

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar
Társadalomtudományi Tanszák



**Helyzetkép Bodrogkeresztúr lakosságának egészségi
és szociális állapotáról**

Készítette: Bernáth Anikó

Témavezető: Dr. Kósa Zsigmond
főiskolai tanár, tanszékvezető

Nyilatkozat

Kijelentem, hogy a szakdolgozat önálló munkám eredménye, a felhasznált és hivatkozott szakirodalmon és forrásokon kívül más segédeszközt nem alkalmaztam.

Nyíregyháza, 2012. október 8.

.....

Bernáth Anikó

Köszönetnyilvánítás

Köszönetemet fejezem ki témavezetőmnek, *Dr. Kósa Zsigmond*nak, aki áldozatkész munkájával segítette és folyamatosan figyelemmel kísérte dolgozatom elkészítését. Hálás köszönet illeti *Kósa Szilviát* az SPSS program használatában nyújtott segítségéért. Köszönöm a *bodrogkeresztúri Önkormányzat* valamennyi dolgozójának, hogy biztosították számomra az adatokhoz való hozzáférést, valamint értesítették a lakosságot kérdőíves kutatásomról.

Tartalomjegyzék

Bevezetés.....	6
1. fejezet: Definíciók, értelmezések.....	8
2. fejezet: Szakirodalmi áttekintés.....	10
2.1. Magyarország a születéskor várható átlagos élettartam függvényében.....	10
2.2. Magyarország kedvezőtlen egészségmutatói	11
2.3. Egészséget befolyásoló tényezők	11
2.3.1. <i>Egészségre ártalmas hatások.....</i>	<i>12</i>
2.3.1.1. <i>Alkoholfogyasztás.....</i>	<i>13</i>
2.3.1.2. <i>Dohányzás.....</i>	<i>14</i>
2.3.1.3. <i>Fizikai aktivitás</i>	<i>14</i>
2.4. Egészségi állapotfelmérések.....	15
2.4.1. <i>Az OLEF (2000) főbb előzményei.....</i>	<i>15</i>
2.4.2. <i>OLEF 2000</i>	<i>17</i>
2.4.3. <i>OLEF 2003.....</i>	<i>18</i>
2.4.4. <i>OLEF 2009</i>	<i>18</i>
2.4.5. <i>ELEF 2009.....</i>	<i>19</i>
2.5. Szociális helyzetfelmérések	19
2.5.1. <i>Nyíregyházi háztartáspanel kutatás</i>	<i>19</i>
2.6. Egészségmagatartási trendek változása	21
3. fejezet: Adat és módszer.	23
3.1. A kutatás célja	23
3.2. A kutatás módszere	23
3.3. A minta kiválasztása, nagysága	23
3.4. Az adatfelvétel ideje	23
3.5. Az adatfelvétel helyszíne	24
3.6. Vizsgálatom céljai.....	24
3.7. Bodrogkeresztúr bemutatása.....	24
3.7.1. <i>Földrajzi elhelyezkedése</i>	<i>24</i>
3.7.2. <i>Története.....</i>	<i>25</i>
3.7.3. <i>Látnivalók, értékek.....</i>	<i>25</i>

3.7.4. Egészségügyi és szociális ellátás	26
3.7.5. A népességszám alakulása.....	26
4. fejezet: Kutatási eredmények.	28
4.1. Demográfiai jellemzők bemutatása.....	28
4.2. Szubjektív egészség.....	30
4.3. Egészségmagatartás.....	33
4.4. Egészségi állapot.....	38
4.5. Egészségügyi ellátás igénybevétele	41
4.6. Szociális problémák	43
Következtetések, javaslatok.....	50
Irodalomjegyzék.....	52
Melléklet: Kérdőív	55

Bevezetés

Dolgozatom témájának Bodrogkeresztúr lakosságának egészségi állapotának és szociális helyzetének feltérképezését választottam. Azért ezt a témát kívánom feldolgozni, mert születésem óta élek ezen a településen, és rendszeres kapcsolatban vagyok az itt élő lakossággal. Látom, ki milyen szociális és egészségügyi problémákkal küzd, mit tesznek meg annak érdekében, hogy változás történjen életükben. Mint leendő szociális szakember kíváncsi vagyok természetes és mesterséges támogatórendszerükre, arra, hogyan ítélik meg a segélyezés rendszerét, valamint milyen anyagi háttérrel rendelkeznek. Tudjuk, hogy a szociális helyzet jelentősen befolyásolja az egyén egészségi állapotát, így a szociális problémákat az egészséggel párhuzamosan vizsgálom. A dolgozat megírásában motivált, hogy betekintést nyerjek a községben élők egészségi állapotába, megismerjem egészségmagatartásukat, szubjektív és objektív véleményüket betegségeikről, valamint magáról az egészségügyi ellátás igénybevételéről. Célom, hogy adatot gyűjtsék a lakosság egészségéről, szociális háttéréről és ezek kölcsönhatásáról, valamint a befolyásoló tényezőkről.

Napjainkban a társadalomban élő egyének többsége számára fontos az egészség, mint állapot megléte. Az egészségről, mint fogalomról mindenkinek más a véleménye, de alapvetően ugyanazt gondoljuk. Ha találkozunk az utcán, összefutunk a boltban ismerősökkel, barátokkal, az az első, hogy érdeklődünk hogyléte felől. Jól tudjuk, ha egészségünk rendben van, akkor nem szenvedünk semmiféle hiányban. Sokan vágnak az egészséges életre, arra, hogy ne küszködjenek kisebb vagy állandó jellegű betegségektől, azonban csak kevesen tesznek érte. Az egészséges életmódra nevelést már korán, gyermekkorban el kell kezdeni és a felnőtt életben is érdemes folytatni. Úgy gondolom, hogy a mai rohanó világban még inkább elengedhetetlen a megfelelő táplálkozás, a rendszeres testmozgás, valamint a káros szenvedélyektől mentes élet, hiszek ezen pillérek megléte biztosítja többek között számunkra az egészséges létet. Nem engedhetjük meg magunknak, hogy olyan okok miatt haljunk meg, amelyet megelőzhattünk volna, hiszen felelősek vagyunk életünkért.

Az egészséget jelentősen befolyásolja a szociális státus, amely az anyagi helyzet és a társadalmi kapcsolatok révén a társadalmi erőforrásokhoz való hozzáférést közvetve határozza meg (VITRAI és MIHALICZA 2006). Tapasztaljuk ugyanis – napjainkban még inkább – ha az egyén nem rendelkezik biztos munkahellyel, megfelelő lakhatási körülményekkel, nem

működik természetes támogató rendszere utóbb ezek a tényezők összeadódnak és egészségi állapotváltozáshoz vezetnek.

A téma aktuális, hiszen a gazdasági válság mind a mai napig érezteti hatását az élet valamennyi területén. A változások eredményeit a társadalom zöme nehezen viselte és viseli, hiszen vállalatok bezárásával, a dolgozók létszámának leépítésével munkahelyek szűntek meg, tömegek válnak munkanélkülivé. A gazdasági világválság odáig vezetett, hogy hatása szociális helyzet terén is érezhető, ugyanis drágultak a fogyasztási cikkek, nőttek a kiadások, egyszóval nehezebbé vált a megélhetés. Mind tudjuk, hogy a segélyből nem lehet élni, mely növelheti a bűnözések számát. A lakosság jelentős része elszegényedett, melynek oka a munkanélküliség növekedésében keresendő, számos családban a harmadik generáció nő fel munka nélkül (FARKAS, 2010). A családok egyre kilátástalanabb helyzetbe kerülnek, és minél alacsonyabb szinten található valaki a társadalmi ranglétrán, annál rosszabb az egészsége is.

1. fejezet

Definíciók, értelmezések

Az **egészséget** meghatározni nem egyszerű feladat. Sokan próbálták már definiálni, mégis a legelfogadottabb a WHO szerinti, vagyis az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya (WHO 1946). Be kell látnunk, hogy ez a fogalom elég szubjektívnek tekinthető. „Az egészség annak a foka, amennyire az egyének és közösségek képesek önmaguk kiteljesítésére és szükségleteik kielégítésére, valamint megbirkózni a környezet kihívásaival.” – 1984-re némiképp így módosult fogalma.

Az **egészségmonitorozás** egy folyamatos és rendszeres adatgyűjtés, elemzés, értékelés és információnyújtás, mely meghatározó az egészségügyi szolgáltatások értékelésében, tervezésében valamint az egészségpolitikai döntések meghozatalában (VOKÓ Z. és VITRAI J., 1999). Az egészségmonitorozás kétféle tevékenységet foglal magába: a regisztrációt, valamint a felméréseken alapuló adatgyűjtéseket. Az első kategóriába tartozik a születési és halálozási adatok nyilvántartásba vétele vagy az egyes fertőző betegségek kötelező bejelentési rendszere. A másik kategóriába pedig a rendszeres egészségfelmérések és az eseti vizsgálatok. Az egészségmonitorozó rendszer egyik legfontosabb eleme a kérdőíves **egészségfelmérés**, amely kiemelkedően fontos az egészségre és egészségmagatartásra irányuló adatok megszerzésében, hiszen ezekhez a regisztráción alapuló nyilvántartásokból nem lehet hozzájutni (EPINFO, 2002).

A **morbiditás** a megbetegedések, illetve betegségek és kóros állapotok előfordulási gyakorisága. Kétféle fogalom értendő alatta:

- 1) egy bizonyos időszak (általában egy év) alatt fellépő új megbetegedések (**incidencia**),
- 2) egy bizonyos időpontban fennálló (nyilvántartott) betegségek, vagy kóros állapotok száma, illetve számaránya (**praevalencia**) (Hollán, 1972).

Mortalitás fogalmán valamely betegségben bekövetkezett halálozások arányszámát értjük az összlakosság számához viszonyítva (100.000 lakosból egy év alatt hányan haltak meg egy bizonyos betegségben) (Brencsán, 2006).

A **születéskor várható átlagos élettartam** azon évek száma, amelyet az adott évben születettek átlagosan megélhetnek az adott év korszpecifikus halálozási viszonyai mellett. Másként fogalmazva, a születéskor várható élettartam az az átlagos évmennyiség, amit az újszülöttek remélhetnek, feltételezve, hogy a körülmények semmit nem változnak és rájuk mindig a kiszámítás évének korszpecifikus halálozási mutatói érvényesek.¹

1

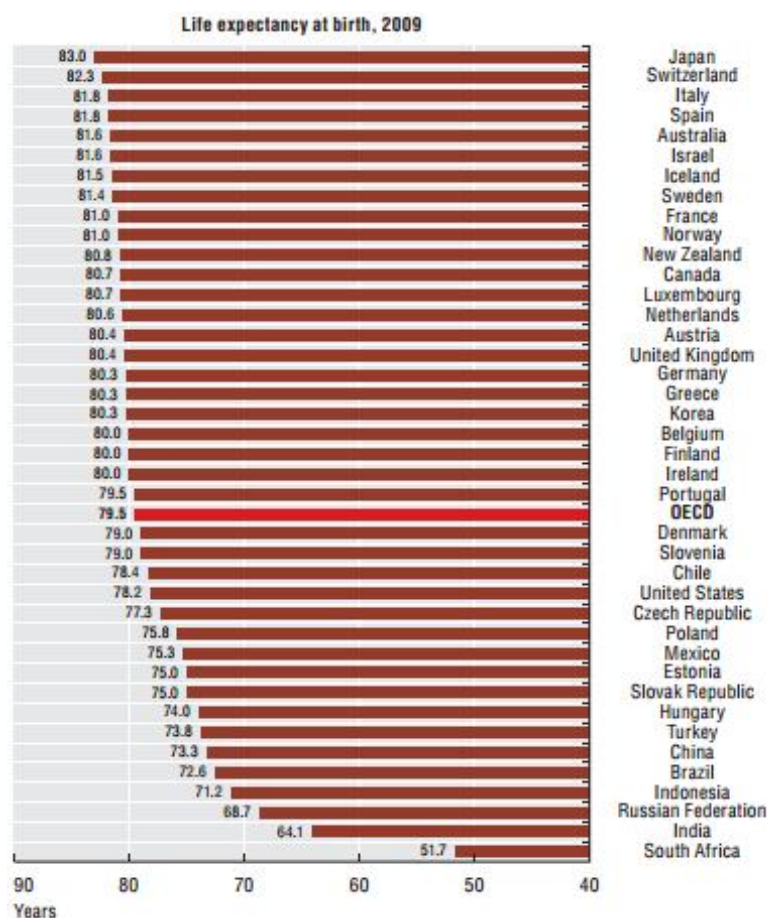
http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Sz%C3%BClet%C3%A9skor_v%C3%A1rhat%C3%B3_%C3%A1tlagos_%C3%A9lettartam (Letöltés: 2012. október 9.)

2. fejezet

Szakirodalmi áttekintés

2.1. Magyarország a születéskor várható átlagos élettartam függvényében

A népesség egészségi állapotát a születéskor várható átlagos élettartammal lehet jellemezni. Hazánk azon országok közé tartozik, amely a születéskor várható átlagos élettartam tekintetében elmarad az elvárható szinttől. Magyarországon 2010-ben a férfiak esetében 70,5 év, nőknél 78,11 év volt a születéskor várható átlagos élettartam (KSH, 2010).



1. ábra: A születéskor várható élettartam 2009-ben
Forrás: OECD, 2011.

A fenti adatok szemléltetik, hogy a legmagasabb Japánban, Svájcban, Olaszországban, valamint Spanyolországban a születéskor várható élettartam. Magyarország a 74 éves átlagéletkorral jóval az OECD átlaga alatt van. Hazánktól már csak hét ország van kedvezőtlenebb helyzetben, többek között Törökország, Indonézia és Dél-Afrika.

2.2. Magyarország kedvezőtlen egészségmutatói

Két évtizede javulás tapasztalható a magyar lakosság egészségi állapota terén, de még így is elmarad a legtöbb egészségmutató tekintetében az Európai Unió más országaitól. A betegségek gyakrabban fordulnak elő, magas a halandóság, aminek következtében mi magyarok rosszabb minőségű és rövidebb életre számíthatunk más országokhoz viszonyítva (Egészségjelentés 2010).

A magyar lakosság kiemelkedően rossz egészségi állapotáért különböző tényezők tehetők felelőssé, ezek:

- Az egészségkárosító életmód, a keringési betegségekhez kapcsolódó magas halandóság, valamint az egészségtelen táplálkozás, és a testmozgás hiánya.
- Az egészségnevelés és egészségfejlesztés módszereinek hiányosságai, az e célokra fordított összegek elégtelensége, az egészséges életmódhoz szükséges információkhoz, termékekhez, szolgáltatásokhoz, sportolási lehetőségekhez való korlátozott hozzáférés.
- Az egyént érő stressz, az érték- és bizalomhiány, az emberi szolidaritás hiánya, kommunikációs akadályok, a negatív gondolkodás, a stigma és a diszkrimináció melyek hozzájárulnak lelki és testi egészségünk megromlásához.
- A magyar társadalom szerkezete, politikai és jogi intézményrendszere, az ország gazdasága, foglalkoztatási és jövedelmi viszonyai, valamint a közlekedési és információs infrastruktúra is szerepet játszik.
- Az egészségügyi és szociális rendszerek nem megfelelő működése (Egészségjelentés 2010).

2.3. Egészséget befolyásoló tényezők

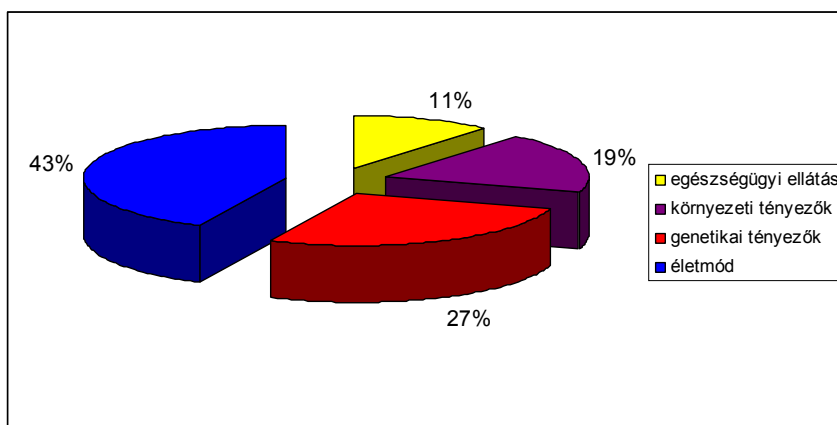
Az egészséget meghatározni és mérni nem egyszerű feladat. Egészségünk nem tekinthető egy stabil állapotnak, rendszeresen változik, hiszen számos külső és belső tényező befolyásolja.

Az egészséget meghatározó tényezők:

- Öröklött tulajdonságok (kor, nem, testi-lelki alapvonások)
- Szerzett tulajdonságok (ismeretek, készségek, változó testi-lelki jellemzők)
- Egészségmagatartás (kockázati magatartás, táplálkozás, testmozgás, problémákkal való megbirkózás)

- Fizikai környezet (lakó és munkahely fizikai, kémiai, biológiai, környezeti tényezők, szabadidő egészséges eltöltésének lehetőségei)
- Pszicho-szociális környezet (feszültségmentes, biztonságot, támogatást nyújtó személyes kapcsolatok és a közösség, egyenlőség és szabadság)
- Szociális státusz (anyagi helyzet, erőforrásokhoz való hozzáférés)
- Egészségügy (népegészségügy, megelőzés, gyógyítás, rehabilitáció) (TÁRKI 2006).

A legmagasabb százalékban az egészségmagatartás, életmód (43%) függvénye az egészség, melyet az egyén alakít, de hozzáállását befolyásolja az iskolázottság, a kulturális környezet, a gazdasági helyzet, valamint az őt körülvevő környezet. A másik nagy arányszámot a genetikai tényezők alkotják. A környezeti tényezők 19%-ban felelősek egészségi állapotunkért. (2. ábra)



2. ábra: **Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők**
 Forrás: saját szerkesztés a WHO alapján

2.3.1. Egészségre ártalmas hatások

Életmódunkat mi magunk alakítjuk, tehát megvan rá az esélyünk, hogy éveinket betegségektől mentesen éljük le, azonban tudatosan kell az egészség megtartására törekednünk.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) kiemelte azokat az életmódbeli, illetve magatartásbeli kockázatokat, melyek a betegségek közel 60%-ért tehetők felelőssé, ezek a következők:

- dohányzás,

- túlzott alkoholfogyasztás,
- egészségtelen táplálkozás,
- magas koleszterinszint,
- fizikai inaktivitás.

Tehát ha távol tartjuk magunkat a káros szenvedélyektől, megfelelően táplálkozunk, eleget mozgunk, sportolunk, sokat pihenünk ezen tevékenységekkel nagy a valószínűsége, hogy elkerülhetjük az egészségünkre veszélyes faktorokat.

2.3.1.1. Alkoholfogyasztás

A mértékletes alkoholfogyasztás széles körben elterjedt, melynek bizonyos szempontból jótékony hatása lehet az egészségre: a szívkoszorúér-betegségek kialakulásának kockázatát egyértelműen csökkenti. A nagyivás azonban számos betegség kialakulásában szerepet játszhat, közvetlen vagy közvetett módon (közlekedési baleset) halálhoz is vezethet.

Az Egészségügyi Világszervezet vizsgálatai szerint hazánk az alkoholfogyasztási mintázat alapján az ún. Európai C régióhoz tartozik. Az Európai Unió tagállamai közül csak a balti köztársaságok tartoznak ide, valamint Oroszország és Ukrajna. Ebben a régióban magas az egy főre jutó alkoholfogyasztás, valamint a tömény italok aránya az összfogyasztáson belül, a magas kockázatú ivók aránya és az alkoholfüggő személyek arányszáma. Hozzá kell tennünk, hogy az EU legtöbb tagállama az ún. Európai A régióhoz sorolható, azaz viszonylag magas az egy főre jutó fogyasztás (sör, bor), azonban a kockázatos ivás és az alkoholfüggők arányszáma alacsonyabb.

Az alkoholfogyasztás által okozott egészségterhek: emlőrák, fej-nyaki tumorok, emésztőszervi daganatok (gyomorrák), májrák, agyi érbetegségek, májcirrózis, hasnyálmirigy-gyulladás, alacsony születési súly és méhen belüli növekedési retardáció.

A mértéktelen alkoholfogyasztás, illetve ennek következményei ma Magyarországon igen súlyos társadalmi problémát okoznak. Az egyén ilyenkor nem látja be, hogy viselkedésmódjával nemcsak saját életét teszi tönkre, hanem családtagjait is.

A férfiak majdnem fele, a nők több mint ötöde mértékletesen fogyasztott alkoholt, míg minden 20. nő és minden 5. férfi nagyivónak volt tekintendő az OLEF 2000-es adatai alapján.

2.3.1.2. Dohányzás

A dohányzás az egyik legjelentősebb életmódbeli kockázati tényező. Világszerte felismert tény, hogy a dohányzás súlyos egészségproblémákat okoz: becslések szerint jelenleg minden 10. felnőtt ember haláláért felelős. (World Bank Publication, 1999) A dohányzás jelentős szerepet játszik a szájüregi, nyelőcső-, gége-, garat-, tüdő-, hasnyálmirigy- és hólyagrák, a krónikus tüdőbetegségek és más légzőrendszeri betegségek, valamint a szív és érrendszeri betegségek kialakulásában (Peto R. és munkatársai 1992).

A 2003-as felmérés adataiból tudjuk, hogy a nők 23%-a, a férfiak 38 %-a dohányzott napi rendszerességgel a megkérdezés évében (OLEF 2000).

A dohányzás nemcsak a dohányzók életére van káros hatással, hanem a passzív dohányzókéra is. Szerencsére felismerte a Kormány, hogy a lakosság népegészségügyi mutatói kedvezőtlenek, ennek érdekében törvényi szabályozást hajtott végre. Nem lehet dohányozni közintézmények, munkahelyek, aluljárók, zárt légtérű terek, játszóterek külső határvonalától számított öt méteres távolságon belül.²

2.3.1.3. Fizikai aktivitás

Az életmódbeli tényezők közül kiemelendő az egészséges táplálkozás mellett a rendszeres testmozgás. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) becslése szerint a fizikai aktivitás hiánya évente mintegy kétmillió halálesethez vezet. Úgy tűnik, hogy a daganatos betegségek egyharmada megelőzhető lenne egészséges táplálkozással, a megfelelő testtömeg és egy életen át tartó aktív életmód fenntartásával. A fizikai aktivitás meghosszabbítja az élettartamot, s véd az olyan krónikus betegségek ellen, mint a szívkoszorúér-betegség és az egyéb kardiovaszkuláris betegségek, a 2-es típusú cukorbetegség, a vastagbélrák és az elhízás. Fontos a fizikai aktivitás fenntartása az élet késői szakaszában is, hiszen ezzel megőrizhetjük egészségünket. A fizikai aktivitás részben közvetlenül, részben közvetett módon fejti ki kedvező hatásait, csökkentheti a fiatalok agresszivitását, elősegíti a dohányzás- és drogmentes életmódot. A rendszeres testmozgás a gyermekkorban elősegíti a növekedést és a fejlődést, a lelki és testi egészséget, a felnőttkori krónikus betegségek (szív- és érrendszeri betegségek, mozgásszervi betegségek) kockázatát csökkenti. Napjaink túlnyomó részében ülő életmódot folytatunk és csekély az energia-leadásunk, de ez nemcsak hazánkra jellemző, hanem egyre

² 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól

nagyobb arányban fordul elő számos más országban is. Elég aggasztó ez a tendencia, ha figyelembe vesszük, hogy a fizikai aktivitás és bizonyos betegségek közötti erős ellentétes irányú kapcsolat van. Az inaktivitás elterjedése pedig növeli a betegségek kialakulását és a halálozás kockázatát. Azt lehet elmondani, hogy a fizikai inaktivitás a XXI. század egyik legnagyobb népegészségügyi problémája.

Elszomorító az Eurobarométer 2010. évi reprezentatív kutatásának eredménye, mely szerint hazánk lakosságának több mint fele (53%-a) soha, semmilyen sporttevékenységet nem végez. A válaszadók 24%-a havonta 1-3 alkalommal vagy ritkábban végez sporttevékenységet, melynek nincs igazán egészségmegőrző hatása. Ezek alapján azt lehet elmondani, hogy Magyarországon 77%-os az inaktivitás aránya.

2.4. Egészségi állapotfelmérések

Kevés kutatás létezik a társadalom tagjainak életéről, életminőségéről. Az egészségfelmérések segítségével képet kaphatunk az ország lakosságának egészségi állapotáról. Az információk egy része kizárólag kérdőíves felmérések segítségével szerezhetőek meg, hiszen az egészségügyi intézményektől kapott adatok nem adnak képet az egészséget befolyásoló életmódbeli és társadalmi tényezőkről, a lakosság egészségre fordított kiadásairól, illetve az egészségügyi ellátórendszerrel való elégedettségről. Az adatgyűjtések során az is kiderül, hogy a válaszadók milyen gyakorisággal találkoznak orvosukkal, fogorvosukkal, részt vesznek-e rendszeresen a szűrővizsgálatokon, mit tesznek egészségükért (mozgás, tudatos táplálkozás), valamint az egészségkárosító szokásokról (alkoholfogyasztás, dohányzás) is közöl információkat (ELEF 2009).

A fordulópontot az OLEF (Országos Lakossági Egészségfelmérés) kezdeményezése jelentette, mely segítségével számos adat először került nyilvánosságra.

A hazai felnőtt lakosság egészségének megismerése kapcsán számos felmérésre került sor az elmúlt két évtizedben, melyek az egész országra kiterjedtek.

2.4.1. Az OLEF (2000) főbb előzményei

Elsőként említendő a Komplex Országos Morbiditási Vizsgálat (KOMOV 1979), amelynek célja a népesség nyilvántartott és rejtett morbiditásának összehasonlítása, a morbiditást befolyásoló kulturális, egészségügyi, gazdasági és társadalmi tényezők meghatározása (Epinfő, 2002). A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 1984. évi mikrocenzus

alapján adatfelvételt végzett, mely a népesség 2%-ára terjedt ki. A kutatásban a 6 éves és annál idősebb népesség egészségügyi helyzetének, valamint a 14 éves és idősebb népesség egészségkárosító szokásainak (dohányzás, alkoholfogyasztás) legfontosabb adatait gyűjtötték össze és elemezték.

1985-88-ban az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) végezte az Első Magyarországi Reprezentatív Táplálkozási Vizsgálatot, majd 1992-94-ben a Táplálkozási felmérést. Az első vizsgálat célja az étrendfüggő betegségek táplálkozási kockázati tényezőinek minél pontosabb megismerése volt. Az országos reprezentatív felméréshez közel 16.600 14 évesnél idősebb személy adatait értékelték. A második felmérés célja a magyar lakosság körében a tápláltsági állapot, a tápanyagbevitel felmérése, valamint a táplálkozással összefüggő betegségek kockázati tényezőivel kapcsolatos adatgyűjtés volt. A vizsgálatban Budapest és hét megye lakosai közül 2600 személyt választottak ki.

Majd a KSH reprezentatív felmérést végzett csaknem 37.500 lakosra kiterjedően „Egészségi állapot 1986” címmel. A témák közt szerepelt többek között az egészségi állapot illetve az ehhez kapcsolódó vélemények.

Ugyancsak a KSH végzett egy kérdőíves Egészségi Állapotfelvételt 1994-ben, melyben 5500, 15 és 65 év közötti személy vett részt. A felmérés vizsgálta, hogyan ítélik meg az emberek egészségi állapotukat, milyen szerepe van az életmódnak, káros szokásoknak a felnőtt népesség egészségi állapotában.

1991-ben elindult a Háztartás Panel kutatás, melynek célja a munkaerőpiac, a jövedelmi egyenlőtlenségek és a szegénység változásainak követése volt Magyarországon az átmenet éveiben. A négy lépcsős, rétegzett minta 2600 háztartásból állt. A Háztartás Panel 1992 és 1997 között elkészült hat hulláma a TÁRKI és a BKE Szociológia Tanszék közös munkája volt.

“Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról” című vizsgálat 2000 háztartásban élő személyekre terjedt ki, melyet a TÁRKI 1997-ben folytatott le. A TÁRKI szerint egy panel-jellegű vizsgálat-sorozat első eleme lehet ez a felmérés, melynek segítségével hosszabb időtávon keresztül lehetne a népesség egészségi állapotában bekövetkező változásokat követni.

Szívbarát Program 1997 és 1999 tavaszán közel 3000 fős, országos reprezentatív mintán mérte fel a felnőtt lakosság táplálkozási szokásait, melyet a Népjóléti Minisztérium Világbanki Programirodája által támogatott. A felmérés célja a táplálkozási szokások és az

életmód, illetve a társadalmi helyzet és az egészség közötti kapcsolat összefüggése volt (OLEF 2000).

2001-ben Kopp Mária más szervezetekkel együttműködve kutatást indított “A középkorú magyar népesség idő előtti halálozásának bio-pszicho-szociális meghatározói, a megelőzés lehetőségei” címmel. A kutatás során 14.000 személyre kiterjedő felmérést hajtottak végre 2002-ben.

2.4.2. OLEF 2000

A Magyar Gallup Intézet kapott megbízást az Egészségfejlesztési Kutatóintézet által szervezett országos lakossági egészségfelmérés kérdőíves adatfelvételére és az adatok rögzítésére. Az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) kérdőívét az Egészségfejlesztési Kutatóintézet munkatársai állították össze az Egészségügyi Világszervezet ajánlásai, valamint az eddigi hazai tapasztalatok alapján.

A kérdőívben szereplő kérdések az alábbi területekre irányulnak:

- demográfiai, társadalmi és gazdasági jellemzők,
- életminőség, az egészségi állapot megítélése, szociális támogatottság,
- megbetegedések, krónikus állapotok, panaszok, öngyilkossági kísérlet/gondolatok,
- egészségkárosodás: aktivitás korlátozottsága, fogyatékoság, rokkantság,
- egészségmagatartási kockázati tényezők,
- egyéni/családi betegségi terhek (költségek, betegnapok száma stb.),
- igénybevett egészségügyi szolgáltatások,
- gyógyszerhasználat.

A kérdőív 120 kérdést tartalmazott. A kérdőívfelvételhez a választói névjegyzékből 7000, véletlen arányos kétlépcsős mintavételezés során kiválasztott 18 éven felüli magyar lakost kerestek fel a Magyar Gallup Intézet kérdezői az ország 440 településén. A kérdezendők minden településnagyság és megye szerint arányosan lettek kiválasztva. A mintába került felnőttek közül 80%-ával sikerült felvenni a kérdőívet.

2.4.3. OLEF 2003

Az Országgyűlés 2003 áprilisában fogadta el az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Népegészségügyi Programját,³ amelynek fontos eleme a program előrehaladása érdekében a magyar lakosság egészségi állapotának monitorozása. Ennek egyik eszköze az OLEF, amelyet három évben vettek fel és ennek segítségével képet kapunk hazánk egészségi helyzetéről. A különböző évek adatai arra is szolgálnak, hogy az eredmények részben összehasonlíthatóak.

A felmérés célcsoportja a felnőtt, magyar, nem intézményekben élő lakosság volt. Az országos felmérés egy rétegzett, két lépcsős, csoportos mintavételi eljárás keretében zajlott. Az adatfelvételre 2003-ban került sor, 440 településen, 270 kérdezővel. A tervezett minta nagysága 7000 fő volt. Végül 5072 kérdőívet sikerült kitölteni, ami 72%-os megvalósulási arányt jelent.

Az OLEF kérdőívét nemzetközi (WHO, Eurostat) ajánlások, szakirodalmi adatok, és az OLEF2000 tapasztalatai alapján állították össze úgy, hogy a külföldi adatokkal összevethető legyen (OLEF 2003). A kérdések témái az egészséggel (betegségek, vélt egészség, gyógyszerhasználat, sérülések, ellátórendszer igénybevétele-kiadások), illetve az azt befolyásoló tényezőkkel (biológiai tényezők, egészségmagatartás, demográfia, anyagi helyzet, munka- és lakókörnyezet, társas környezet) voltak kapcsolatosak.

2.4.4. OLEF 2009

Az OLEF 2009-ben több mint 3000 település 196 ezer lakosát kérdezte meg első alkalommal interneten keresztül. A 2003-as adatgyűjtés óta rengeteget fejlődött a számítástechnika világa, ez tette lehetővé, hogy minél szélesebb körben és költséghatékony módon gyűjtsenek adatokat az egész ország minden kistérségére vonatkozóan. Az így szerzett ismeretek egyszerűbben, pontosabban és gyorsabban kerültek rögzítésre. A kérdőív kitöltése legfeljebb 15-20 percet igényelt. Aki internet elérhetőséggel nem rendelkezett vagy inkább papíralapú kérdőív kitöltését vállalta, arra is volt lehetőség.

Eme felmérésben részletes adatokat gyűjtöttek a Magyarországon élők egészségi állapotáról, életmódbeli szokásaikról, az egészségi állapotot befolyásoló körülményekről. Az adatok ismeretében népegészségügyi programokat lehet készíteni, melyek elősegítik a

³ 46/2003. (IV.16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról

lakosság egészségének hosszabb távú megőrzését, az egészségben eltöltött életek meghosszabbítását. Meg lehet ítélni, megfelelő szintű-e az egészségügyi ellátás egyes térségekben, valamint, hogy az egészségügy mely területein van szükség fejlesztésre.

2.4.5. ELEF 2009

Az Európai Unió tagállamaiban is zajlott egy kutatás, melynek segítségével képet kaphatunk a lakosság egészségi állapotáról, az életvitel jellemzőiről, az önellátással kapcsolatos korlátozottságról, valamint a testmozgásról, a táplálkozásról, az egészségkárosító szokásokról és az egészségügyi ellátórendszer igénybevételéről, illetve az egészséget befolyásoló tényezőkről. Magyarországon 2009 őszén került sor az Európai Lakossági Egészségfelmérésre (ELEF), melyet a Központi Statisztikai Hivatal végzett. Az Európai Parlament és Tanács 1338/2008/EK rendelete előírja a lakosság ötvenkénti kikérdezésen alapuló felmérését a tagországokban, melyek segítségével kiszámíthatóak a tagállamoktól elvárt egészségügyi mutatók. Az egészségfelmérés 449 településen, 7000 fő megkérdezésével zajlott. A vizsgálat a 15 éves és idősebb, magánháztartásokban élő lakosságra terjedt ki. Az adatgyűjtésből így kimaradtak az intézményekben (idősek otthona, szociális intézmény, börtön) élők. A mintába került személyeket kérdezőbiztosok keresték fel, és egy kérdőívet töltöttek ki az egészségi állapotukról és az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos véleményükről.

2.5. Szociális helyzetfelmérések

Nemcsak hazánkban vannak kutatások, melyek a lakosság életminőségére kíváncsiak, hanem megyén belül is. Ezek közül a Szabolcs-Szatmár-Bereg megye székhelyén, Nyíregyházán végbemenő kutatást szeretném kiemelni.

2.5.1. Nyíregyházi háztartáspanel kutatás

Nyíregyháza Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatal Szociális Irodája és a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Alkalmazott Társadalomtudományi Tanszéke 2008-ban indított el egy városi kutatássorozatot azzal az elgondolással, hogy kövessék a lakók életminőségét, a változásokat elemezzék és bemutassák. A kutatási program hazai és nemzetközi mintát vesz alapul, tehát az ún. háztartáspanel módszertanát követi, melynek lényege, hogy elsősorban a városi háztartásokról gyűjt információkat, másodsorban pedig a háztartástagok meghatározott

jellemzőiről. A mintába azok kerülhettek be, akik 18. életévüket betöltötték és állandó nyíregyházi lakosok. A megkérdezésre kerülőket itt is a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala választotta ki véletlenszerűen az adatbázisából.

Jellegzetessége abban keresendő, hogy azonos lakossági mintán, azonos kérdőívvel próbálja feltárni a változásokat, úgy, hogy a kérdezők mindig ugyanazokat a háztartásokat keresik fel. Az első felmérés 2008-ban, a második 2010-ben zajlott, a harmadik pedig idén, 2012-ben lesz lekérdezve. Az évszámokból adódik, hogy két évente kerül sor a kutatásra, ezáltal nemcsak a hazai adatokkal lesz összevethető a minta, hanem a helyi eredményekkel is, így folyamatosan nyomon lehet követni a változásokat.

A háztartáspanel vizsgálatoknak kialakult módszertana van az Európai Unióban és hazánkban is. Előzménynek tekinthető a ECHP kutatás (European Community Household Panel – Európai Közösség Háztartáspanel), valamint az EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions – Jövedelem és életminőség statisztika). A nyíregyházi vizsgálat hazai előzménye a TÁRKI által, a kilencvenes évek elején elindított Magyar Háztartás Panel (MHP – később Háztartás Monitor) országos kutatás, amely lényegében azonos módszertannal készült, mint a nemzetközi vizsgálatok, és két éves időközönként kíséri figyelemmel a magyar háztartások életkörülményeinek alakulását, változását. A nyíregyházi háztartáspanel-vizsgálat a nemzetközi és hazai előzményeket figyelembe véve, azokra alapozva készült el, nemcsak módszertanát tekintve, hanem felhasználva az ECHP, az EU-SILC és az MHP kérdőíveit.

A kérdőív több blokkban vizsgálta a város lakóinak életkörülményeit, melyek a következők:

1. A háztartások jellemzői (háztartás összetétele, lakhatás körülményei, problémák, háztartások felszereltsége, jövedelmek)
2. Gazdasági aktivitás (munkavégzéssel kapcsolatos jellemzők)
3. Egészségi állapot (egészségi állapot megítélése, tartós betegségek)
4. Társas kapcsolatok (családi és emberi kapcsolatok jellemzői, kiterjedtsége, intenzitása)
5. Idősek helyzete (a 65 éves, illetve annál idősebb lakosok helyzete)
6. Támogató rendszerek, szociális problémák (a természetes és mesterséges védőháló jellemzői, segélyezés, vélemények a segélyezési rendszerekről, szociális ellátásról)
7. Szociális Iroda működése (ügyfelek és véleményük)

8. Biográfia (a megkérdezettek személyes jellemzői).

A városban 2008 során 2000 háztartást kerestek fel a kérdezőbiztosok, és közel 5000 emberről gyűjtöttek különböző információkat. Ilyen nagyságrendű társadalomtudományi kutatás még nem volt a városban (FÁBIÁN 2009).

2.6. Egészségmagatartási trendek változása

Az OLEF vizsgálataiból kiderül, hogy a lakosság többsége úgy gondolta a megkérdezés időpontjában, hogy nagyon sokat, illetve sokat tehet egészségének megőrzéséért. 2000 óta az a változás figyelhető meg, hogy nőtt azoknak az aránya, akik szerint rajtuk kívül álló okok befolyásolják egészségüket, és semmit vagy csak keveset tehetnek saját egészségükért. Az egészségügyi ellátás igénybevétele kapcsán azt figyelték meg, hogy 2003-ban 81% fordult háziorvoshoz. Ez az arány kis mértékben nagyobb (18%-al), mint az EU átlag. A magyar lakosság rossz fogászati állapotát szintén a 2003-as adatfelvétel mutatja, ám 2000-hez képest pozitív változás történt. A válaszadók 38%-a járt fogorvosnál, az EU-ban ez a szám 60%, így jelentősen le vagyunk maradva az átlagtól. A nők körében jelentősen csökkent azok aránya, akik az elmúlt egy évben nem jártak fogorvosnál, férfiaknál stagnált. A felnőtt lakosság körében orvosilag indokolt az évente legalább egyszer történő vérnyomásmérés. A megkérdezettek 80%-ának mérte meg vérnyomását orvos vagy nővér a 2000-es adatok alapján és ez a szám nem változott az OLEF eredményei szerint.

Az alkoholfogyasztási mutatók alapján a nők 3%-a, a férfiak 18%-a vallotta magát nagyivónak 2003-ban, míg a nők 8%-a és a férfiak 31%-a mértékletes ivónak tekinthető. A nagyivók gyakorisága mindkét nem tekintetében a középkorúaknál a legmagasabb. A nagyivás esélye nagyobb azoknál, akik egyedülállóak, heti 40 óránál többet dolgoznak, hiányos a szociális hálójuk, valamint kis lélekszámú településen élnek.

Dohányzás következtében világszerte évente kb. 5 millió ember hal meg napjainkban, tehát 6 másodpercenként egy ember (OLEF). Magyarország a világ cigarettafogyasztóinak élvonalaiba tartozik, mivel évente egy főre 2200 szál fogyasztása jut és magas a dohányosok aránya. A dohányzásra való rászokás időpontja egyre korábbra tevődik. Mind a férfiak, mind a nők tizenévesen szoknak rá a dohányzásra (a fiatalok körében a lányok korábban). Leggyakrabban akkor teszik le a cigarettát, ha megbetegszenek. A nők a terhesség miatt hagyják abba a dohányzást, de egy-két év múlva visszaszoknak. A férfiak később, idősebb korban adják fel szokásukat szív- és érrendszeri betegség miatt. A dohányosok számát

Magyarországon több alkalommal országos reprezentatív mintavétellel próbálták felmérni. Megközelítőleg a felnőtt férfiak 34-46%-a, míg a felnőtt nőknek 18-28%-a dohányzik. Ezen adatokkal a világ és Európa középmezőnyéhez tartozunk. A dohányzást tekintve nagy eltérés nem tapasztalható a 2000 és az azt követő OLEF vizsgálat között. A nők 29%-a, a férfiak 42%-a dohányzott napi rendszerességgel, kb. 20 szál cigarettát szívtak el. Nemzetközi összehasonlításban megállapítható, hogy 2000-ben Magyarországon több mint 40%-al magasabb volt a dohányosok aránya, mint az USA-ban. Ha a dohányzás prevalenciáját nézzük, 2000-ben és 2003-ban növekedés tapasztalható mind a nők, mint a férfiak esetében (ÁDÁNY, 2008). Azonban szembeűnő, hogy a legmagasabb arányt a fiatalok képviselik (nők 38%, férfiak 51%), addig az időseknél ez a szám csekély (7-17%)⁴.

A fizikai aktivitás tekintetében elkeserűtőek az adatok. A felnőtt lakosság közel fele (49,7%) egyáltalán nem végez intenzív testmozgást, 33,4% még mérsékelt testmozgást sem, 21% pedig nem gyalogol legalább napi tíz percet (ELEF 2009).

⁴ <http://color.oefi.hu/adat.htm>

3. fejezet

Adat és módszer

3.1. A kutatás célja

Kutató munkámban a bodrogkeresztúri lakosság egészségi állapotának és szociális helyzetének vizsgálatát tűztem ki célul. Elengedhetetlen számomra, hogy megismerjem és bemutassam az itt élők véleményét. Célom, hogy képet kapjak szubjektív egészségi állapotukról, orvoshoz fordulási gyakoriságukról, alkoholfogyasztási és dohányzási szokásaikról, fizikai aktivitásukról, táplálkozási magatartásukról valamint szociális helyzetükről.

3.2. A kutatás módszere

54 kérdésből álló kérdőíves lekérdezését alkalmaztam. A kérdőívet a felmérésben részt vevők válaszai alapján én magam töltöttem ki, ezzel segítve elő, hogy mindenki pontosan megértse a kérdést. Lehetőség nyílt az önkitöltős adatfelvételre is, amelyet csupán 3 fő választott. A kérdőív összeállítása során felhasználtam az Országos Lakossági Egészségfelmérés és a Nyíregyháza Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatal Szociális Irodája és a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Alkalmazott Társadalomtudományi Tanszéke által készített kutatássorozat kérdőíveit. Azért ezt a módszert választottam, mert széles körben nyerek adatokat, valamint név nélkül, anonim módon ismerhetem meg a válaszadók véleményeit egészségi állapotukról és szociális helyzetükről.

Az adatrögzítést és elemzést az SPSS 13.0 for Windows programja segítségével végeztem. A változók bemutatásához a deskriptív statisztikai módszer alapján a gyakorisági értékeket (prevalencia) hasonlítottam össze. Az egyes változók közötti kapcsolatot a Fisher és a Chi négyzet próbával teszteltem, melynek során a 95%-os CI értéket használtam. (1. sz. melléklet).

3.3. A minta kiválasztása, nagysága

Egyszerű, véletlen mintavételi eljárást alkalmaztam, majd a megkérdezetteket 10 évenkénti korcsoportokra bontottam. A felmérés nem reprezentatív, az egész lakosságra vonatkozó következtetéseket nem lehet levonni. 150 fő megkérdezését terveztem, a lakosok segítőkészségének köszönhetően végül 178 fő állt rendelkezésemre. A feldolgozás során 3 főt

azonban ki kellett zárnom az alacsony esetszám miatt, mivel kevesen kerültek a 80 feletti korosztályba.

3.4. Az adatfelvétel ideje

A kérdőíves adatfelvételt 2011. november 10-től 2012. január 14-ig végeztem.

3.5. Az adatfelvétel helyszíne

Szülőfalumban, Bodrogkeresztúrtban élők véleményét kívántam feltárni. A válaszadókkal időpontot és helyet egyeztettem. Tájékoztattam őket, hogy diplomamunkám elkészítéséhez fogom felhasználni az anyagot és biztosítottam őket az anonimitásról, a szakmai és etikai szabályok betartásáról, titoktartási kötelezettségemről. A kérdőívek kitöltése főként a lakók otthonában történt, de volt, aki az utcán, esetleg a Faluház klubtermében válaszolt kérdéseimre.

3.6. Vizsgálatom céljai

Vizsgálatom céljai a következők:

- társadalmi és gazdasági helyzetfelmérés,
- vélt és valós egészségi állapot kiderítése, valamint a betegségek meglétének kutatása,
- a fizikai aktivitás, táplálkozás, alkohol és dohányzási szokások nyomon követése,
- megnézni az egészségügyi ellátórendszer igénybevételét,
- feltárni a szociális problémákat, megismerni az egyén természetes és mesterséges védőhálóját, valamint véleményét a segélyezés rendszeréről.

3.7. Bodrogkeresztúr bemutatása

3.7.1. Földrajzi elhelyezkedése

Bodrogkeresztúr a Tokaj-Hegyaljai történelmi borvidék egyik legpatinásabb, gyönyörű fekvésű települése. A Bodrog folyó jobb partján, a Zempléni hegyek Alföldre ereszkedő déli peremén fekszik. A Tokajtól mindössze 7 km-re lévő község számos értéket és látnivalót ígér. Könnyen megközelíthető a 37-es főútról, a folyóról és vasútvonalon keresztül is.

3.7.2. Története

Arról, hogy honnan kapta nevét a település sokféle megítélés alakult ki. Némelyek Szent János féle keresztes lovagoktól származtatják, akiket kereszturaknak neveztek. Más vélemények szerint régen Bodrogkeresztúrvolt, hiszen a Bodrog partján több fontos kereskedelmi útvonal is keresztezte egymást. A legnagyobb valószínűség szerint a Szent Kereszt felmagasztalásáról kapta nevét (Irány Tokaj-Hegyalja!, 2011).

A település ősidők óta lakott, valaha mezővárosként funkcionált. A lakosok szőlőtermesztéssel, halászattal és kereskedelemmel foglalkoztak, majd beindult a Kerámia és a Betonelem gyár, ez utóbbi több száz ember számára nyújtott munkalehetőséget. Napjainkban csak a szőlővel való gazdálkodás jelent megélhetési forrást a községben.

3.7.3. Látnivalók, értékek

Szülőfalumban megtalálható minden olyan létesítmény, szolgáltatás, amely a lakók mindennapi igényeit kielégítik. A község központjában helyezkedik el a Faluház, amely közösségi összefogás révén épült fel ismét, miután 2007 áprilisában leégett a falu kulturális és közösségi életét biztosító építmény. A tetőtérben foglal helyet a Községi Könyvtár, melyet a művelődni vágyók szívesen vesznek birtokba. Zsinagógával is büszkélkedhetett, de a II. világháború után sorsára hagyták, azonban az utóbbi években felújították és Turisztikai Központtá alakították át. A Polgármesteri Hivatal a helyi szinten felmerülő problémákat kezeli. Bodrogkeresztúrbán mind a három felekezet temploma fellelhető, így a római-, és görög katolikus, valamint a református egyház vallása is gyakorolható. A főutcán foglal helyet a Nyitnikék Napköziotthonos Óvoda, valamint az Általános Iskola, mely az első vallás- és közoktatásügyi miniszterről, Eötvös Józsefről kapta nevét. Itt nemcsak a helyi, hanem a környező települések (Bodrogkisfalud, Szegi, Szegilong, Erdőbénye) fiataljainak alapfokú oktatása zajlik. Említésre méltó még a „Csodarabbi” temetője, a Panoráma Kilátó és a Magyar Motorok Múzeuma. Ez utóbbi magánkezdeményezésre alakult és az országban egyedülálló. A község területén található négy élelmiszerbolt. A lakosság vásárlási lehetőségét növeli a ruházati bolt, a virágüzlet, a húsbolt, valamint a vas-műszaki kereskedelem. Bodrogkeresztúr rendelkezik Postával, valamint Takarékszövetkezettel, ahol a pénzügyek intézhetőek. Tokaj-Hegyalja részeként a terület klímája alkalmas szőlőültetvények gondozására, számos borászat, pincészet várja az ide látogató turistákat.

3.7.4. Egészségügyi és szociális ellátás

Heti rendszerességgel megoldott az orvosi ellátás. A csecsemők gondozása, valamint az édesanya egészségi állapotának figyelemmel kísérése, életvitellel kapcsolatos tanácsadás a védőnői szolgálat segítségével történik. A község Gyógyszertárral is büszkélkedik, így a receptek beváltása és a vény nélkül kapható készítményekhez való hozzájutás helyben megoldott. A környező települések intézményhiánya következtében gyakran veszik igénybe más betegek is ezt az ellátást. A szociális alapellátás keretében házi segítségnyújtás vehető igénybe, melyet Tokaj település koordinál. Házi segítségnyújtás keretében a szolgáltatást igénybe vevő személy saját lakókörnyezetében kell biztosítani az önálló életvitel fenntartása érdekében szükséges ellátását. A gondozási szükségletet vizsgálni kell, amennyiben ennek időtartama a napi legfeljebb 4 órát meghaladja, bentlakásos intézménybe való elhelyezés kezdeményezése szükséges.⁵ Akikről életkoruk, egészségi állapotuk, szociális helyzetük miatt alapellátás keretében nem lehet gondoskodni, szakosított ellátási formát kell biztosítani számukra. Településemen működik egy ápolást-gondozást nyújtó Idősek Otthona, mely az önmaguk ellátására nem, vagy csak folyamatos segítséggel képes személyek napi legalább háromszori étkeztetését, ruházattal való ellátását, mentális gondozását, egészségügyi ellátását, valamint lakhatását biztosítja.⁶ 50 főre kaptak működési engedélyt, jelenleg maximális a kihasználtság.

3.7.5. A népességszám alakulása

Nemcsak Keresztúrbán, országos szinten természetes fogyásról beszélhetünk, melynek következtében Magyarország lakossága folyamatosan csökken, s ez a népesség idősödésével párhuzamosan zajlik. A népesség csökkenésének oka, hogy a szülőképes nők későn vállalják első gyermeküket, ezáltal kevesebb gyermeket nevelnek a családok, mely szorosan összefügg a népesség elöregedéssel. A válások száma nő, csökken a házassági kedv, napjainkban a gyermekek Magyarországon házassági kapcsolatban születnek meg (CZIBULKA 1997).

A Bodrogkeresztúri Önkormányzat Állandó Lakosság Adatállományának adataiból kiderül, hogy 2011-ben 1197 fő lakója volt a településnek. Korábban ez a szám elérte az 1431 főt is (1999-ben), ám azóta folyamatosan csökken (Statisztikai Évkönyv, 1995). A korcsoportos bontásból kiderül, hogy a fiatal (0-29 év) és az idős korosztály (60-99 év)

⁵ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 63.§

⁶ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 67.§

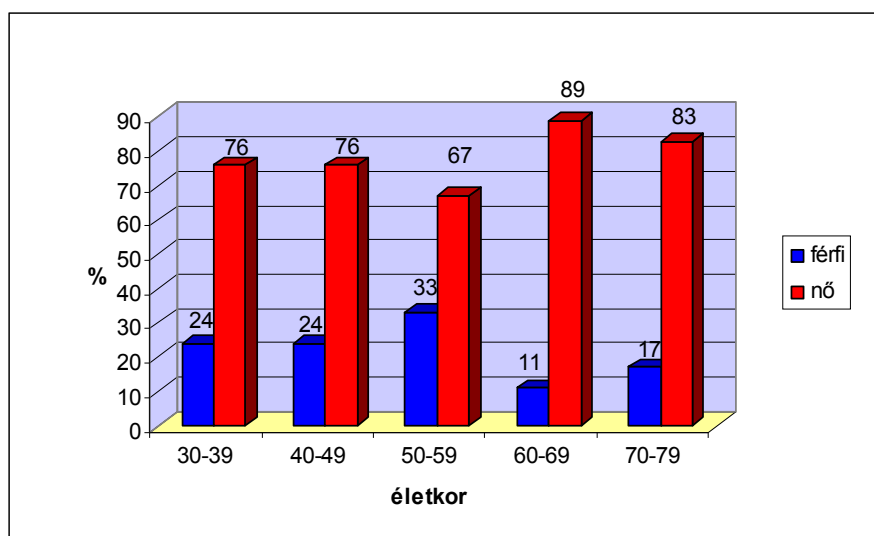
lélekszáma között semmiféle eltérés nem tapasztalható. Míg az előbbi kategóriába 28%, addig az utóbbiba 27,4% tartozik. Tehát azt lehet megállapítani, hogy szülőfalumban az aktív korúak élnek a legnagyobb arányban.

4. fejezet

Kutatási eredmények

4.1. Demográfiai jellemzők bemutatása

Bodrogkeresztúr lakossága a 2011-es évben 1197 fő volt.⁷ Ebből nekem 175 főt sikerült megkérdezni egészségi állapotáról és szociális helyzetéről. A kérdések nem csak az egyénre vonatkoztak, hanem a háztartásában élő személyekre is, így a 175 háztartás 444 főt fed le. A válaszadók 22%-a volt férfi, és 78%-a nő. A családfők azért képviselik kevesebb arányban a lakosságot, mert a megkérdezés időpontjában nem tartózkodtak otthon, vagy inkább a feleségeket kérték meg a válaszadásra, mert ők jobban tudják ezeket a dolgokat, illetve közlékenyebbek. A nemek szerinti korcsoportos megoszlást a 3. ábra mutatja. A mintába kerülő férfiak legnagyobb arányban (33%) az 50-59 évesek véleményét képviselték, ezzel szemben a nők megoszlása itt volt a legalacsonyabb.

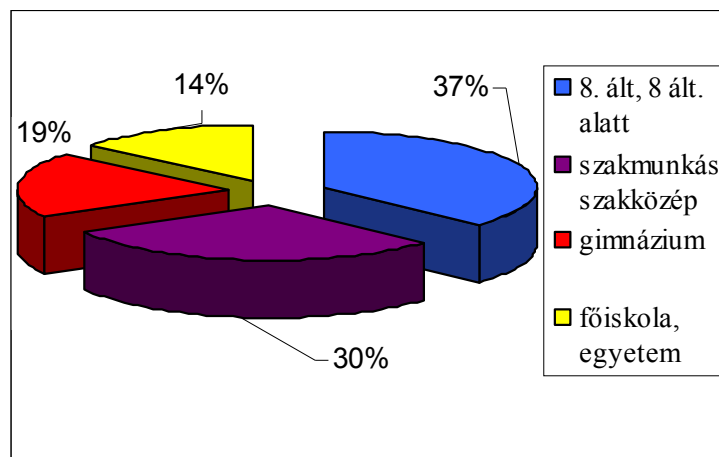


3. ábra: **Nemek szerinti korcsoportos megoszlás**

Forrás: saját szerkesztés

Iskolai végzettség tekintetében a középfokú végzettséggel rendelkezők vettek részt nagy arányban (49%) a felmérésben. Szembetűnik, ahogy haladunk az egyre magasabb iskolai végzettségek felé úgy csökken a mintában szereplők megoszlása. (4. ábra)

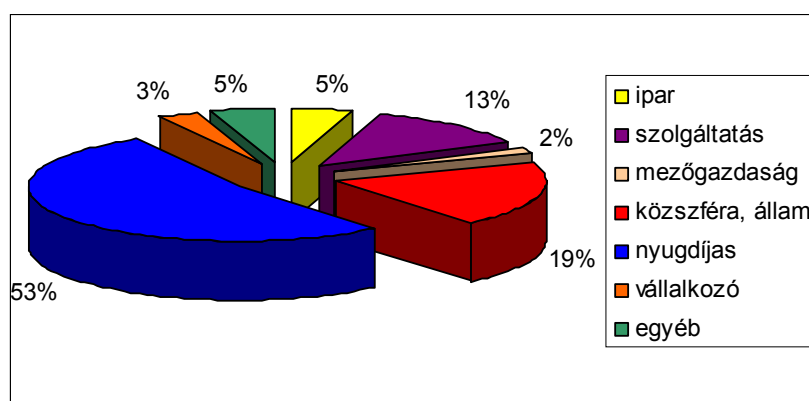
⁷ Állandó Lakosság Adatállománya – Bodrogkeresztúr



4. ábra: **Iskolai végzettség szerinti megoszlás**

Forrás: saját szerkesztés

A megadott foglalkozásokat kategóriák szerint csoportosítottam. A mintába kerülők 53%-a nyugdíjas, 19%-a közszolgáltatásban dolgozik vagy állami feladatokat lát el (5. ábra). Ide sorolható tevékenységek az önkormányzati dolgozó, pedagógus, ügyintéző. A szolgáltatási szektorban (bolti eladó, gyógyszerértékesítő, konyhai kisegítő, pultos, takarító) 13% dolgozik. 5% az iparban (kesztyűgyártó, nehézgépező, szabó) és szintén ugyanennyi százalék egyéb (háztartásbeli, alkalmi munka, álláskereső) csoportba sorolható be. 3%-nak önálló vállalkozása van (gyógyszerész, virágkereskedő, borász, fodrász). Napjainkban mindössze 2% végez munkát a mezőgazdaságban (őstermelő, szőlészeti telepvezető, borász).

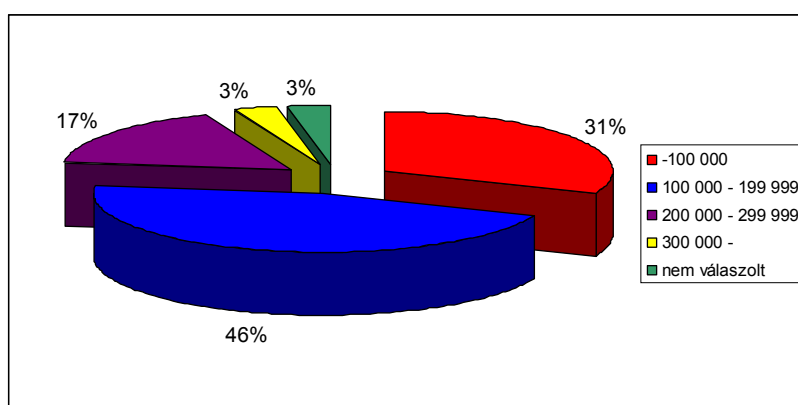


5. ábra: **Foglalkozási kategóriák**

Forrás: saját szerkesztés

A munkavállalók 23%-a alkalmazott teljes munkaidőben, 3% csak részmunkaidőben dolgozik. A legnagyobb arányszámot a nyugdíjasok képviselik 53%-al, közülük 6% rokkantnyugdíjas.

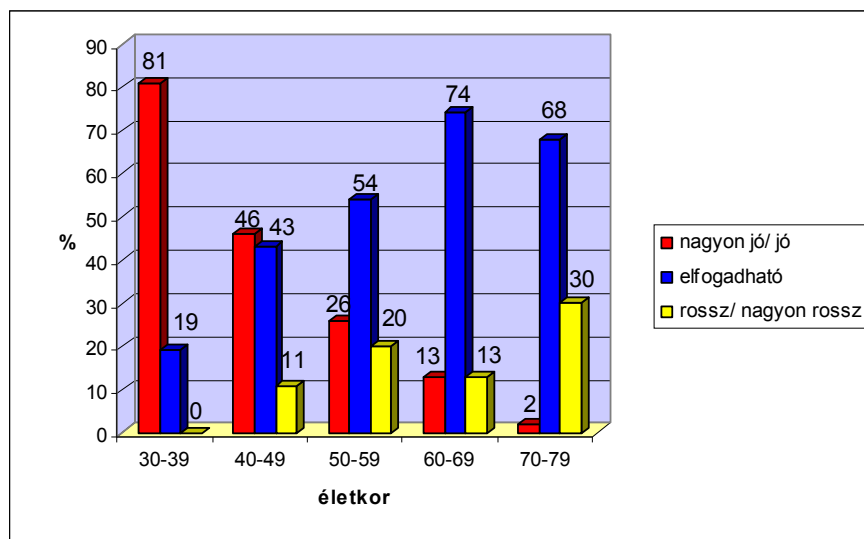
A válaszadók közel fele 100.000 és 200.000 Ft közötti havi nettó jövedelemmel gazdálkodik, ami megfelel a magyarországi átlagjövedelmi viszonyoknak. A megkérdezettek egynegyede sajnos kevesebb, mint 100.000 Ft-ból él havonta. Meglepő módon a kérdés jellegétől függően mindössze 3% (6 fő a 175-ből) nem kívánt adatot közölni jövedelmi helyzetéről.



6. ábra: **Jövedelmi kategóriák a megkérdezettek körében**
Forrás: saját szerkesztés

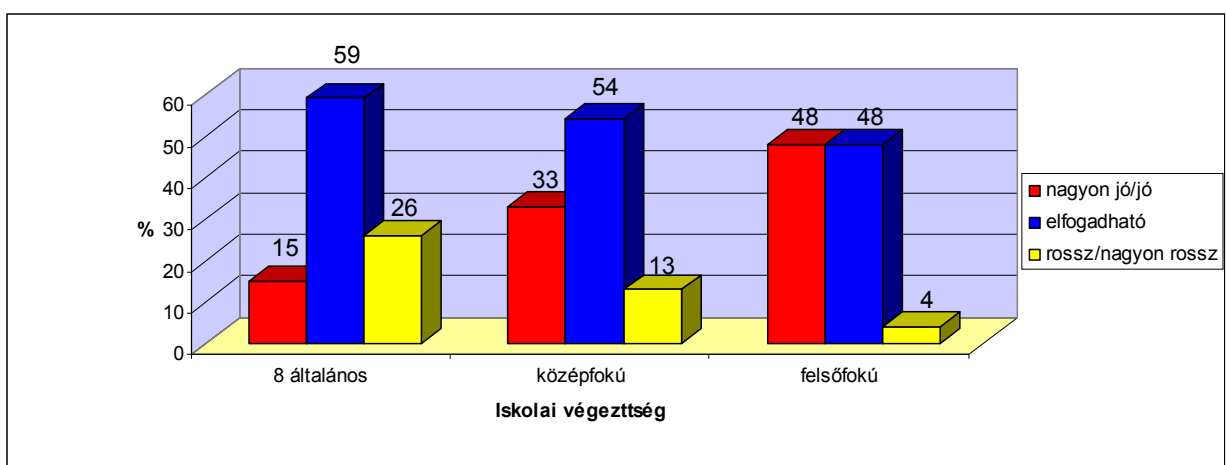
4.2. Szubjektív egészség

A megkérdezettek kiemelkedő többsége csak „elfogadhatónak” véli állapotát. A 30-as éveikben járó válaszadók 81%-a „jónak”, esetenként „nagyon jónak” jellemzi helyzetét. Életkori összehasonlítás alapján megállapítható, hogy a 30-39 éves korosztályban senki, míg a kor előrehaladtával egyre többen látják „rossznak” illetve „nagyon rossznak” állapotukat. A 60-69 éves korosztályban szembetűnik, hogy kiegyenlítődik a „jó” és a „rossz” aránya, és az „elfogadható” válik dominánssá. Az aktív korúak körében többen jellemzik „jónak” egészségügyi helyzetüket, azonban nagy számot alkotnak azok a válaszadók, akik csak „elfogadják” állapotukat. Az „elfogadható” választ adók számánál folyamatos növekedés figyelhető meg, majd 70 év fölött csökkenés tapasztalható, azonban még így is ez az állapot a legjellemzőbb erre a korosztályra. Az egészségi állapot szubjektív minősítése összefüggést mutat az életkorral. Az életkor előrehaladtával romlik a minősítési kategória. (Chi négyzet; $p < 0,000$) (7. ábra)



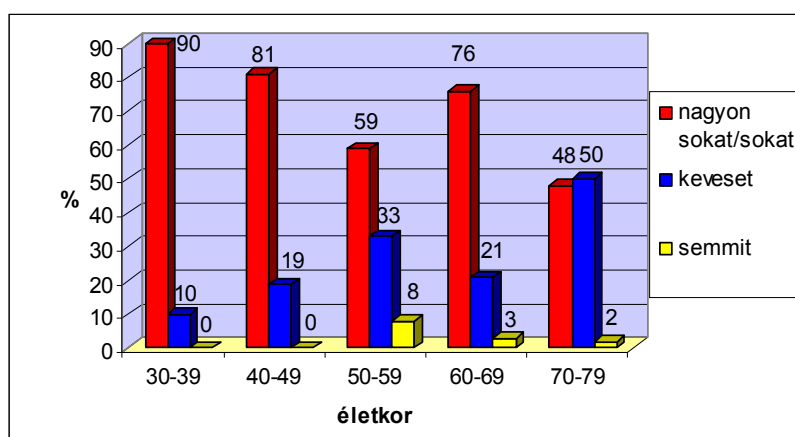
7. ábra: Szubjektív egészség megítélése az életkor függvényében
Forrás: saját szerkesztés

Az iskolai végzettséget tekintve megfigyelhető, hogy „rossznak”, valamint „nagyon rossznak” az alacsonyabb iskolázottságúak ítélik meg egészségi állapotukat, a magasabb iskolával rendelkezők többnyire kielégítőbbnek gondolják helyzetüket. A felsőfokú végzettségűek egészségi állapota között lényegi eltérés nem tapasztalható, kielégítőnek és ezzel együtt „elfogadhatónak” írják le állapotukat, „rossznak” kevesen gondolják. Az iskolai végzettség és az egészségi állapot szubjektív minősítése között kapcsolat mutatható ki. (Fisher teszt; $p=0,005$) (8. ábra)



8. ábra: Szubjektív egészség az iskolai végzettség tükrében
Forrás: saját szerkesztés

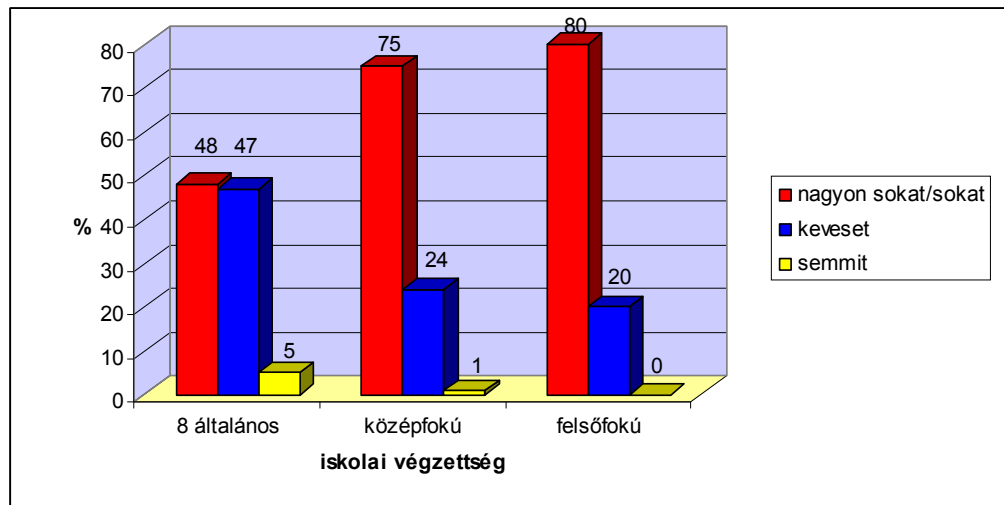
Az első két korcsoportban mindenki úgy véli, hogy tehet valamennyit egészségéért. A lakosság nagy része „sokat” illetve „nagyon sokat” cselekedhet egészségért, hiszen kimagaslóak az eredmények, amit az ábra is jól tükröz. A fiatalok csekély aránya gondolja úgy, hogy „keveset” tehet egészsége javításáért, míg a kor előrehaladtával növekszik ez a szám. Kivételnek számít a 60-69 éves korcsoport, hiszen itt jóval kevesebben adták ezt a választ. Szembetűnik, hogy a 70 feletti lakosság inkább „kevesebbet” tehet egészségének javításáért, azonban az is látható, hogy ebben a korcsoportban van legközelebb egymáshoz az egyének véleménye. 48% meggyőződése szerint „nagyon sokat”, valamint „sokat”, 50% minimális lépéseket tehet egészségi állapota megőrzéséért. Meglepő, hogy 8% mondta azt az 50-59 évesek között, hogy semmit nem tehet egészségéért. Ugyanezt a választ 60 év felett összességében 5% adta. Az életkor és a mennyit tehet egészségéért kérdésre adott válasz között összefüggés mutatható ki. (Fisher teszt; $p < 0,05$) (9. ábra)



9. ábra: „Mennyit tehet egészségéért?” korcsoportos bontásban
Forrás: saját szerkesztés

Megvizsgáltam az iskolai végzettség tükrében is, hogy ki mennyit tehet egészségéért. A 8 általánost végzettek közül 5% nyilatkozta, hogy „semmit” nem tud tenni azért, hogy egészségi állapota javuljon. Ahogy haladunk a magasabb iskolai végzettségek felé, azt lehet észrevenni, hogy csökken azoknak az aránya, akik nem tehetnek egészségi állapotukért. A főiskolát, egyetemet végzettek közül senki nem említette, hogy tanácstalan lenne egészségének változtatásával kapcsolatban. Ezzel szemben nő azoknak a gyakorisága, akik „sokat” tehetnek egészségi állapotukért a felsőfokú végzettség felé haladva. Az iskolai

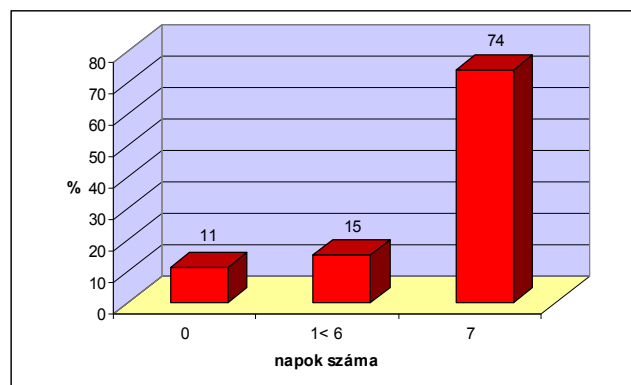
végzettség tehát összefüggést mutat azzal, hogy egészségi állapotáért mennyit tehet a megkérdezett. (Chi négyzet; $p < 0,05$) (10. ábra)



10. ábra: „Mennyit tehet egészségéért?” az iskolai végzettség tükrében
Forrás: saját szerkesztés

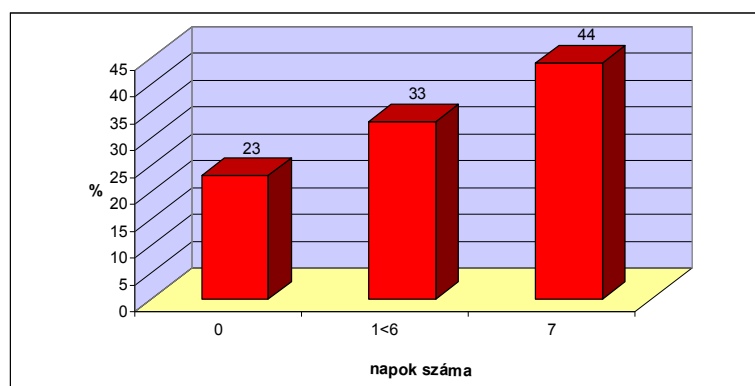
4.3. Egészségmagatartás

A válaszadók 74%-a vallotta azt, hogy a hét minden napján intenzíven mozog legalább 10 percet. 15% nem rendszeresen, de hetente több alkalommal végez olyan tevékenységet, mellyel formában tartja szervezetét. 11% semmiféle mozgást nem végzett a megkérdezés napját megelőző hét napban. (11. ábra)



11. ábra: 7 napban testmozgást végzők aránya
Forrás: saját szerkesztés

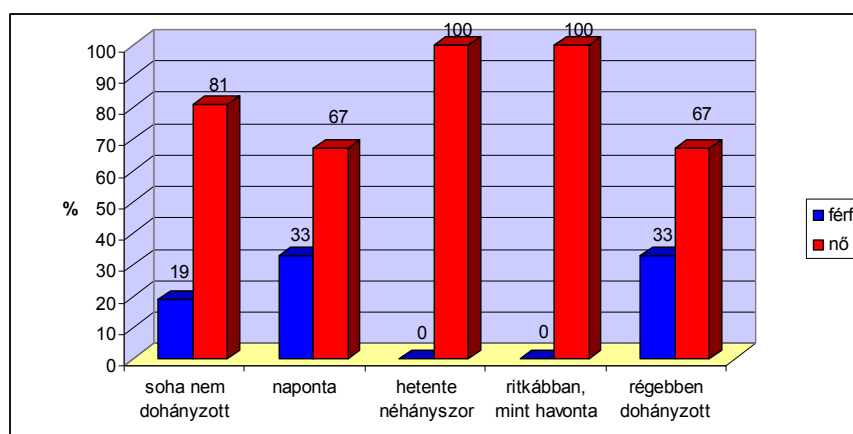
A lakosság gyaloglási szokásait vizsgálva szembetűnik, hogy itt jóval nagyobb azoknak az aránya, akik 1 napot sem fordítanak legalább 10 perc gyaloglásra. 10%-al kevesebb azon megkérdezettek száma, akik kevesebbszer gyalognak, mint 7 nap. A napi rendszerességgel gyaloglók megoszlása sem ugrik ki jelentősen. Ha megnézzük az előbb említett ábra adatait összehasonlításban megállapítható, hogy inkább a testmozgás válik dominánssá a gyaloglással szemben. (12. ábra)



12. ábra: **7 napban gyaloglást végzők aránya**

Forrás: saját szerkesztés

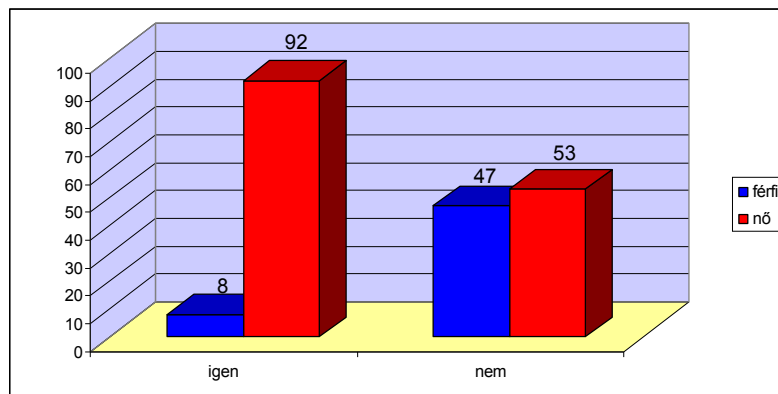
A dohányzási szokásokat vizsgálva 81% nyilatkozta, hogy soha nem dohányzott a nők esetében, férfiaknál ez az arány 19%. Napi rendszerességgel a férfiak 33%-a gyújt rá, míg a nőknek ez a szám a duplája. Azt azonban nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a lakosság férfi arányát csupán 22% képviseli a felmérésben. Hetente néhány alkalommal, vagy attól ritkábban csak a nők dohányoznak. (13. ábra)



13. ábra: **Dohányzási szokások nemek szerinti megoszlása**

Forrás: saját szerkesztés

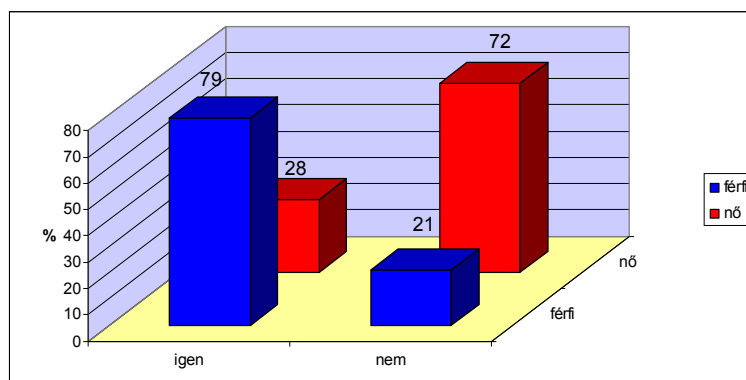
Arra a kérdésre, hogy próbált-e leszokni, a női dohányzók nagy arányban igennel feleltek. Megdöbbentő viszont mind a két nem esetében, hogy a dohányzók jelentős százaléka semmit nem tett annak érdekében, hogy felhagyjon káros szenvedélyével. (14. ábra)



14. ábra: **Próbált leszokni a dohányzásról?**

Forrás: saját szerkesztés

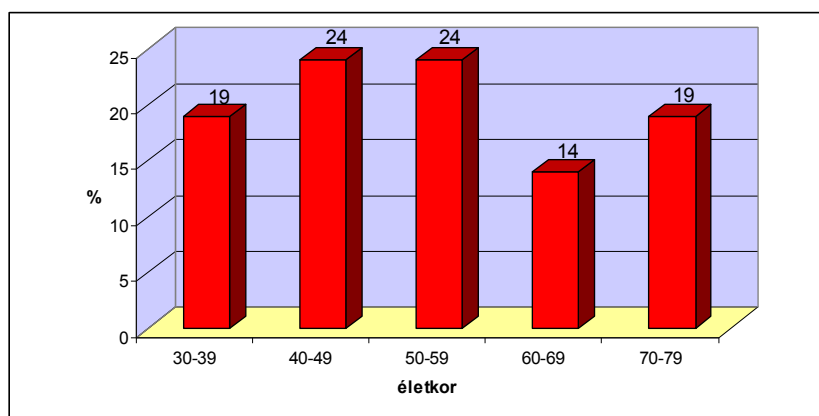
A mintába kerülő férfiak 79%-a vallotta, hogy szokott alkoholt fogyasztani, 21% nem használja ezt az élvezeti szert. A nőknél fordított arány figyelhető meg, 72%-uk nem szokott alkoholt fogyasztani, 28%-uk azonban igen. (15. ábra)



15. ábra: **Az alkoholt fogyasztók nemek szerinti aránya**

Forrás: saját szerkesztés

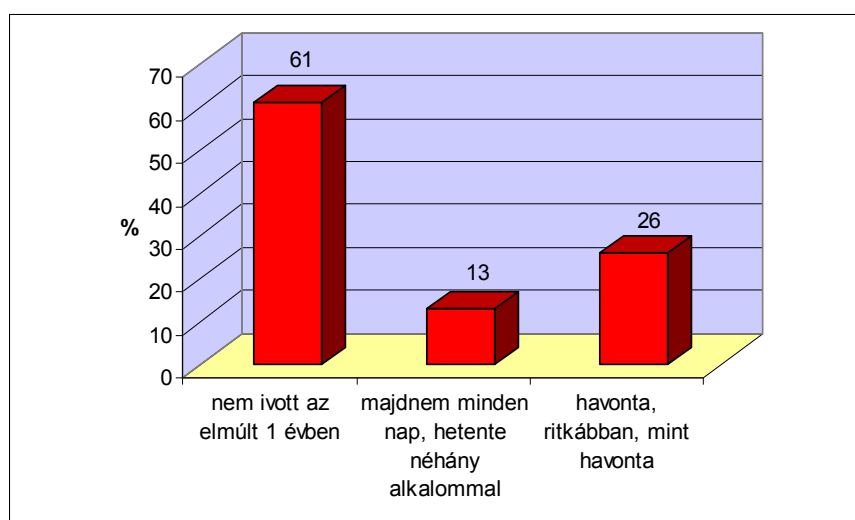
Az alkoholt fogyasztók nagy számban a 40-49, valamint az 50-59 éves korosztályt alkotják. Meglepő adatokat tükröz a két szélső oszlop, hiszen a fiatalok és az idősek ugyanolyan arányban (19%) fogyasztanak alkoholt. A legkisebb gyakoriság a 60-69-es éveikben járók fogyasztásában mutatkozik (14%). (16. ábra)



16. ábra: **Alkoholt fogyasztók korcsoportos gyakorisága**

Forrás: saját szerkesztés

A mintába kerülők nagy számban nem ittak alkoholt az elmúlt 1 évben. 26% havonta, vagy még ritkábban iszik alkohol tartalmú italt. Legkevesebb az arány azok körében, akik naponta, vagy hetente néhányszor italoznak. (17. ábra)

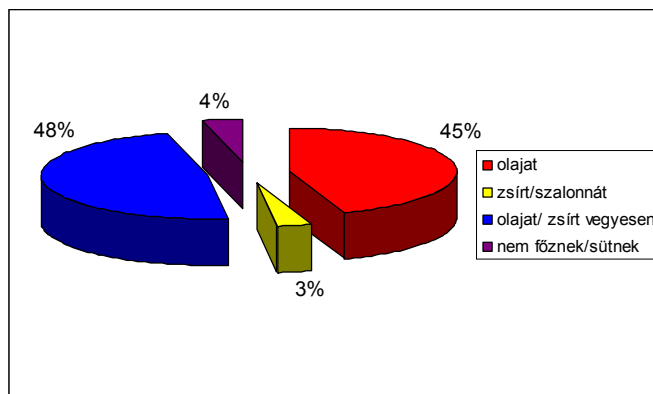


17. ábra: **Alkoholfogyasztás gyakorisága**

Forrás: saját szerkesztés

Az étkezési szokásokat vizsgálva azt lehet megállapítani, hogy a válaszadók zöme rendszeresen, azaz minden nap étkezik legalább háromszor. A főétkezést 95% tartja fontosnak, míg a reggelit 16% hagyja el folyamatosan.

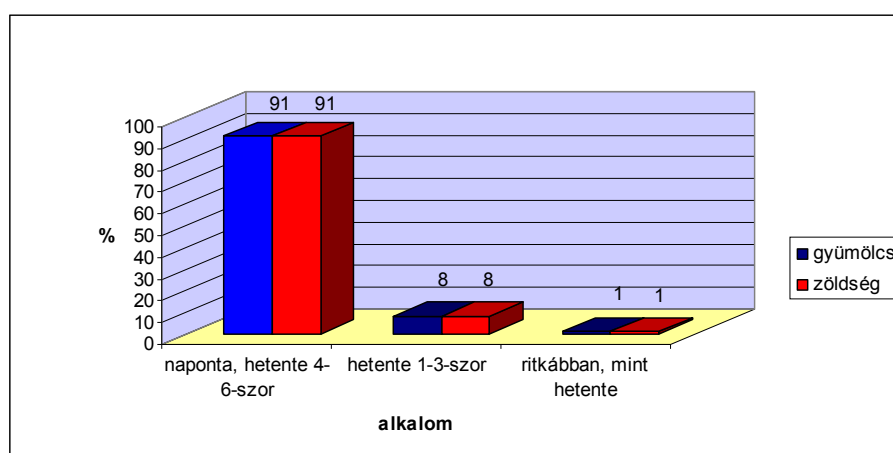
A háztartások közel felében (48%) még vegyesen főznek olajjal, illetve zsírral. Majdnem ugyanennyien csak olajjal készítik az ételleket. Zsírt, szalonnát már kevés háztartásban használnak, és 4% vallotta azt, hogy már nem főz. (18. ábra)



18. ábra: **Mit használnak főzéshez?**

Forrás: saját szerkesztés

A táplálkozás főbb elemeire volt kíváncsi a „Milyen gyakran fogyaszt?” kérdés. A válaszok közül a zöldség-gyümölcs fogyasztás adatai mutattak érdekességet. Mindkét élelmiszert ugyanannyian fogyasztják szinte napi rendszerességgel, hetente, illetve ritkábban, mint hetente. A kiemelkedő oszlop 91%-al azoknak az arányát mutatja, akik naponta, vagy hetente több alkalommal fogyasztanak zöldséget-gyümölcsöt. (19. ábra)

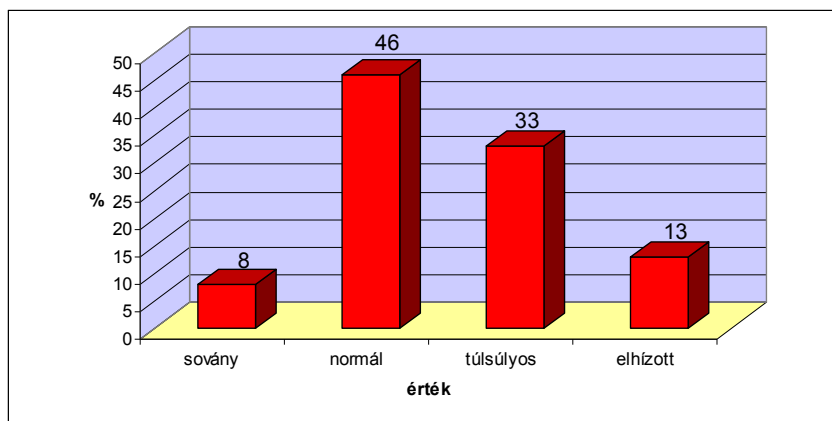


19. ábra: **Zöldség-gyümölcsfogyasztási szokások**

Forrás: saját szerkesztés

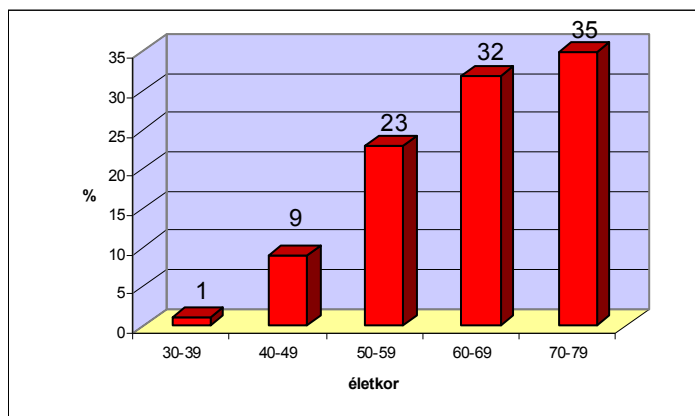
4.4. Egészségi állapot

A válaszadó lakosság nagy arányának értékei normálisnak tekinthetők. 33% azonban túlsúlyos, valamint 13% testtömeg indexe az elhízott kategóriába esik. Mindössze 8% tekinthető soványnak. (20. ábra)



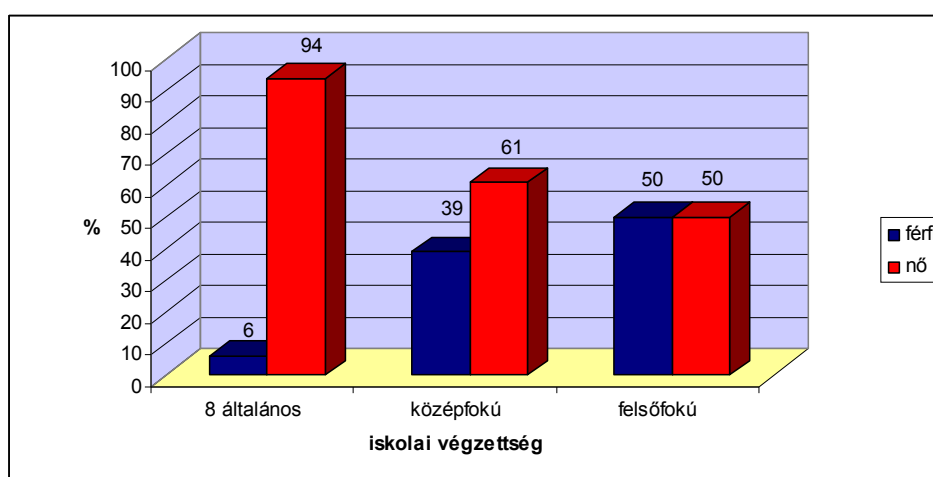
20. ábra: A testtömeg index értékei a megkérdezettek körében
Forrás: saját szerkesztés

A leggyakoribb betegségeket, panaszokat tekintve a magas vérnyomásban szenvedők voltak többnyire (39%) orvosi vizsgálaton a felmérést megelőző évben (2010). Nagy arányban fordultak meg a mozgásszervi betegséggel (33%) élők, valamint a látásukban problémát észlelők. 18% volt a szívbetegséggel és 17% a magas koleszterinszinttel rendelkezők gyakorisága a mintába kerülők körében. 15%-ot mutat a nőgyógyászati, valamint allergia panaszokkal szakorvoshoz fordulók száma. A magas vérnyomásban szenvedők adatait vizsgálva szembetűnik, hogy az életkor előrehaladtával nő az arány. A magas vérnyomásról beszámolóknak közül 35% a 70-79 éves korosztályba esik. (21. ábra)



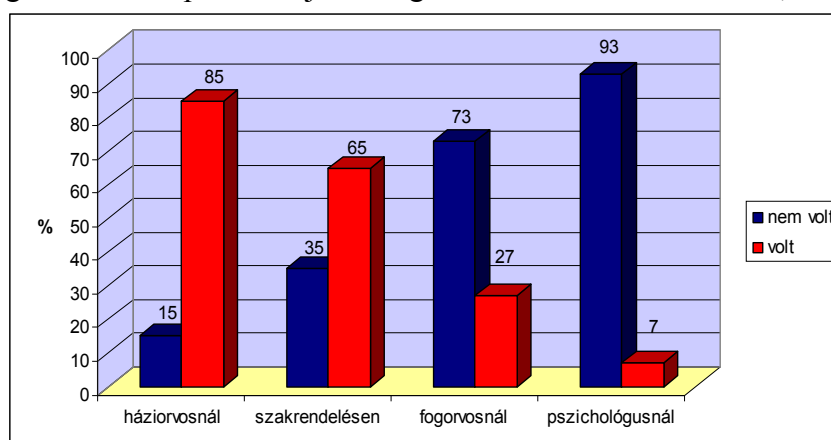
21. ábra: Magas vérnyomásban szenvedők korcsoport szerinti megoszlása
Forrás: saját szerkesztés

Megvizsgálva a magas vérnyomást az iskolai végzettség tükrében azt láthatjuk, hogy ahogy haladunk felfelé a magasabb iskolai végzettségek felé a nők körében úgy csökken a magas vérnyomásban szenvedők aránya. A férfiaknál ennek a fordítottja figyelhető meg, a 8 általánost befejezettek csupán 6%-a, míg a felsőfokot végzettek 50%-a tesz említést magas vérnyomásról. A főiskolát, egyetemet végzettek ugyanolyan arányban szenvednek hypertóniában. Mindkét nemre vonatkozóan el kell vetni a 0 hipotézist, mely szerint az iskolai végzettség és a magas vérnyomás között nincs kapcsolat. (Chi négyzet; $p < 0,05$) (22. ábra)



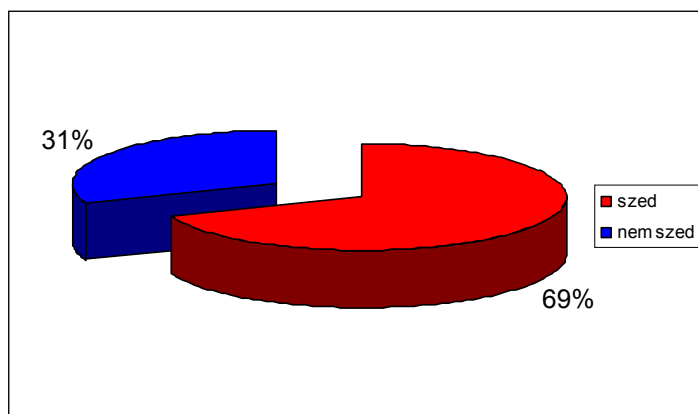
22. ábra: **Magas vérnyomás az iskolai végzettség tükrében**
 Forrás: saját szerkesztés

Az orvossal való találkozások számát illetően azt az eredményt kaptam, hogy 1 éven belül 85% kereste fel háziorvosát. A mintába kerülők elmondása szerint főként a gyógyszerek felírása miatt jártak orvosnál. Szakrendelésre 65% látogatott el, elsősorban tartós betegségük felülvizsgálata miatt, míg fogorvosnál csupán 27% járt. Még kevesebb azoknak a száma, akik pszichológus segítségét igényelték. A grafikon alapján azt lehet elmondani, hogy a lakosság háziorvost, valamint szakorvost keresett fel leggyakrabban egészségügyi problémája esetén. (23. ábra)



23. ábra: **A 2010-es évben orvoshoz látogatók megoszlása**
 Forrás: saját szerkesztés

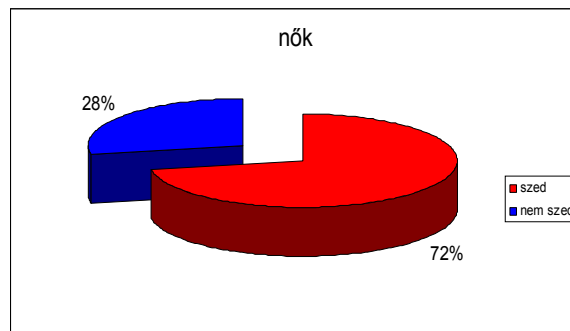
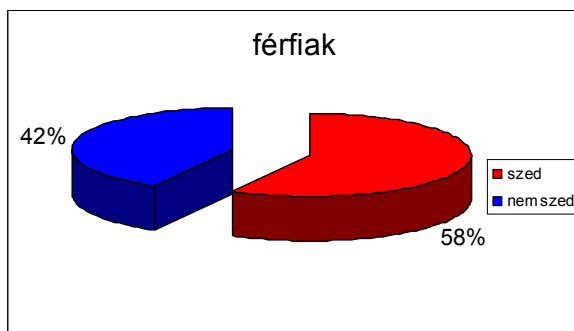
Ha sokan csak a gyógyszerfelírás miatt keresik fel orvosukat érdemes feltenni a kérdést, hogy mennyien szednek állandó jelleggel gyógyszert. A mintába kerülők 69%-a vallotta, hogy rendszeresen szed gyógyszert, 31%-nak azonban nincs rá szüksége. (24. ábra)



24. ábra: A gyógyszert szedők aránya

Forrás: saját szerkesztés

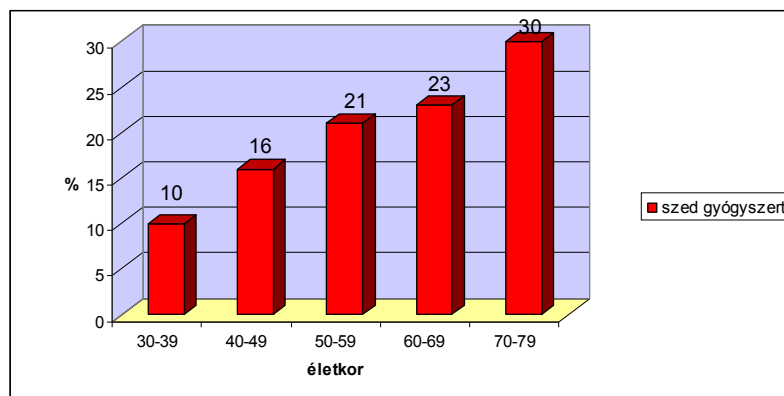
Nemek szerinti arányát vizsgálva a gyógyszereszedésnek azt láthatjuk, hogy a válaszadók között azok vannak többségben mindkét nem esetében, akik szednek gyógyszereket. A férfiak 58%-a alkalmaz gyógyszert egészségi állapota szinten tartása, illetve javítása céljából, míg a nőknél ez az arány a 72%-ot is eléri. (25. ábra)



25. ábra: Nemek szerinti megoszlása a gyógyszert szedőknek

Forrás: saját szerkesztés

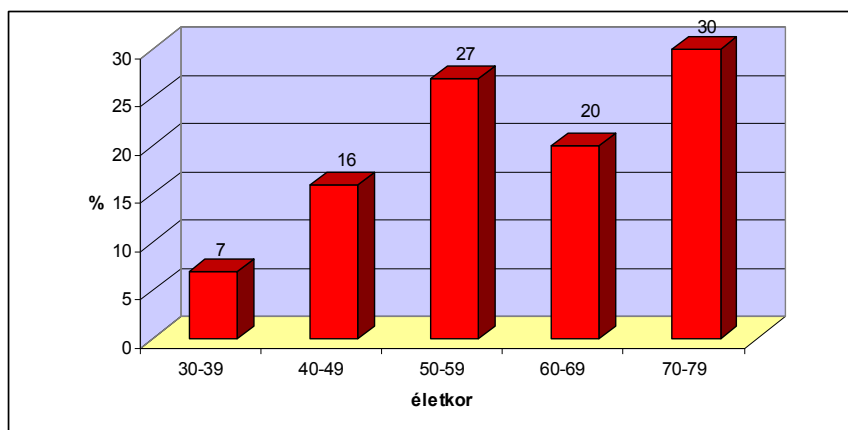
A gyógyszereszedés életkor szerinti bontásából egyértelműen kiderül, hogy az életkor növekedésével a gyógyszert szedők aránya is megnő. A 30-39 éves korosztályban 10% alkalmaz gyógyszeres terápiát, míg a 70. életévüket betöltött személyeknek ennek háromszorosára van szükségük egészségi állapotuk szinten tartására. (26. ábra)



26. ábra: **Gyógyszert szedők életkor szerinti gyakorisága**
 Forrás: saját szerkesztés

4.5. Egészségügyi ellátás igénybevétele

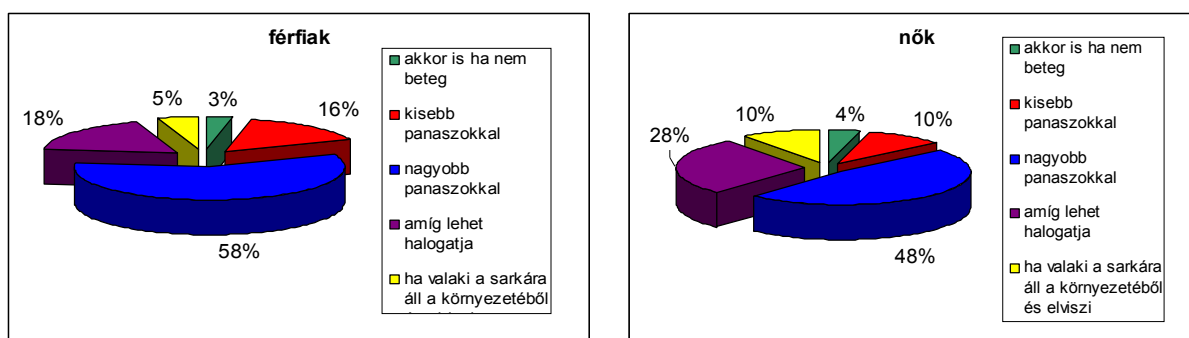
Kórházi kezelést 17% vett igénybe a 2010-es évben, míg 83%-nak nem volt rá szüksége. Ha a korcsoportos prevalenciáját nézzük a kórházi kezeléseknél, azt láthatjuk, hogy a 70 év felettiek szorultak legtöbbször szakszerű orvosi kezelésre, illetve beavatkozásra. Fiatal korban kevesebben, azonban a kor előrehaladtával egyre többen igényeltek kórházi ellátást 2010-ben. Kivételnek számít a 60-69 éves korosztály, itt meglepően alacsonyabb volt az igénybevételi arány. Az életkor és a kórházi kezelés között nincs statisztikailag igazolható kapcsolat (Fisher teszt; $p > 0,05$) (27. ábra)



27. ábra: **Kórházban kezelt korcsoportos prevalenciája**
 Forrás: saját szerkesztés

Az egészségi állapotot kiválóan tükrözi, hogy ki milyen gyakran látogatja háziorvosát, valamint szakorvosát. A válaszadók kiemelkedő arányban jelölték azt a lehetőséget mindkét nem esetében, hogy nagyobb panaszokkal azonnal orvoshoz fordulnak. Nagy számban

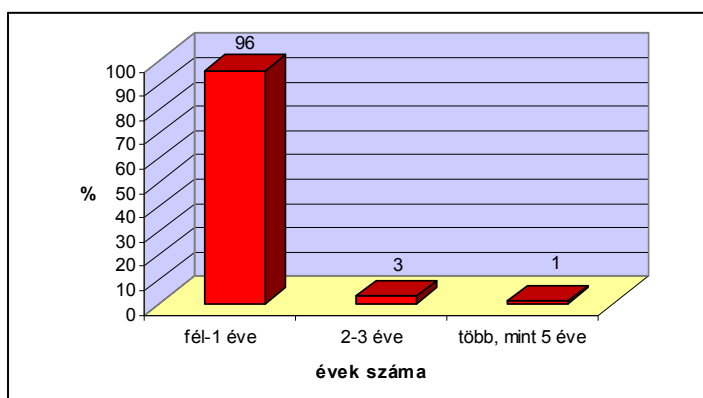
érkeztek a vélemények arra az állításra, hogy amíg lehet, halogatják a segítségkérést egészségügyi állapotuk változása esetén. Akadt olyan, aki abban bízott, magától is meggyógyul, mások inkább magukat próbálják gyógyítani. A férfiak kisebb panaszokkal 6%-al gyakrabban igyekeznek egészségügyi intézménybe, a nők makacsabbak, 10% csak akkor megy orvoshoz, ha valaki a környezetükből elküldi vagy elviszi őket. (28. ábra)



28. ábra: **Orvoshoz fordulás gyakorisága nemek szerint**

Forrás: saját szerkesztés

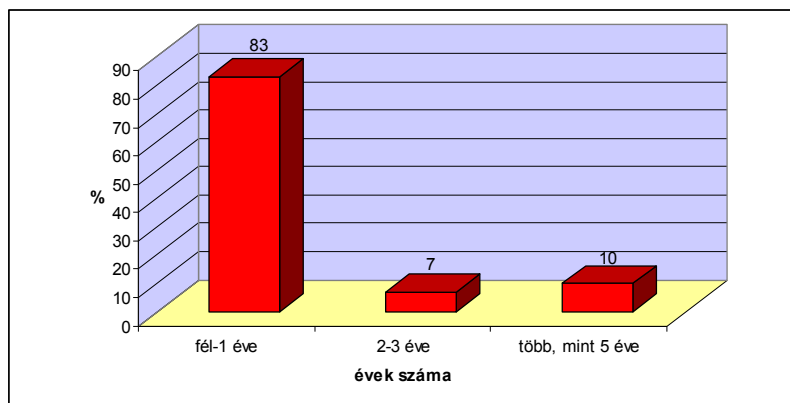
A lakosság vérnyomásmérési gyakoriságát vizsgálva azt az eredményt kaptam, hogy 79% rendszeresen, félévente vagy évente megy el orvoshoz vagy azért, mert kíváncsi az eredményre, vagy úgy gondolja, ha már ott van, megmérési szakemberrel. 11% szerint régebben ugyan (2-3-éve), de járt ellenőrzésen. 10% több mint 5 éve nem vett részt kivizsgáláson. Elmondásuk szerint van saját készülékük, amivel otthon maguknak mérik, így ezzel nem terhelik feleslegesen az orvost, nővért. Azok, akik magas vérnyomásban szenvednek gyakrabban járnak ellenőrzésre. A megkérdezést megelőző évben (2010) 96%-uknak mérte szakember a vérnyomását. (29. ábra)



29. ábra: **Magas vérnyomásban szenvedők utoljára mért értéke egészségügyi intézményben**

Forrás: saját szerkesztés

A vérnyomásméréshez képest 31%-al voltak kevesebben fél, illetve 1 éven belül koleszterinszint mérésen. Összehasonlításban a magas vérnyomással szemben azt lehet elmondani, hogy azok, akik tudatában vannak magas koleszterinszintjüknek ritkábban, mint évente járnak orvosi felülvizsgálatra. 10% több mint 5 éve látogatott el utoljára orvoshoz vagy nővérhez. (30. ábra)



30. ábra: **Magas koleszterinszinttel rendelkezők utoljára mért értéke egészségügyi intézményben**

Forrás: saját szerkesztés

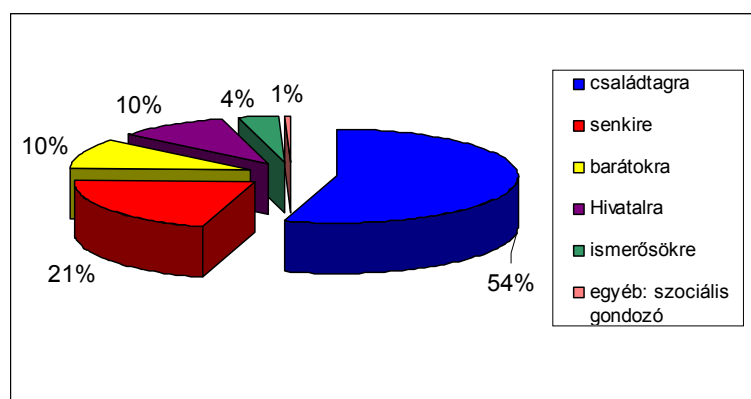
Vércukorszintjét 55% 1 éven belül mérte egészségügyi intézményben, ez az arány 7%-al több mint a koleszterinszintet meghatározóké. A magas vércukorszinttel rendelkezők 100%-a 1 éven belül volt egészségi állapot ellenőrzésen. Úgy tűnik, ezzel a betegséggel élők nem kockáztatják egészségüket, rendszeresen eljárnak szűrésekre.

Érdemes szót ejteni az évente kötelező tüdőszűrő vizsgálatról is, mely a lakosság érdekét szolgálja, ingyenes és az esetleges elváltozás időben felismerhető. Az eredmények azt mutatják, hogy 95% állandóan eljár tüdőszűrő vizsgálatra, 4% bevallása szerint 2-3 éve volt utoljára. Ez a megoszlás jól mutatja, hogy talán a kötelező jelleg miatt, de az emberek többsége megfordul ezeken a vizsgálatokon és odafigyelnek egészségi állapotukra.

4.6. Szociális problémák

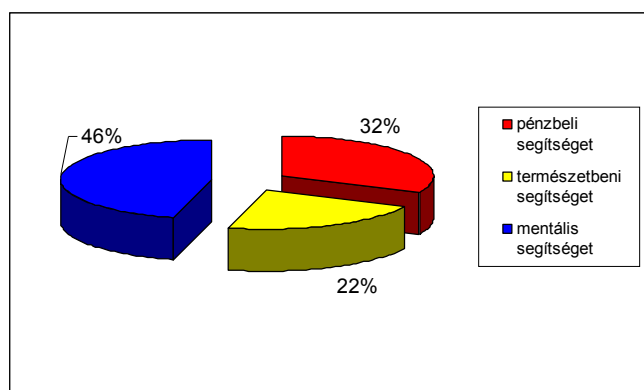
Azt, hogy ki milyen egészségi állapotnak örvend nagyban befolyásolja a szociális helyzet. A kérdőívben feltettem azt a kérdést, hogy az egyének mire számíthatnak szociális problémájuk megoldásában. Erre vonatkozóan számos lehetőséget adtam meg. A válaszadók többsége (54%) mondta azt, hogy családjára, azaz a természetes támogató rendszerére számíthat. Mivel a Hivatalnak kellene felvállalnia ezt a feladatot kíváncsi voltam, mennyien

érzik úgy, hogy ez meg is történik. Csupán 10% gondolta, hogy problémája esetén bizalommal fordulna a Polgármesteri Hivatalhoz, ami elkésztő. Szintén 10% azoknak az aránya, akik barátaiktól remélnék támogatást. Ami talán a legmegdöbentőbb, hogy a mintába kerülők 21%-a senkinek a segítségére nem számíthat. Bizony látjuk, hogy akinek nem működik megfelelően a természetes támogató rendszere és a Hivatal sem tudja enyhíteni problémáját, magára marad. 1% említette még a szociális gondozót, aki heti rendszerességgel keresi fel az idős személyt, vele van kapcsolatban, így ha gondja adódik, a gondozójával beszél meg (pl. télen hóseprés). (31. ábra)



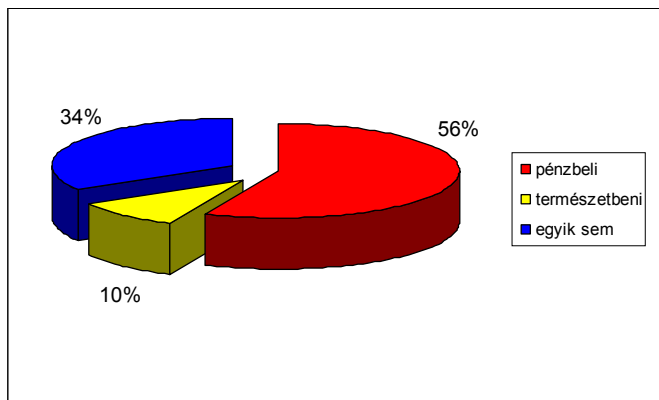
31. ábra: **Az egyén kire számíthat szociális problémájának megoldásában**
 Forrás: saját szerkesztés

Mivel kimagasló arányban a családot említették támogató rendszerként, érdemes megvizsgálni, hogy tőlük milyen jellegű segítséget kaptak. 46%-nak mentális gondjaikban tudtak segítséget adni és 32%-uknak anyagi, vagyis pénzügyi támogatást nyújtottak. A százalékok erőteljesen utalnak arra, hogy a mai válságos helyzetben a családtagok nem tudják anyagilag segíteni szeretteiket, így csak a mentális problémákban való tanácsadás marad. Természetbeli segítséget 22% kért, valamint kapott családjától. (32. ábra)



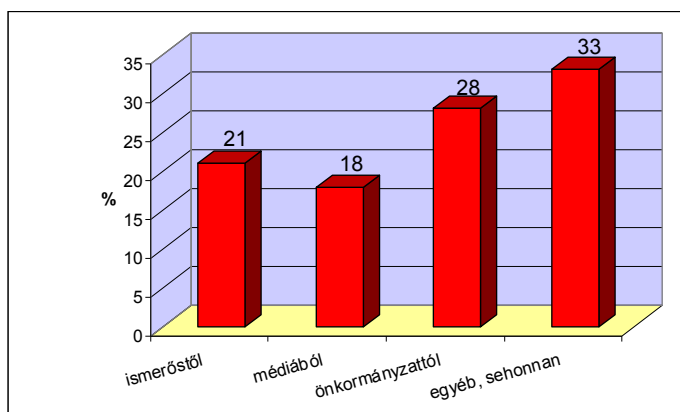
32. ábra: **Milyen segítséget kért-kapott családjától?**
 Forrás: saját szerkesztés

Érdekelt, hogy az egyéneknek melyik segélyezési forma nyújt megoldást problémájára. Amíg az előbb említett esetben mentális segítséget kaptak legtöbben, addig szembetűnik, hogy 56%-nak leginkább a pénzbeli támogatásra lenne szüksége. 34% elmondása szerint egyik ellátási forma sem javítana élethelyzetén. A Kormány egyre inkább szorgalmazná a segélyek természetben való nyújtását, azonban a megkérdezettek csupán 10%-ának jelentene ez könnyebbiséget. (33. ábra)



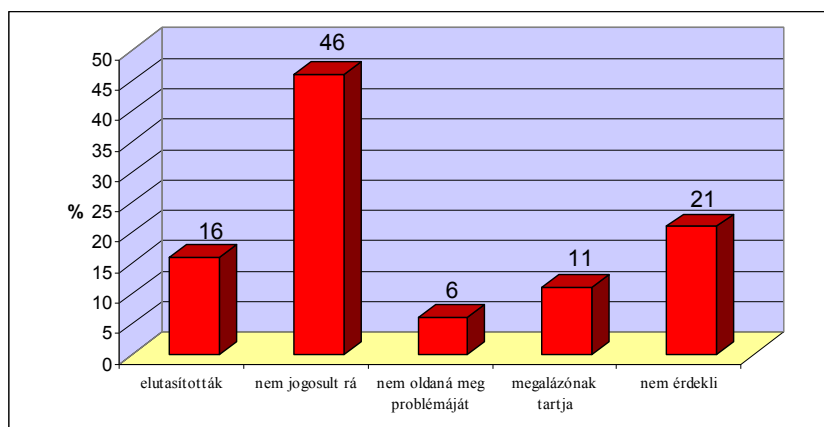
33. ábra: **Segélyezési formák, melyek megoldását nyújtanak az egyének problémáira**
 Forrás: saját szerkesztés

Megnéztem, honnan értesül a lakosság a segélyek igénybevételéről. A többség (33%) a felsorolt lehetőségek egyikétől sem kap tájékoztatást, vagy esetleg máshonnan értesül az igénybevételről. Véleményem szerint az Önkormányzat lenne az a szervezet, aminek feladata közé tartozna ez a tevékenység. A Hivataltól azonban csak 28% szerez tudomást a segélyek lehetőségéről. Legkevesebb az arány ott, ahol médiából informálódnak, pedig napjainkban igazán elterjedt tömegközlelési eszköz a televízió, a rádió és a sajtó. (34. ábra)



34. ábra: **Segélyek igénybevételéről való értesülés**
 Forrás: saját szerkesztés

11,4 % válaszolta, hogy az elmúlt két évben (2009-2010) nem részesült segélyben. Ezen megdöbbentem, hiszen az utóbbi években a családok kapnak élelmiszersegélyt jövedelemtől, családi összetételtől függetlenül. Akik rászorulóak, hátrányos helyzetűek több csomagot vehettek fel. Úgy gondolom, hogy a válaszadók ezt a segítséget figyelmen kívül hagyva válaszoltak. Az is lehet, hogy csak a pénzben kapott támogatást ítélik segélyezésnek. 46% mondta azt, hogy nem jogosult rá, 21%-ot nem érdekel, 16% kérelmét elutasították. Volt, aki bevallotta, hogy számára megalázó a felvétele, más szerint a segély nem oldaná meg problémáját. (35. ábra)



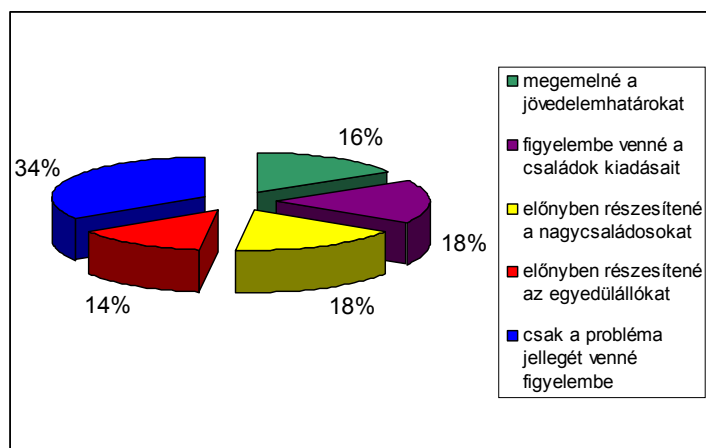
35. ábra: **Segélyben nem részesültek okai**

Forrás: saját szerkesztés

Érdekelt, hogy vajon mennyire ismerik a szomszédjuk, helybéli barátjuk, ismerősük helyzetét. Ha valami szociális problémája lenne, felismernék? Tudnának neki segíteni? A kérdés így szólt: „*Megítélése szerint élnek-e a környezetében olyan emberek, akik jogosultak lennének a segélyre, de nem veszik igénybe?*” A mintába kerülők 67%-a nem tud ilyen személyről, azonban a maradék 33%-nak van erről tudomása. Nem árt megvizsgálni, hogy a kívülállók szerint ezek az egyének miért nem élnek a lehetőséggel. 13% gondolja úgy, hogy megalázónak tartják, 11% szerint nincs róla információjuk. Fele ennyi százalékot alkotnak akik úgy vélik, nem változtatna élethelyzetükön a segély akár pénzügyi, akár természetbeni formája.

Véleményem szerint sokan elgondolkodnak rajta, hogyan lehetne változtatni a mostani segélyezési rendszeren. Kíváncsi voltam a lakosság válaszáira ezzel a témával kapcsolatban. 34% azt nyilatkozta, hogy csak a fennálló probléma jellegét kellene figyelembe venni elbírálásakor. 18% gondolja úgy, hogy a családok kiadásaira kellene tekintettel lenni,

valamint ugyanennyien mondták azt, hogy a nagycsaládosokat részesítené előnyben. A jövedelemhatárokat 16% emelné meg, és 14% előnyben részesítené az egyedülállókat. (36. ábra)

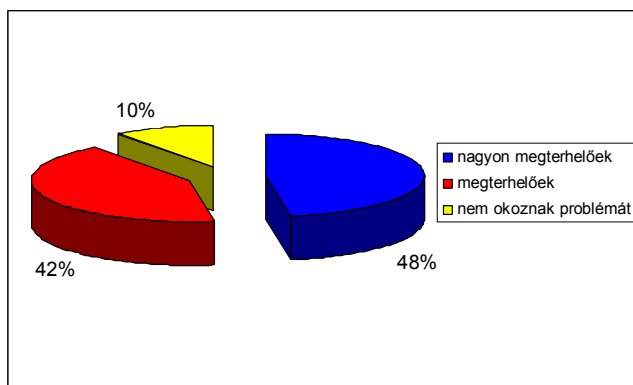


36. ábra: **Hogyan változtatná a segélyre való jogosultság feltételeit?**

Forrás: saját szerkesztés

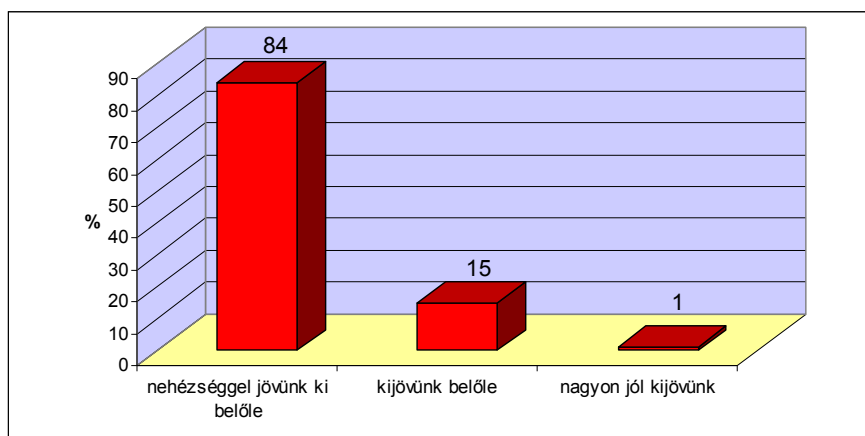
A segélyekkel kapcsolatban különböző állításokat fogalmaztam meg és az állításokat egy ötfokú skálán értékelhették az iskolai osztályzatoknak megfelelően. A lakosság véleménye arra utal, hogy 39 % teljesen egyetért azzal az állítással, hogy gyakrabban kellene kisebb összegű segélyeket adni. Ennek a mondatnak az ellentétét (ritkábban, de nagyobb összegű segélyekre lenne szükség) már nagyobb arányban (50%) utasítják el teljes mértékben. A mintába kerülők 23%-a azonban teljesen egyetért ez utóbbi meghatározással. A segélyek természetben való nyújtását 43% nem tartja hatékonnak, ellenben 30% egyetért vele. Hasonló a megoszlása a pénzbeli ellátások terén is. 42% 1-est karikázott a kérdőíven, 37% helyesnek tartaná ezt az intézkedést. Kevesen mondták azt, hogy teljesen elutasítják, valamint határozottan egyetértenek azzal, hogy nincs szükség segélyezésre, mert nem nyújt megoldást. Összességében 69%-nak nincs világos elképzelése arról, hogy működőképes lenne-e ilyen módon a rendszer. „Nincs szükség segélyezésre, mert nem nyújt megoldást” ezzel 26% egyetért, valamint ugyanennyi százalék nem tudja konkrétan eldönteni. Kb. 70% adta a középső válaszokat a tekintetben, hogy a segélyeket azok veszik igénybe, akik nincsenek rászorulva, valamint hogy csak az igazán rászorulókat részesülnek benne. 50% teljesen egyetért abban a kérdésben, hogy sokan elhallgatják valós anyagi helyzetüket azért, hogy segélyt állapítsanak meg számukra.

Tapasztaljuk, hogy a válság hatása az élet minden területén érződik. A fizetések összege stagnál, esetenként csökken, ezzel szemben a víz-, villany-, gázfogyasztás ára, élelmiszerek költsége rohamosan nő. A családok zöme nehéz szociális körülmények között éli mindennapjait. Mi sem bizonyítja ezt jobban, hogy a megkérdezettek 48%-a nagyon megterhelőnek, míg 42% megterhelőnek véli a lakhatással kapcsolatos kiadásokat. Kizárólag 10% -nak nem okoznak gondot a kiadások. (37. ábra)



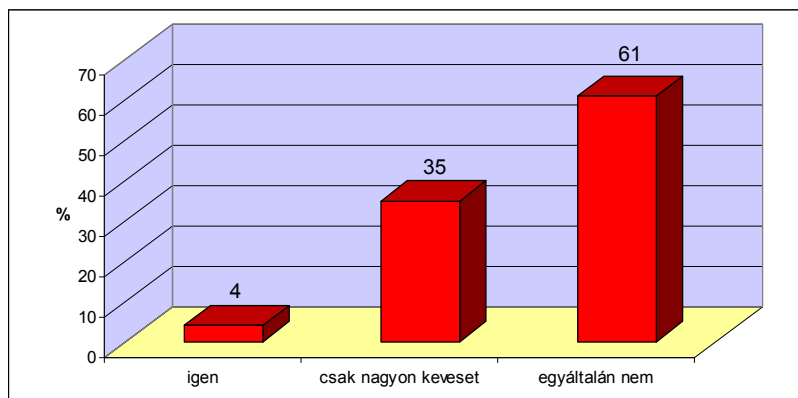
37. ábra: Lakhatással kapcsolatos kiadások mennyire megterhelők
Forrás: saját szerkesztés

Ha a háztartásban élők jövedelmi viszonyait nézzük 84% nagy nehézségek árán, vagy némi nehézséggel tud kijönni havi keresetéből. 15% kijön belőle, mindössze 1% pedig nagyon jól kijön belőle. (38. ábra)



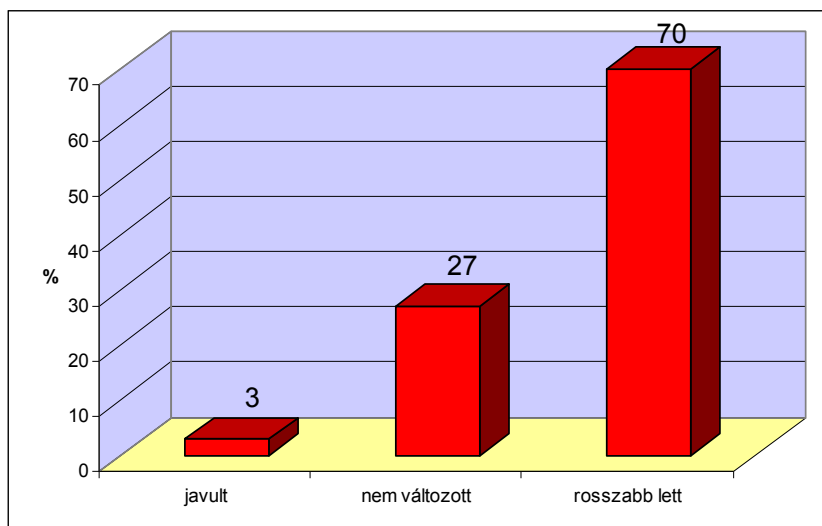
38. ábra: Ha figyelembe veszi a háztartásban élők havi jövedelmét, mit mondana?
Forrás: saját szerkesztés

Ha csak nehézségek árán tudják megoldani az egyének, családok napi életvitelüket felmerül a kérdés, vajon tudnak-e takarékoskodni. 61% egyáltalán nem, 35% csak nagyon keveset képes félretenni fizetéséből. (39. ábra)



39. ábra: **Tudnak-e pénzt félretenni a havi kiadások mellett**
 Forrás: saját szerkesztés

Az előző időszakhoz képest valamilyen szinten, de változott a családok jövedelmi helyzete. 70%-nak rosszabb, esetleg sokkal rosszabb lett. 27% úgy véli, hogy nem változott anyagi helyzete, 3%-nak pedig javult. Jelentős javulásról senki nem tett említést. A statisztikai elemzések alapján a jövedelmi helyzet változása független az iskolai végzettségtől (Fisher teszt; $p > 0,05$), azaz a gazdasági válság a társadalom valamennyi tagját negatívan érintette. (40. ábra)



40. ábra: **Jövedelmi helyzetváltozás az előző időszakhoz képest**
 Forrás: saját szerkesztés

Következtetések, javaslatok

Dolgozatomban Bodrogkeresztúr lakosságának egészségi és szociális állapotát kívántam bemutatni. Céлом volt, hogy megismerjem az itt élők véleményét, amelyek alapján javaslatokat tudok megfogalmazni. A kutatásomból kiderül, hogy a megkérdezett lakosság több mint 50%-a nyugdíjas. Nem meglepő ez az adat, hiszen Magyarországon a halálozások száma jócskán meghaladja az élve születéseket, emiatt a népesség folyamatosan csökken, s a demográfiai előrejelzések folyamatos fogyást mutatnak.

Megvizsgálva a jövedelmi viszonyokat arra az eredményre jutottam, hogy a háztartások átlagjövedelemmel rendelkeznek.

Az egészségfelmérések alapján elmondható, hogy a magyar lakosság leginkább „elfogadhatónak” véli szubjektív egészségi állapotát, valamint felismerik, hogy sokat tehetnek állapotuk szinten tartásáért, javításáért. A lakosság zöme úgy gondolja, hogy igenis cselekedhet állapota változtatása érdekében, azonban az évek múlásával nő az arányszáma azoknak, akik keveset tehetnek. Statisztikailag azonban igazolható, hogy az egészségi állapot megítélése az életkor előrehaladtával romlik. Szülőfaluamban kimutatható, hogy a válaszadók rendszeresen járnak orvosi vizsgálatokra, figyelemmel követik egészségüket. Azonban a megkérdezetteim közel felének testtömeg indexe a túlsúlyos és elhízott értéket mutatja. Kutatásomból kiderül, hogy gyógyszert mind a két nem magas arányban szed, azonban a kor előrehaladtával növekszik a prevalencia érték. A kórházi kezelés és az életkor között nem mutatható ki összefüggés, tehát az idősök nem feltétlenül szorulnak többször kórházi ellátásra.

Szociális problémákat tekintve elsősorban a természetes támogatórendszerükre számítanak az egyének Nyíregyházán és Bodrogkeresztúrtan egyaránt. A természetes védőháló esetében az emberek mentális jellegű segítségben részesültek nagy arányban, melynek oka lehet a folyamatos létszámleépítés, jövedelmek csökkenése, ezáltal családok százai kerülnek kilátástalan élethelyzetbe. Ezzel szemben a mai anyagi világban a pénzbeli segítség lenne szükséges az egyének számára. A segélyekről való értesülés nem valósul meg hatékony módon. A lakosok megítélése szerint környezetükben élnek olyan személyek, akik jogosultak lennének segélyre, de különféle okok miatt nem veszik igénybe. A segélyre való jogosultságnál a válaszadók egyhangúan a probléma jellegét, nagyságát vennék figyelembe. A lakhatással kapcsolatos kiadások a háztartások 90%-ának jelentenek komoly problémát. A korábbi évekhez viszonyítva jelentősen megváltoztak a jövedelmi viszonyok, a

családok helyzete egyértelműen rosszabb lett. A statisztikai elemzések azt mutatják, hogy a jövedelmi helyzet változása és az iskolai végzettség között semmiféle összefüggés nem mutatható ki, tehát a gazdasági válság hatása a társadalom valamennyi tagját érintette.

Véleményem szerint az egészségi állapotváltozást elsősorban az egyén akaratán, mentalitásán múlik. Kezdetben az is elég, ha felismeri, hogy megfelelő táplálkozással, fizikai aktivitással, káros szenvedélyek kerülésével sokat tehet egészsége javításáért. Érdeemes lenne előadásokat szervezni a téma kapcsán team munkában, hiszen az iskolai végzettség és az egészségi állapot között összefüggést tapasztaltam. Probléma esetén eljárnak ugyan kivizsgálásra, de többségük számára nem biztosított a közlekedés. Úgy vélem, hogy több kötelező, helyben végzett szűrővizsgálatra lenne igény, mely által könnyebbé válna az orvossal való találkozás.

A szociális problémák megoldásában az Önkormányzatnak kellene nagyobb szerepet vállalnia. A felmérésekből kiderül, hogy az egyének gondjait a pénzügyi segítség enyhítené, oldaná meg, azonban az anyagi források korlátozottak. Úgy gondolom, hogy természetbeni segítségnyújtással, törődő gondoskodással éreztetni lehetne a lakossággal, ha természetes védőhálóval nem is rendelkeznek, akkor is számíthatnak a mesterséges támogatórendszerre. Célszerű lenne fejleszteni, bővíteni a tájékoztatás rendszerét, hogy a lakosság időben értesüljön az őket érintő döntésekről, lehetőségek igénybe vételéről. Havonta jelenik meg a település hírlapja, a Bodrog Parti Hírek, mely alkalmas lenne az információ átadására. Véleményem szerint csoportos beszélgetésekre kellene sort keríteni szociális szakember segítségével, hogy az egyéni szükségletek felszínre kerüljenek, ezáltal hatékonyabb módon tudnának megvalósulni a pénzügyi és természetbeni ellátások.

Irodalomjegyzék

Az egészségügyi ellátás igénybevételének néhány jellemzője (OLEF) In.: Epiinfó 11 101-107, Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, 2002

ÁDÁNY R.: A magyar lakosság egészségi állapota, különös tekintettel az ezredforduló utáni időszakra. In.: Népegészségügy 2 5-20, 2008

Borsod-Abaúj-Zemplén megye Statisztikai Évkönyve, 1995

Brencsán Orvosi Szótár, Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest 2006.

Curbing the Epidemic - Governments and the Economics of Tobacco Control. World Bank Publication Washington D. C, 1999

CZIBULKA Z.: Néhány demográfiai jellemző a mikrocenzus tükrében, KSH, 1997

Egészségfelmérés (ELEF) 2009, Statisztikai tükör, 50 1-7 oldal, KSH, 2010

Egészségjelentés 2010 Jelentés egy egészségben elmaradott országról..., Budapest 2010.

Egészségmonitorozás, egészségfelmérés I. In.: Epidemiológiai Információs Hírlap, Epiinfo Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ 7 2002.

Eurobarométer 2010

FÁBIÁN G.: Életminőség Nyíregyházán. Jövedelmi helyzet, egyenlőtlenségek és egészségi állapot In.: Szabolcs-Szatmár-Beregi Szemle: társadalom, tudomány, művészet 4 569-589.o., 2009

FÁBIÁN G., TAKÁCS P., SZOBOSZLAI K., HUSZTI É., PATTYÁN L. : Életminőség 2008 Nyíregyháza, Nyíregyháza, 2008

FARKAS P.: Rosszabbodó szociális helyzet és a kirekesztettség Magyarországon a válság időszakában In.: Eszmélet 87 23-32, 2010

HOLLÁN ZS.: Orvosi lexikon, Akadémiai Kiadó, Budapest 1972.

Irány Tokaj Hegyalja! Bodrogkeresztúr CD formátum, 2011

Országos Lakossági Egészségfelmérés OLEF 2000, Összefoglaló jelentés, Országos Epidemiológia Központ 2002

Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003, GYORSJELENTÉS... a döntéshozóknak, Országos Epidemiológia Központ, 2004

Országos Lakossági Egészségfelmérés OLEF 2009

Peto R., Lopez AD., Boreham J., Thun M., Heath C.: Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. Lancet 3391268-1278, 1992

VOKÓ Z., VITRAI J., URSICZ G., LÉPES P.: Egészségmonitorozás Magyarországon a XXI. században. In.: Népegészségügy 1 28-33, 1999.

VITRAI J.- MIHALICZA P.: Egészségi állapot. In.: Társadalmi riport 1 138-150, 2006.

Internetes forrás:

http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Sz%C3%BClet%C3%A9skor_v%C3%A1rhat%C3%B3_%C3%A1tlagos_%C3%A9lettartam (Letöltés: 2012. október 8.)

www.nepegeszseg.hu

<http://color.oefi.hu/melleklet/NNP.pdf> (Letöltés: 2012. február 18.)

<http://color.oefi.hu/adat.htm> (Letöltés: 2012. április 16.)

<http://www.ksh.hu/>

Jogszály gyűjtemény:

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

46/2003. (IV.16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról

Az Európai Parlament és a Tanács 1338/2008/EK rendelete (2008. december 16.) a népegészségre és a munkahelyi egészségre és biztonságra vonatkozó közösségi statisztikáról

1. sz. melléklet

KÉRDŐÍV BIOGRÁFIA

1. A megkérdezett neme:

1. férfi
2. nő

2. A megkérdezett születési éve:

3. A megkérdezett legmagasabb, befejezett iskolai végzettsége:

- | | |
|----------------------|--------------|
| 1. 8 általános alatt | 5. gimnázium |
| 2. 8 általános | 6. főiskola |
| 3. szakmunkásképző | 7. egyetem |
| 4. szakközépiskola | |

HÁZTARTÁSRA VONATKOZÓ KÉRDÉSEK

4. Önt is beleszámítva hányan élnek egy háztartásban?

..... fő

5. A háztartás összetétele:

- | | |
|--|--|
| 1. 1 fő 65 év felett | 10. 2 felnőtt 2 gyermekkel |
| 2. 2 fő 65 év felett | 11. 2 felnőtt 3 gyermekkel |
| 3. 3 fő 65 év felett | 12. 2 felnőtt 4 gyermekkel |
| 4. 1 felnőtt (18-64 év között) | 13. 3 aktív korú felnőtt |
| 5. 1 felnőtt 1 gyermekkel | 14. 3 felnőtt 1 gyermekkel |
| 6. 1 felnőtt 2 gyermekkel | 15. 3 felnőtt 2 gyermekkel |
| 7. 1 felnőtt 3 gyermekkel | 16. 3 felnőtt 4 gyermekkel |
| 8. 2 aktív korú felnőtt (16-64 év közöttiek) | 17. Vegyes háztartás és pedig:
.....
..... |
| 9. 2 felnőtt 1 gyermekkel | |

/Gyermekeknek a 18 év alatti személy számít!/

6. A közös háztartásban élők születési ideje, neme, rokonsági foka a kérdezzel:

Születési idő	Neme (KÓD)	Rokonsági fok a kérdezzel (KÓD)
		válaszadó

neme: 1-férfi, 2-nő

rokonsági fok:

- | | |
|----------------------------------|---------------|
| 1. házastárs | 6. szülő |
| 2. élettárs | 7. após/anyós |
| 3. gyermek | 8. testvér |
| 4. gyermek házastársa, élettársa | 9. egyéb |
| 5. unoka | 10. nem rokon |

GAZDASÁGI AKTIVITÁS

7. Dolgozik Ön jelenleg?

- Igen.
- Nem.

8. Az Ön foglalkozása

9. Karikázza be, hogy az itt felsoroltak közül melyik jellemző Önre!

- alkalmazott, teljes munkaidőben
- alkalmazott részmunkaidőben
- GYES, GYED, GYET (DE van munkahelye)
- saját vállalkozásban dolgozik
- alkalmi munkákból, megbízásokból él
- regisztrált munkanélküli (a Munkaügyi Központnál és munkanélküli járadékot kap)
- munkanélküli, rendszeres szociális segínyt kap
- munkanélküli, mindenféle ellátás, segély nélkül
- GYES, GYED, GYET (nincs munkahelye)

10. háztartásbeli
11. eltartott, a családja támogatja
12. közmunka, közhasznú munka, közcélú munka
13. szociális segélyekből él
14. jövedelmeiből él
15. nyugdíjas
16. rokkantnyugdíjas
17. sosem dolgozott
18. járadék, vagy nyugdíj mellett dolgozik

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

10. Hogyan jellemezné általában egészségi állapotát?

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. Nagyon jó. | 4. Rossz. |
| 2. Jó. | 5. Nagyon rossz. |
| 3. Elfogadható. | |

11. Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. Nagyon sokat tehet | 4. Semmit sem tehet |
| 2. Sokat tehet | 5. Nem tud válaszolni |
| 3. Keveset tehet | 6. Nem kíván válaszolni |

12. Volt-e orvosi vizsgálaton vagy kezelte-e orvos az elmúlt évben (2010) az alábbi betegségek, panaszok közül valamelyikkel?

	Igen	Nem	Nem tudja	Nem válaszolt
1. magas vérnyomás				
2. szívinfarktus				
3. szívbetegség				
4. agyvérzés, agyérögörcs				
5. magas koleszterinszint				
6. magas vércukorszint, cukorbetegség				
7. krónikus légzőszervi betegség				
8. mozgásszervi betegség				
9. gyomorfekély				
10. májbetegség				
11. daganat				

12. asztma				
13. allergiás betegségek				
14. látásprobléma				
15. hallásprobléma				
16. idegrendszeri				
17. pszichés				
18. nőgyógyászati				

13. Kérem gondoljon vissza az elmúlt évre (2010), és becsülje meg volt-e és hány alkalommal volt:

Háziorvosnál:alkalommal

Szakrendelésen: alkalommal

Fogorvosnál:alkalommal

Pszichiáternél, pszichológusnál: alkalommal

14. Szedett-e vagy kapott-e az elmúlt két hét folyamán rendszeresen receptre vagy anélkül kapható bármilyen gyógyszert, beleértve a fogamzásgátlót vagy bármilyen gyógyhatású készítményt, például gyógyteát, vitamint, cseppeket?

1. Igen
2. Nem

15. Előfordult-e, hogy elfelejtette bevenni a gyógyszerét?

1. Igen
2. Nem

16. Mikor mérte meg a vérnyomását utoljára orvos vagy nővér?

1. Fél éven belül
2. Egy éven belül
3. Két éven belül
4. Három éven belül
5. Több mint öt éve
6. Sohasem mérték
7. Nem tud válaszolni
8. Nem kíván válaszolni

17. Mikor járt Ön utoljára koleszterint meghatározáson egészségügyi intézményben?

- | | |
|-------------------|-----------------------------|
| 1. Fél éven belül | 5. Több, mint öt éve |
| 2. Egy éven belül | 6. Sohasem mérték |
| 3. Két éven belül | 7. 8 - Nem tud válaszolni |
| 4. Öt éven belül | 8. 9 - Nem kíván válaszolni |

18. Mikor járt utoljára vércukorszint mérésen egészségügyi intézményben?

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1. Fél éven belül | 5. Több, mint öt éve |
| 2. Egy éven belül | 6. Sohasem mérték |
| 3. Két éven belül | 7. Nem tud válaszolni |
| 4. Öt éven belül | 8. Nem kíván válaszolni |

19. Mikor volt utoljára tüdőszűrésen?

- | | |
|-------------------|-----------------------------|
| 1. Fél éven belül | 5. Több, mint öt éve |
| 2. Egy éven belül | 6. Sohasem mérték |
| 3. Két éven belül | 7. 8 - Nem tud válaszolni |
| 4. Öt éven belül | 8. 9 - Nem kíván válaszolni |

20. Kezelték-e kórházban valamilyen betegséggel az elmúlt évben (2010)?

1. Igen. Mi volt a problémája?
- Hány napot töltött kórházban? nap
2. Nem.

21. Az elmúlt 7 napban hány olyan nap volt, amikor intenzív testmozgást végzett?

Kérem, figyeljen rá, hogy csak a legalább 10 percre tartó mozgásra vonatkozik a kérdés!

..... nap 0 – Egyszer sem

22. Az elmúlt 7 napban hány olyan nap volt, amikor megállás nélkül legalább 10 percre gyalogolt? Kérem, figyeljen rá, hogy csak a legalább 10 percre tartó mozgásra vonatkozik a kérdés!

..... nap 0 – Egyszer sem

23. Milyen magas Ön cipő nélkül?

..... cm

888 – Nem tud válaszolni

24. Mekkora a testsúlya ruha és cipő nélkül?

..... kg

888 – Nem tud válaszolni.

25. Szokott-e Ön dohányozni - cigarettát, szivart, esetleg pipát szívni?

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. Igen, naponta | 5. Régebben dohányzott, de már leszokott |
| 2. Igen, hetente néhányszor | |
| 3. Igen, havonta néhányszor | 6. Nem, soha nem dohányzott |
| 4. Ritkábban, mint havonta | |

26. Körülbelül hány cigarettát szív el NAPONTA?

- | | |
|---|--|
| 1. Kevesebb, mint egy csomaggal (20 szál alatt) | 5. Több mint három csomaggal (több mint 60 szál) |
| 2. Körülbelül egy csomaggal (20 szál) | 6. Nem cigarettát szív |
| 3. Körülbelül két csomaggal (40 szál) | |
| 4. Körülbelül három csomaggal (60 szál) | |

27. Ön mostanában kevesebbet, körülbelül ugyanannyit vagy többet dohányzik, mint két évvel ezelőtt?

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| 1. Akkor még nem dohányzott | 3. Kb. ugyanannyit |
| 2. Kevesebbet | 4. Többet |

28. Előfordult Önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy néhány egymást követő napon nem gyújtott rá, mert megpróbált leszokni a dohányzásról?

1. Igen
2. Nem

29. Mennyi idős volt, amikor elkezdett RENDSZERESEN dohányozni?

..... éves

0 - Sosem dohányzott rendszeresen

30. Ön átlagosan naponta mennyi időt tölt az alábbi helyeken olyan helyiségekben, ahol mások dohányoznak?

Munkahelyen:

Otthon:

Szabadidejében

Hány percet?

Hány percet?

otthonán kívül:

..... perc

..... perc

Hány percet?

..... perc

31. Szokott-e Ön alkohol tartalmú italt (mint például sör, bor, pálinka) fogyasztani?

1. Igen

2. Nem

32. Körülbelül milyen gyakran fogyasztott alkoholt az elmúlt 12 hónapban?

1. minden nap vagy majdnem minden nap

2. hetente 3-4 alkalommal

3. hetente 1-2 alkalommal

4. havonta 1-3 alkalommal

5. ritkábban mint havonta

6. nem ivott alkoholtartalmú italt az elmúlt egy évben

33. Most néhány olyan problémát sorolunk fel, amelyek alkoholfogyasztás következményei lehetnek. Kérjük, jelölje meg (karikázza be), hogy az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran került Ön az alábbi helyzetekbe alkoholfogyasztást követően!

Vita, veszekedés

a. soha

b. egyszer vagy kétszer

c. háromszor vagy többször

Verekedés

- a. soha
- b. egyszer vagy kétszer
- c. háromszor vagy többször

Sérülés vagy baleset

- a. soha
- b. egyszer vagy kétszer
- c. háromszor vagy többször

Pénz vagy más értéktárgyak elvesztése

- a. soha
- b. egyszer vagy kétszer
- c. háromszor vagy többször

Ruházat vagy valamilyen tárgy megsérülése

- a. soha
- b. egyszer vagy kétszer
- c. háromszor vagy többször

Ittas vezetés

- a. soha
- b. egyszer vagy kétszer
- c. háromszor vagy többször

Megbánt valakit, amit mondott vagy tett

- a. soha
- b. egyszer vagy kétszer
- c. háromszor vagy többször

34. Előfordult-e Önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy barátai azt gondolták, hogy Önnek kevesebb alkoholt kellene innia, vagy jobban oda kellene figyelnie az ivásra?

- a. igen
- b. nem

valaki Önhöz közelálló személy kritizálta Önt az alkoholfogyasztás miatt?

- a. igen
- b. nem

figyelmeztette Önt az orvos, hogy túl sok alkoholt iszik?

- a. igen
- b. nem

a munkatársai kritizálták Önt az alkoholfogyasztás miatt?

- a. igen
- b. nem
- c. nincsenek munkatársai

a házastársa / élettársa / partnere elhagyta Önt vagy fenyegetőzött a szakítással az alkoholfogyasztás miatt?

- a. igen
- b. nem
- c. nincs házastársa/élettársa/partnere

35. Hetente hányszor szokott Ön....?

Reggelizni		0 – Soha
Ebédelni		0– Soha
Vacsorázni		0 - Soha

36. Az elmúlt NÉGY hét során milyen gyakran evett akár friss gyümölcsöt akár nyers zöldséget?

- | | |
|----------------------|-------------------------------|
| 1. Naponta többször | 4. Hetente |
| 2. Naponta | 5. Ritkábban, mint hetente |
| 3. Két-három naponta | 6. Egyáltalán nem fogyasztott |

37. Önök otthon a főzéshez leggyakrabban...

- 1. Olajat
- 2. Zsírt / szalonnát
- 3. Olajat és zsírt vegyesen
- 4. Vajat vagy
- 5. Margarint használnak
- 6. Egyiket sem
- 7. Nem főznek/sütnek otthon

38. Kérjük, jelölje meg, hogy az utóbbi 3 hónapot tekintve milyen gyakran fogyasztotta a következő élelmiszereket?

Élelmiszer	Naponta	Hetente 4-6-szor	Hetente 1-3-szor	Ritkábban, mint hetente	Soha
Baromfihús (pl. csirke, pulyka)					
Hal, halkonzerv					
Sajt, túró					
Tej, savanyított tejtermék (pl. tejes italok, kefir, joghurt, tejföl)					
Tojás					
Nyers gyümölcs (friss vagy mirelit)					
Nyers zöldség (friss, mirelit vagy savanyúság)					
Főzelékfélék főzve, párolva, egyéb módon elkészítve					
Hüvelyesek (pl. bab, sárgaborsó, lencse)					
Olajos magvak (pl. dió, mák, mogyoró, napraforgó, mandula)					
Graham-, magvas, barna kenyér					

39. Mikor szokott Ön orvoshoz fordulni?

1. Akkor is, ha nem beteg, vagy nincs panasza-szereti tudni, milyen az egészségi állapota
2. Már kisebb panaszokkal, fájdalmakkal is-jobb a bajt megelőzni
3. Nagyobb panaszokkal azonnal
4. Amíg lehet halogatja-hátha magától is meggyógyul, elmúlik a panasz
5. Amíg lehet halogatja-fél az orvostól
6. Amíg lehet halogatja, és magát „gyógyítja”
7. Csak ha nagy fájdalmai vannak, vagy sokáig nem múlik el a panasza
8. Ha valaki a „sarkára áll” a környezetéből és elviszi, elküldi
9. nem tudja
10. 9 - nem válaszol

TÁMOGATÓ RENDSZEREK – SZOCIÁLIS PROBLÉMÁK

40. Szociális problémájának megoldásában kinek a segítségére számíthat?

	Igen	Nem
a) családtag		
b) barátok		
c) ismerősök		
d) Hivatal		
e) Nem számíthat senkire		
f) egyéb, éspedig:		

41. Ha kért, milyen segítséget kapott családjától, ismerőseitől?

	Igen	Nem
a) pénzübeli		
b) természetbeni		
c) mentális		
d) egyéb, éspedig:		

42. Melyik segélyezési forma nyújt megoldást problémájára? (Csak egy választ jelöljön!)

1. pénzübeli
2. természetbeni
3. egyik sem

43. Honnan értesül a segélyek igénybevételeének lehetőségéről? (Csak egy választ jelöljön!)

1. ismerőstől
2. médiából (helyi újság, televízió, rádió)
3. egyéb helyről, éspedig:

44. Ha nem részesült segélyben az elmúlt két évben, annak oka? (Csak egy választ jelöljön!)

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. Nem tudott róla. | 6. Megalázónak tartja |
| 2. Elutasították. | 7. Nem érdekli |
| 3. Nem jogosult rá. | 8. Egyéb, éspedig: |
| 4. Kevésnek tartja a segély összegét | |
| 5. Nem oldaná meg vele fennálló problémáját | |

45. Ha segély iránti kérelmét elutasították, annak oka? (Csak egy választ jelöljön!)

1. Meghaladja a jövedelemhatárt
2. Nem tett eleget hiánypótlási kötelezettségének.
3. Sok utánajárást kíván az igazolások beszerzése
4. Egyéb, éspedig:

46. Megítélése szerint élnek-e a környezetében olyan emberek, akik jogosultak lennének a segélyre, de nem veszik igénybe?

1. Igen
2. Nem

47. Ha ismer ilyeneket, megítélése szerint ők miért nem élnek a lehetőséggel?

1. Úgy érzik nincsenek rászorulva
2. Nincs róla információjuk.
3. Megalázásnak tartják
4. Nem változtatna élethelyzetükön.
5. Egyéb, éspedig:

48. Hogyan változtatná a segélyre való jogosultág feltételeit? (Csak egyet jelöljön!)

1. Megemelné a jövedelemhatárokat.
2. Figyelembe venné a családok kiadásait.
3. Előnyben részesítené a nagycsaládosokat.
4. Előnyben részesítené az egyedülállókat.
5. Csak a fennálló probléma jellegét, nagyságát venné figyelembe.
6. Egyéb, éspedig:

49. Kérem, ítélje meg, hogy mennyire ért egyet az alábbi állításokkal! Véleményét az iskolai osztályzatoknak megfelelően fejezheti ki oly módon, hogy az 5 – a teljes egyetértést, az 1 – a teljes elutasítást jelenti.

	1	2	3	4	5
Gyakrabban kellene kisebb összegű segélyeket adni					
Ritkábban, de nagyobb összegű segélyekre lenne szükség					
Inkább természetbeni segélyekre lenne szükség					

Inkább pénzbeli segélyekre lenne szükség					
Nincs szükség segélyezésre, mert nem nyújt megoldást					
Szükséges a segélyezés, mert bizonyos problémákat csak ezáltal lehet megoldani					
A segélyeket többnyire azok veszik igénybe, akik nincsenek rászorulva					
A segélyeket azok veszik igénybe, akik valóban rászorulnak.					
Sokan elhallgatják valós anyagi helyzetüket, a segély megállapítása érdekében.					
Csak azok részesülnek segélyben, akik bevallják valós anyagi helyzetüket					

50. Kérjük, ítélje meg, hogy a lakhatással kapcsolatos kiadások mennyire megterhelők az Ön(ök) számára?

1. nagyon megterhelők
2. Megterhelők
3. Nem okoznak problémát

51. Amennyiben összeszámolja a háztartásban élők havi nettó jövedelmét, mekkora összeggel gazdálkodhatnak?

.....Ft/hó

52. Ha figyelembe veszi a háztartásban élők összes havi jövedelmét, mit mondana?

1. Csak nagy nehézségek árán jövünk ki belőle.
2. Nehézségek árán jövünk ki belőle.
3. Néma nehézséggel, de kijövünk belőle.
4. Kijövünk belőle.
5. Viszonylag könnyen kijövünk belőle.
6. Nagyon jól kijövünk belőle.

53. Amennyiben megtudja becsülni háztartásának havi kiadásait és jövedelmeit, kérjük gondolja végig, tud-e a havi kiadások mellett egy kis pénzt félre tenni, takarékoskodni?

1. Igen.
2. Csak nagyon keveset.
3. Egyáltalán nem.

54. Ha összehasonlítja háztartásának havi jövedelmét az előző időszakkal, hogyan jellemezné jelenlegi helyzetüket?

1. jelentősen javult
2. javult
3. nem változott
4. rosszabb lett
5. sokkal rosszabb lett

Köszönöm az együttműködését!