



Acta Medicinae et Sociologica (2022)
Vol. 13. No. 35. (108-133)

doi:

<https://doi.org/10.19055/ams.2022.11/29/6>

UNIVERSITY OF
DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH SCIENCES

NYÍREGYHÁZA

Ötven év felettiek egészségi állapota és egészségmagatartása

Fábián Gergely¹, R. Fedor Anita², Móré Mariann³

¹ tanszékvezető, főiskolai tanár, Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.; ORCID: 0000-0003-1184-3057

² általános és tudományos dékánhelyettes, intézetigazgató, főiskolai tanár, Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet, 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.; ORCID: 0000-0002-7837-7006

³ dékán, tudományos tanácsadó, Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet, 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.; ORCID: 0000-0001-5066-0646

INFO

Fábián Gergely

fabian.gergely@foh.unideb.hu

Keywords

aging population, health status, eating habits, health culture

ABSTRACT

Abstract

This study presents the results of mapping health status, health behavior and nutritional habits onto a group of aging adults. The data was collected in 2021 using a questionnaire with 684 individuals at the age and over the age of 50. Results indicate that one third of the respondents suffer from some chronic disease and that one out of four is overweight. The health awareness of the group was good. Health literacy showed a significant correlation with education, gender, subjective health, and the presence of a chronic disease.

Kulcsszavak

idősödő népesség,
egészségi állapot,
táplálkozási szokások,
egészségkultúráltság

Absztrakt

Tanulmányunkban az idősödő korosztály egészségi állapotát, egészségmagatartását és táplálkozási szokásait feltérképező vizsgálatunk eredményeit mutatjuk be, melynek adatfelvételét 2021-ben bonyolítottunk le az 50 éves és annál idősebb lakosság körében. Vizsgálatunkban kérdőíves módszert alkalmaztunk, melynek segítségével 684 fő válaszainak kiértékelése vált lehetővé. Eredményeink szerint a válaszadók egyharmada szenved valamilyen krónikus betegségben és minden negyedik túlsúlyos. Az érintett célcsoport egészségtudatossága jónak mondható. Az egészségműveltség szignifikáns összefüggést mutatott az iskolai végzettséggel, a nemmel, a szubjektív egészségi állapottal és a valamilyen krónikus betegség jelenlétével.

A kutatás a GINOP-2.3.4-15-2020-00008 „Komplex Egészségipari Multidiszciplináris Kompetencia Központ kialakítása a Debreceni Egyetemen új innovatív termékek és technológiák fejlesztése érdekében” című pályázat támogatásával valósult meg.

Bevezetés

Közismert, hogy a kelet-európai országokban, köztük különösen Magyarországon a lakosság általános egészségi állapota a legrosszabbak közé sorolható a fejlett országok tekintetében, amelyet nemcsak az aktuális adatok támasztanak alá, hanem számos empirikus kutatás is (Moravcsik-Kornyicki és R. Fedor 2021).

Mindezt nemcsak a rendelkezésre álló objektív adatok igazolják (születéskor várható élettartam, halálozási mutatók, betegségstatisztikák stb.), hanem a lakosok körében mérhető, és az egészségi állapotra vonatkozó általános szubjektív megítélés mutatói is. A saját egészségi állapotát rossznak, vagy nagyon rossznak tartók aránya hazánkban meghaladja az Európai Unió országaiban mérhető átlagértéket (2019-ben 11,8 % vs. 8,4 %), hasonló, vagy szinte azonos a rendszerváltó országokra jellemző adatokhoz, igaz közülük Bulgária, Csehország, Románia és Szlovénia megelőzi ebben a tekintetben Magyarországot. A legkedvezőbb megítélés Máltán mérhető, míg a legkedvezőtlenebb Horvátországban. Megjegyzendő, hogy ez a negatív megítélés Magyarországon csökkent 2021-re, 11,8 százalékról 8,1 százalékra, ez a változás azonban szinte minden tagországra jellemző volt az elmúlt években, így a helyezésünk gyakorlatilag nem változott (EUROSTAT 2022).

Szintén általánosan ismert az a tendencia, hogy a kor előrehaladtával, időskorban romlik az egészségi állapot, jellemzőbbé válnak a különböző tartós-krónikus megbetegedések, az idősebb korosztályok tagjainak egy jelentős része számos korlátozottsággal kénytelen együtt élni ötven év felett.

A korábbi magyarországi egészségfelmérések (ELEF) adatait (Központi Statisztikai Hivatal, 2014, 2019) megerősíti egy, a nyíregyházi lakosok körében végzett kutatás, melynek eredményei szerint a depressziós tünetek súlyossága szignifikánsan nő az életkor emelkedésével és az egészségi állapot romlásával (Sárváry, Majer és Jávorné 2019).

Az életkor előrehaladtával, illetve bizonyos krónikus betegségek hatására változik az érintettek fizikai mobilitása, mely nagymértékben kihat az idősek életminőségére, autonómiájára. Az önálló közlekedés nehézsége, vagy a korábban megszokott közlekedési eszközök használatának beszűkülése (pl.:

személygépkocsi, kerékpár) kiszolgáltatottá teszi az érintett társadalmi csoportot (Joukl és mtsai 2022)

Magyarországon átlagosan minden ötödik lakos él együtt olyan hosszú ideje fennálló korlátozottsággal, amely nehézséget jelent számára a mindennapokban. Idősebb korban ez az arány magasabb, minden második 65 év feletti lakost korlátoz a mindennapokban rossz egészségi állapota. A 16-64 éves korosztályban ez az arány mindössze 14,6 százalék (EUROSTAT 2022).

Éppen ezért válik egyre fontosabb kutatási témává az idősödő korosztályok egészségi állapotának rendszeres vizsgálata, hiszen ezek a felmérések számos információval szolgálhatnak a prevenció és a gyógyítás számára, az alapellátás és a szakellátás tekintetében, ideértve nemcsak az egészségügyi, hanem a szociális szolgáltatásokat is. Az idősödő korosztály egészségi állapotát és egészségmagatartását vizsgáló felmérésünk első, kérdőíves adatfelvételét 2021 első félévében bonyolítottuk le, a pandémiás helyzetre való tekintettel online megkérdezéssel. Kiindulásként a Debreceni Egyetem Egészségtudományi Karának Facebook oldalán tettük közzé a kitöltésre vonatkozó felhívást, illetve annak további megosztási lehetőségét. Ezzel párhuzamosan megkerestük azokat a közösségi médiában regisztrált nyilvános csoportokat, amelyek a célcsoport tagjait képviselik. Az adott közösségek megszólítása azért volt indokolt, mert az adott korosztályt, illetve az egyes kiemelten vizsgálandó betegcsoportok tagjait reprezentálják, valamint az idősödő korosztály azon tagjait, akik eligazodnak az online térben, aktív használói az Internetnek és a közösségi médiának. Kutatásunk alanyai az ötvenéves és annál idősebb korcsoport volt. Mintavételi eljárásként a kényelmi és a szakértői mintavétel kombinációját alkalmaztuk.

Előzetes várakozásainkkal ellentétben a kitöltési hajlandóság szintje alacsony volt, a megszólított csoportok az esetek egy jelentős részében nem reagáltak többszöri megkeresésre sem, így az elemzés számára összesen 325 kitöltött kérdőív állt rendelkezésre.

A kutatás második részében (a pandémiás megszorítások feloldását követően) egy kiegészítő adatfelvételt bonyolítottunk le csoportos mintavételezéssel. Kérdezőbiztosokat készítettünk fel, akik személyesen bonyolították le az adatfelvételt a célcsoport tagjai körében.¹

¹ A kutatás a GINOP-2.3.4-15-2020-00008 „Komplex Egészségipari Multidiszciplináris Kompetencia Központ kialakítása a Debreceni Egyetemen új innovatív termékek és technológiák fejlesztése érdekében” című pályázat támogatásával valósult meg.

A második körös felmérés eredményeként összesen 684 kitöltött és értékelhető kérdőív állt rendelkezésünkre. Az adatbázis létrehozása utáni első elemzéskor kiderült, hogy a mintánkban, az országos adatokhoz képest felülreprezentált a férfiak aránya, így a KSH által közzétett információk (Népszámlálás 2011 és Mikrocenzus 2016, a nemek megoszlására vonatkozó adatok, 2020-2021) alapján a nemekre súlyoztuk adatbázisunkat. Ezt az is indokolta, hogy a nemek aránya relatíve standard volt az elmúlt évtizedben, a nők aránya 58 százalék, míg a férfiaké 42. Ez alapján a mintánk a nemekre vonatkozóan már reprezentatívnak tekinthető. Az elemzés során figyeltünk fel arra, hogy kutatásunk településtípusra nézve is reprezentatív.

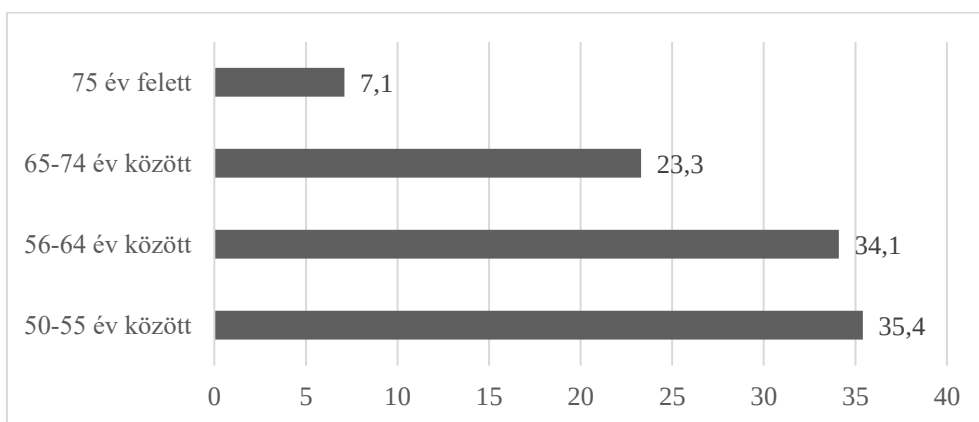
A felmérés több témakört érintett szociodemográfiai jellemzők, egészségi állapot, táplálkozás, egészségkultúráltság. Feltárójellegű tanulmányunkban ezeknek az életminőséget meghatározó dimenzióknak a bemutatására törekedtünk.

Szociodemográfiai jellemzők

A súlyozási eljárást követően a válaszadók körében a nők aránya 58 százalék, míg a férfiaké 42 százalék. A válaszadók átlagéletkora 60 év, a legfiatalabb kitöltő 50, míg a legidősebb 91 éves volt.

A későbbi, összehasonlító elemzések számára életkori csoportokat alkottunk, ezek megoszlását mutatja be az 1. ábra.

1. ábra: A válaszadók életkori megoszlása (%)



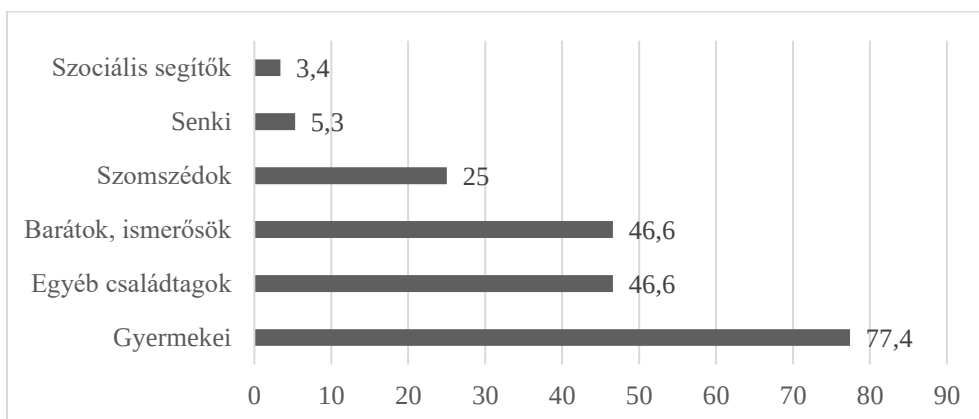
Forrás: saját adatfelvétel (N=684)

Az egyes csoportok életkori határainak kijelölését elsősorban az indokolta, hogy a KSH, illetve több más felmérés is a fenti életkori csoportbontást alkalmazza. A nemek és az életkori csoportok között nem találtunk szignifikáns eltérést, azt azonban ki kell emelni, hogy a legidősebb, 75 év feletti korosztály esetében nőtöbbslet mérhető, ebben az életkori csoportban a hölgyek aránya közel duplája a férfiakénak, ami nem tér el jelentősen az országos jellemzőktől, és alapvetően a nők hosszabb élettartamára vezethető vissza.

A válaszadók döntő többsége (74,6 %) házastársával él együtt, de relatíve magas azoknak az aránya, akik gyermekével (gyermekeivel) élnek egy háztartásban (24,7 %). 14,8 százalék azok aránya, akik úgy nyilatkoztak, hogy egyedül élnek. (Az országos adatokkal való összevetés ebben az esetben korlátozott, mivel a KSH a 65 év felettiek esetében teszi közzé a vonatkozó adatokat, az viszont szinte teljesen megegyezik a mintára jellemző aránnyal, hiszen országosan az időskorúak 14 százaléka él egyedül). Ebben az esetben egy relatíve éles törésvonal figyelhető meg a két legfiatalabb és a két legidősebb korosztály között, hiszen míg a 65 év felettiek, illetve a 75 év felettiek esetében 21,4 százalék az egyedül élők aránya, addig a fiatalabb korosztályok esetében 12-14 %.

Az eltérés nem tekinthető jellemzően szignifikánsnak ($P=0,052$), az azonban megállapítható, hogy a két legidősebb korcsoportban már minden ötödik válaszadó egyedül, egyszemélyes háztartásban él.

A válaszadókat egy kifejezetten erős „természetes védőháló” veszi körül, hiszen többségük rendszeres kapcsolatot ápol gyermekeivel, vagy más családtagokkal, illetve a barátokkal, ismerősökkel (az adott kérdésnél több válaszlehetőséget jelölhettek meg a válaszadók).

2. ábra: Kik látogatják rendszeresen? (%)

Forrás: saját adatfelvétel (N=684)

Ennek az adatnak a többrétű elemzéséhez érdemes hozzávinnünk azt, hogy a válaszadók többsége házastársával él együtt, így a védőháló kifejezetten széleskörűnek számít, emiatt is érdemes megvizsgálni, hogy mely csoport esetében játszanak fontos szerepet a szociális szakemberek.

1. táblázat: Szociális szakemberek által gondozott személyek aránya az egyes korcsoportokban (%)

50-55 év között	56-64 év között	65-74 év között	75 év felett
2,1	0,4	6,5	18,8

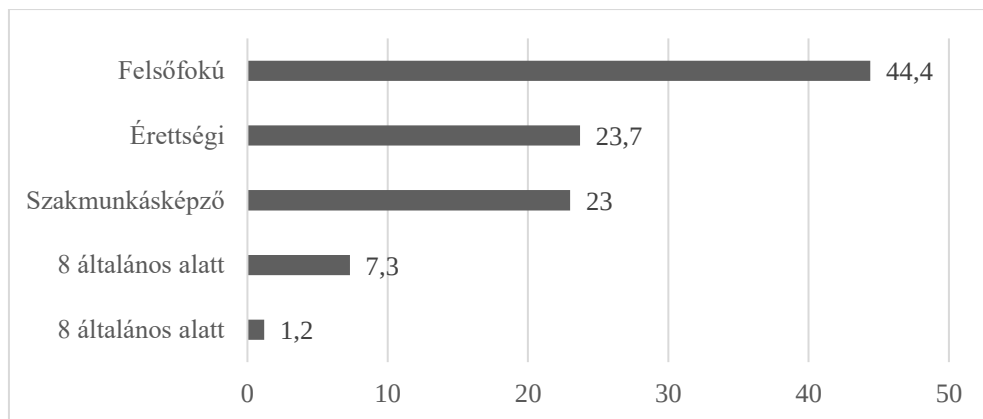
Forrás: saját adatfelvétel (N=660. Chi-négyzet=41,192. DF=3. P<0,001)

Szignifikáns eltérés mérhető az egyes életkori csoportok között, míg a fiatalabbak esetében alacsony azoknak a személyeknek az aránya, akik szociális gondoskodást igényelnek, a legidősebbek esetében ez az arány már megközelíti a 20 százalékot. Mindez magyarázható az időskorban fellépő intenzívebb ápolási-gondozási igényekkel, amely nemcsak hazánkra jellemző, hanem általánosnak mondható nemzetközi tendencia.

A megkérdezettek harmada él falun, míg hetven százalékuk már valamilyen városi ranggal rendelkező településen. Ez az arány teljesen megegyezik a hazai adatokkal, hiszen a KSH közlései szerint a magyar populáció 69,5 százaléka él városokban. Az eddig megismert változók (nem, életkor) esetében szignifikáns eltérés nem mérhető annak függvényében, hogy ki milyen településen él, a szociodemográfiai jellemzők közül egyedül az iskolázottság mutat ilyen

összefüggést. Emiatt elsőként érdemes megvizsgálni a minta iskolai végzettség szerinti megoszlását.

3. ábra: A válaszadók iskolai végzettség szerinti megoszlása (%)



Forrás: saját adatfelvétel (N=684)

A felmérték körében az országos jellemzőkhöz képest magasabb a diplomások aránya, illetve alacsonyabb a kizárólag nyolc osztályt végzetteké. A valamilyen középfokú végzettséggel rendelkezők aránya hasonló az országos jellemzőkhöz.

Szignifikáns eltérések figyelhetők meg az eddig megismert változók körében. A településtípusok esetében az alacsonyabb végzettséggel rendelkezők körében az alapmegoszláshoz képest jóval magasabb a falun élők aránya, míg a diplomások zöme valamilyen városban él. Ez utóbbi szinte természetesnek mondható, mivel a városokban található döntő többségben azok a munkalehetőségek, amelyek felsőfokú végzettséget igényelnek, illetve diplomához kötöttek.

Hasonlóan szignifikáns eltérés mérhető a nemek tekintetében, mivel a férfiak körében jóval magasabb a diplomások aránya (58,6 %), mint a nők körében (29,4 %). A hölgyek dominánsan valamilyen középfokú végzettséggel rendelkeznek. Az életkor esetében megfigyelhető eltérés, hogy a két legidősebb korosztályban jóval magasabb az alapfokú végzettséggel rendelkezők aránya (41 százalék és dominánsan 8 osztály), szemben a két fiatalabb korcsoporttal, akiknél a diplomások aránya magasabb (47,6, illetve 38,6 %).

Az adatok szerint a válaszadók hatvan százaléka még aktív korú foglalkoztatott, közel harmaduk nyugdíjas, illetve tizedük már nyugdíjas, de még aktív résztvevője a munkaerőpiacnak, és mindössze 2,5 százalék azok aránya, akik jelenleg munkanélküliek. Bár országos viszonylatban csak becslések állnak rendelkezésre, mégis érdemes megjegyezni, hogy a nyugdíj mellett foglalkoztatottak aránya hazánkban 10 % körül alakul (KSH 2021).

Szignifikáns eltérés nem mérhető a nemek tekintetében, annyit mégis érdemes kiemelni, hogy a férfiak körében valamivel magasabb a foglalkoztatottak aránya, illetve a nők körében azoké, akik már nyugdíjasok, de még dolgoznak a nyugdíj mellett. Az életkorral való összevetés természetesen szignifikáns különbségeket mutat, azaz minél idősebb valaki, annál inkább tartozik a nyugdíjasok csoportjába. A nagyon kedvező foglalkoztatottsági mutatók hátterében az általánostól jóval magasabb iskolai végzettség áll. A vizsgálatban rákérdeztünk arra is, hogyan ítélik meg a válaszadók anyagi helyzetüket. A válaszadók ötöde nyilatkozott úgy, hogy jó vagy nagyon jó anyagi körülmények között él, 15 százalék fogalmazott meg ezzel teljesen ellentétes véleményt, míg a többség (66 %) úgy vélte, hogy anyagi helyzete átlagosnak mondható.

A különböző országos vagy regionális kutatásokhoz hasonlóan vizsgálatunkban is azok vannak többségben, akik saját helyzetüket átlagosnak ítélik meg. Az anyagi helyzet szubjektív megítélése nem mutat szignifikáns eltérést a nemek függvényében. Az életkori csoportok esetében azonban már jól látható eltérések mérhetőek.

2. táblázat: Az anyagi helyzet megítélése az egyes korcsoportokban (%)

	50-55 év között	56-64 év között	65-74 év között	75 év felett
Jó vagy nagyon jó	20,9	18,6	22,0	8,5
Átlagos	65,8	70,7	55,2	59,6
Rossz vagy nagyon rossz	13,2	10,7	22,7	32,0

Forrás: saját adatfelvétel (N=660. Chi-négyzet=29,040. DF=12. P=0,004)

Az átlagoshoz képest a legidősebbek esetében mérhető jelentősebb eltérés, hiszen körükben a legalacsonyabb azoknak az aránya, akik anyagi helyzetüket jónak, vagy nagyon jónak ítélik meg, illetve a legmagasabb a negatív vélekedés. Ennek hátterében nyilvánvalóan az áll, hogy ez a korosztály már

egyáltalán nem aktív a munkaerőpiacon, következésképpen munkajövedelemmel sem rendelkeznek, kizárólag egy jövedelemtípussal, öregségi nyugdíjjal vagy valamilyen nyugdíjszerű ellátással.

Még erőteljesebb összefüggés figyelhető meg az iskolai végzettség függvényében.

3. táblázat: Az anyagi helyzet megítélése az iskolázottság függvényében (%)

	8 általános alatt	8 általános	Szakmunkásképző	Érettségi	Felsőfokú
Jó vagy nagyon jó	11,1	11,3	11,6	14,0	29,0
Átlagos	66,7	45,3	68,0	72,0	62,9
Rossz vagy nagyon rossz	22,2	43,4	20,3	14,0	10,0

Forrás: saját adatfelvétel (N=660. Chi-négyzet=77,593. DF=16. P<0,001)

Szinte lineárisnak mondható összefüggés figyelhető meg az adatok között, minél magasabb végzettséggel rendelkezik valaki, annál magasabb a pozitív megítélés és alacsonyabb a negatív megítélés aránya. Ez nyilvánvalóan annak köszönhető, hogy a magas végzettséggel rendelkezők kedvezőbb helyzetben vannak a munkaerőpiacon, magasabb jövedelemmel rendelkeznek, illetve ennek köszönhetően (is) magasabb összegű nyugellátással rendelkeznek. Ezt a helyzetet erősíti meg, ha a megítélést a munkaerőpiaci helyzettel vetjük össze.

4. táblázat: Az anyagi helyzet megítélése a munkaerőpiaci helyzet függvényében (%)

	Dolgozik	Munkanélküli	Nyugdíjas, de mellette dolgozik	Nyugdíjas, már nem dolgozik
Jó vagy nagyon jó	21,8	5,9	25,0	13,3
Átlagos	70,2	52,9	53,9	59,1
Rossz vagy nagyon rossz	8,1	41,2	21,1	27,6

Forrás: saját adatfelvétel (N=660. Chi-négyzet=60,837. DF=12. P<0,001)

Két csoportban mérhető az átlagosnál magasabb elégedettség, az aktív dolgozóknál, és azok körében, akik nyugdíj mellett vállaltak munkát, vélhetően az ő körükben mérhetőek a legmagasabb jövedelmek. A nyugdíjasok

csoportjára egyfajta kettősség jellemző, aminek háttérében egyértelműen a kapott juttatás mértéke áll. A jelenlegi ellátások tükrében nem meglepő, hogy a munka nélkül lévők negatívan ítélik meg anyagi helyzetüket.

Egészségi állapot

A magatartás-epidemiológiai és az egészségszociológiai kutatások széles körben használt mérőeszköze az önminősített egészségmutató, amely az egészségi állapot és az életminőség globális indikátora, és amely az egyén saját egészségére vonatkozó általános percepcióját jelenti. Az egészség definíciója ugyanis nemcsak a sérülések és a betegségek hiányát jelenti, hanem a fizikai, a mentális és a szociális jólét függvénye is (Lundberg és Manderbacka, 1996). A mutatót gyakran használják az egészség szubjektív értékelésének egyik formájaként. Hasznos a lakosság általános egészségi állapotának értékelésekor, valamint az egészségügyi egyenlőtlenségek feltárásában. Nemzetközi kutatások általános konklúziója, hogy az önminősített egészségi állapot számos betegség (rák, stressz, szív-és érrendszeri megbetegedések és egyéb krónikus megbetegedések) esetében a morbiditás és mortalitás megbízható előrejelzője. Statisztikai értelemben a kutatók erős korrelációt találtak a krónikus betegségek jelenléte, a mortalitás és az egészségi állapot szubjektív megítélése között. Különböző betegcsoportok, illetve az időskorúak körében is gyakran alkalmazott mutató, többek között az egészségügyi beavatkozások hatékonyságának értékelésekor (Idler és Benyamini 1997; Singh-Manoux et al. 2007; Palladino et al. 2016; Wuorela et al. 2020). Szintén általános eredménye az empirikus kutatásoknak, hogy az egészségi állapot szubjektív megítélését nemcsak a fizikai állapot határozza meg, hanem a pszichoszociális jellemzők és a szocioökonómiai státusz is (Shields és Shooshtari 2001; Antczak és Mischczyńska 2020).

Az egészség, az egészségi állapot meghatározása, fogalmának értelmezése jelentős változáson ment keresztül az utóbbi évtizedekben a medikális szemlélettől a holisztikus megközelítésig (Moravcsik-Kornyicki és R. Fedor 2021).

Ez utóbbiból kiindulva, figyelembe véve kutatásunk célkitűzéseit, az egészség fő meghatározói közül elsődlegesen az egyéni életmódból fakadó determinánsokat vizsgáltuk (egészségi állapot önminősítése, táplálkozás, testtömeg, szolgáltatások igénybevétele, rizikófaktorok, krónikus betegségek), figyelembe véve természetesen a szociodemográfiai jellemzőket, mivel azok a

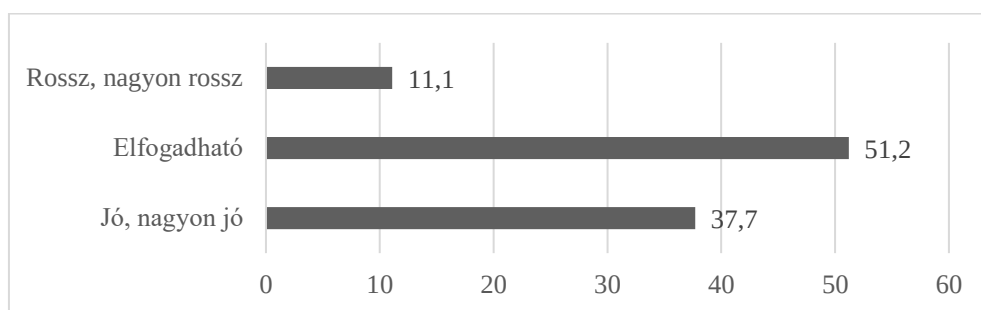
kutatások eredményei alapján jelentősen befolyásolják az egészségi állapotot, az egészségtudatosságot és az egészségmagatartást (Libicki és R. Fedor 2020).

Bár vizsgálatunk nem terjed ki az idősök fizikai aktivitásának felmérésére, nem szabad elfeledkeznünk róla, mint az egészségmagatartás egyik fontos tényezőjéről. Jelentőségét különösen a kognitív működésre gyakorolt jótékony hatása támasztja alá (Mile, Fábián, Tatai és Csiki 2020).

Kutatásunk elméleti alapját az ún. Meikirch modell alkotja, amely szerint az egészség fő alkotóelemei egyrészt az egyéni tényezők, amelyek magukba foglalják az életút során keletkező szükségleteket és kihívásokat, az egyén biológiai potenciálját, valamint az egészség társadalmi és környezeti tényezőit (Csizmadia 2018).

Az egészségi állapot feltérképezésekor elsőként a válaszadók szubjektív, vagy önminősítő megítélését vizsgáltuk.

4. ábra: Az egészségi állapot szubjektív megítélése (%)



Forrás: saját adatfelvétel (N=684)

A válaszadók fele tartja egészségi állapotát elfogadhatónak, közel 40 százalékuk jónak, vagy nagyon jónak, és mindössze 11 százalék nyilatkozott úgy, hogy egészségi állapota rossz, vagy nagyon rossz. Bár az országos adatokkal való összehasonlítás csak korlátozottan lehetséges, mivel minden felmérésben a normál felnőtt lakosságot (16 éves és annál idősebb) vizsgálják, a KSH 2019-re vonatkozó közlése alapján a hazai felnőtt lakosok körében az egészségi állapot önminősítése esetében is 10 százalék körül alakul azok aránya, akik azt rossznak, vagy nagyon rossznak tartják.² Országosan magasabb a pozitívan nyilatkozók aránya (50-60 százalék közötti), ez azonban a fiatal korosztályok magasabb arányával magyarázható.

² Az országos adatok minden esetben a KSH-ELEF (Európai Lakosságfelmérés, 2019) vizsgálatból származnak.

A nemek függvényében szignifikáns eltérés nem tapasztalható, azt azonban mindenképpen meg kell említeni, hogy a férfiak körében magasabb a pozitív megítélés aránya, ami megfelel a hazai, illetve a nemzetközi tendenciáknak. Az életkor esetében már szignifikáns különbségeket tapasztalhatunk az egyes korcsoportok között:

5. táblázat: Az egészségi állapot szubjektív megítélése az egyes korcsoportokban (%)

	50-55 év között	56-64 év között	65-74 év között	75 év felett
Jó vagy nagyon jó	48,1	39,9	24,7	12,8
Elfogadható	45,1	50,9	57,8	57,4
Rossz vagy nagyon rossz	6,8	9,3	17,5	29,8

Forrás: saját adatfelvétel (N=660. Chi-négyzet=51,129. DF=12. P<0,001)

Ebben az esetben is szinte lineáris összefüggés mérhető, minél idősebb korosztályokat vizsgálunk, annál magasabb azok aránya, akik rossznak, vagy nagyon rossznak tartják az egészségi állapotukat, illetve annál alacsonyabb a pozitív megítélés aránya. Ez a tendencia megfelel a nemzetközi szinten és az országosan mért jellemzőknek, azzal az eltéréssel, hogy országosan magasabb a negatívan vélekedők aránya (pl. a legidősebb korcsoportban már 40 százalék), és alacsonyabb a pozitívan nyilatkozók száma.

Hasonlóan szignifikáns eltérés mérhető az iskolai végzettség függvényében.

6. táblázat: Az egészségi állapot megítélése az iskolai végzettség függvényében (%)

	8 általános alatt	8 általános	Szakmunkásképző	Érettségi	Felsőfokú
Jó vagy nagyon jó	22,2	15,1	20,8	40,3	50,4
Elfogadható	44,4	60,4	65,9	47,0	43,3
Rossz vagy nagyon rossz	33,3	24,5	13,3	12,8	6,4

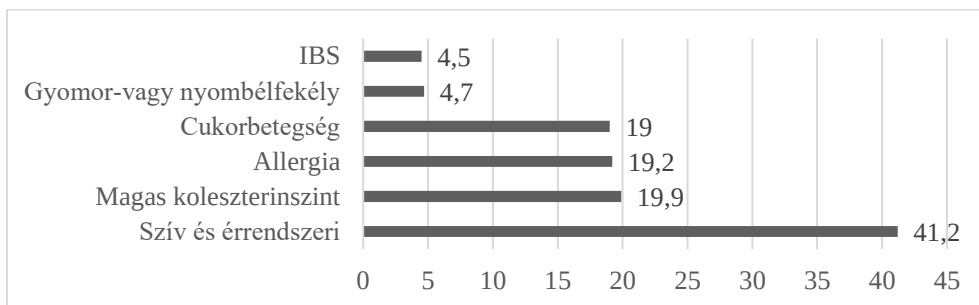
Forrás: saját adatfelvétel (N=660. Chi-négyzet=77,677. DF=16. P<0,001)

Az iskolázottsággal való összefüggés is egyértelmű, minél magasabb végzettséggel rendelkezik valaki, annál pozitívabb az egészségi állapot önminősítése. Ez az eltérés is megegyezik az országos tendenciákkal, általánosan mondható szabályszerűség, hogy az iskolázottabbak gyakrabban nyilatkoznak pozitívan, mint a kevésbé iskolázott csoportok tagjai. Hasonló összefüggés látható a településtípus vizsgálatánál is, a városokban élők általában pozitívabban ítélik meg egészségi állapotukat, ennek hátterében azonban az iskolázottság állhat (a magasabb végzettséggel rendelkezők döntően a városokban élnek).

Az általunk mért szociodemográfiai változók szignifikáns összefüggést mutattak az önminősített egészségi állapottal, ezért annak kiderítésére, hogy melyek azok, amelyek a legerőteljesebben befolyásolják a megítélés alakulását, lépcsőzetes regresszióelemzést végeztünk. A legerősebb hatást az iskolai végzettség gyakorolja, ezután lép be a modellbe másodikként az életkor, míg a nem és a településtípus kizárásra került. Ha további változókat is bevonunk a modellbe, a hatások erősségének sorrendje az első két helyen változatlan (iskolai végzettség és életkor), ugyanakkor harmadik helyre belép az a jellemző, hogy valaki rendelkezik-e krónikus betegséggel vagy sem. Emiatt érdemes áttekinteni a vonatkozó információkat.³

A válaszadók 32,5 százaléka szenved valamilyen krónikus betegségben. Ez az arány alacsonyabb, mint országosan, hiszen 2019-ben a magyar lakosság 48 százaléka számolt be arról, hogy van krónikus, legalább 6 hónapja fennálló, vagy vélhetőleg a későbbiekben legalább ugyanennyi ideig tartó betegsége, igaz az országos adatok a 15 évesnél idősebb korosztályokra vonatkoznak (KSH, 2019). Vizsgálatunkban a leggyakrabban előforduló betegségek a következők voltak:

³ A kérdést úgy tettük fel, hogy szenved-e olyan krónikus, hosszú ideje tartó, lassú lefolyású betegségben, amely legalább 6 hónapja tart, vagy előreláthatólag legalább 6 hónapig fog tartani.

5. ábra: A leggyakoribb krónikus betegségek (%)

Forrás: saját adatfelvétel (N=684)

Az adatok alapján a válaszadók körében valamivel magasabb a cukorbetegség aránya, mint a normál felnőtt populációban (19 – 15 %), illetve alacsonyabb az IBS (irritábilis bél szindróma) betegek aránya (országosan 10-20 %). Az adatok értelmezésekor ugyanakkor azt is figyelembe kell venni, hogy a fenti esetekben a már diagnosztizált betegségekről van szó, és mind az IBS, mind a diabetes esetében igen magas a látencia.⁴

A már megismert szociodemográfiai változókkal való összevetésben szignifikáns eltérések nem mérhetőek, ez nyilvánvalóan abból adódik, hogy válaszadóink kivétel nélkül az idősebb, illetve legidősebb korosztály tagjai. Így pl. az általunk definiált életkori csoportok körében minden esetben 25 százalék felett van a krónikus betegségben szenvedők aránya.⁵

Visszatérve a már bemutatott regressziós modellre, a krónikus betegség jelenléte meghatározó az önminősítés esetében. Azok körében, akik rendelkeznek valamilyen krónikus betegséggel a negatív megítélés aránya 15 %, a pozitívan nyilatkozóké pedig 28 százalék, szemben az egészségesnek minősíthető csoporttal, ahol a negatív megítélés aránya 10 %, a pozitív 41 %.

Amennyiben azt vizsgáljuk, mely krónikus betegségek jelenléte hat szignifikánsan az egészségi állapot megítélésére, az allergia és az IBS esetében nem található ilyen összefüggés (ez adódhat a relatíve kis esetszámból is), a többi betegség esetében azonban igen.

⁴ A pályázati programnak megfelelően vizsgálatunkban elsősorban a diabetesben és az IBS betegségben szenvedőkre koncentráltunk.

⁵ Az egyes életkori csoportok körében 25 és 33 százalék közötti arányok mérhetőek, azonos vagy nagyon hasonló értékekkel, ami miatt statisztikai szempontból az eltérések nem szignifikánsak.

7. táblázat: Az egészségi állapot negatív megítélése (rossz vagy nagyon rossz) az egyes krónikus betegségekben szenvedők körében (%)

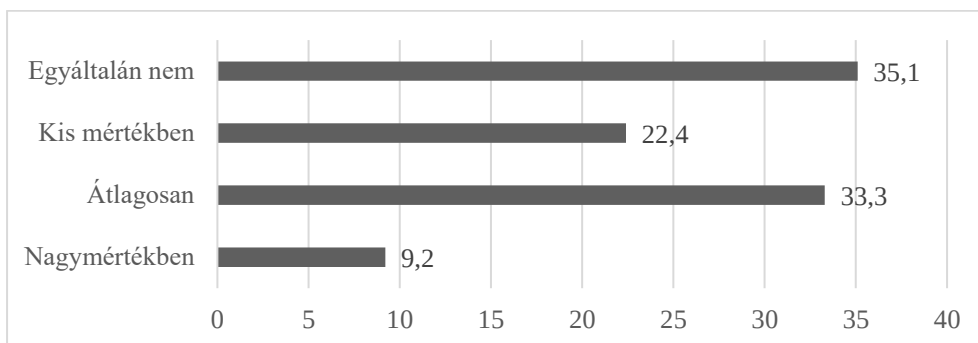
Gyomor- vagy nyombélfekély	59,1
Magas koleszterinszint	19,7
Szív- és érrendszeri betegség	17,1
Cukorbetegség	16,5

Forrás: saját adatfelvétel (N=684)

A legmagasabb arányban a gyomor- vagy nyombélfekélyben szenvedők ítélik meg rossznak az egészségi állapotukat, a legkisebb arányban a cukorbeteg. Ennek hátterében valószínűleg az állhat, hogy a megfelelően kezelt diabetes tünetei nem annyira súlyosak, kevésbé akadályozzák a válaszadókat a mindennapi tevékenységek ellátásában, illetve maguk a válaszadók is megtanultak együtt élni ezzel a betegséggel és megfelelő módon kezelik őket, illetve ők magukat (pl. gyógyszerek megfelelő szedésével, inzulinadagolással). Erre utal az az eredmény is, hogy a válaszadók 73 százaléka nyilatkozott úgy, hogy pontosan ismeri a diabetes kezelésének módját, sőt 81,6 % véli úgy, hogy pontosan tisztában van azzal, hogy milyen szövődményei lehetnek a diabetesnek. Ezek az arányok jóval magasabbak a cukorbeteg arányánál, úgy tűnik, hogy a megkérdezettek a betegségtől függetlenül is tisztában vannak (saját megítélésük szerint) annak jellemzőivel és hatásaival.

A cukorbetegségben szenvedők esetében rákérdeztünk arra is, hogy jelentkeztek-e szövődmények a betegség következményeként. Ezek aránya 45,3 százalék volt, azaz majdnem minden második diabeteses esetben jellemző volt. A szövődmények ugyanakkor kevésbé gátolták a betegeket a mindennapi tevékenységekben.

6. ábra: Mennyiben korlátozták a diabetes szövődményei a mindennapi tevékenységek elvégzését (%)



Forrás: saját adatfelvétel (N=127)

Valamilyen szintű gátoltságról a cukorbetegek egy jelentős része beszámolt a felmérésben, ugyanakkor nagymértékű gátoltságot a betegek közel 10 százaléka említett, és relatíve magas azoknak az aránya, akiknél jelentkeztek valamilyen szövődmények, ezek azonban nem jelentettek semmilyen problémát a mindennapi tevékenységek elvégzésében.

Az IBS betegségekre való tekintettel rákérdeztünk a székletürítés jellemzőire is. Amennyiben a napi minimum 1, maximum 3 alkalmat tekintjük normálisnak, akkor a válaszadók többsége ebbe a csoportba sorolható, ugyanakkor 3,5 százalék nyilatkozott úgy, hogy állandó székrekedéssel küszködik, illetve 11 százalékra jellemző, hogy rendszertelen a székletürítése.

A már említett látencia miatt ezek az információk azért is lehetnek fontosak, mert főleg ez utóbbi két csoport esetében akár egy még nem diagnosztizált IBS is feltételezhető. Ebben az esetben a betegség előfordulási aránya megközelítheti, illetve elérheti az országosan jellemző arányokat.

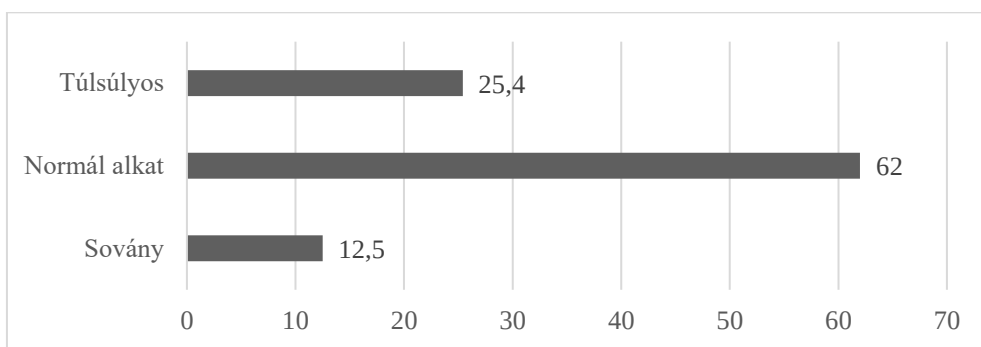
A válaszadók döntő többsége (80 %) csak nagyobb fájdalmak, panaszok esetében fordul orvoshoz, mindössze 11 százalék azok aránya, akik panaszmentesen is felkeresik (döntően) háziorvosukat, mivel szeretnék tudni, milyen az aktuális egészségi állapotuk. A háziorvossal, szakorvossal való találkozást természetesen jelentősen befolyásolta a pandémia, a válaszadók alapvetően telefonon tartották a kapcsolatot orvosukkal, ez a megkérdezést megelőző egy év tekintetében átlagosan 1-2 alkalommal fordult elő, ugyanakkor 53 % jelezte, hogy szükséges lett volna felkeresni egy szakorvost, de erre nem került sor. A háziorvos, szakorvos felkeresése, illetve annak gyakorisága általában fontos mutatója az egészségtudatos magatartásnak, az

elmúlt két év adatai azonban nem igazán megbízhatóak a pandémia, illetve az azzal párhuzamosan bevezetett korlátozó rendelkezések miatt.

Vizsgálatunkban rákérdeztünk a válaszadók testsúlyára és magasságára is, amelynek segítségével meg tudtuk állapítani a BMI értékét is. Az összes válaszadó esetében a BMI átlaga 28,4, ami az idősebbek esetében a normál tartományba esik.

A további vizsgálatoknál a WHO ajánlását követve az idősebb generációkra vonatkozó értékeket vettük figyelembe⁶, így alakítottuk ki az alábbi csoportokat (WHO, 2002).

7. ábra: A testtömeg alakulása a BMI értékek alapján (%)



Forrás: saját adatfelvétel (N=671)

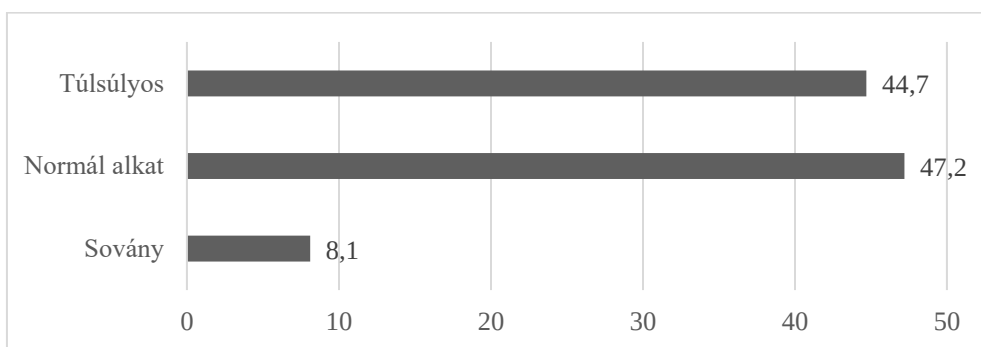
Annak ellenére, hogy a mintában a normál testalkat a domináns, a túlsúly már minden negyedik válaszadóra jellemző. A nemek tekintetében nem mérhető szignifikáns eltérés, annyit azonban érdemes kiemelni, hogy a férfiak körében magasabb a soványak aránya, a túlsúlyosság azonban mindkét nem esetében azonos értékeket mutat. Az életkor tekintetében sem tapasztalható szignifikáns eltérés, arra azonban fel kell hívni a figyelmet, hogy a legfiatalabb korcsoportban a legalacsonyabb a túlsúlyosak aránya (18 %) és a 65-74 évesek körében a legmagasabb (30 %).

Hasonló adatsort kapunk, ha az iskolai végzettséget vizsgáljuk, míg a legalacsonyabb végzettséggel rendelkezők körében magasabb arányok jellemzőek, addig a diplomások esetében a teljes mintára kapott értékek dominálnak, de ez az összefüggés sem tekinthető szignifikánsnak.

⁶ Sovány: 23 pont alatt, normál testalkat: 23-30 pont között, túlsúlyos: 31 pont felett, illetve eltekintettünk a kórosan sovány és a súlyos fokú elhízás kategóriáktól, mivel ebbe a két csoportba mindössze 2, illetve 15 fő került be.

Amennyiben az egészségi állapot szubjektív megítélésével vetjük össze az adatokat, már szignifikáns eltéréseket mérhetünk. Eszerint, azok körében, akik jónak vagy nagyon jónak tartják egészségi állapotukat 21 százalék a túlsúlyosak aránya, azok körében, akik rossznak, vagy nagyon rossznak már 75 %. Ez egyben azt is jelenti, hogy a túlsúlyosnak minősített válaszadók maguk is érzik és értik, hogy az elhízás komoly rizikófaktor, ami jelentős hatást gyakorol az általános egészségi állapotra. Emiatt azt is érdemes volt megvizsgálni, mely betegségek mutatnak összefüggést a túlsúlyossággal. Általánosságban elmondható, hogy a krónikus betegségben szenvedők körében az átlagnál magasabb a túlsúlyosak aránya (35 %), szignifikáns összefüggés azonban csak két betegségtípusnál volt megfigyelhető, a szív-és érrendszeri betegségben szenvedők csoportjában (szintén 35 %) és a cukorbetegség esetében.

8. ábra: A testtömeg alakulása a cukorbeteg körében (%)



Forrás: saját adatfelvétel (N=127. Chi-négyzet=29,443. DF=2. P<0,001)

Jól látható, hogy a cukorbeteg körében az összes válaszadóhoz képest szinte a duplája az elhízottak aránya. A vizsgálat adataiból azt nem tudjuk megmondani, hogy ezekben az esetekben a diabetes kialakulása az elhízásra vezethető-e vissza, vagy a betegség következménye, azt azonban ki kell emelni, hogy a túlsúlyosság komoly rizikófaktor a legtöbb krónikus betegség, így a diabetes esetében is.

A további rizikófaktorok esetében az alkoholfogyasztás kevésbé jellemző, hiszen a válaszadók 24 százaléka egyáltalán nem fogyaszt alkoholt, közel 60 százalékuk csak nagyon ritkán, és mindössze 4,5 százalék jelezte azt, hogy napi szinten fogyaszt alkoholt. Ez utóbbi csoport sem tekinthető természetesen automatikusan alkoholbetegnek, mivel a napi fogyasztás kismértékű is lehet.

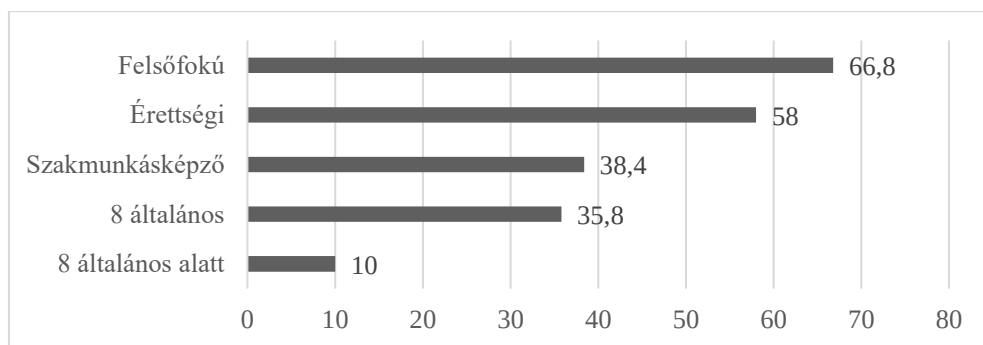
A dohányzás már komolyabb rizikófaktornak tekinthető, mert bár a válaszadók jelentős része egyáltalán nem dohányzik, 25 százalékuk azonban erős dohányosnak minősíthető, naponta dohányzik. Az alkoholfogyasztás, illetve a dohányzás nem mutat szignifikáns eltérést a már megismert változók esetében, azt azonban mindenképpen meg kell jegyezni, hogy a napi dohányzók aránya magas még a krónikus betegségben szenvedők körében is, 23,6 %.

A válaszadók napi étkezési rutinjára a háromszori étkezés a jellemző, relatíve kevesen tízóraiznak (10,4 %), illetve uzsonnáznak (12,5 %). A már megismert szociodemográfiai változók esetében nem találtunk szignifikáns eltéréseket az étkezési rutint illetően.

A napi folyadékbevitel az esetek többségében megfelel a felnőtteknél (és idősebbeknél) ideálisnak tekinthetőnek, normál fogyasztásnak (2-3 liter), ugyanakkor 10 százalék nyilatkozott úgy, hogy kevesebb, mint 1 liter folyadékot fogyaszt naponta. Ez több szempontból is rizikófaktornak tekinthető, hiszen az idősebbeknek fokozottan figyelniük kell a tudatos folyadékfogyasztásra, mert a szomjúságérzetük csökken, így a kiszáradás veszélye is jobban fenyegeti őket. A szociodemográfiai, illetve a krónikus betegségekre vonatkozó változóknál csak egy esetben található szignifikáns eltérés. A férfiak 14 százalékára jellemző ez az alacsony folyadék fogyasztási szint, szemben a nők 7 százalékával.

A válaszadók 54 százaléka szed rendszeresen vitamint és/vagy táplálékkiegészítőt. A férfiak körében magasabb ez az arány, 68,7 %, a nők körében valamivel alacsonyabb, 43,5 %. Az iskolázottság tekintetében is szignifikáns eltérések figyelhetők meg.

9. ábra: A vitamint/táplálékkiegészítőt rendszeresen fogyasztók aránya (%)



Forrás: saját adatfelvétel (N=683. Chi-négyzet=51,633. DF=4. P<0,001)

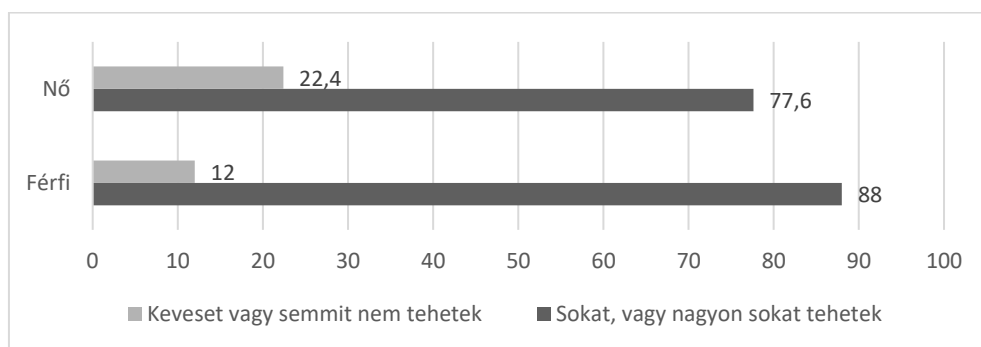
Ebben az esetben is egyfajta lineáris összefüggés látható, minél magasabban iskolázott valaki, annál inkább jellemző a vitaminok, illetve táplálékkiegészítők rendszeres fogyasztása. Már az érettségivel rendelkezők körében magasabb ez az arány az átlagnál, a diplomások körében pedig jelentősen meghaladja azt.

A fogyasztást meghatározó tényező, hogy szenved-e valaki valamilyen krónikus betegségben. A rendszeres fogyasztás az ő körükben lényegesen magasabb, 71 %. A kutatásunk szempontjából kiemelt fontossággal bíró betegségek körében az IBS-el diagnosztizáltak 82 százaléka, a cukorbeteg 65 %-a fogyaszt rendszeresen valamilyen vitamint vagy táplálékkiegészítőt (mindkét csoport esetében szignifikáns eredményről beszélünk).

Egészségmagatartás és egészségkultúráltság

A válaszadók egészségtudatossága kifejezetten erősnek mondható, hiszen 82 százalékuk tartja úgy, hogy önmaga is sokat, vagy nagyon sokat tehet egészségéért, az egészség megőrzéséért, és mindössze 1,2 százalék nyilatkozott úgy, hogy semmit sem tehet. A magas pozitív megítélés aránya ellenére szignifikáns eltérések figyelhetők meg a szociodemográfiai mutatók mentén.

10. ábra: Mennyit tehet Ön az egészségéért – nemek közötti eltérések (%)



Forrás: saját adatfelvétel (N=684. Chi-négyzet=21,439. DF=3. P<0,001)

Kifejezetten érdekes eredménynek számít, hogy a férfiak körében magasabb azok aránya, akik úgy vélik, hogy sokat tehetnek egészségi állapotukért, és a hölgyek körében magasabb azoké, akik szkeptikusabban nyilatkoztak.

8. táblázat: Mennyit tehet Ön az egészségéért – az iskolai végzettség szerinti eltérések (%)

	8 általános alatt	8 általános	Szaktunskáképző	Érettségi	Felsőfokú
Sokat vagy nagyon sokat tehetek	11,1	54,8	76,4	81,6	93,0
Keveset vagy semmit nem tehetek	88,9	45,2	23,6	18,4	7,0

Forrás: saját adatfelvétel (N=684. Chi-négyzet=106,531. DF=12. P<0,001)

Ebben az esetben is szinte lineáris összefüggés mérhető, minél magasabban iskolázott valaki, annál inkább véli úgy, hogy sokat tehet az egészségéért, illetve megfordítva, minél alacsonyabb végzettséggel rendelkezik valaki, annál szkeptikusabb. Hasonló arányok jellemzőek a hazai felnőtt populációra is, hiszen minél magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik valaki, annál optimistább a saját egészségének alakítását illetően. Míg a legfeljebb alapfokú végzettségűek 71, addig a felsőfokú végzettségűek 94%-a szerint nagyon sokat vagy sokat tehetünk egészségünk megőrzése érdekében (KSH, 2019).

9. táblázat: Mennyit tehet Ön az egészségéért – az életkori csoportok szerinti eltérések (%)

	50-55 év között	56-64 év között	65-74 év között	75 év felett
Sokat vagy nagyon sokat tehetek	86,2	86,7	76,5	52,2
Keveset vagy semmit nem tehetek	13,8	13,3	23,5	47,8

Forrás: saját adatfelvétel (N=684. Chi-négyzet=39,107. DF=9. P<0,001)

Míg a fiatalabb korosztályokhoz tartozók döntő többsége véli úgy, hogy sokat, vagy nagyon sokat tehet a saját egészségéért, addig a legidősebbek körében ennek a vélekedésnek az aránya már jóval alacsonyabb. Az idősebbek sokkal szkeptikusabbak ebben a tekintetben.

Az egyes krónikus betegségben szenvedők esetében csak a szív-és érrendszeri megbetegedések és a diabetes mutat szignifikáns eltérést a megítélés tekintetében. Az első csoport esetében 74 % nyilatkozott úgy, hogy sokat tehet egészségéért, a cukorbetegség körében ez az arány valamivel

alacsonyabb, 72,4 %. Bár mindkét érték magasnak számít, mégis elmarad a teljes mintára jellemző aránytól.

Amennyiben az önminősített egészségi állapot adataival vetjük össze a kapott információkat, láthatóvá válik, hogy azok, akik megítélésük szerint jó vagy nagyon egészségnek örvendenek, inkább érzik azt, hogy képesek tenni az egészségükért, arányuk 36 százalék. Ebben a csoportban mindössze 0,8 százalék vélekedett úgy, hogy keveset vagy semmit nem tehet az egészségéért. Velük szemben azok, akik egészségi állapotukat rossznak vagy nagyon rossznak ítélik meg, már csak 3,8 százalékban nyilatkoztak úgy, hogy sokat tehet az egészsége megőrzéséért, és 7,6 százalék a teljesen szkeptikusok aránya ebben a tekintetben. Eredményeink alapján kirajzolódik egy határozottan egészségtudatos, az egészségéért tenni is hajlandó csoport, ami megerősíti azt az általános egészségszociológiai megfigyelést, miszerint a társadalom egyes szintjein az egyén egyre jobban foglalkozik az egészségével, az egészség mára a kultúra részévé vált (Pikó 2002).

Az egészségtudatos magatartás egyik meghatározó tényezője, hogy milyen fokú egészségkultúrával, egészségműveltséggel rendelkezik az egyén. Egészműveltség alatt azt a képességet értjük, amely az egyes döntések meghozatalához az információk beszerzéséhez és az információk megértéséhez szükséges (Szabó 2016). Fogyasztói tudatosság szempontjából lényeges lehet, hogy az időskorra hanyatló meggyőzési tudatosság miatt ezen korosztályok kiszolgáltatottabbak, ami érinti az információfeldolgozást is, - például a termékleírások, betegtájékoztatók elolvasását, megértését, és különösen a meggyőzési helyzetek szituációs faktorait (Balázs és Bene 2019).

Vizsgálatunkban a válaszadók valamivel több, mint felére (54 %) jellemző, hogy mindig elolvassa a termékleírásokat, útmutatókat, harmaduk csak néha, 13 százalék nyilatkozott úgy, hogy soha nem élnek ezzel a lehetőséggel. Ez abból a szempontból fontos eredmény, hogy nem mindegy, milyen információk szerepelnek egy-egy termék tájékoztatójában, különösen, ha azt is figyelembe vesszük, hogy a válaszadók (saját bevallásuk szerint) képesek önállóan értelmezni a termékcímkeket és útmutatókat, ritkán veszik igénybe mások segítségét, illetve abból a szempontból is tudják értelmezni a leírásokat, hogy az adott személyre (betegségre) vonatkozóan fogyasztható-e az adott termék.

Az egészségkultúráltságnak, egészségműveltségnek ezt a három dimenzióját egy külön kérdésblokkban vizsgáltuk, a válaszadóknak minden esetben egy öt fokozatú skálán kellett megjelölniük, mennyire tudják

értelmezni a termékcímkéket, útmutatókat, szükséges-e valakinek a segítsége a megértésben, illetve, hogy az útmutatók alapján mennyire tudják megítélni, hogy az adott személy fogyaszthatja-e az adott terméket, vagy sem. A fent leírt eredmények alapján pozitív kép rajzolódik ki, a válaszadók általában tudják értelmezni az útmutatókat, termékcímkéket, nincs szükségük külső segítségre. Ennek ellenére egyes változók esetében szignifikáns eltérések tapasztalhatók:

1. A férfiak körében magasabb azok aránya, akik úgy vélik nincsenek problémáik a termékleírások, útmutatók értelmezésénél, a nők megítélése bizonytalanabb ($F=43,319$, $P<0,001$)
2. Minél idősebb valaki, annál bizonytalanabb az értelmezés, a fiatalabb korosztályok tagjai sokkal határozottabban nyilatkoznak pozitívan, mint a legidősebbek ($F=11,230$, $P<0,001$)
3. Minél magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik valaki, annál könnyebben tudja értelmezni a leírtakat ($F=27,459$, $P<0,001$)
4. Azok a válaszadók, akik jónak vagy nagyon jónak ítélik meg egészségi állapotukat, magasabb arányban vélik úgy, hogy nem okoz nekik problémát az értelmezés, mint azoknak, akik rossznak, vagy nagyon rossznak tartják saját egészségi állapotukat ($F=7,058$, $P<0,001$)
5. A valamilyen krónikus betegségben szenvedők sokkal magabiztosabbak abban, hogy képesek a termékleírásokat, útmutatókat értelmezni, mint azok, akik nem rendelkeznek krónikus betegséggel ($F=18,819$, $P<0,001$)

Következtetések

Kutatásunkban 684 kitöltött és értékelhető kérdőív állt rendelkezésünkre. Mintánk a nemekre és településtípusokra vonatkozóan reprezentatívnak tekinthető. A felmérés több témakört érintett: szociodemográfiai adatok, egészségi állapot, táplálkozási jellemzők, egészségkultúráltság.

A szociodemográfiai mutatók esetében mindenképpen pozitív jellemző az időseket körülvevő széleskörű „természetes védőháló”, jelentős arányuk él házastárssal vagy élettárssal, illetve magas azoknak a száma is, akik rendszeres kapcsolatot ápolnak gyermekeikkel, rokonaikkal, az ismerősökkel és szomszédokkal. Relatíve kevesen élnek egyedül, ugyanakkor a legidősebbek körében már minden ötödik válaszadóra ez jellemző, illetve körükben a legmagasabb azoknak az aránya, akik fokozottabb gondozási szükséglettel rendelkeznek.

Az egészségi állapot szubjektív megítélését az iskolai végzettség, az életkor és a krónikus betegségek jelenléte határozza meg. A válaszadók 32,5 százaléka

szenved valamilyen krónikus betegségben. Jelentős probléma a túlsúlyosság-elhízás, a válaszadók 25,4 százaléka tartozik ebbe a csoportba, ami különösen a cukorbetegség esetében jelent rizikófaktort. A cukorbetegek körében már 44,7 százalék a túlsúlyosak aránya.

A szociodemográfiai változók közül szintén az életkor és az iskolai végzettség az a két jellemző, amely meghatározó az egészségműveltség területén. Az adott termékekhez adott leírások, útmutatók értelmezése általában nem okoz gondot a válaszadóknak, ugyanakkor ebben az esetben is igaz az az összefüggés, hogy minél magasabb végzettséggel rendelkezik valaki, annál könnyebben tudja értelmezni a leírtakat, illetve, hogy a bizonytalanság, a megértés nehézsége inkább a legidősebb korosztályra jellemző.

Eredményeink alapján az ötven év feletti korosztályok esetében is kirajzolódik egy erőteljesen egészségtudatos csoport, amelynek tagjai egészségi állapotukat jónak vagy nagyon jónak tartják, úgy vélik, hogy ennek megőrzése rajtuk múlik és sokat is tehetnek érte, illetve akik magas egészségműveltséggel jellemezhetők. Ennek az egészségtudatosnak nevezhető csoportnak a tagjai döntően a fiatalabb korosztályból kerülnek ki, még aktívak a munkaerőpiacon, és jellemzően magasan kvalifikáltak.⁷

Kutatásunk újfent megerősítette azt a már ismert összefüggést, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek, az egyén társadalmi hierarchiában elfoglalt helye meghatározó faktor az egészségi állapot tekintetében.

⁷ Ezt az eredményt erősítette meg egy klaszter-elemzés is. Az egészségtudatosnak nevezhető csoport aránya mintánkban 55 százalék, ami azt is jelenti, hogy az ötven évnél idősebb korosztály esetében minden második válaszadó ebbe a csoportba tartozik.

Felhasznált irodalom

1. Antczak, E.; Miszczyńska, K. (2020): The self-perceived high level of health quality of Europeans – spatial analysis of determinants, *Journal of Applied Economics*, 23:1, 746-764.
2. Balázs Katalin; Bene Ágnes (2019): Az aktív időskor szerepe a fogyasztóvédelemben. *Magyar Gerontológia*, 11(36-37), 65-77. <https://doi.org/10.47225/MG/11/37-38./7449>
3. Csizmadia Péter (2018): Kísérlet az egészség fogalmának újradefiniálására. A Meikirch modell. *Egészségfejlesztés*, 59. (1): 45-51.
4. EUROSTAT-European Commission (2022): European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). Letöltés helye: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_18/default/table?lang=en Letöltés ideje: 2022. 10.08.
5. Idler EL; Benyamini Y. (1997): Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* Mar;38(1):21-37. PMID: 9097506.
6. Joukl, M., Vítková, L., Truhlářová, Z., Marešová, P., Orlíková, L., (2022): The importance of mobility for the autonomy of seniors. *KONTAKT.* 24(3):254-262 | DOI: 10.32725/kont.2022.024
7. KSH (2019): Európai lakossági egészségfelmérés. <https://www.ksh.hu/elef>
8. KSH (2021): Munkaerőpiaci folyamatok, 2021. I. félév. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mpf/mpf212/index.html> Letöltés ideje: 2022. 10. 27.
9. Libicki Éva; Rusinné Fedor Anita (2020): A szubjektív egészségi állapot kutatási háttérének többszintű megközelítése a társadalmi egyenlőtlenségek tükrében. *Acta Medicinae Et Sociologica*, 11(31), 13–25. <https://doi.org/10.19055/ams.2020.11/31/2>
10. Lundberg O; Manderbacka K. (1996): Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scand J Soc Med.* Sep;24(3):218-24. doi: 10.1177/140349489602400314. PMID: 8878376.
11. Mikrocenzus (2016): <https://www.ksh.hu/mikrocenzus2016/>
12. Mile Marianna; Tatai,Csilla; Fábíán Balázs; Csiki Zoltán (2020): A fizikai aktivitás hatásai az időskori kognitív működésre. *Orvosi Hetilap*, 161(5), pp. 163–168.

13. Moravcsik-Kornyicki Ágota; R. Fedor Anita (2021): Az egészség komplex megközelítése, mint az egészség-szociológiai vizsgálatok elméleti kerete. *Acta Medicinae Et Sociologica*, 12(32), 24–49.
<https://doi.org/10.19055/ams.2021.05/31/2>
14. Népszámlálás (2011): <https://mek.oszk.hu/11500/11517/11517.pdf>
15. Palladino, R.; Tayu Lee, J.; Ashworth, M.; Triassi, M.; Millett, Ch. (2016): Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries, *Age and Ageing*, Volume 45, Issue 3, May, Pages 431–435.
16. Pikó Bettina (2002): Egészségszociológia. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.
17. Sárváry Andrea; Majer Réka; Jávorné Erdei Renáta (2019): Lelki egészség Nyíregyháza lakosai körében. *Egészségfejlesztés, LX. évfolyam Jubileumi lapszám*. pp. 46-56. DOI: 10.24365/ef.v60i5.519
18. Shields, M.; Shooshtari, S. (2001): Determinants of self-perceived health. *Health Rep*. 2001 Dec;13(1):35-52. PMID: 15069807.
19. Singh-Manoux A., Dugravot A.; Shipley MJ.; Ferrie JE.; Martikainen P.; Goldberg M.; Zins M (2007): GAZEL Cohort. The association between self-rated health and mortality in different socioeconomic groups in the GAZEL cohort study. *Int J Epidemiol*. Dec;36(6):1222-8. doi: 10.1093/ije/dym170. Epub 2007 Nov 19. PMID: 18025034; PMCID: PMC2610258.
20. Szabó Pálma (2016): Egészségműveltség a magyar népesség körében. *Orvostovábbképző Szemle*, 23. 2. 66-72.
21. WHO (2002): Keep it for life: meeting the nutritional needs for older persons. Geneva.
22. Wuorela, M.; Lavonius, S.; Salminen, M. (2020): Self-rated health and objective health status as predictors of all-cause mortality among older people: a prospective study with a 5-, 10-, and 27-year follow-up. *BMC Geriatr* 20, 120.