

OLEF 2009

KÖZÉP-DUNÁNTÚLI RÉGIÓ

Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ

**Egészségmonitorozás és Nemfertőző Betegségek
Epidemiológiája Osztály**



Tartalom

Új módszer: online adatfelvétel	2
Az online adatfelvétel milyen előnyeivel számoltunk?.....	2
Milyen hátrányokra számítottunk?	2
Tapasztalataink.....	3
1. Bevezetés	4
A kutatás célja.....	4
Módszertan.....	5
A kérdőív	5
A kistérségek csoportosítása.....	5
2. Demográfia, társadalmi-gazdasági mutatók	7
Népesség száma, összetétele.....	7
A bruttó hazai termék (GDP) területi különbségei	10
Életkor, nem, iskolázottság, gazdasági aktivitás.....	10
Népmozgalom.....	13
Halálozás	13
3. Krónikus betegségek.....	15
4. Egészséget befolyásoló tényezők	18
Vélt egészség, közérzet.....	18
Funkcionalitás.....	19
Testtömeg, túlsúlyosság	22
Mentális egészség.....	23
5. Egészségmagatartás.....	26
Dohányzás	26
Alkoholfogyasztás	27
Táplálkozási szokások.....	29
Testmozgás	31
6. Környezeti ártalmak	33
Lakóhelyi ártalmak	33
Munkahelyi ártalmak.....	34
7. Egészségügyi szolgáltatások igénybevétele	37
Szűrővizsgálatok	37
Rutin vizsgálatok	37
Népegészségügyi szűrővizsgálatok.....	38
Méhnyakrák szűrés	38
Mammográfiás szűrés	39
Egészségügyi ellátórendszerrel való kapcsolat	40
Orvos-beteg találkozások.....	40
Betegelégedettség	42
8. Megbeszélés, javaslatok a Közép-dunántúli régió döntéshozói számára.....	43

Új módszer: online adatfelvétel

Az online adatfelvétel egy olyan módszer, ahol az internet nyújtotta előnyöket az interaktivitás lehetőségével ötvöztük, és amelyet országos lakossági egészségfelmérés céljából Magyarországon még nem alkalmaztak. Az OLEF2009 kérdőívét elektronikus formában az interneten helyeztük el, a válaszadókat postai úton hívtuk meg a kitöltésre. A kitöltők feladata abban állt, hogy a kérdőív kérdéseire egy-egy kattintással vagy rövid leírással válaszoljanak.

Figyelembe vettük, hogy a magyar háztartások 52%-a rendelkezik internet hozzáféréssel, a munkahelyén még több ember elérheti, illetve végső esetben a teleházak hozzáférhetőek mindenki számára. Saját tapasztalatunk a válaszadási arány tekintetében eddig nem volt. Tekintettel arra, hogy az anyagi lehetőségeink limitáltak voltak, humán erőforrás nem állt rendelkezésünkre, úgy döntöttünk, élünk a modern kor nyújtotta lehetőséggel. A legmegbízhatóbb eredményekre az 50 év alattiak, a városi lakosok, a magasabb iskolai végzettségűek, illetve a magasabb beosztásban dolgozók esetében számítottunk. Várható volt, hogy a legkevesbé a 64 év feletti korosztály, illetve a gazdaságilag fejletlenebb területek lesznek megfelelő módon reprezentálva a mintában.

Az online adatfelvétel milyen előnyeivel számoltunk?

Az internetes vizsgálatok **kiküszöbölik a kérdezői hibát**: a kérdezőbiztos különböző hatással lehet a megkérdezett válaszára. A kölcsönös szimpátia, vagy éppen antipátia, a kérdés hangneme, stb. nagyban befolyásolja a választ.

Az online kutatás alacsonyabb költséggel jár: adatfelvételi díjai alacsonyabbak, nem tartalmazzák a kérdezői, nyomtatási, utazási és adatrögzítési költségeket (mivel a beérkező adatok már a kitöltés pillanatában, megfelelő formában kerül a számítógépes adatbázisba).

Gyorsabb adatfelvétel: míg a hagyományos kérdezők egyszerre csak egy emberrel tudnak beszélni, az interneten egyszerre több válaszadó tud válaszolni a kérdőív kérdéseire, csökkentve ezzel a kutatás adatfelvételének idejét.

Pontosabb válaszok születnek: az internetes válaszadók a kérdezőbiztos által felolvasott kérdések helyett a kutató által elkészített kérdésekkel és válaszlehetőségekkel találkoznak. Nincsenek időkorlátokhoz kötve a válaszolásban, ezért jobban átgondolják válaszaikat, többválaszos kérdések esetében több választ jelölnek be, pontosabban adnak meg adatokat.

Mivel a felület teljesen anonim, ezért könnyebben válaszolnak esetleg számukra kellemetlen kérdésekre is.

Milyen hátrányokra számítottunk?

Legnagyobb hátránya, ahogy minden online kutatás esetében, hogy az internetes penetráció nem éri el a szükséges szintet. De Magyarországon is a lakosság egyre nagyobb hányada kezd el internetezni és ez a jövőre vonatkoztatva ez azt is jelenti, hogy egyre inkább lehet az online kutatást alkalmazni – a

lakossági egészségfelmérés területén is. Ugyanakkor, ahogy azt már említettük, a mostani alkalom úttörő vállalkozásnak tekinthető.

Az online adatfelvétel hátrányaként említik még, hogy a válaszadók személyazonossága nehezen ellenőrizhető. Ez esetünkben kisebb kockázatot jelentett, mivel névre szólóan hívtuk meg a felvételre a résztvevőket, akik egy belépési kód megadásával kezdhették meg a teszt kitöltését. A kódhoz tartozó demográfiai adatok (nem, kor) mind a cím adatbázisban, mind a kérdőívben szerepelt, így az illetéktelenül kitöltött kérdőívek részarányát tovább csökkentettük. A kód segítségével a felmérés ideje alatt bármikor, többször is be lehetett lépni a kérdőívbe, ami reményeink szerint kényelmesebbé, a válaszadó igényeihez igazodó kitöltési módot tett lehetővé.

Felmerült még az a probléma, hogy a válaszadók tévedhetnek, rosszul tudhatnak vagy félreérthetnek dolgokat, valótlan dolgokat állíthatnak. Ez nemcsak az online adatfelvételekre igaz. A kérdőívek kitöltése önkéntes, anonim és a kutatók kizárólag a megkérdezett véleményére kíváncsiak. Azzal a feltevéssel élünk, hogy akik válaszolnak, legjobb tudásuk szerint teszik ezt, és nem vezetik félre a kutatást.

Tapasztalataink

Az adatfelvétellel kapcsolatos pozitív várakozásaink teljesültek. Kevesebb idő- és pénzköltséggel sikerült feldolgozható adatokhoz jutnunk. Ugyanakkor valóban bebizonyosodott, hogy az idősök (65+) jelentősen alulreprezentáltak a felmérésben, és ez néhány, jellemzően időskori megbetegedés esetén is a becsülhetőnél alacsonyabb esetszám előfordulásához vezet. Összességében a felmérést eredményesnek tartjuk. Hasznos tapasztalatot gyűjtöttünk a lebonyolítást illetően. Az eredményeket tekintve pedig azt gondoljuk, hogy eredményeink a középkorú lakosságra nézve nagyon jó támpontot szolgáltatnak a további népegészségügyi munkához a régiók és kistérség-csoportok szintjén.

1. Bevezetés

A kutatás célja

A népesség egészségi állapotát, halandóságát az életmód, a gazdasági, a társadalmi és magatartásbeli tényezők, a szűkebb és tágabb fizikai környezet állapota, valamint az egészségügyi szolgáltatások minősége és hozzáférhetősége határozza meg.

Az OSZMK nem fertőző betegségek epidemiológiája osztálya 2009-ben végzett felmérésének célja, hogy rövid formában bemutassa az ország lakosságának régiónkénti egészségi állapotát a fontosabb meghatározó tényezőkkel együtt. A lakosság egészségéről rendszeresen gyűjtött adatok nélkülözhetetlenek az egészségügyi szektor megfelelő működtetéséhez. A lakosság reprezentatív mintáján alapuló kérdőíves egészségfelmérések azokról is szolgáltatnak adatot, akik egészségproblémáikkal nem fordultak orvoshoz, így nem szerepelnek az egészségügyi ellátórendszer adatbázisaiban. A felmérésből az egészséget döntően meghatározó társadalmi-gazdasági tényezőkről (pl. iskolázottság és társadalmi helyzet), az életmódról (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás) is nyerhető információ.

Válasz kapható olyan kérdésekre, mint:

Milyen rangja van az egészségnek a kistérségi lakosság értékrendjében?

Milyen akut egészségügyi problémák megoldására van elsősorban szükség?

Mit tesz, és mit tehetne az egyén annak érdekében, hogy megőrizze egészségét, vagy javítson egészségi állapotán?

Mit tehetnek az egyes kistérségek vezetői az ott élő lakosság egészségi állapotának javítása érdekében?

A vizsgálat során

az egészségi állapot,

az egészségmagatartás,

a betegségek,

az egészségügyi ellátás igénybevétele,

a betegségek megelőzése, az egészség karbantartása, ezen belül a szűrővizsgálatokon való részvétel gyakorisága,

a gazdasági aktivitás, a foglalkoztatottság és az azzal kapcsolatos munkakörülmények, egészséget károsító munkahelyi ártalmak

kerültek felmérésre.

Az OLEF 2009 legfőbb célja kistérségi szintű keresztmetszeti kép kialakítása a lakosság egészségi állapotáról, az egészséget meghatározó tényezőkről, az egészségügyi ellátás igénybevételéről, hogy ezzel lehetőség nyíljon helyi szintű egészségképek, egészségtervek készítésére. A kistérségek adatai megyei és regionális szintű tervezést is segítik.

Módszertan

Az OLEF 2009 módszerül egy új, a korábbiaktól eltérő, **önkitöltéses, on-line**, azaz interneten keresztül történő adatfelvételi eljárást alkalmaztunk.

A felmérés célpopulációja az a felnőtt népességcsoport volt, amely Magyarországon él, és 2008. december 31-ig betöltötte a tizennyolcadik életévét.

A mintakeret ennek megfelelően került kiválasztásra a KEKKH (Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatal) által aktuálisan nyilvántartott állandó lakó népességből.

A minta nagysága egy-egy kistérségben 1.000 fő volt; Budapest kerületekre bontása miatt 196 kistérség volt hazánkban a felmérés évében. A kiválasztott minta összesen 196.000 főből állt.

A mintavétel típusa véletlen, népességszámmal arányos mintavétel. A kiválasztott személyeket postai úton értük el, és tájékoztattuk a felmérés lényegéről, a kérdőív kitöltés módjáról, idejéről. A felmérés 2009. május 25 –június 30. között zajlott le.

A 2.597 magyarországi településről 27.746 kérdőívet sikerült megfelelő minőségben rögzíteni és feldolgozni.

A mintavétel módja és a megghiúsulások miatt három lépcsős súlyozást kellett alkalmazni annak érdekében, hogy a kapott válaszokból származtatott adatok feldolgozását követően az eredmények a jól reprezentálják az adott régió kistérségi csoportjának lakosságát nem, kor és iskolai végzettség szerint.

A kérdőív

Az OLEF2009 kérdőív 82 kérdést tartalmazott, az alábbi témakörök szerint:

A kérdezett személyére vonatkozó ún. **egyéni tényezők** (kor, nem, iskolázottság, gazdasági aktivitás, testtömeg-index, táplálkozás, testmozgás, alkoholfogyasztás, dohányzás)

A kérdezett fizikai és pszichés állapotára vonatkozó ún. **egészségi állapottal kapcsolatos tényezők** (vélt egészség, közérzet, betegségek, funkcionális)

A kérdezett környezetére vonatkozó ún. **környezeti tényezők** (családi állapot, társas támogatottság, anyagi helyzet, környezeti ártalmak)

A kérdezett **egészségügyi ellátórendszerrel való kapcsolatának** (orvos-beteg találkozások, szűrővizsgálatok, beteg elégedettség) vizsgálatára vonatkozó kérdéskörökből áll.

A kistérségek csoportosítása

Az elemzés során egy-egy régió belüli **komplex mutató** alapján besorolt kistérségi csoportok kerülnek összehasonlításra. Ennek megfelelően gazdaságilag, infrastrukturálisan, társadalmi és szociális szempontból, valamint a foglalkoztatás alapján egymáshoz hasonló kistérségeket soroltunk *fejletlen, közepesen fejlett, és fejlett csoportokba* (1. ábra).

A komplex mutató képzésének alapjai:

Gazdasági mutató

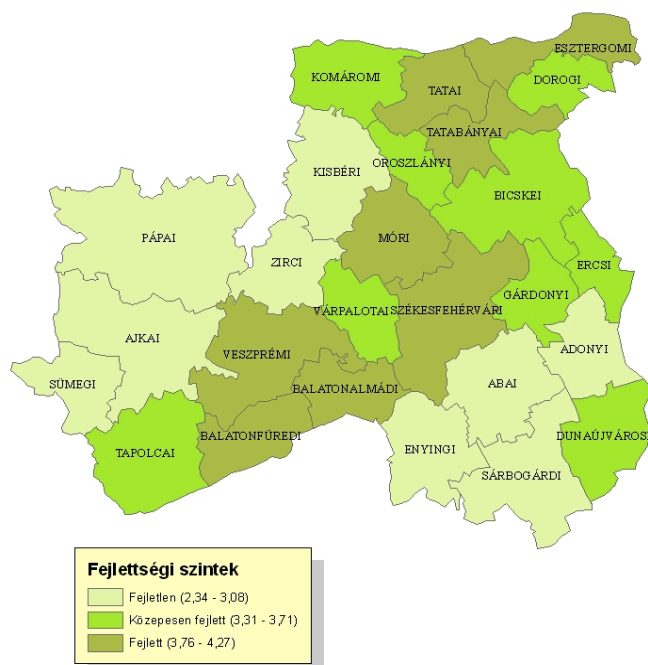
Infrastrukturális mutató

Társadalmi mutató

Szociális mutató

Foglalkoztatási mutató

A komplex mutató kiszámításánál használt adatok köre megtalálható a 311/2007. (XI.17.) kormányhatározat mellékletében.



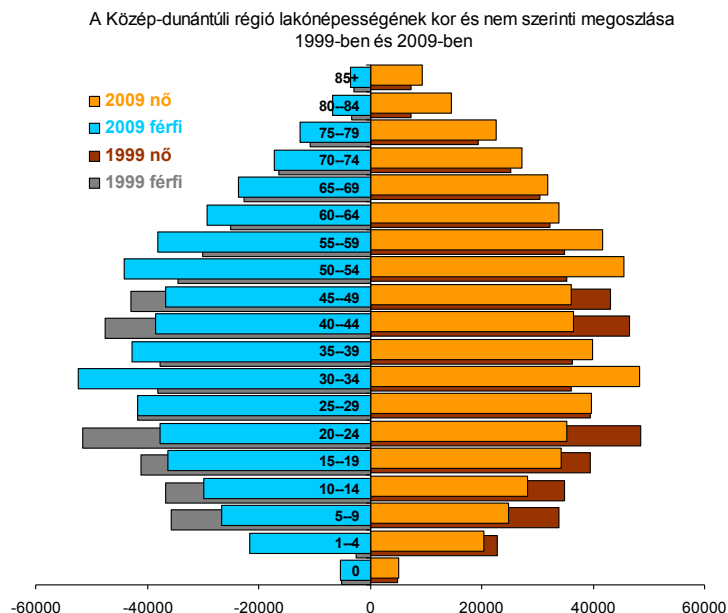
Közép-Dunántúl kistérségeinek csoportosítása a KSH kistérségek elmaradottságát/fejlettségét mérő komplex mutató alapján. forrás: KSH 2007

1. ábra

2. Demográfia, társadalmi-gazdasági mutatók

Népesség száma, összetétele

Közép-Dunántúlon él az ország lakosságának 11 százaléka, 2009-ben 1.119.654 fő. Az elmúlt tíz év során a népesség száma valamelyest csökkent, az OLEF évében összesen 6.271 fővel (0,6%) kevesebben élnek itt, mint 1999-ben.



Forrás: BM

2. ábra

Hasonlóan az országos trendhez, a régió lakossága létszámában – bár kevésbé erőteljesen – fogyó, összetételében öregedő népesség, amelyre az életkor előrehaladtával a nők számának emelkedése jellemző. Az elmúlt tíz év során drámaian csökkent a 25 éven aluliak, valamint a középkorú, 40-50 év közöttiek száma mindkét nemből, így a lakosság korösszetétele más régiókhoz hasonlítva jóval kedvezőtlenebb.

1999-hez képest a férfi lakosság száma 0,7%-kal, a nőké 0,5%-kal lett alacsonyabb. Jelenleg 36.105 tizennégy év alatti gyermekkel kevesebb él a régióban, mint tíz évvel ezelőtt. A produktív korú lakosság száma az elmúlt évek során nem sokat változott, mindössze 0,8%-kal csökkent.

Az idős lakosság részarányának eltolódását jelzi még, hogy 11,5%-kal több hatvanöt éven felüli férfi, és 15,2%-kal több ilyen korú nő él a régióban, mint tíz évvel korábban. Jelenleg a hatvanöt éven felüli nők aránya a teljes népesség 9,4%-át, a férfiaké 5,7%-át teszik ki (2. ábra).

Közép-Dunántúl az ország második legsűrűbben lakott régiója, népsűrűsége – Közép-Magyarországot nem számítva – a legnagyobb, 2009-ben 99 fő/km² volt.¹ Városainak száma 39, a községeké 362.

¹ Magyarország népsűrűsége 2009-ben 108 fő/km²

Régiók népessége, 2009.			A kérdezett neme	
	Korcsoport	Összesen	férfi	nő
Összesen		8804042	4077426	4726616
Közép-Magyarország	18-34	695137	341599	353538
	35-64	1316051	610864	705187
	65+	480311	177113	303198
Közép-Dunántúl	18-34	280287	141951	138336
	35-64	509410	249772	259638
	65+	171888	63285	108603
Nyugat-Dunántúl	18-34	247701	121994	125707
	35-64	465813	227755	238058
	65+	163753	61047	102707
Dél-Dunántúl	18-34	241133	120837	120296
	35-64	467197	225938	241259
	65+	154419	57130	97289
Észak-Magyarország	18-34	314794	165637	149157
	35-64	586476	272851	313625
	65+	200005	68691	131313
Észak-Alföld	18-34	399318	202628	196690
	35-64	711561	348929	362632
	65+	214054	72236	141818
Dél-Alföld	18-34	345825	171853	173972
	35-64	599665	287473	312192
	65+	239246	87844	151401

1. táblázat

Az időskorú lakosság eltartottsági rátája sokkal intenzívebben emelkedett, mint más térségekben, ugyanakkor a gyermekkorúaké az elmúlt tíz évvel ezelőttihez képest a felére esett vissza. Közép-Dunántúl az egyetlen régió, ahol 1990 óta megduplázódott a száz gyermekkorú lakosra eső idősök száma, azaz az öregedési index 50-ről 107-re emelkedett.

A születéskor várható átlagos élettartam alapján a férfiak és a nők az országos átlaggal megegyező életkorra számíthatnak, a férfiak várhatóan nyolc évvel kevesebb ideig élnek, mint a nők.

A foglalkoztatottak aránya viszonylag magas, így a munkanélküliségi ráta jóval az országos szint alatt van. A Közép-Dunántúlon élő foglalkoztatottak bruttó és nettó átlagkeresete a Budapestet is magába foglaló Közép-magyarországi régió után a második legjobb Magyarországon (2. táblázat).

	Eltartottsági ráta*						
Magyarország régiói	1990	2001	2009	1990	2001	2009	
	gyermeknépesség eltartottsági rátája			idős népesség eltartottsági rátája			
Közép-Magyarország	27,8	21,2	20,8	21,7	23,1	24	
<i>Közép-Dunántúl</i>	<i>32,8</i>	<i>24,6</i>	<i>20,9</i>	<i>16,5</i>	<i>20</i>	<i>22,4</i>	
Nyugat-Dunántúl	31,7	23,1	20,1	20,2	22	23,5	
Dél-Dunántúl	30,6	24,3	20,9	19,4	22,2	24,4	
Észak-Magyarország	32,4	26,7	23,6	19,4	22,6	24,9	
Észak-Alföld	34,9	28,3	24,3	18,5	20,6	21,9	
Dél-Alföld	30,8	24,6	21,1	21,8	23,4	25,2	
országos	31	24,3	21,6	20	22,2	23,8	
*Eltartottsági ráta: azt mutatja be, hogy 100 emberre hány „eltartott korú” gyermek vagy idős jut.							
Öregedési index**							
régiók	1990	2001	2009	1990	2001	2009	
Közép-Magyarország	78,1	109	115,6	78,1	109	115,6	
<i>Közép-Dunántúl</i>	<i>50,2</i>	<i>81,3</i>	<i>107,2</i>	<i>50,2</i>	<i>81,3</i>	<i>107,2</i>	
Nyugat-Dunántúl	63,8	95,3	116,9	63,8	95,3	116,9	
Dél-Dunántúl	63,5	91,5	116,4	63,5	91,5	116,4	
Észak-Magyarország	59,8	84,7	105,8	59,8	84,7	105,8	
Észak-Alföld	52,8	72,9	90,2	52,8	72,9	90,2	
Dél-Alföld	70,9	95,1	119,7	70,9	95,1	119,7	
országos	64,5	91,3	108,9	64,5	91,3	108,9	
** Öregedési index: az idős népességnek a fiatal népességhez viszonyított arányát mutatja. 100 gyermekkorra eső időskoriak száma.							
Születékor várható átlagos élettartam változása nemek szerint							
régiók	férfiak			nők			
	1990	2001	2009	1990	2001	2009	
Közép-Magyarország	65,47	69,1	71,06	73,66	76,53	78,08	
<i>Közép-Dunántúl</i>	<i>65,11</i>	<i>68,53</i>	<i>69,61</i>	<i>73,83</i>	<i>76,24</i>	<i>77,72</i>	
Nyugat-Dunántúl	66,26	68,93	70,47	74,59	77,44	78,72	
Dél-Dunántúl	65,18	67,83	69,87	73,4	75,79	77,4	
Észak-Magyarország	64,05	66,73	67,9	73,53	76,26	77,05	
Észak-Alföld	64,81	67,03	68,76	73,39	76,17	77,4	
Dél-Alföld	64,92	68,21	69,71	73,84	76,64	77,69	
országos	65,13	68,15	69,79	73,71	76,46	77,76	
A lakosság átlag életkora nemeként							
régiók	férfiak			nők			
	1990	2001	2009	1990	2001	2009	
Közép-Magyarország	36,3	38	38,7	40,4	42,4	43,1	
<i>Közép-Dunántúl</i>	<i>34,4</i>	<i>36,6</i>	<i>38,5</i>	<i>37,3</i>	<i>40,2</i>	<i>42,4</i>	
Nyugat-Dunántúl	35,4	37,4	39,2	38,7	41,2	43,1	
Dél-Dunántúl	35,5	37,2	39	38,9	41,1	43,4	
Észak-Magyarország	35,2	36,6	38,1	38,6	40,8	42,8	
Észak-Alföld	34,2	35,7	37,3	37,2	39,3	41,3	
Dél-Alföld	36,3	37,6	39,2	39,5	41,4	43,3	
országos	35,5	37,1	38,5	39	41,1	42,8	
Gazdasági aktivitás 2008. évi adatok							
régiók	Foglalkoztatottak	Munkanélküliek	Gazdaságilag aktívak	Gazdaságilag nem aktívak	Aktivitási arány, %	Munkanélküliségi ráta, %	Foglalkoztatási ráta, %
	létszáma, ezer fő						
Közép-Magyarország	1 246,90	60,20	1 307,10	924,00	58,59	4,61	55,89
<i>Közép-Dunántúl</i>	<i>459,40</i>	<i>28,40</i>	<i>487,80</i>	<i>367,50</i>	<i>57,03</i>	<i>5,82</i>	<i>53,71</i>
Nyugat-Dunántúl	424,70	22,10	446,80	326,80	57,76	4,95	54,90
Dél-Dunántúl	335,50	38,60	374,10	369,50	50,31	10,32	45,12
Észak-Magyarország	410,20	63,30	473,50	465,20	50,44	13,37	43,70
Észak-Alföld	513,10	69,70	582,80	563,40	50,85	11,96	44,77
Dél-Alföld	489,60	46,90	536,50	485,20	52,51	8,74	47,92
országos	3 879,40	329,20	4 208,60	3 501,60	54,58	7,82	50,32
Alkalmazásban állók létszáma, havi bruttó és nettó átlagkereset 2008-ban							
régiók	Alkalmazásban állók létszáma		Bruttó átlagkereset		Nettó átlag kereset		
	összesen	ebből teljes munkaidős	Ft/hó/fő	Ft/hó/fő	Ft/hó/fő	Ft/hó/fő	
Közép-Magyarország	1 227 400	1 115 764	240 077	141 297	240 077	141 297	
<i>Közép-Dunántúl</i>	<i>291 476</i>	<i>274 098</i>	<i>177 111</i>	<i>112 384</i>	<i>177 111</i>	<i>112 384</i>	
Nyugat-Dunántúl	248 204	228 541	172 597	110 158	172 597	110 158	
Dél-Dunántúl	199 359	182 641	165 434	106 619	165 434	106 619	
Észak-Magyarország	228 535	210 819	166 733	107 262	166 733	107 262	
Észak-Alföld	294 404	264 401	157 978	103 148	157 978	103 148	
Dél-Alföld	273 132	245 077	157 749	103 171	157 749	103 171	
országos	2 762 510	2 521 339	198 964	122 267	198 964	122 267	

2. táblázat

A bruttó hazai termék (GDP) területi különbségei

Az egy főre jutó bruttó hazai termék régióként				
régió	Egy főre jutó GDP ezer Ft		Az országos átlagtól való eltérés %	
	2006	2007	2006	2007
Közép-Magyarország	3 911	4 162	65,7	64,3
Közép-Dunántúl	2 141	2 357	-9,3	-7
Nyugat-Dunántúl	2 369	2 487	0,4	-1,9
Dél-Dunántúl	1 598	1 730	-32,3	-31,7
Észak-Magyarország	1 512	1 627	-36,0	-35,8
Észak-Alföld	1 491	1 596	-36,8	-37,0
Dél-Alföld	1 564	1 692	-33,7	-33,2
ország összesen	2 361	2 534	-	-

forrás: KSH

3. táblázat

Az egy főre jutó bruttó hazai termék értéke 2007-ben országosan 2 millió 534 ezer Ft volt, 7,3%-kal több mint egy évvel korábban. Az ország hét régióját tekintve a fajlagos mutató alapján mért területi különbségek kissé mérséklődtek, a régiók rangsora nem változott az előző évhez képest. Továbbra is első helyen áll a fővárost is magában foglaló Közép- Magyarország, amit Nyugat-Dunántúl, a harmadik helyen pedig Közép-Dunántúl követ. Közülük az egy főre jutó GDP nagysága Közép-Magyarországon az országos átlagnál magasabb, Nyugat-Dunántúlon 1,9%-kal, Közép-Dunántúlon pedig már 7%-kal alacsonyabb volt. Észak-Magyarországon a GDP az országos átlag alatt maradt 36%-kal.

A fajlagos mutató² az elmúlt évben régióként eltérő mértékben változott, a növekedés Közép-Dunántúlon volt a legnagyobb (10%) és Nyugat-Dunántúlon a legkisebb (5%). A régiók közötti különbségek a 2006. évihez hasonlóan alakultak a vizsgált időszakban.

Az ország legfejlettebb térsége Közép-Magyarország és a rangsor utolsó helyén álló Észak-Alföld egy főre jutó GDP-je között változatlanul 2,6-szeres a különbség (3. táblázat).

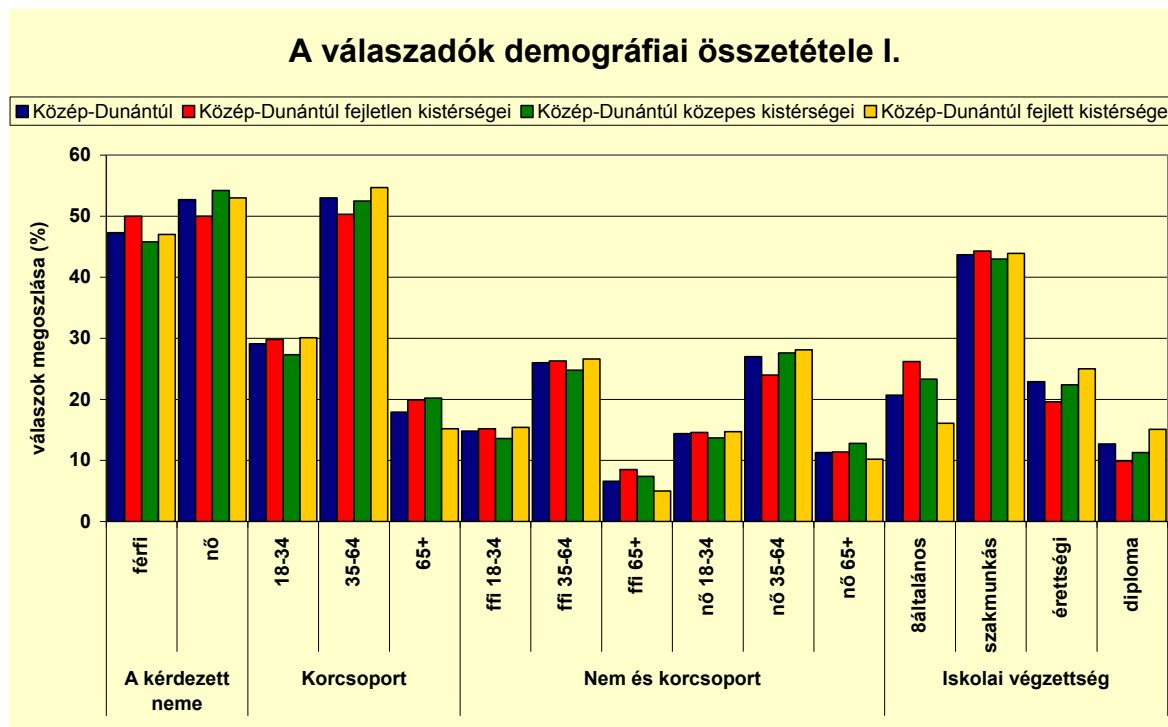
Életkor, nem, iskolázottság, gazdasági aktivitás

Az egészségyszociológiai kutatások rámutattak, hogy egyéni szinten a jövedelmi anyagi helyzet, összefüggésben az iskolázottsággal és a foglalkozással, igen fontos egészségi állapotot befolyásoló tényező. Más kutatások kimutatták, hogy egy-egy földrajzi egységre összevont adatokon vizsgálva is összefüggés tapasztalható a terület egészségi állapot mutatói és gazdasági jelzőszámai között.

A kiválasztott személyeket kérdeztük családi állapotukról, munkapiaci és anyagi helyzetük szubjektív megítéléséről.

² Az egyes régiók fejlettsége közötti nagy különbség az Európai Unió más tagországaiban is tapasztalható. Közép-Magyarország kivételével valamennyi magyar régió veszített az EU régiók között elfoglalt korábbi pozíciójából 2006-ban és 3-5 hellyel hátrább került a sorrendben. A 2006. évi gazdasági fejlettségi rangsor utolsó húsz régiója között szerepel három magyar régió (alföldi régiók és az Észak-Magyarországi régió).

A válaszadók a régió teljes felnőtt lakosságát képviselik korra, nemre és lakóhelyre vonatkozóan. Az összefoglalóban ismertetett adatok így nem csupán a kérdezettekre, hanem a térség teljes felnőtt lakosságra vonatkoznak.



3. ábra

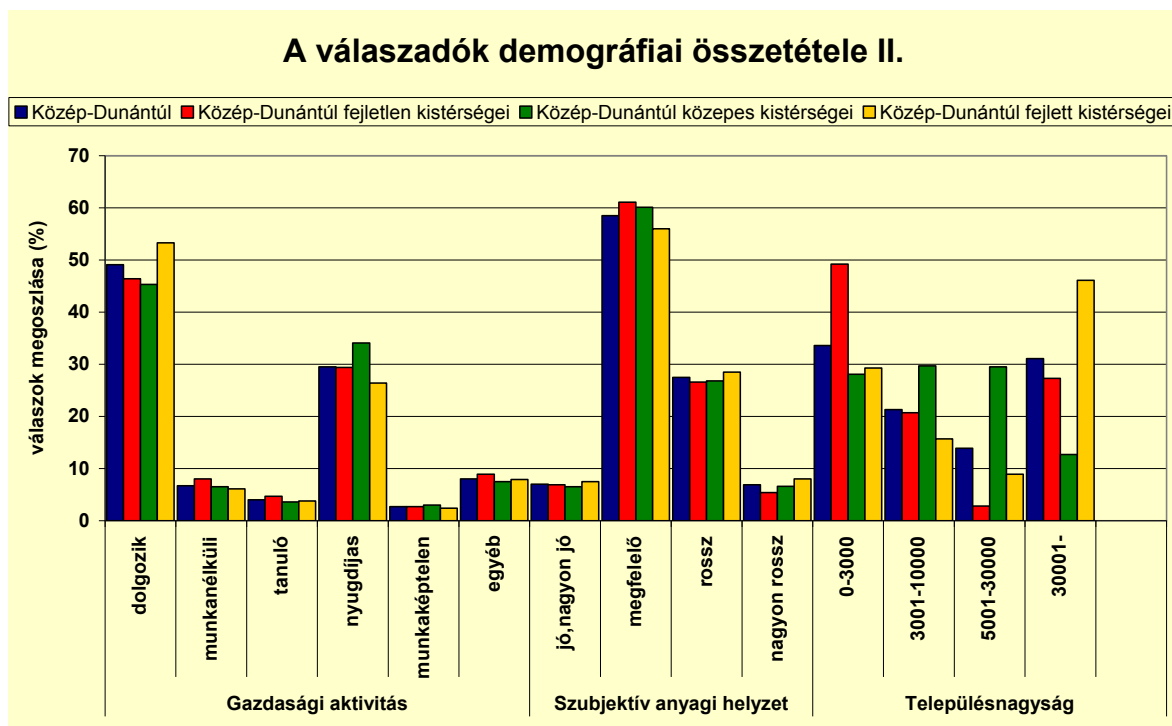
A népesség nemi összetételének megfelelően vizsgálati mintánkban is valamivel magasabb a nők részvételi aránya. A korcsoportok, és az iskolai végzettség szerinti megoszlás pedig szintén az egyes kistérségi csoportokban élő lakosság koronkénti és iskolázottság szerinti összetételét reprezentálja. Legtöbb diplomás a fejlett, legtöbb aluliskolázott pedig a fejletlen kistérségekre jellemző (3. ábra).

A fejletlen kategóriába sorolt térségek lakosságának 8%-a munkanélküli, egyharmada nyugdíjas, ugyanakkor a diákok aránya egy százalékkal magasabb itt, mint a másik két térségben (4. táblázat).

Komplex mutató alapján besorolt kistérségi csoportok	A populáció összetétele gazdasági aktivitás, anyagi helyzet és település nagyság szerint													
	Gazdasági aktivitás						Szubjektív anyagi helyzet				Település nagyság			
	dolgozik	munkanélküli	tanuló	nyugdíjas	Munka-képtelen	egyéb	jó, nagyon jó	megfelelő	rossz	nagyon rossz	0-3000	3001-10000	5001-30000	30001 -
Fejletlen kistérségek	36,9	13,3	3,1	33	3,9	9,8	5,3	52,7	31,6	10,5	57,4	20,6	11,7	10,4
Közepesen fejlett kistérségek	39,5	8,9	3,6	31,9	3,4	12,7	6,6	52	32,2	9,2	51,4	13,8	12,5	22,3
Fejlett kistérségek	41,8	11,1	5,2	28,6	4	9,3	6,5	55,3	26,3	11,8	38,7	17,4	9,7	34,1

4. táblázat

Az önbevalláson alapuló szubjektív érzet alapján adott válaszok szerint a szociális körülményeket és az anyagi helyzetet kevés eltérés jellemzi az egyes kistérségi fejlettségi szinteken. A fejletlen településeken minden tizennegyedik, a közepes térségek lakói körében minden tizenötödik, a fejlett szinten pedig minden tizenharmadik személy rendelkezik jó/nagyon jó anyagi körülményekkel (4. ábra).



4. ábra

Népmozgalom

Halandóság	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Élveszületés ezer lakosra	9,1	9,3	8,9	9,2	9,3	9,4	9,3	9,5
Halálozás ezer lakosra	11,8	12,2	12,5	12,4	12,5	12,6	12,5	12,4
Csecsemőhalálozás ezer élveszülöttre	6,3	6,3	7,6	6,2	6,2	5,4	6,4	5,3

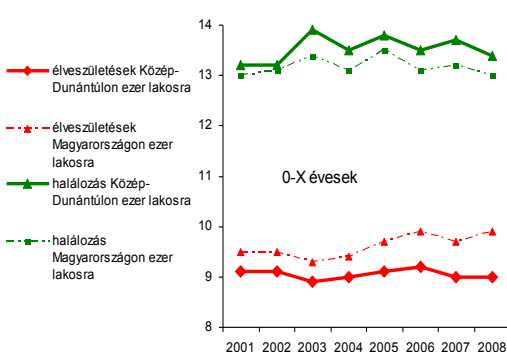
5. táblázat

Az ezredforduló első évtizedében a csecsemőhalálozás Közép-Dunántúlon országos érték közeli volt, esetenként meghaladta azt. A dunántúli térség többi régiójára jellemző 5 ezrelék alatti szintet még 2008-ban sem érte el.

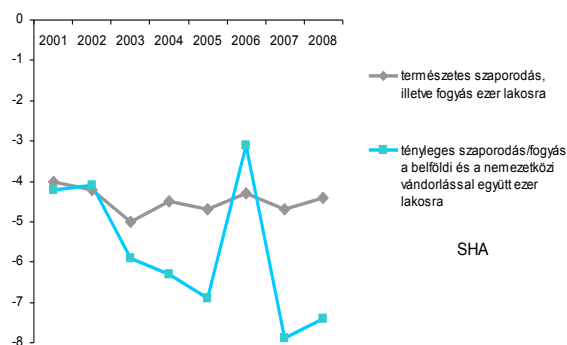
A vizsgált időszakban a magyarországi átlaghoz képest is alacsony volt a születések száma, és a halandósági mutatók sem javultak. Az élveszületések és a halálozások számának alakulása egyértelműen az itt élő népesség természetes fogyását jelzik, amelynek mértéke 2003-ban volt a legnagyobb (-3,6), majd néhány év stagnálás után 2008-ban megközelítette a 2001. évi szintet (-2,9). (5. táblázat).

A természetes fogyást erőteljesen kompenzálja a migráció, egyes dinamikus fejlődő kistérségekben, elsősorban a külföldi érdekeltségű ipari létesítmények által néhány évre biztosított munkalehetőségek miatt. Emellett folyamatos az elvándorlás a gazdaságilag fejlett nagyvárosok és vonzáskörzeteik felé. A régióba történő 2006-os erőteljes bevándorlást egy nagyszámú elvándorlás követte, ami mostanra jelentősen csökkentette a térség népesség számát (5. ábra).

Élveszületések és halálozások számának alakulása 2001-2008.



A természetes és a tényleges szaporodás/fogyás alakulása a Közép-dunántúli régióban ezer lakosra 2001-2008.



5. ábra

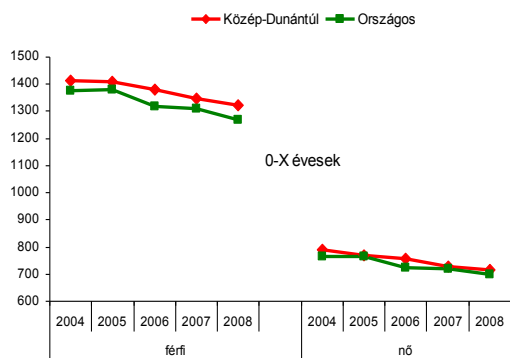
Halálozás

Közép-Dunántúlon az általános halálozás kismértékben ugyan, de mindkét nem esetében meghaladta az országos átlagot, bár a standardizált mutatók javuló tendenciát jeleznek. A halálozások feléért a keringési rendszer betegségei, negyedéért a rosszindulatú daganatok tehetők felelőssé.

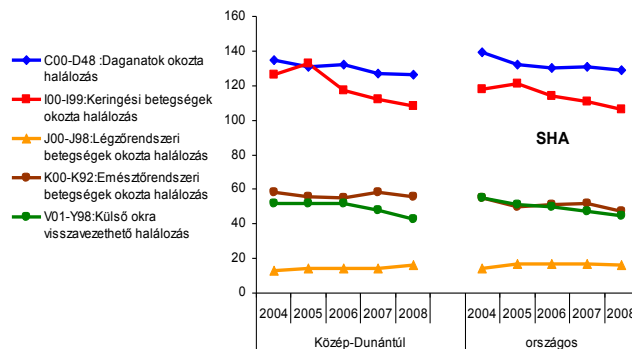
Korai halálhoz - a vezető halálokok közül - ebben a térségben is a daganatos betegségek vezetnek elsősorban, bár valamivel alacsonyabb arányban, mint az országos átlag.

A korai halálozás tekintetében jelentős javulás mutatkozik a keringési rendszer betegségei okozta halálozási arány csökkenésében, valamint a külső okokra visszavezethető halálozásoknál is (6.ábra).

A Közép-dunántúli régió halandósági mutatói (SHA) 2004-2008



Korai (0-64 éves) halandóság főbb halállokok szerint 2004-2008



6. ábra

3. Krónikus betegségek

Egy adott népesség egészségi állapotának meghatározásánál a halálozási adatok mellett a különböző hosszantartó betegségek előfordulási gyakoriságának ismerete a legfontosabb. A felmérésben 25 népegészségügyi jelentőségű krónikus betegségről gyűjtöttünk adatokat önbevallás alapján. Ezek a betegségek vagy a vezető halálokok közé tartoznak (pl. keringési betegségek), vagy szövődményeik miatt súlyos korlátozottságot eredményezhetnek (pl. cukorbetegség), vagy nagymértékben ronthatják az életminőséget (pl. gerincfájdalom).

A kérdőívben 25 betegséggel (melyeket az elemzés során 18 kategóriába vontunk össze) kapcsolatban kérdeztük meg, hogy van-e/volt-e valaha ilyen betegsége, ha volt, orvos diagnosztizálta-e vagy sem. Emellett rákérdeztünk az utolsó két hét gyógyszerfogyasztási jellemzőire is.

A Közép-Dunántúlon élő férfiak 66, a nők 73,5%-a számolt be legalább egy betegségről a felmérés időpontjában (6. táblázat).

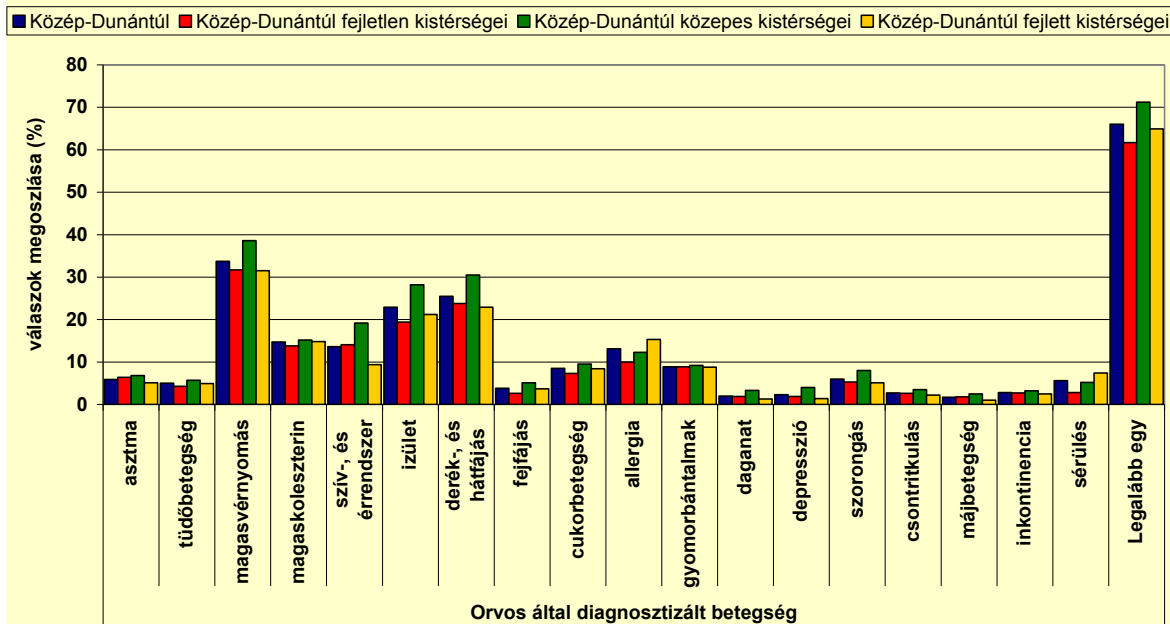
Komplex mutató alapján besorolt kistérségi csoportok	Legalább egy krónikus betegséggel rendelkezők aránya	
	férfiak (%)	nők (%)
Fejletlen kistérségek	61,7	73,7
Közepesen fejlett kistérségek	71,2	75,2
Fejlett kistérségek	64,9	72,3

6. táblázat

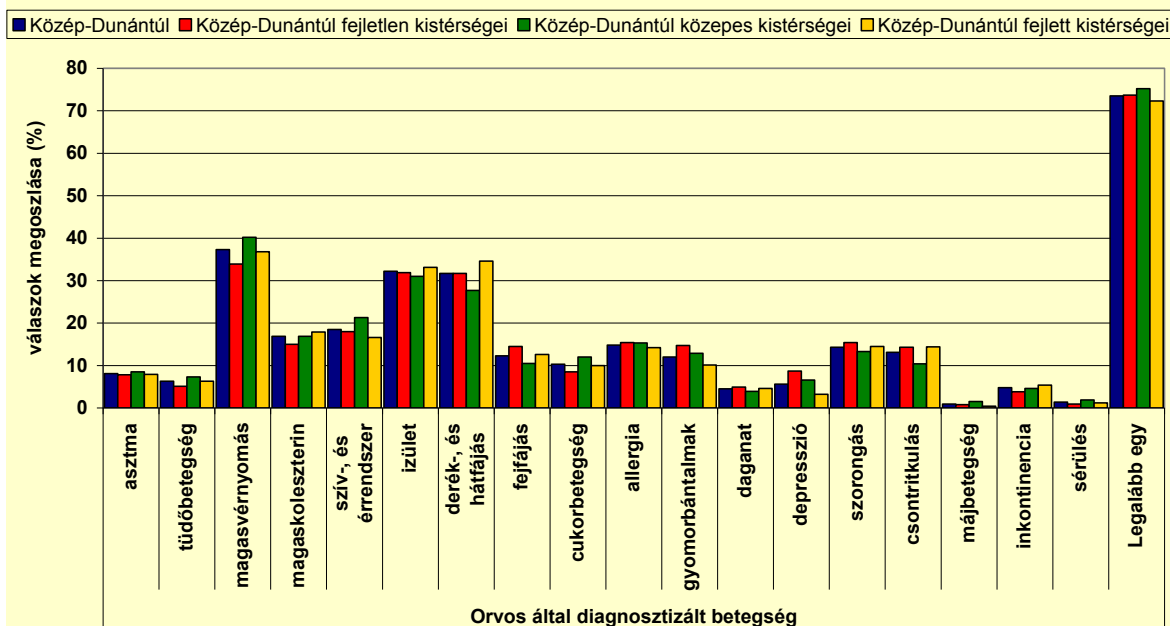
A régió népessége - az országos trendhez hasonlóan - magas vérnyomás betegség, ízületi bántalmak, és derék- valamint hátfájás miatt fordul leggyakrabban orvoshoz.

A fejletlen kistérségeken a férfiak 14, a nők 18%-a, a közepesen fejletteken a férfiak 19, a nők 21%-a, a fejlett településeken a férfiak 9, a nők 17%-a szenved szív- és érrendszeri betegségben. Legtöbb szív- és érrendszeri beteg a közepes fejlettségű kistérségekben él. Itt kétszer annyi a szívbeteg férfiak aránya, mint a fejlett településeken. Nők esetében az eltérés 4%-os. A régióban élő férfiak között 10%-os, a nőknél 13%-os a kezelt betegek aránya.

Élete során orvos által diagnosztizált betegség - FÉRFI



Élete során orvos által diagnosztizált betegség - NŐ



7. ábra

A régióban élő férfiak 34%-a, a nők 37%-a **hypertóniás**, ugyanakkor a kérdés időpontjától számított két héten belül a férfiak csupán 28%-át, a nők 32%-át kezelték gyógyszeresen.

A felmérés adatai szerint mind a keringési betegségek, mind azok rizikófaktorai - magas koleszterinszint, vagy cukorbetegség - esetében jelentős azoknak a betegeknek a száma, akik nem vesznek igénybe semmilyen gyógyszeres kezelést ezekre a problémákra.

Az egyes kistérségi csoportok között alig, de a nemek között jelentős, mintegy tíz százalékos különbség van az **ízületi panaszok** gyakoriságát tekintve. A férfiak közel negyede (23%), a nők egyharmada (32%) szenved ízületi bántalmaktól.

Cukorbetegség leginkább a közepesen fejlett kistérségben élő nőket veszélyezteti. 12%-os gyakoriság mellett, ugyanitt csupán 8,5% a kezelt diabeteszesek aránya.

A **csonttritkulás** átlagosan 13%-os gyakoriság mellett, a fejlett kistérségi nők között fordul elő legnagyobb arányban. E betegségéről a férfiak 2-3%-a tud.

Orvosilag diagnosztizált **depressziók** aránya a férfiak körében 2,5%, a nők között ennél jóval magasabb, 6%. Ehhez képest a gyógyszeresen kezelt depressziós férfiak 1,2%-ban, a nők 4,5%-ban vannak csak jelen a vizsgálati mintánkban. A rejtett morbiditás megismerésével ennél valószínűleg magasabb értékeket tapasztalnánk. Az ismert, tehát diagnosztizált betegek sem részesülnek valamennyien gyógyszeres terápiában.

Ezzel összefüggésben kell említést tenni a **szorongásos panaszokról** is. Átlagosan minden hetedik nő (14%) szenved szorongásos tünetektől. A férfiaknál valamivel jobb az arány, a válaszadók 6%-a számolt be szorongással járó testi és lelki tünetekről. Ezek nagy része is kezeletlen mindkét nemnél.

Az **asztma** előfordulási gyakorisága a régió teljes lakosságában a férfiak körében 6, a nőknél 8%-os volt, ami nagyjából megegyezik az országos szinttel.

Tüdőbetegségekről a férfiak 5, a nők 6%-ban, **allergiás panaszokról** a férfiak 13, a nők 15%-ban, **gyomorbántalmakról** a férfiak 9, a nők 12%-ban számoltak be az adatfelvétel során.

Felmérésünk időpontjában, a Közép-dunántúli régióban a férfiaknál 2, a nőknél 4,5%-os volt a **daganatos megbetegedések** előfordulási gyakorisága.

Vizsgáltuk még az elmúlt 12 hónapban elszenvedett **balesetekből származó sérülések** arányát is, ami összességében megegyezik az országossal (3,2%). A férfiak közötti gyakoriság hatszorosa a nőkéhez képest (6 ill. 1%), és a térségek fejlettségi szintjének emelkedésével láthatóan több a baleseti sérültek száma (a fejletlen térségi férfiak körében 3, a közepes fejlettségű térségekben 5, a fejlett térségekben 7%) (7. ábra).

4. Egészséget befolyásoló tényezők

Vélt egészség, közérzet

Az egyének saját egészségükről kialakított véleménye azt jelzi, hogy az emberek hogyan élik meg egészségi állapotukat. Egészségindikátornak is használható. Több nemzetközi szervezet (WHO, EU, OECD) használja országok közötti összehasonlításra.

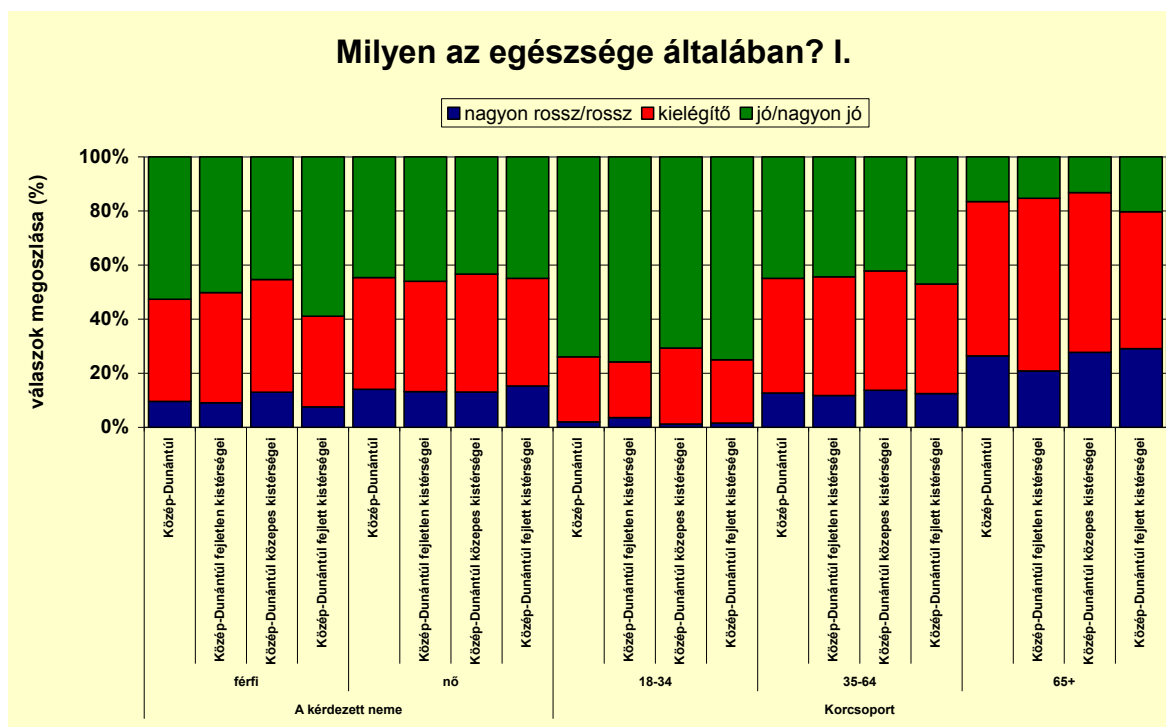
Az egészségi állapot szubjektív megítélésével kapcsolatban három kérdést tettünk fel: milyennek ítéli az egészségi állapotát általában, volt az elmúlt fél évben valamilyen panasa/betegsége, és korlátozta-e ez a mindennapi tevékenységek elvégzésében, ha igen, milyen mértékben.

A közép-dunántúliak túlnyomó többsége elégedett egészségi állapotával, sőt minden második régióbeli lakos (48%) jónak, vagy nagyon jónak tarja azt. A válaszadók 12%-a azonban rossz vagy nagyon rossz egészségről számolt be (7. táblázat).

Komplex mutató alapján besorolt kistérségi csoportok	Milyen az egészsége általában?			Van-e valami panasa, betegsége?		
	nagyon rossz/rossz	kielégítő	jó/nagyon jó	nincs panasa	kismértékű korlátozottság	nagymértékű korlátozottság
Fejletlen kistérségek	11,1	40,8	48,1	65,5	28,6	5,9
Közepesen fejlett kistérségek	13,1	42,7	44,3	62	30,9	7
Fejlett kistérségek	11,7	36,9	51,5	67,7	25,3	7

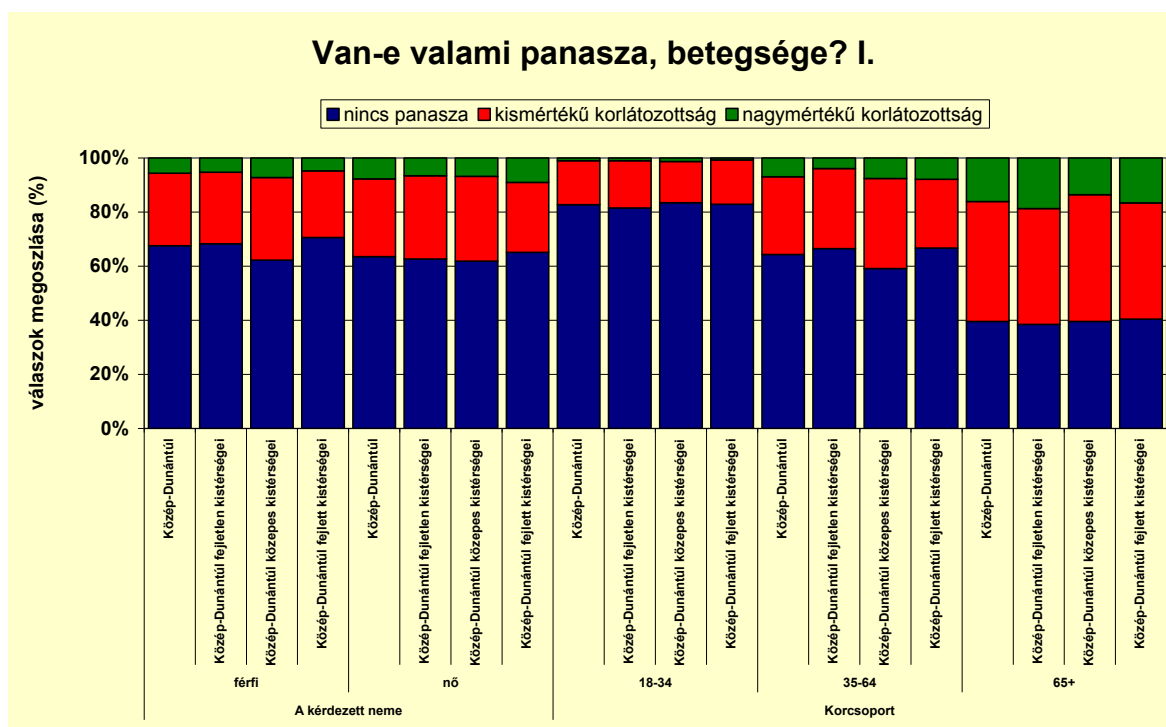
7. táblázat

A férfiak átlagosan 53%-ban, a nők 45%-ban nagyon jónak tartják egészségi állapotukat. Az életkor előrehaladtával csökken azok aránya, akik a „Milyen az egészsége általában” kérdésre azt a választ adták, hogy „jó, vagy nagyon jó”, ellenben azok aránya növekszik, akik nem panaszkodtak, tehát kielégítőnek ítélték egészségüket. Fiatal korban a fejletlen, idős korban a közepesen fejlett és fejlett településeken számoltak be legtöbbször rossz egészségi állapotról (8. ábra).



8. ábra

Az összes válaszadó többsége, mintegy 65% arra a kérdésre, hogy „Van-e valamilyen betegsége, panasz”, nemmel felelt, ugyanakkor minden harmadik személy kisebb vagy nagyobb korlátozottságról tett említést. A válaszok alakulásában az életkornak jelentős szerepe van (9. ábra).



9. ábra

Funkcionalitás

Az egészség fogalma az utóbbi évtizedekben jelentős változáson ment át. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a „teljes fizikai, szellemi és szociális jólét” állapotaként jellemzi. Ha az egyén

valamely okból nem képes különböző tevékenységeket végrehajtani, részt venni a társadalom életében, alkalmazkodni környezetéhez, akkor funkcionális-csökkenésről vagy fizikai korlátozottságról beszélünk. A funkcionális csökkenésének több fokozatát különböztetjük meg aszerint, hogy a testi, egyéni, vagy társadalmi funkciók ellátásában következik be.

A fizikai korlátozottság értékelésére több kérdés alapján került sor. Van-e a látásával problémája, és ha igen, milyen mértékű? Van-e a hallásával problémája, és ha igen, milyen mértékű? Szüksége van-e segédeszközre (botra, járókeretre, kézikocsira) a mindennapi tevékenységek során, ha igen, milyen esetekben? Általában nehézséget okoz-e bizonyos tevékenységek (pl. táplálkozás, felkelés, öltözés, WC használat, tisztálkodás, főzés, bevásárlás, könnyű és nehéz házimunkák) elvégzése.

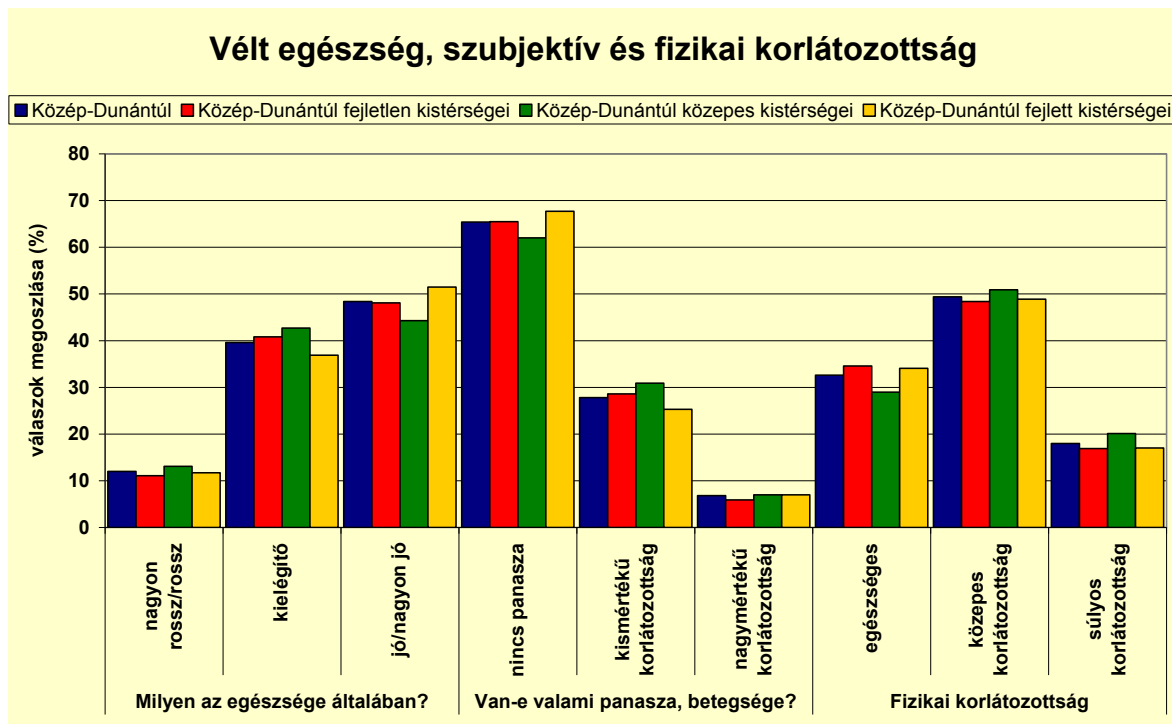
A fizikai korlátozottság súlyossága is elsősorban az életkorral mutat összefüggést. Közepes korlátozottsággal él a középkorúak átlagosan 57%-a, és a fiatal felnőttek jelentős hányada is (37%). Utóbbiak a fejletlen térségben számoltak be legnagyobb arányban súlyos fizikai korlátozottságból (6%).

A funkcionálisra vonatkozó kérdés esetében úgy tűnik, a válaszok nem mutatnak jelentős eltérést a térségek fejlettségi szintje szerint.

A szubjektív funkcionális megítélését segítő válaszok értékelésénél az életkor szerepét elsődlegesnek lehet tekinteni. Ha a teljes régiót vizsgáljuk, azt látjuk, hogy amíg 18-34 éves korban a válaszadók 57%-a fizikailag egészségesnek tartja magát, addig a 34-64 évesek csupán negyede (27%), a 65 év felettieknek pedig már csak 13%-a (8. táblázat).

Komplex mutató alapján besorolt kistérségi csoportok	Fenn áll-e valamilyen fizikai korlátozottság?		
	egészséges	közepes korlátozottság	súlyos korlátozottság
Fejletlen kistérségek	34,6	48,4	16,9
Közepesen fejlett kistérségek	29	50,9	20,1
Fejlett kistérségek	34,1	48,9	17

8. táblázat



10. ábra

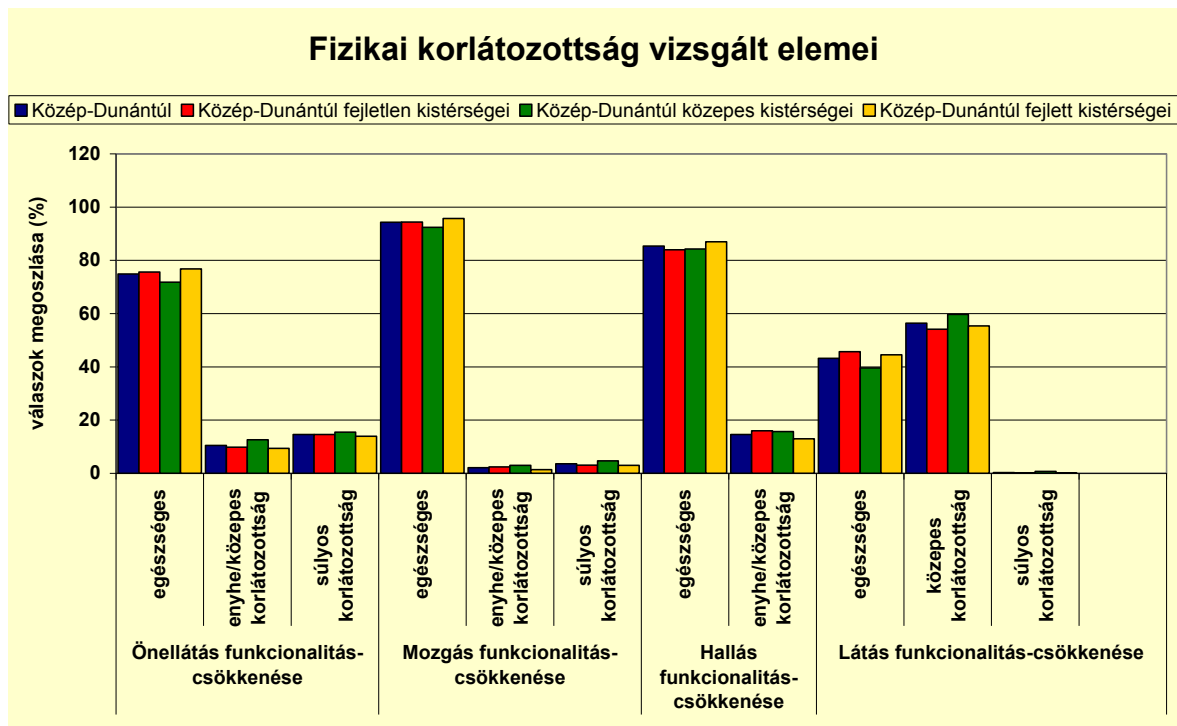
Az egyes paramétereket külön vizsgálva az alábbi képet kapjuk (11.ábra).

A megkérdezettek 43%-nak nincs látásfunkciós elváltozása. Súlyos látáscsökkenés a térség lakóinak 0,3%-át érinti.

Enyhe vagy közepes halláscsökkenés 15%-ban fordul elő, és a kistérségek közötti különbség nem számottevő.

A válaszadók átlagosan 3,6%-a mozgásában súlyosan korlátozott, ami a mindennapi életvitelt jelentősen megnehezíti.

15 százalékuk súlyos önellátási funkcionáltságcsökkenéssel él, 1-2% eltéréssel az egyes térségi szintek között. Enyhe vagy közepes funkcionáltságcsökkenésről a régióbeli lakosok 11%-a számolt be. Az önellátási funkcionáltság csökkenésének gyakorisága 10%-ban tér el a nemek között, és a nők azok, akik nagyobb arányban érintettek, hiszen egyharmaduk kénytelen együtt élni enyhe vagy közepes, esetleg súlyos korlátozottsággal. Az életkor előrehaladtával a rendellenességek előfordulási gyakorisága meredeken emelkedik. Minden nyolcadik 35-64 éves, és minden negyedik 65 évesnél idősebb férfi, továbbá minden hetedik középkorú, valamint minden második időskorú nő, napi tevékenységének elvégzését nehezíti meg súlyos korlátozottság.



11. ábra

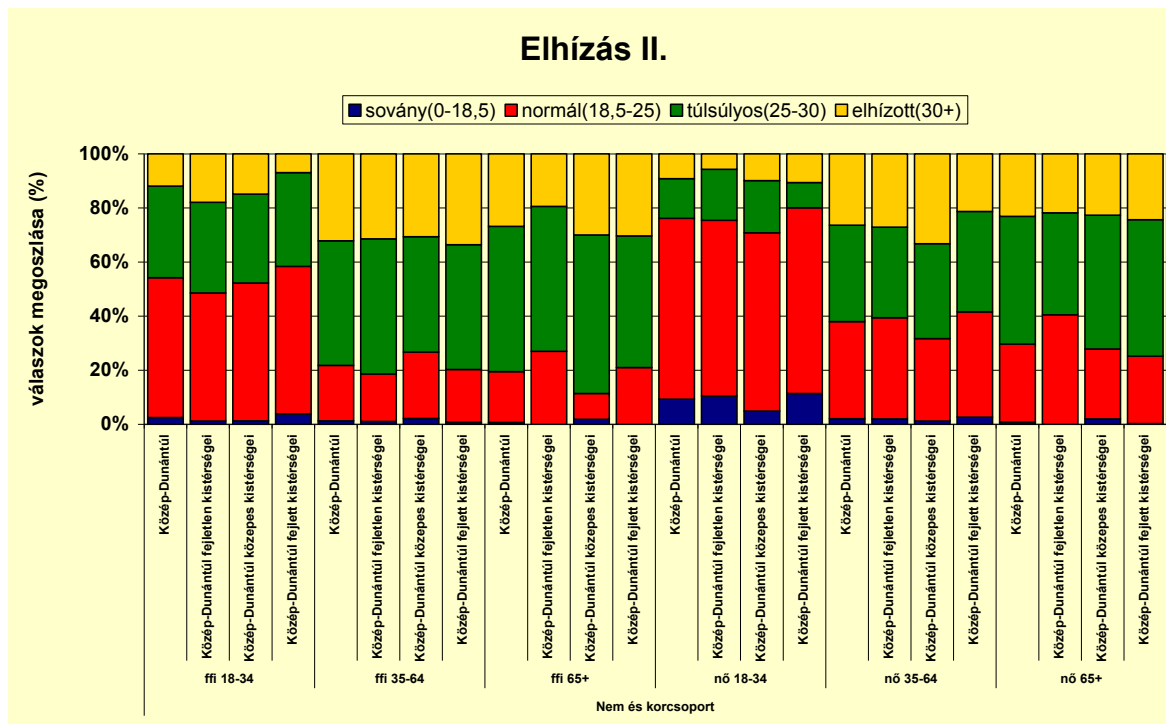
Testtömeg, túlsúlyosság

A dohányzás és az alkoholizmus után az elhízás a harmadik legfontosabb elkerülhető, betegséghez és halálhoz vezető ok, amely az elmúlt évtizedekben egyre meredekebben emelkedő tendenciát mutat a fejlett országokban. Jelentős gazdasági terhet ró mind az egészségügyi, mind a szociális ellátásokra. Bizonyított, hogy a normális felső határát 20%-kal meghaladó testsúly esetén a különféle betegségek kialakulásának valószínűsége megnő, míg súlyos elhízás esetén a halálozás esélye kétszeresére nő a normál súlyú egyénéhez képest. Az elhízás meghatározásának egyik leginkább elterjedt módszere a testtömeg-index (BMI) alkalmazása, amely a kilogrammban mért testtömeg és a méterben mért testmagasság négyzetének hányadosa ($BMI = kg/m^2$).

A kérdőívben magasságot és testtömeget kérdeztünk. Ebből származtattuk az összehasonlításhoz szükséges BMI adatokat.

Komplex mutató alapján besorolt kistérségi csoportok	Közép-dunántúli régió kistérségi csoportjaiban élő népesség testtömeg indexe a kérdezettek százalékában			
	sovány (-18,5)	normál (18,5-25)	túlsúlyos (25-30)	elhízott (30+)
Fejletlen kistérségek	2,5	37,2	37,9	22,4
Közepesen fejlett kistérségek	2,1	34,5	38,1	25,3
Fejlett kistérségek	3,3	38,3	36,9	21,5

9. táblázat



12. ábra

A régióban élő férfiak mindössze 30%-a, a nők 43%-a tekinthető normális testsúlyúnak. Ezzel szemben a teljes lakosság egyharmada túlsúlyos vagy elhízott. Az elhízott férfiak aránya 25%, a nőké 21% (12. ábra).

Legtöbb túlsúlyos és elhízott férfi a fejletlen, legtöbb nő pedig a közepesen fejlett kistérségekben él (9. táblázat).

A normális testsúly mindkét nemben elsősorban a fiatal felnőtteket jellemzi. A túlsúlyosság a 35-64 éves férfiak, valamint a 65 éven felüli nők között van jelen legnagyobb arányban.

A kistérségi szinteket összehasonlítva azt tapasztaltuk, hogy fiatal felnőtt korban a fejlett térségben valamivel magasabb a normális testsúly, kevesebb a túlsúlyos férfi és kevesebb az elhízott nő, mint a fejletlenebb térségekben.

65 év felett viszont a fejletlen településeken nagyobb a normális testsúly gyakorisága mindkét nemben, és ugyanitt kevesebb az elhízott férfiak, és a túlsúlyos nők aránya is.

Mentális egészség

A mentális egészség fontosságára hívta fel a figyelmet a WHO 2001-es jelentése. A felnőtt lakosság körében a leggyakoribb neuropszichiátriai zavarok a hangulatzavarok, szorongásos zavarok, kóros alkohol- és droghasználat, szkizofréria (tudathasadás), demenciák (szellemi hanyatlás), primér inszomnia (álmatlanság) és epilepszia. A mentális zavarok okozta funkciócsökkenés igen jelentős az egész világon. Vezető probléma az unipoláris depresszió. Bizonyos mentális zavarok esetében lényeges nemi különbségek vannak. A mentális zavarok terhei társadalmi, társas és individuális szinten egyaránt jelentkeznek. Társadalmi szinten egyrészt a betegségek kezelésének közvetlen költségei és az indirekt terhek (pl. munkaképtelenségből fakadó gazdasági veszteség); a család és az egyén szintjén a kirekesztettség, stigmatizáció, szubjektív szenvedés emelhető ki.

Emellett a mentális egészség szoros összefüggést mutat az általános egészséggel, illetve az egészségproblémákkal. Szomatikus betegek gyakran válnak depresszióssá, ám ez az összefüggés fordítva is igaz (szomatizáció). Kiemelendő még, hogy a mentális problémák gyakran fordulnak elő együttesen, illetve az egyes mentális zavarok szerepe az öngyilkos magatartásban is jelentős.

A mentális egészséget a következő kérdésekkel mértük: mennyire érezték magukat fáradtnak, kimerültnek; idegesnek, feszültnek; kedvetlennek, szomorúnak az elmúlt egy hónapban.³

Eredményeink azt mutatják, hogy mentális egészségproblémák a vizsgált populáció jelentős hányadát érintik. Az adatfelvételt megelőző négy hétre vonatkozóan idegességről, feszültségről a válaszadó férfiak 32, a nők 40%-a, változó kedélyállapotról pedig a férfiak 42, a nők 43% számolt be.

A nemek közötti gyakoriságban mutatkozó eltérés azt jelzi, hogy férfiak esetében a közepesen fejlett, nők esetében pedig a fejletlen térségek között több az ideges, feszült, szorongásra hajlamos ember.

A „Hogyan érezte magát az elmúlt négy hétben” kérdésre adott válaszok azt mutatták, hogy a fiatal felnőttek közel egyharmada (28%) kiegyensúlyozott, viszont az életkor előrehaladtával ez az arány csökken. Legtöbben változó kedélyállapotról számoltak be az elmúlt négy hétre visszatekintve (10. táblázat).

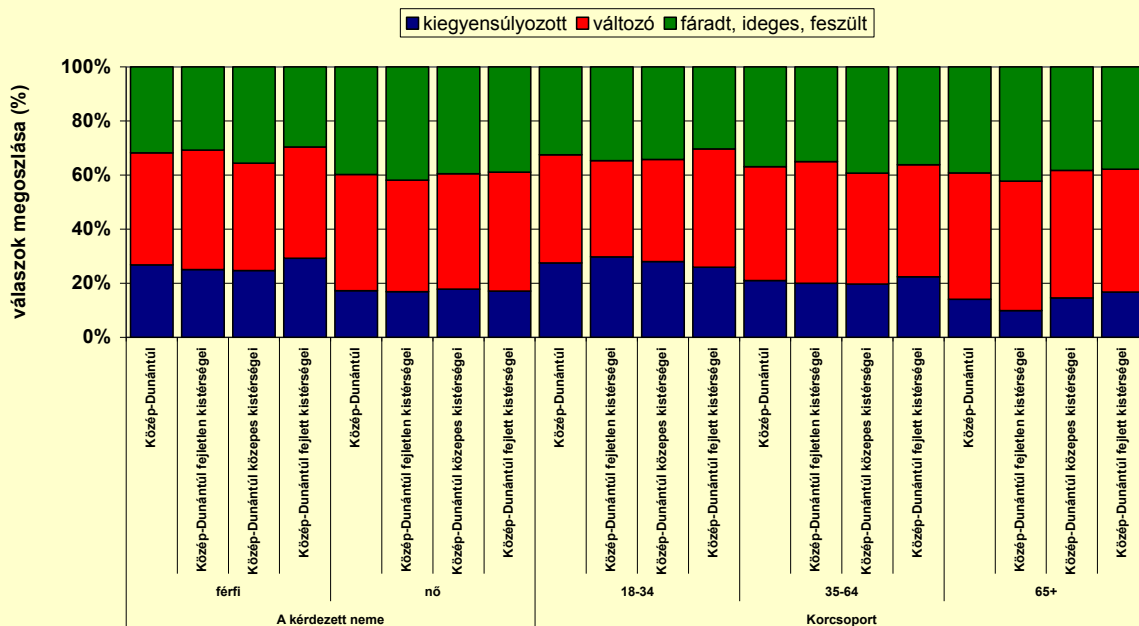
Komplex mutató alapján besorolt kistérségi csoportok	Mentális egészség, fizikai és szellemi erőnlét korcsoportonként								
	18-34 évesek			35-64 évesek			65+ évesek		
	kiegyensúlyozott	változó	fáradt, ideges, lehangolt	kiegyensúlyozott	változó	fáradt, ideges, lehangolt	kiegyensúlyozott	változó	fáradt, ideges, lehangolt
Fejletlen kistérségek	29,8	35,6	34,7	20	45	35	9,9	47,8	42,2
Közepesen fejlett kistérségek	28	37,7	34,2	19,7	41	39,3	14,6	47,1	38,3
Fejlett kistérségek	25,9	43,7	30,3	22,4	41,4	36,2	16,7	45,4	37,8

10. táblázat

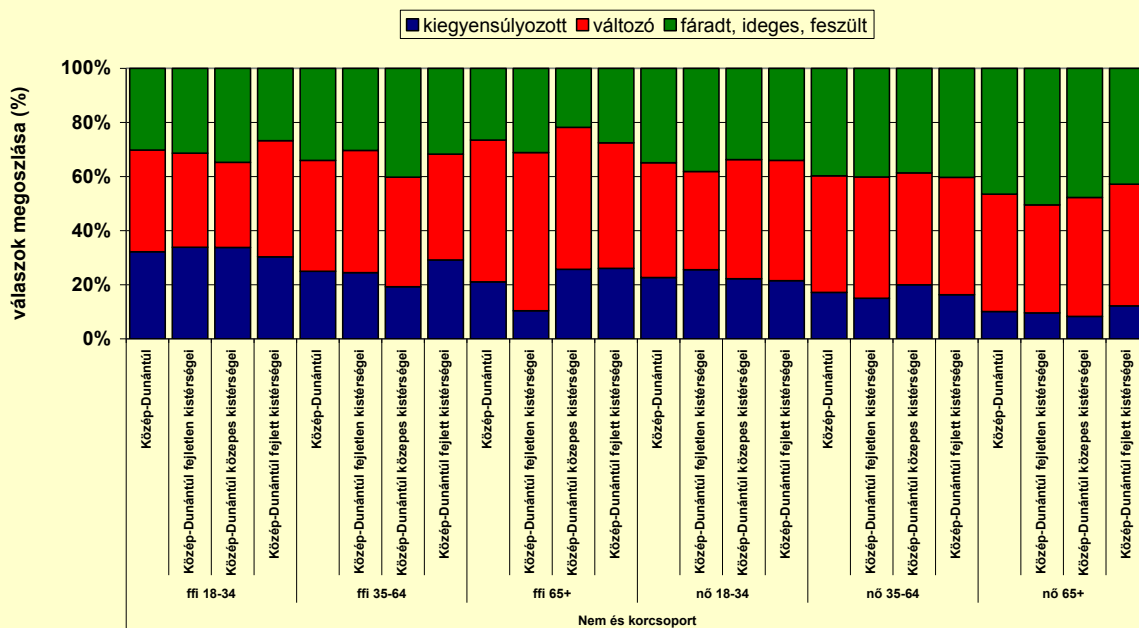
A nők között magasabb azok aránya, akik saját megítélésük szerint fáradtak, idegesek, feszültek voltak. Közel tíz százalékkal több férfi mint nő érezte kiegyensúlyozottnak magát az elmúlt négy hétben (13. ábra).

³ A mentális egészség problémáját a jelen felmérésben csak érintőlegesen vizsgáljuk, sokan mások (pl.: Kopp és mtsi.) komplex módon, rendszeresen kutatják hazánkban.

Mentális egészség I.



Mentális egészség II.



13. ábra

5. Egészségmagatartás

Dohányzás

A dohányzás az egyik legjelentősebb életmódbeli kockázati tényező, az Egészségügyi Világszervezet becslése szerint önmagában a világban bekövetkező halálozások 8,8%-áért felelős. A halálozások számának emelkedése mellett a betegségterheket is növelő tényező, meghatározó szerepet játszik számos betegség kialakulásában. A tüdőrák férfiak esetében 90%-ban, nők esetében 70%-ban a dohányzás következménye. A daganatos megbetegedések mellett az érrendszeri betegségek és egyes krónikus légúti megbetegedések kialakulásáért is nagymértékben felelős. Nem csak a dohányzó személyek egészségére fejt ki kártékony hatást: a passzív dohányzás a nemdohányzók körében is növeli a tüdőrák és a légzőszervi megbetegedések kockázatát, a terhesség alatti dohányzás a születendő gyermek egészségét is veszélyezteti.

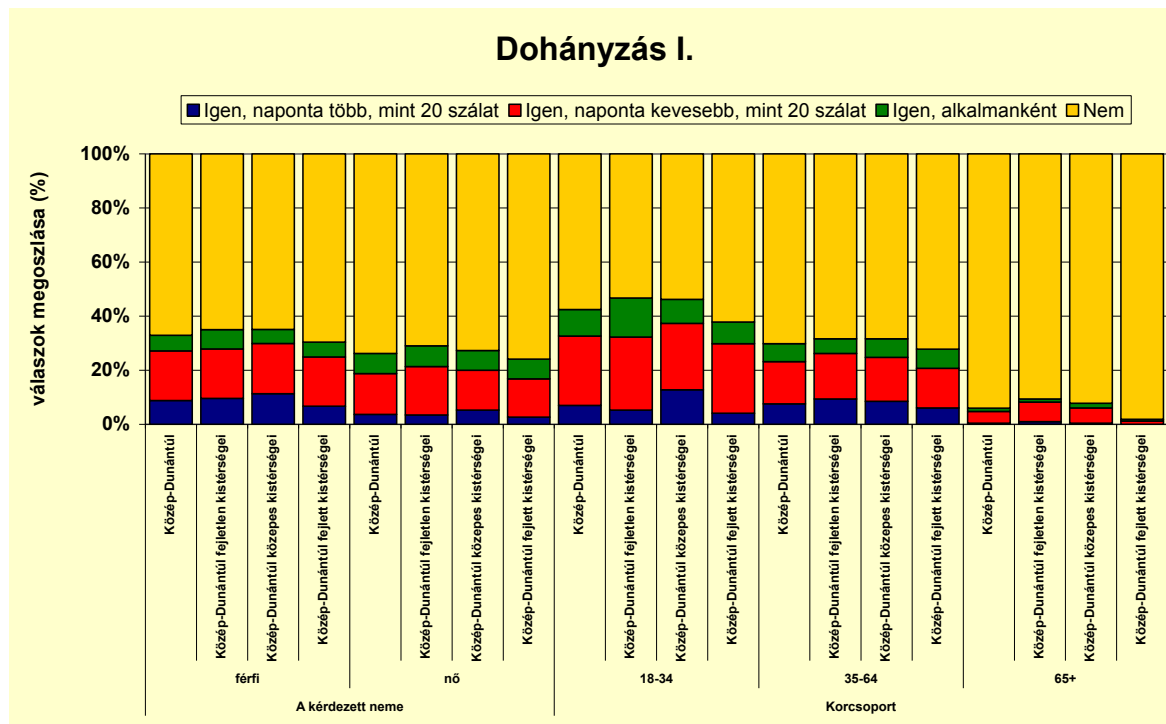
Felmérésünk során a dohányzási szokásokkal kapcsolatban az alábbi jellemzőket vizsgáltuk: a dohányzás gyakoriságát, az elszívott cigaretták mennyiségét, a passzív dohányzást és annak időtartamát.

Felmérésünk adatai szerint a régió felnőtt lakosságának harmada dohányzik, a férfiak 33%-a, a nők 26%-a, és nagy többségük napi rendszerességgel. A 18-34 éves korosztály a leginkább érintett, 44% cigarettázik és többségük naponta rágyújt. A középkorú lakosság körében 30%-os, az időskorúaknál 6%-os a dohányzás prevalenciája.

Komplex mutató alapján besorolt kistérségi csoportok	Dohányzási szokások %-ban							
	Dohányzik-e jelenleg? férfiak				Dohányzik-e jelenleg? Nők			
	Igen, több mint 20 szálát naponta	Igen, kevesebb, mint 20 szálát naponta	Igen, alkalmanként	Nem	Igen, több mint 20 szálát naponta	Igen, kevesebb, mint 20 szálát naponta	Igen, alkalmanként	Nem
Fejletlen kistérségek	9,6	18,3	7,1	65	3,5	17,9	7,6	71
Közepesen fejlett kistérségek	11,3	18,6	5,2	64,9	5,3	14,7	7,3	72,6
Fejlett kistérségek	6,7	18,2	5,5	69,6	2,7	14,1	7,3	75,9

11. táblázat

Az erős dohányosnak tekinthető, azaz a naponta több mint 20 szál cigarettát elszívó férfiak és nők többsége a közepes fejlettségű kistérségekben él (11. táblázat).



14. ábra

Háromszor annyi 18-34 éves férfi és nő gyújt rá rendszeresen napi 20 szál cigarettánál is többre a közepes fejlettségű településeken, mint a fejletlenben.

A középkorú férfiak és nők esetében, az *erős dohányos* jelző gyakorisága a térség fejlettségi szintjének emelkedésével valamelyest csökken, ugyanakkor az alkalmi dohányosok aránya közel azonos.

Idős korban a megkérdezett nők között már nem volt erős dohányos, és a fejlett kistérségekben a férfiak között sem. A régióban élő 65 év feletti férfiak átlag 92%-a, a nők 95%-a nem dohányzik (14. ábra).

Érdemes még megemlíteni a passzív dohányzásra vonatkozó magas gyakorisági adatokat. A megkérdezett férfiak 55%-a, a nők 35%-a elszenvedője a passzív dohányzásból eredő ártalmaknak. A férfiak esetében a kistérségek között nincs lényeges különbség, a napi öt óránál is hosszabb expozíciónak kitettek aránya 9% körül van nagyjából mindenhol. A fejletlen és közepes szintű térség nőlakossága azonban kétszer nagyobb arányban részesül passzív dohányzásnak, mint a fejlett településeken élők.

Alkoholfogyasztás

A nagyivás jelentősen növeli egyes betegségek (pl. májzsugor, stroke, szájüregi-, nyelöcső- és emlőrák, születési rendellenességek) és a korai halálozás kockázatát.

A kérdőívben rákérdeztünk, hogy milyen gyakran és milyen fajta (sör, palackozott/házi bor, palackozott/házi tömény, egyéb) alkoholos italokat fogyasztottak. Továbbá: előfordult-e, ha igen, milyen gyakorisággal, hogy 6 egységnél⁴ több alkoholt fogyasztott egyszerre.

A közép-dunántúli régióban a megkérdezettek 9%-a mindennapi rendszerességgel fogyaszt alkoholt. Minden harmadik alkalmi (36%), minden negyedik mértékletes (25%), és minden hetedik nagyivónak (15%) tartja magát⁵. (12. táblázat).

Komplex mutató alapján besorolt kistérségi csoportok	Alkoholfogyasztási szokások százalékban			
	alkoholfogyasztás			
	nem fogyaszt	alkalmi ivó	mértékletes ivó	nagyivó
Közepesen fejlett kistérségek	24,9	35	24,9	15,2
Fejlett kistérségek	28,3	33,8	23,6	14,2
Budapest	21	38,8	25,6	14,7

12. táblázat

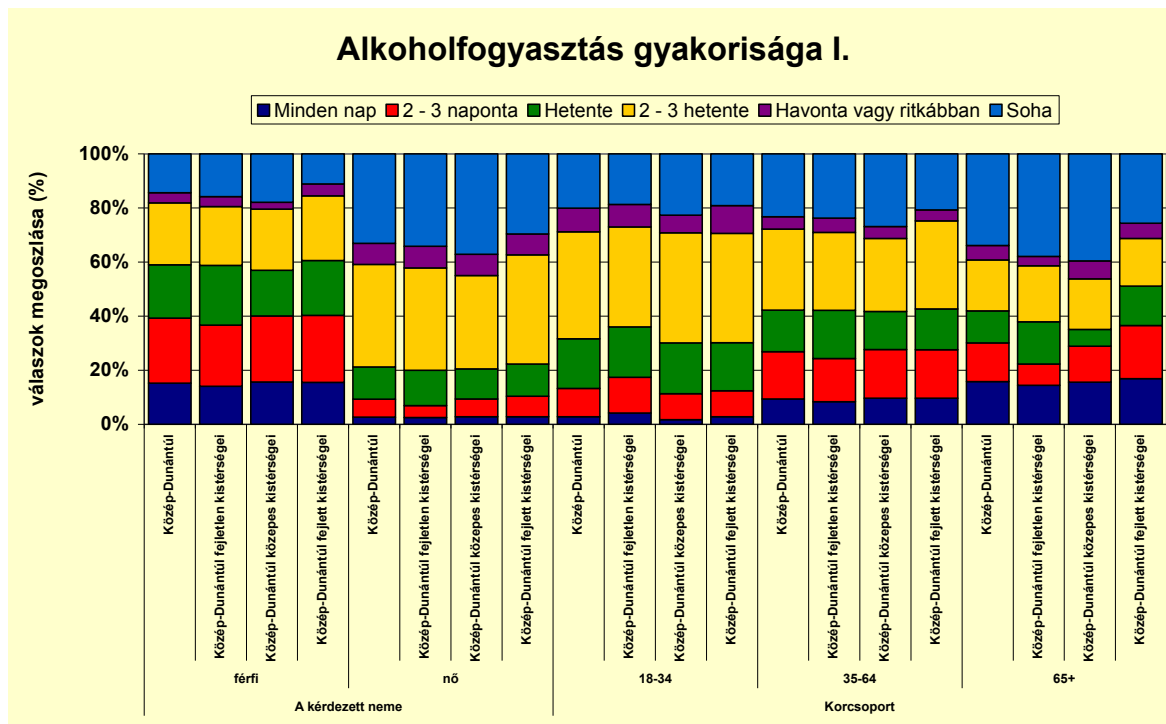
Az alkoholfogyasztási szokások a régióban az alábbiak szerint alakultak: a fiatal férfiak és nők 2-3 hetente, a középkorú férfiak 2-3 naponta, az ilyen életkorú nők 2-3 hetente, továbbá a 65 éven felüli férfiak napi rendszerességgű alkoholfogyasztása a leginkább jellemző.

A nők többségére jellemző, hogy minden korcsoportban, hogy 2-3 hetente iszik valamilyen alkohol tartalmú italt, elsősorban alkalomhoz kötötten.

Meglepő eredmény, hogy felmérésünk szerint a fejlett kistérségben élő, idős korosztályhoz tartozó minden ötödik nő (19%) az átlaghoz képest gyakrabban, azaz 2-3 naponként fogyaszt alkoholt (15. ábra).

⁴ 1 egység = 1 üveg sör vagy 2dl bor vagy fél dl tömény.

⁵ Alkalmi fogyasztónak tekintjük azokat, akik 2 – 3 hetente vagy havonta fogyasztanak alkoholt, mértékletes ivó az, aki 2 – 3 naponta vagy hetente iszik. Nagyivó, aki naponta iszik, vagy hetente legalább egyszer többet, mint 6 alkoholegység.



15. ábra

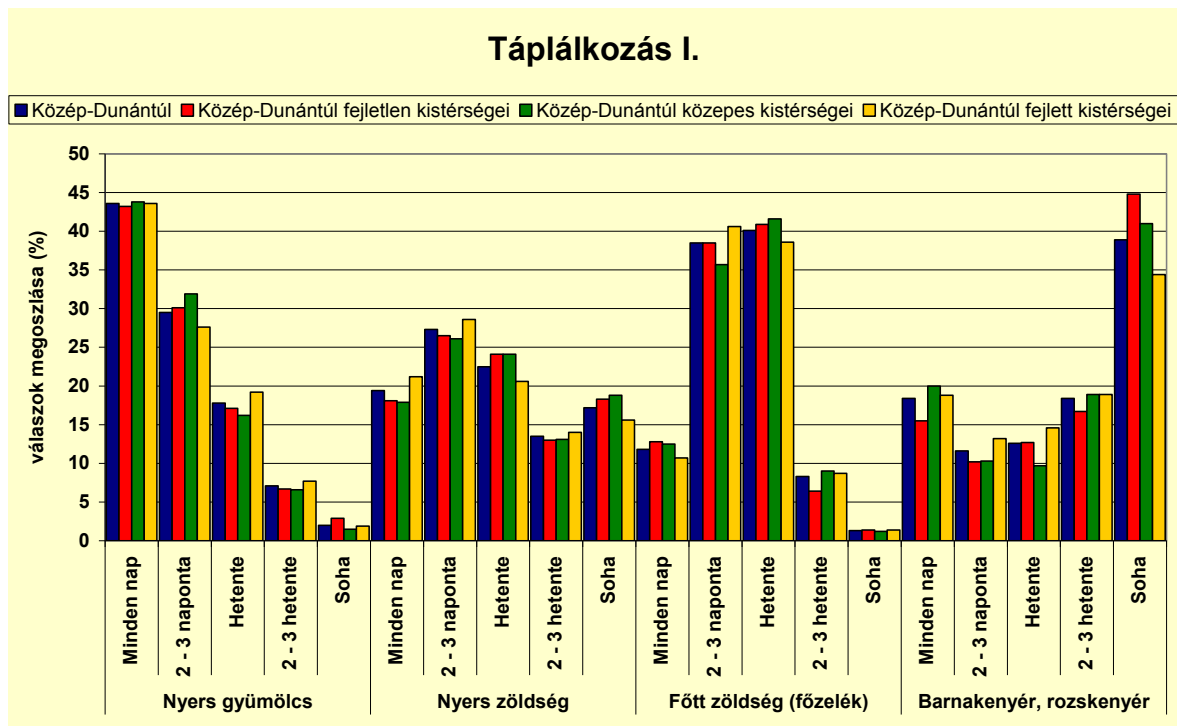
Táplálkozási szokások

Azon túlmenően, hogy az ételmiszerfogyasztás alapvető szükségletünk, nagyon fontos, mindannyiunkat érintő kérdés, hogy táplálkozásunk miként befolyásolja egészségünket. Egyre több bizonyíték gyűlik össze arra, hogy megfelelő táplálkozással jelentősen segíteni lehet számos krónikus betegség megelőzését. Tény az is, hogy egyes egészségtelen táplálkozási szokások a krónikus, degeneratív betegségek okozta halandósághoz hozzájáruló kockázati tényezők. Többek között ilyen a cukor, só- és a zsír túlzott fogyasztás.

A táplálkozási szokásokkal kapcsolatban a kérdőívben rákérdeztünk a nyers gyümölcsök, nyers zöldségek, főtt zöldségek (főzelékek), barna-/rozskenyér, fehér kenyér/péksütemények, hús/húsféle, chips/sós rágcslalivalók, édesség (csokoládé és cukor), és cukrozott üdítőitalok fogyasztási gyakoriságára.

A válaszadók 44%-nak étrendjét egészíti ki minden nap friss gyümölcs, és 19% fogyaszt napi rendszerességgel nyers zöldséget, salátát. Ugyanakkor a megkérdezettek 17%-a saját bevallása szerint soha nem eszik nyers zöldségfélét.

Igen alacsony a teljes kiőrlésű gabonafélékből készült pékáru vásárlása, a megkérdezettek 39%-a soha nem fogyasztja. Akárcsak a zöldség és gyümölcsfélékre, ugyanúgy a barna és a rozskenyérre is jellemző, hogy valamivel népszerűbb a fejlettebb térségekben, mint a fejletlenben (16. ábra).



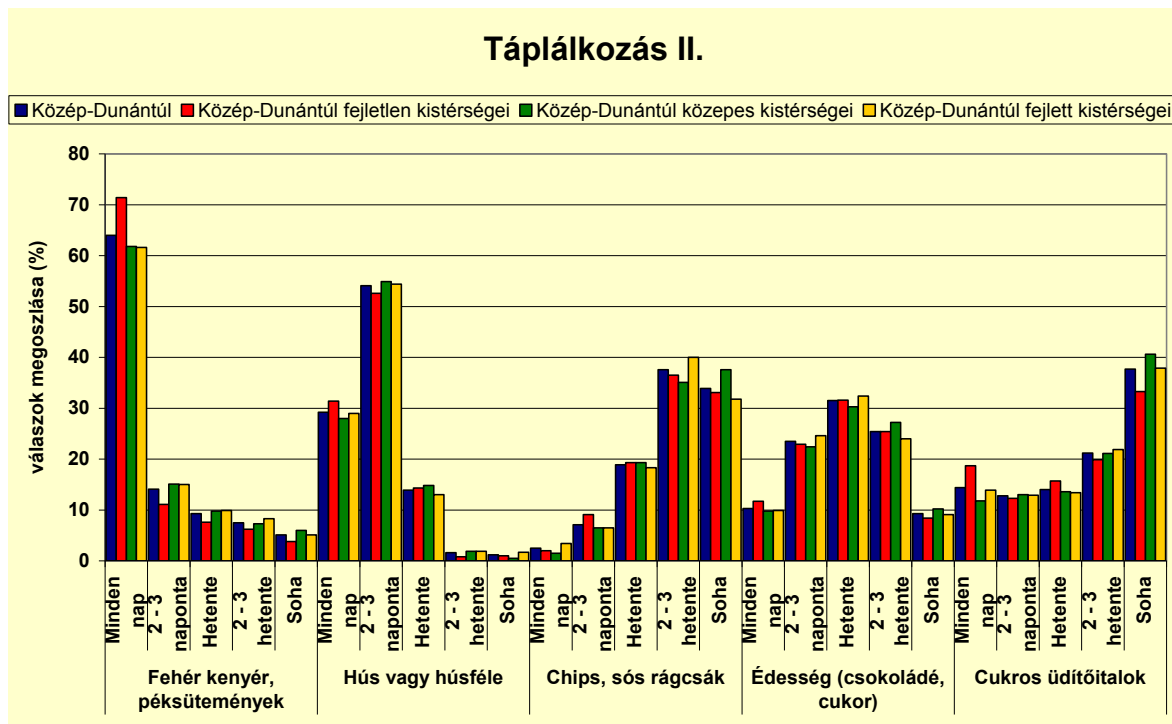
16. ábra

A megkérdezettek 29%-a fogyaszt napi rendszerességgel húst, húsetelt. Minden második régióbeli lakosnak két illetve háromnaponta kerül hús vagy húskészítmény az asztalára.

A táplálkozás egyéb vonatkozásait vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy chipset, sós rágcslálnivalókat vagy édességet, csokoládét, továbbá cukrozott üdítőitalokat minden kistérségi csoportban vannak, akik napi rendszerességgel fogyasztanak, arányaiban kisebb-nagyobb eltéréssel. Leggyakoribb a két-háromnaponkénti, és a hetenként egy alkalommal történő édesség és csokoládé, valamint szózott kekszek, rágcslálnivalók fogyasztása.

Édességgel nagyjából 10%, sós rágcslálnivalóval pedig a megkérdezettek 2,5%-a egészíti ki táplálékát napi rendszerességgel.

Cukrozott üdítőket naponta vagy legalább hetente 2-3 alkalommal a fejletlen kistérségekben élők isznak nagyobb arányban (31%). A közepesen fejlett és fejlett területek lakóinak negyede fogyaszt cukrozott üdítőket ilyen rendszerességgel (26%) (17. ábra).



17. ábra

Testmozgás

A testmozgás az egyik legjelentősebb preventív erővel bíró egészségmagatartási tényező. Az Egészségügyi Világszervezet szerint nagyon aggasztó, hogy magas azoknak az aránya, akik egyáltalán nem vagy nem megfelelő mennyiségben végeznek testmozgást. Világszerte mintegy 17% a fizikailag inaktív felnőttek aránya, míg azoké, akik a szükségesnél kevesebbet mozognak, 41%. Ajánlás szerint megfelelő mértékű a hetente legalább 5-szöri félórás mérsékelt testmozgás, ami számos betegség kialakulási kockázatát csökkentheti (például a szív- és érrendszeri betegségeket, a 2-es típusú cukorbetegséget). A testmozgásnak az elhízás megelőzésében, mindemellett a mentális egészség fenntartásában is fontos szerepe van

A kérdőívben rákérdeztünk az elmúlt egy hétben végzett intenzív testmozgás gyakoriságára, akár munkával kapcsolatosan, akár szabadidős tevékenységként került rá sor. (Instrukcióként a következő megjegyzést fűződött a kérdéshez: Az intenzív testmozgás nagymértékű erőfeszítéssel jár, ennek következtében a légzés szaporább lesz normálisnál. Ide tartozik súlyos tárgyak felemelése, ásás, kerékpározás, aerobikozás.)

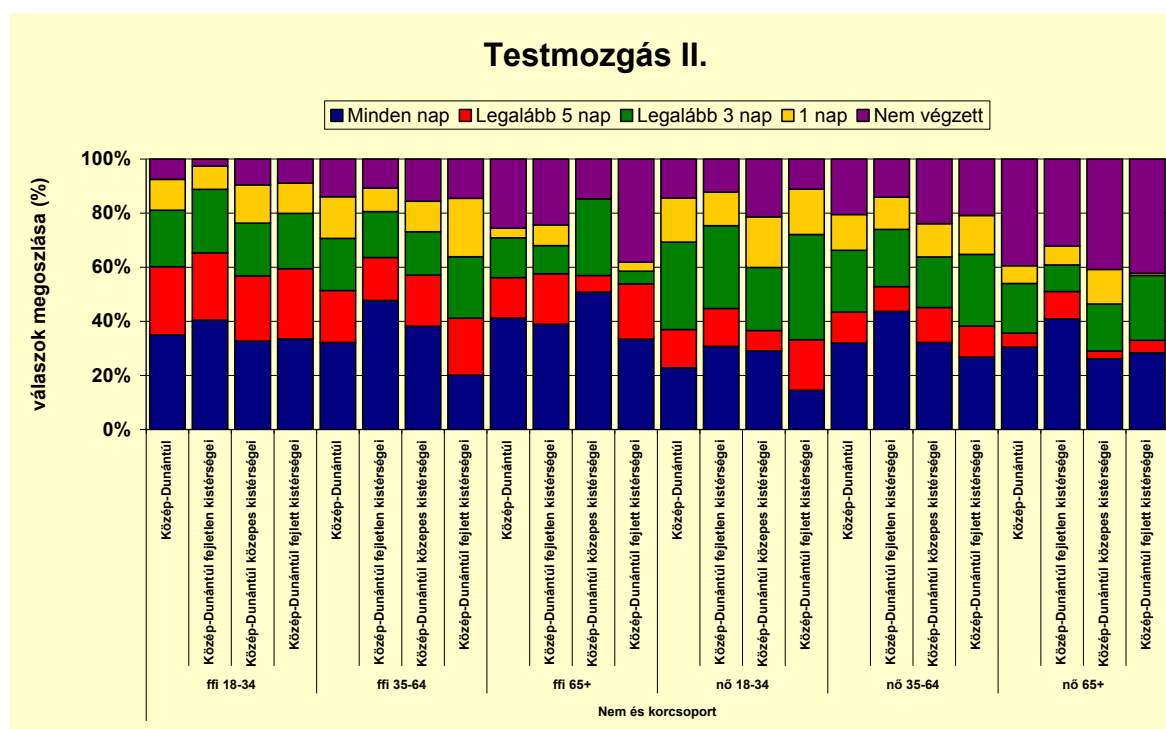
Komplex mutató alapján besorolt kistérségi csoportok	Fizikai aktivitás aránya nemek szerint a kérdezettek százalékában									
	férfiak					nők				
	Intenzív testmozgás az elmúlt 7 napban					Intenzív testmozgás az elmúlt 7 napban				
	minden nap	legalább 5 nap	legalább 3 nap	1 nap	semmi	minden nap	legalább 5 nap	legalább 3 nap	1 nap	semmi
Közepesen fejlett kistérségek	44	19,1	17,8	8,5	10,6	39,2	10,8	21,6	11	17,4
Fejlett kistérségek	38,6	18,4	19	10,3	13,6	30	9,2	19,6	14	27,2
Budapest	25,9	22,6	20	16,3	15,2	23,7	12,2	29,5	12,5	22,1

13. táblázat

A férfiak alapvetően többet mozognak, mint a nők és úgy tűnik, gyakrabban is. A fejletlen kistérségben élők között a fizikai aktivitás magasabb.(13. táblázat).

Legtöbb fizikailag inaktív fiatal és a középkorú felnőtt a közepesen fejlett, 65 éven felüli pedig a fejlett településeken él.

A 65 éven felüli férfiak több mint fele napi rendszerességgel végez *intenzív testmozgással járó* tevékenységet a közepes fejlettségű kistérségekben. Mindennapos intenzív testmozgás a fiatal és középkorú férfiak esetében a fejletlen kistérségekre jellemző nagyobb arányban. A nők minden korcsoportjában is inkább a fejletlen térségben élők mozognak többet (18. ábra).



18. ábra

6. Környezeti ártalmak

Lakóhelyi ártalmak

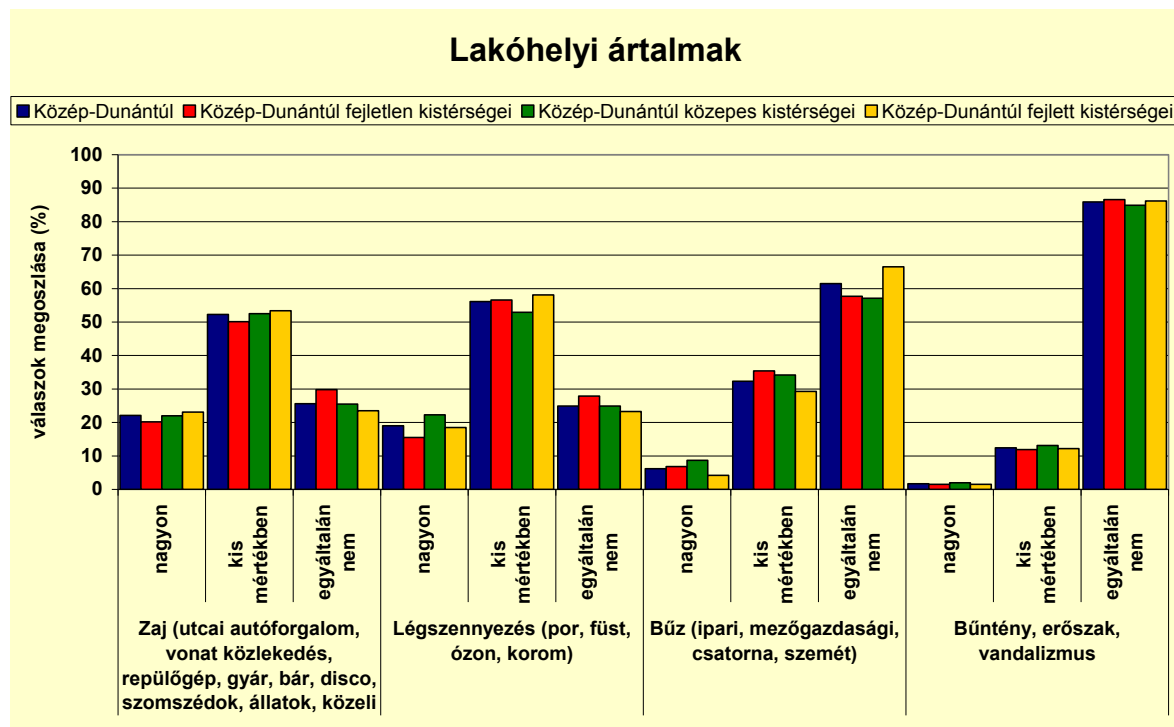
A közvetlen és tágabb lakóhelyünk természeti és épített elemekből áll. Életünk ezek között egy adott társadalmi környezetben zajlik. Mindennapjainkat a fizikai, kémiai, biológiai, pszichikai ingerek sokasága teszi élvezetessé vagy éppen elviselhetetlenné.

A felmérés során a zajártalom (utcai autóforgalom, vonatközlekedés, repülőgép forgalom, gyár, bár, disco, szomszédok, állatok, közeli étterem stb.), a légszennyezés (por, füst, korom), a bűz (ipari, mezőgazdasági, csatorna, szemét) és az erőszak, vandalizmus lakóhelyi érzékelt jelenlétére kérdeztünk rá.

Kisebb, vagy nagyobb mértékű környezeti zajról, légszennyezettségről – mint a mindennapi életvitelt kedvezőtlenül befolyásoló tényezőről – a válaszadók nagy része beszámolt.

Por, füst, ózon, vagy korom szennyeződés valamivel nagyobb arányban fordul elő a közepes, és fejlett kistérségekben, mint a fejletlen településeken, feltehetően ipari vagy mezőgazdasági létesítmények közelsége miatt.

Bűntény, vandalizmus összességében a megkérdezettek 14%-át veszélyeztette, vagy veszélyezteteti. A megkérdezettek 1,7%-a tartja nagyon veszélyesnek lakókörnyezetét ilyen vonatkozásban, de a térségek fejlettségi szintje tekintetében nincs számottevő eltérés (19. ábra).



19. ábra

Munkahelyi ártalmak

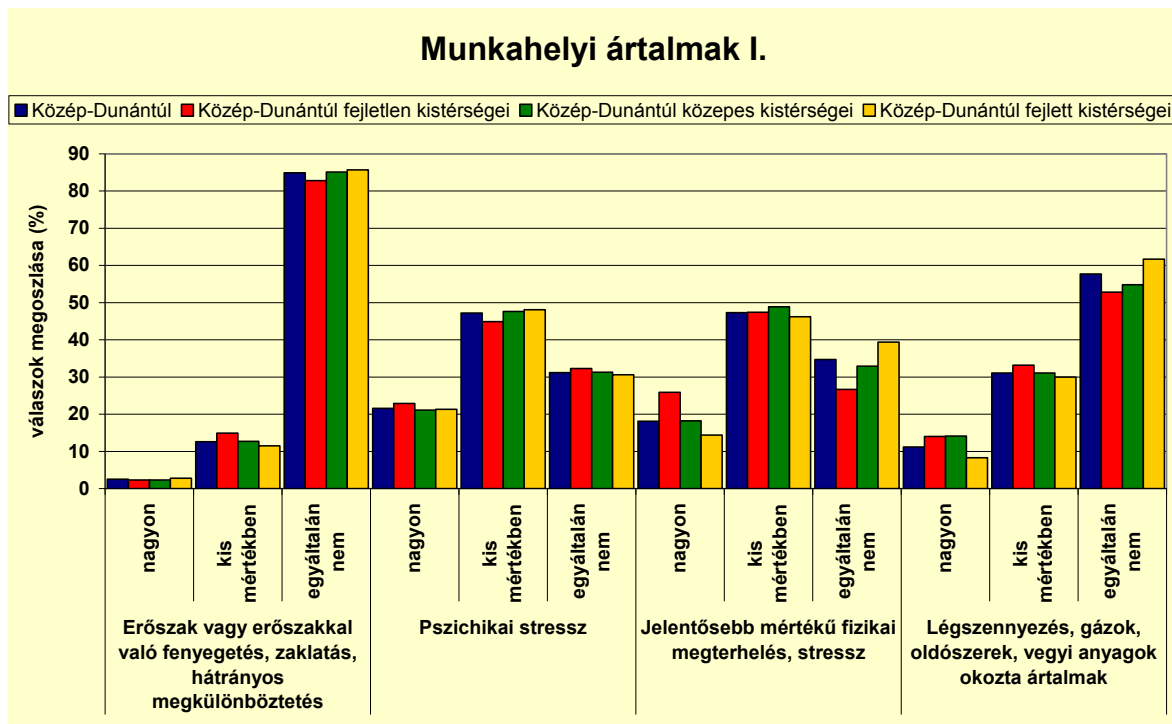
Felnőtt ember szerencsés esetben munkahelyi környezetben tölti a nap 8 óráját – sokan ennél többet is. Ez alatt számtalan vegyi anyaggal kerülhet érintkezésbe, terhelheti idegrendszerét és hallószervét zaj, érheti ízületeit vibráció vagy ülhet monitorra fixálva tekintetét egész nap – hogy csak néhány elemet említsünk a lehetséges munkahelyi környezeti rizikótényezők közül. Mindezek együtt és külön-külön is kihatással vannak közérzetére, egészségére.

A munkahelyi ártalmak vizsgálata kapcsán a fizikai megterhelés, a pszichikai stressz, az erőszak vagy erőszakkal való fenyegetés, zaklatás, hátrányos megkülönböztetés és a légszennyezés, gázok, oldószerek, vegyi anyagok okozta ártalmak észlelt mértékére, valamint a porszennyezettség, a vibráció (egész testet érő vagy lokális rázkódás), a zajszint terhelés, hőmérsékleti és monitor előtti munkavégzés, mint egészségre káros hatások észlelt mértékére kérdeztünk rá.

A Közép-Dunántúlon élők mintegy 8%-a számolt be kis vagy nagymértékű munkahelyi erőszakról, erőszakkal való fenyegetettségről, zaklatásról illetve hátrányos megkülönböztetésről. Az érintettek aránya és a térség fejlettségi szintje között nincs számottevő összefüggés, minimálisan kedvezőbb csak a helyzet e tekintetben a fejlettebb településeken.

Az összes válaszadó közel fele (47%) kismértékű pszichikai stressznek van kitéve, és minden negyedik vagy ötödik (22%) nagyon jelentős pszichikai stresszterhelés mellett végzi a napi munkáját. Közel kétszeres a különbség a fejletlen és a fejlett kistérségek között a nagymértékű fizikai megterhelés előfordulási gyakoriságában (26 ill. 14%).

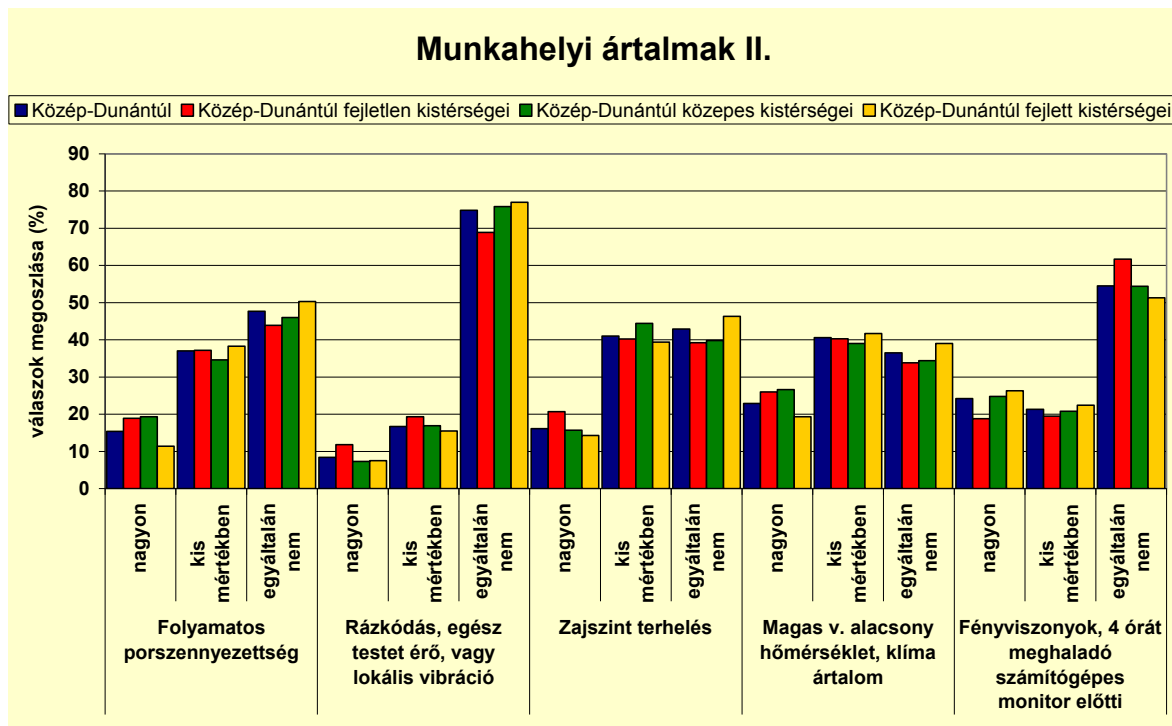
Munkahelyi légszennyezettségnek, gáz, oldószer és vegyi anyag expozíciónak inkább a kevésbé fejlett térségek lakói vannak kitéve nagyobb arányban. Minden hetedik személy (14%) munkájával kapcsolatban nagymértékű egészségkárosító határról számolt be. Ennek oka feltehetően az lehet, hogy ezeken a településeken több ilyen jellegű munkahely van, és a munkavállalói arány ezeken magasabb (20. ábra).



20. ábra

Kisebb vagy nagyobb mértékű vibrációról és zajexpozícióról a fejletlen és a közepesen fejlett kistérségek lakói számoltak be legnagyobb arányban, de a jelentősebb mértékű klíma ártalom is ezeken a településeken jellemző inkább. Ezzel szemben a számítógépes monitor előtti munkavégzés kedvezőtlen hatásai 10%-kal nagyobb arányban vannak jelen a fejlett kistérségek lakóinak munkavégzése során, mint a fejletlen területeken ⁶ (21. ábra).

⁶ Részletes elemzés a munkahelyi kockázatokról a témában a Foglalkozás-egészségügy című folyóirat 14. évfolyam, 3. számában jelent meg, 2010-ben.



21. ábra

7. Egészségügyi szolgáltatások igénybevétele

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének vizsgálatakor két fogalmat érintünk: a lakosság igényét és szükségletét. Utóbbi alatt az egészségügyi szakemberek által megállapított standardok szerinti szükségleteket (pl. milyen vérnyomásértéknél kell a vérnyomást kezelni), az igények alatt pedig az egyének által az ellátás igénybevétele iránt megnyilvánuló szándékot értjük. Az igények gyakran nem esnek egybe a szolgáltatási kapacitásokkal. A lakossági egészségfelmérések alapján nyert adatok révén bizonyos területeken információt kaphatunk az igénybevétel struktúrájáról, a szükségletek és kapacitások viszonyáról, az ellátás minőségéről.

Szűrővizsgálatok

Rutin vizsgálatok

A felnőtt lakosság körében orvosilag indokolt a rendszeres vérnyomásmérés, vércukor- és koleszterinszint ellenőrzés.

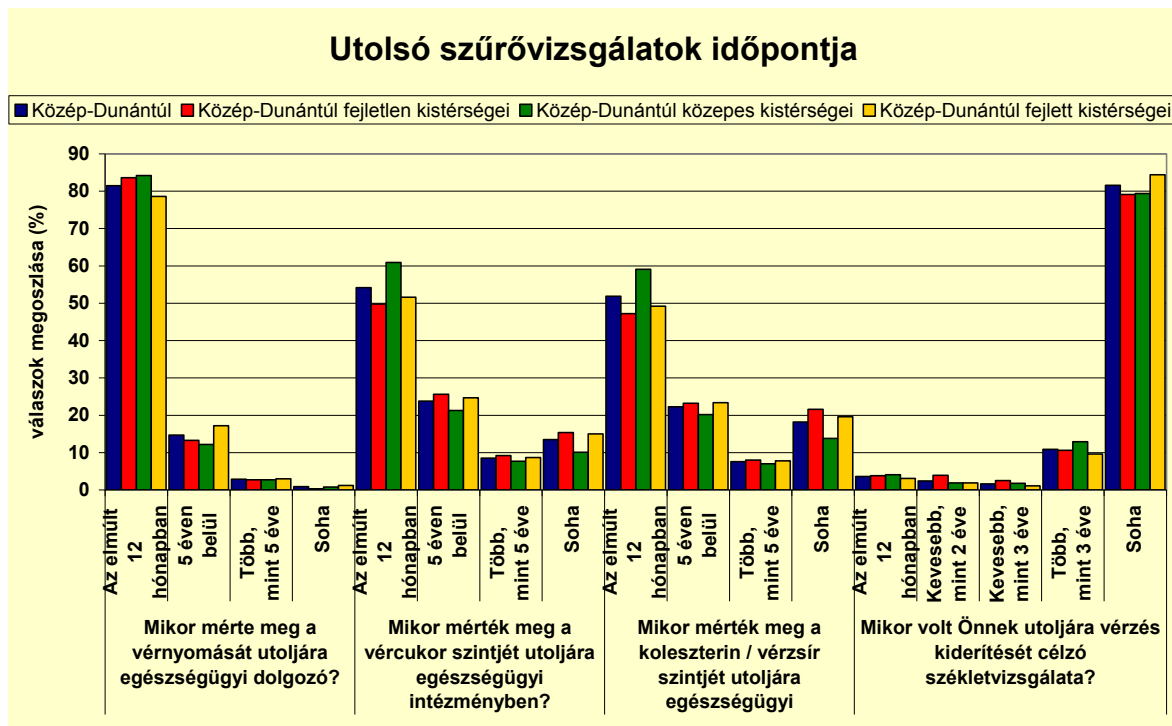
A kérdőívben azt kérdeztük válaszadóinktól, mikor mérte utoljára egészségügyi dolgozó a vérnyomásukat, vércukor és a koleszterin szintjüket, és hogy szűkebb környezetükben (család, barátok, ismerősök) elérhető-e vércukor- vagy vérnyomásmérő készülék.

A Közép-dunántúli lakosság nagy része ugyan rendszeresen ellenőrizteti vérnyomását, vércukor- és koleszterinszintjét, bár ezeken a rutin szűrővizsgálatokon való részvételi arány, ha kevéssel is, de elmarad az országos átlagtól.

A vizsgálati populáció 82%-nak mérte meg a vérnyomását, a kérdezést megelőző 12 hónapban egészségügyi dolgozó. Mind a férfiak, mind a nők körében az életkorral emelkedik azok aránya, akik egy éven belül megmérették vérnyomásukat. A válaszadók 90%-a válaszolta azt, hogy családjában, baráti körében elérhető vérnyomásmérő készülék.

A kérdezettek több mint felénél egy éven belül végeztek vércukorszint meghatározást egészségügyi intézményben. Legnagyobb arányban a közepesen fejlett kistérségekben élő 65 éven felüli férfiak (83%) és nők (78%) vettek részt szűrésen. Általánosságban elmondható ennél a vizsgálatnál is, hogy az életkor emelkedésével nő a szűrések gyakorisága.

A koleszterinszint ellenőrzésen részt vettek aránya ugyancsak az életkor függvénye. A 18-34 évesek harmada, a 35-64 évesek 57%-a, és az időskorúak 70%-a járt koleszterint szint ellenőrzésen az elmúlt 12 hónapban. A fejletlen kistérségekben élő minden negyedik, a közepesen fejlettben pedig minden tizedik 35-64 éves soha nem volt még koleszterinszint ellenőrzésen (22. ábra).



22. ábra

Népegészségügyi szűrővizsgálatok

Az elkerülhető halálokok körébe tartozó daganatos betegségek korai, még tünetmentes állapotban szűrővizsgálattal felismerhetők, és időben elkezdett kezeléssel teljes gyógyulás érhető el.

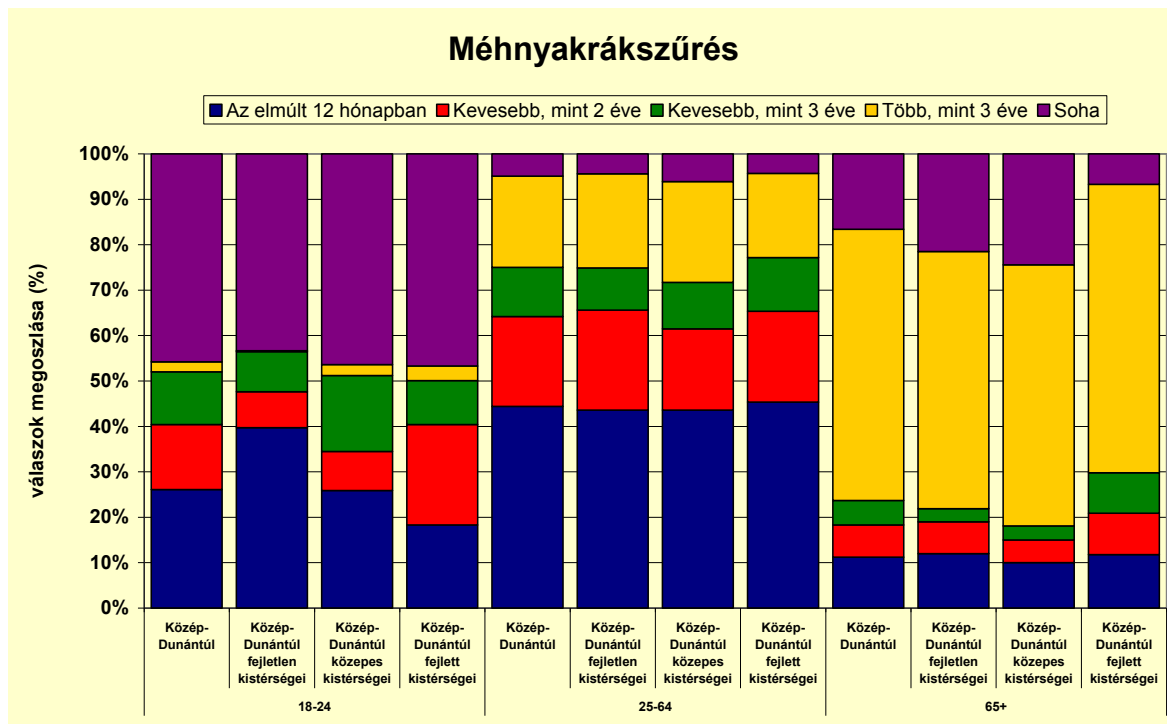
Méhnyakrák szűrés

Szakmai ajánlások alapján a 25-64 éves korosztály számára indokolt lenne a méhnyakrák rendszeres szűrése.

Kérdőívünkben azt kérdeztük női válaszadóinktól, hogy mikor voltak utoljára ilyen vizsgálaton (1, 2 vagy 3 éve, több mint 3 éve vagy soha), és a vizsgálatnak mi volt az oka (nőgyógyászati vizsgálat része volt, szűrőprogram keretében kapott meghívót, egészségügyi okok miatt vagy egyéb okból).

Az elmúlt 12 hónapban minden harmadik Közép-Dunántúlon élő nő járt nőgyógyásznál cytologiai kenetvizsgálaton (36%). A rizikó csoportba tartozó 25-64 évesek egyharmada (31%) egy éven belül, két éven belül további 20%-uk volt rákszűrésen.

Kiemelkedően magas viszont a 65 éven felüliek között azok aránya, akiket soha nem szűrtek (17%). A fejletlen és a közepesen fejlett kistérségek között arányuk háromszoros a fejlett településeken élőkéhez képest (23. ábra).



23. ábra

Mammográfias szűrés

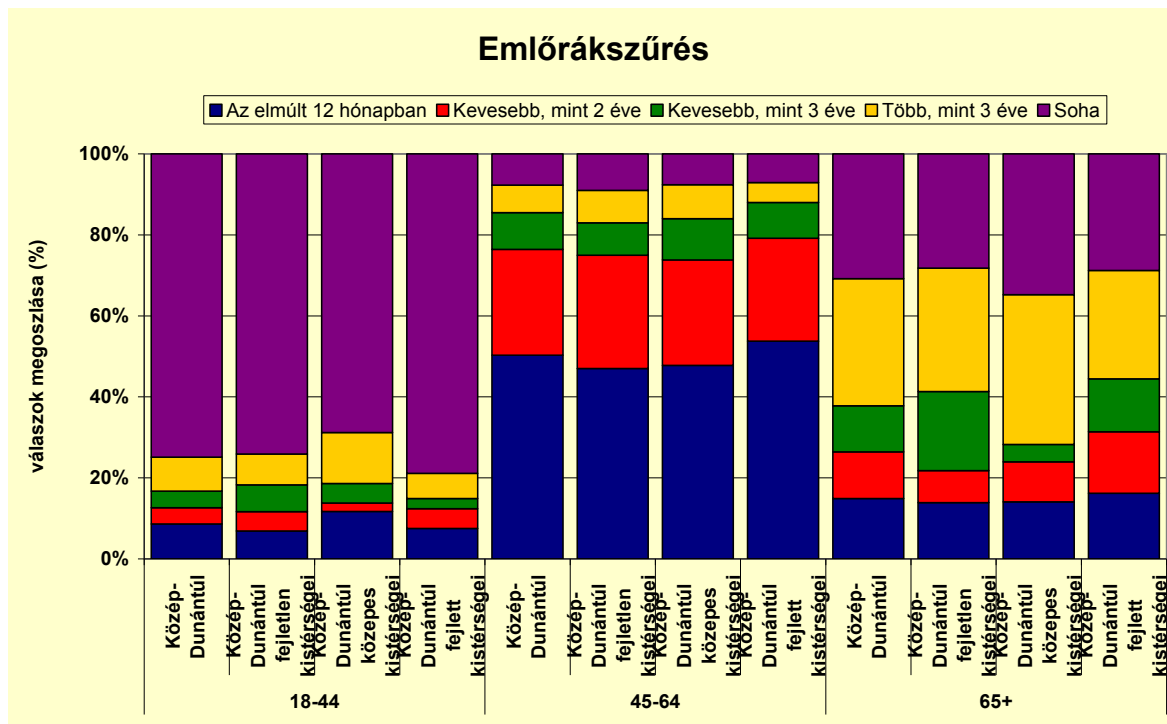
A szakmai ajánlások alapján a 45-65 éves korosztálynak ajánlott az emlőrák-szűrésen való rendszeres részvétel.

Kérdéseink: Mikor végeztek önénél utoljára emlőrontgent (mammográfias vizsgálatot)?
Mi volt ennek az oka (megelőzés, szűrőprogram, rendellenesség, családon belüli előfordulás, egyéb)

Az emlőszűrések célcsoportjába tartozó 45-64 éves nők 50%-a az elmúlt 12 hónapban, 26% két éven belül, és 9% három éven belül részt vett mammográfias szűrésen. A vizsgált korosztály 8%-a nem volt még sohasem ezen a célzott szűrésen.

65 éven felül 30% azok aránya, akiket soha nem szűrték még. Elsősorban a közepesen fejlett kistérségek inaktívak a szűrővizsgálat tekintetében.

A 44 évesnél fiatalabbak 26%-a átesett már mammográfias vizsgálaton, de ez a korcsoport nem a szervezett, hanem egyéni kezdeményezés vagy orvosi javaslat folytán vette igénybe a szűrési lehetőséget (24. ábra).

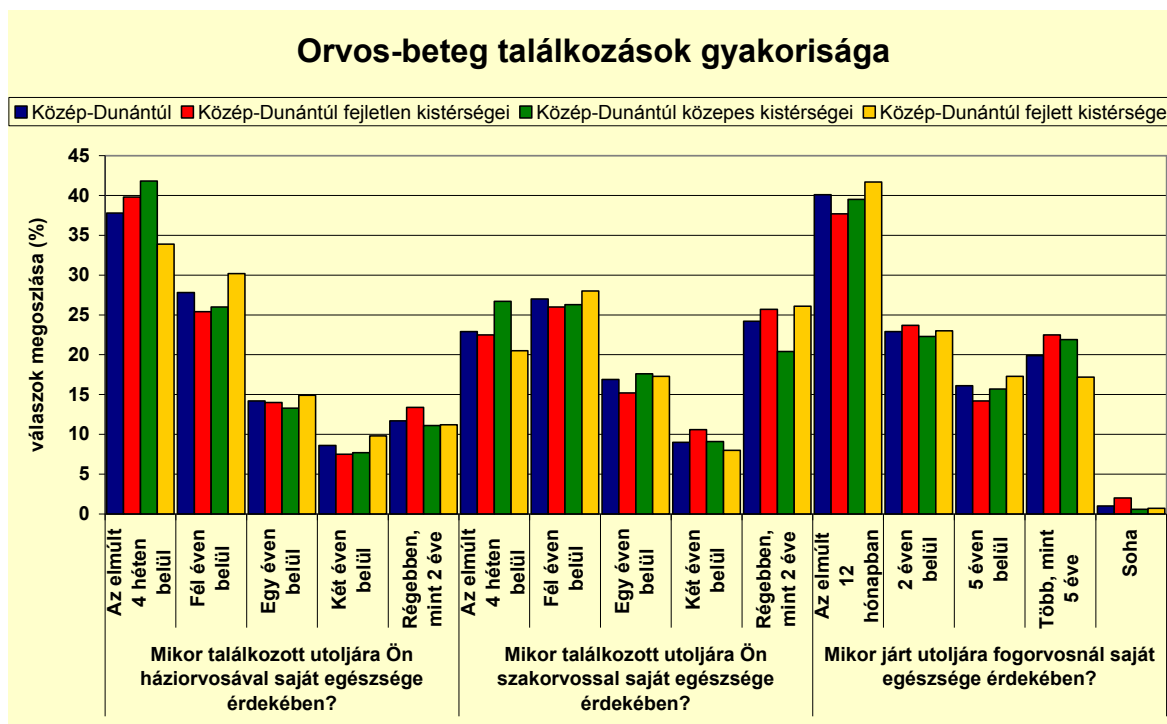


24. ábra

Egészségügyi ellátórendszerrel való kapcsolat

Orvos-beteg találkozások

A felmérésben a háziiorvosi, szakorvosi és fogászati ellátás igénybevételére, továbbá az egy- vagy többnapos kórházi ellátásra kérdeztünk rá.



25. ábra

A megkérdezettek többsége (80%) az elmúlt négy hétben, de legalább fél, illetve egy éven belül járt a háziorvosánál. Azonban minden nyolcadik régióbeli (12%) több mint két éve nem volt rendelésen.

A szakorvosi ellátást valamivel gyakrabban veszik igénybe a közepesen fejlett és fejlett kistérségek lakói. A válaszadók fele (50%) az elmúlt fél évben járt valamilyen szakorvosnál.

A fogorvosi ellátást 5 évnél régebben vagy soha nem vette igénybe a megkérdezettek 22%-a. A kistérségek fejlettségi szintjének emelkedésével növekszik a fogorvoshoz járás gyakorisága is, ennek megfelelően a fejlettebb településekről magasabb arányban fordultak meg (42%) fogászaton 1 éven belül, mint az alacsonyabb szinteken (38%). Minden negyedik fejletlen kistérségbeli állította azt, hogy nem járt az elmúlt 5 évben fogorvosnál (25. ábra).

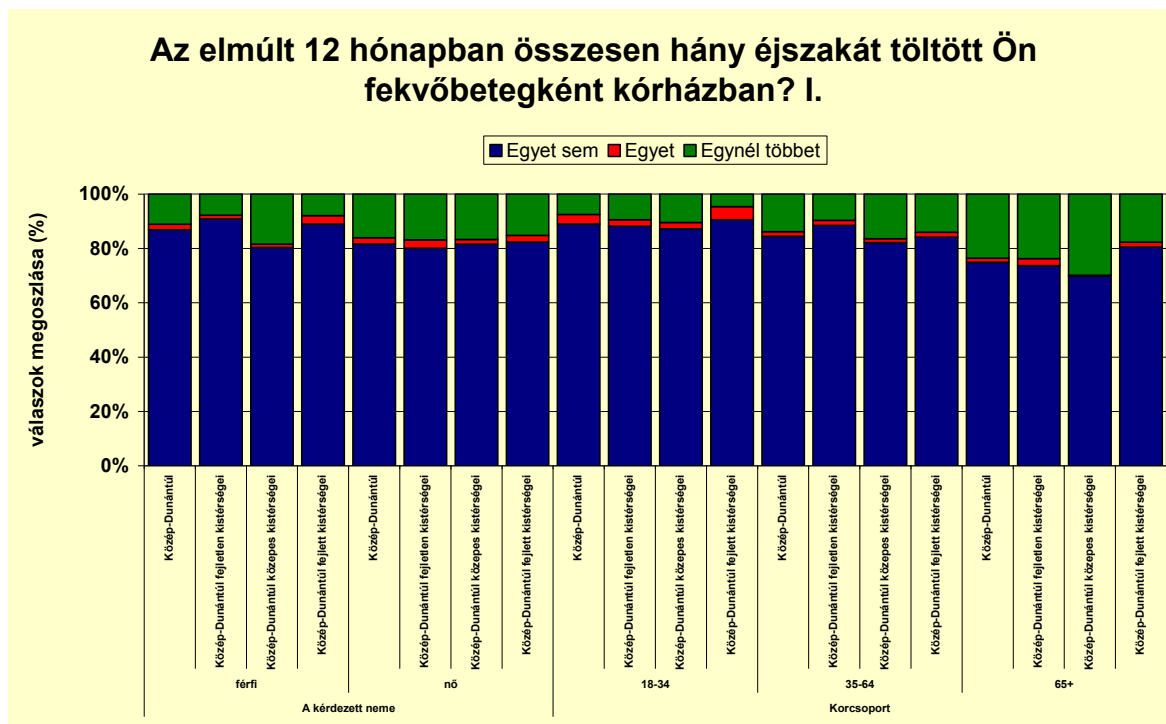
Fele annyi nőről, mint férfiról mondható el, hogy két évnél régebben fordult meg háziorvosánál, és hasonló a helyzet a szakorvosi vizsgálatokkal is, bár itt az eltérés átlagosan 10% körül van a nők javára.

Az életkor előrehaladtával emelkedik azok aránya is, akik gyakrabban veszik igénybe a járóbeteg szakellátásokat. Adataink szerint például kétszeres különbség van a 18-34 évesek és a 65 éven felüliek között azok arányában, akik a felmérést megelőző négy héten belül jártak szakorvosi rendelőben, az utóbbiak javára.

Leggyakrabban idős nők keresik fel a rendelőket, például az elmúlt négy hétben a fejletlen kistérségi 65 éven felüliek 37%-a volt szakrendelésen, és a fejlett kistérségekből 71% kereste fel háziorvosát.

Az egy napnál hosszabb kórházi ellátás igénybevételének gyakorisága az életkorral növekszik mindkét nem esetében.

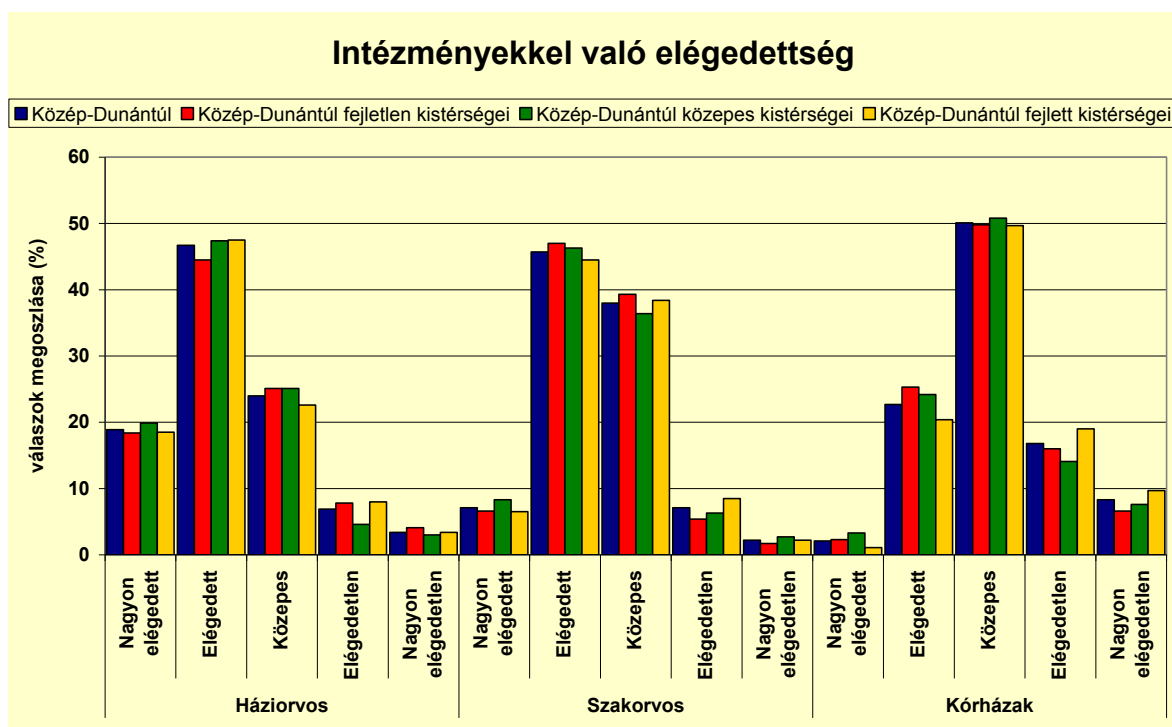
Az 1 napos kórházi ellátást a 18-34 éves, fejlett kistérségi férfiak vették igénybe legnagyobb arányban. Férfiak esetében jól látható különbség van az egyes kistérségi szintek között, a hosszabb ápolási idejű kórházi tartózkodás inkább a közepes fejlettségű kistérségen élőkénél mutatkozott (26. ábra).



26. ábra

Betegelégedettség

Az egészségügyi ellátórendszer szintjeit értékelve úgy tűnik válaszadóink többsége elégedett az alap- és a járó beteg szakellátással. A válaszadók 65%-a fejezte ki elégedettségét háziorvosával, 53%-a a szakorvosokkal kapcsolatban. A kórházakról mindössze 4% adott „nagyon elégedett” választ. Az összes megkérdezett fele közepes színvonalúnak ítélte a fekvőbeteg ellátást, és egynegyede elégedetlen, vagy nagyon elégedetlen volt (27. ábra).



27. ábra

8. Megbeszélés, javaslatok a Közép-dunántúli régió döntéshozói számára

Jelen tanulmányban az OLEF 2009 eredményei kerültek rövid összefoglalásra. Az adatok elsődleges elemzése során alapvető megállapításokat tettünk egy-egy kistérségi csoportra vonatkozóan. Esetenként a kistérségeket a gazdasági fejlettség szerint összehasonlítottunk, vagy összevetettük az egész régió adataival.

Egy-egy fejezet keresztmetszeti képet nyújt a különböző fejlettségű kistérségi szinteken élő lakosság legfontosabb egészségproblémáiról, életmódjáról, egészségtudatosságáról és az egészségügyi ellátórendszerrel való kapcsolatáról.

A vizsgálat során 18 népegészségügyi jelentőségű krónikus betegség előfordulási gyakoriságáról kaptunk értékelhető információt. Ezekből emelünk ki néhányat.

A régióban élő férfiak 34%-a, a nők 37%-a **hypertoniás**, ugyanakkor a kérdezés időpontjától számított két héten belül a férfiak csupán 28%-át, a nők 32%-át kezelték gyógyszeresen.

A fejletlen kistérségeken a férfiak 14, a nők 18%-a, a közepesen fejletteken a férfiak 19, a nők 21%-a, a fejlett településeken a férfiak 9-, a nők 17%-a szenved **szív- és érrendszeri betegségben**. A régióban élő férfiak között 10%-os, a nőknél 13%-os a kezelt betegek aránya.

Az egyes kistérségi csoportok között alig, de a nemek között jelentős, mintegy tíz százalékos különbség van az **ízületi panaszok** gyakoriságát tekintve. A férfiak közel negyede (23%), a nők egyharmada (32%) szenved ízületi bántalmaktól.

Cukorbetegség leginkább a közepesen fejlett kistérségben élő nőket veszélyezteti. 12%-os gyakoriság mellett, ugyanitt csupán 8,5% a kezelt diabetesesek aránya.

Az **asztma** előfordulási gyakorisága a régió teljes lakosságában a férfiak körében 6-, a nőknél 8%-os volt, ami nagyjából megegyezik az országos szinttel.

Tüdőbetegségekről a férfiak 5-, a nők 6%-ban, **allergiás panaszokról** a férfiak 13-, a nők 15%-ban, **gyomor-bántalmakról** a férfiak 9, a nők 12%-ban számoltak be az adatfelvétel során.

Az egyes kistérségi csoportok között alig, de a nemek között jelentős, mintegy tíz százalékos különbség van az **ízületi panaszok** gyakoriságát tekintve. A férfiak közel negyede (23%), a nők egyharmada (32%) szenved ízületi bántalmaktól.

A fizikai korlátozottság kapcsán az önellátásban, látásban, hallásban és mozgásban tapasztalt funkciócsökkenés mértékét vizsgáltuk meg. A megkérdezettek 43%-nak nincs **látásfunkció elváltozása**. Súlyos látáscsökkenés a térség lakóinak 0,3%-át érinti.

Enyhe vagy közepes **halláscsökkenés** 15%-ban fordul elő, és a kistérségek közötti különbség nem számottevő.

A válaszadók átlagosan 3,6%-a **mozgásában** súlyosan **korlátozott**, ami a mindennapi életvitelt jelentősen megnehezíti.

15 %-uk súlyos **önellátási funkcionális**csökkenéssel él, 1-2% eltéréssel az egyes térségi szintek között. Enyhe vagy közepes funkcionáliscsökkenésről a régióbeli lakosok 11%-a számolt be.

Az OLEF 2009 alkalmas volt arra is, hogy az egészségmagatartási tényezők közül adatokat gyűjtsünk a lakosság alkoholfogyasztási és dohányzási szokásairól, valamint a táplálkozásról, testmozgásról.

A közép-dunántúli régióban a megkérdezettek 9%-a mindennapi rendszerességgel fogyaszt alkoholt. Minden harmadik alkalmi (36%), minden negyedik mértékletes (25%), és minden hetedik nagyívónak (15%) tartja magát.

Felmérésünk adatai szerint a régió felnőtt lakosságának harmada dohányzik, a férfiak 33%-a, a nők 26%-a, és nagy többségük napi rendszerességgel. A 18-34 éves korosztály a leginkább érintett, 44% cigarettázik és többségük naponta rágyújt. A középkorú lakosság körében 30%-os, az időskorúaknál 6%-os a dohányzás prevalenciája.

A régióban élő férfiak mindössze 30%-a, a nők 43%-a tekinthető normális testsúlyúnak. Ezzel szemben a teljes lakosság egyharmada túlsúlyos vagy elhízott. Az elhízott férfiak aránya 25%, a nőké 21%.

A férfiak alapvetően többet mozognak, mint a nők és úgy tűnik, gyakrabban is. A fejletlen kistérségben élők között a fizikai aktivitás valamivel nagyobb arányban van jelen a mindennapi életben. A férfiak 14-, a nők 23%-a semmilyen testmozgást nem végzett a vizsgálatot megelőző egy hétben.

Megállapításaink alátámasztják azt a tényt, hogy a dohányzás és az alkoholizmus után az elhízás a harmadik legfontosabb elkerülhető, betegséghez és halálhozhoz vezető ok. Ezek együtt is, és külön-külön is igen komoly népegészségügyi problémát jelentenek, és jelentős gazdasági terhet rónak mind az egészségügyi, mind a szociális ellátásra.

A mentális egészség vizsgálatának fontosságára hívják fel a figyelmet azok az adatok, amelyek a különböző pszichés egészségproblémák magas előfordulását jelzik.

Orvosilag diagnosztizált **depressziók** aránya a férfiak körében 2,5%, a nők között ennél valamivel magasabb, 6%. Ehhez képest a gyógyszeresen kezelt depressziós férfiak 1,2%-ban, a nők 4,5%-ban vannak csak jelen a vizsgálati mintánkban.

Ezzel összefüggésben kell említést tenni a **szorongásos panaszokról** is. Átlagosan minden hetedik nő (14%) szenved szorongásos tünetektől. A férfiaknál valamivel jobb az arány, a válaszadók 6%-a számolt be szorongással járó testi és lelki tünetekről. Ezek nagy része is kezeletlen mindkét nemnél.

Az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatban a szűrővizsgálatokon való megjelenés gyakoriságára és az ellátórendszerrel való elégedettségre is választ kaptunk.

A vizsgálati populáció 82%-nak mérte meg a vérnyomását, a kérdést megelőző 12 hónapban egészségügyi dolgozó. A kérdezettek több mint felénél egy éven belül végeztek vércukorszint

meghatározást egészségügyi intézményben A 18-34 évesek harmada, a 35-64 évesek 57%-a, és az időskorúak 70%-a járt koleszterint szint ellenőrzésen az elmúlt 12 hónapban.

Az elmúlt 12 hónapban minden harmadik Közép-Dunántúlon élő nő járt nőgyógyásznál cytologiai kenetvizsgálaton (36%). A rizikó csoportba tartozó 25-64 évesek egyharmada (31%) egy éven belül, ennél régebben, ám két éven belül 20%-uk volt rákszűrésen.

Kiemelkedően magas viszont a 65 éven felüliek között azok aránya, akiket soha nem szűrtek (17%).

Az emlőszűrések célcsoportjába tartozó 45-64 éves nők fele az elmúlt 12 hónapban, 26% két éven belül, és 9% három éven belül részt vett mammográfiás szűrésen. A vizsgált korosztály 8%-a nem volt még sohasem.

A megkérdezettek többsége (80%) az elmúlt négy hétben, de legalább fél, illetve egy éven belül járt a háziorvosánál. Azonban minden nyolcadik régióbeli (12%) több mint két éve nem volt háziorvosi vizsgálaton.

A válaszadók fele (50%) az elmúlt fél évben járt valamilyen szakorvosnál.

A fogorvosi ellátást 5 évnél régebben vagy soha nem vette igénybe a megkérdezettek 22%-a. A kistérségek fejlettségi szintjének emelkedésével növekszik a fogorvoshoz járás gyakorisága is, ennek megfelelően a fejlettebb településekről magasabb arányban fordultak meg (42%) fogászaton 1 éven belül, mint az alacsonyabb szinteken (38%).

Az egészségügyi ellátórendszer szintjeit értékelve úgy tűnik válaszadóink többsége elégedett az alap- és a járó beteg szakellátással. A válaszadók 65%-a fejezte ki elégedettségét háziorvosával, 53%-a a szakorvosokkal kapcsolatban. A kórházakról mindössze 4% adott „nagyon elégedett” választ. Az összes megkérdezett fele közepes színvonalúnak ítélte a fekvőbeteg ellátást, és egynegyede elégedetlen, vagy nagyon elégedetlen volt.

Jelen tanulmányt jó szívvel ajánljuk a kistérségeknek, megyéknek, nagy térségeknek, (nép)egészségügyi terveikhez készítéséhez.

Amennyiben a sikeres programokkal, akár csak 1%-nyi javulás is bekövetkezik a lakosság egészségi állapotában, akkor emberek tízezreinek jól-létét növeltük.