

AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT EGYENLŐTLENSÉGEI

Kovács Katalin

FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSOK

- 2009-ben jelentős különbségek mutatkoznak a különböző társadalmi csoportok egészségi állapotában. Az egészségi állapot szoros kapcsolatban áll az iskolai végzettséggel, illetve a jövedelem szerinti helyzettel: a végzettség, illetve a jövedelem csökkenésével párhuzamosan romlik. A jövedelmi helyzet alapján az alsó két jövedelmi ötödhöz tartozók egészségi állapota különösen rossz.
- Az egészségi állapot a 2001 és a 2009 közötti időszakban egyedül a középkorú, felsőfokú végzettséggel rendelkezők körében nem romlott. Különösen nagy mértékben rosszabbodott viszont a 25–54 éves, legfeljebb nyolc osztályt végzettek között.
- A legfrissebb egészségfelmérés adatai szerint 2009-ben a felnőttek átlagosan 2,8 egészségi problémától, panasztól, betegségtől szenvedtek. A leggyakoribb probléma a magas vérnyomás, amelyről a kérdezettek 32,5%-ának volt tudomása. Igen gyakoriak voltak még a mozgásszervi, valamint a pszichés problémák.
- A nők gyakrabban számoltak be krónikus depresszióról, krónikus szorongásról és magas koleszterinszintről, ritkábban azonban arról, hogy cukorbetegségük volt vagy szívinfarktust, agyvérzést éltek át.
- Az életkor szerinti hatások kiszűrése után nem mutatkoztak jelentős társadalmi különbségek a magas koleszterinszint, a hörgőhurut, valamint a gyomor- és nyombélfekély előfordulásában. Allergiás tünetekről a magasabb társadalmi státusúak számoltak be gyakrabban. Az összes többi betegségről, illetve az ezekre utaló panaszokról viszont az alacsonyabb társadalmi státusúak tettek jóval gyakrabban említést.
- Az alacsonyabb társadalmi státusúak körében gyakoribb panaszokat/betegségeket tekintve a magas vérnyomás, a krónikus szorongás és a cukorbetegség esetében dominánsak az iskolai végzettség szerinti különbségek, míg a szívritmuszavar, a szívinfarktus és a daganatok esetén a jövedelmi különbségek a jelentősebbek. Más panaszok, illetve betegségek esetén mindkét tényezőnek hasonlóan nagy hatása van.
- A másodlagos prevenció területén a vérnyomás mérése az egyetlen olyan eljárás, amely közel minden állampolgárt elért. Az egyéb szűrővizsgálatokon való részvétel jelentős társadalmi különbségeket mutat. A nőgyógyászati szűréseket tekintve az alacsony iskolai végzettségű nők jutnak el az átlagnál szignifikánsan alacsonyabb arányban a szűrővizsgálatra. Az influenzaoltások igénybevételenek mintázatát elsősorban az anyagi helyzet formálja, amelynek jelentős szerepe van a koleszterinszint-mérésekhez való hozzáférésben is. Ez utóbbit illetően a lakosság legszegényebb 40%-a van különösen hátrányos helyzetben. A vércukorszint-vizsgálatokban való részvétel esélye elsősorban nem a jövedelemtől, hanem az iskolai végzettségtől függ.

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

Az egészségi állapotot kérdőíves felmérésekben leggyakrabban az egészség szubjektív értékelésén keresztül mérjük. Egészségi állapotunk értékelésekor valójában egy igen összetett elemzést végzünk, melynek során számtalan olyan tényezőt figyelembe veszünk, amely saját meggyőződésünk szerint összefüggésben van egészségünkkel. Bár ennek az értékelésnek az alapja „szubjektív” – azaz a megkérdezett saját meggyőződésén, véleményén alapul, nem pedig szakértői értékelésen –, igen sok szempontból mégis valóban egészségünk komplex állapotát írja le. Erre utal legalábbis, hogy azokban a vizsgálatokban, amelyek egyaránt mérték az egészségi állapotot és a későbbiekben jelentkező halálzási esélyeket, szoros összefüggés mutatkozott a kettő között (Idler-Benyamini 1997; Quesnel-Vallée 2007). Az egészségi állapot szubjektív értékelése kevésbé hasonlítható össze különböző országok között, ugyanakkor az időbeli összehasonlítások ugyanazon az országon belül általában konzisztens képet mutatnak.

1. táblázat: A rossz egészségben lévők aránya, Magyarország, 16+ évesek, 2009, %

	Férfi	Nő
16–24 éves	7,9	12,1
25–34 éves	16,7	14,6
35–44 éves	29,4	33,3
45–54 éves	47,9	55,1
55–64 éves	68,2	72,5
65–74 éves	78,0	79,2
75 éven felüli	78,6	90,0
Összesen	41,1	50,0

Forrás: KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai, saját számítás

A legutóbbi egészségfelmérés¹ eredményei szerint Magyarországon igen magas azok aránya, akik úgy tartják, nincsenek jó egészségben. 2009-ben a 16 éven felüli férfiak 41,1%-a, míg az ugyanilyen korú nők fele vélte úgy, hogy egy ötfokozatú skálán – amelynek 5-ös értéke a „nagyon jó”, 4-es értékelése pedig a „jó” egészségi állapotot jelentette – saját egészsége 3-as, 2-es vagy 1-es értékelést érdemel, azaz rossz egészségben van (1. táblázat).

2. táblázat: Rossz egészségi állapot iskolai végzettség és jövedelem szerint, korra standardizált arányok, %

	Iskolai végzettség				Jövedelem					
	leg-feljebb 8 osztály	szak-iskola	érettségi	felső-fokú	leg-alacsonyabb	alsó-középső	középső	felső-középső	felső	együtt
Férfi	57,7	45,7	35,6	26,3	53,8	48,3	39,1	38,1	29,6	41,0
Nő	61,8	56,4	46,9	31,1	60,2	52,3	48,5	47,4	38,7	49,9

Forrás: KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai, saját számítás

Ebben a fejezetben az egészségi állapotban mutatkozó társadalmi különbségek állnak érdeklődésünk középpontjában. A társadalmi különbségek két kiemelt dimenziója, az is-

kolai végzettség és az anyagi helyzet szerint elemezzük majd az egészségi állapot, illetve annak néhány meghatározója alakulását.

A legfeljebb nyolc osztályt végzett férfi-

¹ Ebben a fejezetben jórészt a KSH Európai Lakossági Egészségfelmérésének (ELEF) adatain alapuló számításokat mutatunk be. A felmérésre 2009 októberében és novemberében került sor, a magyar 16 éven felüli, nem intézményben élő lakosság reprezentatív mintáján.

ak körében 53% panaszkodik rossz egészségi állapotról, a felsőfokú végzettségű férfiak körében ugyanez az arány mindössze 27%. Figyelembe kell ugyanakkor venni, hogy az egészségi állapot értékelése nagymértékben függ a válaszadó életkorától. Minthogy az életkor szerinti megoszlás markánsan különbözik a népesség különböző iskolai végzettségű, illetve jövedelmű csoportjaiban, a közvetlenül mért arányok félrevezető is lehetnek. A 2. táblázatban ezért az úgynevezett standardizált értékeket mutatjuk be – ezek azok az értékek, amelyeket az egyes korosztályokra jellemző ráták alapján számítunk ki. Az adott csoportra nézve akkor kapnánk ilyen értékeket, ha a csoport a korstruktúrája éppen olyan lenne, mint amilyen a teljes megkérdezett népességé.² A standardizált mutató szerint a legalacsonyabb iskolai végzettségű csoportba tartozó férfiak 57,7%-a tartja úgy, hogy egészségi állapota nem kielégítő, míg a felsőfokú végzettségűek között ennek az arálynak csak kevesebb a fele, azaz a megkérdezettek 26,3%-a vélekedett ugyanígy. A nők körében a standardizáció alkalmazása után az iskolai végzettség szerinti különbségek valamivel enyhébbek, mint a standardizálatlan adatok által mutatottak: a különbség így „csupán” kétszeres a legalacsonyabb és a legmagasabb végzettségű csoportok között a rossz egészségi állapotban lévők arányát tekintve.

A megkérdezett családjának anyagi helyzete szerint a leggazdagabb jövedelmi ötödbe tartozó férfiak 30%-a, az ugyanilyen jövedelmi helyzetű nők 39%-a ítélte egészségét nem ki-

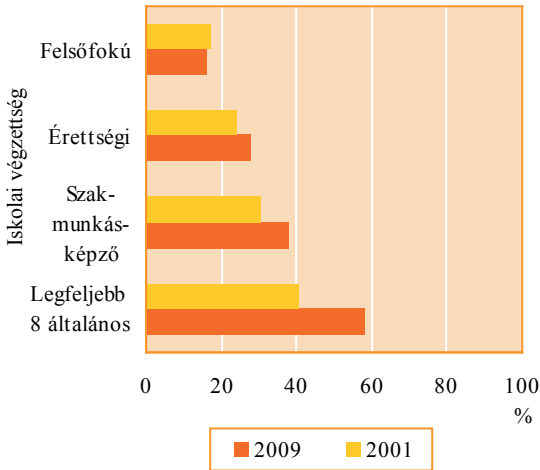
elégítőnek. Ez az arány a jövedelmi viszonyok romlásával párhuzamosan enyhén növekszik, ugyanakkor a romlás nem egyenletes. Mind a férfiak, mind a nők között jelentős különbség mutatkozik a leggazdagabb jövedelmi ötödhöz tartozók, illetve az ennél alacsonyabb jövedelműek között. Nincs lényeges különbség a középső és a felső-középső jövedelmi ötödhöz tartozók egészségi állapota között, jelentős azonban e tekintetben a legsó két jövedelmi ötödhöz tartozók leszakadása. A férfiak esetében a középső és az alsó-középső jövedelmi ötödök egészség-esélyeit választja el nagyobb szakadék a náluk jobb helyzetben lévőkétől, a nők esetében viszont a legszegényebb jövedelmi ötödbe tartozók leszakadása különösen nagy.

A korábbi adatfelvételek mérési eredményeivel való összevetésben úgy tűnik, hogy az egészségi állapot 2001 és 2009 között valamelyest romlott.³ Adatainkat egy kicsit más csoportosításban szemlélve, az egészségi állapot értékelése a szóban forgó nyolc év során csupán a középkorú felsőfokú végzettségűek körében javult (nem számottevően), míg a legfeljebb nyolc általánost végzetek egészség-értékelése drasztikusan romlott (1. ábra). Az idősebb korosztály körében – amelyre nézve az 55 és 74 év közöttiekre vonatkozóan rendelkezünk összehasonlítható adatokkal – az egészségi állapot értékelésének romlása kismértékű, és hasonló volt minden iskolai végzettség szerinti kategóriában, kivéve a felsőfokú végzettségűeket, akik körében az egészség-értékelés alig romlott (2. ábra).

² Ebben a tanulmányban a teljes 16 éven felüli népességre vonatkozó arányokat számítottuk ki, abból a célból, hogy az iskolai végzettségre és a jövedelmi helyzetre vonatkozó eredmények jól összehasonlíthatóak legyenek. Ugyanakkor ennek a módszernek az alkalmazása az iskolai végzettség szerinti valódi egészségi állapotbeli különbségeket kisebb mértékben gyengíti, hiszen alacsonyabb iskolai végzettségű csoportokban jelennek meg a nagyon fiatal korosztályok is, ahol az egészségi állapot általában véve még jó.

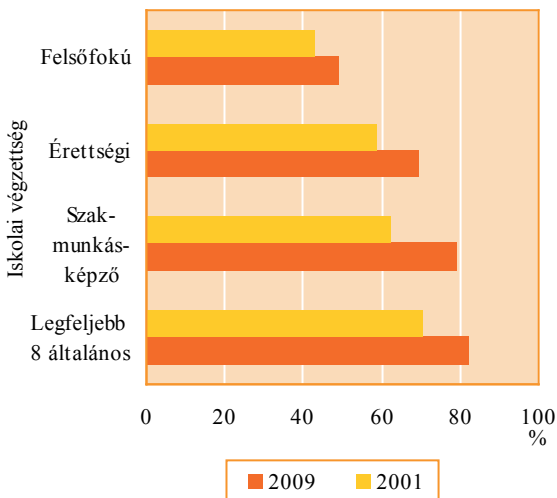
³ Ez az összehasonlítás az Életünk fordulópontjai demográfiai panelvizsgálat a KSH Népeségtudományi Kutatóintézete által 2004-ben felvett adatainak, illetve a KSH által felvett Európai Lakossági Egészségfelmérés 2009-ben felvett adatainak összevetésén alapul. Az összevetés nem pontosan ugyanolyan szempontok szerint zajlott, mint az ELEM adatain alapuló, e fejezetben közzétett egyéb számítások.

1. ábra: A rossz egészségi állapotban lévők (standardizált) aránya 2001-ben és 2009-ben iskolai végzettség szerint, 25–54 évesek



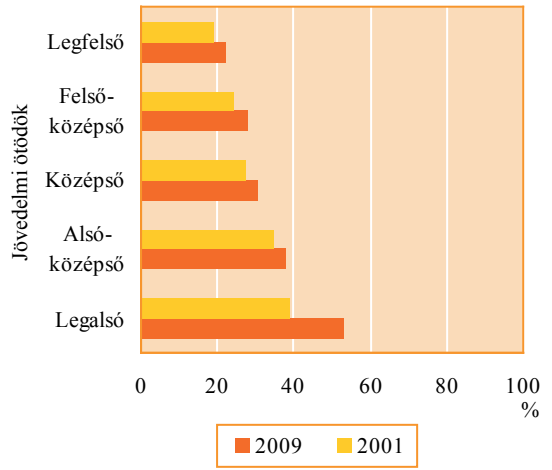
Forrás: NKI Életünk Fordulópontjai demográfiai adatfelvétel első hulláma (2001) és a KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai (2009), saját számítás.

2. ábra: A rossz egészségi állapotban lévők (standardizált) aránya 2001-ben és 2009-ben iskolai végzettség szerint, 55–74 évesek



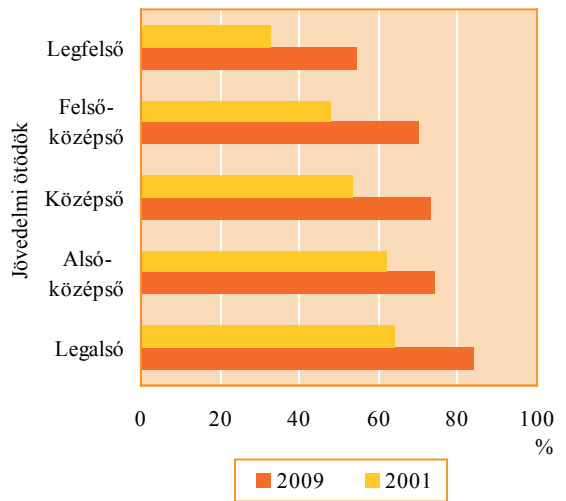
Forrás: NKI Életünk Fordulópontjai demográfiai adatfelvétel első hulláma (2001) és a KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai (2009), saját számítás.

3. ábra: A rossz egészségi állapotban lévők aránya 2001-ben és 2009-ben jövedelem szerint, 25–54 évesek



Forrás: NKI Életünk Fordulópontjai demográfiai adatfelvétel első hulláma (2001) és a KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai (2009), saját számítás.

4. ábra: A rossz egészségi állapotban lévők aránya 2001-ben és 2009-ben jövedelem szerint, 55–74 évesek



Forrás: NKI Életünk Fordulópontjai demográfiai adatfelvétel első hulláma (2001) és a KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai (2009), saját számítás.

A jövedelem szerinti elemzés a középkorú népesség körében is a legrosszabb helyzetűek egészségi állapotában bekövetkezett nagymértékű romlásra utal. A 3. ábra adatai szerint a 2001-ben a nem kielégítő egészségi állapotúak aránya a jövedelem csökkenésével párhuzamosan egyre nagyobb volt. 2009-ben minden jövedelmi csoportban a korábbinál kismértékben kedvezőtlenebb arányok mutatkoznak, kivéve a legszegényebb jövedelmi ötödhöz tartozókat, akik között drámai mértékben nőtt a rossz egészségben lévők aránya. Ez az arány ebben a viszonylag fiatal korcsoportban 2009-re meghaladta az 50%-ot.

Az idősek körében minden jövedelmi ötödben nőtt a nem kielégítő egészségi állapotban lévők száma, összességében ugyanakkor „kiegyenlítőds” ment végbe a különböző jövedelmi ötödhöz tartozók között (4. ábra). A jövedelmi gradiens nem tűnt el, de mérséklődött, ami annak a következménye, hogy a korábban kedvezőbb arányokat mutató, magasabb jövedelmű csoportokban nagyobb mértékben növekedett azok aránya, akik rossznak minősítették egészségüket.

Az önértékelésen alapuló egészségi állapot összességében valódi egészségi állapotunk komplex mutatója. Ugyanakkor érdemes szemügyre venni, hogy melyek azok a konkrét egészség-panaszok, betegségek, amelyek az egészségi állapot ilyesfajta – összességében igen kedvezőtlenül alakuló – értékelését napjainkban Magyarországon kialakítják.

PANASZOK, BETEGSÉGEK

Az ELEF adatbázisa lehetőséget kínál rá, hogy a különféle egészségi állapotbeli problémák elterjedtségét is bemutassuk.⁴ Ebben a részben azokat az adatokat tekintjük át, amelyek a kérdezett életében előforduló/valaha

előfordult összes panaszra vonatkoznak. A válaszadók mindössze 29 százaléka nyilatkozott úgy, hogy nincs (nem volt) betegsége, illetve egészségével kapcsolatos panasza. A válaszadók közel 20%-a egyetlen, további 12%-a pedig két panaszt említett, míg a többiek ennél többet. A megemlített panaszok átlagos száma 2,8 volt (2,3 a férfiak, és 3,1 a nők körében).

Melyek tehát a legelterjedtebb egészséggel kapcsolatos problémák, panaszok, illetve betegségek? Arra a kérdésre, hogy keserítette-e hosszabb időszakra valamely probléma az életét, illetve átélte-e bizonyos betegségeket, vagy fennálltak/fennállnak-e bizonyos, tudottan egészségkárosító állapotok, a megkérdezettek legnagyobb (közel egyharmad) arányban a magas vérnyomás kondícióját jelölték meg (3. táblázat). A válaszadók több mint egyötöde szenvedett különféle mozgásszervi panaszoktól, és több mint 10%-uknak volt tudomása allergiáról vagy szívritmuszavarról, magas koleszterinszintről, illetve ugyanilyen arányban szenvedtek nyak- vagy fejfájástól. A felsorolt kondíciók közül a legalacsonyabb (1,2%-os) arányban a májzsugorodást említették a válaszadók: valószínűleg ebben az esetben a legnagyobb az a veszély, hogy a kikérdezéssel kapott adatok nem megbízhatóak, azaz az érintett nem számol be a betegségről, még akkor sem, ha annak fennállásáról tudomása van. Ezt figyelembe véve, a májzsugorodás gyakoriságára kapott érték a vártnál magasabb, ami azt sugallja, hogy a más kondíciókra vonatkozó gyakoriságok közel lehetnek a valószínű értékekhez, azaz a kérdezettek feltehetően minden olyan egészséggel kapcsolatos panaszukról beszámoltak, amelyről tudomásuk volt. A kapott eredmények értékelésekor mindvégig érdemes szem előtt tartani, hogy a kapott számok a felismert és számon tartott egészségpanaszokra, problémákra vonatkoznak, nem pedig a valódi gyakoriságokra.

⁴ A felmérésben az esetleges kondíciók széles skáláját felsorolva érdeklődtek a válaszadóktól az adott kondíciók esetleges fennállásáról, illetve az esetleges egyéb, a listán nem szereplő panaszokat is lehetett rögzíteni.

3. táblázat: *Betegségek, panaszok gyakorisága, életprevalencia, %⁵*

Panasz, betegség	Teljes népesség (n=5054)	Férfiak (n=2356)	Nők (n=2695)
magas vérnyomás	32,5	29,9	34,9
derékfájás	31,2	30,6	31,8
reuma, ízületi gyulladás	24,7	19,5	29,3
ízületi kopás	23,6	21,2	25,6
erős fejfájás	17,5	11,9	22,4
nyakfájás	17,4	13,6	20,7
allergia	16,4	13,7	18,7
szívritmuszavar	14,5	10,5	17,1
magas koleszterinszint	12,8	10,4	14,3
krónikus szorongás	8,6	5,2	11,5
cukorbetegség	8,3	8,6	8,1
gyomor- vagy nyombélfekély	8,2	6,6	9,7
csontritkulás	8,0	3,4	12,1
szívkoszúrúér-megbetegedés, angina pectoris	7,2	5,9	8,4
asztma	6,5	5,7	7,3
krónikus hörghurut (bronchitis)	6,4	5,1	7,4
krónikus depresszió	6,2	3,7	8,4
inkontinencia	5,2	3,5	6,8
egyéb szívbetegség	4,5	3,8	5,0
szívinfarktus, szívroham	4,2	4,4	4,1
rosszindulatú daganat	3,6	2,6	4,5
egyéb pszichés probléma	3,4	2,9	3,8
sérülés, baleset okozta maradandó károsodás	2,8	3,6	2,2
agyvérzés, stroke	2,8	2,9	2,6
májzsugorodás	1,2	1,0	1,4

Forrás: KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai (2009), saját számítás.

A 3. táblázatban bemutatott adatok egy olyan kérdésre adott válaszokból származnak, amely nem csupán a kérdés időpontjában fennálló panaszokat, betegségeket kívánta számba venni, hanem azt is, hogy a válaszadó szembesült-e korábban – élete so-

rán bármikor – az adott problémával. Ezért minden probléma esetében az lenne várható, hogy a gyakoriság az életkor függvényében emelkedik. Az eredmények azonban ennek több esetben is ellentmondanak. Az asztma előfordulása például minden korcsoportban

⁵ A 3. táblázat minden olyan panasz, egészségprobléma gyakoriságát tartalmazza, amely az ELEF-ben szerepelt. Azokat a panaszokat, amelyeknek a társadalmi mintázatát a későbbiekben részletesebben is bemutatjuk, eltérő betűtípussal kiemeltük a táblázatban.

szinte egyenletes (5–6%), kivéve az 55–64 évesek jóval magasabb (10% körüli) rátáját. A krónikus hörghurut előfordulása valóban enyhén növekszik az életkorral, ugyanakkor a lépcsőzetes növekedés trendjét ismét megtöri az 55–64 évesek körében a várhatónál magasabb előfordulásai valószínűség.

A panaszok/betegségek döntő többsége esetében azonban a gyakoriságok az életkorral párhuzamosan növekednek. Az infarktus és az angina pectoris előfordulási gyakorisága például – amely az adott esetekben nyilvánvalóan túlélési gyakoriságot jelent – nagyon erősen, szinte exponenciális mértékben függ az életkortól.

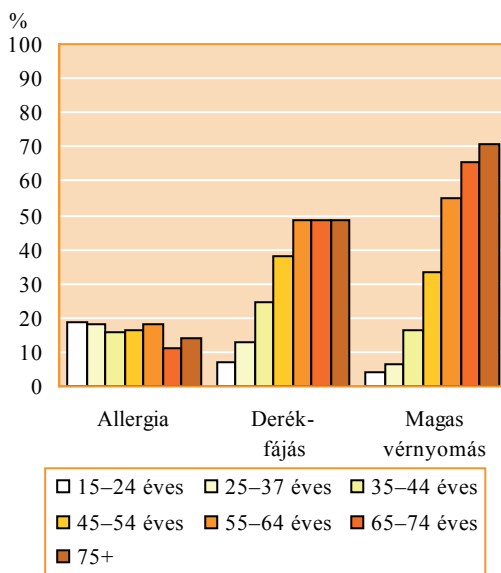
A magas vérnyomás (illetve a stroke) gyakorisága is folyamatosan növekszik az életkor függvényében: a legfiatalabb korosztályban tapasztalható 4,1 illetve 0,2%-ostól a legidősebb korosztályban tapasztalható 70,8 illetve 6,7%-os értékig. Szívritmuszavarról a legfiatalabbak 1,4%-a, míg a legidősebbek pontosan harmada tesz említést. A szívritmuszavar gyakorisága a kora párhuzamosan szabályosan emelkedik, csakúgy, mint az „egyéb szívbetegségeké”, ugyanakkor ez a növekedés nem egyenletes: gyakorisága a 44 évnél fiatalabbak körében 1% alatt marad, míg az ennél idősebbeknél dinamikusan nő, 3,6-ról 14,8%-ra.

Magas koleszterinszintről számolt be a 16–24 évesek 0,5%-a és a 65–74 évesek 25,0%-a. A gyakoriság a kora párhuzamosan arányosan emelkedik, de a legidősebb korcsoportban visszaesik a magas koleszterinszintről beszámoló aránya: mindössze 21%-os. A cukorbetegség gyakorisága is a kora párhuzamosan nő (0,9-ről 20,9%-ra), ugyanakkor a legidősebbek körében ennél valamivel kisebb gyakoriság mutatkozik. Ehhez nagyon hasonló a csontritkulás előfordulásának kor szerinti mintázata.

A reuma, az ízületi gyulladás és a nyakfájás fellépésének valószínűsége is szabályosan növekszik az életkorral, a derékfájás fennállásának mintázata azonban kissé különbözik

az előzőektől. Gyakorisága az életkorral párhuzamosan növekszik a 15–24 évesek között tapasztalható 6,8%-ról a 45–54 évesek közötti 48,6%-ra, az ennél idősebb életkori csoportokban azonban ezzel közel azonos szinten marad.

5. ábra: Három jellegzetes életkor szerinti mintázat: az allergia, a derékfájás és a magas vérnyomás gyakorisága életkori csoportonként



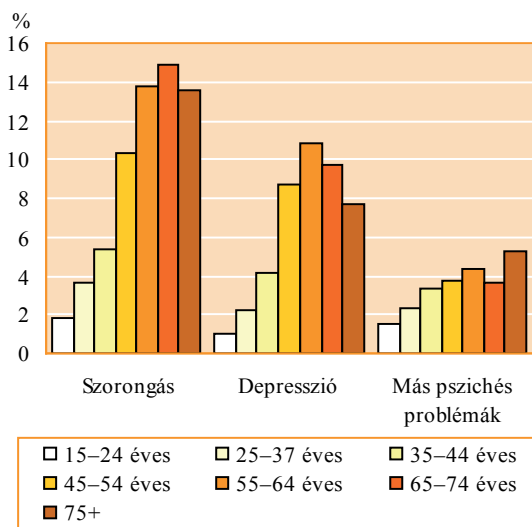
Forrás: KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai (2009), saját számítás

A gyomor-, illetve nyombélfekély előfordulása ugyancsak szabályosan növekszik a kora párhuzamosan (2,3 és 13,4% közötti értékeket felvéve). A májsugorodás esetén az említések száma nagyon alacsony, csupán az 55–74 évesek körében haladja meg az egy százalékos szintet.

A rosszindulatú daganatok említése a legfiatalabb korosztályban 0,3%-os, a legidősebbek között azonban már 8,4%-os volt, a közbenső korcsoportokban a gyakoriságok a kora párhuzamosan emelkednek.

Az erős fejfájás gyakorisága viszont nem nő egyenletesen kor szerint, s bár a 16–34 évesek között valamennyire ritkábban fordul elő, a 35 évesnél idősebbek körében 16 és 20% között ingadoznak az előfordulási gyakoriságok. Hasonlóan, az allergia esetében egyáltalán nem mutatkozik jelentős növekedés az életkorral, sőt a gyakoriságok valamivel magasabbak a 15–64 éves korosztályban, mint a 65 évnél idősebbek között.

6. ábra: Mentális problémák életkori mintázata: krónikus szorongás, krónikus depresszió és egyéb pszichés panaszok gyakorisága életkori csoportok szerint



Forrás: KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai (2009), saját számítás

Sérülések, balesetek miatt kialakult marandó károsodással él a 16–24 évesek 0,2%-a, illetve a 75 éven felüliek 5,6%-a. A gyakorisá-

gok a várt mintázat szerint lineárisan emelkednek az életkorral párhuzamosan.

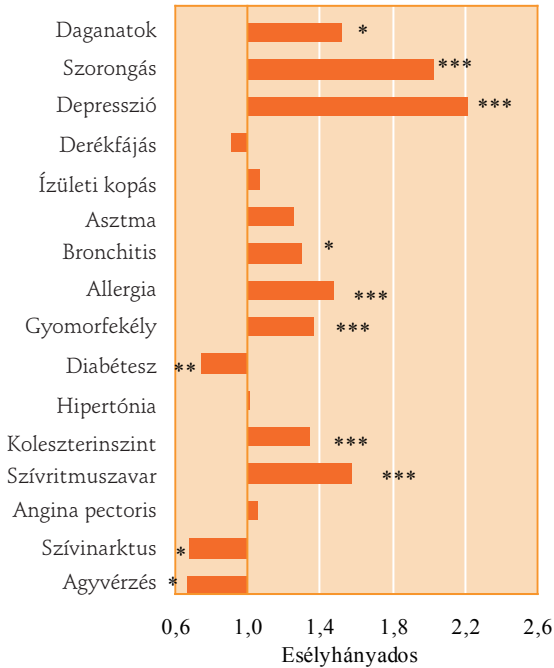
A panaszok döntő többsége esetében tehát az életkorral párhuzamosan növekedett a gyakoriság, s különösen igaz ez azokra a panaszokra/betegségekre – kivételt képez az asztma és a derékfájás –, amelyek társadalmi mintázatát a későbbiekben elemezni kívánjuk. Ezért ha a társadalmi helyzet általunk most kiemelten kezelt dimenziói – azaz az iskolai végzettség és a jövedelem – mentén szeretnénk megvizsgálni a különféle panaszok megjelenését, mindenképpen figyelembe kell vennünk a kor szerinti megoszlás különbségeit. Ebben a lépésben arra is törekedtünk, hogy az iskolai végzettség és a jövedelem egymást nyilvánvalóan nagymértékben átfedő hatásait elkülönítsük. Az ezeknek a követelményeknek megfelelő többváltozós elemzések eredményeit⁶ a 7., 8. és 9. ábrán mutatjuk be – a leggyakoribb, illetve a valamilyen más szempontból különlegesen figyelemre érdemes panaszokra vonatkozóan.

Az életkori, valamint az iskolai végzettségből és a jövedelmi helyzetből adódó hatásokat kiszűrve, a panaszok megjelenésének a férfiak és a nők körében tapasztalható gyakoriságát összehasonlítva látható (7. ábra), hogy a férfiak körében kisebb az esélye a derékfájás és a cukorbetegség megjelenésének, illetve, hogy kevesebb az esélye a (túlél) szívinfarktusz és agyvérzés tapasztalatának. Ugyanakkor a derékfájásra vonatkozó eredmények nem szignifikánsak, ezt a 7. ábrán a csillagok hiánya jelzi. A nők körében minden más panasz megjelenésének nagyobb az esélye, ám ez nagy bizonyossággal csupán a fejfájás, a krónikus

⁶ A többváltozós elemzések során a kort, a nemet, az iskolai végzettséget és a jövedelmet független változóként tartalmazó logisztikus regressziós modellekben vizsgáltuk az egyes egészségproblémák (mint függő változó) gyakoriságát befolyásoló tényezőket. A 7., 8. és 9. ábra a különböző modellekben kapott esélyhányadosokat mutatja be. Az esélyhányadosok két csoportban jelentkező különböző gyakoriságokat hasonlítanak össze. Amennyiben az egyik csoportban a gyakoriság p_1 , akkor az esély ebben a csoportban $p_1/(1-p_1)$. Egy másik csoportban, amelyben a gyakoriság p_2 , az esély $p_2/(1-p_2)$. Az esélyhányados értéke ekkor $p_1/(1-p_1):p_2/(1-p_2)$. A logisztikus regressziós elemzésben ezeknek az esélyhányadosoknak az értékét egy ún. referenciacsoporthoz képest tudjuk kiszámítani. Az egyenél nagyobb esélyhányadosok ebben az esetben gyakoribb előfordulást jelentenek annál, mint amit a referencia-csoportban tapasztalhatunk, az egyenél kisebb értékek pedig ritkább előfordulást.

szorongás, a krónikus depresszió, az allergia és a szívritmuszavar esetén állítható. Kisebb megbízhatósággal állíthatjuk, hogy a nők körében szintén gyakoribb a magas koleszterinszintről való informáltság, a gyomor-, és nyombélfekély gyakorisága, illetve gyakrabban szenvedői/túlélői rákbetegségnek – e mögött a középkorúak körében is jelentkező és jó eséllyel gyógyított emlőrákok magas aránya állhat.

7. ábra: A nők esélyei arra, hogy az adott egészségprobléma előforduljon életük során a férfiakhoz viszonyítva, korra, iskolai végzettségre és jövedelemre korrigált esélyhányadosok (férfiak=1)



*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$, ***: $p < 0,001$

Forrás: KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai (2009), saját számítás.

Amennyiben a panaszok/betegségek jelentkezésének iskolai végzettség szerinti – és számos más tényező, mint például a nem, az életkor vagy az anyagi helyzet befolyásától

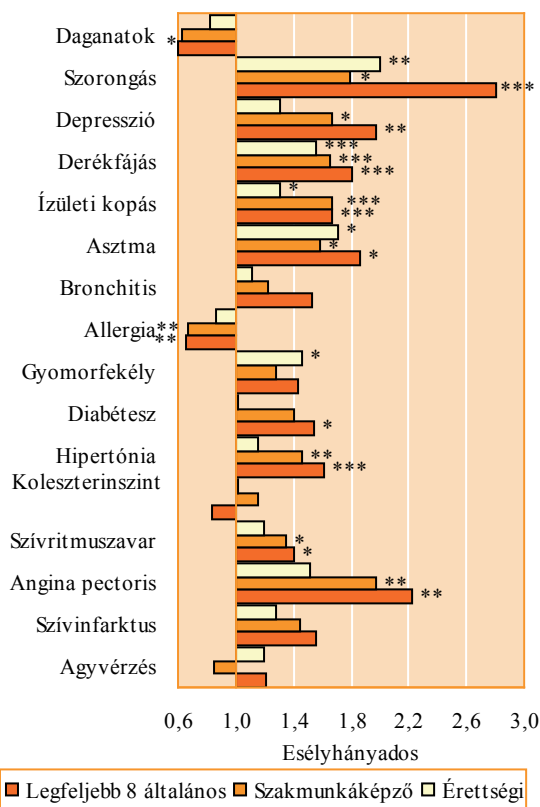
megtisztított – esélyeit vesszük szemügyre (8. ábra), első látásra feltűnő, hogy a magasabb iskolai végzettségűek esélyei csupán két panasz/betegségcsoport esetében magasabbak az alacsony iskolai végzettségűekénél. Ezt a tényt a legmagasabb iskolai végzettségűek „1” értékéhez képest kisebb számok jelzik a 8. ábrán. Az érettségivel nem rendelkezők esélyei alacsonyabbak arra nézve, hogy allergiában szenvedjenek, ezen túl a legfeljebb nyolc általánost végzetek kevesebb eséllyel szenvedtek/szenvednek rákbetegségben. Az utóbbi eredmény interpretációja egyrészt azért nehéz, mert a „rákbetegség” igen sok különböző típusú tumoros megbetegedést jelenthet, másrészt ebben az esetben az eredmények mögött a betegség túlélésének iskolai végzettség szerinti eltérő túlélési esélyei is állhatnak.

A szív- és érrendszeri panaszok esetében a szívinfarktus és az agyvérzés (túlélési) esélyeiben nem találtunk statisztikailag is jelentősnek tekinthető összefüggést az esélyek és az iskolai végzettség között. Statisztikailag kevésbé erős összefüggés található az iskolai végzettség és a szívritmuszavar jelentkezése között, igen erős összefüggés van azonban az angina pectoris jelentkezésének esélye és az iskolai végzettség között – a legfeljebb nyolc osztályt végzetek körében ennek esélye kétszeres a felsőfokú végzettségűekhez viszonyítva.

Igen feltűnő, hogy a társadalmi különbségek nem mindig tükröződnek azoknak a panaszoknak a megjelenési gyakoriságában, amelyek egyben a szív- és érrendszeri megbetegedések rizikófaktorai. Statisztikailag erős összefüggés mutatkozik az iskolai végzettség és a magas vérnyomás tapasztalatának gyakorisága között: a nyolc általánost végzetek körében a magas vérnyomás megjelenésének esélye 60%-kal magasabb, mint a felsőfokú végzettségűek között. A magas koleszterinszintre panaszodók azonban nincsenek többen az alacsonyabb, mint a felsőfokú vég-

zettséggel rendelkezők között, ami feltehetően azt tükrözi, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségűek kevésbé tájékozottak e vonatkozásban.

8. ábra: Iskolai végzettség szerinti esélyek arra, hogy az adott egészségprobléma előforduljon valakinek az életében, nemre, korra és jövedelemre korrigált esélyhányadosok (felsőfokú végzettségűek = 1)



*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$, ***: $p < 0,001$

Forrás: KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai (2009), saját számítás.

A mozgásszervi panaszokat tekintve statisztikailag erős összefüggést tapasztalható a panaszok jelentkezése és az iskolai végzettség között: a szakmunkás-bizonyítvánnyal rendelkezők 40–65%-kal, a legfeljebb nyolc általános végzettek pedig 65–80%-kal magasabb esélyekkel szenvednek ezektől a problémák-

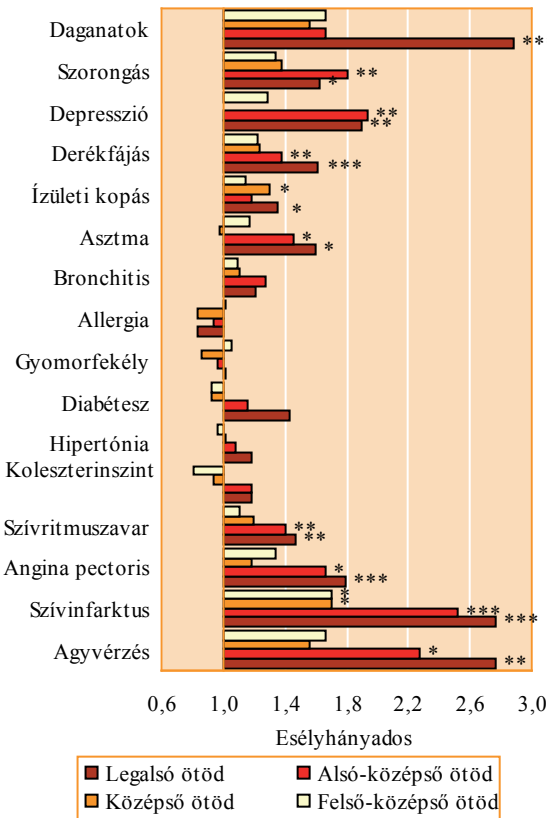
tól. A légzőszervi panaszokat tekintve: a hörgőhurut előfordulásában nincsenek jelentős különbségek, az asztma ugyanakkor 60–80%-kal magasabb eséllyel jelenik meg minden, a felsőfokúnál alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező társadalmi csoportokban.

A leginkább eltérő esélyeket ugyanakkor a mentális problémák területén találhatjuk. Krónikus szorongásról a legfeljebb nyolc általánost végzettek 160%-kal magasabb arányban panaszoknak a felsőfokú végzettségűekhez viszonyítva, ugyanakkor a szakiskolát, szakközépiskolát végzettek, illetve az érettségizettek esélyei is 80–100%-kal magasabbak a krónikus szorongás megtapasztalására, mint a felsőfokú végzettségűeké. A krónikus depresszió esetében a társadalmi különbségek ennél valamivel mérsékeltebbek, de a legfeljebb nyolc osztályt végzettek körében az esélyek mégis 100%-kal magasabbak, mint az egyetemet, főiskolát végzettekénél.

A jövedelmi helyzet szerinti esélyeket szemlélve (9. ábra) és elsőként a szív- és érrendszeri betegségeket tekintve mind a szívritmuszavarok, az angina pectoris, a szívinfartus, mind pedig az agyvérzés tekintetében a legsó két jövedelmi ötöd hátrányai a legszembetűnőbbek. Annak az esélye, hogy ezek a kondíciók fellépjenek, 40, 60, 150, illetve 120%-kal magasabb az alsó-középső, és 50, 80, 185 és 180%-kal magasabb a legszegényebb jövedelmi ötödhöz tartozók esetében, mint a leggazdagabb jövedelmi ötödbe tartozóknál. A szívinfartus esetében a középső jövedelmi ötödbe tartozók is fokozottan veszélyeztetettek a leggazdagabbakhoz viszonyítva. Összességében szemlélve a jövedelem szerepe a szív- és érrendszeri megbetegedések esetén látszik a legnagyobb. A rizikófaktoroknak tekinthető egészségpanaszok esetén viszont ismét csak nem láthatóak különbségek: a magas vérnyomásról, illetve a magas koleszterinszintről, cukorbetegségről beszámoló aránya minden jövedelmi csoportban közel azonos. Ezek az eredmények ismét a rizikó-

faktorokra vonatkozó tudatosság kérdéseket fel, amely kérdésre írásunk következő fejezetében térünk vissza.

9. ábra: Jövedelem szerinti esélyek arra, hogy az adott egészségprobléma előforduljon valakinek az életében, nemre, korra és iskolai végzettségre korrigált esélyhányadosok (felsőfokú végzettségük=1)



*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$, ***: $p < 0,001$

Forrás: KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai (2009), saját számítás.

Jelentős ugyanakkor a legszegényebb jövedelmi ötöd esetében a daganatos megbetegedésekről említést tévők többlete is, a többi jövedelmi ötödhöz tartozóknál azonban a gyakoriságok nem különböznek egymástól szignifikánsan. Míg a legtöbb panasz/beteg-

ség esetében az anyagi helyzet és a panasz megjelenése közötti kapcsolatról úgy gondolhatjuk, hogy az anyagi helyzetnek jelentős oksági szerepe lehet abban, hogy a panaszok kialakultak, a daganatos betegek (nagy valószínűséggel túlélők) speciális esetében felvethető, hogy az oksági összefüggés iránya esetleg fordított is lehet, azaz a betegség megjelenésének és gyógyításának anyagi terhei is szerepet játszhattak a család rossz anyagi helyzetének kialakulásában.

Más betegségeket/panaszokat szemlélve: a gyomor- és nyombélfekély, a krónikus hörghurut és az allergia előfordulásában nincsenek jelentős jövedelem szerinti különbségek. A mozgásszervi panaszok és az asztma 40–60%-kal nagyobb eséllyel fordulnak elő a legszegényebb két jövedelmi ötödhöz tartozók körében. Ennél valamivel jelentősebb különbségek mutatkoznak a pszichés problémák területén. A krónikus szorongás és a krónikus depresszió is elsősorban a legszegényebb két jövedelmi ötöd körében jelentkezik kiemelkedően nagy, a leggazdagabbakhoz viszonyítottnan 60–80%-kal magasabb eséllyel.

SZŰRÉSEKEN VALÓ RÉSZVÉTEL, ALAPVETŐ PREVENCIÓS SZOLGÁLTATÁSOK HASZNOSULÁSA

A legkevésbé iskolázottak és a legszegényebbek az egészség területén megmutatkozó jelentős hátrányai részben az egészséges életmódról való tudás, illetve az annak megvalósításához szükséges anyagi eszközök hiányából következnek. Ezeket a hiányokat részben ellensúlyozhatja egy egységes, mindenki kiterjedő egészségügyi ellátás. Ezért írásunk utolsó részében az egészségügyi ellátás – kényszerűen – egy kisebb, de igen jelentős szeletével, a másodlagos prevenció körébe tartozó ellátásokkal, azok igénybevételével, illetve az egészségmegőrzésben betöltött szere-

pükkel foglalkozunk. A most következő rövid áttekintésben azon legfontosabb másodlagos prevenciós tevékenységek hatókörét vesszük számba, amelyekről az egészségfelmérésben informálódhattunk. Részletesebben azt vizs-

gáljuk, hogy mely társadalmi csoportokat sikerült a népegészségügyi szempontból legfontosabb szűrési szolgáltatásokkal 2009-ig elérni, illetve hogy hol mutatkoznak ebből a szempontból a legnagyobb hiányosságok.

4. táblázat: Azoknak az (életkorra standardizált) aránya, akik még soha nem vettek részt az adott szűrővizsgálaton, iskolai végzettség szerint, %

	Legfeljebb 8 általános	Szakiskola	Érettségi	Felsőfokú	Együtt
Férfi					
vérnyomásmérés	7,9	5,2	5,4	3,8	5,6
koleszterinszint-mérés	50,8	41,2	34,4	29,1	40,0
vércukorszintmérés	41,8	33,9	27,5	24,7	32,6
vastagbélrákszűrés**	86,5	88,6	86,4	87,7	86,1
influenza-védőoltás	77,1	78,0	72,3	73,3	75,4
Nő					
vérnyomásmérés	3,7	4,2	4,8	3,4	4,0
koleszterinszint-mérés	42,8	33,7	26,3	23,2	32,5
vércukorszint-mérés	29,7	22,8	20,1	14,5	23,1
vastagbélrákszűrés**	88,1	84,7	85,8	79,4	86,1
influenza-védőoltás	77,6	72,8	68,8	74,8	73,0
citológiai szűrés**	37,0	21,1	21,3	22,4	28,0
mammográfiai szűrés*	39,3	28,6	23,2	18,7	30,1

* 40 éven felüliek

** 45 éven felüliek

Forrás: KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai (2009), saját számítás.

Az egészségi állapotban és a halálozásban megjelenő társadalmi egyenlőtlenségek szempontjából egyre inkább előtérbe kerülnek a gyógyító technológiákkal kapcsolatos, illetve az egészségre, a betegségek megelőzésére vonatkozó tudás társadalmi differenciáltságának kérdései (Link, 2008). Sok, az egyenlőtlenségek kialakulását magyarázni kívánó megközelítés szerint a tudás és az elérhetőség társadalmilag különböző terjedési sebessége az az alapvető tényező, amely az egészségi állapotban és a mortalitásban mutatkozó különbségeket létrehozza. Az elérhetőséget – amelyet nyilvánvalóan az anyagi erőforrások

is lényegesen befolyásolnak – bizonyos megközelítések szerint nagymértékben meghatározza a szolgáltatás komplexitásának mértéke, beleértve a technológiai komplexitást és az (ezzel szorosan összefüggő) elérhetőségben mutatkozó komplexitást is (Rust et al., 2010). E megközelítés szerint a morbiditási és mortalitási viszonyok alakításában a legegyszerűbb, az általános orvosi ellátásban kínálható technológiáknak lesz a legnagyobb szerepe. Az orvosi technológiák köréből most csupán a megelőző jellegű szolgáltatások igénybevételét vesszük szemügyre.

A magyarországi helyzetre vonatkozóan az Országos Egészségfelmérés adataiból kirajzolódó kép meglehetősen egyenetlen. A megkérdezettek (azaz az ország lakosságát reprezentáló 16 évnél idősebb népesség) döntő többsége például tudatában van annak, hogy élete során már mérte egészségügyi dolgozó a vérnyomását: így válaszolt a megkérdezett férfiak 95, illetve a nők 96%-a. A vérnyomásmérés esetében a férfiaknál kismértékű társadalmi különbségek alakultak ki: a legszegényebb jövedelmi ötödbe tartozó férfiak esetében ez az arány csak 92%, míg a leggazdagabbaknál 96%. A férfiak körében látható különbségek tehát kicsik, a nők körében pedig teljesen elenyésző mértékűek (5. táblázat).

Sokkal kevésbé általános a koleszterinszint mérése, illetve az arra való visszaemlékezés, tudatosság: a férfiak 60, a nők 68%-a említet-

te, hogy volt már ilyen vizsgálaton életében, az arányokban pedig jelentős társadalmi különbségek mutatkoznak.

A nők körében ehhez hasonló a méhnyakrák szűrés (citológiai vizsgálat) elterjedtsége, illetve az erre vonatkozó tudatosság: a megkérdezettek 71%-a említette, hogy volt már életében ilyen vizsgálaton. A részvételben jelentősek a társadalmi helyzet szerinti különbségek: a felsőfokú végzettségűek körében ez az arány 20%-kal magasabb, mint az általános iskolát végzett nők között tapasztalható.

A mammográfiái vizsgálatok jóval kevésbé elterjedtek, mint a citológiai szűrések. A megkérdezett nők mindössze 51%-a vett életében részt ilyen vizsgálaton, a részvételi arány pedig nagyon erős különbségeket mutat iskolai végzettség szerint.

5. táblázat: Azoknak a (korra standardizált) aránya, akik még soha nem vettek részt szűrővizsgálatokon a család jövedelmi helyzete szerint, %

	Legalsó jövedelmi ötöd	Alsó-középső jövedelmi ötöd	Középső jövedelmi ötöd	Felső-középső jövedelmi ötöd	Legfelső jövedelmi ötöd	Együtt
Férfi						
vérnyomásmérés	8,1	4,8	6,6	4,2	4,2	5,6
koleszterinszint-mérés	48,7	43,6	38,1	36,8	35,1	39,8
vércukorszintmérés	37,2	37,8	29,1	31,6	30,8	32,6
vastagbélrákszűrés**	87,6	84,9	86,5	86,9	87,5	87,2
influenza-védőoltás	78,1	76,6	77,1	76,1	71,2	45,6
Nő						
vérnyomásmérés	4,8	4,3	3,1	3,7	3,9	4,0
koleszterinszint-mérés	42,8	34,9	31,7	29,8	24,1	32,6
vércukorszint-mérés	29,8	23,1	22,5	24,7	16,1	23,1
vastagbélrákszűrés**	90,4	86,9	89,1	84,9	89,1	86,1
influenza-védőoltás	78,7	75,3	74,0	71,9	68,2	73,0
citológiai szűrés**	28,2	33,3	29,2	23,6	25,3	28,0
mammográfiái szűrés*	41,9	34,9	28,2	28,5	24,8	30,1

* 40 éven felüliek

** 45 éven felüliek

Forrás: KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai (2009), saját számítás.

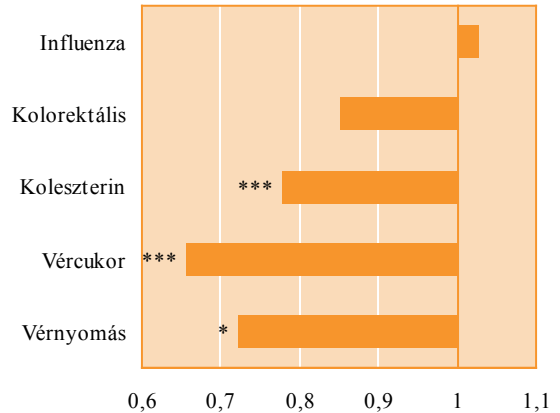
A felmérésben szereplő prevenció vizsgálatok közül a legkisebb valószínűséggel a kolorektális (vastag- és végbél-) tumorok szűrésére szolgáló laborvizsgálatokra került sor.⁷ A megkérdezett férfiak 8, a nők 10 százaléka vett részt életében valaha ilyen vizsgálaton. A részvétel valószínűsége nagyon erősen nő a korral: míg a fiatalabb korcsoportok esetében csupán 3–6%, a legidősebbek körében 17% a nők, és 21% a férfiak körében. A férfiaknál a legszegényebbek részvételi arányai különösen alacsonyak, a nők esetében a részvétel esélye a megkérdezett társadalmi helyzetével párhuzamosan nő.

Az életkor, az iskolai végzettség és a jövedelmi helyzet torzító hatásait kiszűrve (10. ábra) megállapítható, hogy a nők tudatosabbak a vérnyomás-, a koleszterin- és a vércukorszint mérésével kapcsolatban, míg az influenzaoltások igénybevételében nincsenek jelentős különbségek.

Hasonlóan a panaszok és betegségek elemzésekor használt eljáráshoz, a szűréseken való részvételt is nem, iskolai végzettség és jövedelem szempontjából tekintjük át. A nem, az életkor és az anyagi helyzet hatásait kiszűrve azt látható, hogy az iskolai végzettségnek nincs jelentős szerepe a nagyon kevés elterjedt kolorektális szűrések és a közepesen elterjedt influenzaoltás esetében, illetve a majdnem teljesen általános vérnyomásmérés esetében sem. Jelentős különbségek mutatkoznak azonban a közepesen elterjedt koleszterin- és vércukorszint-mérésekről való beszámolás gyakoriságában iskolai végzettség szerint: a koleszterin esetében az érettségizettek ugyan közel azonos gyakorisággal vettek részt ilyen vizsgálatokon, mint a felsőfokú végzettségűek, a csak szakmunkásképzőt, illetve legfeljebb nyolc általánost végzettek azonban jelentősen alacsonyabb arányban, amelyet a 11. ábrán a szűrésből való kimaradás magas esélyei szemléltetnek.

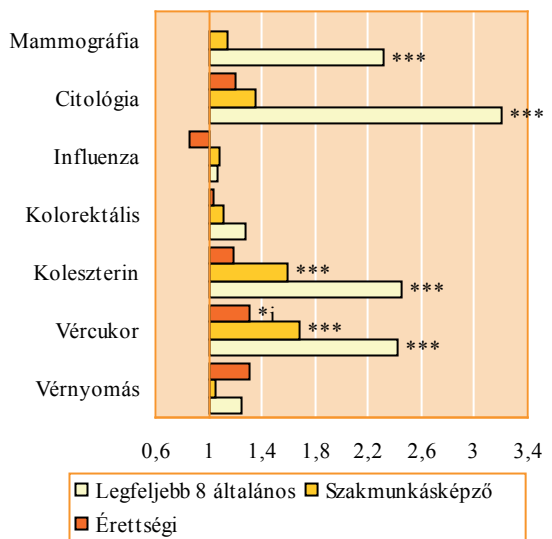
⁷ Az ELEF a „vérzés megállapítását célzó székletvizsgálat”-ban való részvételre kérdezett rá konkrétan, amely a kolorektális szűrések csupán egyik fajtája.

10. ábra: A nők férfiakkal viszonyított esélyei arra, hogy az adott prevenció eljárásban nem vettek részt (férfiak=1)



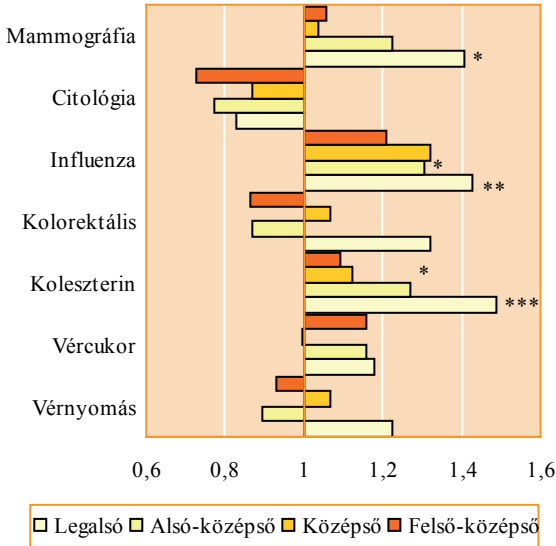
Forrás: KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai (2009), saját számítás

11. ábra: Iskolai végzettség szerinti esélyek arra, hogy az adott prevenció eljárásban ne vegyen valaki részt (felsőfokú végzettségűek=1)



Forrás: KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai (2009), saját számítás

12. ábra: Jövedelem szerinti esélyek arra, hogy az adott prevenció eljárásban valaki ne vegyen részt (legfelső jövedelmi ötöd=1)



Forrás: KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai (2009), saját számítás

A vércukormérésben való részvétel gyakoriságát tekintve, a nem részvétel gyakorisága lépcsőzetesen emelkedik az iskolai végzettség egyre alacsonyabb szintjein. A nőgyógyászati szűrések esetében a legfeljebb nyolc általánost végzettek kiugróan magas esélyhányadosai érdemelnek figyelmet – ez a társadalmi csoport különösen gyakran marad ki a szűrővizsgálatokból.

A nem, kor és iskolai végzettség hatásait kiszűrve úgy tűnik, hogy az anyagi helyzetnek csupán két esetben van jelentősebb szerepe a szűrővizsgálatokban való részvétel esélyeinek kialakulásában. A legszegényebbek, elsősorban a legszegényebb jövedelmi ötödhöz tartozók – de kisebb mértékben az alsó-középső jövedelmi ötödhöz tartozók is – igen nagy eséllyel nem jutnak el a koleszterinszint mérését célzó vizsgálatokra. Mindemellett jövedelmi különbségek mutatkoznak az influenza-védőoltások igénybevételében is (ez

egyébként elsősorban a nők jövedelmi helyzet szerint eltérő igénybevételéből adódik), amely az egyetlen a felsorolt vizsgálatok közül, amely Magyarországon nem térítésmentes.

Összességében megállapítható, hogy a vérnyomásmérés általában a lakosság által rendszeresen felkeresett háziorvosi rendelőkben, rutinszerűen történik, és elterjedtsége ennek megfelelően nagy. A “kimaradók” valószínűleg mintánk legfiatalabb korosztályaiból kerülnek ki. A vércukor- és koleszterinszintmérés, bár legtöbbször a háziorvos javaslatára történik, ritkán kivitelezhető csupán a háziorvosi rendszeren keresztül. Ezek a vizsgálatok leggyakrabban a mintavételi hely külön felkeresését igénylik (legalább két alkalommal), majd pedig – optimális esetben – a beküldő orvos újbóli felkeresését az eredmények megbeszélése céljából. A kockázati faktor esetleges fennállása meg inkább a folyamat utolsó lépésében tudatosulhat. Úgy tűnik, hogy ennek a folyamatnak a végigviteléhez nagyfokú tudatosság szükséges – erre utal az ilyen szűréseken való részvétel iskolai végzettség szerinti erőteljes mintázata.

Az influenza elleni védőoltások szintén az általános orvosi ellátásban vehetők igénybe, de a lakosság többsége számára térítés ellenében, amelynek hatása az igénybevétel jövedelem szerinti differenciáltságában jelenik meg.

A nőgyógyászati szűrővizsgálatok Magyarországon szakorvosi tevékenység körébe tartoznak és beutalót igényelnek. A beutalási-behívási rend az utóbbi évtizedek során többször változott, és meglehetősen áttekinthetetlenül vált. Az egészségügyi rendszerben való eligazodás nehézségei magyarázhatják a legalacsonyabb végzettségű nők különösen magas esélyét arra, hogy ezekhez a szűrővizsgálatokhoz ne jussanak hozzá.

Összességében tehát a szűrővizsgálat igénybevételének komplexitása valóban megjelenik az igénybevételi arányokban, illetve az igénybevétel társadalmi mintázatában, a há-

ziorvosi paxishoz leginkább kötődő preventív ellátásokat mutatva a legsikeresebbnek.

Az eredményeket más oldalról szemlélve az is feltehető, hogy a magyar lakosság valójában nagyobb arányban vett részt bizonyos szűrővizsgálatokon (elsősorban a koleszterin- és vércukorszintmérés esetében lehet ez így), mint ami a kérdőíves kikérdezés adataiban tükröződik. Amennyiben azonban a válaszadó nem tudta a szűrővizsgálat tényét felidézni, illetve nincs a szűrővizsgálat eredményeinek tudatában, akkor a szűrővizsgálat valójában nem hasznosult. A szív- és érrendszeri halálozásban mutatkozó erőteljes iskolai végzettség szerinti különbségeket, valamint a szív- és érrendszeri betegségek – mostani vizsgálatunkban is bemutatott – erőteljes iskolai végzettség szerinti mintázatának ténye azt sugallná, hogy hasonló mintázatnak kellene megjelenni a kockázati tényezőkben is. A magas vércukorszint és a magas koleszterinszint esetében azonban nem kaptunk ilyen mintázatot. Egybevetve ezeket az eredményeket a szűréseken való részvétel ellentétes mintázatával, arra a következtetésre kell jutnunk, hogy a szűrővizsgálatokból való kimaradás, illetve az olyan részvétel, amely nem hasznosul a tekintetben, hogy a szűrésen részt vett személy emlékezze a részvétel tényére,

illetve annak eredményére, jelentős szerepet játszhat a szív- és érrendszeri betegségekből adódó halálozás magas szintjének, illetve a halálozásban megmutatkozó éles társadalmi különbségeknek a fennmaradásában.

IRODALOM

- Idler, E L.–Benyamini, Y. (1997): Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 1997/1: 21–37.
- Link, B. G. (2008): Epidemiological Sociology and the Social Shaping of Population Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 2008/4: 367–384.
- Rust, G.–Satcher, D.–Fryer, G. E.–Levine, R. S.–Blumenthal, D. S. (2010): Triangulating on Success: Innovation, Public Health, Medical Care, and Cause-Specific US Mortality Rates Over a Half Century (1950–2000). *American Journal of Public Health*, 100. (Suppl 1): S95–104.
- Tokaji Kné (szerk.) (2011): *Európai lakossági egészség-felmérés – Magyarország, 2009; Összefoglaló eredmények*, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- Quesnel-Vallée, A. (2007): Self-rated health: Caught in the crossfire of the quest for true health? *International Journal of Epidemiology*, 36/6: 1161–1164.