
UNIVERSITY
OF DEBRECEN

FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 5.
2014

A nyíregyházi lakosok szubjektív egészségi állapota és annak változásai

Jávorné Erdei Renáta, R. Fedor Anita,
Berencsiné Madácsi Eszter

Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar

Abstract. Quality of life related to health is one of the most important dimension and perhaps it is studied most frequently, which shows how health conditions contribute to the individual's well-being. The population may be marked as the primary aim of the surveys and with the help of this correction of the individual's health conditions, furthermore the reduction of the health inequalities is feasible. In our research we examine health conditions and quality of life of the population along with the judgement of the subjective health conditions.

The research program is based on international and national samples, which follows the methodology of the so-called household panel. The essence of this method is that it collects information about urban households, secondly about the particular features of the household members. Its peculiarity is that it tries to reveal the changes on an identical population sample, with an identical questionnaire by the help of interviewer, who visit the same households at particular intervals. In the course of the analysis, we analyse the frequency values of the variables considered relevant by us, which are counted with single variable and binary mathematical-statistical methods (average, scattering, frequency distribution and two-sampled t-test, independence test (CHi-square test).

In our study we present a part of the preliminary results of the examination of 2012 concerning subjective health conditions in the household panels of Nyíregyháza town.

The establishment of the mortality indicators is generally the most favourable in the counties of the West Transdanubian region, while the North plain and the North

Hungarian regions can be described by the most adverse indicators. Preliminary data indicate that inhabitants of Nyíregyháza town usually think that their health conditions are worse than health conditions of the citizens of the European Union, and although local data stand near to the national ones, it still can be determined, that inhabitants of Nyíregyháza judge their health more unfavourably.

The preliminary results of the examination of 2012 show that compared to the survey of 2010, health sensation of the inhabitants of Nyíregyháza has improved minimally. It is still typical of our town too that women judge their health conditions more unfavourably than men do. The educational level is in the tightest relationship with health conditions, so the lower educational level has someone the more unfavourable judgement he/she has about his/her health condition. It is unfortunate that a big part of the population visits its family doctor only in case of bigger problems and does not take advantage of the preventive and curative opportunities of the basic medical care, which is the nearest to the population.

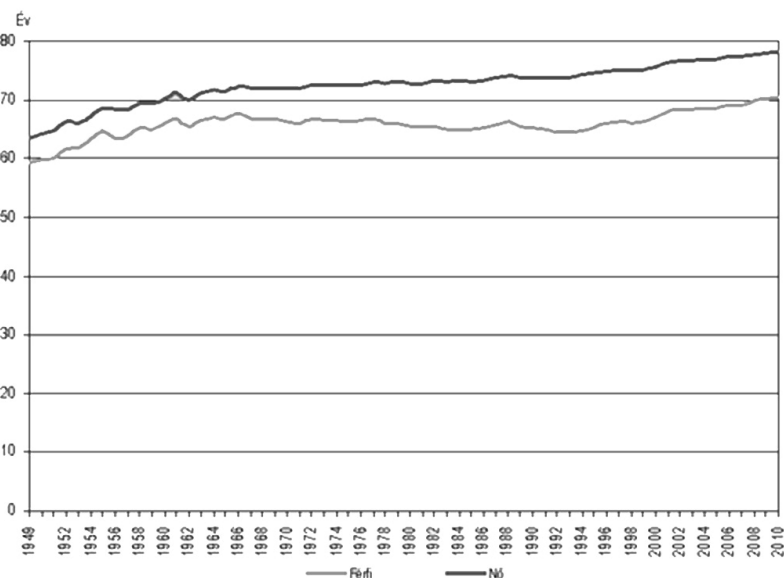
Keywords: subjective health status, life quality, screening

Bevezetés

A népesség egészségi állapotának javítása, a kedvezőtlen trendek megállítása, megváltoztatása már régóta része az európai régiók egészségpolitikai célkitűzéseinek. A deklarált célok ellenére hazánk messze áll attól, hogy az egészség kérdései elsőbbséget élvezzenek, mivel azok sem egyéni, sem társadalmi szinten nem kapnak megfelelő figyelmet.

A modern társadalmakban az életminőség alakulásában egyre nagyobb szerepet játszanak a lokális közösségek, meghatározóvá válik azok aktivitása, a hatalmi struktúrák feletti befolyása. Az életminőség objektív és szubjektív komponensekből tevődik össze, melynek fontosabb részterületei az egészség, az anyagi helyzet, a lakhatás illetve a társas kapcsolatok. Az életminőség vizsgálatok az egészséggel kapcsolatos kutatásokban vannak jelen leginkább, figyelemreméltó eredmények e területen születtek. Az egészséggel kapcsolatos életminőség az életminőség egyik fontos és talán a leggyakrabban kutatott dimenziója, amely arra vonatkozik, hogy az egészségi állapot milyen mértékben járul hozzá az egyén boldogulásához. A vizsgáladások elsődleges céljaként a népesség, ezen keresztül az egyén egészségi állapotának javítása jelölhető meg, továbbá az egészségben meglévő egyenlőtlenségek csökkentése. Az életminőség javulása a társadalom számára, mint egészségnyereség racionalizálható, melynek két fő tényezője a várható élettartam meghosszabbodása és a megnyert életevek számának növekedése (Az egészségfejlesztés alapelvei, 2004).

A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban kedvezőtlennek mondható, továbbá megállapítható az is, hogy jelentősen elmarad a társadalmi-gazdasági fejlettségi szint alapján elvárhatótól.



1. ábra. A férfiak és nők születéskor várható élettartama.

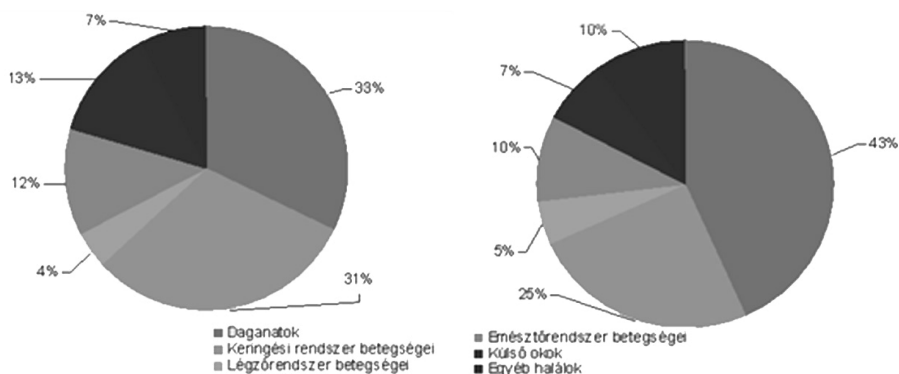
Forrás: Jelentés az Országgyűlés részére az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja 2011. évi előrehaladásáról, 2012.

1993-tól a magyar nők és férfiak születéskor várható élettartamának alakulása emelkedő tendenciát mutat. A Központi Statisztikai Hivatal szerint, 2010-ben a születéskor várható átlagos élettartam a férfiaknál 70,50 a nőknél 78,11 év volt (1. ábra). A trend kedvezőnek minősíthető, ugyanakkor elmarad az Európai Unió tagállamainak átlagától.

A halálozási mutatók Magyarországon általában a nyugat-dunántúli régió megyéiben a legkedvezőbbek, míg a legkedvezőtlenebb mutatókkal az északalföldi és az észak-magyarországi régió jellemezhető.

A magyar férfiak és nők halálozási mutatói - az utóbbi évtizedekben tapasztalható stagnálás, esetenként csökkenés ellenére is - elmaradnak az Európai Unió országok kedvezőbb adataihoz képest. A halálokok jelentős részét a krónikus nem fertőző betegségek teszik ki, amelyek a KSH adatai szerint az utóbbi 20 évben jelentősen megnövekedtek. Jelentős eltérés mutatkozik a daganatos megbetegedések okozta halálozások arányában, mely a nők körében 43%, a férfiak

esetében 33%-os arányt tesznek ki a vezető halálokok között (2. ábra). (KSH Társadalmi Helyzetkép 2010; Népegészségügyi jelentés).



2. ábra. A vezető halálokok megoszlása a 0-64 éves magyar férfiak és nők körében.

Forrás: KSH Társadalmi Helyzetkép, 2010.

„Az Európai Bizottság hosszú távú erőfeszítései arra irányultak/irányulnak, hogy az egyes tagországok felkészültségét növeljék, s így képesek legyenek lakosságuk egészségének egyre magasabb szintű megőrzésére és fejlesztésére.

Az Egészségügyi Világszervezet négy alapstratégiát javasol megvalósítani:

- a társadalom különböző szektorainak együttműködését annak érdekében, hogy az összes olyan tényezőt befolyásolni lehessen, amelyeknek bármilyen hatása lehet a lakosság egészségi állapotának romlására vagy javulására. E tényezők alatt nemcsak a genetikai faktorokat és a kórokozókat, hanem olyan területeket is ért, mint az oktatás, a politikai programok és a szociális háló erőssége;
- az egészséget, illetve az egészségügyi ellátórendszerek erősítését célzó programokat és beruházásokat az eredmények hangsúlyozásával;
- a családokra és a közösségekre összpontosító integrált orvosi és egészségügyi ellátást, háttérben egy rugalmasan alkalmazkodni képes, felelősségteljes kórházi hálózattal;
- az egészség fejlesztésének és a felelősség közös viselésének sikeréhez nélkülözhetetlen a lehetséges partnerek együttműködésre sarkallása minden szinten és bármilyen felállásban, legyen az otthon, az iskola, a munkahely, a helyi közösség, a régió vagy a tagország.” (OEFI, Egészségfejlesztés a szintereken, 2004)

Az WHO a harmincadik közgyűlésén, 1977-ben rakta le a közösségi szintű egészségfejlesztési kezdeményezések világméretű elterjedésének alapjait. Az ekkor megfogalmazott határozat kimondja, hogy „az elkövetkező évtizedekben az egyes nemzeti kormányok és az Egészségügyi Világszervezet fő társadalmi célja az kellene legyen, hogy a világ összes polgára számára a 2000-es év végére megteremtse az egészségnek egy olyan minimumát, amely lehetővé teszi számukra a társadalmi és gazdasági értelemben produktív életvitelt” (WHO, 1993). Az ekkor elindult kampány „Egészség mindenkinek 2000-re” címen vált ismertté. Ezt követte 1978-ban az Alma-atai nyilatkozat, amely kimondta, hogy az egyéni és a közösségi felvilágosítás, oktatás alapvető elemei kell, hogy legyenek az egészségügyi alapellátásnak, majd megjelent a Lalonde-jelentés, mely dokumentum – többek között - települési népegészségüggyel is foglalkozik. 1986-ban, Ottawában tartották meg az első nemzetközi egészségfejlesztési konferenciát, melynek eredményeként született meg az Ottawai egészségfejlesztési charta, melyben azonosították az egészséges élet feltételeit és forrásait. (OEFI, Az egészségfejlesztés alapelvei, 2004)

Ahhoz, hogy a deklarált egészségfejlesztési célok megvalósuljanak, fel kell mérni a lakosság egészségével kapcsolatos jellemzőket. Ezen információk egy része kérdőíves lakossági egészségfelmérések segítségével tárható fel. Az általunk végzett vizsgálatmal megismerhetjük a nyíregyházi lakosok vonatkozásában az egészséget befolyásoló életmódbeli és társadalmi tényezőket, továbbá az egészségügyi ellátások igénybevételét, valamint a városban élők egészségmagatartását.

A szubjektív egészségi állapot meghatározása

Eredményeink bemutatása előtt fontosnak tartjuk a szubjektív, vélt egészségi állapot fogalmának meghatározását, jelentőségének alátámasztását. A vélt egészség az egyének önértékelésén, azaz saját véleményén alapul és nem feltétlenül függ össze szorosan az orvosi diagnózissal. Megítélésében kiemelt szerepet játszik az egyén társadalmi, gazdasági helyzete és kulturális gyökerei. A szubjektív egészségi állapot meghatározása a nemzetközi gyakorlatban elfogadott és rendszeresen alkalmazott eszköze a lakossági egészségfelméréseknek, továbbá elmondható, hogy minden más mutatónál jobb prediktora a halálozásnak. Az egészségi állapot szubjektív megítélésének feltárása jelenik meg a legtöbb kérdőíves felmérésben, ugyanis a válaszadók képesek komplexen átlátni és megítélni saját egészségi állapotukat. Az önminősített egészségi állapot értékelése szoros kapcsolatban van az objektív egészségi állapottal, ezért alkalmas a betegségfolyamatok monitorozására. (Pikó 2006)

A népegészségügyi kutatásokban is gyakran találkozhatunk azzal az egészség-szemlélettel, amely a percepcionális modellt követi, amikor is az egészség meghatározása az egyén saját véleménye alapján történik. A szubjektív, vélt egészséget több nemzetközi szervezet is – mint például az OECD, WHO - ajánlja egészségindikátorként.

Az Európai Lakossági Egészségfelmérésben is meghatározták a vélt egészségi állapotot a következőképpen: „A vélt egészség az egyének önértékelésén alapul, vagyis azon, hogy milyen a véleményük a saját egészségi állapotukról. Nem függ össze szorosan a tényleges, orvosilag igazolt diagnózissal, megítélését befolyásolja az egyén társadalmi, gazdasági, kulturális helyzete, mégis a nemzetközi gyakorlatban a kérdés elfogadott és rendszeresen alkalmazott eszköze a lakosság egészségi állapotára vonatkozó vizsgálatoknak.” (ELEF 2009 kérdőív)

A kutatás előzményei, célja és módszere

Nyíregyháza Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatal Szociális Irodája a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karával 2008-ban kezdte el Nyíregyháza lakóinak életminőség vizsgálatát azzal a céllal, hogy a városlakók életminőségét folyamatosan figyelemmel kísérjék, a változásokat elemezzék, továbbá az eredményeket bemutassák. Eddig három lekérdezés történt, 2008-ban, 2010-ben és 2012-ben. Kutatócsoportunk célja, hogy komplex vizsgálat tárgyává tegye Nyíregyháza lakosságának egészségi állapotát, valamint a lakosság életminőségét többdimenziós – bio-pszicho-szociális – megközelítésből elemezze. Célunk volt továbbá megismerni a nyíregyházi lakosok önminősített egészségi állapotát, és megvizsgálni egészségmagatartásukat.

Az eredmények birtokában, a későbbiekben célunk az életminőséget alakító tényezők leírása valamint a város lakossága egészségi állapotleírásának elkészítése.

A kutatás részeredményeire alapozva célzott egészségmegőrző pilot program beindítása, lebonyolítása és értékelése is szerepel céljaink között Nyíregyháza meghatározott körzetében, mely program „A kutatás az Európai Unió és Magyarország támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával a TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012-0001 azonosító számú „Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program” című kiemelt projekt kereti között valósul meg.

Jelen tanulmányban az adatok részleges feldolgozottsága mellett, a kutatás néhány előzetes eredmény bemutatására vállalkozunk.

Az adatfelvétel és elemzés módszere

A vizsgálat során interdiszciplináris (egészségtudomány, szociológia, pszichológia) megközelítésben a szakirodalom feltárását empirikus – kérdőíves kutatással ötvöztük. A kérdőív, több fő blokkban tárja fel Nyíregyháza lakosságának életkörülményeit, melynek keretében a mi kutatócsoportunk az egészségi állapot témakörét vizsgálja. A kérdőíves felmérés során az adatgyűjtés kérdezőbiztosok segítségével történt. 2012-ben a kérdőívet a kutatók kisebb-nagyobb módosításokkal, kiegészítésekkel látták el. Az előző két lekérdezés során használt vélt egészségi állapotot mérő kérdéssort kiegészítettük az ELEF 2009. című kutatás néhány kérdésével, mely lehetővé teszi számunkra az összehasonlítást.

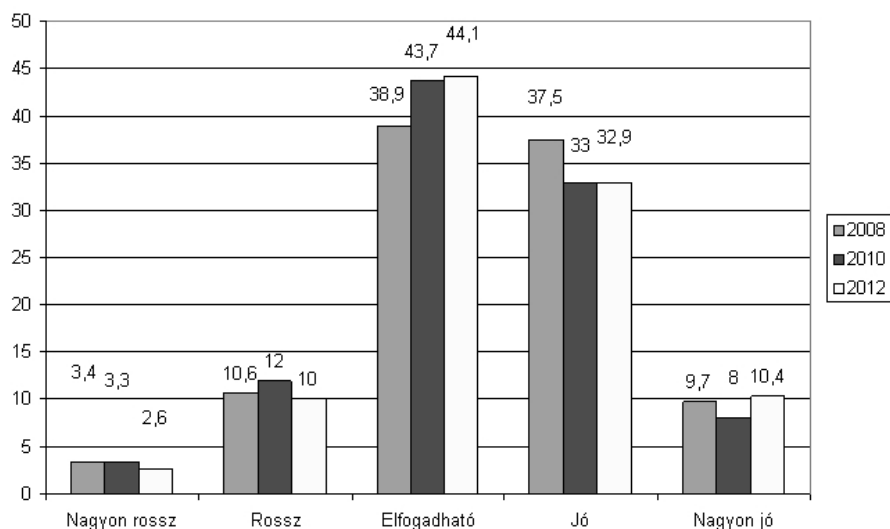
Az adatok feldolgozása és elemzése az SPSS for Windows statisztikai szoftvercsomag alkalmazásával történt. Az elemzés során általunk relevánsnak tartott változók gyakorisági értékeit elemeztük, melyeket egy- és kétváltozós matematikai-statisztikai módszerekkel számítottunk ki (átlag, szórás, gyakorisági eloszlás, valamint kétmintás t-próba, függetlenség-teszt (khi négyzet-próba). Jelenleg előzetes eredményeket közlünk írásunkban, mivel az adatok elemzése még nem zárult le

Eredmények

Ismert számunkra az ELEF 2009-es eredményeiből, hogy a magyar felnőtt lakosság nagy része elégedett egészségi állapotával, vagy legalábbis megfelelőnek tartja azt. A nők és férfiak, több mint fele jónak vagy nagyon jónak ítéli meg egészségi állapotát. A nők 17 %-a és a férfiak közel 12%-a véli rossznak, vagy nagyon rossznak egészségét. Ezzel szemben az európai társadalmak közel kétharmada tartja jónak egészségi állapotát, tehát a magyar lakosok vélt egészségi állapotában lemaradást tapasztalhatunk. A város lakóira vonatkozó életminőség és egészségi állapot közötti összefüggéseket, a lakosság szűrési hajlandóságát, valamint egyes egészségmagatartási szokásait korábban már vizsgáltuk, mely vizsgálat eredményeit más összefüggésben bemutattuk a „Nagyító alatt” címet viselő tanulmánykötetben 2013-ban. Az említett tanulmányok egyes eredményeit jelen írásunkban is bemutatjuk. Az életminőséget az FT életminőség index alapján, illetve közösségi aktivitás alapján is vizsgáltuk a 2012-es lekérdezést figyelembe véve. A Fábíán-Takács-féle Életminőség Index-el (QLI_FT) való kapcsolat vizsgálata során azt tapasztaltuk, hogy a vallási dimenzió kivételével minden közösségi aktivitást mérő tényező pozitív hatással van az életminőségre. Ez azt mutatja, hogy a szakirodalomban leírtaknak megfelelően a társas támogatottság mértéke meghatározó része az életminőségnek. A megkérdezett nyíregy-

házi lakosok esetében elmondható, hogy a vizsgált életminőség index magasabb a közösségileg aktív egyének esetében (Renata Javorne Erdei at all, 2014).

A 3. ábra Nyíregyháza város lakóinak egészség percepcióját mutatja. Megállapítható, hogy mind a magyar, mind az európai lakosokhoz képest a nyíregyházi lakosság kedvezőtlenebbül ítéli meg egészségét. Ugyanakkor észre kell vennünk, hogy a 2008-ban és 2010-ben mért adatokhoz képest csökkent azok aránya, akik rossznak, vagy nagyon rossznak ítélték meg egészségi állapotukat. A csökkenéssel körülbelül egyező mértékben nőtt az egészségüket elfogadhatónak, vagy nagyon jónak megítélők aránya. Az egészségi állapotukat jónak megítélők aránya az utóbbi két adatfelvétel során nem változott. Ezek az eredmények azonban csak tendenciaszerű változást mutatnak.



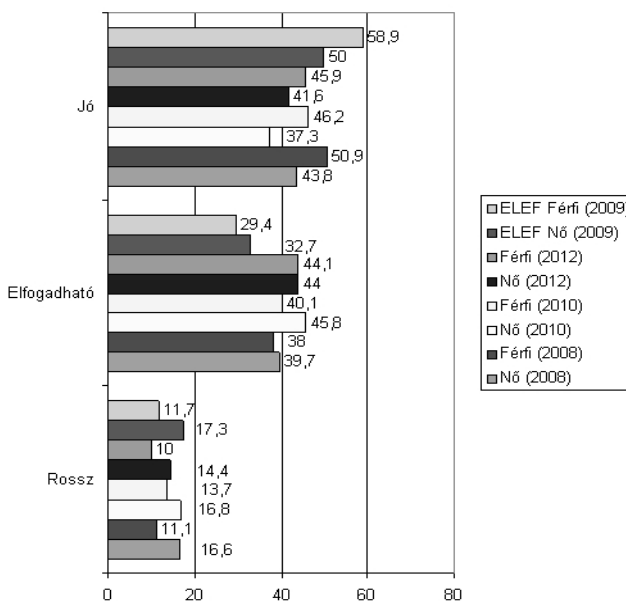
3. ábra Az egészségi állapot szubjektív jellemzése Nyíregyházán 2008-2010-2012 (%).

Forrás: Jávorné - Fábián-Füzesi – Nagyító alatt, 2013.

Ismert az a tény, miszerint a nők morbiditása rosszabb, mortalitása viszont jobb a férfiakénál. Többféle magyarázattal élhetünk ezzel kapcsolatban többek között azzal, hogy a nők érzékenyebbek egészségi állapotuk változására, mint férfitársaik, így korábban is fordulnak orvoshoz, mint a férfiak. Egy másik lehetséges magyarázó tényező lehet, hogy azok a betegségek, amelyek a nők körében fordulnak elő, általában sikeresebben kezelhetők. A 4. ábrán látható, hogy Nyíregyházán a férfiak és nők körében mért adatok kedvezőtlenebbül alakulnak a magyar lakossáéhoz képest. Az ELEF 2009 adatai azt mutatják, hogy a nők

körében eléri, férfiak esetében pedig meghaladja az 50%-ot azok aránya, akik egészségi állapotukat jónak tartják. Az előző, 2010-es adatfelvételhez viszonyítva 2012-ben a férfiak körében némiképp romlott, a nők esetében pedig javult az önminősített egészségi állapot. A nők körében emelkedett azok aránya, akik jónak ítélik meg egészségi állapotukat, bár ez az országos adatokhoz képest még mindig alacsonyabb arányt képvisel.

A nőknek a férfiakénál sokkal kedvezőbbek az életésélyei. A két nem között növekvő élettartambeli különbség talán annak köszönhető, hogy a nők egészség-tudatosabban élnek, életmódjukban kevesebb az egészségkárosító tényező, mint a férfiakéban, gondolhatunk itt például a dohányzásra, az alkoholizmusra és a táplálkozási szokásokra. Feltételezzük, hogy a nemek közötti különbségek társadalmi státusz szerint differenciáltan jelennek meg, azaz, az egyenlőtlenségek az egészségmagatartásban is regisztrálhatóak. Ezen hipotézisünket még tovább vizsgáljuk. Egészség-szociológiai vizsgálatokból tudjuk, hogy a társadalmi-gazdasági helyzet jelentősen befolyásolja az egészségi állapotot, az egyenlőtlenségek azonban nem tekinthetők konzisztensnek. A társadalmi gazdasági helyzet a nők körében kevésbé játszik szerepet, mint a férfiak esetében, ugyanakkor nők esetén a státuszok átértékelődése, azok életmóddal összefüggő egészségkockázata (pl. káros szenvedélyek előfordulása) nagyobb (Pikó, 2007).

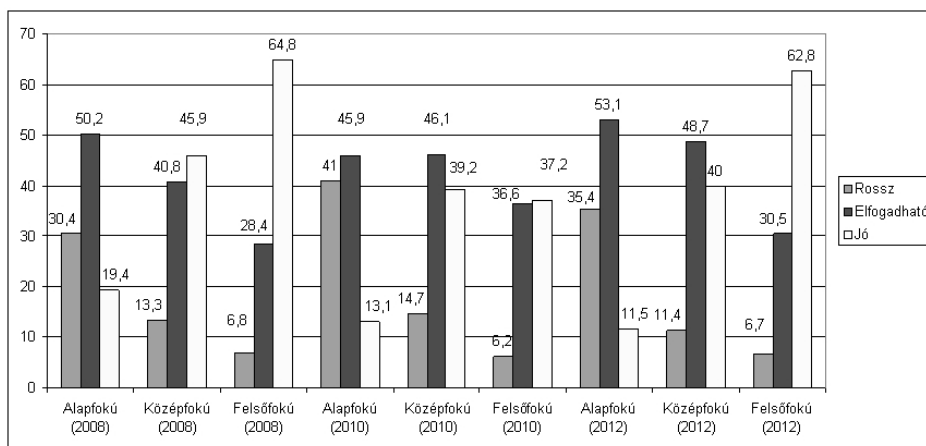


4. ábra A vélt egészség nemenként.

2008 - 2010 - 2012 Nyíregyháza és ELEF 2009 (%)

Forrás: Jávorné-Fábián-Füzesi – Nagyító alatt, 2013.

Megvizsgáltuk az egészségi állapot és az iskolai végzettség közötti összefüggéseket is, melynek során azt tapasztaltuk, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségű csoportokban az egészségi állapot önértékelése negatívabb. Megállapíthatjuk, hogy az iskolai végzettség emelkedésével nő azok aránya, akik egészségi állapotukat elfogadhatónak, jónak ítélik meg, azaz a magasabb iskolai végzettséghez általánosságban jobb egészségi állapot társul (5. ábra). Az iskolai végzettség és az egészségi állapot közötti összefüggést az iskolai végzettségi szintekhez társuló sajátos munka- és anyagi körülmények, pszichoszociális tényezők, életstílus elemek közvetítik, ahogyan azt Tahin – Jeges – Lampek korábbi eredményei is igazolják (Tahin-Jeges-Lampek, 2000).



5. ábra Az egészségi állapot szubjektív jellemzése Nyiregyházán - iskolai végzettség szerint, 2008-2010-2012 (%).

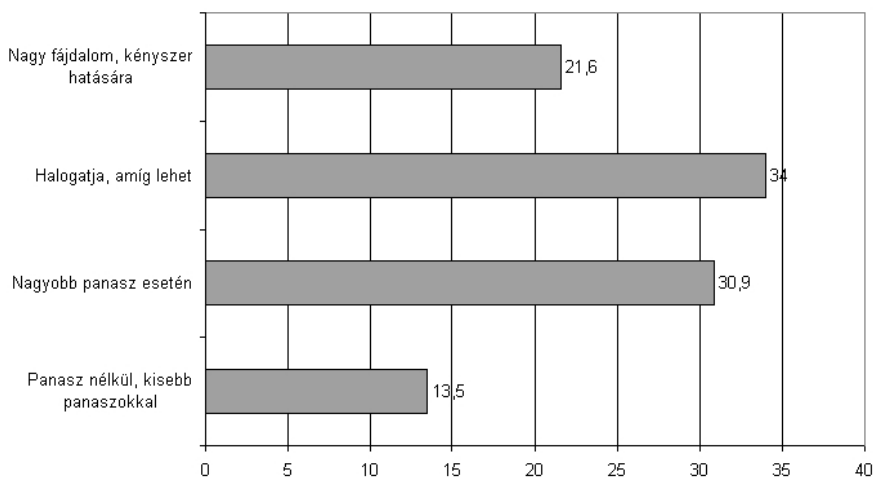
Forrás: Jávoriné-Fábián-Füzesi – Nagyító alatt, 2013.

A nyiregyházi lakosok egészségmagatartása, szűrési hajlandósága

A lakosság egészséget befolyásoló életmódbeli és társadalmi tényezőinek vizsgálatán túl, feltártuk, hogy a válaszadók milyen gyakorisággal találkoznak orvosokkal. A magyar lakosság nagy része egyetért abban, hogy a biológiai adottságokon kívül az egyének hozzáállásán, az egészség érdekében tett erőfeszítéseiken is múlik egészségük. Az egyén felelőssége abban is tetten érhető, hogy milyen gyakorisággal, mikor, milyen panaszokkal látogatja meg háziorvosát. Vajon fontosnak tartja-e az egyén, hogy egészségi állapotának ellenőrzése céljából, szűrővizsgálati célból (pl. vérnyomás-, vércukor ellenőrzés stb.) felkeresse orvosát, vagy csupán panaszok esetén megy el háziorvosához. A magyar lakosság 76%-a rendszeresen,

évente legalább egyszer keresi fel házi orvosát, 39%-uk egyszer-kétszer, a többiek ennél gyakrabban látogatják meg orvosukat (ELEF 2009).

A nyíregyházi lakosok házi orvosi ellátásának igénybevételét és annak motívációs hátterét a 6. ábrán láthatjuk. Megállapíthatjuk, hogy Nyíregyháza lakói döntően panasz esetén, akkor is leginkább csak súlyosabb panasz, vagy nagy fájdalom, illetve az ebből adódó „kényszer” hatására mennek el házi orvosukhoz. Amíg lehet, halogatják az orvosi vizsgálatot. Lényegesnek tartjuk további elemzésekkel feltárni azt, hogy leírhatók-e jellemzők a társadalmi-gazdasági helyzet, az egyes körzetek stb. mentén.



6. ábra Házi orvosi ellátás igénybevétele a Nyíregyházi lakosok körében 2012 (%)

Forrás: Jávorné-Fábián-Füzesi – Nagyító alatt, 2013.

Az egészségmagatartás fontos szerepet tölt be az egyén egészségének megtartásában, a betegségek megelőzésében, továbbá fontos tényező az egész társadalom jóllétének szempontjából is. Egészséges viselkedés lehet a személy „bármely olyan aktivitása, amit a személy hite szerint az egészsége érdekében tesz azért, hogy betegséget előzzön meg vagy betegséget azonosítson még annak tünetmentes szakaszában”(Urbán, 2011:593-622). Az egészségpszichológia különbséget tesz az egészség számára kedvező és kedvezőtlen viselkedés között. Az egészségre kedvezően ható viselkedések például a táplálkozással kapcsolatos kedvező viselkedés, a rendszeres fizikai aktivitás, a dohányzástól való leszokás, a megfelelő higiénia és a szűrővizsgálatokon való rendszeres megjelenés. Az egészségre kedvezőtlen viselkedések a táplálkozással kapcsolatos kedvezőtlen viselkedések, a dohányzás, a túlzott mértékű alkohol- és drogfogyasztás, szükségtelen gyógy-

szerszedés, szexualitással kapcsolatos kedvezőtlen viselkedés, szűrővizsgálatokon való nem megjelenés. (Urbán, 2011)

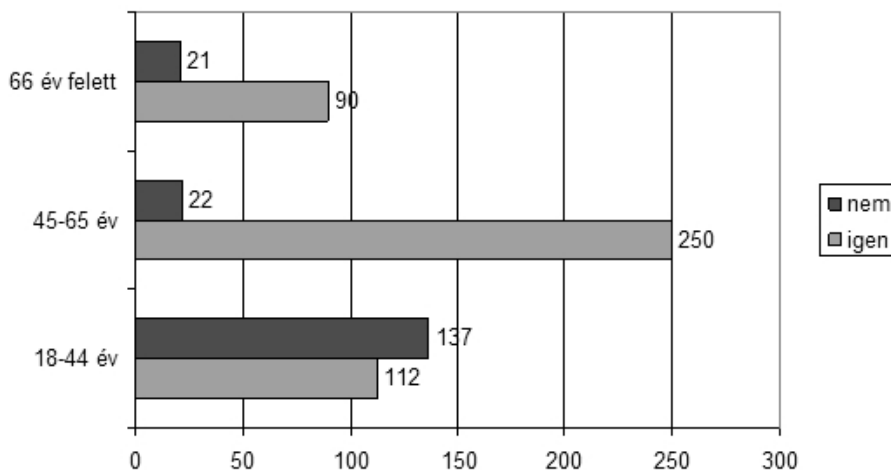
Az egészségügyi szűrés olyan rendszeres, nemzetközi ajánlásoknak megfelelően, időszakonként végzett vizsgálat sorozat, amelynek célja a rejtett betegségek kiszűrése, elváltozások feltárása. Egészséges, vagy magukat egészségesnek gondoló személyek vizsgálatát jelenti, és célja például a rosszindulatú daganatok, a magas vérnyomás, cukorbetegség és más betegségek korai, még a tünetek jelentkezése előtti felismerése.

Vannak olyan szűrővizsgálatok, amelyekre a nőknek fokozott hangsúlyt kell fektetni, népegészségügyi jelentőségük kiemelt. Ebbe a körbe tartozik például a mammográfiás szűrővizsgálat, amely 45-65 éves kor között két évenként ajánlott. Vannak olyan tényezők, amelyek megléte esetén az emlőrák kialakulása gyakoribb, ezen rizikófaktorok megléte esetén indokoltá válik a gyakoribb vizsgálat, illetve a korai életkorban megkezdett szűrés. Kiemelt jelentőségű továbbá a méhnyakrák és megelőző állapotának citológiai vizsgálata a 25 és 65 év közötti nők körében, melyet 3 évenként indokolt megismételni egyszeri, negatív szűrővizsgálat után. A szervezett, célzott népegészségügyi lakosság szűrés hatásának legfőbb bizonyítéka, ha a szűrőprogram következtében jelentősen csökken a mortalitás a teljes lakosságra nézve. A szűrések eredményességének hatására változhat a morbiditás, a túlélési idő és az életminőség is (Ádány 2006).

Nyíregyházán azt tapasztaltuk vizsgálódásaink során, hogy a lakosság nagy része rendszeresen részt vesz az alap szűrővizsgálatokon, ellenőriztetni vérnyomását, vércukorszintjét. Az ELEF 2009 adataihoz képest, melyek szintén azt mutatják, hogy a magyar lakosság nagy része rendszeresen részt vesz szűrővizsgálaton, ezen a területen nem tapasztalható jellemző különbség.

A nőket érintő daganatos betegségek közül az emlődaganat és a méhnyakrák szűrési hajlandóságát vizsgáltuk a nyíregyházi nők körében. Hazánkban a nők körében is a vezető halálokok közé tartoznak a daganatos megbetegedések és ezen belül jelentős arányt képvisel az emlődaganat okozta halálozás, mely a rosszindulatú daganatok okozta összhalálozás 15,8-át teszi ki a KSH 2011-es adatai szerint. Tudjuk, hogy az összes emlődaganat több mint 80%-át 50 éves kor felett diagnosztizálják. Ismert tény az is, hogy a kezelés annál eredményesebb, minél korábban derül fény a betegségre és minél kisebb a daganat nagysága. A nyíregyházi, 45 és 65 éves női lakosság emlőszűrési hajlandóságát ábrázoltuk a 7. ábrán, ahol az eredmények azt mutatják, hogy a válaszoló nők 71%-a volt már élete során emlőrontgenen (mammográfiás vizsgálaton) szűrőprogram keretében vagy egyéb ok miatt. A mammográfiás szűrés a 45 év felettieknek ajánlott elsősorban, ennek megfelelően azt látjuk, hogy a részvételi arány a 45–64 éves korcsoportban kimagasló, majd lecsökken. A fiatalabb korosztályban 18-44 év között, ahol még nem javasolt a szűrés, magasabb azok száma akik még nem voltak emlőrontgenen. Az ebbe a korcsoportba tartozó női populáció

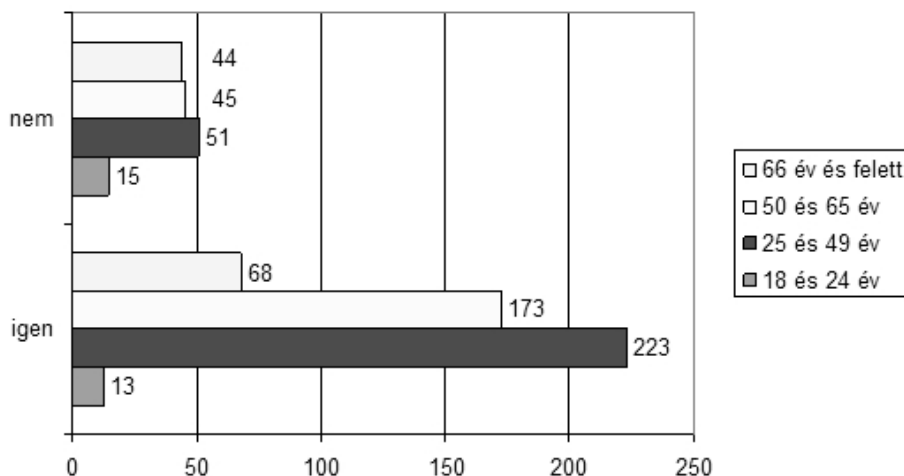
figyelmét fel kell hívni azonban a megelőzés és szűrés fontosságára, hangsúlyt kell fektetni a prevenció területén tevékenykedő szakembereknek arra, hogy ez a korosztály is kapjon tájékoztatást az önvizsgálatról és a szűrés jelentőségéről.



7. ábra Emlőrontgenen valaha részt vettek aránya.
Forrás: Berencsiné-Bokor-Jávorné – Nagyító alatt, 2013.

A vizsgálatból az is kiderült, hogy összességében a válaszolók 58%-a az elmúlt évben, 27%-a kevesebb mint 2 éve és 14%-a több mint 2 éve vett részt mammo-gráfias szűrővizsgálaton.

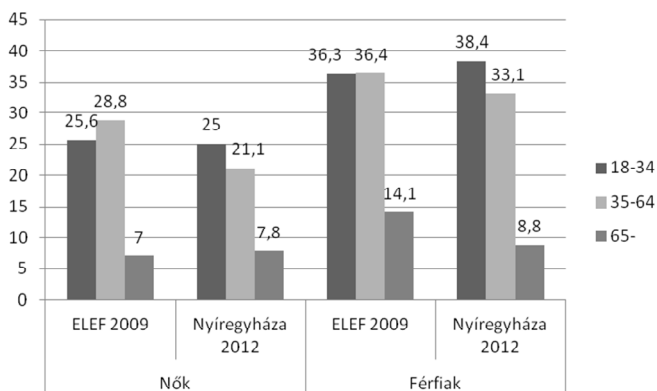
Hazánkban a 25-64 éves nők körében a méhnyakrák okozta halálozás a rosszindulatú daganatok okozta összhálaózás 4,8-át teszi ki a KSH 2011-es adatai szerint. A méhnyakrák szűrési célú citológiai vizsgálatán a 45-64 éves korosztály 84%-a vett részt, ebből 60% három éven belül (ELEF 2009). Nyíregyházán a válaszadó nők 75%-a már életében legalább egyszer volt citológiai vizsgálaton szűrőprogram keretében vagy egyéb ok miatt. Ez az arány megfelel azoknak az eredményeknek, amelyeket a szervezett méhnyakrák szűrésen való részvétel és meghatározó tényezői a 25-65 éves női lakosság körében című vizsgálatból ismerhetünk. (Gyulai és munkatársai 2010.) Egybecsengnek az eredmények a 45 évesnél idősebb életkornál amikor is a szűréseken való részvételek száma jelentősen lecsökken.



8. ábra Vettek-e Öntől valaha citológiai kenetet?
 Forrás: Berencsiné-Bokor-Jávorné – Nagyító alatt, 2013.

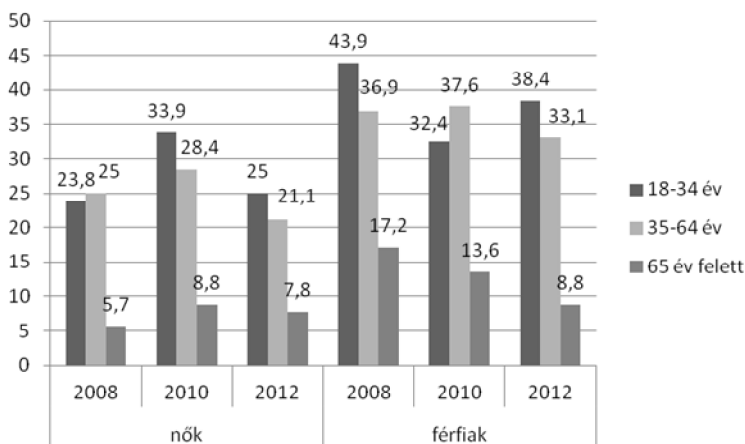
A legmagasabb részvételi arányt a 25-49 éves nők csoportjában találunk, illetve jelentős a résztvevők aránya az 50-65 éves korosztályban is városunkban. Ebből látható az a tendencia, hogy az évek során beépült a nők tudatába a szűrővizsgálaton való részvétel, a nők többsége tisztában van a vizsgálat jelentőségével, ugyanakkor, ahhoz, hogy ez a kedvező tendencia továbbra is jellemző legyen, kiemelt jelentőségű a szűrések jelentőségére való figyelemfelhívás, továbbá szükség van a prevenció szakemberek aktív közreműködésére a szervezés és lebonyolítás területén.

A dohányzók arányát vizsgálva nyíregyházi kutatásunkból az derül ki, hogy a válaszadók 76%-a nem dohányzik, 24%-uk pedig valamilyen rendszerességgel dohányzik a legutóbbi, 2012-es adatok szerint. Összességében a nők 81%-a és a férfi lakosok 70%-a nem dohányzik a városban. Legutóbbi lekérdezésünk adatai azt mutatják, hogy a dohányzók többsége a fiatal korcsoportból kerül ki. Legmagasabb, mind a férfiak, mind a nők körében a 18-34 éves korcsoport aránya (9. ábra). A dohányzás terén Nyíregyházán az országos adatokhoz képest magasabb a 65 év feletti nők és a 18-34 év közötti férfiak körében a rendszeresen dohányzók aránya.



9. ábra A dohányzók aránya Nyíregyházán korcsoportonként és nemek szerint 2012-ben (%).

Ha összevetjük a rendszeresen dohányzók arányát nemek szerint és korcsoportonként a három lekérdezés időszakában, akkor kiugróan magas arányt látunk 2008-ban a fiatal férfiak körében, amikor is a dohányzók aránya 43,9 % volt a 18-34 éves korcsoportban. Ez 2010-re több mint 10%-al csökkent (32,4%), de sajnós 2012-re újra a korcsoport közötti és a nemek szerinti összehasonlításban is a legmagasabb arányt a fiatal férfiak érték el (38,4%). Magas a rendszeresen dohányzók aránya a 35-64 éves korcsoportban is, bár mind a férfiak, mind a nők körében 2012-re csökkent a 2010-es lekérdezéshez képest. Ugyancsak csökkent a dohányzók aránya a 65 év felettiek körében, ahol férfiak körében a nyíregyházi férfi lakosok 8,8%-a, hölgyeknél pedig a nyíregyházi nők 7,8%-a dohányzik rendszeresen (10. ábra).



10. ábra A dohányzók aránya nemek szerint 2008-2010-2012 (%).

Összegzés

A 2010-es felméréshez képest Nyíregyháza város lakóinak egészségérzete a 2012. évi vizsgálat eddigi eredményei alapján minimális javulást mutatott. A nyíregyháziak körében jellemző továbbra is, hogy a nők kedvezőtlenebbnek ítélik meg egészségi állapotukat, mint a férfiak. Az egészségi állapottal legszorosabb összefüggést az iskolai végzettség mutatja, azaz minél alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezik valaki, annál kedvezőtlenebbül ítéli meg egészségi állapotát. Eredményeink szerint a lakosság nagy része csak súlyosabb panaszok esetén fordul házi orvosához, nem veszi igénybe a lakossághoz legközelebb álló egészségügyi alapellátás preventív és gyógyító lehetőségeit.

A nők egészségért érzett felelősségének erősítése kiemelt feladata minden a prevenció területén tevékenykedő szakembernek, ugyanis a nők egészségmegőrző szerepének segítése és támogatása meghatározó jelentőségű, mivel ők befolyásolhatják és meghatározhatják családtagjaik, gyermekeik, a felnövekvő generáció egészséghez való viszonyát is. A nők korai daganatos halálzásának csökkentéséhez a rizikómagatartásformák gyakoriságának csökkentése, illetve a már bevezetett szűrőprogramok hatékonyságának növelése elengedhetetlen.

A dohányzók aránya magasnak mondható Nyíregyházán, jellemző, hogy a nyíregyházi fiatalok aránya magas a rendszeresen dohányzók között. A dohányzás következtében elhunytak nagy része életének aktív szakaszában hal meg, ezért kiemelt cél kell, hogy legyen Nyíregyházán is a dohányzás megelőzése, továbbá a dohányzásról való leszoktatás célzott akciókkal.

Felhasznált irodalom

1. Ádány Róza (2009): A magyar lakosság egészségi állapota, különös tekintettel az ezredforduló utáni időszakra. Népegészségügy 86. évf. 2. szám 5-20. oldal
2. Ádány Róza (2003) (szerk.): A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Budapest: Medicina.
3. Ádány Róza (2006): Megelőző orvostan és népegészségtan Budapest: Medicina.
4. Az egészségfejlesztés alapelvei (2004): (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai) - Országos Egészségfejlesztési Intézet,
5. Barabás Katalin (2006) (szerk.): Egészségfejlesztés Alapismeretek pedagógusok számára. Budapest: Medicina.

6. Berencsiné Madácsi Eszter – Bokor Anna – Jávorné Erdei Renáta (2013) Nagyító alatt Milyen a nyíregyházi nők vélt egészsége és szűrési hajlandósága 2012-ben? *Acta Medicinae et Sociologica* folyóirat tematikus különszáma.
7. Fehér Erika: A védőnői méhnyakszűrő Programok 3 éve, 23.évfolyam 2012/2.szám.
8. Gyulai Anikó, Dr. Nagy Attila, Prof. Dr. Ádány Róza és Dr. Vokó Zoltán: A szervezett méhnyakrák szűrésen való részvétel és meghatározó tényezői Magyarországon, *Népegészségügyi folyóirat*, 2010, 88.évfolyam, 3.szám.
9. Egészségfejlesztés a szintereken (2004): Országos Egészségfejlesztési Intézet.
10. Egészségfelmérés (ELEF), 2009 (2010) Statisztikai tükör, IV. évfolyam 50. szám.
11. Fábíán Gergely (2009) Életminőség Nyíregyházán. Jövedelmi helyzet, egyenlőtlenségek és egészségi állapot. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei szemle 4. szám 569-589. oldal.
12. Fábíán Gergely – Patyán László – Huszti Éva (2012): Életminőség Nyíregyházán 2008-2010. DE-OEC Nyíregyháza.
13. Dr. Füzesi Zsuzsanna – Dr. Tistyán László (2004): Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a szintereken. OEFI.
14. Dr. Füzesi Zsuzsanna (2004): Egészségmagatartás – Népegészségügyi jelentés, szakértői változat Bp., Országos Epidemiológiai központ, 5. fejezet pp. 1-86.
15. Jávorné Erdei Renáta – Dr. Fábíán Gergely – Dr. Füzesi Zsuzsanna (2013) Nagyító alatt A nyíregyházi lakosok életminősége az egészségi állapot tükrében *Acta Medicinae et Sociologica* folyóirat tematikus különszáma.
16. Jelentés az Országgyűlés részére az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja 2011.évi előrehaladásáról, Budapest, 2012. június.
17. Jelentés egy egészségben elmaradott országból... Egészségjelentés – 2010 (2010): Egészségmonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest.
18. Kopp Mária – Kovács Mónika (2006): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón, Semmelweis Kiadó, Budapest.
19. Központi Statisztikai Hivatal, Társadalmi Helyzetkép, 2010.
20. Mogyorósy Zsolt, Szende Ágota, Mogyorósy Gábor, Böszörményi-Nagy Klára - A gyógyító – megelőző eljárások értékelésénél használt szakkifejezések szótára.
21. Novák Márta – Stauder Adrienne – Mucsi István (2003): Az életminőség vizsgálatának jelentősége és gyakorlati szempontjai, *Orvosi Hetilap*.
22. Népegészségügyi Jelentés (2011): Országos Epidemiológiai Intézet.

23. Pikó Bettina (2002): Egészségszociológia, Új Mandátum Könyvkiadó Budapest.
24. Pikó Bettina (2006): Orvosi szociológia, Medicina Kiadó, Budapest.
25. Pikó Bettina (2007): Egyenlőtlenségek vizsgálata a serdülők és az idősek egészségi állapotában, mint szociológiai kihívás, Szociológiai Szemle 2007/1-2. 98-108.
26. Renáta Jávorné Erdei¹, Anikó Gyulai¹, Anita Rusinné Dr. Fedor², Péter Dr. Takács², Quality Of Life And Community Activities, Euroregional Journal Of Socioeconomic Analysis , Year II, Issue 1, 2014.
27. Tahin Tamás – Jeges Sára – Lampek Kinga (2000) Iskolai végzettség és egészségi állapot, Demográfia 1.
28. Tistyán L., Busa Cs., Füzesi Zs.(2012): A mentális betegségek, panaszok és az egészségmagatartás összefüggései – Európai lakossági egészségfelmérés. Tanulmányok II.-Az egészség társadalmi gazdasági összefüggései: KSH, pp.32-52.
29. Tokaji Károlyné (2011): Objektíven szubjektív, Statisztikai szemle, 89. évfolyam 7-8 szám.
30. Urbán Róbert: Útban a magatartásszempontról egészségpszichológia felé: Az egészségmagatartás pszichológiai elemzése, Magyar Pszichológiai Szemle, 2001, LVI. 4. 593-622.
31. Vitrai József, Vokó Zoltán (2004): NEJ-2004 Egészségmodell, Szakértői változat.
32. Ware, J.E. (1986): The assessment of health status. In.: Aiken, L.H. – Mechanic, D. (eds.): Application of social science of clinical medicine and health policy Rutgers University Press, New Jersey 204-208.

Jávorné Erdei Renáta: gyakorlati oktató

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4.

R. Fedor Anita: főiskolai adjunktus

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4.

Berencsiné Madácsi Eszter:

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4.