

---

---

**EGYETEMI DOKTORI (Ph.D.) ÉRTEKEZÉS**

---

---

**Telepszerú körülmények között élók egészségfelmérése**

**DR. KÓSA ZSIGMOND**

**Témavezető: Prof. Dr. Ádány Róza**

**DEBRECENI EGYETEM  
ORVOS- ÉS EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI CENTRUM  
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI ISKOLA**

**DEBRECEN, 2006**

## Tartalomjegyzék

<b>1. Bevezetés, irodalmi áttekintés.....</b>	<b>3</b>
1.1. Romák Magyarországon és a kibővült Európában.....	3
1.2. A magyar lakosság halálozása .....	6
1.3. Egészségmonitorozás, egészségfelmérés .....	10
<b>2. Célkitűzések .....</b>	<b>12</b>
<b>3. Anyag és módszer .....</b>	<b>13</b>
3.1. Vizsgálati populáció, mintavétel .....	13
3.2. A vizsgálat kivitelezése .....	15
3.3. Adatkezelés és elemzés .....	16
<b>4. Eredmények .....</b>	<b>20</b>
<b>5. Megbeszélés.....</b>	<b>42</b>
<b>6. Irodalmi hivatkozások.....</b>	<b>47</b>
<b>7. Közlemények jegyzéke.....</b>	<b>51</b>
7.1. Az értekezés alapjául szolgáló in extenso közlemények .....	51
7.2. Egyéb in extenso közlemények és könyvfejezetek .....	51
7.3. Előadások és poszterek: .....	51
<b>8. Köszönetnyilvánítás.....</b>	<b>54</b>
<b>9. Mellékletek.....</b>	<b>55</b>
9.1. Kérdőív .....	55
9.2. Beleegyezési nyilatkozat .....	97
<b>10. Az értekezést megalapozó közlemények.....</b>	<b>98</b>

# 1. Bevezetés, irodalmi áttekintés

## 1.1. Romák Magyarországon és a kibővült Európában

A romák, vagy más néven cigányok Európa olyan egyedülálló kisebbsége, amelynek nincs történelmi értelemben vett elismert anyaországa. Eredetük is nagymértékben vitatott, mivel csak a nyelvi gyökerek és a kis számú történelmi feljegyzések utalnak arra, hogy Európába Perzsián és a Kaukázuson keresztül vándoroltak be a IX. és a XIV. század között Észak- Indiából. Az első írásos feljegyzések a romák közép és kelet-európai jelenlétéről a XII. századból származnak [1, 2]. Magyarországi jelenlétüket Zsigmond király egy menlevele említi először. A romáknak számos alcsoportjuk van, melyet a nyelvük, foglalkozásuk és a vallásuk határoz meg.

A roma népesség számának, illetve egy adott országon belüli arányának megítélésében jelentős eltérések mutatkoznak meg. Hivatalosan elfogadott az a kritérium, mely szerint romának nevezik azokat az embercsoportokat, amelyek a roma nyelvet beszélik és/vagy közös etnikai identitással, kultúrával és történelemmel rendelkeznek. A népszámlálási adatok alapján a roma származás vállalása, s még inkább a cigány anyanyelv ismerete igen alacsony szintű, ezért különböző becslések alkalmazása elfogadott. A „jó helyismerettel rendelkező számlálóbiztosok” az életvitel alapján osztályozzák a háztartásokat, így a „roma életvitelű háztartásban” élőket tekintik roma származásúaknak. Egy másik – etikai szempontból vitatható – megközelítés alapja, hogy a nem roma környezet romának tekinti-e az adott személyt. Magyarországon a cigányság kutatásával foglalkozó szociológus kutatók elfogadottnak tartják, hogy a roma származás megítélése a környezet meghatározásán alapul, melynek alapvető kritériuma az életvitel és a társadalmi integráció foka. A roma származás meghatározásának jogi és gyakorlati kérdései jelentősen kihatnak a romák egészségét vizsgáló kutatások hitelességére, összehasonlíthatóságára és relevanciájára. A cigány anyanyelv használata Kemény felmérése alapján igen alacsony, Magyarországon mindössze a roma lakosok egyötödére érvényes [3]. A nyelvi asszimilációt illetően hasonló a helyzet a többi olyan európai országban is, ahol nagyszámú cigányság él (pl. Spanyolországban, valamint a Dél-Franciaországban élő cigányok döntő többsége spanyol, vagy katalán anyanyelvű). A roma lakosság létszámának meghatározása igen jelentős mérési nehézségeket okoz a társadalmi felmérésekben. A hivatalos demográfiai jelentések, felméré-

sek rendszeresen alábecsülik a romák számát, mert sok roma el akarja kerülni a stigmatizációt, s nem vallja magát romának. A becslések alapján a legnagyobb etnikai kisebbséget képviselő romák száma ma Európában 7-9 millióra tehető, amely megegyezik pl. Ausztria teljes népességével.

Az Európai Unió jelenlegi tagállamai közül igen jelentős a roma népesség száma Magyarországon, Szlovákiában, Spanyolországban és Franciaországban; a tagjelölt országok közül pedig Romániában és Bulgáriában [4, 5, 6]. Az egyes országokban a népesség 6-9 %-ra tehető romák részaránya a magas születési arányszám, illetve a többségi populációra jellemző alacsony termékenységi arányszám miatt a közeljövőben várhatóan jelentősen növekedni fog.

Hagyományaik, kultúrájuk és nyelvhasználatuk alapján hazánkban három nagy csoport különböztethető meg. A magyar cigányok (romungro) csak magyarul beszélnek, részarányuk a legmagasabb, mintegy 70 %. Más, később bevándorolt csoportok – összefüggésben a vándorló életmóddal és a kötöttebb, vérségi társadalom szerveződéssel is – megőrizték eredeti nyelvüket és magyarul is beszélő un. oláh cigányok (romani), arányuk kb. 21 %. A harmadik csoport történetében a nyelvi asszimiláció román nyelvű közegben zajlott le, e csoport tagjai a XVIII-XX. században mint román anyanyelvűek érkeztek Magyarországra, ők az un. román cigányok (beás), arányuk a roma populációban 8-9 %, de a dél-dunántúli közösségekben sokkal magasabb.

Magyarországon az 1990-es népszámlálási adatok szerint 142 683 fő vallotta magát cigány nemzetiségűnek, a 2001-es népszámlálás során pedig 190 046 [3]. Roma csoportok és nem roma kormányzati szervek 400 000 és 500 000 fő közé teszik ezt a számot, néha pedig egyenesen 800 000-re. Kemény és munkatársai 1971-ben, 1993-ban és 2003-ban 2, 2 és 1 %-os reprezentatív mintavétel alapján végeztek becsléseket a magyarországi romák létszámára vonatkozóan. Az 1971-es vizsgálat közel 320 000 főre becsülte a cigány népesség számát. Az 1993-ban elvégzett kutatás szerint 1994. január 1-én 456 646 cigány élt Magyarországon (egy kicsivel kevesebb, mint a lakosság 5 %-a). 24 év alatt tehát a roma lakosság száma 44 %-os növekedést mutat, szemben az összlakosság körében ugyanazon időszak alatt megfigyelt 3-4 %-os fogyással. A jövőben további eltolódás várható; Kemény az élveszületési arányszámot cigányoknál 28,7-re becsüli, míg az összlakosságnál ez az érték tartósan csökken, és 10 alatt van ezer lakosra számolva. 2003-ban a cigány népesség számát 570 000 főre becsülték. Előrejelzések alapján a cigány lakosság létszáma 10 év

múlva elérheti a 700 000 főt – amely az ország csökkenő lélekszámát figyelembe véve – a lakosság 7 %-át is elérheti [3].

Kemény felmérése alapján a romák Magyarország egész területén szétszóródva élnek, de eloszlásuk nem egyenletes. Az északi (Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád) és keleti (Szabolcs-Szatmár-Bereg, Hajdú-Bihar, Békés) régióban él a romák közel 50 %-a. A roma lakosság 71 %-a magyar, 21 %-a cigány, 8 %-a román anyanyelvű. A Környezetvédelmi Minisztérium által támogatott országos felmérés alapján hazánk 19 megyéjében közel 134 000 roma él a feltérképezett 758 telepen. A teleszerű körülmények között élők 33 %-a az észak-alföldi, 32,6 %-a pedig észak-magyarországi régióban található [7]. A telepen élők 76,5 %-a vallotta magát romának.

A roma közösségekre jellemző a szegénység, a munkanélküliség, valamint az alacsony iskolai végzettség magas szintje; egészségi állapotuk igen kedvezőtlen. Az ENSZ fejlesztési programjának (United Nations Development Programme – UNDP) tanulmánya alapján a közép és kelet-európai térség cigányságának születési rátái magasabbak, mint a többséget alkotó populációé [8]. A romák öregedési indexe 15 (100 emberből nem egészen 15 fő a 65 évnél idősebbek száma). A roma népesség magas aránya a fiatalabb korcsoportokban, és az alacsony iskolázottság azt eredményezhetik, hogy 10-15 év múlva gyakorlatilag foglalkoztathatatlan lesz a térség országai munkaerőpiacának jelentős része [8].

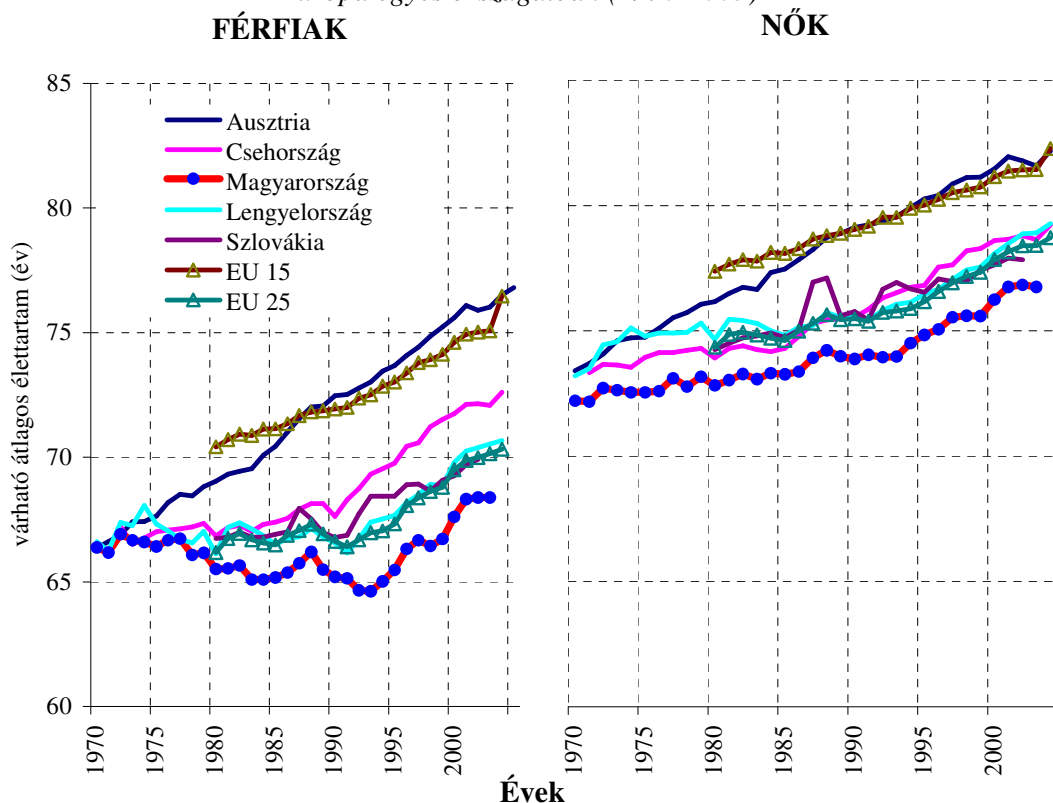
Az emberi jogok és a társadalmi igazságosság fokozott érvényesítésének igénye; a gazdasági növekedés és a fenntartható fejlődés szükségessége a bővülő Európai Unióban mind nemzetközi, mind nemzeti szinten az érdeklődés középpontjába helyezi a roma kisebbség helyzetét. A lehetőségek kiszélesítésére irányuló erőfeszítések különösen a szegregálódott, részben a kényszerből az asszimilációt választó roma közösség esetében igen fontos valamennyi politikai csoport számára. Az integráció elősegítése érdekében fel kell ajánlani a kirekesztett és lecsúszott közösségeknek a felemelkedést, illetve a függőségtől való megszabadulás lehetőségét és felelősségét. Ezen célok elérése érdekében az UNDP, a Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (International Labour Organization – ILO), a Világbank (World Bank – WB), az Európai Bizottsági és Együttműködési Szervezet (Organization for Security and Co-operation in Europe – OSCE), a Nyílt Társadalom Intézet (Open Society Institute – OSI), az Európai Unió (European Union – EU), az Európai Roma Jogok Központja (European Roma Rights Center – ERRC) és más roma civil szervezetek tanulmányokat készítettek és programokat fogalmaztak meg [9,10]. A szegénység, a képzetlenség és a munkanélküliség okozta egészségi problémák ismerete, az egészségi álla-

potban jelentkező hátrányok egyértelmű bemutatása igen fontos annak érdekében, hogy az egészségügy területén is megfogalmazódjanak a roma lakosság helyzetét javító programok.

## 1.2. A magyar lakosság halálózása

Magyarországon 1981-től a népesség létszámára a természetes fogyás a jellemző, a halálózások száma jelentősen meghaladja az élveszületések számát. A születéskor várható átlagos élettartam a férfiak körében az 1970-es évektől folyamatosan csökkent, majd az 1993-as legalacsonyabb értéket követően jelentős emelkedés figyelhető meg. A nők születéskor várható élettartama folyamatosan emelkedő trendet mutatott 1970-től, azonban mind a hasonló társadalmi-gazdasági helyzetben lévő országok, mind a fejlett országok hasonló mutatójának értékéhez viszonyítva lényegesen alacsonyabb. A bővítés előtti EU tagállamokkal összehasonlítva lemaradásunk férfiak esetében 7, míg nők esetében 5 év volt 2005-ben (1. ábra).

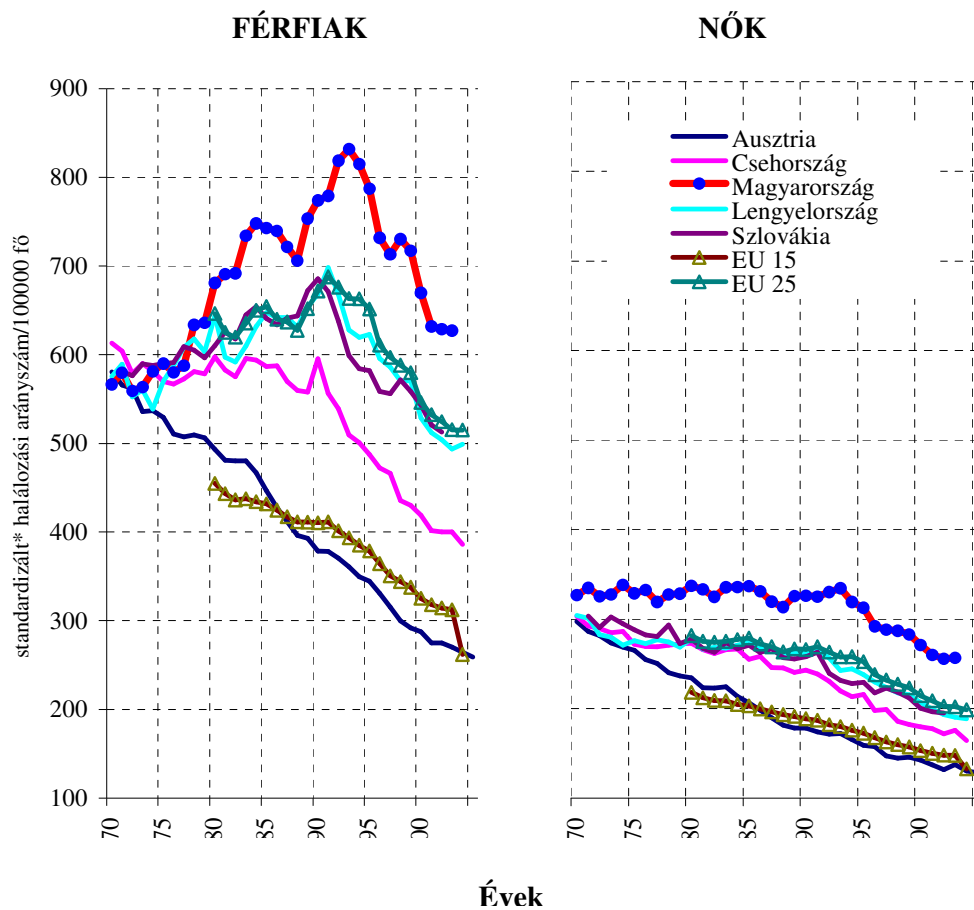
**1. ábra** A születéskor várható átlagos élettartam alakulása nem szerint Magyarországon és Európa egyes országaiban (1970-2005)



Forrás: WHO/Európa, HFA adatbázis 2006.

Hazánkban a népességfogyás a magyar lakosság kedvezőtlen korai halálozásával magyarázható. Magyarországon a lakosság korai halálozása (0-64 éves) 1970-től igen kedvezőtlenül alakult az 1990-es évek közepéig mindkét nem esetében, ellentétben az EU átlagához, vagy néhány szomszédos országhoz viszonyítva. Különösen a férfiak körében alakult tragikusan a halandóság; az 1970-es évek közepétől folyamatosan meredek emelkedést mutatva 1993-ban érte el a legmagasabb értéket (830/100000 fő). Ugyanazon időszak alatt az EU tagállamok halálozásának átlaga egyenletesen csökkent. A vizsgált években a férfiak relatív halálozási kockázata az EU átlaghoz viszonyítva (Standardizált Halálozási Arányszám Magyarország/Standardizált Halálozási Arányszám EU átlag) növekedett. Nők esetében a halálozás kezdetben stagnált, majd az 1990-es évek közepétől csökkent, ennek ellenére lemaradásunk az EU átlaghoz viszonyítva jelentősnek minősíthető (2. ábra).

**2. ábra** A 0-64 éves lakosság halálozásának alakulása nem szerint Magyarországon és Európa egyes országaiban (1970-2005)

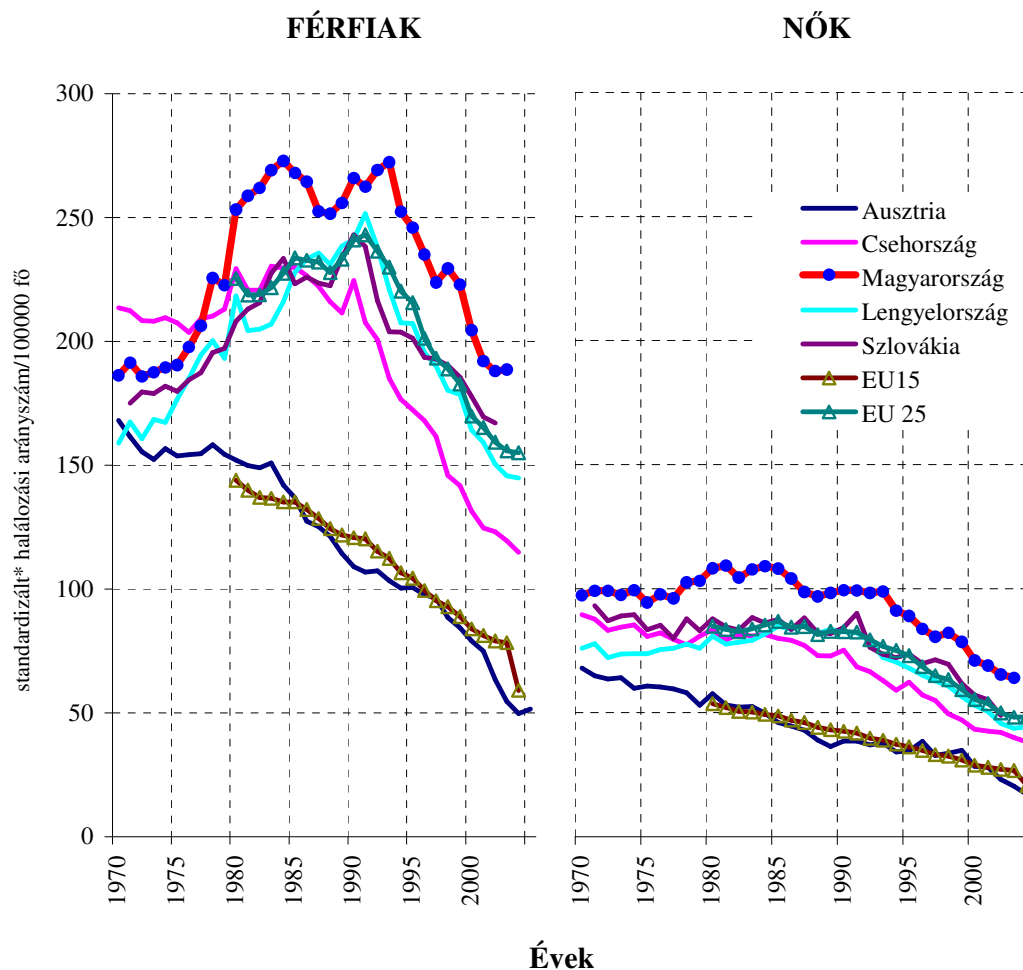


*Standard:* A 0-64 éves európai standard populáció  
*Forrás:* WHO/Európai, HFA adatbázis 2006.

Ezen időszakban a korai halálozás haláloki struktúráját elemezve megállapítható, hogy férfiak körében a vezető halálokok a keringési rendszer betegségei (32,7 %), a daganatos betegségek (26,9 %) és az emésztőrendszer betegségei (16,5 %) okozta halálozások voltak [11]. Nőknél a sorrend a következő: daganatos betegségek (36,5 %), keringési rendszer betegségei (31,4 %), emésztőrendszer betegségei (13,7 %).

A keringési rendszer megbetegedései okozta korai halálozás alakulása az 1970-es évektől hazánkban mindkét nem esetében igen kedvezőtlen tendenciát mutatott a 90-es évekig. Ausztria, illetve az EU tagállamok halandósága ugyanezen időszak alatt folyamatosan csökkent (3. ábra).

**3. ábra** A 0-64 éves lakosság keringési rendszer megbetegedései okozta halandóságának alakulása nem szerint Magyarországon és Európa egyes országaiban (1970-2005)



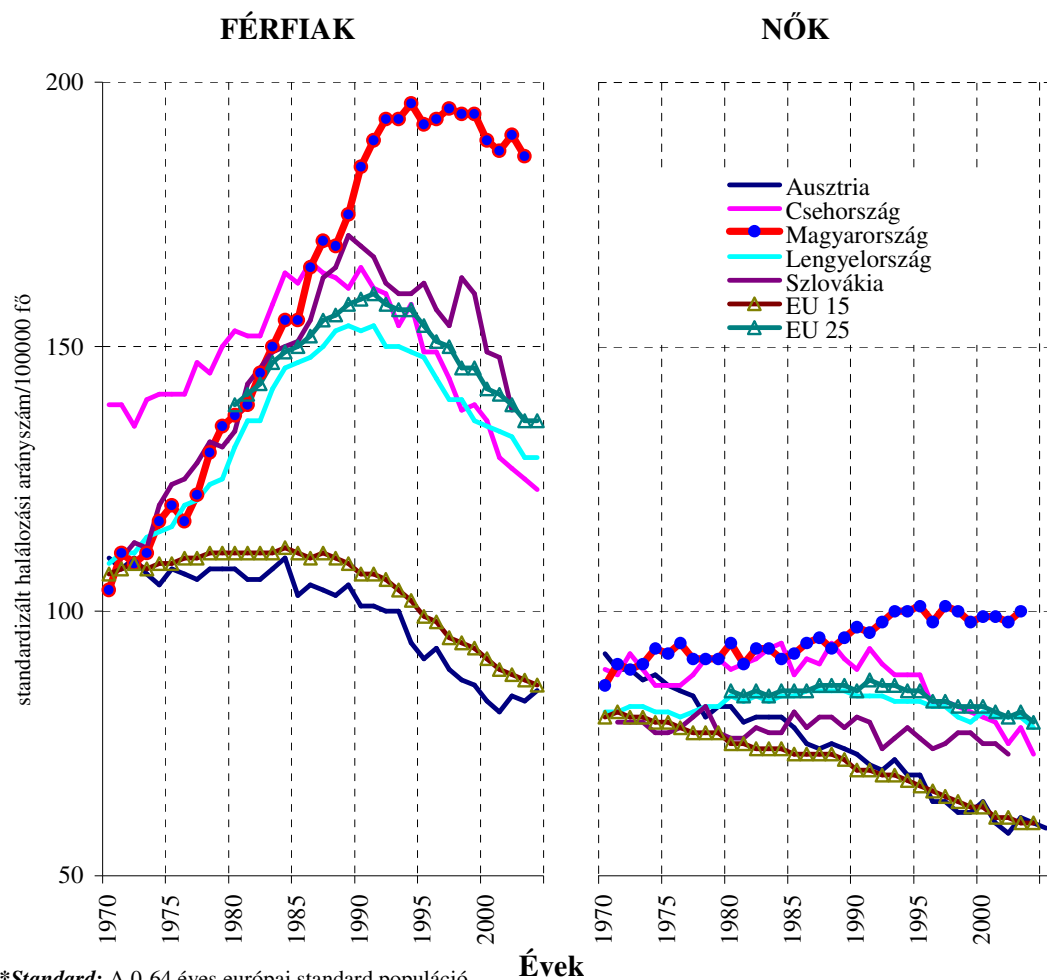
\*Standard: A 0-64 éves európai standard populáció

Forrás: WHO/Európai, HFA adatbázis 2006.

A rosszindulatú daganatos megbetegedések okozta halandóság alakulása mindkét nem esetében igen kedvezőtlen hazánkban. Férfiak körében nem csak az EU tagállamok, hanem a szomszédos, volt szocialista országokhoz viszonyítva is kimagaslóan magas a halandóság (4. ábra). Nők esetében a férfiakhoz viszonyítva alacsonyabbak a halálzási értékek, azonban a trend folyamatos emelkedést mutat.

A halálzási mutatók az országon belül is nagymértékű eltéréseket mutatnak. A vezető halálókokra elvégzett elemzések a legveszélyeztetettebb térségeknek minősítik Észak-Magyarországot és Észak-Alföldet, ezen belül is két megyét, Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéket [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18]. Ezen területen bizonyos korcsoportok és halálókok esetében a halandóság 50-100%-al magasabb az országos átlagnál.

**4. ábra** A 0-64 éves lakosság rosszindulatú daganatos megbetegedései okozta halandóságának alakulása nem szerint Magyarországon és Európa egyes országaiban (1970-2005)



\*Standard: A 0-64 éves európai standard populáció  
 Forrás: WHO/Európai, HFA adatbázis 2006.

### 1.3. Egészségmonitorozás, egészségfelmérés

Az egészségmonitorozás olyan rendszeres és folyamatos adatgyűjtés, amely a lakosság egészségi állapotára és az azt meghatározó tényezőkre gyűjt adatokat, azt elemzi, értelmezi és információt szolgáltat az egészségpolitikai döntések megalapozásához. Az egészségmonitorozás segítségével felmérhetőek és nyomon követhetőek az egészségproblémák, azok földrajzi eltérései, valamint a különböző társadalmi csoportokban való megjelenésük. Ez utóbbi igen fontos abban az esetben, ha az adott csoport egészségproblémáinak jellemzői jelentős mértékben eltérnek, körükben a népegészségügyi prioritások meghatározása különös jelentőséggel bír, amely alapján a beavatkozások és azok hatásai mérhetővé válnak.

Az Európai Parlament és az Európai Tanács célkitűzésként fogalmazta meg egy egységes egészségmonitorozási módszer kialakítását a tagállamok számára, mely lehetővé teszi:

- a lakosság, ezen belül a lakossági csoportok egészségi állapotának, valamint az azt meghatározó tényezőknek a mérését, a változások azonosítását,
- a népegészségügyi programok tervezését, azok eredményességének követését,
- a tagállamok összehasonlítható egészségadattárának kialakítását.

Az egészségmonitorozás egy része a regisztráción alapuló adatgyűjtésre épül, pl. halálozás, morbiditás, rákregiszter. A felmérésen alapuló adatgyűjtés jelentős mértékben kiegészítheti a regiszterek információit. A regiszterek nem azonosítják egyértelműen a hazánkban élő nemzetiségek egészségi állapotát jellemző mutatókat, így ez alapján nem lehet a cigányságra vonatkozó adatokat gyűjteni, elemezni.

Kisebbségi közösségek egészségi állapotának elemzése [19, 20, 21], melyek elsősorban a perinatális mortalitásra és az általános halálozásra vonatkoztak, viszonylag szűkebb körű és kevésbé általánosítható információt tartalmaznak. Ezen felmérések alapján a cigányok körében magasabb a kis súlyú újszülöttek aránya, valamint a csecsemőhalandóság. A romák halandóságára elsősorban a korai halálozás a jellemző, a főbb halálokokért a szív- és érrendszeri megbetegedések a felelősek. Figyelemre méltó az influenza és a tüdőgyulladás előkelő halálhelye.

Az egészségmonitorozás során alkalmazott módszerek közül nagy jelentőséggel bír az egészségfelmérés, mert egyrészt a lakosság azon részéről is információt szolgáltat, amelyik nem találkozik az egészségügyi ellátó rendszerrel, másrészt olyan egészségi állapot

jellemzőkről (pl. funkcionalitás) és meghatározó tényezőkről (pl. életmód) szolgáltat információt amelyekről más módszerek nem.

A lakossági egészségfelmérések két formája alkalmazható morbiditási adatgyűjtésre:

- egészségmagatartás felmérések
- vizsgálatokon alapuló felmérések.

Hazánkban az utóbbi évtizedekben eltérő módszertan alkalmazásával számos egészségfelmérés készült. Elsőként említendő a Komplex Országos Morbiditási Vizsgálat (KOMOV 1979), mely a lakossági morbiditás és az azt befolyásoló tényezők megismerésére irányult.

Később a KSH, illetve a TÁRKI [22, 23, 24] végzett reprezentatív mintavételen alapuló egészségfelméréseket.

Ezen kívül számtalan helyi egészségfelmérést végeztek [25, 26, 27], azonban ezek módszertani sajátosságai eltérőek voltak. A felmért lakosság nagysága, korösszetétele, a mintavételezés módja, az alkalmazott kérdőívek különbözősége az eredmények összevethetőségét nagymértékben korlátozta, ezért az eltérések és változások elemzése gyakorlatilag lehetetlen volt. Az egészségfelmérések sorában a 2000-ben, majd a 2003-ban elvégzett Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) tekinthető módszerét és a gyűjtött adatok felhasználhatóságát illetően nemzetközileg és tudományosan is elfogadottnak. Mindkét felmérés során az ország 447 településén, véletlenszerűen kiválasztott 7 000 felnőtt korú lakost kerestek fel otthonukban a kérdezőbiztosok 78, illetve 72 %-os megvalósulási aránnyal [28, 29].

## 2. Célkitűzések

- Az OLEF keretében 2003-ban használt, kis mértékben módosított kérdőív tesztelése, az alkalmazhatóság és adatfelvétel módszertanának kidolgozása, bevezetése a telepszerű körülmények között élő lakosság körében Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyékben.
- A felvett kérdőívek feldolgozása, az eredmények összehasonlítása a magyar átlagos populáció körében 2003-ban végzett egészségfelmérés eredményeivel.
- Az elvégzett egészségfelmérés alapján javaslat készítése az országos szintű, rendszeres egészségfelmérésre a telepszerű körülmények között élők körében.
- A kapott eredmények ismertetése a szakmával és a döntéshozókkal azzal a céllal, hogy a telepszerű körülmények között élők esetében a Népegészségügyi Program által megfogalmazott esélyegyenlőség biztosítása érdekében hatékony és hatásos prevenció programok kidolgozása történjen meg.

### **3. Anyag és módszer**

2004-ben Északkelet-Magyarország három megyéjében kérdőíves adatfelvételt végeztünk a telepi, vagy telepszerű körülmények között élők körében. A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolája 2001-2002 között felmérést végzett a három megyében az ott fellelhető telepek elhelyezkedésére, az ott lakók számára és környezetegészségügyi helyzetére vonatkozóan [7]. Telepként definiálták azt a legalább 4 lakásból álló településrészt, amelynek lakásai alacsonyabb komfortfokozattal (víz-, áram-, gázellátás, csatornázás, szemét elhelyezés, stb.), és magasabb laksűrűséggel hátrányosan különböznek a település jellegzetes lakókörnyezetétől. A felmérés kivitelezésében döntően az adott megyében élő roma származású, civil szervezetekben aktívan közreműködő kérdezőbiztosok vettek részt.

A felmérés során gyűjtött adatok feldolgozását követően a három megyében található telepeket több szempont szerint rangsorolták. Vizsgálták a kedvezőtlen adottságok halmozódását, a telepeken élők létszámát, az etnikai hovatartozását, az adott település hátrányos helyzetét.

#### **3.1. Vizsgálati populáció, mintavétel**

Az elemzés két adatbázis felhasználásával történt, mely két egészségfelmérésből származott, ahol az adatfelvételek időpontjai között mindössze 6 hónap eltérés volt.

Az Országos Lakossági Egészségfelmérés célpopulációja a magyar, nem intézményben élő felnőtt lakosság volt, míg a másik egészségfelmérés során a 3 megye telepszerű körülményei között élő felnőtt lakossága. Az OLEF 2003 során a mintaválasztás véletlenszerű, két lépcsős, random mintavételezésben valósult meg a KSH és az Országos Választási Iroda adatbázisainak felhasználásával. Első lépcsőben a településeket a megyék és a település nagysága szerint rétegezték. Ezt követően a mintába kerülők kiválasztása véletlenszerűen történt az első lépcsőben meghatározott településekről. Egy-egy kiválasztásra került településről minimum 10 személyt választottak be a mintába.

Az általunk végzett vizsgálat célpopulációja a Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye településein telepi vagy telepszerű körülmények között élő 18. életévüket betöltött magyar állampolgárok voltak. A vizsgálat mintakeretének nagysága a 18 éves vagy annál idősebb lakosok létszámának felmérése alapján mintegy 62 000 fő.

A felmérésben a célpopulációt reprezentáló 1 000 fős mintán került sor a kérdőív felvételére. Ez a mintanagyság már tartalmazta a válaszmegtagadás következtében fellépő veszteség pótlását is, amelynek várható értékét 20-25%-ban határoztuk meg.

A mintavétel a három megyében telepeken vagy telepszerű körülmények között élő 18 éves, vagy annál idősebb lakosok településenkénti létszám-nyilvántartási adatbázisának felhasználásával történt. A véletlenül kiválasztott településeken, lélekszámtól függően egy- vagy több 10 fős (véletlenszerű, arányos, csoport mintavételezési módszer) – véletlenül kiválasztott 18, vagy annál idősebb mindkét nembeli személyekből álló – csoport kiválasztására került sor. Ez a típusú mintaválasztási módszer lehetővé tette, hogy a különböző települések az ott telepi vagy telepszerű körülmények között élők létszámának megfelelő mértékben legyenek képviselve a mintában, azaz minél nagyobb egy adott településen a telepi körülmények között élők létszáma, annál nagyobb az esélye, hogy a mintában nagyobb elemszámmal szerepel.

A fent említett mintaválasztási módszerrel pontosan meghatározható a településeken kiválasztandó elemszám. A kiválasztott településeken a válaszadó személyek kiválasztása az adott település telepeiről készült térkép segítségével a véletlen séta módszerével történt. Ezzel a módszerrel a kérdőívfelvételt végző kérdezőbiztosok először kiválasztották a telepen található lakóházat, majd a házban lakó összes 18. életévét betöltött személy esetében felvették a kérdőívet. Abban az esetben, ha a 18. életévét betöltött személyek egy része a felkeresés időpontjában nem tartózkodott a házban, a kérdezőbiztos egy későbbi látogatás alkalmával a távollévőktől is megkísérelte felvenni a kérdőívet.

A mintavételi tervben meghatározott eljárás szerint a három megyében a telepszerű körülmények között élő populációval rendelkező települések random besorolását követően megyénként került meghatározásra – a lélekszámtól függően – a kiválasztandó háztartások, valamint a felveendő kérdőívek száma (1. táblázat).

**1. táblázat** *A mintaválasztás adatai a telepszerű körülmények között élők egészségfelmérése során*

<b>Megye</b>	<b>Mintába kerülő háztartások száma</b>	<b>Mintába kerülő személyek száma</b>
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	114	447
Hajdú-Bihar megye	55	216
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	86	337
<b>Összesen</b>	<b>255</b>	<b>1000</b>

Az adott megyében a teletszerű körülmények között élők létszáma és a választandó háztartások száma alapján a véletlen mintaválasztás módszerével meghatározásra került a mintába bekerülő települések köre és a háztartások száma.

### **3.2. A vizsgálat kivitelezése**

A háztartási alapú mintavétel során használt kérdőív (1. melléklet) a Magyarországon 2003 év végén használt OLEF kérdőívvel megegyezik, három kérdés kivételével. Az Egészségügyi Tudományos Tanács döntése alapján a vallásosságra, a hálapénzre és a cervix szűrésre vonatkozó kérdések az általunk használt kérdőíven nem szerepelhettek. A kérdőív két részből áll; az egyik részben a kérdezőbiztos a szóban feltett kérdésekre adott választ megjelölte a kérdőívben. Az érzékenynek tekintett kérdésekre az ún. önkitöltős kérdőívben adtak választ a kérdeztettek. A vizsgálat lehetővé teszi az összehasonlító értékelést az OLEF 2003. kérdőív közel 7000-es mintájának elemzése során kapott adatokkal, azonosíthatóak a magyarországi átlag populáció, ezen belül a legrosszabb szociális helyzetű és a teletszerű körülmények között élők egymáshoz viszonyított eltérései. Az egyértelmű hasonlíthatóságot az biztosítja, hogy mindkét vizsgálatban a kérdőív ugyanazon tartalmú, felvétele azonos időtartamhoz köthető, a feldolgozás statisztikai módszere és a kutatási kérdések megegyeznek. A kérdőívek tesztelését egy telep körülmények között élő 20 fős csoportnál végeztük el.

A kutatás az alábbi főbb témakörökre terjedt ki:

- demográfiai, társadalmi, gazdasági jellemzők
- életminőség, egészségi állapot megítélése
- megbetegedések, kóros állapotok, panaszok
- korlátozottság
- egészségmagatartás, egészségkultúra
- igénybe vett egészségügyi szolgáltatások.

#### **Kutatási kérdések**

- milyen mértékű eltérés figyelhető meg a társadalmi, gazdasági jellemzők mutatóiban?
- mekkora a kor és nem szerinti prevalenciája a vélt egészségi állapot különböző kategóriáinak?
- mekkora a kor és nem szerinti gyakorisága a különböző kóros állapotoknak?
- mekkora a kor és nem szerinti gyakorisága a különböző fokú korlátozottságnak?

- mekkora az egyes korcsoportokban a férfiaknál és a nőknél a következő egészségmagatartási tényezők egyes kategóriáinak gyakorisága?  
speciális étrend, testsúly (fogyás/hízás)  
szenvédélyszer-használat (dohányzás, alkohol)
- milyen a társadalmilag finanszírozott egészségügyi szolgáltatások igénybevételének mértéke?

### **A kérdés lebonyolítása és minőségbiztosítása**

A kérdőívek felvételét roma származású, képzett kérdezőbiztosok végezték 2004 májusától augusztusáig. Az adatfelvételt megelőzően két napos oktatás során elméleti és gyakorlati ismereteket kaptak a kérdőívvel és a felvétellel kapcsolatban. A gyakorlati részben a kérdőívfelvétel lehetséges problémái kerültek megbeszélésre, valamint a problémákat bemutató próbakérdéseket, páros interjúkat és éles próbainterjúkat végeztek.

A vizsgálat előtt minden kérdezőbiztos pontos dokumentációt kapott a mintába kerülő településekről, valamint háztartások számáról. Az adatfelvétel helyszínére érkezve bemutatta a meghatalmazását bizonyító fényképes okmányt. Amennyiben a mintába került háztartásban a felkeresés időpontjában nem tartózkodott senki a lakásban, egy későbbi időpontban újra megkísérelte a kérdőívfelvételt. Az adatfelvételhez való hozzájárulást igazolandó, a kikérdezett személyek beleegyező nyilatkozatot írtak alá (2. melléklet). A kérdezőbiztosok segítettek az önkitöltős kérdőív értelmezésében, ha ezt a mintába kerülő személy igényelte. A kérdezőbiztosok munkáját két instruktork felügyelte, akik az adatfelvétel 10 %-ánál jelen voltak, illetve elvégezték a kérdőívek minőségi felülvizsgálatát.

### **3.3. Adatkezelés és elemzés**

A felvett adatok alapján egy adatrögzítést végző szervezet adatállományt hozott létre, melynek archiválását a DEOEC Népegészségügyi Iskolája biztosítja a kérdőívekkel és beleegyező nyilatkozatokkal együtt.

Az elemzés a STATA statisztikai programcsomaggal történt. Az intervallum becslések során a standard hibákat a mintavételi módszert (rétegzés, csoportos mintaválasztás) figyelembe véve korrigáltuk.

A gazdasági-társadalmi helyzet minősítésére a jövedelem, az iskolai végzettség és a gazdasági aktivitás különböző kategóriáit alkalmaztuk. Az anyagi helyzet legtöbbször használt indikátora a jövedelem. A háztartások bevételeinek mérésére az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organisation – WHO) által ajánlott nettó háztartási összjövedelmét

folytonos változóként alkalmaztuk. Az általános populációban a változót kategorizáltuk, hogy az összjövedelem alsó kvartiliséba tartozók különböző mutatóinak értékei összehasonlíthatóak legyenek a telepszerű körülmények között élők ugyanazon jellemzőivel.

Az iskolai végzettség, mint a társadalmi-gazdasági státusz mérésének egyik fontos eszköze a befejezett osztályok számával, illetve a megszerzett legmagasabb végzettséggel mérhető. Vizsgálatunkban a WHO által ajánlott négy kategóriát tartalmazó skálát használtuk, az elemzés során „8 általános, vagy annál alacsonyabb” iskolai végzettség kategóriát vettük figyelembe.

A gazdasági aktivitás vizsgálata során az aktív dolgozók részarányát hasonlítottuk az általános populációban és a telepszerű körülmények között élők körében. A gazdasági inaktivitás okait külön elemeztük a kérdőívben szereplő, a szociológiai kutatásokban is használt kategóriák szerint.

A lakosság egészségi állapotának jellemzésére egyre inkább elterjedt a funkcionális modell használata. A modell szerint az adott személy egészségét annak alapján lehet megítélni, hogy mennyire tud különböző tevékenységeket végrehajtani, részt venni a társadalom életében. A korlátozottság megítélését az alábbi kérdésre adott válaszok alapján végeztük: „Van-e olyan panasz, sérülése, betegsége, mely akadályozza, illetve korlátozza Önt szokásos tevékenységében, például a munkában, vásárlásban, dolgai intézésében, sportolásban, vagy a másokkal való kapcsolattartásban?” A funkcionalitás csökkenés mértékének bemutatásához a súlyos és közepes korlátozottság kategóriákat használtuk. Súlyos korlátozottságot lehet vélelmezni, ha az ágyból való felkeléshez más segítségét kell igénybevenni; míg közepes korlátozottság esetén az ágyból fel tud kelni, de az önellátáshoz, vagy a társadalmi életben való részvételhez más segítségét kell igénybe venni.

Az egyének véleménye a saját egészségükről az egészségi állapot mérésének igen fontos indikátora. A kulturális tényezők befolyásolják ugyan, hogy az objektív egészségi állapot milyen szubjektív egészségérzetet eredményez, azonban az utóbbi kapcsolata – többek között – a társadalmi helyzettel egyértelműen bizonyított [39, 40, 41]. Az elemzésben a rossz és a nagyon rossz, valamint a jó és a nagyon jó kategóriákat összevontuk.

A vélt egészség becslésére a WHO által javasolt standard 5 fokozatú skála került alkalmazásra. Az elemzésben a „jó” és „nagyon jó”, valamint a „rossz” és „nagyon rossz” kategóriákat összevontuk.

A kérdőívben a „*Véleménye szerint ön mennyit tehet az egészségéért?*” adott válaszoknál összevontuk a „sokat tehet” és „nagyon sokat tehet” válaszokat.

Az önkitöltős kérdőívben a válaszadók által megadott testsúly és testmagasság alapján számoltuk a testtömegindexet (BMI) az alábbiak szerint: a testtömeg (kg) és a testmagasság (m) négyzetének hányadosa;  $BMI = \frac{kg}{m^2}$ . Értékei alapján a következő kategóriákat képeztük:

túlzott soványság: < 18,5  
normál testsúly: 18,5 – 24,99  
túlsúlyos: 25 – 29,99  
elhízott:  $\geq 30$ .

Az alkoholfogyasztási szokásokat az önkitöltős kérdőívben szereplő kérdések alapján minősítettük. Két kérdés az alkoholfogyasztás gyakoriságának megállapítására, három kérdés pedig a fogyasztott mennyiségre irányult. A gyakoriság és a fogyasztott mennyiség alapján az egyes személyek besorolása az alábbi:

nagyivónak minősül az a nő, aki a kérdezést megelőző héten összesen több mint 7, illetve az a férfi aki több mint 14 egységnyi alkoholt fogyasztott. 14 egység alkohol megfelel 6 dl rövid italnak, vagy 5 l sörnek, vagy 2 l bornak. A mértékletes alkoholfogyasztás kategóriába azok kerültek, akik a kérdezést megelőző héten fogyasztottak alkoholt, de nem a nagyivókra jellemző mennyiségben.

Alkoholt ritkán fogyasztónak azok minősülnek, akik az interjúfelvételt megelőző héten nem, de azt megelőzően fogyasztottak alkoholt. Alkoholt nem fogyasztók azok, akik egyáltalán nem isznak alkoholt [30, 31].

Az egészségkárosító szokások közül kiemelkedő szerepet játszik a dohányzás. Népegészségügyi jelentőségét Magyarországon jelzi a napi rendszerességgel dohányzók igen nagy aránya, valamint a dohányzással összefüggő halálozások magas értékei. A dohányzásnál a WHO ajánlásait figyelembe véve a populációs dohányzási minták az alábbiak:

- erősen dohányoznak (naponta több, mint 20 szál cigarettát elszívják)
- rendszeresen dohányoznak (naponta kevesebb, mint 20 szál cigarettát szívnak)
- a dohányzásról leszoktak (korábban dohányoztak, de a kérdés időpontjában nem vallották magukat dohányosnak)
- soha nem dohányoztak [32].

Az egészségügyi ellátás igénybevétele mérésének egyik módszere a lakossági egészségfelmérés. A retrospektív módon nyert információ ugyan magában hordozza a torzítást, mivel a megkérdezettek egy része nem emlékszik, vagy nem pontosan emlékszik a szolgáltatás megtörtént igénybevételére. Ennek ellenére igen fontos ezen adat ismerete, a közfinan-

szírozott egészségügyi ellátás hivatalos jelentési kötelezettsége alapján gyűjtött adatok a gazdasági érdekek miatt torzítottak. Az ellátási szükségletek és igények mérésére a két módszertan együttesen alkalmazható. Adatgyűjtésünk az egészségügyi ellátás igénybevételét illetően a felmérést megelőző évre vonatkozott. Bizonyos beavatkozások / szolgáltatások vonatkozásában az időintervallumot kettő, illetve öt évben határoztuk meg.

A morbiditási viszonyok felmérése a népegészségügyi szempontból kiemelkedő jelentőséggel bíró betegségek gyakoriságának megismerését célozta meg. A kérdőívben a diagnosztizált és a megkérdezett által ismert betegségekre vonatkozó kérdések szerepeltek, függetlenül attól, hogy a megkérdezett személy kezelés alatt állt-e, vagy sem. A kérdőívben nem szerepeltek a daganatos megbetegedésre vonatkozó kérdések, mivel a betegek többsége nem rendelkezik információval arról, hogy ilyen betegségben szenved.

A változók prevalencia becslését a teletszerű körülmények között élőkre és az általános populációra végeztük el. A társadalmi-gazdasági jellemzőket külön vizsgáltuk az OLEF-en belül az alsó jövedelmi kvartilisbe tartozó csoport vonatkozásában. A különböző változók gyakoriságának populációs becsléseit (95 %-os megbízhatósági tartománnyal) használtuk az összehasonlító elemzések során. Az elemzést nem és az alábbi korcsoport szerint végeztük; 18-29, 30-44, 45-64 évesek. A 65 éves és annál idősebbek a települési körülmények között élők alacsony létszáma miatt (33 fő) nem kerültek be az elemzésbe.

## 4. Eredmények

Az OLEF keretében 2003-ban a tervezett 7000 kérdőívfelvételtől 5072 valósult meg. A mintába bekerültek 15 %-a nem volt elérhető a felmérés időtartama alatt, 8 %-a megtagadta a vizsgálatban történő részvételt, 4 % esetében egyéb ok miatt nem valósult meg a kérdőív felvétele. Az összehasonlító elemzésbe a 65 évesnél fiatalabb, összesen 4121 fő adatai kerültek be.

A telepszerű körülmények között élők körében 969 kérdőív felvétele valósult meg a tervezett 1000-ból, mely 96,9 %-os válaszadási arányt jelentett. 12 fő megtagadta a válaszadást, 19 főnél a kérdőív felvétel megszakadt. Az elemzésnél 936 – 65 évnél fiatalabb – válaszadó adatait használtuk.

A társadalmi-gazdasági helyzet jellemzésére az iskolai végzettség, a gazdasági aktivitás, az átlagos havi ekvivalens jövedelem és a lakáskörülmények mutatóit használtuk (2. táblázat). A csak alapfokú végzettséggel rendelkezők aránya a telepszerű körülmények között élők körében lényegesen magasabb, az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élőkhez viszonyítva közel kétszeres, az általános populációhoz viszonyítva több mint háromszoros a különbség.

Az alacsony iskola végzettség magas aránya különösen az idősebb korcsoportban szembe-tűnő, megközelíti a 90 %-ot, szemben a másik két populáció 50 és 29 %-os értékével. A telepszerű körülmények között élő 18-29 évesek közül csak mindössze 27 % rendelkezik magasabb iskolai végzettséggel.

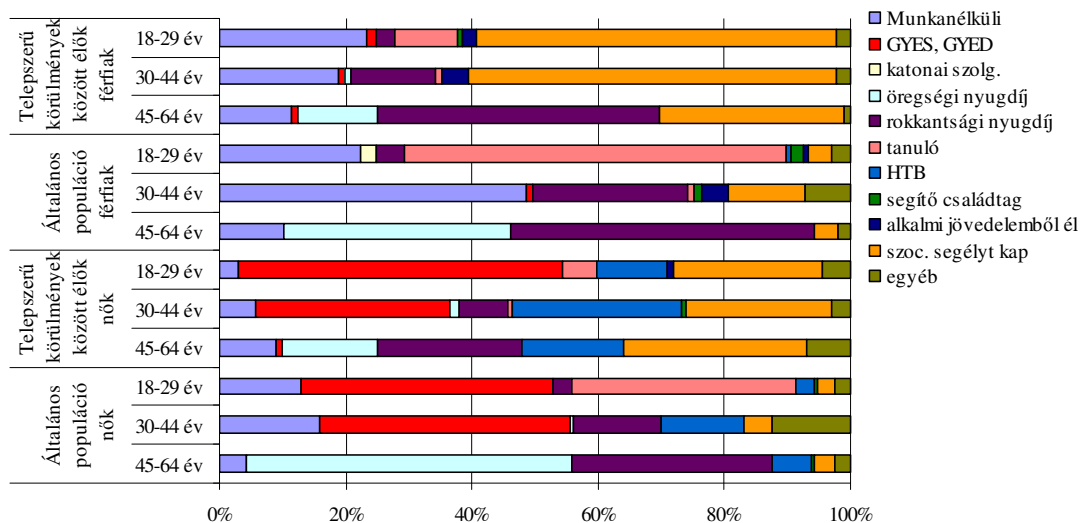
Az alacsony iskolázottság jelentősen rontja a munkaerőpiaci lehetőségeket, melyet az aktív dolgozók igen alacsony aránya is jelez a telepeken élők esetében, a legkedvezőbb helyzetű 30-44 évesek körében is csak minden ötödik aktív dolgozó. A vizsgált másik két csoportban ez az arány kétszer, illetve négyszer magasabb. A telepen élők körében az átlagos havi ekvivalens jövedelem (euró) mértéke az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élőkével gyakorlatilag megegyezik, és kétszer alacsonyabb az általános populációhoz viszonyítva. Az inaktivitást vizsgálva szembe-tűnő férfiak körében a munkanélküliek viszonylag alacsony, míg a rokkantsági nyugdíjasok és a szociális segélyben részesülők magas aránya az általános populációhoz viszonyítva. A telepszerű körülmények között élő nők esetében a GYES-en (gyermekgondozási segély), GYED-en (gyermekgondozási díj) lévők, a háztartásbeliek és a szociális segélyezettek magas aránya figyelhető meg (5. ábra).



**2. táblázat** A telepszerű körülmények között élők és az általános populáció gazdasági-társadalmi helyzete

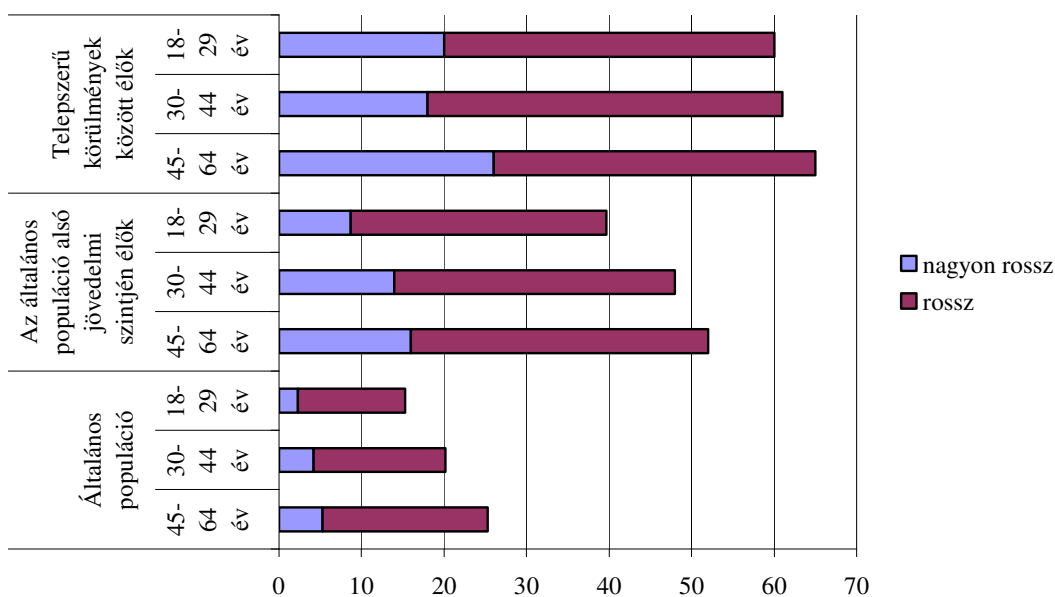
	Telepszerű körülmények között élők			Az általános populáció alsó jövedelmi kvartiliséba tartozók			Általános populáció		
	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év
<b>csak alafokú végzettség (%)</b>	73 (68, 77)	80 (75, 84)	87 (82, 91)	43 (36, 50)	44 (38, 50)	50 (45, 56)	16 (14, 19)	17 (15, 20)	29 (26, 32)
<b>aktív dolgozó (%)</b>	17 (14, 21)	22 (18, 27)	11 (7, 16)	18 (12, 27)	40 (32, 39)	24 (19, 30)	62 (59, 65)	79 (76, 81)	53 (51, 56)
<b>átlagos havi ekvivalens jövedelem (euro)</b>	170(160,180)	160(153,169)	159(150,168)	143(138,148)	146(142,151)	150(146,154)	332 (316, 348)	307 (293, 321)	300(290, 309)
<b>egy szobás lakásban él (%)</b>	11 (8, 14)	12 (9, 16)	15 (10, 20)	17 (13, 23)	15 (11, 21)	15 (12, 19)	8,7 (7,0; 11)	7,5 (5,9; 9,5)	6,4 (5,3; 7,9)

**5. ábra** A gazdasági inaktivitás okainak megoszlása a teleszerű körülmények között élők és az általános populáció körében



Ennek megfelelően a gazdasági helyzet minősítése is eltérő a három vizsgált csoportban, melyet a teleszerű körülmények között élők közel 40 %-a nagyon rossznak ítélt meg (6. ábra). Ugyanakkor az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők 30 %-a, míg az általános populáció 20 %-a minősítette nagyon rossznak az anyagi helyzetét.

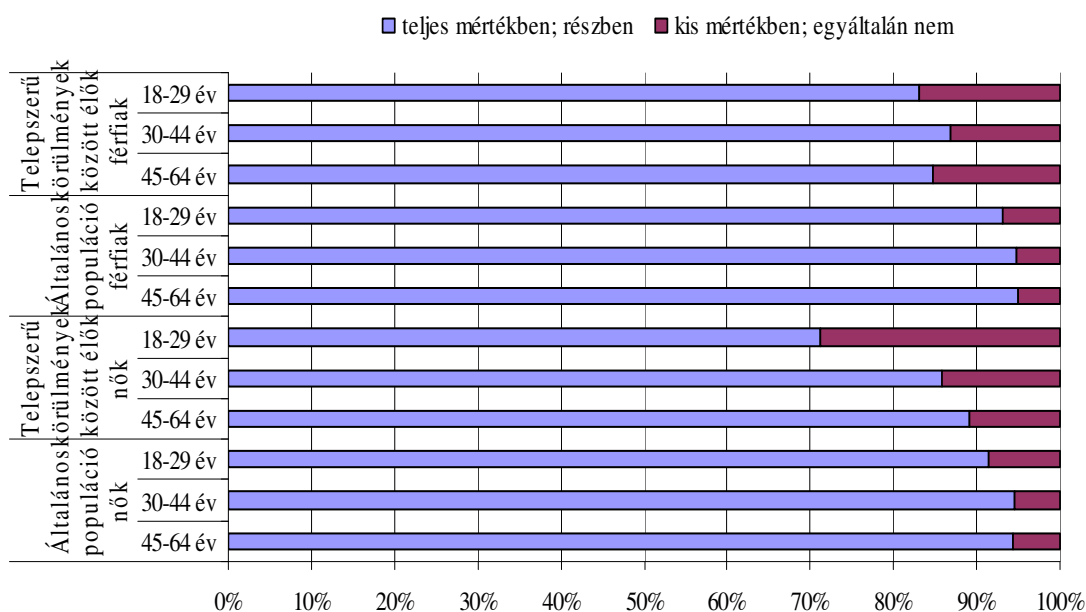
**6. ábra** A gazdasági helyzet minősítése a teleszerű körülmények között élők és az általános populáció körében



Feltehetően az alacsony jövedelem és a magas fokú gazdasági inaktivitás következménye, hogy a telepeken élők lakáskörülményei is rosszabbak, az egy szobás lakásban élők aránya meghaladja az általános populáció hasonló mutatóit.

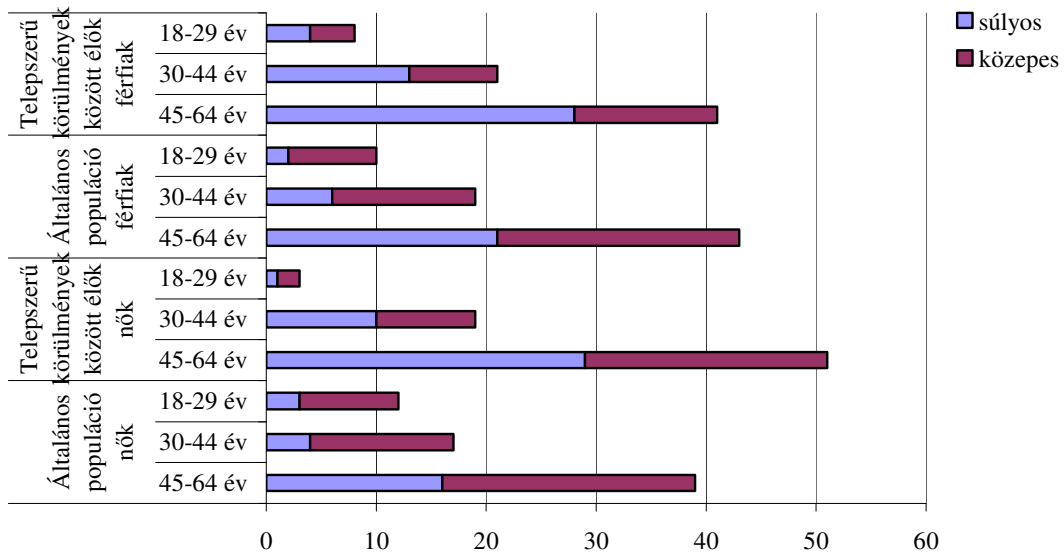
A lakáskörülményekkel, a lakóhellyel való elégedettség megítélése természetesen függ az egyén igényének szintjétől, de alapvetően az objektív körülmények a meghatározóak. A telepeken élők jelentős része elégedetlen azzal a környékkel ahol él, az elégedetlenség mértéke kifejezettebb a fiatalabbak és a nők körében (7. ábra).

**7. ábra** A lakóhellyel való elégedettség mértéke a telepszerű körülmények között élők és az általános populáció körében



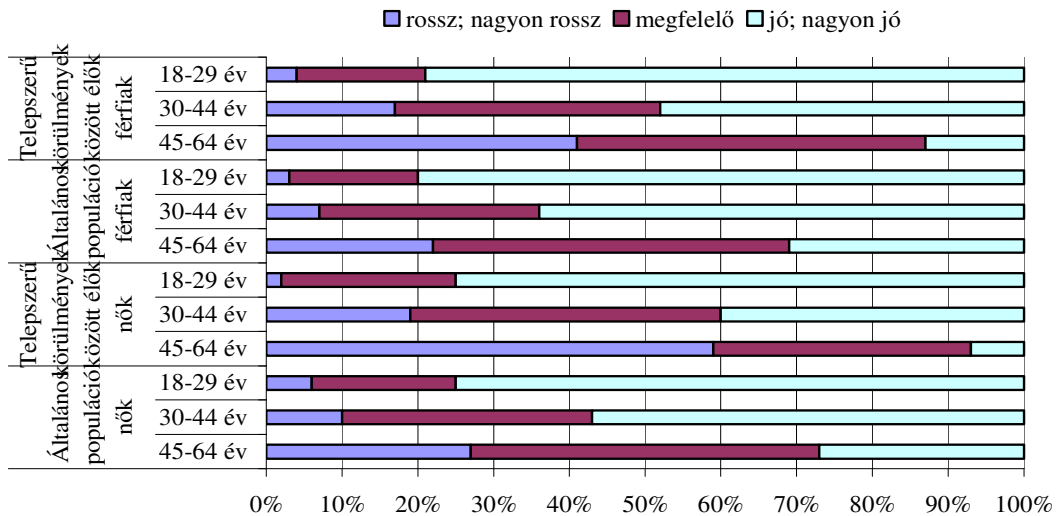
A férfiak körében a súlyos és a közepes korlátozottság összevont mértéke a két vizsgált populáció esetén hasonlóan alakul, míg nők körében a telepi körülmények között élőknel a két korlátozottsági fok mértéke – a 18-29 éves korcsoportot kivéve – lényegesen magasabb (a 45-64 éves férfiak 42 %, nők 52 %). A súlyos korlátozottság gyakorisága a telepszerű körülmények között élőknel kifejezettebb mindkét nem esetében. A 45-65 évesek körében minden harmadik embernek segítséget kell igénybe venni az ágyból való felkeléshez (8. ábra).

**8. ábra** A funkcionalitás csökkenés gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként



A 18-29 éves férfiak és nők körében nincs jelentős különbség a két populációban az egészségi állapot szubjektív megítélésében (9. ábra).

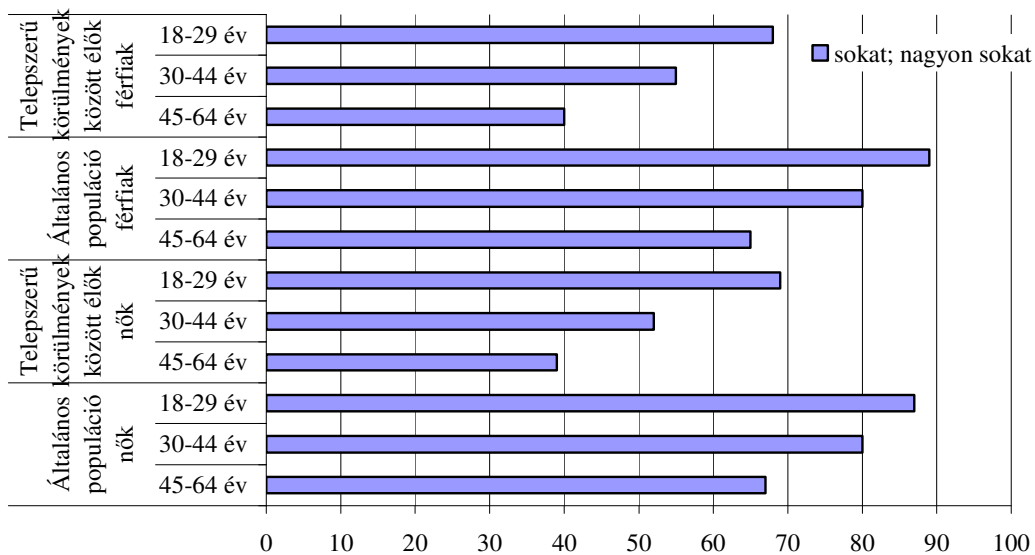
**9. ábra** A vélt egészség kor és nem szerinti megoszlása



A 30-44, és különösen a 45-64 éves korcsoportokban mindkét nem esetében megfigyelhető a rossz, nagyon rossz minősítés magas értékei (45-64 év férfiak 42 %, nők 58 %) a telepszerű körülmények között élőknel. Az általános populáció hasonló nemű és korú lakossága

körében a fenti értékek kétszer kisebbek. A telepen élők közül a 45-64 éves férfiaknál csak minden 7., nőknél minden 14. megkérdezett minősíti egészségi állapotát jónak, illetve nagyon jónak. A két nem egészségi állapot minősítésének eltérései igen kifejezettek e populációban, a nők körében a szubjektív megítélés sokkal rosszabb egészségi állapotot mutat.

**10. ábra** A „Mennyit tehet az egészségéért?” kérdésre adott válaszok gyakorisága korcsoportonként, nemenként



Az általános populációban mindkét nem valamennyi korcsoportban lényegesen nagyobb mértékben gondolta, hogy „nagyon sokat”, vagy „sokat tehet” egészségéért; a 18-29 évesek közel 90 %-a vélekedett így. A telepen élők körében e válasz gyakorisága lényegesen alacsonyabb, a kor előrehaladtával csökken, a 45-64 éves férfiak és nők közül mindössze 40 % gondolja úgy, hogy sokat tehet egészségéért (10. ábra).

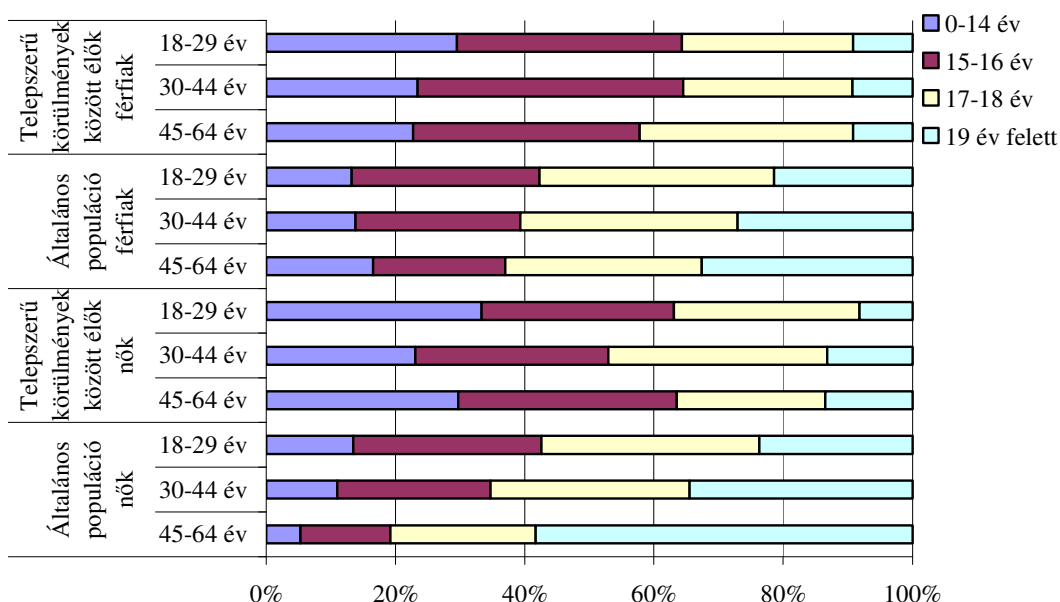
3. táblázat A dohányzás gyakorisága a telepszerű körülmények között élők és az általános populációban

		Telepszerű körülmények között élők			Az általános populáció alsó jövedelmi kvartiliséba tartozók			Általános populáció		
		18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év
26	<b>Férfiak</b>									
	<b>soha</b>	31 (25, 38)	20 (15, 28)	13 (7,6; 20)	17 (10, 27)	27 (21, 36)	22 (17, 29)	41 (37, 44)	38 (34, 42)	29 (26, 32)
	<b>régebben</b>	5,1 (2,7; 9,2)	5,6 (2,8; 11)	17 (11, 25)	5,8 (2,2; 14)	11 (7,0; 18)	28 (21, 35)	8,2 (6,2; 11)	17 (14, 20)	32 (28, 35)
	<b>max. napi 20 darab több mint napi 20 darab</b>	14 (9,6; 19)*	13 (8,1; 19)	17 (11, 25)	36 (25, 48)*	14 (8,6; 21)	19 (14, 26)	28 (25, 32)	15 (12, 19)	15 (13, 18)
		50 (43, 57)	62 (53, 69)	53 (44, 62)*	42 (31, 53)	48 (39, 57)	32 (25, 39)*	23 (20, 27)	30 (26, 36)	24 (22, 28)
	<b>Nők</b>									
	<b>soha</b>	40 (34, 47)	22 (17, 29)	32 (24, 41)*	43 (34, 52)	36 (28, 45)	55 (48, 61)*	53 (49, 57)	47 (42, 51)	56 (53, 59)
	<b>régebben</b>	9,2 (5,9; 14)	12 (7,6; 18)	13 (7,6; 20)	6,6 (3,3; 13)	8,1 (4,7; 14)	13 (9,1; 19)	12 (9,2; 15)	12 (9,4; 14)	16 (14, 19)
	<b>max. napi 20 darab több mint napi 20 darab</b>	26 (20, 32)	17 (12, 23)	12 (6,9; 19)	26 (19, 34)	31 (24, 40)	19 (14, 24)	24 (21, 27)	24 (21, 28)	19 (17, 22)
		25 (20, 32)	49 (42, 57)*	44 (35, 54)*	25 (18, 32)*	25 (18, 32)	14 (9,7; 19)*	12 (9,5; 15)	18 (15, 21)	8,5 (7,0; 10)

\*A telepszerű körülmények között élők és az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők becslött értékei (95 %-os CI) között nincs átfedés

A vizsgálat alapján megállapítható, hogy már a 18-29 évesek körében – kivéve az általános populációt – a rendszeres dohányosok aránya több, mint 50 %. A legmagasabb dohányzási gyakoriság mindkét nemben a 30-44 éveseknél figyelhető meg. E korcsoportban minden második telepen élő naponta több, mint 20 darab cigarettát szívott el. E populációban a rendszeres dohányzókhoz tartozik a 30-44 éves nők 66 %, a férfiak 75 % (3. táblázat). Az általános populációhoz viszonyítva összességében a telepszerű körülmények között élők körében mindkét nem esetében alacsonyabb a soha nem dohányzók aránya. A dohányzás kezdetére jellemző a fiatalabb életkor valamennyi vizsgált korcsoportban a telepen élők körében (11. ábra).

**11. ábra** A rendszeres dohányzás kezdetére jellemző életkor korcsoportonként, nemenként (%)



A telepen élő 18-34 éves korcsoportban 15,9 év (95 % CI 15,7-16,2), a 35-44 éves korcsoportban 16,2 év (95 % CI 15,8-16,5), a 45-64 éves korcsoportban 16,6 év (95 % CI 14,3-19,0) volt a dohányzás kezdetére jellemző átlagéletkor. Ugyanezen értékek az általános populációban a következők voltak: 17,3 év (95 % CI 17,1-17,5), 19,0 év (95 % CI 18,7-19,3), és 21,0 év (95 % CI 20,2-21,9).

Az alkoholfogyasztási szokásokra vonatkozó kérdések az önkitöltős kérdőívekben kerültek felvételre, mely kérdések a fogyasztás gyakoriságára és az elmúlt 7 napban fogyasztott mennyiségre irányultak. A telepen élő nők körében igen magas az absztinensek gyakorisága, alacsony a mérsékelt és a nagyivók gyakorisága, szemben az általános populáció és az

általános populáció alsó jövedelmi kvartiliséba tartozók értékeivel (4. táblázat). A telepen élő férfiak esetében a 18-29 éves korcsoportban valamivel magasabb a nagyivók gyakorisága, a többi korcsoportban viszont alacsonyabb. Az absztinensek aránya – a nőkhöz hasonlóan – a telepen élők esetében magasabb.

A táplálkozási szokások vizsgálata két alapvetően fontos kérdést érintett: a növényi olaj használatát és a friss zöldség/gyümölcs fogyasztásának gyakoriságát. Megállapítható, hogy a növényi olaj használata a telepen élők  $\frac{1}{4}$ -nél, az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők  $\frac{1}{2}$ -nél, míg az általános populáció közel  $\frac{2}{3}$ -nál figyelhető meg (5. táblázat). A felmérést megelőző 1 hónapban a naponta zöldséget/gyümölcsöt fogyasztók aránya az általános populációban 50 % feletti, míg a telepen élők körében ez 30 % körüli. A telepi nők 20 %-a, a férfiak 29 %-a ritkábban, mint hetente fogyasztott gyümölcsöt, vagy zöldséget, szemben az általános populáció hasonló mutatóival, ami nőknél közel 5 %, férfiaknál 8 %.

A testtömeg-indexet vizsgálva mindhárom populációban ugyanazon tendenciák érvényesülése mellett jelentős eltérések a gyakoriság vonatkozásában nem voltak észlelhetők (6. táblázat). A nőknél a kor előrehaladtával emelkedett a túlsúlyosság vagy elhízás gyakorisága. A fiatal férfiak körében a túlsúlyos, vagy elhízottak aránya magasabb, mint az ugyanezen korosztályba tartozó nőknél. A túlzott soványság a fiatal nőknél lényegesen gyakoribb, mint a fiatal férfiaknál.

4. táblázat Az alkoholfogyasztás gyakorisága a telepszerű körülmények között élők és az általános populációban

	Telepszerű körülmények között élők			Az általános populáció alsó jövedelmi kvartiliséba tartozók			Általános populáció		
	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év
<b>Férfiak</b>									
<b>absztinens</b>	44 (37, 51)	45 (37, 53)	59 (50, 68)*	40 (29, 52)	29 (21, 38)	30 (23, 37)*	30 (26, 33)	25 (21, 29)	23 (20, 27)
<b>alkalomszerűen</b>	16 (11, 22)*	14 (9,3; 21)	12 (7,1; 20)	33 (24, 45)*	27 (19, 35)	19 (13, 26)	36 (32, 40)	26 (22, 30)	17 (14, 20)
<b>mérsékelten</b>	24 (19, 31)	26 (19, 33)	16 (10, 24)	15 (8,3; 26)	22 (15, 31)	30 (24, 37)	23 (20, 26)	31 (27, 35)	39 (35, 42)
<b>nagyivó</b>	16 (12, 22)	16 (11, 23)	13 (7,8; 21)	12 (6,1; 22)	23 (16, 31)	22 (17, 29)	12 (9,2; 15)	18 (15, 22)	21 (18, 25)
<b>Nők</b>									
<b>absztinens</b>	83 (77, 88)	82 (76, 88)*	91 (84, 95)*	81 (73, 88)	66 (58, 74)*	71 (65, 77)*	57 (53, 61)	55 (51, 59)	61 (57, 65)
<b>alkalomszerűen</b>	14 (10, 20)	13 (8,3; 19)*	7,3 (3,7; 14)	17 (11, 26)	28 (21, 36)*	19 (14, 25)	36 (32, 40)	35 (31, 39)	26 (23, 29)
<b>mérsékelten</b>	1,5 (0,5; 4,5)	3,1 (1,3; 7,3)	0,9 (0,1; 6,2)	1,6 (0,4; 6,0)	4,3 (2,0; 9,2)	6,4 (3,8; 11)	4,4 (2,8; 6,6)	7,5 (5,6; 10)	11 (8,8; 13)
<b>nagyivó</b>	1,0 (0,2; 3,9)	1,9 (0,6; 5,7)	0,9 (0,1; 6,2)	0,0	1,4 (0,4; 5,4)	3,3 (1,6; 6,9)	2,7 (1,6; 4,5)	2,2 (1,3; 3,8)	2,4 (1,6; 3,6)

\*A telepszerű körülmények között élők és az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők becslült értékei (95 %-os CI) között nincs átfedés

5. táblázat A telepszerű körülmények között élők és az általános populáció táplálkozási szokásai

	Telepszerű körülmények között élők			Az általános populáció alsó jövedelmi kvartiliséba tartozók			Általános populáció		
	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év
<b>Férfiak</b>									
növényi olaj használata naponta zöldség / gyümölcs	21 (16, 27)*	28 (21, 36)	22 (16, 31)*	50 (38, 62)*	41 (33, 50)	37 (30, 44)*	61 (56, 66)	62 (58, 66)	59 (56, 61)
hetente zöldség / gyümölcs	28 (22, 35)	31 (24, 39)	37 (28, 46)	40 (29, 53)	44 (36, 53)	53 (45, 61)	42 (38, 46)	49 (45, 54)	60 (56, 63)
zöldség / gyümölcs ritkábban, mint hetente	44 (38, 51)	45 (37, 53)	31 (23, 40)	49 (37, 61)	41 (33, 50)	31 (25, 39)	50 (46, 54)	42 (38, 46)	34 (30, 37)
	27 (22, 34)*	24 (18, 32)	32 (24, 41)*	10 (5,3; 20)*	15 (9,3; 22)	16 (11, 22)*	8,2 (6,2; 11)	8,7 (6,3; 12)	6,6 (5,1; 8,7)
<b>Nők</b>									
növényi olaj használata naponta zöldség / gyümölcs	26 (21, 33)*	30 (23, 37)*	28 (21, 37)*	54 (44, 63)*	48 (39, 56)*	48 (41, 54)*	70 (66, 73)	63 (59, 67)	61 (57, 64)
hetente zöldség / gyümölcs	32 (26, 39)	36 (29, 44)*	36 (27, 45)*	45 (37, 53)	55 (46, 63)*	69 (62, 75)*	55 (50, 59)	66 (63, 70)	77 (74, 79)
zöldség / gyümölcs ritkábban, mint hetente	49 (43, 56)	42 (38, 53)	42 (33, 51)*	43 (35, 52)	37 (29, 45)	21 (16, 27)*	40 (36, 44)	29 (26, 33)	18 (16, 21)
	18 (14, 24)	19 (13, 25)	23 (16, 32)*	13 (7,6; 20)	8,8 (5,3; 15)	11 (7,1; 15)*	5,0 (3,4; 7,3)	4,6 (3,2; 6,5)	5,0 (3,8; 6,6)

\*A telepszerű körülmények között élők és az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők becsült értékei (95 %-os CI) között nincs átfedés

6. táblázat A testtömeg indexkategóriáinak megoszlása a telepszerű körülmények között élők és az általános populációban

		Telepszerű körülmények között élők			Az általános populáció alsó jövedelmi kvartiliséba tartozók			Általános populáció		
		18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év
<b>31</b>	<b>Férfiak</b>									
	<b>sovány</b>	0,5 (0,1; 3,7)	2,9 (1,1; 7,6)	1,0 (0,1; 6,5)	0,0	0,7 (0,1; 4,9)	1,7 (0,8; 3,5)	1,9 (1,0; 3,6)	0,4 (0,1; 1,4)	1,3 (0,8; 2,4)
	<b>normál</b>	58 (51, 65)	39 (31, 47)	41 (32, 51)	60 (49, 71)	40 (33, 49)	48 (43, 53)	62 (58, 66)	38 (34, 42)	31 (28, 35)
	<b>túlsúlyos</b>	37 (30, 44)	40 (32, 48)	36 (28, 46)	28 (18, 39)	39 (31, 47)	34 (29, 39)	26 (23, 30)	43 (39, 48)	44 (40, 48)
	<b>kövér</b>	4,8 (2,5; 9,0)	18 (13, 26)	22 (15, 31)	12 (5,8; 24)	21 (14, 29)	17 (13, 21)	9,8 (7,5; 13)	19 (15, 23)	24 (21, 27)
	<b>Nők</b>									
	<b>sovány</b>	10 (6,7; 15)	8,3 (4,8; 14)	3,9 (1,5; 9,9)	12 (7,2; 20)	4,5 (2,0; 10)	2,9 (1,3; 6,2)	13 (10, 16)	4,0 (2,7; 5,9)	2,5 (1,7; 3,7)
	<b>normál</b>	71 (65, 77)	52 (44, 60)	41 (32, 51)	64 (55, 72)	49 (41, 57)	33 (27, 39)	68 (64, 71)	57 (53, 61)	35 (32, 38)
	<b>túlsúlyos</b>	14 (10, 20)	28 (22, 36)	34 (26, 44)	16 (11, 24)	25 (18, 33)	37 (31, 44)	14 (12, 17)	25 (22, 29)	38 (35, 41)
	<b>kövér</b>	4,1 (2,1; 8,0)	11 (6,9; 17)*	21 (15, 30)	7,5 (4,0; 14)	21 (15, 29)	27 (22, 34)	5,4 (3,7; 7,7)	14 (12, 17)	25 (22, 28)

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének gyakorisága jelentős mértékben különbözik az általános populáció és a telepszerű körülmények között élők körében (7. táblázat). Ezen belül a nemek között is megfigyelhetők az eltérések, amelyek mindkét vizsgált populációban hasonló jellegűek. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételi gyakorisága az életkor előrehaladtával növekszik mindkét populációban, azonban a férfiak körében az igénybevétel lényegesen alacsonyabb, a különbség a fiatalabb korcsoportoknál kifejezettebb. Az általános populációnál mindkét nemnél magasabb prevalencia értékek figyelhetők meg a telepszerű körülmények között élőkhez viszonyítva, különösen a férfiak körében és a fiatalabb korcsoportokban. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételén belül a telepszerű körülmények között élők körében a háziorvosi szolgálat a meghatározó. A szociálisan hátrányos helyzetű csoportra is jellemző, hogy egészségügyi problémáinak megoldására leggyakrabban a háziorvosi szolgálatot veszi igénybe. A szakorvosi és a rendelőintézeti ellátás igénybevétele körükben lényegesen alacsonyabb értéket mutat.

A fogorvosi szolgáltatás igénybevétele az általános populáció körében igen alacsony, legjobb esetben is csak minden második ember élt ezzel a lehetőséggel 1 éven belül. Az életkor előrehaladtával az általános populációban mindkét nemre jellemző, hogy egyre kevesebben keresik fel a fogorvost, a férfiaknál az igénybevétel gyakorisága (30-42 %) kifejezettebben alacsonyabb a nőkhöz (39-61 %) viszonyítva. A telepszerű körülmények között élők esetében a fogorvosi ellátás igénybevétele az életkor előrehaladtával jelentősen csökken. A telepszerű körülmények között élő 45-64 éves férfiak közül 1 éven belül csak minden ötödik ember járt fogorvosnál. Mindkét nem esetében a szolgáltatás igénybevételi gyakorisága lényegesen alacsonyabb az általános populációhoz viszonyítva.

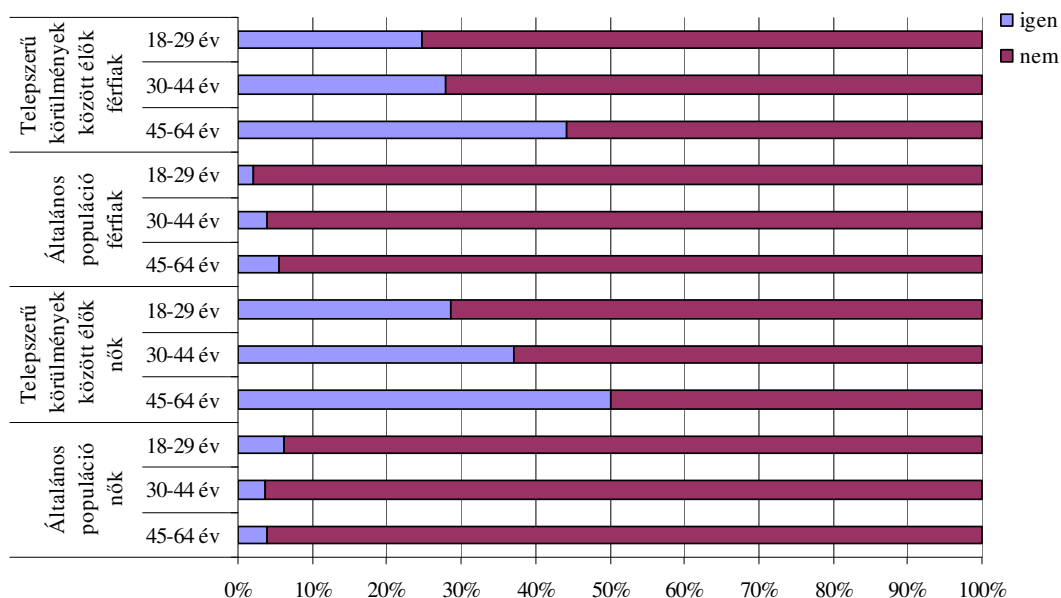
A nők körében a nőgyógyászati vizsgálaton történő részvétel gyakorisága a telepi 45-64 éves korcsoport kivételével közel azonos. Jelentős különbség figyelhető meg a vizsgálatot megelőző 2 évben a mammográfiás vizsgálaton résztvevők prevalencia értékeiben, különösen a népegészségügyi program lakossági szűrővizsgálata célcsoportjában, a 45-64 évesek körében. A telepszerű körülmények között élők közül ebből a korcsoportból csak minden negyedik nő vett részt az elmúlt 2 évben a szűrővizsgálaton, amely igen alacsony az általános populációhoz viszonyítva, ahol a részvételi arány 70 %-os volt.

7. táblázat A teleszerű körülmények között élők és az általános populáció által igénybevett egészségügyi szolgáltatások az elmúlt 12 hónapban

	Teleszerű körülmények között élők			Általános populáció		
	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év
<b>Férfiak</b>						
Bármilyen egészségügyi szolgáltatás	42% (35, 49)*	48% (40, 56)*	67% (57, 75)	60% (56, 64)*	61% (57, 65)*	72% (68, 75)
Találkozás a háziorvossal	48% (41, 55)*	51% (43, 59)*	74% (65, 81)	67% (63, 71)*	68% (64, 71)*	73% (71, 75)
Találkozás szakorvossal	22% (16, 28)*	23% (17, 31)	42% (34, 52)	38% (33, 42)*	35% (31, 38)	51% (47, 54)
Fogorvosi szolgáltatás	38% (31, 45)	26% (20, 34)*	21% (14, 29)	42% (37, 46)	40% (36, 44)*	30% (27, 34)
Rendelőintézeti ellátás*	3,1% (1,4; 6,8)	9,8% (5,9; 16)	23% (16, 31)	5,9% (4,1; 8,4)	7,7% (5,8; 10)	17% (15, 20)
<b>Nők</b>						
Bármilyen egészségügyi szolgáltatás	65% (58, 71)	62% (55, 70)	78% (69, 85)	74% (70, 77)	73% (69, 76)	80% (78, 83)
Találkozás a háziorvossal	70% (64, 76)	71% (63, 77)	86% (78, 91)	62% (59, 65)	62% (59, 65)	77% (75, 79)
Találkozás szakorvossal	51% (44, 58)*	42% (35, 50)*	58% (49, 67)	68% (64, 72)*	68% (64, 71)*	69% (66, 72)
Fogorvosi szolgáltatás	44% (38, 51)*	33% (26, 41)*	32% (24, 41)	61% (57, 65)*	50% (46, 54)*	39% (36, 43)
Rendelőintézeti ellátás*	11% (7,6; 16)	14% (9,2; 20)	17% (11, 25)	16% (14, 20)	13% (11, 16)	18% (15, 20)
Nőgyógyászati vizsgálat az elmúlt 5 évben	90% (85, 93)	82% (75, 87)*	62% (53, 71)*	90% (87, 92)	92% (89, 94)*	86% (84, 87)*
Mammográfiai vizsgálat az elmúlt 5 évben	8,0% (5,0; 13)	15% (10, 21)	25% (18, 34)	8,5% (6,3; 11)	24% (20, 27)	70% (67, 74)

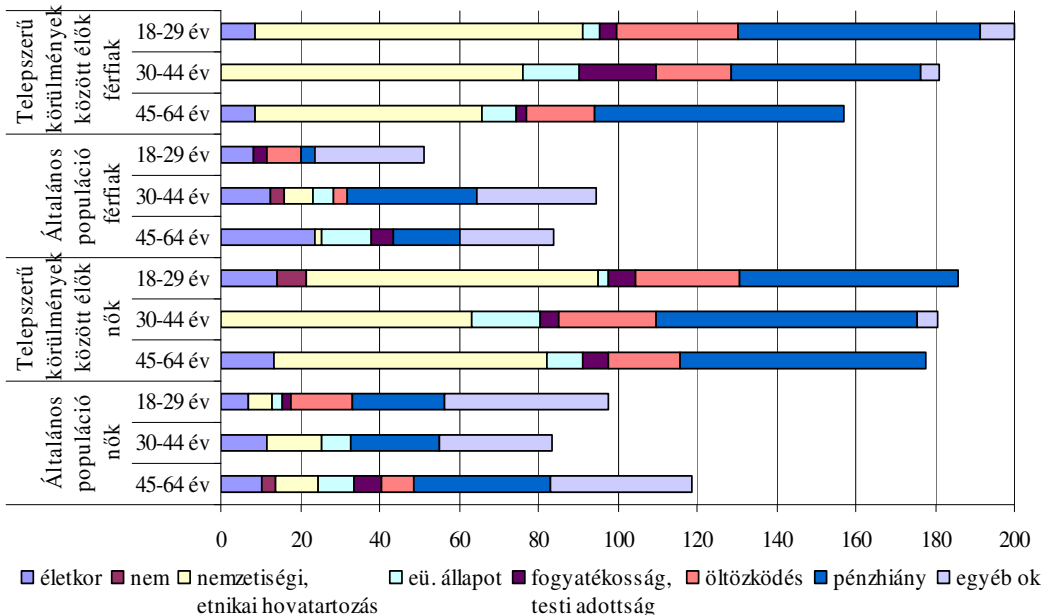
A kérdőívben szerepelt egy kérdés, mely az egészségügyi ellátás során – a szubjektív megítélésre alapozva – a tapasztalt diszkriminációra vonatkozott.

**12. ábra** Az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során tapasztalt diszkrimináció gyakorisága az általános populáció és a telepszerű körülmények között élők körében



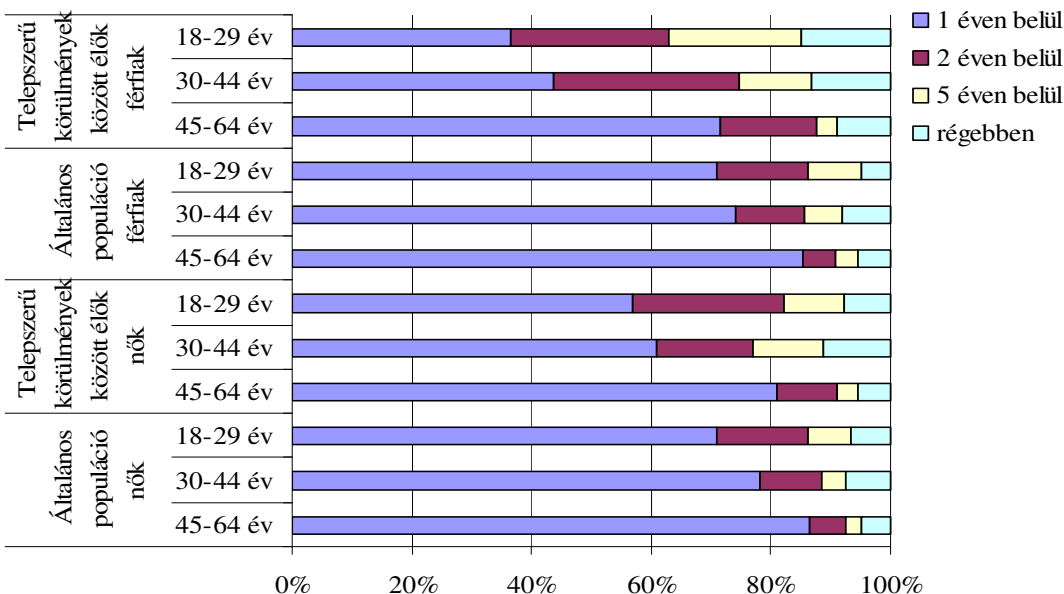
Az egészségügyi ellátás során diszkriminációt vélelmezett a telepszerű körülmények között élők körében a 18-29 éves korcsoport 25-29 %-a, a 30-44 éves korcsoport 28-37 %-a, a 45-64 éves korcsoport 44-50 %-a (12. ábra). Ezen prevalencia értékek 2-6 % között alakultak az általános populáció különböző korcsoportjaiban mindkét nem esetén. A diszkrimináció okait vizsgálva a két populáció között jelentős eltérések mutatkoznak (13. ábra). Az általános populációban diszkrimináció háttérében vélt okként az életkor, a pénzhiány és az egyéb ok közel azonos súllyal szerepel, míg a telepszerű körülmények között élők esetében a válaszok alapján a sorrend az etnikai hovatartozás, a pénzhiány és az öltözködés miatti megkülönböztetés. Kiemelendő, hogy az etnikai diszkriminációt a válaszadók közel 2/3-a jelezte. A pénzhiányt, mint hátrányos megkülönböztetés okát az egészségügyi ellátás igénybevétele során a telepiek valamivel alacsonyabb értékben jelölték.

**13. ábra** Az egészségügyi ellátás igénybevétele során tapasztalt diszkrimináció okai az általános populáció és a telepszerű körülmények között élők körében



Az egészségügyi ellátás során, a 18-44 éves telepi férfiak 45 %-nak, míg a nők 60 %-nak mérték a vérnyomását a megkérdezést megelőző 1 éven belül (14. ábra).

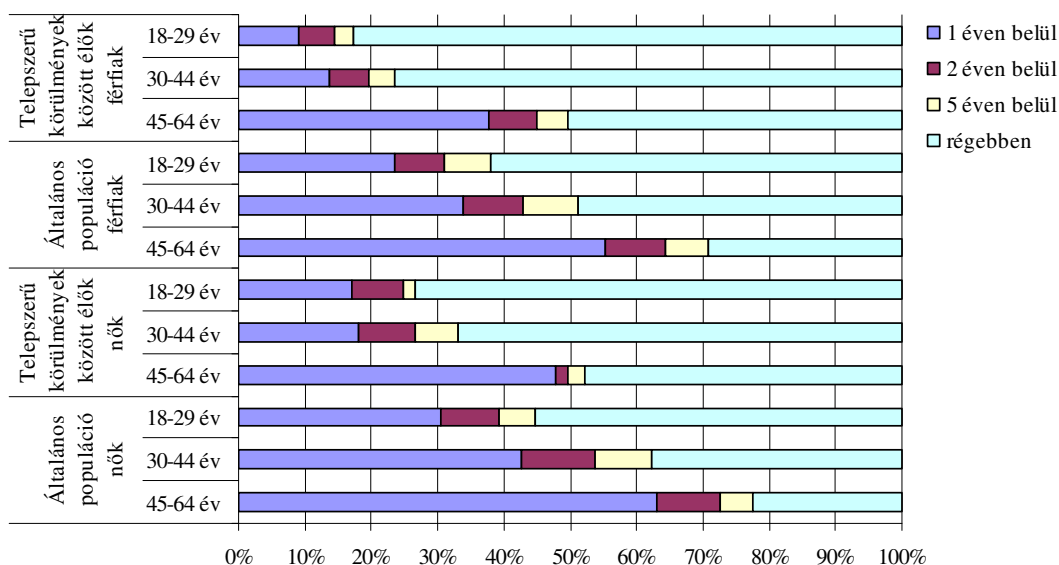
**14. ábra** A megkérdezést megelőzően az utolsó vérnyomásmérés óta eltelt idő %-os arányban



Az általános populáció ugyanazon korcsoportjánál ezen értékek férfiaknál 70 %, nőknél több mint 70 % volt. A 45-64 évesek körében a két populációban jelentős eltérés nem tapasztalható. Az 5 évnél régebben történt vérnyomásmérés gyakorisága mindkét populációnál, valamennyi korcsoportban férfiaknál és nőknél 5-10 % között van.

Az ellátás során a koleszterinszint mérése a telepszerű körülmények között élők 50-85 %-ánál a megkérdezést megelőzően több, mint 5 éve történt (15. ábra). Ugyanezen értékek az általános populációnál lényegesen alacsonyabbak (34-62 %), ugyanakkor az egy éven belüli koleszterinszintmérés gyakorisága lényegesen magasabb a telepi körülmények között élőkhez viszonyítva.

**15. ábra** A megkérdezést megelőzően az utolsó koleszterinszintmérés óta eltelt idő %-os megoszlásában



A legjelentősebb népbetegségek közül a szívinfartus (8. táblázat), az agyvérzés (9. táblázat), valamint a májbetegség (10. táblázat) gyakoriságát vizsgálva megállapítható, hogy a telepi körülmények között élők körében mindhárom betegség vonatkozásában magasabb prevalencia értékek figyelhetők meg.

A telepi körülmények között élő 45-64 éves férfiaknál a szívinfartus előfordulási gyakorisága közel 15 %.

Az agyvérzés előfordulási gyakorisága mindkét nem esetében magasabb az általános populáció körében (45-64 éves férfi: 4,4 %; nő: 2,4 %).

**8. táblázat** A szívinfarktus előfordulási gyakorisága a telep körülmények között élők és az általános populáció körében

	Telepszerű körülmények között élők						Általános populáció					
	Férfi			Nő			Férfi			Nő		
	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év
<b>Nem volt</b>	100	97 (92, 99)	87 (79, 92)	100	98 (94, 99)	95 (89, 98)	100	99 (97, 99)	93 (91, 94)	100	99 (98, 100)	96 (95, 97)
<b>Volt</b>	0,0	3,5 (1,5; 8,1)	13 (8,2; 21)	0,0	2,5 (0,9; 6,4)	5,4 (2,4; 12)	0,0	1,5 (0,8; 2,9)	7,1 (5,7; 8,9)	0,0	0,6 (0,2; 1,6)	3,7 (2,7; 4,9)

37

**9. táblázat** Az agyvérzés előfordulási gyakorisága a telepi körülmények között élők és az általános populáció körében

	Telepszerű körülmények között élők						Általános populáció					
	Férfi			Nő			Férfi			Nő		
	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év
<b>Nem volt</b>	100	100	96 (91, 99)	100	99 (96, 100)	100	100	100	96 (94, 97)	100	100	98 (97, 99)
<b>Volt</b>	0,0	0,0	3,6 (1,3; 9,1)	0,0	0,6 (0,1; 4,2)	0,0	0,0	0,0	4,4 (3,1; 6,1)	0,0	0,0	2,3 (1,5; 3,4)

38

A májbetegségek prevalenciája magasabb a hátrányos helyzetű csoportnál valamennyi korcsoportban. Figyelemre méltó, hogy körükben nem tapasztalható jelentős eltérés a két nem között 45-64 éves férfi: 9 %; nő: 9,9 %).

**10. táblázat** A májbetegség előfordulási gyakorisága a telepi körülmények között élők és az általános populáció körében

	Telepszerű körülmények között élők						Általános populáció					
	Férfi			Nő			Férfi			Nő		
	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év
<b>Nincs/nem volt</b>	97 (94, 99)	98 (94, 99)	91 (84, 95)	99 (96, 100)	98 (94, 99)	90 (83, 94)	98 (97, 99)	96 (94, 97)	95 (93, 97)	99 (98, 100)	99 (97, 99)	95 (93, 97)
<b>Van/volt</b>	2,7 (1,1; 6,3)	2,1 (0,7; 6,4)	9,0(4,9; 16)	1,0(0,2; 3,9)	1,9(0,6; 5,7)	9,9(5,6; 17)	1,8(0,9; 3,4)	4,0(2,7; 6,0)	4,8(3,4; 6,8)	0,9(0,4; 2,1)	1,4(0,8; 2,7)	4,6(3,4; 6,3)

40

## 5. Megbeszélés

A roma népesség helyzetével és problémáival az utóbbi időszakban egyre több tanulmány foglalkozik különösen a közép-kelet európai országokban [8, 9, 10].

A roma közösségeken belül a súlyosan romló társadalmi-gazdasági viszonyok, az esélyegyenlőtlenség mértékének fokozódása olyan nemzetközi szervezetek figyelmét keltették fel, mint a Világbank, a Nyílt Társadalom Intézet, Egyesült Nemzetek Fejlesztési Programja, valamint az Európai Unió különböző szervezetei. Ezzel egyidőben a roma civil szervezetek részéről is megnövekedett aktivitás figyelhető meg, melynek kifejezett eredménye a Roma Évtized Programjának meghirdetése [52].

Európa legnagyobb kisebbsége az 5-7 millióra becsült létszámával eléri Ausztria, vagy Svédország lakosságának a számát. A tanulmányok fő célja a romák problémáinak és a fejlődés gátjainak, valamint az integráció lehetőségének feltárása, és ezek segítése eredményes módszerek keresésével.

Hazánkban az Európai Unióhoz történt csatlakozás szükségessé tette a Koppenhágai Kritériumok teljesítését, melyek egyike a kisebbségek tiszteletben tartását és védelmét garantáló intézmények stabilitásának biztosítását írja elő.

Magyarországon a kisebbséghez tartozó romák számát ma 600-700 000 főre becsülik, mely az összlakosság 6-7 % [3]. Ez az arány várhatóan növekszik, mivel a romák körében magas élveszületési arány figyelhető meg, míg az összlakoságnál ez folyamatosan csökken. A cigányság helyzetének javítása érdekében született kormányprogram [34, 35] kiemelten foglalkozik az oktatás, a foglalkoztatás, az agrárgazdasági feladatok mellett a szociális, egészségügyi és lakásprogramokkal. Ennek keretében a cigány lakosság egészségi állapota és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére irányuló kutatások indítását, a szűrő-gondozó szolgáltatások körének bővítését, a telepek rehabilitációját, vagy felszámolását fogalmazza meg főbb célkitűzésként. A kutatásokat megelőzően nagyon fontos annak meghatározása, hogy milyen definíció alapján történik a vizsgálatok alanyainak kiválasztása, kiket nevezhetünk romáknak. Kemény István vezetésével a Magyar Tudományos Akadémia Szociológiai Intézetének 1993-1994-ben folytatott vizsgálatában azokat tekintették romának, akiket a nem roma környezet cigánynak tekint [36, 37, 38, 42, 43], a megközelítés etikai alapon azonban nem elfogadható.

Számos tanulmány bizonyítja, hogy nincs kellően megalapozott ismeretünk a roma csoportok egészségéről. A kutatások jelentős része spanyol, cseh, szlovák és magyar roma kisebbségekre vonatkoznak, más országokra az elemzett tanulmányok 30 %-a vonatkozik [44, 45]. A tanulmányok jelentős része a fertőző betegségekre vagy a reprodukivitásra koncentrál, viszonylag kevés foglalkozik a nem-fertőző megbetegedések okozta magasabb morbiditással. Bizonyítékok vannak az egészségügyi szolgáltatások és a megelőző eljárások alacsonyabb igénybevételére vonatkozóan [33, 46, 47]. Magyarországon egy összefoglaló tanulmány vizsgálta az egészségügyi szakirodalomban 1980 és 2001 között megjelent, a cigányság egészségi állapotára vonatkozó kutatásokat [48]. Az elemzés megállapítja, hogy a roma közösségek egészségi állapotára vonatkozó tanulmányok száma viszonylag alacsony, azok jelentős része 1-2 évtizeddel azelőtti állapotot tükröz. Komoly kutatómódszertani problémákat azonosítottak és javaslatot fogalmaztak meg a jövőbeni vizsgálatokra vonatkozóan.

A hazánkban bevezetett Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program (HMAP) keretében sem lehet azonosítani a roma közösségek megbetegedési viszonyait; legfeljebb óvatos következtetést lehet megfogalmazni az adott település cigány lakossága létszámának ismeretében.

2001-2002-ben a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolája a Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében végzett vizsgálattal azonosította a roma közösségek által lakott telepeket, ahol felmérték a kedvezőtlen adottságok halmozódását, a telepeken élők létszámát, etnikai hovatartozását. Ezekben a telepeken – 6 hónapos időeltolódással – 2004-ben egészségfelmérést végeztünk roma kérdezőbiztosok bevonásával az OLEF keretében 2003-ban használt, néhány kérdés vonatkozásában módosított kérdőív felhasználásával. Az igen magas, közel 97 %-os válaszadási arány elérése elsősorban a jól felkészített roma kérdezőbiztosoknak és a lekérdezések minőségbiztosítását felügyelő instruktoroknak köszönhető. A felmérés lehetővé tette a három megye roma lakosságának jellemzőit reprezentáló eredmények összehasonlításait az általános populáció és annak alsó jövedelmi szintjén élők hasonló adataival. Mindkét felmérésben az elemzéseket ugyanazon módszertan alapján végeztük, melynek során a telepeken élők fiatalabb korösszetétele miatt a felnőtt lakosság három korcsoportjára határoztunk meg prevalencia értékeket. A telepeken élő 65 éven felülieket az alacsony létszámuk miatt az elemzésből kizártuk. A vizsgálat a társadalmi-gazdasági jellemzőkre, az életminőségre, a korlátozottságra, az egészségi

állapot megítélésére, az egészségmagatartásra, bizonyos megbetegedésekre és az igénybevett egészségügyi szolgáltatásokra terjedt ki.

Az iskolázottság vonatkozásában igen jelentős a szakadék a telepszerű körülmények között élők és az általános populáció között. Figyelemreméltó, hogy a telepeken élő 18-29 évesek közel  $\frac{3}{4}$  része is csak alacsony végzettséggel rendelkezik. Hasonló eredményeket tapasztaltak más felmérések is, kiemelve, hogy a cigány és nem cigány lakosság iskolázottsági szintje közötti távolság, ha kisebb mértékben is, de emelkedett a korábbi évekhez képest [49]. Az alacsony iskolai végzettség meghatározza a munkavállalási lehetőséget, ezt mutatja az a tény, hogy a telepszerű körülmények között élők körében az aktív dolgozók aránya lényegesen alacsonyabb. Ugyanakkor az átlagos havi jövedelem valamivel magasabb, mint az átlagos populáció alsó jövedelmi szintjén élők esetében, azonban ez elsősorban a szociális ellátásból, valamint a családtámogatási rendszerből származik. A 45-64 éves korcsoportban számottevő a rokkantnyugdíjasok aránya ami feltehetőleg összefügg a rosszabb egészségi állapotukkal. A telepeken élők körében az egészségi állapot szubjektív megítélése a fiatalabb korcsoportban nem tér el a két populációban, ezt más vizsgálat is igazolja [50]. Idősebb korcsoportokban azonban már jellemző a funkcionalitás csökkenése és a rosszabbnak minősített egészségi állapot.

Az egészségmagatartási szokások közül kiemelendő a rendszeresen dohányzók igen magas aránya a telepeken élők körében mind férfiaknál, mind nőknél. Hasonló hazai vizsgálat a dohányzás prevalenciájára vonatkozóan csak az iskolás gyermekek körében történt, ahol a tizenéves cigány gyermekek – mind a fiúk, mind a lányok – körében magasabb volt a napi rendszerességgel dohányzók aránya [51]. Ezt vizsgálatunk is megerősítette, a telepszerű körülmények között élők esetében a rendszeres dohányzás kezdete lényegesen fiatalabb korra tehető. Az alkoholfogyasztási szokásokban lényeges eltérést nem tapasztaltunk, ez azonban csak részben magyarázható a telepeken élők alacsonyabb jövedelmi viszonyával. A táplálkozási szokásokból kiemelendő a vizsgált célpopuláció zöldség, gyümölcsfogyasztásának és növényi olaj használatának alacsonyabb gyakorisága.

A társadalmi feltételek, a társadalom felelősségvállalása a megfelelő egészségi állapot fenntartásához biztosíthatják a szükséges keretet, azonban nem nélkülözhető az egyén tudatos, aktív szerepvállalása, egészségmagatartása. Ez utóbbi általában nem mutat szoros összefüggést az egészségnek az egészségkárosító kockázatokról meglévő tudásszintjével, mivel a populáció nagy része tisztában van bizonyos szokások egészségkárosító hatásával, azonban mégsem mond le ezekről.

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele a többségi társadalom tagjaival összehasonlítva lényegesen korlátozottabb, mely alól csak a nőknél a háziorvosi ellátás igénybevétele a kivétel. A szakorvosi és a rendelőintézeti ellátás körükben lényegesen alacsonyabb értéket mutat, amelynek lehetséges okai: elmarad a továbbküldés magasabb ellátási szintre; vagy a hajlandóság a magasabb ellátási szint igénybevételére korlátozott. A nők körében a nőgyógyászati vizsgálaton történő részvétel gyakorisága a telep 45-64 éves korcsoport kivételével közel azonos az általános populáció értékeivel, amely feltehetőleg összefügg a populáció magasabb fertilitásával.

A Nemzeti Népegészségügyi Program célzott lakossági szűrővizsgálata által ajánlott emlőszűrésen tapasztalt igen alacsony megjelenési gyakoriság súlyos kommunikációs és elérhetőségi problémát vet fel. Hasonló gondok észlelhetők egyéb szűrővizsgálatok területén is (pl. vérnyomásmérés). A szegregálódott közösség a rosszabb egészségi állapot mellett, az egészségügyi szolgáltatás alacsonyabb szintű igénybevétele során gyakrabban tapasztalt diszkriminációt, melyet elsősorban etnikai jellegűnek minősített. Feltehetőleg a fenti gátló tényezők miatt sok esetben a rejtett morbiditás mértéke valószínűleg magasabb, ezért a szívinfarktus és a májbetegség kivételével nem igazolódtak a telepeken élők rosszabb megbetegedési viszonyai.

A vizsgálatunk eredményei rámutatnak arra, hogy a telepszerű körülmények között élők életkörülményeinek javítását célzó beavatkozások célkitűzéseinek megfogalmazásakor nélkülözhetetlenek a szakmailag megalapozott kutatási programok eredményei, melynek figyelembevételével komplex interszektoriális program tervezhető. A rendszeres egészségfelmérések lehetőséget biztosíthatnak a jövőben a célzott intervenció programoknak köszönhető (s attól esetleg független) változások értékelésére. A szegregálódott lakossági csoport kedvezőtlen egészségi állapotának hátterében a jelenleg rendelkezésre álló bizonyítékok alapján a rossz társadalmi-gazdasági helyzetük, életmódjuk áll. Ezek ismeretében kell növelni a gazdasági lehetőségeket a foglalkoztatás bővítésével, mely elősegítheti a munkavállalást, és javíthatja a jövedelemszerző képességet. Az elérhető és diszkriminációmentes oktatásügy és egészségügy az emberi tőke javításával hozzájárulhat a szegénység ördögi körének megszakításához. Az eredmények azonban azt is mutatják, hogy az egészség alapvető szociális feltételeinek megteremtése önmagában feltehetőleg nem elegendő, hiszen a roma közösségek egyes mutatói, még az általános populáció legszegényebb rétegéhez viszonyítva is rosszabbak, ezért a roma közösségek fejlesztését a csoport

tagjai egymástól eltérő feltételeinek és szükségleteinek ismeretére és a romák növekvő részvételére, jogkörökkel történő felruházására kell építeni.

## 6. Irodalmi hivatkozások

1. Crowe D. A History of the Gypsies of Eastern Europe and Russia, New York, St. Martin's Griffin, 2006.
2. Fraser A. The Gypsies, Blackwell, Oxford, 1995.
3. Kemény I., Janky B, Lengyel G. A cigányok Magyarországon, 1971-2003. Gondolat Kiadó – MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézet, Budapest, 2004.
4. Orgovanova K. Roma in Slovakia. [The guide to the Slovak Republic.] <http://www.slovakia.org/society-roma.htm> accessed March 9, 2006
5. Liegeois JP, Gheorghe N. Roma/Gypsies: *A European minority*. Minority Rights Group International, 1995.  
<http://www.minorityrights.org/admin/Download/Pdf/Romareport.pdf> accessed April 20, 2005.
6. Gil-Robles A. On the human rights situation of the Roma, Sinti and Travellers in Europe. Final report for the Council of Europe, 2006.  
[http://www.coe.int/T/DG3/RomaTravellers/documentation/Education/CommDH\(2006\)1\\_en.asp](http://www.coe.int/T/DG3/RomaTravellers/documentation/Education/CommDH(2006)1_en.asp) accessed April 20, 2006.
7. Kósa K., Daragó L., Fülöp I., Ádány R. Research on Roma people living in colonies: the difficulty of being reliable (közlés elküldve)
8. A függőségi csapda elkerülése, ENSZ Fejlesztési Programja, Pozsony, 2002.
9. Ringold D, Orenstein MA, Wilkens E. Romák a bővülő Európában Washington DC: World Bank, 2003. <http://Inweb18.worldbank.org/ECA/ECSHD.nsf/docbyid/EDF5EC59184222F8C1256D4F0053DA41?OpenDocument&Start=1&Count=5>
10. European Commission. Directorate General for Employment and Social Affairs. The situation of Roma in an enlarged European Union. Brussels: Commission of the European Communities, 2004.
11. Ádány R, V. Hajdú P, K. Fülöp I. A korai halálozás jellegzetességei az ezredforduló Magyarországon. In.: Ádány R. (szerk): A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Medicina, Budapest, 2003.
12. V. Hajdú P, Ádány R. A halálozás területi különbségei Magyarországon, 1994-1996. Népegészségügy. 2000;81:4-26.
13. Balogh E, Bárdos H, V. Hajdú P, Széles Gy, Ádány R. A halandóság területi sajátosságai Békés megyében, 1994-1996. Népegészségügy. 2000;1:27-34.

14. Fodor M, V. Hajdú P, Ádány R. A halandóság területi sajátosságai Hajdú-Bihar megyében, 1994-1996. Népegészségügy. 2000;1:35-42.
15. Kósa Zs, Vokó Z, V.Hajdú P, Ádány R. A halandóság területi sajátosságai Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, 1994-1996. Népegészségügy. 2000;1:43-51.
16. Menyhárt I, Széles Gy, V. Hajdú P, Ádány R. A halandóság területi sajátosságai Zala megyében, 1994-1996. Népegészségügy. 2000;1:52-59.
17. Nagygyörgy E, Kardos L, Széles Gy, V. Hajdú P, Ádány R. A halandóság területi sajátosságai Borsod-Abaúj-zemplén megyében, 1994-1996. Népegészségügy. 2000;1:60-67.
18. Szeremi M, V. Hajdú P, Ádány R. A halandóság területi sajátosságai Heves megyében, 1994-1996. Népegészségügy. 2000;1:68-75.
19. Bodnár L., Hagymási J. A cigányok halálozása Szabolcs-Szatmár megye három járásában. Demográfia, 1980, 23, 97-111.
20. Bodnár L. A cigány csecsemők halálozása 1958-1978 között Szabolcs-Szatmár megyében az egészségügy fejlődésének függvényében Orv. Hetil., 1981., 122, 1903-1911.
21. Komlósi M., Knáb E., Szikszay E. és mtsa. A cigány lakosság egészségi állapota (Általános morbiditási vizsgálat a Baranyában élő cigány lakosság körében) Népegészségügy, 1985, 66, 305-307.
22. Központi Statisztikai Hivatal. Egészségi Állapotfelvétel. KSH, Budapest, 1996.
23. Spéder Zs. Egészségi állapot. In: Sík E, Tóth I. Gy. Az Ajtók záródnak (?!). Magyar Háztartási Panel, Műhelytanulmányok. Társadalomkutatási Informatikai Egyesülés, Budapest, 1997.
24. Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról. Zárójelentés, TÁRKI, Budapest, 1998.
25. Bíró Gy. Az első Magyarországi Reprezentatív Táplálkozási Vizsgálat: az eredmények áttekintése. Népegészségügy, 1994;75:129-133.
26. Jeges S, Tahin T, Tóth Á. Az egészségi állapot változása 1989-1996 között Baranya megyei falvakban és Pécssett követéses egészségzociológiai vizsgálat alapján. Egészségügyi Szemle, 1997;35:202-217.
27. Dohányzás és alkoholfogyasztás FACT Intézet, Pécs, 1999.
28. Országos Lakossági Egészségfelmérés. Kutatási jelentés. Országos Epidemiológiai Központ. 2002. <http://www.oek.hu/oek.web?to=8,712&nid=204&pid=1&lang=hun>
29. Országos Lakossági Egészségfelmérés. Kutatási jelentés. Országos Epidemiológiai Központ. 2003; <http://www.oek.hu/oek.web?to=8,711&nid=203&pid=1&lang=hun>

30. Are woman More Vulnerable on Alcohol Effects? Alcohol Alert. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1999.
31. Vik PW, Culbertson KA, Sellers K. Readiness to change drinking among heavy drinking college students. *J Stud Alcohol*, 2000;61:674-680.
32. Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. Health interview surveys towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1996.
33. Zoon I. One the margins: Roma and public service in Romania, Bulgaria, and Macedonia. New York: Open Society Institute, 2001.
34. A Kormány 1093/1997. (VII. 29.) határozata a cigányság élethelyzetének javítására vonatkozó középtávú intézkedéscsomagról.
35. A Kormány 1047/1999. (V. 5.) határozata a cigányság élethelyzetének javítására vonatkozó középtávú intézkedéscsomagról.
36. Havas G, Kemény I, Kertesi G. A relatív cigány a klasszifikációs küzdőtéren. *Kritika*, 1998;3:31-33.
37. Kemény I. A magyarországi roma (cigány) népességről. *Magyar Tudomány*, 1997;6:644-655.
38. Kemény I, Havas G. Cigánynak lenni. In *Társadalmi Riport*. Szerk.: Andorka R, Kolosi T, Vukovich Gy. TÁRKI, Budapest, 1996.
39. Stronks K, van de Mheen H, Looman CW, Mackenbach JP. The importance of psychosocial stressors for socioeconomic inequalities in perceived health. *Soc Sci Med* 1998;46:611-623.
40. Mackenbach JP. Socio-economic health differences in The Netherlands: a review of recent empirical findings. *Soc Sci Med* 1992;34:213-216
41. Kennedy BP, Kawachi I, Glass R, Prothrow-Stith D. Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis. *BMJ* 1998;317:917-921.
42. Ladányi J, Szelényi I. Ki a cigány? *Kritika*, 1997;12:3-6.
43. Ladányi J, Szelényi I. Az etnikai besorolás objektivitásáról. *Kritika*, 1998;3:33-35.
44. Koupilová I, Epstein H, Holcík J, Hajiloff S, McKee M. Health needs of the Roma population in the Czech and Slovak Republics. *Soc Sci Med*. 2001;53:1191-1204.
45. Crowe DM. A history of the gypsies of Eastern Europe and Russia. London: I.B. Tauris Publishers, 1995.

46. McKee M. The health of gypsies BMJ. 1997;315:1172-1173.
47. Hajioff S, McKee M. The health of the Roma people: a review of the published literature. J Epidemiol Community Health, 2000;54:864-869.
48. Kósa K, Lénárt B, Ádány R. A magyarországi cigány lakosság egészségi állapota. Orvosi Hetilap, 2002;143:2419-2426.
49. Kemény I. A romák és az iskola. Beszélő, 2001;1:62-68.
50. Gyukits Gy, Ürmös A. A roma nők véleménye egészségi állapotukról és az egészségügyi ellátásukról. Mentálhigiéne és pszichoszomatika, 1999;10:54-60.
51. Gordos Á, Aszmann A. Káros szenvedélyek az általános iskolás cigány és nem cigány gyermekek körében. Népegészségügy, 2000;81:11-19.
52. Roma Integráció Évtizede Program Nemzeti Cselekvési terv. 2005-2015. Magyarország [http://www.romaweb.hu/doc/evtizedprogram/ncst/romaevtized\\_cselekvesiterv.pdf](http://www.romaweb.hu/doc/evtizedprogram/ncst/romaevtized_cselekvesiterv.pdf)

## 7. Közlemények jegyzéke

### 7.1. Az értekezés alapjául szolgáló in extenso közlemények

Kosa Z., Szeles G, Kardos L, Kosa K, Nemeth R, Orszagh S, Fesus G, M. Mc Kee, Adany R, Voko Z. Health of the inhabitants of Roma settlements in Hungary - a comparative health survey. Am. J. Public Health (közlésre elfogadva)

IF: 3,241

Széles Gy, Vokó Z, Jenei T, Kardos L, Bajtay A, Papp E, Pásti G, Kósa Zs., Molnár I, Lun K, Ádány R. A preliminary evaluation of a health monitoring programme in Hungary. Eur. J. Public Health 2005;15:26-32.

IF: 1,051

Kósa Zs., Vokó Z. Vargáné Hajdu P. Ádány R: A halandóság területi sajátosságai Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. 1994-1996. Népegészségügy 81. 43-51; 2000.

### 7.2. Egyéb in extenso közlemények és könyvfejezetek

Gulácsi L. Kósa Zs.: A csípőcsonttörések megelőzésére végzett csontsűrűség mérés és terápia hatékonysága; Egészségügyi Gazdasági Szemle 37. 154-171; 1999.

Integrált megyei egészségügyi minőségügyi rendszer Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. In.: Kósa Zs., Vadász M. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Egészségszövetség kiadványa 2000.

Bánóczy J, Bakó A, Dombi Cs, Ember I, Kósa Zs., Sándor J, Szabó G.: Stomato-onkológiai szűrővizsgálat: lehetőség a korai diagnózisra Magy Onkol. 2001;45(2):143-148.

Széles Gy, Vokó Z, Jenei T, Kardos L, Bajtay A, Hamburger I, Kósa Zs., Péntes M, Tokár Zs, Paul Zs, Papp E, Menyhárt I, Parragi K, Horváth G, Ertner S, Esenszki B, Fodor M, Molnár I, Lun K, Ádány R. Háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Program kidolgozása, elindítása és működtetése Magyarországon. A magas vérnyomás, cukorbetegség és májzsugor prevalenciája. Orv Hetil. 2003;144(31):1521-1529.

Kósa Zs., Bakó A.: Szűrővizsgálati modellprogram a szájüreg daganatok korai felismerésére Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. In.: Dózsa Cs., Sebestyén A.: Fej-nyaki daganatok prevenciója és ellátása. Országos Egészségbiztosítási Pénztár kiadványa. Pécs, 2003.

### 7.3. Előadások és poszterek:

Széles Gy, Vokó Z, Hamburger I, Bajtay A, Fodor M, Ertner S, Erdő Gy, Madarász Gy, Kósa Zs., Menyhárt I, Parragi K, Papp E, Jenei T, Molnár I, Ádány R. A Népegészségügyi

Iskola és az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat együttműködése keretében zajló Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Program megvalósíthatósági tapasztalatai és prevalencia adatai. Népegészségügyi Tudományos Társaság VIII. Nagygyűlése. 1999, Sopron, Magyarország

Széles Gy, Vokó Z, Bajtay A, Hamburger I, Erdő Gy, Ertner S, Fodor M, **Kósa Zs**, Péntes M, Papp E, Menyhárt I, Parragi K, Jenei T, Kardos L, Molnár I, Ádány R. A Népegészségügyi Iskola és az ÁNTSZ együttműködése keretében zajló Háziorvosi morbiditási adatgyűjtés program 1999 évi incidencia adatai és minőségellenőrzési tapasztalatai. Népegészségügyi Tudományos Társaság IX. Nagygyűlése. 2000, Hévíz, Magyarország

Széles Gy, Vokó Z, Bajtai A, Hamburger I, Erdő Gy, Ertner S, Fodor M, **Kósa Zs**, Péntes M, Papp E, Menyhárt I, Parragi K, Jenei T, Kardos L, Molnár I, Ádány R. A háziorvosi morbiditási adatgyűjtési program 1999-2000. évi incidencia adatai és tapasztalatai. Népegészségügyi Tudományos Társaság Tizedik Nagygyűlése. 2001, Gyula, Magyarország

Széles Gy, Vokó Z, Jenei T, Kardos L, Bajtai A, Hamburger I, Pásti G, Fodor M, **Kósa Zs**, Tokár Zs, Papp E, Menyhárt I, Parragi K, Horváth G, Pintér A, Ádány R. Results of the two year (1999-2000) incidence data analysis of the first Hungarian general practitioners' morbidity sentinel stations program and the methodology of the unknown morbidity survey. XXIII Annual Conference of the Association of Schools of Public Health of the European Region. 2001, Hortobágy, Magyarország

Széles Gy, Vokó Z, Jenei T, Kardos L, Ádány R, **Kósa Zs**, Tokár Zs, Paul Zs, Papp E, Menyhárt I, Parragi K, Horváth G, Lun K. A Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program keretében elvégzett rejtett morbiditási vizsgálat eredményei. Népegészségügyi Tudományos Társaság XI. Nagygyűlése. 2002, Nyíregyháza Magyarország

Vokó Z, **Kósa Zs**, Tokár Zs, Paul Zs, Papp E, Menyhárt I, Parragi K, Horváth G, Széles Gy, Jenei T, Kardos L, Ádány R. Unknown morbidity survey in the framework of the hungarian general practitioner's morbidity sentinel stations program. XXIV Annual Conference of the Association of Schools of Public Health of the European Region. 2002, Zágráb, Horvátország

Pocsai Zs, Széles Gy, Tóth E Zs, Bajtai A, Paller J, Pásti G, **Kósa Zs**, Papp E, Kvarda A, Ádány R. A magyar felnőtt lakosságot reprezentáló referencia minta kialakítása genetikai epidemiológiai vizsgálatokhoz. Népegészségügyi Tudományos Társaság (NETT) XII. Nagygyűlése. 2003, Hévíz, Magyarország

Pocsai Zs, Széles Gy, Tóth Zs, Bajtai A, Paller J, Pásti G, **Kósa Zs**, Papp E, Kvarda A, Ádány R. A magyar felnőtt lakosságot reprezentáló referencia minta kialakítása genetikai epidemiológiai vizsgálatokhoz. Magyar Kardiológus Társaság Éves Kongresszusa. 2003, Balatonfüred, Magyarország

Széles Gy, Vokó Z, Paller J, Hamburger I, Pásti G, Fodor M, Esenszki B, **Kósa Zs**, Tokár Zs, Kvarda A, Menyhárt I, Parragi K, Horváth G, Városi Zs, Lehoczki K, Sz. Huszár E, Grosschmid S, Földesi Zs, Csajági S, Jenei T, Kardos L, Bujdosó L, Ádány R. Jelentés a Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Program (hmap) incidencia adatairól és előrehaladásá-

ról. Népegészségügyi Tudományos Társaság (NETT) XIII. Nagygyűlése. 2004, Szekszárd, Magyarország

Pocsai Zs, Széles Gy, Kardos L, Tóth E Zs, Paragh Gy, Bajtai A, Paller J, Pásti G, **Kósa Zs**, Papp E, Kvarda A, Ádány R. Kardiovaskuláris betegségekre hajlamosító génpolimorfizmusok eloszlása az általános magyar populációt reprezentáló referencia mintákban és hiperkoleszterinémiás betegcsoportokban. „A népegészségügy kihívásai és lehetőségei a posztgenomika évszázadában” szimpózium az MTA Orvosi Osztályának Prevenációs Bizottsága és Epidemiológiai munkabizottsága, az Országos Kémiai Biztonsági Intézet és a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskola szervezésében. 2004, Hajdúszoboszló, Magyarország

Pocsai Zs, Széles Gy, Kardos L, Tóth E Zs, Paragh Gy, Bajtai A, Paller J, Pásti G, **Kósa Zs**, Papp E, Kvarda A, Ádány R: Apolipoprotein E allélfrekvencia eloszlás magyar általános és hiperkoleszterinémiás populációkban Népegészségügyi Tudományos Társaság (NETT) XIII. Nagygyűlése. 2004, Szekszárd, Magyarország

Zs. Pocsai, Gy. Széles, L. Kardos, Zs. Tóth, Gy. Paragh, A. Bajtai, J. Paller, G. Pásti, **Zs. Kósa**, E. Papp, A. Kvarda, R. Ádány: Apolipoprotein E allele frequency distribution in the Hungarian general population and hypercholesterolaemic group 15th International Symposium Drugs Affecting Lipid Metabolism (DALM). 2004, Velence, Olaszország (poszter)

Zs. Pocsai, Gy. Széles, L. Kardos, Zs. Tóth, Gy. Paragh, A. Bajtai, J. Paller, G. Pásti, **Zs. Kósa**, E. Papp, A. Kvarda, R. Ádány: Paraoxonase 55/192 allele frequency distribution in the Hungarian general population and hypercholesterolaemic group 15th International Symposium Drugs Affecting Lipid Metabolism (DALM). 2004, Velence, Olaszország (poszter)

**Kósa Zs**, Széles Gy, Kardos L, Kósa K, Németh R, Ország S, Fésüs G, Ádány R, Vokó Z : Egészségfelmérés telepeken élők körében Népegészségügyi Tudományos Társaság (NETT) XIV. Nagygyűlése. 2005, Szeged, Magyarország

**Kósa Zs**, Ádány R, M. Mc Kee, Kósa K, Kardos L, Széles Gy, Vokó Z, Fésüs G, Németh R, Ország S: Telepszerű körülmények között élők egészségfelmérése. V. Egészséginformációs Fórum. 2005, Budapest

## 8. Köszönetnyilvánítás

Köszönettel tartozom témavezetőmnek, dr. Ádány Róza professzor asszonynak, akinek motiválása elindított az egyetemi doktori értekezés megvalósításában, biztosítva számomra a kutatási feltételeket és a szakmai irányítást.

Köszönettel tartozom dr. Vargáné Hajdu Piroskának, aki segített megőrizni hitemet a népegészségügyben, és figyelemmel kísérte kezdeti kutató munkámat.

Köszönöm a Népegészségügyi Iskola munkatársainak segítségét és hasznos tanácsait.

Külön elismerésemet fejezem ki dr. Vokó Zoltánnak, dr. Széles Györgynek.

Köszönöm az Országos Epidemiológiai Központ munkatársainak az elemzésben nyújtott igen értékes munkáját.

Köszönettel tartozom a Családomnak, hogy lehetővé tették a kutató munkám elméleti megalapozását, türelemmel viselték a kutató munka megvalósítását és aktívan segítették az értekezésem elkészítését.

## **9. Mellékletek**

### **9.1. Kérdőív**

Sorszám helye:

# **EGYÉNI KÉRDŐÍV**

## **TELEPSZERŰ KÖRÜLMÉNYEK KÖZÖTT ÉLŐK**

### **EGÉSZSÉGFELMÉRÉSE**

2004. június-augusztus

**DEBRECENI EGYETEM, ORVOS- ÉS EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI**  
**CENTRUM NÉPEGÉSZSÉGÜGYI ISKOLA**

Jó napot kívánok, ..... vagyok, a Népegészségügyi Iskola kérdezőbiztosa.

**Kérem, engedje meg, hogy röviden tájékoztassam a felmérésről!**

A Népegészségügyi Iskola felmérést végez az igen rossz lakáskörülmények között élő emberek körében annak érdekében, hogy információt kapjon az Önhöz hasonló helyzetű emberek egészségéről. A vizsgálat ugyanezzel a kérdőívvel egy országos vizsgálattal egyidőben történik, így lehetőség lesz arra, hogy feltárjuk azokat az eltéréseket, amelyek jellemzőek az Önhöz hasonló társadalmi helyzetű emberekre. Ezért az Ön válasza számunkra igen fontos.

A felmérést azért végezzük, hogy pontos információkhoz jussunk az Ön egészségéről és életmódjáról, az egészséget befolyásoló tényezőkről, az egészségügyi kiadásokról és más, az egészségüggyel kapcsolatos kérdésekről. A felmérés abban segít, hogy megértsük, melyek azok a dolgok, amelyek leginkább befolyásolják az emberek egészségét. Az adatok alapján jobban lehet majd tervezni és szervezni az egészségmegőrzést, egészségügyi ellátást. Ezért végezzük ezt a kérdőíves felmérést, ehhez kérjük az Ön közreműködését.

Önt a hasonló helyzetű emberek közül véletlenszerűen választottuk.

Természetesen a felmérésben résztvevők személyiségi jogait védő törvényi előírásoknak megfelelően válaszait titkosan kezeljük, az adataiba kizárólag a kutatásban résztvevő szakemberek nyerhetnek betekintést. A kutatást az Egészségügyi Tudományos Tanács etikai engedélye alapján és az adatvédelmi ombudsman felügyelete mellett végezzük. A kérdőív nem tartalmaz semmilyen, a személyének azonosítására alkalmas információt. Így még a kutatók sem tudják az Ön válaszait személyével összekapcsolni. A személyes adatait tartalmazó eredeti dokumentumot illetéktelen személyek hozzáférését kizáró biztonsági rendszabályok betartásával tárolják, és öt év múlva megsemmisítik.

A felmérésben való részvétel önkéntes. Ha vállalja a részvételt, akkor is bármikor jelezheti, ha egy adott kérdésre nem kíván válaszolni, ebben az esetben csak azokat a kérdéseket fogják kiértékelni, amelyekre Ön válaszolt.

Kérem, amennyire csak lehetséges, a legjobb tudomása szerint válaszoljon a kérdésekre! Előfordulhat, hogy egy kérdés esetleg nem pontosan érthető az Ön számára, vagy nem tudja egyértelműen eldönteni, mit válaszoljon. Ebben az esetben kérem, ne találomra válaszoljon, inkább kérdezzen meg engem, és én igyekszem minden kérdést érthetően elmagyarázni! Ha esetleg nem tud válaszolni egy kérdésre, vagy valamire nem emlékszik pontosan, nyugodtan mondja meg. Ezzel segíti a munkánkat, mert így el tudjuk kerülni a félreértéseket.

A kérdőív kitöltése kb. 1 órát vesz igénybe.

Van-e Önnek a kérdezővel, vagy a felméréssel kapcsolatban bármilyen további kérdése?

Segítségét és közreműködését előre is köszönöm. Amennyiben hajlandó részt venni a felmérésben, kérem, olvassa el ezt a beleegyező nyilatkozatot. Ha egyetért, kérem, írja alá. Aláírásával Ön azt igazolja, hogy önként vett részt a felmérésben, mi pedig írásban is megerősítjük, hogy betartjuk az etikai és adatvédelmi szabályokat.

**Kérdező neve:**.....

Kérdező száma:

**Instruktor száma:**


**Mikor kérdezte az interjút?** hó:  nap:

óra  perctől

óra  percig

**Összesen hány percig tartott:**

**A KÖVETKEZŐ KÉRDÉST NE KÉRDEZD, CSAK JELÖLD!**

**Interjú közben más személy is jelen volt-e:** 1 –igen, végig

2 –igen, csak egy részénél

3 –igen, időnként

4 –nem

**Melyik sorszámú kérdésnél szakadt meg az interjú?**

**Az interjú az instruktor jelenlétében történt-e:**

1 – igen .....

2 – nem

A kérdőív kitöltéséhez szükséges, hogy listát készítsünk az Ön háztartásában élő személyekről. Ismételten szeretném arról biztosítani, hogy az Öntől kapott információkat szigorúan bizalmasan kezeljük.

Az Ön háztartásában együtt élő személyeknek azokat tekintjük, akik Önnel EGY LAKÁSBAN élnek, részben vagy egészben KÖZÖS JÖVEDELEMBŐL élnek, gazdálkodnak. Azokat az Önnel ROKONI KAPCSOLATBAN NEM álló személyeket is a háztartás tagjainak tekintjük, akik megfelelnek a felsorolt feltételeknek. Kérem, vegye számba azokat is, akik egészségi állapotuk, vagy tanulmányaik végzése miatt jelenleg nem Önnel együtt laknak (pl. kórházban, idősok otthonában, kollégiumban, albérletben) rövidebb vagy hosszabb ideje.

1. Önt is beleértve hányan élnek az Ön háztartásában?

--	--

Kérem, mondja el nekem az Önök háztartásában élő minden személy keresztnévét, nemét, iskolai végzettségét, családi állapotát és ha rokonok, akkor az Önhöz fűződő rokon kapcsolat típusát is. Először kezdjük Önnel, majd folytassuk a háztartás legidősebb tagjával és utána haladjunk a legfiatalabb felé.

**ADD ÁT AZ 1E. KÁRTYALAPOT! ELSŐKÉNT A CSALÁDFŐNEK KELL SZEREPELNI!**

	<b>1/A</b> Válaszadó/ Háztartástag keresztnéve	<b>1/B</b> Neme:  1=férfi 2=nő	<b>1/C</b> Háztartástag kapcsolata a kérdézzel  01 = válaszadó 02 = házastárs 03=élettárs 04 = gyermek 05 = gyermek házastársa, élettársa 06 = unoka 07 = szülő 08 = anyós/após 09 = testvér 10 = egyéb rokon 11 = nem rokon 88 = nem tudja 99 = VM	<b>1/D</b> Melyik évben született Ön/a háztartástag ..... év  8888= NT 9999= VM	<b>1/E</b> Iskolázottsága  1 – Kevesebb, mint 8 általános 2 – 8 általános 3 – Szakmunkás- képző, szakiskola 4 –Szakközép- iskola, technikum 5 – Gimnázium 8 = NT 9 = VM	<b>1/F</b> Családi állapota  1 – hajadon/ nőtlen 2 – házastárs 3 – külön él 4 – elvált 5 – özvegy 6 – élettárs- sal él 8 – NT 9 – VM	<b>1/G</b> Közgyógy igazolványa van-e? 1 – igen 2 – nem 8=NT 9=VM
1.	Válaszadó ke- resztnéve	Ne kér- dezd, írd be a kódot 1=férfi 2=nő	Ne kérdezd, írd be a kódot  1 = válaszadó				
2.							
3.							
4.							

	<b>1/A</b> Válaszadó/ Háztartástag keresztneve	<b>1/B</b> Neme:  1=férfi 2=nő	<b>1/C</b> Háztartástag kapcsolata a kérdézzel  01 = válaszadó 02 = házastárs 03=élettárs 04 = gyermek 05 = gyermek házastársa, élettársa 06 = unoka 07 = szülő 08 = anyós/após 09 = testvér 10 = egyéb rokon 11 = nem rokon 88 = nem tudja 99 = VM	<b>1/D</b> Melyik évben született Ön/ háztartástag ..... év  8888= NT 9999= VM	<b>1/E</b> Iskolázottsága  1 – Kevesebb, mint 8 általános 2 – 8 általános 3 – Szakmunkás- képző, szakiskola 4 –Szakközép- iskola, technikum 5 – Gimnázium 8 = NT 9 = VM	<b>1/F</b> Családi állapota  1 – hajadon/ nőtlen 2 – házas 3 – külön él 4 – elvált 5 – özvegy 6 – élettárs- sal él 8 – NT 9 – VM	<b>1/G</b> Közgyógy igazolványa van-e? 1 – igen 2 – nem 8=NT 9=VM
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							

**2. Visszatekintve az elmúlt 12 hónapra, mit gondol, milyen az egészsége általában?**

- 5 – Nagyon jó  
4 – Jó  
3 – Kielégítő  
2 – Rossz  
1 – Nagyon rossz

- 8 – Nem tud válaszolni  
9 – Nem kíván válaszolni

**3. Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?**

- 4 – Nagyon sokat tehet  
3 – Sokat tehet  
2 – Keveset tehet

1 – Semmit sem tehet

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

**Most arról szeretnék néhány kérdést feltenni, hogy az egészsége általában mennyire befolyásolja az Ön mindennapi tevékenységét, életvitelét. Kérem, a rövid ideig tartó betegségeket, mint pl. a megfázást, ezeknél a kérdéseknél ne vegye figyelembe!**

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

1 – Van, nagymértékben korlátozza

2 – Van, kismértékben korlátozza

3 – Nincs----->TOVÁBB A 6. KÉRDÉSRE!

8 – Nem tud válaszolni----->TOVÁBB A 6. KÉRDÉSRE!

9 – Nem kíván válaszolni----->TOVÁBB A 6. KÉRDÉSRE!

**5. Mióta áll fenn ez a korlátozottsága?**

1 – Legfeljebb két hete

2 – Legfeljebb egy éve

3 – Több, mint egy éve

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

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

1 – Egy lépést sem tudott megtenni

2 – Legfeljebb csak néhány lépést

3 – Legfeljebb 200 métert

4 – Legfeljebb 500 métert

5 – Több, mint 500 métert

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

**ADD ÁT A 7. KÁRTYALAPOT!**

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

	Nehézség nélkül	Nehezen	Csak valaki segítségével	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
<b>7.1 tudott felkelni, illetve visszafeküdni az ágyba?</b>	1	2	3	8	9

<b>7.2 tudott felállni, illetve leülni egy székre?</b>	1	2	3	8	9
<b>7.3 tudott felöltözni, illetve levetkőzni?</b>	1	2	3	8	9
<b>7.4 tudta megmosni a kezét?</b>	1	2	3	8	9
<b>7.5 tudott enni, beleértve az étel felvágását?</b>	1	2	3	8	9
<b>7.6 tudta használni a WC-t?</b>	1	2	3	8	9
<b>7.7 tudott felemelni és vinni 5 kg-nál nehezebb terhet (pl. bevásárláskor)?</b>	1	2	3	8	9

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

1 – Normál hangerőn

2 – Csak felhangosítva

3 – Csak hallókészülékkel

4 – Nem tudja hallgatni, mert olyan mértékben rosszul hall

5 – Nincs se TV-je, se rádiója, vagy nem szokta hallgatni

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

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

1 – Igen----->TOVÁBB A 11. KÉRDÉSRE!

2 – Csak szemüveggel vagy kontaktlencsével ----->TOVÁBB A 11. KÉRDÉSRE!

3 – Nem

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

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

1 – Igen

2 – Csak szemüveggel vagy kontaktlencsével

3 – Nem

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

**ADD ÁT A 11. KÁRTYALAPOT! MINDEN BETEGSÉGET KÓDOLJ! AZ EGYÉB ROVATOT IS TÖLTSD KI!**

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

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

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

--	--	--

.....alkalommal

0-098 – alkalmak száma -----> **HA „000” TOVÁBB A 14. KÉRDÉSRE!**

888 – Nem tud válaszolni ----->**TOVÁBB A 14. KÉRDÉSRE!**

**ADD ÁT A 13. KÁRTYALAPOT!**

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

- 1 – Közlekedés közben
- 2 – Sportolás közben
- 3 – Munkavégzés közben
- 4 – Házi- vagy ház körüli munka közben
- 5 – Egyéb tevékenység közben, éspedig .....

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

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

- 1 – Fél éven belül
- 2 – Egy éven belül
- 3 – Két éven belül
- 4 – Három éven belül
- 5 – Több, mint öt éve
- 6 – Sohasem mérték

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

**15. Mikor járt Ön utoljára koleszterin/vérzsírszint meghatározáson/mérése egészségügyi intézményben?**

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

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

**16. Mikor járt Ön utoljára vércukorszint mérésen egészségügyi intézményben?**

- 1 – Egy hónapon belül
- 2 – Fél éven belül
- 3 – Egy éven belül
- 4 – Több mint egy éve
- 5 – Sohasem mérték

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

**17. Kezelték-e Önt 1 hónapnál hosszabb ideig vagy ismétlődően valamilyen májbetegség miatt?**

- 1 – Igen
- 2 – Nem

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

**18. Az elmúlt 1 hónapban érzett-e fájdalmat a nyakában, hátában vagy a derekában?**

- 1 – Igen
- 2 – Nem ----->TOVÁBB A 20. KÉRDÉSRE!

- 
- 8 – Nem tud válaszolni ----->TOVÁBB A 20. KÉRDÉSRE!
  - 9 – Nem kíván válaszolni ----->TOVÁBB A 20. KÉRDÉSRE!

**19. Átterjedt-e ez a fájdalom valamilyik karjára vagy lábára?**

- 1 – Igen
- 2 – Nem

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

**20. Az elmúlt 12 hónapban előfordult-e, hogy valamilyik ízületénél, egy hónapon keresztül majdnem minden nap fájdalmat, merevséget vagy duzzadást érzett? Kérjük, hogy a derékfájást most ne vegye figyelembe!**

- 1 – Igen
- 2 – Nem ----->TOVÁBB A 22. KÉRDÉSRE!

- 
- 8 – Nem tud válaszolni -----> TOVÁBB A 22. KÉRDÉSRE!
  - 9 – Nem kíván válaszolni ----->TOVÁBB A 22. KÉRDÉSRE!

**21. Ez a fájdalom, merevség vagy duzzadás valamilyen sérülés következménye volt?**

- 1 – Igen
- 2 – Nem

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

**22. Az elmúlt 12 hónapban a SAJÁT egészsége érdekében Ön hányszor találkozott, beleértve a magánorvosi ellátást is ...**

	Alkalmak száma	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
<b>22.1 a háziorvosával</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	888	999
<b>22.2 a nővérrel a háziorvosánál vagy a gondozóban</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	888	999
<b>22.3 rendelőintézeti, kórházi szakorvossal (pl. nőgyógyász, reumatológus, kardiológus, stb.)</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	888	999
<b>22.4 gyógytornással</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	888	999
<b>22.5 üzemorvossal</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	888	999
<b>22.6 természetgyógyással</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	888	999
<b>22.7 fogorvossal</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	888	999
<b>22.8 pszichiáterrel, pszichológussal</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	888	999

**A 23. KÉRDÉST AKKOR KÉRDEZD, HA A 22.7 KÉRDÉSBEN A VÁLASZ „0” VAGY NEM TUD VÁLASZOLNI !**

**23. Mikor járt utoljára fogorvosnál?**

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

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

**AZ ALÁBBI 3 KÉRDÉST CSAK NŐKTŐL KÉRDEZD!  
FÉRFIAKNÁL TOVÁBB A 27. KÉRDÉSRE!**

**24. Mikor vizsgálta meg utoljára nőgyógyász?**

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

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

**25. Végeztek-e Önnél emlőröntgen, más szóval mammográfiás vizsgálatot?**

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

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

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

- 1 – Panaszai miatt történt
- 2 – Szűrővizsgálatképpen

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

**27. Az elmúlt 12 hónapban FEKVŐBETEGKÉNT hány napot töltött kórházban?**

.....napot

--	--	--

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

**28. Az elmúlt 12 hónapban mennyit költött a SAJÁT egészsége érdekében...**

**A KÖLTÖTT ÖSSZEGET KERÉKÍTSD SZÁZASOKRA!**

	százezer	tízezer	ezer	száz	tíz	egy
<b>28.1 természetgyógyászati kezelésre, mint például írisz-diagnosztika, csontkovács, reflexológia, akupunktúra, kézzrátét?</b>						
<b>28.2 utazásra, például a háziorvoshoz, kórházba vagy gyógyfürdőbe?</b>						
<b>28.3 egészségmegőrző szolgáltatásokra, például fitness klub, torna, úszás, gyógyfürdő, vagy gyógymasszázs?</b>						

- 
- 0 – 999900 – elköltött összeg (százásra kerekítve)
  - 8 – Nem tud válaszolni
  - 9 – Nem kíván válaszolni

**29. Az elmúlt 12 hónapban mennyit költött a SAJÁT egészsége érdekében...**

**A KÖLTÖTT ÖSSZEGET KERÉKÍTSD SZÁZASOKRA!**

	százezer	tízezer	ezer	száz	tíz	egy
<b>29.1 szemüvegre, kontaktlencsére vagy kontaktlencse folyadékra, nem számítva a napszemüveget?</b>						
<b>29.2 gyógyászati segédeszközökre, például járókeretre, sétabotra, lúdtalpbetétre, hallókészülékre?</b>						
<b>29.3 fogászati ellátásra, például fogtömésre, műfogsorra, koronára, hídra, gyökérkezelésre, foghúzásra?</b>						

0 – 999900 – elköltött összeg (százásra kerekítve)

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

**30. Az elmúlt 12 hónapban a fogorvosi ellátás kivételével mennyit költött összesen MAGÁNORVOSNÁL vagy egyéb MAGÁN egészségügyi ellátás igénybevételekor?**

**A MAGÁNORVOSI ELLÁTÁSRA KÖLTÖTT ÖSSZEGET KERÉKÍTSD SZÁZASOKRA!**

millió száz- tíz- ezer száz tíz egy  
ezer ezer

..... Ft

--	--	--	--	--	--	--	--

0 – 999900 – magánorvosi ellátásra költött összeg (százásra kerekítve)

1 – Nem volt magánorvosnál

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

**31. Az elmúlt 12 hónap alatt HÁNY NAPON keresztül nem tudta kereső foglalkozását végezni, saját testi-lelki panaszja vagy betegsége miatt?**

**HA NEM DOLGOZIK, KÓDOLJ 887-ET!**

.....napon

--	--	--

0 – 365 – betegnapok száma ----> **HA 000, TOVÁBB A 35. KÉRDÉSRE!**

887 – nem dolgozik munkahelyen

888 – Nem tud válaszolni

999 – Nem kíván válaszolni

**32. Előfordult-e az elmúlt 12 hónapban, hogy Ön otthoni ápolásra szorult?**

1 – igen

2 – nem -----> **TOVÁBB A 35. KÉRDÉSRE!**

8 – Nem tud válaszolni -----> **TOVÁBB A 35. KÉRDÉSRE!**

9 – Nem kíván válaszolni-----> **TOVÁBB A 35. KÉRDÉSRE!**

**33. Az elmúlt 12 hónapban az Ön otthoni ápolása miatt HÁNY NAPON keresztül nem tudtak dolgozni hozzátartozói, ismerősei vagy azok a személyek, akik Önt ellátták?**

.....napon

--	--	--

0 – 365 – ápolási napok száma

888 – Nem tud válaszolni

999 – Nem kíván válaszolni

**34. Az elmúlt 12 hónapban az Ön otthoni ápolása miatt mennyit költöttek fizetett ápolóra?**

**AZ ÁPOLÓRA KÖLTÖTT ÖSSZEGET KEREKÍTSD SZÁZASOKRA!**

száz- tíz- ezer száz tíz egy  
ezer ezer

..... Ft

--	--	--	--	--	--

000000 – 999900 – ápolásra költött összeg (százásra kerekítve)

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

**Most arról fogom kérdezni, hogy az elmúlt 7 napban milyen és mennyi testmozgást végzett. Kérem, minden kérdésre válaszoljon, még akkor is, ha nem tartja magát különösebben aktívnak. Ne csak a szabadidős kirándulásokra és sportolásra gondoljon, hanem minden olyan testmozgásra is, amit a munkája részeként szokott végezni, illetve minden otthoni, házkörűli munkára is. Számítsa bele azt is, ha nem gépkocsival vagy tömegközlekedési eszközzel ment valahová, hanem ehelyett pl. gyalog, kerékpáron, stb.**

**ADD ÁT A 35. KÁRTYÁT!**

**Most kérem, próbálja meg végiggondolni, hogy az elmúlt hét napban milyen intenzív testmozgást végzett. Kérem, csak azokra az esetekre gondoljon, amikor LEGALÁBB 10 PERCIG megszakítás nélkül végzett intenzív testmozgást.**

**35. Az elmúlt 7 napban hány olyan nap volt, amikor intenzív testmozgást végzett? Kérem, figyeljen rá, hogy csak a LEGALÁBB 10 PERCIG TARTÓ MOZGÁSRA vonatkozik a kérdés!**

..... nap

0 – Egyszer sem ----- > **TOVÁBB A 37. KÉRDÉSRE!**

8 – Nem tud válaszolni ----- > **TOVÁBB A 37. KÉRDÉSRE!**

9 – Nem kíván válaszolni ----- > **TOVÁBB A 37. KÉRDÉSRE!**

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

36/a Hány órát?    
..... óra

36/b Hány percet?    
..... perc

88 – Nem tud válaszolni

99 – Nem kíván válaszolni

**A 35. KÁRTYA MARAD!**

**Most kérem, próbálja meg végiggondolni, hogy az elmúlt hét napban milyen mérsékelt testmozgást végzett. Kérem, a gyaloglást ne számolja. Ezúttal is megkérem, hogy csak azokra a tevékenységekre gondoljon, amelyeket alkalmanként LEGALÁBB 10 PERCIG végzett megszakítás nélkül.**

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

..... nap

0 – Egyszer sem ----->TOVÁBB A 39. KÉRDÉSRE!

8 – Nem tud válaszolni ----->TOVÁBB A 39. KÉRDÉSRE!

9 – Nem kíván válaszolni ----->TOVÁBB A 39. KÉRDÉSRE!

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

38/a Hány órát?    
..... óra

38/b Hány percet?    
..... perc

88 – Nem tud válaszolni

99 – Nem kíván válaszolni

**Most arra kérem, vegye számba, hogy az elmúlt 7 nap során mennyit gyalogolt. Kérem, vegye számba a munkahelyén és az otthonában való járás-kelest, a közlekedés során való gyaloglást, és a pihenésként, sportból, vagy kikapcsolódásként tett sétákat.**

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

..... nap

0 – Egyszer sem ----- > TOVÁBB A 41. KÉRDÉSRE!

8 – Nem tud válaszolni ---- >TOVÁBB A 41. KÉRDÉSRE!

9 – Nem kíván válaszolni -->TOVÁBB A 41. KÉRDÉSRE!

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

40/a Napi hány órát

..... óra

40/b Napi hány percet

..... perc

88 – Nem tud válaszolni

99 – Nem kíván válaszolni

**41. Milyen magas Ön cipő nélkül?**

..... cm

888 – Nem tud válaszolni

999 – Nem kíván válaszolni

**42. Mekkora a testsúlya ruha és cipő nélkül?**

..... kg

888 – Nem tud válaszolni

999 – Nem kíván válaszolni

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

1 – Igen, naponta

2 – Igen, hetente néhányszor----->TOVÁBB A 45. KÉRDÉSRE!

3 – Igen, havonta néhányszor----->TOVÁBB A 46. KÉRDÉSRE!

4 – Ritkábban, mint havonta----->TOVÁBB A 47. KÉRDÉSRE!

5 – Régebben dohányzott, de már leszokott----->TOVÁBB A 49. KÉRDÉSRE!

6 – Nem, soha nem dohányzott ----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!

8 – Nem tud válaszolni ----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!

9 – Nem kíván válaszolni----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!

**44. Körülbelül hány cigarettát szív el NAPONTA?**

1 – Kevesebb, mint egy csomaggal (20 szál alatt)----->TOVÁBB A 47. KÉRDÉSRE!

2 – Körülbelül egy csomaggal (20 szál) ----->TOVÁBB A 47. KÉRDÉSRE!

3 – Körülbelül két csomaggal (40 szál) ----->TOVÁBB A 47. KÉRDÉSRE!

4 – Körülbelül három csomaggal (60 szál) ----->TOVÁBB A 47. KÉRDÉSRE!

5 – Több mit három csomaggal (több mint 60 szál) ---->TOVÁBB A 47. KÉRDÉSRE!

6 – Nem cigarettát szív----->TOVÁBB A 47. KÉRDÉSRE!

8 – Nem tud válaszolni----->TOVÁBB A 47. KÉRDÉSRE!

9 – Nem kíván válaszolni----->TOVÁBB A 47. KÉRDÉSRE!

**45. Körülbelül hány cigarettát szív el HETENTE?**

- 1 – Kevesebb, mint egy csomaggal (20 szál alatt) ----->TOVÁBB A 47. KÉRDÉSRE!  
2 – Körülbelül egy csomaggal (20 szál) ----->TOVÁBB A 47. KÉRDÉSRE!  
3 – Körülbelül két csomaggal (40 szál) ----->TOVÁBB A 47. KÉRDÉSRE!  
4 – Körülbelül három csomaggal (60 szál) ----->TOVÁBB A 47. KÉRDÉSRE!  
5 – Több mit három csomaggal (több mint 60 szál) ---->TOVÁBB A 47. KÉRDÉSRE!  
6 – Nem cigarettát szív----->TOVÁBB A 47. KÉRDÉSRE!
- 
- 8 – Nem tud válaszolni----->TOVÁBB A 47. KÉRDÉSRE!  
9 – Nem kíván válaszolni----->TOVÁBB A 47. KÉRDÉSRE!

**46. Körülbelül hány cigarettát szív el HAVONTA?**

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

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

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

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

- 1 – Igen----->TOVÁBB AZ 50. KÉRDÉSRE!   
2 – Nem----->TOVÁBB AZ 50. KÉRDÉSRE!
- 
- 8 – Nem tud válaszolni----->TOVÁBB AZ 50. KÉRDÉSRE!  
9 – Nem kíván válaszolni----->TOVÁBB AZ 50. KÉRDÉSRE!

**49. Mikor hagyta abba a dohányzást?**

- 1 – Kevesebb, mint 1 éve  
..... éve
- 

- 88 – Nem tud válaszolni  
99 – Nem kíván válaszolni

**50. Mennyi idős volt, amikor elkezdett RENDSZERESEN dohányozni?**

..... éves

--	--

01 – Sohasem dohányzott rendszeresen

88 – Nem tud válaszolni

99 – Nem kíván válaszolni

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

51.1. – munkahelyen

51.1/a. Hány órát?

..... óra

--	--

51.1/b. Hány percet?

..... perc

--	--

51.2. – otthon

51.2/a. Hány órát?

..... óra

--	--

51.2/b. Hány percet?

..... perc

--	--

51.3. – szabadidejében otthonán kívül

51.3/a. Hány órát?

..... óra

--	--

51.3/b. Hány percet?

..... perc

--	--

88 – Nem tud válaszolni

99 – Nem kíván válaszolni

**A felmérés olyan kérdéseket is tartalmaz, amelyekre néhány embernek talán kényelmetlen szóban válaszolni. Azonban a kutatás eredményessége miatt fontos, hogy ezekre a bizalmasabb kérdésekre is választ kapjunk. Ezeket a kérdéseket ebben a füzetben gyűjtöttük össze.**

**ADD ÁT AZ ÖNKITÖLTŐS KÉRDŐÍVET!**

**Kérem, hogy ezekre a kérdésekre a válaszait ebben a füzetben jelölje. Ha a kitöltés közben bármilyen kérdése lenne, természetesen nyugodtan tegye fel nekem.**

**Köszönöm. Most folytassuk szóban!**

**52. Dolgozik-e jelenleg? (Munka alatt értünk minden LEGALÁBB HETI EGY ÓRÁBAN VÉGZETT kereső tevékenységet, függetlenül attól, hogy van-e mellette más jogviszony, pl. tanuló vagy nyugdíjas.)**

1 – Igen----->TOVÁBB AZ 54. KÉRDÉSRE!

2 – Nem----->KÉRDEZD AZ 53. KÉRDÉST, AZTÁN TOVÁBB A 61. KÉRDÉSRE!

8 – Nem tud válaszolni ----->TOVÁBB A 61. KÉRDÉSRE!

9 – Nem kíván válaszolni----->TOVÁBB A 61. KÉRDÉSRE!

**ADD ÁT AZ 53. KÁRTYALAPOT!**

**53. Kérem, válassza ki a kártyalapról, hogy mi az oka annak, hogy jelenleg nem dolgozik!**

01 – Munkanélküli, nem talál munkát----->TOVÁBB AZ 53/1 KÉRDÉSRE!

02 – GYES, GYED, GYET

03 – Sorkatona vagy polgári szolgálatot teljesít

04 – Öregségi, özvegyi nyugdíjas

05 – Rokkantnyugdíjas

06 – Tanuló vagy felsőoktatási hallgató

07 – Háztartásbeli

08 – Segítő családtag

09 – Jövedelmeiből él

10 – Szociális segílyt kap, egyéb eltartott, családja támogatja

11 – Ápolási díjban részesül

55 –Egyéb

88 – Nem tud válaszolni

99 – Nem kíván válaszolni

**53/1 Mióta munkanélküli / nem talál munkát?**

53/1/a. – hónap

53/1/b. – nap

88 – Nem tud válaszolni

99 – Nem kíván válaszolni

**HA VÁLASZOLT AZ 53. KÉRDÉSRE, KITÖLTÉS UTÁN TOVÁBB A 61. KÉRDÉSRE!**

**Két kérdést szeretnék feltenni a jelenlegi munkájáról. Az első a munkájának jellegére, a második a foglalkozására, illetve munkahelyi beosztására vonatkozik.**

**54. Ön .....**

- 1 – Alkalmazott teljes munkaidőben
  - 2 – Alkalmazott részmunkaidőben
  - 3 – Saját vállalkozásban dolgozik
  - 4 – Alkalmi munkákból, megbízásokból él
- 
- 8 – Nem tud válaszolni
  - 9 – Nem kíván válaszolni

**A LEHETŐ LEGPONTOSABBAN ÍRD LE, AMIT A KÉRDEZETT VÁLASZOLT, MAJD A KÁRTYALAP SEGÍTSÉGÉVEL A KÉRDEZETT SOROLJA BE MAGÁT. UTÁNA KARIKÁZD BE A MEGFELELŐ KÓDOT!**

**HA AZ 54.-ES KÉRDÉSBEN A 3. VÁLASZT JELÖLTE MEG, ADD ÁT AZ 55/A KÁRTYALAPOT!**

**55. Mi a foglalkozása, beosztása?**

Foglalkozás: .....

**55/a. Önálló, vállalkozók** (tulajdonos, résztulajdonos)

- 01 – mezőgazdasági gazdálkodó----->**TOVÁBB AZ 56. KÉRDÉSRE!**
- 02 – termelő tevékenységet folytat----->**TOVÁBB AZ 56. KÉRDÉSRE!**
- 03 – kereskedő----->**TOVÁBB AZ 56. KÉRDÉSRE!**
- 04 – szolgáltató----->**TOVÁBB AZ 56. KÉRDÉSRE!**
- 05 – szellemi szabadfoglalkozású----->**TOVÁBB AZ 56. KÉRDÉSRE!**

**ADD ÁT AZ 55/B KÁRTYALAPOT!**

**55/b. Alkalmazottak** (nem a saját vállalkozásában dolgozik)

*Vezető:*

- 06 – felső vezető (oszt. vezető felett)
- 07 – középvezető (oszt. vezető)
- 08 – alsó szintű vezető (oszt. vezető alatt)
- 09 – közvetlen termelésirányító (művezető)

*Beosztott szellemi:*

- 10 – diplomához kötött
- 11 – nem diplomához kötött

*Beosztott fizikai:*

- 12 – szakmunkás (nem mezőgazdasági)
- 13 – betanított munkás (nem mezőgazdasági)
- 14 – segédmunkás (nem mezőgazdasági)
- 15 – mezőgazdasági fizikai

- 
- 55 – Egyéb, nem tudja kódolni
  - 88 – Nem tud válaszolni

**56. Mióta dolgozik a jelenlegi foglalkozásában, beosztásában?**1 – Kevesebb mint egy éve-----> **TOVÁBB A 60. KÉRDÉSRE!**

2 – Egy – öt éve

3 – Öt – tíz éve

4 – Több mint tíz éve

8 – Nem tud válaszolni -----> **TOVÁBB A 60. KÉRDÉSRE!**9 – Nem kíván válaszolni-----> **TOVÁBB A 60. KÉRDÉSRE!****ADD ÁT AZ 57/58. KÁRTYALAPOT!****57. A mindennapi munkája során általában milyen mértékben van lehetősége:**

	Teljes mértékben	Részben	Kis mértékben	Egyáltalán nem	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
<b>57.1 az elvégzendő munka mennyiségét meghatározni?</b>	1	2	3	4	8	9
<b>57.2 saját munkatempóját meghatározni?</b>	1	2	3	4	8	9
<b>57.3 mások munkáját, tevékenységét befolyásolni?</b>	1	2	3	4	8	9

**AZ 58. KÉRDÉSNÉL IS AZ 57/58. KÁRTYALAPOT HASZNÁLD!****58. Mennyire ért egyet az alábbi állításokkal?**

	Teljes mértékben	Részben	Kis mértékben	Egyáltalán nem	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
<b>58.1 A munkámat általában el tudom végezni a munkaidőmben</b>	1	2	3	4	8	9
<b>58.2 A munkám sok feszültséggel és stresszel jár.</b>	1	2	3	4	8	9
<b>58.3 A munkám során jelentős mértékű fizikai megterhelésnek vagyok kitéve.</b>	1	2	3	4	8	9

**ADD ÁT AZ 59. KÁRTYALAPOT!**

**59. Mit gondol, melyek azok a munkájával kapcsolatos fizikai /kémiai tényezők, amelyek Ön szerint veszélyt jelentenek az egészségére? (Több válasz is megjelölhető.)**

	Igen	Nem	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
<b>59.1 Légszennyezés, gázok, oldószerek</b>	1	2	8	9
<b>59.2 Egyéb vegyi anyagok</b>	1	2	8	9
<b>59.3 Por</b>	1	2	8	9
<b>59.4 Rázkódás</b>	1	2	8	9
<b>59.5 Sugárzás</b>	1	2	8	9
<b>59.6 Alacsony vagy magas légnyomás</b>	1	2	8	9
<b>59.7 Zajszint</b>	1	2	8	9
<b>59.8 Magas vagy alacsony hőmérséklet</b>	1	2	8	9
<b>59.9 Fényviszonyok, számítógépes monitor</b>	1	2	8	9
<b>Egyéb:</b> ..... .....	1	2	8	9

**60. Mennyire tart Ön állásának elvesztésétől?**

1 – Nagy mértékben tartok tőle

2 – Kis mértékben tartok tőle

3 – Egyáltalán nem tartok tőle

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

**Most a lakáskörülményeivel kapcsolatban szeretnék feltenni néhány kérdést.**

**A FÉL SZOBA EGY SZOBÁNAK SZÁMÍT!**

**61. Hány szobás a lakás a konyha, a fürdőszoba, az előszoba és a mellékhelyiségek nélkül?**

.....szoba

01 – 76 Szobák száma

77 – Csak egy helyiségből áll a lakás

88 – Nem tud válaszolni

99 – Nem kíván válaszolni

Kérem, most gondoljon arra a környékre, ahol lakik, vagyis a lakóhelyére.

**62. Mióta él a jelenlegi lakóhelyén?**

- 1 – Egy éve vagy annál kevesebb ideje
- 2 – Két-három éve
- 3 – Négy-kilenc éve
- 4 – Tíz éve vagy régebben

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

**ADD ÁT A 63. KÁRTYALAPOT!**

**63. Kérem, mondja meg, hogy mennyire ért egyet az alábbi állításokkal!**

	Teljes mértékben	Részben	Nem értek egyet	Egyáltalán nem értek egyet	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
<b>63.1 Szeretek ezen a környéken élni.</b>	1	2	3	4	8	9
<b>63.2 Ezen a környéken biztonságban érzem magam.</b>	1	2	3	4	8	9
<b>63.3 Ezen a környéken az emberek törődnek egymással.</b>	1	2	3	4	8	9
<b>63.4 Ezen a környéken van megfelelő szolgáltatás a gyermekek részére, pl. játszótér, óvoda, iskola.</b>	1	2	3	4	8	9
<b>63.5 Ezen a környéken jó a tömegközlekedés.</b>	1	2	3	4	8	9
<b>63.6 A magamfajta embernek ezen a környéken jó lehetősége van a szabadidő eltöltésére.</b>	1	2	3	4	8	9

**64. Az elmúlt 12 hónapban esett-e Ön bűncselekmény áldozatául a lakóhelyén, például megtámadták, vagy kirabolták?**

- 1 – Igen
- 2 – Nem

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

Sok tudományos bizonyíték van arra, hogy az anyagi helyzet jelentősen befolyásolja az egészséget. Ezért fontos számunkra, hogy a felmérés alapján minél pontosabban meg tudjuk határozni a megkérdezettek anyagi helyzetét. Ezt az információt, csakúgy, mint a többi, bizalmasan kezeljük, és kizárólag arra fogjuk használni, hogy megállapítsuk az anyagi helyzet és az egészségi állapot tudományos összefüggéseit. Ismételten szeretném felhívni a figyelmét, hogy a kérdőív bármelyik pontjára vonatkozóan megtagadhatja a választ, ebben az esetben csak azokat a kérdéseket fogják kiértékelni, amelyekre Ön válaszolt.

Kérem, figyeljen arra, hogy a következő kérdések nem kizárólag az Ön személyére, hanem az Ön háztartására, a háztartásban együtt élő személyek összességére vonatkoznak. Az Ön háztartásában együtt élő személyeknek azokat tekintjük, akik Önnel EGY LAKÁSBAN élnek, részben vagy egészben KÖZÖS JÖVEDELEMBŐL élnek, gazdálkodnak. Azokat az Önnel ROKONI KAPCSOLATBAN NEM álló személyeket is a háztartás tagjainak tekintjük, akik megfelelnek a felsorolt feltételeknek.

**65. Milyenek ítéli az Önök anyagi helyzetét?**

- 5 – Nagyon jó
- 4 – Jó
- 3 – Megfelelő
- 2 – Rossz
- 1 – Nagyon rossz

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

**66. Kérem, becsülje meg, hogy mennyi az Önök háztartásába tartozó személyek havi nettó össz-jövedelme, azaz összesen mekkora pénzüsszezből gazdálkodhatnak havonta?**

**AZ ÖSSZJÖVEDELEM ÖSSZEGÉT KERÉKÍTSD SZÁZASOKRA!**

tízmillió millió száz- tíz- ezer száz tíz egy  
ezer ezer

..... Ft

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

00000000 – 99999900 Összjövedelem (százásra kerekítve)

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

**67. Az Önök tulajdonában vagy tartós használatában hány gépkocsi van?**

- 1 – Egy
- 2 – Kettő vagy több
- 3 – Egy sincs ----->TOVÁBB A 69. KÉRDÉSRE!

- 8 – Nem tud válaszolni ----->TOVÁBB A 69. KÉRDÉSRE!
- 9 – Nem kíván válaszolni----->TOVÁBB A 69. KÉRDÉSRE!

**68. Rendelkeznek Önök készpénz megtakarítással (pl. takarékbetéttel), részvényvel, kötvénnyel, egyéb értékpapírral vagy életbiztosítással?**

1 – Igen

2 – Nem ----->TOVÁBB A 70. KÉRDÉSRE!

8 – Nem tud válaszolni ----->TOVÁBB A 70. KÉRDÉSRE!

9 – Nem kíván válaszolni ----> TOVÁBB A 70. KÉRDÉSRE!

**ADD ÁT A 69. KÁRTYALAPOT!**

**69. Mennyire becsüli az Önök tulajdonában lévő megtakarítások összesített értékét?**

1 – Legfeljebb 1 ezer forint

2 – Legfeljebb 10 ezer forint

3 – Legfeljebb 100 ezer forint

4 – Több, mint 100 ezer forint

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

**70. Van-e az Önök háztartásában...?**

	Van	Nincs	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
<b>70.1 Videómagnó</b>	1	2	8	9
<b>70.2 Mosógép</b>	1	2	8	9
<b>70.3 Mosogatógép</b>	1	2	8	9
<b>70.4 Személyi számítógép</b>	1	2	8	9
<b>70.5 Fényképezőgép</b>	1	2	8	9
<b>70.6 Mobiltelefon</b>	1	2	8	9
<b>70.7 Mikrohullámú sütő</b>	1	2	8	9
<b>70.8 HI-FI torony</b>	1	2	8	9

**71. Szedett-e vagy kapott-e az elmúlt KÉT HÉT folyamán rendszeresen receptre vagy a nélkül kapható bármilyen gyógyszert, beleértve a fogamzásgátlót vagy bármilyen gyógyhatású készítményt, például gyógyteát, vitamint, cseppeket?**

1 – Igen

2 – Nem ----->TOVÁBB A 85. KÉRDÉSRE!

8 – Nem tud válaszolni ----->TOVÁBB A 85. KÉRDÉSRE!

9 – Nem kíván válaszolni ----->TOVÁBB A 85. KÉRDÉSRE!

**Kérem, mutassa meg a szedett gyógyszer, vagy gyógyszerek dobozát, vagy ha nincs meg, akkor az azokra vonatkozó orvosi dokumentációt! (Zárójelentést, receptet, stb.)**

<b>72. A gyógyszer neve:</b>	A gyógyszer nevét <b>NAGY NYOMTATOTT</b> betűkkel írd!		
<b>73. Hatóanyag-tartalom:</b>	<p align="center"><b>Keresd a dobozon!</b></p> <p align="center">Úgy írd be, ahogy a dobozra van írva! (Ha a dobozon 500 mg van, ne írd 0,5 g-ot!)</p> <p align="center">Lehetséges egységek a dobozon: gramm, milligramm, mikrogramm, egység-E, millió E, MIU, milliegység, milliliter.</p>		1-100.000.000– Bevihető érték 77777 – Nem megállapítható
<b>74. Kiszerezés:</b>	<p><b>75. Keresd a dobozon!</b></p> <p><i>Írd be, hogy a doboz hány db tablettát, kapszulát, injekciót, tapaszt tartalmaz, ill. folyékony gyógyszernél hány ml-t vagy grammot, poroknál hány grammot.</i></p>		
<b>76. Gyógyszerforma:</b>	01 – Tabletta 02 – Kapszula 03 – Injekció 04 – Csepp 05 – Kenőcs 06 – Tea	07 – Por (bevett) 08 – Kanalas gyógyszer 09 – Hintőpor 10 – Kúp 11 – Spray (belégzésre) 12 – Spray (külsőleg)	13 – Tapasz 14 – Szemcsepp 15 – Folyékony gyógyszer (külsőleg) 16 – Implantátum 17 – Egyéb
<b>77. A gyógyszerzedés oka:</b>	01 – Magas vérnyomás 02 – <i>Emésztőszervi (gyomor, bél, epe) panaszok</i> 03 – Szívpanaszok, szívbetegség 04 – Alvásproblémák 05 – Nyugtalanság, szorongás, idegesség	06 – Depresszió, kedvetlenség, rossz hangulat 07 – Fejfájás 08 – Egyéb fájdalmak 09 – Csont-izületi panasz 10 – Allergia 11 – Légzőszervi betegség	12 – Magas koleszterinszint 13 – Cukorbetegség 14 – Daganatos betegség 15 – Egyéb 88 – Nem tud válaszolni 99 – Nem kíván válaszolni
<b>78. A szedett mennyiség</b>	Gyógyszerenként csak az <b>egyik</b> alábbi oszlop töltendő ki!		<p align="center"><b>naponta összesen</b> (naponta szedett tablettá, kapszula és injekció, stb.)</p> <p align="center"><b>hetente összesen</b> (hetente szedett tablettá, kapszula és injekció, stb.)</p> <p align="center"><b>havonta összesen</b> (havonta szedett tablettá, kapszula és injekció, stb.)</p>
<b>79. Orvosi javaslatra szedi-e?</b>	1 – Igen 2 – Nem	8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni	
<b>80. Két hónapnál régebben szedi-e?</b>	1 – Igen 2 – Nem	8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni	
<b>81. Ha nem, mióta?</b>	.....napja		

	82. A gyógyszer neve: <i>A gyógyszer nevét NAGY NYOMTATOTT betűkkel írd!</i>	83. Hatóanyag-tartalom:	84. Kiszerelés:	85. Gyógyszer-forma:	86. A gyógyszer-szedés oka:	87. A szedett mennyiség			88. Orvosi javaslatra szedi-e?	89. Két hónapnál régebben szedi-e?	90. Ha nem, mióta? .....napja
						87.1. naponta összesen	87.2. hetente összesen	87.3. havonta összesen			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											

**91. Előfordult-e, hogy elfelejtette bevenni a gyógyszerét?**

1 – Igen

2 – Nem

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

**92. Előfordult-e, hogy nemtörődömségből nem vette be a gyógyszerét?**

1 – Igen

2 – Nem

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

**93. Előfordult-e, hogy amikor javulást észlelt egészségi állapotában, abbahagyta a gyógyszer szedését?**

1 – Igen

2 – Nem

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

**94. Előfordult-e, hogy amikor rosszabbodást észlelt egészségi állapotában, abbahagyta a gyógyszer szedését?**

1 – Igen

2 – Nem

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

**Most szeretnék feltenni néhány kérdést az Ön táplálkozásával kapcsolatban.**

**ADD ÁT A 95. KÁRTYALAPOT!**

**95. A kártyalapon felsoroltak közül melyik étrendet követi Ön célzatosan? Ha az Ön étrendje több kategóriába is besorolható, azt a kategóriát válassza ki, amelyet a legjellemzőbbnek tart!**

**EGY VÁLASZTÁS LEHETSÉGES!**

01 - Cukorbetegség diétája

02 - Sószegény étrend

03 - Energiaszegény (kalóriaszegény) étrend (fogyókúra)

04 - Energiagazdag (kalóriadús) étrend

05 - Fehérjeszegény étrend

06 - Fehérjegazdag étrend

- 07 - Zsírsegény étrend
- 08 - Epekímélő étrend
- 09 - Gyomorkímélő étrend
- 10 - Rostdús étrend
- 11 - Vegetáriánus
  - Vegán étrend
  - Makrobiotikus étrend
  - Lakto-ovo vegetáriánus
  - Szemi- vegetáriánus
- 12 - Lisztérzékeny diéta
- 13 - Tejérzékeny diéta
- 14 - Semmilyen étrendet nem követ
- 88 – Nem tud válaszolni
- 99 – Nem kíván válaszolni

--	--

**96. Hetente hányszor szokott Ön....?**

<b>96.1 Reggelizni</b>	....	0 – Soha
<b>96.2 Ebédelni</b>	....	0 – Soha
<b>96.3 Vacsorázni</b>	....	0 – Soha

--	--

--	--

--	--

- 88 – Nem tud válaszolni
- 99 – Nem kíván válaszolni

<b>ADD ÁT A 97. KÁRTYALAPOT!</b>
----------------------------------

**97. Az elmúlt NÉGY hét során milyen gyakran evett akár friss gyümölcsöt akár nyers zöldséget?**

- 1 – Naponta többször
- 2 – Naponta
- 3 – Két-három naponta
- 4 – Hetente
- 5 – Ritkábban, mint hetente
- 6 – Egyáltalán nem fogyasztott

--

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

**98. Önök otthon a főzéshez leggyakrabban...**

- 1 – Olajat
  - 2 – Zsírt / szalonnát
  - 3 – Olajat és zsírt vegyesen
  - 4 – Vajat vagy
  - 5 – Margarint használnak
  - 6 – Egyiket sem
  - 7 – Nem főznek/sütnek otthon
- 
- 8 – Nem tud válaszolni
  - 9 – Nem kíván válaszolni



ADD ÁT A 99. KÁRTYALAPOT!

**99. Kérjük, jelölje meg, hogy az utóbbi 3 hónapot tekintve milyen gyakran fogyasztotta a következő élelmiszereket?**

Élelmiszer	1	2	3	4	0	8	9
Baromfihús (pl. csirke, pulyka)	1	2	3	4	0	8	9
Hal, halkonzerv	1	2	3	4	0	8	9
Sajt, túró	1	2	3	4	0	8	9
Tej, savanyított tejtermék (pl. tejes italok, kefir, joghurt, tejföl)	1	2	3	4	0	8	9
Tojás	1	2	3	4	0	8	9
Nyers gyümölcs (friss vagy mirelit)	1	2	3	4	0	8	9
Nyers zöldség (friss, mirelit vagy savanyúság)	1	2	3	4	0	8	9
Főzelékfélék főzve, párolva, egyéb módon elkészítve	1	2	3	4	0	8	9
Hüvelyesek (pl. bab, sárgaborsó, lencse)	1	2	3	4	0	8	9
Olajos magvak (pl. dió, mák, mogyoró, napraforgó, mandula)	1	2	3	4	0	8	9
Graham-, magvas, barna kenyér	1	2	3	4	0	8	9

- 1 – Naponta
  - 2 – Hetente 4-6-szor
  - 3 – Hetente 1-3-szor
  - 4 – Ritkábban, mint hetente
  - 0 – Soha
- 
- 8 – Nem tud válaszolni
  - 9 – Nem kíván válaszolni

**Köszönöm a türelmét, köszönöm, hogy válaszolt a kérdésekre!**

Sorszám helye:

**ÖNKITÖLTŐS KÉRDŐÍV**  
**TELEPSZERŰ KÖRÜLMÉNYEK KÖZÖTT ÉLŐK**  
**EGÉSZSÉGFELMÉRÉSE**

2004. június-augusztus

**DEBRECENI EGYETEM, ORVOS- ÉS EGÉSZSÉGTUDO-**  
**MÁNYI CENTRUM NÉPEGÉSZSÉGÜGYI ISKOLA**

*Ha a kérdések kitöltésekor bármilyen probléma felmerül, kérjük, forduljon bizalommal a kérdezőhöz! Az értékelhetőség miatt kérjük, minden kérdésre válaszoljon! Felhívjuk figyelmét, hogy a kérdőív bármelyik pontjára vonatkozóan külön is megtagadhatja a választ, ebben az esetben csak azokat a kérdéseket fogják kiértékelni, amelyekre Ön válaszolt.*

---

1. Az alábbiakban felsoroltunk néhány olyan problémát, amellyel az emberek a mindennapi életben találkozhatnak. Kérjük, figyelmesen olvassa át az állításokat, és tegyen egy keresztet az „IGEN” alatt lévő négyzetbe, ha **MOST** úgy gondolja, hogy érvényes Önre. Ha úgy érzi, az állítás **NEM** érvényes Önre, tegyen egy keresztet a „NEM” alatt lévő négyzetbe. **KÉRJÜK, MINDEN KÉRDÉSRE VÁLASZOLJON!** Ha bizonytalan abban, hogy igennel vagy nemmel válaszoljon, azt a választ jelölje meg, amit pillanatnyilag **INKÁBB** igaznak gondol.

IGEN NEM

1.1. Folyton fáradt vagyok.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

1.2. Éjjelente fájdalmaim vannak.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

1.3. Minden lehangol.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

IGEN NEM

1.4. Elviselhetetlen fájdalmaim vannak.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

1.5. Altató nélkül nem tudok elaludni.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

1.6. Már nem is emlékszem, milyen érzés örülni valaminek.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

IGEN NEM

1.7. Túlságosan feszült vagyok.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

1.8. Minden mozdulat fájdalmat okoz.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

1.9. Magányosnak érzem magam.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

IGEN NEM

1.10. Nehezemre esik a mozgás, ezért csak a lakáson belül járkálok.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

1.11. Nehezemre esik lehajolni.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

1.12. Minden megerőltető számomra.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

	IGEN	NEM
1.13. Reggelente túlságosan korán ébredek fel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.14. Egyáltalán nem tudok járni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.15. Nehezen tudok kapcsolatot teremteni az emberekkel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IGEN	NEM
1.16. Lassan telnek a napok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.17. Problémát okoz a lépcsőn járás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.18. Nehezemre esik a tárgyakért nyúlni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IGEN	NEM
1.19. Fájdalmat okoz a járás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.20. Mostanában könnyebben elvesztem a türelmemet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.21. Úgy érzem, nem tartozom senkihez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IGEN	NEM
1.22. Szinte egész éjszaka álmatlanul forgolódom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.23. Úgy érzem, nem tudok uralkodni az érzelmeimen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.24. Az állás fájdalmat okoz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IGEN	NEM
1.25. Nehezemre esik felöltözni és levetkőzni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.26. Hamar elfáradok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.27. Nehezemre esik hosszabb ideig egy helyben állni (pl. mosogatás, buszra várás).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IGEN	NEM
1.28. Állandó fájdalmaim vannak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.29. Sokáig tart, míg el tudok aludni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.30. Úgy érzem, mások terhére vagyok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	IGEN	NEM
1.31. Éjjelente az aggodalomtól nem tudok aludni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.32. Úgy érzem, nem érdemes élni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.33. Éjszaka rosszul alszom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IGEN	NEM
1.34. Nehezen jövök ki az emberekkel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.35. Lakáson kívül csak segítséggel tudok járni (pl. bottal, járókerettel vagy kíséreléssel).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IGEN	NEM
1.36. Fájdalmat okoz a lépcsőn járás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.37. Rosszkedvűen ébredek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.38. Fájdalmat okoz az ülés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

*Az alábbi kérdések megválaszolása során kérjük, karikázza be a felsorolt lehetőségek közül az Önre legmegfelelőbbnek érzett válaszhoz tartozó betűjelet.*

**2. Milyen gyakran fordul elő, hogy elcsöppen a vizelete, vagy bepil / bevizel?**

- a. soha
- b. ritkábban, mint havonta
- c. havonta
- d. hetente
- e. egyáltalán nem tudom visszatartani a vizeletem

---

**3. A családom, a barátaim és az ismerőseim**

- a. egyáltalán nem szereznek örömet nekem,
- b. nem szereznek annyi örömet nekem, mint szeretném,
- c. annyi örömet szereznek nekem, mint szeretném.

**4. A családom, a barátaim és az ismerőseim**

- a. egyáltalán nem szeretnek engem,
- b. nem szeretnek engem annyira, mint szeretném,

- c. annyira szeretnek engem, amennyire szeretném.

**5. A családomra, a barátaimra és az ismerőseimre szükség esetén**

- a. egyáltalán nem számíthatok,
- b. nem számíthatok annyira, mint szeretném,
- c. teljes mértékben számíthatok.

**6. A családom, a barátaim és az ismerőseim szükség esetén**

- a. egyáltalán nem gondoskodnának rólam,
- b. nem gondoskodnának rólam annyira, mint szeretném,
- c. teljes mértékben gondoskodnának rólam.

**7. A családom, a barátaim és az ismerőseim**

- a. egyáltalán nem fogadnak el olyannak, milyen vagyok,
- b. nem teljesen fogadnak el olyannak, milyen vagyok,
- c. teljesen elfogadnak olyannak, milyen vagyok.

**8. A családom, a barátaim és az ismerőseim azt, hogy fontos része vagyok az életüknek**

- a. egyáltalán nem éreztetik velem,
- b. nem éreztetik velem annyira, mint szeretném,
- c. teljes mértékben éreztetik velem.

**9. A családom, a barátaim és az ismerőseim**

- a. egyáltalán nem támogatnak és bátorítanak,
- b. nem támogatnak és bátorítanak annyira, mint szeretném,
- c. teljes mértékben támogatnak és bátorítanak.

**10. A munkahelyemen**

- a. egyáltalán nem kapok támogatást és segítséget a kollégáimtól,
- b. nem támogatnak és segítenek annyira a kollégáim, mint szeretném,
- c. teljes mértékben támogatnak és segítenek a kollégáim.
- d. Nem dolgozom munkahelyen.

---

**11. Szokott-e Ön alkohol tartalmú italt (mint például sör, bor, pálinka) fogyasztani?**

- a. igen
- b. nem ----- > *Kérjük, folytassa a 18. kérdéssel!*

**12. Körülbelül milyen gyakran fogyasztott alkoholt az elmúlt 12 hónapban?**

- a. minden nap vagy majdnem minden nap
- b. hetente 3-4 alkalommal
- c. hetente 1-2 alkalommal
- d. havonta 1-3 alkalommal----- > *Kérjük, folytassa a 14. kérdéssel!*

- e. ritkábban mint havonta ----- > **Kérjük, folytassa a 14. kérdéssel!**
- f. nem ivott alkoholtartalmú italt az elmúlt egy évben----- > **Kérjük, folytassa a 18. kérdéssel!**

**13. Az elmúlt héten mennyi alkoholtartalmú italt fogyasztott egy-egy nap? Kérjük, minden napra vonatkozóan írja be a táblázatba, hány dl sört, bort vagy röviditalt fogyasztott.**

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

**14. Most néhány olyan problémát sorolunk fel, amelyek alkoholfogyasztás következményei lehetnek. Kérjük, jelölje meg (karikázza be), hogy az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran került Ön az alábbi helyzetekbe alkoholfogyasztást követően!**

**Vita, veszekedés**

- a. soha
- b. egyszer vagy kétszer
- c. háromszor vagy többször

**Verekedés**

- a. soha
- b. egyszer vagy kétszer
- c. háromszor vagy többször

**Sérülés vagy baleset**

- a. soha
- b. egyszer vagy kétszer
- c. háromszor vagy többször

**Pénz vagy más értéktárgyak elvesztése**

- a. soha
- b. egyszer vagy kétszer
- c. háromszor vagy többször

**Ruházat vagy valamilyen tárgy megsérülése**

- a. soha
- b. egyszer vagy kétszer

- c. háromszor vagy többször

**Ittas vezetés**

- a. soha
- b. egyszer vagy kétszer
- c. háromszor vagy többször

**Megbánt valamit, amit mondott vagy tett**

- a. soha
- b. egyszer vagy kétszer
- c. háromszor vagy többször

**15. Milyen gyakran fordulnak elő Önnel az alábbiakban felsorolt dolgok?**

**Szokott-e Ön gyakrabban alkoholt fogyasztani, mint szeretné?**

- a. soha
- b. nagyon ritkán
- c. néha-néha
- d. gyakran

**Szokott-e Ön több alkoholt fogyasztani, mint amennyit éppen szeretne?**

- a. soha
- b. nagyon ritkán
- c. néha-néha
- d. gyakran

**Milyen gyakran fordul elő Önnel, hogy nem képes abbahagyni az ivást, ha egyszer elkezdte?**

- a. soha
- b. nagyon ritkán
- c. néha-néha
- d. gyakran

**16. Előfordult-e Önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy**

**barátai azt gondolták, hogy Önnek kevesebb alkoholt kellene innia, vagy jobban oda kellene figyelnie az ivásra?**

- a. igen
- b. nem

**valaki Önhöz közelálló személy kritizálta Önt az alkoholfogyasztás miatt?**

- a. igen
- b. nem

**figyelmeztette Önt az orvos, hogy túl sok alkoholt iszik?**

- a. igen
- b. nem

**a munkatársai kritizálták Önt az alkoholfogyasztás miatt?**

- a. igen
- b. nem
- c. nincsenek munkatársai

**a házastársa / élettársa / partnere elhagyta Önt vagy fenyegetőzött a szakítással az alkoholfogyasztás miatt?**

- a. igen
- b. nem
- c. nincs házastársa/élettársa/partnere

**17. Érezte-e Ön az elmúlt 12 hónapban hogy az alkohol segített Önnek megoldani az Önhöz közelállókka kapcsolatos problémáit?**

- a. igen
- b. nem

**jobban kifejezni az érzéseit, mint általában?**

- a. igen
- b. nem

**közelebb kerülni valakihez a másik nem képviselői közül?**

- a. igen
- b. nem

**megoldani a munkájával kapcsolatos problémáit?**

- c. igen
- d. nem

**szórakoztatóbbnak, szellemesebbnek lenni?**

- a. igen
- b. nem

**mások társaságában feloldódni, megszabadulni a gátlásoktól?**

- a. igen
- b. nem

**jobban megismerni valakit?**

- a. igen
- b. nem

**jól szórakozni?**

- a. igen
- b. nem

---

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

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

**18. Képes volt-e figyelni arra, amit éppen csinált?**

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

**19. Érezte-e, hogy gondjai miatt képtelen volt kialudni magát?**

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

**20. Hasznosnak érezte-e magát?**

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

**21. Képesnek érezte-e magát arra, hogy döntéseket hozzon?**

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

**22. Állandóan feszültnek érezte-e magát?**

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

**23. Érezte-e, hogy képes legyőzni a nehézségeit?**

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

**24. Képes volt-e örömet lelteni mindennapi tevékenységeiben?**

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

**25. Képes volt-e megküzdeni problémáival?**

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

- d. sokkal kevésbé volt képes, mint általában

**26. Boldogtalannak, vagy lehangoltnak, depressziósnak érezte-e magát?**

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

**27. Elvesztette-e az önbizalmát?**

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

**28. Gondolt-e úgy önmagára, mint értéktelen emberre?**

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

**29. Mindent egybevéve, eléggé boldognak érezte-e magát?**

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

---

**30. Tervez-e a jövőben gyermeket? (Amennyiben Ön/párja jelenleg terhes, kérem jelölje be az „igen”-t!**

- a. igen
- b. nem-----→ *Kérjük, folytassa a 32. kérdéssel!*

**31. Ha tervez, hányat?**

--	--

**32. Tudomása szerint van-e Önnek vagy párjának olyan egészségi problémája, vagy volt olyan műtétje, ami nehezíti vagy lehetetlenné teszi, hogy gyermeke szülessen, ha szeretné? (Kérjük ne vegye figyelembe azokat a műtéti beavatkozásokat, amelyek célja a nem kívánt terhesség elkerülése, vagyis a sterilizáció!)**

- a. igen
- b. nem
- c. életkorom miatt már nem vállalhatok gyermeket

---

*Kérjük, hogy a következő 3 kérdésre csak a hölgyek válaszoljanak, az urak pedig folytassák a 36-os kérdéssel!*

**33. Volt-e Önnek terhesség megszakítása?**

- a. igen
- b. nem -----→ *Kérjük, folytassa a 36. kérdéssel!*

**34. Hány terhesség megszakítása volt?**

alkalommal

**35. Hány éves volt, amikor az első terhesség megszakítása történt?**

éves

**36. Az elmúlt 12 hónap folyamán igénybe vett-e bármilyen egészségügyi ellátást?**

- a. igen
- b. nem -----> *Kérjük, folytassa a 39. kérdéssel!*

**37. Tapasztalt-e az ellátás során hátrányos megkülönböztetést, diszkriminációt az Ön személyével kapcsolatban?**

- a. igen
- b. nem ----- > *Kérjük, folytassa a 39. kérdéssel !*

**38. Mit gondol, miért érte Önt diszkrimináció, hátrányos megkülönböztetés? Több válasz is megjelölhető!**

- a. életkora miatt
- b. neme miatt
- c. nemzetisége, etnikai hovatartozása, vagy bőrszíne miatt
- d. egészségi állapota miatt
- e. testi fogyatékosága miatt
- f. testi adottságai, például kövérsége, soványsága miatt
- g. megjelenése, például öltözete, ruházata, viselkedése miatt
- h. kevés pénze miatt, például nem tudott, vagy csak kevés hálapénzt tudott adni
- i. társadalmi helyzete miatt
- j. egyéb okok miatt

**39. Kérjük, most gondolja át, hogy melyek azok a szervezetek vagy csoportok, amelyek tevékenységében Ön részt vesz. Ennél a kérdésnél természetesen nem csak egy választ jelölhet meg, ha több csoportban tevékenykedik, akkor többet is!**

- a. Politikai párt vagy szervezet
- b. Szakszervezet
- c. Valamilyen érdekvédelmi, környezetvédelmi csoport
- d. Iskolai vagy szülői-tanári szervezet
- e. Vallásos csoport vagy egyházi szervezet
- f. Polgárőr csoport
- g. Alapítvány vagy más civil szervezet
- h. Öregek klubja, fiatalok klubja

- i. Társasági klub
- j. Sport szakosztály
- k. Művészeti csoport
- l. Egyéb csoport vagy szervezet
- m. Egyik szervezetben vagy csoportban sem veszek részt

*Jelölje meg, hogy melyik állítással ért egyet az alábbiak közül. Kérjük, a választás során a családtagjait ne vegye számításba!*

**40. Ön szerint általában meg lehet bízni az embereken, vagy óvatosnak kell lennünk másokkal?**

- a. Meg lehet bízni az embereken
- b. Óvatosnak kell lennünk másokkal

**41. Ön szerint általában az emberek megpróbálnak segíteni másokon, vagy csak magukkal törődnek?**

- a. Megpróbálnak segíteni másokon
- b. Csak magukkal törődnek

**42. Az emberek általában megpróbálják kihasználni Önt, vagy inkább becsületesek?**

- a. Megpróbálnak kihasználni
- b. Inkább becsületesek

**43. Milyen gyakran érzi a következőket?**

**Úgy érzem, hogy életem egy nagyobb terv része**

- a. Gyakran
- b. Ritkán
- c. Soha

**Értékeim és hitem vezetnek a mindennapjaimban**

- a. Gyakran
- b. Ritkán
- c. Soha

**Életemnek nem sok értelme van**

- a. Gyakran
- b. Ritkán
- c. Soha

*Köszönjük a türelmét! Kérjük, ellenőrizze, hogy minden kérdést megválaszolt-e, majd adja vissza a kitöltött kérdőívet a kérdezőnek!*

## 9.2. Beleegyezési nyilatkozat

Sorszámmatrica helye:

### BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT A TELEPSZERŰ KÖRÜLMÉNYEK KÖZÖTT ÉLŐK EGÉSZSÉGFELMÉRÉSÉBEN VALÓ RÉSZVÉTELÉRŐL

*Kijelentem, hogy a Debreceni Egyetem Orvos és- Egészségtudományi Centrum Népegészségügyi Iskola által megbízott kérdezőbiztos ismertette velem az Egészségfelmérésről a következőket:*

A Népegészségügyi Iskola az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Intézetének közreműködésével kérdőíves egészségfelmérést szervez. Az esetek mintegy 5%-ában a kérdőív felvételén az ÁNTSZ Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Intézete részéről még egy személy is részt vesz, hogy ellenőrizze a kérdés szakmai és etikai korrektségét. A kérdőív a lakosság egészségéről és életmódjáról, az egészséget befolyásoló tényezőkről, az egészségügyi kiadásokról és más, az egészségüggyel kapcsolatos kérdésekről, valamint a lakosság táplálkozási szokásairól szól. A felmérés abban segít, hogy megértsük, melyek azok a dolgok, amelyek leginkább befolyásolják az emberek egészségét. A kérdőívvel gyűjtött adatok alapján lehet majd tervezni és szervezni a lakosság egészségmegőrzését, egészségügyi ellátását. Ezért végezzük ezt a kérdőíves felmérést, ehhez kéri az Ön közreműködését.

Az Ön háztartását egy mintavételi eljárással választottuk ki, a Népegészségügyi Iskola adatbázisából. A kutatásban való részvétele önkéntes, Ön a részvételt minden hátrányos következmény nélkül visszautasíthatja. A beleegyezés megadása után is bármikor lehetősége van a részvételtől elállni. Ezen túlmenően a kérdőív bármelyik pontjára vonatkozóan külön is megtagadhatja a választ, ebben az esetben csak azokat a kérdéseket fogják kiértékelni, amelyekre Ön válaszolt. Ha bármilyen kérdése van, felteheti közvetlenül a kérdezőbiztosnak, vagy kapcsolatba léphet az ÁNTSZ Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Intézetével, vagy a vizsgálat vezetőjével, dr. Kósa Zsigmonddal.

A felmérésben az Ön személyére vonatkozó információt titkosan kezelik. A felmérésben résztvevők személyiségi jogait védelmező törvényi előírásoknak megfelelően az Ön adataihoz semmilyen személy, vagy hatóság nem férhet hozzá az Ön engedélye nélkül. A személyét azonosító információt – mint például a nevét és lakcímét – nem tartalmazza a kérdőív, így még a kutatók sem fogják tudni az Ön válaszait személye szerint azonosítani. A személyes adatait tartalmazó eredeti dokumentumot az illetéktelenek hozzáférést kizáró biztonsági rendszabályok betartásával tárolják, és öt év múlva megsemmisítik.

A fentiekre az is garanciát nyújt az Ön számára, hogy a kutatást etikai szempontból az Egészségügyi Tudományos Tanács, adatvédelmi szempontból pedig az adatvédelmi ombudsman engedélyezte és ellenőrzi.

*Megértettem a Népegészségügyi Iskola képviselője által a fenti kérdésekről adott információkat és sajátkezű aláírással igazolom, hogy **önként veszek részt** a vizsgálatban. Tudomásul veszem, hogy minden indoklás nélkül, bármikor elállhatok a vizsgálatban való részvételi szándékomtól, és ez nem jelent számomra semmiféle hátrányt a későbbiekben. Teljes mértékben elégedett vagyok az adatgyűjtéssel kapcsolatos tájékoztatással és az ebben való részvétellel kapcsolatos esetleges kérdéseimre adott válaszokkal.*

**Aláírás dátuma: 2004.**

Résztevő aláírása: \_\_\_\_\_ Kérdezőbiztos aláírása: \_\_\_\_\_

Résztevő neve: \_\_\_\_\_ Kérdezőbiztos neve: \_\_\_\_\_  
(nyomatott betűkkel) (nyomatott betűkkel)

*Köszönjük, hogy beleegyezett a felmérésben való részvételbe. Ha hozzájárul ahhoz, hogy a közeljövőben esetleg ismét felkeressük egy hasonló vizsgálatban való részvétel céljából, kérjük, tegyen X-et következő négyzetbe!*

## **10. Az értekezést megalapozó közlemények**

**Health of the inhabitants of Roma settlements in Hungary – a comparative health survey**

Zsigmond Kósa<sup>1</sup>, György Széles<sup>2</sup>, László Kardos<sup>2</sup>, Karolina Kósa<sup>2</sup>, Renáta Németh<sup>3</sup>, Sándor Országh<sup>3</sup>, Gabriella Fésűs<sup>2</sup>, Martin McKee<sup>4</sup>, Róza Ádány<sup>2</sup>, Zoltán Vokó<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Szabolcs-Szatmár-Bereg county office of the National Public Health and Medical Officers Service

<sup>2</sup> School of Public Health, Medical and Health Science Centre, University of Debrecen,

<sup>3</sup> Johan Béla National Center for Epidemiology,

<sup>4</sup> London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT,

**Abstract**

**Objectives** We compared the health of people living in Roma settlements with that of the general population in Hungary.

**Methods** We performed comparative health interview surveys in 2003-2004 on representative samples of the Hungarian population and inhabitants of Roma settlements.

**Results** Above age 44 years 10% more people living in Roma settlements reported their health as bad or very bad than in the lowest income quartile of the general population. Of those who used any health services 35% of Roma persons and 4.4% of the general population experienced some kind of discrimination. The proportion of persons who thought that they could do much for their own health was 13-15% less; heavy smoking and unhealthy diet were 1.5-3 times more prevalent in Roma settlements than in the lowest income quartile of the general population.

**Conclusions** People living in Roma settlements experience severe social exclusion, which profoundly affects their health. Besides tackling the socio-economic roots of poor health of Roma people, specific public health interventions including health education and health promotion programs are needed.

**Keywords**

health surveys, health status, health behavior, health services, gypsies

## Introduction

The processes leading to enlargement of the European Union in May 2004 focused unprecedented attention on the plight of the Roma, or Gypsy people in central and eastern Europe.<sup>1, 2</sup> The Roma, a people who moved from northern India into Europe between the ninth and fourteenth centuries, number between 5 and 10 million people and are the European Union's largest minority group. Within the EU the majority of the Roma population lives in the new member states, in particular Hungary and Slovakia.<sup>3</sup> The number of Roma living in the USA was estimated to be between 200,000 and 500,000 in the early 1970s.<sup>4</sup> The first group of Roma to migrate to the USA was transported as slaves.<sup>5</sup>

Researchers have documented in detail the poor conditions in which Roma people live, the discrimination they face, and the problems they confront when trying to access services.<sup>6</sup> Numerous studies show that the Roma people suffer high levels of many diseases<sup>7, 8</sup> but there is remarkably little systematic research on how the health of this population compares with the majority populations in the countries in which they live.<sup>9</sup>

There is also considerable difficulty in defining the Roma population. It is characterized by great diversity in language and dialect, culture, religion and social class<sup>10</sup> and some Roma have assimilated and intermarried with the majority populations, although many still live apart from the majority population.

The cultural inaccessibility of the Roma population poses difficulties in research on their health. The strong sense of 'otherness' plays an important role in the inaccessibility.<sup>11-13</sup> The widespread fear among ethnic minorities in Europe that – regardless of their legal status – ethnic statistics will be misused adds to the difficulties.<sup>14</sup> For this reason, the registration of ethnic identity is strictly regulated in most European countries. Fear of legal challenges and misunderstanding of data protection laws in many countries have resulted in a dearth of reliable statistical data on the number of Roma in Europe.

Another problem is that, while many studies have documented poor health among Roma people, few have compared this with the majority population, an important omission given the generally poor health in this region, characterised by high premature mortality mainly due to cardiovascular diseases, cancer, chronic liver diseases and accidents. Although life expectancy has been increasing for a decade in Hungary, of the current 25 EU member states only Estonia, Latvia, and Lithuania had lower figures than Hungary where male life expectancy was 68.4 years in 2003. Hungarian women had the second lowest figure of 76.8 years in 2003.

We describe a study that seeks to overcome some of the difficulties that have faced earlier researchers.

First, it uses an innovative approach to identify that section of the Roma population that is most vulnerable. Second, it incorporates an explicit comparison with the majority population. Third, the design, conduct, and interpretation of the study were fully participative, involving representatives of the Roma population at all stages.

#### Methods

The data used in this study were obtained from two surveys that were designed to be comparable and were conducted only six months apart. The first, focusing on the general Hungarian adult population, is the National Health Interview Survey. The second is a specific survey of the adult population living in Roma settlements in three counties of north-eastern Hungary, the part of the country with the highest Roma population.

#### **National Health Interview Survey 2003**

This survey was designed to capture detailed information on the self-reported health status of the non-institutionalised Hungarian adult population, as well as the main behavioural and socio-economical determinants of health.<sup>15</sup>

The study population was randomly selected from the Central Data Processing, Registration and Election Office's registry using two-stage sampling. In the first stage, communities (cities, towns and villages) were stratified by county and by community size. Within counties, communities were chosen with a sampling probability proportional to size. Individuals were then selected at random from the selected communities. To maximise the cost-effectiveness of the field work, a minimum of 10 individuals was chosen from each community selected.

Interviews were performed in the fall of 2003 by field workers experienced in interview techniques who had received additional training on health survey techniques.

#### **Roma Health Survey**

The poor living conditions in which some Roma people live, frequently on the outskirts of towns and villages and in sub-standard accommodation, means that it is relatively straightforward to identify locations in which Roma people are concentrated. This study took advantage of this opportunity. Between 2001 and 2003, a detailed environmental survey was undertaken in three counties in which the Roma population is greatest, identifying all such settlements (in which the population is almost exclusively Roma) and recording the number of people living in them.<sup>16</sup> While noting the uncertainty in the size of the overall Roma population, it is estimated that about 6-

10% of Roma people live in such settlements.<sup>16, 17</sup>

These settlements were mapped and the resulting plot was used as the basis for the health survey reported here. The primary sampling unit was each grouping of four or more households falling into this category. Collectively, approximately 62,000 persons lived in the Roma settlements in these counties (of a total population of the counties of 1,877,243). The survey sought to capture representative data on 1,000 persons living in these settlements who were aged 18 or over.

A two stage sampling process was employed, with towns and villages in the three counties with identified settlements being selected randomly, households were then selected using the random walk method, based on a map of the settlement.<sup>18</sup> All adults in the household selected were interviewed by the interviewers, who were all Roma people who had undergone training in survey methods. Interviews were performed from May till August 2004.

### **Questionnaire**

The questionnaires used in the two surveys were almost identical, allowing direct comparison of the results.<sup>19</sup>

The analysis presented here uses data on general self-reported health status including functionality and self-perceived health, utilisation of health services, health behaviour, and socio-economic status.

As far as possible, internationally recommended survey tools were used. Most questions were interviewer-administered; some sensitive areas such as alcohol consumption, social support and discrimination were included in a self administered section of the questionnaire.

Self-reported health was assessed using a standard five-item question recommended by WHO to measure perceived health.<sup>20</sup> For this analysis the categories good and very good were combined, as were bad and very bad. Functional limitation was assessed by the question "Do you have any complaints, injuries, diseases that limit your everyday activities, such as working, shopping, managing your life, playing sports or keeping contact with other people?" Height and weight were self-reported and body mass index (BMI) was calculated as the body weight (kg) divided by the square of the height (m<sup>2</sup>). BMI was categorised as abnormally thin BMI < 18.5 kg/m<sup>2</sup>, normal BMI 18.5-24.99 kg/m<sup>2</sup>, overweight BMI 25-29.99 kg/m<sup>2</sup>, obese BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>, in accordance with WHO guidelines.

Data on cigarette smoking, alcohol consumption, and social support were derived from answers given to multiple-questions modules. For alcohol, frequency, quantity and type of consumption were asked. Consumption was categorized as heavy drinking (more than 7 standard drinks – a standard drink was defined as 12 grams of pure ethanol – per week or more than 3 standard drinks on any day for women; more than 14 standard drinks per week or more than 5 standard drinks on any day for men), moderate drinking (weekly consumption but less

than heavy drinking), occasional drinking (consumption less often than weekly), and abstinence.<sup>21, 22</sup> The instrument recommended by the EUROHIS project of WHO for assessing smoking in population surveys was used.<sup>20</sup> An instrument used in Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain was adapted to measure social support.<sup>23</sup>

### **Data analysis**

We estimated the prevalence of the key variables in the two target populations. We applied weights to correct for the unequal probability of selection and for non-response as well as to perform post-stratification by age, gender and community size in the national survey. We calculated the 95 percent confidence intervals (CI) of the prevalence estimates taking into account the sampling design, using the svy module in the statistical program Stata 6.0.

Mean household equivalent monthly income was calculated as the mean total household income per month divided by the square root of the number of persons in the household. We estimated the prevalence of key variables for the lowest equivalent monthly income quartile in the general population, too.

All analyses were stratified by age and gender. The age categories were defined as 18-29, 30-44, 45-64 years.

### **Results**

5,072 of the planned 7,000 interviews were completed in the National Health Interview Survey. Fifteen per cent of participants selected could not be located during the period of field work, 8% refused to participate, and 4% were unable to participate for other reasons. Data from the 4,121 persons younger than 65 years were included in the analysis.

969 interviews were completed successfully in the Roma Health Survey, 12 persons refused to participate, 19 interviews were incomplete (96.9% response rate). 936 persons were younger than 65 years; data from them were included in the analysis.

As expected, the participants in the Roma survey had less education, were less likely to be employed, and had much lower income, worse living conditions and weaker social support than the general population (Table 1). The mean household equivalent of Roma people was somewhat higher than that of people in the lowest income quartile in the general population. On the other hand, they were much less educated and the proportion of

active workers was much lower among them (Table1).

The self-reported health status of people living in Roma settlements was much worse than the self-reported health status of the general population. Of those living in Roma settlements, substantially fewer people reported their health as good or very good and many more reported their health bad or very bad; at age 30-44 years 18% (95% CI 14-23%), at age 45-64 years 50% (95% CI 44-57%) whereas 8.4% (95% CI 6.9-10%) and 25% (95% CI 23-27%) in the general population. In the lowest income quartile of the general population these estimates were 20% (95% CI 15-25%) and 40% (35-45%).

Similarly, at ages 30 years and beyond the prevalence of functional limitation was higher among women living in settlements, due to the very high frequency of severe functional limitation (Figure 1). The result was similar in the lowest income quartile in the general population. Among men, there was practically no difference in the prevalence of any limitation; however, the prevalence of severe functional limitation in men aged 30 years or more was higher among Roma people and among people with the lowest income.

Roma persons were less likely to use health services than was the general population (Table 2). The difference was especially marked in the proportion of persons who consulted a specialist and in the proportion of those who attended a dentist in the previous 12 months. There was no significant difference in the proportion of persons who had a hospital stay in the previous 12 months. Despite the existence of an universal screening programme in Hungary, only 25% of Roma women aged 45-64 years had undergone mammography within the previous two years. Use of health services by the Roma population was similar to that of those in the lowest income quartile in the general population.

35% (95% CI 33-37%) of Roma persons and 4.4% (95% CI 3.7-5.1%) of the general population reported some kind of discrimination related to health service use. The corresponding figure was 6.7% (95% CI 5.0-9.0%) in the lowest income quartile of the general population. 69% (95% CI 62-75%) of Roma persons who reported discrimination attributed it to their ethnicity or skin colour, and 18% (95% CI 13-24%) attributed it to their social status. The corresponding figures were 6.0% (95% CI 3.3-11%) and 5.0% (2.7-9.1%) in the general population.

There was a large difference between the two populations in the proportion of subjects who thought that they could do much or very much to promote their own health. In the general population the proportions were 88% (95% CI 86-90%), 80% (95% CI 77-82%), and 66% (95% CI 64-69%) in the age groups of 18-29, 30-44, 45-64 years respectively, whereas the corresponding figures were 68% (95% CI 64-73%), 53% (95% CI 48-

59%), and 39% (95% CI 33-46%) in the Roma population, and 73% (95% CI 66-79%), 66% (95% CI 60-72%) and 53 (95% CI 48-58%) in the lowest income quartile in the general population.

Table 3 shows that the prevalence of smoking more than 20 cigarettes per day was 2-5 times higher among the Roma population than in the general population. The prevalence of smoking was considerably higher among Roma people above age 30 years than in the lowest income quartile in the general population. Roma persons were younger than the general population when they started smoking, with the mean age at initiation 15.9 years (95% CI 15.7-16.2) among Roma persons aged 18-34 years, 16.2 years (95% CI 15.8-16.5) in the age group 35-44 years, and 16.6 years (95% CI 14.3-19.0) in persons aged 45-64 years. The corresponding figures were 17.3 years (95% CI 17.1-17.5), 19.0 years (95% CI 18.7-19.3), and 21.0 years (20.0-21.9) in the general population.

There were no large differences in the overall prevalence of moderate and heavy drinking between Roma people and the general population, although the pattern varied by age, with a somewhat higher prevalence of heavy drinking among Roma men aged 18-29 years, and a lower prevalence among them at age 30 years and above (Table 3). Abstinence had a higher prevalence among Roma men (Table 3).

The distribution of body weight was broadly similar in the two populations, except that obesity tended to be slightly less frequent in Roma women in all age groups. Turning to diet, there was a stark contrast between the Roma and the general population. The proportion of persons who generally use vegetable oil to cook with and eat fresh fruits and vegetable daily was much higher in the general population even compared to the lowest income quartile (Table 3).

## Discussion

Any attempt to assess the health of the Roma people in central Europe faces the fundamental problem noted in the introduction of how to define the population. Yet it is important that this difficulty is not used as an excuse not to attempt to quantify the burden of ill health that they face.

The need to tackle this gap has become especially pressing because of the priority now being given to improving the situation of the Roma population in this region, exemplified by the attention given to this issue in the negotiations leading up to European Union accession, the establishment of the Decade of Roma Inclusion,

an initiative involving the World Bank, European Union, and Open Society Institute along with many Roma non-governmental organisations, and related initiatives by organisations such as the United Nations Development Programme (UNDP). Specific programs aiming to improve the health of Roma people exist in Hungary. The latest governmental decree on integrating the Roma of Hungary prescribed a number of tasks to be implemented for improving the quality of life of Roma, such as the elimination or remodelling of settlements. In the framework of the National Public Health Program funding has been dedicated to research into the health and social problems of the Roma as well as to various training activities to improve the attitude of health and social care workers towards this minority. Furthermore, many NGOs work with Roma communities in the country, most of them focusing on health education.

Although there have been previous surveys of the health and living conditions of the Roma population, most notably a series undertaken by the UNDP,<sup>24</sup> this is the first study designed explicitly to compare the health of the Roma population with their majority neighbours. The UNDP survey examines living conditions, beliefs and attitudes but few that are directly related to health.

The present survey of Roma people here suffers from one obvious limitation, that it is not representative of the overall Hungarian Roma population. By design it excludes those Roma that are, to various degrees, assimilated with the majority population. However, given the unwillingness of many people to self-define their ethnicity as Roma, this is a constraint that will be very difficult to overcome. An inevitable consequence is that the Roma Health Survey captures the characteristics of the most disadvantaged section of the Roma population. This is, however, the group whose needs are the most important to understand from a policy perspective.

It is also important to note that the National Health Interview Survey will have included some people who are Roma. However, the difficulty with self-defined ethnicity means that it is not possible to exclude them from the sample for the purposes of analysis. It is, however, possible that their inclusion will dilute the true difference between the populations.

A further limitation is that, as the age distribution of the Roma population was younger than in the National Health Interview Survey, it would have been desirable to have stratified the sample using narrow age categories to avoid confounding by age. However, the relatively small number of persons involved in the Roma Health Survey precluded doing so and it is very unlikely that residual confounding by age within the age categories used could have affected our results substantially. In addition, although persons older than 64 were included in the

surveys, the very low numbers in the Roma Health Survey precluded their inclusion in the analysis. Finally, as in any survey based on self-report, the data on alcohol consumption must be interpreted with caution.

The study of those living in Roma settlements did, however, have some important strengths. The high response rate – facilitated by the employment of Roma field workers and participation of community leaders at all stages in the survey – coupled with the sampling method used, suggests that the findings are likely to be representative of those living in such settlements. The use of identical questionnaires in both surveys ensures comparability; pretesting did not give any cause to believe that questions would be interpreted differently by the two populations.

This comparison reveals that people living in Roma settlements have much poorer health than the general population. At age 45-64 their self-reported health status was even worse than in the lowest income quartile in the general population. The lifestyles of people living in Roma settlements are also less conducive to future health, as measured by rates of smoking and low consumption of fruit and vegetables even when compared to the lowest socio-economic quartile of the general population. Despite their high burden of ill-health, they also face barriers in accessing health services, in particular preventive interventions and specialist care. This is consistent with extensive evidence of such barriers to care reported in qualitative studies, in part reflecting poorer access as Roma settlements are often underserved by essential services and, where they exist, they are often difficult to staff. However, a further important factor is the high frequency with which Roma respondents describe experiencing direct discrimination when seeking care, again consistent with many qualitative studies as well as accounts in the media.

While this analysis provides a basic description of how the health of the population living in Roma settlements in Hungary differs from the majority population, it is of course only a first step in understanding the substantial inequality in health between the Roma and majority population. Further analyses are beyond the scope of this initial paper but the simple comparison of health, health behaviour and health service use of Roma people with that of those in comparable socio-economic conditions in the general population revealed specific Roma disadvantages in health behaviour and ethnic discrimination.

It is also relevant to report on some findings of the environmental survey that served as a basis for identifying the Roma settlements. These were often characterised by illegal garbage deposits and an absence of drainage, gas mains, and paved roads. Some settlements were without electricity or mains water. Many settle-

ments are built on ground that becomes waterlogged after rainfall. These settlements pose substantial health hazards to those living there.<sup>16</sup>

In summary, our study provides strong quantitative evidence of the poor health of a section of the Roma people, and highlights the necessity for developing appropriate multi-sectoral interventions that will help them to achieve their full health potential. Besides tackling the socio-economic roots of poor health of Roma people, specific public health interventions including health education and health promotion programs are needed. The training of community health workers of Roma origin – as recommended in the National Public Health Program – should be continued. Involvement of these health workers in public health service can increase the efficiency of public health programs in Roma communities.

#### References

1. European Commission. Directorate General for Employment and Social Affairs. *The situation of Roma in an enlarged European Union*. Brussels: Commission of the European Communities, 2004.
2. Ringold D, Orenstein MA, Wilkens E. *Roma in an expanding Europe*. Washington DC: World Bank, 2003.  
Available from:  
<http://lnweb18.worldbank.org/ECA/ECSHD.nsf/docbyid/EDF5EC59184222F8C1256D4F0053DA41?OpenDocument&Start=1&Count=5>
3. McKee M, Adany R, MacLehose L: Health status and trends in candidate countries. In: McKee M, MacLehose L, Nolte E, eds. *Health policy and European Union enlargement. European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Maidenhead: Open University Press, 2004:24-42.
4. Sutherland A. *Gypsies: The Hidden Americans*. London: Macmillan, 1975.
5. Hancock I. *The Pariah Syndrome: An account of Gypsy Slavery and Persecution*. Ann Arbor: Karoma, 1975.
6. Zoon I. *On the margins: Roma and public services in Romania, Bulgaria, and Macedonia*. New York: Open Society Institute, 2001.
7. Koupilová I, Epstein H, Holcík J, Hajioff S, McKee M. Health needs of the Roma population in the Czech and Slovak Republics. *Soc Sci Med*. 2001;53:1191-1204.
8. Kósa K, Lénárt B, Ádány R. Health status of the Roma population in Hungary [in Hungarian]. *Orvosi Hetilap*. 2002;143:2419-2426.

9. Hajioff S, McKee M. The health of the Roma people: a review of the published literature. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:864-869.
10. Crowe DM. *A history of the gypsies of Eastern Europe and Russia*. London: I.B.Tauris Publishers, 1995.
11. Fonseca I. *Bury me standing – The Gypsies and their journey*. New York: Vintage, 1996.
12. Ladányi J, Szelényi I. Who is Gypsy [in Hungarian]? *Kritika*, 3-6. 1997.
13. Ladányi J, Szelényi I. On the objectivity of ethnic classification [In Hungarian]. *Kritika*, 33-35. 1998.
14. Krizsán A ed. *Ethnic Monitoring and Data Protection: The European Context*. Budapest: INDOK (Human Rights Information and Documentation Center), 2001.
15. *National Health Interview Survey 2003, Hungary – Executive update*. Budapest: Johan Béla National Center for Epidemiology; 2004 [cited 2005 Jan 25]. Available from:  
<http://efrirk.antsz.hu/oek/egeszsegstat/NatHealthIntervSurvey2003.pdf>
16. *Environmental health hazards of ethnic minorities living in colonies* [in Hungarian]. A project report (KKF/1645/2000) to the Ministry of Environment of the Republic of Hungary. Debrecen: School of Public Health, University of Debrecen, 2001.
17. Kemény I, Janky B, Lengyel G. *Roma in Hungary, 1971-2003* [in Hungarian]. Budapest: Gondolat Kiadó-MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézet, 2004.
18. Milligan P, Njie A, Bennett S. Comparison of two cluster sampling methods for health surveys in developing countries. *Int J Epidemiol* 2004;33:469-476.
19. *Questionnaire of the National Health Interview Survey 2003*. Budapest: Johan Béla National Center for Epidemiology; 2004 [cited 2005 March 11]. Available from the European Health Interview & Health Examination Surveys Database:  
[https://www.iph.fgov.be/hishes/print.cfm?page=questionssurvey&sessionid=HISHES\\_37816\\_65780320&hisheaderid=132](https://www.iph.fgov.be/hishes/print.cfm?page=questionssurvey&sessionid=HISHES_37816_65780320&hisheaderid=132)
20. Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. *Health interview surveys towards international harmonization of methods and instruments*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1996.

21. *Are Women More Vulnerable on Alcohol Effects? Alcohol Alert*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1999 (46).
22. Vik PW, Culbertson KA, Sellers K. Readiness to change drinking among heavy drinking college students. *J Stud Alcohol*. 2000;61:674-680.
23. Meltzer H, Gill B, Petticrew M, Hinds K. *The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households*. OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain. Report 1. London: HMSO, 1995.
24. United Nations Development Programme. *Avoiding the dependency trap*. New York: UNDP, 2002.

Table 1. Major characteristics of the socio-economic status among persons living in settlements and in the general population

	People living in Roma settlements			People in lowest income quartile			General population		
	18-29 years	30-44 years	45-64 years	18-29 years	30-44 years	45-64 years	18-29 years	30-44 years	45-64 years
only primary education (%)	73 (68, 77)	80 (75, 84)	87 (82, 91)	43 (36, 50)	44 (38, 50)	50 (45, 56)	16 (14, 19)	17 (15, 20)	29 (26, 32)
active worker (%)	17 (14, 21)	22 (18, 27)	11 (7, 16)	18 (12, 27)	40 (32, 49)	24 (19, 30)	62 (59, 65)	79 (76, 81)	53 (51, 56)
mean household equivalent income per month (euro)	170 (160, 180)	161 (153, 169)	159 (150, 168)	143 (138, 148)	146 (142, 151)	150 (146, 154)	332 (316, 348)	307 (293, 321)	300 (290, 309)
perceived financial status									
very bad(%)	20 (16, 24)	18 (14, 23)	26 (20, 32)	8.7 (5.4, 14)	14 (10, 18)	16 (13, 20)	2.3 (1.5, 3.4)	4.2 (3.2, 5.4)	5.3 (4.3, 6.5)
bad (%)	40 (35, 45)	43 (38, 49)	39 (33, 46)	31 (25, 38)	34 (29, 40)	36 (31, 40)	13 (11, 16)	16 (14, 18)	20 (18, 22)
living in a one-room flat (%)	11 (8, 14)	12 (9, 16)	15 (10, 20)	17 (13, 23)	15 (11, 21)	15 (12, 19)	8.7 (7.0, 11)	7.5 (5.9, 9.5)	6.4 (5.3, 7.9)
lack of social support (%)	24 (20, 28)	27 (22, 32)	24 (19, 30)	16 (11, 22)	20 (15, 25)	23 (19, 28)	11 (9, 13)	15 (13,18)	14 (12, 15)

Numbers are estimated proportions (%) or means in the populations (95% confidence intervals).

Table 2. Health service utilisation in the previous 12 months

	People living in Roma settlements			General population		
	18-29 years	30-44 years	45-64 years	18-29 years	30-44 years	45-64 years
<b>Women</b>						
use of any services	65% (58, 71)	62% (55, 70)	78% (69, 85)	74% (70, 77)	73% (69, 76)	80% (78, 83)
contact with family physician	70% (64, 76)	71% (63, 77)	86% (78, 91)	62% (59, 65)	62% (59, 65)	77% (75, 79)
consulting a specialist	51% (44, 58)*	42% (35, 50)*	58% (49, 67)	68% (64, 72)*	68% (64, 71)*	69% (66, 72)
dental service	44%(38, 51)*	33% (26, 41)*	32% (24, 41)	61% (57, 65)*	50% (46, 54)*	39% (36, 43)
in-patient service†	11% (7.6, 16)	14% (9.2, 20)	17% (11, 25)	16% (14, 20)	13% (11, 16)	18% (15, 20)
gynaecologist appointment in the previous 5 years	90% (85, 93)	82% (75, 87)*	62% (53, 71)*	90% (87, 92)	92% (89, 94)*	86% (84, 87)*
mammography in the previous 2 years	8.0% (5.0, 13)	15% (10, 21)	25% (18, 34)	8.5% (6.3, 11)	24% (20, 27)	70% (67, 74)*
<b>Men</b>						
use of any services	42% (35, 49)*	48% (40, 56)*	67% (57, 75)	60% (56, 64)*	61% (57, 65)*	72% (68, 75)
contact with family physician	48% (41, 55)*	51% (43, 59)*	74% (65, 81)	67% (63, 71)*	68% (64, 71)*	73% (71, 75)
consulting a specialist	22% (16, 28)*	23% (17, 31)	42% (34, 52)	38% (33, 42)*	35% (31, 38)	51% (47, 54)
dental service	38% (31, 45)	26% (20, 34)*	21% (14, 29)	42% (37, 46)	40% (36, 44)*	30% (27, 34)
in-patient service*	3.1% (1.4, 6.8)	9.8% (5.9, 16)	23% (16, 31)	5.9% (4.1, 8.4)	7.7% (5.8, 10)	17% (15, 20)

Numbers are estimated proportions (%) in the populations (95% confidence intervals). \*

The 95% confidence intervals of the estimates in the Roma population and in the general population do not overlap

Table 3. Prevalence (%) of health determinants

	People living in Roma settlements			People in lowest income quartile			General population		
	18-29 years	30-44 years	45-64 years	18-29 years	30-44 years	45-64 years	18-29 years	30-44 years	45-64 years
<b>WOMEN</b>									
<b>cigarette smoking</b>									
never	40 (34, 47)	22 (17, 29)	32 (24, 41)*	43 (34, 52)	36 (28, 45)	55 (48, 61)*	53 (49, 57)	47 (42, 51)	56 (53, 59)
former	9.2 (5.9, 14)	12 (7.6, 18)	13 (7.6, 20)	6.6 (3.3, 13)	8.1 (4.7, 14)	13 (9.1, 19)	12 (9.2, 15)	12 (9.4, 14)	16 (14, 19)
moderate†	26 (20, 32)	17 (12, 23)	12 (6.9, 19)	26 (19, 34)	31 (24, 40)	19 (14, 24)	24 (21, 27)	24 (21, 28)	19 (17, 22)
heavy‡	25 (20, 32)	49 (42, 57)*	44 (35, 54)*	25 (18, 32)	25 (18, 32)*	14 (9.7, 19)*	12 (9.5, 15)	18 (15, 21)	8.5 (7.0, 10)
<b>alcohol consumption</b>									
abstinent	83 (77, 88)	82 (76, 88)*	91 (84, 95)*	81 (73, 88)	66 (58, 74)*	71 (65, 77)*	57 (53, 61)	55 (51, 59)	61 (57, 65)
occasional	14 (10, 20)	13 (8.3, 19)*	7.3 (3.7, 14)	17 (11, 26)	28 (21, 36)*	19 (14, 25)	36 (32, 40)	35 (31, 39)	26 (23, 29)
moderate	1.5 (0.5, 4.5)	3.1 (1.3, 7.3)	0.9 (0.1, 6.2)	1.6 (0.4, 6.0)	4.3 (2.0, 9.2)	6.4 (3.8, 11)	4.4 (2.8, 6.6)	7.5 (5.6, 10)	11 (8.8, 13)
heavy	1.0 (0.2, 3.9)	1.9 (0.6, 5.7)	0.9 (0.1, 6.2)	0.0	1.4 (0.4, 5.4)	3.3 (1.6, 6.9)	2.7 (1.6, 4.5)	2.2 (1.3, 3.8)	2.4 (1.6, 3.6)
<b>body mass index</b>									
abnormally thin	10 (6.7, 15)	8.3 (4.8, 14)	3.9 (1.5, 9.9)	12 (7.2, 20)	4.5 (2.0, 10)	2.9 (1.3, 6.2)	13 (10, 16)	4.0 (2.7, 5.9)	2.5 (1.7, 3.7)
normal	71 (65, 77)	52 (44, 60)	41 (32, 51)	64 (55, 72)	49 (41, 57)	33 (27, 39)	68 (64, 71)	57 (53, 61)	35 (32, 38)
overweight	14 (10, 20)	28 (22, 36)	34 (26, 44)	16 (11, 24)	25 (18, 33)	37 (31, 44)	14 (12, 17)	25 (22, 29)	38 (35, 41)
obese	4.1 (2.1, 8.0)	11 (6.9, 17)*	21 (15, 30)	7.5 (4.0, 14)	21 (15, 29)*	27 (22, 34)	5.4 (3.7, 7.7)	14 (12, 17)	25 (22, 28)

Table 3. Prevalence (%) of health determinants (continued)

	People living in Roma settlements			People in lowest income quartile			General population		
	18-29 years	30-44 years	45-64 years	18-29 years	30-44 years	45-64 years	18-29 years	30-44 years	45-64 years
<b>WOMEN</b>									
<b>diet</b>									
use of vegetable oil	26 (21, 33)*	30 (23, 37)*	28 (21, 37)*	54 (44, 63)*	48 (39, 56)*	48 (41, 54)*	70 (66, 73)	63 (59, 67)	61 (57, 64)
fruits/vegetables daily	32 (26, 39)	36 (29, 44)*	36 (27, 45)*	45 (37, 53)	55 (46, 63)*	69 (62, 75)*	55 (50, 59)	66 (63, 70)	77 (74, 79)
fruits/vegetables weekly	49 (43, 56)	45 (38, 53)	42 (33, 51)*	43 (35, 52)	37 (29, 45)	21 (16, 27)*	40 (36, 44)	29 (26, 33)	18 (16, 21)
fruits/vegetables less than weekly	18 (14, 24)	19 (13, 25)	23 (16, 32)*	13 (7.6, 20)	8.8 (5.3, 15)	11 (7.1, 15)*	5.0 (3.4, 7.3)	4.6 (3.2, 6.5)	5.0 (3.8, 6.6)
<b>MEN</b>									
<b>cigarette smoking</b>									
never	31 (25, 38)	20 (15, 28)	13 (7.6, 20)	17 (10, 27)	27 (21, 35)	22 (17, 29)	41 (37, 44)	38 (34, 42)	29 (26, 32)
former	5.1 (2.7, 9.2)	5.6 (2.8, 11)	17 (11, 25)	5.8 (2.2, 14)	11 (7.0, 18)	28 (21, 35)	8.2 (6.2, 11)	17 (14, 20)	32 (28, 35)
moderate†	14 (9.6, 19)*	13 (8.1, 19)	17 (11, 25)	36 (25, 48)*	14 (8.6, 21)	19 (14, 26)	28 (25, 32)	15 (12, 19)	15 (13, 18)
heavy‡	50.3 (43, 57)	62 (53, 69)	53 (44, 62)*	42 (31, 53)	48 (39, 57)	32 (25, 39)*	23 (20, 27)	30 (26, 35)	24 (22, 28)

Table 3. Prevalence (%) of health determinants (continued)

	People living in Roma settlements			People in lowest income quartile			General population		
	18-29 years	30-44 years	45-64 years	18-29 years	30-44 years	45-64 years	18-29 years	30-44 years	45-64 years
<b>MEN</b>									
<b>alcohol consumption</b>									
abstinent	44 (37, 51)	45 (37, 53)	59 (50, 68)*	40 (29, 52)	29 (21, 38)	30 (23, 37)*	30 (26, 33)	25 (21, 29)	23 (20, 27)
occasional	16 (11, 22)*	14 (9.3, 21)	12 (7.1, 20)	33 (24, 45)*	27 (19, 35)	19 (13, 26)	36 (32, 40)	26 (22, 30)	17 (14, 20)
moderate	24 (19, 31)	26 (19, 33)	16 (10, 24)	15 (8.3, 26)	22 (15, 31)	30 (24, 37)	23 (20, 26)	31 (27, 35)	39 (35, 42)
heavy	16 (12, 22)	16 (11, 23)	13 (7.8, 21)	12 (6.1, 22)	23 (16, 31)	22 (17, 29)	12 (9.2, 15)	18 (15, 22)	21 (18, 25)
<b>body mass index</b>									
abnormally thin	0.5 (0.1, 3.7)	2.9 (1.1, 7.6)	1.0 (0.1, 6.5)	0.0	0.7 (0.1, 4.9)	1.7 (0.8, 3.5)	1.9 (1.0, 3.6)	0.4 (0.1, 1.4)	1.3 (0.8, 2.4)
normal	58 (51, 65)	39 (31, 47)	41 (32, 51)	60 (49, 71)	40 (33, 49)	48 (43, 53)	62 (58, 66)	38 (34, 42)	31 (28, 35)
overweight	37 (30, 44)	40 (32, 48)	36 (28, 46)	28 (18, 39)	39 (31, 47)	34 (29, 39)	26 (23, 30)	43 (39, 48)	44 (40, 48)
obese	4.8 (2.5, 9.0)	18 (13, 26)	22 (15, 31)	12 (5.8, 24)	21 (14, 29)	17 (13, 21)	9.8 (7.5, 13)	19 (15, 23)	24 (21, 27)
<b>diet</b>									
use of vegetable oil	21 (16, 27)*	28 (21, 36)	22 (16, 31)*	50 (38, 62)*	41 (33, 50)	37 (30, 44)*	61 (56, 66)	62 (58, 66)	59 (56, 61)
fruits/vegetables daily	28 (22, 35)	31 (24, 39)	37 (28, 46)	40 (29, 53)	44 (36, 53)	53 (45, 61)	42 (38, 46)	49 (45, 54)	60 (56, 63)
fruits/vegetables weekly	44 (38, 51)	45 (37, 53)	31 (23, 40)	49 (37, 61)	41 (33, 50)	31 (25, 39)	50 (46, 54)	42 (38, 46)	34 (30, 37)
fruits/vegetables less than weekly	27 (22, 34)*	24 (18, 32)	32 (24, 41)*	10 (5.3, 20)*	15 (9.3, 22)	16 (11, 22)*	8.2 (6.2, 11)	8.7 (6.3, 12)	6.6 (5.1, 8.7)

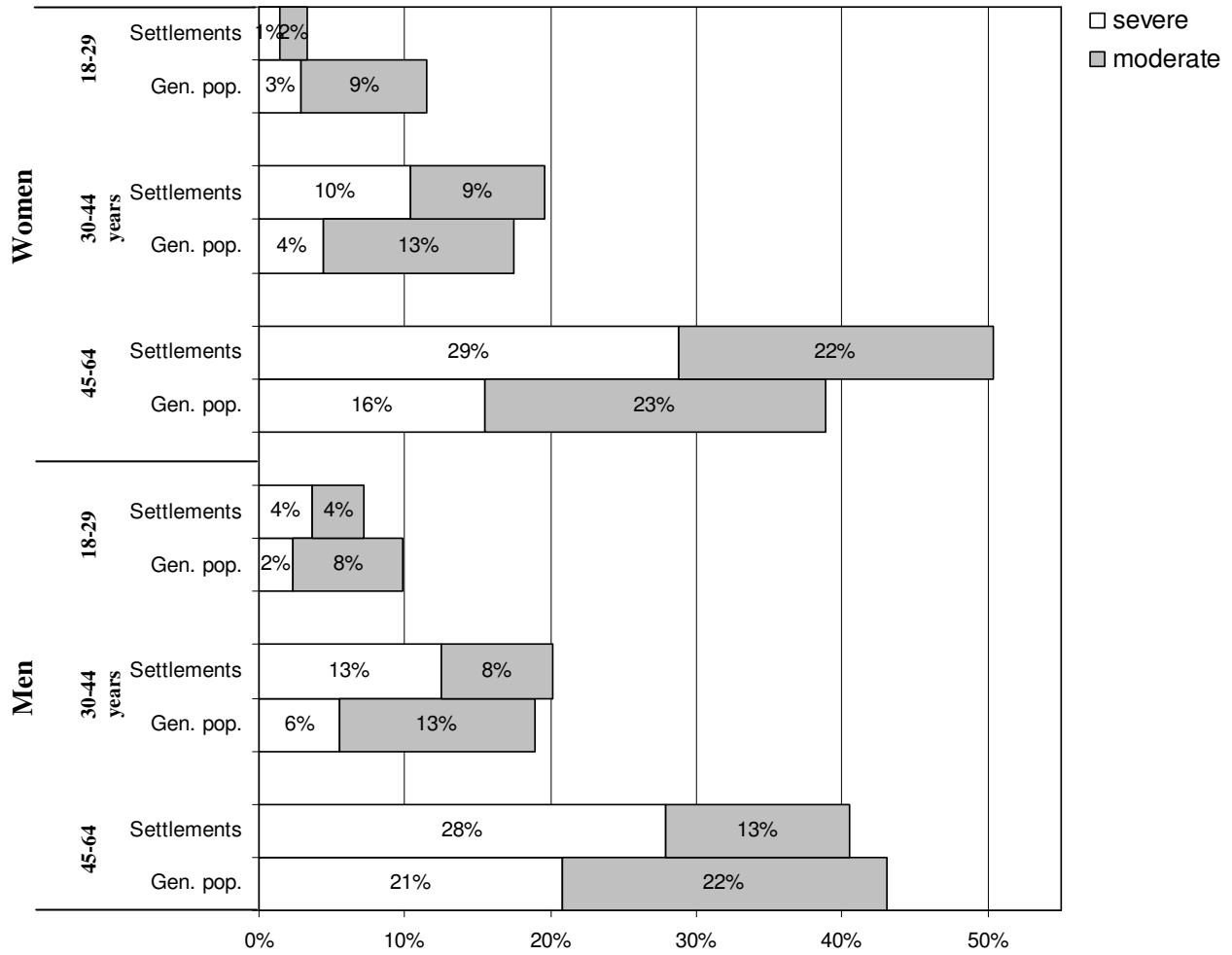
Numbers are estimated proportions (%) in the populations (95% confidence intervals).

\* The 95% confidence intervals of the estimates in the Roma population and in the lowest equivalent income quartile in the general population do not overlap

† occasional or daily, but less than 20 cigarettes per day

‡ at least 20 cigarettes per day

Figure 1. Functional limitation



Numbers are estimated proportions (%) in the populations.

Gen. pop.: general population

## A preliminary evaluation of a health monitoring programme in Hungary

György Széles, Zoltán Vokó, Tibor Jenei, László Kardos, Zsuzsa Pocsai, András Bajtay, Elemér Papp, Gabriella Pásti, Zsigmond Kósa, Ilona Molnár, Katalin Lun, Róza Ádány\*

**Background:** In 1998 a joint initiative of the Hungarian School of Public Health and the National Public Health Service created a network of sentinel stations based in primary care facilities in four Hungarian counties. The aim was to establish a system that will provide valid data on morbidity of selected diseases in Hungary. **Methods:** Based on standardized protocols, the participating centres have continuously reported data on the prevalence of cardiovascular diseases, diabetes mellitus, liver cirrhosis, and some malignant diseases, as well as supplying denominator data. The four counties represent both eastern and western parts of Hungary, reflecting the known geographical disparities in health. Each county office enrolled general practitioners maintaining representation in terms of both geography and distribution of settlement size. **Results:** A total of 73 general practitioners agreed to participate, providing care for 15.6% (138,088 people) of the population in the counties. The population registered with the practices were representative in terms of age and sex of both the participating counties and the entire country. The prevalence of hypertension, diabetes mellitus and liver cirrhosis is high in each county but varies considerably, with higher levels in the western counties, especially among older age groups of both sexes. **Conclusions:** The establishment of sentinel stations to collect morbidity data is feasible and sustainable in Hungarian primary care. The data that have been generated provide a valid and comprehensive picture of important aspects of the Hungarian population's health, with important implications for health policy and health service planning. In regions where low prevalence rates of diseases and high mortality rates simultaneously exist special attention is required to explore the background of this caveat.

### Key points

- † Till the end of 1998 no program operated in Hungary engaged with non-communicable disease morbidity data collection, except some hospital-based registries, which failed to produce reliable information.
- † The establishment of sentinel stations to collect morbidity data is feasible and sustainable in Hungarian primary care, the valid morbidity data can be built into the decision making process in health service planning.
- † Regular training, quality control and feedback are important contributors to the success of the program.
- † The prevalence of hypertension, diabetes mellitus and liver cirrhosis is high in each county but varies considerably, with higher levels in the western counties, especially among older age groups of both sexes.
- † More research needed to determine the possible contribution of unknown morbidity and health service utilisation to the different prevalence values in the two parts of Hungary.

**Keywords:** general practice, Hungary, morbidity data, sentinel stations network

\* György Széles<sup>1</sup>, Zoltán Vokó<sup>1</sup>, Tibor Jenei<sup>1</sup>, László Kardos<sup>1</sup>, Zsuzsa Pocsai<sup>1</sup>, András Bajtay<sup>2</sup>, Elemér Papp<sup>3</sup>, Gabriella Pásti<sup>4</sup>, Zsigmond Kósa<sup>5</sup>, Ilona Molnár<sup>6</sup>, Katalin Lun<sup>6</sup>, Róza Ádány<sup>1</sup>

1 School of Public Health, University of Debrecen, Kassai street 26/b, Debrecen, Hungary, H-4012 PoB.2

2 County Office of the National Public Health and Medical Officer Service, Jósika street 16 Győr, Hungary, H-9002

3 County Office of the National Public Health and Medical Officer Service, Rózsahegy street 4, Debrecen, Hungary, H-4028

4 County Office of the National Public Health and Medical Officer Service, Árok street 41, Nyíregyháza, Hungary, H-4401

5 County Office of the National Public Health and Medical Officer Service, Göcseji street 24, Zalaegerszeg, Hungary, H-8900

6 Office of the Chief Medical Officer of the National Public Health and Medical Officer Service, Gyáli street 2-6, Budapest, Hungary, H-1437 PoB.839

Correspondence: Professor Róza Ádány, School of Public Health, University of Debrecen, Kassai street 26/b, Debrecen, Hungary, H-4012

PoB.2, tel: +36-52-460 190, fax: +36-52-460 195,  
e-mail: adany@jaguar.dote.hu

As judged by levels of mortality, the health status of the Hungarian population compares poorly, not only in relation to Western Europe but even to its Central and Eastern European neighbours.<sup>1–5</sup> However, mortality is an incomplete assessment of population health. Death is only the final stage in an often lengthy period of ill-health.<sup>6,7</sup> Valid data on morbidity have many uses. They can inform the process of determining priorities, developing health policy, and evaluating effectiveness. There are now examples of successful systems based in primary care from many parts of the world.<sup>8–15</sup> Ensuring the validity of morbidity data collected in primary care, as in registries based in secondary care, depends on motivating participants. At this time, with the sentinel station method, it is possible to collect data from a representative sample instead of the entire

population, since general practitioners have information on the denominator and so can calculate the prevalence and incidence.

Essentially, there are two models for collecting morbidity data in primary care. One is based on episodes of care, recording data on all doctor–patient interactions, gathering information on consultation rates and patterns of clinical management; the other focuses on specific disorders, using a limited number of standardized case definitions and attempting to assess the burden of disease attributable to those disorders in the population in question. The first model is exemplified by the English General Practice Research Database Programme,<sup>11,16</sup> and the use of ICPC codes,<sup>12</sup> while the second one is illustrated by the Morbidity Sentinel Stations Programme that is now operational in several European countries.<sup>13–15</sup> Both these approaches have shown how primary care records are a potentially rich source of morbidity data.<sup>17</sup>

Previous attempts to obtain morbidity data from general practitioners in Hungary were unsuccessful, to a considerable extent because they were seen as too labour intensive,<sup>18</sup> a problem exacerbated by the many new and competing demands imposed by new funding and regulatory systems in the 1990s. Thus general practitioners already must report to the National Health Insurance Fund and the National Public Health and Medical Officer Service monthly. Unfortunately the existing data do not support epidemiological analyses. As a result they tend to be averse to collecting even more data and also expect to be compensated for their work.

However, since the previous unsuccessful introduction of a morbidity registration programme in primary care there has been a strong political commitment on behalf of decision-makers in the health sector in Hungary to assess more accurately the burden of disease in the population. In order to achieve this goal a system of sentinel stations was established. The objectives of our programme were to implement and evaluate a methodology that would collect valid, complete, continuous, and representative data on selected diseases of major public health importance. A subsequent goal was to ensure sustainability of the system and to build sufficient analytic capacity to be able to present the results in an appropriate format to health professionals and key decision-makers.

This paper aims to demonstrate the experience of establishing a primary care based Sentinel Station Programme, as well as describe the prevalence of three chronic diseases with high

public health importance in Hungary: hypertension, diabetes mellitus and liver cirrhosis.

## Methods

By 1998 the School of Public Health in the University of Debrecen and the National Public Health and Medical Officer Service had established computerized community laboratories in four county public health offices. The four counties (Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Győr-Moson-Sopron, and Zala) were chosen to represent the eastern and western parts of Hungary (figure 1), reflecting well-recognized differences in measures of health, as well as in other factors such as economic activity. These laboratories formed the foci of the sentinel surveillance system.

Staff in the county offices were asked to recruit a sample of general practitioners in their county that was representative both geographically and in terms of settlement size included. The major criteria for being selected were the possession of computer facilities, and commitment to participate in a continuous data collection programme. Each general practice had facilities for computerized data entry. Several issues were considered in designing the system. Recognizing the already high administrative load of general practitioners, the method of data collection should minimize their additional workload once the initial phase of assessing prevalence data was complete. The data should be standardized and the system should be logistically feasible, implying sampling rather than seeking to provide complete population coverage, and with a focus on a discrete list of conditions that were important in public health terms in Hungary. Data collection began in October 1998.

### Study population

The study population includes all those registered with the participating practices. As the proportion of the population registered at general practitioners in Hungary is virtually 100%, it enables us to provide an accurate population denominator. Furthermore, inhabitants are registered to a single practitioner only, which eliminates the biasing effect of double counting. The enrolled general practices cover 138088 people (15.6% of the population in the counties concerned), of whom 47.9% were



Figure 1. The participating counties in the General Practitioners' Morbidity Sentinel Stations Programme in Hungary

male and 52.1% female. The size of practices involved in the programme varies over a wide range (between 635 and 3195 inhabitants), the fact that there is a difference in the representation of participating practices and that of the population for which they provide services suggests under-representation of practices of small size. This is a consequence of the selection criteria applied by the staff of county offices who were asked to recruit a sample of general practitioners to represent the distribution of practices geographically and in terms of settlement size and not in terms of practice size.

#### Data collection and case definition

The programme collected data on the following diseases: hypertension, diabetes mellitus, liver cirrhosis, ischaemic heart disease (except myocardial infarction), acute myocardial infarction, stroke, malignant neoplasm of trachea, bronchi and lung, malignant neoplasm of colon and rectum, malignant neoplasm of breast, malignant neoplasm of cervix and malignant neoplasm of prostate. Standardized diagnostic criteria were developed, based on existing definitions. However, in many cases, especially cancer, diagnosis is likely to be made not in general practice but in hospital or specialist outpatient clinics. In these cases it was not possible to apply the standardized criteria and it was necessary for the general practitioner to use the diagnosis provided. Hypertension is defined as a systolic blood pressure of 140 mmHg or greater and/or a diastolic blood pressure of 90 mmHg or greater measured according to the WHO blood pressure measurement guidelines.<sup>19</sup> The diagnosis of liver cirrhosis is based on a combination of symptoms and positive laboratory findings with at least two of the following symptoms: spider naevus, ascites, palmar and plantar erythema, jaundice, enlarged, firm liver with rounded or nodular edge, and at least one positive laboratory results: increased level of serum bilirubin, aspartate aminotransferase, alanine aminotransferase, gamma-glutamyl-transpeptidase, alkaline-phosphatase, decreased serum albumin, and prolonged prothrombin time. Finally, diagnosis of diabetes mellitus requires fasting plasma glucose level equal to or more than 7.8 mmol/l more than once and/or postprandial plasma glucose level equal to or more than 11.1 mmol/l, with other relevant characteristics of patients used to define the types of diabetes. The results of the first year quality control showed that separation of type I and II diabetes was not feasible as the diagnostic criteria varied greatly between general practitioners. After prevalence data analysis, we found that the county age-specific prevalence of type I diabetes was increasing with age in all counties, which contradicts its diagnostic criteria. Therefore we have monitored diabetes mellitus as such regardless of the classification. On recruitment, participating general practitioners provided data on patients who were known to have any of the relevant conditions as well as the age and gender breakdown of the practice population. Data on the composition of practice populations has been updated each January.

Each month, notifications of incident cases of any of the conditions included in the scheme is forwarded to the relevant county offices of the National Public Health and Medical Officer Service, where they are coded, using a taxonomy based on the Tenth Revision of the International Classification of Diseases, and data entry and primary analysis take place. Data are then forwarded quarterly to the School of Public Health. There might be some delay in incident data reporting but it has no major affect on the analysis as it is done only yearly. Incomplete reporting of new cases occurring in the practices is thought to be minimized by targeted and regular quality assurance checks involving each practice once every year. Furthermore this work is backed up by regular training. Initial experience indicates that about 10 new cases of the group of selected diseases are occurring in a typical practice on average each month.

The data supplied to the community laboratory includes the diagnosis (coded according to the International Classification of Diseases) and where and how the diagnosis was made (general practitioner, outpatient clinic, hospital, or autopsy). In addition, transfers in and out (whether on death or otherwise) of the practice are recorded. General practitioners are identified by a code used by the National Public Health and Medical Officer Service. Patients have a unique registration number given by the general practitioner at registration and that can only be decoded by the general practitioner, so preserving anonymity; on the other hand, data on multiple episodes can be linked.

#### Statistical analysis

Baseline age-sex specific prevalence by county was estimated after the initial round of data collection. Using the method of indirect standardisation, age/sex standardised prevalence ratios were calculated for the selected diseases and results were used for targeted quality assurance checks.

#### Data quality

This system depends on quality assurance at all levels. General practitioners undergo an initial one-day training course and receive regular feedback on both their data quality and the emerging results. They are also invited to six-monthly workshops with participating staff from the county office. Issues arising from these workshops are addressed in information letters sent to all participating general practitioners. Staff from the county office also visit each practice at least once a year to check systems of data collection. This involves a formal validity check in which data on 10 patients are checked. Five patients are chosen randomly from the county database (those patients who had been reported within the programme as having any of the selected diseases) and the other five selected by chance from the general practitioner's computer database, which includes information about all inhabitants registered at that time. For a given practice the proportion of files checked depends upon the actual number of inhabitants registered in that practice. Data entry also involves several automated checks, identifying values outside acceptable ranges and flagging duplicate entries (diagnoses can only be recorded once for each individual except in the case of stroke or myocardial infarction), although these also elicit queries to confirm reoccurrence. Finally, checks are triggered during analysis when practices are found to have reported standardized rates outside the range of +/- 50% of the expected value and/or the difference between expected and observed cases is  $\geq 5$  and/or the value for the standardized prevalence ratio is missing, or where an unexpected number of diagnoses originating from a particular setting emerges.

For most of the diseases in our study the diagnosis was made by specialists in outpatient clinics and hospitals, therefore we had to rely on the diagnostic algorithms applied in standard medical practice. At this stage of the programme the participating practitioners do not assess the validity of the diagnoses made by specialists.

## Results

Eighty general practitioners selected by the county offices were invited to participate and 73 (7.9% of all practices in the four participating counties) agreed. The population was representative in terms of age and sex of both the participating counties and the overall Hungarian population (table 1).

After the initial prevalence analysis, targeted quality control visits were carried out in those practices where incorrect data submission was suspected. In those participating practices where targeted field checks were not necessary, regular quality control visits were carried out.

Table 1 Age and sex distribution of practices involved in the General Practitioners' Morbidity Sentinel Stations Programme and of the four counties and the Hungarian populations aged 15 and older

All four counties	Percentage of sample practices (n = 127 411)	Percentage of counties population (n = 1 490 652)	Percentage of Hungarian population (n = 8 347 163)
Males:	(n = 60 592)	(n = 713 500)	(n = 3 924 145)
15-24	17.3	21.2	20.4
25-34	18.6	18.2	17.8
35-44	18.8	19.0	18.0
45-54	17.6	17.0	17.4
55-64	12.3	11.4	12.3
65-74	9.9	8.9	9.2
75-X	5.4	4.3	4.7
Females:	(n = 66 819)	(n = 777 152)	(n = 4 423 018)
15-24	15.2	18.4	17.3
25-34	16.4	15.5	15.2
35-44	16.8	17.0	16.2
45-54	16.4	16.1	16.7
55-64	13.6	13.2	13.8
65-74	12.7	12.1	12.3
75-X	8.9	7.7	8.9

A consistent pattern emerges in which the prevalence of most diseases is highest in the two western counties (Győr-Moson-Sopron and Zala). The disjunction of the prevalence figures can be seen from the age group 55-64 years, which results in the greatest variation in prevalence figures at older ages in both sexes.

The prevalence of hypertension increases steeply with age showing higher prevalence in females from the age 45 years upwards. The prevalence of hypertension was highest in the two western counties (around 50%) among 65-74 year old men, whereas it was less than 40% among a similar aged male population in the two eastern counties (figure 2). Among women in this age group the prevalence of hypertension

exceeded 60% in the two western counties and in one of the eastern counties (Hajdú-Bihar), while in the other eastern county half of the women in this age group suffered from hypertension.

The prevalence of diabetes also increases with age, although it declines beyond the age group 65-74, presumably reflecting a higher premature mortality among those with diabetics than the general population. The prevalence of diabetes mellitus was found to be significantly higher in the western counties compared to the eastern counties among men aged 45 years or older (figure 3). The biggest difference was observed in the age group 65-74, where the prevalence of diabetes mellitus was above 10% in the western counties (12.2% and 13.9% respectively) but well below 10% in the eastern counties (7.6% and 6.8% respectively). Among women, as with the prevalence of hypertension, the same eastern county (Hajdú-Bihar) approximated the western counties, all three having higher than 10% prevalence in the age group 65-74 years. The prevalence of diabetes mellitus in men living in the eastern part of Hungary was significantly lower compared to women in the east, in the older age groups.

There was a wide variation in the prevalence of liver cirrhosis between participating counties among both males and females (figure 4). The prevalence was consistently higher among males in all counties. The prevalence of liver cirrhosis was found to be 1.5-2.5 times higher in Zala county (one of the western counties) compared to the other three counties among middle aged men (35-64 years) and the difference was even higher in the oldest age group (65+ years). The difference in the prevalence of liver cirrhosis among women was greatest in the age group 55-64 years, with the highest result observed in one eastern county (Hajdú-Bihar: 1.5%) and the lowest figure was seen in the other eastern county (Szabolcs-Szatmár-Bereg: 0.5%). The consistent east-west gap observed in the case of hypertension and diabetes mellitus was not seen with liver cirrhosis.

## Discussion

As Fleming has noted, morbidity data collected in general practices are of great value, as general practitioners are gatekeepers to the rest of the health care system.<sup>11</sup> Drawing on extensive experience, he emphasizes that morbidity data should be based on individuals rather than consultations, as while the latter may provide information on workload, they have limited epidemiological value.

The programme described here offers the possibility to collect large volumes of morbidity data from representative population

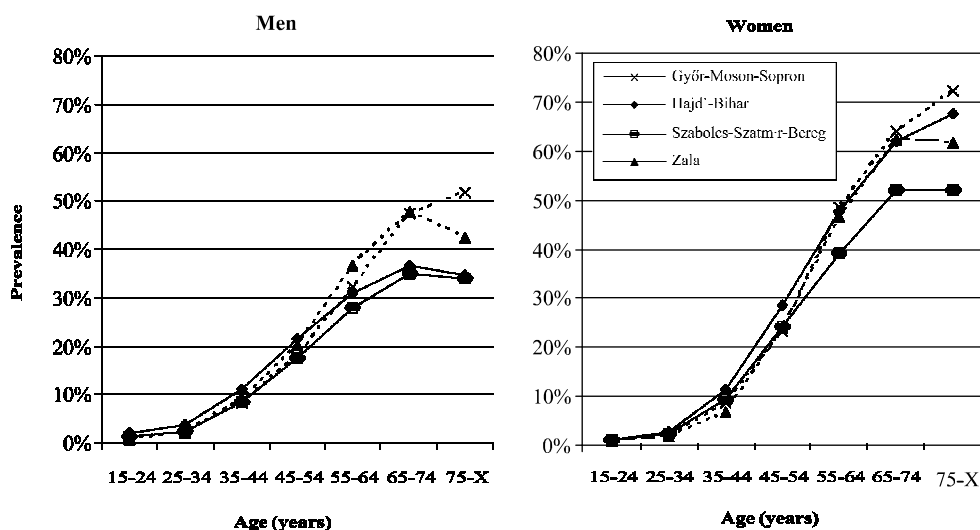


Figure 2 Prevalence of hypertension in four counties in Hungary by gender and age in 1998

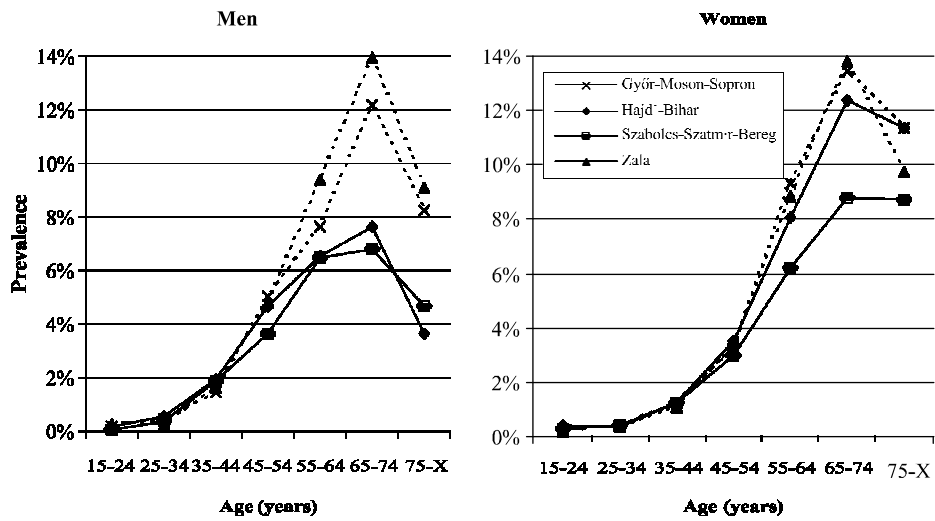


Figure 3 Prevalence of diabetes mellitus in four counties in Hungary by gender and age in 1998

samples in different geographical regions in Hungary. Representativeness of practices and patients is an important issue in judging the external validity of the results. Although some literature reports that voluntary registries do not violate the validity of study results,<sup>20</sup> there is a strong argument that representativeness of the study sample has a serious effect on the generalizability of outcomes.<sup>8,21</sup> In our morbidity programme, participating general practitioners produce a sample that is representative of the age and sex distribution of the participating counties.

The internal validity of the programme mainly depends upon the data registration/collection, coding system and the sources of diagnosis. One of the key issues is minimizing the workload of general practitioners caused by additional data recording. This can be achieved if the registration system is part of the general patient registration system, linked to an appropriate computer package. In our programme only the process of collecting data on prevalence created a major time burden on general practitioners, this being confined to the beginning of the study. Subsequent monthly incidence reporting requires significantly less time to report, and results in about 3 hours per month additional workload.

As one of our main objectives is to ensure the accuracy of diagnosis, we use the International Classification of Diseases (ICD) coding system knowing that it might not satisfy the requirements of a highly developed general practice-based information system such as the International Classification of

Primary Care (ICPC).<sup>22</sup> In fact, Hungary considered introducing an ICPC-based registration system in primary health care between 1996 and 1997 but the results of the programme are questionable, with numerous weaknesses concerning the internal validity of the data, such as the lack of well-defined standardized diagnostic criteria. There is little information about how the Hungarian adaptation of the ICPC system was undertaken<sup>18</sup> but that programme sought to measure every episode of any disease in general practice. Furthermore, it is not clear how the system handled the immigrated cases and deaths.

In our study, where diagnosis was mostly made by specialists in outpatient clinics and hospitals, we had to rely on the diagnostic algorithms applied in standard medical practice. We believe that this is unlikely to cause major bias in cases of diabetes mellitus, hypertension, malignant diseases, myocardial infarction and stroke because the diagnoses are made according to generally accepted principles in Hungarian medical practice. However, we accept that this requires further validation. In the case of ischaemic heart disease and cirrhosis of the liver, medical practice is not uniform and bias seems likely.

During preparation of the study, alcoholic liver disease arose as an important issue. However, because of diagnostic variations in hospital practice, we chose cirrhosis of the liver, which has more exact diagnostic criteria. Yet even here, of necessity, the criteria adopted reflect the needs of the system, based on investigations available to the general practitioner rather than,

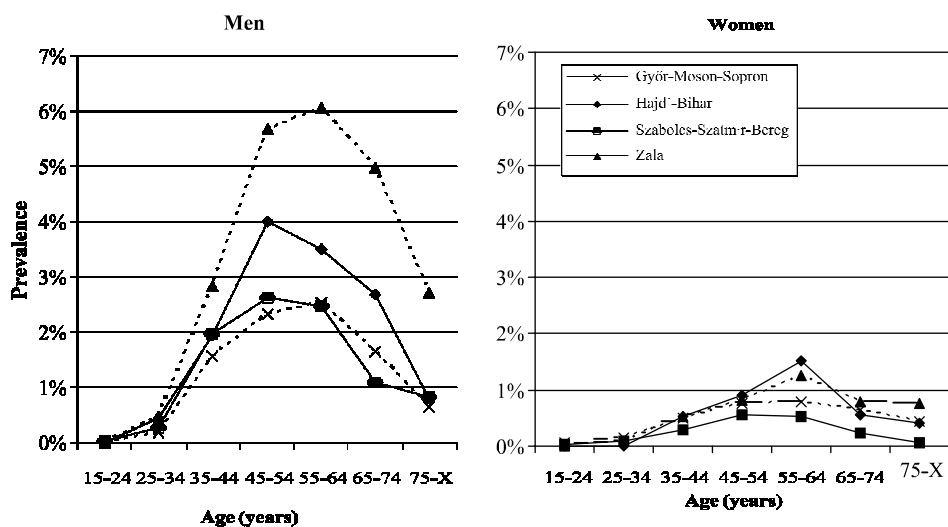


Figure 4 Prevalence of liver cirrhosis in four counties in Hungary by gender and age in 1998

Table 2 Prevalence of diabetes mellitus in the Hungarian General Practitioners' Morbidity Sentinel Stations Programme and the Health Monitoring Sentinel Practice Networks among males aged 65–74

Hungarian counties	Prevalence (%)		Sentinel Practice Networks
	1998	2000	
Győr-Moson-Sopron	12.2	7.7	England and Wales
Zala	13.9	11.2	Belgium
		8.0	Portugal
Hajdú-Bihar	7.6	7.1	Spain (Castilla y León)
		11.0	Spain (País Vasco)
Szabolcs-Szatmár-Bereg	6.8	5.9	Spain (Comunitat Valenciana)
		9.9	France

for example, using histological criteria applied to liver biopsy, which might be considered the gold standard.

The prevalence of hypertension, diabetes mellitus and liver cirrhosis is high in all the counties involved. In most cases we have found geographical variations, showing different values in the eastern and western parts of Hungary, with higher values in the western counties. The observed differences may be real variation in prevalence, but survival time and proportion of cases identified by the health services may also be important. High premature mortality could partially explain the lower prevalence in the eastern part of the country, especially in Szabolcs-Szatmár-Bereg where a recent study showed one of the highest risks of early death.<sup>5</sup>

Differences in the quality of data provided by general practitioners in different counties can also explain the differences observed in the prevalence of the selected diseases between the counties, which was found to be negligible based upon the quality control visits. Furthermore, comparison of the prevalence data with the cause-specific mortality figures of these counties (with the worst results in the eastern counties) clearly suggests a significant role for the unknown morbidity among people living in the eastern part of Hungary. This issue will be resolved once more incidence data are available but exploration of these potential causes is crucial to explain the differences between different regions and to plan affective preventive measures. Finally, the difference in the prevalence figures might be a reflection of the different distribution of unmeasured confounding factors such as social, economical and health behavioural determinants.

The higher increasing hypertension prevalence among females might be explained by the very unfavourable health conditions and subsequent higher premature mortality of Hungarian men, which is a well-known fact. This assumption is further strengthened by the more sharply dropping prevalence figures in the other two conditions among males after 55 years of age.

The European Commission's recent report on Health Monitoring in Sentinel Practice Networks project reports the prevalence of diabetes mellitus in the year 2000 in six different countries.<sup>23</sup> The only age group of which prevalence data are comparable with our data is 65–74, where the prevalence of diabetes mellitus among men living in the two western counties in Hungary (Győr-Moson-Sopron county 12.2% and Zala county 13.9%) was higher than the two countries (Belgium 11.2% and Spain (País Vasco) 11%) with the highest period prevalence in this age group (table 2). In the two eastern counties participating in the Hungarian General Practitioners'

Table 3 Prevalence of diabetes mellitus in the Hungarian General Practitioners' Morbidity Sentinel Stations Programme and the Health Monitoring Sentinel Practice Networks among females aged 65–74

Hungarian counties	Prevalence (%)		Sentinel Practice Networks
	1998	2000	
Győr-Moson-Sopron	13.5	5.6	England and Wales
Zala	13.9	9.6	Belgium
		7.1	Portugal
Hajdú-Bihar	12.5	9.5	Spain (Castilla y León)
		11.0	Spain (País Vasco)
Szabolcs-Szatmár-Bereg	8.8	8.0	Spain (Comunitat Valenciana)
		6.7	France

Morbidity Sentinel Stations Programme, in men aged 65–74 years the prevalence of diabetes mellitus did not show major differences from those countries participating in the Sentinel Practice Network. Among females in this age group, the prevalence of diabetes showed substantially higher values in the two western counties (Győr-Moson-Sopron and Zala) and one of the eastern counties (Hajdú-Bihar) in Hungary (table 3). Our experience so far indicates that a sentinel surveillance system based in general practice is feasible in Hungary. Given the lack of familiarity with this concept, regular training, quality control and feedback have been emphasized and have contributed much to the success of the first phase of the project. In the future we plan to extend the scope of the programme and to integrate the data with the process of health service planning. This programme may serve as a demonstration project for Hungary and provides a sound basis for postgraduate public health training and longitudinal research in general practice.

We would like to express our gratitude for the continuous data collection effort of general practitioners and also for the tireless work provided by the public health county office workers. The authors are also grateful to Professor Martin McKee for his valuable comments on the earlier versions of this manuscript.

This project was funded partially by the Hungarian Ministry of Health and a grant from the Scientific Health Council, ETT 09/588.

## References

- 1 Boján F, Hajdú P, Belicza E. Regional differences in avoidable mortality in Europe. In: Normand CEM, Vaughan JP, editors. *Europe without frontiers—the implications for health*. Chichester: John Wiley and Sons, 1993:125–39.
- 2 Hajdú P, McKee M, Boján F. Changes in premature mortality differentials by marital status in Hungary and in England and Wales. *Eur J Public Health* 1995; 5:259–64.
- 3 Varvasovszky Z, Bain C, McKee M. Alcohol related mortality in Poland and Hungary: differences and similarities. *J Epidemiol Community Health* 1997;51: 167–71.
- 4 European Observatory on Health Care Systems. *Health care systems in transition: Hungary*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 1999.
- 5 Vargáné Hajdú, P., Ádány, R. A halálozás területi különbségei Magyarországon, 1994-1996 (Mortality in Hungary at regional levels, 1994-1996.) [In Hungarian]. *Népegészségügy* 2000;81:4-26.
- 6 Declich S, Carter AO. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. *Bull WHO* 1994;72(2):285–304.

- 7 Eylesbosch WJ, Noah ND. Surveillance in health and disease. Oxford: Oxford University Press, 1988.
- 8 O'Toole B, Driver B, Britt H, Bridges-Webb C. Using general practitioners to measure community morbidity. *Int J Epidemiol* 1991;20:1125–32.
- 9 Pearson N, O'Brien J, Thomas H, Ewings P, Gallier L, Bussey A. Collecting morbidity data in general practice: the Somerset morbidity project. *BMJ* 1996; 312:1517–20.
- 10 Alderson M. Mortality, morbidity and health statistics. London: Stockton, 1988.
- 11 Fleming DM. The measurement of morbidity in general practice. *J Epidemiol Community Health* 1991;45:180–3.
- 12 Brage S, Bentsen BG, Bjerkedal T, Nygard JF, Tellnes G. ICPC as a standard classification in Norway. *Fam Pract* 1996;13:391–6.
- 13 Chauvin P, Valleron A. Participation of French general practitioners in public health surveillance: a multidisciplinary approach. *J Epidemiol Community Health* 1998;52(suppl 1):2s–8s.
- 14 Milne RM, Taylor MW, Taylor RJ. Audit of populations in general practice: the creation of a national resource for the study of morbidity in Scottish general practice. *J Epidemiol Community Health* 1998Apr;52(Suppl 1):20S–24S.
- 15 de Grauw WJC, van den Hoogen HJM, van de Lisdonk EH, van Gerwen WHEM, van Weel C. Control group characteristics and study outcomes: empirical data from a study on mortality of patients with type 2 diabetes mellitus in Dutch general practice. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52(suppl 1):9s–12s.
- 16 Walley T, Mantgani A. The UK General Practice Research Database. *The Lancet* 1997;350:1097–9.
- 17 Pringle M, Hobbs R. Large computer databases in general practice. *BMJ* 1991; 312:741–2.
- 18 Országos Háziorvosi Intézet. Morbiditás regisztrációs program végső jelentés (Final report of the morbidity registration programme.) [In Hungarian]. Budapest: Országos Háziorvosi Intézet, 1997.
- 19 WHO Expert Committee. Hypertension control. WHO Tech. Rep. Ser. no. 862. Geneva: World Health Organization, 1996.
- 20 Cockburn J, Campbell E, Gordon JJ, Sanson-Fisher RW. Response bias in a study of general practice. *Fam Pract* 1988;18:18–23.
- 21 Fleming D. An epidemiological method applied to practices to measure the representativeness of their prescribing characteristics. *BMJ* 1984;289: 1425–8.
- 22 Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer-based patient records in family practice. *Fam Pract* 1996;13:294–302.
- 23 Fleming DM, Schellevis FG, Paget WJ. Health monitoring in sentinel practice networks. Final Report. Luxembourg: European Commission, 2001

Kósa Zsigmond<sup>1</sup> – Vokó Zoltán<sup>2</sup> – Vargáné Hajdú Piroska<sup>2</sup> – Ádány Róza<sup>2</sup>

## A halandóság területi sajátosságai Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, 1994–1996

### Összefoglalás

Vizsgálatunkban Szabolcs-Szatmár-Bereg megye lakosságának halandóságát elemeztük az 1994-től 1996-ig terjedő időszakra vonatkozóan. Az elemzéshez az indirekt standardizálás módszerét használtuk, a megye településeit lélekszám szerint csoportosítottuk. A felnőtt lakosság korai halálózása majd minden vezető halálók esetén Nyíregyházán alacsonyabb, a megye egyéb területein magasabb volt az országos átlagnál. A 10000-nél kisebb lélekszámú települések esetében jelentős halálozási többlet mutatható ki a keringési rendszer, az emésztőrendszer és a légzőrendszer betegségei okozta halálozás, valamint az öngyilkosság okozta halálozás vonatkozásában egyaránt a 15–64 éves korosztályban, elsősorban – de nem kizárólag – a férfiak körében. A 45–64 éves férfiak légzőszervi tuberkulózis miatti, az országos átlagnál 2,5-szer magasabb halálozása is azonnali beavatkozást sürgető lelet.

### Kulcsszavak

Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, területi halálozási különbségek, standardizált halálozási hányados (SHH), kor, nem, halálók

### Summary

In our study we analyzed the local differences in mortality in Szabolcs-Szatmár-Bereg County for the period between 1994–1996 using number of deaths and population in different settlements. The evaluation is based on the standardized mortality ratios. Men and women in their productive ages experienced lower mortality from almost all leading causes of death in Nyíregyháza, whereas in other regions of the county excess mortality risk could be demonstrated in comparison with the national average. Significant excess mortality caused by cardiovascular, digestive tract, respiratory tract diseases, as well as, increased mortality by violence – especially suicide – could be confirmed in populations of all settlements with less than 10000 inhabitants in the age group 15–64 years, especially – but not exclusively – for men. The 2.5 times higher mortality caused by pulmonary tuberculosis in case of men aged 45–64 also urges for immediate intervention.

### Keywords

Szabolcs-Szatmár-Bereg County, area variation in mortality, standardized mortality ratio (SMR), age, gender, cause of death

A halandósági vizsgálatok tradicionálisan fontos szerepet töltenek be a lakosság egészségi állapotának elemzésében [1]. A kistérségi halálozási elemzések lehetővé teszik célzott vizsgálatok tervezését, melyek eredményei a halandóságot jelentősen befolyásoló társadalmi, gazdasági, szociális tényezők azonosítását is lehetővé teszik [2].

Vizsgálatunk célja a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyén belüli területi halandósági különbségek elemzése az 1994-től 1996-ig terjedő időszakban.

### ANYAG ÉS MÓDSZER

Az elemzéshez felhasznált adatok, adatforrások és módszerek leírását a bevezető tanulmányban részletezzük [3].

A megyén belül a halandósági egyenlőtlenségeket a települések lélekszáma szerint kialakított településcsoportokban, elkülönítve vizsgáltuk (1. táblázat).

### EREDMÉNYEK

Szabolcs-Szatmár-Bereg megye 5937 km<sup>2</sup>-es területével, ami az ország területének 6,4%-a, a hatodik a megyék rangsorában. Népessége 1997. január 1-én 572 243 fő volt, amivel a harmadik legnépesebb megye – itt él az ország lakosságának 5,6%-a. A településhálózat közigazgatási szerkezete: 1 megyei jogú város, 15 város, 212 község. A városokban él a népesség 44%-a. A községek népességnagysága szerint a megye két földrajzilag különálló részre osztható: a keleti és északi részen az aprófalvas (átlagos népességszám: 1251), míg a nyugati és középső részen az óriásfalvas települések (átlagos népességszám: 3780) jellemzőek (1. ábra).

A megye lakosságának kor szerinti összetételére jellemző a gyermekkorúak – 0–14 évesek – országosnál magasabb, míg az idősek – 65–X évesek – alacsonyabb részaránya (2. táblázat). A férfiak körében az idősek aránya lényegesen alacsonyabb, mint a nők körében. A vizsgált településcsoportok lakosságának csökkenésével növekszik az időskorúak részaránya.

A vizsgált településcsoportok lakosságának csökkenésével növekszik az időskorúak részaránya.

### Általános halálozás

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében valamennyi vizsgált életkorban kedvezőtlenebb a halandóság mindkét nemben az országos átlagnál, a halan-

<sup>1</sup> ÁNTSZ Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Intézete

<sup>2</sup> DOTE Népegészségügyi Iskola

dósági többlet elsősorban a felnőtt lakosság körében erősen szignifikáns (3. táblázat). Ugyanakkor Nyíregyházán a 15–64 éves korosztály esetében az országosnál lényegesen alacsonyabb halandóság figyelhető meg.

A leány csecsemők szignifikáns halálzási többletén túlmenően, a megyében a vizsgált időszakban a csecsemőhalandósági arányszám is magasabb volt az országosnál (13,4–12,8‰, az országos 11,5–10,9‰-kel szemben), és meghaladta az országos átlagot a kis súllyal születettek aránya is (9,6–9,3%, az országos 8,6–8,3%-kal szemben).

#### A 15–64 éves lakosság halálózása

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében ebben az életkorban a vizsgált időszakban 5943 férfi és 2309 nő halt meg. A férfiak és a nők halálói struktúrájában a legnagyobb részarányt három betegségi főcsoport: a keringési rendszer betegségei, a daganatok és az emésztőrendszeri betegségek képviselik (2. ábra), ezekhez társultak az erőszakos okok (balesetek és sérülések, öngyilkosságok, és egyéb erőszakos okok). Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a férfiak esetén valamennyi vizsgált halálói főcsoport miatt jelentősen kedvezőtlenebb a halálózás az országos átlagnál, a nők esetében is csupán a daganatos halálózás jelent kivételt (4. táblázat). A megyén belül a férfiak és a nők keringésrendszeri betegségei és daganatok okozta halandósága Nyíregyházán kedvezőbb mint az országos átlag. Ugyanakkor, halandósági többlet észlelhető mindkét nem esetében Nyíregyházán is a légzőrendszer betegségei és az erőszakos okok miatti halálózásban.

#### A keringési rendszer betegségei

A keringési rendszer betegségei okozta halálózásoknak a férfiak körében 51%-a (916 haláleset), nők körében 40%-a (326 haláleset) az **ischaemiás szívbetegségek (ISzB)** következménye. A megye 15–64 éves férfi lakossága közül 90-nel többen haltak meg ISzB következtében mint az – a közismerten igen magas – országos szint szerint várható lett volna. E betegségcsoport okozta halandósági többlet Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a 10000 lakosnál kisebb településekről származik és a lélekszám csökkenésével nő (3. ábra).

Az elkerülhető halálokok körébe tartozó **magasvérnyomás és agyérbetegségek** okozta halandósági többlet az ISzB miatti halandósági többletet is meghaladja a megyében. Sőt, Nyíregyházán is e halálo-

kok miatt maradt legkevésbé az országos szint alatt a halálózás. A megyében a **magasvérnyomás és agyérbetegségek** miatt 582 férfi és 354 nő halt meg a 15–64 éves korosztályban a vizsgált időszakban. Az országosnál magasabb halálózás Nyíregyháza kivételével valamennyi településcsoportnál megfigyelhető (3. ábra).

#### Daganatok

A megyében a **légcső, a hörgők és a tüdő rosszindulatú daganatai** okozták a férfiak összes daganatos halálesetének közel 40%-át (531 haláleset, 38,4%). Nyíregyháza kivételével valamennyi településcsoportban magasabb a férfiak halálózása az országos átlagnál és a 10000-nél kevesebb lélekszámú települések esetén az országos átlagtól való eltérés statisztikailag szignifikáns (4. ábra). A nők halálózása ugyanakkor minden településcsoportban az országos szint alatt maradt.

Az **emésztőrendszeri daganatok** miatt az országos szintnél szignifikánsan magasabb halandóság a 3000-nél kisebb lélekszámú települések férfi lakossága körében észlelhető. Nők esetében mind a megyében, mind a vizsgált településcsoportokban az országos halandósági átlagnál alacsonyabb halálózás tapasztalható.

A 15–64 éves nők körében a megyében a **női emlőrák és a méhnyak, méhtest rosszindulatú daganatai** okozta halandóság szignifikánsan alacsonyabb az országos szintnél (5. ábra). Figyelemre méltó azonban a nők veszélyeztetettsége Nyíregyházán és a 10 000-nél nagyobb lélekszámú településeken az **emlőrák**, valamint az 1000 lakosnál kisebb települések esetében a **méhnyak és a méhtest rosszindulatú daganatai** okozta halandóság vonatkozásában.

#### Az emésztőrendszer betegségei

Férfiak körében az **emésztőrendszeri betegségek** miatti halálesetek 63%-a (671 haláleset), nők körében 60%-a (231 haláleset) **alkoholos májbetegség és májsugor** következménye volt.

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében és a megyén belül **alkoholos májbetegség és májsugor** következtében csak az 1000 és 10 000 fő közé eső lakosságszámú településeken mutatható ki halandósági többlet a 15–64 éves korosztály körében, a legnagyobb és legkisebb települések lakossága viszont – úgy tűnik – kifejezetten kevésbé érintett az országos átlagnál (6. ábra). A relatíve kevésbé érintettséget azonban kétségessé teszi az a tény, hogy **nem alko-**

**holos májbetegségek** miatt olyan rendkívül súlyos halálozási többlet terheli e korosztályt minden településcsoportban, amely az adatok szerint kimutatható, legnagyobb alkoholos eredetű többletvesztéséget is sokszorosán felülmúlja.

#### A légzőrendszer betegségei

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében **idült hörghurut, tüdőtágulat és asthma** okozta a légzőrendszeri halálozások 81%-át (204 halálest) a férfiak, és 84%-át (79 halálest) a nők körében. A 15–64 éves lakosság halandósága ezen idült légzőrendszeri betegségek miatt megyei szinten mintegy kétszerese az országos átlagnak és a nagymértékű többlethalalozás a megye területén valamennyi vizsgált településcsoportban megfigyelhető (7. ábra).

#### Erőszakos okok

A megyében az erőszakos okok miatti halálozásban jelentős részarányt képvisel az **öngyilkosság** mind a férfiak (440 halálest, 41%), mind a nők (83 halálest, 34%) esetén. Különösen veszélyeztetettnek tűnik öngyilkosság miatt – **Nyíregyházát** kivéve – valamennyi vizsgált településcsoport 15–64 éves férfi lakossága (8. ábra).

A **motoros járműbalesetek** miatt az országos átlagnál magasabb halandóság **Nyíregyházán** figyelhető meg a férfiak körében, azonban az eltérés statisztikailag nem szignifikáns. Ugyanakkor jelentős halálozási többletet okoznak az országos átlaggal szemben a **balesetszerű esések** okozta halálozások a megyében, különösen a megyeszékhelyen kívüli területeken. A 15–64 éves férfiak halálozása mintegy másfélszerese az országosnak ( $SHH=158,7\%$ ;  $P<0,001$ ; 133 halálest). A 15–64 éves nők körében a férfiakénál jóval kevesebb halálest (33) történt balesetszerű esés következtében, de halálozásuk így is jelentősen meghaladta az országos szint szerint esetükben várható halálozást ( $SHH=176,9\%$ ;  $P<0,01$ ).

#### Fertőző betegségek okozta halandóság

Szabolcs-Szatmár-Bereg megye teljes férfi lakosságát tekintve, a fertőző betegségek okozta halandóság lényegesen meghaladja az országos szintet ( $SHH=170\%$ ;  $P<0,001$ ). A fertőző betegségeken belül a légzőszervi tuberkulózis okozta halandóság kétszerese az országosnak ( $SHH=205\%$ ;  $P<0,001$ ), míg az egyéb – nem tuberkulózis okozta – fertőző betegségek miatti halálozás az országos szint alatt marad ( $SHH=78\%$ ;  $P<0,05$ ). A fertőző betegségek miatt

meghalt férfiak száma a vizsgált periódusban összesen 147 volt, melyből 125 halálestet légzőszervi tbc miatt következett be. Különleges figyelmet érdemel a **45–64 éves férfiak tragikusan magas légzőszervi tbc miatti halálozása** ( $SHH=247\%$ ;  $P<0,001$ ), ami 64 halálestet jelent az országos átlag alapján várt mintegy 26 halálesttel szemben.

A nők esetében a fertőző betegségek miatti halandóság szintén a tüdő tuberkulózis okán ( $SHH=214\%$ ;  $P<0,001$ ) haladja meg jelentősen az országos halálozási átlagot.

#### MEGBESZÉLÉS

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a megyeszékhelyen és a megyeszékhelyen kívüli területeken minden korosztályban ellentétes irányú halandósági eltérések érvényesülnek az országos átlaghoz viszonyítva. Ehhez hasonló jelenség mind hazánkban, mind a fejlett országokban is megfigyelhető [2,4,5,6,7,8], a vizsgálatunkban kimutatott eltérés mértéke azonban – különösen a korai halálozásban – jóval meghaladja az általánosan jellemző mértéket, s a megyeszékhelyen kívül élő lakosság súlyos veszélyeztettségére hívja fel a figyelmet.

A megyeszékhelyen kívül élő, **15–64 éves férfiak** körében jelentős halálozási többlet figyelhető meg betegségek és erőszakos okok miatt egyaránt, míg **Nyíregyházán** az országos átlagnál magasabb halálozás csak erőszakos okok miatt fordult elő. Az erőszakos okok közül az **öngyilkosság** játszik meghatározó szerepet a halandóság alakulásában. A betegségek körét tekintve különös figyelmet érdemel a megyeszékhelyen kívül élő férfiak nagymérvű halandósági többlete az **ischaemiás szívbetegségek, a magasvérnyomás és agyérbetegségek, a légzőrendszeri daganatok**, valamint az **idült hörghurut, tüdőtágulat és asthma** következtében.

A **15–64 éves nők** esetében – a férfiakhoz hasonlóan – szintén a megyeszékhelyen kívül élők veszélyeztetettebbek az országos átlaghoz viszonyítva, és megfigyelhető **Nyíregyháza** viszonylag kedvező helyzete. A megyén belül a betegségek miatti többlethalalozás legsúlyosabban a 10000-nél kevesebb lakosú településeken jelentkezik. Külön ki kell emelni az **ischaemiás szívbetegségek, a magasvérnyomás és agyérbetegségek**, valamint az **idült hörghurut, tüdőtágulat és asthma** okozta jelentős többlethalalozást körükben.

Különösen aggasztó a **magasvérnyomás és az agyérbetegségek** miatt a férfiak és a nők esetében egy-

**holos májbetegségek** miatt olyan rendkívül súlyos halálozási többlet terheli e korosztályt minden településcsoportban, amely az adatok szerint kimutatható, legnagyobb alkoholos eredetű többletvesztéséget is sokszorosán felülmúlja.

#### A légzőrendszer betegségei

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében **idült hörghurut, tüdőtágulat és asthma** okozta a légzőrendszeri halálozások 81%-át (204 halálest) a férfiak, és 84%-át (79 halálest) a nők körében. A 15–64 éves lakosság halandósága ezen idült légzőrendszeri betegségek miatt megyei szinten mintegy kétszerese az országos átlagnak és a nagymértékű többlethalálozás a megye területén valamennyi vizsgált településcsoportban megfigyelhető (7. ábra).

#### Erőszakos okok

A megyében az erőszakos okok miatti halálozásban jelentős részarányt képvisel az **öngyilkosság** mind a férfiak (440 halálest, 41%), mind a nők (83 halálest, 34%) esetén. Különösen veszélyeztetettnek tűnik öngyilkosság miatt – **Nyíregyházát** kivéve – valamennyi vizsgált településcsoport 15–64 éves férfi lakossága (8. ábra).

A **motoros járműbalesetek** miatt az országos átlagnál magasabb halandóság **Nyíregyházán** figyelhető meg a férfiak körében, azonban az eltérés statisztikailag nem szignifikáns. Ugyanakkor jelentős halálozási többletet okoznak az országos átlaggal szemben a **balesetszerű esések** okozta halálozások a megyében, különösen a megyeszékhelyen kívüli területeken. A 15–64 éves férfiak halálozása mintegy másfélszerese az országosnak ( $SHH=158,7\%$ ;  $P<0,001$ ; 133 halálest). A 15–64 éves nők körében a férfiakénál jóval kevesebb halálest (33) történt balesetszerű esés következtében, de halálozásuk így is jelentősen meghaladta az országos szint szerint esetükben várható halálozást ( $SHH=176,9\%$ ;  $P<0,01$ ).

#### Fertőző betegségek okozta halandóság

Szabolcs-Szatmár-Bereg megye teljes férfi lakosságát tekintve, a fertőző betegségek okozta halandóság lényegesen meghaladja az országos szintet ( $SHH=170\%$ ;  $P<0,001$ ). A fertőző betegségeken belül a légzőszervi tuberkulózis okozta halandóság kétszerese az országosnak ( $SHH=205\%$ ;  $P<0,001$ ), míg az egyéb – nem tuberkulózis okozta – fertőző betegségek miatti halálozás az országos szint alatt marad ( $SHH=78\%$ ;  $P<0,05$ ). A fertőző betegségek miatt

meghalt férfiak száma a vizsgált periódusban összesen 147 volt, melyből 125 halálestet légzőszervi tbc miatt következett be. Különleges figyelmet érdemel a **45–64 éves férfiak tragikusan magas légzőszervi tbc miatti halálozása** ( $SHH=247\%$ ;  $P<0,001$ ), ami 64 halálestet jelent az országos átlag alapján várt mintegy 26 halálesttel szemben.

A nők esetében a fertőző betegségek miatti halandóság szintén a tüdő tuberkulózis okán ( $SHH=214\%$ ;  $P<0,001$ ) haladja meg jelentősen az országos halálozási átlagot.

#### MEGBESZÉLÉS

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a megyeszékhelyen és a megyeszékhelyen kívüli területeken minden korosztályban ellentétes irányú halandósági eltérések érvényesülnek az országos átlaghoz viszonyítva. Ehhez hasonló jelenség mind hazánkban, mind a fejlett országokban is megfigyelhető [2,4,5,6,7,8], a vizsgálatunkban kimutatott eltérés mértéke azonban – különösen a korai halálozásban – jóval meghaladja az általánosan jellemző mértéket, s a megyeszékhelyen kívül élő lakosság súlyos veszélyeztettségére hívja fel a figyelmet.

A megyeszékhelyen kívül élő, **15–64 éves férfiak** körében jelentős halálozási többlet figyelhető meg betegségek és erőszakos okok miatt egyaránt, míg **Nyíregyházán** az országos átlagnál magasabb halálozás csak erőszakos okok miatt fordult elő. Az erőszakos okok közül az **öngyilkosság** játszik meghatározó szerepet a halandóság alakulásában. A betegségek körét tekintve különös figyelmet érdemel a megyeszékhelyen kívül élő férfiak nagymértékű halandósági többlete az **ischaemiás szívbetegségek, a magasvérnyomás és agyérbetegségek, a légzőrendszeri daganatok**, valamint az **idült hörghurut, tüdőtágulat és asthma** következtében.

A **15–64 éves nők** esetében – a férfiakhoz hasonlóan – szintén a megyeszékhelyen kívül élők veszélyeztetettebbek az országos átlaghoz viszonyítva, és megfigyelhető **Nyíregyháza** viszonylag kedvező helyzete. A megyén belül a betegségek miatti többlethalálozás legsúlyosabban a 10000-nél kevesebb lakosú településeken jelentkezik. Külön ki kell emelni az **ischaemiás szívbetegségek, a magasvérnyomás és agyérbetegségek**, valamint az **idült hörghurut, tüdőtágulat és asthma** okozta jelentős többlethalálozást körükben.

Különösen aggasztó a **magasvérnyomás és az agyérbetegségek** miatt a férfiak és a nők esetében egy-

1. táblázat  
A települések csoportosítása  
Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében  
a települések lélekszáma szerint

Településcsoportok	Települések száma	A településcsoport lakossága a megye lakosságának %-ában
Nyíregyháza	1	19,9
≥ 10 000 lakos	8	18,4
3 000 – 9 999 lakos	13	12,5
1 000 – 2 999 lakos	129	42,1
<1 000 lakos	77	7,1
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	228	100,0

3. táblázat  
Az általános halálozás területi különbségei  
Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében  
kor és nem szerint, 1994–1996

Terület	0	1-14	15-64	65-X
	éves korban			
	SHH (zárójelben a halálesetek száma)			
<b>FÉRFIAK</b>				
Nyíregyháza	103,9 (26)	75,0 (8)	87,9 *** (861)	97,2 (1002)
Megye Nyíregyháza nélkül	114,3 (140)	109,0 (51)	128,1 *** (5082)	111,8 *** (5676)
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	112,5 (166)	102,7 (59)	120,2 *** (5943)	109,3 *** (6680)
<b>NŐK</b>				
Nyíregyháza	117,5 (23)	128,7 (10)	85,8 ** (372)	101,2 (1299)
Megye Nyíregyháza nélkül	139,7 *** (136)	124,1 (43)	112,5 *** (1937)	105,8 *** (6234)
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	136,0 *** (159)	124,9 (41)	107,1 ** (2309)	105,0 ** (7533)

\*P<0,05; \*\*P<0,01; \*\*\*P<0,001

2. táblázat  
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye férfi és női lakosságának kormegoszlása településnagyság szerint,  
1994. január 1.

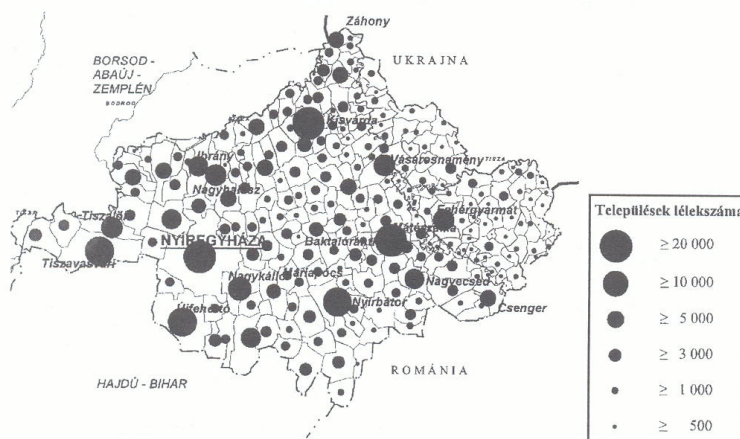
Településcsoport	0	1-14	15-64	65-X	0	1-14	15-64	65-X
	éves FÉRFIAK %-os aránya (zárójelben a lakosság száma 1000 főben)				éves NŐK %-os aránya (zárójelben a lakosság száma 1000 főben)			
Nyíregyháza	1,3 (0,73)	20,8 (11,86)	70,2 (39,99)	7,7 (4,36)	1,2 (0,72)	18,2 (11,33)	68,9 (42,87)	11,7 (7,31)
≥ 10 000 lakos	1,3 (0,69)	22,4 (12,07)	68,7 (36,96)	7,6 (4,08)	1,2 (0,69)	20,3 (11,51)	66,7 (37,83)	11,8 (6,67)
3 000 – 9 999 lakos	1,4 (0,52)	21,5 (7,95)	67,6 (25,02)	9,5 (3,51)	1,2 (0,47)	20,1 (7,66)	64,6 (24,65)	14,1 (5,39)
1000 – 2 999 lakos	1,4 (1,79)	21,1 (26,23)	67,7 (83,93)	9,8 (12,11)	1,4 (1,79)	19,8 (25,40)	63,3 (81,15)	15,5 (19,89)
< 1 000 lakos	1,3 (0,28)	18,9 (3,91)	67,5 (13,94)	12,3 (2,54)	1,3 (0,28)	18,0 (3,86)	62,5 (13,45)	18,2 (3,91)
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	1,4 (4,01)	21,2 (62,02)	68,3 (199,84)	9,1 (26,60)	1,3 (3,95)	19,5 (59,76)	65,2 (199,95)	14,0 (43,17)

4. táblázat  
A 15–64 éves férfiak és nők halálozásának eltérései az országos szinttől halálloki főcsoport  
és nem szerint Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, 1994–1996

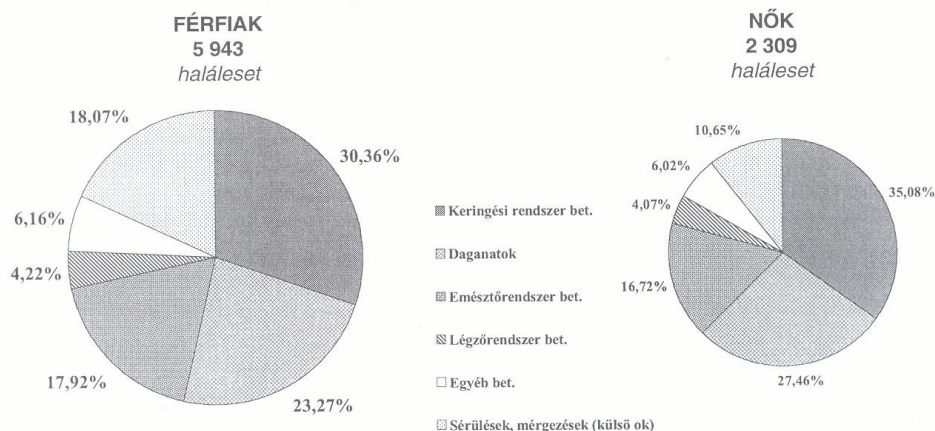
Terület	A keringési rendszer betegségei	Daganatok	Az emésztő-rendszer betegségei	A légző-rendszer betegségei	Sérülések, mérgezések (külső ok)
	SHH (zárójelben a halálozások száma)				
<b>FÉRFIAK</b>					
Nyíregyháza	71,9 *** (220)	88,3 (214)	88,9 (149)	150,1 ** (48)	107,4 (178)
Megye Nyíregyháza nélkül	125,7 (1584)	118,2 *** (1169)	137,7 *** (916)	154,0 *** (203)	136,3 *** (403)
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	115,2 *** (1804)	112,3 *** (1383)	127,9 *** (1065)	153,2 *** (251)	130,5 *** (1074)
<b>NŐK</b>					
Nyíregyháza	73,7 ** (96)	81,8 * (123)	104,4 (65)	130,5 (18)	118,6 (52)
Megye Nyíregyháza nélkül	131,7 *** (714)	85,5 *** (511)	136,1 *** (321)	135,5 *** (76)	119,7 * (194)
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	120,4 *** (810)	84,8 *** (634)	129,5 *** (386)	134,5 ** (94)	119,5 ** (246)

\*P < 0,05; \*\*P < 0,01; \*\*\*P < 0,001

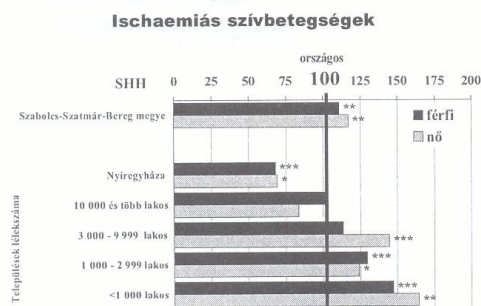
1. ábra  
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye településszerkezete  
1994. január 1.



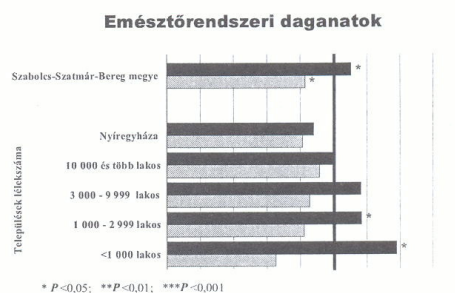
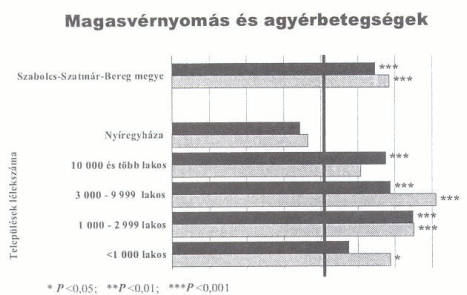
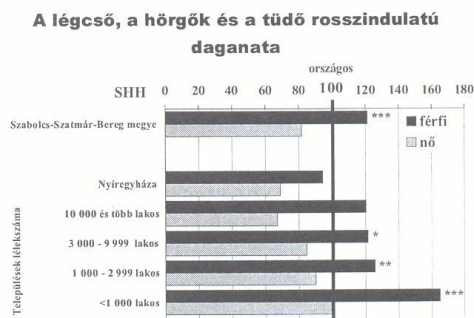
2. ábra  
Halálozások megoszlása halálokok szerint a 15–64 éves férfiak és nők körében Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, 1994–1996



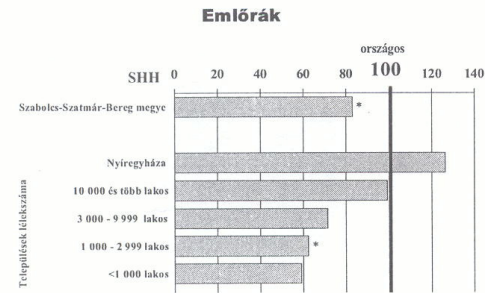
3. ábra  
A 15-64 éves lakosság főbb keringési ok miatti halálozásának területi különbségei településcsoportok és nem szerint Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, 1994-1996



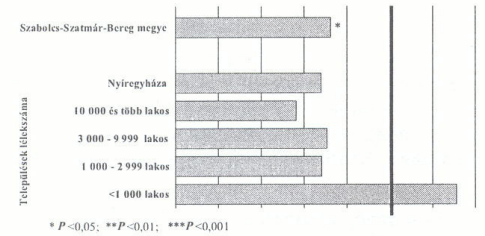
4. ábra  
A 15-64 éves lakosság főbb daganatos betegségek okozta halálozásának területi különbségei településcsoportok és nem szerint Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, 1994-1996



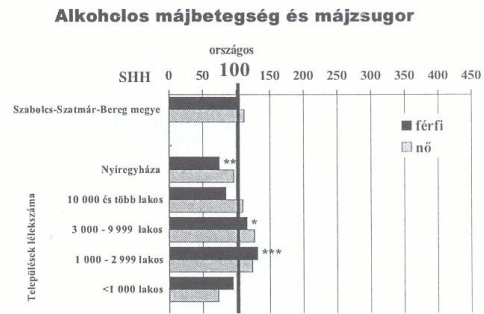
**5. ábra**  
A 15-64 éves nők emlőrák, valamint a méhnyak és a méhtest rosszindulatú daganata okozta halálkozásának területi különbségei településcsoportok szerint Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, 1994-1996



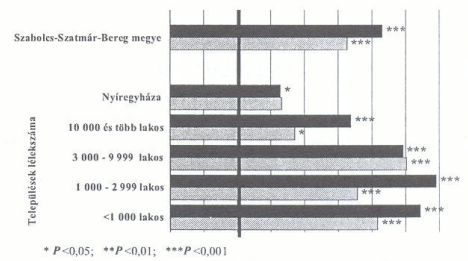
**A méhnyak és a méhtest rosszindulatú daganata**



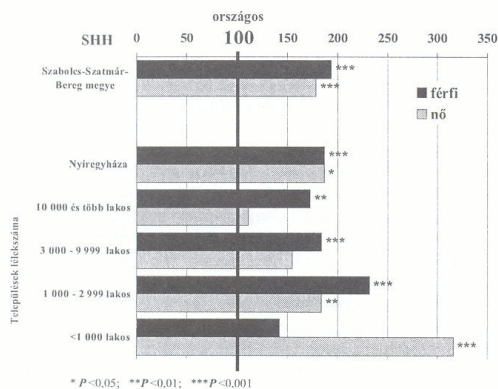
**6. ábra**  
A 15-64 éves lakosság krónikus májbetegség és májszuger okozta halálkozásának területi különbségei településcsoportok és nem szerint Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, 1994-1996



**Nem alkoholos májbetegségek és májszuger**



**7. ábra**  
A 15-64 éves lakosság idült hörghurut, tüdőtágulat és asthma okozta halálzásának területi különbségei településcsoportok és nem szerint Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, 1994-1996



**8. ábra**  
A 15-64 éves lakosság öngyilkosság és motoros járműbalesetek miatti halálzásának területi különbségei településcsoportok és nem szerint Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, 1994-1996

