

Lehmann Hedvig–Polonyi Gábor:

KÖRKÖRKÉP: LÁTENS ÉS
DIAGNOSZTIZÁLT BETEGSÉGEK

A TÁRKI Társadalompolitikai Tanulmányok:

- fontos közpolitikai témákat tűz napirendre
- tényyszerű, kiegyensúlyozott elemzéseket bocsát közre
- hidat kíván teremteni az akadémiai szféra, a döntéshozói kör, a kormányzati szektor és a versenyszféra között
- érdekes és hiánypótló szeretne lenni

A sorozat a TÁRKI kutatásaira támaszkodik, számai havi rendszerességgel jelennek meg.

A sorozatot szerkeszti: Tóth István György

A TÁRKI Társadalompolitikai Tanulmányok az Institute für die Wissenschaften vom Menschen (IWM) SOCO program támogatásával készül, mely programot az Osztrák Szövetségi Kormány Alapja a Közép- és Kelet-Európai Együttműködésért, valamint a Ford Alapítvány finanszírozza.

TÁRKI Társadalompolitikai Tanulmányok 9.

Budapest, 1998

ISSN 1418-0839

ISBN 963 7869 15 8

Felelős kiadó: Kolosi Tamás elnök-igazgató

Olvasószerkesztők: Csendes Lilla, Nagy Ildikó

Tördelő: Pallagi Ilona

© TÁRKI, 1998

Lehmann Hedvig–Polonyi Gábor:

**KÓRKÖRKÉP: LÁTENS ÉS
DIAGNOSZTIZÁLT BETEGSÉGEK**

Budapest, 1998. július

**Lehmann Hedvig, szociológus, Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem
Ph.D hallgatója. Kutatási területe: egészségsszociológia**

**Polonyi Gábor, szociológus, Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem Ph.D
hallgatója. Kutatási területe: egészségsszociológia**

**A szerzők a tanulmánnyal kapcsolatos bármilyen megjegyzést, kritikát szíve-
sen fogadnak: tarki@tarki.hu**

**A tanulmány első változata a TÁRKI által a Magyar Soros Alapítvány megren-
delésére végzett az „Egészségpolitikai és egészségügyi közgazdasági kutatá-
sok” program keretében készült.**

Tartalomjegyzék

Bevezetés	5
1. A morbiditási vizsgálatok módszerei	6
1.1. A ténylegesen betegek csoportjai (valid morbiditás).....	6
2. Ki a beteg?	8
3. Betegségállapot-mutató: ki mennyire beteg?	11
4. Mennyire beteg a magyar társadalom?	16
5. A betegségállapot szubjektív indikátorai	17
6. Betegségállapot-mutató a társadalmi-demográfiai tényezők függvényében	20
6.1. Az életkori hatás	22
6.2. A nemek hatása	26
6.3. Az iskolai végzettség hatása	28
6.4. A foglalkozási viszony hatása	31
6.5. A lakóhely (település, régió) hatása	35
6.6. Jövedelmi helyzet.....	39
7. Orvoshoz fordulás: látens és diagnosztizált kórok	41
Bibliográfia	48

Bevezetés

A 1990-es évek elején kezdődő és napjainkban is tartó gazdasági-társadalmi változások komoly hatással vannak a lakosság egészségi, mentális állapotára. Az életszínvonal csökkenése, a munkanélküliség megjelenése, a szociális-egészségügyi ellátórendszer gyökeres átalakulása, a piaci viszonyok térhódítása mind-mind szerepet játszanak ebben a folyamatban. A mortalitási statisztikák eredményei – nemzetközi viszonylatban is – már régóta riasztó képet festenek a népesség egészségi állapotáról, s különösen a férfiak esetében jeleznek e mutatók tartós romlást (1. táblázat). Bár egy hosszabb időtávot tekintve ezek az adatokból kirajzolódó trendvonal egyértelműen negatív, azonban úgy tűnik, hogy a 90-es évek eleji mélypont után – igaz egészen friss adatok még nem állnak rendelkezésre – az elmúlt években a helyzet mintha egy árnyalattal javult volna.

1. táblázat
Százeezer férfi és női lakosra jutó halálozások alakulása (fő)

	férfiak körében	nők körében	összesen
1970	1248,0	1082,4	1162,7
1980	1478,9	1242,6	1357,0
1985	1517,1	1263,9	1386,2
1990	1545,4	1275,9	1405,3
1994	1600,8	1275,9	1431,5
1995	1580,4	1276,2	1421,8

Forrás: Népjóléti Statisztikai Évkönyv 1995

Ugyan a *mortalitási* adatok részletes információkkal szolgálnak a halálozások kórtani okairól, a halálozások mögött meghúzódó társadalmi-demográfiai-területi összetevőkről, azonban a betegség-állapotnak egy végső stádiumára alapozva csak közvetett információkkal szolgálhatnak a lakosság aktuális egészségi állapotáról, s annak társadalmi-demográfiai meghatározottságáról. A betegség-állapot kialakulását (a tünetek és panaszok megjelenését), s általában a betegségállapot folyamatát – egyáltalán mennyien vagyunk betegek, az egyes betegség-típusok milyen előfordulási gyakorisággal jelentkeznek, az egyes beteg-csoportok milyen szocio-demográfiai összetételűek stb. – a *morbidity* adatok hivatottak jelezni. A folyamatos és megbízható mérések hiányában azonban ezek az adatok már hiányosabbak, hézagosabbak Magyarországon.

1. A morbiditási vizsgálatok módszerei

Akkor, amikor definiálni akarjuk, ki beteg és ki egészséges, számtalan fogalmi és módszertani problémába ütközünk, már csak azért is, mert annak függvényében, hogy a különböző típusú morbiditási vizsgálatok a betegcsoportok milyen szintjeit, mélységeit tudják elérni, különböző morbiditási adatokat kaphatunk. A ténylegesen betegek csoportján belül ugyanis egyrészt regisztrált betegekről, másrészt látens betegekről beszélhetünk.

1.1. A ténylegesen betegek csoportjai (valid morbiditás)

a.) Regisztrált betegek (regisztrált morbiditás)

Az egészségügyi ellátó-intézményrendszer által regisztrált betegek alkotják a tényleges betegek egy jelentős részét. A rájuk vonatkozó morbiditási adatok forrásául az egészségügyi statisztikák szolgálnak, amelyek betegcsoportonként, ellátási szintenként mutatják a betegforgalom nagyságát, szocio-demográfiai ismérvek hiányában összesített mutatókat képezve. (Ezek az adatok évről-évre jelzésszerűen mutatják a mozgásokat, a változások tehát időről-időre, folyamatosan követhetők.) Azonban ezek az értékek a morbiditás szintjének meghatározásakor csak egyfajta bázisértékként szolgálhatnak.

b.) Látens betegek (látens morbiditás)

Látens betegek egyrészt azok, akik általuk felismert és definiált panasszal, betegséggel rendelkeznek, azonban az egészségügyi ellátórendszerből valamilyen oknál fogva kívül maradnak.

Az egészségügyi statisztikák a betegforgalom alakulásának csak egy meghatározott szegmenséről adhatnak képet, hiszen csak azokat a betegeket tudják regisztrálni, akik valamilyen szinten igénybe veszik az egészségügyi ellátórendszert, azok viszont, akik panaszukkal nem vagy nem minden esetben fordulnak orvoshoz, már kívül maradnak. A látens morbiditás feltárásában a lakosság egészére kiterjedő különböző kérdőíves (orvosi) szociológiai felmérések segíthetnek, s ideális esetben ezek a vizsgálatok monitoring, panel-jelleggel rendszeresen ismétlődve hosszabb időtávban adhatnak képet az egészségi állapot alakulásáról, s annak társadalmi-demográfiai-biológiai-gazdasági-kulturális összefüggéseiről.

Látens betegek másrészt azok, akik rejtett, általuk fel nem ismert, nem definiált panasszal, betegséggel rendelkeznek.

A látens morbiditással foglalkozó vizsgálatok a látens morbiditás nagyságrendjének meghatározásakor közvetett és közvetlen indikátorok bevonása mellett elsősorban a panaszosok önbevallására építenek: a kérdezettek betegnek érzik-e magukat, van-e valamilyen panaszuk, szednek-e gyógyszert stb., tehát a látencia meghatározása a kérdezettekben keresztül a panaszok észlelése, a betegségek felismerése alapján történik. Ezek az indikátorok önmagukban azonban nem mindig működnek, hiszen lehetnek olyan tünetek, amelyek egy laikus számára valamilyen okból kifolyólag nem manifesztálódnak panaszként vagy betegséggé, miközben orvos-szakmai megítélés alapján annak minősülnének. Ezen „torzító” hatás minimalizására, illetve kiküszö-

bőlésére többfajta módszert szoktak alkalmazni, s ezek közül a leghatékonyabbnak – és sajnos egyben a legdrágábbnak is –, az a vizsgálati módszer tekinthető, amely a felmérésbe bevonja a kérdezetteket kezelő orvosokat, s amely a betegek és orvosaik kikérdezésén túl egy orvosi kontroll-vizsgálatot is magába foglal.

Mind az egészségügyi statisztikák, mind az országos reprezentatív mintán történő adatfelvételek – ha csak az adott vizsgálati módszer által elvileg elérhető betegforalomra koncentrálunk, az egészségügyi statisztikák esetében a regisztrált betegek-re, az empirikus adatfelvételek esetében pedig a regisztrált/látens betegek együttesére – (ön)diagnosztizálási, mérési stb. problémák miatt a betegek számát szükségszerűen valamivel alul vagy felül szokták becsülni. A regisztrált morbiditás szintjét – ha elfekintünk a látens morbiditás jelenségétől – a valóságos mutatókhoz képest például már önmagában felfelé mozdítja el az, ha az egészségügyi intézményrendszer különböző okokból kifolyólag – akár önhibáján kívül – betegként definiál panaszmentes lakosokat vagy fordítva, ha egy rejtőzködő kórt éppen nem képes kimutatni, az ellátást igénybe vevőt tévesen diagnosztizálja. A látens morbiditás mértékét pedig – mint említettük – alapvetően meghatározhatja a (potenciális) betegek betegség-felismerő, tünet-érzékelő képessége, annak hiánya (pl. az egészségügyi kulturáltság alacsonyabb szintjéből fakadóan) vagy éppen annak túlzott megléte (gondoljunk a „képzelt beteg” szindrómára). S természetesen az önbevallásból származó empirikus adatok megbízhatóságát alapvetően befolyásolják olyan lelki és érzelmi reakciók is, amelyek az interjú-szituációs helyzetből fakadnak (szégyenérzet, betegségek eltitkolása, bizonyos szerepelvárásoknak, mintáknak való megfelelés).

Különböző becslések vannak arra vonatkozóan, hogy a látens morbiditás egyes formái a regisztrált morbiditáshoz képest mennyiben növelhetik a ténylegesen betegek számát összességében, illetve egy-egy konkrét betegségcsoportra vonatkozóan.¹ Mindenképpen jelentős hányadot képviselnek a látens betegek, azonban általánosságban nehéz egy olyan értéket meghatározni, amelyet mechanikusan rá lehetne vetíteni a teljes népességre. Hiszen a regisztrált és látens betegek (betegségek) aránya nagyban változhat annak függvényében, hogy a lakosság egészségügyi kulturáltsága, tájékozottsága, betegfelismerő-képessége, érzékenysége éppen milyen mértékű, az orvoshoz fordulás gyakorisága, a szűrővizsgálatokon való részvétel stb.

¹ Egy, a 70-es évek végén, Zala megyében készült komplex morbiditási vizsgálat adatai szerint a betegek körülbelül egyharmada tekinthető olyan betegnek, aki panaszával nincs tisztában, vagy valamilyen oknál fogva arról nem beszél, s betegségéről a kutatók az orvosok közreműködésével szereztek tudomást. Ez az érték a teljes megyei lakosságra vetítve 23,4%-ot jelentett. Hasonló látenciát mutat a szintén akkoriban felvett Komplex Országos Morbiditási Vizsgálat (KOMOV) is (Losonczi). (Mindez számításaink szerint azt jelenti, hogy a regisztrált betegekhez képest – a regisztrált betegeket 100%-nak véve – a látencia átlagosan körülbelül 40-50%-os lehet, s ezen belül jelentkezik az általunk már említett kétfajta látens-beteg típus: (a) aki tisztában van panaszával, de nem megy el orvoshoz, (b) aki nem érzi magát panaszosnak, betegnek, pedig az.) Az adatok egyébként azt mutatják, hogy a látencia az egyes betegségcsoportokban nagyon különböző értéket vehet fel, tehát a laikusok számára a betegségek észlelése, felismerhetősége (kibeszélhetősége) erőteljesen betegség-függő. A Zala megyei kutatás adatai szerint például az emésztőszervi betegségek esetében az orvosi kontroll csak kisebb mértékben módosítja a prevalencia értékeket, a légúti megbetegedések esetében viszont már annál nagyobb mértékben. Hogy a légzőszervi megbetegedések esetében nagymértékű látenciával kell kalkulálni, azt más adatok is alátámasztják. Az asztmás betegek esetében például a regisztrált prevalencia és a valós prevalencia közti különbséget 50-100%-ra becsülik a szakemberek. A COPD-s betegek esetében pedig az eltérés közel 600%-os is lehet. Magyarországon a tüdőgondozó hálózat 1995-ben ugyanis 37.600 ilyen beteget regisztrált, miközben a valós prevalenciát 200.000-re becsülik (Magyar, 1996).

hogyan alakul, s ebből következően az egészségi ellátórendszer aktuálisan milyen mértékben tudja elérni, s kezelni a ténylegesen betegeket.

A vizsgálati módszerek, s az abban rejlő jellegzetességek részletesebb bemutatását azért érezzük fontosnak, mert érzékeltetni akarjuk, hogy a jelen tanulmány alapjául szolgáló szociológiai jellegű vizsgálatból² származó adatok – vajon mennyien vagyunk betegek és mennyire – milyen értelmezési keretben (elfogadhatósági tartományon belül) interpretálhatók. A tanulmány alapjául szolgáló felmérés ugyanis egy olyan kérdőíves technikára épülő empirikus vizsgálat, amely a regisztrált betegek mellett elsősorban azokat a látens betegeket tudja megfigyelési körébe vonni, akik magukat betegnek (panaszosnak) tartják. Természetesen a kérdések egyszerű, laikusok számára könnyen kódolható megfogalmazásával, az egészségi állapot különböző indikátorainak bevonásával minél jobban szűkíteni lehet a vizsgálatban rejlő hibalehetőségeket – s így minél több látens beteget lehet elérni –, mindez azonban természetesen nem helyettesítheti a mintaállomány tagjainak orvosi kontrollálását, részletes egészségügyi kivizsgálását.

2. Ki a beteg?

A morbiditási vizsgálatokban nemcsak a felmérésekben rejlő technikai problémák nehezíthetik a ténylegesen betegek csoportjának meghatározását, hanem a betegfogalom definiálásának operacionalizálási problémái is: ki tekinthető betegnek, mi alapján lehet eldönteni, hogy a betegség mennyire súlyos. Hol lehet meghúzni a határvonalat egy egészséges és egy beteg ember között, egyáltalán lehet-e egészséges emberről beszélni (mint ahogy a közkeletű vélekedés tartja: „egészséges ember nincs, csak kivizsgálatlan”)? Nagyon nehéz egyértelműen meghatározni a betegségállapot különböző stádiumait is: mikor beszélhetünk olyan tünetekről, amelyek még nem kapcsolódnak egy komolyabb panaszhoz, betegséghez, s melyek azok, amelyek már egy tartósabb betegállapotot jeleznek. Az elhatárolás – különösen egy kérdőíves, önbevallásra építő vizsgálat esetében – számos problémát vet fel. Éppen ezért az ilyen típusú vizsgálatokban a betegállapot felmérését gyakran közvetett, objektív indikátorokkal helyettesítik, amelyek ugyan nagyobb megbízhatósággal működnek, azonban a nagyobb megbízhatósági küszöb jelentős információvesztéssel is együttjárhat. Ilyen fajta mutató lehet például az, hogy a lakosság mekkora hányada szed – receptre vagy recept nélkül – rendszeresen gyógyszert, a kérdezettek milyen gyakran veszik igénybe a különböző egészségügyi intézmények szolgáltatásait. Ezek nagyon fontos indikátorok, azonban nem minden esetben kapcsolódnak össze valós, állandó panasszal, betegséggel, magáról a betegségállapotról gyakran csak közvetett információkat adnak meg, hiszen a gyógyszerfogyasztás egy egyszerűbb megfázással is együttjárhat, a mutatók tehát érzéketlenek az „átlagos”, átmeneti megbetegedésekre, amelyek az embert lényegében egész életében, a születéstől a halálig, elkísérik (megfázás, influenza stb.). A felmérés során például olyan tünetekről (panaszokról), amelyek egyszerre lehetnek egy súlyosabb és egy enyhébb, akut, néhány nap alatt lefutó betegség indikátorai, a megkérdezettek 85,2%-a tett említést (2. táblázat). Rendszeres jelleggel egyébként ilyen tünetek/panaszok a 14 éves, illetve annál idősebb populáció tagjainak 21,7%-ánál jelentkeztek az elmúlt esztendőben, ami

² A személyes megkérdezésen alapuló felmérésre 1997. november 17-e és december 18-a között került sor. (A vizsgálat a Soros Alapítvány támogatásával készült.) A minta - a súlyozás eredményeképpen - nem, életkor és település szerint a 14 évnél idősebb felnőtt lakosságot reprezentálja.

figyelembe véve a tünetek jellegét (állandó fájdalom, láz, rendszeresen jelentkező köhögési rohamok stb.), egyértelműen komolyabb betegségekre utalhatnak.

2. táblázat
Tünetfajták előfordulása a megkérdezettek körében, 1997
(a megkérdezettek százalékában, N=4038)

Milyen gyakran fordult elő Önnel, hogy.....	rendsze- sen	alkalman- ként	(szinte) soha	összesen
fájdalmi voltak	13,9	37,4	48,7	100
megszédült, szédült	8,1	30,3	61,7	100
köhögési rohamai voltak	5,9	24,6	69,5	100
megfázott	2,5	60,9	36,6	100
elrontotta a gyomrát	1,7	23	75,3	100
belázasodott	0,9	30,8	68,2	100
összesen, képzett mutató	21,7	63,5	14,8	100

Tekintettel a mérési nehézségekre, a betegségállapot-mutató képzése során nem elsősorban azt próbáltuk meghatározni ki tekinthető vajon egészségesnek, hanem azt, hogy ki a beteg. Betegség alatt olyan funkcionális zavart értve, amelyet a kérdezettek érzékelnek, lereagálnak s összekapcsolnak, specifikálnak valamilyen testrészüket, szervük működésével (éreznek-e a szívükkel, tüdejükkel, látásukkal stb. kapcsolatos panaszt, betegséget). A felmérés nem konkrét betegségekre kérdezett rá (szívinfarktus, asztma, szürke hályog stb.), ami azért kedvező, mert azok értelmezése a laikusok számára gyakran problematikus lehet. Emellett szól az az érv is, hogy a felmérés egyik nem titkolt célja, hogy valamilyen szinten elérje a látens betegeket is, a „hivatalos”, szakszerű megfogalmazások pedig inkább a regisztrált betegek számára jelentenek egyértelmű azonosítási pontokat. Hátránya viszont a módszernek, hogy az általánosabb, „szervspecifikus” megfogalmazás következtében nem konkrét betegségtípusokról – magas vérnyomás, daganatos betegségek, cukorbetegség stb. – rendelkezünk adatokkal, igaz, ezek a konkrét betegségek – egy-egy népbetegséget leszámítva – várhatóan csak kis elemszámban kerültek volna be a mintába, így nem is igazán nyílt volna mód statisztikai elemzésükre.

A vizsgált tíz betegségcsoport közül leggyakrabban a mozgásszervi panaszokat, betegségeket említették meg a kérdezettek (3. táblázat). A 14 éves, illetve annál idősebb lakosok 33,1%-a említett ilyen jellegű panaszt, betegséget (ízületi problémák, gerinc-, derék-, hátpanaszok). Ugyancsak nagyon hangsúlyosan jelentkeznek a szívvel, vérkeringéssel kapcsolatos problémák, panaszok, erről 26,8%-nyian beszéltek. E két betegségcsoport kiemelkedését mutatja, hogy az összes panasz/betegség majdnem fele e két betegségcsoportba sorolódik. Viszonylag magas az érzékszervi problémákkal küszködők aránya is, látással, hallással kapcsolatos funkcionális zavarokról 18,9%-nyian tettek említést. A kérdezettek 16,6%-a jelezte, hogy idegrendszeri problémái – idegeskedéssel, alvászavarral stb. kapcsolatos panaszai, betegségei – vannak/voltak, s lényegében ugyanilyen nagyságrendben fordulnak elő emésztőszervi (gyomor, máj, epe stb.) panaszok, betegségek a vizsgált körben (16,4%). Még egy betegségcsoportról érdemes külön szólni: a légzőszervi megbetegedésekről. A megkérdezettek 9,4%-a nyilatkozott olyan értelmében, hogy tavaly volt ilyen jellegű

panasza, betegsége. (A további vizsgált betegcsoportok előfordulási gyakorisága ennél kisebb, 4-6% között mozog.)

3. táblázat

*Az egyes betegcsoportok előfordulási gyakorisága (prevalenciája) a 14 éves, illetve annál idősebb népesség körében
(Ebben az évben volt-e Önnek, vagy van-e jelenleg is ilyen jellegű panasza?)
(%-os arányok)*

	előfordulási gyakoriság (100%=a megkérdezettek, N=4038)	a betegségek belső összetétele (100%=betegségek, N=5733)
mozgásszervi panaszok (izületi-, gerinc-, derék-, hátpanaszok, betegségek)	33,1	23,3
szívvel, vérkeringéssel, nyirokrendszerrel kapcsolatos panaszok, betegségek	26,8	18,8
látással, hallással kapcsolatos panaszok, betegségek	18,9	13,3
idegrendszeri problémákkal, idegességgel, alvászavarral kapcsolatos panaszok, betegségek	16,6	11,7
emésztéssel, gyomorral, májjal, epével kapcsolatos panaszok, betegségek	16,4	11,5
a légzéssel, tüdővel kapcsolatos panaszok, betegségek	9,4	6,6
a vese működésével kapcsolatos panaszok, betegségek	5,8	4,1
nőgyógyászati/prosztata panaszok, betegségek	5,7	4,0
bőrelváltozások, bőrküütések, bőrbetegségek	5,4	3,8
egyéb panasz, betegség	4,1	2,9
összesen, legalább egy panasszal/betegséggel rendelkezik	59,9	100,0

Összességében, ha az általunk elérhető tényleges (regisztrált és látens) betegek (panaszosok) arányát próbáljuk meghatározni a 14 éves, illetve annál idősebb populációban, akkor a lakosság 59,9%-ról lehet azt elmondani, hogy a tavalyi esztendőben volt valamilyen betegségállapotról közvetlenül vagy közvetve utaló panasza, betegsége. (Olyan panasza, betegsége, amely nem a szokványos, heveny betegségekhez kapcsolódik, s amely egyértelműen valamilyen testi, szervi funkcionális zavart jelez.)³

³ Az így kapott betegváltozót egy sor változóval kontrolláltuk, s az eredmények azt mutatják, hogy a felmérésben szereplő objektív indikátorok (a kért szed-e rendszeresen gyógyszert, állt-e kórházi ápolás alatt, van-e valamilyen betegségre utaló állandósuló panasza – pl. rendszeres köhögési rohamok, állandó hőemelkedés – van-e valamilyen fogyatékosága stb.) szerint a betegmutatónk jól működik, hiszen a teljes vizsgált körre vetítve, az esetek 1-2%-ában érzékelünk eltéréseket. Mindez azt mutatja, hogy a felmérés által befogható beteg (panaszos) arány maximum pontja 60-65% közé tehető.

3. Betegségállapot-mutató: ki mennyire beteg?

Értelemszerűen nemcsak a beteg/nem beteg relációban jelent problémát az egyértelmű differenciáló tényezők kijelölése, hanem a betegeken belül is: kit tekinthetünk súlyosabb betegnek, kit kevésbé. Egy betegségállapot-mutató lényegében a betegség természete, tartóssága, következményeinek feltételezett súlyossága alapján próbálja a beteg-társadalmat differenciálni. Többfajta empirikusan használható betegségállapot-mutató létezik. A 70-es évek végén, a 80-as évek elején Magyarországon készült komplex morbiditási elemzések igen árnyalt, s tagolt betegségállapot-mutatókat tartalmaznak. A Komplex Országos Morbiditási Vizsgálat például – az orvosi kivizsgálások alapján – két szempont alapján rendezte csoportba a kérdezetteket: egyrészt kezelési szükségletük szerint, másrészt a betegségük következtében kialakult állapotuk, életvitelük alapján⁴

E mutatók képzésében nagy segítséget jelentett az orvosi háttér, az egészségügyi kontroll-vizsgálatok igénybevétele. Ennek hiányában az empirikus vizsgálatok részben könnyebben operacionalizálható technikákat kényyszerűnek alkalmazni. Így gyakran indikátornak vonják be azt, hogy

- az adott betegség igényel-e gyógyszeres terápiát, vagy sem;
- milyen gyakran kell a betegnek vele orvoshoz fordulni (illetve milyen gyakran fordult vele orvoshoz a panaszos);
- a panasz igényel/igényelt-e kórházi kezelést, műtétet.

Mind egyik indikátornak fontos differenciáló szerepe lehet, azonban önmagában egyik tényező sem tudja pontosan megjeleníteni a betegállapot súlyosságát. A gyógyszer-szedés például a betegek körében általánosan megfigyelhető jelenség. A betegek/panaszosok 80,9%-a szed alkalmanként vagy rendszeresen valamilyen fájdalomcsillapítót, nyugtatót, s egyéb recept nélkül is kapható gyógyszert, s konkrét betegségükkel kapcsolatban pedig 72,4%-nyian szednek/szedtek gyógyszert. A gyógyszer-szedés hiánya önmagában nem mindig jár együtt a betegség enyhébb fokával, hiszen a gyógyszer-szedés bizonyos betegségecsoportokra a betegség természeténél fogva kevésbé jellemző (pl. érzékszervi betegségek), ennek ellenére lehet, hogy sokkal súlyosabb betegségről van szó, mint egy hagyományosan gyógyszeresen kezelt betegség esetében.

⁴ A KOMOV a kezelési szükséglet szerint a következő kategóriákat különbözteti meg:

- nincs idült betegsége, kóros állapota
 - van, de rendszeres, tartós kezelésre nem szorul
 - elváltatása, betegsége néhány kezeléssel korrigálható
 - rendszeres, tartós kezelésre szorul, de ritkábban mint havonta
 - rendszeres, tartós kezelésre szorul, havonta legalább egyszer, életvitel, életmód szerint pedig a következőket:
 - életmódjában nem korlátozott
 - életmódjában időnként kis mértékben korlátozott
 - tartósan keresőképtelen vagy rokkant, de önellátásra alkalmas
 - betegsége miatt rendszeres otthoni felügyeletre, ápolásra szorul
 - állapota tartós intézeti elhelyezést tenne szükségessé. (KOMOV, 1983)
- A már idézett Zala megyei kutatás pedig az egészségesek és a panaszosok mellett a
- visszatérő betegséggel élőket,
 - krónikus betegeket, és
 - a tartós betegállapotban élőket különbözteti meg. (Losonczi, 1997)

Az orvoshoz fordulás szerinti differenciálás is fontos szempont lehet, s ezen belül is leginkább az, hogy a betegség kapcsán a panaszosnak milyen szintű ellátást kell igénybe vennie. Az ellátási szintek egymásra épülése, és azok fokozatos igénybevétele szemléletesen mutathatja egy betegségállapot különböző – súlyossági – stádiumait. (Az adatok azt mutatják, hogy az egyes betegségeikkel, panaszukkal kapcsolatban tavaly a megkérdezettek 69,4%-a járt orvosnál, kórházi ellátásban pedig – adott betegsége kapcsán – 17,1%-nyian részesültek.) A betegségállapot intézményrendszer-központú meghatározása során viszont azzal a feltételezéssel kellene élnünk, hogy a rendszer teljesen funkcionálisan működik, a magasabb szintű ellátások igénybevételét valóban a betegségállapot súlyossága határozza meg, s nem egyéb szempontok (területi elérhetőség, fizetőképesség stb.) Természetesen ezt csak egy ideálisan működő rendszer esetében lehetne elképzelni. Nem beszélve arról, hogy itt azzal a további feltételezéssel kellene élnünk, hogy az ellátórendszer megfigyelési körén kívül maradó (látens) betegkör betegsége enyhébb, kevésbé súlyos, mint az oda bekerülteké. (Ez pedig nincs így, a betegségállapot súlyossága önmagában nem magyarázza az egészségügyi intézményrendszer igénybevételét, abban egyéni szocio-kulturális tényezők is nagy mértékben szerepet játszanak, s más, az egészségügy működésében rejlő tényezők is.)

Természetesen a betegek csoportosítása óhatatlanul is magába foglal bizonyos szubjektív elemeket, hiszen sok esetben nagyon nehéz összemérni két betegséget, betegállapotot: melyik lehet a súlyosabb. S nehezíti az összevetést az is, hogy valamennyire figyelembe kellene venni azt, hogy az adott betegségállapotot ki hogyan éli meg. Egy adott betegség kapcsán más és más lehet a betegek tűrőképessége, ellenállóképessége, s az is, hogy mentálisan, pszichésen hogyan tudják feldolgozni a megbetegedés tényét.

Éppen ezért a betegségállapot-mutató kidolgozásakor – részben építve a már idézett vizsgálatok tapasztalataira – két dimenziót próbáltunk bevonni. Csoportosítási elveink között szerepeltettünk egy objektív (inkább kvantitatív) jellegű indikátort – igaz, abban az értelemben ez az indikátor is szubjektív, hogy a kérdezettek válaszára, értékelésére alapoz – az idő dimenzióját, másrészt egy szubjektívabb (inkább kvalitatívabb jellegű) tényezőt. Azt, vajon az egészségi állapot mennyiben korlátozza az érintettek élettevékenységét, alapvető mozgási, cselekvési körét, panaszuk, betegségük mennyiben hat negatív értelemben rájuk.

a) Az idő dimenziója

A panaszokkal, betegségekkel kapcsolatban kétfajta idődimenzió áll rendelkezésre. Egyrészt az az időpont, hogy mióta van meg az adott panasz, betegség, mikor jelentkezik az első tünet, másrészt az az időmennyiség, hogy az adott panasz, betegség az év hány hónapjában okoz a kérdezett számára problémát. Ha a betegségek súlyosságát időben próbáljuk értelmezni, akkor a betegállapot-mutató képzése során érdemesebb inkább ezen utóbbi szempontra helyezni a hangsúlyt, hiszen egy több éve meglévő panasz/betegség nem biztos, hogy aktuálisan problémát is okoz a kérdezettnek. (A határvonalat hat hónapnál húztuk meg, ugyanis a betegségek időbeli eloszlása ezen a ponton mutat jelentősebb „szakadást”, 1. ábra)⁵. E szerint a betegeket/panaszosokat két csoportba soroltuk:

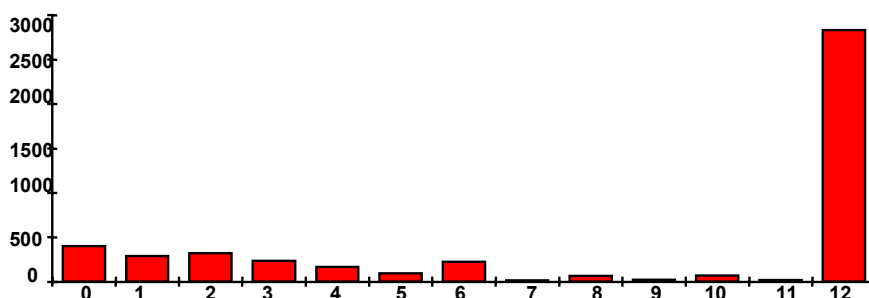
⁵ A panaszok, betegségek kapcsán gyakran használják a 3 hónapos, vagy annál tartósabb betegségek terminológiáját. Ugyan mi nem ezt tekintettük fő elválasztási szempontnak, ez azon-

1. Rövidebb ideig tartó, illetve a vizsgálat évében megszűnt betegségekkel, panaszokkal rendelkezők

Ebbe a csoportba kerültek azok, akiknek panasza, betegsége csak az év (1997) kisebbik részében okoz (okozott) problémát. Egy részüknél a panaszok lényegében csak nemrég jelentkeztek, azonban a túlnyomó többség olyan panasszal, betegséggel rendelkezik, amely több éves múltra tekinthet vissza. Ez utóbbiak betegsége tehát – úgy tűnik – időről-időre visszatér, problémát okoz, azonban nem tartós jelleggel. Ugyancsak ebbe a csoportba kerültek azok, akiknek – a kérdéses időpontjában – nem volt semmiféle panaszuk, betegségük, azonban az év során egy meghatározott ideig panaszosok, betegek voltak.

1. ábra

Az adott panasz, betegség egy évben hány hónapot okoz problémát (esetszám, N=sz összes panasz/betegség, 5177)



2. Hosszabb ideig tartó és jelenleg is meglévő betegségekkel, panaszokkal rendelkezők

Külön csoportot alkotnak azok, akiknek panasza, betegsége állandóbb jelleggel van jelen, akiknek az év nagy részében (általában az egész évben) ez problémát jelent. E csoport tagjai tehát már olyan betegséggel rendelkeznek, amely egy krónikus, tartós betegállapottal jellemezhető leginkább.

A tartósabb betegállapotban lévők körében is leggyakrabban mozgásszervi, illetve szív- és érrendszeri panaszok jelentkeznek (20,4%, illetve 17,2%), valamint az érzékszervek működésével kapcsolatos problémák (12,8%). E három betegségcsoport esetében figyelhető meg egyébként az is, hogy a panaszok – más betegségcsoportokhoz képest – gyakrabban vezetnek tartós betegállapothoz (4. táblázat). Ha tehát ezek a panaszok megjelentek, betegséggé „fejlődtek”, akkor az már állandó és örök problémaforrást jelent a beteg számára, ami rendszeres odafigyelést, törődést követel meg tőlük. Kevésbé lehet ezt az összefüggést megfigyelni idegrendszeri, emész-

ban a különböző panasz/betegségcsoportok számosságában csak 1-2%-os különbséget jelent.

tési vagy légzőszervi betegségek esetében, ami arra utal, hogy ezek a betegségek időszakosabban jelentkeznek problémaként. S még inkább akut, s rövidebb ideig tartó betegségeként jelentkeznek a vesebetegségek vagy a bőrbetegségek esetében.

4. táblázat
Az egyes betegségcsoportok megoszlása az idő dimenziója mentén, tartósságuk „súlyosságuk” szerint (%-os arányok)

	N	A panasz betegség előfordulási gyakorisága		Az „enyhébb” és „súlyosabb” panaszok, betegségek belső aránya		
		„enyhébb”	„súlyosabb”	„enyhébb”	„súlyosabb”	összesen
mozgásszerv (ízület, gerinc, derék, hát)	1335	12,6	20,4	38,2	61,8	100
szív, vérkeringés, nyirokrendszer	1080	9,6	17,2	37,7	64,3	100
látás, hallás	764	6,1	12,8	34,2	67,8	100
idegrendszer	669	7,8	8,8	47,1	52,9	100
emésztés, gyomor, máj, epe	662	8,5	7,9	51,9	48,1	100
légzés, tüdő	378	4,8	4,5	51,6	48,4	100
vese	234	3,8	2,0	65,3	34,7	100
nőgyógyászat/prosztata	228	4,4	1,3	77,4	22,6	100
bőr	219	3,5	1,9	64,0	36,0	100
egyéb	164	1,9	2,2	46,0	54,0	100
összesen, legalább egy esetben, képzett mutató (100%=beteg)	4038	18,3	41,5	30,6	69,4	100

Az adatok összesítése azt mutatja – ha a betegségek súlyosságát időbeni tartósságuk, problémaforrásként való jelentkezésük alapján próbáljuk csoportosítani –, hogy a 14 éves, illetve annál idősebb lakosság tagjainak 18,3%-a rendelkezik/rendelkezett csak „enyhébb” panasszal, ennyien mondják azt, hogy panaszuk, betegségük általában csak egy-két hónap erejéig okoz/okozott problémát nekik. A betegek nagyobbik része tehát „súlyosabb” problémával (is) rendelkezik, legalábbis van olyan panaszuk, betegségük (is), amely időben tartósabb hatású, s általában egész évben problémaként jelentkezik (41,5%).

b) Az életvitelben való korlátozottság (Tevékenységhatárkorlátozottság)

Egy panasz/betegség súlyosságát nemcsak azzal lehet mérni milyen hosszan jelentkezik problémaként, hanem azzal is, hogy hogyan hat az egyénre, mennyiben jelent számára problémát, mennyiben korlátozza életvezetésében, életkörülményeiben. Ezen korlátozó tényezők nagyon sokféle formában jelentkezhetnek, de még az egyik legenyhébbnek tűnő esetben is – például, hogy a betegnek változtatnia kell táplálkozási szokásain – komoly erőfeszítéseket követelhet meg a betegől, hogy ezzel a korlátozó tényezővel együtt tudjon élni. Nem beszélve az életvitelben való korlátozottság legsúlyosabb formájáról, az önellátásra való teljes képtelenségről. Tekintettel arra, hogy a korlátozó tényezők jelenléte, működése nagyon erőteljesen differenciálja

az időben tartósabb betegséggel/panasszal rendelkezők csoportját, e csoporton belül egyrészt megkülönböztetjük az időben tartósabb betegeket (panaszosokat), akik életvitelükben, életvezetésükben, életmódjukban betegállapotukból következően nagyon korlátozottak, másrészt azokat, akik – bár tartósabb betegséggel, panasszal rendelkeznek – mindez életvitelükben egyáltalán nem vagy csak nagyon kis mértékben befolyásolja őket.⁶

Akik időben tartósabb panasszal, betegséggel rendelkeznek (az év nagy részében ez problémát okoz nekik) és mindez tartós élettevékenység-korlátozottsággal is együtt jár, azok legfőbb nehézségként testük fokozatos elhasználódását, a fizikai leépülést élik meg (5. táblázat). 42%-uk beszél arról, hogy egészségi állapotuk nagyban korlátozza fizikai teherbírásukat, 31%-uk tesz említést munkavégzőképességük nagyfokú csökkenéséről, s 20,7%-nyian érzik azt, hogy a mindennapos házimunkában, házkörüli tevékenységek ellátásában korlátozottak nagymértékben. (E súlyosabb betegállapotban lévő betegek 6,1%-ról lehet azt elmondani, hogy az önellátásban (öltözködés, mosdás, bevásárlás stb.) teljes mértékben korlátozottak.)

⁶ Ugyanezt a differenciálást az „enyhébb” betegek körében is alkalmazhattuk volna, de mivel ezen panaszok/betegségek egy része még csak nemrégiben kezdődött, nem tudhatjuk, hogy a jövőben miképpen fog alakulni, s mindez az élettevékenység-korlátozottságra hosszabb távon milyen hatást fog gyakorolni. (E csoport nagysága egyébként, a teljes vizsgált körre vetítve 3,1%-ot jelent.)

5. táblázat
A életvitelben való korlátozottság dimenziója

Az egészségi állapota mennyiben korlátozza Önt?	Százalékos megoszlás az összes megkérdezett körében (N=4038)				A „nagyon” választ adók %-os aránya		
	nagyon	kicsit	egyáltalán nem	összesen	a „nem betegek” (N=1620)	az „enyhén betegek” (N=740) körében	a „súlyosan betegek” (N=1677)
fizikai teherbírá- sában	20,2	19,1	60,7	100	1,5	11,9	42,0
a pénzkeresés- ben, a rendszeres munkavégzésben azt egyen, amit szeretne	14,6	10,0	75,4	100	1,2	9,2	31,0
a mindennapos házimunkában, házkörüli tevé- kenységek ellá- tásában	10,7	16,5	72,8	100	1,0	8,0	21,3
a szórakozás- ban, kikapcsoló- dásban	9,6	16,1	74,3	100	0,9	3,3	20,7
az emberi, baráti kapcsolatai fenntartásában	6,5	8,9	84,6	100	0,5	2,7	14,1
önállóságában, önellátásában (öltözés, mosdás, bevásárlás stb.)	4,0	7,4	88,7	100	0,2	1,4	8,8
összesen, kép- zett mutató	2,8	6,6	90,6	100	0,2	0,9	6,1
	25,0	20,5	54,5	100	2,5	18,3	49,8

4. Mennyire beteg a magyar társadalom?

Betegségállapot-mutatónk a vizsgált népet – betegségük súlyossága alapján – négy csoportba sorolja:

- „nem beteg” (40,1%);
- „enyhébb” beteg – rövidebb ideig problémát okozó betegséggel (18,3%);
- „súlyosabb” beteg – hosszabb ideig problémát okozó betegséggel (20,9%);
- „súlyosabb” beteg, „korlátozott” életfeltételekkel – hosszabb ideig problémát okozó betegséggel, ami nagyfokú tevékenység korlátozottsággal jár együtt (20,7%).

A 14 éves, illetve annál idősebb populáció tagjainak tehát 59,9%-ról lehet elmondani azt, hogy a tavalyi esztendőben volt valamilyen „szervspecifikus” betegség-állapotra közvetlenül vagy közvetve utaló panasz, betegsége, s 41,5%-ukról az, hogy „súlyosabban” betegek, tehát rendelkeznek olyan panasszal, betegséggel (is), amely az év nagy részében számukra problémát jelent (az év nagy részében fennáll). E tartósabb

betegállapot pedig a lakosság 20,7%-ánál okoz az életmódban, életvitelben nagyfokú korlátozottságot.

Nehéz ezeket az adatokat korábbi vizsgálatok eredményeivel összevetni, s elsősorban azért, mert a morbiditási vizsgálatok – már csak az adott vizsgálati módszerekben rejlő jellegzetességek miatt – nagyon különböző módszertani megközelítéseket tartalmaznak. Eleve nehéz az adatokat olyan vizsgálatok eredményeivel összevetni, amelyek a kérdőíves felmérést orvosi kontroll-vizsgálatokkal egészítik ki, s így a látens betegeket nagyobb arányban képesek elérni. Ugyancsak nehéz összevetni az adatokat a hagyományos kérdőíves vizsgálatok eredményeivel, az eltérő kérdezési technikák, s a különbözőképpen alkalmazott betegfogalmak, betegségállapot-mutatók miatt.⁷ (Éppen ezért volna fontos, hogy a jövőben morbiditási vizsgálatok rendszeres jelleggel készüljenek, s azonos módszerrel, esetleg orvosi kontroll-vizsgálatok biztosításával.)

Nemcsak az a probléma, hogy Magyarországon nincsenek ilyen jellegű – azonos metodológiai alapokon álló – adatbázisok, amelyek időről-időre jelezni tudnák, hogy milyen a népesség egészségi állapota, abban milyen változások történtek, hanem az is, hogy a rendelkezésre álló adatbázisok mindig csak egy adott, konkrét időpontban regisztrálható állapot leírására tudnak kísérletet tenni –, illetve retrospektív kérdések megfogalmazásával, a múltban lezajlott eseményekre is utalni tudnak – s kevésbé tudják követni az egészségi állapot változásainak finomabb összefüggéseit: vajon a betegségállapotot meghatározó szociológiai, gazdasági, életmódbeli stb. tényezőkben aktuálisan bekövetkező változások miképpen hatnak az egészségi állapotra. (Ebben inkább a követéses jellegű vizsgálatok tudnának segítséget nyújtani. Retrospektív módon ugyanis, múltbeli információkat gyakran nagyon nehéz begyűjteni.)

5. A betegségállapot szubjektív indikátorai

Az egészségi állapotot bemutató indikátorok egy fontos csoportját jelentik a szubjektív, önértékelésen alapuló indikátorok. Többféle, általánosan elfogadott szubjektív mutató létezik, ezek közül az elemzésünk során most kettővel foglalkozunk:

- egyrészt, hogy a kérdezett mit mondana, az egészségi állapota: kiegyensúlyozottan jó; változó, de inkább jónak mondható; változó, nem kielégítő; egészségi állapota inkább rossz;
- másrészt, hogy a kérdezett mennyire tartja magát egészségesnek: egészségesebb, mint a hozzá hasonló korúak; olyan egészséges, mint a hasonló korúak általában; rosszabb az egészségi állapota, mint a hasonló korúaké.

Az egyik mutató tehát az egészségi állapot abszolút módon való minősítésére helyezi a hangsúlyt, arra, hogy a kérdezett arról mondjon véleményt, hogy összességében mennyire tartja jónak vagy rossznak az általános egészségi állapotát, míg a másik egy viszonyítási keretet nyújt a kérdezettnek az egészségi állapota megítéléséhez, s egy relatív helyzetet próbál felmérni, ahol az összehasonlítási pontot az azonos kor-

⁷ Véleményünk szerint például a TÁRKI felmérése a KSH 1986-os nagyszabású ELAR vizsgálatával összevetve – a kérdezési technikának köszönhetően – valamivel szigorúbban húzta meg a határvonalat a „betegek” és a „nem betegek” között, viszont enyhébben – a látens betegek minél szélesebb körének elérése céljából – az „enyhébb” és a „súlyosabb”/„tartósabb” betegséggel rendelkezők között.

osztályba tartozók jelentik. Mindkét indikátor hordoz magában – mind a kérdezett, mind pedig az elemző számára – bizonyos nehézségeket. Az „abszolút” mutató esetében vajon hogyan értelmezi a kérdezett a „jó” és a „rossz” egészségi állapot kategóriáját, vajon nem valamilyen viszonyítási csoporthoz, vagy esetleg saját betegsége egy adott stádiumához méri-e a jelenlegi állapotát? A „relatív” mutató esetében alapvetően az merül fel problémaként, hogy van-e, lehet-e olyan ismerete a kérdezettnek a korosztálya egészségi állapotáról, hogy megbízhatóan tudjon válaszolni erre a kérdésre, tényleg a hasonló korúak jelentik-e a viszonyítási mezőt, vagy pedig tágabban – esetleg szűkebben – húzható csak meg ez a kör.⁸

Az egészségről való önértékelés, mint szubjektív egészségmutató alkalmazása tehát számos problémát vet fel, ennek hátrányai azonban nem feltétlenül nagyobbak, mint az objektív indikátorok használatakor jelentkező problémák. Sőt, nemzetközi vizsgálatok szerint bizonyos esetekben az önbeszámolón alapuló mutató szenzitívebb és megbízhatóbb „mérőeszköznek” mutatkozik, mint például az orvosi értékelés (Tahin, Jeges, Csanaky, 1993). Összességében azonban azt mondhatjuk – s ezt számos kutatási eredmény is alátámasztja –, hogy a kétféle indikátor által definiált betegcsoportok nagyfokú átfedést mutatnak, a két mutató között igen szoros a korreláció.

Ezt bizonyítják a mostani vizsgálat adatai is. A szubjektív mutatók és az általunk képzett betegségállapot-mutató összevetésekor a korrelációs együtthatók mindkét szubjektív változó esetében nagyon magas értékeket vesznek fel (az „abszolút” mutató esetében a korrelációs együttható értéke 0,6624, a „relatív” mutató esetében pedig 0,4883).

Az „abszolút” mutató alapján azt mondhatjuk, hogy a kérdezettek 30,1%-a tartja az egészségi állapotát kiegyensúlyozottnak jónak, 38,7% változónak, de inkább jónak, 19,6% változónak, nem kielégítőnek, és 11,6% inkább rossznak (6. táblázat). Ha ezeket az eredményeket összevetjük betegcsoportjaink nagyságával, azt látjuk, hogy a szubjektív megítélés valamivel szigorúbban húzza meg a határt a betegség-nem betegség között, mint a betegségállapot-mutató. Azaz kevesebben érzik magukat kiegyensúlyozottnak jó egészségi állapotúnak, mint amennyien „objektíve” panaszmentesnek tűnnek, s valamivel enyhébbnek mutatkozik a legsúlyosabb betegségek esetében, azaz szubjektíve kevesebben élik meg nagyon rosszként az állapotukat, mint amennyien a betegségállapot-mutatónk szerint súlyos, tevékenységkorlátozó betegségekkel rendelkeznek. A kétféle indikátor által definiált betegcsoportok közötti átfedés azonban összességében nagyon erőteljesnek mondható, inkonzisztenciára utaló jelek nem mutatkoznak, a teljes mintára vetítve mindössze 0,4% azok aránya, akik az „objektív” és a szubjektív indikátorok mentén az egymással ellentétes két szélső póluson helyezkednek el.

⁸ Az ilyenfajta mutató használatának nehézségeit a KSH 1986-os ELAR vizsgálata is jól bizonyította. A vizsgálat során hangsúlyozottnak a korosztályukhoz viszonyítva kérdezték az interjúalanyokat az egészségi állapotukról, az adatok tanúsága szerint azonban sokan inkább az átlaghoz, az emberek többségéhez viszonyítottan értékelték.

6. táblázat
Az egészségi állapota szubjektív megítélése az „abszolút” mutató mentén a betegségállapot függvényében (%-os megoszlás)

	N	„nem beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	„súlyos” beteg tevékenység korlátozottsággal	összesen
kiegyensúlyozot- tan jó	1212	57,8	18,0	16,2	0,8	30,1
változó, inkább jó	1560	38,1	55,3	50,2	13,4	38,7
változó, nem ki- elégítő	789	3,5	21,4	26,9	41,8	19,6
inkább rossz	468	0,6	5,3	6,6	43,9	11,6
összesen	4029	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A „relatív” indikátor és a betegségállapot-mutatónk közötti korreláció szorossága, mint láttuk, nem olyan erős, mint az „abszolút” mutató esetében. (Ez érthető is, hiszen betegségmutatónk kialakításakor a betegségek súlyosságát nem relatíve, a hasonló korúak állapotához viszonyítva határoztuk meg, hanem abszolút értelemben, a panaszok általános jellemzői alapján.) Azonban még így is azt mondhatjuk, hogy nagyon nagy az átfedés a kétféleképpen képzett betegségcsoportok között, hiszen itt is alacsony, mindössze 1,4% azok aránya, akik az „objektív” és a szubjektív mutatók szerint az egymással ellentétes pólusokon helyezkednek el. Összességében egyébként a kérdezettek csaknem kétharmada (61,7%) a korosztályához hasonlóan ítéli meg az egészségi állapotát, a többiek körében pedig valamivel többen vannak azok, akik szerint az állapotuk rosszabb a korosztályi átlagnál (20,9%), mint azok, akik úgy érzik, hogy a hasonló korúakhoz képest jobb egészségi állapotban vannak (17,4%) (7. táblázat).

7. táblázat
Az egészségi állapot szubjektív megítélése a „relatív” mutató mentén a betegségállapot függvényében (%-os megoszlás)

	N	„nem beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	„súlyos” beteg tevékenység korlátozottsággal	össze- sen
jobb az egész- sége	692	26,1	15,9	15,8	3,2	17,4
hasonló az egészsége	2454	72,1	68,3	67,8	28,9	61,7
rosszabb az egészsége	830	1,9	15,9	16,4	67,9	20,9
összesen	3976	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Az adatok tehát azt mutatják, hogy a betegségállapot-mutatónk nagyon erőteljesen visszatükrözi az egészségi állapot szubjektív megítélését, részben azért is, mert a mutató képzése során bizonyos szintig figyelembe vettünk szubjektív elemeket. Ez talán előnye is a képzett betegségállapot-mutatónak, mert egyaránt érzékenyen reagál a betegségállapot objektív és szubjektív összetevőire.

6. Betegségállapot-mutató a társadalmi-demográfiai tényezők függvényében

Jelen tanulmány elsősorban leíró kategóriákkal dolgozik, így amikor a betegségállapot társadalmi-demográfiai összetevőit vizsgáljuk, a bevont változókat – nem, életkor, iskolázottság, jövedelem stb. – deskriptív, s nem analitikus módon használjuk. Elsősorban a tények leírására, s nem annyira az ok-okozati viszonyok felállítására, elemzésére törekszünk. (Természetesen olyan változók esetében, amelyek időben állandóak, statikusak – ilyenek például a demográfiai változók (nem, életkor), vagy bizonyos korcsoportokban a társadalmi-gazdasági rétegződést alapvetően meghatározó iskolázottsági mutató – lehetőség van az adatok analitikus értelmezésére is.) A többi változó esetében viszont – amelyek időben dinamikusan mozognak, gondoljunk csak a jövedelmi, munkaerőpiaci pozíciókban bekövetkező gyors váltásokra – tekintettel kell lenni arra, hogy ezekben a dimenziókban az adott tényező hatását csak egy konkrét, egyszeri időpontban tudjuk megragadni.⁹

A betegségállapotot meghatározó társadalmi-demográfiai alapváltozók közül – az értelemszerűen nagyon hangsúlyosan jelentkező életkori hatások mellett – legnagyobb mértékben az iskolai végzettség szintje és a nemi hovatartozás differenciál (8. táblázat). A nők és az alacsonyabb iskolai végzettségűek betegségállapot-mutatója a férfiakhoz és a magasabb iskolai végzettségűekhez képest általában kedvezőtlenebb értékeket mutat. Az alkalmazott többváltozós elemzés fő differenciáló tényezőként a hagyományosnak mondható sémát rajzolja meg, amely a betegeket hangsúlyosan magas életkorral és alacsony iskolai végzettséggel jellemzi, s a betegségállapotot inkább a nőkhöz kapcsolja. A modell az elemzésbe bevont további változók közül a településnek már jóval kisebb szerepet tulajdonít, s ugyanez mondható el a jövedelmi helyzettel kapcsolatban is, amely lényegében semmifajta hatást nem jelez. (Részben talán éppen azért, mert nem dinamikus, hanem statikus változóként szerepel a modellben.¹⁰) Mindez azt jelenti, hogy a magasabb jövedelmű, illetve az alacsonyabb jövedelmű rétegekben lényegében ugyanannyi beteg, illetve nem beteg található, s többé-kevésbé hasonlóan alakul a betegek (panaszosok) száma a kisebb és a nagyobb településeken is. (E tényezők háttérbe szorulása részben azzal is magyarázható, hogy az életkor differenciáló hatása nagyon erőteljes, s így részben elfedi az egyes jövedelmi, települési csoportokba tartozók egészségi állapotában jelentkező lehetséges különbségeket. Éppen ezért, amikor a betegek arányát az egyes társadalmi-demográfiai csoportok bontásában részletesen bemutatjuk, a korösszetétel domináns hatását minden egyes esetben megpróbáljuk kiszűrni.)

A többváltozós elemzés, igaz csak egy kis körben, s csak kis magyarázó erővel, az életkor fő hatása mellett, a betegek és a nem betegek között olyan elhatároló dimenziót is talál, amely teljes mértékben független az életkortól, s fő differenciáló tényezőként az iskolai végzettséget jeleníti meg. (Ebben a vonatkozásban a betegcsoporthoz

⁹ A vizsgálat – tekintettel arra, hogy egy tervezett prospektív vizsgálat első állomása – nem is tartalmazott retrospektív jellegű kérdéseket.

¹⁰ Hogy a dinamikus megközelítés másfajta következtetések levonását eredményezheti, azt jól mutatja Spéder Zsolt tanulmánya, aki egy hosszabb távú anyagi helyzet longitudinális változójával a jövedelmi hatások (a szegénység-helyzet) nagyobb szerepét mutatja ki az egészségi állapot alakulásában (Spéder, 1997). A jövedelmi helyzet esetében felmerülhetnek mérési problémák is, s lehet, hogy a jövedelmi helyzetet a jövőben a hosszabb távú folyamatok elemzése során, nem csak pusztán az egy főre eső aktuális bevételekkel lesz érdemes jellemezni, hanem komplex módon meghatározva, a háztartások vagyontárgyai, megtakarításai stb. függvényében.

való sorolódást elsősorban a magasabb iskolai végzettség, tehát egy kulturális tényező váltja ki, másodsorban pedig a magasabb jövedelmi pozíció, s a városias környezet.)

8. táblázat
A betegeket a nem betegektől elválasztó főbb dimenziók
(diszkriminancia-analízis koefficiensei, N=4038*)

	1. dimenzió: a demográfiai tényezők – az életkor fő hatása	2. dimenzió: a kulturális tényezők – az iskolázottság fő hatása
életkor	0,9723	0,0534
iskolai végzettség	-0,2808	0,8724
nem	0,1913	0,3554
település nagysága	0,0410	0,4326
egy főre eső jövedelem	-0,0276	0,4148
kanonikus korreláció négyzetösszege**	0,2435	0,0160

* A bevont változók folyamatosan növekvő változók, a nagyobb értékek magasabb iskolai végzettséget, jövedelmet stb. jelentenek (férfi: 1, nő: 2).

** A modell magyarázó ereje a betegségállapot meghatározásában, leírásában.

A modellbe bevont társadalmi-demográfiai alapváltozók – amelyek sora természetesen bővíthető, a tanulmány terjedelmi korlátai miatt azonban most csak a legfontosabbnak vélt mutatókat vontuk be – igen nagy mértékben meghatározzák, hogy valaki beteg-e vagy sem, az életkori sajátosságok egészségi állapotra gyakorolt hatásának köszönhetően. Hiszen a többváltozós elemzés fő elhatároló dimenzióként az életkort jeleníti meg, s egyértelműen domináns hatást tulajdonít neki. Az életkorra épülő, s nagy magyarázó erővel rendelkező modell egyúttal azt mutatják, hogy az életkor, az iskolai végzettség és a nemi hovatartozás ismeretében igen nagy valószínűséggel meg lehet határozni, hogy ki beteg és mennyire (betegsége utaló jelek ugyanis elsősorban az idősebbek körében, másodsorban pedig az alacsonyabb iskolai végzettségűek és a nők körében figyelhető meg).

Fontos megjegyezni, hogy ha e dimenziók differenciáló („diszkrimináló”) hatását – ki beteg és ki nem – az egyes betegségcsoportok vonatkozásában vizsgáljuk, akkor már nem ennyire egyértelmű az adatokból kirajzolódó „beteg-kép”. A vizsgált társadalmi-demográfiai tényezők hatása tehát nagymértékben betegség típus-függő, van ahol ezek a tényezők erőteljesebben hatnak, s van ahol gyengébben. A hagyományos beteg-kép (a beteg általában idős, alacsony társadalmi státusú) elsősorban a szív és érrendszeri panaszokkal rendelkezők körében figyelhető meg, másrészt az érzékszervi panaszosok körében (9. táblázat). S bár ezek a jelek általában mindegyik betegségcsoportban megjelennek, de a többi betegségnél már valamivel alacsonyabb szinten és kisebb magyarázó erővel. (A vizsgált betegségcsoportok közül például a bőrbetegségek esetében egészen más beteg-kép figyelhető meg, itt fő elhatároló dimenzióként az iskolázottság magasabb szintje jelentkezik). Mindezek a különbségek összességében arra hívják fel a figyelmet, hogy ha az egyes betegségcsoportokat társadalmi-demográfiai összetételük alapján írjuk le, nem lehet őket homogén csoportokként kezelni. Ha pedig analitikusan közelítünk a kérdéshez, akkor úgy is fogalmazhatunk, hogy a társadalmi-demográfiai tényezők betegségalkotó hatása bizonyos betegségcsoportokban az átlagosnál erőteljesebb (pl. szív és érrend-

szeri betegségek esetében) bizonyos betegségcsoportokban viszont gyengébb (pl. légúti megbetegedések esetében), ahol a panaszok kialakulásában minden bizonynyal már nagyobb mértékben kaphatnak szerepet környezeti, illetve civilizációs tényezők.

9. táblázat

*Az egyes betegségcsoportok milyen súllyal jelentkeznek a betegeket a nem betegek-től elválasztó dimenziókban**

	1. dimenzió: a demográfiai tényezők – az életkor fő hatása	2. dimenzió: a kulturális tényezők – az iskolázottság fő hatása
szív, vérkeringés, nyirokérrendszer	0,8023	0,0529
látás, hallás	0,6762	0,0665
idegrendszer	0,5932	0,0270
vese	0,5914	0,0517
légzés, tüdő	0,5875	-0,1960
mozgásszerv (izület, gerinc, derék, hát)	0,5713	0,0127
emésztés, gyomor, máj, epe	0,5148	0,1634
nőgyógyászat/prosztata	0,4090	0,3941
bőr	0,0703	0,2476
egyéb	0,3948	0,1048

* Minél nagyobb az érték annál jellemzőbb az adott betegségcsoportra az adott dimenzió (betegeket a nem betegek-től) elválasztó hatása.

6.1. Az életkori hatás

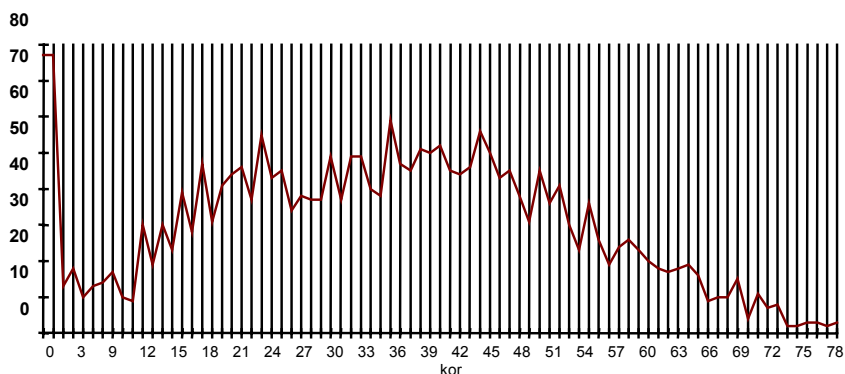
Az életkori sajátosságok a betegségállapot alakulását értelemszerűen alapvetően meghatározzák. Nem érdektelen azonban felvázolni, hogy az életkor folyamatos növekedésével párhuzamosan, milyen mértékben bővül a beteg-társadalom – a növekedés milyen dinamikájú –, s ebből milyen következtetéseket lehet levonni.

A mintában szereplő 14 évesek, illetve annál idősebbek egészségi állapotát vizsgálva – ezt azért fontos kiemelni, mert a gyermekkor első éveit igen meghatározóak a betegségek kialakulásában (2. ábra) – azt lehet megállapítani, hogy az első törésvonal a 30-39 éves kor környékén jelentkezik. Eddig a pontig a betegek és a panaszosok aránya az egyes kohorszokon belül azonosan alakul (3. ábra). Ebben a korcsoportban viszont az érintettek aránya jelentős mértékben megemelkedik. A 30-34 évesek körében ez elsősorban az „enyhén” betegek arányának megemelkedésében mutatkozik meg, a 35-39 évesek körében, pedig a „súlyosan” betegek növekvő arányában. A harmincas éveik végén járók körében például kétszerannyi „súlyos” és élettevékenységében korlátozott beteg van, mint a 30-34 éves korosztályban (10. táblázat). Itt van a betegek monoton növekvő számában az első igazán nagy „ugrás”, s innentől kezdve a betegek száma minden egyes korcsoportban meghaladja a „nem betegekét”. A negyvenes éveik elején járók körében ez a növekvő ütem megtörik (a betegek, panaszosok száma nem nő), változások a beteg-társadalom belső összetételében figyelhetők meg: a „súlyosan” betegek arányának megemelkedésében. Jelentősebb az ugrás a következő korosztályban (45-49 évesek), és ugyancsak erőteljesebb növekedési ütem jelentkezik az 50-54 évesek körében, ahol elsősorban a „súlyos” és élettevékenységükben korlátozott betegek aránya emelkedik. Innentől –

55 évtől – kezdve viszont a betegek (panaszosok) arányában egészen a 75 éves korosztályig jelentős változások nem történnek, s a betegségek enyhébb vagy súlyosabb mivoltát jelző adatok is csak kisebb mértékben emelkednek.

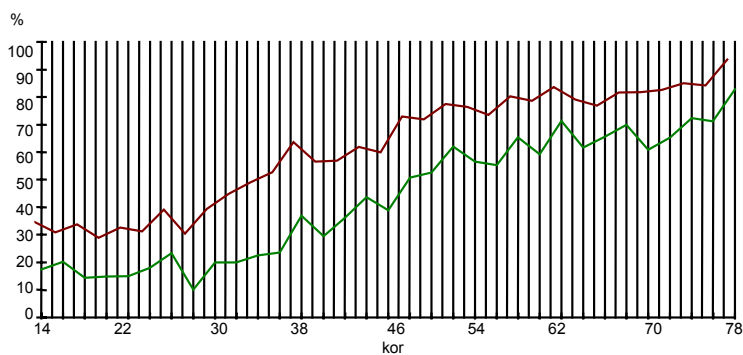
2. ábra

Az első panasz, betegség megjelenésének ideje (életkor szerinti eloszlás a betegek körében (esetszámok)



3. ábra

A betegek (panaszosok) és a „súlyos” betegek előfordulási aránya kor szerint (%-os arányok)



Az életciklus középső szakasza tehát a legmeghatározóbb az egészségi állapot alakulásában. A középkorúak körében – alsó pontként (bázisértéknek) a 30-34 éveseket, felső pontként az 50-54 éveseket definiálva – húsz év alatt a betegek (panaszosok) aránya majdnem megduplázódik. Ez a természetesnek is vehető növekedési ütem azonban a legsúlyosabb betegségállapotba tartozók körében – akik életvitelükben, tevékenységükben nagyon korlátozottnak mutatkoznak – sokkal magasabb ér-

téket vesz fel: a legnagyobb mértékben a legsúlyosabb betegségállapotba sorolódó betegek száma nő. Miközben a betegek – nem-betegek arányában a középkorúak körében több mint másfélszeres különbséget mutatnak adataink (30-34 évesek: 45,6%; 50-54 évesek: 77,4%), a legsúlyosabb betegségecsoportba tartozó betegek esetében körülbelül hatszoros a növekedés (30-34 évesek: 4,6%; 50-54 évesek: 30,6%). Ami mindenképpen figyelmeztető, hogy ez a növekedés időben nagyon egyenletesen alakul – lényegében tízévenként duplázódik a „súlyos”, élettevékenységében nagymértékben korlátozott betegek aránya, a korábbi kohorszokhoz képest – a súlyosabbnak mondható egészségromlás esélye tehát egyaránt nagy a középkorosztály fiatalabb és idősebb tagjainál. (Az idősebb korosztályokban e súlyosabb betegségben szenvedők aránya csak 15 évenként emelkedik jelentősebben, s a növekedés egy-egy ilyen ciklusban általában csak 20-30%-os.)

10. táblázat
A betegségállapot-mutató értékei életkor szerint (%-os megoszlás, N=4038)

	N	„nem-beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	„súlyos” beteg tevékenység-korlátozottsággal	összesen
14-18	367	67,3	15,6	13,9	3,3	100
19-24	453	69,0	15,1	13,6	2,4	100
25-29	329	64,5	17,7	14,1	3,7	100
30-34	251	54,4	25,1	15,9	4,6	100
35-39	284	42,2	27,8	19,2	10,8	100
40-44	394	40,8	20,7	23,9	14,7	100
45-49	402	33,5	20,5	26,0	20,1	100
50-54	327	22,6	18,9	27,9	30,6	100
55-59	287	23,4	18,6	25,3	32,7	100
60-64	249	18,2	13,8	27,6	40,5	100
65-69	252	21,1	13,0	24,7	41,3	100
70-74	196	15,6	17,4	24,2	42,8	100
75-79	140	11,2	11,7	22,6	54,5	100
80-	108	10,5	16,8	17,1	55,6	100
összesen	4038	40,1	18,3	20,9	20,7	100

Ugyancsak a középkorosztály nagyobb fokú érintettségét mutatja, hogy az első panaszok, komolyabb betegségek – egyfajta biológiai törvényszerűségként – általában 30-39 éves korban „támadják” meg az embert. A beteg szerep felvételével, panaszok, betegségek kezeltetésével, illetve egyes esetekben a betegséggel való együttéléssel leggyakrabban harmincas évei közepén szembesül először az ember. Bár a harmincas korosztály érintettsége igen hangsúlyos ebben a vonatkozásban, azonban a betegségállapotba való – ideiglenes vagy végleges – belépés időpontja azért eléggé különbözően alakul az embereknél. A betegségállapot kialakulásában ugyanis – mint már említettük – fontos szakaszt jelent a születés körüli időszak, a gyermekkor, az érintettek 19,7%-a például panaszát, betegségét innen datálja. A kérdezettek

30,9%-a – elmondásuk szerint – első panaszuk, betegségük idején 19-35 éves volt, 28,8%-a pedig 36-50 éves. Ennél idősebb korban történő belépésről pedig 20,6%-nyian számoltak be (11. táblázat).

11. táblázat
Az első panasz, betegség megjelenésének időpontja? (Hány éves volt a kérdezett?)
(%-os megoszlás)

	N	-18 éves	19-35 éves	36-50 éves	51- éves	összesen
szív, vérkeringés, nyirokérrendszer	1047	7,6	18,5	34,7	39,2	100
légzés, tüdő	338	14,1	24,1	29,6	32,1	100
emésztés, gyo- mor, máj, epe	613	9,9	33,3	29,7	27,1	100
vese	197	12,4	26,2	28,8	32,7	100
mozgásszerv (izület, gerinc, de- rék, hát)	1267	11,2	25,2	34,2	29,4	100
bőr	170	19,5	40,0	23,7	16,8	100
látás, hallás	634	19,9	13,9	32,6	33,6	100
idegrendszer	506	9,9	31,4	33,2	25,4	100
nőgyógyá- szat/prosztata	168	8,1	27,2	30,0	34,7	100
egyéb	137	18,0	18,4	31,5	32,1	100
összesen*	2384	19,7	30,9	28,8	20,6	100

* Megjegyzés: Akik legalább egy panasszal, betegséggel rendelkeznek (ha több is van az adatok a legelsőre vonatkoznak).

Az érintettség (veszélyeztetettség) kezdete betegcsoportonként is nagyon eltérően alakul. Vannak betegségek, amelyek természetüknél fogva viszonylag fiatalabb korban érik el az embert – például a bőrbetegség, ahol egy „átlag-beteg” 34 évesen észleli az első panaszokat –, s vannak olyan betegségek, amelyek inkább későbbi életkorban „támadnak”. Ilyennek elsősorban a szív- és érrendszeri problémák tekinthetők, ahol az első panaszok általában 45 éves korban jelentkeznek. Ebből következően az egyes betegcsoportokba tartozók belső korösszetétele is nagyon különböző. A bőrbetegségekkel rendelkezők körében ugyanis az „átlag-beteg” 42 éves, szemben a szív- és érrendszeri panaszokkal, betegségekkel rendelkezőkkel, ahol a betegek átlagos életkora 57 év. (A többi betegséggel kapcsolatban általában az 50 éves kor jelentkezik középtékként.) Mindez újfent arra hívja fel a figyelmet, hogy a panaszok, betegségek nagyobb számban a harmincas években kezdődnek, az ötvenes éveikben járók esetében pedig a betegállapot tipikussá válását lehet megfigyelni (12. táblázat).

12. táblázat
A jelentkező panaszok, betegségek életkori összefüggései (átlagéletkor)

	Átlagosan hány éves korban kezdődtek			Jelenleg hány évesek a betegek
	„átlag-beteg” „enyhe” betegségénél	„átlag-beteg” „súlyos” betegségénél	„átlag-beteg” összesen	„átlag-beteg” összesen
szív, vérkeringés, nyirokrendszer	44,73	45,64	45,32	57,02
légzés, tüdő	36,95	43,92	40,61	53,34
emésztés, gyomor, máj, epe	37,95	41,36	39,69	51,71
vese	38,97	44,85	41,34	52,36
mozgásszerv (izület, gerinc, derék, hát)	37,68	42,99	41,09	53,13
bőr	32,65	34,06	33,29	41,98
látás, hallás	39,49	41,66	41,25	54,15
idegrendszer	38,19	41,15	40,20	50,88
nőgyógyászat/prosztata	42,20	46,93	43,63	49,54
egyéb	34,56	43,25	40,17	49,27
összesen*	33,52	35,82	35,13	50,30

* Megjegyzés: akik legalább egy panasszal, betegséggel rendelkeznek (ha több is van az adatok a legelsőre vonatkoznak)

6.2. A nemek hatása

A nők – mint ahogy azt más hazai és nemzetközi vizsgálatok adatai is bizonyítják – betegebbek, mint a férfiak. Ez általában minden egyes korcsoportban megfigyelhető jelenség, tehát a nemnek a korösszetételtől független – statisztikailag mérhető – hatása van az egészségi állapot alakulására. Az adatok tanúsága szerint a rövidebb ideig tartó, átmeneti jellegű betegségek (panaszok) terén még nincsenek jelentős különbségek a nemek között (a nők körében a mostani felmérés során ugyanolyan arányban találunk „enyhébb” betegeket, mint a férfiak körében). A súlyosabb, több problémát okozó bajok támadásával szemben azonban a „gyengébb nem” képviselői kevésbé tudja felvenni a harcot, körükben több a „súlyos” beteg (13. táblázat). A nők egészségi állapot-mutatói tehát rosszabbak, mint a férfiaké, ennek azonban ellentmondanak azok a statisztikák, melyek szerint a férfiak halandósága magasabb, s várható élettartamuk is rövidebb, mint a nőké (1. táblázat).

A nemek közötti különbségek magyarázataként – különösen az önbevallásra építő adatok értelmezése során – gyakran találkozunk azzal az érveléssel, hogy az eltérések oka részben a női és a férfi szerepfelfogásban rejlik: a nőknél elfogadottabb viselkedési mód a panaszkodás, a gyengeségek, problémák nyílt feltárása, ezzel szemben az általános elvárások szerint az „ideális” férfi életerős, nem beszél a problémáiról, nem mutatkozik gyengének, így kevésbé vallja be betegségeit. A jelenleg mögött azonban ennél sokkal bonyolultabb biológiai-társadalmi-pszichikai összefüggések húzódnak meg – melyeket e tanulmányban nem célunk elemezni –, s ezeknek csak egyike a nemi szerepfelfogások közötti különbség. (Bizonyos értelem-

ben egyébként a különböző szerepfelfogásokból fakad az a magatartásforma is, hogy a nők inkább hajlandóak törődni, foglalkozni a betegségükkel, illetve inkább fordulnak időben orvoshoz, mint a férfiak, s így hamarabb jutnak orvosi, egészségügyi ellátáshoz – ezt egyébként a jelen felmérés adatai is bizonyítják.)

A nemnek nem csak az egészségi állapotra van fontos befolyásoló hatása, hanem jelentős differenciáló szerepe van az egyes betegségek, betegségtípusok esetében is, igaz, más-más erősséggel (1-2. melléklet). A nők körében jóval nagyobb arányban találunk emésztőszervi, illetve idegrendszeri problémákkal, panaszokkal küszködő betegeket, de a szív- és érrendszeri panaszok és a veseproblémák is az átlagosnál gyakrabban jelentkeznek a nők körében. Az általunk vizsgált betegségcsoportok közül egyedül a légzőszervi bajok esetében halványul el a női dominancia, a férfiak ugyanolyan arányban számolnak be ugyanis légzőszervi problémákról, mint a nők.

Az életkor növekedésével mindkét nem egészségi állapot-mutatói romlanak, bár különböző mértékben. A legfiatalabb, 14-18 éves korosztály körében még nincs számottevő különbség a férfiak és nők között abban a tekintetben, hogy mekkora a „nem betegek” aránya, sőt, a „súlyos és tevékenységkorlátozó” betegségekkel küzdők aránya a férfiak körében még magasabb is, mint a nők között. Ez a megállapítás valamennyire igaz még a húszas éveikben járókra is, de ekkor már elindul egy folyamat, aminek eredményeképpen a nők körében a férfiakhoz képest fokozatosan, egyre nagyobb arányban találunk betegeket, enyhébb vagy súlyosabb problémákkal. A nők körében a harmincas korosztályban figyelhető meg, hogy többségbe kerülnek azok, akik valamilyen egészségügyi problémával küszködnek, a férfiak esetében ez valamivel később jelentkezik, a negyvenes korosztályra csúszik át. A nemek közötti növekvő különbség leginkább a negyvenes éveikben járóknál csúcspontot ér el, azaz a korosztályban van a nők és a férfiak között a legnagyobb eltérés abban a tekintetben, hogy mekkora a betegek, illetve nem betegek aránya. Az ötvenesek körében is jelentős ez a különbség, azonban ebben a korosztályban a kiegyenlítődés jelei figyelhetők meg, annak köszönhetően, hogy ebben a korosztályban a férfiak körében a „súlyos és tevékenységkorlátozó” betegségekkel rendelkezők aránya nagyon nagy mértékben megemelkedik – elérve a nők „szintjét” –, e betegcsoport aránya, a korábbi kohorszhoz képest több mint kétszeresére nő, s ez az ugrás a férfiak egészségi állapotában egy nagymérvű romlás jeleit mutatja. Ez a fajta kiegyenlítődés – ami a férfiak nagyobb mérvű megbetegedésének köszönhető – az újabb kohorszot vizsgálva tovább folytatódik, a hatvanas korosztály esetében a férfiak és a nők közötti különbség ugyanis már teljesen elmosódik. Itt egyik betegség-mutató sem jelez szignifikáns különbséget, ami azt mutatja, hogy a nemi tényezőnek a betegségállapot leírásakor nincs differenciáló szerepe, de ha analitikusan közelítünk a kérdéshez, akkor azt mondhatjuk, hogy mindez annak köszönhető, hogy 60-as éveikben járó férfiak egészségi állapotában – az 50 évesekkel összevetve – általános romlás következik be. A 70 évesek korosztályában megint jelentkezik a „független” nemi hatás, sőt, azt mondhatjuk, hogy az összes korosztály közül itt a legerősebben: ekkor a férfiak körében a „nem betegek” aránya csaknem kétszer akkora, mint a nők körében. Utóbbiak között a súlyos és élettevékenységükben korlátozott betegek jelentkeznek nagyon hangsúlyosan.

13. táblázat
A betegségállapot-mutató értékei nem szerint (%-os megoszlás, N=4038)

	N	„nem- beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	„súlyos” be- teg tevé- kenység- korlátozott- sággal	össze- sen
összesen						
férfi	1907	45,6	18,8	17,8	17,8	100
nő	2131	35,2	17,9	23,7	23,2	100
összesen	4038	40,1	18,3	20,9	20,7	100
14-18 évesek						
férfi	186	70,2	14,6	10,7	4,5	100
nő	181	64,3	16,5	17,1	2,0	100
összesen	367	67,3	15,6	13,9	3,3	100
19-29 évesek						
férfi	406	72,0	14,2	10,6	3,2	100
nő	377	61,9	18,3	17,3	2,6	100
összesen	783	67,1	16,2	13,8	2,9	100
30-39 évesek						
férfi	259	52,1	25,4	16,0	6,6	100
nő	276	44,0	27,7	19,2	9,1	100
összesen	535	47,9	26,5	17,6	7,9	100
40-49 évesek						
férfi	390	42,2	22,1	21,2	14,4	100
nő	406	32,2	19,1	28,5	20,3	100
összesen	796	37,1	20,6	24,9	17,4	100
50-59 évesek						
férfi	296	26,0	21,0	21,6	31,3	100
nő	318	20,2	16,6	31,4	31,8	100
összesen	614	23,0	18,7	26,7	31,6	100
60-69 évesek						
férfi	196	20,8	14,0	25,4	39,8	100
nő	305	18,9	13,0	26,6	41,6	100
összesen	501	19,6	13,4	26,1	40,9	100
70-79 évesek						
férfi	175	17,1	17,7	22,2	42,9	100
nő	269	10,3	14,0	21,8	54,0	100
összesen	444	13,0	15,4	22,0	49,6	100

6.3. Az iskolai végzettség hatása

Az iskolázottság szerepe az egészségi állapot alakulásában az előzőekben vizsgált nemi hatáshoz hasonlóan jelentős differenciáló erővel bír. Az adatokat vizsgálva fontos különbségeket regisztrálhatunk a különböző iskolázottságú csoportok között, ami arra utal, hogy az eltérő iskolázottsági szintből fakadó jövedelmi, kulturális, életmódbeli stb. különbségek erőteljesen befolyásolják a megbetegedések kockázatát.

A betegségek gyakorisága és az iskolázottság között azonban nem lineáris jellegű az összefüggés: legkevésbé a legalacsonyabban és a legmagasabban iskolázott rétegek vallják magukról azt, hogy egészségesek, nincsenek panaszaik, betegségeik, míg legjobb egészségi állapotban a középrétegek vannak, s közülük is a szakmunkás-bizonyítvánnyal rendelkezők. Bár a magukat panaszmentesnek vallók aránya hasonlóan alacsony a legalsó és legfelső iskolázottságú rétegek körében, azért a

betegségek súlyossága terén jelentős különbségek vannak a két csoport között. A legfeljebb nyolc osztályt végzettek igen nagy része tartozik a legsúlyosabb, az életvezetésükben korlátozott betegek csoportjába, az ilyen betegségekkel küzdők aránya itt legalább kétszer akkora, mint a többi iskolázottsági csoportban. A diplomások körében viszont az „enyhe” betegségekkel bírók vannak felülreprezentálva, az „enyhén” betegek aránya a vizsgált iskolázottsági csoportok közül ebben a csoportban a legmagasabb (14. táblázat).

Ha azokat a betegeket és panaszosokat vizsgáljuk, akik érettségivel, illetve szakmunkás-bizonyítvánnyal rendelkeznek, azt látjuk, hogy az előbbi csoportban a relatív többségnek „súlyos”, de nem tevékenységkorlátozó betegsége van, az utóbbi csoportban pedig nagyjából hasonló arányú az „enyhe”, illetve „súlyos” panaszokkal, betegségekkel rendelkezők aránya. A szakmunkás végzettségűekről tehát nem csak azt mondhatjuk el, hogy a beteg-nem beteg reláció szempontjából a legjobb helyzetben vannak, hanem azt is, hogy a betegségeik összességében nem annyira súlyosak, mint a többi iskolázottsági csoportban.

Mint tudjuk, alapfokú végzettségűeket – ahol, mint láttuk, magasan felülreprezentáltak a legsúlyosabb betegkategóriába tartozók – az átlagosnál jóval nagyobb arányban találhatunk az idős korosztály tagjai között. Nem arról van-e tehát szó, hogy valójában inkább az életkori hatás jelentkezik ebben az esetben is, s nem az eltérő iskolázottságból eredő differenciálódás (önálló hatás)? Az adatok tanúsága szerint ebből a szempontból az iskolázottságnak egyértelműen befolyásoló szerepe van: az alapfokú végzettségűek minden vizsgált korcsoportban nagyobb arányban rendelkeznek „súlyos”, tevékenységkorlátozó betegségekkel, mint a többi iskolázottsági csoport tagjai. Sőt, míg az idősek körében az alap- és felsőfokú végzettségűek összehasonlításakor a „súlyos betegek” aránya az alapfokúak esetében másfélszerese a diplomások körében megfigyelhető értéknek, addig a középkorúaknál csaknem háromszorosa ez a különbség.

Az iskolázottsági hatás az egyes betegségtípusok esetében is egyértelműen jelentkezik. A kevésbé iskolázott rétegek szinte mindegyik betegségcsoport esetében magasan felülreprezentáltak, csak a bőrbetegségeknél tapasztaljuk azt, hogy az iskolázottság növekedésével párhuzamosan nő a megbetegedettek aránya is.

14. táblázat
A betegségállapot-mutató értékei iskolai végzettség szerint, az életkor és a nem függvényében (%-os megoszlás, N=4038)

	N	Teljes minta				Férfi				Nő			
		„nem- beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	tevékeny- ség-korlató- zott	„nem- beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	tevékeny- ség-korlató- zott	„nem- beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	tevékeny- ség-korlató- zott
alapközü	1646	35,2	15,4	19,4	30,0	42,3	16,0	16,6	25,1	30,7	15,0	23,0	33,1
szakm.képző	988	46,1	20,0	18,8	15,1	48,5	20,2	16,5	14,8	41,7	14,9	23,0	15,7
középfök	964	43,9	19,1	24,1	13,0	48,0	18,9	19,5	13,6	40,7	19,2	27,6	12,5
felsőfök	439	37,0	23,9	24,2	14,9	41,9	22,5	21,9	13,7	32,5	25,2	26,3	16,0
összesen	4038	40,1	18,3	20,9	20,7	45,6	18,8	17,8	17,8	35,2	17,9	23,7	23,2
fiatalok (14-35 év)													
alapközü	486	68,5	13,4	13,6	4,5	71,4	11,8	11,0	5,8	64,2	16,1	15,2	4,6
szakm.képző	416	65,4	19,1	13,4	2,1	68,3	18,4	11,1	2,2	61,2	20,4	16,3	2,1
középfök	416	62,3	19,1	15,2	3,4	69,1	16,5	11,8	2,6	57,1	20,1	18,5	4,3
felsőfök	115	53,4	28,9	15,5	2,2	68,9	24,5	3,3	3,3	45,8	31,1	21,5	1,6
összesen	1433	64,6	18,0	14,2	3,3	69,6	16,0	10,8	3,6	59,5	19,9	17,6	3,0
középkorúak (36-50 év)													
alapközü	263	33,2	20,7	19,4	26,7	36,3	25,4	18,8	19,5	31,5	18,1	19,7	30,7
szakm.képző	351	38,4	23,2	22,3	16,1	40,7	24,3	20,0	15,1	33,4	20,7	27,6	18,3
középfök	320	37,7	22,2	28,6	11,6	41,6	23,0	22,7	12,8	35,1	21,7	32,4	10,8
felsőfök	168	39,9	22,9	27,3	9,9	48,2	22,0	21,8	8,0	32,2	23,8	32,4	11,6
összesen	1103	37,2	22,3	24,2	16,4	41,2	23,8	20,7	14,3	33,2	20,7	27,7	18,4
idősek (51 év felettiek)													
alapközü	896	17,7	14,9	22,5	44,9	20,7	16,3	20,5	42,5	16,2	14,2	23,6	46,0
szakm.képző	221	22,1	16,8	23,2	38,0	25,8	16,7	20,4	37,2	15,5	17,0	28,1	39,4
középfök	228	19,1	14,6	34,0	32,4	17,7	18,0	29,5	34,8	20,2	11,7	37,7	30,4
felsőfök	156	21,8	21,2	27,4	29,7	25,2	22,1	28,8	22,9	16,9	19,8	23,9	39,3
összesen	1502	19,0	15,8	24,9	40,4	22,0	17,5	23,3	37,2	16,8	14,5	26,0	42,7

6.4. A foglalkozási viszony hatása

A foglalkozási struktúrában elfoglalt hely, mint differenciáló tényező szerepének vizsgálatakor alapján véve – és érthető módon – az iskolázottsági hatás érvényesülését érzékelhetjük az adatokban. A foglalkozási hatás elemzésekor is azt tapasztaljuk, mint amit az iskolázottság vizsgálatakor, hogy a szakképzetlen fizikai dolgozók, illetve az értelmiségi pályákon mozgókat a beteg-nem beteg reláció tekintetében az átlagnál valamivel hátrányosabb pozícióban vannak, a középrétegek (főként a szakmunkások) pedig valamivel kedvezőbb helyzetben. A foglalkozási szerkezet bevonása az elemzésbe azonban módot ad arra, hogy ennél valamivel finomabb, árnyaltabb képet adjunk a magyar lakosság egészségi állapotáról (15. táblázat).¹¹

Érdeemes például megvizsgálni, hogy vannak-e különbségek a foglalkoztatási hierarchia felső szintjén lévő vezetők és értelmiségiek között, s ha igen, milyen különbségek érzékelhetők. Megmutatkozik-e vajon a betegségállapot-mutatókban az irányító pozíciókban lévők kapcsán oly sokszor emlegetett vezetői stressz egészségkárosító hatása, ha a beosztott értelmiségi munkát végzőkkel hasonlítjuk őket össze, vagy a társadalmi megbecsültség, a jó anyagi helyzet stb. elegendő kiegyenlítő hatással bír ezen a téren? Adataink természetesen ezekre a kérdésekre nem adhatnak alapos és kimerítő választ, az viszont bizonyos, hogy ha összességében vizsgáljuk ezt a két csoportot, akkor nem regisztrálhatunk jelentős különbségeket közöttük. Az életkori bontásban vizsgált eredmények azonban felhívják néhány jellegzetességre a figyelmet. A fiatal korosztályban a vezetők körében található legnagyobb arányban betegeket, nem csak az értelmiséghez, hanem az összes foglalkozási csoporthoz viszonyítva is, igaz ehhez hozzá kell tennünk, hogy ebben a csoportban nagyon kicsi az elemszám. A beosztott értelmiségnek, amely a társadalom többségéhez képest relatíve rosszabb egészségi állapotban van, a vezetőkhez viszonyítva ebben a korosztályban tehát még valamivel előnyösebb a helyzete. A középkorúak esetében azonban már fordított helyzetről számolhatunk be: itt a vezetők körében van a legkevesebb panaszos, illetve beteg az összes foglalkozási csoporthoz viszonyítva, az irányító pozícióban lévők tehát ebben a korosztályban az egészségi állapot szempontjából (is) a legkedvezőbb helyzetben vannak. Az értelmiség helyzete a vezetőkhez képest itt már sokkal rosszabbnak mondható, egészségi állapotuk jelentős romláson ment keresztül, s ez a negatív tendencia az összes betegségkategóriában érezhető hatását. Idős korra azonban ez a különbség a két csoport között nagyjából kiegyenlítődik, legalábbis a beteg-nem beteg reláció kapcsán, s csak annyi mondható el, hogy az (egykor) beosztott értelmiségi munkát végzők valamivel súlyosabb betegségekkel küszködnek, mint a (valaha) vezető beosztásban dolgozó korosztály-társaik.

¹¹ Akik jelenleg nem dolgoznak (nyugdíjasok, munkanélküliek stb.), azok esetében az utolsó foglalkozást vettük figyelembe.

15. táblázat
A betegségállapot-mutató értékei (az utolsó) foglalkozási viszony szerinti, az életkor és a nem függvényében (%-os megoszlás, N=4038)

	N	Teljes minta				Férfi				Nő			
		„nem- beteg”	„enyhe beteg	„súlyos” beteg	tevé- kény- korláto- zott	„nem- beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	tevékény- ség-korláto- zott	„nem- beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	tevé- kény- korláto- zott
vezető	164	34,7	20,2	27,2	17,9	37,9	21,6	22,5	18,0	29,3	17,7	35,3	17,7
beosztott értelmiségi	238	35,1	26,2	22,7	16,1	44,1	20,0	20,4	15,6	29,8	29,8	24,1	16,3
önálló, vállalkozó	183	41,5	19,5	25,3	13,7	48,5	19,2	20,7	11,6	31,2	19,8	32,1	16,8
nem diplomás szellemi	529	36,2	18,1	25,7	18,9	34,4	20,2	24,4	21,0	36,8	17,5	27,4	18,3
művezető, alsó vezető	141	37,3	18,5	24,2	20,0	34,9	17,0	27,9	20,2	40,6	20,7	19,0	19,8
szakmunkás	896	41,9	20,4	21,4	16,4	43,6	21,9	18,9	15,6	38,3	17,3	26,5	17,9
segéd- és bet. munkás	1051	32,6	17,6	19,0	30,9	39,1	17,5	16,0	27,4	28,3	17,6	20,9	33,2
mezőgazdasági fizikai	219	34,6	15,3	16,1	34,0	44,5	14,6	15,2	25,7	20,4	16,3	17,4	45,9
nem dolgozott	608	59,2	14,2	15,7	11,0	71,4	13,9	9,6	5,1	50,3	14,4	20,1	15,3
összesen	4028	40,1	18,3	20,9	20,7	45,6	18,8	17,8	17,8	35,2	17,9	23,7	23,2
fiatalok (14-35 év)													
vezető	15	45,9	35,8	12,2	6,1	40,5	59,5	0,0	0,0	49,4	20,2	20,2	10,1
beosztott értelmiségi	70	52,3	30,2	17,5	0,0	74,0	26,0	0,0	0,0	45,2	31,6	23,3	0,0
önálló, vállalkozó	58	56,7	20,9	16,1	6,4	64,5	22,5	9,8	3,3	43,9	18,2	26,5	11,4
nem diplomás szellemi	158	60,3	20,6	15,5	3,5	60,4	14,3	18,8	6,4	60,3	22,7	14,4	2,6
művezető, alsó vezető	30	55,5	28,4	16,1	,0	52,2	26,8	21,0	0,0	59,9	30,5	9,6	0,0
szakmunkás	352	63,4	18,5	15,9	2,2	67,5	18,0	12,3	2,2	56,9	19,2	21,7	2,2
segéd- és bet. munkás	243	67,0	16,8	11,4	4,8	73,4	11,6	10,5	4,5	60,7	21,9	12,3	5,1
mezőgazdasági fizikai	18	88,9	6,2	5,0	0,0	93,0	7,0	0,0	0,0	57,0	0,0	43,0	0,0
nem dolgozott	487	68,4	14,5	13,5	3,6	71,7	13,9	9,7	4,7	64,7	15,1	17,7	2,5
összesen	1430	64,6	18,0	14,2	3,3	69,6	16,0	10,8	3,6	59,5	19,9	17,6	3,0

15. táblázat folytatása

	N	Teljes minta				Férfi				Nő				
		„nem-beleg”	„enylhe” beleg	„súlyos” beleg	tevékeny-ség-korláto-zott	„nem-beleg”	„enylhe” beleg	„súlyos” beleg	tevékeny-ség-korláto-zott	„nem-beleg”	„enylhe” beleg	„súlyos” beleg	tevékeny-ség-korláto-zott	
Középkorúak (36-50 év)														
vezető	53	58,3	19,2	18,9	3,6	63,4	18,4	15,3	2,8	47,8	20,8	26,3	5,1	
beosztott értelmiségi	94	35,2	26,6	27,0	1,2	47,9	12,3	27,9	11,8	27,6	35,1	26,5	10,9	
önálló, vállalkozó	92	40,2	21,2	27,7	10,9	48,4	16,3	25,3	10,1	28,6	28,2	32,1	12,0	
nem diplomás szellemi	181	35,8	19,7	29,7	14,8	39,1	19,2	19,2	22,6	35,1	19,8	32,1	13,0	
művezető, alsó vezető	44	43,0	20,3	27,9	8,8	31,3	22,8	30,1	8,9	56,3	17,5	17,5	8,6	
szakmunkás	281	34,8	26,4	23,6	15,1	36,5	30,1	20,7	12,8	30,3	15,9	32,0	21,8	
segéd- és bet. munkás	286	33,1	20,4	21,7	24,7	35,0	23,7	19,3	22,1	31,9	18,2	23,4	26,5	
mezőgazdasági fizikai	51	46,8	21,8	13,0	18,4	52,6	24,1	10,4	12,9	28,6	14,3	21,4	35,7	
nem dolgozott	13	28,7	20,9	21,2	29,2	0,0	0,0	0,0	100,0	31,2	22,8	23,0	23,0	
összesen	1095	37,2	22,3	24,2	16,4	41,2	23,8	20,7	14,3	33,2	20,7	27,7	18,4	
idősek (51- év)														
vezető	97	20,2	18,3	34,0	27,5	23,0	19,9	28,7	28,4	15,2	15,5	43,5	25,8	
beosztott értelmiségi	73	18,2	21,7	22,2	37,9	25,0	24,7	22,9	27,3	12,0	19,1	21,5	47,4	
önálló, vállalkozó	33	18,7	12,2	34,7	34,5	18,4	21,5	28,2	31,9	19,0	0,0	43,2	37,8	
nem diplomás szellemi	190	16,7	14,6	33,3	35,5	6,6	26,5	33,7	33,1	19,6	11,1	33,1	36,2	
művezető, alsó vezető	66	25,1	12,9	25,3	36,7	29,6	9,5	25,5	35,4	17,8	18,2	25,1	38,9	
szakmunkás	263	20,5	16,6	26,2	46,4	23,1	17,2	24,7	35,1	15,1	15,4	29,5	40,1	
segéd- és bet. munkás	521	16,2	14,2	21,0	43,4	19,0	17,5	17,5	46,0	14,7	15,8	22,8	46,7	
mezőgazdasági fizikai	150	24,0	14,2	18,5	43,4	30,0	11,3	21,0	37,8	18,1	17,0	16,0	48,8	
nem dolgozott	109	21,5	11,9	24,8	41,8	0,0	0,0	0,0	37,8	21,5	11,9	24,8	41,8	
összesen	1902	19,0	15,8	24,9	40,4	22,0	17,5	23,3	37,2	16,8	14,5	26,0	42,7	

Összefoglaló jelleggel tehát azt lehet mondani, hogy a magasabb presztízsű foglalkozási kategóriák képviselői fiatalabb korban az átlagosnál rosszabb betegségállapot-mutatókkal rendelkeznek, középkorban a mutatók – különösen a vezető beosztásban dolgozók mutatói – az átlagosnál jobbak, s ez a kedvezőbb egészségi állapot valamennyire idős korban is megmarad.

Ehhez képest teljesen más irányú mozgás követhető nyomon, ha az iskolázottsági mutatók szerint ugyancsak hátrányos egészségi helyzetű, alacsony iskolázottságú, s a foglalkozási hierarchia ellentétes pólusán található rétegeket vizsgáljuk. Itt ugyanis fiatalabb korban jelentkeznek igen kedvező egészségi állapot mutatók, amelyek a középkorúakat vizsgálva, romlanak, s az idős korban már igen kritikus értékeket vesznek fel.

Ebben a körben, a foglalkozási hierarchia alsó szintjein a segéd- és betanított munkások csoportját, illetve a mezőgazdasági fizikai dolgozók csoportját különböztettük meg és hasonlítottuk össze egymással, valamint a többi foglalkozási csoporttal. Bár az összevont adatok nem mutatnak szignifikáns különbségeket e két foglalkozási csoport tagjai között, a korcsoportonként vizsgált adatok itt is fontos összefüggésekre hívják fel a figyelmet. A mezőgazdasági munkát végzők ugyanis minden korosztályban jobb egészségi mutatókkal rendelkeznek, mint a segéd- és betanított munkások. A segéd- és betanított munkások helyzete fiatal korban szintén igen jónak mondható, a középkorúak egészségi állapota azonban már az átlag alatt van, s ebben a korosztályban körükben találhatjuk a legtöbb „súlyos, tevékenységében korlátozott” beteget. Idős korokra még tovább romlik a helyzet, s ekkora már a mezőgazdasági dolgozók egészségi állapota is jelentősen megromlik, így az idősök körében ebben a két csoportban találhatjuk a legrosszabb mutatókat a „súlyos, tevékenységkorlátozó” betegségnek vonatkozásában.

A jelenleg nem dolgozók helyzetét természetesen ezek az adatok nem tudják bemutatni, hiszen mindenkit – így a munkanélkülieket is – legutolsó foglalkozásuk jellege szerint vettünk figyelembe. A munkanélküliek egészségi állapotának külön bemutatása azonban a munkanélküli létben rejlő lehetséges mentális és pszichoszomatikus problémák miatt, fontosnak tűnik. Vajon hogyan képes megbirkózni ez a csoport a munkanélküliségi léttel, azzal a jelenséggel, amely évtizedeken keresztül ismeretlen volt a magyar társadalomban, s csak az utóbbi 8-10 évben kezdett egyre többek számára fenyegetővé, illetve realitássá válni? Eredményez-e a munkanélküli állapot változást az egészségi állapotban, együtt jár-e a munkanélküli lét a betegségek gyakoribb kialakulásával, illetve súlyosbodásával? E kérdések tényszerű megválaszolásához a folyamatok dinamikus elemzésére lenne szükség, jelen állapotban most csak arra vállalkozhatunk, hogy a munkanélküliek helyzetét statikusan – egy időpontra, a kérdés pillanatára a hangsúlyt helyezve – vizsgáljuk, azokra koncentrálni, akik a kérdéses időpontjában éppen munkanélküliek. A munkanélküliek egészségi állapotának alakulása hasonló tendenciákat mutat, mint amelyeket a szakképzetlen fizikai munkások esetében tapasztaltunk, az aktív korosztályokra vonatkozó összevont mutatók vizsgálata alapján azonban ehhez hozzá kell tennünk, hogy a munkanélküliek állapota a mezőgazdasági dolgozókhoz viszonyítva egyértelműen rosszabbnak mondható, a segéd- és betanított munkásokéval pedig nagyjából megegyező. Összességében azt mondhatjuk, hogy a munkanélküliek körében található – az aktív korúakon belül az összes foglalkozási csoporthoz viszonyítva – a legtöbb „súlyos, élettevékenységében korlátozott” beteg. A korcsoportonkénti bontások azonban jellegzetes különbségekre hívják fel a figyelmet. A húszas éveikben járó munkanélküliek egészségi mutatói még a legjobbak között vannak (16. táblázat). A

munkával együttjáró felelősség és stressz hiánya, a teljes kötetlenség és szabadság stb. – úgy látszik, a munkanélküli lét számos negatívuma mellett inkább pozitív irányba befolyásolja e korosztály lelki és fizikai állapotát. A harmincas korosztályba tartozó munkanélküliek körében viszont már éreztetik egészségkárosító hatásukat a munkanélküliséggel együttjáró problémák (anyagi gondok, a családfenntartás felelőssége, a munkavégzésből fakadó elégedettség hiánya stb.), ebben a körben másfélszer-kétszer annyi az „enyhébb” betegségekkel, panaszokkal küzdők aránya, mint a többi foglalkozási csoportban. Tovább romlik a helyzet a negyvenes és az idősebb korosztályok esetében, nem is annyira a beteg-nem beteg reláció vonatkozásában, hiszen a „nem betegek” aránya már nem csökken tovább, hanem inkább a betegségek súlyossága tekintetében: ebben a korcsoportban már a munkanélküliek körében találjuk a legtöbb „súlyos, tevékenységében korlátozott” beteget. Összességében tehát a munkanélküliek egészségi állapotának veszélyeztetettsége a harmincas korosztálynál kezdődik, a negyvenes-ötvenes éveikben járók esetében pedig annyira felerősödik, hogy az adott korosztályokon belül a munkanélküliek rendelkeznek a legrosszabb betegségállapot-mutatókkal.

16. táblázat
Betegségállapot-mutató alakulása a munkanélküliek és a foglalkoztatottak körében az életkor bontásában (%-os megoszlások)

	„nem-beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	„súlyos” beteg tevékenység-korlátozottsággal	összesen
A munkanélküliek körében					
-29 éves (N=72)	76,2	10,2	10,3	3,4	100
30-39 éves (N=51)	43,4	40,1	11,3	5,3	100
40-59 éves (N=90)	43,2	18,6	22,0	16,1	100
Összesen (N=213)	54,4	20,9	15,5	9,2	100
A foglalkoztatottak körében					
-29 éves (N=588)	66,4	17,4	14,1	2,1	100
30-39 éves (N=439)	51,2	25,8	17,4	5,6	100
40-59 éves (N=836)	37,4	23,3	29,5	9,9	100
Összesen (N=1864)	49,8	22,0	21,8	6,4	100

6.5. A lakóhely (település, régió) hatása

Az, hogy ki, hol, mekkora településen lakik – mint azt a diszkriminancia analízis során láthattuk – nincs jelentős befolyással a lakosság egészségi állapotára¹². Az összesített adatok mindössze annyit jeleznek, hogy a falvakban élők körében egy kicsivel magasabb a magukat egészségesnek, vagy legalábbis panaszmentesnek tartók

¹² Természetesen a település nagysága alapján, a hagyományos közigazgatási besorolást követve, nem „tiszta” település-csoportok képződnek, hiszen például egy kategóriába sorolódhatnak kis lélekszámú települések, függetlenül attól, hogy az adott települések infrastruktúráis ellátottsága, fejlettsége milyen. S külön kategóriaként – mintegy homogén csoportként szerepel – e tipológiában Budapest, amely társadalmi összetételében, életfeltételeiben kerületenként, városrészenként nagyon különböző képet mutat.

aránya, a budapestiek körében pedig a „súlyos” betegek aránya. Az adatok korosztályonkénti bontása azonban egy-két sajátosságra felhívja a figyelmet. Így például a fiatalokról elmondhatjuk, hogy a községekben élők és a budapestiek valamivel egészségesebbek az átlagnál. A középkorúak egészség-mutatói már egészen más jellegzetességeket mutatnak: a községekben élők körében nagy mértékben megnő a „súlyos, tevékenységükben korlátozott” betegek aránya, csaknem kétszeresére, mint a budapestiek körében. Idős korra azonban e betegcsoport nagysága a községlakók körében nem emelkedik olyan erőteljesen, mint a városokban élők körében, így a budapestiek „behozzák”, a vidéki városok lakói pedig „el is hagyják” a „súlyos”, tevékenységükben korlátozott falusi betegek számarányát (17. táblázat).

Az adatok regionális bontása már valamivel hangsúlyosabb egészségállapotbeli eltéréseket jelez. A lakosság egészségét tekintve a kelet-nyugati tengely jelent egyfajta „vívásválasztót”: a nyugati országrészben élők egészségi állapota összességében jobbnak mondható, mint a keleti régióban – különösen a délkeleti megyékben – élőké. A korosztályonkénti bontás azonban itt is mutat bizonyos eltéréseket. A fiatalok és a középkorúak esetében a nyugaton és keleten élők egészségi állapotában mutatkozó különbség még az országos tendenciáknak megfelelően alakul, az idősek esetében azonban érdekes jelenségnek lehetünk tanúi: az előbb említett kelet-nyugati tengely helyett itt inkább egy észak-déli törésvonal mutatkozik az adatokban, az ország északi és középső részén lakó idősek egészségi mutatói ugyanis kedvezőbb eredményeket mutatnak, mint a délkeleti és délnyugati megyékben (illetve a Budapesten) élőké (18. táblázat).

17. táblázat
A betegségállapot-mutató értékei település szerinti, az életkor és a nem függvényében (%-os megoszlás, N=4038)

	N	Teljes minta				Férfi				Nő			
		„nem- beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	levé- kénység- korláto- zott	„nem- beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	levé- kénység- korláto- zott	„nem- beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	levé- kénység- korláto- zott
fiatalok (14-35 év)													
község	1495	43,0	17,4	18,0	21,7	46,7	18,0	15,9	19,3	39,4	16,8	19,9	23,9
Város	1010	39,3	19,5	21,9	19,3	45,4	20,4	17,9	16,4	33,9	18,7	25,5	21,9
megye	754	36,7	19,2	22,3	21,8	44,0	19,2	17,9	18,8	30,1	19,2	26,3	24,4
Budapest	780	39,1	17,8	23,8	19,4	45,2	17,6	21,5	15,7	34,1	18,0	25,6	22,3
Összesen	4038	40,1	18,3	20,9	20,7	45,6	18,8	17,8	17,8	35,2	17,9	23,7	23,2
középkorúak (36-50 év)													
község	521	70,9	14,8	11,0	3,3	73,5	15,4	7,9	3,2	68,2	14,2	14,3	3,4
Város	379	58,5	21,6	17,0	2,8	67,3	18,4	10,9	3,3	50,2	24,7	22,7	2,4
megye	271	57,9	20,6	17,1	4,4	66,7	17,0	13,7	2,6	48,3	24,6	20,7	6,3
Budapest	262	67,6	16,1	13,5	2,8	67,8	12,9	13,7	5,6	67,4	19,3	13,3	,0
Összesen	1433	64,6	18,0	14,2	3,3	69,6	16,0	10,8	3,6	59,5	19,9	17,6	3,0
idősek (51- év)													
község	404	36,9	22,2	20,7	20,1	40,6	22,6	19,8	17,0	32,9	21,8	21,8	23,6
Város	285	36,1	20,6	27,5	15,8	40,3	24,0	24,0	11,6	32,1	17,3	30,9	19,8
megye	221	37,8	24,4	23,5	14,3	39,4	25,3	19,2	16,2	36,2	23,6	27,6	12,6
Budapest	192	38,6	22,4	27,3	11,7	46,6	24,7	19,2	9,6	32,1	20,5	33,9	13,4
Összesen	1103	37,2	22,3	24,2	16,4	41,2	23,8	20,7	14,3	33,2	20,7	27,7	18,4
idősek (51- év)													
község	570	21,7	16,3	22,4	39,6	22,6	17,0	21,3	39,2	21,1	15,8	23,2	39,9
Város	345	20,6	16,2	22,8	40,4	22,5	19,4	20,8	37,3	19,3	13,9	24,2	42,6
megye	262	14,0	13,3	26,7	46,0	19,5	16,2	22,1	42,2	10,0	11,2	30,0	48,8
Budapest	326	16,4	16,5	29,9	37,2	22,4	17,6	30,5	29,5	12,2	15,6	29,6	42,6
Összesen	1502	19,0	15,8	24,9	40,4	22,0	17,5	23,3	37,2	16,8	14,5	26,0	42,7

18. táblázat
A betegségállapot-mutató értékei régiók szerint, az életkor és a nem függvényében (%-os megoszlás, N=4038)

	N	Teljes minta				Férfi				Nő			
		„nem- beteg”	„enyhe beteg	„súlyos” beteg	tevé- kenység- korláto- zott	„nem- beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	tevékeny- ség-korláto- zott	„nem- beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	tevékenység- korlátozott
Budapest	780	39,1	17,8	23,8	19,4	45,2	17,6	21,5	15,7	34,1	18,0	25,6	22,3
északnyugat	704	43,2	20,9	21,1	14,8	52,6	18,4	17,4	11,6	34,3	23,2	24,7	17,8
délnyugat	595	42,0	15,2	19,7	23,1	45,9	16,2	17,9	19,9	36,2	14,2	21,4	26,3
közép-kelet	699	40,7	17,4	20,4	21,4	45,2	19,2	18,1	17,5	36,8	15,8	22,4	24,9
északkelet	685	40,3	18,9	20,4	20,4	44,4	20,0	17,1	18,6	36,9	17,9	23,1	22,0
délkelet	576	34,9	19,6	19,2	26,3	39,0	21,5	14,0	25,5	31,0	17,9	24,0	27,1
összesen	4038	40,1	18,3	20,9	20,7	45,6	18,8	17,8	17,8	35,2	17,9	23,7	23,2
fiatalok (14-35 év)													
Budapest	262	67,6	16,1	13,5	2,8	67,8	12,9	13,7	5,6	67,4	19,3	13,3	0
északnyugat	259	64,5	18,2	15,1	2,2	74,0	13,5	11,7	,8	54,1	23,4	18,8	3,7
délnyugat	226	70,0	14,9	12,1	3,0	70,0	17,2	8,9	3,9	69,9	12,3	15,8	2,0
közép-kelet	255	64,0	18,1	15,0	2,9	67,9	19,2	10,5	2,5	60,1	17,0	19,6	3,3
északkelet	243	62,7	18,5	16,0	2,8	67,5	18,0	12,3	2,1	58,0	19,0	19,6	3,4
délkelet	188	57,2	22,9	12,9	7,0	70,2	15,5	6,6	7,7	45,3	29,7	18,7	6,3
összesen	1433	64,6	18,0	14,2	3,3	69,6	16,0	10,8	3,6	59,3	19,9	17,6	3,0
középkorúak (36-50 év)													
Budapest	192	38,6	22,4	27,3	11,7	46,6	24,7	19,2	9,6	32,1	20,5	33,9	13,4
északnyugat	198	43,6	21,9	24,4	10,1	49,5	21,8	20,4	8,3	37,6	22,0	28,4	11,9
délnyugat	174	37,8	21,4	23,8	17,0	44,2	18,9	22,6	14,3	31,2	24,0	25,0	18,7
közép-kelet	189	34,5	18,2	24,5	22,8	40,8	20,0	22,3	16,9	28,5	16,5	26,6	28,4
északkelet	184	32,6	24,6	23,5	19,4	29,0	28,3	23,1	19,7	36,1	21,0	23,8	19,1
délkelet	165	35,3	25,6	21,2	17,9	36,6	29,7	16,4	17,4	33,8	20,9	26,8	18,6
összesen	1103	37,2	22,3	24,2	16,4	41,2	23,8	20,7	14,3	33,2	20,7	27,7	18,4
idősek (51- év)													
Budapest	326	16,4	16,5	29,9	37,2	22,4	17,6	30,5	29,5	12,2	15,6	29,6	42,6
északnyugat	248	20,6	22,9	24,9	31,6	28,4	21,5	21,7	28,4	14,9	23,9	27,2	34,0
délnyugat	195	13,3	10,1	24,7	51,8	13,4	18,5	25,9	48,6	13,3	8,6	23,8	54,3
közép-kelet	255	22,1	16,1	22,8	39,0	21,9	18,0	23,7	36,0	22,3	14,4	22,1	41,2
északkelet	257	24,6	15,1	22,3	38,0	30,7	14,7	17,4	37,2	20,6	15,3	25,5	38,5
délkelet	222	15,7	12,4	22,9	49,0	13,2	19,6	18,5	48,7	17,8	6,5	26,5	49,2
összesen	1502	19,0	15,8	24,9	40,4	22,0	17,5	23,3	37,2	16,8	14,5	26,0	42,7

6.6. Jövedelmi helyzet

A többváltozós elemzés szerint a betegségállapottal kapcsolatban a jövedelmi hatás gyengének bizonyul, s mint már említettük, ez részben a jövedelmi helyzet mérésének bizonytalanságaiból is fakadhat, részben pedig abból a tényből, hogy a jövedelmi helyzet – az egy főre eső jövedelmek nagyságának – alakulása nagyban függ a család korösszetételétől, illetve attól, hogy az egyén az életciklus pályán éppen hol helyezkedik el. A magasabb jövedelmi helyzet ugyanis nem a szakmai pályafutás elején jellemző, hanem inkább annak második szakaszában. A jövedelmi helyzetet emellett alapvetően befolyásolja az is, hogy egy családban hogyan alakul a gyerekszám (a nagyobb gyerekszám és így a több eltartott elsősorban a fiatalabb és középkorú családoknál jelentkezik). Éppen ezért fontos a korösszetétel-hatás „torzító” hatását valamelyest kiszűrni, hiszen az alacsonyabb egy főre eső jövedelemmel rendelkező csoportokban felülreprezentáltak a fiatalok, a magasabb jövedelmi csoportokban a középkorosztály tagjai, a közepes jövedelmi helyzetűek körében pedig az idősek. Részben ennek köszönhető, hogy országosan az alacsonyabb jövedelműek betegségállapot-mutatói a legjobbak, s a közepes jövedelmi helyzetűeké pedig a legrosszabbak (19. táblázat).

Ha a jövedelmi helyzet hatását az egészségi állapotra korcsoportonként vizsgáljuk, a beteg-nem beteg relációban – tehát hogy egyes jövedelmi csoportokban hányan vannak a betegek és nem betegek – jellegzetes különbségek nem mutatkoznak. Abban a tekintetben viszont igen, hogy az egyes jövedelmi csoportokban milyen arányt képviselnek a „súlyos és tevékenységükben korlátozott” betegek. Tendenciaszerűen jelentkezik, hogy a magasabb jövedelmi csoportba tartozók egészségi állapota kevésbé súlyos, kevésbé jelent az életvitelben korlátokat, s ez a jelenség leginkább a középkorúak és az idősek körében figyelhető meg. Bár ez az összefüggés hangsúlyosan jelentkezik, azonban – ha a kérdéshez analitikusan közelítünk – a jelenlegi kedvezőbb jövedelmi helyzet nem annyira a betegségállapot előidézője, okozója, hanem inkább következménye, okozata. A „súlyos és tevékenységkorlátozó” betegségek ugyanis értelemszerűen csökkentik a keresőképességet. Ezt látszik igazolni az is, hogy ha a „súlyos” betegeket összességében vizsgáljuk, függetlenül attól, hogy a betegség milyen mértékű tevékenységkorlátozottsággal jár együtt, a betegségállapot mutatók az alacsonyabb és a magasabb jövedelmű csoportokban többé-kevésbé hasonló értékeket vesznek fel mind a középkorúak, mind az idősebbek körében. A magasabb jövedelmi helyzet és a kedvezőbb egészségi állapot mutató együttjárása inkább csak a fiatalok körében figyelhető meg.

19. táblázat
 A betegségállapot-mutató értékei (az egy főre eső) jövedelmek nagysága szerint, az életkor és a nem függvényében (%-os megoszlás, N=4038)

	N	Teljes minta				Férfi				Nő			
		„nem- beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	tevé- kenység- korláto- zott	„nem- beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	tevé- kenység- korláto- zott	„nem- beteg”	„enyhe” beteg	„súlyos” beteg	tevé- kenység- korláto- zott
alásó kvintilis	903	48,5	16,7	17,7	17,2	51,1	18,0	16,1	14,8	46,0	15,4	19,2	19,5
2	839	40,8	17,3	19,1	22,8	47,9	15,4	15,2	21,6	34,6	19,0	22,6	23,8
3	725	33,5	17,6	22,3	26,7	39,0	19,2	19,7	22,2	29,6	16,4	24,1	29,9
4	805	36,3	18,5	23,7	21,5	40,6	19,7	21,6	18,2	32,5	17,4	23,6	24,5
fejső kvintilis	766	39,9	22,0	22,3	15,8	47,1	21,8	17,3	13,8	32,4	22,1	21,6	17,9
Összesen	4038	40,1	18,3	20,9	20,7	45,6	18,8	17,8	17,8	35,2	17,9	23,7	23,2
fiatalok (14-35 év)													
alásó kvintilis	413	66,7	15,1	13,3	4,8	70,4	15,1	10,4	4,1	63,3	15,1	16,1	5,5
2	305	65,4	18,0	14,0	2,7	73,8	11,3	11,2	3,7	56,9	24,7	16,9	1,5
3	205	59,0	22,2	16,6	2,2	64,0	23,1	10,3	2,4	54,2	21,4	22,4	2,0
4	247	66,7	13,4	17,2	2,7	69,3	12,6	15,3	2,8	64,0	14,3	19,2	2,5
fejső kvintilis	263	62,6	23,3	11,0	3,0	68,1	20,4	7,5	4,1	56,0	26,9	15,3	1,8
Összesen	1433	64,6	18,0	14,2	3,3	69,6	16,0	10,8	3,6	59,5	19,9	17,6	3,0
középkorúak (36-50 év)													
alásó kvintilis	297	38,8	22,7	21,0	17,5	40,3	23,4	21,9	14,4	37,2	21,8	19,9	21,1
2	233	35,1	21,7	20,2	23,1	41,1	23,0	16,1	19,7	28,9	20,3	24,4	26,5
3	169	39,8	19,5	22,1	18,6	40,2	24,4	15,8	16,9	39,4	15,1	25,4	20,2
4	201	34,4	24,0	30,0	11,6	39,2	25,7	24,8	10,3	30,0	22,4	34,7	12,9
fejső kvintilis	202	37,8	23,0	29,5	9,7	45,8	23,1	21,9	9,1	30,7	22,8	36,2	10,2
Összesen	1103	37,2	22,3	24,2	16,4	41,2	23,8	20,7	14,3	33,2	20,7	27,7	18,4
idősek (51-)													
alásó kvintilis	192	24,1	10,7	21,9	43,3	25,6	14,7	18,7	41,0	23,0	7,4	24,5	45,1
2	301	20,3	13,3	23,5	42,9	21,3	13,0	19,4	46,3	19,7	13,4	26,2	40,7
3	351	15,6	14,0	25,7	44,8	18,0	12,7	27,8	41,5	14,2	14,7	24,5	46,6
4	357	16,3	18,9	24,7	40,2	17,6	21,8	24,7	36,0	15,3	16,7	24,7	43,3
fejső kvintilis	301	21,5	20,1	27,4	31,0	28,2	22,3	23,7	25,9	14,7	17,8	31,2	36,4
Összesen	1502	19,0	15,8	24,9	40,4	22,0	17,5	23,3	37,2	16,8	14,5	28,0	42,7

7. Orvoshoz fordulás: látens és diagnosztizált kórok

Mint már korábban említettük, különböző becslések vannak arra vonatkozóan, hogy az egészségügyi intézményrendszer a valóságos morbiditás mekkora részét képes elérni, lefedni. Pontos becslést jelen adatbázis alapján természetesen nem adhatunk, hiszen a vizsgálat a látens betegeknek csak egy meghatározott körét tudja elérni – azokat, akik általuk felismert és definiált panasszal, betegséggel rendelkeznek, arról az interjú során be is számolnak, azonban az egészségügyi ellátórendszerből valamilyen oknál fogva kívül maradnak –, azonban mégis érdemes meghatározni, hogy a felmérés mekkora látens betegarányt tár fel. Egyrészt azért, mert a regisztrált és a látens betegek aktuális számaránya bizonyos értelemben indikátorként szolgálhat abban a tekintetben, hogy egy ellátórendszer mennyire működik hatékonyan. A regisztrált és látens betegek belső arányában bekövetkező elmozdulásokat kedvező irányú mozgás esetén az egészségügyi intézményrendszer funkcionálisabb, kedvezőtlenebb irányú elmozdulás – a látens betegek számarányának megemelkedése – esetén pedig az intézményrendszer diszfunkcionálisabb működésének lehet értelmezni. (Természetesen a távolmaradók aránya a betegek oldaláról közelítve is jelzés értékkel bír, hiszen a távolmaradást nemcsak rendszerspecifikus elemek határozzák meg, hanem egyéni tényezők is: mennyire figyelnek oda az emberek egészségi állapotukra, mit tesznek egészségük megóvása érdekében, a látencia lehetséges csökkenése tehát a nagyobb odafigyelést, s a felelősségteljesebb egészségmagatartás megerősödését mutathatja.) Azért is fontos a látens betegekről külön szólni, mert e betegcsoport definiálásával, s részletesebb bemutatásával – kik ők, milyen betegségeik vannak stb. – meg lehet határozni azokat a tényezőket, amelyek szerepet játszhatnak abban, hogy az egészségügyi intézményrendszer miért nem képes e betegcsoportot megfigyelése alá vonni.

Ideális esetben az egészségügyi intézményrendszernek a valóságos morbiditás minél nagyobb körét kell elérnie és kezelnie. Panaszával, betegségével az elmúlt évben – mint már említettük – az érintettek 69,4%-a fordult orvoshoz, tehát az érintettek közül belül egyharmada maradt az intézményrendszer határán kívül. Az „enyhébb” panaszok, betegségek esetében valamivel nagyobb a távol maradók száma, ilyen típusú panaszokkal, betegségekkel kapcsolatban 60,8%-nyian részesültek taval valamilyen szintű ellátásban. A komolyabb problémákat okozó betegségek kapcsán pedig valamivel többen vették igénybe az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásait (70%). (Magáról az ellátás pontos szintjeiről – milyen szintű orvosi ellátásban részesültek a betegek – részletesebb információink nincsenek, annyit lehet csak megállapítani, hogy a legfelső szintre, kórházi szakaszba az érintettek 17,1%-a került betegségével, a „súlyosabb” betegségekkel rendelkezők közül 13,6%-nyian, az általunk „enyhébbnek” tekintett esetekben pedig 14,6%-nyian. Utóbbi adatsor nagyfokú hasonlósága jól jelzi, hogy a kórházi kezelés ténye önmagában még nem pontos indikátora egy betegségállapot tartósságának, súlyosságának.) Aktuálisan tehát ez az a betegkör, amelyet az egészségügyi rendszer hivatalosan regisztrál, s természetesen még ide sorolódnak azok a betegek is, akik ugyan taval nem kerültek kapcsolatba az egészségügyi intézményrendszerrel, azonban korábban igen (regisztrált betegek).

Adataink szerint a látens betegek – akik panaszukkal, betegségükkel sem taval, sem korábban nem fordultak orvoshoz, tehát teljes mértékben kívül esnek az egész-

ségügy megfigyelési köréből – a betegtársadalom majdnem egyötödét teszik ki¹³. Az érintettek 17,4%-ánál lehet megfigyelni, hogy olyan „enyhébb” vagy „súlyosabb” panasza van, amellyel még sohasem fordult orvoshoz. (Közülük 5,4%-nyian – ha több betegségük is van/volt – minden egyes esetben elérhetetlenek maradtak, 12%-nyian pedig – ha több panaszuk is van/volt – csak panaszaiuk egy része tekintetében nem szokták igénybe venni az egészségügy szolgáltatásait.)

Fontos megjegyezni, hogy a látencia függetlennek mutatkozik a betegállapot súlyosságától. Mind a „súlyosabban”, mind az „enyhébben” betegek körében a regisztrált és a látens betegek belső aránya nagyon hasonlóan alakul. Előbbi betegcsoportban a látencia mértéke 14%-os, utóbbiban pedig 15%-os. A betegségek kapcsán nem annyira a betegség súlyossága hat a látenciára, mint inkább az, hogy milyen betegségről van szó: a betegségek jellege, típusa jobban differenciál. A legnagyobb mérvű látenciát az idegrendszeri problémáknál lehet megfigyelni, a „bevallottan” ilyen típusú panasszal, betegséggel rendelkezők körülbelül egynegyedét nem képes az egészségügy elérni, regisztrálni, ilyen panaszok jelentkezése esetén tehát az orvoshoz való elmenetel esélye az átlagosnál jóval kisebb (20. táblázat). Az ellenpéldát a szív- és érrendszeri betegségek, illetve az érzékszervi megbetegedések jelentik, ahol a látencia – az adatok szerint – csak néhány százalékos, ilyen panaszok megjelenése esetén tehát majdnem automatikus az orvoshoz fordulás. (Ha a látens kör meghatározása során a betegségekre koncentrálnak – 100%-nak az összes panaszt, betegséget véve –, az adatok azt mutatják, hogy a jelentkező panaszok, betegségek az esetek egytizedében nem jutnak el az orvosi szakaszba. Ez az érték egyes betegségeknél eltérően alakul az „enyhébb” és a „súlyosabb” betegségek vonatkozásában – az emésztőszervi és mozgásszervi megbetegedések kapcsán az „enyhébb” panaszok esetében jelentősebb a látencia mértéke, a légzőszervi megbetegedések esetében pedig a súlyosabbnak minősülő betegségek látenciája nagyobb mérvű – összességében azonban mind az „enyhébb”, mind a „súlyosabbnak” tekinthető esetekben egytized körül mozog a látencia értéke, ha a látenciát a betegségekre vetítve vizsgáljuk.)

¹³ Mindez azt jelenti, hogy 100%-nak véve a regisztrált betegeket, a felmérés pluszban körülbelül 20-25% látens beteget hoz be.

20. táblázat
A látens betegek aránya betegségcsoportonként (%-os arányok)

	N	A	B	C
szív, vérkeringés, nyirokérrendszer	1061	3,2	6,0	1,9
légzés, tüdő	346	7,7	4,2	10,8
emésztés, gyomor, máj, epe	627	12,2	14,8	9,7
vese	202	8,0	6,5	10,2
mozgásszerv (izület, gerinc, derék, hát)	1291	9,7	14,8	6,9
bőr	174	9,2	10,6	7,6
látás, hallás	643	6,8	4,7	7,4
idegrendszer	521	24,1	26,6	23,0
nőgyógyászat/prosztata	171	4,4	3,2	7,1
egyéb	140	8,3	11,8	6,4
összesen (100%=betegség)	5177	9,3	11,1	8,2

A: *összlátencia (100%=betegek, regisztrált és látens betegek).*

B: *látencia „enyhébb” betegségek esetében (100%=„enyhébben” (is) betegek).*

C: *látencia „súlyosabb” betegségek esetében (100%=„súlyosabban” (is) betegek).*

A látencia alakulására nemcsak a betegségek jellege, természete, hanem a betegek egyéni szocio-kulturális jellemvonásai is jelentős befolyással vannak. A vizsgált társadalmi-demográfiai tényezők közül legnagyobb differenciáló hatással az életkor jelentkezik (21. táblázat). Az átlagosnál ugyanis jóval magasabb látencia mérhető a 19-29, illetve a 30-39 évesek körében. Előbbiek esetében a regisztrált betegekhez képest a látens betegek 27%-nyian vannak, a 30-39 évesek körébe pedig 23,6%-nyian. Az életkor emelkedésével, az idősebb korcsoportok felé haladva, a látencia mértéke fokozatosan csökken. (A 40 évesek körében a látencia szintje 19,9%-os, az ötvenes korosztályban 14,6%-os, a 60 évnél idősebbek körében pedig átlagosan csak valamivel több mint 10%-os.) Ha csak a súlyosabb betegekre összpontosítunk – ahol az orvosi kontroll hiánya a betegekre nézve vélhetően sokkal súlyosabb következményekkel járhat – akkor is a fiatalabbak, illetve középkorúak nagyobb érintettségét lehet megfigyelni, s ebben a metszetben elsősorban a 30-39 évesek nagyobb mérvű látenciáját kell kiemelni.

21. táblázat
A látens betegek aránya korcsoport bontásában (%-os arányok)

	N	A	B	C
14-18	367	18,6	16,4	15,4
19-29	783	27,0	22,2	18,4
30-39	535	23,6	21,2	20,1
40-49	796	19,9	12,0	18,5
50-59	614	14,6	8,3	13,7
60-69	501	12,1	10,7	10,4
70 -	444	11,8	10,3	8,8
összesen	4038	17,4	15,0	14,0

A: összlátencia (100%=betegek, regisztrált és látens betegek).

B: látencia „enyhébb” betegségek esetében (100%=„enyhébben” (is) betegek).

C: látencia „súlyosabb” betegségek esetében (100%=„súlyosabban” (is) betegek).

Az egyes korcsoportokon belül – a leginkább érintett fiatalok és középkorúak körében – a legnagyobb látencia a felsőfokú végzettségük körében jelentkezik (22. táblázat). A diplomások kiemelkedése részben talán azzal is magyarázható, hogy az iskolázottabb csoportok betegséggel szembeni felismerő képessége az átlagnál valamelyest magasabb szintű, így nagyobb eséllyel kerülhetnek be a látens betegcsoportba is. Az alacsonyabb iskolázottságúak körében – feltételezésünk szerint – nagyobb számban lehet olyan látens betegeket találni, akiket csak orvosi kontroll-vizsgálatok segítségével lehetne kiszűrni, s elképzelhető az is, hogy az „önbevallásra” építő vizsgálati módszer esetükben kisebb hatásfokkal működik. Mindenesetre a felsőfokú végzettségük felülreprezentáltságából adódik a következtetés, hogy ebben a körben a panaszok, betegségek felismerését, megjelenését gyakran nem követi orvosi kontroll. Ebben minden bizonnyal szerepet játszik az, hogy az érintettek az adott problémát kisebb súlyúnak, kevésbé fontosnak vélik – a fiatalabb korosztály esetében ugyanis a látencia elsősorban az „enyhébb” betegségcsoportban érzékelhető – azonban a középkorosztály diplomás tagjai körében a látencia már inkább a súlyosabb (időben tartósabb, állandó problémaforrást jelentő) betegségek kapcsán figyelhető meg. A fiatalok esetében, ha a nagyobb veszélyeztetettséget a súlyosabb betegcsoporton jelentkező nagyobb mérvű látenciával kapcsoljuk össze, akkor fontos megemlíteni a szakmunkásképzőt végzettek nagyobb fokú érintettségét is.

A községlakók esetében sokkal automatikusabb az orvoshoz fordulás gyakorlata, a látencia ugyanis majdnem mindegyik korcsoportban nagyon alacsony értéket vesz fel, a nagyobb településeken viszont valamivel ritkábban fordulnak orvoshoz az érintettek (akik panaszukat, betegségüket felismerik és definiálják). Ezek az adatok egyértelműen azt sugallják, hogy ahhoz a sztereotip vélekedéshez, miszerint a látencia elsősorban a kisebb településeken élő, alacsonyabb társadalmi státusúakat jellemzi, érdemes árnyaltabban közelíteni. (Azt természetesen nem zárjuk ki, hogy – mint már említettük – az alacsonyabb társadalmi státusúak körében nagyobb számban lehetnek olyan betegek, akik rejtett, általuk fel nem ismert, nem definiált panasszal, betegséggel rendelkeznek, vagy kevésbé hajlandóak panaszairól, betegségeikről egy idegen előtt beszélni. Egyébként az adatok azt mutatják, hogy az alacsonyabb társadalmi státusúak nagyobb mérvű látenciája – a magasabb társadalmi státusúakhoz képest – inkább idősebb korban jelentkezik). Mindez azonban összességében nem befolyásolja azt a tényt, hogy a magasabb társadalmi státusúak körében igen jellemző az a gyakorlat, hogy panasz, tünet jelentkezésekor a fiatal és középkorú betegek nem fordulnak automatikusan orvoshoz.

22. táblázat
A látens betegek aránya a társadalmi-demográfiai csoportok bontásában (%-os arányok, a betegek körében)

	N	Teljes minta			Fiatalok (14-34 évesek)			Középkorúak (35-54 évesek)			Idősek (55 évesek)		
		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Nem szerint													
Férfi	1037	18,6	14,9	16,1	23,6	18,9	20,0	20,7	11,4	23,0	14,9	14,7	11,7
nő	1380	16,5	15,1	12,6	27,3	25,6	18,2	18,8	13,4	15,2	11,0	5,0	10,1
Iskolai végzettség szerint													
alapk	1067	14,6	12,2	12,5	17,8	17,4	14,4	17,6	14,3	15,1	13,2	8,9	11,7
szakmunkásképző közfők	533	20,4	15,4	17,4	30,7	22,9	26,1	18,6	10,6	20,0	14,3	10,0	10,7
felsők	541	19,3	19,4	13,3	25,7	21,4	17,8	20,4	16,5	14,8	12,7	21,1	9,7
Település szerint	277	18,5	13,0	16,4	35,6	34,7	21,0	24,0	5,5	29,7	6,3	,0	6,0
Község	852	15,8	11,3	13,7	22,5	18,6	20,8	16,0	13,7	12,2	13,4	2,9	12,9
Város	613	16,9	14,4	14,7	20,4	16,2	17,9	20,5	9,8	21,9	12,6	16,8	9,5
megyeszékhely Budapest	477	19,4	19,1	13,3	29,0	32,2	10,8	22,2	7,3	23,3	12,9	16,1	9,7
Budapest	475	18,8	18,5	14,5	36,4	29,5	28,8	23,4	19,2	21,8	11,2	9,3	9,2
Összesen	2417	17,4	15,0	14,0	25,7	22,6	19,0	19,7	12,3	18,6	12,6	9,5	10,7

A: **összlátencia (100%=betegek, regisztrált és látens betegek).**

B: **látencia „enyhébb” betegségek esetében (100%=„enyhébben” (is) betegek).**

C: **látencia „súlyosabb” betegségek esetében (100%=„súlyosabban” (is) betegek).**

Az orvosi kontroll elmaradásának természetesen nagyon sok oka lehet. A távolmaradásában - a látens betegcsoport esetében - a következő tényezők játszhatnak komolyabb szerepet (23. táblázat):

- a) Egyrészt szerepet játszhat ebben az a megfontolás, hogy az érintettek úgy érzik: panaszaik enyhék, nem fognak sokáig tartani. Ennek valóban szerepe is lehet a távolmaradásban, hiszen e visszatartó tényezőnek az „enyhébbnek” tűnő esetekben valamivel nagyobb magyarázó erő jut. (Ebben az esetben tehát racionális magja is lehet a távolmaradásnak.)
- b) A látens betegek nagy része elmondása szerint általában azért nem szokott orvoshoz fordulni, mert megpróbál nem törődni a jelentkező tünetekkel, megpróbálja valahogy lábba kihordani. E vélemény gyakoribb előfordulása egy olyan magatartásforma jelenlétére utal a látens betegek körében, amely már inkább önsorsrontó, önpusztító beteg-típushoz kapcsolható.
- c) A látens betegek körében a válaszokban az átlagosnál gyakrabban jelentkezik az idő tényezője is. A látens betegek egy nagyobb részét az orvoshoz fordulás-sal együttjáró időbeli kötöttségek, terhek akadályozzák meg abban, hogy panaszával orvoshoz forduljanak, az a tény, hogy túl sokat kell az orvosnál várakozni, túl sok idő megy ezzel el. Ezek az érvek már inkább az egészségügy strukturális tényezőihez kapcsolódnak.
- d) A látens betegek körében relatíve igen magas azok aránya is, akik félelmeiknek adnak hangot: nem szeretnek orvoshoz jární, tartanak a kezeléstől, rosszul érzik magukat a beteg-szerepben, s ezt részben az orvosok viselkedésével, hozzáállásával magyarázzák.

23. táblázat
Az orvoshoz fordulástól visszatartó tényezők (%)

Amikor Ön nem fordul rögtön orvoshoz, mekkora szerepet játszik ebben az, hogy...? (a „nagyon” választ adók %-os aránya)	az összes beteg körében (N=2417)	látens betegek körében (N=418)	regisztrált betegek körében (N=1985)
panaszai enyhék, nem fognak sokáig tartani	46,4	59,9	43,8
megpróbálja valahogy lábon kihordani a betegséget, nem törődik vele	41,9	55,2	39,1
általában tudják milyen gyógyszert kell szednie, és van otthon ilyen gyógyszer	48,5	50,0	48,2
nem ér rá elmenni az orvoshoz, mert lehet, hogy túl sokat kell ott várakozni	13,2	19,6	11,9
attól tart, hogy az orvos táppénzbe veszi, s ezért kevesebb lesz a pénze*	19,1	17,8	19,7
attól fél, hogy emiatt elveszítheti az állását*	15,3	16,5	15,2
nem szeret orvoshoz járni, tart tőlük, esetleg fél tőlük	9,0	15,2	7,6
úgy érzi, hogy az orvosok nem foglalkoznak érdemben a panaszával	7,2	10,0	6,5
úgy gondolja, hogy az orvoshoz fordulás túl sok kiadással jár együtt	9,1	9,2	9,1
túl messze van az orvos, nehezen tud eljutni hozzá	3,2	4,4	3,0
nem tudja, hova, milyen orvoshoz kell fordulnia, kit kell panaszával először megkeresnie	1,5	1,8	1,4

* Csak az aktív dolgozóktól kérdezték, alapsokaságként csak az aktív dolgozók vannak definiálva.

Bibliográfia

- A népegészségtan alapjai, Budapest, Orvostovábbképző Egyetem, 1992.
- Andorka-Antal Z.–Buda–Elekes–Forgács–Gerevich–Józan–Losonczi–Ozsváth (1988):
A társadalmi környezet, életmód, az interperszonális kapcsolatok hatása a lakosság egészségi állapotára. Szociológiai Műhelytanulmányok, 1988.
- Komplex Országos Morbiditási Vizsgálat (KOMOV), 1983.
- KSH (1987): A népesség egészségi állapota (KSH ELAR), KSH, 1987.
- Losonczi Ágnes (1989): Ártó-védő társadalom, ahogy a társadalom betegít és gyógyít..., Budapest, KJK, 1989.
- Losonczi Ágnes (1997): A népegészség állapota, 1997 (kézirat) .
- Dr. Magyar Pál (1996): A légúti megbetegedések növekvő népegészségügyi jelentősége, aktuális kérdései. Háziorvosi Továbbképző Szemle, 1996.
- Népjóléti Statisztikai Évkönyv 1995, KSH, 1997.
- Spéder Zsolt (1997): Egészségi állapot, In: MHP Műhelytanulmányok, Az ajtók záródnak, (szerk.: Sik–Tóth), 1997.
- Dr. Tahin Tamás–Dr. Jeges Sára–Csanaky András (1993): Az egészségi állapotot és az orvoshoz fordulást befolyásoló demográfiai és társadalmi tényezők (Demográfia, 1993).

Melléklet

1. Melléklet
Panaszok, betegségek előfordulási gyakorisága (%-os arányok)

	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	össz.
Nem szerint												
férfi	1907	21,3	9,0	12,2	4,7	29,9	4,8	16,5	12,5	4,0	3,9	54,4
nő	2131	31,6	9,7	20,2	6,8	35,9	6,0	21,1	20,2	7,1	4,2	64,8
Életkor szerint (év)												
14-18	367	2,3	4,7	3,6	1,8	12,8	4,1	8,0	5,0	1,4	3,6	32,7
19-29	783	7,0	3,9	8,7	2,7	10,6	5,0	6,4	5,4	2,8	1,7	32,9
30-39	535	13,8	5,9	14,4	4,6	23,4	5,7	8,9	13,7	6,8	2,9	52,1
40-49	796	25,8	7,8	17,6	5,8	36,4	5,8	18,2	19,1	6,7	3,7	62,9
50-59	614	38,0	13,8	20,4	5,9	46,4	5,0	27,3	21,6	6,4	6,0	77,0
60-69	501	49,7	15,6	24,0	10,2	51,5	7,4	30,9	25,5	6,5	6,8	80,4
70-	444	57,5	16,8	26,7	11,0	55,8	4,8	38,2	27,5	8,9	4,8	87,0
Iskolai végzettség szerint												
8 osztály alatt	503	45,2	14,0	20,0	8,7	47,0	3,9	28,0	25,0	4,0	5,2	75,0
8 osztály	1143	28,1	11,3	15,7	6,7	34,3	4,8	21,0	19,3	5,4	4,1	60,3
szakmunkás- képző	988	20,0	6,2	15,9	4,6	30,3	5,6	14,6	13,0	3,9	3,0	53,9
középfok	964	22,9	7,9	15,8	4,0	28,7	6,0	15,1	13,2	7,3	4,1	56,1
felsőfok	439	25,5	9,6	16,5	6,8	29,9	7,0	21,1	15,1	8,5	5,0	63,0
Utolsó foglalkozás szerint												
vezető	164	36,4	8,5	17,7	5,3	29,4	5,6	20,5	19,4	9,0	5,1	65,3
értelemiségi vállalkozó	238	25,7	11,8	16,7	6,8	32,6	8,0	22,1	13,6	9,7	4,7	64,9
nem diplomás	183	17,8	7,9	15,9	3,8	26,4	6,7	17,7	16,3	5,8	5,7	58,5
szellemi művezető, alsó vezető	529	30,1	8,7	19,5	4,7	33,1	4,6	19,6	18,0	7,7	4,0	63,8
szakmunkás	141	30,6	8,9	22,2	8,1	40,8	8,6	25,1	18,3	7,9	7,3	62,7
segéd- és bet.	896	22,9	8,2	16,0	5,4	32,9	6,4	15,8	14,2	4,7	3,1	58,1
munkás	1051	33,8	12,5	19,8	7,8	40,9	5,0	23,7	21,8	6,4	4,3	67,4
mezőgazdasági												
fizikai	219	36,1	10,5	15,1	7,5	39,2	4,1	19,3	16,1	4,8	4,2	65,4
nem dolgozott	608	13,9	5,9	7,5	3,2	19,2	3,8	11,9	9,9	1,1	3,3	40,8
Település szerint												
község	1495	26,2	9,0	14,6	5,9	31,8	4,3	16,7	15,5	4,7	3,1	57,0
város	1010	25,5	8,6	15,6	5,7	32,9	5,2	17,6	16,1	5,6	3,8	60,7
megyeszékhely	754	28,2	9,7	20,2	5,2	34,4	7,6	20,8	17,6	7,8	5,1	63,3
Budapest	780	28,1	10,6	17,2	6,4	34,3	5,8	23,0	18,2	5,5	5,2	60,9
Régió szerint												
Budapest	780	28,1	10,6	17,2	6,4	34,3	5,8	23,0	18,2	5,5	5,2	60,9
északnyugat	704	24,2	6,6	13,5	5,4	29,5	5,1	17,3	13,5	6,4	2,7	56,8
délnyugat	595	26,0	8,7	15,9	6,9	33,4	4,7	18,1	12,6	6,1	4,5	58,0
közép-kelet	699	26,4	9,9	14,9	5,5	31,8	6,0	18,8	16,6	5,2	4,8	59,3
északkelet	685	26,9	9,5	18,2	5,2	34,0	4,2	15,7	19,1	5,1	3,5	59,7
délkelet	576	29,1	10,9	19,1	5,4	36,0	6,7	20,2	19,1	5,6	3,5	65,1
Egy főre eső jövedelem												
alsó kvintilis	903	18,7	8,6	12,7	5,2	26,9	3,9	13,9	13,9	3,9	2,8	51,5
2	839	27,6	9,1	15,3	4,9	34,3	6,0	18,8	17,5	6,0	2,8	59,2
3	725	33,7	9,7	20,2	7,2	38,5	4,4	22,5	18,5	6,2	5,0	66,5
4	805	30,3	9,4	18,4	6,3	36,5	6,4	22,6	17,7	5,3	5,8	63,7
felső kvintilis	766	25,1	10,2	16,3	5,7	30,3	6,5	17,7	15,6	7,2	4,2	60,1
Összesen	4038	26,8	9,4	16,4	5,8	33,1	5,4	18,9	16,6	5,6	4,1	59,9

1: szív, vérkeringés 2: légzés, tüdő, 3: emésztés, gyomor, máj, epe, 4: vese, 5: mozgásszerv, 6: bőr, 7: látás, hallás, 8: idegrendszer, 9: nőgyógyászat/prosztata, 10: egyéb

2. Melléklet

A „súlyos” (az év nagy részében problémát okozó) panaszok, betegségek előfordulása (%-os arányok)

	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	össz.
Nem szerint												
férfi	1907	13,0	4,9	5,1	1,5	17,6	1,6	11,7	7,0	1,1	1,8	35,6
nő	2131	21,0	4,3	10,4	2,5	22,9	2,3	13,8	10,3	1,5	2,6	46,8
Életkor szerint (év)												
14-18	367	0,0	1,8	0,3	0,3	6,0	0,6	6,1	2,4	0,7	1,8	17,1
19-29	783	3,2	1,4	2,9	0,2	4,0	2,5	4,6	2,5	0,5	0,6	16,7
30-39	535	5,7	2,3	5,9	1,3	10,4	1,1	4,6	7,0	1,3	0,8	25,5
40-49	796	17,1	3,2	7,7	1,9	20,4	2,1	13,3	10,7	0,9	1,4	42,3
50-59	614	24,4	7,0	12,1	2,2	30,7	2,9	18,5	12,8	1,4	4,0	58,3
60-69	501	34,0	8,9	12,4	4,7	37,2	1,8	20,4	13,2	1,9	4,4	67,0
70-	444	41,2	9,1	14,6	4,5	40,4	1,8	25,5	13,2	3,0	3,4	71,6
Iskolai végzettség szerint												
8 osztály alatt	503	32,9	7,2	12,1	3,3	36,1	1,6	18,9	13,6	0,9	2,7	62,1
8 osztály	1143	18,6	6,0	8,3	2,4	22,3	1,5	14,5	10,1	1,4	2,7	43,8
szakmunkás-képző	988	12,2	3,1	6,1	1,5	16,8	1,7	10,5	6,4	0,7	1,5	33,9
középfok	964	14,4	3,2	7,7	1,2	16,3	2,9	10,9	7,3	1,7	1,9	37,1
felsőfok	439	12,9	3,7	6,5	2,4	14,8	2,0	11,1	8,2	1,6	2,3	39,1
Utolsó foglalkozás szerint												
vezető	164	19,8	3,5	6,5	1,3	15,5	2,2	14,1	8,6	2,7	3,8	45,1
értelmiségi	238	12,5	4,8	5,4	3,2	14,7	0,9	10,8	7,8	1,5	2,3	38,8
vállalkozó	183	11,7	3,6	10,0	,0	15,0	3,9	13,3	10,2	0,5	2,1	39,0
nem diplomás szellemi	529	19,8	4,1	10,9	1,8	19,3	2,5	13,9	9,9	1,7	2,8	45,6
művezető, alsó vezető	141	20,1	3,7	9,5	4,8	27,4	2,0	16,3	8,6	2,5	3,2	44,2
szakmunkás	896	14,9	3,6	6,3	1,3	18,7	2,1	11,7	7,8	1,3	1,5	37,7
segéd- és bet. munkás	1051	22,5	6,4	10,9	3,1	28,6	1,9	15,4	10,9	1,2	2,4	49,8
mezőgazdasági	219	23,7	6,0	9,0	2,0	26,2	1,7	12,9	9,7	1,2	1,7	50,1
fizikai	608	9,2	3,2	2,5	1,2	11,4	1,1	8,6	4,9	0,4	1,9	26,7
Település szerint												
község	1495	17,0	4,8	6,8	2,3	21,5	1,7	11,4	8,4	1,0	1,5	39,6
város	1010	16,0	4,3	7,6	1,8	20,6	2,0	11,8	8,1	0,9	1,6	41,3
megyeszékhely	754	18,4	3,5	9,7	1,8	19,5	2,5	14,3	8,6	2,4	3,3	44,1
Budapest	780	18,0	5,4	8,5	1,9	19,0	1,9	15,4	10,5	1,2	3,2	43,1
Régió szerint												
Budapest	780	18,0	5,4	8,5	1,9	19,0	1,9	15,4	10,5	1,2	3,2	43,1
északnyugat	704	15,5	3,0	5,8	2,0	16,9	2,0	11,7	6,5	0,6	1,2	35,9
délnyugat	595	18,5	4,5	8,7	2,2	23,1	1,9	12,4	6,3	1,7	2,9	42,8
közép-kelet	699	16,3	4,7	6,4	2,2	20,8	2,6	12,2	8,0	1,3	2,0	41,8
északkelet	685	15,8	4,8	9,4	2,2	22,2	1,5	10,4	11,0	1,2	1,7	40,8
délkelet	576	19,7	4,9	8,8	1,5	21,5	1,8	14,7	10,1	1,9	2,1	45,5
Egy főre eső jövedelem												
alsó kvintilis	903	12,0	5,3	6,5	1,2	17,5	1,1	9,2	8,3	0,8	1,6	34,8
2	839	17,7	3,2	7,5	1,5	22,5	2,6	12,8	9,8	0,8	1,5	41,9
3	725	22,8	4,6	10,0	3,2	26,3	1,1	15,8	9,0	1,8	2,6	48,9
4	805	20,0	4,9	10,1	2,2	21,3	2,4	15,4	8,5	1,1	2,7	45,2
felső kvintilis	766	14,6	4,7	5,6	2,2	15,2	2,7	11,6	8,3	2,0	2,8	38,1
Összesen	4038	17,2	4,5	7,9	2,0	20,4	1,9	12,8	8,8	1,3	2,2	41,5

1: szív, vérkeringés 2: légzés, tüdő, 3: emésztés, gyomor, máj, epe, 4: vese, 5: mozgásszerv, 6: bőr, 7: látás, hallás, 8: idegrendszer, 9: nőgyógyászat/prosztata, 10: egyéb

Abstract

The economic, social and political changes which started in the last few years and continue even today have a considerable influence on the health and mental condition of the Hungarian population. In consequence of the lack of health surveys, we do not have detailed information on the sociological background of this process. Therefore TÁRKI will start a series of health surveys, which could help to follow in the future the changes taking place in the health condition of the Hungarian population.

This study tries to find an answer for the question how many people are sick in Hungary today. Naturally, when we want to define who is sick and who is healthy, we have to calculate with a lot of notional and methodological problems. The differentiation is particularly problematic in the case of surveys based on interview situations. So in our study - beside demonstrating the results - we have to deal with technical as well as methodological questions in detail.

According to the results of the survey, 60 percent of the examined - 14 years old or older - population had symptoms referring directly or indirectly to a certain illness or disease in 1997. 18 percent had „milder” complaints which usually caused health problems only for one or two months in a year. Most of the people however were struggling with more „serious” problems: with diseases which mostly can be characterized as chronic, long-lasting illnesses (42 percent). Within this group 21 percent had diseases which caused intense limitation and difficulties in leading their life.

If - on the base of the examined social-demographic factors - we try to define the characteristics of the groups whose health condition is in danger, the following conclusions can be drawn. According to the data - in concordance with the results of other Hungarian and international surveys - women are more sick than men. The health condition indicator of the under-educated people, the unskilled, semi-skilled and agricultural workers is also worse than the average, especially within the older cohorts. But in the younger generation managers and people in leading positions also belong to those whose health is endangered. So the health condition of people is seriously influenced by the mental-physical factors to which they are exposed on their place of work. With the appearance of unemployment however, it is the lack of work what means a danger for the health condition of those who are concerned. According to the data of our survey the middle-aged unemployed have the worst health condition indicators in Hungary today.