

Egészségfelmérés (ELEF), 2009



A tartalomról

1 Fókuszban az egészség

1 Főbb megállapítások

1 Az egészség önértékelése, vélt egészség

2 Mennyit tehetünk egészségünkért?

2 Egészségi állapot miatti korlátozottság

3 Prevenció

4 Betegségek, gyógyszeresedés

4 Balesetek

4 Egészségügyi ellátások igénybevétele, elégedettség

5 Alternatív gyógymódok, kezelések

5 Egészség-magatartás

7 Összefoglalás

Fókuszban az egészség

Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya.¹ A lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészség egyike az alapvető emberi jogoknak. Meghatározza az egyes emberek életét, életminőségét éppúgy, mint a társadalom jólétermelő képességét, ezért az egészségmegőrzés, egészségfejlesztés hatékonyságának növeléséhez szükséges információk meglétének, elérhetőségének jelentősége egyre jobban felértékelődik.

Az egészséggel kapcsolatos információk egy része kizárólag kérdőíves lakossági egészségfelmérések segítségével szerezhető meg, hiszen az egészségügyi intézményektől kapott adatok nem adnak képet – többek között – az egészséget befolyásoló életmódbeli és társadalmi tényezőkről, a lakosság egészségre fordított kiadásairól, illetve az egészségügyi ellátórendszerrel való elégedettségéről. Az adatgyűjtések során arra is fény derül, hogy a válaszadók milyen gyakorisággal találkoznak orvosukkal, fogorvosukkal, részt vesznek-e rendszeresen a szűrővizsgálatokon, mit tesznek egészségükért (mozgás, tudatos táplálkozás), valamint az

egészségkárosító szokásokról (dohányzás, alkoholfogyasztás) is beszámolnak.

Az utóbbi két évtizedben három reprezentatív, országos kérdőíves felmérést hajtottak végre az egészségügy terén, 1994-ben a Központi Statisztikai Hivatal vezetésével, majd 2000-ben és 2003-ban az Országos Epidemiológiai Központ szakmai felügyeletével. Az eredmények összehasonlíthatósága azonban korlátozott, mivel a vizsgált populációból vett minta, a kérdések és a válaszlehetőségek egy része eltérő volt. Az egészség önértékelésének szubjektivitása miatt ez a módszer sem elégséges önmagában a lakosság tényleges egészségi állapotára vonatkozó megállapításokhoz. Szükséges továbbá a háziorvosi, illetve egyéb egészségügyi intézményi statisztikák ismerete, figyelembevétele, majd az említett kétféle forrásból származó információk együttes elemzése is.

Az uniós 2008–2013-ra vonatkozó egészségügyi programjának egyik legfontosabb célkitűzése, hogy összehasonlítható adatokkal szolgáljon az európai polgárok egészségi állapotáról. E cél érdekében az EU nagy hangsúlyt helyez az egészségügyi mutatók kidolgozására, valamint az adatgyűjtésekkel kapcsolatos tevékenységekre. Az Európai Parlament és Tanács 2008 decemberében hatályba lépett rendelete² előírja a lakossági kikerdezésen alapuló egészségi állapot-felmérés végrehajtását a tagországokban. A tervek szerint az egységes módszertani előírások alapján lebonyolított felmérések öt évente megismétlődnek, így uniós szinten is összehasonlítható információkhoz juthatunk a lakosság egészségi állapotának és életmódjának alakulásáról.

Magyarországon 2009 őszén – a Központi Statisztikai Hivatal irányításával³ – került sor az első, nemzetközileg standardizált Európai lakossági egészségfelmérésre (ELEF), melyhez a válaszadóknak egy kisebb csoportján az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) táplálkozási és tápláltsági állapot vizsgálatot is lefolytatott.

Az ELEF keretében 2009-ben a 15 éves és idősebb népességet vizsgáltuk. Az eredmények tehát a 14 éven felüli, magánháztartásban élő személyek egészségi állapotát és életmódját jellemzik, ugyanis a 15 év alattiak és az intézetben élők kimaradtak a felvételből.

Főbb megállapítások

1. Az egészség önértékelése, vélt egészség⁴

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

¹ WHO-definíció.

² Az Európai Parlament és a Tanács 1338/2008/EK rendelete a népegészségre és a munkahelyi egészségre és biztonságra vonatkozó közösségi statisztikáról.

³ A felmérésről részletesen: www.ksh.hu/elef

⁴ A vélt egészség az egyének önértékelésén alapul, vagyis azon, hogy milyen a véleményük a saját egészségi állapotukról. Nem függ össze szorosan a tényleges, orvosilag igazolt diagnózissal, megítélését befolyásolja az egyén társadalmi, gazdasági, kulturális helyzete (pl. iskolai végzettsége, foglalkozása, jövedelme, lakóhelye stb.), mégis a nemzetközi gyakorlatban a kérdés elfogadott és rendszeresen alkalmazott eszköze a lakosság egészségi állapotára vonatkozó vizsgálatoknak.

A vélt egészség nemenként, 2009

1. tábla

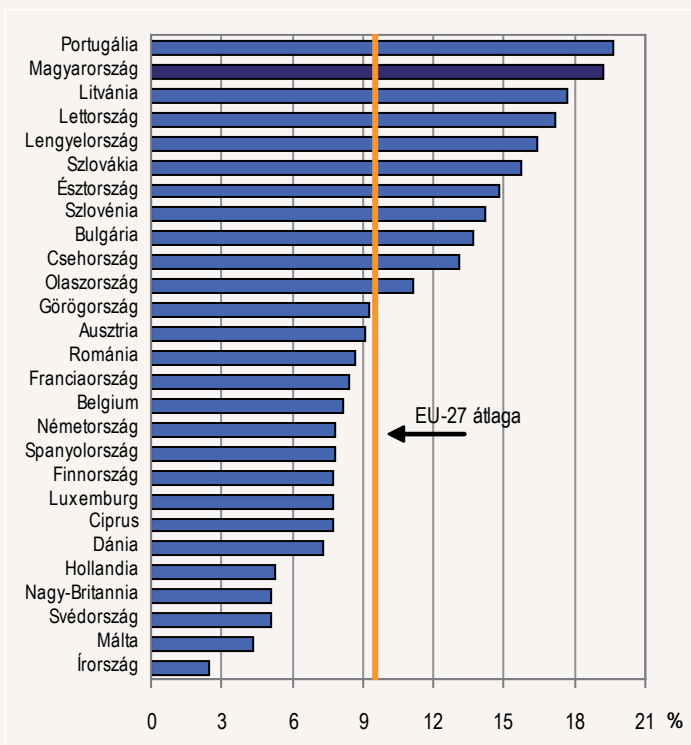
(%)			
Milyen az Ön egészsége általában?	Férfi	Nő	Összesen
Nagyon jó, jó (együtt)	58,9	50,0	54,2
Kielégítő	29,4	32,7	31,1
Rossz, nagyon rossz (együtt)	11,7	17,3	14,7

Az egészségi állapot az életkor növekedésével általában romlik. Míg a fiatalabb válaszadók (15–35 év közöttiek) 87%-a érzi magát jól, az idősebbek körében már sokkal kevesebben állítják ezt. A 65 éven felüliek 35%-a és a 75 éven felüliek 40%-a elégedetlen az egészségével.

A magyarországi arány lényegesen magasabb értéket mutat az EU-27 országainak átlagánál, ahol a lakosság mindössze 9,5%-a tartja rossznak/nagyon rossznak az egészségét. A jelenleg rendelkezésre álló, nemzetközi összehasonlításra alkalmas, alapvetően az életkörülményeket vizsgáló (Statistics on Income and Living Conditions) SILC-felmérés 2008. évi adatai szerint a magyar lakosságban 19,2% az egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak tartók együttes aránya. A véleményformálásban minden bizonnyal szerepet játszanak bizonyos társadalmi és szociokulturális tényezők, tradíciók, amelyek hatása igen eltérő lehet a különböző nemzetek lakosainak mentalitására, értékrendjére, válaszára. Miközben a magukat betegnek gondolók arányát tekintve az utolsó előtti helyen állunk, az egészségüket nagyon jónak tartók aránya alapján 8 országot sikerült magunk mögé utasítani, köztük pl. Németországot is.

Az egészségüket rossznak tartók aránya, 2008

1. ábra



A lakosság vélt egészségéről Magyarországon először 1994-ben készült felmérés, de az összehasonlítást korlátozza, hogy az akkori kérdés még csak négy válaszlehetőséget tartalmazott. A megkérdezett 15–64 éves népesség körében 18,4% volt az egészségüket nagyon jónak és 2,5% a nagyon rossznak tartók aránya. A 2009. évi felmérésben részt vevők korcsoportját a 15 évvel azelőtti meghatározáshoz igazítva, megállapíthatjuk, hogy némileg javult az elégedettség, mivel az ELEF-ben kissé magasabb volt a nagyon jó és alacsonyabb a nagyon rossz kategóriát megjelölők hányada.

2000-ben a jó és nagyon jó válaszok aránya a férfiaknál 48, a nőknél 39% volt, míg 13, illetve 18,5%-uk rossznak vagy nagyon rossznak tartotta az egészségét. 2003-ban a pozitívan vélekedők aránya nőtt: jónak vagy nagyon jónak ítélte az egészségi állapotát a férfiak fele, a nők 41%-a, ezzel szemben a rossz vagy nagyon rossz minősítés a férfiaknál változatlanul 13% volt, a nők körében viszont emelkedett az arány, ugyanis 21%-uk jelölte meg a negatív válaszlehetőségeket.

2. Mennyit tehetünk egészségünkért?

Az egészséget befolyásoló tényezők közül az egyének lehetőségeinek, felelősségének megítélésében a válaszadók többsége egyetért azzal, hogy a biológiai adottságokon kívül főleg a hozzáálláson, az egészség megőrzésére tett erőfeszítéseinken múlik egészségünk. A férfiak 77,2%-a így vélekedik, a nők ennél valamivel pesszimistábbak: egynegyedük érzi úgy, hogy csak keveset vagy semmit sem tehet egészségéért.

Az arányok a megelőző felmérés óta jelentősen javultak, ami arra utal, hogy a lakosság, ezen belül elsősorban a nők egyre jobban felismerik az egészségtudatos magatartás fontosságát. Korábban a nők 33%-a, a férfiak 25%-a állította azt, hogy az egészségéért nem sokat vagy semmit sem tehet.

Az egyén szerepének megítélése az egészség megőrzésben, 2009

2. tábla

(%)			
Ön mennyit tehet az egészségéért?	Férfi	Nő	Összesen
Nagyon sokat, sokat (együtt)	77,2	74,3	75,6
Keveset, semmit (együtt)	22,8	25,7	24,4

A férfiak nagyobb hányada van tisztában az egészséges életmód fontosságával, körükben mégis jóval magasabb azoknak az aránya, akik ritkábban keresik fel orvosukat, vagy egészségkárosító életmódot folytatnak.

3. Egészségi állapot miatti korlátozottság

Amennyiben az egyén (testi, lelki, szociális szempontú) egészségét aszerint határozzuk meg, hogy mennyire tud különböző tevékenységeket végrehajtani, akkor az egészségi állapot a korlátozottság mérése, mértéke által is leírhatóvá válik.

Arra a kérdésre, hogy „Az elmúlt hat hónapban korlátozta-e valamilyen egészségprobléma a mindennapi tevékenységek elvégzésében, és ha igen, milyen mértékben?” a felnőtt lakosság 8,6%-a számolt be súlyos korlátozottságról. A nők nagyobb arányban érzik magukat korlátozottnak, mint a férfiak, ami megegyezik azzal, hogy az egészségi állapotukat általánosságban is rosszabbnak minősítették. A válaszadók mintegy egyharmada enyhe mértékűnek ítélte a korlátozottságát, többségüket azonban az esetlegesen fennálló krónikus betegség sem akadályozta a mindennapi életben.

A mindennapi tevékenységben való korlátozottság, 2009

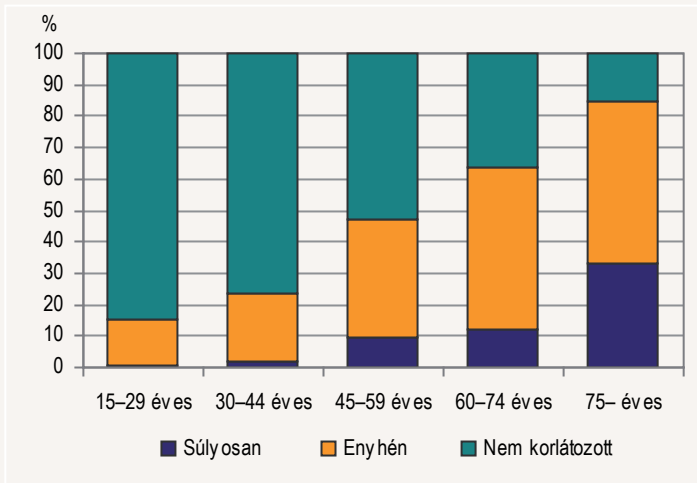
3. tábla

(%)			
Milyen mértékben korlátozta az elmúlt 6 hónapban fennálló egészségi probléma a szokásos mindennapi életvitelében?	Férfi	Nő	Összesen
Súlyosan korlátozta	8,1	9,1	8,6
Korlátozta, de nem súlyosan	28,5	36,0	32,5
Nem korlátozta	63,4	54,9	58,9

A korlátozottság előfordulása korcsoportonként is nagyon különböző. A 15–29 évesek 85%-a egyáltalán nem érzi magát korlátozottnak, a középkorúak (45–59 évesek) közül már csak 53%, míg a 65 és a 75 éven felüliek korcsoportjaiban a korlátozottság nélkül élők aránya mindössze 36 és 15%, ezzel párhuzamosan a súlyosan korlátozottak aránya már 23, illetve 33%-ra emelkedik.

2. ábra

A korlátozottság előfordulása korcsoportonként, 2009



A felmérésben külön kérdés szerepelt a **krónikus betegségek** számbavételéről. Az adatok összevetéséből az derült ki, hogy a tartós betegség megléte még nem feltétlenül jelent korlátozottságot a mindennapi életben, de az is, hogy előbb-utóbb mindkinél jelentkezik egy hosszan tartó egészségi probléma (a nyugdíjasok 93%-a választotta ezt).

4. tábla

A krónikus betegségben szenvedők aránya, 2009

Van-e Önnek krónikus betegsége, vagy hosszan tartó egészségi problémája?	Férfi			Nő			Összesen		
	Férfi			Nő			Összesen		
Van	64,6	72,8	69,0	35,4	27,2	31,0			
Nincs	35,4	27,2	31,0	64,6	72,8	69,0			

A férfiak kétharmadának, a nők közel háromnegyedének van tartós betegsége, olykor egyszerre több is, de ezek egy része olyan, amit a megfelelő gyógyszeresedés, kezelés, életmód tünetmentessé tud tenni, és nem okoz gondokat a mindennapi életben.

Az **érzékelésben**, illetve a **mozgásban korlátozottak** egy része viszonylag gond nélkül képes az önálló életvitelre, mások csak nehezen vagy csak segítséggel. A felmérés a korlátozottságra vonatkozó kérdéseket egyenként az egyes képességekre is feltette. A többváltozós elemzések majd képet adnak arról, hogy összességében a népességben milyen arányban fordulnak elő a különböző súlyosságú egészségproblémák, illetve az ebből eredő, társadalmi beilleszkedést akadályozó élethelyzetek, valamint mekkora a teljesen magatehetetlen, gondozásra szoruló és a részlegesen korlátozottak aránya.

A férfiak 46, a nők 61%-a hord szemüveget vagy kontaktlencsét, ennek ellenére a lakosság 10%-a nagy távolságból (az utca másik oldaláról) már nem látja jól mások arcát, 18%-a nehezen vagy egyáltalán nem látja a nyomtatott betűket az újságban. A súlyos látássérültek aránya 1–2% körüli, hasonlóan a 2003-ban mért értékhez. Az eltérés korcsoportonként igen jelentős: a 35–64 év közöttiek mintegy 17%-a, a 65 éven felüliek 35%-a nem látja jól a nyomtatott szöveget, az utca túloldalán haladó ismerősét

nem vagy csak nehezen ismeri fel a 35–64 éves korosztály 7%-a és a 65 évnél idősebbek közel egynegyede.

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

A férfiak egytizede, a nők 17%-a nehezen vagy alig tud eljutni 500 m távolságra sík terepen, segédeszköz, segítség nélkül. A 35–64 évesek körében még csak 10%-nak, a 65 éven felüliek között már 43%-nak jelent ez gondot, és 15% azoknak az aránya, akik erre már egyáltalán nem képesek. Problémát okoz a lépcsőn való közlekedés, a lehajolás, letérdelés a férfiak 11%-ának és a nők 20%-ának. Nem tud a lépcsőn egy emeletet felmenni a 65 éven felüliek 15%-a, és 33%-uk említi, hogy ez a tevékenység számára kisebb-nagyobb nehézséggel jár. Egy 5 kilós bevásárlókosár cipelése 10 méteren keresztül a megkérdezettek 15%-ának (a férfiak 8,6 és a nők 20,7%-ának) jelent gondot, sőt 6%-uk teljesen képtelen rá. A cipekedés nehézsége is főleg az idősebb életkorban jelentkezik. A finom mozgások elvégzése, kis tárgyak ujjal történő megfogása a férfiak 4, a nők 7%-ánál okoz nehézséget.

Súlyos mértékű korlátozottságot jelent az emberek számára az önállóságra való képtelenség. A felmérés adatai szerint **önellátásában korlátozott** a felnőttkorú lakosság 5–10%-a. Van, akinek a táplálkozás is gondot jelent, és csak segítséggel képes enni (5,1%), másoknak az ágyba való lefekvés, az onnan való felkelés (10,4%), vagy a székre leülés, onnan felállás (9,8%) okoz nehézséget. Az öltözéssel sem tud egyedül megbirkózni a válaszadók 8,5%-a, míg a WC-használattal 6%, a fürdéssel zuhanyozással kapcsolatos problémát 9%-uk említi. Természetesen a felsorolt gondok nem mindegyike fordul elő mindenkinél, de bizonyos problémák együttes előfordulása is gyakori. Az önellátási képesség hiánya, zavarai olyan súlyos, tartós problémát jeleznek, amelyek az érintettek mindennapos gondozását teszik szükségessé. A funkcionalitás csökkenése nemcsak az egyén, hanem a család, tágabb közösség számára is jelentős terhet jelent, az ellátórendszer iránti igényeket is jelzi.

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

A megkérdezettek egy részének az önellátás még nem, de a **napi teendők elvégzése** már kisebb-nagyobb gondot jelent.

A házimunka – egészségi állapota vagy idős kora miatt – nehézséget okoz a lakosság 17%-ának. A könnyű házimunkát ugyanezen okból érzi nehéznek 7%-uk, és változó mértékben, de segítségre van szüksége a válaszadóknak a hivatalos ügyek intézése, a bevásárlás, a főzés, a telefonálás során is. A fentiek közül legalább egy tevékenységhez igénybe tudott venni valamilyen segítséget a rászorulóknak 81%-a, ami nagy többségüknek elegendő is volt. Az önellátáshoz hasonlóan azonban 5%-uknak még több segítségre lett volna szüksége a háztartásban. A nehézségekkel küzdők egyötödének egyáltalán nincs támasza a napi teendők elvégzésében.

4. Prevenció

Adataink azt mutatják, hogy a lakosság nagy része rendszeresen részt vesz szűrővizsgálatokon, ellenőriztetni vérnyomását, vércukor- és koleszterinszintjét. Mintegy 95–96%-os azoknak az aránya, akiknek a vérnyomását már mérte egészségügyi dolgozó, és ezen belül közel 75% azoké, akiket egy éven belül ellenőrizték. A nők és férfiak között nincs lényeges eltérés ebben a tekintetben. Nincs információnk arról, hogy hányan vannak, akik otthoni vérnyomásmérőt használnak, de feltételezhető, hogy az egészségügyi személyzet felügyelete nélkül történő mérési lehetőségeket is figyelembe véve még nagyobb azoknak a köre, főleg az idősebb korosztályban, akik rendszeresen ellenőrzik vérnyomásukat.

Összességében a lakosság 65%-a volt koleszterinszint-mérésen élete során, ebből közel 70%-os arányban vannak azok, akik egy éven belül. A nők részvételi aránya néhány százalékkal magasabb, mint a férfiaké.

A nőknek mindössze 51%-a vett részt mammográfiás vizsgálaton, 19%-uk az elmúlt évben, 22%-uk kevesebb, mint három éve, és 10,5%-uk három évnél is régebben. Minthogy ezt a szűrővizsgálatot a 45 év felettieknek ajánlják elsősorban, a részvételi arány a 45–64 éves korcsoportban kiemelkedő, majd lecsökken. A 45–64 éves nők kétharmada egy vagy két éven belül volt ilyen vizsgálaton, 18%-uk ennél régebben. A vizsgált korosztály 16%-a még soha nem vett részt emlőrák-szűrővizsgálaton, bár ez az arány jelentősen javult az utóbbi években, a 2003-as felmérésben még 30% körüli volt. A méhnyakrák-szűrési célú citológiai vizsgálaton a 45–64 éves korú nők 84%-a vett részt, 60%-uk három éven belül járt orvosnál. Legtöbbször (közel 80%) a háziorvos javaslatára, vagy országos, illetve helyi szűrőprogram keretében, megelőzőképpen vettek részt a vizsgálaton. A népesség 26%-a kapott influenza elleni védőoltást, 60%-uk egy éven belül, a nyugdíjasok körében megközelíti a 80%-ot ez az arány.

5. Betegségek, gyógyszeresedés

A lakosság általános egészségi állapotára következtethetünk különböző betegségek előfordulási gyakoriságából. A kérdőívben felsorolt 25 egészségprobléma közül vezető helyen a magas vérnyomás, a mozgásszervi és a szív- és érrendszeri betegségek csoportja áll. Ezt a tényt az ellátórendszerből nyert morbiditási adatok is alátámasztják. Az életkor előrehaladtával a betegségek prevalenciája lényegesen emelkedik, kivétel ez alól az asztma, az allergia és az erős, migrénes fejfájás, melyek megjelenése a fiatalabb korosztályokban gyakoribb.

A **magas vérnyomás** előfordulási aránya a 15 éven felüli lakosság körében 32% körüli, a megkérdezettek 27%-a orvos által felírt gyógyszert is szed betegségének karbantartására. 2003-ban a megkérdezettek 29%-a jelzett ilyen problémát. A magasvérnyomás-betegség az időskorral az emberek egyre nagyobb hányadánál jelentkezik, a nyugdíjasok körében eléri a 65%-ot.

A **mozgásszervi betegségek** közül a megkérdezettek több mint 27%-a jelölte meg a reumát, ízületi gyulladást, 24%-a az ízületi kopást, 31%-a panaszkodott derékfájásról vagy valamilyen krónikus gerincproblémáról. A nyak-, hát- és gerincelváltozások együttes említése majdnem eléri az 50%-ot. A csonttritkulás is a népbetegségek közé tartozik, főleg az idősebbek körében. A csontszerkezet károsodásáról az érintettek nem is mindig tudnak, említési aránya a felmérésben 8%-os volt.

A **szívbetegségek** összesített előfordulási gyakorisága eléri a 30%-ot, bár az önbevallás miatt nem igazán különíthetők el a különféle betegségek, feltételezhető, hogy a szívbetegségre adott válaszok között jelentős átfedés van. A gyógyszeresedés okaként a szívbetegséget nevezi meg a lakosság 16%-a, ezek szerint legalább ennyi a krónikus szívbeteg aránya.

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

A **cukorbetegséget** a megkérdezettek 8% körüli arányban említik, az érintettek 78%-a gyógyszert szed, 61%-uk cukorbeteg-diétát követ. Az időskorral a diabétesz kockázata is jelentősen növekszik, a nyugdíjasok 18%-a jelezte ezt az egészségproblémát.

A különböző **allergiás megbetegedések** is magas előfordulási gyakoriságot mutatnak (16%), de az allergiások 84%-a fordult ezzel orvoshoz, és csak 5%-uk szed orvos által előírt gyógyszert, míg mások (kb. 2%) a recept nélkül kapható készítményekben bíznak vagy más módon védekeznek (pl. kerülnek az allergiát okozó helyzeteket, ételeket).

Az **asztma és a krónikus hörghurut** egyaránt 6,4%-os arányban szerepel az említett egészségproblémák között. A megkérdezettek 3,5%-a az asztmája, 4,5% krónikus bronchitise miatt szed orvos által felírt gyógyszereket.

A **krónikus depresszió**ról panaszkodik a megkérdezettek 6%-a, **egyéb mentális betegség** több mint 3%-ban fordul elő. Ugyanennyi az említett betegségek miatt gyógyszeres kezelésben részesülők aránya is, ez összesen megközelíti a 10%-ot, ami figyelmeztet arra, hogy a mentális zavarok

is a leggyakoribb betegségek közé tartoznak. Figyelemre méltó ezen kívül, hogy 6% körüli a rendszeresen altatót szedők aránya, ami feszültségre, nyugtalanságra, szorongásra és stresszre utal. A megkérdezettek 20%-a jelezte, hogy sokat idegeskedik és gyakran érzi magát kimerültnek, folytonos fáradtságra pedig egyharmaduk panaszkodott.

6. Balesetek

A balesetek aránya viszonylag csekély: legnagyobb arányban (4,2%) az otthoni balesetek fordultak elő, ezek 78%-a egészségügyi ellátást igényelt, míg a 2,1%-os arányú közlekedési baleseteknek csak 64%-a. Szabadidős tevékenység közben sérült meg a válaszadók 2,6%-a, az iskolai és munkahelyi balesetek aránya mindössze 1,3 és 0,2%.

7. Egészségügyi ellátások igénybevétele, elégedettség

A háziorvosi, fogorvosi, szakorvosi, kórházi ellátásokról általában a megkérdezettek 87–97%-a nyilvánított véleményt.

A **háziorsót** a lakosság 76%-a rendszeresen, évente legalább egyszer felkeresi, a válaszadók 39%-a csak egyszer-kétszer, a többiek ennél gyakrabban (a betegek évente átlagosan 8 alkalommal jelennek meg orvosuknál, míg 1994-ben 5-ször fordultak orvoshoz). A válaszadók legnagyobb mértékben a háziorvosokkal vannak megelégedve (83% elégedett vagy nagyon elégedett és csak 5% elégedetlen), egy ötfokozatú skálát alapul véve 4,05-re értékelték a szolgáltatás minőségét.

A **fogorvosát** a többség legalább két évente felkeresi. Egy éven belül fordult fogorvoshoz a lakosság 38%-a (a férfiak 35, a nők 40%-a), de több mint 20% azoknak az aránya, akik öt évnél is régebben jártak a fogászaton (1,3% soha nem találkozott fogorvossal). A férfiak 65, a nők 60%-a nem járt egy éven belül fogorvosnál. Ezek az arányok a 2003. évi egészségfelmérésben 66 és 57%-osak voltak. Fogorvosával a lakosság nagyrészt elégedett, bár a felmérésben nem vizsgáltuk külön a magánpraxisban dolgozókat és az állami egészségügyben tevékenykedőket, bizonyára jelentős eltérések húzódnak meg a 3,87-es átlag mögött. A SILC-felmérés szerint a lakosság 8,6%-a, az Európai Unió átlagánál (7,5%) több beteg halasztotta, mulasztotta el a fogorvosa felkeresését, holott szüksége lett volna a kezelésre. Leggyakrabban anyagi okok miatt, illetve félelemből maradtak távol a betegek mind hazánkban, mind a többi tagországban, de sokan reménykedtek abban is, hogy a probléma magától megoldódik, a fájdalom elmúlik. A legmagasabb értéket Bulgáriában regisztrálták, ahol az emberek több mint 20%-a panaszai ellenére sem jelent meg fogorvosi vizsgálaton, ezen belül 15% volt azoknak az aránya, akik nem tudták megfizetni az ellátást.

A **kórházi ellátást** az elmúlt egy éven belül a válaszadók 14,3%-a vette igénybe fekvő betegként, legalább egy éjszakát a kórházban töltve. Egnapos ellátásban (amikor nem kellett a kórházban aludnia) 9%-uk részesült, egyharmaduknál erre egy éven belül többször is sor került. Az is előfordult, hogy nem került kórházba a betegek 4%-a, bár az orvos ezt javasolta. A legtöbbször (25%) időhiány miatt halasztották el a szükséges orvosi kezelést, egyötödük félt a beavatkozástól, egytizedük pedig a várólista hossza miatt nem tudta igénybe venni a szolgáltatást. Csupán a negyedik helyen említették az elmaradt kórházi ápolás indoklásául azt, hogy nem tudták megfizetni. A kórházi ellátásokat csak a lakoságnak alig fele (48%) tartja jónak, 20%-uk kisebb-nagyobb mértékben elégedetlen. A férfiak és a nők közel hasonlóan vélekednek a kórházi ellátásról, összességében a legalacsonyabb értéket, 3,31-et adtak e kérdésre.

A felnőttek közel 60%-a keresett fel **szakorvost** az egy évre visszatekintve. Azok a betegek, akik valamiért mégsem jelentek meg a szakrendelésen (12%), bár szükségük lett volna rá, indokként elsőként szintén az időhiányt jelölték meg, másodikként a halogatást („várni akartam, hátha magától elmúlik”), majd a várólistát és az orvostól vagy a kezeléstől való félelmüket említették. A szakorvosokkal 64%-ban elégedettek, 12%-ban elégedetlenek voltak, 24%-uk közepesnek ítélte a szolgáltatást, ezzel 3,59-es átlagpontszámot ért el a **járóbeteg-ellátás**.

Az otthoni ápolás igénybevétele összességében kb. 4–7%-os volt a válaszadók körében, de ennél valószínűleg jóval többen vannak, akiket fizetett gondozók vagy családtagjaik ápolnak, vagy intézményekben élnek és a kikérdezésben emiatt nem vehettek részt. Az otthoni ápolásról, mivel csak viszonylag kevesen érintettek, mindössze 35%-nak volt véleménye. Az elégedettség viszonylag magas volt (60%), 3,6-et kapott a válaszolóktól. A megkérdezettek 50%-a nyilvánította ki véleményét a **sürgősségi mentőszolgálattal** és a **betegszállítással** kapcsolatosan, a mentősökkel 62%-ban, a betegszállítók tevékenységével 58%-ban voltak elégedettek. Figyelemre méltó, hogy viszonylag magas volt azoknak az aránya, 13 és 15%, akik nem voltak megelégedve ezekkel az ellátásokkal, így összességében 3,58-ra, illetve 3,46-ra értékelték ezt a két szolgáltatást.

8. Alternatív gyógymódok, kezelések

A kiegészítő vagy alternatív gyógymódok közül legelterjedtebbek a fürdő-
kúrák, gyógyvizes kezelések, melyeknek hazánkban nagy hagyománya van, és amelyekhez orvosi rendelvényre is hozzá lehet jutni. A megkérdezettek több mint 10%-a vette igénybe az előző év során kimondottan terápiás céllal a gyógyfürdők szolgáltatásait. Az újabb, alternatív gyógymódok közül a homeopátia, akupunktúra, fitoterápia és egyéb kezelések említése mindössze néhány százalékos (5% alatti), ami arra utal, hogy társadalmunkban még mindig a hagyományos medicinában bízunk a legtöbben. Ugyanakkor a megkérdezettek több mint egyharmada szedett gyógyszert, vitamint, táplálékkiegészítőt orvosi javaslat nélkül a felmérést megelőző két hétben. Ezek főleg különböző eredetű fájdalmak csillapítására szolgáló készítmények, melyeknek számtalan formája kapható már a gyógyszertárakon kívül is, valamint a roboráló szerek, vitaminok fogyasztása is általánosan elterjedt: 25%-nál is többen számolnak be ilyen készítmények rendszeres használatáról.

9. Egészség-magatartás

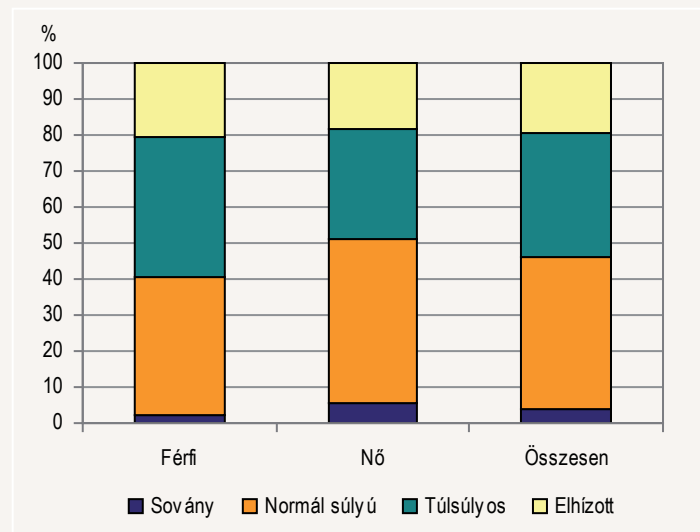
Az egészségi állapot nem csupán a genetikai adottságok, illetve az egészségügyi ellátórendszer minőségének a függvénye. Egészségünk alakításáért nagy részben mi magunk vagyunk felelősek, hiszen egészség-magatartásunk, káros vagy éppen hasznos életmódbeli szokásaink számos betegség kialakulásához/megelőzéséhez hozzájárulhatnak.

Testsúly

Az átlagosnál magasabb testsúly kiemelkedő egészségi kockázati tényező. A túlsúly többek között emeli a szívkoszorúér-betegségek, az ischaemiás stroke és a cukorbetegség valószínűségét, és növeli egyes daganatos megbetegedések kialakulásának esélyét is. A WHO adatai szerint⁵ a világon már több mint egymilliárd a túlsúlyosak és elhízottak száma. Az elhízottak aránya a világ országaiban igen széles terjedelemben mozog: Kínában vagy Japánban például mindössze 5%, ugyanakkor Szamoa városi részeiben 75%. Az elhízás mértékét az általánosan elfogadott testtömegindex (BMI⁶) segítségével a kilogrammban mért testsúly és a méterben mért testmagasság négyzetének hányadosával állapítottuk meg. Az eredmények szerint a 15 év feletti lakosság több mint felének (53,7%) a kívánatosnál magasabb a testsúlya, minden ötödik felnőtt pedig egyenesen elhízott. Az önbevalláson alapuló értékek szerint a nők körében valamivel kevesebb az elhízottak, illetve a túlsúlyosak aránya, mindkét kategóriában a férfiak vezetnek. A korcsoportos vizsgálatok alapján jól látható, hogy a férfiak elhízása viszonylag fiatal életkorban kezdődik: a 18–34 évesek körében a túlsúlyos férfiak aránya mintegy kétszerese a nőkének. Figyelemre méltó ugyanakkor, hogy a fiatal nők közül csak minden ötödik számít túlsúlyosnak vagy

elhízottnak, ugyanakkor a középkorúaknak már több mint fele, míg a legidősebb korosztályba tartozóknak kétharmada. A férfiaknál nincs ilyen jelentős eltérés az életkori csoportok között: a középkorúak és az idősek közül egyaránt minden hetedik ember fogyókúrázhatna az ideális alak elérése érdekében. Fontos kiemelni még azt is, hogy a 18–34 év közötti nők több mint tizede kimondottan soványnak számít, ugyanakkor mégiscsak ez az a csoport, ahol a legmagasabb a normál súlyúak aránya (több mint kétharmad).

3. ábra
A 15 éves és idősebb lakosság megoszlása a testtömegindex (BMI) alapján képzett kategóriák szerint, 2009



5. tábla
A lakosság megoszlása a testtömegindex (BMI) alapján képzett kategóriák szerint nemenként és korcsoportonként, 2009

BMI-kategória	18–34			Összesen
	éves			
Férfi				
Sovány	3,0	0,6	1,4	1,5
Normál súlyú	55,9	29,6	28,9	37,7
Túlsúlyos	29,8	45,0	39,8	39,4
Elhízott	11,3	24,8	30,0	21,5
Nő				
Sovány	11,3	3,0	1,9	4,9
Normál súlyú	67,4	39,8	32,1	45,2
Túlsúlyos	14,9	34,2	42,1	31,1
Elhízott	6,4	23,1	23,8	18,9

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

⁵ Obesity and overweight: fact sheets. WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. WHO 2003.

⁶ Body Mass Index. Értékei alapján a következő kategóriákat képezhetjük: túlzott soványság: < 18,5; normál testsúly: 18,5 – 24,99; túlsúlyos: 25 – 29,99; elhízott: ≥ 30.

A túlsúlyosak és elhízottak együttes aránya nemeként és korcsoportonként

6. tábla

Év	éves (%)		
	18–34	35–64	65–
Férfi			
2000	42,0	64,8	61,3
2003	42,1	66,1	68,7
2009	41,1	69,8	69,8
Nő			
2000	22,5	56,4	59,4
2003	22,4	57,3	61,1
2009	21,3	57,3	65,9

Testmozgás

A testmozgás a preventív egészség-magatartási tényezők közé tartozik, azaz a rendszeres fizikai aktivitás csökkenti bizonyos betegségek bekövetkeztének kockázatát.

A felnőtt lakosság fele (49,7%) egyáltalán nem végez intenzív testmozgást, harmada (33,4%) még mérsékelt testmozgást sem, ötöde (21%) pedig nem is gyalogol még napi tíz percen keresztül sem.

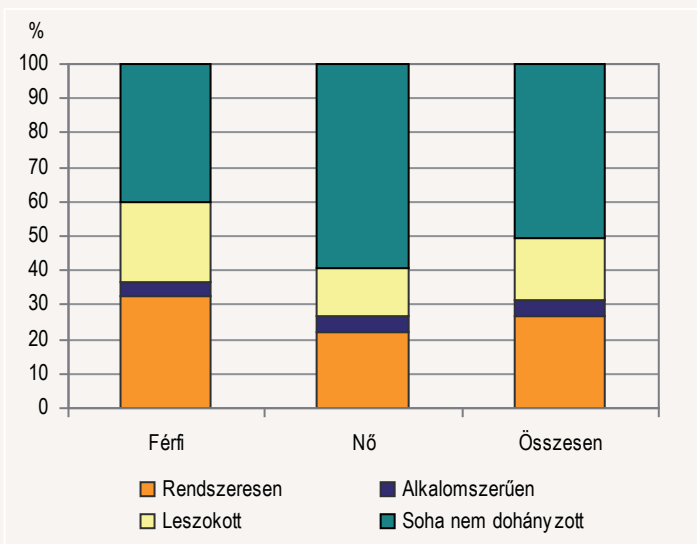
Dohányzás

A dohányzás az egyik legjelentősebb életmódbeli kockázati tényező: jelentősen növeli bizonyos daganatos, szív- és érrendszeri és légzőszervi betegségek bekövetkeztének valószínűségét.

A felmérés adatai szerint a 15 éves és idősebb lakosság csaknem harmada dohányzik (31,4%), többségük napi rendszerességgel. A férfiak körében 10 százalékponttal magasabb a dohányosok aránya a nők esetében megfigyelhetőnél.

Dohányzási szokások, 2009

4. ábra



Már a legfiatalabb (15–17 év közötti) korcsoportban is jelentős a rendszeres dohányosok aránya, de a felnőtt népességhez viszonyítva viszonylag alacsony: a férfiak közel egynegyede, a nők közül minden tizedik tartozik ebbe a kategóriába. A legidősebb korosztály (65 év felettiek) tagjai közül már szintén kevesebben dohányoznak, ugyanakkor – különösen a férfiak esetében – magas a dohányzásról leszokottak aránya, tehát megállapítható, hogy élete során ennek a korosztálynak is jelentős része került személyes kapcsolatba a cigarettával. A 18–34, illetve a 35–64 év közöttiekénél mindkét nem esetében elmondható, hogy nincs lényeges eltérés a rendszeres dohányosok arányában: a férfiak több mint harmada, a nők több mint negyede dohányzik minden nap.

Az előző felmérések eredményeivel összehasonlítva azt tapasztalhatjuk, hogy a legfiatalabb korosztályban mindkét nem esetében számottevően csökkent a rendszeres dohányosok aránya, a középkorúaknál és az idősekénél viszont nem figyelhető meg hasonló változás.

A rendszeresen dohányzók aránya

7. tábla

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

A rendszeresen dohányzók arányának csökkenésénél is nagyobb eredmény a naponta elszívott cigaretta mennyiségének visszaesése. 1994-ben a dohányzók 57%-a 20 vagy annál is több szál cigarettát szívott el minden nap, a férfiak kétharmada, a nők 43%-a volt erős dohányos. 15 évvel később a férfiaknál 46, a nőknél 24%-ra csökkent ez az arány az összehasonlítható korcsoport (15–64 évesek) körében.

Alkoholfogyasztás

A túlzott alkoholfogyasztás a dohányzás mellett a másik kiemelkedő fontosságú, az egészségre káros hatást kifejtő egészség-magatartási tényező. A nagyívás jelentősen növeli egyes betegségek (például májcirrózis, stroke, daganatos megbetegedések, születési rendellenességek) gyakoriságát és a korai halálozások számát. A mértékletes ivás ugyanakkor csökkentheti a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát az absztinensekhez és a nagyívókhoz viszonyítva.

Az önbevalláson alapuló adatok elemzése szerint a felnőtt lakosság 4,6%-a tartozik a nagyívók⁷ közé (a nők közül csupán minden századik, a férfiak közül viszont minden tizenkettedik). A nők fele, a férfiak csaknem negyede állította magáról, hogy egyáltalán nem fogyaszt alkoholos italokat. A nagyívók legmagasabb arányban (11,4%) a középkorú férfiak, míg az absztinensek az idősebb nők (66,9%) körében fordulnak elő.

⁷ Nagyívónak neveztük azokat a nőket, akik a kérdést megelőző héten összesen több mint 7, illetve azokat a férfiakat, akik több mint 14 egységnyi alkoholt fogyasztottak (a nők esetében az eltérő fiziológiai sajátosságok miatt kell kisebb határértékeket figyelembe venni). Egy ital/alkoholegység egy korsó sörmek, 2 dl bornak vagy 0,5 cl röviditalnak felel meg, azaz 1 dl sör 0,2 itálnak, 1 dl bor 0,5 itálnak és 1 cl rövidital 0,2 itálnak számít. A szakirodalomban „binge drinking”-nek nevezett jelenség (egy alkalommal nagy mennyiségű alkohol fogyasztása) kiemelkedő jelentősége miatt nagyívónak neveztük azokat is, akik egy alkalommal 6 vagy több italt fogyasztanak.

Mértékletes alkoholfogyasztóknak tekintettük azokat, akik legalább heti gyakorisággal fogyasztottak alkoholt, de nem minősültek nagyívónak.

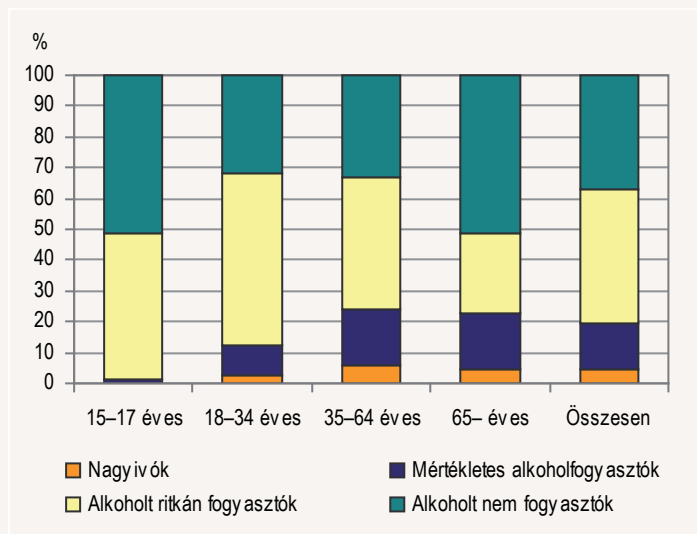
Alkoholt ritkán fogyasztóknak neveztük azokat, akik szokatlan szeszese italt fogyasztani, de hetinél ritkább gyakorisággal.

Alkoholt nem fogyasztóknak neveztük azokat, akik saját bevallásuk szerint egyáltalán nem szokatlan alkoholtartalmú italokat inni.

Alkoholfogyasztási szokások, 2009

5. ábra **Összefoglalás**

Az egészségfelmérés előzetes adatai szerint a lakosság egészségi állapota az elmúlt évtized második felében kismértékű javulást mutat, az egészségügy, a prevenció, az egészségmegőrzés egyre több ember számára kezd fontossá válni. A későbbiekben, a részletes elemzés során, az adatok többváltozós vizsgálata alapján a főbb tendenciákon túl kimutatható lesz majd az egyes tényezők számszerűsíthető hatása, az egészségi állapot meghatározói közül a területi különbségek és a társadalmi-gazdasági háttér egyes változóinak szerepe.



További információk, adatok (linkek)

[Módszertan](#)

Elérhetőségek:

Julianna.Boros@ksh.hu
 Telefon: (+36-1) 345-6217
Zsuzsa.Szabo@ksh.hu
 Telefon: (+36-1) 345-6196
[Információs szolgálat](#)
www.ksh.hu

Az Egészségfelméréshez kapcsolódó gyermekrajzpályázat néhány alkotása



Kecskérniti Beatrix, 7 éves Ugrálókötelezek kint sokat



Bencun Mia, 9 éves Barátnőimmal korizok



Haag Bianka, 9 éves Lovammal sportolunk és egészségesen táplálkozunk



Fadler Evelin, 14 éves Egészség-saját „fám”