

A 2018-as Nyíregyháza város életminősége Háztartáspanel kutatás általános és EgészségPanel szakaszainak mintavételi jellemzői

Sampling characteristics of the Nyíregyháza Life Quality Panel Survey in general and with focus on the Health Questionnaire

Szerzők: Takács Péter ✉, Fábíán Gergely, Jávorné Erdei Renáta
Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

Beküldve: 2019. 09. 23.

doi: 10.24365/ef.v60i5.523

Összefoglaló:

A Nyíregyháza Életminősége Panelkutatás 2008 óta méri fel időről időre a városi lakosok életminőség-viszonyait. 2018-ban a felmérés időben kettébomlott: a lakosok egészségi állapotára, az ellátórendszer igénybevételére, az egészségmagatartásra és az egészségkultúrára vonatkozó felmérésre időben később, EgészségPanel néven került sor.

A publikáció célja a tíz évre visszanyúló Életminőség Panelkutatás vizsgálatainak bemutatása, a 2018. évi felmérés mintavételi leírása, az alapvető mintajellemzők összefoglalása. A 2018-as vizsgálat első, általános szakasza az 1000 fős címlistából 541 főt ért el. A második szakaszban (EgészségPanel) közel négyszáz főt (391) tudott felmérni. Az adatok feldolgozása az egyéni válaszok esetében súlyozottan (kor, nem, iskolai végzettség); a háztartásokra vonatkozó kérdések esetében súlyozás nélkül történt.

A leíró és elemző statisztikai vizsgálatok összefoglalásaként elmondható, hogy a korábbi kutatási hullámokban tapasztalt arányok, összefüggések 2018-ban is mutatkoztak. Kiemelhető, hogy a férfiak szignifikánsan nagyobb arányban gondolták úgy, hogy egészségi állapotuk rendben van, és mindkét nem azonos módon gondolkodik arról, hogy mennyit tehet egészségéért. A különválasztott egészségi felmérési szakasz lehetőséget adott a városi lakosság egészségi helyzetének részletes feltárására. A bemutatott kutatási eredmények szorosan kapcsolódnak Nyíregyháza város Egészségtervének megalapozásához.

Kulcsszavak: Nyíregyháza; panelkutatás; egészségi felmérési szakasz

Summary:

The Nyíregyháza Life Quality Panel Survey has been measuring the quality of life of urban residents since 2008. In 2018, the survey was split into two parts – the Health Questionnaire block was measured separately. The second survey focused on the health status of residents, access to the health care system, health behavior and health culture – under the name HealthPanel.

The primary objective of this publication is to provide a sampling description of the Nyíregyháza Life Quality Panel Survey and the Health Survey (part of the Panel Study in 2018). The first general phase of the 2018 study reached 541 people out of a sample of 1,000. The second phase (HealthPanel) reached nearly forty (391) people). Data processing was weighted for individual responses (age, gender, educational level). For household questions, the original data was used.

As a summary of descriptive and analytical studies, it can be seen that the results are the same in 2018 as before. It can be emphasized that significantly more men thought that their state of

health was good enough. Both genders think the same way about how much they can do for their health.

The separated health assessment questionnaire provides a detailed insight into the health status of the urban population. The presented research results are closely related to the development of the Nyíregyháza City Health Plan.

Keywords: Nyíregyháza; household survey; health survey

BEVEZETÉS

Az emberi élet minősége szorosan kapcsolódik az egyén egészségi állapotához. A kérdés számos aspektusa ismert és aktívan kutatott.^{1,2,3,4} Jelen írás Nyíregyháza megyei jogú város polgárai körében 2008 óta rendszeresen elvégzett életminőség kutatás (Nyíregyháza város életminősége Háztartáspanel kutatás, röviden Panelkutatás) 2018-as általános felmérési szakaszának és ugyanabban az évben különállóan felmért EgészségPanel szakaszának (egészségi állapotra, ellátórendszer igénybevétele, egészségmagatartásra és egészségkultúrára egyaránt vonatkozó felmérés) módszertani bemutatására vállalkozik.

A bevezető rész utáni első fejezet a Panelkutatás 2008 és 2018 közötti felmérési hullámainak háttérül szolgáló európai és magyar vizsgálatokat, a kutatás mérőeszközének kérdőívblokkjait és az adatfelvételi jellemzőket írja le – főleg a 2018-as évre koncentrálna. A következő fejezet a 2018-as különálló EgészségPanel mintavételi jellegzetességeit tárgyalja. Az Eredmények fejezet a minta nem, életkor, iskolai végzettség, családi állapot, foglalkoztatás, önminősített egészségi állapot (vélt egészségi állapot) és a „mennyit tehet egészségéért” kérdésekre adott válaszokat taglalja. Még ebben a részben a leíró statisztikai eredmények után az előbb felsorolt változókkal kapcsolatos néhány összefüggés bemutatására kerül sor. A közölt eredmények kapcsolódnak az Egészségfejlesztés folyóirat jelen számában megjelenő további témaspecifikus közleményekhez is.

NYÍREGYHÁZA VÁROS ÉLETMINŐSÉGE HÁZTARTÁSPANEL KUTATÁS, 2008-2018

Az eddigi felmérési hullámok

Nyíregyháza város vezetősége és a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kara 2008-ban indította el a

„Nyíregyháza város életminősége” címet viselő panelvizsgálatot – amit sokszor Háztartáspanel, vagy Panelkutatás néven is említenek. Ennek fő célja a városi felnőtt lakosság életminőségét érintő jellemzők folyamatos nyomon követése, a változások monitorozása és elemzése. Az eddigi adatfelvételek öt hullámban: 2008-ban, 2010-ben, 2012-ben, 2015-ben és 2018-ban zajlottak. A 2015-ös a kutatás területileg kibővült, a városi lakosok mellett a nyíregyházi járás felnőtt népessége is felmérésre került.⁵

A nyíregyházi Panelkutatás kialakítása során mintául vett külföldi és hazai előzmények

A nyíregyházi Panelkutatás egyik közvetlen példájának az Európai Közösség Háztartáspanel kutatás (*European Community Household Panel; ECHP*^{6,7}) tekinthető, amely standardizált kérdőívvel, azonos mintán (60.500 európai háztartás, közel 130.000 fő) vizsgálta 1994 és 2001 között az európai polgárok életkörülményeit. Hazánk ehhez a felméréssorozathoz később, az ECHP folytatásának tekinthető Európai Jövedelem és Életminőség Statisztika vizsgálatsorozathoz csatlakozott (*Statistics on Income and Living Conditions; EU-SILC*⁸). A felmérés megszakítására és módosítására azért volt szükség, mert az eredeti mintában szereplő háztartások és személyek lemorzsolódása egyre nagyobbá vált (költözés, elhalálozás, válaszmegtagadás – panelkopás). A reprezentatív adatfelvétel 2001-re gyakorlatilag lehetetlenné vált. Az EU-SILC vizsgálatot 2003-ban hagyta jóvá az Európai Parlament.

A nyíregyházi felmérések közvetlen hazai előzménye a Magyar Háztartás Panel országos kutatássorozat (MHP – később Háztartás Monitor HM⁹, TÁRKI). A felmérés az európai felmérésekkel azonos módszertani alapokon, két évente vesz mintát a magyar háztartások életkörülményeinek pontosabb megismerésére, a változások követésére.

A vizsgálatok módszertana – háztartáspanel kutatás

A nyíregyházi vizsgálatok a háztartáspanel módszertant követi: a felmérés ugyanazokat a háztartásokat keresi meg időről-időre és egyidejűleg a háztartásokról, a háztartás tagjairól, valamint a kérdésekre választ adó személyről (aki a háztartás tagja) gyűjti az információkat.^{10(6.o.)} Az ilyen vizsgálatok adatfelvétele során az első lépések közé tartozik az, hogy a kutatók rögzítenek egy (több adatfelvételi hullámra vonatkozó) címlistát, gyakran pótcímlistát is (a pótcímlista használatára lásd Tordai írásának Konklúzióját^{10(51.o.)}), amelyet a panelkopás hatásainak csökkentésére használnak. A pótcímlista alkalmazásának szükségességét, annak hazai tapasztalatait Paksy is összefoglalta: „A hazai normálpopulációs survey kutatásokban – elsősorban a lakosság csökkenő részvételi hajlandóságának következtében – ma már általános, hogy minimálisan 100-200%-os pótminta alkalmazása szükséges”.¹¹ Nyíregyházán a felmérések során alkalmazott címlista összeállítását (2008 és 2015) a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala¹² végezte. A címlistába a 18. életévüket betöltött állandó lakcímmel rendelkező nyíregyházi lakosok kerülhettek be. 2008-ban és 2015-ben is az alaplista (2000 cím, illetve 1000 cím) mellé pótlista (400 cím, illetve 500 cím) is kialakításra került. A 2015-ös új címlistára a panelkopás – az adatfelvétel drasztikus szűkülésére lehetett számítani – okán volt szükség. A minta reprezentativitási vizsgálata és súlyozása 2015-ig a nemek megoszlása alapján történt. A 2018-as felmérési hullámban került sor a nemi megoszlás mellett az életkor és az iskolai végzettség bevonására.¹³ A felhasznált populációs szintű városi adatok a korábbi népszámlálásokból (2001 és 2011) álltak rendelkezésre. Magát az adatfelvételt – előzetes felkészítést követően – minden vizsgálati hullámban főleg a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar hallgatói végezték. A címlistán szereplők első lépésként egy tájékoztató levelet kaptak a Polgármesteri Hivaltaltól. Ez a megkeresés többek között leírta a vizsgálat céljait és a várható megkeresési időpontot. Ezt követően keresték fel a kérdezőbiztosok a címlista alapján a háztartásokat. A megkeresések nagyrészt munkaidő után történtek. A kérdezők a háztartás azon felnőtt tagját igyekeztek megszólítani, akiről feltételezték, hogy megfelelő információkat tudnak adni

a kérdőív egyes blokkjaira. A háztartásra vonatkozó kérdéseket sokszor a kérdés során jelen lévő személyek válaszaiból összesítették a kérdezők. Meghiúsult adatfelvétel esetén a kérdezők újra keresték a háztartást. Amennyiben a lekérdezés ismételen sikertelen volt az adott címen, úgy a pótcímlistából választottak újabb címet. A lekérdezések ellenőrzése véletlenszerűen a helyszíneken történt. A kitöltött papír alapú kérdőívek összegyűjtése és számítógépes rögzítése az Egészségügyi Karon történt.

A Panelkutatás kérdőívblokkjai

A nyíregyházi Panelkutatás során alkalmazott kérdőív fő struktúrája (blokkjai) és alapkérdései 2008 óta állandóak, de a kutatócsoport minden felmérési hullám előtt áttekintette és szükség esetén a külső körülményekhez és az adott hullám konkrét vizsgálati rész céljaihoz igazította a mérőeszközt. Ennek eredményeként például:

- a kérdőív 2015-től tartalmazza az érzelmi jóllét dimenziót (Oxford Boldogságmérő kérdéscsoport¹⁴ használata) – ez a bővítés teszi lehetővé a teljes Rahman-féle életminőség-modell¹⁵ interpretálását;
- a negyedik és ötödik hullámban (2015 és 2018) az egészségi állapotra vonatkozó kérdéseket átalakították; így a felmérés jobban illeszkedik az Európai Lakossági Egészségfelméréshez (ELEF16).

A kérdőív nagy blokkjai a következők:

1. Háztartások jellemzői (összetétel, lakhatás körülményei, lakás felszereltsége, jövedelmi viszonyok).
2. Gazdasági aktivitás (munkával, gazdasági helyzettel kapcsolatos jellemzők).
3. Egészség (önmegítélés, megbetegedések és jellemzőik, alapellátás és szakellátás igénybevétele, tartós betegségek) – 2018-ban a különállóan elvégzett EgészségPanel lekérdezés okán ez a Panelkutatás blokk csak egyetlen kérdést, az egészségi állapot önmegítélésére (vélt egészségi állapot) vonatkozó kérdést tartalmazta.
4. Társas kapcsolatok (családi és emberi kapcsolatok jellemzői, kiterjedtsége, intenzitása).

5. Időskorúak helyzete (a 65 éves, illetve annál idősebb lakosok életkörülményei: például gondozási és ápolási szükségletek, jövedelmi helyzet (ön)megítélése, étellel való elégedettség).
6. Támogató rendszerek – szociális kérdések és problémák (a természetes és mesterséges védőháló jellemzői, segélyezés, vélemények a segélyezési rendszerekről és a szociális ellátásról).
7. Szociális Osztály működése (ügyfelek és véleményük).
8. Kulturális tőke – csak 2015-ben.
9. Érzelmi jóllét – Oxford Boldogságmérő Skála, 2015-től mérve.
10. Biográfia – a megkérdezettek demográfiai jellemzői.

Az alkalmazott kérdőív mind a háztartásra, mind a háztartás válaszadó tagjára gyűjtött adatokat. A rögzített változók száma a felmérési hullámokban jellemzően négyszáz felett volt.

A 2018-AS PANELKUTATÁS EGÉSZSÉGPANEL VIZSGÁLAT JELLEMZŐI

A legújabb, 2018. évi Panelkutatás időben és tematikában két részre bomlott. Az egészségre, egészségügyre vonatkozó témakört az első felmérési szakasz egyetlen kérdéssel érintette (vélt egészségi állapot). A második felmérési szakasz viszont főleg egészséggel, egészségmegőrzéssel, egészségtudatossággal kapcsolatos, valamint az ellátórendszerrel összefüggő kérdéseket tartalmazott. Az első lekérdezésre 2017 őszén, a másodikra 2018 tavaszán került sor.

A városi lakosok egészségére vonatkozó felmérését az indokolta, hogy az évek során a Panelkutatás által lefedett szakmai területek jelentősen kiegészültek, így a teljes lekérdezés túl hosszú időt vett volna igénybe. Az egészségkérdőív felvételekor ugyanazon címlistával (az első szakaszban meghíúsult címeket nem keresték fel újra a kérdezők), ugyanazzal a módszertannal dolgoztak, mint a Panelkutatás első szakaszában. A korábbi négy adatfelvételi hullám kérdőíveinek Egészségblokkjához képest a különválasztott felmérésrész egy új dimenzióval, az egészségműveltség moduljával, annak két kérdéssorával bővült. A *Chew-kérdéssor* attitűd-mérő, előszűrési célokra kifejlesztett és alkalmazott

kérdéslista (3 item, ötfokú Likert skála). A mérési eszköz az egyén egészségműveltségi szintjét három kategóriába sorolja.^{17,18} A *The Newest Vital Sign* teszt (6 item, kérdésenként maximálisan 6 pont érhető el) azt méri, hogy az egyén milyen mértékben képes egy jégkrém termékismertető címkéjén található információt elolvasva megérteni és felhasználni azt – három képesség: szövegértés, alapvető számolási készség, problémamegoldó képesség mérése. A pontozás szerinti csoportok: 0-1 pont – nagy valószínűséggel elégtelen, 2-3 pont – valószínűsíthetően elégtelen, 4-6 pont megfelelő egészségműveltséggel kapcsolatos információfeldolgozási szintet jelent.^{19,20}

Az EgészségPanel kérdőív moduljai

A *Biográfia* kérdőívmodul a felmérésekben szokásosnak nevezhető, egyénre és háztartásra jellemző általános jellegű adatokat gyűjtött: nem, születési év, családi állapot, nemzetiség, vallásosság, háztartási jövedelmek (demográfiai adatok). A *Gazdasági aktivitás* modul három kérdése a megkérdezett munkaviszonyait taglalta. Az *Egészségi állapot* modul több részmodulra bomlott. Az első rész az általános egészségi állapotra vonatkozó kérdéseket foglalta magába, majd a krónikus és akut betegségek előfordulását, a gyógyszerhasználatot mérte. A második rész a szakellátás és az alapellátás helyzetét és megítélését vizsgálta. Ebben a részmodulba kerültek a dohányzásra vonatkozó kérdések is. Az egészségügyi szűrések felmérése a következő részmodult jelentette. Ezután elkülönítve szerepeltek a kérdőívben a testmagasság, testsúly, hátfogat kérdései; majd a táplálkozási és testmozgási szokásokra vonatkozó kérdések. Az utolsó előtti nagyobb részmodul a mentális egészség felmérése volt, amit a kérdőívet lezáró egészségkulturáltsági kérdések követtek.

Mintanagyságok

Az ötödik hullám első szakasza 541 kitöltött kérdőívet eredményezett. Ezeket a háztartásokat próbálták újra felkeresni a második szakasz során a kérdezőbiztosok. Végül az elért 391 háztartásból 386 kérdőív felelt meg a számítógépes rögzítésre (71,35 %-os válaszadási arány az első szakaszhoz viszonyítva, 39,1% a címlistából). Az 1. táblázat a különböző kutatási hullámok mintavételi és meg-

valósulási jellemzőit foglalja össze. A táblázatban a 2018B oszlopban szereplő „elért személyek száma” sorban az EgészségPanel lekérdezésben a közvetlenül értékelhető választ adó személyek száma szerepel (386 fő). A korábbi értékek ebben a sorban a családokban együtt élők számára vonatkozó

összegző becslés. Ennek indoka az, hogy az EgészségPanel legtöbb kérdése inkább személyes forrású és jellegű – célszerűbb itt a válaszadó személyek számát jelölni –; míg a háztartásra vonatkozó kérdések aránya kisebb.

1. táblázat: A Panelvizsgálat egymást követő hullámai során elért háztartások és személyek száma (2008-2018, Nyíregyháza)

Év	2008	2010	2012	2015	2018 A	2018 B
Címlista nagysága (pótcím) (tervezett minta, háztartásszám)	2000 (400)			1000 (500)		
Eredményes adatfelvétel (megvalósult minta, háztartásszám)	1848 (92,4%)	1060 (53,0%)	1227 (61,4%)	754 (75,4%)	541 (54,1%)	391 (39,1%)
Elért személyek száma (becsült fő)	4866	3066	2930	1899	1348	386

Forrás: saját szerkesztés

Mintavétel és súlyozás

A statisztikusi munka célja és feladata, hogy a rendelkezésre álló véges keretek között (idő, anyagi források, emberi tudás, stb.) minél precízebb képet nyújtson a vizsgált populációról. Az egyik legfőbb kiindulási eszköz ennek elérésére a statisztikai mintavételezés. A megfelelő minta tükrözi a populáció jellegzetességeit (arányok és összefüggések) – a vizsgált tulajdonságok, változók alapján. Az ilyen mintát nevezik reprezentatív mintának. Nyilvánvaló, hogy a nem megfelelő mintavétel helytelen következtetésekre vezet. A megfelelő minta kialakítása ezért alapvető fontosságú.

A megvalósult minta utólagos korrigálásának egyik alapvető módszere a minta súlyozása: az adatok „kiigazítása” annak érdekében, hogy a minta pontosabban tükrözze annak a populációnak jellemzőit, amelyből a mintát vették.^{10(50.o.)} A súlyozás bonyolultabb esetei azok, amelyekben nem egy, hanem több változó populációs arányait kell figyelembe venni a súlyok kialakításához – de lényegében továbbra is arányok kiszámítása a feladat. A súlyozás módszertanának elméleti és gyakorlati kidolgozásáért a magyar származású Kiss László (Leslie Kish, 1910-2000²¹) tett sokat. A súlyozás leggyakrabban a válaszmegtagadások nagyobb száma és egyes részcsoportok túlzott aránya (ismert populációs arányokhoz viszonyítva) esetében alkalmazandó és

kisebb korrekciókra alkalmas. Rosszul tervezett, helytelenül elvégzett mintavételkor a súlyozás nem jelenthet segítséget.

A Panelkutatás és az EgészségPanel adatainak súlyozása

A Panelkutatás adatainak előkészítése során a 2018-as adatfelvételhez legközelebbi, megfelelő adattartalommal bíró, teljes körű adatfelvétel a 2011-es országos népszámlálás volt Nyíregyháza vonatkozásában. A Központi Statisztikai Hivatal a kutatás rendelkezésére bocsátotta a szükséges arányszámokat.²² A súlyozáshoz bevont változók a nem, a kor/korcsoport és az iskolai végzettség (NKI rövidítés). A súlyozás módszertana mátrixsúlyozás volt.²³ A legkisebb súlyérték 0,24, a legnagyobb 3,70 volt. A súlyok meghatározása és alkalmazása előtt elvégezték a változók lehetséges értékészleteinek összehangolását, átkódolását és az adattisztítást.¹³ Az EgészségPanel esetében az előbb leírtakkal azonos módon történtek az adatelőkészítés lépései. Az elemzésekhez használt SPSS (V22) adatbázis lehetőséget adott a kutatók számára, hogy súlyozatlan formában dolgozzák fel az adatokat (háztartásra vonatkozó összefüggések feltárása), vagy három változó szerinti súlyozást (NKI – egyénekre vonatkozó vizsgálatok) alkalmazzanak.

EREDMÉNYEK

A minta alapvető jellemzőit bemutató táblázatok (2. – 9. táblázatok) hasonló módon épülnek fel. Az oszlopok a súlyozott elemszámokat és százalékos megoszlásokat jelzik (fő, % – ezek becslést jelentenek a nyíregyházi felnőtt populáció arányaira). Ahol elérhetőek voltak, ott a 2011-es nyíregyházi népszámlálási adatok is szerepelnek a táblázatokban.

A nem szerinti megoszlás

A válaszadók körében minden hullámban enyhe női többség volt megfigyelhető – erre vonatkozó pontosabb adatok a felmérési hullámok összefoglaló kiadványaiban találhatóak.²⁴ A 2018-as mintában is a várt női többlet jelent meg, amely a súlyozás hatására kiegyenlítődtött, a népszámlálási arányokhoz igazodott. [2. táblázat]

A minta életkori eloszlása

50 éves átlagéletkorral lehet becsülni a populációs átlagot. [3. táblázat] A legfiatalabb válaszadó 20 éves, a legidősebb 92 éves volt.

A 4. táblázat a minta korcsoportos eloszlását mutatja. Kiemelhető, hogy a válaszadók majdnem fele (44,7%) ötven év feletti volt; ami összhangban van Nyíregyháza demográfiai viszonyaival.

Az iskolai végzettség kategóriáinak arányai

Az iskolázottság arányai közül a középfokú (érettségizett) végzettség a legmarkánsabb. Ezt követi a felsőfokú végzettségűek aránya. [5. táblázat] A táblázatban összesítve is szerepelnek az alacsony, középfokú és felsőfokú végzettségűek arányszámai. A népszámlálási adatoktól való eltérés az alapvégzettségben mutatkozik – ennek oka a válaszmegtagadások nagy aránya ebben a körben.

2. táblázat: A súlyozott minta nemi megoszlása

nem	fő	%	KSH 2011
férfi	168	45,4 %	46,0%
nő	201	54,6 %	54,0%
Összesen	369	100,0 %	

Forrás: saját szerkesztés

3. táblázat: Az életkori megoszlás paraméterei

átlag (95% CI)	47,85 (46,11-49,59)
5%-os vágott átlag	47,56
medián	46
variancia	281,188
szórás	16,769

Forrás: saját szerkesztés

4. táblázat: Korcsoportok

kor	fő	%	KSH 2011
20-29	58	15,8%	16,2%
30-39	72	19,5%	22,4%
40-49	64	17,4%	17,1%
50-59	67	18,1%	18,6%
60+	98	26,6%	25,7%
összesen	359	97,3%	
adathiány	10	2,7%	
Összesen	369	100,0%	

Forrás: saját szerkesztés

5. táblázat: A súlyozott minta iskolai végzettség szerinti megoszlása

iskolai végzettség	fő	%	KSH, 2011
kisebb, mint 8 általános	7	2,0%	(3,2%)
8 általános	55	14,8%	(16,4%)
szakiskola	72	19,5%	(20,9%)
		36,3%	40,5%
szakközép érettségivel	41	11,2%	
gimnázium	42	11,4%	
érettségi, technikum	42	11,5%	
		34,1%	34,2%
főiskola, alap	55	14,8%	
egyetem, mester	34	9,2%	
doktori	6	1,5%	
		25,5%	24,4%
egyéb			0,9%
Összesen	354	95,9%	100,0%
adathiány	15	4,1%	
Összesen	369	100,0%	

Forrás: saját szerkesztés

A családi állapot kategóriáinak mintabeli megjelenése

A családi állapot tekintetében a megkérdezettek legnagyobb arányban (a válaszadók fele) házasnak vallotta magát. [6. táblázat] Társsal él a válaszadók közel kétharmada (63,9%); egyedül a másik egyharmad (33,3%); nem válaszolt közel három százalék.

Foglalkoztatás

A foglalkoztatás tekintetében a megkérdezettek nagyobb aránya (közel kétharmada) dolgozik. [7. táblázat]

Vélt (önminősített) egészségi állapot

A nagyon jó és jó egészségi állapotot jelző személyekkel (56,5%) szemben a rossz vagy nagyon rossz állapotúak (7,6%) heted annyian vannak. [8. táblázat]

A „mennyit tehet egészségéért” kérdésre adott válaszok megoszlása

Figyelemre méltó, hogy a „nagyon sokat” és a „sokat” választók együttes aránya nyolcvan százalék körüli; a „keveset”, vagy „semmit sem” pedig tizenöt százalék. [9. táblázat]

6. táblázat: A súlyozott minta családi állapot szerinti megoszlása

családi állapot	fő	%
nőtlen, hajadon	83	22,4%
házas	187	50,8%
élettárssal él	48	13,1%
elvált	25	6,9%
özvegy	15	4,0%
Összesen	358	97,1%
Hiányzó	11	2,9%
Összesen	369	100,0%

Forrás: saját szerkesztés

7. táblázat: A súlyozott minta foglalkoztatás szerinti megoszlása

munkaviszony	fő	%
dolgozik	230	62,3%
nem dolgozik	135	36,5%
Összesen	365	98,8%
Hiányzik	4	1,2%
Összesen	369	100,0%

Forrás: saját szerkesztés

8. táblázat: A súlyozott minta önminősített egészségi állapot szerinti megoszlása

önminősített állapot	fő	%
nagyon jó	78	21,1%
jó	131	35,4%
elfogadható	131	35,4%
rossz	21	5,8%
nagyon rossz	7	1,8%
Összesen	367	99,4%
adathiány	2	0,6%
Összesen	369	100,0%

Forrás: saját szerkesztés

9. táblázat: A súlyozott minta „mennyit tehet egészségéért” kérdésre adott válaszok megoszlása

mennyit tehet ...	fő	%
nagyon sokat	125	33,9%
sokat	181	49,0%
keveset	46	12,5%
semmit sem	11	2,9%
Összesen	363	98,3%
adathiány	6	1,7%
Összesen	369	100,0%

Forrás: saját szerkesztés

ELEMZŐ STATISZTIKAI EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA – SÚLYOZATLAN ÉS SÚLYOZOTT ESETEKBEN

Az összesítő 10. táblázat A – J részei a nemek és a munkaviszonyok (dolgozik/nem dolgozik) közötti hasonlóságokat és különbségeket írja le. Ezek alapján:

A, A súlyozott minta esetében a kétmintás t-próba szignifikáns különbséget mutatott a nemek átlag-életkora között. A nők négy évvel mutatkoztak idősebbnek a nyíregyházi felnőtt lakosok között.

B, A minta vizsgálata elvetette a nemek családi állapotára vonatkozó függetlenségi alapfeltevést. A férfiak nagyobb arányban voltak egyedülállóak (32,7%; nők hajadon 14,9%). A nők esetében viszont az elváltak és özvegyek csoportja volt nagyobb a férfiakhoz képest (nők 9,3% és 7,7%; férfiak 4,2% és 0%).

C, Az iskolai végzettség vizsgálata során a nem és az iskolai végzettség között összefüggést lehetett kimutatni. A nők esetében egyértelműen magasabb a felsőfokú alapképzés aránya (15,9%, férfiak esetében 7,3%). A mesterképzésre viszont a férfiak nagyobb aránya jellemző (11,6%; nők esetében 7,9%). A szakiskola is a férfiak nagyobb

arányát mutatja (29,9%; nők 12,2%); a technikumok esetében a női arány a jellemzőbb (15,9%, férfiak 7,3%).

- D, A súlyozott minta a férfiak szignifikáns nagyobb munkaarányát jelzi (72,3%; nők 55,3%).
- E, A férfiak esetében magasabb volt a magát nagyon jó egészségi állapotúnak vallók aránya (28,5%; nők 15,4%). A nők a rossz egészségi állapotot jelezték nagyobb arányban (9,0%; férfiak 1,8%).
- F, A nemtől függetlenül bizonyult az, hogy saját maguk mennyit tehetnek az egészségükért. Kiemelendő, hogy a nagyon sokat és a sokat választók aránya mind a nők, mind a férfiak esetében nyolcvan százalék felett volt.
- G, A testtömegindex átlaga férfiaknál és a nőknél szignifikánsan eltért (férfiak 28, a nők 25).
- H, A dolgozók csoportjára jellemzőbb, hogy a

nagyon jó, vagy jó kategóriát választották egészségi állapotuk megítélésükor (65%; nem dolgozók 35%).

- I, A foglalkoztatottak főleg a nagyon sokat és a sokat tehet kategóriákat jelöltékbe (90% körül; nem dolgozók 70% körül).
- J, A vélt (önminősített) egészségi állapot és „mennyit tehet egészségéért” kérdések esetében megállapítható, hogy az önminősített egészségi állapot és a mennyit tehet az egészségéért válasz összefügg egymással. A korrelációs vizsgálatok 0,4 körüli, gyengének minősíthető szignifikáns együtthatóértékeket eredményeztek. Az, aki úgy véli, hogy többet tehet egészségéért, az jobbnak is értékeli általában egészségét; valamint fordítva: aki jobbnak értékeli egészségét az azt gondolja, hogy többet is tehet érte.

10. táblázat: Elemző statisztikai eredmények – nemek, dolgozik/nem dolgozik szempontok szerint

Elemzés	Alkalmazott eljárás és statisztikai eredmények
A, nem és életkor	kétmintás t-próba átlagok eltérése = -4,081; $t(357) = -2,312$, $p = 0,021$
B, nem és családi állapot	függetlenségvizsgálat $\chi^2(4, N = 359) = 28,553$, $p < 0,0001$
C, nem és iskolai végzettség	függetlenségvizsgálat $\chi^2(8, N = 353) = 30,836$, $p < 0,0001$
D, nem és dolgozik/nem dolgozik	függetlenségvizsgálat $\chi^2(1, N = 365) = 11,239$, $p < 0,001$; Fisher próba $p = 0,001$
E, nem és vélt (önminősített) egészségi állapot	függetlenségvizsgálat $\chi^2(4, N = 366) = 17,107$, $p = 0,002$; Fisher próba $p = 0,001$
F, nem és „mennyit tehet egészségéért”	függetlenségvizsgálat $\chi^2(3, N = 363) = 1,994$, $p = 0,574$; Fisher próba $p = 0,568$
G, nem és BMI	kétmintás t-próba átlagok eltérése = 2,63882; $t(364) = 5,027$, $p < 0,0001$
H, dolgozik/nem dolgozik és önminősített (vélt) egészségi állapot	függetlenségvizsgálat $\chi^2(4, N = 364) = 52,907$, $p < 0,0001$; Fisher próba $p < 0,0001$
I, dolgozik/nem dolgozik és „mennyit tehet egészségéért”	függetlenségvizsgálat $\chi^2(3, N = 359) = 26,525$, $p < 0,0001$; Fisher próba $p < 0,0001$
J, önminősített egészségi állapot és „mennyit tehet egészségéért”	függetlenségvizsgálat $\chi^2(12, N = 364) = 134,425$, $p < 0,0001$

Forrás: saját szerkesztés

AZ ELEMZÉSEK ÖSSZEGZÉSE, MEGBESZÉLÉS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

A leíró és elemző vizsgálatok összefoglalásaként elmondható, hogy a korábbi kutatási hullámokban tapasztaltak mutatkoztak 2018-ban is.^{25,26,27} Az EgészségPanel súlyozott adatainak elemzése szerint a válaszadók között (a szokásos) női többség figyelhető meg. A női válaszadók átlagosan négy évvel idősebbek, ami statisztikailag szignifikáns. A nők körében magasabb a családi kapcsolat után egyedül élők (elváltak, özvegyek) aránya. Ez az eltérés többek közt visszavezethető a férfiak és nők közötti átlagosan megélt élethossz különbségre.²⁸ A férfiak a fizikai munkavégzéshez kötődő képzésekben (szakiskola), a nők pedig az elméletibb képzési területeken (technikum) mutatnak nagyobb arányt. A felsőfokú (egyetem, alap- és mesterképzés) szintű képzésekben is mutatkozott némi eltérés a nemek között – az alapképzésben a többség női, a mesterképzésben pedig férfi. A férfiak nagyobb arányban dolgoznak – összhangban más kimutatásokkal.

A férfiak nagyrészt gondolják úgy, hogy egészségi állapotuk rendben van; és kimondható,

hogy a nők jobban aggódnak egészségükért, általában rosszabbnak vélik azt. Ennek vonzata lehet az, hogy a nők hamarabb jelennek meg szűréseken, korábban jelentkeznek háziorvosuknál, vagy szakorvosnál – az időben felfedezett megbetegedések gyógyítási, gyógyulási esélyei pedig köztudottan magasabbak. Abban, hogy mit gondolnak, mennyit tehetnek a nők és férfiak az egészségükért, a nemek válaszai nem tértek el szignifikánsan.

A munka megléte szerint az aktívabb, dolgozó válaszadók szignifikánsan jobbnak ítélik egészségi állapotukat; ők úgy gondolják, hogy többet is tehetnek egészségükért.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A szerzők köszönetet mondanak a kutatásban részt vevő kollégáknak és hallgatóknak önkéntes munkájukért. Külön köszönetet érdemelnek az Egészségfejlesztés folyóirat munkatársai, akik felhívták a figyelmünket néhány tartalmi és formai hibára – lehetőséget adva azok korrigálására és javítására.

HIVATKOZÁSOK

- 1 Raphael D, Renwick R, Brown I, Rootman I. Quality of Life Indicators and Health: Current Status and Emerging Conceptions. *Social Indicators Research*, Vol. 39, No. 1 (1996), pp. 65-88.
- 2 Musschenga AW. The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness. *J Med Philos.* 1997 Feb; 22(1):11-28.
- 3 Kermode S, MacLean D. A study of the relationship between quality of life, self-esteem and health. *Australian Journal of Advanced Nursing*, vol. 19, no. 2, pp. 33-40. 2001.
- 4 Zubaran C, Persch K, Tarso D, Ioppi A, Mezzich J. The correlation between health status and quality of life in southern Brazil. *Sao Paulo Med. J.* vol.126 no.5 Sao Paulo Sept. 2008.
- 5 Fábrián G, Huszti É, Hüse L, Takács P. Az életminőség Nyíregyházán – A nagymintás társadalomkutatás első négy hulláma a megyeszékhelyen. *Szabolcs-Szatmár-Beregi Szemle*, 2018/3 p. 83-102.
- 6 Az 'European Community Household Panel' (ECHP) kutatás weboldala. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-community-household-panel> (Elérve: 2019.09.19)
- 7 Peacchi F. The European Community Household Panel: Review. *Empirical Economics* (2002) 27: 63-90.
- 8 Az 'European Union Statistics on Income and Living Conditions' (EU-SILC) weboldala. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions> (Elérve: 2019.09.19.)
- 9 A TÁRKI Magyar Háztartás Panel kutatás weboldala. <https://www.tarki.hu/magyar-haztartas-panel-1992-1997> (Elérve: 2019.09.19.)
- 10 Tordai B. A panelfelvételek módszertani problémái és kezelésük a nemzetközi gyakorlatban. TÁRKI Alapítvány, Budapest, 2007.
- 11 Paksi B. A „lázadó értelmiség szigete”. Paksi Borbála: Pepsi Sziget 2000 kutatási jelentés. <http://old.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/b275.pdf> (Elérve: 2019.10.08.)

- ¹² A Belügyminisztérium Nyilvántartások Vezetéséért Felelős Helyettes Államtitkárságának honlapja, KEKKH. <http://nyilvantarto.hu/hu/> (Elérve: 2019.09.19.)
- ¹³ Huszti É, Hüse L, Takács P, Fábián G. A „Nyíregyháza Életminősége 2018” vizsgálat és a kutatás módszertana. *Acta Medicinæ et Sociologica*. Vol. 9 : No. 27. (2018), p. 7-18. DOI: 10.19055/ams.2018.9/27/2
- ¹⁴ Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. In *Personality and Individual Differences*, Volume 33, Issue 7., 2002. 1073-1082, [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00213-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00213-6) (Elérve: 2019.09.19.)
- ¹⁵ Rahman T, Mittelhammer R C, Wandschneider P. Measuring the Quality of Life across Countries: A Sensitivity Analysis of Well-being Indices. Research Paper No. 2005/06. World Institute for Development Economic Research (UNU-WIDER).
- ¹⁶ Európai Lakossági EgészségFelmérés (ELEF) magyar weblapja. <http://www.ksh.hu/elef> (Elérve: 2019.09.19.)
- ¹⁷ Papp-Zípernovszky O, Náfrádi L, Schulz P J, Csabai M. "So that each patient may comprehend": measuring health literacy in Hungary. *Orvosi Hetilap*; 157(23): 905-15. 2016.
- ¹⁸ Chew L D, Griffin J M, Partin M R, Noorbaloochi S, Grill J P, Snyder A. Validation of Screening Questions for Limited Health Literacy in a Large VA Outpatient Population, *J Gen Intern Med*. 23(5): 561–566. 2008.
- ¹⁹ Koltai J, Kun E. The practical measurement of health literacy in Hungary and international comparison. *Orvosi Hetilap*, 157 (50), 2002–2006. 2016. <https://akademiai.com/doi/pdf/10.1556/650.2016.30563> (elérve: 2019.09.19.)
- ²⁰ Weiss B D, Mays M Z, Martz W, Castro K M, DeWalt D A, Pignone M P. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *The Annals of Family Medicine*, 3. 6. sz. 514–522. 2005.
- ²¹ Grajales C. Weighting: The statistical element essential in polling, *Statisticsviews* <https://www.statistics-views.com/details/feature/10713232/Weighting-The-statistical-element-essential-in-polling.html> (Elérve: 2019.09.19.)
- ²² Adatforrás: 15_3_1_4_3.xls egyedi kérésre összeállított táblázatos adatállomány.
- ²³ Szelényi B. Az adatbázis súlyozása. In Kapitány Balázs (szerk.): *Módszertan és dokumentáció. Az adatfelvétel ismertetése. Műhelytanulmányok 2.* KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest, 2003. pp 51–63.
- ²⁴ *Acta Medicinæ et Sociologica* Vol. 3. No. 3. (2012.) Életminőség Nyíregyházán 2008-2010. <https://epa.oszk.hu/02500/02535/00003/pdf/> (Elérve: 2019.10.06.); *Acta Medicinæ et Sociologica* Vol. 5. No. 12-13. (2014.). <https://epa.oszk.hu/02500/02535/00009/pdf/> (Elérve: 2019.10.06.); *Acta Medicinæ et Sociologica* Vol. 6. No. 18-19. (2015.). <https://epa.oszk.hu/02500/02535/00013/pdf/> (Elérve: 2019.10.06.); *Acta Medicinæ et Sociologica* Vol. 9. No. 27. (2018.). <https://epa.oszk.hu/02500/02535/00020/pdf/> (Elérve: 2019.10.06.)
- ²⁵ Hüse L. A szubjektív egészségi állapot tényezői és azok változása Nyíregyházán és vonzáskörzetében. *Acta Medicinæ et Sociologica* Vol. 6. No. 18-19: 96-120.
- ²⁶ J Erdei R, R Fedor A, B Madácsi E. A nyíregyházi lakosok szubjektív egészségi állapota és annak változásai. *Acta Medicinæ et Sociologica* Vol. 5. No. 12-13: 189-206.
- ²⁷ Jóna Gy, J Erdei R. A szubjektív egészségi állapot meghatározó tényezői Nyíregyházán. *Acta Medicinæ et Sociologica* Vol. 3. No. 3: 99-115.
- ²⁸ Iván L. Az öregedés élettani és társadalmi jelenségei. *Magyar Tudomány*, 2002/4. <http://www.matud.iif.hu/02apr/ivan.html> (Elérve: 2019.09.19.)