52–6,76]		52,66 [51,38–53,93]	
	Egyéb	6,62 [6,45–6,78]		52,55 [50,84–54,26]	
Szubjektív anyagi helyzet	Rossz	5,57 [5,44–5,71]	<0,001	46,82 [45,43–48,22]	<0,001
	Megfelelő	7,29 [7,23–7,36]		59,06 [58,29–59,83]	
	Jó	8,19 [8,10–8,28]		67,32 [66,15–68,49]	
Jövedelmi ötöd	1. (legalsó)	6,01 [5,87–6,16]	<0,001	48,15 [46,66–49,65]	<0,001
	2.	6,76 [6,63–6,89]		55,17 [53,76–56,57]	
	3.	7,17 [7,05–7,28]		58,89 [57,64–60,15]	
	4.	7,55 [7,44–7,65]		62,65 [61,34–63,96]	
	5. (legfelső)	7,99 [7,90–8,08]		65,50 [64,34–66,65]	
Társas támasz	Gyenge	5,96 [5,78–6,14]	<0,001	45,11 [43,34–46,88]	<0,001
	Közepes	7,03 [6,96–7,11]		56,84 [56,03–57,66]	
	Erős	7,65 [7,57–7,74]		65,41 [64,42–66,40]	
Urbanizáció foka	Ritkán lakott	6,97 [6,87–7,06]	<0,001	55,85 [54,79–56,89]	<0,001
	Közepesen sűrűn lakott	7,16 [7,07–7,26]		58,88 [57,85–59,92]	
	Sűrűn lakott	7,22 [7,12–7,32]		59,95 [58,85–61,04]	

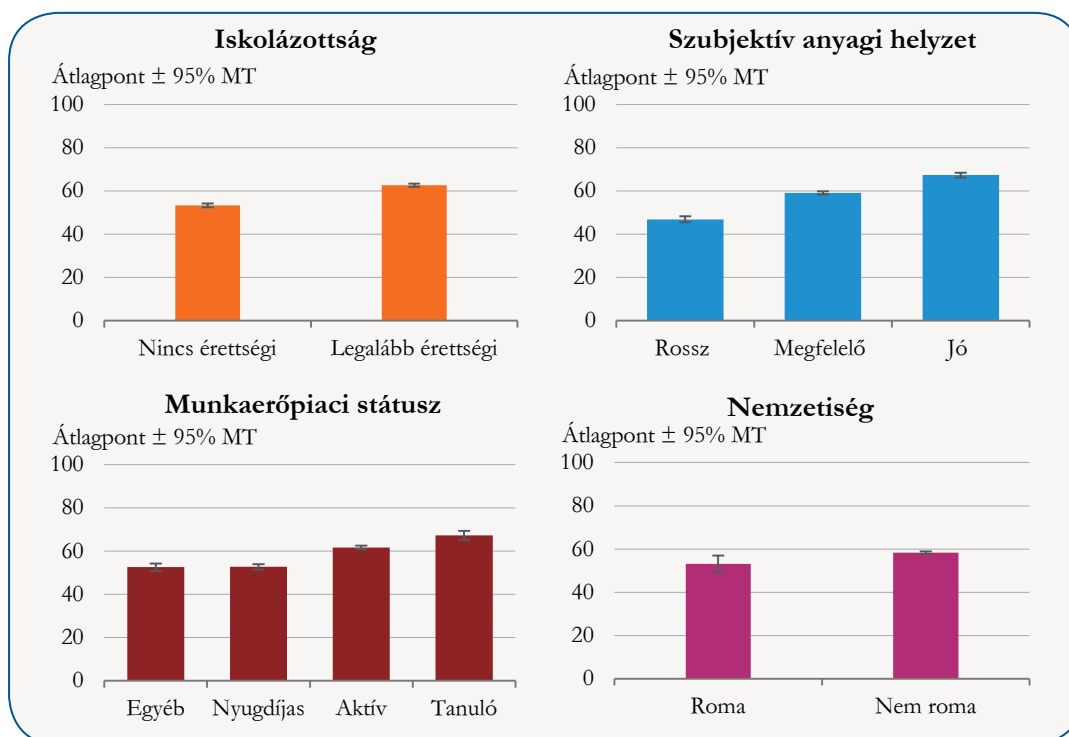
8. ábra

**Az élettel való elégedettség átlaga a hátrányos helyzet és nemzetiség mutatói szerint
(átlagpont, [95%-os megbízhatósági tartomány])**



9. ábra

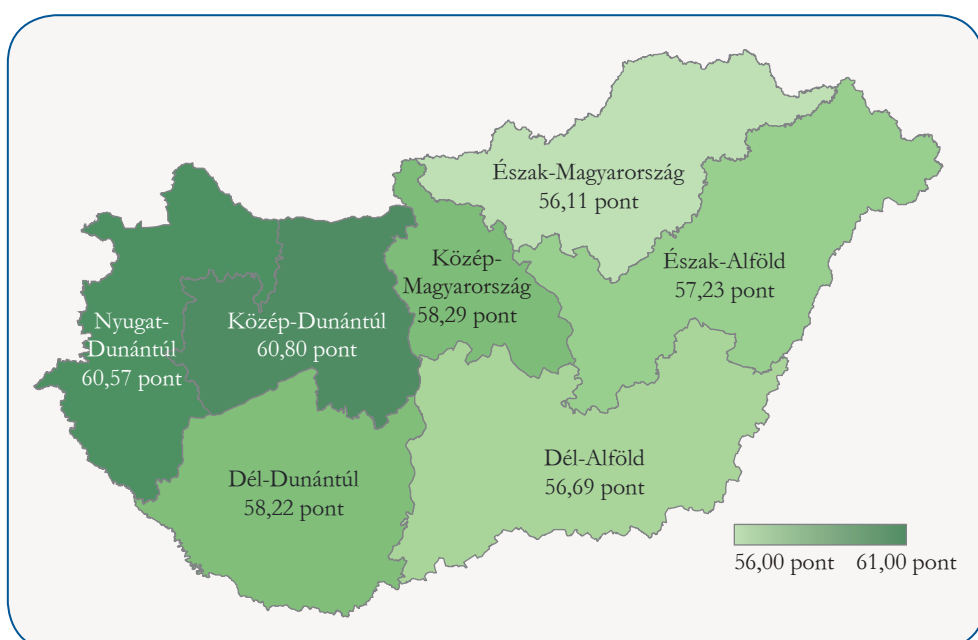
A jóllétindex átlaga a hátrányos helyzet és nemzetiség jellemzői szerint
(átlagpont, [95%-os megbízhatósági tartomány])



A jóllétindex átlagpontszáma szignifikáns regionális különbséget mutatott: a Dunántúl középső és nyugati régiójában volt a legmagasabb, és Észak-Magyarországon, valamint Dél-Alföldön a legalacsonyabb (17. tábla, 10. ábra).

10. ábra

A jóllétindex átlaga a hazai régiókban



17. tábla

Az élettel való elégedettség és a jóllét átlagpontszáma régió szerint

(95%-os megbízhatósági tartomány)

Régió	Élettel való elégedettség átlagpontszáma	p-érték	Jóllétindex átlagpontszáma	p-érték
Közép-Magyarország	7,11 [7,00–7,22]	0,581	58,29 [57,10–59,49]	0,004
Közép-Dunántúl	7,13 [6,97–7,29]		60,80 [59,02–62,59]	
Nyugat-Dunántúl	7,32 [7,16–7,49]		60,57 [58,68–62,46]	
Dél-Dunántúl	6,94 [6,76–7,13]		58,22 [56,28–60,16]	
Észak-Magyarország	6,93 [6,76–7,10]		56,11 [54,29–57,91]	
Észak-Alföld	7,32 [7,19–7,45]		57,23 [55,73–58,73]	
Dél-Alföld	6,99 [6,84–7,14]		56,69 [55,05–58,35]	

5. Megbeszélés

A 2014. évi egészségfelmérés eredményei szerint a hazai felnőtt lakosság 11%-a (6,9% depresszív tünetek + 3,6% major depresszió) tekinthető veszélyeztetettnek depresszió szempontjából az aktuális állapotot figyelembe vevő PHQ-8-szűrőskála alapján, de önbevallás szerint csak a lakosság 5,0%-a volt depressziós az adatgyűjtést megelőző évben, illetve 3,1%-nak volt egyéb mentális problémája. A hangulatzavarok, köztük a depresszió gyakorisága a nők körében ismertén magasabb³⁵, illetve korral növekvő gyakoriságát a jelen vizsgálat is bizonyította, mind a szűrőskálával, mind az önbevallás szerinti, az előző évi depresszióra vonatkozó kérdéssel. A depressziósok mindkét módszerrel becsült aránya jellegzetes földrajzi eloszlást mutat: Közép-Dunántúlon a legalacsonyabb, és az északkelet-délnyugati tengelyen fekvő három régióban a legmagasabb.

Az aktuálisan fennálló depresszió kockázatát és az adatgyűjtést megelőző évi prevalenciáját egyaránt növelő tényezők a női nem és a magasabb életkor mellett a párkapcsolati veszteség (elvált vagy özvegy családi állapot), kisebb létszámú háztartás, alacsonyabb iskolázottság, rossz anyagi helyzet, valamint „egyéb” munkaerőpiaci státusz. Az általunk azonosított magyarázó változók köre gyakorlatilag megegyezik a mentális egészség más, nemzetközi vizsgálatok által azonosított társadalmi magyarázó változóival.³⁶

A roma nemzetiség és az urbanizáció alacsonyabb mértéke saját elemzésünkben csak az aktuálisan fennálló depresszió szűrőskálával mért kockázatával mutatott összefüggést, az előző évi depresszió önbevallás szerinti gyakoriságával nem, ugyanakkor a gyenge társas támasz mindkettő esetében kockázati tényezőnek viszonyult. Ez – összevetve azzal az eredménnyel, hogy az egészségügyi ellátást a romák négyszer nagyobb arányban nem tudják igénybe venni anyagi okok miatt – a pszichiátriai/pszichológiai ellátáshoz való hozzáférés hiányosságain és a depresszió általános aluldiagnosztizáltságán túl³⁷ egyes, hátrányos helyzetben lévő csoportok egészségügyi ellátásával kapcsolatos további problémákra utal, jelezve a nemzetközileg is leírt probléma³⁸ hazai létezését.

A mentális állapot pozitív dimenzióit tükrözi az élettel való elégedettség és a jóllét, amelyek a jelen vizsgálatban csaknem ugyanazon meghatározó tényezőkkel mutattak összefüggést, mint a mentális állapot negatív indikátorai. Fiatalabb kor, férfi nem, házastársi kapcsolat, nagyobb létszámú háztartás, magasabb iskolai végzettség, jó szubjektív anyagi helyzet, aktív munkaerőpiaci vagy tanulói státusz, valamint magas

³⁵ Boyd A et al: Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study. J Affect Disorder 2015;173(1):245–254. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.002>

³⁶ Silva M, Loureiro A, Cardoso G: Social determinants of mental health: a review of the evidence. Eur J Psychiatry 2016;30(4):259–292. <http://scielo.isciii.es/pdf/ejpen/v30n4/original03.pdf>

³⁷ Sheehan DV: Depression: underdiagnosed, undertreated, underappreciated. Manag Care 2004;13(6 Suppl Depression):6–8.

³⁸ Sorkin DH et al: Underdiagnosed and undertreated depression among racially/ethnically diverse patients with type 2 diabetes. Diabetes Care 2011;34(3):598–600. <https://doi.org/10.2337/dc10-1825>

fokú urbanizáció és erős társas támasz növelte mind az étellel való elégedettség, mind a jóllét mértékét. A roma nemzetiséghez tartozók körében mindkét változó átlaga alacsonyabb volt a nem romákéhoz képest, de a különbség egyik mutató esetében sem bizonyult erősen szignifikánsnak.

Az elemzés során külön vizsgáltuk a legkedvezőtlenebb társadalmi-gazdasági helyzetben lévő csoportokat az azokon belül fennálló mentális egészség-különbségek esetleges etnikai determinációját keresve. Az aktuális depresszió kockázata és előző évi prevalenciája egyaránt magasabbnak bizonyult a fiatal roma férfiak és a középkorú roma nők körében azonos korú, nemű és társadalmi helyzetű kortársaikhoz képest. Ezen túlmenően azonban más különbséget nem találtunk, ami arra utal, hogy a roma népesség kedvezőtlen mentális állapota valószínűsíthetően elsősorban a nem romákhoz képest igen kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzetükkel (4. ábra), nem pedig etnikai jellegzetességeikkel magyarázható.

Eredményeink értelmezéséhez szükséges a jelen felmérés adatainak összevetése más forrásokból származó, illetve korábbi adatokkal. Kézenfekvő volna az ELEF2009 mentális egészségre vonatkozó adatait használni, azonban a bevezetésben említettek értelmében csak az önbevallás szerinti depresszió és az egyéb pszichés problémák előző évi prevalenciája, valamint ezek orvos által történt megállapítása hasonlítható össze az ELEF2009 és az ELEF2014 vonatkozásában.

A két adatfelvétel közt a krónikus depresszió gyakorisága önbevallás szerint 9, orvosi diagnózis alapján 22%-kal csökkent (18. tábla). Az egyéb pszichés problémák gyakoriságában önbevallás szerint 7%-os növekedés, orvosi diagnózis alapján 14%-os csökkenés következett be 2009-ről 2014-re (18. tábla). 2009 és 2014 közt minden változás statisztikailag szignifikánsnak bizonyult, de a változás csak a két különböző változóval mért depresszió esetén tekinthető egyértelműnek.

18. tábla

Mentális problémák előző évi prevalenciája 2009-ben és 2014-ben

Ismérv	ELEMZÉS		
	ELEF2009 ^{a)}	ELEF2014	p-érték
Krónikus depresszió önbevallás alapján	5,5	5,0	<0,001
Orvos által megállapított depresszió	5,3	4,2	<0,001
Egyéb pszichés probléma önbevallás alapján	2,9	3,1	<0,001
Orvos által megállapított egyéb pszichés probléma	2,9	2,5	<0,001

^{a)} Tistyan L., Busa Cs., Füzesi Zs.: A mentális betegségek, panaszok és az egészségmagatartás összefüggései. In: Tanulmányok II. Az egészség társadalmi, gazdasági összefüggései. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest 2012.

A depresszió vonatkozásában a Hungarostudy is csökkenő tendenciát tárt fel. A magas kockázatúak (súlyos depressziós tünetegyüttest mutatók) aránya a 2006-ban mért 11-hez képest 2013-ra 10%-kal, 9,9%-ra csökkent.³⁹ Ezen értékek hasonló nagyságrendűek az ELEF2014 során a PHQ-8-szűrőskálával mért 11%-hoz, de az eltérő módszertan miatt az ELEF és a Hungarostudy adatainak közvetlen összehasonlítása nem lehetséges. Mindenképpen figyelemre méltó az, hogy a depresszió szempontjából szűrőkérdőívvel magas kockázatúnak tarthatóak aránya mintegy kétszeresen haladja meg az önbevallás, illetve az orvosi diagnózis szerint depressziósok arányát.

A fentiek alapján az az óvatos becslés tehető, hogy a hazai felnőtt népesség mintegy tizedét depresszió szempontjából veszélyeztetettnek lehet tekinteni. A kockázatnak kitett csoportok mind társadalmi-gazdasági tényezők, mind földrajzi eloszlás szempontjából azonosíthatók, amelyek alapján a jövőre nézve két nagyobb feladat körvonalazható. Egyrészt szükséges az országos felmérések azonos módszertannal történő, rendszeres ismétlése, valamint újabb, nagyobb felbontású (megyei, kistérségi, illetve további magyarázó változókat vizsgáló) kutatások indítása. Az így rendelkezésre álló adatok alapján lehetséges volna a hazai népesség mentális egészségét javító országos stratégia kidolgozása és megvalósítása is, amelyben a mentális betegek és veszélyeztetettek hatékony módszerekkel történő segítése mellett egyenlő fontossággal kellene szerepelniük az iskolázottságot és a társas támogatást a populáció széles rétegeiben növelő, az „egyéb” munkaerőpiaci helyzetet csökkentő beavatkozásoknak, kiemelt fontossággal kezelve a legfiatalabb korosztályokat.

³⁹ Susánszky É., Szántó Zs. (szerk.) Magyar Lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest 2013.