

KUTATÁSI JELENTÉS

Hódmezővásárhelyi Lakossági Egészségfelmérés HODEF 2008



EgészségMonitor
Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft.

Budapest, 2008. augusztus

Készült a
Hódmezővásárhely Megyei Jogú Város Önkormányzat
Erzsébet Kórház-Rendelőintézete
megbízásából, az
Egészséges Vásárhelyért Program
keretében

A kutatás vezetője: *Vitrai József*

A kutatás részvevői: *Hermann Dóra*

Kaposvári Csilla

Németh Renáta

A tanulmány elérhető: www.egeszsegmonitor.hu valamint a www.evp.hu honlapon

1. TARTALOM

1. Tartalom	3
2. Vezetői összefoglaló	5
2.1 A HODEF2008 legfontosabb eredményei	5
3. Bevezető	8
4. Módszertan	10
4.1 Legfontosabb megállapítások	10
4.2 Mintavétel	10
4.2.1. A felmérés végrehajtása	11
4.3 Elemzés	12
4.3.1. Adatvédelem	12
4.3.2. Az elemzés tervezésekor figyelembe vett szempontok	13
4.3.3. Eszközellenőrzés	13
4.3.4. Reprezentativitás-vizsgálat	13
4.3.5. Súlyozás	14
4.3.6. Gyakorisági becslések	17
4.3.7. Összefüggés-elemzések	18
5. Egészségi állapot	20
5.1 Legfontosabb megállapítások	20
5.2 Háttér	20
5.3 Módszertan	22
5.3.1. Vélt egészség	22
5.3.2. Korlátozottság	22
5.3.3. Mentális egészség	24
5.4 Eredmények	26
5.4.1. Populációs becslések	26
5.4.2. Összefüggés-elemzések	30
5.5 Megbeszélés	34
5.5.1. Az eredmények értelmezése	34
5.5.2. Az eredmények felhasználhatósága	35
6. Krónikus betegségek	36
6.1 Legfontosabb megállapítások	36
6.2 Háttér	36

6.3	Módszertan.....	37
6.4	Eredmények	39
6.4.1.	Populációs becslések.....	39
6.4.2.	Összefüggés-elemzések	45
6.5	Megbeszélés	49
6.5.1.	Az eredmények értelmezése.....	49
6.5.2.	Az eredmények felhasználhatósága	50
7.	Egészségmagatartás.....	51
7.1	Legfontosabb megállapítások.....	51
7.2	Háttér	51
7.3	Módszertan.....	55
7.3.1.	Egészségtudatosság.....	55
7.3.2.	Dohányzás	55
7.3.3.	Alkoholfogyasztás	57
7.3.4.	Táplálkozás	58
7.3.5.	Testmozgás.....	59
7.3.6.	Túlsúly, elhízás	61
7.4	Eredmények	62
7.4.1.	Populációs becslések.....	62
7.4.2.	Összefüggés-elemzések	78
7.5	Megbeszélés	91
7.5.1.	Az eredmények értelmezése.....	91
7.5.2.	Az eredmények felhasználhatósága	95
8.	Egészségügyi ellátás igénybevétele	96
8.1	Legfontosabb megállapítások.....	96
8.2	Háttér	97
8.3	Módszertan.....	98
8.4	Eredmények	103
8.4.1.	Populációs becslések.....	103
8.4.2.	Összefüggés-elemzések	107
8.5	Megbeszélés	112
8.5.1.	Az eredmények értelmezése.....	112
8.5.2.	Az eredmények felhasználhatósága	113

2. VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

A hódmezővásárhelyi Lakossági Egészségfelmérés (HODEF2008) az Egészséges Vásárhelyért Program keretén belül jött létre, időszerű és alapvető információval szolgál a város lakosságának egészségi állapotáról és az azt meghatározó legfontosabb társadalmi-gazdasági tényezőkről.

A módszertan és az adatok elemzésének megválasztásakor a vizsgálat fő célkitűzését, azaz a 2003-ban felvett Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF2003) eredményeivel való összevethetőség biztosítását tartottuk szem előtt. A mintába beválasztottak 68%-ával készült interjú, ami megfelel a hazai és nemzetközi felmérések gyakorlatának. A felmérésben nyert adatok, az ezekből számított eredmények statisztikai szempontból ezért megbízhatónak ítélték.

Az eredmények a beavatkozások szempontjából kétféle kérdéskör megválaszolásában segíthetnek. Az egyik kérdés segít tisztábban látni abban, hogy Hódmezővásárhelyen melyek a komoly egészségproblémák, azaz hol van szükség beavatkozásra az ezek miatt fellépő szükségletek és igények tekintetében. A másik – további célzott elemzések eredményeivel együtt – inkább a szükséges beavatkozások módját, eszközeit és irányát segít kijelölni. A helyi egészségproblémák nagyságának becslésére, az egészség szempontjából leginkább veszélyeztetett társadalmi csoportok meghatározására a HODEF2008 kutatási jelentés *populációs becslései* és a térségi összehasonlításai adnak lehetőséget. A második kérdéskör válaszainak alapjait a jelentés *összefüggés-elemzéseinek* eredményei jelölhetik ki. Itt azt vizsgáljuk, hogy vajon a Hódmezővásárhelyre vonatkozó illetve országos arányok eltérése mennyire vezethető vissza a város – az országotól eltérő – sajátos demográfiai-szociológiai összetételére, vagy más „helyi körülményre”.

2.1 A HODEF2008 legfontosabb eredményei

Hódmezővásárhelyen a felnőtt nők kisebb arányban vélték egészségi állapotukat rossznak, mint akár a Dél-Alföldi Régióban, akár az országban máshol. Amennyiben Hódmezővásárhely lakosságának a demográfiai és szociológiai összetétele az országgal megegyezne, a hódmezővásárhelyiek 20%-al kisebb eséllyel vélnék egészségi állapotukat rossznak, mint az ország lakosai általában. Mivel az egészségüket rossznak ítézők arányából következtethetünk az egészségügyi ellátás elégtelenségére is, megállapítható, hogy Hódmezővásárhelyen az egészségügyi ellátás jobban kielégíti a szükségleteket, mint Magyarországon általában.

A középkorúak fele, az idősek csaknem 80%-a küzd valamilyen enyhe, vagy közepes fokú korlátozottsággal, a város felnőtt lakosságának 5%-a súlyosan korlátozott, azaz segítségre szorul

az önellátásban. Hódmezővásárhelyen a középkorú felnőttek 11%-a, az idős férfiak 11% és az idős nők 20%-a mentális funkcionalitás csökkenéssel jellemezhető. A korlátozottság és a mentális funkciócsökkenés egészségi állapotmutató tekintetében nem találtunk eltérést az országos értékektől.

A legtöbb vizsgált krónikus betegség előfordulási gyakorisága Hódmezővásárhelyen megfelelt az országos átlagnak. A magasvérnyomás Hódmezővásárhelyen az idős nők 70%-át, a 65 év feletti férfiak valamivel több mint felét érinti. Magas a fiatal férfiaknál talált 17%-os gyakoriság is. Amennyiben Hódmezővásárhely lakosságának a demográfiai és szociológiai összetétele az országgal megegyezne, a magasvérnyomás esélye közel 50%-kal nagyobb lenne az országos értékeknél. Ennek hátterében az alapellátás és járóbeteg szakellátás – különösen a fiatal férfiak által – nagyobb arányú igénybevétele, és ennek következtében a kisebb arányú rejtett morbiditás feltételezhető. A keringési rendszer betegségei a 65 év feletti hódmezővásárhelyi lakosok háromnegyedét érintik. A szívinfarktus és a stroke magasabb aránya az idősek körében Hódmezővásárhelyen jobb túlélési rátát jelezhet.

Minden ötödik hódmezővásárhelyi felnőtt nő és a férfiak 38%-a dohányzik. A hódmezővásárhelyi felnőtt nők 5%-a, míg a férfiak körében minden ötödik erős dohányosnak számít, azaz napi 20 szál cigarettánál többet szív. A felmérést megelőző elmúlt 12 hónapban leszokással próbálkozott a hódmezővásárhelyi dohányzó felnőtt férfiak fele, míg a nők 44%-a. Az aktív korú lakosok közül minden 10. szenved munkahelyi passzív dohányzástól, ami kedvezőbb, mint a régiós illetve az országos helyzet. Amennyiben Hódmezővásárhely lakosságának a demográfiai és szociológiai összetétele az országgal megegyezne, a dohányzás esélye a városban az országosnál több mint 20%-al kisebb lenne. Ezekben az eredményekben valószínűsíthető a dohányzás visszaszorítására tett korábbi hódmezővásárhelyi intézkedések hatása is.

Nagyívónak számít közel minden hetedik hódmezővásárhelyi felnőtt: a férfiak 26%-a, a nők 5%-a. A kérdezést megelőző négy hétben a hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság fele evett naponta friss zöldséget vagy gyümölcsöt, de csak 15%-a evett az ajánlásoknak megfelelően naponta többször friss zöldséget vagy gyümölcsöt. A felnőtt nők felének, míg a férfiak 65%-ának magasabb a testtömege a kívánatosnál, minden negyedik hódmezővásárhelyi férfi és nő elhízott. A felnőtt lakosság 5%-a egyáltalán nem, míg minden 10. ember nem megfelelő mértékben végzett testmozgást. Amennyiben Hódmezővásárhely lakosságának a demográfiai és szociológiai összetétele az országgal megegyezne, a városban 30%-al kevesebb lenne azon felnőttek aránya, akik nem végeznek az egészséges élethez szükséges fizikai aktivitást.

Hódmezővásárhelyen mindhárom korcsoportban, a nőknél és a férfiaknál egyaránt 90% körül volt az alapellátást a kérdezést megelőző 12 hónapban igénybe vevők aránya. A férfiaknál ezek az arányok 5-10%-kal alacsonyabbak voltak. Amennyiben Hódmezővásárhely lakosságának a demográfiai és szociológiai összetétele az országgal megegyezne, a dohányzás esélye a városban az országosnál több mint 20%-al kisebb lenne.

A fiatal és középkorú hódmezővásárhelyi nők háromnegyede igénybe vette a járóbeteg szakrendelést a felmérést megelőző 12 hónapban, a férfiak aránya ezekben a korcsoportokban csupán 40-45% volt. Az idős nők és férfiak több mint fele vett igénybe ilyen egészségügyi szolgáltatást. Vérnyomásmérést közel azonos arányban, 80-90%-ban végeztek az előző 12 hónapban a nőknél és a férfiaknál – a fiataloknál egy kicsivel alacsonyabb, az idősebbeknél kissé nagyobb arányban. Minden második fiatal felnőttél végeztek vércukorszint ellenőrzést a kérdezést megelőző 12 hónapban Hódmezővásárhelyen, az idősebbeknél ez az arány meghaladta a 60%-ot. A nők 60%-ánál, a férfiak felénél történt koleszterinszint meghatározás a megelőző 12 hónapban. A hódmezővásárhelyiek 9%-a számolt be székletvizsgálatról és közel 3%-a vastag illetve végbéltükrözésről a megelőző 12 hónapra vonatkozóan.

Nem járt nőgyógyásznál a kérdezést megelőző öt éven belül a fiatal és középkorú nők 10%-a. A méhnyakrák szűrésének 65 év alatti célcsoportjában a nők egyharmadánál nem végeztek citológiai vizsgálatot, és az emlőrák-szűrés 50 év feletti célcsoportjában a nők közel felénél történt mammográfias vizsgálat a felmérést megelőző két éven belül.

Azok az eredmények, miszerint a hódmezővásárhelyi lakosok elégedettebbek az egészségi állapotukkal és Hódmezővásárhelyen az országosnál magasabb az alap- és járóbeteg szakellátást igénybevevők aránya feltételezhető, hogy az egészségügyi szolgáltatás jobban kielégíti a szükségleteket, mint máshol az országban. Minden bizonnyal szerepet játszik ebben az Egészséges Vásárhelyért Program megindulása. A felmérés – Hódmezővásárhely tekintetében több esetben kedvező – eredményei támogatást jelentenek az Egészséges Vásárhelyért Program mind szélesebb körű és minél intenzívebb folytatására, mely akár már középtávon is mérhető módon javíthatja a hódmezővásárhelyi lakosság egészségi állapotát és egészségmagatartását.

További célzott elemzések eredményeivel együtt a helyi döntéshozatali folyamatok alapját szolgálhatja a korlátozott helyi erőforrások hatékonyabb allokációjában, ezáltal – akár változatlan ráfordítással - az ellátás színvonalának emelésében, a korábban hozott döntések hatásának értékelésében. Ezek a folyamatok a helyi egészségpolitikai és népegészségügyi programok javítását alapozhatják meg. A felmérés és eredményeinek megfelelő kommunikációja nem utolsó sorban tovább növelheti a lakosság bizalmát és elégedettségét.

3. BEVEZETŐ

A fejlett országokban évtizedek óta a rendszeres lakossági egészségfelmérések szolgálnak alapvető információval a lakosság egészségi állapotáról. Azon túl, hogy ilyen módon – eltérően a betegforgalmi adatoktól – az ellátásban nem jelentkezőkről is szerzhető információ, az egészségi állapot mellett demográfiai, társadalmi-gazdasági helyzetre vonatkozó, ugyanazon egyénhez tartozó adatok összegyűjtése is lehetővé válik. Az egészségfelmérés során keletkezett információk lehetőséget teremtenek:

- az ellátási szükséglet összetételének, mennyiségének, térségi megoszlásának vizsgálatára;
- a szükségletekhez illeszkedő költség-hatékony kapacitásszervezés és betegút-tervezés kialakítására;
- az egészségpolitikai döntéshozók számára, hogy megismerjék a lakosoknak az egészségügyi ellátás minőségére és a szolgáltatások körülményeire vonatkozó véleményét, elégedettségét;
- az ellátáshoz való hozzáférés és igénybevétel, valamint az ezekben tapasztalt egyenlőtlenségek megismerésére és összehasonlítására az egyes térségi szinteken és társadalmi csoportokban;
- az országos, regionális és helyi szintű népegészségügyi stratégiák, beavatkozások, intézkedések tényeken alapuló tervezésére.

A HODEF2008 megvalósításának célja, hogy Hódmezővásárhely vezetői megbízható adatokhoz jussanak a város lakosságának egészségi állapotáról, a népegészségügyi szempontból legjelentősebb egészségi problémákról, a kockázati tényezőkről, az egészségmagatartásáról és az ellátási szükségletekről. A felmérésből származó információ alapján lehetőség nyílik

- a korlátozott helyi erőforrások hatékonyabb allokációjára, ezáltal – akár változatlan ráfordítással – az ellátás színvonalának emelésére;
- a lakosság elégedettségének növelésére, a város vezetéséről alkotott vélemény javítására;
- a regionális és helyi egészségpolitikai programok megvalósulásának értékelésére, módosítására és kiegészítésére;
- az NFÜ által kiírt fejlesztési pénzekért való információ alapú, nagyobb sikerrel kecsegtető pályázására.

A Hódmezővásárhelyi Lakossági Egészségfelmérést a Hódmezővásárhely Megyei Jogú Város Önkormányzat Erzsébet Kórház-Rendelőintézet megbízásából, az Egészséges Vásárhelyért

Program (www.evp.hu) keretében az EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft. valósította meg. Az interjúk kérdőívfelvétel a város 18 éves vagy annál idősebb felnőtt lakosságának véletlenszerűen választott mintájában szereplő 1500 személyt érintett. A kérdezést a Nézőpont Intézet Zrt. által megbízott kérdezőbiztosok végezték 2008. júniusában.

A felmérés kérdőíve illetve a kérdés végrehajtásának módja nemzetközi ajánlásoknak teljesen megfelel, és a 2000-es illetve 2003-as Országos Lakossági Egészségfelmérések (OLEF) tapasztalatait figyelembe véve lett kialakítva. Ez biztosítja az eredmények megbízhatóságát és érvényességét valamint az országos adatokkal való összevethetőséget. Az OLEF-ek kutatási jelentései, melyek az eredményeken túl tartalmazzák az egészségfelmérések elméletére és módszertanára vonatkozó ismereteket is (többek között pl. a kérdőívet megalapozó egészségmodell leírását), a HODEF2008 elválaszthatatlan előzményeinek tekintendők, és a www.oszmk.hu címen hozzáférhetők.

A HODEF2008 előzményeként a hódmezővásárhelyi képviselő-testület megbízásából 2001-ben kérdőíves egészségpszichológiai vizsgálat készült a város felnőtt lakossága körében.¹ A kérdőívet egy adatlap egészítette ki, melyben elsősorban a szociális segítségre, ellátásra szorulóknak szükségleteit is felmérték. A két felmérés módszertana közötti jelentős eltérések miatt eredményeik azonban sajnos nem összevethetőek.

¹ Füzesi Zs, Falus F, Juhász Jné, Havasi K, Tistyán L: Egészségiállapot-felmérés Hódmezővásárhelyen. Egészségügyi Menedzsment 2002. szept.-okt. 39-41.

4. MÓDSZERTAN

4.1 Legfontosabb megállapítások

- A módszertan megválasztásakor a vizsgálat elsődleges célját, azaz az OLEF2003-mal történő összevethetőség biztosítását tartottuk szem előtt. Az OLEF módszertani követése egyúttal a tudományos-szakmai igényességet is garantálta.
- A mintába beválasztottak 68%-ával sikerült felvenni az interjút, ez megfelel a hazai tudományos felmérések gyakorlatának.
- A reprezentativitás-vizsgálat pozitív eredménnyel zárult, vagyis az adatok statisztikai szempontból igen megbízhatónak ítélték.
- Mindezek forrásaként két tervezési tényezőt jelölhetünk meg. Az egyik a mintavétel tervezése, ennek egyes lépései (megközelítően azonos kiválasztási valószínűségek létrehozása, szekvenciális mintavétel) a reprezentatív minta elérését célozták. Legalább ilyen fontos szerepe volt a felmérés körütekintő megtervezésének. A kérdezés körülményei (felkérő levél, visszautasítás esetén többszöri felkeresés) egyaránt pozitívan befolyásolták a válaszadási hajlandóságot.

4.2 Mintavétel

A felmérés **vizsgálati populációját** Hódmezővásárhely 2007. december 31.-ig 18. életévét betöltött, nem intézményben élő lakossága képviselte. Mivel a vizsgálati populáció nem érhető el közvetlenül, a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala (továbbiakban KEKKH) regiszterét tekintettük **mintakeret**ként. A mintakeret ennek megfelelően Magyarország 2007. december 31.-ig 18. életévét betöltött, magyar állampolgárságú, a KEKKH által aktuálisan nyilvántartott lakossága volt. Az intézményben élőket a terepmunka gyakorlatában kizártuk a felmérésből.

A tervezett minta nagysága 1500 fő volt. Korábbi tapasztalatokból kiindulva ez kb. 1000-1100 sikeres interjút jelent. Utólag ez a becslés helyesnek bizonyult, ugyanis 1027 interjút sikerült felvenni. Kiesések válaszmegtágadás, válaszképtelenség, hibás cím stb. miatt jöttek létre. A mintavétel típusa szekvenciális mintavétel volt, a mintavételi egységet az egyén jelentette.

A mintavételezést a KEKKH végezte. A szekvenciális mintavétel során az előzetesen nem és kor szerint sorba állított mintavételi kereten azonos lépésközzel végiglépkedve lettek a kérdezettek kijelölve. A kiválasztási intervallumot, azaz a lépésközt az 1500-as mintanagyság és a keretlétszám (38.922) hányadosaként kaptuk. A mintavételi módszerből adódóan a mintakeretbe tartozó minden személyhez azonos kiválasztási valószínűség tartozott. A mintavétel eredménye a **címlista**.

4.2.1. A felmérés végrehajtása

A felmérés végrehajtására 2008. június 12. és július 6. között került sor. A terepmunkát a Magyar Nézőpont Intézet végezte, 30 kérdező és 1 instruktorként bevonásával.

A kérdezők a vizsgálatot megelőzően képzésen vettek részt, ahol az egészségfelmérések leglényegesebb elméleti jellemzőin túl a HODEF célkitűzéseivel és kérdőívvel ismerkedtek meg, illetve lehetőségük volt a kérdőívben szereplő kérdések és válaszok értelmezésével kapcsolatos problémák tisztázására. A képzés anyagát az Egészségmonitor kutatói dolgozták ki.

A felmérést a vizsgálat minden lényeges elemét magába foglaló ún. elővizsgálat előzte meg. Az elővizsgálat során szerzett tapasztalatok alapján a fővizsgálatban már elkerülhető volt az előre nem látható problémák egy része. A kérdezők itt már élesben próbálták ki a kérdőívet, majd lehetőségük nyílt az esetlegesen felmerült problémák tisztázására. A kérdőívet az elővizsgálat tapasztalatai alapján kismértékben módosították.

A válaszadási hajlandóság növelése érdekében bizalomerősítő lépések történtek. A felmérés megkezdése előtt névre szóló felkérő levelet kapott minden mintába került személy. A kérdezők nehezen hamisítható, Megbízó levéllel keresték fel a kérdezettet. A felmérés elején adott, rövid szóbeli tájékoztató alapján adták a kérdezettek beleegyező nyilatkozatukat. Ennek hiányában adataik nem voltak felhasználhatók, bár ilyen eset egyetlen egyszer sem fordult elő.

A sikeres interjú elkészítéséhez átlagosan 50 percre volt szükség, a legrövidebb 20 perc, a leghosszabb 100 perc alatt készült el. A válaszmegtagadók az elutasító szándék megváltoztatása érdekében négyszer keresték fel.

A kérdőívfelvétel minőségét a Magyar Nézőpont Intézet folyamatosan ellenőrizte. A kérdőíveket először az instruktorként nézte át, amikor azokat átvették a kérdezőktől. Amikor az összegyűjtött kérdőívek a központba kerültek, ott az erre kijelölt, nagy tapasztalattal rendelkező szakemberek ellenőrizték azokat mind formai, mind tartalmi szempontból. A kérdezettek véletlenül kiválasztott 10%-át a Nézőpont utólag újra megkereste telefonon a kérdés megtörténtének ellenőrzése

végett. Az ellenőrzés a kérdőívfelvételen túl kiterjedt az adatbevitelre is: a kérdőívek véletlenül kiválasztott 100 %-át ismételten bevitték az adatrögzítők, és az eltérések ellenőrzésre kerültek.

A vizsgálat minőségbiztosításához, az adatok hitelességéhez a fenti lépések mindegyike – a kommunikáció, a képzés, a felmérés végrehajtásának részletes dokumentálása, valamint a részletes tervekben rögzítettek betartásának ellenőrzése - egyaránt hozzájárult.

4.3 Elemzés

4.3.1. Adatvédelem

Az Hódmezővásárhelyi Lakossági Egészségfelmérés munkafolyamataiban keletkező adatokkal kapcsolatban az 1992. évi LXIII. törvény a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról, az 1995. évi CXIX. tv. a kutatás és a közvetlen üzletszerzés célját szolgáló név- és lakcímadatok kezeléséről és az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, az 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvények hatályos rendelkezései az irányadóak. Ezek alapján történt az adatok tárolására alkalmas adatbázisok kialakítása, biztonságos és illetéktelenektől védett tárolása, archiválása, a tartalmi illetve szerkezeti változtatások nyomon követése és dokumentálása; az adatalakítást végző programok létrehozása, dokumentálása; az adatok előkészítése a statisztikai feldolgozásra; illetve az adatok értékelése, és az eredmények dokumentálása.

A kutatás során az EgészségMonitor adatkezelőként, a Magyar Nézőpont Intézet adatfeldolgozóként vett részt. Tekintettel arra, hogy a HODEF során személyes, ezen belül különleges adatok kezelésére kerül sor, mindkét szervezet részletes Kutatási Adatkezelési Tervet készített. Jogosultságukat és kötelezettségeiket a vonatkozó jogszabályi rendelkezések mellett a kettejük között létrejött szerződés szabályozza. Ez a szerződés, valamint a Kutatási Adatkezelési Tervek részletesen leírják a két intézmény közötti adattovábbítást, valamint az adatkezelés minden fázisában szükséges egyéb együttműködés szabályait.

A HODEF-ben résztvevő kérdezett személyek jogainak érvényesítését szolgálja a részükre adott, a vonatkozó jogszabályoknak megfelelő tájékoztatás, amely a felmérés előtt elküldött írásbeli tájékoztató levélből, az interjú felvételekor pedig a kérdezőbiztos szóbeli tájékoztatásából, a kérdezett kérdéseire adott válaszaiból, valamint írásos tájékozott beleegyezés aláírásából áll. A tájékoztatás a tudományos kutatások során általában kötelező elemek mellett minden alkalommal kitér a Magyar Nézőpont Intézet adatfeldolgozói szerepére is.

A HODEF Kutatási Adatkezelési Tervében rögzített szabályok, a kutatás alanyainak ismételt tájékoztatása együttesen biztosítják az adatkezelés jogszabályi feltételeinek érvényesülését, valamint a kutatás céljainak megfelelő, a jogszabályi kötelezettségen túlmenő, részletes adatkezelési minőségbiztosítási szabályokat.

4.3.2. Az elemzés tervezésekor figyelembe vett szempontok

A vizsgálat célja az OLEF2003 országos adataival történő összevetés biztosítása volt, ennek érdekében a kérdőív összeállítása, a mintavétel és az elemzés is az OLEF2003-nak megfelelően történt. Az OLEF2003-at követte az elemzés minden jellemzője, így az alkalmazott szoftver, a súlyozás, a választott statisztikai módszerek. Ez a döntés egyúttal a tudományos igényű megközelítést is garantálta, hiszen az OLEF2003 módszertanának kialakítása külföldi egészségfelméréseket és nemzetközi szakirodalmi ajánlásokat követett.

4.3.3. Eszközellenőrzés

A kérdőíves eszközök ellenőrzése az adatok értékelhetőségének megállapítása és az eszközök fejlesztése céljából történt, technikailag a mintabeli eloszlások vizsgálatával. Első lépésben a „nem tud válaszolni”, „nem kíván válaszolni” válaszok gyakoriságát vizsgáltuk. Az értelmezhető adatok vizsgálata magában foglalta a minta eloszlásának vizsgálatát, folytonos változók esetén a számtani átlag, szórás, medián, kvartilisek kiszámítását, a kiugró értékek vizsgálatát.

4.3.4. Reprezentativitás-vizsgálat

A mintába beválasztottak 68%-ával, 1027 fővel sikerült felvenni az interjút, ez megfelel a hazai tudományos felmérések gyakorlatának.²

Fontos a következőkben többször használt fogalmak pontos megkülönböztetése:

- **(tervezett) minta:** a keretből választott csoport. Ők a felmérés alanyai, őket keresik fel a kérdezőbiztosok.
- **megvalósult minta:** azon egyének a mintából, akik ténylegesen részt vettek a felmérésben, tehát megtalálhatóak voltak lakcímükön és hajlandóak voltak válaszolni.

A minta reprezentativitásának ellenőrzése a megvalósult mintának és a keretnek kor és nem szerinti összehasonlításával történt. A táblázatból megállapítható, hogy jellemzően nem voltak

² A nem-tudományos (politikai közvéleménykutatás stb.) felmérések ennél rosszabb válaszaránnyal dolgoznak.

felül-, illetve alulreprezentált csoportok. Vagyis a HODEF mintavétele sikeresnek ítéltető, a kapott minta várhatóan megbízható becsléseket szolgáltat.

MEGVALÓSULT MINTA (N=1.027)							
	<i>Korcsoport</i>						<i>Együtt</i>
	<i>18-29</i>	<i>30-39</i>	<i>40-49</i>	<i>50-59</i>	<i>60-69</i>	<i>70+</i>	
<i>Férfi</i>	7,8	9,1	6,6	9,4	6,9	5,0	44,8
<i>Nő</i>	9,7	9,1	8,3	10,8	8,3	9,1	55,2
<i>Együtt</i>	17,5	18,1	14,9	20,3	15,2	14,0	100,0

KERET (N=38.922)							
	<i>Korcsoport</i>						<i>Együtt</i>
	<i>18-29</i>	<i>30-39</i>	<i>40-49</i>	<i>50-59</i>	<i>60-69</i>	<i>70+</i>	
<i>Férfi</i>	10,2	10,0	7,7	8,9	5,9	4,8	47,5
<i>Nő</i>	10,0	9,2	7,6	9,8	7,5	8,4	52,5
<i>Együtt</i>	20,1	19,2	15,3	18,8	13,4	13,2	100,0

4.3.5. Súlyozás

Az adatok súlyozásának célja, hogy megközelítőleg torzítatlan becsléseket kapjunk a felmérés kutatási tervében rögzített populációs paraméterekre. Torzítatlan becslésen olyan becslési eljárást értünk, ami több, azonos módon vett mintán elvégezve, a valós populációs paraméter körül szóródó becsléseket eredményez. A súlyozás további célja hatékony becslések elérése, azaz a becslések hibájának csökkentése, ezen keresztül megbízhatósági tartományuk szűkítése. Ez a két cél nem minden súlyozási stratégia esetén valósítható meg egyszerre.

Az értékeléskor használt súly három súly segítségével áll elő.

- 1) Az alkalmazott mintavételezési eljárás azonos kiválasztási valószínűségeket eredményez, az első tényező (az alapsúly) ezt veszi figyelembe.
- 2) A felmérés során egyes személyek nem voltak megtalálhatók megadott címükön, illetve megtagadták a részvételt; így esetükben meghíúsult a kérdőív felvétele. A válaszhiány korrekciójának célja az ebből adódó hibák elkerülése.
- 3) Erős kapcsolatot tételezünk fel a nem és a korcsoport jellemzők, illetve a felmérés kérdéseire adott válaszok között. Ezért harmadik lépésben utólagos rétegezést végzünk, azaz reprodukáljuk mintánkban ezen rétegek keretbeli arányait.

A továbbiakban részletezzük, milyen lépések vezettek ezeknek a súlyozási céloknak a megvalósításához.

Az alapsúly

Mivel minden keretbeli egyének egyforma esélye van a mintába kerülésre, torzítatlan becsléseket kapnánk egy, a mintavételi hibától eltekintve minden más hibától mentes, hipotetikus szituációban. Ugyanakkor szükséges a mintába kerülési valószínűség reciprokával, az un. alapsúllyal történő korrekció, azért, hogy a populációs totálok (pl. a hódmezővásárhelyiek által természetgyógyászati kezelésre költött összeg nagysága az elmúlt évben) számítását is elvégezhessük. Az alapsúly, formálisan meghatározva az u . személyre:

$$W_a(u) = 1 / P(u : keret \rightarrow minta) = 1500 / 38.922 = 0,0385$$

Ahol az a alsó index az alapsúlyt jelöli.

A válaszhiány-korrekció

Ha a válaszhiány az interjú sikertelensége miatt a kérdőív összes kérdésére fennáll, teljes válaszhiányról beszélünk. A részleges, azaz változónkénti válaszhiány esetén a kérdezett részt vett a felmérésben, de nem tudott vagy nem kívánt válaszolni valamely kérdésre. A válaszhiány-súllyal a teljes válaszhiány miatt fellépő esetleges torzítást küszöböljük ki, úgy, hogy a nem válaszolókat a súlyozás után a válaszolók képviseljék. A válaszadók súlyát növeljük annak érdekében, hogy a válaszmegtagadókra vonatkozó információkat becsüljük. A válaszhiány-korrekció kialakítása során a teljes mintát olyan rétegekre bontjuk, amelyekre feltételezhetjük, hogy az egyes rétegekbe tartozók válaszai lényegesen homogénebbek, mint a teljes mintáé. A rétegek meghatározására olyan jellemzőket használhatunk, amik a nem válaszolókra is ismertek; a nem és a korcsoport jellemzőket választjuk. A válaszhiány-korrekciót a nem*korcsoport minden rétegében (keresztkategóriájában) külön számítjuk, a súly értéke azonos lesz az azonos kategóriába tartozó egyénekre.

A válaszhiány-korrekció a k . rétegbe tartozó u . személy esetén a mintából az alapsúllyal becsült réteggyakoriság és a megvalósult mintából az alapsúllyal becsült réteggyakoriság hányadosaként áll elő:

$$W_{vh}^{\times}(u) = \frac{\sum_{j=1}^{1500} \chi_k(u) * W_a(u)}{\sum_{j=1}^{1500} \chi_k(u) * \chi_s(u) * W_a(u)} = \frac{\sum_{j=1}^{1500} \chi_k(u)}{\sum_{j=1}^{1500} \chi_k(u) * \chi_s(u)} = \frac{\text{réteg nagysága a tervezett mintában}}{\text{réteg nagysága a megvalósult mintában}}$$

Ahol

$\chi_k(u) = 1$, ha az u . személy a k . rétegbe tartozik

=0, máskor

$\chi_s(u) = 1$, ha az u . személy sikeres interjút adott

= 0, máskor

Az vh alsó index a válaszhányt jelöli, a k . index a k . réteget, az s a sikeres interjút.

Annak érdekében, hogy kontrolláljuk a végleges súlyok ezen faktornak betudható variabilitását, korlátozzuk ezt a súlytényezőt:

$$W_{vh} = \text{minimum}(W_{vh}^x, 2.0)$$

Bár önkényes választás, a 2 mint felső súlykorlát gyakran használt érték statisztikai elemzésekben³. Ez a korlátozás a becslés torzításának irányába hat, viszont csökkenti a becslés varianciáját; egyfajta kompromisszum a két cél elérése között. Megoldás lehetne még ilyen kiugró súly esetén a rétegek összevonása.

Ha a sikeres interjúk száma egy rétegben nem érte volna el a 20-at, a réteget valamely másik réteggel összevontuk volna. A legalább 20-as rétegnagyság megkövetelése is önkényes választás, bár széles körben használnak hasonló korlátot felmérések statisztikai becsléseinél³. Az összevonásra végül nem volt szükség.

Az utólagos rétegezés

A becsülni kívánt jellemzőkkel valószínűsíthető kapcsolatban álló kategóriákra történő utólagos rétegezés végzésekor két cél elérésére törekszünk: a becslések hibájának csökkentésére, illetve az adott kategóriák esetleges alulreprezentáltságát szeretnénk korrigálni. A súlyt a nem*korcsoport minden rétegre külön számítjuk, a súly értéke azonos lesz az azonos rétegbe tartozó egyénekre. Az utólagos rétegezéskor használt rétegek megegyeznek a válaszhány-korrektio számításakor használt rétegekkel.

A faktor a k . rétegbe tartozó u . személyre előáll, mint a **keretbeli** réteggyakoriság, illetve az alapsúly és a válaszhány korrekciójával becsült **megvalósult mintabeli** réteggyakoriság hányadosa:

³ Pl. Az egyesült államokbeli National Health Interview Survey 1995-2004-es elemzési módszerében, az 1993-as National Survey of College Graduates felmérésben, a Current Population Survey 2000-edik évi metodológiájában.

$$W_{ur}(u) = \frac{\text{réteg nagysága a keretben}}{\sum_{j=1}^{7000} W_a(u) * W_{vh}(u) * \chi_k(u) * \chi_s(u)} = \frac{\text{réteg nagysága a keretben}}{W_a(u) * \text{réteg nagysága a tervezett mintában}}$$

Ha a sikeres interjúk száma egy rétegben nem érte volna el a 20-at, a réteget valamely másik réteggel itt is összevontuk volna, de erre nem volt szükség.

A végső súly számítása

A végső súly a fenti három faktor szorzata: $W_v = W_a * W_{vh} * W_{ur}$

Számítása a k . rétegbeli u . személyre:

$$W_v(u) = W_a(u) * W_{vh}(u) * W_{ur}(u) = \frac{\text{réteg nagysága a keretben}}{\text{réteg nagysága a megvalósult mintában}}$$

A végső súly eloszlása

A normált súly (vagyis az átlagsúllyal elosztott súly) eloszlását megvizsgálva látható, hogy a HODEF súlyának szórása kicsi, legkisebb és legnagyobb értékei nem nagyon térnek el egymástól. (Összevetésként: az OLEF2003-ban a legkisebb és a legnagyobb súly értéke 0,58 és 2,56, míg a KSH 1994-es Egészségi Állapotfelvételében ugyanezek a számok 0,34 és 5,69.) Ez az információ azt jelzi, hogy nincs szükség az adatok nagymértékű korrigálására, vagyis a fenti reprezentativitás-vizsgálat pozitív eredményét láthatjuk ismét igazolva.

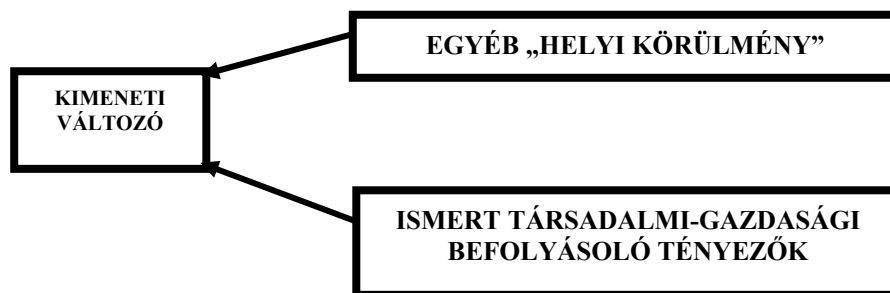
PERCENTILISEK			
1%	0,85		
5%	0,85		
10%	0,90	Minimum	0,85
25%	0,90	Maximum	1,30
50%	0,94	Szórás	0,12
75%	1,02		
90%	1,15		
95%	1,30		
99%	1,30		

4.3.6. Gyakorisági becslések

A Stata felmérés-moduljának keresztábra utasítását használva a főbb indikátorok megoszlását becsültük a HODEF illetve az OLEF2003 országos és regionális adatai alapján. A következő háttér-tényezők szerint külön is végzünk becsléseket mindkét felmérésre, az OLEF-nél külön a Dél-Alföldi Régióra is: nem, korcsoport, nem * korcsoport keresztkategóriák. A korcsoportok definíciója: 18-34, 35-64, 65+.

4.3.7. Összefüggés-elemzések

Az összefüggés-elemzések célja azon kérdés megválaszolása, miszerint egy vizsgált indikátor Hódmezővásárhelyre vonatkozó illetve országos becslésének különbsége mennyire vezethető vissza az általunk a vizsgálatból ismert egyéb (társadalmi-gazdasági) befolyásoló-tényezők megoszlásának különbségére. Az a különbség, amit e tényezők nem tudnak magyarázni, nevezhető a „helyi körülmények” okozta különbségnek, ez a hatás fed le minden egyéb, a modellbe be nem vont tényező okozta hatást. Pl. ide tartozhatnak a Hódmezővásárhely-specifikus életmód, a környezeti feltételek, az egészségügyi-ellátórendszert érintő adottságok stb. A kutatási kérdés modellje a következő:



A Stata felmérés modulja lehetővé teszi, hogy regressziós modelleket illesszünk a felmérési adatokra. A modell-paraméterek becslésekor a program figyelembe veszi a súlyozást és a mintavételnek megfelelő variancia-becslést végez. A kimeneti változók kategoriális volta logisztikus regressziós modellek alkalmazását kívánta meg.

A modellillesztés előtt megvizsgáljuk, nem fordul-e elő az, hogy a hiányzó adatok un. *listwise* kezelése miatt a megfigyelések több mint 25%-a kiesik a modellben. Ez egyszer sem fordult elő.

A technikai kivitelezéshez az adott regressziós modell definiálásakor az *ind* (mint indikátor) felmérés-azonosítót is szerepeltettük a modellben, a következő módon:

xi: svyreg kimenet i. ind változó₁ ... változó_N

A mintavételi sajátosságokat figyelembe vevő *svy* paranccsal definiált regressziós modelleket alkalmaztuk. Fokozatosan, hét lépésben vontuk be a magyarázó változókat. Az 1. lépésben megvizsgáltuk, hogy a nyers adatokat tekintve Hódmezővásárhely eltér-e a teljes országtól. 2. lépésben a nemzet és korcsoportot szerepeltettük mint független változót, azaz kiegyenlítettük a kor és nem szerint megtalálható eltéréseket. A 3. lépésben a két térség lakosságának egészségi állapotában, a 4. lépésben iskolázottságában, gazdasági aktivitásában és anyagi helyzetében fennálló különbségeket, az 5. lépésben a pszichoszociális környezetben jelentkező, a társas támogatással jellemzett eltéréseket, a 6. lépésben a településnagyságból adódó különbségeket

korrigáltuk. Végül, a 7. lépésben a nem, az életkor, valamint az iskolázottság közötti esetleges interakció tesztelése történt meg, és a $p=0,01$ szinten statisztikailag szignifikáns hatások megtartásával véglegesítettük az összefüggéseket leíró modellt. A tényezők fokozatos bevonásának indoka, hogy a két populáció közötti különbség lépésenkénti változása önmagában is informatív lehet. Pl. előfordulhat, hogy a kezdeti különbség eltűnik, ha bevonjuk a társadalmi-gazdasági háttértényezőket, vagyis mintegy „magyarázatot nyer” az eltérés. Más esetben a fennálló különbség gyengülhet, de megmaradhat stb.

A végső modellnél az *ind* felmérés-azonosító becslést együtthatójának szignifikanciáját és nagyságát interpretáltuk. Az interpretáció a következő: „egy Hódmezővásárhelyen élő felnőtt egy vele azonos társadalmi-gazdasági helyzetben levő átlagpopulációbeli felnőttöz képest x -szer nagyobb/kisebb eséllyel...”.

5. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

5.1 Legfontosabb megállapítások

- A felnőtt nők kisebb arányban vélték egészségi állapotukat rossznak, mint akár a Dél-Alföldi Régióban, akár az országban máshol. Az idős hódmezővásárhelyiek fele egészségi állapotát kielégítőnek ítéli.
- Amennyiben Hódmezővásárhely lakosságának a demográfiai és szociológiai összetétele az országgal megegyezne, a hódmezővásárhelyiek 20%-al kisebb eséllyel vélnék egészségi állapotukat rossznak, mint az ország lakosai általában.
- Súlyosan korlátozott a hódmezővásárhelyiek 5%-a, ez megfelel az országos értéknek. A középkorúak fele, az idősek csaknem 80%-a küzd valamilyen fokú korlátozottsággal.
- Hódmezővásárhelyen a középkorú felnőttek 11%-a, az idős férfiak 11% és az idős nők 20%-a mentális funkcionális csökkenéssel jellemezhető, ebben a tekintetben a város lakossága nem különbözik az ország egészétől.

5.2 Háttér

A hódmezővásárhelyi lakosság egészségi állapotának jellemzésére néhány olyan indikátort választottunk, melyek lehetővé teszik az adatok más vizsgálatokkal való egybevetését és így annak szélesebb kontextusban való értelmezését is. Négy indikátor, illetve indikátorcsoport mélyebb elemzése mellett döntöttünk: a vélt egészség, a korlátozottság, népegészségügyi szempontból kiemelt jelentőségű krónikus betegségek és a mentális egészség. (A krónikus betegségeket terjedelmi okok miatt külön fejezetben, a 36. oldalon kezdődően tárgyaljuk.)

Az egészségi állapot szubjektív értékelése, a vélt egészség, az egyik legelterjedtebbem használt, egyszerű, könnyen összehasonlítható mutató. A nemzetközi tapasztalatok szerint, az egyének saját egészségükről kialakított véleménye nem csupán azt jelzi, hogy az emberek hogyan élik meg egészségi állapotukat, de számos egyéb egészségi állapotmutatóval és az egészségügyi ellátás igénybevételével is összefüggést mutat, valamint az egészségüket rossznak ítézők arányából következtethetünk az egészségügyi ellátás elégtelenségére is.⁴ Bár kulturális tényezők befolyásolhatják, hogy az “objektív” egészségi állapot milyen szubjektív egészségérzetet

⁴ Special Eurobarometer: The health of adults in the European Union. European Opinion Research Group EEIG 2003.

eredményez, mégis számos nemzetközi szervezet (WHO, EU, OECD) használja különböző országok párhuzamba állítására.

Az orvostudomány fejlődése az iparilag fejlett országokban a születéskor bárható élettartam jelentős növekedését eredményezte az elmúlt ötven évben. Ez azonban sokunk számára számos krónikus betegséggel való hosszas együttélést is jelent. A korszerű, funkcionális szemléleten alapuló egészségmodell ezért a biomedikális szemléletben fókuszban levő betegségekről, az egyén tevékenységére, társadalomban való részvételére helyezi a hangsúlyt. Funkciócsökkenésről, korlátozottságról akkor beszélünk, ha valakit valamilyen egészségproblémája (panasza, sérülése, betegsége) részben vagy teljes mértékben akadályoz abban, hogy részt vegyen a társadalom életében. Például egy jól kezelt cukorbeteg teljes életet élhet, egészségi állapota nem akadályozza mindennapi életében, a munkában, tanulásban, szórakozásban. Ezért bár valamilyen krónikus betegségben „szenved”, egészséggel összefüggő életminősége nem romlik. Ugyanakkor az életkilátásokat önmagukban nem befolyásoló mozgásszervi betegségek idős embereket jelentősen korlátozhatnak olyan a mindennapi élethez elengedhetetlen tevékenységek ellátásában, mint az ágyból felkelés vagy 500 méternél nagyobb távolság megtétele. A fentiek miatt egy adott populáció, jelen esetben egy város, egészségi állapotának megítélésénél a krónikus betegségek mellett a mindennapi életükben enyhén vagy súlyosan korlátozottak feltérképezése is elengedhetetlen.

A mentális egészségproblémák minden európai országban súlyos népegészségügyi problémát jelentenek, csupán a kardiovaszkuláris megbetegedések és halálozások szintje magasabb. A mentális zavarok élete során csaknem minden második európai polgárt érintenek, és a rokkantságban leélt összes életévek terén (*years lived with disability, YLD*) a mentális zavarok részesedése Európában 43%-ra tehető⁵. Ezért nem meglepő, hogy a mentális egészség az Európai Unióban kiemelt népegészségügyi prioritás rangjára emelkedett.

Különösen fontos kérdés a mentális egészségproblémák összefüggése egyéb egészségproblémákkal is. Az öngyilkosságon kívül a kardiovaszkuláris betegségek, a diabétesz, az elhízás és szövődményei, valamint a jelentősen gyakoribb kóros szerhasználat állnak a magasabb halandóság mögött, melyek az átlaghoz képest 8-20 évvel csökkentik a súlyos mentális zavarban szenvedő beteg várható élettartamát. Magasabb halálozási kockázatot jelent, hogy e betegcsoport kezelésekkal való együttműködése rosszabb és immunfunkcióik is csökkentek.

⁵ Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen H-U, Olesen J: Costs of Disorders of the Brain in Europe. *European Journal of Neurology* 2005, 12 (Suppl. 1): 1-27.

5.3 Módszertan

5.3.1. Vélt egészség

Az elemzés során az HODEF2008 egyéni kérdőívének 2. kérdését használtuk az egészségi állapot szubjektív értékelésének, azaz a **vélt egészség** méréséhez.

<p>2. Visszatekintve az elmúlt 12 hónapra, mit gondol, milyen az egészsége általában?</p> <p>5 – Nagyon jó 4 – Jó 3 – Kielégítő 2 – Rossz 1 – Nagyon rossz</p> <hr/> <p>8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni</p>
--

A **vélt egészség** esetében a populációs becslésekhez az alábbi csoportokat képeztük:

- 1) Nagyon jó/jó (4., 5. válaszkategória)
- 2) Kielégítő (3. válaszkategória)
- 3) Nagyon rossz/rossz (1., 2. válaszkategória)

Az összefüggés elemzések során a nagyon rossz/rossz kategória esélye esetében vizsgáltuk a befolyásoló tényezők hatását.

5.3.2. Korlátozottság

A HODEF2008 kérdőív 6. – 10., járásra, önellátásra, látásra és hallásra vonatkozó kérdéseinek megfelelően, az egyes részterületeken „mért” teljesítmény alapján számoltuk a funkciócsökkenés arányát. Az értékelés egy hármas, pontozásos skála segítségével történt a következők szerint. Minden kérdésre adott válaszhoz 0, 1 vagy 2 pontot rendeltünk attól függően, hogy a válaszadó – az adott részterületen – a teljesítményéről hogyan nyilatkozott. A részterületeken kapott pontszámokból kiválasztottuk a legmagasabbat, és ez alapján a válaszadókat 3 csoportba soroltuk:

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

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

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

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

- 1 – Van, nagymértékben korlátozza
2 – Van, kismértékben korlátozza
3 – Nincs

- 8 – Nem tud válaszolni
9 – Nem kíván válaszolni

5. Mióta áll fenn ez a korlátozottsága?

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

- 8 – Nem tud válaszolni
9 – Nem kíván válaszolni

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

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

- 8 – Nem tud válaszolni
9 – Nem kíván válaszolni

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

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

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

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

- 8 – Nem tud válaszolni
9 – Nem kíván válaszolni

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

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

- 8 – Nem tud válaszolni
9 – Nem kíván válaszolni

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

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

- 8 – Nem tud válaszolni
9 – Nem kíván válaszolni

5.3.3. Mentális egészség

A HODEF2008 vizsgálatban a mentális egészség indikátoraként a GHQ-12 kérdőívet használtuk. Ez a 12 kérdésből álló kérdőív a lelki egészség zavarainak populációs szintű becslésére használt, önbecslő skála. A pszichiátriai morbiditás globális komponenseire koncentrált (különösen a hangulati-szorongásos tünetekkel, emocionális zavarokkal járó mentális egészségproblémákra), konkrét diagnózis felállítására azonban nem használható.

Széles körben használják (több mint 35 nyelvre lefordították) mind populációs vizsgálatokban, mind az alapellátást igénybe vevők körében.

A GHQ-12 többféle értékelési módozata ismert. A legelterjedtebb módszer az egyes tünetekre vonatkozó pozitív válaszlehetőségek (ha többször vagy sokkal többször fordult elő, mint általában) 1-re kódolása, míg a többi válaszlehetőség nulla pontot kap (0-0-1-1). A pontok összeadásával tulajdonképpen a tünetek számát kapjuk meg. Minél magasabb ez a pontszám, annál nagyobb a valószínűsége a mentális funkciócsökkenésnek. E módszerrel meghatározható a mentális problémák előfordulása a lakosság körében.

Az eseteket a nem esetektől elkülönítő küszöb-pontszámok értéke kultúránként változik. Magasabb küszöbpontszám választásával a kérdőív specifitása is magas lesz, vagyis csökken annak az esélye, hogy a teszt „nem eseteket” is kiszűr.

Jelen elemzésben, az OLEF vizsgálatokhoz hasonlóan az 5-ös küszöbértéket választottuk, egyrészt, mivel ez erősen konzervatív becslést tesz lehetővé, másrészt így lehetővé válik a korábbi adatokkal való összehasonlítás.

A következőkben azt szeretnénk megtudni, hogy az ELMÚLT PÁR HÉTEN általában milyen volt az egészsége, volt-e Önnek valamilyen panasza? Válassza ki azt a választ, ami Önre leginkább illik. Kérjük, emlékezzen arra, hogy nem a régebbi, hanem az elmúlt pár hétben érzett panaszaira vagyunk kíváncsiak.

Kérjük, válassza ki azt az állítást, amely Önre nézve ELMÚLT PÁR HÉTEN igaz volt, és karikázza be azt a választ!

15) Képes volt-e figyelni arra, amit éppen csinált?

- a. jobban, mint általában
- b. ugyanannyira, mint általában
- c. kevésbé, mint általában
- d. sokkal kevésbé, mint általában

16) Érezte-e, hogy gondolai miatt képtelen volt kialudni magát?

- a. sokkal többször, mint általában
- b. többször, mint általában
- c. ugyanannyira, mint általában
- d. egyáltalán nem

17) Hasznosnak érezte-e magát?

- a. jobban, mint általában
- b. ugyanannyira, mint általában
- c. kevésbé, mint általában
- d. sokkal kevésbé, mint általában

18) Képesnek érezte-e magát arra, hogy döntéseket hozzon?

- a. jobban, mint általában
- b. ugyanannyira, mint általában
- c. kevésbé, mint általában
- d. sokkal kevésbé, mint általában

19) Állandóan feszültnek érezte-e magát?

- a. egyáltalán nem
- b. ugyanannyira, mint általában
- c. többször, mint általában
- d. sokkal többször, mint általában

20) Érezte-e, hogy NEM képes legyőzni a nehézségeit?

- a. egyáltalán nem
- b. ugyanannyira, mint általában
- c. többször, mint általában
- d. sokkal többször, mint máskor

21) Képes volt-e örömet lelteni mindennapi tevékenységeiben?

- a. jobban, mint általában
- b. ugyanannyira, mint általában
- c. kevésbé, mint általában
- d. sokkal kevésbé, mint általában

22) Képes volt-e megküzdeni problémáival?

- a. jobban, mint általában
- b. ugyanannyira, mint általában
- c. kevésbé, mint általában
- d. sokkal kevésbé volt képes, mint általában

23) Boldogtalannak, vagy lehangoltnak, depressziósnak érezte-e magát?

- a. egyáltalán nem
- b. ugyanannyira, mint általában
- c. többször, mint általában
- d. sokkal többször, mint általában

24) Elvesztette-e az önbizalmát?

- a. egyáltalán nem
- b. annyiszor, mint általában
- c. többször, mint általában
- d. sokkal többször, mint általában

25) Gondolt-e úgy önmagára, mint értéktelen emberre?

- a. egyáltalán nem
- b. annyiszor, mint általában
- c. többször, mint általában
- d. sokkal többször, mint általában

26) Mindent egybevéve, mennyire érezte boldognak magát?

- 1. jobban, mint általában
- 2. annyira, mint általában
- 3. kevésbé, mint általában
- 4. sokkal kevésbé, mint általában

5.4 Eredmények

5.4.1. Populációs becslések

Az eredmények értelmezéséhez:

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

Vélt egészség

A hódmezővásárhelyi lakosok egészségi állapotának HODEF2008 felmérést megelőző 12 hónapra vonatkozó szubjektív értékelését külön-külön a három korcsoportban a nőkre az 1. táblázat, a férfiakra a 2. táblázat tartalmazza.

Mindkét nem esetében hasonlóképpen, az életkor előrehaladtával nő a kielégítő és a rosszabb, valamint csökken a jobb kategóriákat választók aránya: a fiatalok háromnegyede véli egészségét jónak vagy nagyon jónak, az idősek körében a leggyakoribb válasz (a lakosok fele vélekedett így) a kielégítő egészségi állapot.

1. táblázat: Az egészségi állapot szubjektív értékelése (vélt egészség) a hódmezővásárhelyi nők 3 korcsoportjában

	Nők					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
nagyon rossz/rossz	1,3	(0,3-5,2)	15,7	(11,9-20,4)	33,9	(26,4-42,4)
kielégítő	21,8	(16,0-29,1)	46,2	(40,5-52,1)	53,3	(44,8-61,6)
jó/nagyon jó	76,8	(69,4-82,9)	38,1	(32,6-43,9)	12,8	(8,1-19,7)

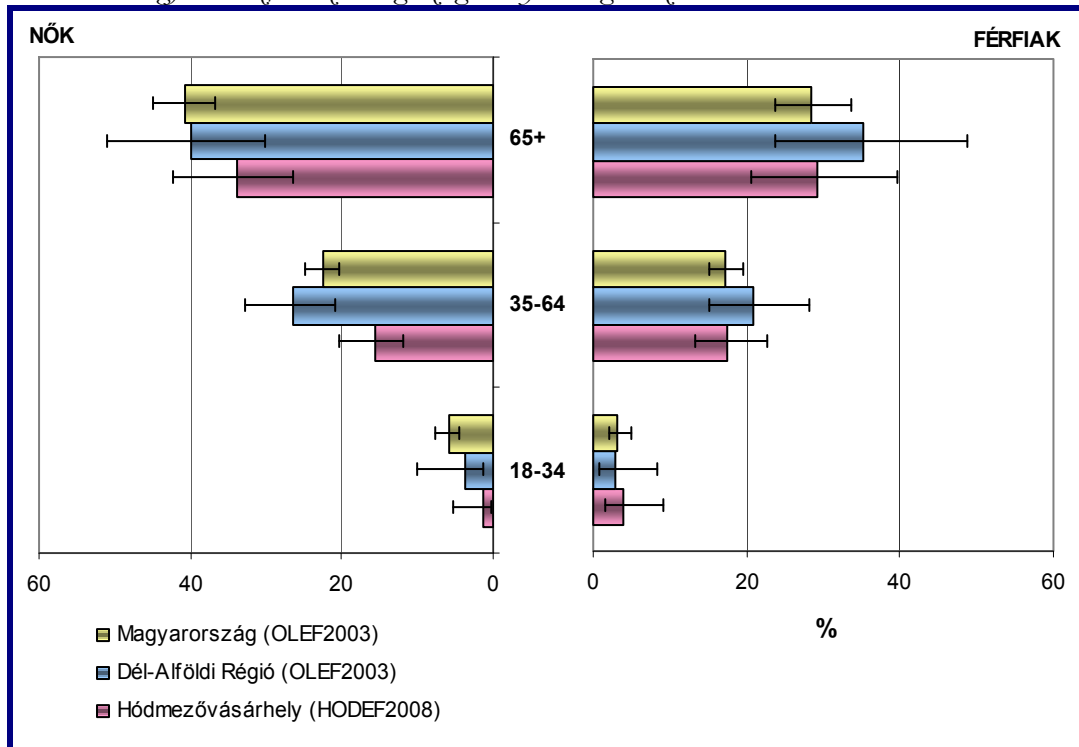
2. táblázat: Az egészségi állapot szubjektív értékelése (vélt egészség) a hódmezővásárhelyi férfiak 3 korcsoportjában

	Férfiak					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
nagyon rossz/rossz	3,9	(1,6-9,0)	17,5	(13,3-22,7)	29,2	(20,6-39,7)
kielégítő	22,5	(16,1-30,6)	37,5	(31,6-43,8)	51,1	(40,7-61,4)
jó/nagyon jó	73,6	(65,3-80,5)	45,0	(38,8-51,3)	19,7	(12,6-29,4)

Az egészségi állapotukat nagyon rossznak vagy rossznak ítélik aránya térségi összehasonlításban kisebb, statisztikailag nem szignifikáns mértékű, eltérést mutat. A fiatal férfiak megítélése kissé rosszabb ugyan, azonban a 35 év felettek gyakorlatilag az országos átlagnak megfelelő értékeket

mutatnak. A nők minden korcsoportban (1. ábra) kevesebben vélték egészségi állapotukat rossznak, mint akár a Dél-Alföldi Régióban, akár az országban 2003-ban.

1. ábra: A nagyon rossz/rossz vélt egészség aránya térségi összehasonlításban



Korlátozottság

Súlyosan korlátozott, tehát valamilyen az önellátáshoz nélkülözhetetlen feladat elvégzéséhez vagy a helyváltoztatáshoz segítséget igényel, illetve érzékszervi működésében (látás, hallás) jelentős nehézséggel küzd a hódmezővásárhelyiek 5%-a. A felmérés az otthonukban élőkre korlátozódott, tehát a valamilyen egészségproblémájuk miatt intézetben élőkre nem terjedt ki. Ezért különösen a középkorúak esetében detektált 4%-os (nők) és 5%-os (férfiak) érték érdemel kiemelt figyelmet.

Enyhe vagy közepes korlátozottsággal küzd, tehát a fenti feladatokat önállóan csak bizonyos nehézséggel képes elvégezni a lakosság csaknem fele (46,5%). A korlátozottak arányát nemi bontásban a 3. táblázat és a 4. táblázat tartalmazza.

3. táblázat: A súlyos és az enyhe/közepes korlátozottság aránya a hódmezővásárhelyi nők 3 korcsoportjában

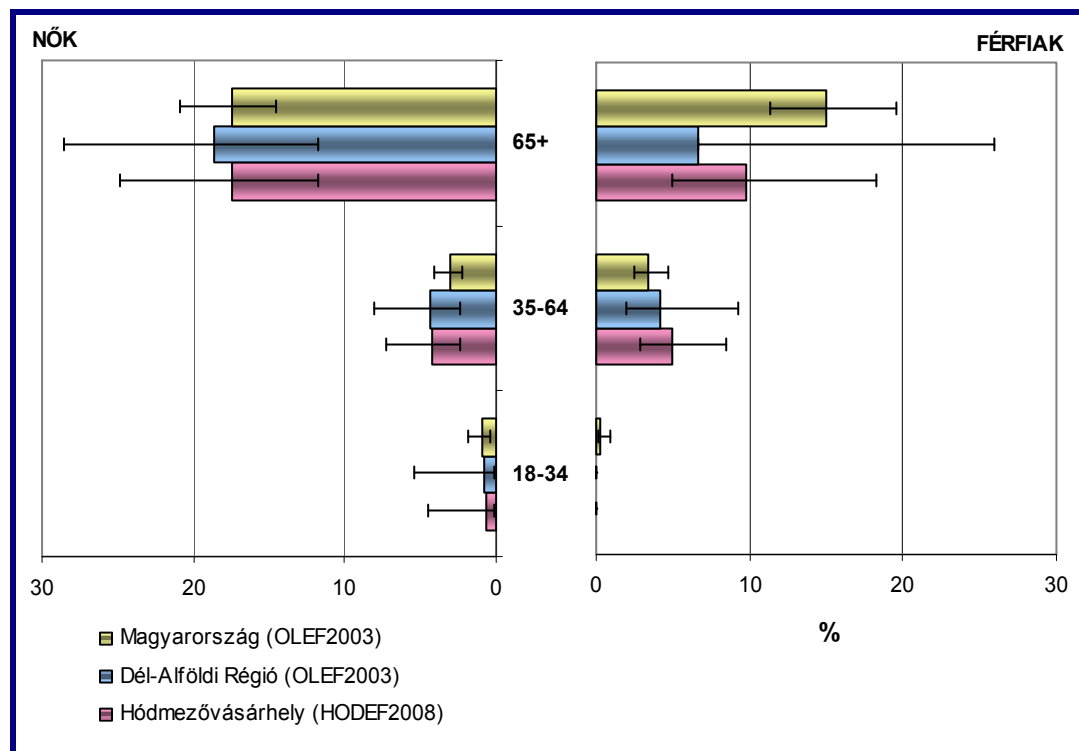
	Nők					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
súlyos korlátozottság	0,7	(0,1-4,5)	4,2	(2,4-7,3)	17,4	(11,8-24,8)
enyhe/közepes korlátozottság	33,1	(26,1-41,0)	53,1	(47,3-58,9)	61,6	(53,1-69,5)

4. táblázat: A súlyos és az enyhe/közepes korlátozottság aránya a hódmezővásárhelyi férfiak 3 korcsoportjában

	Férfiak					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
súlyos korlátozottság	0,0	(0,0)	5,0	(2,9-8,5)	9,8	(5,0-18,3)
enyhe/közepes korlátozottság	28,5	(21,3-37,0)	44,8	(38,7-51,2)	67,6	(57,1-76,7)

A súlyos korlátozottsággal élők arányának térségi összevetése (2. ábra) a nők esetében Hódmezővásárhelyen, a Dél-Alföldi Régióban és az országban tendenciájában nagyon hasonló képet mutat. Az idős férfiak körében kissé változatosabb a kép, azonban tekintettel a széles megbízhatósági tartományokkal statisztikailag is alátámasztható alacsony esetszámokra, ezen eltérések sem szignifikánsak.

2. ábra: A súlyos korlátozottság aránya térségi összehasonlításban



Mentális egészség

Hódmezővásárhely lakosságának 10%-a mentális funkcionalitás csökkenéssel jellemezhető. Bár mind fiatal, mind idős korban az előfordulási gyakoriság a nők esetében (5. táblázat) körülbelül kétszerese a férfiakénak (6. táblázat), a két nem között statisztikailag szignifikáns különbség nem mutatható ki. A GHQ skálán legalább 5 pontot elérték aránya az életkor előrehaladtával mindkét nemből nő, az idős nők ötöde sorolható e kategóriába.

5. táblázat: A mentális funkciócsökkenés aránya a hódmezővásárhelyi nők 3 korcsoportjában

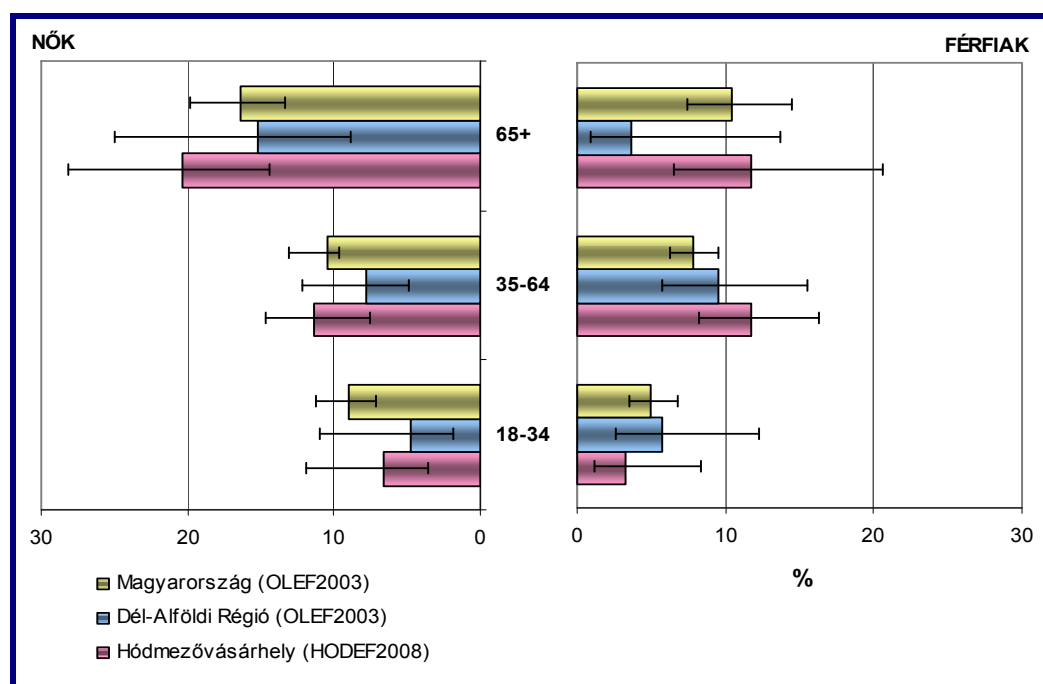
	Nők					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
GHQ	6,6	(3,6-11,9)	10,5	(7,5-14,7)	20,4	(14,4-28,1)

6. táblázat: A mentális funkciócsökkenés aránya a hódmezővásárhelyi férfiak 3 korcsoportjában

	Férfiak					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
GHQ	3,2	(1,2-8,3)	11,7	(8,2-16,3)	11,8	(6,5-20,6)

Bár a mentális funkciócsökkenéssel jellemezhető aránya térségi összehasonlításban (3. ábra) a középkorúak és az idősek körében mind a régiós, mind az országos értékeknél magasabbat mutat, ezen különbség – a széles megbízhatósági tartományok miatt – nem tekinthető statisztikailag szignifikánsnak.

3. ábra: A mentális funkciócsökkenés aránya térségi összehasonlításban



5.4.2. Összefüggés-elemzések

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

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az HODEF 2008 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés nem feltétlenül jelent ok-okozati kapcsolatot.
- Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** (kor) csoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhetők az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

Az elemzés során az egészségi állapotot jellemző indikátorok (vélt egészség, korlátozottság, mentális funkciócsökkenés) és az azt befolyásoló tényezők összefüggéseit vizsgáltuk. A demográfiai és egyéb társadalmi-gazdasági befolyásoló tényezők kiválasztása a nemzetközi szakirodalom valamint az OLEF2003 eredményei alapján történt. Az analízis folyamán azt vizsgáltuk, hogy vajon a hódmezővásárhelyiek egészségi állapotát jellemző indikátorok eltérnek-e ország lakosságától, ha kiszűrjük a befolyásoló tényezőkben a térségek között tapasztalt valamennyi eltérést. Másképpen fogalmazva: vajon az egészségi állapot tekintetében a Hódmezővásárhelyre vonatkozó illetve országos arányok eltérése mennyire vezethető vissza a befolyásoló tényezők eltéréseire. Az a különbség, amit e tényezők nem tudnak magyarázni, nevezhető-e a „helyi körülmények” okozta különbségnek, ez a hatás lefedi-e minden egyéb, az elemzésbe be nem vont tényező okozta hatást? Ilyen nem vizsgált tényező lehet a helyi lakosság életmódja, az egészséget jelentősen befolyásoló környezeti tényezők, az egészségügyi ellátórendszer adottságai, stb.

Minden összefüggés-elemzést 7, egymást követő lépésben hajtottunk végre. (Az elemzés részletei a Módszertani fejezetben találhatóak.)

Az 1. lépésben megvizsgáltuk, hogy az ellátás igénybevételében Hódmezővásárhely eltér-e a Dél-Alföldi Régiótól vagy a többi régiótól. A 2. lépésben kiegyenlítettük a három térség lakosságának kor és nem szerinti összetételében megtalálható eltéréseket. A 3. lépésben kiegyenlítettük a három térség lakosságának egészségi állapotában jelentkező eltéréseket. A 4. lépésben a lakosság iskolázottságában, gazdasági aktivitásában és anyagi helyzetében mutatkozó esetleges eltéréseket egyenlítettük ki. Az 5. lépésben a pszichoszociális környezetben jelentkező, a társas támogatással jellemzett térségi különbségeket egyenlítettük ki. A 6. lépésben a településnagysággal együttjáró fizikai környezet térségi különbségeinek kiegyenlítése történt meg. Végül, a 7. lépésben a nem, az életkor, valamint az iskolázottság közötti esetleges interakció tesztelése történt meg, és a

statisztikailag $p=0,01$ szinten szignifikáns hatások megtartásával véglegesítettük az összefüggéseket leíró modellt.

Az összefüggés-elemzésben a nagyon rossz/rossz egészségi állapot választásának esélyét az ezen kategóriát választók és az egyéb választ bejelölők arányának hányadosaként képeztük.

Vélt egészség

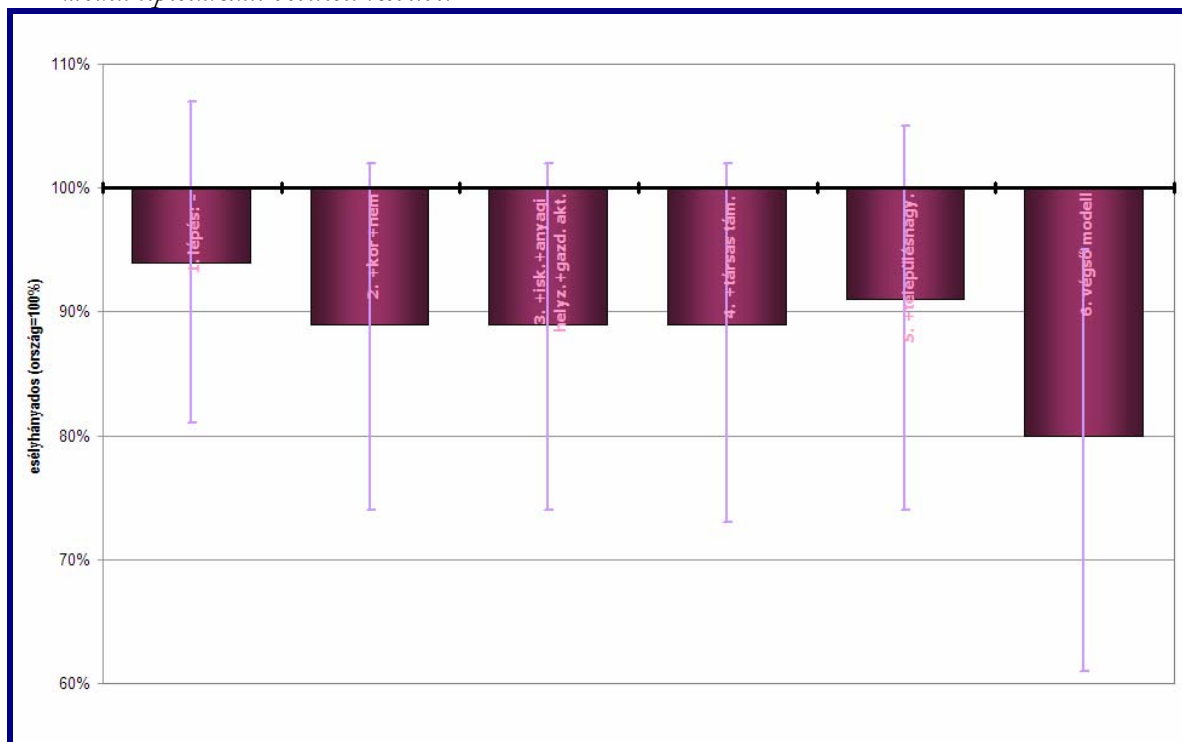
„A vélt egészség nem függ össze szorosan a tényleges (orvosilag megállapítható) egészségi állapottal, az önértékelést jelentősen befolyásolja az egyén társadalmi, gazdasági, kulturális helyzete: társadalmi rétege, iskolai végzettsége, foglalkozása, jövedelme, lakóhelye (város/falu), és még több más tényező. A hátrányos helyzetű társadalmi rétegekhez tartozó, az alacsonyabb műveltségi fokú, a szerényebb jövedelmű, a kis településeken élő emberek kedvezőtlenebbül ítélik meg saját egészségi állapotukat, mint az ezekből a szempontokból jobb helyzetben lévők.”⁶

Éppen ezért fontos, hogy az összehasonlító elemzések során a vizsgált populációk ilyen irányú különbségeit kiszűrjük és az egybevetést ezen módosító tényezők hatása nélkül vizsgáljuk. A modellezési folyamat során az országosan és a Hódmezővásárhelyen becsült nagyon rossz/rossz vélt egészség esélye közötti különbség láthatóan lépésenként nő. Azaz a társadalmi-gazdasági összetétel különböző volta elfedett egy különbséget, amelyet ezen tényezők lépésenkénti kiszűrésével feltártunk.

A hódmezővásárhelyiek 20%-al kisebb eséllyel vélekednek nagyon rossz/rossz egészségi állapotról, amennyiben kiszűrjük a befolyásoló tényezőkben a város és az ország között tapasztalt valamennyi eltérést (4. ábra). Azaz találtunk egy „specifikus” helyi hatást, mely a vélt egészség esélyét pozitívan befolyásolja Hódmezővásárhelyen. Ez az eredmény jól összecseng azon megfigyeléssel, mely a vélt egészséget nem csupán az egészségi állapot, hanem a kielégítő egészségügyi ellátás mutatójaként is értékeli.

⁶ <http://www.nepinfo.hu/index.php?m=837&id=2466&page=2>

4. ábra: A nagyon rossz/rossz vélt egészség esélye, Magyarország vs. Hódmezővásárhely összehasonlításban, a modell lépésenkénti bővítését követve.



Az összefüggés elemzések során a vizsgált társadalmi-gazdasági tényezők (nem, kor, iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, anyagi helyzet, társas támogatottság) – a településnagyság kivételével – legalább egy kategóriában statisztikailag szignifikáns ($p < 0,05$) mértékben befolyásolták a rossz egészségi állapot választásának esélyét (7. táblázat). Hasonlóan összefüggést találtunk a nem-iskolai végzettség interakció tekintetében is.

A magasabb iskolai végzettség a férfiak körében csak a felsőfokú végzettségűek esetében, a nőknél azonban minden kategóriában szignifikánsan csökkenti a rossz vélt egészség esélyét. Ugyanakkor a legalacsonyabban iskolázottak körében a nők kétszer nagyobb eséllyel tartják egészségüket rossznak, mint a hasonló képzettségű férfiak. Az inaktivitás és a nagyon rossz anyagi helyzet növeli, míg a kiváló anyagi helyzet és a jó vagy kielégítő társas támogatottság csökkenti a rossz vélt egészség esélyét.

7. táblázat: A nagyon rossz/rossz vélt egészség választásának esélye a befolyásoló tényezők szerint

befolyásoló tényező	esélyhányados	p<	alsó 95%-os megbízhatósági határ	felső 95%-os megbízhatósági határ
<i>országos értékhez viszonyítva</i>				
Hódmezővásárhely	0,81	0,043	0,65	0,99
<i>alapfokú végzettséghez viszonyítva</i>				
<i>férfiakon belül</i>				
középiskolai végzettségű	1,26	0,112	0,94	1,68
érettségizett	0,78	0,109	0,58	1,05
felsőfokú végzettségű	0,62	0,011	0,43	0,89
<i>nőkön belül</i>				
középiskolai végzettségű	0,73	0,033	0,54	0,97
érettségizett	0,42	0,000	0,33	0,55
felsőfokú végzettségű	0,32	0,000	0,23	0,44
<i>fiatalhoz viszonyítva</i>				
középkorú	5,01	0,000	4,28	5,86
időskorú	11,87	0,000	9,04	15,59
<i>azonos iskolai végzettségű férfihoz viszonyítva</i>				
általános iskolát végzett nő	2,17	0,000	1,64	2,88
középiskolai végzettségű nő	1,25	0,117	0,94	1,66
érettségizett nő	1,18	0,165	0,93	1,50
felsőfokú végzettségű nő	1,12	0,532	0,78	1,59
<i>dolgozóhoz viszonyítva</i>				
nem dolgozik	1,48	0,000	1,26	1,73
<i>nagyon rossz anyagi helyzetben élőhöz viszonyítva</i>				
anyagi helyzete rossz	1,42	0,049	1,00	2,02
anyagi helyzete mérsékelten rossz	1,17	0,365	0,84	1,62
anyagi helyzete mérsékelten jó	0,97	0,867	0,70	1,35
anyagi helyzete jó	0,76	0,105	0,54	1,06
anyagi helyzete nagyon jó	0,46	0,000	0,31	0,67
<i>nem megfelelő társas támogatottságúhoz viszonyítva</i>				
társas támogatottsága megfelelő	0,66	0,001	0,51	0,85
társas támogatottsága teljesen kielégítő	0,46	0,000	0,37	0,58
<i>kevesebb, mint 3000 lakosú településen élőhöz viszonyítva</i>				
a településen legfeljebb 3 000 lakos él	0,92	0,563	0,68	1,23
a településen legfeljebb 5 000 lakos él	0,90	0,544	0,64	1,26
a településen legfeljebb 10000 lakos él	0,80	0,183	0,57	1,11
a településen legfeljebb 50000 lakos él	1,14	0,383	0,85	1,52
a településen több mint 50000 lakos él	1,01	0,920	0,76	1,35

Korlátozottság

Az összefüggés elemzések nem mutatnak olyan hatást, mely Hódmezővásárhelyre „specifikus” lenne, azaz a városban a súlyos korlátozottság esélye megfelel az országos értéknek.

A korlátozottság esélye magasabb az inaktívak körében. A fiatalokon belül a felsőfokú végzettségűek esélye több mint kétszerese a legképzetlenebbeknek. A megfelelő társas támogatottság csaknem 40%-al, a magasabb iskolázottság (érettségi, felsőfokú végzettség) a középkorúak körében 20-25%-al a csökkenti az esélyt.

Mentális egészség

Hasonló eredményre vezettek a logisztikus regresszióval végzett összefüggés elemzések is, azaz ezen eltérések csak véletlennek tekinthetők, semmilyen „specifikus” térségi hatás nem figyelhető meg. Tehát elmondható, hogy mentális egészség tekintetében Hódmezővásárhely lakossága nem különbözik az ország egészétől.

A mentális egészséget negatívan befolyásoló tényezőnek találtuk a korlátozottságot, az inaktivitást, valamint jó együttjárás mutatkozik a szorongásos, depressziós tünetekkel. Preventív, tehát pozitívan ható faktor a férfi nem, az átlagos vagy annál jobb anyagi helyzet és a megfelelő társas támogatottság megléte.

5.5 Megbeszélés

5.5.1. Az eredmények értelmezése

Az egészségi állapot jellemzésére használt indikátoraink közül kiemelt figyelmet érdemel a vélt egészség. E mutató – nemzetközi tapasztalatok szerint – az egészségügyi ellátás kielégítő vagy elégtelen voltának becslésére is használható. A hódmezővásárhelyiek mintegy 20%-al kisebb eséllyel döntöttek a „nagyon rossz/rossz” válasz mellett egészségükkel kapcsolatban, mint az OLEF2003 válaszadói az országban. Ezért megállapítható, hogy Hódmezővásárhelyen az egészségügyi ellátás jobban kielégíti a szükségleteket, mint Magyarországon általában. Ezen eredmény jól összecseng felmérésünk azon eredményével is, mely szerint Hódmezővásárhelyen az országosnál magasabb az alap- és járóbeteg szakellátást igénybevevők aránya.

A hódmezővásárhelyi lakosok tehát többször keresik fel orvosukat és az egészségügyi szolgáltatás jobban kielégíti a szükségleteket, mint az országos átlag. Ez nagy lehetőség, de egyben nagy felelősséget is ró az alap- és szakellátásra. Feltételezhető ugyanis, hogy a népegészségügyi

szempontból is kiemelt jelentőségű preventív beavatkozások (pl. szűrések, egészséges életmódra nevelés, stb.), nagyobb részvételre számíthatnak ilyen körülmények között, amennyiben a lakosság ellátásában részt vevő egészségügyi dolgozókat bevonják ezek lebonyolításába. Ez ugyanakkor erkölcsi kötelezettséget is jelent az Egészséges Vásárhelyért Program mind szélesebb körű és minél intenzívebb folytatására, mely akár már középtávon is mérhető módon javíthatja a hódmezővásárhelyi lakosság egészségi állapotát.

A másik két egészségi állapot mutató (korlátozottság, mentális egészség) tekintetében nem találtunk olyan hatást, mely az országostól eltérő kockázatot eredményezne. Tekintettel azonban arra, hogy a magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban semmiképp sem mondható jónak, ezen értékekkel nem lehetünk elégedettek.

Az tény, hogy Hódmezővásárhelyen az egészségügyi ellátás jobban kielégíti a szükségleteket, mint az országban általában, segíthet ezen egészségproblémák jobb feltérképezésében és ezzel azok csökkentésére alkalmas egészségpolitikai beavatkozások megtalálásában.

5.5.2. Az eredmények felhasználhatósága

Miután a felmérés eredményei népegészségügyi szempontból komoly potenciált mutatnak, kiemelten fontosnak tartjuk ezek megismertetését az egészségügyben dolgozókkal. Célszerű lenne mind egy rövid, könnyen áttekinthető összefoglaló elkészítése szakmai célokra, mind az eredmények kisebb fórumokon való bemutatása. A HODEF2008 felmérés eredményei és az említett módon informált szakmai közvélemény javaslatai megalapozhatják a jövőbeni városi egészségpolitikai döntéseket.

Hasonlóan lényeges a lakosság tájékoztatása rövid, egyszerű, jól érthető üzenetek formájában, melyet kiegészíthet a helyi média (újság, rádió, TV) egy-egy kiemelt problémára és azok megoldási lehetőségeire fókuszálva.

6. KRÓNIKUS BETEGSÉGEK

6.1 Legfontosabb megállapítások

- A legtöbb vizsgált krónikus betegség előfordulási gyakorisága megfelel az országos átlagnak.
- A magasvérnyomás betegség Hódmezővásárhelyen középkorú felnőttek 40%-át, az idős nők 70%-át, az idős férfiak több mint felét érinti. Magas a fiatal férfiaknál talált 17%-os gyakoriság is. Amennyiben Hódmezővásárhely lakosságának a demográfiai és szociológiai összetétele az országossal megegyezne, a magasvérnyomás esélye közel 50%-kal nagyobb lenne az országos értékeknél. Ennek hátterében az alapellátás – különösen a fiatal férfiak által – nagyobb arányú igénybevétele, és ennek következtében a kisebb arányú rejtett morbiditás feltételezhető.
- A keringési rendszer betegségei a 65 év feletti hódmezővásárhelyi lakosok háromnegyedét érintik. A szívinfarktus és a stroke magasabb aránya az idősek körében Hódmezővásárhelyen jobb túlélési rátát jelezhet.
- A szívinfarktusok közel 60%-a, az agyi katasztrófák csaknem fele a felmérést megelőző 12 hónapban következett be.

6.2 Háttér

A fejlett országokban mind a megbetegedési, mind a halálozási statisztikák élén a krónikus nem-fertőző betegségek állnak. E tekintetben Magyarországon is hasonló a helyzet, azonban mindannyiunk számára ismert, hogy ezen statisztikák sok szempontból milyen szomorú képet mutatnak hazánk lakosságának egészségi állapotáról. Népegészségügyi szempontból a szív- és érrendszeri betegségek több aspektusból is kiemelt figyelmet érdemelnek. Egyrészt a lakosság negyedét érintik, és jelentős részt képviselnek a rokkantságban leélt összes életevek (*years lived with disability, YLD*) okai között.⁷ Másrészt korai felismerésük és kezelésük nem csak a korai halálozást csökkentheti, illetve növelheti a várható élettartamot, de az egészséggel összefüggő életminőséget is jelentősen javíthatja.

⁷ Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen H-U, Olesen J: Costs of Disorders of the Brain in Europe. *European Journal of Neurology* 2005, 12 (Suppl. 1): 1-27.

A szűken vett keringési rendszer megbetegedésein kívül azok rizikófaktoraként, társbetegségeiként vagy szövődményeként fellépő betegségek, állapotok is kiemelt figyelmet érdemelnek. Ezért ezen tanulmány különböző fejezetein belül megpróbáljuk mindazon befolyásoló tényezők (biológiai tényezők, egészségmagatartás, gazdasági tényezők, pszichoszociális faktorok) hatásának kimutatását, melyeknek a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát növelik vagy éppen csökkentik.

A betegségek közül ezért elsősorban a keringési rendszer megbetegedéseit (magasvérnyomás, szívinfarktus, stroke, egyéb szívbetegség), valamint a cukorbetegséget és a magas koleszterin szintet vizsgáljuk behatóan.

6.3 Módszertan

A HODEF2008 vizsgálat keretében 15 betegség esetében vizsgáltuk önbevallás alapján az életprevalenciát, az orvosi diagnózis meglétét, a felmérést megelőző 12 hónapban az adott betegség meglétét illetve gyógyszeres vagy egyéb kezelést az adott betegségre. A krónikus betegségek gyakoriságának becslése önbevalláson alapul, azonban több módon is igyekeztünk növelni a válaszok validitását. A kérdezőbiztosok képzésük (Speciális kérdezői kézikönyv, tréning) során pontos meghatározást kaptak az egyes betegségekkel kapcsolatban, hogy ezzel is segíthessék a válaszadókat. Így pl. az egy alkalommal mért, a normálisnál magasabb vérnyomásérték nem számított magasvérnyomás betegségnek, azonban a beteg vérnyomáscsökkentő kezelés melletti normál tartományba eső vérnyomásértékek esetén is hipertóniásnak minősült. Az a tény, hogy a nemzetközi ajánlásokkal összhangban az egyes betegségek esetében rákérdeztünk az orvosi diagnózisra is, tovább növeli az adatok megbízhatóságát. Elemzéseinkben minden esetben a diagnosztizált betegség szerepel mind kimeneti, mind magyarázó változóként.

A külön-külön vizsgált szív- és érrendszeri betegségekből (magasvérnyomás, szívinfarktus, agyvérzés, egyéb szívbetegség) létrehoztunk egy összevont változót a keringési rendszert érintő betegségek vizsgálatára.

Szintén összevont mutatóként használtuk a krónikus betegségek előfordulását, amelyet a 11. kérdéscsoport bármelyikére adott igen válasz alapján képeztünk.

11. Kérem, nézze meg ezt a kártyalapot! Jelenleg van-e vagy korábban volt-e egy vagy több krónikus vagy hosszan tartó betegsége ill. egészségügyi problémája a kártyán felsoroltak közül?

Betegség vagy állapot	Van-e vagy volt-e ilyen betegsége valaha?	Ha igen:		
		Ezt a betegséget orvos állapította meg?	Volt-e ilyen betegsége az elmúlt 12 hónapban?	Szedett-e gyógyszert vagy kapott-e kezelést emiatt az elmúlt 12 hónapban?
	1 – Igen 2 – Nem 8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni	1 – Igen 2 – Nem 8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni	1 – Igen 2 – Nem 8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni	1 – Igen 2 – Nem 8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni
1. Asztma				
2. Allergiás betegség (szénanátha, ekcéma)				
3. Cukorbetegség				
4. Magas koleszterinszint				
5. Magas vérnyomás				
6. Szívroham, szívinfarktus				
7. Bármely egyéb szívbetegség				
8. Agyvérzés, stroke, gutaütés, szélütés, agyérögörcs				
9. Idült hörghurut, tüdőtágulás				
10. Izületi gyulladás, reuma				
11. Csontritkulás				
12. Gyomor-, nyombélfekély				
13. Migrén vagy gyakori fejfájás				
14. Szorongás vagy depresszió				
15. Rosszindulatú daganat				
16. Egyéb, éspedig:				
17. Egyéb, éspedig				

Az összefüggés elemzések során a diagnosztizált beteg versus nem beteg esélyét vizsgáltuk kimeneti változóként, magyarázó tényezőként pedig az egyéb vizsgált modellekhez hasonlóan társadalmi-gazdasági tényezők, valamint az adott betegséghez társultan vagy szövődményként előforduló egyéb betegségek, illetve rizikófaktorok szerepeltek.

6.4 Eredmények

6.4.1. Populációs becslések

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

A HODEF2008 vizsgálat eredményeinek elemzésekor a népegészségügyi szempontból legnagyobb jelentőséggel bíró megbetegedéseket vesszük górcső alá. A szív- és érrendszeri megbetegedések hazánkban, a fejlett országokhoz hasonlóan, a morbiditási és mortalitási statisztikák élén állnak. A magasvérnyomás betegség – az OLEF2003 adatai alapján – mindkét nemből a középkorú és az idős korosztályban a leggyakrabban előforduló megbetegedés. E betegség súlyos – gyakran fatális – szövődménye a szívinfarktus és az akut agyi katasztrófák (stroke), amelyek következményesen maradandó egészségkárosodást, rokkantságot és nem utolsósorban az életminőség jelentős romlását okozhatják. A keringési rendszer megbetegedéseivel szorosan összefügg a cukorbetegség és a magas koleszterin szint, melyek együttesen az ún. metabolikus szindróma összetevői.

Az elemzés során részletesen vizsgált betegségek előfordulási gyakoriságát nemenként és korcsoportonként a 8. táblázat (nők) és a 9. táblázat (férfiak) mutatja.

8. táblázat: A krónikus betegségek életprevalenciája a hódmezővásárhelyi nők 3 korcsoportjában

	NŐK					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
magasvérnyomás	3,3	(1,4-7,7)	40,5	(35,0-46,3)	70,7	(62,4-77,8)
szívinfarktus	0,7	(0,1-4,5)	3,8	(2,1-6,8)	12,8	(8,1-19,7)
stroke	0,0	(0,0)	3,2	(1,6-6,0)	10,6	(6,4-17,1)
keringési betegség	5,3	(2,7-10,2)	47,9	(42,1-53,7)	78,2	(70,4-84,4)
cukorbetegség	1,3	(0,3-5,2)	7,1	(4,6-10,7)	21,1	(15,0-28,8)
magas koleszterin szint	2,0	(0,6-6,0)	20,8	(16,5-25,9)	18,8	(13,0-26,3)

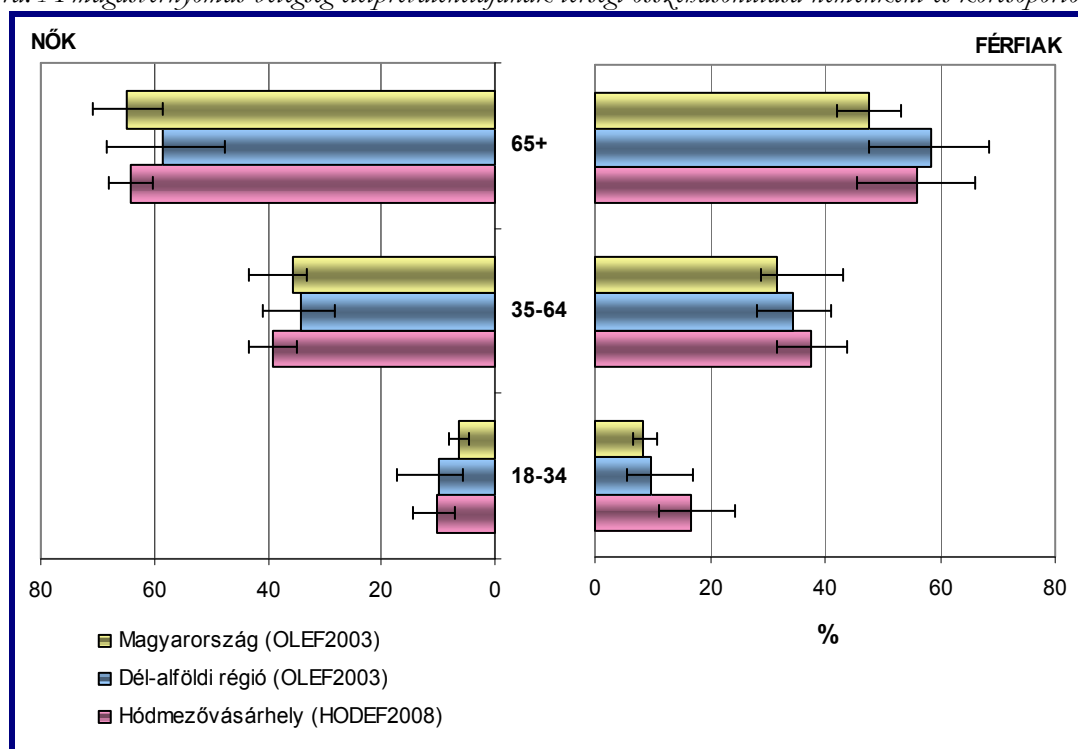
9. táblázat: A krónikus betegségek életprevalenciája a hódmezővásárhelyi férfiak 3 korcsoportjában

	Férfiak					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
magasvérnyomás	16,8	(11,2-24,4)	37,5	(31,6-43,7)	56,1	(45,5-66,1)
szívinfarktus	0,0	(0,0)	3,4	(1,8-6,4)	16,2	(9,8-25,5)
stroke	0,0	(0,0)	2,6	(1,2-5,4)	12,9	(7,3-21,8)
keringési betegség	18,3	(12,5-26,1)	42,6	(36,6-48,9)	71,2	(60,8-79,8)
cukorbetegség	0,8	(0,1-5,7)	10,0	(6,9-14,4)	20,6	(13,4-30,4)
magas koleszterin szint	1,7	(0,4-6,4)	15,0	(11,1-20,0)	17,5	(11,0-26,7)

A **magasvérnyomás** betegség Hódmezővásárhelyen az idős nők 70%-át, a 65 év feletti férfiak több mint felét (56%) érinti, túlnyomó többségük esetében e betegség a felmérést megelőző 12 hónapban is fennállt. Előfordulási gyakorisága a fiatal korosztály kivételével nőkben magasabb.

A diagnosztizált magasvérnyomás betegség életprevalenciája térségi összehasonlításban a fiatal férfiak és mindkét nemből a középkorúak körében magasabb az OLEF2003 során mért régiós és országos értékeknél (5. ábra). Ugyanakkor ezen eltérések egyetlen kategóriában sem jelentenek szignifikáns különbséget.

5. ábra: A magasvérnyomás betegség életprevalenciájának térségi összehasonlítása nemeként és korcsoportonként

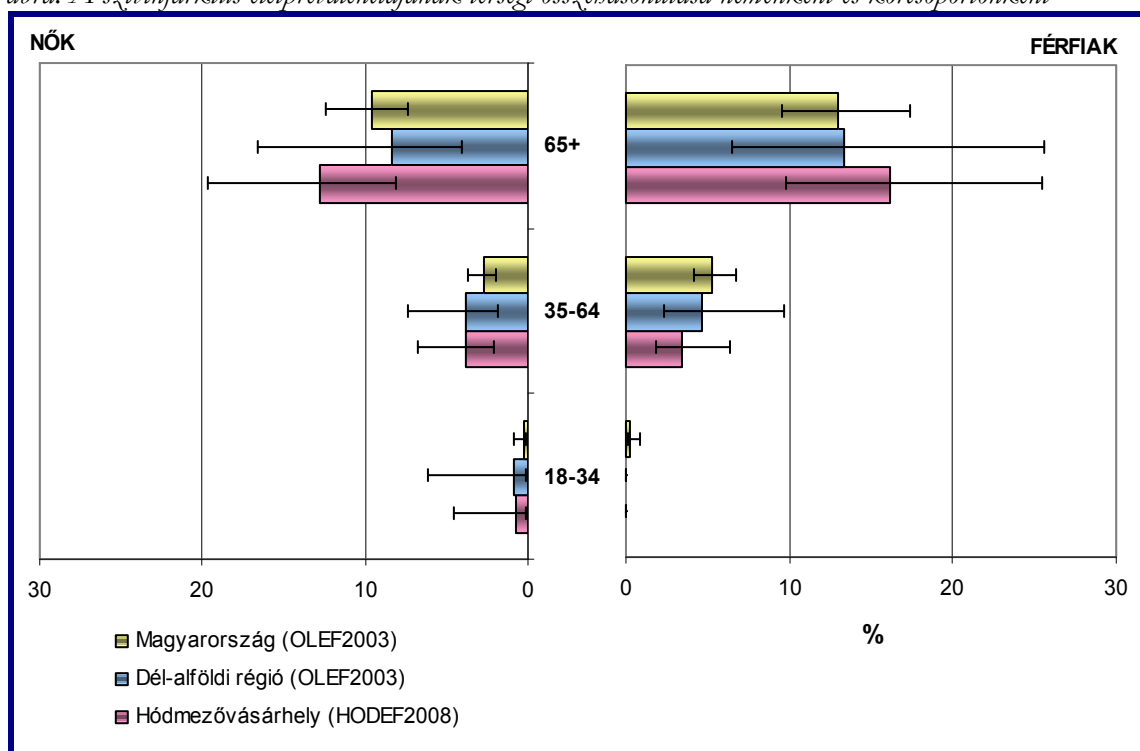


A **szívroham** és a **stroke** vonatkozásában – a felmérés jellegéből adódóan – becsléseink valószínűleg alacsonyabbak a valóságnál, hiszen egy kérdőíves felmérésben a letális esetek detektálása nem lehetséges. Mindkét betegség számottevő arányban csak az idős korosztályban

fordul elő, minimálisan magasabb arányban a férfiak körében. A szívinfarktusok közel 60%-a, az agyi katasztrófák csaknem fele (43%) a felmérést megelőző 12 hónapban következett be.

A túlélő **szívrohamok** térségi összehasonlítása mindkét nemben az idősök körében a régiós és az országos arányoknál magasabb értéket mutat Hódmezővásárhelyen (6. ábra), ugyanakkor ezen eltérés statisztikailag nem szignifikáns.

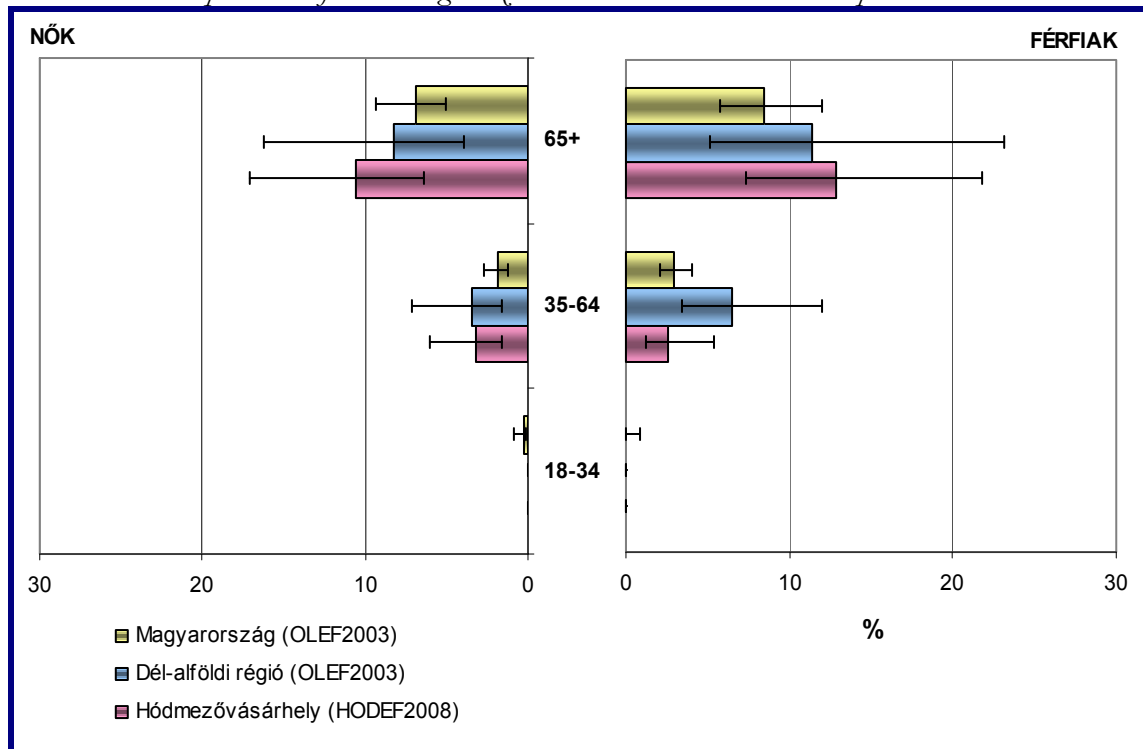
6. ábra: A szívinfarktus életprevalenciájának térségi összehasonlítása nemeként és korcsoportonként



Hasonló képet figyelhetünk meg az akut agyi katasztrófák (**stroke**) esetében is, azaz Hódmezővásárhelyen a régiós és országos értékeknél nem szignifikáns módon magasabb arányt találtunk mindkét nemben (7. ábra).

Meg kell jegyeznünk azonban, hogy a megkérdezésen alapuló kérdőíves felmérések e betegségek esetében csak a túlélő események detektálására alkalmasak, így ezen eredmények nem feltétlenül magasabb morbiditási arányt, hanem éppen ellenkezőleg jobb túlélési rátát jelezhetnek.

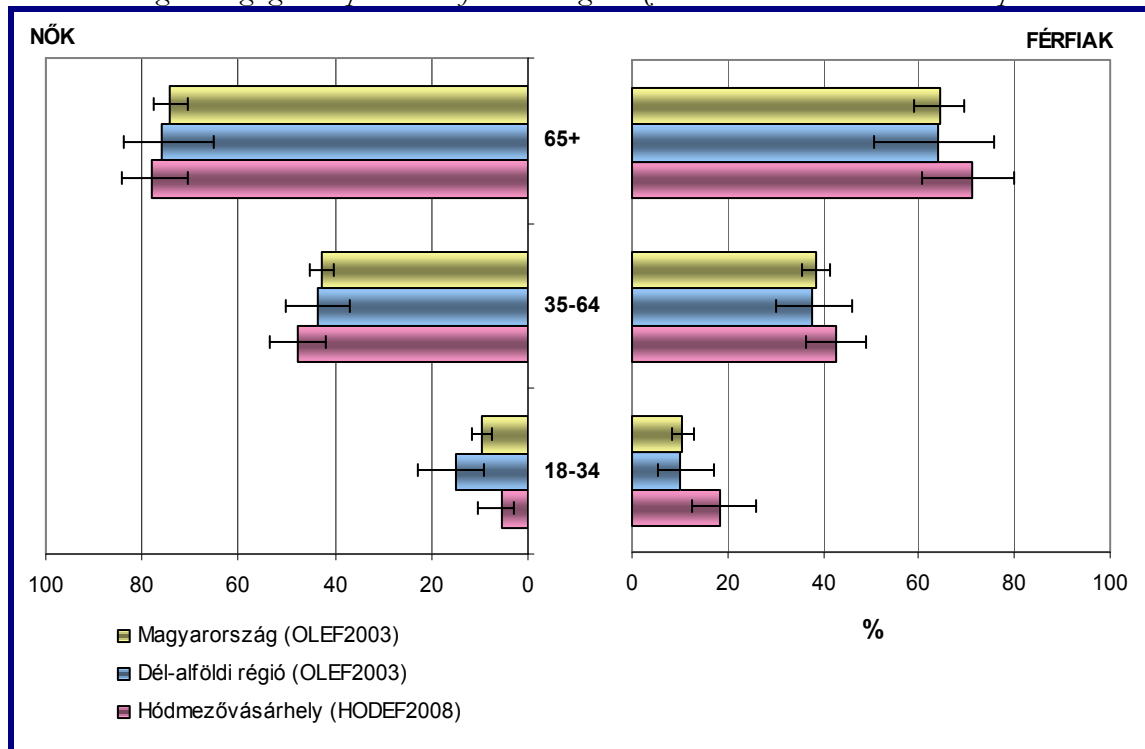
7. ábra: A stroke életprevalenciájának térségi összehasonlítása nemeként és korcsoportonként



A **keringési rendszer** betegségei (magasvérnyomás, szívroham, stroke, egyéb szívbetegség) a 65 év feletti hódmezővásárhelyi lakosok háromnegyedét érintik, minimálisan – de nem szignifikánsan – magasabb arányban a nőket.

A **szív- és érrendszeri megbetegedések** – azaz a magasvérnyomás, szívroham, stroke, egyéb szívbetegség – életprevalenciáját térségi összehasonlításban vizsgálva (8. ábra), a fiatal nőktől eltekintve, mindkét nem minden korcsoportjában kissé magasabb arányokat találtunk, mint a Dél-Alföldi Régióban illetve az országban. Ezen eltérések mélyebb vizsgálata – mind a megbízhatósági tartományok, mind az összefüggés elemzések során – azonban nem igazolt statisztikailag szignifikáns különbséget.

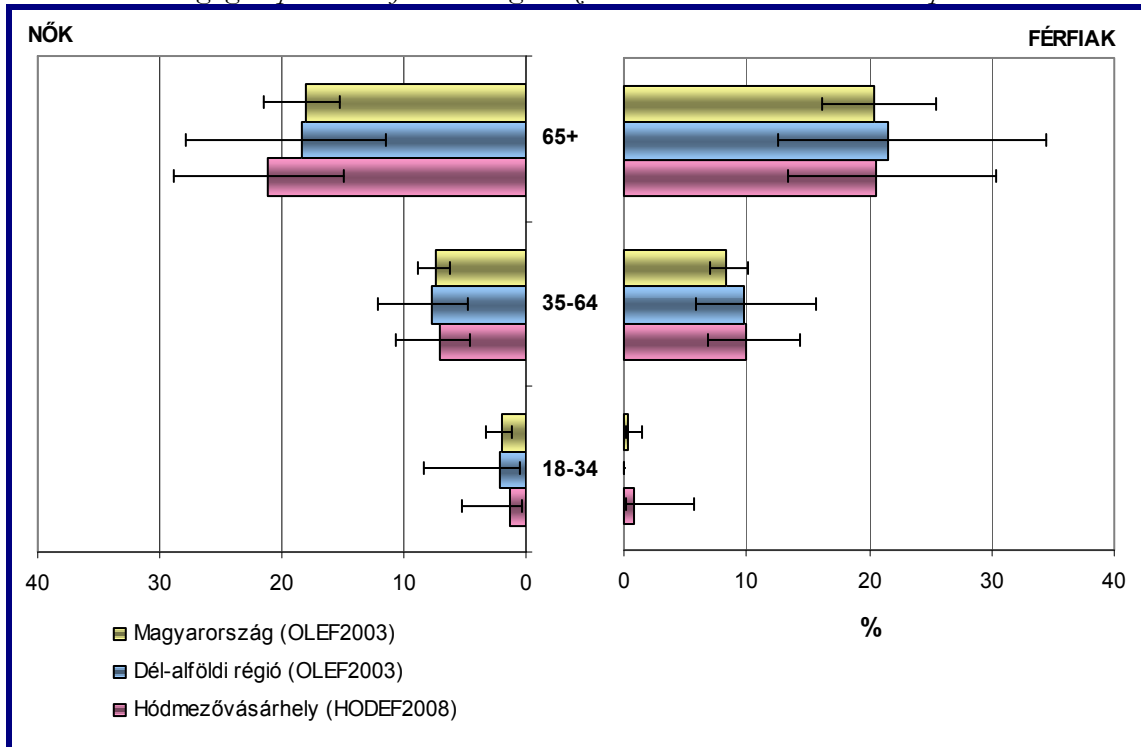
8. ábra: A keringési betegségek életprevalenciájának térségi összehasonlítása nemenként és korcsoportonként



A **cukorbetegség** esetében a felmérésben nem teszünk különbséget a cukorbetegség (diabetes mellitus) különböző fajtái – I. és II. típusú vagy régebbi osztályozás szerint inzulin dependens és nem inzulin dependens, esetleg gesztációs forma között – ezért adataink az összes cukorbetegre vonatkoznak. Diagnosztizált cukorbetegségen, a kezeléstől függetlenül, az orvos által megállapított diabetes mellitust értjük, ezért az alkalmilag mért magasabb vércukorértékek nem tartoznak ebbe a kategóriába.

A **cukorbeteg** arányának térségi egybevetése (9. ábra) során egyedül az idős nők körében találunk régiós és országos adatoktól mintegy 3%-os eltérést, mely azonban statisztikailag nem szignifikáns. Azaz Hódmezővásárhelyen a cukorbetegség előfordulási gyakorisága megfelel a Dél-Alföldi Régióban élők és a felnőtt magyar lakosság esetében tapasztaltakkal.

9. ábra: A cukorbetegség életprevalenciájának térségi összehasonlítása nemeként és korcsoportonként



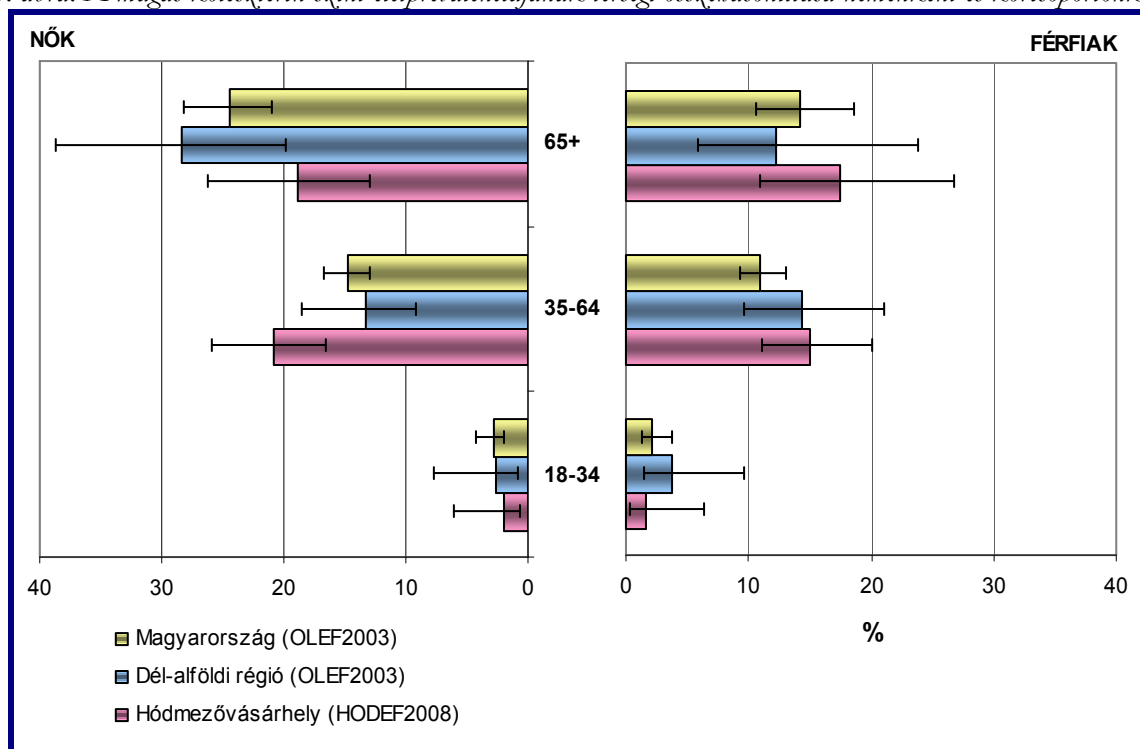
A hódmezővásárhelyiek 8,1%-a szenvedett e betegségben a felmérést megelőző 12 hónapban. Az előfordulási gyakoriság a fiatalok körében nem éri el az 1%-ot, valószínűsíthetően ezen betegek tekinthetők I. típusú cukorbetegségben vagy gesztációs diabéteszben szenvedőknek. A középkorú népességhez képest több mint kétszeres számban találunk betegeket a 65 év felettek körében, mindkét nemből azonos (20%) arányban.

A magas **koleszterin** szint a szív- és érrendszeri betegségek – szerencsére az esetek többségében mára jól kezelhető – rizikófaktora. Érdekes módon a két nem esetében eltérő tendenciát figyelhetünk meg a hódmezővásárhelyi középkorúak és idősek körében: míg a nőknél a 35-64 éves korosztályban, a férfiaknál a 65 év felettek esetében találtuk a legmagasabb arányt. Tekintettel arra, hogy ezen betegség általában önmagában nem jár észlelhető tünetekkel, ezen jelenség hátterében a két nem eltérő orvoshoz fordulási szokásait sejtethetjük. A középkorú nők és az idős férfiak magasabb alap- és járóbeteg szakellátás igénybevétele közötti nem szignifikáns differencia szolgálhat magyarázatul.

A magas **koleszterin** szint, nemekénti és korcsoportos bontásban, tendenciájában igen eltérő képet mutat országos szinten a Dél-Alföldi Régióban és Hódmezővásárhelyen (10. ábra). Az OLEF2003 adatai alapján mindkét nem esetében az életkor előrehaladtával nő a magas koleszterin szinttel élők aránya. A Dél-alföldön a 35-64 éves férfiak és az idős nők körében a legmagasabb a betegek száma. Hódmezővásárhely e tekintetben mindkét térségtől eltérő képet mutat: a középkorú férfiak és a 65 év feletti nők esetében mértük a legmagasabb arányt. E

jelenség hátterében, mint már említettük, talán a hódmezővásárhelyi férfiak és nők eltérő orvoshoz fordulási szokása áll.

10. ábra: A magas koleszterin szint életprevalenciájának térségi összehasonlítása nemeként és korcsoportonként



6.4.2. Összefüggés-elemzések

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

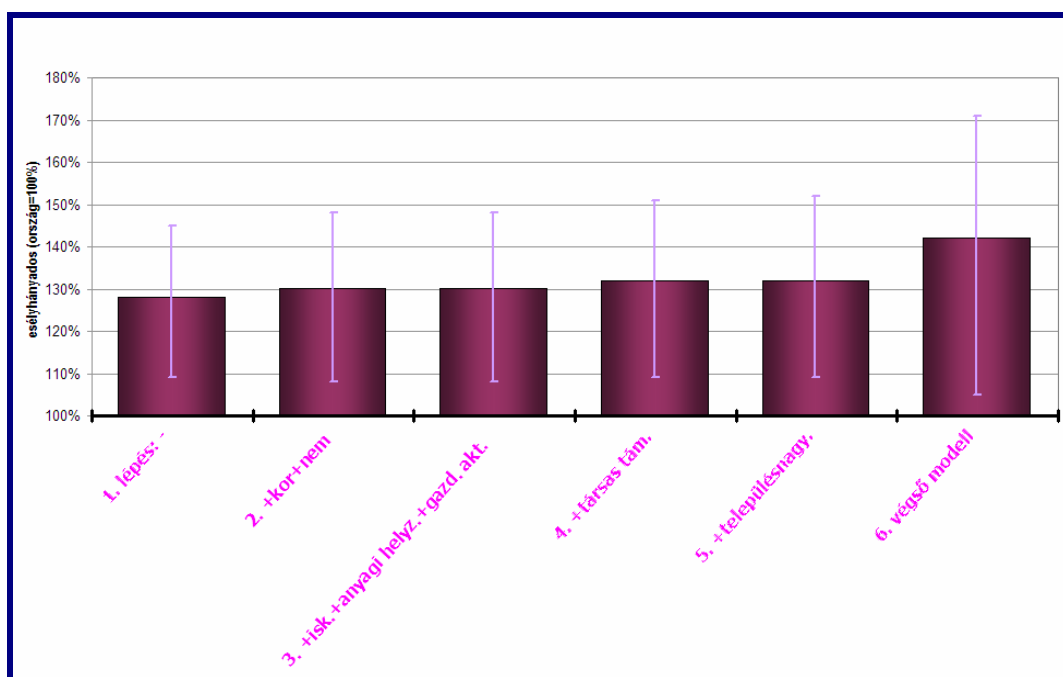
Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az HODEF 2008 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.
- Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** (kor)csoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhetők az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

Az összefüggés-elemzéseket a krónikus betegségek esetében is hét, egymást követő lépésben hajtottunk végre. (Az elemzés részletei a Módszertani fejezetben található.) Az egyéb kimeneti változókkal (pl. ellátás igénybevétele) ellentétben azonban itt nem vontuk be a modellbe az egészségi állapot jellemzésére használt korlátozottság változót. A modellezés utolsó lépéseként, mint már említettük, a modellbe illesztettük azon társbetegségeket, szövődményeket, illetve rizikófaktorokat, amelyek az adott megbetegedés szempontjából relevánsak lehetnek.

A magasvérnyomás betegség esélyeit térségi szinten szemlélve megállapítható, hogy az Hódmezővásárhelyen az országos értékekkel egybevetve szignifikánsan magasabb (11. ábra). Ezen magasabb esély a modellezési folyamat hét lépése után vizsgálva is megmarad, azaz ennek hátterében valamilyen „speciális” térségi hatást kell feltételeznünk. A HODEF2008 elemzése során a diagnosztizált beteg esélyét vetettük össze az e betegségben nem szenvedőkével, és ez utóbbi csoportba soroltuk azokat is, akiknél nem orvos állapította meg a betegséget. E betegség esetében – hazai⁸ és nemzetközi irodalmi adatok szerint – az ún. rejtett morbiditás igen magas, azaz a megbetegedések jelentős része nem kerül diagnosztizálásra. Tekintettel arra, hogy Hódmezővásárhelyen mind az alapellátást, mind a járóbeteg szakellátást igénybevevők aránya szintén szignifikánsan magasabb a régiós és országos értékeknél, valószínűsíthető, hogy ez a „speciális” térségi hatás. A magasabb egészségügyi ellátás igénybevétele ugyanis feltehető, hogy a betegek közül többet diagnosztizálnak, azaz a városban élők körében alacsonyabb a rejtett morbiditás.

11. ábra: A magas vérnyomás Magyarországon illetve Hódmezővásárhelyen mért esélyének bányadosa, a modell lépésenkénti bővítését követve



A magasvérnyomás betegség esetében a társadalmi-gazdasági tényezőkhöz kívül a következő magyarázó változókat vontuk a modellbe, melyek mindegyike legalább egy kategóriában statisztikailag szignifikáns ($p < 0,05$) mértékben befolyásolja a betegség esélyét:

⁸ Kardiovaszkuláris betegségek morbiditási viszonyai Magyarországon a Háziorvosi Adatgyűjtés Program eredményei alapján. <http://www.publichealth.hu/nepc.php?mt=1&mmid=2&smid=11&tmid=1&&mmlink=52>

- 1) rizikó faktorok:
 - testtömeg-index (BMI),
 - dohányzás,
 - testmozgás,
- 2) társbetegségek:
 - szívroham,
 - stroke,
 - cukorbetegség,
 - magas koleszterin szint.

A HODEF2008 adatai alapján a legnagyobb mértékben – mintegy három és félszeresére – az elhízás (BMI>30) növeli annak esélyét, hogy valakinél életében kialakuljon a magasvérnyomás betegség. Hasonlóan magas (háromszoros) az esélyhányados a magas koleszterin szint esetében is.

Ismételten fel kell hívnunk a figyelmet, hogy az összefüggések nem jelentenek ok-okozati összefüggést. A dohányzás esetében tapasztalt összefüggés látszólagos, amely a keresztmetszeti vizsgálatok egyik korlátjának tekinthető: a kimeneti változót és a meghatározó tényezőket egyszerre vizsgálja, és nem veszi figyelembe az expozíciós időt.

A magyarázó változók esetében vizsgáltuk a nem-kor, a nem-iskolázottság, illetve a nem-kor-iskolázottság közötti lehetséges interakciókat is. Az összefüggés elemzés során használt modellünkben azon 5458 személy adatait használtuk fel, akiknél mind a magasvérnyomásra, mind pedig a felsorolt befolyásoló tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

A kor hatása a nőknél sokkal jelentősebb: a fiatalokhoz képest a középkorúak esélye több mint ötszörös, az időseké több mint nyolcszoros. A férfiak esetében a 35 év alattiakhoz viszonyítva a középkorúak esélye háromszoros, az időskorúaké pedig három és félszeres.

A nem-kor-iskolázottság interakciót vizsgálva az alacsony iskolai végzettségűeknél nők vannak rosszabb helyzetben, mégpedig a kor növeli a hátrányukat. Magas iskolai végzettségen belül viszont fordul a kocka: nők vannak jobb helyzetben, de a kor elmosza köztük a különbséget.

Az iskolázottság hatása nemenként vizsgálva a képzetlenebb (érettségizett és felsőfokú végzettségű) férfiak esetében mutatkozott szignifikánsnak, a legmagasabb végzettségűek esélye a magasvérnyomás betegségre mindössze fele a legképzetlenebbekének.

A magasvérnyomás esélyét befolyásoló tényezők, illetve a hatásukat mérő esélyhányadosok a 39. táblázatban (a statisztikailag szignifikáns tényezőket sötétebbre színezett sor jelzi) találhatóak.

10. táblázat: A magasvérnyomás betegség esélye a befolyásoló tényezők szerint

befolyásoló tényező	esélyhányados	p<	alsó 95%-os megbízhatósági határ	felső 95%-os megbízhatósági határ
<i>Országos értékhez viszonyítva</i>				
Hódmezővásárhely	1,44	0,002	1,14	1,82
<i>Fiatal férfhoz viszonyítva</i>				
középkorú férfi	3,06	0,000	2,20	4,24
időskorú férfi	3,48	0,000	2,26	5,37
<i>Fiatal nőhöz viszonyítva</i>				
középkorú nő	5,12	0,000	3,68	7,11
időskorú nő	8,41	0,000	5,75	12,31
<i>Azonos korú és iskolázottságú férfhoz viszonyítva</i>				
fiatal nő, 8 általánost végzett	0,84	0,510	0,51	1,39
középkorú nő, 8 általánost végzett	1,41	0,046	1,00	1,98
időskorú nő, 8 általánost végzett	2,03	0,000	1,38	3,00
fiatal nő, szakmunkás	1,04	0,884	0,62	1,73
középkorú nő, szakmunkás	1,73	0,001	1,24	2,43
időskorú nő, szakmunkás	2,50	0,000	1,51	4,15
fiatal nő, érettségizett	0,56	0,013	0,35	0,88
középkorú nő, érettségizett	0,94	0,702	0,68	1,29
időskorú nő, érettségizett	1,35	0,216	0,84	2,19
fiatal nő, felsőfokú végzettségű	0,40	0,002	0,23	0,72
középkorú nő, felsőfokú végzettségű	0,68	0,076	0,44	1,04
időskorú nő, felsőfokú végzettségű	0,98	0,946	0,56	1,70
<i>Legalacsonyabb iskolai végzettséghez viszonyítva</i>				
<i>férfiakon belül</i>				
szakmunkás	0,86	0,397	0,61	1,21
érettségizett	0,97	0,887	0,68	1,38
felsőfokú végzettségű	1,08	0,711	0,71	1,64
<i>nőkön belül</i>				
szakmunkás	1,06	0,691	0,78	1,44
érettségizett	0,64	0,003	0,48	0,86
felsőfokú végzettségű	0,52	0,001	0,36	0,75
<i>Dolgozóhoz viszonyítva</i>				
nem dolgozik	1,55	0,000	1,28	1,86
<i>Nagyon rossz anyagi helyzetben élőhöz viszonyítva</i>				
anyagi helyzete rossz	1,36	0,069	0,97	1,91
anyagi helyzete mérsékelten rossz	1,27	0,157	0,91	1,77
anyagi helyzete mérsékelten jó	0,96	0,807	0,68	1,34
anyagi helyzete jó	0,99	0,991	0,69	1,42
anyagi helyzete nagyon jó	1,04	0,830	0,68	1,59
<i>Nem megfelelő társas támogatottságúhoz viszonyítva</i>				
társas támogatottsága megfelelő	1,05	0,716	0,80	1,37
társas támogatottsága teljesen kielégítő	0,88	0,297	0,69	1,11
<i>Kevesebb, mint 3000 lakosú településen élőhöz viszonyítva</i>				

a településen legfeljebb 3 000 lakos él	0,85	0,313	0,62	1,16
a településen legfeljebb 5 000 lakos él	0,83	0,335	0,58	1,20
a településen legfeljebb 10000 lakos él	0,91	0,622	0,64	1,29
a településen legfeljebb 50000 lakos él	0,76	0,084	0,56	1,03
a településen több mint 50000 lakos él	0,97	0,849	0,72	1,03
<i>Normál testtömeg-indexűekhez viszonyítva</i>				
sovány	1,28	0,385	0,73	2,24
túlsúlyos	1,94	0,021	1,10	3,43
elhízott	3,49	0,000	1,96	6,22
<i>Soha nem dohányzókhöz viszonyítva</i>				
dohányzásról leszokottak	1,08	0,463	0,87	1,33
alkalmi dohányosok	0,77	0,345	0,46	1,31
rendszeresen napi 20 szálnál kevesebbet dohányzók	0,74	0,024	0,58	0,96
rendszeresen legalább napi 20 szálát dohányzók	0,81	0,098	0,63	1,03
<i>Testmozgást egyáltalán nem végezőkhöz viszonyítva</i>				
nem megfelelő fizikai aktivitás	0,80	0,264	0,55	1,17
megfelelő fizikai aktivitás	0,73	0,034	0,55	0,97
<i>Szívinfarktus</i>				
beteg	1,88	0,001	1,27	2,76
<i>Stroke</i>				
beteg	1,94	0,005	1,22	3,08
<i>Cukorbetegség</i>				
beteg	2,31	0,000	1,72	3,11
<i>Magas koleszterin szint</i>				
beteg	3,10	0,000	2,45	3,93

6.5 Megbeszélés

6.5.1. Az eredmények értelmezése

A HODEF2008 felmérés eredményei közül a krónikus betegségek szempontjából elsősorban a magasvérnyomás betegség érdemel kiemelt figyelmet. Hódmezővásárhelyiek kockázata e betegség tekintetében csaknem 50%-al magasabb, mint a magyar lakosságé. Ez az első látásra negatívan értelmezhető adat további vizsgálatot igényel. A „helyi körülmények” okozta különbség ugyanis nem feltétlenül a hódmezővásárhelyiek rosszabb egészségi állapotára utal. A hipertónia gyakran „néma” kór, sokszor nem okoz érezhető panaszokat, még gyakrabban pedig tünetei nem készítetik orvoshoz fordulásra a beteget. Ezért magas az ún. rejtett morbiditás aránya, azaz sok beteg esetében nem kerül felismerésre a betegség. Mégpedig mára ez jelenti az igazi problémát a magasvérnyomás esetében. A korai diagnózis a beteg megfelelő együttműködési készségével

párosulva ugyanis a mai korszerű gyógyszerek birtokában megelőzheti a hirtelen halálhoz (szívinfarktus, stroke) vagy súlyos maradandó egészségkárosodáshoz vezető szövődményeket.

A hipertóniás betegek magas aránya háttérben tehát nem a hódmezővásárhelyi lakosság országosnál rosszabb egészségi állapotát, hanem a HODEF2008 felmérés eredményei alapján, az egészségügyi ellátás szignifikánsan nagyobb arányú igénybevétele áll. (Lásd ehhez még a 112. oldalt!)

Sem a vizsgált egyéb szív- és érrendszeri betegségek, sem a felmérést megelőző 12 hónapban meglévő bármilyen krónikus megbetegedés esélye tekintetében nem találtunk Hódmezővásárhelyen az országostól eltérő értékeket.

A keringési rendszer megbetegedéseinek talán legfontosabb következményei, a jelentős mortalitási kockázatot jelentő szívinfarktus és stroke esetében mindkét nemből az idősek körében a régiós és az országos arányoknál magasabb, de statisztikailag nem szignifikáns értéket mutat Hódmezővásárhelyen. Ezen eredmények azonban nem feltétlenül magasabb morbiditási arányt, hanem éppen ellenkezőleg jobb túlélési rátát jelezhetnek, ezért ezen adatok további vizsgálata (pl. ellátási adatok elemzése) feltétlenül szükségesnek tűnik.

6.5.2. Az eredmények felhasználhatósága

A fentiek értelmében kiemelt figyelmet kell fordítani az eredmények lakosság számára történő interpretálására. A negatív üzenetek helyett a szűrővizsgálatokon való részvétel előnyeit célszerű hangsúlyozni. Példaként szolgálhat az ismert magasvérnyomás betegek országosnál magasabb aránya, akiket az alap- és járóbeteg szakellátásban kiszűrtek, és így kezelésben részesülhetnek.

7. EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

7.1 Legfontosabb megállapítások

- A felnőtt férfiak és nők közel háromnegyede véli azt, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet az egészségéért.
- Minden ötödik hódmezővásárhelyi felnőtt nő és a férfiak 38%-a dohányzik. A hódmezővásárhelyi felnőtt nők 5%-a, míg a férfiak körében minden ötödik erős dohányosnak számít, azaz napi 20 szál cigarettánál többet szív. A felmérést megelőző 12 hónapban leszokással próbálkozott a dohányzó felnőtt férfiak fele, a nők 44%-a. Amennyiben Hódmezővásárhely lakosságának a demográfiai és szociológiai összetétele az országgal megegyezne, a dohányzás esélye a városban az országosnál több mint 20%-al kisebb lenne.
- A hódmezővásárhelyi aktív korú lakosok közül minden 10. szenved munkahelyi passzív dohányzástól, ami kedvezőbb, mint a régiós illetve az országos helyzet.
- Nagyívónak számít közel minden hetedik ember: a férfiak 26,4%-a, míg a nők 5%-a.
- A kérdezést megelőző négy hétben a hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság fele evett naponta és csupán 15%-a naponta többször friss zöldséget vagy gyümölcsöt.
- A hódmezővásárhelyi felnőtt nők felének, míg a férfiak 65%-ának magasabb a testtömege a kívánatosnál. Minden negyedik hódmezővásárhelyi férfi és nő elhízott.
- A felnőtt lakosság 5%-a egyáltalán nem, míg minden 10. ember nem megfelelő mértékben végzett testmozgást. Amennyiben Hódmezővásárhely lakosságának a demográfiai és szociológiai összetétele az országgal megegyezne, a városban felnőtteknek a fizikai inaktivitásra való esélye az országosnál közel 30%-al kisebb lenne.

7.2 Háttér

A népesség egészségi állapotát nagymértékben befolyásolják az életmód és egészségmagatartásbeli tényezők. Az egyén felelősségét és egyben lehetőségeit mi sem bizonyítja jobban, mint hogy a leggyakoribb halálhoz vezető betegségek (például szív- és érrendszeri betegségek) kockázatát

tudatosabb egészségmagatartással, azaz a dohányzás, az alkoholfogyasztás visszafogásával, megfelelő étrend követésével és rendszeres testmozgással jelentősen csökkenteni lehetne.⁹

Az **egészségkultúra** egyik fontos mutatója, hogy az egyének rendelkeznek-e egészségtudatos attitűddel, azaz úgy vélik-e, hogy tehetnek az egészségükért. A társadalmi felelősségvállalás és az egészséget támogató társadalmi feltételek megteremtése mellett, a megfelelő egészségi állapot fenntartása nagymértékben az egyén erőfeszítésének eredménye.

A **dohányzás** mára a legfontosabb magatartással összefüggő, megelőzhető haláloki tényezővé vált a világban és Magyarországon is. Az Európai Unióban több mint félmillió ember hal meg évente dohányzás miatt. Az EU-ban a dohányzásnak tulajdonítható a daganatos megbetegedések miatti halálozás 25%, az összes haláleset 15%-a, míg az Egészségügyi Világszervezet becslése szerint a világban bekövetkező halálozás 8,8%-áért felelős.^{10,11} Az Egészségügyi Világszervezet európai régiójában a magasvérnyomás után a második kockázati tényezőnek számít, amely önmagában a betegségterhek 12,3%-áért felelős.¹² Legújabb kutatások szerint 2002-ben a dohányzásnak tulajdonítható a magyar 35-64 éves férfiak és nők és az EU15 országok hasonló férfi és női korcsoportjának születéskor várható élettartama között lévő különbség fele.¹³ Újabb kutatások szerint a passzív dohányzás is komoly kockázatot jelent az egészségre. A hosszú távon passzív dohányzásnak kitett emberek nagyobb eséllyel betegednek meg az aktív dohányzással összefüggésbe hozott betegségekben, mint például a tüdőrák, kardiovaszkuláris betegségek, légzőrendszeri betegségek, gyermekkori betegségek).¹⁴ A dohányzás következtében megromlott egészségi állapot nemcsak az egyén és családja számára okoz problémát, hanem jelentősen növeli a dohányzás társadalmi költségeit is.

Az **alkoholfogyasztás** mértékétől függően jótékony és káros hatást is kifejthet az egészségre. A mértékletes ivás tudományos bizonyítékok szerint csökkenti a szívérrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát az absztinensekhez és a nagyivókhoz viszonyítva. A nagyivás viszont jelentősen növeli egyes betegségek (például májzsugor, stroke, szájüregi-, nyelőcső- és emlőrák, születési rendellenességek) gyakoriságát és a korai halálozások számát. Az Egészségügyi Világszervezet becslése szerint a WHO Európai régiójában a harmadik legfontosabb kockázati tényező, amely az egészségterhek 10,1%-ért felelős. A fejlett országokban az alkoholfogyasztás a

⁹ Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000, Kutatási Jelentés, Budapest, 2002

¹⁰ European Union, DG Health and Consumer Protection,
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/tobacco_en.htm

¹¹ World Health Organisation: The World Health Report 2002. <http://www.who.int/whr/2002/en/>

¹² World Health Organisation: The European Health Report 2005. <http://www.euro.who.int/europeanhealthreport>

¹³ Az egészség területén fennálló egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban. Closing the health gap in the European Union, Country Profile: Hungary, Warsaw, Poland, 2008

¹⁴ Green Paper: Towards a Europe Free from Tobacco Smoke, Policy options at EU level, European Communities, 2007
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_en.pdf

depressziós zavarok 3%-ért, a közúti balesetekből fakadó sérülések 38%-ért felelős.¹² Egy 2002-es korai halálózásra vonatkozó kutatás eredménye szerint a 20-64 éves korcsoportban férfiaknál a magyar és az EU15 országok között tapasztalható születéskor várható élettartam különbség mintegy 33%-ért, míg nők esetében 20%-ért az alkoholnak van szerepe.¹³

A **táplálkozási szokások** - az elmúlt évtizedek tudományos kutatási eredményei alapján -, számos krónikus, nem fertőző megbetegedés - elsősorban a szív- és érrendszeri, daganatos megbetegedések, valamint a cukorbetegség, a gyomor- és bélrendszer megbetegedései, a csontritkulás – kialakulásában fontos szerepet játszanak.¹⁵ Az állati eredetű zsírok nagymértékű fogyasztása döntő mértékben hozzájárul az érlemeszesedés kialakulásához, így a koronária betegségek és az agyérbetegségek incidenciája, valamint a halálozás emelkedéséhez. A táplálkozás lényeges kockázati tényező a daganatos megbetegedések etiológiájában is, a daganatok mintegy egyharmada szoros kapcsolatba hozható bizonyos táplálkozási szokásokkal. A WHO európai régiójában az alacsony zöldség- és gyümölcsfogyasztás a 6. helyen kiemelt kockázati tényezőnek számít, amely a régióban a betegségterhek 4,4%-áért felel. A fejlett országokban az alacsony zöldség- és gyümölcsfogyasztás felelős az iszkémiás szívbetegségek 28%-áért, az agyérrendszeri betegségek 12%-áért, míg a tüdőrák 11%-áért.¹² Több ország életmódbeli kockázati tényezőinek az elemzése kimutatta, hogy az egészségi állapot változásában a táplálkozási szokásoknak, főleg az állati eredetű zsírok csökkenő, illetve a friss zöldség és gyümölcs növekvő fogyasztásának – számottevő szerepe van.¹⁶

A magyar táplálkozási ajánlások legalább napi háromszori, az Egészségügyi Világszervezet és például az amerikai országos tisztifőorvos legalább napi ötszöri friss zöldség- és gyümölcs fogyasztását ajánlja.^{17,18}

A **testmozgás** jelentős preventív erővel bíró egészségmagatartási tényező. A megfelelő testmozgás végzése (ajánlás szerint: legalább 30 percnyi mérsékelt testmozgás legalább hetente 5-ször) számos betegség kialakulásának kockázatát csökkentheti, illetve a már kialakult betegségek esetében jelentősen hozzájárulhat a felépüléshez. A testmozgás hiánya becslések szerint 1,9 millió halálesethez vezet évente a világban, a fejlett országokban a fizikai inaktivitásnak tulajdonítható a halálozás 6-6,7%-a, a DALY₂ 3,3-3,2%-a.¹¹ A fizikai inaktivitás emeli a szív-érrendszeri megbetegedések, a 2-es típusú cukorbetegség, a túlsúlyosság kockázatát. A testmozgás számos

¹⁵ Széles Gy.: Táplálkozás in: Kutatási Jelentés, Országos Lakossági Egészségfelmérés OLEF2000, Budapest, 2002

¹⁶ Kesteloot H, Joossens JV: Worldwide mortality changes from all causes and from cardiovascular diseases between 1968 and 1988. Acta Cardiol 1993. 48:421-429

¹⁷ Rodler I. (szerk.) Táplálkozási ajánlások, Adatok a tápanyagtáblázatból. OÉTI, Budapest, 2004; <http://efira1.antsz.hu/oeti/taplal/tapajanl.pdf>

¹⁸ Dietary Guidelines For Americans 2005; <http://www.health.gov/dietaryguidelines/dga2005/document/pdf/DGA2005.pdf>

kockázati tényező (magas vérnyomás, magas koleszterinszint és inzulin rezisztencia) esetében javulást idézhet elő, csökkenti a daganatos betegségek kialakulását, fontos szerepe van a megfelelő csontsűrűség kialakulásában és megtartásában, a mentális egészség fenntartásában, mivel segíthet a stressz leküzdésében, az önbecsülés növelésében, az alvási nehézségek legyőzésében is.¹⁹

A **túlsúly és az elhízás** egyre növekvő problémát jelent az Európai Unió országaiban, így hazánkban is. 2005-ben az EU-27 országok felnőtt lakosságának megközelítőleg 15,7%-a, azaz 65 millió ember volt elhízott, és 36,1%-a, azaz kb. 150 millió ember volt túlsúlyos. 2006-os becslések mutatják, hogy a BMI értékek országos átlagai az EU-27 19 országában, köztük Magyarországon is, magasabb, mint 25 kg/m².²⁰ A túlsúly és az elhízás számos betegség és kóros állapot tekintetében jelent kockázati tényezőt. Ilyen a 2-es típusú cukorbetegség, szívérrendszeri betegségek (koronária betegség, iszkémiás szívbetegség, magas vérnyomás, stroke); rosszindulatú daganatos megbetegedések (pl. petefészek-, emlő-, méhnyak-, prosztatata-, vastagbél-), vesekő, asztma, arthrosis, pszicho-szociális problémák.²¹ Az Egészségügyi Világszervezet 2002-es jelentése szerint a cukorbetegség 58%-a, az iszkémiás szívbetegségek 21%-a és a különböző daganatos megbetegedések 8-42%-a a 21 kg/m² feletti testtömeg-indexnek volt tulajdonítható.¹¹ A túlsúly és elhízás társadalmi költségei szintén jelentősek. Az elhízás (30 fölötti testtömeg index) direkt és indirekt társadalmi költségeit egyes kutatások 2005-ben az EU15 országok GDP-jének 0.3%-ára becsülték.²² Ezt az értéket és a 2005-ös EU25 GDP-t figyelembe véve, az elhízás költségeit közel 40.5 milliárd Euróra, míg az elhízás és a túlsúly együttes költségét 81 milliárd Euróra becsülték.²¹ Az elhízott vagy túlsúlyos személyekre fordított egészségügyi kiadásokat a normál testsúlyúakhoz képest közel 40%-al magasabbra becsülték az USA-ban.²³

¹⁹ Boros J.: Egészségmagatartás. Kutatási Jelentés. Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003
<http://www.oszmk.hu/index.php?m=29>

²⁰ Millstone E, Lobstein T, Stirling A, Mohebbati L and the PorGrow National Teams. Policy options for responding to obesity: cross-national report of the PorGrow project. University of Sussex: SPRU – Science and Technology Policy Research, 2006.

²¹ Impact Assessment Report *accompanying the White Paper from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: A Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues*, Brussels, 2007

²² Fry, J, Finlay W. The prevalence and costs of obesity in the EU. In: *Proceedings of the Nutrition Society*, 2005, 64(3):359-362

²³ Sturm R, Ringel JS, Andreyeva T. Increasing obesity rates and disability trends, *Health Aff (Milwood)*, 2004; 23: 199-205.

7.3 Módszertan

7.3.1. Egészségtudatosság

Az elemzés során a HODEF2008 egyéni kérdőívének 3. kérdését használtuk az egészségtudatosság feltérképezésére. A HODEF2008 egészségkultúrára vonatkozó kérdésének forrása az OLEF2003 kérdőív. A populációs becslésekhez és az összefüggés elemzéshez az alábbi összevont kategóriákat képeztük:

- 1) nagyon sokat/sokat tehet
- 2) keveset/semmit sem tehet

<p>3. Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?</p> <p>4 – Nagyon sokat tehet 3 – Sokat tehet 2 – Keveset tehet 1 – Semmit sem tehet</p> <hr/> <p>8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni</p>
--

7.3.2. Dohányzás

A HODEF2008 dohányzásra vonatkozó kérdéseinek forrása az Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003 volt. A HODEF2008 felmérésben a 44 - 52. számú kérdések vonatkoztak a dohányzásra. A dohányzási szokásoknál az alábbi kategóriákat képeztük:

- 1) soha nem dohányzók
- 2) dohányzásról leszokottak
- 3) alkalmi dohányosok
- 4) rendszeres dohányzók napi: 20 száznál kevesebbet
- 5) rendszeres dohányzók: napi 20 száznál többet.

Emellett még az alábbi dohányzásra vonatkozó indikátorokat vizsgáltuk: a rendszeres dohányzás kezdetére jellemző életkor, leszokási próbálkozás a kérdezést megelőző 12 hónapban a dohányzók körében, valamint a munkahelyi passzív dohányzás elszívásának arányát az aktív korúak körében.

44. Szokott-e Ön dohányozni – cigarettát, szivart, esetleg pipát szívni?

- 1 – Igen, naponta
- 2 – Igen, hetente néhányszor
- 3 – Igen, havonta néhányszor
- 4 – Ritkábban, mint havonta
- 5 – Régebben dohányzott, de már leszokott
- 6 – Nem, soha nem dohányzott
- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

45. Körülbelül hány cigarettát szív el NAPONTA?

- 1 – Kevesebb, mint egy csomaggal (20 szál alatt)
- 2 – Körülbelül egy csomaggal (20 szál)
- 3 – Körülbelül két csomaggal (40 szál)
- 4 – Körülbelül három csomaggal (60 szál)
- 5 – Több mit három csomaggal (több mint 60 szál)
- 6 – Nem cigarettát szív
- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

46. Körülbelül hány cigarettát szív el HETENTE?

- 1 – Kevesebb, mint egy csomaggal (20 szál alatt)
- 2 – Körülbelül egy csomaggal (20 szál)
- 3 – Körülbelül két csomaggal (40 szál)
- 4 – Körülbelül három csomaggal (60 szál)
- 5 – Több mit három csomaggal (több mint 60 szál)
- 6 – Nem cigarettát szív
- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

47. Körülbelül hány cigarettát szív el HAVONTA?

- 1 – Kevesebb, mint egy csomaggal (20 szál alatt)
- 2 – Körülbelül egy csomaggal (20 szál)
- 3 – Körülbelül két csomaggal (40 szál)
- 4 – Körülbelül három csomaggal (60 szál)
- 5 – Több mit három csomaggal (több mint 60 szál)
- 6 – Nem cigarettát szív
- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

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

- 1 – Akkor még nem dohányzott
- 2 – Kevesebbet
- 3 – Kb. ugyanannyit
- 4 – Többet
- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

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

- 1 – Igen
- 2 – Nem
- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

50. Mikor hagyta abba a dohányzást?

- éve
- 77 - Kevesebb, mint 1 éve
- 88 – Nem tud válaszolni
- 99 – Nem kíván válaszolni

51. Mennyi idős volt, amikor elkezdett rendszeresen dohányozni?

- ... éves
- 01 – Sohasem dohányzott rendszeresen
- 88 – Nem tud válaszolni
- 99 – Nem kíván válaszolni

52. Ön átlagosan naponta mennyi időt tölt az alábbi helyeken olyan helyiségekben, ahol mások dohányoznak?

52.1. – munkahelyen

52.1/a. Hány órát?

..... óra

52.1/b. Hány percet?

..... perc

52.2. – otthon

52.2/a. Hány órát?

..... óra

52.2/b. Hány percet?

..... perc

52.3. – otthonán kívül (például tömegközlekedési eszközön vagy közterületen (bárban, étteremben, bevásárlóközpontban, stadionban, játéktérben))

52.3/a. Hány órát?

..... óra

52.3/b. Hány percet?

..... perc

88 – Nem tud válaszolni

99 – Nem kíván válaszolni

7.3.3. Alkoholfogyasztás

Hasonlóan az OLEF2003 felméréshez a HODEF2008 felmérésben is az alkoholfogyasztási szokásokra – azok bizalmas jellege miatt – önkitöltős kérdőívben kérdeztünk rá. Az alkoholfogyasztás gyakoriságának felméréséhez az önkitöltős kérdőív 13. és 14. kérdéseit használtuk. A kérdések forrása az OLEF2003-as felmérés, azonban az ott alkalmazott ún. **szűrőkérdést** (Szokott-e Ön alkohol tartalmú italt (mint például sör, bor, pálinka) fogyasztani?) módszertani megfontolások miatt **nem alkalmaztuk**. Két kérdés vonatkozott az alkoholfogyasztás gyakoriságára illetve a fogyasztott mennyiségekre, ezek alapján az egyes személyeket az alábbi módon soroltuk be, az amerikai standardokat tekintve alapnak. A kérdőívben a fogyasztott mennyiségre a könnyebb értelmezés kedvéért azt kérdeztük, hogy a

különböző alkoholfajtákból hány deciliternyi ittak a kérdezettek, és ezt az elemzésnél az általánosan elfogadott definíció szerint utólagosan alkoholegységekre számoltuk át.

13. Az elmúlt 12 hónapban fogyasztott-e Ön bármilyen alkoholtartalmú italt? (mint például sör, bor, pezsgő, pálinka, vodka, rum, whisky, likőr)

- minden nap vagy majdnem minden nap
- hetente 3-4 alkalommal
- hetente 1-2 alkalommal
- havonta 1-3 alkalommal
- ritkábban, mint havonta
- nem fogyasztott alkoholt az elmúlt 12 hónapban – >Kérjük, folytassa a 15. kérdéssel!

14. Az elmúlt héten milyen mennyiségben fogyasztott alkoholtartalmú italt egy-egy nap? Kérjük, minden napra vonatkozóan írja be a táblázatba, hány deciliter (dl) sört, bort vagy hány centiliter (cl) röviditalt fogyasztott (1dl = 10cl)!

<i>1 üveg/korsó=5 dl 1 pohár=3 dl, 1 pohárka/stampedli általában fél dl</i>	Sör	Bor / pezsgő	Vermut/portói/ sherry	Rövidital (pl. pálinka, rum, vodka, gin, whisky, brandy, likőrök, stb.)
Hétfő	dl	dl	dl	cl
Kedd	dl	dl	dl	cl
Szerda	dl	dl	dl	cl
Csütörtök	dl	dl	dl	cl
Péntek	dl	dl	dl	cl
Szombat	dl	dl	dl	cl
Vasárnap	dl	dl	dl	cl

- Nagyivónak** neveztük azokat a nőket, akik a kérdezést megelőző héten összesen több mint 7, illetve azokat a férfiakat, akik több mint 14 egységnyi alkoholt fogyasztottak (a nők esetében az eltérő fiziológiai sajátosságok miatt kell kisebb határértékeket figyelembe venni²⁷). Egy alkoholegység 15 gramm alkoholnak felel meg, így egy korsó sör 1,4, egy pohár bor 1,35 és egy fél deci rövidital 1,14 egységgel egyenértékű, azaz a 14 egység alkohol közelítőleg megegyezik 6 dl rövid itallal, vagy 5 l sörrel, vagy 2 l borral. A szakirodalomban „binge drinking”-nek nevezett jelenség (egy alkalommal nagy mennyiségű alkohol fogyasztása) kiemelkedő jelentősége miatt nagyivónak neveztük azokat is, akik esetében az egy napra számított alkoholmennyiség meghaladta nőknél a 3, illetve férfiaknál az 5 alkoholegységet.
- A **mértékletes alkoholfogyasztóknak** tekintettük azokat, akik a kérdezést megelőző héten fogyasztottak alkoholt, de nem minősültek nagyivónak.
- Alkoholt **ritkán fogyasztóknak** neveztük azokat, akik az interjúfelvételt megelőző héten nem, de azt megelőzően szoktak szeszesitalt fogyasztani.
- Alkoholt **nem fogyasztóknak** neveztük azokat, akik saját bevallásuk szerint egyáltalán.¹⁹

7.3.4. Táplálkozás

Az elemzés során a zöldség/gyümölcs fogyasztás gyakoriságának feltérképezéséhez a HODEF2008 egyéni kérdőívének 71. 72. kérdéseit használtuk. A kérdések forrása az OLEF2003 felmérés kérdőíve volt. Ezekből képeztük a friss zöldség/gyümölcsfogyasztás gyakoriságára vonatkozó mutatót a következő kategóriákkal:

- 1) naponta többször fogyaszt friss zöldséget/gyümölcsöt
- 2) naponta fogyaszt friss zöldséget, gyümölcsöt
- 3) 2-3 naponta/hetente fogyaszt friss zöldséget/gyümölcsöt
- 4) ritkábban, mint hetente/soha nem fogyaszt friss zöldséget/gyümölcsöt.

A főzésnél használt zsír-, olaj- és margarinfogyasztás gyakoriságának feltérképezéséhez a HODEF2008 egyéni kérdőív 73. kérdését használtuk. Az alábbi kategóriákat képeztük:

- 1) zsír/szalonna/vaj (állati eredetű zsiradékok)
- 2) olaj/margarin (növényi eredetű zsiradékok)
- 3) vegyes
- 4) egyik sem

<p>71. Az elmúlt NÉGY hét során milyen gyakran evett friss gyümölcsöt?</p> <p>1 – Naponta többször 2 – Naponta 3 – Két-három naponta 4 – Hetente 5 – Ritkábban, mint hetente 6 – <u>Egyáltalán nem fogyasztott</u> 8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni</p> <p>72. Az elmúlt NÉGY hét során milyen gyakran evett nyers zöldséget?</p> <p>1 – Naponta többször 2 – Naponta 3 – Két-három naponta 4 – Hetente 5 – Ritkábban, mint hetente 6 – <u>Egyáltalán nem fogyasztott</u> 8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni</p> <p>73. Önök otthon a főzéshez leggyakrabban ...</p> <p>1 – Olajat 2 – Zsirt / szalonnát 3 – Olajat és zsirt vegyesen 4 – Vajat vagy 5 – Margarint használnak 6 – Egyiket sem 7 – <u>Nem főznek/sütnek otthon</u> 8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni</p>
--

7.3.5. Testmozgás

A **testmozgás** gyakoriságának és mértékének mérésére a 36. – 41. számú kérdéseket használtuk, amelyeknek forrása az OLEF2003 felmérés volt. A kérdések három típusú testmozgásra vonatkoznak: az intenzív (nagyobb erő kifejtést igénylő), a mérsékelt (közepes erő kifejtést igénylő) testmozgásra, illetve a gyaloglásra. A kérdezetteknek arra kellett választ adniuk, hogy a kérdezést megelőző hét napon hány alkalommal végezték e három mozgásfajtát egyszerre legalább tíz percen keresztül, illetve egy-egy alkalommal átlagosan mennyi ideig mozogtak, tekintet nélkül arra, hogy munkavégzés vagy szabadidős tevékenység keretében történt-e a testmozgás. A válaszok alapján három kategóriát képeztünk:

- 1) **Megfelelő fizikai aktivitás:** intenzív testmozgásra fordított heti időtartam kétszerese, valamint a gyaloglásra és a mérsékelt testmozgásra fordított heti időtartam összege legalább 150 perc
- 2) **Nem megfelelő fizikai aktivitás:** intenzív testmozgásra fordított heti időtartam kétszerese, valamint a gyaloglásra és a mérsékelt testmozgásra fordított heti időtartam összege kevesebb, mint 150 perc, de nullánál több
- 3) **Egyáltalán nem végez testmozgást:** intenzív testmozgásra fordított heti időtartam kétszerese, valamint a gyaloglásra és a mérsékelt testmozgásra fordított heti időtartam összege nulla.

36. Az elmúlt 7 napban hány olyan nap volt, amikor intenzív testmozgást végzett? Kérem, figyeljen rá, hogy csak a legalább 10 percig tartó mozgásra vonatkozik a kérdés!

..... nap

0 – Egy nap sem

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

37. Ezeken a napokon általában mennyi időt töltött intenzív testmozgással egy-egy alkalommal átlagosan?

37/a Hány órát?

..... óra

37/b Hány percet?

..... perc

88 – Nem tud válaszolni

99 – Nem kíván válaszolni

38. Az elmúlt 7 napban hány olyan nap volt, amikor mérsékelt testmozgást végzett? Kérem, figyeljen rá, hogy csak a legalább 10 percig tartó mozgásra vonatkozik a kérdés!

..... nap

0 – Egy nap sem

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

39. Ezeken a napokon általában mennyi időt töltött mérsékelt testmozgással egy-egy alkalommal átlagosan?

39/a Hány órát?

..... óra

39/b Hány percet?

..... perc

88 – Nem tud válaszolni

99 – Nem kíván válaszolni

40. Az elmúlt 7 napban hány olyan nap volt, amikor megállás nélkül legalább 10 percig gyalogolt? Kérem, figyeljen rá, hogy csak a legalább 10 percig tartó mozgásra vonatkozik a kérdés!

..... nap

0 – Egy nap sem

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

41. Ezeken a napokon általában mennyi időt töltött gyaloglással egy-egy alkalommal átlagosan?

41/a Napi hány órát

..... óra

41/b Napi hány percet

..... perc

88 – Nem tud válaszolni

99 – Nem kíván válaszolni

7.3.6. Túlsúly, elhízás

A HODEF2008 testtömegre vonatkozó kérdéseinek forrása az Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003 volt. A HODEF2008 felmérésben a testtömeg-index meghatározására a 45. és a 46. kérdést használtuk. A felmérés során kapott adatok önbevalláson alapszanak, mivel eszközös mérésre a kérdőívfelvétel során nem volt mód.

A túlsúly és elhízás mérésének leggyakrabban és általunk is használt indikátora a testtömeg-index (body mass index, BMI), amely a kilogrammban mért testsúly és a méterben mért testmagasság négyzetének hányadosa. (BMI= testsúly (kilogramm)/testmagasság²(méter)). A WHO definíció alapján a következő BMI kategóriák használatuk:²⁴

- 1) soványság: <18.5 kg/m²
- 2) normál testtömeg: 18.5 - 24.9 kg/m²
- 3) túlsúly: 25 - 29.9 kg/m²
- 4) elhízás: 30 ≤ kg/m²

45. Milyen magas Ön cipő nélkül?

..... cm

888 – Nem tud válaszolni

999 – Nem kíván válaszolni

46. Mekkora a testsúlya ruha és cipő nélkül?

..... kg

888 – Nem tud válaszolni

999 – Nem kíván válaszolni

²⁴ World Health Organisation: BMI Classification http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

7.4 Eredmények

7.4.1. Populációs becslések

Az eredmények értelmezéséhez:

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

Egészségtudatosság

A HODEF2008 eredményei szerint a felnőtt lakosság jelentős többsége, vagyis mind a férfiak, mind pedig a nők közel háromnegyede (férfiak: 74.6%; nők: 73.6%) véli azt, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet az egészségéért (11. táblázat és 12. táblázat). A korcsoportos gyakorisági becslés eredményei azonban azt mutatják, hogy míg a fiatal férfiak és nők közel 90%-a pozitívan ítéli meg saját felelősségét az egészségével kapcsolatban, addig a középkorúaknak már közel csak háromnegyede. Az idősek körében az egészségtudatosság aránya tovább csökken, csak minden második véli azt, hogy sokat/nagyon sokat tehet az egészségéért.

11. táblázat: Az egészségtudatosság aránya a hódmezővásárhelyi nők körében korcsoportos bontásban

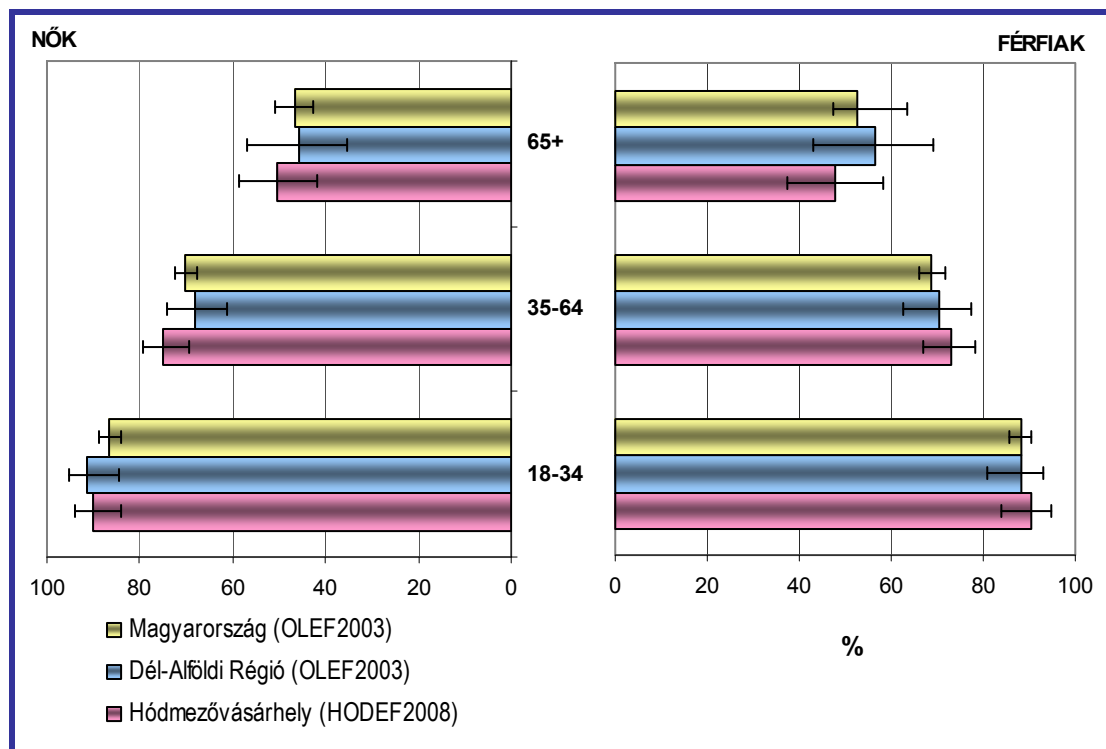
	Nők					
	18-34		35-64		65+	
	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)
Sokat/Nagyon sokat tehet	90.1	(84.2-93.9)	74.8	(69.5-79.5)	50.3	(41.9-58.7)
Keveset/Semmit sem tehet	9.9	(6.1-15.8)	25.2	(20.5-30.5)	49.7	(41.3-58.1)

12. táblázat: Az egészségtudatosság aránya a hódmezővásárhelyi férfiak körében korcsoportos bontásban

	Férfiak					
	18-34		35-64		65+	
	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)
Sokat/Nagyon sokat tehet	90.6	(84.1-94.6)	73	(61.7-78.2)	47.9	(37.6-58.4)
Keveset/Semmit sem tehet	9.4	(5.4-15.9)	27	(21.8-32.9)	52.1	(41.6-62.4)

Az 12. ábra is mutatja, a térségi arányok összehasonlítása során nem találtunk statisztikailag szignifikáns eltérést a hódmezővásárhelyi, a Dél-Alföldi Régió és az országos értékek között az egészségtudatosság tekintetében.

12. ábra: Egészségtudatosság aránya térségi összehasonlításban



Dohányzás

Saját bevallása alapján a hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság 28,5%-a dohányzik jelenleg. Minden 5. felnőtt nő és a férfiak 38%-a. Mindkét nem esetében a jelenleg dohányzók jelentős része napi rendszerességgel gyújt rá. A nők körében összességében minden 10. dohányzik rendszeresen napi 20 cigarettánál kevesebbet, míg 5%-uk erős dohányosnak számít, azaz napi húsz cigarettánál többet szív. A felnőtt férfiak 17%-a rendszeres dohányos (napi 20 szál cigarettánál kevesebbet szív), és minden 5. erős dohányosnak számít (napi 20 szál cigarettánál több). A fiatal felnőtt nők közel 20%-a számít rendszeres dohányosnak, mintegy 5%-uk pedig erős dohányosnak. A fiatal férfiaknak majdnem fele (43%) vallotta magát rendszeres dohányzónak, az erős dohányosok aránya ebben a korcsoportban 19,6%, azaz majdnem minden 5. fiatal hódmezővásárhelyi férfi dohányzik saját bevallása szerint napi 20 szál cigarettánál többet. A középkorú férfiak és nők körében is igen magas dohányzási arányokat találunk. A nők 21,9%-a, míg a férfiak 40%-a rendszeres dohányos. A középkorú felnőtt férfiak 26,2%-a számít erős dohányosnak. A jelenleg dohányzók mellett mind a férfiak, mind pedig a nők körében jelentős a leszokottak aránya is (férfiak: 23%, nők: 15,8%). A 65 év feletti férfiak múltbéli érintettségét jelzi a magas leszokási arány: 42%. Ebben a korosztályban minden 5. férfi dohányzik jelenleg napi rendszerességgel.

13. táblázat: A dohányzási szokások aránya a hódmezővásárhelyi nők körében korcsoportos bontásban

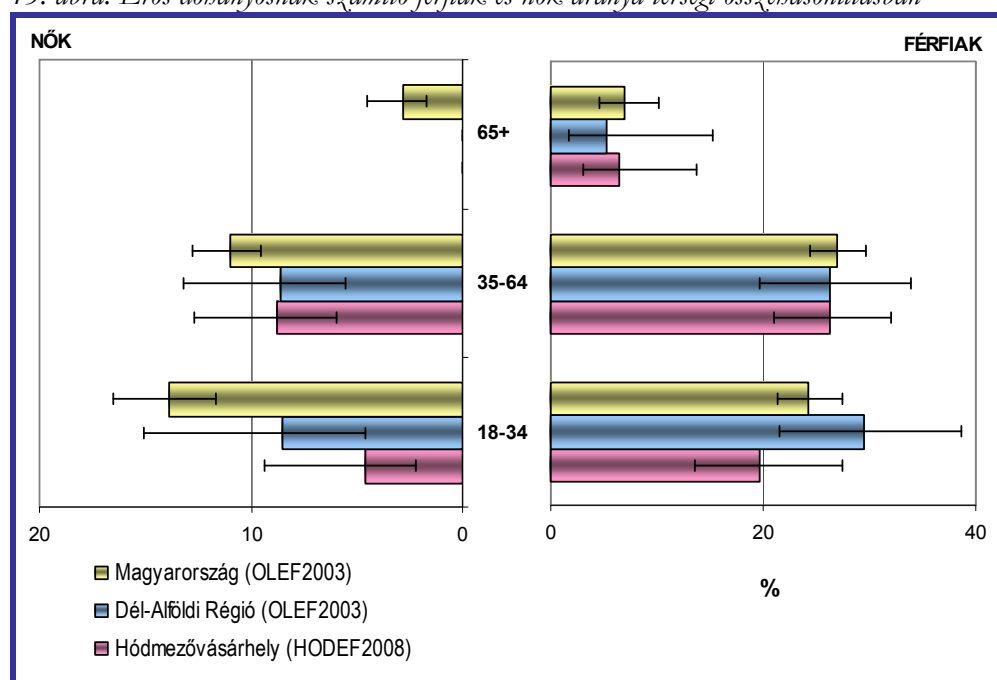
	Nők					
	18-34		35-64		65+	
Dohányzás	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)
Soha nem dohányzók	64,2	(56,3-71,5)	53,8	(48-59,6)	86,5	(79,6-91,3)
Dohányzásról leszokottak	15,2	(10,3-21,9)	20	(15,8-25,1)	7,5	(4,1-13,4)
Alkalmi dohányosok	1,3	(0,3-5,2)	4,3	(2,4-7,4)	1,5	(0,4-5,8)
Rendszeres dohányosok: napi 20 száznál kevesebbet	14,6	(9,8-21,1)	13,1	(9,7-17,6)	4,5	(2,0-9,6)
Rendszeres dohányosok: napi 20 száznál többet	4,6	(2,2-9,4)	8,8	(6,0-12,7)	0	()

14. táblázat: A dohányzási szokások aránya a hódmezővásárhelyi férfiak körében korcsoportos bontásban

	Férfiak					
	18-34		35-64		65+	
Dohányzás	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)
Soha nem dohányzók	45,7	(37,2-54,4)	35,3	(29,5-41,5)	38	(28,4-48-6)
Dohányzásról leszokottak	9,9	(5,8-16,3)	25,3	(20,3-31,1)	41,8	(31,9-52,4)
Alkalmi dohányosok	1,5	(0,4-5,9)	0	()	0	()
Rendszeres dohányosok: napi 20 száznál kevesebbet	23,3	(16,8-31,5)	13,3	(9,6-18,1)	13,6	(7,9-22,5)
Rendszeres dohányosok: napi 20 száznál többet	19,6	(13,6-27,4)	26,2	(21-32,1)	6,5	3,0-13,8

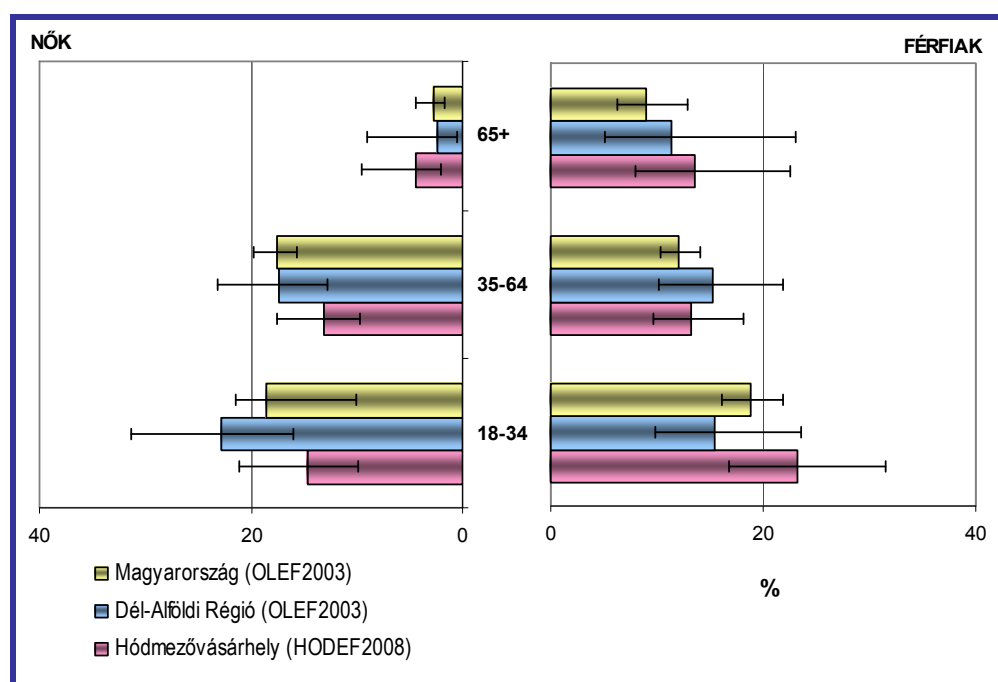
A 13. ábra mutatja, hogy a hódmezővásárhelyi fiatal felnőtt nők kötött szignifikánsan alacsonyabb az erős dohányosok aránya (4,6%), mint az országos átlag (13,9%). A többi korcsoport nem mutat lényeges eltérést a hódmezővásárhelyi, a régiós illetve az országos átlag összehasonlításában.

13. ábra: Erős dohányosnak számító férfiak és nők aránya térségi összehasonlításban



A megbízhatósági tartományok vizsgálata alapján nem mutatható ki statisztikailag szignifikáns különbség a hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság, a Dél-Alföldi Régió valamint az országos érték között a napi 20 száznál kevesebbet szívó rendszeres dohányosok aránya tekintetében. (14. ábra) A fiatal és idős férfiak, valamint fiatal nők esetében azonban az országoshoz képest magasabb arányokat látunk.

14. ábra: Rendszeres dohányosok (< napi 20 szál) arányának térségi összetétele



15. táblázat: A rendszeres dohányzás kezdetére jellemző életkori szakaszok aránya a valaha dohányzó nők körében

	Nők					
	18-34		35-64		65+	
A rendszeres dohányzás kezdete	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)
0-14	7,8	(3,0-19,1)	7,8	(4,2-13,8)	5,6	(0,8-31,0)
15-16	39,3	(26,9-53,2)	13,3	(8,4-20,4)	0,0	
17-18	25,5	(15,4-39,1)	26,9	(20-35,2)	5,6	(0,8-31,0)
19+	27,4	(17-41,2)	52	(43,4-60,5)	88,8	(64,5-97,2)

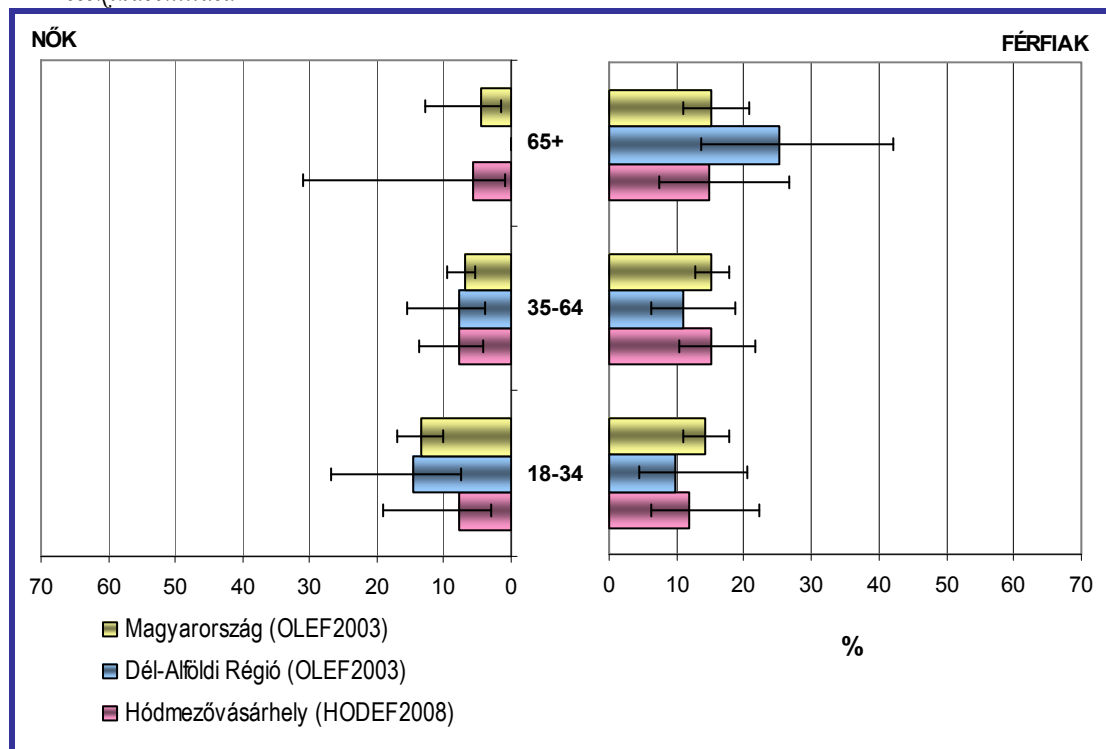
16. táblázat: A rendszeres dohányzás kezdetére jellemző életkori szakaszok aránya a valaha dohányzó férfiak körében

	Férfiak					
	18-34		35-64		65+	
A rendszeres dohányzás kezdete	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)
0-14	11,9	(6,1-22,1)	15,1	(10,3-21,6)	14,7	(7,5-26,8)
15-16	24,4	(15,7-35,8)	25,2	(19-32,6)	28,1	(17,7-41,5)
17-18	35,2	(24,8-47,2)	28,1	(1,7-35,6)	25,7	(15,8-38,9)
19+	28,5	(19,1-40,2)	31,6	(24,8-39,3)	31,5	(20,6-45)

A valaha dohányzók körében megvizsgáltuk a rendszeres dohányzás kezdetére jellemző életkort nemi és korcsoportos bontásban (15. táblázat és 16. táblázat). A dohányzás kezdetére jellemző életkor alakulásában nemi és generációs különbség fedezhető fel. Az idős nők közel 90%-a 19 éves kora után szokott rá a dohányzásra, addig a fiatal nőknél a dohányzás kezdete fiatalabb évekre tolódik (ezt az is magyarázhatja, hogy az idősek korcsoportjában a korán kezdők már meghaltak). Megállapítható, hogy a valaha dohányzó fiatal felnőttek nagy többsége 19 éves koráig szokott rá a dohányzásra, a fiatal nők 72,6%-a, a fiatal férfiak 71%. A fiatal nők között a leggyakoribb dohányzás kezdetére jellemző életkori kategória a 15-16 év. A férfiaknál ugyanez a mintázat nem figyelhető meg ilyen erőteljesen, az egyes korcsoportok között jóval kiegyenlítettebb a rendszeres dohányzás kezdetére jellemző életkori kategóriák megoszlása. A középkorú férfiak között a legnépesebb dohányzás kezdési kategóriája a 19 év feletti, addig a fiatal férfiaknál 17-18 éves kor közötti kezdés a leggyakoribb.

A rendszeres dohányzás kezdetére jellemző életkor térségi elemzésénél azoknak az arányát választottuk, akik igen fiatalon, azaz 15 éves kor alatt kezdtek dohányozni. A megbízhatósági tartományok alapján megállapítható, hogy az országos illetve a régiós értékhez képest nem tér el szignifikáns mértékben azon hódmezővásárhelyiek aránya, akik 15 éves kor alatt kezdtek dohányozni. (15. ábra)

15. ábra: A 0-14 éves kor között rendszeresen dohányozni kezdő férfiak és nők arányának térségi összehasonlítása



Az elmúlt 12 hónapban leszokással próbálkozott a hódmezővásárhelyi felnőtt férfiak fele, míg a nők 44%-a. Az 17. táblázat és 18. táblázateredményei alapján láthatjuk, hogy a fiatal és az idős hódmezővásárhelyi nők több mint fele próbálkozott leszokással (fiatal: 56,6%, idős: 62,7). A férfiak esetében a fiatalok kicsivel több mint fele (53,8%), míg a közép és idős korosztály közel fele próbálkozott a leszokással.

17. táblázat: Az elmúlt 12 hónapban jelenleg dohányzó és leszokással próbálkozó nők aránya

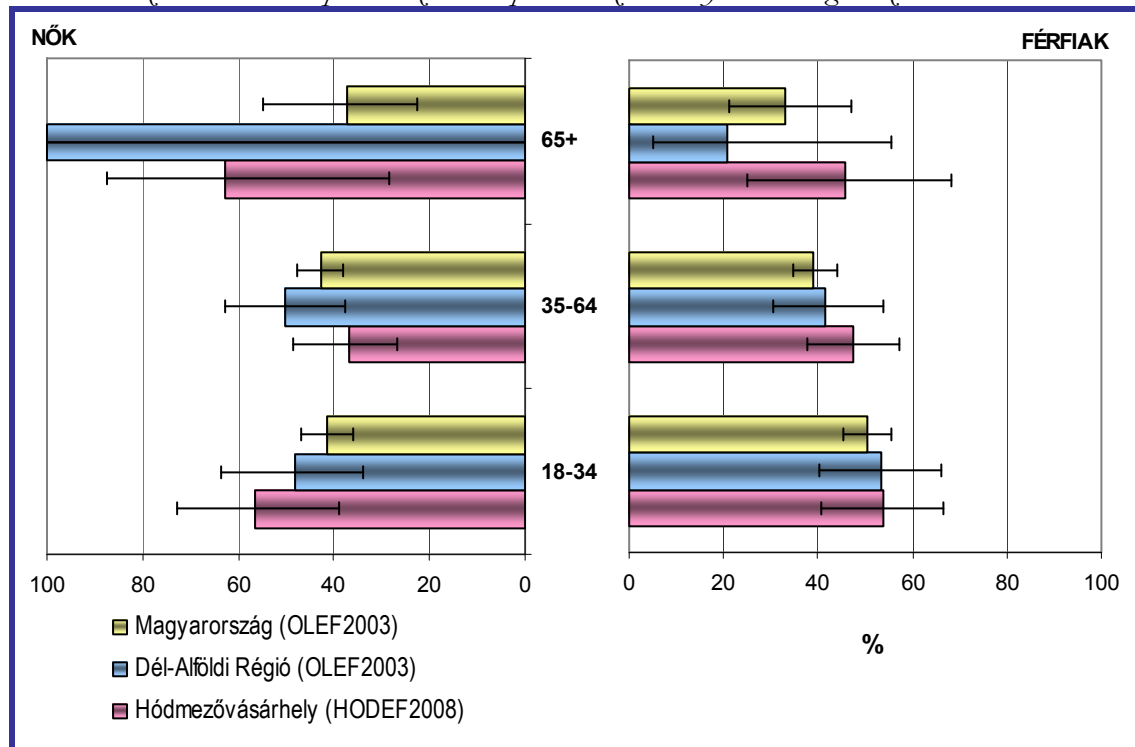
	Nők					
	18-34		35-64		65+	
Leszokási kísérlet	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)
Igen	56,6	(38,8-72,9)	36,8	(26,6-48,4)	62,7	(28,5-87,6)
Nem	43,4	(27,1-61,2)	63,2	(51,6-73,4)	37,7	(12,4-71,5)

18. táblázat: Az elmúlt 12 hónapban a jelenleg dohányzó és leszokással próbálkozó férfiak aránya

	Férfiak					
	18-34		35-64		65+	
Leszokási kísérlet	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)
Igen	53,8	(40,7-66,4)	47,4	(37,6-57,4)	45,8	(24,9-68,2)
Nem	46,2	(33,6-59,3)	52,6	(42,6-62,4)	54,2	(42,8-57,9)

A 16. ábra alapján elmondható, hogy Hódmezővásárhelyen az elmúlt 12 hónapban leszokással próbálkozók aránya nem tér el szignifikáns módon a régiós illetve az országos értékektől.

16. ábra: Az elmúlt 12 hónapban leszokással próbálkozók arányának térségi összehasonlítása



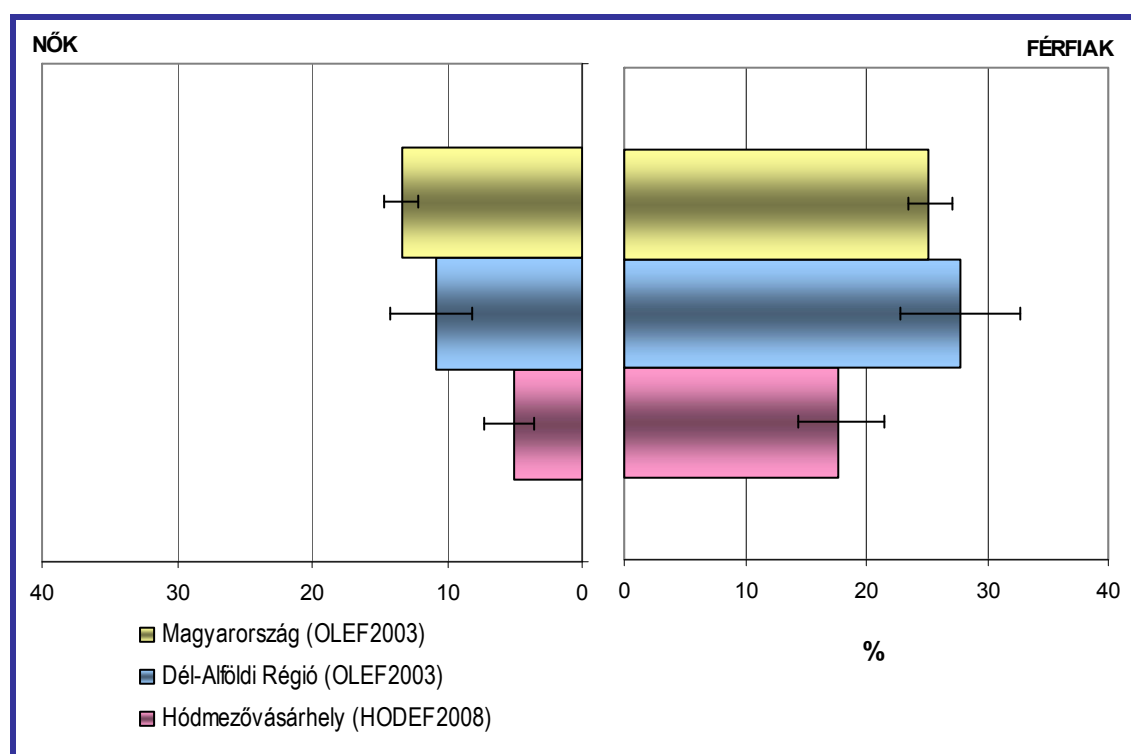
A 19. táblázat eredményei mutatják, hogy hódmezővásárhelyi aktív korú lakosok közül minden 10. szenved munkahelyi passzív dohányzástól. A jelenség előfordulása a férfiak körében elterjedtebb, mint a nők esetében. Közel minden 5. hódmezővásárhelyi felnőtt férfi jelezte, hogy munkahelyén mások füstjét szívja.

19. táblázat: Munkahelyi passzív dohányzás előfordulásának aránya a hódmezővásárhelyi 18-64 éves lakosság körében

	Nők		Férfiak		Együtt	
	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)
Passzív dohányzás a munkahelyen						
Igen	5,1	(3,5-7,3)	17,7	(14,4-21,5)	11,1	(9,2-13,2)
Nem	94,9	(92,7-96,5)	82,3	(78,5-85,6)	88,9	86,8-90,8

Az 17. ábra szerint, a munkahelyi passzív dohányzás tekintetében a 18-64 éves női és férfi hódmezővásárhelyi lakosok szerencsésebb helyzetben vannak, mint akár a régió vagy az ország hasonló korú lakossága. Mind a hódmezővásárhelyi férfiak, mind pedig a nők az országos és a régiós értékhez viszonyítva is statisztikailag szignifikáns mértékben kevesebbszer jelezték a munkahelyi dohányzás előfordulását.

17. ábra: A munkahelyi passzív dohányzás előfordulása az aktív korú felnőtt populáción belül

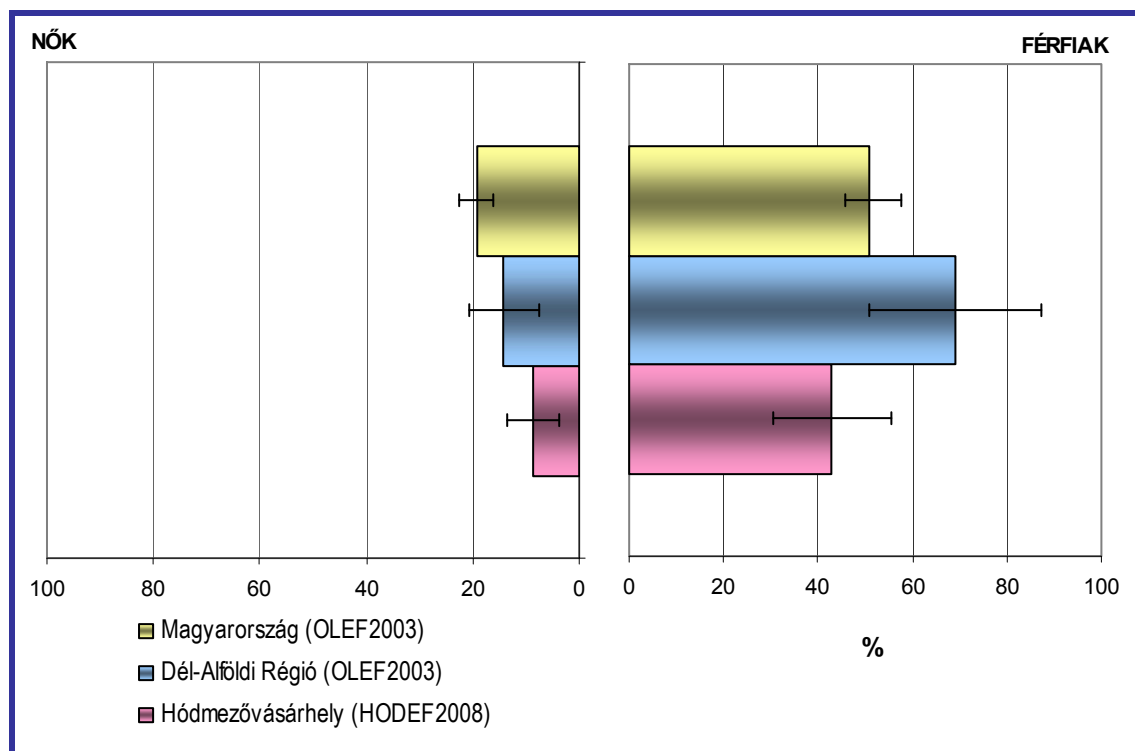


20. táblázat: Munkahelyi passzív dohányzás idejének napi átlaga a 18-64 éves lakosság körében

	Nők		Férfiak	
	(CI 95%)	(CI 95%)	(CI 95%)	(CI 95%)
Passzív dohányzás a munkahelyen				
Perc/nap	8,73	(3,75-13,7)	43	(30,6-55,4)

A hódmezővásárhelyi 18-64 éves nők a munkahelyükön átlagosan napi 8,73 percet töltenek saját bevallásuk alapján passzív dohányosként, míg a férfiak közel háromnegyed órát. (20. táblázat) A munkahelyi passzív dohányzással kapcsolatban nemcsak az előfordulás gyakorisága, hanem a passzív dohányzással töltött idő tekintetében is elmondható, hogy a hódmezővásárhelyi 18-64 éves nők szignifikánsan kevesebb időt szívják mások füstjét a munkahelyen, mint az ország vagy a régió hasonló korú felnőtt női lakossága. A hódmezővásárhelyi férfiak már nincsenek a nőkhöz hasonló relatív kedvező helyzetben, az általuk munkahelyen passzív dohányzással töltött napi átlagos idő nem tér el az országos vagy a régiós átlagtól. (18. ábra)

18. ábra: Munkahelyi passzív dohányzás idejének napi átlagának térségi összehasonlítása



Alkoholfogyasztás

Az eredmények alapján elmondható, hogy a kérdezést megelőző 1 évben a hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság mintegy harmada, 34,9%-a nem fogyasztott alkoholt: a nők közel fele (48,1%), míg a férfiak egyötöde (20,3%). Nagyívónak számított a felnőtt lakosság 15,1%-a: a férfiak 26,4%-a, míg a nők 5%-a. Az 1. és 2. táblázat eredményei alapján életkori és nemi különbségek fedeztetők fel az alkoholfogyasztási szokásokban. Az absztinencia inkább a nőkre és az idősekre, míg a mértékletes ivás és a nagyivás inkább a férfiakra jellemző. Nőknél a nagyivók aránya a közép és idősek korosztályában a legmagasabb. Minden vizsgált korosztályban közel minden 4. férfi nagyívónak számít.

21. táblázat: Alkoholfogyasztási szokások aránya a hódmezővásárhelyi felnőtt nők körében

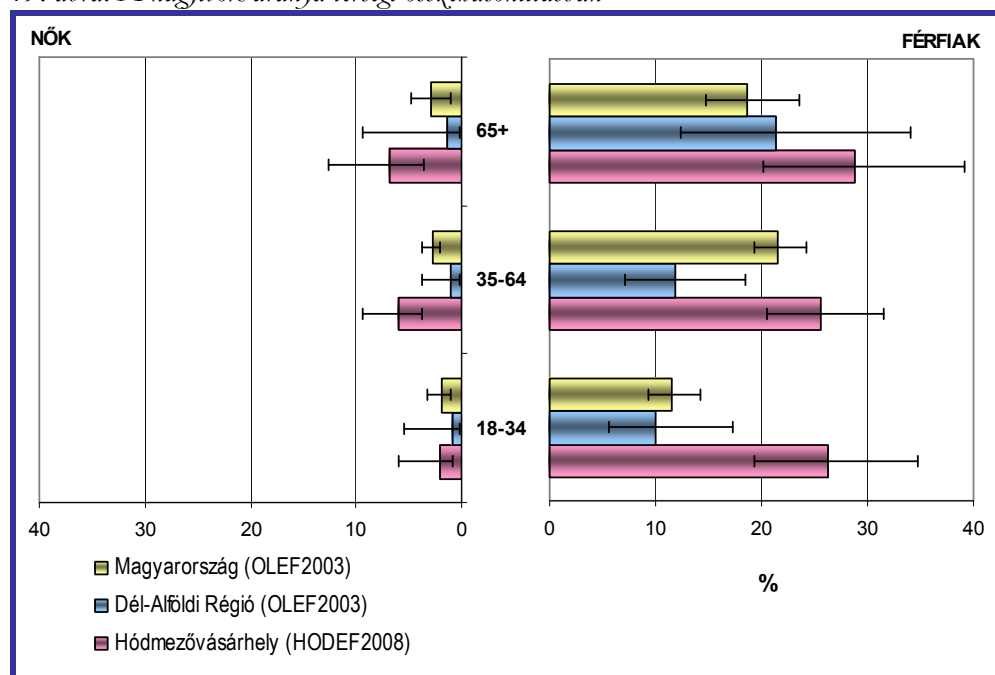
	Nők					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
Nem fogyaszt alkoholt	43,7	(36-51,7)	39,3	(33,8-45,1)	72,8	(64,6-79,7)
Alkalmi fogyasztó	49,7	(41,8-57,6)	48,1	(42,3-53,9)	18,9	(13,1-26,5)
Mértékletes ivó	4,6	(2,2-9,4)	6,6	(4,3-10,2)	1,5	(0,4-5,8)
Nagyivó	2,0	(0,6-6,0)	6,0	(3,7-9,4)	6,8	(3,6-12,6)

22. táblázat: Alkoholfogyasztási szokások aránya a hódmezővásárhelyi felnőtt férfiak körében

	Férfiak					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
Nem fogyaszt alkoholt	13,9	(8,9-21,0)	19,5	(15,0-25,0)	35,2	(25,9-45,9)
Alkalmi fogyasztó	40,6	(32,4-49,4)	27,4	(22,2-33,4)	24,9	(16,9-35,0)
Mértékletes ivó	19,2	(13,3-27,0)	27,5	(22,2-33,4)	11,1	(6,1-19,4)
Nagyivó	26,3	(19,3-34,7)	25,6	(20,5-31,5)	28,8	(20,2-39,2)

A térségi összehasonlítás eredményeinek vizsgálatakor figyelembe kell venni, hogy a HODEF2008 és az OLEF2003 alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdései a szűrőkérdés kihagyása miatt eltérőek, ezért az összehasonlítás érvényessége korlátozott. Ennek figyelembe vételével elmondható, hogy a középkorúknál és a fiataloknál figyelhetünk meg szignifikáns eltéréseket a nagyivás gyakoriságában. (19. ábra) A középkorú hódmezővásárhelyi férfiak között a nagyivók aránya szignifikánsan magasabb, mint a régiós érték, de nem tér el az országos értéktől. A hódmezővásárhelyi fiatal férfiak között a nagyivók aránya mind a régiós, mind pedig az országos értéknél magasabb.

19. ábra: A nagyivók aránya térségi összehasonlításban



Táplálkozás

A zöldség/gyümölcsfogyasztás gyakoriságát nemi és korcsoportos bontásban a 23. táblázat és a 24. táblázat tartalmazza. A zsír- és olajfogyasztás gyakoriságát nemi és korcsoportos bontásban a 3. és 4. táblázat tartalmazza.

A kérdést megelőző négy hétben a hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság fele (51%) evett naponta friss zöldséget vagy gyümölcsöt, 15% naponta többször. A lakosság 3,3%-a ritkábban, mint hetente vagy soha nem evett friss zöldséget vagy gyümölcsöt ebben az időszakban. A férfiak közel 40%-a, míg a nők 31%-a nem evett naponta friss zöldséget vagy gyümölcsöt. Az ajánlott naponta többszöri friss zöldség-, gyümölcsfogyasztást a fiatalok követik a leginkább: minden ötödik fiatal nő és a fiatal férfiak 14,7%-a tette ezt a kérdést megelőző egy hónapban.

23. táblázat: A zöldség/gyümölcsfogyasztás aránya a hódmezővásárhelyi felnőtt nők között a kérdést megelőző egy hónapban

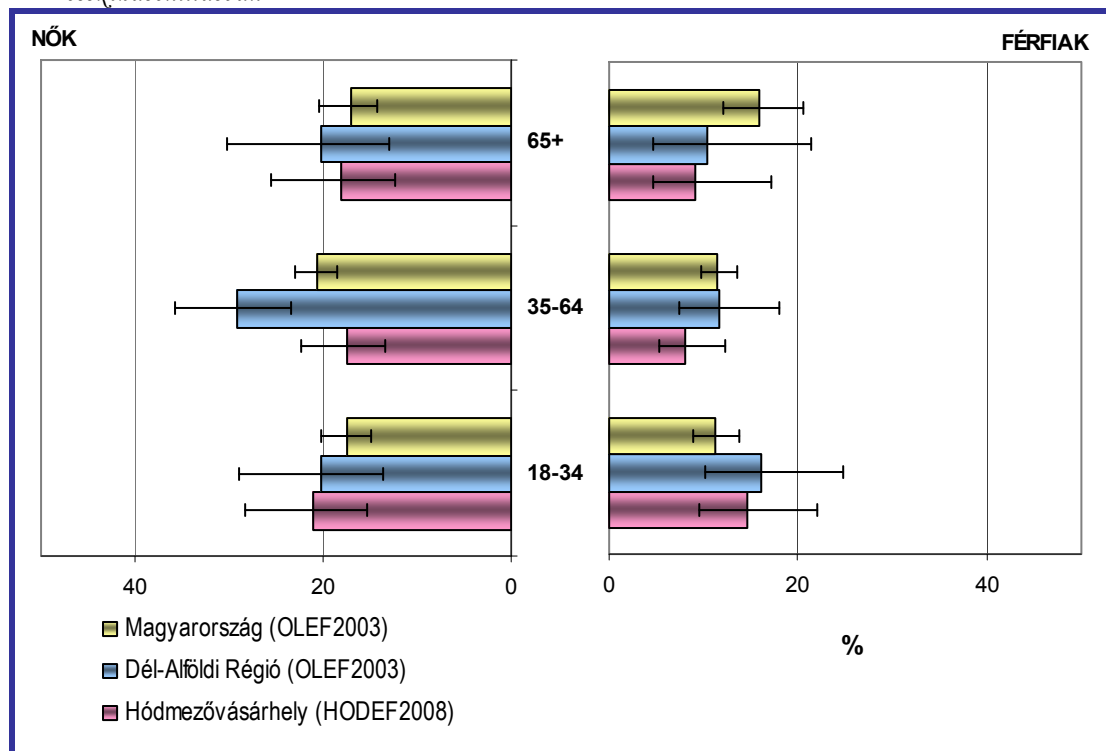
	Nők					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
Naponta többször fogyaszt friss zöldséget/gyümölcsöt	21,2	(15,4-28,4)	17,4	(13,4-22,3)	18,1	(12,4-25,6)
Naponta fogyaszt friss zöldséget/gyümölcsöt	45,7	(37,9-53,7)	53,9	(48-59,6)	46,6	(38,3-55,1)
2-3 naponta/hetente fogyaszt friss zöldséget/gyümölcsöt	31,8	(24,9-39,6)	26,3	(21,4-31,7)	33,1	(25,6-41,5)
Ritkábban, mint hetente/soha nem fogyaszt friss zöldséget/gyümölcsöt	1,3	(0,3-5,2)	2,5	(1,2-5,1)	2,2	(0,7-6,7)

24. táblázat: A zöldség/gyümölcsfogyasztás aránya a hódmezővásárhelyi felnőtt férfiak között a kérdést megelőző egy hónapban

	Férfiak					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
Naponta többször fogyaszt friss zöldséget/gyümölcsöt	14,7	(9,6-22)	8,1	(5,3-12,2)	9,1	(4,6-17,2)
Naponta fogyaszt friss zöldséget/gyümölcsöt	40,7	(32,5-49,4)	57	(50,7-63,1)	66,8	(56,3-75,9)
2-3 naponta/hetente fogyaszt friss zöldséget/gyümölcsöt	38,6	(30,5-47,3)	31,2	(25,7-37,4)	19,3	(12,3-28,9)
Ritkábban, mint hetente/soha nem fogyaszt friss zöldséget/gyümölcsöt	6,0	(3,0-11,6)	3,6	(1,9-6,9)	4,8	(1,8-12,2)

A térségi összehasonlításából látható (20. ábra), hogy a hódmezővásárhelyi 35-64 éves nők körében az országosnál nem, de a régióhoz képest szignifikánsan alacsonyabb volt az ajánlott napi zöldség- és gyümölcsfogyasztás gyakorisága. A többi korcsoport illetve a férfiak esetében nem találunk elérést a régiós és országos értékektől.

20. ábra: A kérdézet megelőző egy hónapban naponta többszöri zöldség/gyümölcs fogyasztás térségi összehasonlításban



A hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság 16,3%-a főzéshez leggyakrabban állati eredetű zsiradékot, azaz zsírt vagy szalonnát használ, közel minden második (46,9%) felnőtt növényi eredetű olajt vagy margarint, 36% pedig vegyesen növényi és állati eredetű zsiradékot. A 25. táblázat eredményei alapján elmondható, hogy nőknél az állati zsiradék alapú főzés gyakorisága az időseknél a legmagasabb (27,2%), míg a fiatalabb korosztály esetében a növényi eredetű olaj/margarin használat dominál (53,7%). A férfiaknál hasonló tendencia figyelhető meg, közel minden harmadik 65 év feletti férfi jelezte, hogy otthon állati eredetű zsírral főznek leggyakrabban. (26. táblázat)

25. táblázat: Főzéshez leggyakrabban zsiradékhasználatának gyakorisága a nők között korcsoportos bontásban

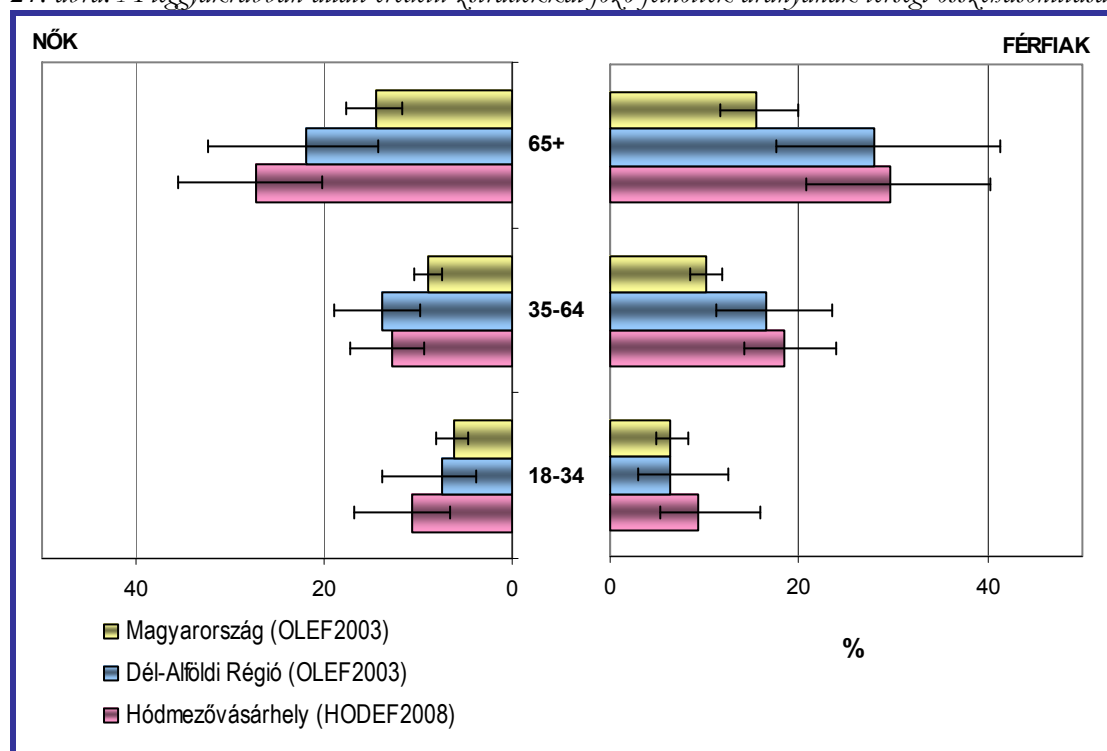
	Nők					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
Állati eredetű zsiradék: zsír/szalonna	10,7	(6,7-16,8)	12,8	(9,4-17,3)	27,2	(20,2-35,5)
Növényi eredetű olaj/margarin	53,7	(45,6-61,5)	49,2	(43,4-55,1)	38	(30,1-46,7)
Vegyes	35,6	(28,3-43,6)	38	(32,5-43,8)	34,8	(27,1-43,4)
Egyik sem	00	00	00	00	00	00

26. táblázat: Főzéshez leggyakrabban zsiradékhasználatának gyakorisága a férfiak között korcsoportos bontásban

	Férfiak					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
Állati eredetű zsiradék: zsír/szalonna	9,4	(5,4-15,8)	18,5	(14,1-23,9)	29,6	(20,7-40,3)
Növényi eredetű olaj/margarin	55	(46,3-63,5)	42,4	(36,3-48,8)	37,3	(27,6-48,2)
Vegyes	35,6	(27,7-44,3)	38,3	(32,4-44,7)	33,1	(23,8-44)
Egyik sem	00	00	0,7	(0,2-2,9)	00	00

A térségi gyakoriságok vizsgálatakor azok arányát hasonlítottuk össze, akik főzéshez leggyakrabban állati eredetű zsiradékot/szalonnát használnak. A 65 év feletti korcsoportban mindkét nem esetében a hódmezővásárhelyi lakosok az országosnál szignifikánsan magasabb arányban használnak leggyakrabban állati eredetű zsiradékot vagy szalonnát a főzéshez. (21. ábra) A hódmezővásárhelyi középkorú felnőtt férfiak esetében tehát szignifikánsan gyakoribb az állati eredetű zsiradék használata főzéshez, mint országosan. A főzésről szóló kérdés a háztartásra vonatkozott.

21. ábra: A leggyakrabban állati eredetű zsiradékkal főző felnőttek arányának térségi összehasonlítása



Testmozgás

Eredményeink alapján elmondható, hogy a hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság 85,65%-a, a nők 84,5%-a, a férfiak 86,6%-a, végzett megfelelő fizikai aktivitást a kérdezést megelőző 7 napban. A felnőtt lakosság 5%-a egyáltalán nem végzett testmozgást, míg minden 10. ember végzett, de nem megfelelő mértékben. Az 27. táblázat és a 28. táblázat eredményei mutatják, hogy az idősek

körébe csökken a megfelelő fizikai aktivitást végzők aránya, és nő a nem megfelelő illetve azok aránya, akik egyáltalán nem végeznek testmozgást. A megfelelő fizikai aktivitást végzők aránya a fiatal korosztályban a nőknél magasabb, mint a férfiaknál.

27. táblázat: A fizikai aktivitás aránya a hódmezővásárhelyi felnőtt nők körében

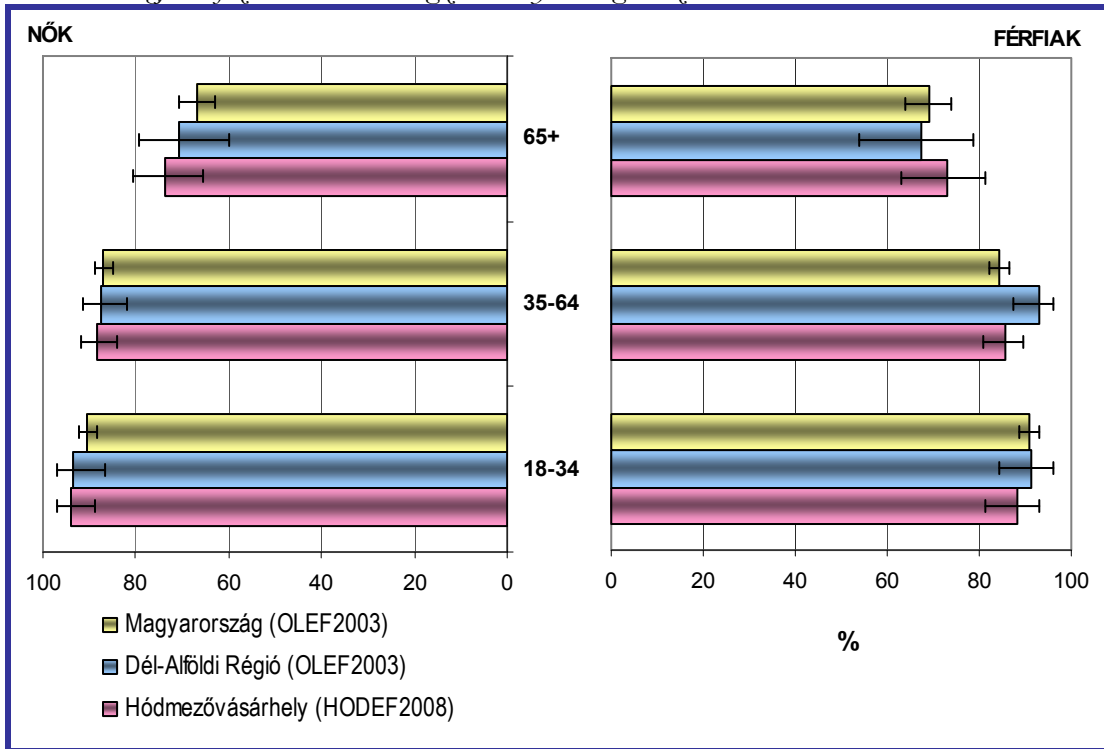
	Nők					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
Megfelelő fizikai aktivitás	94	(88,9-96,6)	88,4	(84,1-91,7)	73,6	(65,4-80,4)
Nem megfelelő fizikai aktivitás	5,3	(2,7-10,3)	9,5	(6,6-13,5)	15,9	(10,6-23,1)
Egyáltalán nem végez testmozgás	0,7	(0,1-4,5)	2,1	(0,9-4,6)	10,6	(6,4-17,1)

28. táblázat: A fizikai aktivitás aránya a hódmezővásárhelyi felnőtt férfiak körében

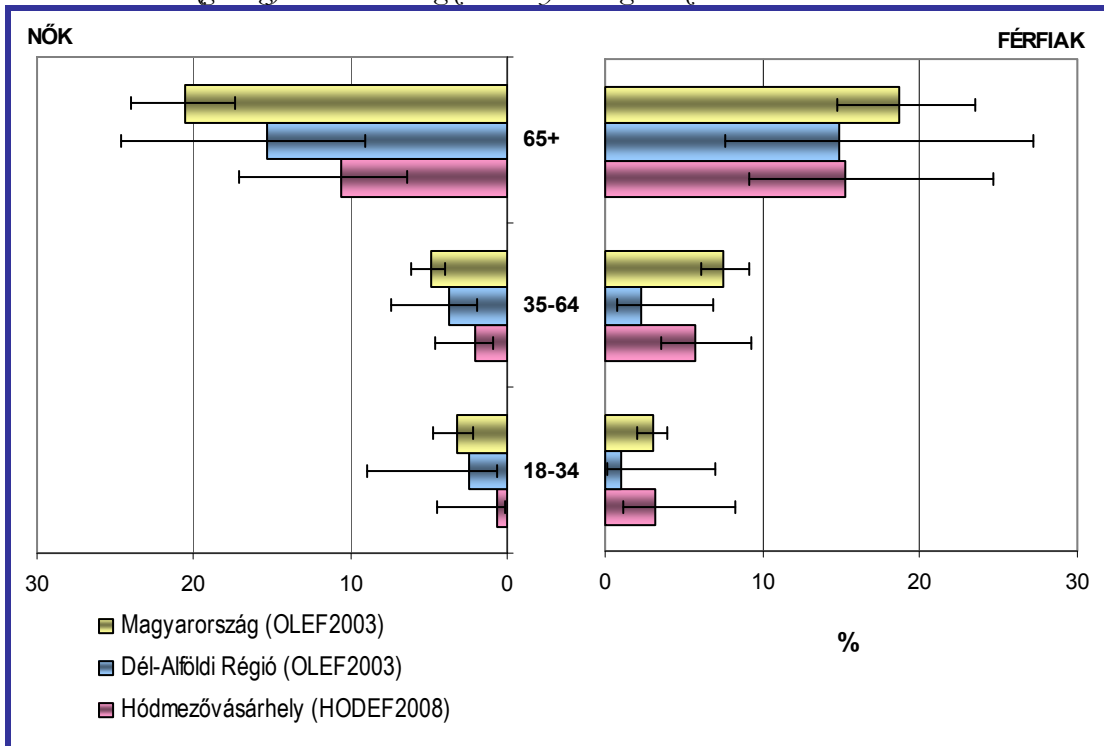
	Férfiak					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
Megfelelő fizikai aktivitás	88,3	(81,5-92,9)	85,6	(80,7-89,4)	73,2	(62,9-81,5)
Nem megfelelő fizikai aktivitás	8,5	(4,7-14,7)	8,7	(5,7-12,8)	11,5	(6,3-20,1)
Egyáltalán nem végez testmozgás	3,2	(1,2-8,2)	5,7	(3,5-9,3)	15,3	(9,1-24,6)

A térségi összehasonlítás eredményei mutatják (22. ábra), hogy a megfelelő mértékű testmozgást végzők aránya Hódmezővásárhelyen nem tér el szignifikáns mértékben és jelentősen az országos illetve régiós arányoktól, az idősek esetében mindkét nemnél valamivel magasabb mindkét referencia értéknél. A térségi összehasonlításban - mint kiemelt kockázati csoport - azok arányát is megnéztük, akik egyáltalán nem végeznek fizikai aktivitást (23. ábra). A hódmezővásárhelyi idős nők között mintegy fele az ország hasonló korú női lakosságához képest azok aránya, akik egyáltalán nem végeznek fizikai aktivitást, ez a különbség statisztikailag szignifikáns. A fiatal férfiakat kivéve, minden csoportban alacsonyabb arányokat találunk az országos értékekhez képest, bár a megbízhatósági tartományok alapján statisztikailag nem szignifikáns mértékben.

22. ábra: Megfelelő fizikai aktivitást végzők aránya térségi összehasonlításban



23. ábra: Testmozgást egyáltalán nem végzők aránya térségi összehasonlításban



Elhízás

A hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság igen jelentős hányada túlsúllyal küzd: a nők fele (52.4%), míg a férfiak 65%-a túlsúlyos vagy elhízott. A hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság közel egynegyede - azaz minden negyedik ember - elhízott (férfi 26%, nők 23,5%). Eredményeink mutatják (29. táblázat és 30. táblázat), hogy mindkét nem esetében az idősebb korosztályokat érinti legnagyobb mértékben a normálisnál magasabb testtömeg. A nők esetében nem találunk jelentős eltérést a középkorú és a legidősebb korosztály között. Középkorú és idős nők esetében a túlsúlyosak aránya 33%-34%, míg az elhízottak aránya kb. 30%. Mindkét korcsoportban tehát a nők közel 60%-ára jellemző a normálisnál magasabb testsúly. A fiatal nők csoportjában minden 4. nő túlsúlyos vagy elhízott, azonban a normálisnál alacsonyabb testtömege, azaz soványnak 8%-uk számít. Férfiaknál a középkorú valamint a legidősebb korcsoport 70%-nál találunk normálisnál magasabb testtömeget. Az idős férfiak 37% túlsúlyos, míg 32%-a elhízott. A középkorú felnőtt férfiak esetében a túlsúlyosak aránya közel 42%, míg minden harmadik férfi elhízott (31%). A túlsúly esetében feltűnő a fiatal felnőtt férfiak érintettsége is (36%), amely nem különbözik jelentősen a középkorú, sem pedig a legidősebb korcsoportok értékeitől. A fiatal férfiak 15%-a elhízott.

29. táblázat: A testtömeg-index kategóriák aránya a hódmezővásárhelyi nők körében korcsoportos bontásban

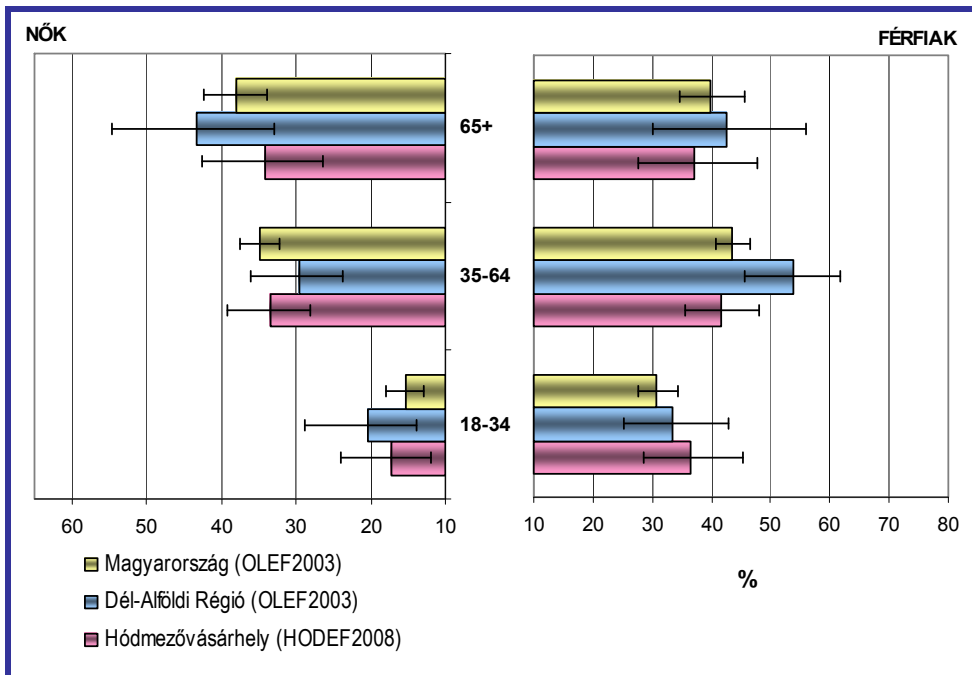
	Nők					
	18-34		35-64		65+	
Testtömeg-index	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)
Sovány	7.9	(4.6-13.5)	1.8	(0.7-4.2)	3.1	(1.1-7.9)
Normál	66.9	(59-73.9)	35.3	(29.9-41.1)	32.7	(25.2-41.1)
Túlsúlyos	17.2	(12-24.1)	33.4	(28.2-39.2)	34.1	(26.5-42.6)
Elhízott	7.9	(4.6-13.5)	29.5	(24.4-35)	30.2	(23-38.5)

30. táblázat: A testtömeg-index kategóriák aránya a hódmezővásárhelyi férfiak körében korcsoportos bontásban

	Férfiak					
	18-34		35-64		65+	
Testtömeg-index	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)	%	(CI 95%)
Sovány	2.4	(0.8-7.2)	1.1	(0.4-3.4)	0.0	()
Normál	46.2	(37.7-55)	26.3	(21.1-32.3)	30.6	(21.7-41.1)
Túlsúlyos	36.4	(28.5-45.2)	41.7	(35.6-48)	37.2	(27.7-47.7)
Elhízott	15	(9.7-22.3)	30.9	(25.4-37)	32.3	(23.3-42.8)

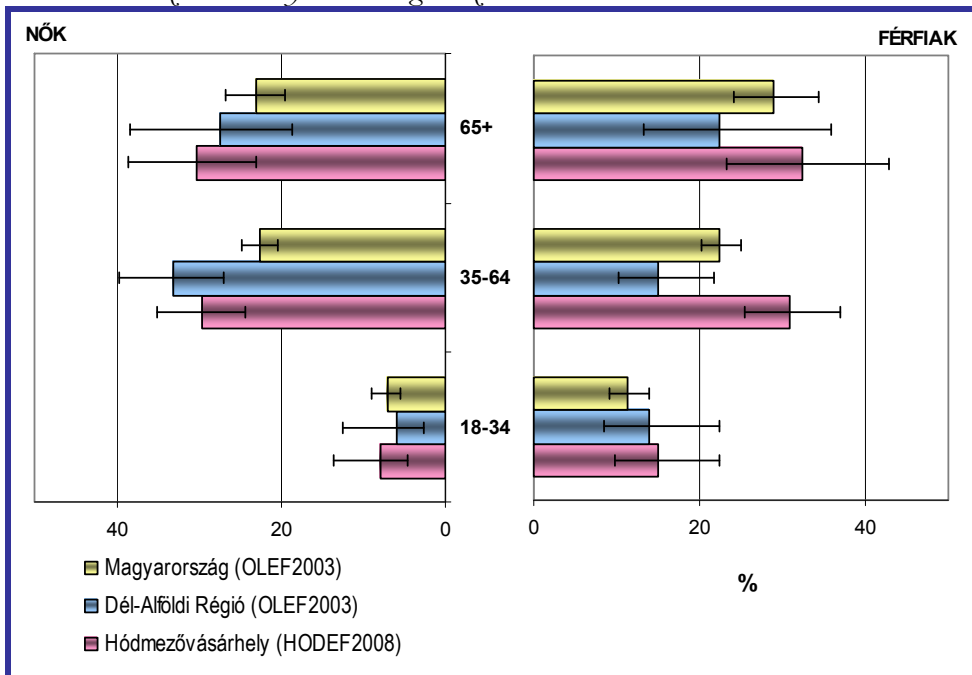
A térségi arányok összehasonlításakor (24. ábra) nem találtunk a túlsúlyosok arányában statisztikailag szignifikáns eltéréseket Hódmezővásárhely férfi és női lakossága, a Dél-Alföldi Régió illetve az ország felnőtt lakossága között. Az elhízottak arányának térségi összehasonlítása (25. ábra) a középkorú férfiak esetében mutat szignifikáns eltérést a régiós, illetve az országos értékhez képest.

24. ábra: Túlsúlyos férfiak és nők arányának térségi összehasonlítása



A hódmezővásárhelyi középkorú férfiak között tehát szignifikánsan magasabb az elhízottak aránya (32,3%), mint a Dél-Alföldi Régió (22,5%) vagy az ország hasonló korú férfi lakossága körében (28,9). Bár nem statisztikailag szignifikáns mértékben, de hasonló tendenciát, azaz az országosnál (22,5%) magasabb elhízás arányt találunk a 35-64 éves hódmezővásárhelyi nők körében (29,5%) is.

25. ábra: Elhízottak arányának térségi összehasonlítása



7.4.2. Összefüggés-elemzések

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

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az HODEF 2008 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.
- Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** (kor) csoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhetők az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

Az összefüggés elemzés során az egészségmagatartást jellemző indikátorok és az azt befolyásoló tényezők kapcsolatát vizsgáltuk. A demográfiai és egyéb társadalmi-gazdasági befolyásoló tényezők kiválasztása a nemzetközi szakirodalom valamint az OLEF2003 eredményei alapján történt. Az analízis folyamán azt vizsgáltuk, hogy vajon a hódmezővásárhelyiek egészségmagatartását jellemző indikátorok eltérnek-e ország lakosságától, ha kiszűrjük a befolyásoló tényezőkben a térségek között tapasztalt valamennyi eltérést. Másképpen fogalmazva: vajon az egészségmagatartás tekintetében a Hódmezővásárhelyre vonatkozó illetve országos arányok eltérése mennyire vezethető vissza a befolyásoló tényezők eltéréseire. Az a különbség, amit e tényezők nem tudnak magyarázni, nevezhető-e a „helyi körülmények” okozta különbségnek, ez a hatás lefedi-e minden egyéb, az elemzésbe be nem vont tényező okozta hatást? Ilyen nem vizsgált tényező lehet a helyi lakosság egészségét jelentősen befolyásoló környezeti tényezők, az egészségügyi ellátórendszer adottságai, a népegészségügyi programok hatékonysága, stb.

Minden összefüggés-elemzést 7, egymást követő lépésben hajtottunk végre. (Az elemzés részletei a Módszertani fejezetben található.)

Az 1. lépésben megvizsgáltuk, hogy az egészségmagatartás tekintetében Hódmezővásárhely eltér-e az országos értéktől. A 2. lépésben kiegyenlítettük a két térség lakosságának kor és nem szerinti összetételében megtalálható eltéréseket. A 3. lépésben kiegyenlítettük a két térség lakosságának egészségmagatartásában jelentkező eltéréseket. A 4. lépésben a lakosság iskolázottságában, gazdasági aktivitásában és anyagi helyzetében mutatkozó esetleges eltéréseket egyenlítettük ki. Az 5. lépésben a pszichoszociális környezetben jelentkező, a társas támogatással jellemzett térségi különbségeket egyenlítettük ki. A 6. lépésben a településnagysággal együttjáró fizikai környezet térségi különbségeinek kiegyenlítése történt meg. Végül, a 7. lépésben a nem, az életkor, valamint

az iskolázottság közötti esetleges interakció tesztelése történt meg, és a statisztikailag $p=0,01$ szinten szignifikáns hatások megtartásával véglegesítettük az összefüggéseket leíró modellt.

Egészségtudatosság

Az összefüggés-elemzésben az egészségtudatosság hiánya, azaz a keveset/semmit nem tehet az egészsége érdekében összevont kategóriájának esélyét a nagyon sokat/sokat tehet az egészségéért arányának hányadosaként képeztük. Az összefüggés elemzés során modellünkben azon 5523 személy adatait használtuk fel, akiknél mind az egészségtudatosság, mind pedig a felsorolt befolyásoló tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak. Az egészségtudatosság, mint kimeneti változónál referencia kategóriának a nagyon sokat/sokat kategóriát használtuk. A 31. táblázatban sötétebb kiemeléssel jelöltük a szignifikáns eredményeket. Eredményeink szerint az egészségtudatosság kapcsolatban volt a korrall, a korlátozottsággal, az iskolai végzettséggel, az anyagi helyzettel és a társas támogatottsággal.

Az elemzésbe bevont többi meghatározó tényező hatásának kiszűrése után nem találtunk szignifikáns különbséget az országos helyzethez képest. Megállapítható, hogy a fiatalokhoz képest, a középkorúak és az idősek esélye megnő arra, hogy ne érezzék, tehetnek az egészségük érdekében. Nem meglepő módon, a korlátozottság mértéke erősen befolyásolja az egyén egészségtudatos attitűdjét. A súlyosan korlátozottak esélye arra, hogy úgy véljék keveset vagy semmit nem tehetnek az egészségükért közel hatszorosa a nem korlátozottakkal összehasonlítva. Az általános iskolai végzettségűekhez viszonyítva a magasabb iskolai végzettségűek esélye jelentősen nagyobb az egészségtudatos attitűd kialakítására. Annak esélye, hogy a felsőfokú végzettségűek ne gondolkodjanak egészségtudatos módon közel harmada az általános iskolát végzettekhez viszonyítva. Az anyagi helyzet esetében is hasonló tendenciát tapasztalunk. Minél jobb anyagi helyzetben van valaki, annál nagyobb eséllyel gondolkodik egészségtudatosan. A nagyon rossz anyagi helyzetben élőkhez viszonyítva az ötödére csökken annak esélye, hogy a legjobb anyagi helyzetben élők ne gondolkodjanak egészségtudatos módon. A társas támogatásnál is hasonló tendencia figyelhető meg. Minél megfelelőbbnek éli meg valaki a társas támogatottságát, annál nagyobb az esélye az egészségtudatos attitűd kialakítására. A társas támogatottságukat teljesen kielégítőnek megélők esélye arra, hogy ne gondolkodjanak egészségtudatosan mintegy felére csökken a nem megfelelő társas támogatottságúakhoz viszonyítva.

31. táblázat: Az egészségtudatosság esélye a befolyásoló tényezők szerint

befolyásoló tényező	esélyhányados	P<	Alsó 95%-os megbízhatósági határ	Felső 95%-os megbízhatósági határ
<i>Országos értékhez viszonyítva</i>				
Hódmezővásárhely	0,91	0,424	0,73	1,13
<i>Férfihoz viszonyítva</i>				
nő	0,99	0,955	0,85	1,16
<i>Fiatalhoz viszonyítva</i>				
középkorú	2,41	0,000	1,99	2,92
időskorú	2,57	0,000	1,98	3,32
<i>Nem korlátozotthoz viszonyítva</i>				
enyhén/közepesen korlátozott	1,84	0,000	1,57	2,15
súlyosan korlátozott	5,78	0,000	4,00	8,35
<i>általános iskolát végzetthez viszonyítva</i>				
középiskolai végzettségű	0,79	0,029	0,64	0,97
érettségizett	0,57	0,000	0,46	0,70
felsőfokú végzettségű	0,35	0,000	0,26	0,48
<i>dolgozóhoz viszonyítva</i>				
nem dolgozik	1,00	0,995	0,83	1,19
<i>nagyon rossz anyagi helyzetben élőhöz viszonyítva</i>				
anyagi helyzete rossz	0,67	0,012	0,49	0,91
anyagi helyzete mérsékelten rossz	0,60	0,001	0,44	0,82
anyagi helyzete mérsékelten jó	0,40	0,000	0,29	0,55
anyagi helyzete jó	0,35	0,000	0,25	0,49
anyagi helyzete nagyon jó	0,17	0,000	0,11	0,27
<i>nem megfelelő társas támogatottságúhoz viszonyítva</i>				
társas támogatottsága megfelelő	0,75	0,023	0,59	0,96
társas támogatottsága teljesen kielégítő	0,56	0,000	0,45	0,69
<i>kevesebb, mint 3000 lakosú településen élőhöz viszonyítva</i>				
a településen legfeljebb 3000 lakos él	1,08	0,592	0,80	1,46
a településen legfeljebb 5000 lakos él	0,97	0,86	0,68	1,38
a településen legfeljebb 10000 lakos él	1,15	0,397	0,82	1,61
a településen legfeljebb 50000 lakos él	1,10	0,5	0,82	1,48
a településen több mint 50000 lakos él	1,11	0,733	0,83	1,48

Dohányzás

Az összefüggés-elemzésben a dohányzás összevont kategória, azaz a jelenlegi dohányzás (alkalmi/rendszeres napi 20 szálnál kevesebbet/rendszeres napi 20 szálnál többet) esélyét és a jelenleg nem dohányzók (leszokott/soha nem dohányzott) arányának hányadosaként képeztük.

Az összefüggés elemzés során modellünkben azon 5402 személy adatait használtuk fel, akiknél mind a dohányzás, mind pedig a felsorolt befolyásoló tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre

álltak. A dohányzás, mint kimeneti változónál referenciának a jelenleg dohányzik kategóriát választottuk. Az 32. táblázat sötétebb kiemeléssel jelöltük a szignifikáns eredményeket.

Eredményeink szerint a Hódmezővásárhelyen élő felnőtt lakosság esélye a dohányzásra minden más bevont tényező hatását kiszűrve mintegy 23%-kal kisebb az ország felnőtt lakosságához képest. Ez az állapot már a modellépítés első lépésénél kialakult (térségi EH: 0,78), az esélyhányados a többi tényező bevonása után sem változott lényegesen. A térségi változó mellett a dohányzás kapcsolatban volt a korral, az iskolai végzettséggel, a gazdasági aktivitással, az anyagi helyzettel, a társas támogatottsággal és az alkoholfogyasztással.

A korcsoport és az iskola interakcióját detektáltuk, tehát az iskola hatása korcsoportonként eltérő képet mutat. Fiatalok esetében a középfokú végzettségűek, az érettségizettek, mind pedig a felsőfokú iskolai végzettségűek dohányzási esélye jelentősen kisebb az általános iskolai végzettségűekhez képest. A középkorúak esetében csak a felsőfokú végzettség jelentett csökkent dohányzási esélyt az alacsony végzettségűekhez viszonyítva. Az időseken belül az általunk választott $p < 0,01$ -es szignifikancia szinten nem érvényesült már az iskolai hatás, tehát nem volt különbség az iskolai végzettség alapján a dohányzás esélye szempontjából. Érdekes megjegyezni azonban, hogy $p < 0,05$ -ös szinten az érettségizettek esélye a dohányzásra 2,22-szerese volt az általános iskolát végzettekhez képest, míg a felsőfokú végzettségűek esélye is magasabb, bár nem szignifikáns szinten.

Hasonlóan az iskolázottság kategóriáin belül korcsoportos hatás volt megfigyelhető. Az alacsony végzettségűek, mind pedig az érettségizettekkel nem rendelkező középfokú végzettségűek között a kor előre haladtával jelentősen csökkent a dohányzás esélye. Az érettségizetteken belül már csak az idősek esélye csökkent a fiatalokhoz képest, míg a felsőfokú végzettségűek csoportjában a választott $p < 0,01$ -es szignifikancia szinten a korcsoportos hatás eltűnt, $p < 0,05$ -ös szintet nézve azonban a középkorúak esélye a dohányzásra 59%-al magasabb, mint a fiataloké, míg az idősek esélye nem különbözik a fiatalokétól.

Az anyagi helyzet tekintetében elmondható, hogy a legrosszabb anyagi helyzetűekhez viszonyítva már azoknak is a felére csökken az esélyük a dohányzásra, akik rossz anyagi helyzetben éltek. Az anyagi helyzet javulásával csökken a dohányzás esélye, a legjobb anyagi helyzetben lévők esélye mintegy a negyedére csökkent a legrosszabb anyagi helyzetűek esélyéhez képest.

A társas támogatottság esetében a teljesen kielégítő támogatásnak van protektív hatása a nem megfelelő társas támogatottsággal rendelkezőkhöz képest. Nem újdonság, hogy az alkoholfogyasztás ezzel szemben növeli a dohányzás kockázatát, az alkalmi fogyasztók esélye a dohányzásra 66%-al nő az alkoholt nem fogyasztókhöz képest, míg a nagyivók esélye

háromszoros. A gazdasági aktivitás esetében azt tapasztaltuk, hogy a dolgozókhöz képest a nem dolgozók esélye a dohányzásra csökkent.

32. táblázat: A dohányzás esélye a befolyásoló tényezők szerint

befolyásoló tényező	esélyhányados	p<	alsó 95%-os Megbízhatósági határ	Felső 95%-os Megbízhatósági határ
<i>Országoshoz viszonyítva</i>				
Hódmezővásárhely	0,77	0,021	0,62	0,96
<i>Férfihoz viszonyítva</i>				
nő	0,86	0,078	0,73	1,01
<i>Alapfokú végzettségűek esetében a fiatalokhoz viszonyítva</i>				
középkorú	0,31	0,000	0,22	0,44
időskorú	0,04	0,000	0,26	0,66
<i>Érettségivel nem rendelkező középfokú végzettségűek esetében a fiatalokhoz viszonyítva</i>				
középkorú	0,63	0,001	0,47	0,83
időskorú	0,16	0,000	0,08	0,344
<i>Érettségivel rendelkezők esetében a fiatalokhoz viszonyítva</i>				
középkorú	0,75	0,024	0,59	0,96
időskorú	0,27	0,000	0,14	0,50
<i>Felsőfokú végzettséggel rendelkezők esetében a fiatalokhoz viszonyítva</i>				
középkorú	1,59	0,044	1,01	2,49
időskorú	0,45	0,097	0,17	1,15
<i>Fiatalokon belül az alapfokú végzettségűekhez viszonyítva</i>				
érettségi nélküli középfokú végzettségűek	0,52	0,000	0,36	0,74
érettségizettek	0,33	0,000	0,24	0,48
felsőfokú végzettségűek	0,12	0,000	0,76	0,20
<i>Középkorúakon belül az alapfokú végzettségűekhez viszonyítva</i>				
érettségi nélküli középfokú végzettségűek	1,05	0,702	0,81	1,35
érettségizettek	0,81	0,132	0,63	1,06
felsőfokú végzettségűek	0,63	0,007	0,45	0,88
<i>Időseken belül az alapfokú végzettségűekhez viszonyítva</i>				
érettségi nélküli középfokú végzettségűek	2,1	0,054	0,98	4,49
érettségizettek	2,22	0,021	1,12	4,37
felsőfokú végzettségűek	1,36	0,506	0,54	3,40
<i>Nem korlátozotthoz viszonyítva</i>				
enyhén/közepesen korlátozott	0,94	0,436	0,80	1,09
súlyosan korlátozott	1,22	0,335	0,81	1,84
<i>Dolgozóhoz viszonyítva</i>				
nem dolgozik	0,67	0,00	0,56	0,79
<i>Nagyon rossz anyagi helyzetben élőkhez viszonyítva</i>				
anyagi helyzete rossz	0,54	0,00	0,39	0,74
anyagi helyzete mérsékelten rossz	0,43	0,00	0,32	0,59
anyagi helyzete mérsékelten jó	0,38	0,00	0,28	0,52

anyagi helyzete jó	0,28	0,00	0,21	0,40
anyagi helyzete nagyon jó	0,23	0,00	0,16	0,33
<i>Nem megfelelő társas támogatottságúhoz viszonyítva</i>				
társas támogatottsága megfelelő	0,95	0,695	0,75	1,20
társas támogatottsága teljesen kielégítő	0,72	0,002	0,58	0,89
<i>Kevesebb, mint 3000 lakosú településen élőkhöz viszonyítva</i>				
a településen legfeljebb 3000 lakos él	1,16	0,299	0,87	1,55
a településen legfeljebb 5000 lakos él	1,17	0,350	0,83	1,65
a településen legfeljebb 10000 lakos él	0,99	0,996	0,71	1,39
a településen legfeljebb 50000 lakos él	1,12	0,423	0,84	1,48
a településen több mint 50000 lakos él	1,32	0,051	0,99	1,74
<i>Alkoholt nem fogyasztókhöz viszonyítva</i>				
alkalmi fogyasztó	1,66	0,000	1,40	1,97
mértékletes ivó	1,80	0,000	1,46	2,21
nagyivó	3,06	0,000	2,36	3,98

Alkoholfogyasztás

Az összefüggés elemzésünkben a nagyivás esélyét vizsgáltuk, amit a nagyivók és nem nagyivók (azaz minden más alkoholfogyasztási kategória összesítve) arányának hányadosaként képeztünk. Az összefüggés elemzés eredményeit a 3. táblázat tartalmazza. Az összefüggés elemzésünkben azon 5402 személy válaszait modelleztük, akiknél mind az alkoholfogyasztás mind pedig a magyarázó változók tekintetében az adatok rendelkezésre álltak. A szignifikáns eredményeket a 33. táblázat sötétebb árnyalattal jelöltük.

Eredményeink mutatják, hogy a nagyivás esélye kapcsolatban volt a térséggel, a nemmel, a korrall, a korlátozottsággal, a társas támogatottsággal és a dohányzással.

A hódmezővásárhelyiek országoshoz viszonyított megnövekedett esélye a nagyivásra óvatosan értelmezendő, mivel az eredményekben az OLEF2003-s felméréshez képest a szűrőkérdés elhagyása torzítást eredményezhet. A férfiakhoz képest a nagyivás esélye nőknél jelentősen kisebb, mintegy tizede a férfiakénak. A középkorúak esélye a nagyivásra a fiatalokhoz képest mintegy kétszeres, míg az időseké közel két és félszeres, a korrall tehát nő a nagyivás esélye. A korlátozottság összefüggésben volt a nagyivással, méghozzá a súlyosan korlátozottak esélye a nagyivásra több mint fele a nem korlátozottakhoz képest. A társas támogatás esetében a teljesen kielégítő társas támogatottságú emberek esélye a nagyivásra mintegy harmadával csökken a nem megfelelő társas támogatottságúakhoz viszonyítva. A dohányzás és nagyivás között - nem meglepő módon - erős összefüggés látható. A soha nem dohányzókhoz viszonyítva a dohányzás minden további kategóriájában megnövekszik a nagyivás esélye, a naponta rendszeresen 20 szál cigarettánál többet dohányzók csoportjában több mint háromszoros a nagyivás esélye.

33. táblázat: A nagyívás esélye a befolyásoló tényezők szerint

Befolyásoló tényező	esélyhányados	p<	Alsó 95%-os megbízhatósági határ	Felső 95%-os megbízhatósági határ
<i>Országos értékhez viszonyítva</i>				
Hódmezővásárhely	2,30	0,000	1,68	3,17
<i>Férfihoz viszonyítva</i>				
nő	0,13	0,000	0,09	0,17
<i>Fiatalhoz viszonyítva</i>				
középkorú	2,00	0,000	1,50	2,65
időskorú	2,40	0,000	1,54	3,73
<i>Nem korlátozotthoz viszonyítva</i>				
enyhén/közepesen korlátozott	0,97	0,855	0,75	1,25
súlyosan korlátozott	0,43	0,020	0,22	0,87
<i>Általános iskolát végzetthez viszonyítva</i>				
középiskolai végzettségű	0,98	0,939	0,72	1,34
érettségizett	1,19	0,292	0,70	1,65
felsőfokú végzettségű	1,09	0,697	0,70	1,68
<i>Dolgozóhoz viszonyítva</i>				
nem dolgozik	1,10	0,483	0,83	1,47
<i>Nagyon rossz anyagi helyzetben élőhöz viszonyítva</i>				
anyagi helyzete rossz	0,65	0,069	0,83	1,47
anyagi helyzete mérsékelten rossz	0,85	0,478	0,55	1,32
anyagi helyzete mérsékelten jó	0,64	0,057	0,40	1,01
anyagi helyzete jó	0,79	0,323	0,49	1,25
anyagi helyzete nagyon jó	1,00	0,992	0,58	1,7
<i>Nem megfelelő társas támogatottsághoz viszonyítva</i>				
társas támogatottsága megfelelő	0,89	0,496	0,64	1,24
társas támogatottsága teljesen kielégítő	0,62	0,002	0,46	0,84
<i>Kevesebb, mint 3000 lakosú településen élőhöz viszonyítva</i>				
a településen legfeljebb 3000 lakos él	1,06	0,764	0,69	1,62
a településen legfeljebb 5000 lakos él	1,28	0,292	0,80	2,06
a településen legfeljebb 10000 lakos él	0,89	0,665	0,54	1,47
a településen legfeljebb 50000 lakos él	0,75	0,184	0,49	1,14
a településen több mint 50000 lakos él	0,88	0,556	0,58	1,33
<i>Soha nem dohányzókhöz viszonyítva</i>				
dohányzásról leszokottak	1,46	0,018	1,06	2,01
alkalmi dohányosok	2,24	0,007	1,24	4,06
rendszeres dohányos napi 20 száznál kevesebbet szív	1,54	0,023	1,06	2,25
rendszeres dohányos napi 20 száznál többet szív	3,24	0,000	2,38	4,41

Táplálkozás

Az összefüggés-elemzésben a napi friss zöldség és gyümölcsfogyasztás hiányának esélyét vizsgáltuk a kérdezést megelőző 4 hétben, amit a napi rendszerességgel nem fogyasztók és a napi rendszerességgel fogyasztók arányának hányadosaként képeztünk. Az elemzésben az az 5587 személy vett részt, akiknek az adatai mind a kimeneti változó, mind pedig a meghatározó tényezők tekintetében rendelkezésre állt.

A 34. táblázat eredményei alapján megállapítható, hogy a friss zöldség/gyümölcsfogyasztás kapcsolatban van a nemmel, a korrallal, az iskolai végzettséggel, a gazdasági aktivitással, az anyagi helyzettel és a társas támogatottsággal.

Az összefüggés elemzés eredménye a meghatározó tényezők kiszűrése után nem mutat Hódmezővásárhely-specifikus különbséget az ország lakosságához viszonyítva a vizsgált tényező tekintetében. A modellépítés első 5 lépésében azonban szignifikáns különbség mutatkozott Hódmezővásárhely és az ország lakossága között a napi friss zöldség- és gyümölcsfogyasztás tekintetében Hódmezővásárhely javára, ami azonban a vizsgált meghatározó tényezők közül a településnagyság bevonása után eltűnt és így a végleges modellben sem maradt meg.

A többi tényező hatását kiszűrve a férfiakhoz képest a nőknél kisebb volt az esélye annak, hogy nem fogyasztottak friss zöldséget/gyümölcsöt a kérdezést megelőző 4 hétben. A fiatalokhoz viszonyítva a középkorúaknál és az időseknél is hasonló összefüggés mutatkozott. Az idősek esélye a napi friss zöldség- és gyümölcsfogyasztás elmaradására mintegy harmada a fiatalokhoz képest, a középkorúak esetében az esélyhányados 0,51. Az általános iskolai végzetthez viszonyítva a magasabb végzettségűeknek kisebb az esélye arra, hogy elmarad a napi zöldség/gyümölcsfogyasztás. Kismértékben bár, de a gazdaságilag inaktívak esélye is nagyobb a napi friss zöldségfogyasztásra. A legrosszabb anyagi helyzetűekhez viszonyítva minden anyagi helyzet kategóriában csökkent az esélye a napi friss zöldség és gyümölcsfogyasztás kihagyásának. A legjobb anyagi helyzetben lévők esélye a harmadára csökkent a vizsgált tényező tekintetében. A teljesen kielégítő társas támogatottság is jelentős protektív faktornak mutatkozott, azaz a nem megfelelő társas támogatottságúakhoz viszonyítva az ő esélyük a napi zöldség és gyümölcsfogyasztás elmaradására közel felére csökkent.

34. táblázat: A napi friss zöldség/gyümölcsfogyasztás elhagyásának esélye a befolyásoló tényezők szerint

befolyásoló tényező	esélyhányados	p<	Alsó 95%-os megbízhatósági határ	Felső 95%-os megbízhatósági határ
<i>Országos értékhez viszonyítva</i>				
Hódmezővásárhely	0,97	0,803	0,802	1,18
<i>Férfőhöz viszonyítva</i>				
nő	0,50	0,000	0,44	0,57
<i>Fiatalhoz viszonyítva</i>				
középkorú	0,51	0,000	0,44	0,58
időskorú	0,34	0,000	0,27	0,42
<i>Általános iskolát végzetthez viszonyítva</i>				
középiskolai végzettségű	0,72	0,001	0,59	0,87
érettségizett	0,78	0,010	0,64	0,94
felsőfokú végzettségű	0,62	0,000	0,49	0,79
<i>Dolgozóhoz viszonyítva</i>				
nem dolgozik	0,85	0,045	0,73	0,99
<i>nagyon rossz anyagi helyzetben élőhöz viszonyítva</i>				
anyagi helyzete rossz	0,48	0,000	0,36	0,64
anyagi helyzete mérsékelten rossz	0,53	0,000	0,40	0,70
anyagi helyzete mérsékelten jó	0,47	0,000	0,35	0,63
anyagi helyzete jó	0,37	0,000	0,27	0,50
anyagi helyzete nagyon jó	0,33	0,000	0,239	0,47
<i>Nem megfelelő társas támogatottsághoz viszonyítva</i>				
társas támogatottsága megfelelő	0,86	0,19	0,69	1,07
társas támogatottsága teljesen kielégítő	0,61	0,00	0,50	0,74
<i>Kevesebb, mint 3000 lakosú településen élőhöz viszonyítva</i>				
a településen legfeljebb 3000 lakos él	1,13	0,338	0,87	1,48
a településen legfeljebb 5000 lakos él	1,15	0,350	0,85	1,57
a településen legfeljebb 10000 lakos él	1,18	0,263	0,87	1,6
a településen legfeljebb 50000 lakos él	0,95	0,746	0,73	1,24
a településen több mint 50000 lakos él	1,22	0,117	0,94	1,59

Testmozgás

Az összefüggés elemzésünkben a fizikai inaktivitás (nem megfelelő fizikai aktivitás és testmozgást nem végzők összevont kategóriája) esélyét vizsgáltuk, amit a fizikai inaktivitás és a megfelelő testmozgást végzők arányának hányadosaként képeztünk. Az elemzésben az a 5549 személy vett részt, akiknek mind a testmozgás, mind pedig a meghatározó tényezők tekintetében rendelkezésre álltak az adataik. A szignifikáns eredményeket a 1. táblázatban sötétebb árnyalattal jelöltük.

Az összefüggés elemzés eredményei alapján elmondható, hogy a fizikai inaktivitás kapcsolatban van a térséggel, a nemmel, a korrallal, a korlátozottsággal, az iskolai végzettséggel, az anyagi helyzettel, a társas támogatottsággal.

A többi meghatározó tényező hatását kiszűrve, azaz a két populációnak a választott meghatározó tényezők mentén fakadó különbségeinek kiegyenlítése után, elmondhatjuk, hogy a hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság az ország felnőtt lakosságához képest kedvezőbb helyzetben van, mivel mintegy 30%-al csökken Hódmezővásárhelyen a fizikai inaktivitás esélye. Ez a térségi eltérés a modellépítés során a településnagyság modellbe illesztése után jelent meg.

A nők a férfiakhoz képest szintén szerencsésebb helyzetben vannak, náluk mintegy 20%-al csökken a fizikai inaktivitás esélye.

Nem meglepő módon a korrallal együtt nő a fizikai inaktivitás esélye, a fiatalokhoz képest a középkorúaknál 30%-al, míg az időseknél 126%-al.

Az enyhén/közepesen korlátozottak illetve a súlyosan korlátozottak esetében is nő a fizikai inaktivitás esélye, a súlyosan korlátozottaknál az esélyhányados 8,84.

Az iskolai végzettség tekintetében a középiskolai végzettségűek esélye a fizikai inaktivitásra csökkent szignifikáns mértékben az alacsony iskolai végzettségűekhez képest, a többi iskolai kategóriában nem találtunk szignifikáns eltérést, a hányadosok azonban csökkent esélyt jeleznek ezekben a kategóriákban is.

Az anyagi helyzet tekintetében csak a mérsékelten jó anyagi helyzettől felfelé találunk szignifikánsan kisebb esélyt a fizikai inaktivitásra. A mérsékelten jó, jó vagy nagyon jó anyagi helyzetben lévők esélye a fizikai inaktivitásra mintegy 40%-al csökken a nagyon rossz anyagi helyzetben lévőkhez képest.

A megfelelő támogatottsággal rendelkezők esélye 30%-al csökkent a fizikai inaktivitásra a nem megfelelő társas támogatottságúakhoz képest.

35. táblázat: A fizikai inaktivitás esélye a befolyásoló tényezők szerint

Befolyásoló tényező	esélyhányados	p<	Alsó 95%-os megbízhatósági határ	Felső 95%-os megbízhatósági határ
<i>Országos értékhez viszonyítva</i>				
Hódmezővásárhely	0,73	0,026	0,56	0,96
<i>Férfihoz viszonyítva</i>				
nő	0,83	0,047	0,69	0,99
<i>Fiatalhoz viszonyítva</i>				
középkorú	1,32	0,016	1,05	1,67
időskorú	2,26	0,000	1,69	3,04
<i>Nem korlátozotthoz viszonyítva</i>				
enyhén/közepesen korlátozott	1,38	0,001	1,14	1,67
súlyosan korlátozott	8,84	0,000	6,27	12,4
<i>Általános iskolát végzetthez viszonyítva</i>				
középiskolai végzettségű	0,72	0,018	0,55	0,94
érettségizett	0,87	0,320	0,68	1,13
felsőfokú végzettségű	0,89	0,526	0,64	1,25
<i>Dolgozóhoz viszonyítva</i>				
nem dolgozik	1,06	0,541	0,86	1,31
<i>Nagyon rossz anyagi helyzetben élőhöz viszonyítva</i>				
anyagi helyzete rossz	0,75	0,115	0,53	1,06
anyagi helyzete mérsékelten rossz	0,76	0,119	0,54	1,07
anyagi helyzete mérsékelten jó	0,60	0,006	0,42	0,86
anyagi helyzete jó	0,67	0,029	0,46	0,96
anyagi helyzete nagyon jó	0,61	0,032	0,40	0,95
<i>Nem megfelelő társas támogatottságúhoz viszonyítva</i>				
társas támogatottsága megfelelő	0,70	0,022	0,52	0,95
társas támogatottsága teljesen kielégítő	0,91	0,489	0,70	1,17
<i>Kevesebb, mint 3000 lakosú településen élőhöz viszonyítva</i>				
a településen legfeljebb 3000 lakos él	1,03	0,838	0,71	1,5
a településen legfeljebb 5000 lakos él	1,21	0,363	0,79	1,85
a településen legfeljebb 10000 lakos él	1,17	0,455	0,77	1,7
a településen legfeljebb 50000 lakos él	1,35	0,106	0,93	1,94
a településen több mint 50000 lakos él	1,09	0,624	0,76	1,57

Elhízás

Az összefüggés-elemzésben a normálnál nagyobb testtömeg-index, azaz túlsúly/elhízás összevont kategóriájának esélyét a normális testtömegűek arányának hányadosaként képeztük. Az összefüggés elemzés során használt modellünkben azon 5486 személy adatait használtuk fel, akiknél mind a testtömeg-indexre, mind pedig a felsorolt befolyásoló tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

A modellbe bevont tényezők hatásának kiszűrése után megállapítható, hogy a hódmezővásárhelyi lakosok esélye a normálnál magasabb testtömegre nem tér el az országos értéktől. Érdeemes megemlíteni, hogy a modellépítés kezdeti lépéseinél szignifikáns volt a különbség az országos értékhez képest - ezt az alapbecslésnél is láthattuk bizonyos nem/korcsoport kategóriákban. A különbség akkor tűnt el, amikor a településnagyság hatását szűrjük ki, tehát a látott különbségeket a településnagyság hatásának kiszűréseivel megmagyaráztuk.

Összefüggés elemzésünk alapján megállapítható, hogy a normálnál magasabb testtömeg esélyét a kor, a korlátozottság és az anyagi helyzet befolyásolta (36. táblázat, a statisztikailag szignifikáns részek sötétebbre színezve)). A többi tényező hatását kiszűrve, az életkor növekedésével nőtt az elhízás esélye, a fiatalokhoz képest a középkorúak esélye a normálnál nagyobb testtömegre 2,6-szoros, míg az időskorúaké közel háromszoros. Az enyhén/közepesen korlátozott egyének esélye a normálnál magasabb testtömegre 18%-al volt magasabb a nem korlátozottakhoz képest. Az anyagi helyzet esetében elmondható, hogy minél jobb anyagi helyzetben él valaki, annál nagyobb az esélye az elhízásra. Az esélyhányados emelkedik a jó anyagi helyzetben lévő csoportig, akik esélye a normálnál magasabb testtömegre mintegy kétszerese a nagyon rossz anyagi helyzetben élőkhöz, majd visszaesik a legjobb anyagi helyzetben lévő csoportban, ahol a normálnál magasabb testtömeg esélye 70% nagyobb, mint a legrosszabb anyagi helyzetben élőké.

Az interakciók vizsgálata során az iskolázottsági kategóriákon belül nemi különbséget találtunk, azaz az iskolázottság módosítja a nem és elhízás kapcsolatát. Míg az általános iskolát valamint középiskolát végzettek körében nincs eltérés a nemek között, addig az érettségizett és felsőfokú nők esélye a normálnál magasabb testtömegre kisebb a férfiakhoz képest (érettségizett nők esetében: 33%-al, felsőfokúak esetében több 50%-al).

Az iskolázottság hatása más képet mutat a férfiak és más a nők esetében. Férfiak esetében nem tapasztaltunk szignifikáns eltérést az iskolázottsági kategóriák között. A nők csoportjában az érettségizett valamint a felsőfokú nők esélye a normálnál magasabb testtömegre jelentősen csökken az általános iskolai végzettségűekhez képest.

36. táblázat: A normálisnál nagyobb testtömeg-index esélye a befolyásoló tényezők szerint

befolyásoló tényező	esélyhányados	P<	alsó 95%-os megbízhatósági határ	felső 95%-os megbízhatósági határ
<i>Országos értékhez viszonyítva</i>				
Hódmezővásárhely	1,16	0,106	0,96	1,40
<i>Az alapfokú végzettségűek körében férfiakhoz viszonyítva</i>				
nő	0,85	0,219	0,66	1,09
<i>Az érettségivel nem rendelkező középiskolai végzettségűek körében férfiakhoz viszonyítva</i>				
nő	0,84	0,211	0,65	1,09
<i>Érettségivel rendelkező középfokú végzettségűek körében férfiakhoz viszonyítva</i>				
nő	0,67	0,000	0,54	0,84
<i>Felsőfokú végzettségűek körében férfiakhoz viszonyítva</i>				
nő	0,41	0,000	0,29	0,58
<i>Férfiakon belül alapfokú végzettségűekhez viszonyítva</i>				
érettségivel nem rendelkező középiskolai végzettségű	0,89	0,396	0,68	1,16
érettségizett középfokú végzettségű	0,81	0,155	0,62	1,07
felsőfokú végzettségű	0,94	0,760	0,66	1,34
<i>Nőkön belül alapfokú végzettségűekhez viszonyítva</i>				
érettségivel nem rendelkező középiskolai végzettségű	0,88	0,344	0,68	1,14
érettségizett középfokú végzettségű	0,64	0,000	0,51	0,80
felsőfokú végzettségű	0,46	0,000	0,34	0,61
<i>Fiatalokhoz viszonyítva</i>				
középkorú	2,66	0,000	2,30	3,08
időskorú	2,89	0,000	2,31	3,63
<i>Nem korlátozotthoz viszonyítva</i>				
enyhén/közepesen korlátozott	1,18	0,013	1,03	1,36
súlyosan korlátozott	1,19	0,303	0,85	1,67
<i>Dolgozóhoz viszonyítva</i>				
nem dolgozik	0,92	0,280	0,79	1,07
<i>Nagyon rossz anyagi helyzetben élőhöz viszonyítva</i>				
anyagi helyzete rossz	1,51	0,006	1,12	2,02
anyagi helyzete mérsékelten rossz	1,71	0,000	1,28	2,28
anyagi helyzete mérsékelten jó	1,94	0,000	1,45	2,61
anyagi helyzete jó	1,90	0,000	1,41	2,57
anyagi helyzete nagyon jó	1,70	0,002	1,21	2,37
<i>Nem megfelelő társas támogatottságúhoz viszonyítva</i>				
társas támogatottsága megfelelő	1,17	0,157	0,94	1,46
társas támogatottsága teljesen kielégítő	1,20	0,059	0,99	1,46
<i>kevesebb, mint 3000 lakosú településen élőhöz viszonyítva</i>				
a településen legfeljebb 3000 lakos él	1,01	0,930	0,77	1,32
a településen legfeljebb 5000 lakos él	0,95	0,753	0,69	1,29
a településen legfeljebb 10000 lakos él	0,99	0,961	0,73	1,33
a településen legfeljebb 50000 lakos él	1,05	0,673	0,81	1,37
a településen több mint 50000 lakos él	0,91	0,495	0,70	1,18

7.5 Megbeszélés

7.5.1. Az eredmények értelmezése

Eredményeink szerint a felnőtt hódmezővásárhelyi lakosság jelentős része, vagyis közel háromnegyede véli azt, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet az egészségéért, azaz a többség **egészségtudatos attitűddel** rendelkezik. E tekintetbe a hódmezővásárhelyi lakosság nem tér el az ország felnőtt lakosságától. Adataink megerősítik az OLEF korábbi eredményeit, miszerint a fiatalok általában jobban tudatában vannak annak, hogy saját maguk is sokat tehetnek egészségükért. Fontos társadalmi egyenlőtlenségek rajzolódnak ki az egészségtudatosság terén. Annak belátásában, hogy saját magunk is befolyásolhatjuk az egészségünket, ami az egészséges életmód egyik alapfeltétele, az idősebbek, az alacsony társadalmi-gazdasági helyzetű csoportok jelentős hátrányban vannak a kedvezőbb társadalmi-gazdasági helyzetűekkel szemben. Nem meglepő az sem, hogy az egészségi állapot megromlása, illetve a korlátozottság megélése csökkenti annak esélyét, hogy azt gondolhassuk, tehetünk az egészségünkért. Pedig ennek az attitűdnek a fenntartása megromlott egészségi állapot mellett is fontos lehet akár a betegségmenedzsment, illetve a megromlott egészségi állapot mellett is javítható életminőség elérésében. Az egészséges élet társadalmi feltételeinek megteremtése mellett, fontos az egyén vélekedésének, egészségtudatos attitűdjének megléte és erősítése is.

A **dohányzás** a hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság körében is jelentős problémának számít, hiszen a felnőtt nők 20%-a, míg a férfiak 38%-a dohányzik. Mindemellett a nők 5%-a, míg a férfiak 20%-a napi rendszerességgel és 20 szál cigarettánál többet szív, tehát erős dohányosnak számít. Az eredményeink azt mutatják, hogy a hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság a jelenleg dohányzók gyakoriságának tekintetében az országnál kedvezőbb helyzetben van. Ez a kedvezőbb helyzet megmaradt a meghatározó tényezők hatásának kiszűrése mellett is, azaz Hódmezővásárhely kedvezőbb helyzetét nem tudtuk a meghatározó tényezők térségek között tapasztalt eltéréseivel magyarázni. Így feltételezhetünk valamilyen nem vizsgált helyi körülményt, aminek eredménye az országosnál kedvezőbb dohányzási gyakoriság. Annak megállapítására, hogy melyek ezek a helyi tényezők, célzott vizsgálatok szükségesek, de gondolhatunk itt pl.: sikeres helyi dohányzás megelőző programokra, vagy valamilyen más nem mért/ismert tényezőre.

A dohányzás más mutatói is, mint az erős dohányosnak számító nők, a passzív munkahelyi dohányzás gyakorisága a felnőtt lakosok körében és nőknél a munkahelyi passzív dohányzásban töltött idő szintén az országosnál pozitívabb képet mutat a gyakorisági becslések alapján (itt nem történt összefüggés elemzés). Az is figyelemre méltó, hogy a 18-64 éves felnőtt helyi lakosság

között minden 10. szenved munkahelyi passzív dohányzástól, tehát esetükben a nemdohányzók védelme kevésbé érvényesül. A hódmezővásárhelyi 18-64 éves nők a munkahelyükön átlagosan napi 8,73 percet töltenek passzív dohányosként, ami kedvezőbb a régiós és az országos helyzetnél, míg a férfiak napi 43 percet.

Míndezek mellett fontos kiemelni azt is, hogy a város 18-34 év közötti fiatal felnőtt lakosainak körülbelül 70%-a 19 éves koráig szokott rá a dohányzásra, ami az iskolai dohányzás megelőzési programok, az iskolai egészségnevelés és fejlesztés szerepére, illetve az ilyen programok hatékonyságának növelésére hívhatja fel a figyelmet.

A dohányzás tekintetében az egyes társadalmi csoportok között egyenlőtlenségek érhetők tetten. A fiatal korcsoportok tekintetében már egyértelműen érvényesül az a tendencia, hogy a dohányzás az alacsonyabb társadalmi csoportokat sújtja leginkább. Míg a középkorúak, de főleg az idősebb csoportoknál azonban még tetten érhetők az ún. dohányzási járvány szakaszainak egyes jellegzetességei. E szerint – sematikusan - a járvány korai szakaszában a magasabb társadalmi csoportoknál kezdődött a dohányzás térnyerése, azon belül is a férfiaknál. Majd ezután kezdett áttérjedni a férfiak alacsonyabb társadalmi helyzetű rétegeibe és a felsőbb társadalmi-gazdasági helyzetű nők körébe, párhuzamosan a dohányzók arányának felsőbb társadalmi csoportokban tapasztalt csökkenésével.²⁵ A nemi különbségek is nagymértékben befolyásolják, a mi elemzésünk azonban nem talált nemi hatást az iskolázottság és a kor tekintetében a választott szignifikancia szinten. Fontos azonban megjegyezni, hogy a dohányzási járvány említett modellje alapján a dohányzás tekintetében Európában megfigyelt észak-déli, kelet-nyugati, valamint társadalmi (nemi és gazdasági) csoportok közötti egyenlőtlenségek attól függnek, hogy a járvány mely szakaszában van a vizsgált ország. A modell szerint azonban idővel az Észak-európai illetve nyugati országokra jellemző azon tendencia alakul ki majd ki, miszerint az alacsony társadalmi helyzetű csoportok - különösen az iskolázottság mentén - relatív érintettsége és az egyenlőtlenségek tovább nőnek a férfiak és a nők esetében is. A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek az anyagi helyzet és a társas támogatottság mentén már kifejezettek. A legrosszabb anyagi helyzetben lévők, a nem megfelelő társas támogatottsággal rendelkezők csoportjában jelentősen magasabb a dohányzás esélye a kedvezőbb helyzetűekhez képest.

Annak ellenére, hogy az HODEF2008 felmérés önkitöltős kérdőívet használt az **alkoholfogyasztási szokásokkal** kapcsolatos kérdésekhez, feltehetőleg a valóságosnál kevesebben vallották be az általuk ténylegesen fogyasztott alkoholmennyiségeket a nagyívás társadalmi-kulturális megítélése miatt, hasonlóan az OLEF2003 felméréshez. Az OLEF2003-ban

²⁵ Kunst A, Giskes K, Mackenbach J.: Socio-economic inequalities in smoking in the European Union. 2004, Rotterdam

szűrőkérdést alkalmaztunk. Tapasztalataink szerint a szűrőkérdés nem működött jól, voltak, akik a szűrőkérdés alapján alkoholt nem fogyasztónak vallották magukat, mégis jelöltek az önkítöltős kérdőív alkoholfogyasztásra vonatkozó további kérdéseinél fogyasztást. Tapasztalatok azt is mutatják, hogy a szűrőkérdésre még alkoholt fogyasztók is gyakran absztinenciát jelöltek. A fenti okok miatt a HODEF2008 felmérésben kihagytuk a szűrőkérdést, így feltételezhető, hogy a HODEF2008 felmérésben a szűrőkérdés elhagyása pontosabb becslésekhez vezetett az alkoholfogyasztási szokások gyakoriságára vonatkozóan, ám az OLEF2003 felméréssel való összehasonlítás érvényessége csorbult. A térségi összehasonlításban tapasztalt szignifikáns eltérés, miszerint Hódmezővásárhelyen egy társadalmi csoportokban az országosnál szignifikánsan magasabb nagyívás arány, illetve az összefüggés elemzésben mutatott magasabb esély a nagyívásra a kérdésstruktúra változásának eredménye is lehet, ezért ebből érvényes következtetések levonása nem lehetséges.

Azt azonban megállapíthatjuk, hogy az alkoholfogyasztás Hódmezővásárhelyen is nagy probléma, hiszen a felnőtt lakosság 15,1%-a: a férfiak 26,4%-a, míg a nők 5%-a nagyívónak vallotta magát. Míg nőknél a nagyívók aránya inkább a közép és idősebb korosztályban volt magasabb, addig férfiaknál minden korosztály tekintetében elmondható volt, hogy közel minden negyedik férfi nagyívónak számított a felmérést megelőző egy évben. Az összefüggés-elemzés egyes eredményei összhangban állnak a nemzetközi tapasztalatokkal, azaz a nőknek, a megfelelő társas támogatottsággal rendelkezőknek kisebb, míg a dohányzóknál általában nagyobb a nagyívás esélye.

A **táplálkozást** szezonális hatások erősen befolyásolják, érdemes kiemelni, hogy a felmérés nyár közepén, június hónapban, tehát a zöldség-gyümölcs szezon közepén zajlott. Az elemzésben felhasznált kérdés pedig a felmérést megelőző 4 hétre vonatkozott. Szintén érdemes megemlíteni, hogy a Dél-Alföldi Régió elhelyezkedése miatt alapvetően mezőgazdasági jellegű. Ezek figyelembe vételével megállapítható, hogy Hódmezővásárhelyen kevesen, csupán a lakosság mintegy 15%-a követi a táplálkozási ajánlásoknak megfelelő naponta többszöri alkalommal való zöldség-gyümölcsfogyasztást. A térségi összehasonlítás eredményei nem mutatnak eltérést a hódmezővásárhelyi lakosság, valamint a régió illetve az ország lakossága között, kivéve a középkorú nőket. Esetükben a régióhoz képest szignifikánsan kisebb a gyakorisága a napi többszöri friss zöldség- és gyümölcsfogyasztásnak, úgy, hogy a Dél_alföldi Régió ebben a tekintetben kedvezőbb helyzetben van az országosnál.

A populációs becslések alapján megállapítható, hogy az ajánlott napi többszöri friss zöldség-, gyümölcsfogyasztást a fiatalok követték a leginkább Hódmezővásárhelyen: minden ötödik fiatal nő és a fiatal férfiak 14,7%-a tette ezt a kérdezést megelőző négy hétben. Az összefüggés

elemzésben, ahol a vizsgált többi tényező hatását is kiszűrtük, azonban az időseknél tapasztaltunk nagyobb esélyt arra, hogy nem marad el a napi friss zöldség- és gyümölcsfogyasztása.

A napi friss zöldség- és gyümölcsfogyasztás esélye összefüggésben volt a nemmel, az életkorral, az iskolai végzettséggel, a gazdasági aktivitással, az anyagi helyzettel és a társas támogatottsággal. Az egészséges táplálkozás ezen aspektusában jelentős társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek érhetők tetten, amit az egészségfejlesztési programok tervezésénél célszerű figyelembe venni. A gazdasági aktivitással mutatott összefüggés, miszerint a gazdaságilag inaktív, azaz nem dolgozók esélye csökken a napi friss zöldség- és gyümölcsfogyasztás elmaradására felveheti annak a magyarázatnak a lehetőségét is, hogy a munkahelyi étkeztetésben, illetve a munkahelyeken kevésbé megoldott a friss zöldség- és gyümölcs elérhetősége a munkanap folyamán.

Zsír fogyasztás tekintetében kiemelhetjük, hogy egy korcsoportokban a hagyományos magyar táplálkozásra jellemző állati eredetű zsírok használata egyes társadalmi csoportokban, azaz az idősek, és a középkorú férfiak esetében az országosnál magasabb gyakorisággal fordul elő Hódmezővásárhelyen.

A **testmozgás** vonatkozásában a hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság az ország lakosságához képest kedvezőbb helyzetben van, mivel mintegy 30%-al csökken Hódmezővásárhelyen a fizikai inaktivitás esélye. Ez a térségi eltérés a település nagyság hatásának kiegyenlítésével jelenik meg. Társadalmi egyenlőtlenségek a testmozgás tekintetében is megfigyelhetők. A férfiak, az idősek, a rosszabb anyagi helyzetben lévők, a korlátozottak és a nem megfelelő társas támogatottságúak esélye nagyobb a fizikai inaktivitásra, tehát a nem megfelelő mértékű testmozgásra. A hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság 5%-a egyáltalán nem végzett testmozgást, míg minden 10. ember végzett, de nem megfelelő mértékben, tehát összességében a felnőtt lakosság 15% nem élvezi a testmozgás előnyeit.

A hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság körében is az országra jellemzően jelentős arányban fordul elő a kívátnál magasabb testtömeg, tehát a **túlsúly és az elhízás** Hódmezővásárhelyen is kiemelt népegészségügyi problémának illetve beavatkozási prioritásnak tekinthető. Különösen figyelmet kell fordítani azonban a középkorú férfiak csoportjára, akiknél az országos értékhez képest is magas a kívánatosnál nagyobb testsúly előfordulásának aránya.

Az összefüggés elemzés során a többi meghatározó tényező kiszűrése után sem kaptunk az országostól eltérő kockázatot a normálnál magasabb testtömeg előfordulására a hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság esetében. A kapott összefüggések közül mindenképpen ki kell emelnünk a kor, az anyagi helyzet, az iskolázottság és a nem, mint befolyásoló tényezők szerepét. Ezek a túlsúly és elhízás esetében az idősek, az alacsonyabb iskolázottságúak valamint

egyek iskolázottsági csoportokban a férfiak nőkhöz képest nagyobb kockázatát jelzik. Az anyagi helyzet érdekes eredményeket hozott, hasonló az Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003 eredményeihez. Ezek szerint a jobb anyagi helyzet jelent nagyobb esélyt a normálisnál magasabb testtömeg eléréséhez, ami ellentétes a fejlett országokban megfigyelhető tendenciákkal, miszerint a rosszabb anyagi helyzet emeli az elhízás esélyét.¹⁹

Összegzésképpen elmondható tehát, hogy a hódmezővásárhelyi felnőtt lakosság egészségmagatartásában a dohányzás és a testmozgás esetében találtunk hódmezővásárhelyi specifikumot az országos helyzethez képest. Mindkettő kedvezőbb helyzetet mutat: a város lakóinak kisebb az esélye a dohányzásra és a fizikai inaktivitásra az országos többi lakosával összehasonlításban. Mivel a dohányzás más indikátorában is, – pl. munkahelyi passzív dohányzás gyakorisága, több korcsoportokban a leszokottak arányának országoshoz képest magasabb aránya – kedvezőbb helyzetet találtunk, feltételezhetjük, hogy a hódmezővásárhelyi specialitás lehet az Egészséges Vásárhely Program helyi beavatkozási eredményessége a célcsoportok elérésében. Azonban a kedvezőbb helyzet mikéntjének részletes feltárása további célzott vizsgálatok nélkül nem lehetséges. Az egészségtudatosság, a napi zöldség- és gyümölcsfogyasztás, a normálisnál magasabb testtömeg esetében nem találtunk ilyen összefüggéseket. Érdekes azonban megemlíteni a t középkorúak, kiemelten a férfiak, országosan bár nem szignifikánsan magasabb gyakoriságát, ami jövőbeli beavatkozások egyik kiemelt célterülete lehet.

7.5.2. Az eredmények felhasználhatósága

Mivel a magyar lakosság egészségi állapota és egészségmagatartási szokásai igen rossznak mondhatók, az országoshoz viszonyított hódmezővásárhelyi eredmények sem tekinthetők megnyugtatóknak.

A HODEF2008 felmérésből származó egészségmagatartásra vonatkozó információk felhasználhatósága igen széleskörű. További célzott vizsgálatok eredményeivel együtt a helyi döntéshozatali folyamatok alapját szolgálhatja részben a korábban hozott döntések hatásának értékelésében, amelyek az egészséget szem előtt tartó helyi interszektoriális közpolitikák és népegészségügyi programok javítását alapozhatják meg.

8. EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELE

8.1 Legfontosabb megállapítások

- Hódmezővásárhelyen mindhárom korcsoportban, a nőknél és a férfiaknál egyaránt 90% körül volt az alapellátást a kérdezést megelőző 12 hónapban igénybe vevők aránya. Amennyiben Hódmezővásárhely lakosságának a demográfiai és szociológiai összetétele az országgal megegyezne, ez az arány több mint 3-szorosa lenne az országos igénybevételi aránynak.
- A fiatal és középkorú hódmezővásárhelyi nők háromnegyede igénybe vette a járóbeteg szakrendelést a megelőző 12 hónapban, a férfiak aránya ezekben a korcsoportokban csupán 40-45% volt. Az idős nők és férfiak több mint fele vett igénybe ilyen egészségügyi szolgáltatást.
- Legalább egy éjszakát töltött kórházban a megelőző 12 hónapban a nők 15-20%-a – korcsoportonként emelkedő mértékben, a férfiaknál ez az arány 6-16% volt.
- A felmérést megelőző 12 hónapban a fiatal hódmezővásárhelyi nők több mint fele, a középkorúak közel 40%-a kereste fel fogorvosát. A férfiaknál ezek az arányok 5-10%-kal alacsonyabbak voltak.
- Vérnyomásmérést közel azonos arányban, 80-90%-ban végeztek az előző 12 hónapban a nőknél és a férfiaknál – a fiataloknál egy kicsivel alacsonyabb, az idősebbeknél kissé nagyobb arányban.
- Minden második fiatal felnőttél végeztek vércukorszint ellenőrzést a kérdezést megelőző 12 hónapban Hódmezővásárhelyen. Az idősebbeknél ez az arány meghaladta a 60%-ot.
- A nők 60%-ánál, a férfiak felénél történt koleszterinszint meghatározás a megelőző 12 hónapban.
- A hódmezővásárhelyiek 9%-a számolt be székletvizsgálatról és 2,7%-a vastag illetve végbéltükrözésről megelőző 12 hónapra vonatkozóan.
- Nem járt nőgyógyásznál a kérdezést megelőző öt éven belül a fiatal és középkorú nők 10%-a. A méhnyakrák szűrésének 64 év alatti célcsoportjában a nők egyharmadánál nem végeztek citológiai vizsgálatot, és az emlőrák-szűrés 50 év feletti célcsoportjában a nők közel felénél történt mammográfiás vizsgálat a felmérést megelőző két éven belül.

8.2 Háttér

Az egészségügyi ellátás lakossági igénybevétele a szakpolitika döntéshozói számára elsősorban az erőforrások korlátozottsága miatt fontos kérdés. Az egészségügyi ellátás iránti igény gyakorlatilag határtalannak tekinthető, és ennek megfelelően az ellátórendszer kiadásai a világon minden egészségügyi rendszerben folyamatosan emelkednek. Az emelkedő kiadások részben a technológia modernizációja, részben a lakosság előregedésével hozható összefüggésbe.

Az igénybevétel ellátó rendszer szintjei közötti megoszlása ugyancsak fontos szakmai és szakpolitikai kérdés, hiszen a lehető legalacsonyabb szinten nyújtott definitív ellátás erős csökkenti az erőforrás-felhasználást. Ez mind költségvetési, mind kapacitás-fejlesztési szempontból nagy jelentőséggel bír.

Az egészségügyi költségvetés tervezéséhez és a fejlesztési prioritások felállításához hazánkban egyre inkább támaszkodnak a lakossági egészségfelmérések eredményeire. Ezt jelzi az, hogy az egészségügyi kormányzat két alkalommal is, 2000-ben és 2003-ban kezdeményezett és támogatott Országos Lakossági Egészségfelmérést.

Az egészségügyi ellátás igénybevétele kapcsán négy alapfogalmat szükséges egymástól megkülönböztetni: (1) a *szükséglet* az egészségi állapot megromlása által meghatározott egészségügyi beavatkozások összessége, (2) az *igény*, az akarat és képesség arra vonatkozóan, hogy az egyén keresse, felhasználja és megfizessen indokoltnak vélt egészségügyi ellátást, (3) az *igénybevétel* az egészségügyi ellátás szolgáltatásaira vonatkozó igény kielégítése, melyet az igényen túl meghatároz (4) a *hozzáférhetőség*, aminek elemei az ellátási kapacitások fizikai, időbeli és pénzügyi elérhetősége valamint az igénybevételre vonatkozó ismeretek.²⁶

Az egészségfelmérések lehetőséget kínálnak a szükségletre, az igényre és az igénybevételre, továbbá a hozzáférés bizonyos elemeire vonatkozó információ gyűjtésére, s ennek felhasználásával olyan beavatkozások kezdeményezésére, melyek egyaránt javítják a lakosság egészségi állapotát és az egészségügyi rendszer költség-hatékony működtetését.

Ebben a fejezetben ismertetjük a HODEF2008 igénybevételre vonatkozó adatgyűjtését, az adatok elemzéseinek eredményeit valamint az ezekből levonható legfontosabb következtetéseket.

²⁶ Ehhez lásd még: Epidemiológiai szótár. V. Hajdú Piroska, Ádány Róza (szerk.) Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2003

8.3 Módszertan

Az elemzés során az HODEF2008 egyéni kérdőívének 11.-16., 22-29. kérdéseit, valamint az önkitöltős kérdőív 11., 12., 27.-29. kérdéseit tekintettük az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele hasznos mutatóinak.

A kérdőív 11. kérdése orvos által diagnosztizált krónikus betegségekre vonatkozik. (A kérdéseket lásd 38. oldalon!))

A kérdőív 12-15. kérdései a sérülésekre, a vérnyomás- és a koleszterin/vérzsír szint mérésére vonatkoztak.

A megelőző 12 hónapban történt bármelyik krónikus betegség (11. kérdés) vagy sérülés/mérgezés (12. kérdés) miatti ellátásokat a **krónikus betegség ellátása** összetett mutatóba vontuk össze úgy, hogy annak értéke 1, ha bármelyik miatt kezelték a válaszadót, és 0, ha ezek közül egyik miatt sem fordult orvoshoz.

12. Az elmúlt 12 hónapban hányszor volt olyan sérülése vagy mérgezése, amely orvosi ellátást igényelt?

.....alkalommal

0-098 – alkalmak száma

888 – Nem tud válaszolni

999 – Nem kíván válaszolni

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

1 – Közlekedés közben

2 – Sportolás közben

3 – Munkavégzés közben

4 – Házi- vagy ház körüli munka közben

5 – Egyéb tevékenység közben, éspedig

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

14. Mikor mérte meg a vérnyomását utoljára orvos vagy nővér?

1 – Fél éven belül

2 – Egy éven belül

3 – Két éven belül

4 – Három éven belül

5 – Több, mint öt éve

6 – Sohasem mérték

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

15. Mikor járt Ön utoljára koleszterin/vérzsír szint meghatározáson/mérésen egészségügyi intézményben?

1 – Fél éven belül

2 – Egy éven belül

3 – Két éven belül

4 – Öt éven belül

5 – Több, mint öt éve

6 – Sohasem mérték

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

16. Mikor járt Ön utoljára vércukorszint mérésen egészségügyi intézményben?

1 – Egy hónapon belül

2 – Fél éven belül

3 – Egy éven belül

A **vérnyomásmérés** meghatározása esetében a következő válaszkategóriákat képeztük:

- 1) 1 éven belül mérték (1., 2. válaszok)
- 2) 5 éven belül mérték (3., 4. válaszok)
- 3) Több mint 5 éve vagy sohasem mérték (5., 6. válaszok)

A **koleszterin/vérzsírszint** meghatározásra vonatkozóan az alábbi válaszkategóriákat képeztük:

- 1) 1 éven belül mérték (1., 2. válaszok)
- 2) 5 éven belül mérték (3., 4. válaszok)
- 3) Több mint 5 éve vagy sohasem mérték (5., 6. válaszok)

A **vércukorszint** vizsgálatára a következő kategóriákat hoztuk létre:

- 1) 1 éven belül mérték (1., 2., 3. válaszok)
- 2) Több mint 1 éve vagy sohasem mérték (4., 5. válaszok)

Ezek mellett megvizsgáltuk, hogy a magas koleszterinszinttel rendelkezőknél, a magasvérnyomás betegségben valamint a cukorbetegségben szenvedők esetében milyen időtartamon belül történt az utolsó mérés.

A **különböző ellátási formák igénybevételét** a 22. kérdés segítségével mértük fel, ahol az adott egészségügyi szolgáltatást – beleértve a magánorvosi ellátást – nyújtó szakemberrel a kérdezést megelőző 12 hónapban történt találkozások számát rögzítettük.

Az HODEF2008-ban az alapellátás szolgáltatási formái közé soroltunk olyan szakellátási hálózatokat is, amelyek általában speciális szakterületeken elkülönülten működnek (pl. tüdőgondozó, alkoholgondozó).

Az **alapellátás** igénybevételének vettük a háziorvossal (22_1) és/vagy a nővérrel a háziorvosnál vagy a gondozóban (22_2) és/vagy az üzemorvossal (22_5) történt találkozások bármelyikét.

A **járóbeteg szakellátás** igénybevételét a rendelőintézeti, kórházi szakorvossal történt találkozások (22_3) jelentették. Amennyiben a 22. kérdés válaszai alapján nem vett igénybe semmilyen járóbeteg szakellátási szolgáltatást a kérdezett, de sérülés vagy mérgezés miatt orvosi ellátást (12. kérdés) igénybe vett, akkor azok jelentették a járóbeteg szakellátás igénybevételét. Az utóbbi esetet az esetleges kérdőívbeli inkonzisztenciák miatt soroltuk ide.

22. Az elmúlt 12 hónapban a SAJÁT egészsége érdekében Ön hányszor találkozott, beleértve a magánorvosi ellátást is			
	Alkalmak száma	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
22.1 a háziorvosával		888	999
22.2 a nővérrel a háziorvosánál vagy a gondozóban vagy az Ön otthonában		888	999
22.3 rendelőintézeti, kórházi szakorvossal (pl. nőgyógyász, reumatológus, kardiológus, stb.)		888	999
22.4 gyógytornásszal		888	999
22.5 üzemorvossal		888	999
22.6 természetgyógyással		888	999
22.7 fogorvossal		888	999
22.8 pszichiáterrel, pszichológussal		888	999

A 22. kérdésen belül a pszichológussal vagy pszichiáterrel történt találkozás is rögzítésre került (22_8).

A **fogorvosi ellátás** igénybevételének idejét a 22_7 kérdés, illetve a 23. kérdésre adott válaszok alapján értékeltük az alábbi módon:

- 1) Nem járt fogorvosnál az elmúlt 12 hónapban (22_7=0)
- 2) 1 éven belül járt fogorvosnál (22_7>0)
- 3) 5 éven belül járt fogorvosnál (22_7=0 és 23=1/2)
- 4) Több mint 5 éve járt fogorvosnál (22_7=0 és 23=3)
- 5) Sohasem járt fogorvosnál (22_7=0 és 23=4)

Ha valaki a kérdezést megelőző évben költött fogászati ellátásra (31=3), és a 22_7 kérdésre azt válaszolta, hogy nem járt fogorvosnál, akkor a válaszadót a fogorvosi ellátást igénybe vevők közé soroltuk az esetleges inkonzisztencia kivédése érdekében.

A **paramedikális ellátás** igénybevételét a gyógytornásszal (22_4) történt találkozás jelentette. Az **alternatív egészségügyi ellátás** igénybevételét a természetgyógyással (22_6) történt találkozás vagy a természetgyógyászati kezelésre fordított összeg (30_1) jelentette. A HODEF2008-ban természetgyógyásznak tekintettünk minden személyt képzettségétől függetlenül, akit a kérdezett személy annak nevezett, így átfedés lehet az itt megjelenő igénybevétel és valamely orvosi ellátás igénybevétele között.

A legutóbbi **nőgyógyászati vizsgálat** idejére a következő kategóriákat formáltuk:

- 1) 2 éven belül vizsgálta meg utoljára nőgyógyász (24=1 vagy 2, akkor 24=2)
- 2) 5 éven belül vizsgálta meg utoljára nőgyógyász (24=3)
- 3) Több mint 5 éve vizsgálta meg utoljára nőgyógyász (24=4)
- 4) Sohasem vizsgálta meg nőgyógyász (24=5)

Négy kérdés szerepelt a **nőgyógyászati szűrővizsgálatok** igénybevételére vonatkozóan.

A 25. kérdés arra vonatkozott, hogy történt-e kenetvétel **citológiai vizsgálatra**, méhnyakrák megállapítására. Az alábbi válaszkategóriákat képeztük:

- 1) Igen, 2 éven belül (25=1 vagy 2)
- 2) Igen, 2 évnél régebben (25=3)
- 3) Nem, soha (25=4)

A 27. kérdés irányult arra, hogy végeztek-e a kérdezett személynél **mammográfiás vizsgálatot**. Az alábbi válaszkategóriákat formáltuk:

- 1) Igen, 2 éven belül (27=1/2)
- 2) Igen, 2 évnél régebben (27=3)
- 3) Nem, soha (27=4)

24. Mikor vizsgálta meg utoljára nőgyógyász?

- 1 – Egy éven belül
- 2 – Két éven belül
- 3 – Öt éven belül
- 4 – Több, mint öt éve
- 5 – Sohasem

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

25. Vettek-e Öntől kenetet citológiai vizsgálatra, méhnyakrák megállapítására? (A legutolsó alkalomra gondoljon!)

- 1 – Igen, egy éven belül
- 2 – Igen, egy és két év között
- 3 – Igen, két évnél régebben
- 4 – Nem, soha

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

26. A vizsgálat panaszai miatt történt, vagy pedig szűrővizsgálatképpen?

- 1 – Panaszai miatt történt
- 2 – Szűrővizsgálatképpen

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

27. Végeztek-e Önnél emlőrontgen, más szóval mammográfiás vizsgálatot?

- 1 – Igen, egy éven belül
- 2 – Igen, egy és két év között
- 3 – Igen, két évnél régebben
- 4 – Nem, soha

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

28. A vizsgálat panaszai miatt történt, vagy pedig szűrővizsgálatképpen?

- 1 – Panaszai miatt történt
- 2 – Szűrővizsgálatképpen

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

A 26. és a 28. kérdések arra vonatkoztak, hogy a fenti vizsgálatok a kérdezett panaszai miatt történtek-e, vagy pedig szűrővizsgálatként.

Mindezek mellett az *önkitöltős kérdőívben* kérdések (27.-29. kérdés) vonatkoztak a **terhesség-megszakítás** megtörténteire, esetszámára illetve arra, hogy hány éves korában volt az első terhesség-megszakítás. Ez utóbbi kérdés alapján kívántuk meghatározni, hogy az egyes

korcsoportokban milyen arányban történt 18 évnél fiatalabb korban az első terhesség-megszakítás.

27) Volt-e Önnek terhesség megszakítása?

- a. igen
- b. nem

28) Hány terhesség megszakítása volt?

... alkalommal

29) Hány éves volt, amikor az első terhesség megszakítása történt?

Évek

fekvőbeteg szakellátás igénybevételét az elmúlt 12 hónapban egy vagy több éjszakát kórházi fekvőbetegként eltöltött napok száma (29>0) jelezte.

29. Az elmúlt 12 hónapban FEKVŐBETEGKÉNT hány napot töltött kórházban?

.....napot

- 0-365 – napok száma
- 888 – Nem tud válaszolni
- 999 – Nem kíván válaszolni

A HODEF2008 kérései között, az OLEF2003-ben még nem szereplő további két vizsgálaton való részvételről is információt gyűjtöttünk: az önkitöltős kérdőív 11. kérdése a **székletvizsgálatra**, a 12. kérdés pedig a **vastagbél/végbéltükrözésre** vonatkozott. Amennyiben a válaszadó a kérdezést megelőző 12 hónapban az adott vizsgálaton részt vett, a felsorolt indikációk közül egyet vagy többet is megjelölhetett.

11) Kérjük, karikázza be az alább felsoroltak közül azt a választ, amely leginkább jellemző Önre!

- a. Nem volt széklet vizsgálatom a megelőző 12 hónapban.

Volt-e széklet vizsgálatom az elmúlt 12 hónapban az alábbi ok miatt (többet is említhet):

- b. hasmenés.
- c. vérzés.
- d. szűrés.
- e. egyéb

12) Kérjük, karikázza be az alább felsoroltak közül azt a választ, amely leginkább jellemző Önre!

- a. Nem volt sem vastagbél, sem végbéltükrözésem az elmúlt 12 hónapban.

Volt vastagbél vagy végbéltükrözésem az elmúlt 12 hónapban az alábbi ok vagy okok miatt:

- b. véres széklet.
- c. széklet állagának megváltozása.
- d. hasi panaszok.
- e. fogyás.
- f. elváltozásra utaló ultrahang eredmény.
- g. egyéb

8.4 Eredmények

8.4.1. Populációs becslések

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

Az HODEF2008 felmérést megelőző 12 hónapban igénybevett, a felmérés kérdőívében szereplő valamennyi egészségügyi ellátásra vonatkozó igénybevételi arányokat külön-külön a három korcsoportban a nőkre az 37. táblázat, a férfiakra a 38. táblázat tartalmazza.

Szembetűnő, hogy a nőknél és a férfiaknál egyaránt, mindhárom korcsoportban igen magas, 90-95% volt a megelőző 12 hónapban alapellátást igénybevevők aránya. A járóbeteg szakellátást azonban a fiatal és a középkorú férfiak közül a nőkhöz viszonyítva jóval kisebb arányban vették igénybe: a női korcsoportokban ez az arány közel 75%, a férfiaknál 40-45% volt csupán. A magas női arány hátterében a nőgyógyászati szakrendelés illetve a terhesség gondozás aszimmetrikus igénybevétele állhat. Az időseknél mindkét nemnél 55% körüli arányt találtunk.

37. táblázat: A megelőző 12 hónapban egészségügyi ellátást igénybevevők aránya a bódmezővásárhelyi nők 3 korcsoportjában

	Nők					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
alapellátás	86,1	(79,6-90,8)	97,1	(94,4-98,6)	93,2	(87,5-96,4)
járóbeteg szakellátás	73,5	(65,9-79,9)	74,5	(69,1-79,3)	52,6	(44,1-61,0)
fekvőbeteg szakellátás	14,6	(9,8-21,1)	16,1	(12,2-20,9)	20,3	(14,3-28,0)
krónikus betegség ellátása	36,4	(29,1-44,4)	73,6	(68,1-78,4)	89,5	(83,0-93,7)
fogorvosi ellátás	55,6	(47,6-63,3)	38,7	(33,2-44,5)	20,3	(14,3-28,0)
pszichiátriai, pszichológiai ellátás	4,6	(2,2-9,4)	14,7	(11,0-19,3)	9,8	(8,4-13,5)
vérnyomásmérés	75,5	(68,0-81,7)	89,9	(85,8-92,9)	87,9	(81,2-88,0)
vércukorszint-mérés	52,0	(44,0-59,5)	71,4	(65,9-76,4)	69,0	(60,6-76,3)
koleszterinszint-mérés	45,6	(37,8-53,7)	68,4	(62,7-73,5)	62,8	(54,3-70,7)
székletvizsgálat ¹			10,7	(8,4-13,6)		
vastag- vagy végbéltükrözés ²			3,0	(1,9-4,8)		
nőgyógyászati vizsgálat 5 éven belül	90,7	(84,9-94,4)	86,3	(81,8-89,8)	44,6	(36,3-53,1)
citológiai vizsgálat 65 év alatt, 2 éven belül		71,0 (66,5-75,1)				
emlőrontgen 50 év felett, 2 éven belül					52,9	(47,0-58,7)
abortusz 18 éves kor előtt ³			1,8	(1,0-3,3)		

¹Az alacsony esetszám (60 fő) miatt nem történt korcsoportos bontás

²Az alacsony esetszám (17 fő) miatt nem történt korcsoportos bontás

³Az alacsony esetszám (10 fő) miatt nem történt korcsoportos bontás

Legalább egy éjszakát töltött kórházban a megelőző 12 hónapban a nők 15-20%-a – korcsoportonként emelkedő mértékben. A férfiaknál ez az arány a nőknél alacsonyabb volt: 6-16%, de ugyanakkor az életkorral párhuzamosan nagyobb emelkedést mutatott. Hasonló nemek (és korcsoportok) közötti különbség figyelhető meg a krónikus betegségek miatt orvoshoz fordulók arányában is.

Fogorvosi ellátást igénybe vett a kérdezést megelőző 12 hónapban a fiatal nők több mint 50%, a középkorúak közel 40%-a, az idősek 20%-a. Férfiaknál ezek az arányok 5-10%-al alacsonyabbak voltak. Míg a fiatal nők és férfiak 5-5%-a vett igénybe pszichiátriai vagy pszichológiai ellátást, addig a középső korcsoportban 15% és 8%, az időseknél pedig 10% és 4% volt ez az arány.

Vérnyomásmérést közel azonos arányban, 80-90%-ban végeztek az előző 12 hónapban a nőknél és a férfiaknál – a fiataloknál egy kicsivel alacsonyabb, az idősebbeknél kissé nagyobb arányban. Minden második fiatal nőnél végeztek vércukorszint ellenőrzést a kérdezést megelőző 12 hónapban. A középkorú és időseknél ez az arány 70%, míg a férfiaknál a három korcsoportban 50-55-60% volt. A megelőző 12 hónapban azok aránya, akiknél koleszterinszint meghatározás történt közelítőleg 50-70-60% volt a három női korcsoportban, míg a férfiaknál ez 50-50-60% volt.

38. táblázat: A megelőző 12 hónapban egészségügyi ellátást igénybevevők aránya a bódmezővásárhelyi férfiak 3 korcsoportjában

	Férfiak					
	18-34		35-64		65+	
	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)	%	(MT 95%)
alapellátás	92,8	(86,7-96,2)	89,5	(84,9-92,8)	95,6	(88,8-98,3)
járóbeteg szakellátás	39,7	(31,6-48,5)	46,7	(40,5-53,0)	57,3	(46,7-67,3)
fekvőbeteg szakellátás	6,1	(3,1-11,8)	8,5	(5,6-12,6)	16,5	(10,0-25,9)
krónikus betegség ellátása	30,7	(23,3-39,2)	59,4	(53,1-65,5)	80,5	(70,8-87,5)
fogorvosi ellátás	42,7	(34,4-51,5)	21,7	(16,9-27,3)	15,8	(9,6-24,9)
pszichiátriai, pszichológiai ellátás	4,6	(2,1-9,9)	8,7	(5,8-13,0)	3,5	(1,1-10,3)
vérnyomásmérés	88,2	(81,3-92,8)	86,4	(81,4-90,2)	92,3	(84,6-96,3)
vércukorszint-mérés	51,9	(43,2-60,6)	55,0	(48,7-71,4)	61,8	(51,2-71,4)
koleszterinszint-mérés	49,7	(41,8-58,4)	53,4	(47,0-59,6)	61,7	(51,1-71,3)
székletvizsgálat ¹			7,3	(5,2-10,2)		
vastag- vagy végbéltükrözés ²			2,3	(1,3-4,2)		

¹Az alacsony esetszám (33 fő) miatt nem történt korcsoportos bontás

²Az alacsony esetszám (11 fő) miatt nem történt korcsoportos bontás

A felmérést megelőző 5 év alatt a fiatal és középkorú nők mintegy 10%-a nem vett részt nőgyógyászati vizsgálaton. A méhnyakrák kimutatását célzó citológiai vizsgálaton részt vettek 65 év alatti nők aránya mintegy 71% volt (OLEF2003: 65%). Két éven belül végeztek emlőrontgen

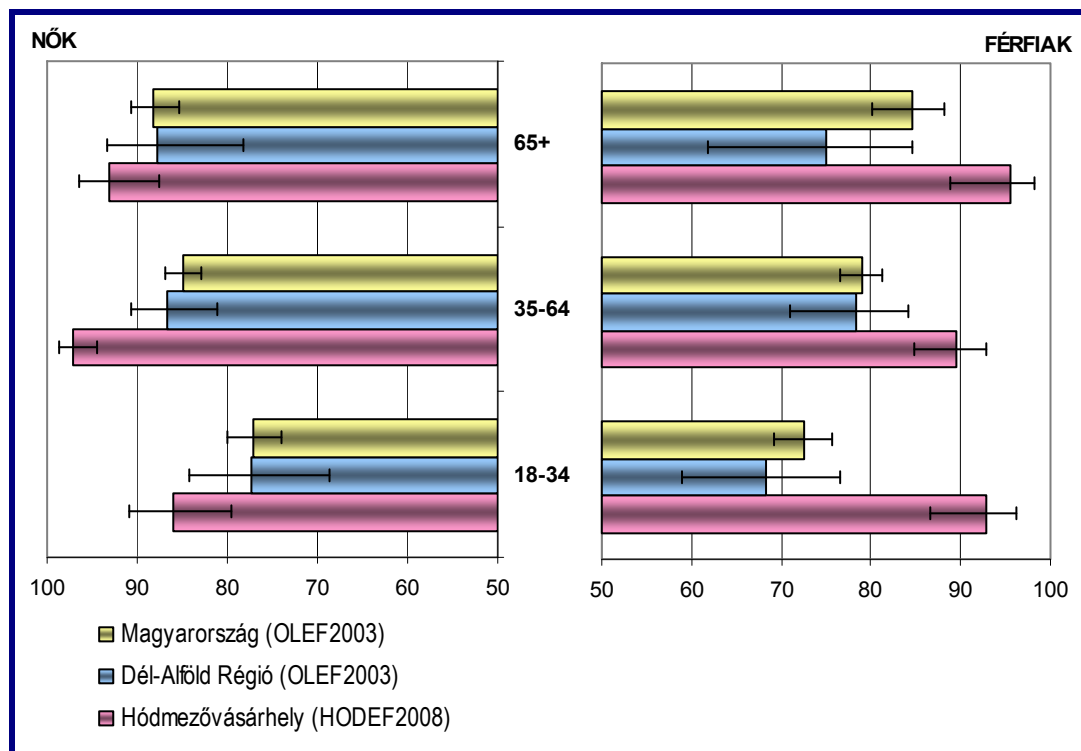
vizsgálatot a leginkább veszélyeztetett 50 éves illetve idősebb nők 53%-ánál (OLEF2003: 56%). A 18 év alatti terhesség-megszakításról számolt be a nők közel 2%-a.

A kérdezést megelőző 12 hónapban székletvizsgálaton részt vett a hódmezővásárhelyi lakosság 9%-a. A vizsgálat indikációjaként a férfiak 33%-a hasmenést, 3%-a vérzést, 31%-a szűrést, 34%-a egyéb okot említett. (Mivel indikációként többet is lehetett jelölni, az arányok összege meghaladhatja a 100%-ot.) A nők 12%-a hasmenést, 6%-a vérzést, 58%-a szűrést, 25%-a egyéb okot említett a vizsgálat indikációjaként.

Vastag illetve végbéltükrözés történt a lakosság 2,7%-ánál a megelőző 12 hónapban. Az említett indikációk aránya a következő volt: véres széklet 17,3%, széklet állagának megváltozása 10,5%, hasi panaszok 51,7%, fogyás 14%, elváltozásra utaló UH eredmény 4,2% és egyéb ok 20,4%. (Mivel többet is lehetett jelölni, az arányok összege meghaladhatja a 100%-ot.)

A hódmezővásárhelyi lakosság ellátási igénybevételének az országosan tapasztalt igénybevétellel való összevetése igen érdekes és fontos eredményeket szolgáltatott.

26. ábra: Alapellátást megelőző 12 hónapban igénybe vevők arányának térségi összehasonlítása

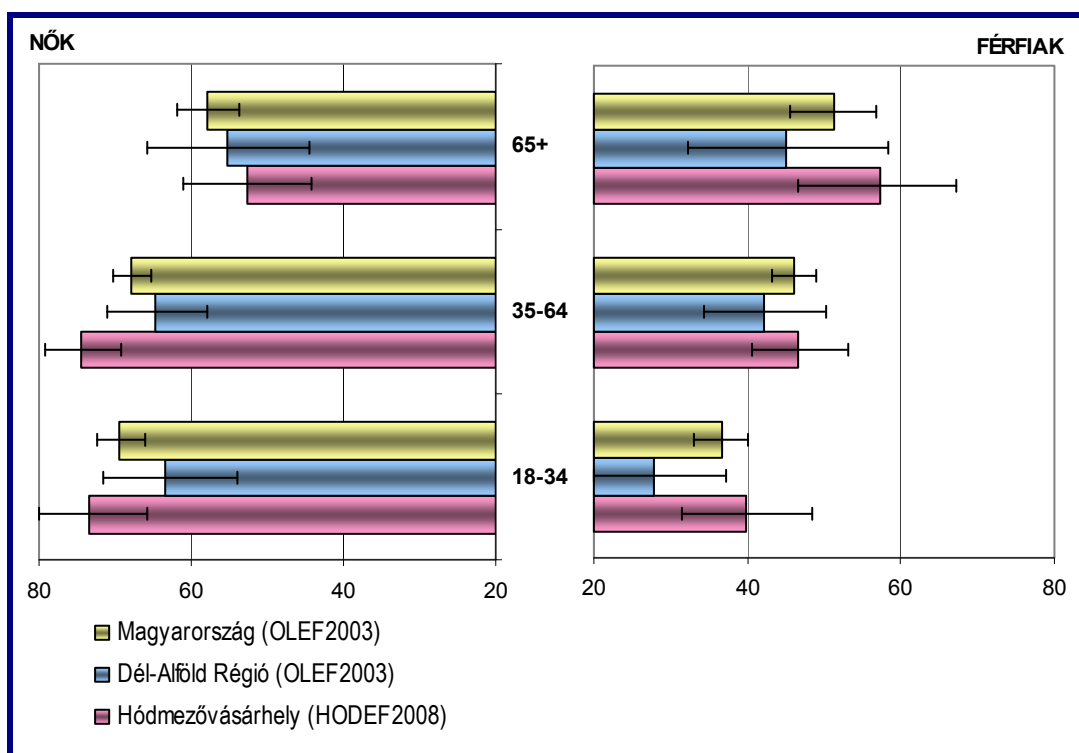


Mindhárom korcsoportban és mindkét nemből a hódmezővásárhelyi lakosság a Dél-Alföldi Régió illetve az ország lakosságánál magasabb arányban vette igénybe az **alapelátást** a kérdezést megelőző 12 hónapban. (26. ábra) Legszembetűnőbb eltérést a fiatal és az idősebb férfiak

csoportjában figyelhető meg, ahol 20%-ponttal nagyobb az arány a környező régióban tapasztaltnál.

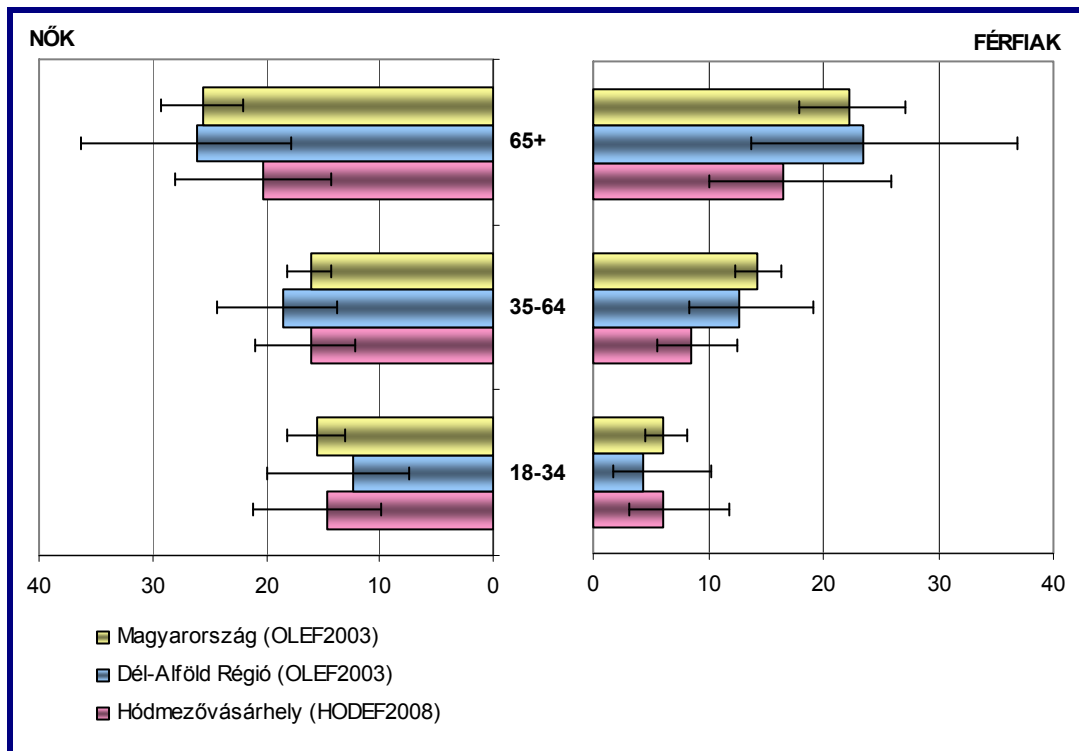
A **járóbeteg szakellátás** igénybevétele Hódmezővásárhelyen hasonlóan alakult, mint a többi térségben, a nemek között ugyanakkor az igénybevételben jelentős eltérést látható. (27. ábra) Az életkori csoportokban emelkedő mértékű a nők „előnye”, a járóbeteg ellátás igénybevétele a nőknél 1,9, 1,7 illetve 1,5-szöröse a férfiakénál. Ennek hátterében a nőgyógyászati szakrendelés illetve a terhesgondozás igénybevételének nemek szerinti asszimetriája állhat.

27. ábra: Járóbeteg szakellátást megelőző 12 hónapban igénybe vevők arányának térségi összehasonlítása



A **fekvőbeteg szakellátás** igénybevétele Hódmezővásárhelyen nem tért jelentősen más térségektől, bár az idősebb korosztályban némileg alacsonyabb értéket mutatott. (28. ábra) A nemek közötti eltérés itt is szembetűnő, és a kor előrehaladtával csökken.

28. ábra: Fekvőbeteg szakellátást megelőző 12 hónapban igénybe vevők arányának térségi összehasonlítása



8.4.2. Összefüggés-elemzések

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

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az HODEF 2008 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.
- Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** (kor)csoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhetők az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

Az egészségügyi ellátás igénybevételének és az azt befolyásoló tényezők összefüggéseit külön modelleztük az alapellátás, a járóbeteg szakellátás, a fekvőbeteg szakellátás és a krónikus betegségek ellátása esetében. A demográfiai és egyéb társadalmi-gazdasági befolyásoló tényezők kiválasztása a nemzetközi szakirodalom valamint az OLEF2003 eredményei alapján történt. Mindegyik ellátási formánál azt vizsgáltuk, hogy vajon a hódmezővásárhelyiek igénybevétele eltér-e az ország lakosságáétól, ha kiszűrjük az igénybevételt befolyásoló tényezőkben a város és az ország között tapasztalt valamennyi eltérést. Másképpen fogalmazva: vajon egy ellátás igénybevételében Hódmezővásárhelyre vonatkozó illetve országos arányok eltérése mennyire

vezethető vissza a befolyásoló tényezők eltéréseire. Az a különbség, amit e tényezők nem tudnak magyarázni, nevezhető-e a „helyi körülmények” okozta különbségnek, ez a hatás lefedi-e minden egyéb, az elemzésbe be nem vont tényező okozta hatást? Ilyen nem vizsgált tényező lehet a lakosság Hódmezővásárhely-specifikus életmódja, az egészséget jelentősen befolyásoló környezeti tényezők, az egészségügyi ellátórendszer adottságai, stb.

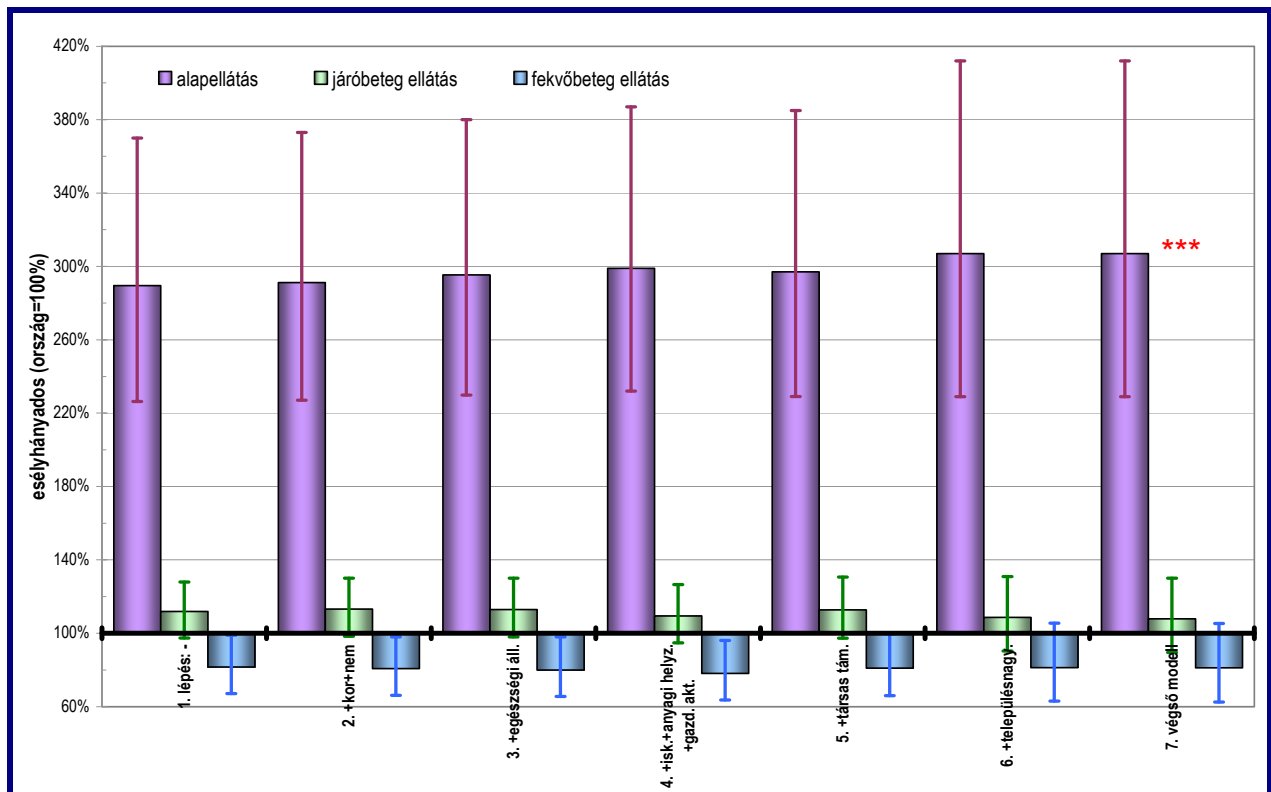
Minden összefüggés-elemzést 7, egymást követő lépésben hajtottunk végre. (Az elemzés részletei a Módszertani fejezetben, a 18. oldalon található.)

Az 1. lépésben megvizsgáltuk, hogy a nyers adatokat tekintve az ellátás igénybevételében Hódmezővásárhely eltér-e az országos „átlagtól”. A 2. lépésben kiegyenlítettük a két térség lakosságának kor és nem szerinti összetételében megtalálható eltéréseket. A 3. lépésben kiegyenlítettük a két térség lakosságának egészségi állapotában jelentkező eltéréseket. A 4. lépésben a lakosság iskolázottságában, gazdasági aktivitásában és anyagi helyzetében mutatkozó esetleges eltéréseket egyenlítettük ki. Az 5. lépésben a pszichoszociális környezetben jelentkező, a társas támogatással jellemzett térségi különbségeket egyenlítettük ki. A 6. lépésben a településnagyságból adódó térségi különbségek kiegyenlítése történt meg. Végül, a 7. lépésben a nem, az életkor, valamint az iskolázottság közötti esetleges interakció tesztelése történt meg, és a statisztikailag $p=0,01$ szinten szignifikáns hatások megtartásával véglegesítettük az összefüggéseket leíró modellt.

Az összefüggés-elemzésben az adott egészségügyi ellátás igénybevételének esélyét az ellátást a megelőző 12 hónapban legalább egyszer igénybe vevők és azt igénybe nem vevők arányának hányadosaként képeztük.

Jól ismert, hogy az ellátás igénybevételét a hozzáféréseken túl a térség lakosság demográfiai, szociális összetétele is meghatározza. Éppen ezért érdemes megvizsgálni, hogy a Hódmezővásárhelyen tapasztalt ellátási igénybevétel hogyan viszonyul az országosan mért igénybevételhez, ha a lakosság összetételében mutatkozó különbségeket statisztikai modellezés segítségével kiegyenlítjük. (29. ábra)

29. ábra: Különböző logisztikus regressziós modellekkel becsült egészségügyi ellátás igénybevételének térségi esélyei Hódmezővásárhelyen az országos értékhez viszonyítva



A 4. ábrán az egymást követő modellezési lépésekhez tartozó esélyhányadosokat ábrázoltuk oly módon, hogy annak esélyét, hogy valaki Hódmezővásárhelyen igénybe vette valamelyik ellátási formát az országos értékhez (100%) viszonyítottuk.

Az 1. lépésben az un. null-modellel kapott értékek alapján megállapítható, hogy az alapellátás igénybevételének esélye Hódmezővásárhelyen sokkal magasabb, az országos értéknek közel háromszorosa! A járóbeteg ellátásban az igénybevétel esélye 10%-al magasabb, míg a fekvőbeteg ellátásban a hódmezővásárhelyi igénybevétel esélye csupán 80%-a az országosan tapasztaltak.

A következő modellezési lépésekben az igénybevételt befolyásoló tényezők egymás után kerülnek bevonásra, azaz lépésenként kiegyenlítettük a vizsgált térségek között a lakosság összetételében megmutatkozó eltéréseket. A végső modellekben csupán az alapellátásbeli eltérés marad statisztikailag szignifikáns, ezért az összefüggés-elemzés eredményeit csupán erre vonatkozóan mutatjuk be. (Az ellátási igénybevétellel kapcsolatos, az egész országra érvényes összefüggések az OLEF2003 elemzéseiben található meg.) A fekvőbeteg ellátással kapcsolatban érdemes felhívni a figyelmet, hogy a „előny” a településméret bevonásáig (6. lépés) megmarad, utána már statisztikailag nem szignifikáns. Másképpen fogalmazva, Hódmezővásárhelyen kissé kevesebben

veszik igénybe a fekvőbeteg ellátást, de ez az alacsonyabb arány a hasonló méretű településekhez viszonyítva már statisztikailag nem igazolható.

Az összefüggés-elemzés eredményei alapján megállapítható, hogy az **alapellátás** igénybevételének esélyét számos tényező befolyásolta. (39. táblázat; a statisztikailag nem szignifikáns tényezőket sötétebbre színezett sor jelzi) Elsőként említendő, hogy annak esélye, hogy a kérdezést megelőző 12 hónapban alapellátást vettek igénybe Hódmezővásárhelyen, több mint háromszorosa volt az országos értéknek – függetlenül minden más vizsgált hatástól! A várakozásoknak megfelelően a nők, az idősebbek valamint a rosszabb egészségi állapotúak nagyobb eséllyel vették igénybe az alapellátást. A nem dolgozóknál az esély a dolgozókéknak csupán 80%-át tette ki. Az anyagi helyzet \cap alakú összefüggést mutat: a középső kategóriákban magasabb, a szélsőkben alacsonyabb az igénybevétel esélye.

39. táblázat: Alapellátás igénybevételének esélye a befolyásoló tényezők szerint

befolyásoló tényező	esélyhányados	p<	alsó 95%-os megbízhatósági határ	felső 95%-os megbízhatósági határ
<i>országos értékhez viszonyítva</i>				
Hódmezővásárhely	3,07	0,000	2,29	4,12
<i>férfihoz viszonyítva</i>				
nő	1,38	0,000	1,18	1,61
<i>fiatalhoz viszonyítva</i>				
középkorú	1,30	0,003	1,09	1,55
időskorú	1,67	0,001	1,25	2,22
<i>nem korlátozotthoz viszonyítva</i>				
enyhén/közepesen korlátozott	1,74	0,000	1,46	2,07
súlyosan korlátozott	3,68	0,000	2,11	6,40
<i>általános iskolát végzetthez viszonyítva</i>				
középiskolai végzettségű	1,06	0,615	0,84	1,34
érettségizett	1,08	0,524	0,85	1,36
felsőfokú végzettségű	1,15	0,351	0,86	1,55
<i>dolgozóhoz viszonyítva</i>				
nem dolgozik	0,79	0,011	0,66	0,95
<i>nagyon rossz anyagi helyzetben élőhöz viszonyítva</i>				
anyagi helyzete rossz	1,33	0,109	0,94	1,88
anyagi helyzete mérsékelten rossz	1,51	0,018	1,07	2,12
anyagi helyzete mérsékelten jó	1,42	0,042	1,01	2,00
anyagi helyzete jó	1,22	0,261	0,86	1,73
anyagi helyzete nagyon jó	1,11	0,605	0,75	1,64
<i>nem megfelelő társas támogatottságúhoz viszonyítva</i>				
társas támogatottsága megfelelő	1,09	0,554	0,82	1,43
társas támogatottsága teljesen kielégítő	0,87	0,237	0,68	1,10
<i>kevesebb, mint 3000 lakosú településen élőhöz viszonyítva</i>				
a településen legfeljebb 3000 lakos él	0,92	0,594	0,66	1,26
a településen legfeljebb 5000 lakos él	1,04	0,857	0,71	1,51
a településen legfeljebb 10000 lakos él	0,83	0,303	0,58	1,18
a településen legfeljebb 50000 lakos él	0,96	0,798	0,70	1,32
a településen több mint 50000 lakos él	1,09	0,590	0,79	1,50

8.5 Megbeszélés

8.5.1. Az eredmények értelmezése

Az egészségügyi ellátás hódmezővásárhelyi igénybevételének kiemelkedő sajátossága a Dél-Alföldi Régió és a többi régióhoz viszonyított magasabb arányban igénybevett alapellátás illetve, – bár statisztikailag nem igazolható – magasabb arányú járóbeteg és alacsonyabb arányú fekvőbeteg szakellátás. Feltételezhető ugyanakkor, hogy egy nagyobb HODEF2008 minta statisztikailag is megerősítette volna a fekvőbeteg ellátás alacsonyabb arányát. Kézenfekvő magyarázatként merül fel, hogy az alacsonyabb ellátási szinten nyújtott definitív ellátás csökkentette a sokkal költségesebb kórházi ellátás igénybevételét.

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az *igénybevétel* fenti térségi eltérései a lakosság azonos *szükségletének* és *igényének* feltételezése mellett érvényesek! Az összefüggés-elemzés során ugyanis kiegyenlítettük a vizsgált térségek (Hódmezővásárhely illetve Magyarország) lakosságának szükségleteiben és igényeiben jelentkező esetleges különbségeket. A szükségletek térségi eltéréseinek csökkentésére a korlátozottság mellett az egészségi állapotot leginkább meghatározó tényezők, a kor, a nem, az iskolázottság, a gazdasági aktivitás és az anyagi helyzetre vonatkozó adatok szolgáltak. Ez utóbbi három mutatót az igényekben jelentkező különbségek kiegyenlítéséhez is fel tudtuk használni. A szükségletek és az igények kiegyenlítésén túl, a *hozzáférés* lehetséges térségi eltérései is némileg csökkentek. Az abban szerepet játszó, az igénybevételre vonatkozó lakossági ismeretekben esetlegesen fennálló különbségeket tudniillik az iskolázottság szint kiegyenlítése ugyancsak csökkentette.

A magasabb alapellátási arány egyéb kedvező hatásai is felismerhetők. Egyrészt az egészségügy számára máshol kevésbé elérhető fiatal felnőtt férfiak meglepően magas arányban jelentek meg az alapellátásban (OLEF2003: 73%; HODEF2008: 93%). Ezáltal jelentősen jobb lehetőség nyílik a középkorú férfiakat leginkább veszélyeztető betegségek megelőzésére. Az alapellátás és a járóbeteg szakellátás magasabb arányú igénybevétele további egészségnyereséget jelenthet a hódmezővásárhelyi lakosságnak azáltal, hogy a szűréseken magas arányban vesznek részt. Ezt támasztja alá a HODEF2008 által kimutatott magas arányban elvégzett vérnyomás, vércukorszint, koleszterinszint ellenőrzés, illetve citológiai és mammográfiás vizsgálat a nőknél.

Érdemes felhívni a figyelmet az ellátási igénybevételében tapasztalt életkori és a nembeli eltérésekre. A bonyolult hatásrendszer hátterében elsősorban a magyar társadalom fejlődésének sajátosságai vélelmezhetők. Az életkori hatásokra, vagyis hogy az életkor előrehaladtával egyre

több ellátásra van szükség, ráépül a nők utóbbi évtizedekben felgyorsult társadalmi-gazdasági emancipációjának és az iskolázottság szintjének általános emelkedésének hatása. E hatások együttesen határozzák meg a különböző lakossági csoportok egészségügyi ellátási szükségleteit és ellátási igényeit, valamint – a szolgáltatásokhoz való hozzáférés adott keretei között – az igénybevételt.

8.5.2. Az eredmények felhasználhatósága

A felmérés eredményeiből kiinduló célzott elemzések alapján kijelölhetők azok az egészségügyi fejlesztési prioritások, amelyek a korlátozott erőforrások hatékonyabb felhasználását eredményezik Hódmezővásárhelyen. Költség-hatékonysági elemzések segítségével pl. meghatározható az erőforrásoknak a szükségelthez igazított, az ellátás különböző szintjeire vonatkozó elosztási aránya.

A demográfiai és a társadalmi-gazdasági befolyásoló tényezők hatásainak ismeretében olyan hatékonyabb egészségfejlesztési programok indíthatók, amelyek figyelembe véve a különböző társadalmi csoportok sajátosságait sikeresen csökkenthetik az egészségügyi ellátó rendszer terhelését, és ezáltal a lakosság egészségének javítására lekötött erőforrásokat.