

Szubjektív egészségi állapot és annak változásai Nyíregyházán

Jávorné Erdei Renáta¹, Takács Péter²

¹ főiskolai docens, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.

² főiskolai tanár, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.

INFO

Jávorné Erdei Renáta
erdei.renata@foh.unideb.hu

Keywords

subjective health status,
adult population, health
behavior

ABSTRACT

Subjective health status and its changes in Nyíregyháza.
There are many factors which define an individual's quality of life, and among these factors the health plays a prominent role.

We investigate the health of the population and quality of life along with the judgement of their health condition. We explore those features which makes plannable the improvement in the community's health, thereby the quality in their lives.

"The quality of life in Nyíregyháza city - Household panel" is realised by paper based survey what takes place by data collection. The model uses only 18 or above adult residents whom have a permanent addresses in Nyíregyháza. The interviewers visited 541 households in April and May of 2018. Amongst the households which contributed to the investigation, there were 391 surveys, which equates to a 72% response rate. Most of the residents of the city feel that their subjective health condition is less good than the national average known by ELEF.

By viewing the 5 inquiry waves, we can tell that those who think that their health conditions are bad, the numbers are decreasing, whilst those who think that their health condition is better, are, by contrast increasing. At the individual level, education and age have the greatest influence on the perceived state of health.

Kulcsszavak

szubjektív egészségi
állapot, felnőtt lakosság,
egészségmagatartás

Absztrakt. Az egyén életminőségét több tényező határozza meg, mely tényezők között kiemelt szerepet tölt be az egészségi állapot. Tanulmányunkban a szubjektív egészségi állapot megítélése mentén vizsgáljuk a lakosság egészségi állapotát és életminőségét, így tárjuk fel azokat a jellemzőket, melyek alapján tervezhető a közösség egészségi állapotának, ezáltal életminőségének javítása.

A „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel”

vizsgálat keretében megvalósuló egészségi állapot kutatás során papír alapú, kérdőíves adatfelvételre került sor. A mintába az állandó Nyíregyházi lakcímmel rendelkező 18. életévüket betöltött felnőtt lakosok kerültek be. 541 háztartást kerestek fel a kérdezőbiztosok 2018 április-május hónapjaiban. A vizsgálatba bekerült háztartásokból végül 391 háztartásból érkeztek vissza kérdőívek, ami 72 %-os válaszadási arányt jelent.

A szubjektív egészségi állapot terén a városlakók összességében kevésbé érzik jónak egészségi állapotukat, mint az ELEF szerinti országos átlag. Az 5 lekérdezési hullámot összevetve elmondható, hogy az egészségi állapotukat rossznak ítézők aránya csökkenő, míg az egészségi állapotukat jónak ítézők aránya növekvő tendenciát mutat. A vélt egészségi állapotra legnagyobb befolyással egyéni szinten az iskolai végzettség és az életkor bír.

Ez a tanulmány a Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel kutatás Egészségi állapot felmérése keretében készült.

Bevezetés

A lakosság egészségi állapotával kapcsolatban a születéskor várható élettartam és az egészségben eltöltött életek száma jelölhető meg a két legfontosabb jellemzőként. Ebben a tekintetben az országok és nemek között egyenlőtlenségek tapasztalhatóak. Európában a WHO adatai szerint 2015-ben a legmagasabb születéskor várható élettartam 83,1 év volt, a legalacsonyabb pedig 71,6 év. A nők és a férfiak közötti különbség 6,5 év a nők javára (ECHI, 2018). Magyarországon 2013 után mind a férfiak, mind a nők vonatkozásában a várható élettartam stagnálását figyelhetjük meg, a nők születéskor várható átlagélettartama 79, 2, a férfiaké 72,3 év körül ingadozik (Kovács; Bálint 2018). A magyar felnőtt népességen belül is egy paradox helyzet látható a férfiak és nők esetében, csakúgy, mint Európa más országaiban, miszerint a nők rosszabbnak érzik egészségi állapotukat, mint a férfiak, mégis tovább élnek. Európa nyugati országaiban - ahol szintén megtalálhatóak a nemek között előbb leírt eltérések -, a nők önműködött életminősége viszont nem mutat olyan különbségeket, mint Magyarországon. Tovább rontja a hazai helyzetet az a tény, hogy a magyarországi halandóság egyik legkritikusabb pontját a középkorú férfiak mutatói jelentik, de a 45-59 éves nők halálozási statisztikája is aggasztónak látszik (Monostori és mtsai, 2018).

A WHO 5 éves tervében összegyűjtötte azokat az egészségügyi veszélyeket, melyek az egész világot érintik. E szerint a halálozások 70 százalékáért a nem fertőző megbetegedések felelnek, mint a cukorbetegség, a rákos megbetegedések és a kardiovaszkuláris megbetegedések. A kockázati tényezők öt fő csoportba oszthatók: egészségtelen táplálkozás, mértéktelen alkoholfogyasztás, dohányzás, fizikai inaktivitás és szennyezett levegő (WHO, 2018). Szintén az Egészségügyi Világszervezet tette közzé már 1986-ban a Lalonde jelentésben, hogy legnagyobb arányban, 43%-ban, az életmód és az egészségmagatartás hat az egészségi állapotra, melyet az

egyen alakít, rá viszont hatással van az őt körülvevő környezet, a gazdasági és kulturális tényezők és az iskolázottság is. Az egyes tényezők arányát McGinnis (2002) a következők szerint adta meg: életmód 40% (étkezési szokások, fizikai aktivitás, dohányzás, alkoholfogyasztás), genetika és biológiai faktorok 30% (életkor, nem, genetikai adottság, fogékonyság), környezeti tényezők 5% (lakáskörülmények, levegőszennyezettség, foglalkozási ártalmak), társadalmi és gazdasági tényezők 15%, egészségügyi ellátás 10% (McGinnis et al., 2002). A központi, életmódbeli kockázati tényezők hosszú évek óta nem változnak. Ugyanúgy, mint korábban, az egészségtelen táplálkozás, a fizikai inaktivitás, a dohányzás és a mértéktelen alkoholfogyasztás felbecsülhetetlen károkat okoz az egészségi állapotban egyéni és társadalmi szinten egyaránt. Összehasonlítva Európa országait, 2013-ban csak Lettországon, Romániában, Litvániában és Bulgáriában volt magasabb a kezelhető okok miatti halálozás szintje, mint Magyarországon. Hasonló szintű mutatókkal Szlovákia és Észtország rendelkezett; viszont Lengyelországban jóval kedvezőbb a helyzet, csúgy, mint Csehországban és Horvátországban. (Weber et al., 2016)

2012-től az „Egészség 2020” (Health 2020), mint európai egészségpolitikai keret és útmutató, a bizonyítékok és gyakorlati változások közötti összefüggésekre mutat rá, továbbá bizonyítékokon alapuló szakpolitikai ajánlásokatis ad a régióban mutatókozó egészségyenlőtlenségek csökkentésére (Jakab; Tsouros, 2013).

Jelen tanulmány közvetlen célja a 2018-ban lezajlott Nyíregyháza Életminősége felmérés egészségi állapotbeli és egészségügyi vonatkozású eredményeinek bemutatása. A következő fejezetek először a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei és a nyíregyházi helyzetképet vázolják, majd rátérnek a kutatássorozat 2018-as részleteinek ismertetésére, a 2008-tól megfigyelhető trendek kiemelésére. Az elemzések érintik a fentebb említett életmódbeli rizikófaktorok közül a dohányzási szokásokat; valamint az alapellátás és a szakellátás igénybevételének viszonyait a város vonatkozásában.

Szabolcs Szatmár Bereg megyei és nyíregyházi helyzetkép – mortalitás, morbiditás

Szabolcs-Szatmár-Bereg megye halálozás tekintetében egyike Magyarország leghátrányosabb helyzetben lévő megyéinek. A mutatók az országos átlagnál szignifikánsan kedvezőtlenebbek, különösképpen a keringési rendszer betegségeinek vonatkozásában. A megyén belül a megyeszékhelytől, Nyíregyházától távolodva az egyre kisebb lélekszámú településeket vizsgálva, az értékek romlanak. Ugyanakkor Nyíregyháza lakosságának halálozási átlaga szignifikánsan kedvezőbb az országos átlagnál. Ez azt a tényt támasztja alá, hogy nem pusztán „vidék” és „város” között van különbség, hanem „a vidék” további rétegződése is nagy különbséget mutat hazánkban (Ádány, 2009). A Nyíregyháza életminősége - Háztartáspanel kutatás korábbi városi és járási eredményei is azt tükrözik, hogy Nyíregyháza „szigetként” viselkedik a megye és a járás lakosságához viszonyítva a nyíregyházi lakosok egészségi állapota kiemelkedően jobbnak mondható (Hüse, 2015).

A mortalitás tekintetében elmondható, hogy a megyei adatok sorrendiségüket tekintve a halálozás viszonylatában, összhangban vannak az országos adatokkal. Első

helyen a keringési rendszer betegségei által okozta halálozás szerepel (ischaemias szívbetegségek, cerebrovasculáris betegségek). Második helyen a rosszindulatú daganatos megbetegedések miatti halálozás szerepel. Harmadik helyen nők esetében a légzőrendszer betegségeire visszavezethető halálozás, férfiaknál a külső okokra visszavezethető halálozás áll (Bogdándi, 2015; KSH, 2018).

A lakosság megbetegedési viszonyainak ismerete (a halálozási viszonyok mellett) kiemelt jelentőséggel bír a hatékony, szükségletekhez igazodó egészségügyi ellátórendszer, az eredményes egészségfejlesztési stratégiák, valamint a szűrőprogramok tervezéséhez és kivitelezéséhez. Különösen olyan betegségekre igaz ez, melyek megfelelő időben történő felismerése esetén a lakosság, az egyén jó életminősége elérhető, ezzel csökkentve a betegségek okozta halálozást és az ebből adódó társadalmi terheket. Nyíregyháza lakosságának egészségi állapotára leginkább olyan betegségek hatnak, amelyek előfordulási gyakorisága a megelőzés eszközeivel csökkenthető lenne, illetve kitolható lenne a megjelenés várható ideje (Jávorné, 2016). Nyíregyházán a háziorvosi jelentések alapján a leggyakrabban előforduló megbetegedés a magasvérnyomás, ezt követik a csont és izomrendszer megbetegedései, majd az ischaemias szívbetegségek (KSH, 2018).

Vélt egészségi állapot

Az egyes kutatók számára nem mindig mérhető fel maradéktalanul egy adott vizsgálatba bevont személyek egészségi státusza, viszont bebizonyosodott az, ha maguk a megkérdezettek mutatják be, illetve minősítik egészségi státuszukat, pontosabb eredmények érhetőek el a kutatások során (Ware, 1986). A válaszadók képesek átlátni, megérteni saját egészségi állapotukat, ők ismerik egészségüket, ezért ez az eljárás alkalmas arra, hogy az egészségi állapotot holisztikus módon közelítse és mérje. Nyilvánvaló, hogy az ilyen vizsgálatok sok szubjektív elemet tartalmaznak, de reliabilitásuk alátámasztott és prediktív funkciójuk sok esetben pontosabb, mint az objektív méréseké (Tahin, Jeges és Lampek, 2000). „Az ún. önminősített egészségi állapot egyfajta szubjektív értékelés, azonban az objektív fizikai státusszal is szorosan összefügg, ezért alkalmas a betegségfolyamatok monitorozására.”- írja Pikó Bettina (Pikó, 2006).

Az egészségi állapot és az azt befolyásoló tényezők becslésére a lakossági egészségfelmérések a legalkalmasabbak. Országosan ezeket az adatokat az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF), illetve az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF), helyi szinten, a város vonatkozásában pedig a Nyíregyháza életminősége – Háztartáspanel kutatás szolgáltatja.

A kutatás célja

A Nyíregyházán végzett vizsgálat célja a nyíregyházi lakosok vonatkozásában az életminőség bizonyos összetevői, az azt alakító tényezők, ezen belül kiemelten az egészséget befolyásoló életmódbeli és társadalmi tényezők, továbbá az egészség-

ügyi ellátások igénybevétele, valamint a városban élők egészségmagatartásának feltárása volt.

Az egészségi állapotot feltáró vizsgálat részletes célkitűzései:

1. Nyíregyháza városában a lakosság önminősített egészségi állapotának vizsgálata.
2. A társadalmi-gazdasági tényezők és azok egészségi állapotra gyakorolt hatásai feltárása, bemutatása Nyíregyházán.
3. A lakosság egészségmagatartásának és az azt befolyásoló tényezőknek a vizsgálata
4. Feltárni azon lakossági csoportokat, amelyeket egyes betegségek, tünetek veszélyeztetnek.
5. Kvantitatív adatok szolgáltatása egy városi egészségterv elkészítéséhez.
6. Javaslatok megfogalmazása a szükséges intervenció (egészségterv) irányainak meghatározásához.

Anyag és módszer

A Nyíregyháza Életminősége – Háztartáspanel kutatás (Fábián és mtsai, 2018) módszertanának leírása részletesen a kötet egy külön tanulmányában olvasható (Husztai és mtsai., 2018). Ebben a fejezetben a vizsgálat 5. hullámának egészségi állapotot feltáró részének rövid módszertani leírása olvasható.

Minta:

A 2017/2018-as adatfelvétel során a megkérdezettek közé azok kerültek be, akik a 18. életévüket betöltötték továbbá a város állandó lakói voltak. A minta véletlen kiválasztását a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala végezte. Az ötödik hullám első lekérdezése során 541 kitöltött, értékelhető kérdőív érkezett vissza, amely kérdőívekhez tartozó háztartásokat látogattak meg a második lekérdezés során a kérdezőbiztosok. A 2017/2018-as adatfelvétel 2. hullámmába bekerült 541 háztartásból végül 391 háztartásból érkezett vissza kérdőív, melyből 389 volt értékelhető, amely 72,27 %-os válaszadási arányt jelent. A kérdőíves adatfelvétel kérdezőbiztosok segítségével történt 2018 április-május hónapokban.

Az egészségi állapot feltárása az adatgyűjtés során az alábbi témakörökre terjedt ki:

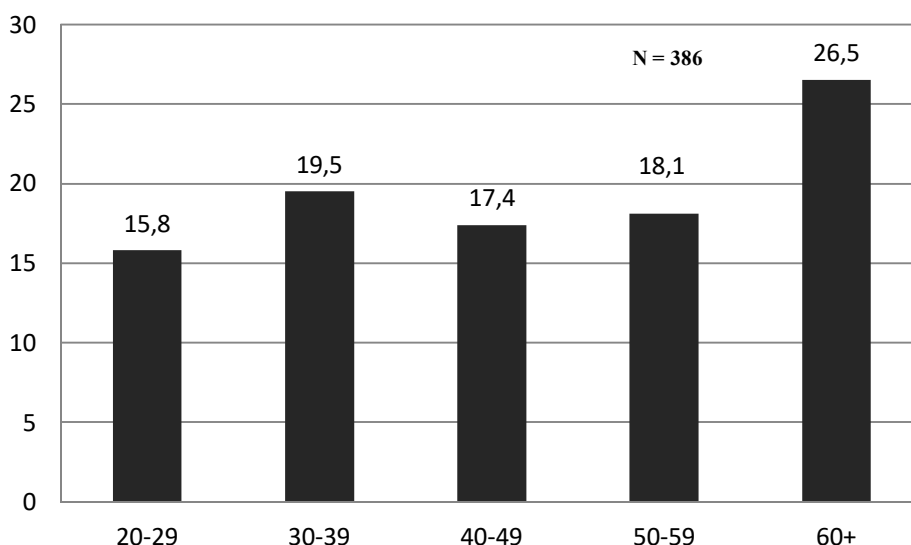
- Szubjektív jóllét: egészség önértékelése, egészségért érzett felelősség, krónikus betegségek, egészségügyi ellátórendszer igénybevétele.
- Egységmagatartás, rizikómagatartás, dohányzás; tápláltsági állapot, mozgás
- Egységműveltség
- Érzelmi jóllét: érzelmi állapot önértékelése.
- Háttértényezők: demográfia (nem, életkor, iskolai végzettség), szociális egyenlőtlenségek (család szubjektív és objektív szocio-ökonómiai helyzete), gazdasági aktivitás.

Statisztikai módszerek, értékelési szempontok:

Az adatok feldolgozása és elemzése az SPSS for Windows 22.0 statisztikai szoftver-csomag alkalmazásával történt. A statisztikai számítások 5%-os hibahatárral kerültek kiértékelésre. Az elemzés során a kutatócsoport által relevánsnak ítélt változók gyakorisági értékei és megoszlása kerültek előtérbe, majd két- és többváltozós matematikai-statisztikai módszerekkel történt a mélyebb összefüggések feltárása. Az adatok elemzése nem teljes, még kezdeti stádiumban van, jelen írás előzetes eredményeket közöl.

Eredmények

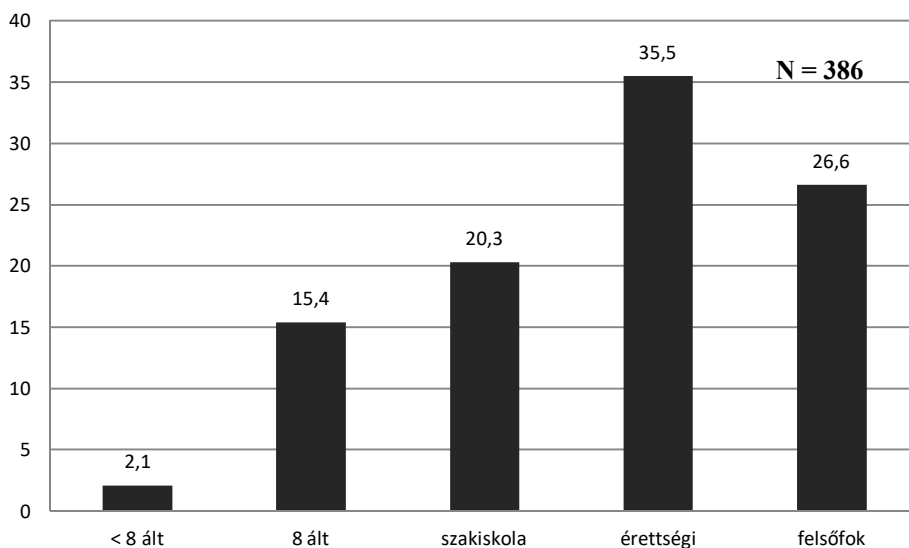
A vizsgálatban résztvevők demográfiai jellemzőit elemezve elmondható, hogy a válaszadók 54,6 százaléka nő, 45,4 százaléka férfi. Az életkor valamint az iskolai végzettség változatos mintázatot mutat. A résztvevők születési évéből kiszámításra került életkorok alapján öt korcsoport került kialakításra (1. ábra). A válaszadók több mint 26 százaléka a 60 feletti korosztályba tartozik, a következő sorrendiségét tekintve a 30-39 éves korcsoport közel 20 százalékkal.



1. ábra A minta kor szerinti megoszlása, 2018 (%).

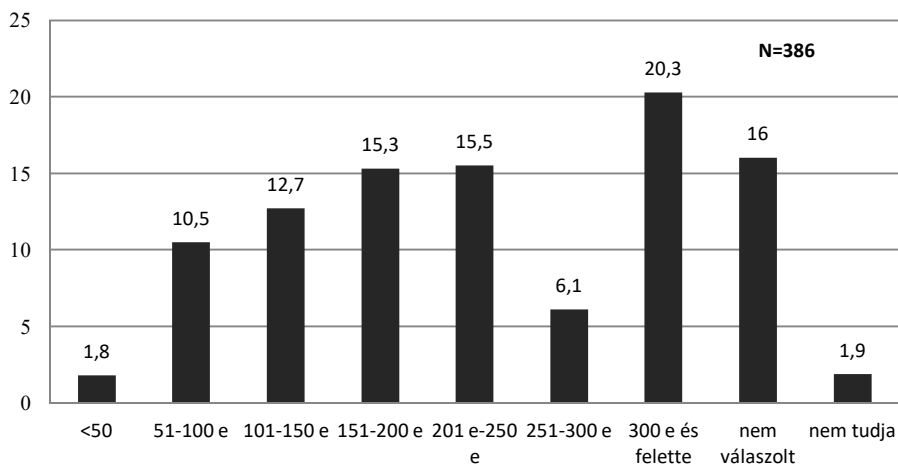
Az iskolai végzettség tekintetében a kérdőív összesen 9 kategóriát tartalmazott az alapvégzettség hiányától egészen a megszerzett doktori fokozatig, melyek összevonásra kerültek szintén öt kategóriában (2. ábra). Látható, hogy legtöbben az érettségivel rendelkezők sávjában helyezkednek el, de jelentős (26,6 %) a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya is. 15,4 százaléka a lakosoknak nyolc általánossal, 2,1 százaléka még nyolc általánossal sem rendelkezik. Kicsit több mint 20 százalék a szakiskolai végzettséggel rendelkezők aránya. Iskolai végzettség szerint eltérés mutatható ki a nők

és a férfiak között ($\chi^2(4, 355) = 21,752$, $p = 0,000$; Fisher exact test $p = 0,000$). Nők magasabb iskolai végzettségi kategóriákban nagyobb súllyal szerepelnek.



2. ábra Iskolai végzettség a válaszadók körében, 2018 (%).

Gazdasági aktivitás tekintetében a válaszadók 63,0 százaléka dolgozik, 37,0 százaléka pedig nem. A heti munkaórák számában szignifikáns különbség van a nemek között. A férfiak 44,1 órát, a nők pedig 39,9 órát nyilatkoztak, az eltérés 4,2 órányi heti munkaóra ($t(243) = 2,692$, $p = 0,008$; $U(283) = 7722,50$, $Z = -3,583$, $p = 0,000$).

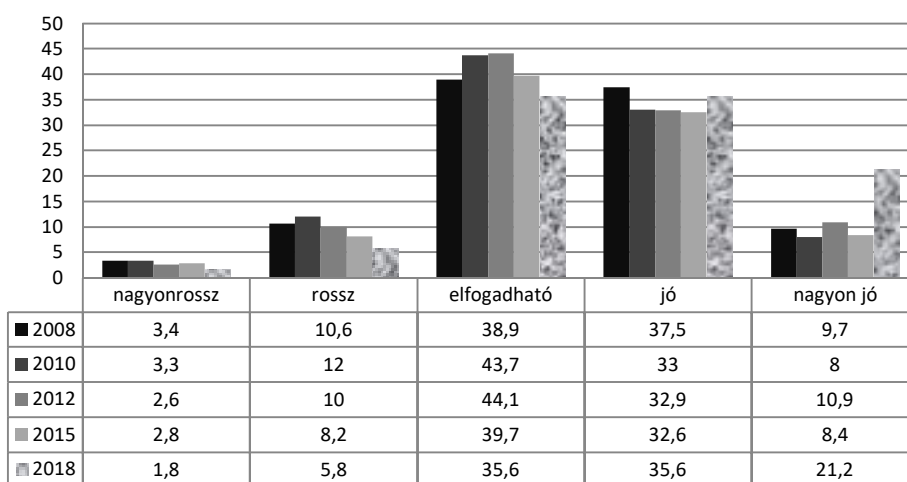


3. ábra A háztartások havi nettó jövedelme, 2018 (%).

Az egyes háztartások 38,5 százaléka 51 ezer és 200 ezer forint nettó havi bevételről számolt be, 21,6 százalékban 201 ezer és 200 ezer forintos bevételről nyilatkoztak és több mint 20 százalékban 300 ezer forint feletti bevétellel rendelkeznek háztartási szinten Majdnem 18 százalékban nem válaszoltak, vagy nem tudják (3. ábra).

Az önminősített egészségi állapot mérése 10 éve folyamatos. Ha összehasonlítjuk az egyes lekérdezések eredményeit, azt tapasztaljuk, hogy az egészségi állapotukat rossznak, nagyon rossznak ítézők aránya csökkenő, míg az egészségi állapotukat nagyon jónak ítézők aránya növekvő tendenciát mutat (4. ábra). Míg 2008-ban a megkérdezettek 9,7 %-a vallotta nagyon jónak egészségi állapotát, addig ez az arány 2018-ban 21,2 %. Az eredmények azt mutatják, hogy a vélt egészségi állapotra legnagyobb befolyással egyéni szinten az iskolai végzettség és az életkor bír.

A szubjektív egészségi állapot alakulása, 2008-2018 (%) N=386



4.ábra Szubjektív egészségi állapot Nyíregyházán, 2008-2018 (%)

Az önminősített egészségi állapot 1-5 skáláján a férfiak és nők közötti különbség szignifikánsnak adódott a 2018-as mintában ($\chi^2(4, 366) = 17,107$, $p = 0,001$; Fisher exact test $p = 0,001$). A férfiak 13%-al nagyobb arányban (28,5%) jelölték a nagyon jó egészségi önminősítést, mint a nők (15,4%). A hölgyek viszont 7%-al magasabb arányban (9,0%) jelölték a rossz egészségi állapotot (férfiak 1,8%). Az egészségfelelősség tekintetében nem mutatkozott különbség a két nem között.

Arra a kérdésre, hogy szenved-e krónikus betegségben, a válaszadók 29,5 százaléka azt válaszolta, hogy igen, nincs krónikus betegsége 70,5 százalékban. A legalább 6 hónapja tartó, vagy előreláthatólag legalább 6 hónapig fennálló kérdésnél szignifikáns különbség adódott a nemek között. A nők 39,3%-a jelölte meg a krónikus betegség meglétét, a férfiak 17,7%-a ($\chi^2(1, 349) = 19,296$, $p = 0,000$; Fisher exact test $p = 0,000$).

A két nem betegségviszonyainak összevetése során az adódott, hogy a férfiak és nők átlagos betegsége száma nem különbözik (kétmintás t-próba, (293) = - 1,189, $p =$

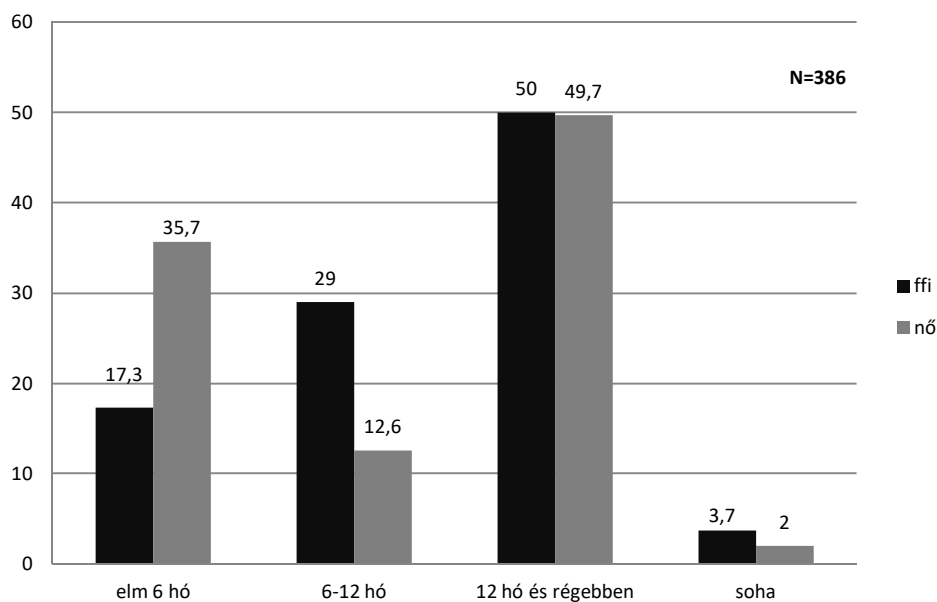
0,235). A Mann-Whitney U-teszt megerősítette a korábbi megállapítást. Így kijelenthető, hogy Nyíregyházán a válaszadók körében a férfiak és nők átlagos betegségszáma nem különbözik statisztikailag ($U(344) = 13745,00$, $Z = -0,715$, $p = 0,475$). Azt viszont, hogy a meglévő betegségekből hányat igazolt orvosi vizsgálat, már szignifikánsan eltérőnek-bizonyult a férfiak és nők körében ($t(177) = 2,249$, $p = 0,026$). A férfiak kevesebb orvos által megállapított betegségről számolnak be, mint a nők. Ezt a különbséget a nem paraméteres próba is igazolta (Mann-Whitney U, $U(208) = 5215,00$, $Z = -0,564$, $p = 0,573$).

Az orvosi javaslatra szedett gyógyszerek tekintetében nincs szignifikáns különbség a férfiak és nők között. A nők esetében nagyobb az átlagos esetszám (átlag 2,23; szórás 3,38), mint férfiaknál (átlag 1,45; szórás, 1,82), de ez az eltérés statisztikailag nem igazolható. A nem paraméteres eljárás szintén az egyező viselkedést támasztotta alá.

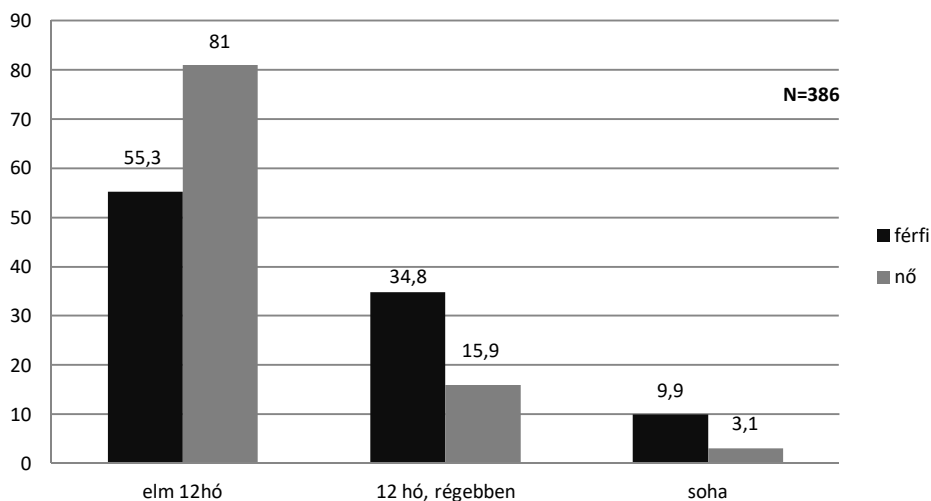
A fogászati ellátás igénybe vételének feltárása során szignifikánsnak adódtak az eredmények a nemi összevetés során ($\chi^2(3, 361) = 24,059$, $p = 0,000$; Fisher exact test $p = 0,000$) (5. ábra). Mindkét nemnél az éves, vagy annál régebbi megjelenés volt a legnagyobb arányú (férfiak 50,0%, nők 49,7%).

Viszont a nők közel kétszer nagyobb arányban jelölték az elmúlt hat hónap történt fogászati kezelést (35,7% - 17,3%). A mintában erre a kérdésre válaszolók férfiak 3,7%-a; a nők 2,0%-a nyilatkozta azt, hogy soha nem járt fogorvosnál.

A házi orvos felkeresésében szintén lényeges a két nem közötti eltérés ($\chi^2(2, 356) = 28,013$, $p = 0,000$; Fisher exact test $p = 0,000$). A nők 81%-a az elmúlt évben legalább egyszer volt házi orvosánál; a férfiaknak csak 55,3%-a. Jelentősnek mondható azok száma, akik soha nem jártak házi orvosuknál: férfiak közül 9,9% - minden tízedik -, és a nők 3,1%-a (6. ábra).

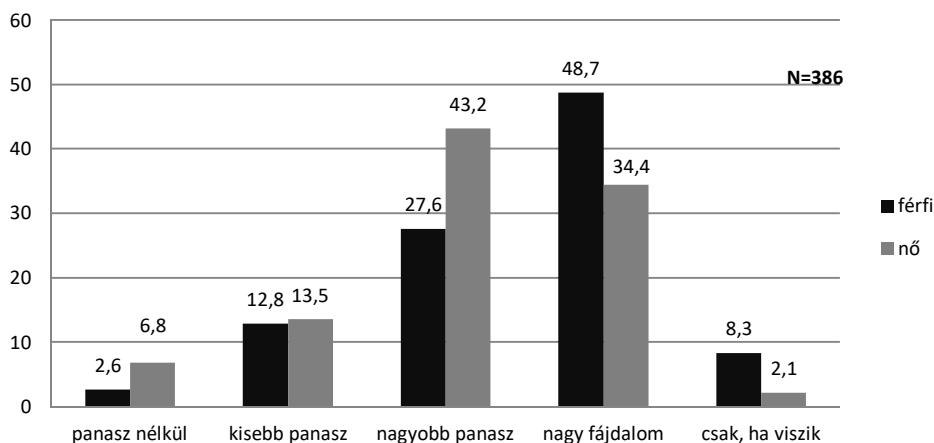


5. ábra Fogászati ellátás igénybevétele, Nyíregyházán, 2018 (%)



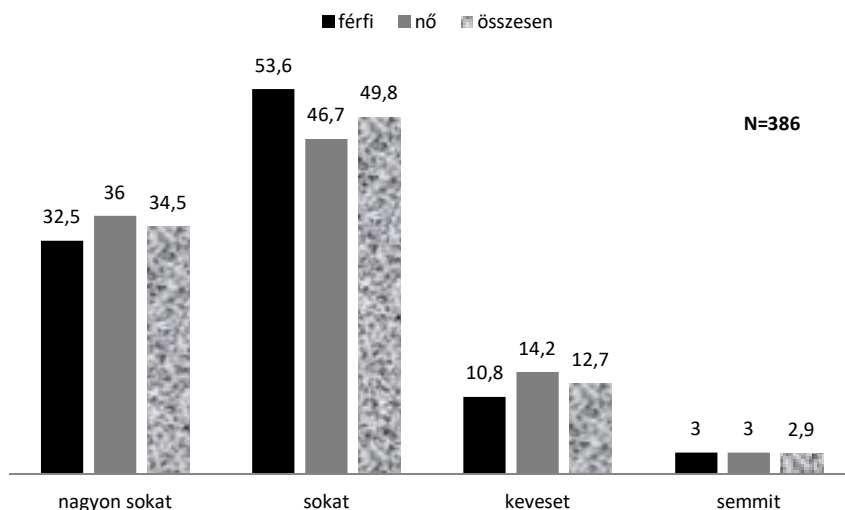
6. ábra Háziiorvosi ellátás igénybevétele Nyíregyházán, 2018 (%).

Vizsgálva a férfiak és nők orvoshoz fordulási szokásait az tapasztalható, hogy a két nem között szignifikáns különbség van az oki tényezőket tekintve. ($\chi^2(4, 348) = 20,207$, $p = 0,000$; Fisher exact test $p = 0,000$). A férfiak 57%-a csak akkor fordul orvoshoz, ha nagy fájdalmai vannak, vagy ha valaki elviszi a szakemberhez. A nők körében majdnem háromszorosa azoknak az aránya akik egészségtudatosság okából, panasz nélkül, szűrés, ellenőrzés céljából keresik fel orvosukat - 6,8%, 2,6% (7. ábra).



7. ábra Az orvoshoz fordulás háttere Nyíregyházán, 2018 (%).

Az egészség-felelősség tekintetében nem mutatkozott különbség a két nem között, ahogy ez az 8. ábrán látható. A nyíregyházi lakosok többségében úgy érzik, hogy sokat tehetnek egészségükért. Ugyanakkor sajnos még mindig vannak, akik azt gondolják, hogy egyéni szinten ők semmit nem tehetnek egészségi állapotuk megőrzése, javítása érdekében.

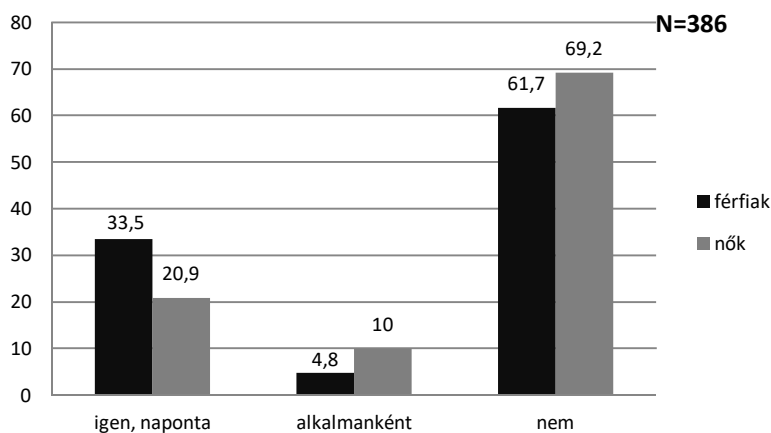


8. ábra Egészségért érzett felelősség Nyíregyházán, 2018 (%).

A rizikómagatartások közül jelen tanulmány csak a dohányzási szokásokat mutatja be.

A dohányzás tekintetében a férfiak és nők közel kétharmada nem dohányzik (61,7% és 69,2%) (9. ábra). A férfiak és nők közötti szokásbeli eltérés azonban szignifikáns ($\chi^2(2, 368) = 9,437$, $p = 0,009$; Fisher exact test $p = 0,009$). A férfiakra jellemzőbb a napi rendszeresség (33,5%, nők 20,9%).

Dohányzási szokások Nyíregyházán, 2018 (%)



9. ábra Férfiak és nők dohányzási szokásai Nyíregyházán, 2018 (%).

2008-ban a válaszadók 73 százaléka, 2010-ben szintén 73 százaléka, 2015-ben 74,8 százaléka nem dohányzott a nyíregyháziaknak. A legutóbbi, 2018-as lekérdezés során a naponta dohányzók aránya 17,6 százalék volt.

Megbeszélés

A vélt egészségi állapotot és az azt befolyásoló tényezőket vizsgálva, elmondható, hogy a nyíregyháziak összességében jobbnak ítélik meg az egészségi állapotukat, mint az ELEF szerinti országos átlag. Nyíregyházán 21 százalék felett van azok aránya, akik nagyon jónak ítélik meg egészségi állapotukat, az ELEF adatok szerint országosan ez az arány 19 százalék. Kevesebben vannak azok, akik rossznak, vagy nagyon rossznak ítélik meg egészségi állapotukat az említett kategóriákba Nyíregyházán a válaszadók 7,6 százaléka tartozik, míg az országos arány 11 százalék. Szintén kevesebben vallottak krónikus betegségről is – míg a nyíregyháziak közel 30 százaléka, addig az ország lakosságának 45 százaléka jelezte, hogy valamilyen krónikus betegségben szenved. A nyíregyháziak háziorvosnál történő megjelenési száma közel hasonlóan alakul, mint az országos átlag, valamint egybecsengenek az eredmények abban is, hogy Nyíregyházán is, csakúgy, mint országosan a nők látogatják többször háziorvosukat.

Elmondható tehát, hogy „Magunkhoz” képest is javul az egészségérzet a városban. Egyre többen vallják jónak és egyre kevesebben rossznak egészségi állapotukat a tíz évet átölelő vizsgálatok alapján. Azonban még mindig kevesen vannak azok, akik szűrési céllal, panaszmentesen is meglátogatják orvosukat, pedig sokan gondolják úgy, hogy önmaguk is sokat tehetnek egészségükért.

A dohányzással kapcsolatban – ami kiemelt életmódbeli kockázati tényező az egészségi állapot szempontjából – elmondható, hogy az *ELEF* adataihoz képest Nyíregyházán a dohányosok aránya némiképp alacsonyabb (férfiak 38,3%; nők 30,8%). A 15 év feletti dohányzás prevalenciája 2013-ban a WHO adatai szerint világszinten férfiaknál 38,5 százalék, nőknél 20,7 százalék volt. A legmagasabb arány férfiaknál Oroszországban (59,8%), nőknél Szerbiában (39,7), míg legalacsonyabb az arány férfiaknál (18,6%) Svédországban, nőknél (0,4%) Dániában (WHO, 2018).

Egy adott közösség egészségi állapotának és az azt befolyásoló tényezőknek a feltérképezése, a problematikus területek feltárása elengedhetetlen az egészségi állapot pozitív irányú befolyásolásához szükséges beavatkozások tervezése kapcsán. A Nyíregyháza életminősége – Háztartáspanel kutatás egyik fő célja éppen ez.

Az adatok azt mutatják, hogy megfigyelhető pozitív elmozdulás a lakosság egészségi állapotát és egészségmagatartását illetően, mégis sok teendő hárul még a szakemberekre annak érdekében, hogy az életmódtényezők befolyásolásával az egészségfejlesztés eszközeivel, az elkerülhető halálokokat háttérbe szorítsák és növelni tudják a lakosság életminőségét és az egészségben eltöltött életevek számát városunkban is.

A városi egészség-kockázatok előtérbe kerülésének hatására az Egészségügyi Világszervezet Európai Régiójában mintegy három évtizede került megalapításra az Egészséges Városok Mozgalom. A kezdeményezés fő célkitűzése elősegíteni, hogy a városokban élők egészségének védelme a helyi döntéshozói figyelem fókuszába kerülhessen. (De Blasio et al, 2006) Adott település egészségtervezésének lényege a helyi döntéshozók és az egészségügyi szakma –, a legkülönbözőbb területet képviselő partnerek és a település különböző szintű döntéshozói – között olyan többszektori

együttműködés életre hívása, amelyre alapozottan a városi egészség-kockázatok csökkentése kivitelezhető.

A települési egészségtervek létrejöttében és megvalósulásában a döntéshozók központi szerepet szántak és szánnak ma is az alapellátásnak, illetve az egészségfejlesztési irodáknak (EFI), melyek komplex egészségmegőrző és felvilágosító tevékenységet koordinálnak, működtetnek adott területen. A tevékenység célja az ott élők egészséges életmódjának megerősítése, tudásszintjük gyarapítása. Ugyanakkor hosszú távú cél a lakosság egészségi állapotának és életminőségének, ez által az adott település, járás illetve kistérség versenyképességének javítása. Ehhez kíván hozzájárulni a bemutatott vizsgálat jelen eredményeivel és később publikálandó további részleteivel.

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. De Blasio, A., Girán, J. Szemléletváltás az egészségfejlesztési tervezésben: A helyi döntéshozatal egészség- és környezettudatos támogatása. Magyar Epidemiológia 2006;3:(1) pp. 41-46.
3. Fábián Gergely, Huszti Éva, Hüse Lajos, Takács Péter (2018): Életminőség Nyíregyházán. A nyíregyházi nagymintás társadalomkutatások első négy hulláma a megyeszékhelyen. Szabolcs-Szatmár-Beregi Szemle 53/3: 83-102.
4. Hüse Lajos (2015); A szubjektív egészségi állapot tényezői és azok változása Nyíregyházán és vonzáskörzetében, in Hüse-Takács-Huszti (szerk.) Acta Medicinae et Sociologica Vol.6.No.18-19. 2015 p.96-120
5. Jávorné Erdei Renáta, (2016.); Nyíregyháza város lakosságának életminősége az egészségi állapot tükrében, PhD doktori értekezés, http://ltsp.etk.pte.hu/portal/wp/File/Doktoriiskola/Teziszfuzetek/Javorne_Erdei_Renata_dissz.pdf letöltve, 2018. október
6. Jakab Zsuzsanna, Agis D. Tsouros, Egészség és Fejlődés megvalósítása a mai
7. Európában, Népegészségügy, 2013., 91. évfolyam 4. szám
8. Kovács Katalin, Bálint Lajos (2018): Halandóság, Demográfiai Portré, KSH, Népeségstudományi Kutatóintézet,
9. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. (2002): The case for more active policy attention to health promotion. Health Aff (Millwood). Mar-Apr;21(2):78-93.
10. Monostori Judit, Öri Péter, Spéder Zsolt (2018) [szerk], Demográfiai portré, KSH, Népeségstudományi Kutatóintézet, <http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografiaiportre/article/view/2735/2623> letöltve: 2018. december
11. Pikó Bettina (2006): Orvosi szociológia, Medicina Kiadó, Budapest
12. Tahin Tamás, Jeges Sár, Lampek Kinga (2000): Iskolai végzettség és egészségi állapot, Demográfia 1.

13. 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.
14. Weber, A. –Clerc, M. (2017): Deaths amenable to health care: Converging trend sin the EU? Health Policy, 121(6): 644-652.
15. Huszti Éva, Hüse Lajos, Takács Péter, Fábián Gergely, (2018): A „Nyíregyháza Élet-minősége 2018” vizsgálat és a kutatás módszertana. Acta Medicinae et Sociologica Vol.9. No.27. 7-18.
16. 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról
17. ELEFhttp://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014_osszefoglalo.pdf, letöltve: 2018. október
18. <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2018/infographics-gallery/life-expectancy>, letöltve: 2019. január
19. European Health Report 2018 More than numbers – evidence for all, <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2018/european-health-report-2018.-more-than-numbers-evidence-for-all-2018>, letöltve: 2018. december
20. <http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografiaipotre/article/view/2735/2623> letöltve: 2018. december