Nyíregyháza város lakosságának életminősége az egészségi állapot tükrében

Doktori (Ph.D.) értekezés

Jávorné Erdei Renáta

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
Egészségtudományi Doktori Iskola
Pécs, 2016

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM

EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR

EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

Doktori Iskola vezető: Prof. Dr. Bódis József

Programvezető: Dr. Verzár Zsófia

Témavezető: Prof. Dr. Füzesi Zsuzsanna

Társ témavezető: Dr. Takács Péter

Nyíregyháza város lakosságának életminősége az egészségi állapot tükrében

Doktori (Ph.D.) értekezés

Jávorné Erdei Renáta

Pécs, 2016

Rövidítésjegyzék

ANOVA	Analysis of variance
APA	American Psychological Association
BMI	Body Mass Index
CI	Confidence Interval
ECHI	European Core Health Indicators
ECHP	European Community Household Panel
EFI	Egészségfejlesztési Iroda
ELEF	Európai Lakossági Egészségfelmérés
EMQALI	Ethical Markets Quality of Life Indicators
EU	Európai Unió
EU-SILC	Europea Union Statistics on Income and Living Conditions
EVSZ	Egészségügyi Világszervezet
FT	Fábián - Takács index, lokális életminőség index
GDP	Gross Domestic Product
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
MHP	Magyar Háztartás Panel
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OEFI	Országos Egészségfejlesztési Intézet
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
OLEF	Országos Lakossági Egészségfelmérés
OSAP	Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program
PCA	Principal Component Analysis
SD	Standard Deviation
SF-36	„36-item Short Form Health Survey”
SHA	Standardizált Halálozási Arányszám
SILC	Statistics on Income and Living
SMH	Standardizált Megbetegedési Hányados
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TÁMOP	Társadalmi Megújulás Operatív Program
TÁRKI	Társadalomkutatási Intézet

Tartalomjegyzék

Rövidítésjegyzék 1
Ábrajegyzék 4
Táblázatjegyzék....5
1. Bevezetés 6
1.1. Témaválasztás indoklása....8
1.2 Az életminőség és az egészséggel összefüggő életminőség fogalomköre....10
1.2.1 Gazdasági életminőség....11
1.2.2 Szociológiai életminőség fogalma 12
1.2.3 Pszichológiai életminőség fogalma....12
1.2.4 Az egészséggel kapcsolatos életminőség fogalma....13
1.2.5 Az általános, komplex életminőség vizsgálatának lehetőségei 14
1.2.6 Az életminőség és az egészség kapcsolata, az egészség fogalma és annak fejlődése 16
1.2.7 Az egészséget befolyásoló tényezők....18
1.2.8 Egyenlőtlenségek az egészségi állapotban 22
1.2.9 Egészségmonitorozás 23
1.2.10 Egészségtervek....24
1.3. Nyíregyháza lakosságának társadalmi-gazdasági jellemzői és egészségi állapota 26
1.3.1 Demográfiai adatok....26
1.3.2 Társadalmi, gazdasági helyzetkép, a társadalmi, gazdasági tényezők életminőségre és egészségi állapotra gyakorolt hatása....28
1.3.3 Gazdasági aktivitás és foglalkoztatottság....29
1.3.4 Társas kapcsolatok 29
1.3.5 Jövedelmi helyzet....30
1.3.6 Az egészségi állapot és annak mutatói....31
1.3.7. Az egészségügyi ellátórendszer 38
2. Kutatási célok megfogalmazása 43
2.1. A kutatás részletes célkitűzési....43
2.2. Hipotézisek 44
3. Módszerek....45
3.1. A kutatás nemzetközi és hazai előzményei....45
3.2. A kutatócsoport munkájában való részvétel bemutatása 46
3.3. Általános módszerek....47
3.3.1. Mintaválasztás 47
3.3.2. A minta jellemzői....47
3.3.3. A kutatás alapjául szolgáló körzetek Nyíregyházán 48
3.3.4. Az adatfelvétel módszere 49

3.3.5. A kérdőív értekezés szempontjából releváns részeinek bemutatása 50
3.3.6. A kutatás etikai háttere 51
3.3.7. Statisztikai módszerek, értékelési szempontok 51
4. Eredmények 55
4.1. A szocio-demográfiai adatokra vonatkozó eredmények bemutatása 55
4.2. Az egészségi állapotra vonatkozó eredmények bemutatása 59
4.3. A körzetek eltérő viselkedésének igazolása 60
4.3.1. Az FT 20-80 bináris változó vizsgálata 60
4.3.2. Az FT index vizsgálata 61
4.4. A Rahman modell dimenzióinak vizsgálata 64
4.4.1. Önminősített egészségi állapot – a Rahman modell harmadik komponense 64
4.4.2. Családi, baráti viszonyok - (a Rahman modell első komponense) 73
4.4.3. Érzelmi jóllét - (a Rahman modell második komponense) 74
4.4.4. Anyagi jólét - (a Rahman modell negyedik komponense) 75
4.4.5. Lokális közösség - (a Rahman modell ötödik komponense) 75
4.4.6. Munka és aktivitás - (a Rahman modell hatodik komponense) 76
4.4.7. Személyes biztonság - (a Rahman modell hetedik komponense) 76
4.4.8. Környezet minősége - (a Rahman modell nyolcadik komponense) 77
4.5. A városrész csoportok („A-”; „A”; „B”; „C”) közötti különbségek 77
4.5.1. Az egyes városrész csoportok jellemzői 78
4.5.2. A városrész csoportok részletesebb összehasonlítása 82
5. Megbeszélés 88
5.1. Eredmények összefoglalása 88
5.2. Hipotézisek összevetése az eredményekkel 91
5.3. Huszártelepi intervenció 93
5.4. Új eredmények 94
5.5. A kutatás korlátai 95
6. Javaslatok 96
7. Összegzés 102
8. Hivatkozásjegyzék 104
9. Mellékletek 110
10. A szerző publikációs jegyzéke 151
Köszönetnyilvánítás 155

Ábrajegyzék

1. számú ábra Rahman modell 16
2. számú ábra, Dahlgren és Whitehead szivárványmodellje 20
3. számú ábra Egészséget befolyásoló tényezők 20
4. számú ábra Egészség-modell 21
5. számú ábra Nyíregyháza lakónépességének nemi megoszlása 26
6. számú ábra Nyíregyháza térképe a 14 körzet jelölésével 143
7. számú ábra A 19 évnél idősebbek leggyakoribb betegségei Nyíregyházán, 2013-ban, a háziorvosok jelentése alapján 34
8. számú ábra Vélt egészségi állapot nemek szerint a válaszadók körében az ELEF-el összevetve, 2015-ben 37
9. számú ábra Vélt egészségi állapot korcsoport szerinti megoszlása Nyíregyházán a válaszadók körében 2015-ben 37
10. számú ábra Megfelelő egészségügyi ellátással elkerülhető korai halálozás járásonként, 2013 (SHA/10 ezer fő) Forrás: Egészségjelentés 2015 39
11. számú ábra A körzetekben élő válaszadók átlagéletkora, 2015 56
12. számú ábra A válaszadók nem szerint megoszlása a körzetekben, 2015 57
13. számú ábra A válaszadók iskolai végzetség szerinti megoszlása a körzetekben, 2015-ben 58
14. számú ábra Vélt egészségi állapot a válaszadók körében Nyíregyháza körzeteiben, 2015-ben 59
15. számú ábra. Az FT index átlagos értékei a nyíregyházi körzetekben. 63
16. számú ábra A betegségek és panaszok száma a válaszadók körében az elmúlt évben a kor függvényében 65
17. számú ábra A panaszok/betegségek átlagos előfordulási gyakorisága az egyes korcsoportokban a válaszadók körében, 2015 – lineáris modell 67
18. számú ábra A panaszok/betegségek átlagos előfordulási gyakorisága az egyes korcsoportokban a válaszadók körében, 2015 – negyedfokú polinom modell67
19. számú ábra Dohányzók és nem dohányzók aránya a körzetekben 71
20. számú ábra A barátok átlagos száma a válaszadók körében körzetenként, 2015 74
21. számú ábra A válaszadók boldogság indexe a körzetekben, 2015 75
22. számú ábra A megkérdezetteken belül az átlagéletkor alapján képzett csoporttagok aránya78
23. számú ábra A válaszadók szubjektív egészségi állapota a körzetek csoportjaiban 83
24. számú ábra A válaszadók átlagos barátszáma a csoportokban 84

Táblázatjegyzék

1.számú táblázat Allart életminőség modellje 14
2. számú táblázat Halálokok száma halálokok szerint Nyíregyházán 2012, 2014 31
3. számú táblázat A háziorvosi ellátás fontosabb adatai Nyíregyházán, 2000-2014 40
4. számú táblázat A járóbeteg szakellátás fontosabb adatai Nyíregyházán..... 41
5.számú táblázat Kórházi ágyak, elbocsátott betegek és ápolási napok száma 42
6. számú táblázat A nyíregyházi háztartáspanel vizsgálatok mintájának bemutatása a vizsgált években..... 48
7. számú táblázat A válaszadók korcsoportos bontása Nyíregyházán 2015-ben..... 55
8. számú táblázat A Duncan - féle post hoc eloszlás alapján elkülönített 4 csoport bemutatása . 57
9. számú táblázat A dohányzók és nem dohányzók aránya a válaszadók körében Nyíregyházán, 2015-ben 60
10. számú táblázat A két részre bontott (20%-80%) FT életminőség index körzettől való függése. Bináris logisztikus regressziós modell. 61
11. számú táblázat. Az FT index átlagos értékei a nyíregyházi körzetekben..... 62
12. számú táblázat A panaszok/betegségek átlagos előfordulási gyakorisága az egyes korcsoportokban a válaszadók körében, 2015 – lineáris modell 66
13. számú táblázat Az egyes korcsoportokban és modellekben jellemző becsült és tényleges tünet/betegségszámok összehasonlítása 68
14. számú táblázat Az egyes kerületek korösszetétele..... 82
15. számú táblázat A csoportokban a válaszadók nemi aránya 82
16. számú táblázat Iskolai végzettség a válaszadók körében az egyes csoportokban..... 83
17. számú táblázat Rokonokkal való találkozás gyakorisága a válaszadók körében..... 85
18. számú táblázat Barátokkal való találkozás gyakorisága a válaszadók körében..... 85
19. számú táblázat Gazdasági aktivitás a csoportokban..... 86
20. számú táblázat Nyíregyháza felnőtt lakosságának megbetegedési kockázata az országos átlaghoz viszonyítva, a háziorvosok jelentése alapján 2013-ban..... 90

1. Bevezetés

Egy ország lakosságának életminősége, annak minél magasabb szintre való emelése kiemelt jelentőséggel bír mind az egyén, mind a közösség szempontjából (a nemzetközösségtől a lokális közösségeken keresztül a mikroközösségekig). Az életminőséget több tényező határozza meg, melyek pozitív irányú befolyásolásával javítható a közösség tagjainak jólléte. Ahhoz, hogy az életminőség javuljon, és az ehhez szükséges változások megkezdődjenek, pontosan ismerni kell a befolyásoló tényezőket, melyek révén megtörténhet a beavatkozási pontok azonosítása, az ezekhez kapcsolódó akciók kidolgozása, majd azok megvalósítása.

Magyarországon, 2014-ben látott napvilágot az a jóllét indikátorrendszer, amit a Központi Statisztikai Hivatal állított össze, objektív és szubjektív változókat is felhasználva[1]. Ezzel a mutatóval megpróbáltak képet adni a magyar lakosság jóllétéről, a hazai sajátosságokkal is számolva több dimenzió mentén. Az élettel való elégedettség ez alapján hazánkban, az országos átlagot tekintve 6,15 (0-10 skála). Legelégedettebbek a fiatal, 16-24 éves nők, az eredmények szerint (KSH, 2014).

Az életminőség összetett fogalom, melynek meghatározó részterületei az egészség, az anyagi helyzet, a lakhatás illetve a társas kapcsolatok. Az életminőséget befolyásoló tényezők között az egyik legmeghatározóbb dimenzió az egyén egészségi állapota, melyet gyakran osztanak fel „objektív" és „szubjektív" tényezőkre (bár a valóságban e kettő élesen elkülönülve nem létezik).

A kutatások egy igen jelentős része arra vonatkozik, hogy az egészségi állapot milyen mértékben járul hozzá az egyén boldogulásához, életcéljai eléréséhez. A vizsgálódások elsődleges céljaként a népesség, ezen belül az egyén egészségi állapotának javítása jelölhető meg, továbbá az egészségben meglévő horizontális és vertikális egyenlőtlenségek csökkentése. Az életminőség javulása a társadalom számára, mint egészségnyereség racionalizálható, melynek két fő mutatója a várható élettartam és a megnyert életévek számának növekedése (Mihályi, 2003; OEFI, 2004).

A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban rendkívül kedvezőtlennek minősíthető, és jelentősen elmarad az ország társadalmi-gazdasági fejlettségi szintje alapján elvárhatótól. Ez jól látszik például a születéskor várható átlagos élettartam alakulásából is, mely hazánkban 2014-ben 76 év volt (ECHI adatbázis, letöltve 2016.04.26). Az összehasonlítás a *1. számú melléklet ábráján* látható.

[1] A Központi Statisztikai Hivatal az indikátorrendszer megalapozásához nagymintás, hivatalos statisztikai adatgyűjtésekből származó, stabil adatokat használt, a 2014 decemberében rendelkezésre álló legfrissebb adatokat dolgozták fel, melyek túlnyomó részt a 2013 tavaszán lezajlott SILC lakossági felvételből származtak

A Központi Statisztikai Hivatal szerint hazánkban 2012-ben a születéskor egészségesen (azaz korlátozásmentesen) várható átlagos élettartam a nőknél 60,5 a férfiaknál 59,2 év volt. Ez másfél-két évvel marad el az Európai Unió (EU28) tagállamainak átlagától (KSH, 2014).

A népesség egészségi állapotának javítása, a kedvezőtlen trendek megállítása már régóta része az európai régiók egészségpolitikai célkitűzéseinek. A modern társadalmakban világossá vált, hogy – az orvostudomány hatalmas fejlődése ellenére – az egészségügyi ellátás önmagában nem képes az egészség és az életminőség javítására, csak bizonyos betegségek gyógyítására. Mind az egészségi állapot, mind az életminőség alakításában egyre nagyobb szerepet játszanak az egyének és a lokális közösségek, és fontossá válik azok aktivitása. Nem hagyható azonban figyelmen kívül, hogy a legjelentősebb hatással a hatalmi struktúrák vannak mindkét dimenzióra, mégpedig az életfeltételeket alakító politikákon keresztül. Ez akkor is igaz, ha ennek gyakran nincsenek tudatában e hatalmi struktúrákat képviselő intézmények, szervezetek és személyek. Ugyanakkor számos olyan nemzetközi szinten jól ismert alapelv is kidolgozásra került különböző szinteken, amelyek irányt mutatnak a döntéshozók számára.

Az Európai Bizottság kiemelt jelentőséget tulajdonít annak, hogy növelje az egyes tagországok felkészültségét annak érdekében, hogy képessé váljanak a lakosság egészségének magas szintű fejlesztésére és megőrzésére.

Az alább idézett négy alapstratégiát javasolja az Egészségügyi Világszervezet megvalósítani:

- „a társadalom különböző szektorainak együttműködését annak érdekében, hogy az összes olyan tényezőt befolyásolni lehessen, amelyeknek bármilyen hatása lehet a lakosság egészségi állapotának romlására vagy javulására. E tényezők alatt nemcsak a genetikai faktorokat és a kórokozókat, hanem olyan területeket is értenek, mint az oktatás, a politikai programok és a szociális háló erőssége;
- az egészséget, illetve az egészségügyi ellátórendszerek erősítését célzó programokat és beruházásokat az eredmények hangsúlyozásával;
- a családokra és a közösségekre összpontosító integrált orvosi és egészségügyi ellátást, hátterében egy rugalmasan alkalmazkodni képes, felelősségteljes kórházi hálózattal;
- az egészség fejlesztésének és a felelősség közös viselésének sikeréhez nélkülözhetetlen a lehetséges partnerek együttműködésre sarkallása minden szinten és bármilyen felállásban, legyen az otthon, az iskola, a munkahely, a helyi közösség, a régió vagy a tagország.” (OEFI, 2004)

Az EVSZ harmincadik közgyűlésén, 1977-ben fogalmazta meg a közösségi szintű egészségfejlesztési kezdeményezések világméretű elterjedésének alapjait. Az ekkor megfogalmazott határozat kimondja, hogy „az elkövetkező évtizedekben az egyes nemzeti kormányok és az Egészségügyi Világszervezet fő társadalmi célja az kellene legyen, hogy a világ összes polgára számára a 2000-es év végére megteremtse az egészségnek egy olyan minimumát, amely lehetővé teszi számukra a társadalmi és gazdasági értelemben produktív életvitelt" (EVSZ, 1993). Az EVSZ által létrehozott kampány „Egészséget mindenkinek 2000-re" címen vált ismertté, mely mozgalom elindítója 1978-ban az Alma-atai nyilatkozat volt, amely kimondta, hogy az egyéni és a közösségi felvilágosítás, oktatás alapvető elemei kell, hogy legyenek az egészségügyi alapellátásnak. 1974-ben jelent meg a Lalonde-riport, mely dokumentum – többek között – települési népegészségüggyel is foglalkozik. 1986-ban Ottawában tartották meg az első nemzetközi egészségfejlesztési konferenciát, melynek eredményeként született meg az Ottawai Charta, melyben azonosították az egészséges élet feltételeit és forrásait (OEFI, 2004). 2012-ben született meg az „Egészség 2020", mint új európai egészségpolitikai keret. Az „Egészség 2020" útmutatóként is felfogható, ami a bizonyítékok és gyakorlati változások közötti összefüggésekre mutat rá, továbbá bizonyítékokon alapuló szakpolitikai ajánlásokat ad a régióban mutatkozó egészségegyenlőtlenségek csökkentésére (Jakab és Tsouros, 2013).

Ezek a fontos dokumentumok – főként több évtized távlatából visszatekintve – ideáltipikusnak tűnhetnek, és megvalósulásukat illetően vannak elmaradások a tagországokban, azonban nagyon fontos és napjainkban is érvényes alapelveket rögzítenek, melyek megvalósítása továbbra is vezérelvként kell, hogy működjön. Nem e dokumentumok alapelveit kell tehát megkérdőjelezni, hanem a megvalósítás tényleges szándékát és megfelelő módszereit kell előtérbe helyezni.

1.1. Témaválasztás indoklása

Mit tehet egy kutató, oktató a saját területén, ha nem a legfontosabb hatalmi struktúrák része? Saját szerepünket abban látom, hogy az egészségfejlesztési célok eléréséhez, egyrészt fel kell mérni a lakosság egészségével kapcsolatos jellemzőket, másrészt megvalósítható javaslatokat kell megfogalmazni a döntéshozók, az intézmények, a civil szervezetek és az egyének számára. A hagyományosnak mondható egészségügyi adatgyűjtéseken túl (pl. OSAP), az információk egy része kérdőíves lakossági egészségfelmérések segítségével tárható fel.

Nyíregyháza Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatal Szociális Irodája a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karával 2008-ban kezdte el Nyíregyháza lakóinak életminőség vizsgálatát azzal a céllal, hogy a városlakók életminőségét folyamatosan figyelemmel kísérjék, a változásokat elemezzék, és az eredményeket bemutassák. A nyíregyházi háztartáspanel vizsgálat az egészségi állapot dimenziót is részletesen vizsgálja.

A Debreceni Egyetem Egészségügyi Kara és Nyíregyháza város önkormányzata által közösen koordinált kutatás bizonyítja, hogy a helyi döntéshozók nagy hangsúlyt fektetnek a városban élők életminőségének megismerésére, és az azt alakító tényezők befolyásolásának lehetőségeire, célzott intervenció bevezetésére. Ezen intervenció megvalósításának eredményeként javulhat a lakosság egészségi állapota, csökkenhetnek az egészség egyenlőtlenségek és javulhat az életminőség. Amikor Európában eredményesen megvalósuló regionális, városi, közösségi stb. egészségtervek készülnek, a dolgozatnak nem titkolt célja, hogy hozzájáruljon Nyíregyháza város egészségtervének tudományos megalapozásához, kidolgozásához és megvalósításához.

1.2 Az életminőség és az egészséggel összefüggő életminőség fogalomköre

A következőkben az életminőség fogalmát ismertetetjük több szempontú megközelítésből a teljesség igénye nélkül. Részletesebben az egészséggel összefüggő életminőséggel kívánunk foglalkozni, mivel kutatási területünk is főleg erre fókuszál.

Az életminőség fogalmának komplexebb megközelítése során, szembetalálkozunk azzal a kérdéssel – amit már többen is feltettek -, hogy egyáltalán definiálható-e, illetve mérhető-e az életminőség?

Az életminőség fogalma elkülöníthető két – egymástól egyébként élesen el nem választható -, komponensre. Az egyik az objektív rész, mint a GDP, születéskor várható átlagos élettartam, egészségben eltöltött évek száma, a másik, pedig a szubjektíven megítélhető rész (pl. életelégedettségi kérdések). Egy másik osztályozás szerint, az életminőség fogalma a gazdaságtudományokhoz, a szociológiához, a pszichológiához és az egészségtudományokhoz köthető, melyek az életminőséget először szakma-specifikusan közelítették meg, majd később más tudományterületekről is bevontak értékelési szempontokat, melyek a komplex mutatók kialakulását eredményezték (Takács, Fábián 2012).

A múlt század negyvenes-ötvenes éveiben jelent meg először az életminőség ma használatos fogalma, jellemzően társadalomtudományi kontextusban. Kezdetben az objektív élethelyzet és annak szubjektív megélésének mutatójaként írták le, és az elvárásokat hasonlították össze a tényleges élethelyzetekkel (Bullinger és mtsai 2000).

Az orvostudomány területén az egészséggel kapcsolatos életminőség (Health Related Quality of Life), a hatvanas évek végén bukkant fel, és jellemzően valamilyen krónikus betegségben vagy rokkantságban szenvedő egyének jóllétével foglalkozott. Jelentős kutatások, az egészséggel kapcsolatos életminőség vonatkozásában a nyolcvanas években indultak meg, a hetvenes években leginkább elméleti viták zajlottak a témával kapcsolatban (pl. az életminőség fogalmának definiálása körül).

A XX. század második felében a modern társadalmakban igény jelentkezett az állampolgárok életminőségének javítására. Ebben az időszakban a gazdasági, ipari, anyagi fejlődés igen jelentős volt, melynek köszönhetően a fejlett társadalmak népességének gazdasági helyzete, életszínvonala kiemelkedő szintet ért el. A kutatások és a hétköznapi tapasztalatok is azt bizonyítják, hogy egy bizonyos szintig ez az emberek jóllétének tényleges és szubjektíven is megélt javulását is eredményezte. Az utóbbi években azonban az adaptációs zavarokból eredő mentális tünetek a civilizált államokban gyakorivá váltak, és az életminőség rosszabbodásához vezetnek, vezethetnek (Kopp-Kovács, 2006).

Magyarországon más tendenciák mutatkoztak és mutatkoznak. A Gallup által 2009-ben végzett felmérés szerint hazánkban volt az egyik legmagasabb (34%), azoknak az aránya, akik életminőségüket rossznak minősítették, és azt gondolták, hogy az öt éven belül nem is változik pozitív irányba. Ettől rosszabb kilátásokra - életminőségüket tekintve - Európában csak a Bulgáriában élők számítottak az említett felmérés szerint, míg, a legjobb mutatók birtokában, a dánok 82%-a érezte azt, hogy életminősége jó (Gallup, 2009).

Az egyes pragmatikus modellek abból indulnak ki, hogy az életminőség néhány általános dimenzió alapján írható le, mint például a testi, pszichológiai és a szociális állapot szubjektív értékelése. Az ily módon meghatározott életminőség az egészségi állapot szubjektív megélését tükrözi. A legtöbb életminőség vizsgálat ezt a nézőpontot követi elsősorban, gyakorlatias megfontolások alapján. Ma már elmondható, hogy elfogadott az a nézet, hogy az életminőséget, ha arra mód van, az érintettektől kapott információk alapján kell megítélni (Füzesi, Tiringer, 2014).

A következő alfejezetekben először a szakmaspecifikus megközelítés területeit tekintem át, majd a komplex életminőség fogalma kerül kifejtésre.

1.2.1 Gazdasági életminőség

A gazdasági életminőség jelzőszámaként legjellemzőbben a GDP mutatószámot használják. A mutatószám vonatkozásában azonban fellelhetők bizonyos hiányosságok, amit azzal próbálnak az elemzők pótolni, hogy azt más (pl. társadalmi, egészségügyi) jelzőszámmal kombinálják, melynek

eredményeként egy komplexebb jólléti mutató jön létre. Egy ilyen komplex mutató 1990 óta az ENSZ által 2-3 évenként megjelentetett emberi fejlődés indexe, amely egy egyszerű, lényegre törő mutató. Az egy főre jutó GDP-vásárlóerő mellett a születéskor várható élettartamot és az iskolázottságot veszi figyelembe (Sebestyén, 2005).

1.2.2 Szociológiai életminőség fogalma

Szociológiai szempontból az életminőség az egyénnek az élet nem anyagi dimenzióiban való „jóllétét" jelenti. „A magas anyagi életszínvonalon kívül lelki szükségletek kielégítése is szükséges ahhoz, hogy az ember igazán jól érezze magát. Ezek a lelki szükségletek egyrészt a jó emberi kapcsolatokra, másrészt arra az érzésre vonatkoznak, hogy az ember életének van értelme" (Andorka, 1997).

A szociológiai életminőség kutatások zömében az egyes országok, vagy egyes régiók, illetve társadalmi rétegek fenti értelmű életminőségét vizsgálják.

John F. Helliwell és Robert D. Putnam (2004), valamint Regina Berger Schmitt és Heinz Herbert Noll (2000) a társadalmi kohézió, a társadalmi kirekesztés és a társadalmi tőke életminőséggel kapcsolatos összefüggéseit elemezték nemzetközi szinten. Hazánkban az értékek és életminőség összefüggéseinek feltárása irányában történtek elsősorban vizsgálatok, mely területen érdemes kiemelni Hankiss Elemér munkásságát (Hankiss, Manchin, 1976; Hankiss, 1997).

1.2.3 Pszichológiai életminőség fogalma

Az életminőség pszichológiai nézőpontja az aristotelesi boldogság teóriából indul ki, melyet, többek között, a svéd életminőség kutató, Nordenfelt írásából ismerhetünk meg. Aristoteles azt mondja, hogy az élet fő célja az eudaimonia, ami a boldogságot jelenti, amit a filozófus aktivitásként és nem állapotként képzel el (Nordenfelt, 1993/a).

Seligman is a boldogsággal azonosítja az életminőséget, melynek három szintjét különíti el. Az első, az öröm szintje, a hedonisztikus boldogság teória. A pozitív életminőség megélésében kiemelt szerepe van az örömnek, de ez a lelkiállapot még nem meríti ki a boldogság fogalmát. A második szinten találjuk a bevonódást, az egyes feladatok iránti elköteleződést, ez áll a hatékony

tanulás hátterében. A harmadik szint pedig az élet értelmének keresése. Seligmant tekinthetjük többek között a pozitív pszichológiai irányzat megteremtőjének, mely irányzat szakít a patológiás tényezőkre koncentráló nézettel és az életminőség pszichológiai vizsgálatai során az emberi psziché erősségeinek feltérképezését helyezi középpontba (Seligman 2002, Kopp-Kovács 2006).

1.2.4 Az egészséggel kapcsolatos életminőség fogalma

Az egészséggel kapcsolatos életminőség meghatározására több megközelítés is használatos, ugyanakkor a területtel foglalkozó szakértők többsége egyetért abban, hogy még nem alakult ki egységesen elfogadott definíció. A kutatók általánosan elfogadják, hogy az életminőség olyan szubjektív fogalom, mely többdimenziós megközelítést igényel. Abban is egyetértenek a szakemberek, hogy a fogalomnak tartalmaznia kell az egyén oldaláról az egyes betegségek hatásait is. Az egészségügyi beavatkozások célja – ebben a felfogásban - az egyén életminőségének, elsődlegesen az egészséggel összefüggő jóllétének helyreállítása, úgy, hogy az életminőségben bekövetkezett változásokat is figyelembe veszi. A változásokról magától az egyéntől tájékozódhatunk, ez adja a szubjektív megítélés szerinti értékelést (Péntek, 2015).

Egy másik megközelítés – Kopp és Skrabski 1998 - szerint „Az egészséggel összefüggő életminőség azon fizikai és pszichológiai jellemzők összessége, amelyek meghatározzák, hogy a személy mennyire érzi képesnek magát, és talál örömöt tevékenységeiben és életvezetésében.”

Az Egészségügyi Világszervezet életminőség-munkacsoportjának meghatározása szerint: „Az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszere, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magában foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet meghatározó tényezőihez fűződő viszonyát (Egészségügyi Világszervezet, 1997;) ” idézi Kullmann, 2010.

A fentiekben tárgyalt életminőség definíciók kritikájaként elmondható (kivétel ez alól az Egészségügyi Világszervezet fogalmi meghatározása), hogy egy dimenzióból közelít, ami nem teszi lehetővé az életminőség korrekt megítélését, mérését, definiálását.

1.2.5 Az általános, komplex életminőség vizsgálatának lehetőségei

Az életminőség vizsgálatok területén szubjektív és objektív irány is elkülöníthető, melynek megfelelően két nagy modellről beszélhetünk. Az egyik a skandináv modell, mely az erőforrások hozzáférhetőségéből indul ki, az életkörülmény és életszínvonal oldaláról közelít, valamint az objektív tényezőkre helyezi a hangsúlyt. A másik modell az amerikai, mely az előzővel szemben a szubjektív észlelést és értékelést hangsúlyozza, és azt mondja, hogy az emberek szubjektív közérzete alapján mérhető a társadalom fejlődése és az életminőség mértéke. Erik Allart (1993) életminőségmegközelítése az előző kettőt ötvözte és Maslow (1943) mintájára ő is egyfajta szükségleti hierarchiát alkotott, amelyben a magasabb szintű szükségletek kielégülése nem függ feltétlenül az alacsonyabb szintű szükségletek kielégülésétől. A modell három szintre tagozódik, úgy, mint „having, loving, being" (materiális-, környezeti- és szociális szükségletek, illetve a személyes fejlődés szükségletei), és mindhárom szinten megkülönbözteti az objektív tényezőket és az ezekhez kapcsolódó szubjektív attitűdöt (Allart, idézi Utasi, 2006)

Allart életminőség modelljét az alábbi, *1. számú táblázat* tartalmazza.

	Objektív indikátorok	Szubjektív indikátorok
HAVING Materiális és nem személyes szükségletek	**1. Az életszínvonal és a környezeti körülmények objektív mérése**	**4. Szubjektív érzések: az életkörülményekkel való elégedettség – elégedetlenség**
LOVING Szociális szükségletek	**2. A másokhoz fűződő kapcsolatok objektív mérése**	**5. Kapcsolatokkal való elégedettség – elégedetlenség**
BEING A személyes fejlődés szükségletei	**3. A társadalomhoz és a természethez fűződő viszony objektív mérése**	**6. Az elidegenedés vagy a személyes kiteljesedés szubjektív érzése**

1. számú táblázat: Allart életminőség modellje
(saját szerkesztés Utasi, 2006 alapján)

Az egészségi állapottal összefüggő életminőség vizsgálatokra is az a jellemző, hogy több dimenzióból (szociális, mentális, fizikális szempontból) közelítenek.

Pontos információkat az egyén életminőségéről részletes interjúk során kaphatunk, erre azonban ritkán van lehetőségük a kutatóknak. A leggyakoribb az, hogy a vizsgálatok más kutatók által kidolgozott standardizált kérdőíveket használnak. Vannak kifejezetten „életminőség kérdőívek" (általános kérdőívek, pl. SF36, betegség specifikus kérdőívek, moduláris kérdőívek), melyek szükség szerint az életminőség egy-egy dimenzióját mérő skálával, vagy kérdőívvel kiegészíthetők (Novák és mtsai, 2003).

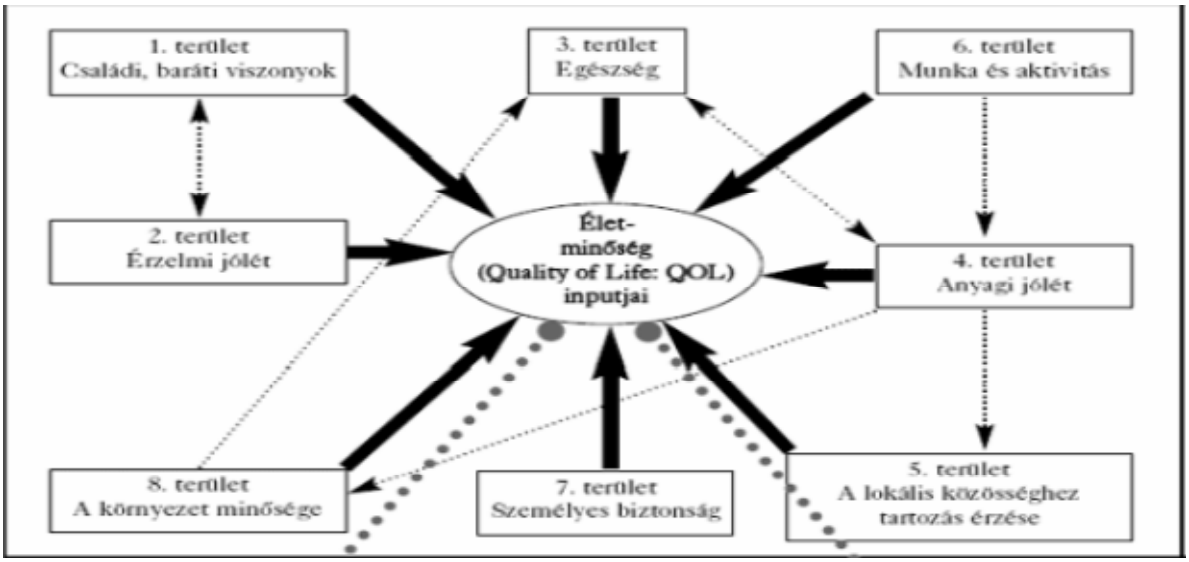
Az életminőséget mérő sokdimenziós indikátorrendszerek fejlődésében kiemelkedő jelentőségűek a Stiglitz-Sen-Fitoussi Bizottság 2009-es ajánlásai. E bizottság feladata, hogy olyan javaslatokat tegyen új statisztikai módszerekre, amelyek a korábban elfogadott GDP mutatónál alkalmasabbak az összetett társadalmi folyamatok érzékeny bemutatására. A következő dimenziók, indikátorok kerültek bemutatásra: munka és szabadidő, anyagi életkörülmények, oktatás, tudás, képesség, egészség, mentális környezet, lakókörnyezet és infrastruktúra, társadalmi tőke, társadalmi részvétel, társadalmi megújulás.

Az USA-ban a kétezres évek elején kezdődtek olyan jellegű kutatások, melyeknek eredményei a ma használatos életminőségi mutatók lettek. Ilyen például az Ethical Markets Quality of Life Indicators – EMQALI néven jegyzett életminőség index (Kárpáti, 2014).

Az életminőség mutatók számokkal fejezik ki egyének, vagy kisebb/nagyobb csoportok általános jólléti helyzetét, életminőségi viszonyait. A mutatókhoz kapcsolódó elemzések fontos szerepet töltenek be a különböző közösségek (országok, régiók, stb.) összehasonlításában, ahol az indexértékek jelzik a közösségek életminőség változásait.

A Központi Statisztikai Hivatal 2013-ban dolgozott ki a jóllét mérésére egy hazai indikátorrendszert, ami a magyarországi sajátosságok feltárására fókuszál, és amelyet 2014-ben publikáltak „A jóllét magyarországi indikátorrendszere" címmel. Célja Magyarország lakossága jellemzőinek feltárása. A KSH nagymintás, hivatalos statisztikai adatgyűjtésekből álló, stabil adatokra alapozta az említett indikátorrendszert (KSH, 2014).

A KSH indikátorrendszeréhez hasonlóan a Tauhidur Rahman által kidolgozott életminőség modell[2] is nyolc részterületre épít, amely a *1. ábrán* követhető (Rahman és mtsai, 2005).



1. számú ábra Rahman modell

Forrás: Sebestyén, 2005

E modellben nyolc dimenzióból származó változó együttes alakítja ki az életminőség mérőszámát, felépítve egy komplex életminőség mutatót. Ez a nyolc dimenzió a családi, baráti viszonyok, érzelmi jóllét, egészség, anyagi jólét, a lokális közösséghez tartozás érzése, munka és aktivitás, személyes biztonság és a környezet minősége.

A Rahman modell több dimenziós megközelítése lehetővé teszi az életminőség viszonylag korrekt mérését, kisebb közösségekben is alkalmazható, nem úgy, mint az egy dimenziós megközelítések, amelyek életminőség mérésre korlátozottan alkalmazhatóak.

1.2.6 Az életminőség és az egészség kapcsolata, az egészség fogalma és annak fejlődése

Az életminőség előző fogalmi meghatározásai mellett szükséges az egészség fogalmának, az azt befolyásoló tényezőknek hasonló célú megközelítése.

Az egészség nem azonos fogalom az életminőséggel. Lennart Nordenfelt arról ír „Health and happiness" című művében, hogy előfordulhat, hogy az egyén bár egészségesnek érzi magát, rossznak ítéli meg életminőségét és fordítva: annak ellenére, hogy rossz az egészsége, életminőségét

[2] A Rahman modell bmutatását azért is tartjuk fontosnak, mert alapját képezi a Nyíregyházán lokálisan kialakított életminőség indexnek, amelyet kutatásunk, és annak bemutatása során a későbbiekben használunk.

jónak találja. Amennyiben az ember alapvető élettervei képesek megvalósulni, akkor betegen is lehet boldog, ha pedig nem, akkor hiába egészséges, nem fogja boldognak érezni magát (Nordenfelt, 1993/b).

1. 2.6.1 Az egészség fogalma és a szubjektív egészségi állapot meghatározása

Az egészség meghatározása komplex megközelítést igényel. A legáltalánosabban elfogadott az EVSZ 1946-ban született definíciója, mely szerint az egészség a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya. Ez a fogalom a nyolcvanas évek közepére a következőképpen módosult: „Az egészség olyan állapot, melyet az anatómiai integritás, a teljesítményre való képesség, a személyesen értékelt családi munka és közösségi szerep, a fizikai, biológiai és társadalmi stresszel való megküzdés képessége, a jól-lét érzése, a betegség és a korai halál rizikóitól való mentesség jellemez. A teljes fizikai, szellemi és szociális jól-lét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy feltárja és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, környezetével változzék vagy alkalmazkodjék ahhoz” *(EVSZ, 1986)*.

A vélt (önértékelt, önminősített) egészség, az egészségi állapot jellemzésére elfogadott mutató, mely lakossági felmérések eredményeiből származik és nem csak a betegségek előfordulását, vagy hiányát képes megmutatni, hanem információt szolgáltat a testi, lelki és szociális jólléttel kapcsolatban.

Az Európai Lakossági Egészségfelmérésben is meghatározták a vélt egészségi állapotot a következőképpen: „A vélt egészség az egyének önértékelésén alapul, vagyis azon, hogy milyen a véleményük a saját egészségi állapotukról. Nem függ össze szorosan a tényleges, orvosilag igazolt diagnózissal, megítélését befolyásolja az egyén társadalmi, gazdasági, kulturális helyzete, mégis a nemzetközi gyakorlatban a kérdés elfogadott és rendszeresen alkalmazott eszköze a lakosság egészségi állapotára vonatkozó vizsgálatoknak.” (*ELEF 2009* kérdőív)

Több vizsgálat eredményeire alapozva mára már tudjuk, hogy az önminősített egészségi állapot, a szubjektív egészség kiválóan jelzi az objektív egészségi állapotot (Winter et al. 2007). Az is beigazolódott, hogy a szubjektív egészségi állapot megbízható markere a halálozásnak (Idler, Benyamini, 1997). Az egyes vizsgálatok gyakorlati hasznossága miatt ezek igen fontos tények, hiszen a kutatásokat végző személyek számára nem minden esetben mérhető fel pontosan a megkérdezett egyén egészségi státusza.

A vélt egészség az egyének önértékelésén, azaz saját véleményén alapul és nem feltétlenül függ össze szorosan az orvosi diagnózissal, megítélésében kiemelt szerepet játszik az egyén társadalmi, gazdasági helyzete és kulturális gyökerei. A szubjektív egészségi állapot meghatározása a nemzetközi gyakorlatban elfogadott és rendszeresen alkalmazott eszköze a lakossági egészségfelméréseknek, ugyanis a válaszadók képesek komplexen átlátni és megítélni saját egészségi állapotukat. A fentiek alapján tehát, határozottan azt állíthatjuk, hogy az önminősített egészség megbízható indikátor. Bár, a vélt egészségi állapot egy szubjektív értékelés, az objektív fizikai státusszal szorosan összefügg, ezért betegségfolyamatok monitorozására is alkalmas (Pikó 2006).

Szubjektivitása ellenére az önminősített egészségi állapot mutatója sokszor előnyösebb, mint a bio-medikális megközelítés (Tahin, Jeges és Lampek, 2000). Az egészségi állapotnak – ebben az esetben – kvalitatív módszerekkel leírható részei is megismerhetővé válnak (Ware 1986).

A népegészségügyi kutatásokban is gyakran találkozhatunk azzal az egészségszemlélettel, amely a percepcionális modellt követi, amikor is az egészség meghatározása az egyén saját véleménye alapján történik. A szubjektív, vélt egészséget több nemzetközi szervezet is – mint például az OECD, EVSZ - ajánlja egészségindikátorként.

Ugyanakkor a vélt egészségi állapot mutatóinak alkalmazása nem szerencsés a gyógyító beavatkozások bizonyítékokon alapuló megalapozására, viszont alkalmas lehet a morbiditás, mortalitás előrejelzésére, és kiválóan alkalmas a társadalmi progresszió, illetve regresszió szemléltetésére (Hüse, 2015).

1.2.7 Az egészséget befolyásoló tényezők

Az egészségi állapotot számos tényező befolyásolja. Az Egészségügyi Világszervezet 1986-ban tette közzé (ekkor kapott először nagy nyilvánosságot a Lalonde riport), hogy legnagyobb arányban, 43%-ban, az életmód, az egészségmagatartás hat az egészségre, melyet az egyén alakít, rá viszont hatással van az őt körülvevő környezet, gazdasági és kulturális tényezők, az iskolázottság. Az egyén genetikai adottságai 27%-ban befolyásolják az egyén egészségi állapotát, a környezeti tényezők 19%-ban, az egészségügyi ellátás pedig 11%-ban. McGinnis (2002) a különböző tényezők arányát a következőképpen adta meg: életmód 40% (étkezési szokások, fizikai aktivitás, dohányzás, alkoholfogyasztás), genetika, biológiai faktorok 30% (életkor, nem, genetikai adottság, fogékonyság), környezeti tényezők 5% (lakáskörülmények, levegőszennyezettség, foglalkozási

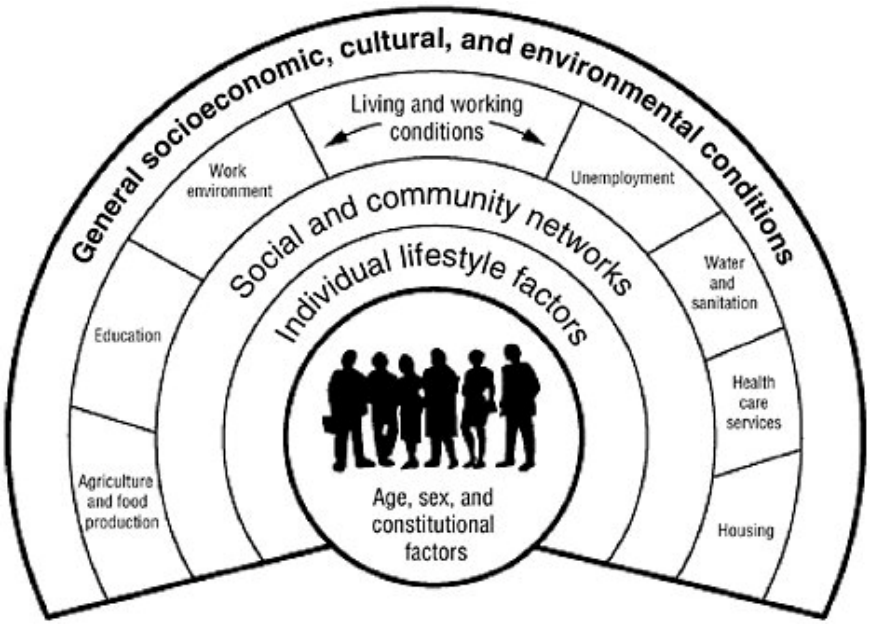
ártalmak), társadalmi – gazdasági tényezők 15%, egészségügyi ellátás 10% (McGinnis et al, 2002). Ezek az arányok az egyes országokban, így Magyarországon is, eltérően alakulnak, alakulhatnak, de az vitathatatlan, hogy az életmód szerepe a fontosabb (amelyről azonban tudjuk, hogy, társadalmilag, gazdaságilag és kulturálisan alapvetően meghatározott). Ezzel összhangban, az EVSZ felhívta a figyelmet azokra az életmódbeli és magatartásbeli kockázatokra, amelyek 60%-ban felelősek a betegségek kialakulásáért, ezek a dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás, magas koleszterinszint és fizikai aktivitás (EVSZ, 2009).

A betegségek megelőzésében és gyógyításában nagy szerepe van az egészségügyi ellátórendszer minőségének. Emellett az egyén is felelős egészségi állapotának alakulásáért, hiszen egészségmagatartása, életmódbeli szokásai a betegségek kialakulását és megelőzését határozzák meg. Az egészség és a táplálkozás, a testmozgás közötti kapcsolat tudományosan bizonyított tény. Az életmód szerepe is bizonyított a krónikus nem fertőző betegségek és állapotok kialakulásában (elhízás, szívbetegségek, magas vérnyomás, csontritkulás, II. típusú cukorbetegség, rosszindulatú daganatok (*ELEF, 2009*).

Az egészséget jelentősen befolyásolja a szociális státusz, amely az anyagi helyzetnek és a társadalmi kapcsolatoknak köszönhetően a társadalmi erőforrásokhoz való hozzáférést határozza meg (Vitrai, Mihalicza, 2006).

Az egészséget befolyásoló tényezők között meghatározó a népegészségügyi rendszer, az oktatás, a lakáspolitika, jövedelempolitika, környezetvédelem, végső soron a politikai berendezkedés is.

Dahlgren és Whitehead „réteges" szivárványmodellje bemutatja a széles társadalmi közegtől egészen az egyéni életvitelig terjedő egészséget befolyásoló tényezőket (*2. ábra*). A szivárvány belsejéből indulva, a kor, nem és öröklött tényezőket követi az egyéni életvitel, majd a társas és közösségi hatások, ezek után az élet- és munkakörülmények, majd az általános társadalmi, gazdasági, kulturális és környezeti feltételek. Az egyéni tényezők külső hatások általi befolyásoltságát emeli ki a modell, a bővülő környezet egymásra boruló rétegeivel. A testi, lelki dimenziókat magába foglaló komplex modell megvilágítja a társadalmi szférától az egyén irányába ható befolyásoló tényezőket. Az egyenlőtlenségek leginkább a hátrányos helyzetben lévők élet és munkakörülményeiben mutatkoznak meg, majd a közösségi hatásokon keresztül meghatározzák az egyén életvitelét, amely az öröklött tényezőkkel, a korral, a nemmel együttesen határozzák meg az egészségi állapotot (Dahlgren, Whitehead, 1991).



2. számú ábra, Dahlgren és Whitehead szivárványmodellje
Forrás: Dahlgren és Whitehead, 1991

A 2004-es Népegészségügyi Jelentésben is találhatunk egy modellt, amelyben Dahlgren és Whitehead modelljéhez hasonlóan egy központi elem körül kerültek elhelyezésre az egyén egészségi állapotára hatást gyakorló tényezők. Ezt mutatja be a *3. ábra.*

3. számú ábra Egészséget befolyásoló tényezők
Forrás: Népegészségügyi Jelentés 2004

Az egészség megromlásához, illetve az egészségegyenlőtlenségek kialakulásához vezető lehetséges okok illetve az egészséget befolyásoló tényezők szerepének tisztázásához készítette Vitrai az alábbi, az egészséget befolyásoló egyéni és környezeti tényezőkre épülő részletes egészségmodellt, amely a korábban publikált hasonló modelleket veszi figyelembe (*4. ábra*).

4. számú ábra Egészség-modell
Forrás: Vitrai, 2011 (A szerző szíves engedélyével)

A modell „keretét” adják a befolyásoló tényezők legfontosabb elemei, amelyekhez könnyen kapcsolhatók az egyes egészségmutatók. „Az egyén egészségi állapotát közvetlenül meghatározzák öröklött biológiai tulajdonságai, mint az életkora, a neme, vagy a betegségekre való fogékonysága. (A modellben a közvetlen hatást kifejtő tényezők érintik az egészségi állapotot, míg a közvetett tényezők az egészségi állapotot nem, csak a közvetlen hatású tényezőket érintik.” A 4. számú ábra szélén az egészséget meghatározó tényezők egyes elemei találhatók. Az itt látható elemekhez illeszthetők a gyakorlatban használt egészségmutatók és adatok.) Az egyén egészségmagatartása szintén direkt hatással van az egészségi állapotra. Ebbe azonban beleértjük a megküzdés képességét, az egészségügyi ellátás igénybevételéhez való viszonyulást, nemcsak a dohányzást, túlzott alkoholfogyasztást stb. (Vitrai, 2011).

Az egészség egyes determinánsait és a közöttük lévő kapcsolatot több modell is megkísérli bemutatni és felhívni a figyelmet a tényezők és az egyes kapcsolatok fontosságára.

1.2.8 Egyenlőtlenségek az egészségi állapotban

Az egyenlőtlenségek a nyolcvanas évek elejétől kiemelt egészségpolitikai problémává és kutatási témává váltak. Ezen a területen Nagy-Britannia élenjárónak számított, itt készült el az angol kormány megbízásából az a tényfeltáró dokumentum, az úgynevezett Black-riport, amely megvilágította azokat a kérdéseket, problémákat és egyenlőtlenségeket az angol ellátórendszerben, amelyekre a válaszokat és megoldásokat, azóta is kutatják (Townsend-Davidson, 1982).

Magyarországon hasonló egyenlőtlenségek tapasztalhatók népegészségügyi szempontból és az egészségügyi ellátórendszer hozzáférhetősége és minősége alapján is. Ezek a földrajzi egyenlőtlenségek, a társadalmi, gazdasági viszonyok által meghatározott, az egyének egészségi állapotában megmutatkozó egyenlőtlenségek geopolitikai leképeződései. A különbségek megjelennek az iskolázottságban, a foglalkoztatottságban és ez által megmutatkoznak az életmódban, mint az egészséget meghatározó egyik fő tényezőben, továbbá más egészség determinánsokban is.

Az egészségi állapotban meglévő különbségek nem jelentenek szükségszerűen egyenlőtlenségeket is. Ahogy Orosz Éva (2001) írja: különbséget kell tenni igazságtalan, elkerülhetetlen és elfogadható különbségek között. Elkerülhetetlennek tekinthetők az egészségi állapotban genetikai okokból, valamint az öregedés következtében mutatkozó különbségek. Elfogadhatónak azokat tekintjük, amelyek nem a társadalmi-gazdasági feltételek különbségéből erednek, hanem az egyén választásán alapulnak (pl. azonos társadalmi-gazdasági státuszú, azonos ismeretekkel rendelkező egyének eltérő preferenciáik alapján eltérő táplálkozási szokásokat alakíthatnak ki, amelyek befolyásolhatják egészségi állapotukat – hoz példát Orosz). Az egészségi állapot azon különbségei tekinthetők – az előbbiekből következően – igazságtalannak, azaz egyenlőtlenségeknek, amelyek a társadalmi-gazdasági feltételek különbségeiből adódnak.

Az egészség társadalmi meghatározói széles körűek, amelyek közé tartoznak az általános életkörülmények, mint az életszínvonal, a munka, és lakóhely, ide tartozik az oktatás, a táplálkozás, a környezet, pszichoszociális környezet, valamint a környezetszennyeződés és közlekedés.

Az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek nem adottak, hanem a társadalmi, gazdasági egyenlőtlenségekből eredeztethetőek. Az iskolázottság, a nem, a jövedelem, a foglalkoztatottság, az etnikai hovatartozás, a lakóhely, mint társadalmi pozíció meghatározóak az egészségi állapotban tetten érhető egyenlőtlenségek szempontjából. Ugyanakkor elmondható, hogy nem minden említett tényezőn alapul egyenlőtlenség (pl. nem, település, foglalkozás), csupán bizonyos társadalmi

helyzetek fennállása esetén generálódik belőlük egyenlőtlenség. A jövedelmi, vagyoni, iskolai különbségek, valamint a hatalomhoz való hozzáférhetőség azonban szükségszerűen egyenlőtlenségekhez vezet. (Kolosi, 2000)

Egészségi állapotunkat tekintve megfigyelhetők területi egyenlőtlenségek is, például a korai halálozást jellemző mutatók mögött térségi egyenlőtlenségek húzódnak meg Magyarországon (Ádány 2009).

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet 2010-ben tanulmányban mutatta be a magyarországi egészségi egyenlőtlenségek főbb jellemzőit és azok összefüggéseit a társadalmi, gazdasági meghatározókkal. „Az egészség társadalmi, gazdasági, kulturális és környezeti meghatározóin keresztül a lakosság egészsége javítható és a méltánytalan egyenlőtlenségek csökkenthetők. Ennek feltétele az egészségbarát kormányzati politika és szakpolitikák, a szakpolitikai döntések vizsgálata abból a szempontból, hogy milyen hatással vannak az egészségre, továbbá, a szakpolitikák és egészséghatások elemzése az egyenlőtlenségek csökkentése szempontjából” (OEFI 2010).

Az egyes társadalmi csoportok egészségi állapotában az egyenlőtlenségek kimutathatóak és ugyanakkor megváltoztathatóak (Vitrai, 2010). A Marmot-jelentésből is tudjuk, hogy az egészségi állapotban mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése elsődlegesen társadalmi igazságosság és méltányosság kérdése. A jelentés felhívja a döntéshozók figyelmét arra is, hogy minél alacsonyabb az egyén társadalmi pozíciója, annál rosszabb az egészségi állapota (Marmot és mtsai 2010).

A lakosság egészségi állapotának javításával, az egyenlőtlenségek csökkentésével elősegíthető a fejlődés, fokozható a gazdasági aktivitás és összességében pozitív hatás érhető el a társadalomban. „Európában a legkevésbé egyenlőtlen skandináv államok a leginkább versenyképesek között vannak” (Ferge, 2008).

1.2.9 Egészségmonitorozás

Az egészséggel kapcsolatos információkhoz az egészség monitorozásán keresztül juthatunk. Az egészségmonitorozás rendszeres és folyamatos adatgyűjtés, elemzés, értékelés és információnyújtás, amely meghatározó az egészségpolitikai döntések meghozatalában, jelentős az egészségügyi szolgáltatások értékelésében és tervezésében (Vokó és mtsai, 1999). Az egészségmonitorozásba tartoznak a felmérésen (pl. egészségfelmérések) alapuló adatgyűjtések és a regisztráció (pl. szüle-

tési, halálozási). Az egészségfelméréseknek igen nagy szerepük van az egészséggel és egészségmagatartással kapcsolatos adatok megszerzésében. A kérdőíves vizsgálatok szerepe jelentős, hiszen az információk, fontos adatok jelentős része csak így szerezhető meg, mint például az egészséget befolyásoló társadalmi és életmódbeli tényezők, az egyén egészségre fordított költségei, az ellátórendszerrel való elégedettség. A lakosság egészségi állapotának megismerésére számos országos vizsgálat történt Magyarországon is, mint például az OLEF (Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000, 2003), *ELEF* (*Európai Lakossági Egészségfelmérés 2009, 2014*). Szociális, társadalmi jellegű helyzetfelmérések között fontos megemlíteni a TÁRKI által koordinált Háztartáspanel kutatást.

1.2.10 Egészségtervek

Az új alapellátási törvényt (2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról) a Kormány 2015-ben fogadta el, mely szerint, a települési önkormányzatoknak a népegészségügyi szemlélet erősítése érdekében, az egészségfejlesztési irodák bevonásával gondoskodniuk kell a települési egészségterv kidolgozásáról és megvalósításáról.

A települési egészségtervek létrejöttében és megvalósulásában a döntéshozók központi szerepet szánnak az alapellátásnak, illetve az egészségfejlesztési irodáknak (EFI), melyek komplex egészségmegőrző és felvilágosító tevékenységet koordinálnak, működtetnek adott térségekben, aminek célja az ott élők egészséges életmódjának megerősítése, tudásszintjük gyarapítása. Az egészségfejlesztési irodák által végzett tevékenységek távlati célja az egészségfejlesztési tevékenységeken keresztül a lakosság egészségi állapotának és életminőségének, ez által az adott település, járás illetve kistérség versenyképességének javítása. Az EFI-k hálózatszervezését és működését (pl. egészségi állapot felmérések, életmód és prevenciós tanácsadás, közösségi egészségfejlesztő programszervezés) két éven keresztül uniós forrás fedezte Magyarországon, amikor is az első időszakban 60 járásban jött létre EFI iroda, ezek közül 18 a leghátrányosabb járásokban.

Az egészségfejlesztés egyik fontos része – ami Magyarországon még ma is a legelterjedtebb módszer -, az egészségnevelés, az információ átadás, ami „csak” egy módszer az egészségfejlesztés tárházából, és önmagában hosszú távon nem hatékony. Az egészségfejlesztés egy interszektoriális tevékenység, fontos szerepe van benne az egészségügyi szektornak, a támogató társadalmi körülményeknek, de nem lehet hatékony az egyén és a közösség együttműködése, motivációja nélkül.

A közösségi színtereken megvalósuló egészségfejlesztésnek kiterjedt nemzetközi gyakorlata van, de találunk már hazai példákat is, melyeket fontos megismerni, adott esetben továbbfejleszteni, ha

szükséges új, akár modellértékű programokat létrehozni és kipróbálni annak érdekében, hogy az egészségi állapotban javulást érjünk el. További fontos cél, hogy a közösségi alapú egészségtervek kidolgozásával és megvalósításával a lakosság életminősége is javuljon. A színtereken megvalósítható egészségtervek koncepciójáról lásd részletesebben Füzesi és Tistyán (2004) írását.

Napjainkban jelentős erőforrás koncentrálódik hazánkban az egészségfejlesztési szakmai hálózat létrehozására. Magyarország Kormánya az 1800/2013 (XI.) Korm. határozatban döntött a TÁMOP-6.1.1/12/1 azonosítószámú kiemelt projekt megvalósításáról, amely ezzel foglalkozott. A megvalósítás 2013 decemberében kezdődött és 2015 szeptemberében zárult. A projekt átfogó célja az volt, hogy a különböző színtereken (iskolák, felsőoktatási intézmények, munkahelyek, települések stb.) a népegészségügyi intézményrendszer hatékonyságát az egészségfejlesztő tevékenységet támogató szakmai hálózat létrehozásával növelje.

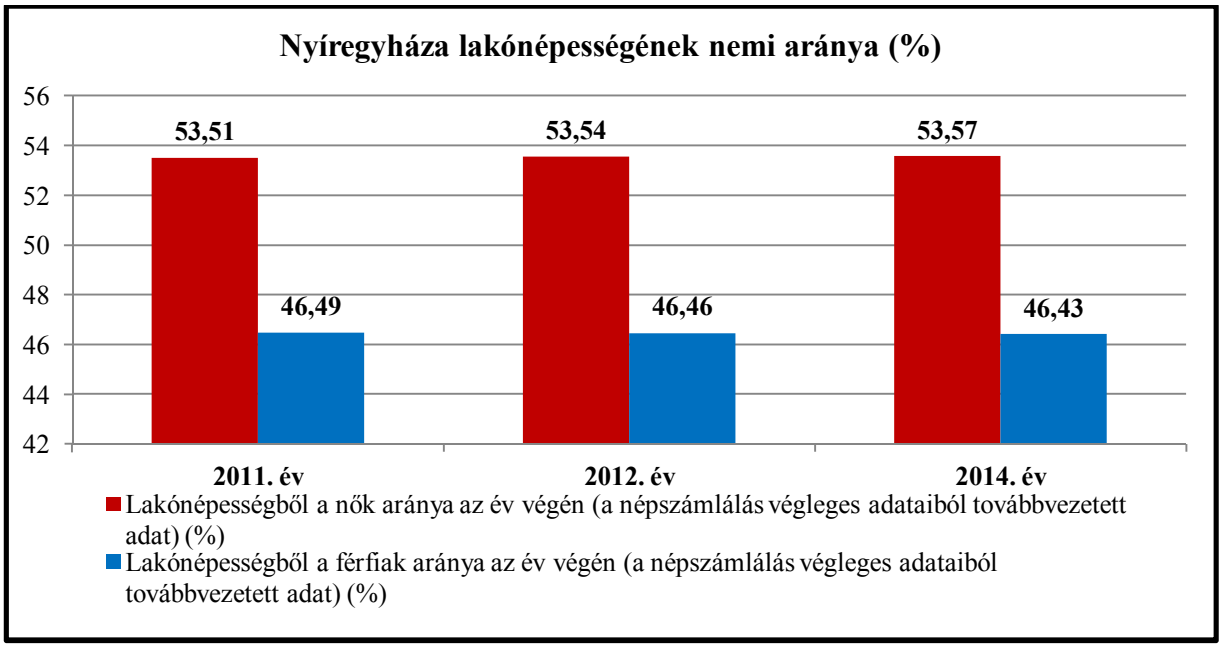
Az egészségtervek készítésének ötlete az ENSZ Egészségügyi Világszervezetétől származik. Európában elsősorban a nagyvárosokban készültek és készülnek egészségtervek. A magyar városok közül elsőként 1995-ben Pécsett, a Fact Alapítvány által kidolgozott módszerre támaszkodva kezdődött meg egészségkép és egészségterv készítése, majd e kezdeményezést több város is követte, megszületett például Hódmezővásárhely, Debrecen és Budapest, valamint több kisebb város, mint például Karcag, Tiszavasvári egészségterve is az elmúlt időszakban. Egy város lakosságának egészségi állapota és annak ismerete meghatározó egyes egészségügyi intézkedések, a gazdasági fejlődés, de a lakosság életminőségének javítása szempontjából is. Az adott helyzet feltárását követően, azonosítani és priorizálni lehet a problémákat, majd bizonyítékokon alapuló népegészségügyi eszközökkel kezelni őket.

1.3. Nyíregyháza lakosságának társadalmi-gazdasági jellemzői és egészségi állapota

Nyíregyháza lakosságának életminőségét elsősorban az egészségi állapot tükrében vizsgáljuk. Kihasználva az adatbázisok adta lehetőségeket, és ismervén a társadalmi-gazdasági helyzet egészségi állapotra és életminőségre gyakorolt hatását, ezen tényezőket és hatásait is megkíséreljük feltárni.

1.3.1 Demográfiai adatok

Nyíregyháza Magyarország legkeletibb fekvésű nagyvárosa, mely az Észak - Alföldi régióban található. Szabolcs-Szatmár-Bereg megye székhelye, lélekszáma alapján az ország hatodik legnagyobb vidéki városa, népessége 2015. január 1-jén 118125 fő. A népesség számának alakulása az *5. számú ábrán* látható nemek szerinti bontásban a kutatás időszakában.



5. számú ábra Nyíregyháza lakónépességének nemi megoszlása
Forrás: KSH, 2016

Szabolcs-Szatmár-Bereg megye öregedési indexe - a többi megyéhez viszonyítva, illetve országos összehasonlításban -, a legkisebb. Nyíregyháza korszerkezete a megyei városok összehasonlításában a legjobb. A születéskor férfitöbblet figyelhető meg, ez azonban a fiatal kor végére eltűnik, ami a férfiakat érintő magasabb csecsemőhalálozási arányszámmal, az erőszakos halálozásban

való nagyobb érintettséggel és a férfiak migrációban való intenzívebb részvételével magyarázható. Az életkor előrehaladtával elsősorban az életvitelből adódó különbségek a férfiaknak a nőkénél kifejezetten rosszabb halálozását eredményezi. A feminitási mutató, ami a nemi arányt fejezi ki, az életkor előrehaladtával egyre torzabb nemi arányt mutat, az ezer férfira jutó nők számát tekintve. A családi állapotot tekintve a legelterjedtebb a házas családi állapot, ugyanakkor Nyíregyházán az elváltak aránya az országos átlag feletti. A felsőoktatás expanziójával összhangban a népesség iskolázottsági színvonala jelentősen javult az elmúlt 10-15 évben. Nyíregyházán a 25 és 34 év közöttieket tekintve az egyetemet, főiskolát végzettek aránya megduplázódott. Magas a legalább érettségizettek aránya is. Ugyanakkor a 2001. évi népszámlálási adatokhoz viszonyítva romlott Nyíregyházán a 10-14 évesek körében az általános iskola első osztályát be nem fejezők aránya, 0,5%-ról 0,8%-ra nőtt az arány. A nemzetiségi kérdést vizsgálva elmondható, hogy a 13 hazai nemzetiség mindegyike megtalálható valamilyen arányban a megyeszékhelyen. Bár a hazai cigány lakosság 14%-a a megyében él, Nyíregyháza térségében arányuk kisebb. A 2011. népszámlálási adatok alapján a városban 2208 fő, a megyében 44738 fő vallotta magát cigánynak (ez országosan 315 ezer fő). A cigány/roma etnikumon belül a két népszámlálás között, mérsékelten ugyan, de javultak az iskolázottsági mutatók. Nőtt a 8. osztályt befejezők és az ennél magasabb végzettséggel rendelkezők részaránya. A foglalkoztatottságot tekintve a megyében a legkedvezőbb képet Nyíregyháza mutatja, a foglalkoztatási arány 40,5%, a munkanélküliségi ráta 13,5%, a népszámlálási adatok alapján. A munkanélküliségi ráta a nyilvántartott álláskeresőkre vonatkoztatva 2014 végén a városban 7% alatt volt. A háztartásokban a gazdasági aktivitás kedvezőbben alakul, ami jó hatással van a jövedelmi viszonyokra (Malakucziné, 2015).

Nyíregyházán a különböző városrészekben az egyes társadalmi csoportok eltérő arányban vannak jelen. A lakosság városon belüli elhelyezkedése bizonyos törvényszerűségek mentén regisztrálható. A legutóbbi népszámlálási adatok alapján megállapítható, hogy a hátrányosnak tekinthető részek az ipartelepek, a külterületek és a szociálisan leromlott környezetben található telepek (pl. Huszártelep). E területeken az átlagosnál alacsonyabb a népesség iskolázottsága és ez kihat a foglalkoztatottsági és jövedelmi tényezőkre is. A kertvárosokban (pl. Oros, Sóstó, Kertváros) és a belső lakóterületeken (pl. Belváros) élők iskolázottsági adatai kedvezőek (Malakucziné, 2012)

1.3.2 Társadalmi, gazdasági helyzetkép, a társadalmi, gazdasági tényezők életminőségre és egészségi állapotra gyakorolt hatása

Közismert, hogy a társadalmi és gazdasági tényezők egyaránt képesek meghatározni az egyén, és a lakosság egészségi állapotát. Mára már bizonyított tény az is, hogy az egészség és a gazdaság kapcsolata nem egyirányú, ugyanis nem csak a gazdasági tényezőknek van szerepe egy adott ország lakosságának egészségi állapotában, hanem az adott ország lakosságának egészségi állapota is jelentős mértékben képes befolyásolni a gazdasági teljesítményt (Ádány, 2012).

Azokat a különbségeket, amelyek az egészségi állapotban megmutatkoznak, sokan a társadalmi egyenlőtlenségek következményeként mutatják be. Gyakran előfordul, hogy az egyes társadalmi különbségek leírását a jövedelem és iskolai végzettség hatásaival magyaráznak majdnem kizárólag, aminek oka lehet az, hogy nem állnak rendelkezésre megfelelő adatok a magyarázathoz. Az egészségi állapot és a depriváció összefüggéseinek vizsgálata során sok aspektust kell figyelembe venni, mint például az alacsony jövedelem, az anyagi javakkal való ellátottság mértéke, a munkaerőpiaci pozíció, a lakáskörülmények, az iskolai végzettség.

Az egészség és a társadalmi egyenlőtlenségek kapcsolatának vizsgálata során jellegzetes irányzatok is megfigyelhetők. Ha a fejlett országokat vesszük figyelembe, akkor ott a depriváció különböző dimenzióinak és a rossz egészségi állapot esélyeinek összefüggései állnak a középpontban, míg a kevésbé fejlett országok és az Amerikai Egyesült Államok tekintetében az figyelhető meg, hogy az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés különbségei vannak előtérben. Mégis azt mondhatjuk, hogy a sok szempontú megközelítés alapján, beleértve az életmódtényezők vizsgálatát is, nem sikerült kellőképpen magyarázni azt a leszakadást, amelyet a társadalom legkedvezőtlenebb helyzetben lévő csoportjai az egészségi állapot vonatkozásában mutatnak. Az ellentmondás feloldására három elmélet bontakozott ki, az egyik az általános sérülékenység elmélete, amely a különböző stresszelméletekben fejlődik tovább, a második a jövedelmi egyenlőtlenségekhez kapcsolódó, illetve az azzal korrelálónak feltételezett társas kapcsolatokra fókuszáló megközelítés, valamint az úgynevezett élettörténeti megközelítés, amely szerint az egyén egészségi állapota az egész életút alatt felhalmozott hátrányokat összegző hatások figyelembe vételével írható le (Kovács, 2005).

1.3.3 Gazdasági aktivitás és foglalkoztatottság

Az életminőség és egészségi állapot kölcsönhatásban áll a munkaerőpiaci helyzet jellemzőivel, amiben fontos szerepe van a gazdasági aktivitásnak és a foglalkoztatottságnak.

A munkavégzés és az abból származó jövedelem nagymértékben hozzájárul az egyének és családok életminőségéhez, alakíthatja szubjektív egészségi állapotukról és jóllétükről alkotott véleményüket (Jávorné és mtsai, 2014/a).

Az Észak-Alföldi régió foglalkoztatási rátája alatta marad az országos átlagnak, amelyet többek között az is indokol, hogy a régióhoz tartozó Szabolcs-Szatmár-Bereg megye egyike a foglalkoztatási nehézségekkel leginkább küzdő megyéknek. Ugyanakkor Nyíregyháza lakosságának foglalkoztatási jellemzői nem mutatnak jelentős eltérést az országos adatokhoz képest, ami azzal magyarázható, hogy a megyeszékhely kedvezőbb foglalkoztatási lehetőséget biztosít lakosai számára, mint a megye többi települése (R. Fedor, 2012). Igaz városunkban is, hogy a magasabb iskolai végzettség magasabb foglalkoztatási aránnyal és alacsonyabb munkanélküliségi aránnyal jár együtt. A közfoglalkoztatottak körében éppen fordított a helyzet, a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők vesznek részt leginkább a közfoglalkoztatásban (R. Fedor, Balogh, 2015).

1.3.4 Társas kapcsolatok

A személyes kapcsolatok a közösségi élet elsődleges elemét képezik, amely fontos indikátor az életminőség szempontjából is.

A személyes kapcsolatok értékelése családi állapot szerint eltérő képet mutat, a házasságban élők életkortól függetlenül kiemelkedően elégedettnek mondhatók. A gazdaságilag aktívak körében, kisebb azok aránya, akik nem tudják senkivel megbeszélni személyes dolgaikat. Egyes inaktív csoportokban (mint pl. fogyatékkal élők, egészségügyi okból munkaképtelenek, nyugdíjasok) körében magas azok aránya, akik nem rendelkeznek megfelelő személyes kapcsolatokkal (KSH, 2014). Tudjuk, hogy a munkahely - amellett, hogy a munka az önbecsülés fontos eleme és az anyagi biztonság forrása -, barátokat, társas kapcsolatokat is jelent (Giddens, 1995), ezzel több szempontból is erősítve az egyén jóllétét.

Nyíregyháza lakossága vonatkozásában a természetes védőháló működését (család, rokonok, barátok, munkatársak, szomszédok által nyújtott támogatás) már többször megkísérelték feltárni. A

természetes védőháló esetleges hiányainak vizsgálatával és a hiányok pótlásának hogyanjával foglalkozott a kilencvenes években Fábián, amikor is megkísérelte leírni azt, és alternatívákat igyekezett adni a szolgáltatások terén a természetes védőháló helyettesítését tekintve (Fábián, 1997). Ugyancsak egy helyi szinten folytatott vizsgálat azt tárta fel, hogy az alacsonyabb társadalmi státuszú egyének gyengébb kapcsolatrendszerrel rendelkeznek, mint a jobb társadalmi státuszúak, továbbá a leginkább rászorulók maradnak ki az erőforrások eléréséből (Nyírcsák, 1999).

A nyíregyházi lakosság életminőségét vizsgáló kutatás is foglalkozik a felnőtt lakosság támogató rendszereivel, amelyből kiderül, hogy a megkérdezettek a természetes védőhálójuk tagjait növekvő mértékben veszik igénybe, és csak ezt követően fordulnak a mesterséges támogató rendszerek irányába (Balogh, Fábián 2012).

A társas kapcsolatoknak része a közösségi aktivitás is, amiben a nyíregyháziak döntő része passzívnak mondható (Jávorné és mtsai, 2014/b).

Az életminőség és társas kapcsolatok viszonylatában helyi szinten jellemző, hogy a családi állapotot tekintve, az egyedülállóak életminőség indexértéke alacsonyabb.

1.3.5 Jövedelmi helyzet

A jövedelmek és a jóllét között háztartási szinten markáns a kapcsolat, az anyagi helyzet javulása növeli az élettel való elégedettséget, a boldogság érzetének valószínűségét. A háztartások anyagi helyzetére vonatkozó várakozás a jövőbeli jóllét indikátorának is tekinthető (KSH, 2014).

A korábbi vizsgálatok szerint a különböző társadalmi „rétegek” (szegények, alsó középréteg, középréteg, felső középréteg, jómódúak) között Nyíregyházán különbség mutatható ki az életminőség tekintetében, a gazdasági erő növekedésével növekszik az FT[3] index-értéke (Takács, Fábián 2014).

[3] Az FT (Fábián-Takács) index, Nyíregyházán lokálisan kialakított életminőség index, amely nevét a szerzőkről kapta.

1.3.6 Az egészségi állapot és annak mutatói

1.3.6.1. Halálozás

Magyarországon 2005 óta csökkenés figyelhető meg az összhalálozás arányában, mégis 2011-ben a magyarországi halálozás másfélszerese volt az EU15 országokéhoz viszonyítva. Magyarországon minden negyedik ember 65 éves kora előtt hal meg. Az összes halálozás legnagyobb részét a keringési rendszer betegségei teszik ki, amit a daganatok követnek, majd a légzőrendszer betegségei. Férfiak esetében jelentős arányt képviselnek a mortalitás külső okai és az emésztőrendszer betegségei is (Egészségjelentés 2015).

A városi lakosok általános egészségi állapotát tükröző halálozási adatok alapján meghatározhatóak a főbb népegészségügyi problémát jelentő halálokok Nyíregyházán is. A város halálozási adatai között, - melyek 2012 és 2014 között sorrendiségüket tekintve a vezető halálokok vonatkozásában nem változtak, első helyen a keringési rendszer betegségei szerepelnek, melyet a daganatok, majd a légzőrendszer betegségei követnek a KSH 2015-ös adatai alapján. A városi halálozás nagyságrendjét mutatja az említett években a *2. számú táblázat.* Ezek az arányok összhangban vannak az országos adatokkal.

Halálozások száma halálokok szerint Nyíregyházán (/fő)		
Halálok	**2012**	**2014**
Fertőző és élősdiek okozta betegségek	17	6
Daganatok	346	292
Endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek (cukorbetegség)	16	31
Mentális és viselkedészavarok	30	32
Az idegrendszer betegségei	8	13
Keringési rendszer betegségei	584	556
Légzőrendszer betegségei	108	84
Emésztőrendszer betegségei	73	62
A húgy- és ivarrendszer betegségei	14	7
Veleszületett rendellenességek		3
A morbiditás és mortalitás külső okai	49	37
Összesen	1253	1129

2. számú táblázat Halálokok száma halálokok szerint Nyíregyházán 2012, 2014
Forrás: KSH, 2015

A halálozás területi egyenlőtlenségeinek jellemzői Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében

Szabolcs-Szatmár-Bereg megye halálozás tekintetében egyike Magyarország leghátrányosabb helyzetben lévő megyéinek. A mutatók az országos átlagnál szignifikánsan kedvezőtlenebbek, különösképpen a keringési rendszer betegségeinek vonatkozásában. A megyén belül a megye-

székhelytől, Nyíregyházától távolodva az egyre kisebb lélekszámú településeket vizsgálva, az értékek romlanak. Ugyanakkor Nyíregyháza lakosságának halálozási átlaga szignifikánsan kedvezőbb az országos átlagnál. Ez azt támasztja alá, hogy nem pusztán a vidék és a város között van különbség, hanem a vidék további rétegződése is számít (Ádány, 2009).

A mortalitás tekintetében elmondható, hogy a megyei adatok sorrendiségüket tekintve, összhangban vannak az országos adatokkal. Első helyen a keringési rendszer betegségei által okozta halálozás szerepel (ischaemias szívbetegségek, cerebrovasculáris betegségek). Második helyen a rosszindulatú daganatos megbetegedések miatti halálozás szerepel. Harmadik helyen nők esetében a légzőrendszer betegségeire visszavezethető halálozás, férfiaknál a külső okokra visszavezethető halálozás áll (Bogdándi, 2015).

1.3.6.2. Megbetegedések

A lakosság megbetegedési viszonyainak ismerete (a halálozási viszonyok mellett) kiemelt jelentőséggel bír a hatékony, szükségletekhez igazodó egészségügyi ellátórendszer, az eredményes egészségfejlesztési stratégiák, valamint a szűrőprogramok tervezéséhez és kivitelezéséhez. Különösen olyan betegségekre igaz ez, melyek megfelelő időben történő felismerése esetén a lakosság, az egyén jó életminősége elérhető, ezzel csökkentve a betegségek okozta halálozást és az ebből adódó társadalmi terheket.

A megbetegedések számára vonatkozóan nehéz megadni pontos információkat, ez alapján elmondható, hogy a morbiditási arányszámok a mortalitási mutatóknál kevésbé megbízhatóak, ugyanakkor az adatgyűjtési korlátok figyelembevételével hasznos adatforrásnak számítanak.

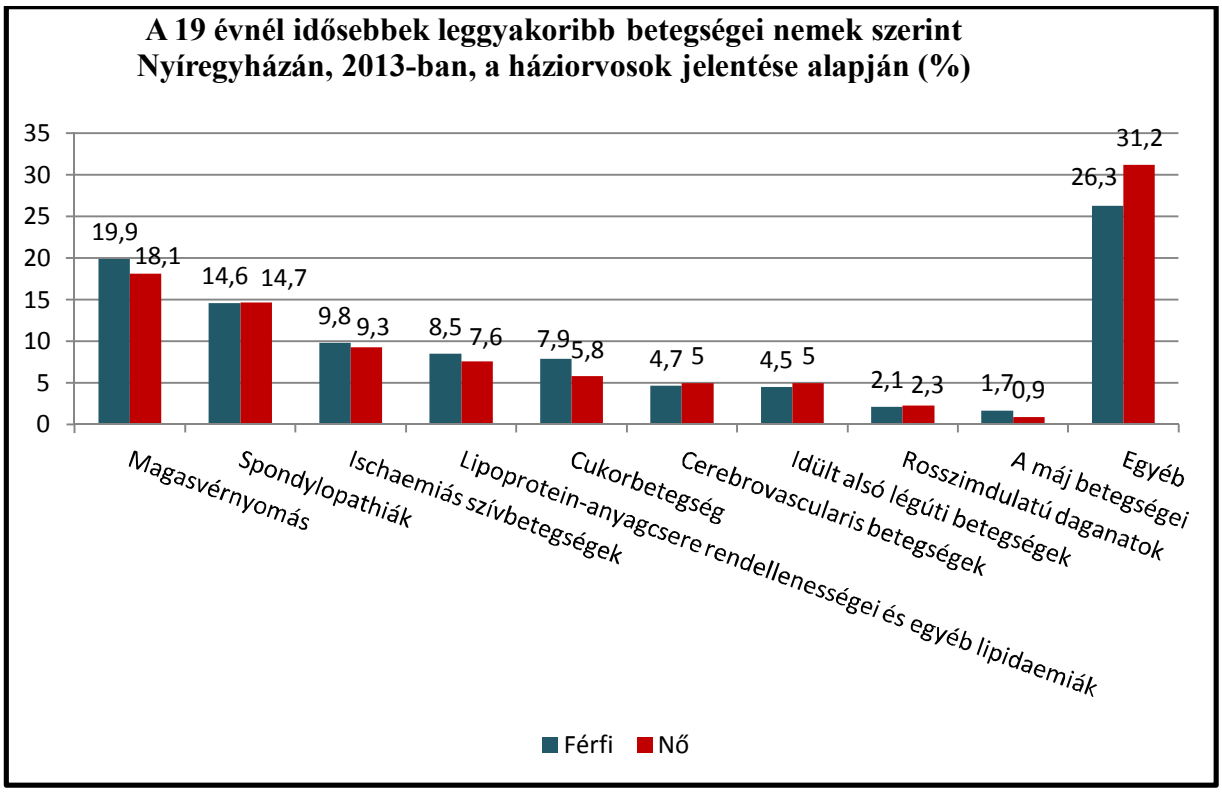
A Központi Statisztikai Hivatal az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (KSH OSAP) keretében minden páratlan évben jelentést kér a háziorvosoktól és házi gyermekorvosoktól az egyes betegségekkel kezelt személyek számáról. Az így létrejött adatbázis az ország csaknem összes lakosát lefedi és a 0-18 évesek körében 40, a 19 évnél idősebbek körében pedig 42 betegségre, illetve betegségcsoportra vonatkozóan gyűjtenek prevalencia adatokat. Az adatgyűjtés nem a beteg lakóhelye, hanem a kezelés helye szerint történik, mégis jó közelítéssel, információkkal szolgálhat az egyes betegségek területi megoszlásáról is. A megbetegedések a háziorvosok 2013. évi jelentése alapján kerültek feldolgozásra.

Nyíregyháza város lakossága, az országos szinthez (100%) viszonyított megbetegedései, az indirekt standardizálás módszerével képzett mutató (standardizált megbetegedési hányados=SMH) segítségével százalékos formában mutatjuk be.

Megbetegedési struktúra Nyíregyházán

Nyíregyháza lakosságának egészségi állapotára leginkább olyan betegségek hatnak, amelyek előfordulási gyakorisága a megelőzés eszközeivel csökkenthető lenne, illetve kitolható lenne a megjelenés várható ideje. A megbetegedések eloszlása eltérést mutat a halálozásnál tapasztalt haláloki sorrendtől. Sok olyan betegség kerül előtérbe, amely nem okoz közvetlen halált, azonban a társadalomban nagymértékű betegségterhet idéz elő. A vizsgált megbetegedések mindkét nemben közel azonos súlyban fordulnak elő, bár a nők körében nagyobb a megbetegedések száma, ez a különbség azonban az eltérő lakosságszámból ered.

Nyíregyházán 2013-ban az összesített praxis adatok alapján (KSH OSAP), a legnagyobb súlyú betegségcsoport a felnőtt lakosság körében, mindkét nemben a magasvérnyomás betegség, amely az összes eset közel 20%-át tette ki. A második helyen a spondylophatiák és dorsopathiák (csigolya- és porckorong bántalmak) állnak férfiaknál 14,6%-kal, nőknél 14,7%-kal. A harmadik helyet az ischaemiás szívbetegségek foglalják el. A férfiaknál 9,8%-kal, nőknél 9,3%-kal, majd ezt követik a zsíranyagcsere rendellenességei és a cukorbetegség. Ezek a kezelt betegek számát jelentik, azonban vélhetően a fel nem ismert megbetegedések száma is igen magas lehet, különösen a magasvérnyomás esetében. A 19 évnél idősebbek leggyakoribb betegségeit Nyíregyházán 2013-ban, a háziorvosok jelentése alapján (KSH) a *7. számú ábra* mutatja be összefoglalóan.



7. számú ábra A 19 évnél idősebbek leggyakoribb betegségei Nyíregyházán, a háziorvosok jelentése alapján 2013-ban

Forrás: KSH, OSAP 2014

A megbetegedések kockázata a felnőtt lakosság körében a KSH OSAP jelentés alapján

A háziorvosok jelentése alapján Nyíregyháza felnőtt lakosságának megbetegedése a vizsgált betegségek közül minden esetben meghaladja az országos átlag szintjét.

Nyíregyházán a leggyakoribb megbetegedés a magasvérnyomás, amely betegség előfordulása mindkét nemben meghaladta az országos átlagot (férfi SMH=112,8%, nő SMH=105,2%).

A csont-izomrendszer betegségei közé tartoznak a csigolyabántalmak és egyéb háti gerincbántalmak, melyek, előfordulása mindkét nemben számottevő, mintegy másfélszerese a betegség előfordulásának kockázata, mint az országos átlag (férfi SMH=158,6%, nő SMH=143,4%).

A harmadik leggyakoribb megbetegedés az ischaemiás szívbetegség. A településen szignifikáns többlet megbetegedés volt tapasztalható mind két nemben egyaránt (férfi SMH=145,8%, nő SMH=135,8%).

Nyíregyháza felnőtt lakosságának a lipoprotein-anyagcsere rendellenességei okozta megbetegedése az országos átlagot kismértékben meghaladja, férfiak esetében az eltérés nagyobb (férfi SMH=109,8%, nő SMH=104,3%).

A városban a cukorbetegség az ötödik leggyakoribb betegség a háziorvosi szolgálatokhoz bejelentkezett felnőtt lakosság körében, mely szövődményei révén rontja a beteg életminőségét és életkilátásait. A településen a betegségcsoport előfordulása mindkét nemnél szignifikánsan magasabb (férfi SMH=134,2%, nő SMH=117,2%) az országos átlagnál.

A cerebrovascularis betegségek kockázata Nyíregyházán közel másfélszer nagyobb, mint az országos átlag (férfi SMH=152,4%, nő SMH=149,3%).

Az idült alsó légúti megbetegedések - asztma nélkül vizsgálva - előfordulási kockázata a városban a férfiaknál az országos átlag másfélszeresét is meghaladja, míg nőknél közel kétszerese az országos átlagnak (férfi SMH=161,7%, nő SMH=197,9%).

A rosszindulatú daganatos megbetegedéseknek a többi vizsgált betegséghez képest csekély súlya van, ami részben abból adódik, hogy a betegség diagnózisa szakrendelőben történik és nem minden esetben történik visszacsatolás a háziorvos felé, azonban a halálozásban betöltött szerepe miatt mindenképpen érdemes kiemelni. A rosszindulatú daganatos megbetegedések kockázata Nyíregyházán az országos átlagot férfiaknál és nőknél egyaránt meghaladja (férfi SMH=123,8%, nő SMH=126,2%).

A májbetegségekkel kapcsolatban elmondható, hogy a településen az országos szintet meghaladó többlet megbetegedés tapasztalható mindkét nemben (férfi SMH=123,5%, nő SMH=126,4%) (KSH, OSAP, 2014).

1.3.6.3. Önminősített egészségi állapot

A kutatásokat végző személyek számára nem minden esetben mérhető fel maradéktalanul a megkérdezettek egészségi státusza, ezért jobb eredmények érhetők el abban az esetben, ha maguk a megkérdezettek mutatják be, illetve minősítik azt (Ware 1986). A válaszadók képesek átlátni, megérteni saját egészségi állapotukat, ők ismerik egészségüket, ezért ez az eljárás alkalmas arra, hogy az egészségi állapotot holisztikus szempontból közelítse meg és mérje. Bár ez egy szubjektív tartalmú kategória, reliabilitása alátámasztott, továbbá prediktív funkciója pontosabb, mint az objektív mérésé (Tahin – Jeges – Lampek 2000). „Az ún. önminősített egészségi állapot egyfajta szubjektív értékelés, azonban az objektív fizikai státusszal is szorosan összefügg, ezért alkalmas a betegségfolyamatok monitorozására.”- írja Pikó Bettina (Pikó 2006).

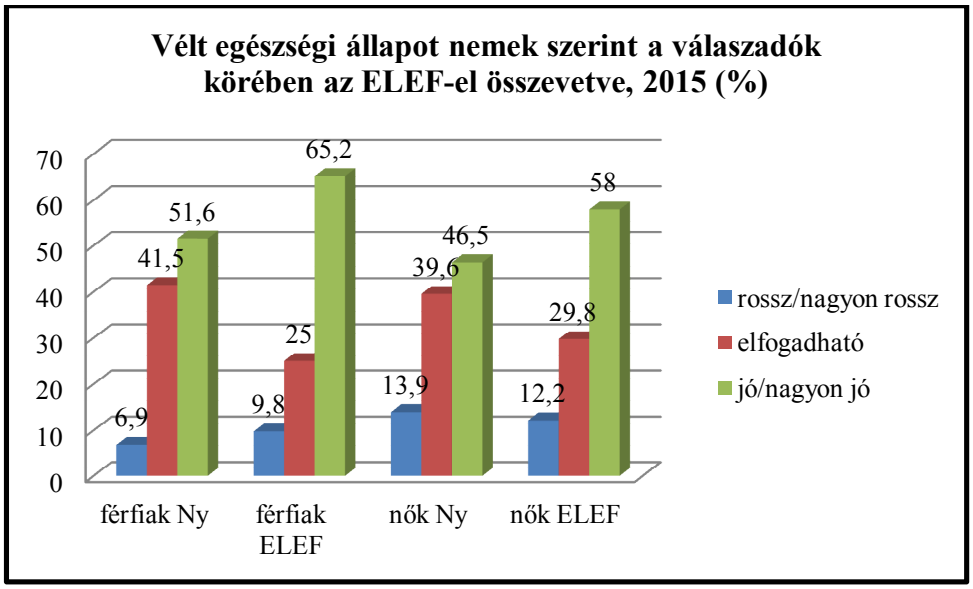
Az egészségi állapot és az azt befolyásoló tényezők becslésére a lakossági egészségfelmérések a legalkalmasabbak. Országosan ezeket az adatokat az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF), illetve az Európai Lakossági Egészségfelmérés (*ELEF*), helyi szinten, a város vonatkozásában a Nyíregyháza életminősége – Háztartáspanel kutatás szolgáltatja. Adatfelvételre az OLEF esetén 2000-ben és 2003-ban, az *ELEF* esetén 2009-ben és 2014-ben került sor, míg a „Nyíregyháza életminősége – Háztartáspanel" kutatás 2 évente történik 2008-tól kezdve.

Az *ELEF* 2014-es előzetes adatai azt mutatják, hogy a magyar felnőtt lakosság több, mint 60%-a ítélte meg egészségét jónak vagy nagyon jónak, egytizedük pedig rossznak vagy nagyon rossznak, ami pozitív irányú elmozdulást mutat a 2009-es adatokhoz képest.

A 2012. évi helyi vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy a 2010-es felméréshez képest a nyíregyházi lakosok egészségérzete minimálisan javult. Jellemző volt városunkban is az, hogy a nők kedvezőtlenebbnek ítélik meg egészségi állapotukat, mint a férfiak. Az egészségi állapottal legszorosabb összefüggést az iskolai végzettség mutatta, azaz minél alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezik valaki, annál kedvezőtlenebbül ítéli meg egészségi állapotát (Jávorné és mtsai, 2014/a).

Hüse vizsgálatai azt mutatják be, hogy 2015-ben az eltérések nem jelentősek az előző évekhez képest, de a vizsgált lakosság összességében egészségesebbnek érezte magát 2015-ben, mint a korábban vizsgált személyek. Az adatok arról árulkodnak, hogy az önminősített egészségi állapotot, csakúgy, mint korábban, befolyásolja az iskolai végzettség, a nem, az életkor, továbbá hat rá a családi állapot, az, hogy szenved-e állandó vagy visszatérő betegségektől, van-e barátja, illetve boldognak érzi-e magát a megkérdezett (Hüse, 2015).

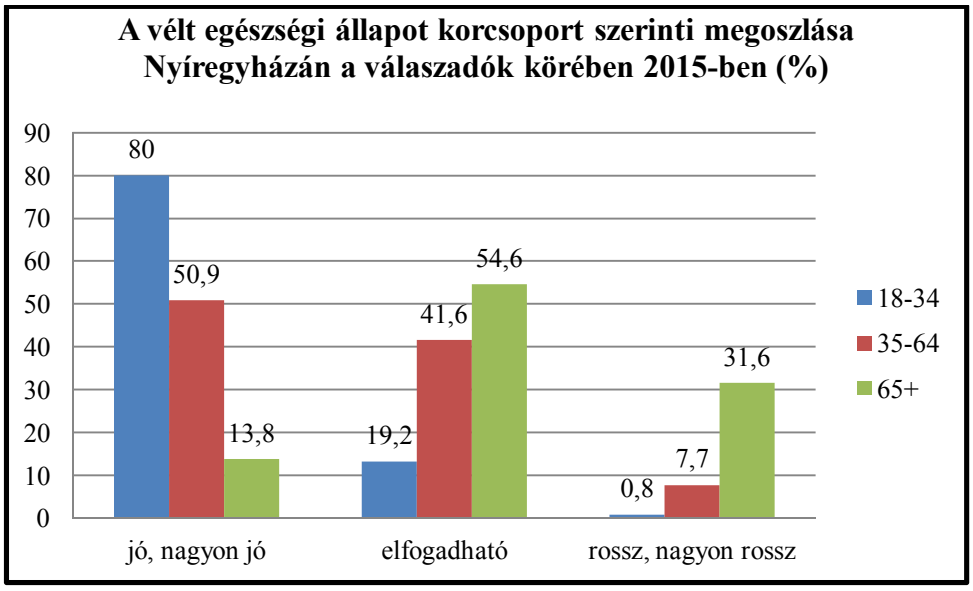
A vélt egészségi állapot nyíregyházi mutatóinak (2015-ös felmérés) az *ELEF*-el (2014-es adatfelvétel) való összevetését nemek szerinti bontásban a *8. számú ábra* mutatja be. Azt tapasztaljuk, hogy azok aránya, akik jónak, vagy nagyon jónak ítélik meg egészségi állapotukat, mindkét nem esetében alacsonyabb arányú, mint az országos felmérésben.



8. számú ábra Vélt egészségi állapot nemek szerint a válaszadók körében az *ELEF*-el összevetve, 2015-ben

Forrás: saját kutatás; Hüse, 2015

Ha a korcsoportokat figyeljük meg, akkor azt tapasztaljuk, hogy Nyíregyházán a kor előrehaladtával romlik az önminősített egészségi állapot. Míg a 18-34 éves korcsoport 80%-a jónak, vagy nagyon jónak ítéli meg egészségi állapotát, addig ez az arány a közép korosztályban (35-65 év) 50,9%, a 65 év felettieknél pedig 13,8% (*9. számú ábra*).



9. számú ábra Vélt egészségi állapot korcsoport szerinti megoszlása Nyíregyházán a válaszadók körében 2015-ben

Forrás: saját kutatás, Hüse, 2015

Ez az eredmény, a kor előrehaladtával romló egészségi állapottal magyarázható, ami az országos adatokban is megmutatkozik az *ELEF 2014* adatai szerint.

1.3.7. Az egészségügyi ellátórendszer

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről kimondja, hogy az egyén egészséghez fűződő érdeke és jólléte elsőbbséget kell, hogy élvezzen, továbbá, hogy az egészség az egyén életminőségének és önmegvalósításának alapvető feltétele, amely döntő hatással van a családra, a munkára és ezáltal, az egész nemzetre. Az egészség fejlesztését, megőrzését és helyreállítását az egészségügy eszközrendszere csak a szociális ellátórendszerrel, valamint a természeti és épített környezet védelmével, illetve a társadalmi és gazdasági környezettel együttesen, az egészséget támogató társadalmi gyakorlattal és politikával kiegészülve képes szolgálni. A törvényt – többek között -, azzal a céllal alkották a döntéshozók, hogy az egészségi állapot megőrzésének és javításának összetett feltételrendszerét meghatározzák.

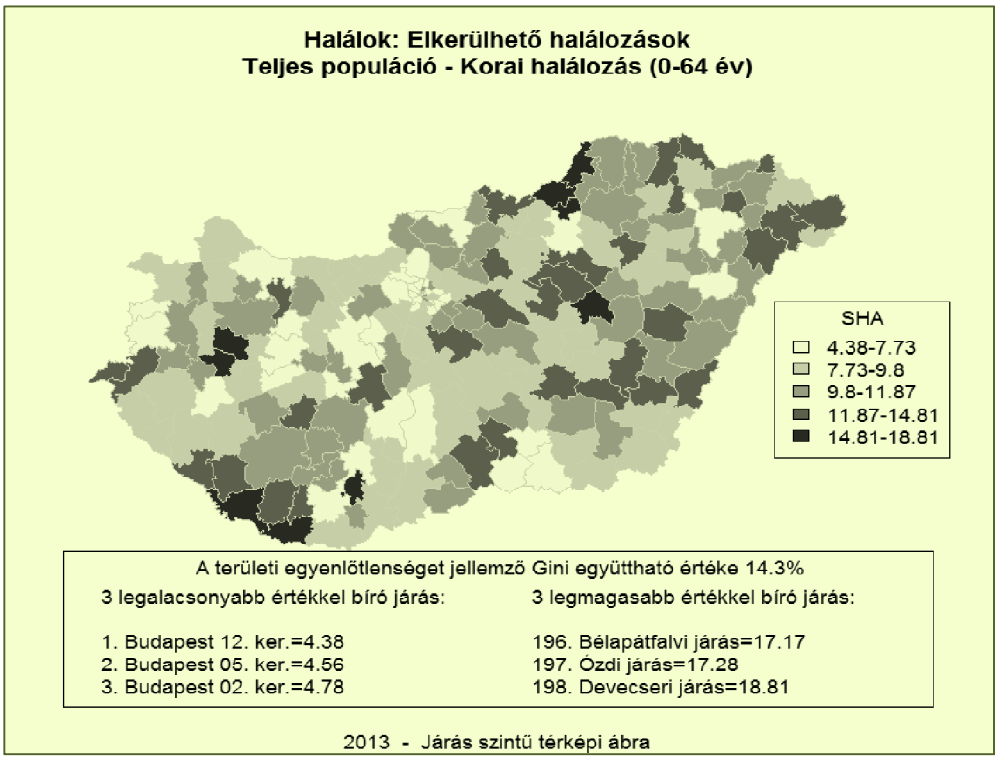
Az Országgyűlés felismerve, hogy az egészségügyi alapellátás az egészségügyi ellátás alapvető fontosságú része, az egészségfejlesztés, a betegségek megelőzése, felismerése és gyógyítása alapvető nemzeti érdek, valamint, hogy a gyógyítás olyan közügy, amelyben mind az államnak, mind az önkormányzatoknak, mind a gyógyító orvosnak és a megelőzést végző védőnőnek meghatározó szerep és felelősség jut, külön törvényben szabályozta az alapellátási tevékenységet és annak részleteit. Ez a jogszabály 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról, amely azt is hangsúlyozza, hogy az egészségügyi alapellátásban az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok elvégzésének hangsúlyosabb megjelenésére van szükség.

Az egészségügyi ellátások teszik lehetővé hazánkban az egészségügyi szolgáltatások biztosítását, valamint a népegészségügyi célok megvalósítását. Az egészségügyi ellátások célja, többek között, segíteni az egészségfejlesztést, az egészség helyreállítását, valamint megakadályozni az egészségromlást. Kiemelt szerepük van a megelőző ellátásoknak, amelyek a betegségek megelőzését, azok korai felismerését szolgáló ellátásokat foglalják magukba, mint például a szűrővizsgálatok, családgondozás stb.

Az alapellátás a magyar egészségügyi ellátórendszer első számú védelmi vonala. Jogszabály írja elő, hogy a beteg lakóhelyén, illetve annak közelében biztosítani kell számára, a személyes kapcsolaton alapuló hosszú távú, folyamatos egészségügyi ellátást. Az alapellátás keretében nyújtott fontosabb szolgáltatások a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás, a fogorvosi alapellátás, a védőnői ellátás, az iskola-egészségügyi ellátás, az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás.

A települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás keretében gondoskodik a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról, a fogorvosi alapellátásról, az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásról, a védőnői ellátásról, az iskola-egészségügyi ellátásról. A betegek, gondozottak lakóhelyén, illetve annak közelében biztosított, hogy választás alapján igénybe vehető, a hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemtől, kortól és a betegség természetétől független folyamatos egészségügyi ellátás.

Az ellátórendszer minőségének jellemzésére a 70-es években vezették be az elkerülhető halálozás mutatót, amely a szükséges egészségügyi ellátás megfelelő időben történő igénybevételével elkerülhető halálozást jelenti. Hazánkban az egyes járások között az elkerülhető halálozások mértéke jelentős eltérést mutat, amely a *10. számú ábrán* is jól megfigyelhető.



Forrás: Egészségjelentés 2015 SHA: standardizált halálozási arányszám 10 000 főre

10. számú ábra Megfelelő egészségügyi ellátással elkerülhető korai halálozás járásonként, 2013 (SHA/10 ezer fő).

A járások között több mint négyszeres az eltérés az egyenlőtlenséget tekintve. A nyíregyházi járás helyzete nem csak megyei, hanem országos viszonylatban is kedvezőnek mondható.

Az *ELEF 2014* előzetes adatai szerint, a hazai lakosság egytizede későn, vagy egyáltalán nem jut hozzá a megfelelő egészségügyi ellátáshoz, aminek oka a lakóhelye és az egészségügyi intézmény közötti távolság, anyagi okok, illetve nehézkes közlekedés.

Nyíregyháza Megyei Jogú Város közigazgatási illetékességi területén az OEP adatai alapján területi ellátási kötelezettség nélkül összesen 5 háziorvosi praxis (4 háziorvosi, 1 fogorvosi) működik. Az önkormányzattal feladat-ellátási szerződés alapján területi ellátási kötelezettséggel működik 44 felnőtt háziorvosi, 27 házi gyermekorvosi és 31 fogorvosi praxis. A *3. számú táblázat* a KSH adatai alapján összefoglalja 2000 és 2014 közötti időszakra a háziorvosi praxisok téma szempontjából jelentősebb adatait.

	Háziorvosok száma (fő)	Háziorvosi szolgálathoz tartozó szakápolók/ápolók száma (fő)	A háziorvosok által ellátott szolgálatok száma (szolgálat)	Csak felnőttek részére szervezett háziorvosi szolgálatok száma (szolgálat)	Felnőttek és gyerekek részére szervezett háziorvosi szolgálatok száma (szolgálat)	A háziorvosi ellátásban a megjelentek és a meglátogatottak száma összesen (eset)	A háziorvosi ellátásban a rendelésen megjelentek (rendelőben ellátott esetek) száma (eset)	A háziorvosi ellátásban a lakáson történt beteglátogatások (rendelőn kívüli ellátások) száma (eset)
2000. év	49	58	49	47	2	487753	450763	36990
2001. év	47	57	47	46	1	510534	474377	36157
2002. év	48	57	48	47	1	531418	496913	34505
2003. év	48	55	48	47	1	543207	513784	29423
2004. év	48	50	48	47	1	553071	524458	28613
2005. év	47	57	47	46	1	594877	570010	24867
2006. év	48	54	48	46	2	666486	642199	24287
2007. év	49	54	49	47	2	545700	528067	17633
2008. év	49	53	49	47	2	563013	544229	18784
2009. év	48	52	48	47	1	598793	583236	15557
2010. év	47	52	47	46	1	580162	565341	14821
2011. év	47	49	48	47	1	592558	580464	12094
2012. év	49	51	49	48	1	615127	588822	26305
2013. év	47	51	48	48		614915	604773	10142
2014. év	48	53	48	48		599190	590875	8315

Forrás: KSH, 2016

3. számú táblázat A háziorvosi ellátás fontosabb adatai Nyíregyházán, 2000-2014

A járóbeteg-szakellátás a háziorvos beutalása illetve a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által biztosított egészségügyi ellátás, illetve ide tartozik a szakorvosi gondozás, azokban a krónikus betegséggel járó esetekben, amikor nincs szükség fekvőbeteg ellátásra.

A járóbeteg szakellátást meghatározott lakosságszámra, területi egységenként, leginkább városokban kell biztosítani úgy, hogy tömegközlekedéssel megközelíthető legyen.

Nyíregyházán a járóbeteg szakrendeléseken megjelentek, illetve járóbeteg szakrendelésen végzett beavatkozások száma emelkedést mutat az előző évekhez képest, ami leolvasható a *4. számú táblázat*ban lévő KSH adatokból is (KSH, 2016).

	Járóbeteg szakellátás évi rendelési ideje MÁV-val együtt (teljesített szakorvosi munkaóra) (óra)	Az évi gyógykezelési vizsgálati esetek száma a járóbeteg szakellátásban (MÁV-val együtt) (eset)	Az évi gyógykezelési vizsgálati esetek száma a járóbeteg szakellátásban (MÁV nélkül) (eset)	Megjelenési esetek száma a járóbeteg szakellátásban (székhely szerinti adat (eset)	Beavatkozások száma a járóbeteg szakellátásban (székhely szerinti adatok) (db)
2000. év	296009	4621708	4621708		
2001. év	309438	4718303	4718303		
2002. év	317628	5708194	5708194		
2003. év	353115	6138569	6138569		
2004. év	352046	7212463	7209846	1906574	8333434
2005. év				1947365	8782804
2006. év				1938868	7959359
2007. év				1713003	7300389
2008. év				1831720	8243923
2009. év				1810520	8124818
2010. év				1811964	8256066
2011. év				1841110	8590220
2012. év				1846732	8631528
2013. év				2458508	12375290
2014. év				2687731	14758211

Forrás: KSH, 2016

4. számú táblázat A járóbeteg szakellátás fontosabb adatai Nyíregyházán, 2000-2014

A fekvőbeteg-szakellátás olyan egészségügyi szolgáltatás, amely a beteg lakóhelye közelében levő fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között valósul meg. A hozzáférés a beteg ellátását végző orvos, a kezelőorvos beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján valósulhat meg. A fekvőbeteg-ellátáshoz folyamatos benntartózkodásra van szükség, melynek keretében megtörténik a diagnózis felállítása, a gyógykezelés, ápolás, szükség esetén beavatkozás, illetve rehabilitáció. A fekvőbeteg ellátást, meghatározott lakosságszámra, az egyes betegségek gyakorisága alapján, elláthatják kórházak, klinikák és országos intézetek beutaló alapján.

A járó- és fekvőbeteg ellátás a városban a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház Jósa András Oktatókórháza látja el, amely a megye legkomplexebb ellátását nyújtó,

Nyíregyházán működő egészségügyi intézménye. A kórház alaptevékenysége a felnőtt- és gyermek, aktív- és krónikus, járó- és fekvőbeteg-szakellátás, a rehabilitáció, fejlesztő, oktató tevékenység, utókezelés és gondozás.

A kórház, országosan is a legnagyobb intézmények egyike, ami a *5. számú táblázat*ból is kitűnik.

	Összes működő kórházi ágyak száma (db)	**Az elbocsátott betegek száma a kórházakban (fő)**	**A kórházakban ténylegesen teljesített ápolási napok száma (nap)**	**Kórházakban teljesíthető ápolási napok száma (nap)**
2000. év	2144	76167	600512	782031
2001. év	2174	78846	619138	788722
2002. év	2098	79227	627802	774586
2003. év	2098	78846	615965	765770
2004. év	2098	81204	621747	765572
2005. év	2098	82378	615429	765770
2006. év	2098	81372	584547	765770
2007. év	1869	76574	518471	698295
2008. év	1869	78776	531306	683124
2009. év	1869	81164	544227	679920
2010. év	1869	80980	548534	682185
2011. év	1869	78196	515689	670251
2012. év	1692	72208	477661	637290
2013. év	2320	91464	631734	845738
2014. év	2333	92733	628014	847593

Forrás: KSH, 2016

5. számú táblázat Kórházi ágyak, elbocsátott betegek és ápolási napok száma

A jogszabály egyéb egészségügyi ellátásokat is meghatároz, mint például az ügyeleti ellátás, a mentés, a betegszállítás, az ápolás, a haldokló beteg gondozása, a rehabilitáció stb., melyekkel e dolgozat keretében részletesebben nem foglalkozunk.

A magyar lakosságon belül az elmúlt években csökkenő tendenciát mutat azok aránya, akik rajtuk kívül álló okok miatt – mint pénzhiány, távolság stb. – nem jutnak orvosi ellátáshoz. 2005-ben a lakosság 17,0%-a nyilatkozott úgy, hogy nem tudja igénybe venni az orvosi ellátást, 2012-ben ez az arány 8,8%-ra csökkent, 2013-ban pedig 7,4% volt. A legtöbben pénzhiány miatt nem jutnak egészségügyi ellátáshoz, jelentős ok az időhiány, amit a munka és a gyermekgondozás okoz, de okként szerepel az orvostól, orvosi kezeléstől való félelem illetve az egészségügy iránti negatív attitűd, derül ki a KSH hazai jólléti indikátorrendszeréből (KSH, 2014).

2. Kutatási célok megfogalmazása

A kutatás általános célja a nyíregyházi lakosok életminőség összetevőinek, az azt alakító, az egészséget befolyásoló életmódbeli és társadalmi tényezők vizsgálata, továbbá az egészségügyi ellátások igénybevételének és a városban élők egészségmagatartásának feltárása volt.

A vizsgálatok során első lépésben azt a kérdést tanulmányoztuk, hogy vajon jogos-e feltételezni, azt, hogy Nyíregyháza különböző településrészei között eltérés mutatható ki az életminőség és annak összetevői tekintetében. Ez az elemzési rész alapozta meg az egészségi állapot és a társadalmi, a gazdasági tényezők vonatkozásában végzett további településrész szintű vizsgálatokat.

2.1. A kutatás részletes célkitűzési

Kutatásunk és a dolgozat konkrétabb céljai között az alábbiak szerepelnek:

1. Nyíregyháza városában a lakosság önminősített egészségi állapotának vizsgálata.
2. A társadalmi-gazdasági tényezők és azok egészségi állapotra gyakorolt hatásai feltárása, bemutatása Nyíregyházán.
3. A nyíregyházi lakosság életminősége egyes elemeinek vizsgálata, különös tekintettel, az egészségi állapotra.
4. A város különböző területein élők közötti átlagos különbségek kimutatása az egészségi állapotban és az életminőségben.
5. Jelenlegi és további vizsgálatok számára is városrész csoportok kialakítása; valamint olyan kutatási módszertan bemutatása, amely alkalmas további vizsgálatokban a területi különbségek feltárására.
6. Feltárni azon korcsoportokat (közvetve pedig városrész csoportokat), amelyeket egyes betegségek, tünetek veszélyeztetnek.
7. Kvantitatív adatok szolgáltatása egy városi egészségterv elkészítéséhez.
8. Javaslatok megfogalmazása a szükséges intervenció (egészségterv) irányainak meghatározásához.

2.2. Hipotézisek

1. Nyíregyháza város életminőség és egészségi állapot szempontjából nem mutat homogén képet. Az egyes városrészek között lényeges különbségek regisztrálhatók; mind egészségügyi, mind társadalmi, gazdasági vonatkozásban körzetek, körzet-csoportok különíthetők el.
2. A lokális felmérések során kialakított életminőség index (FT index) értéke magasabb a város azon lakossági közösségeiben, akik társadalmi-gazdasági szempontból frekventáltabb körzetekben élnek. (A körzetek leírása a *3.3.3 fejezetben* olvasható)
3. A magasabb átlagéletkorú körzetekben – ötven éves és annál magasabb életkorátlagú részekben – nő meg jelentősen a lakosok panaszainak és jelzett megbetegedéseinek száma; továbbá itt az orvoshoz fordulás és az egyes egészségügyi szolgáltatások igénybevétele gyakoribbá válik.

3. Módszerek

3.1. A kutatás nemzetközi és hazai előzményei

A „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel" kutatás korábbi nemzetközi és hazai vizsgálatokon alapult, melyek az úgynevezett háztartáspanel módszertant követték. Ennek lényege, hogy elsődlegesen a városi háztartásokról gyűjt információkat, másodsorban a háztartástagok meghatározott jellemzőiről. Sajátossága, hogy azonos lakossági mintán, azonos kérdőívrészekkel (a 2015-ös „negyedik hullám" kérdőíve a *2. számú mellékletben* található) próbálja feltárni a változásokat, úgy, hogy a kérdezők lehetőség szerint ugyanazokat a háztartásokat keresik fel meghatározott időközönként.

A háztartáspanel vizsgálatnak kialakult módszertana van az Európai Unióban és Magyarországon is. Előzménynek és részben mintának is tekinthető az ECHP kutatás (European Community Household Panel – Európai Közösség Háztartáspanel), amely standardizált kérdőívvel, azonos mintán (összességében 60.500 európai háztartásban, közel 130.000 fő körében) vizsgálta 1994 és 2001 között az európai polgárok életkörülményeit. Ez a vizsgálat, olyan standardizált, azaz nemzetközi viszonylatban is összehasonlítható dimenziókban mért, mint például a jövedelmi helyzet, a szegénység, a gazdasági aktivitás, az egészségi állapot. Az uniós tagországok közül Ausztria 1995-ben, Finnország 1996-ban, míg Svédország 1997-ben csatlakozott a vizsgálathoz. Magyarország később az ECHP folytatásának tekinthető vizsgálatsorozatba lépett be. A kutatássorozat módosítására azért volt szükség, mert az eredetileg mintába került lakosok, háztartások az idők folyamán „eltűntek" a kutatók elől. A nyolc éves követési idő alatt az ECHP kutatásban olyan nagy mértékűvé vált az úgynevezett „panelkopás" (a megkérdezésre kiválasztottak „eltűnése" – költözés, elhalálozás, egyéb mobilitási problémák miatt), hogy a felvétel az eredeti elképzelésekkel ellentétben 2001-ben gyakorlatilag megszűnt. Hasonló adatfelvételre ugyanakkor szükség van, különösen azért, hogy a csatlakozó országokból is rendelkezésre álljanak nemzetközileg is összehasonlítható adatok. Az ECHP folytatása az EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions – Jövedelem és életfeltételek statisztika) bevezetéséről 2000-ben határoztak az uniós tagállamok társadalomstatisztikai elnökei, az Európai Parlament pedig 2003 márciusában hagyta jóvá azt a keretszabályozási törvénytervezetet, amely elindította a kutatássorozatot (Fábián 2009).

Az EU-SILC alapvetően kétféle adatot szolgáltat:

- keresztmetszeti (időszakra vagy meghatározott időpontra vonatkozó), valamint

- longitudinális adatokat, melyek az egyének szintjén négyéves időtartamon keresztül mérik a változásokat.

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, s kétéves időközönként kíséri figyelemmel a magyar háztartások életkörülményeinek alakulását, változását.

A nyíregyházi háztartáspanel vizsgálat a nemzetközi és hazai előzményeket figyelembe véve, azokra alapozva indult el 2008-ban. A városi szintű vizsgálat felhasználta az ECHP, az EU-SILC és az MHP kérdőíveit, annak érdekében, hogy a lokálisan kapott információk mind hazai, mind nemzetközi szinten összehasonlíthatóak legyenek. (Fábián 2009).

A „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel" vizsgálat abban újszerű a TÁRKI által végzett kutatáshoz képest, hogy egy kisebb területi egység, egy megyei jogú város keretein belül végez felmérést a háztartások körében. A hagyományos adatelemzést kiegészítendő, kialakításra került egy városi szintű (lokális) életminőség mutató (FT index) is. A felmérés mindezeken túl nagy hangsúlyt fektet többek között az önminősített egészségi állapot feltérképezésére, a támogató rendszerek és a szociális osztály munkájával való elégedettség megismerésére.

3.2. A kutatócsoport munkájában való részvétel bemutatása

A „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel" kutatásban az előkészítő és lebonyolító tevékenységeket – tervezés, koordinálás, kivitelezés, adatrögzítés, elemzések és disszemináció – főleg a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar munkatársaiból álló kutatócsoport végzi. A kutatócsoport szoros kapcsolatban áll a város polgármesteri hivatalával, a szociális ügyekért felelős osztállyal.

Az egészségi állapotot vizsgáló blokk gondozását 2010-tól („második hullám") végzem, ettől kezdve vagyok a kutatócsoport aktív tagja. Tevékenységeim az alábbi területekre terjednek ki:

- az egyes lekérdezések között a kérdőívek felülvizsgálata, aktualizálása, kiegészítése, fejlesztése, különös tekintettel az egészségi állapot részterületre;
- az adatfelvételben részt vevő kérdezőbiztosok kiválasztása, felkészítése és koordinálása;
- részvétel az adatrögzítésben, adattisztításban;
- elemzések készítése;
- eredmények közvetítése az érintettek felé, disszemináció.

3.3. Általános módszerek

3.3.1. Mintaválasztás

A mintaválasztás 2015-ben is a Magyar Háztartás Panel módszertanára alapozódott. A megkérdezettek közé azok kerültek be, akik 18. életévüket betöltötték és a város állandó lakói voltak. A minta véletlen kiválasztását – a minta (kor, állandó lakcím szerint) reprezentatív címlistájának összeállítását az említett kitételek alapján – a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala végezte (3. *számú melléklet*). 2008-ban kialakításra került egy főminta és egy pótminta. Ez utóbbi arra az esetre készült, ha a válaszadók nem vállalják a válaszadást, vagy valamilyen okból kiesnek a főmintából. 2015-ben azonban új mintát kellett kérnie a kutatócsoportnak a Hivataltól, amit a 2008-ban kért minta kopása (válaszmegtagadás, mobilizáció) tett szükségessé. Ez a lépés összhangban van a TÁRKI által bonyolított Háztartás Monitor vizsgálattal, ahol a korábbi „mintakopás" tapasztalatai okán minden felmérést új mintán bonyolítanak.

A mintavétel során a kérdezőket mindig úgy instruáltuk, hogy a háztartás dolgaiban legjáratosabb személyt kérdezzék meg, akik általában a nők (több fős háztartásnál), ezért a mintában ők kissé felülreprezentáltak – a személyes jellegű kérdésekre ők válaszoltak.

Mivel a városlakókról a népszámlálási adatok rendelkezésünkre álltak, a mintával kapcsolatos információink pedig kizárólag a névre és címre korlátozódtak, ezért a kiválasztott minta reprezentativitása a nemek megoszlása alapján került tesztelésre, ami viszonylag állandónak is mondható (6. *számú táblázat*).

3.3.2. A minta jellemzői

Az alábbi (6. *számú táblázat*) az egyes lekérdezéseknek megfelelően mutatja be a vizsgálati minta jellemzőit.

Jellemzők				
	2008	**2010**	**2012**	**2015**
elemszám (fő)	1848	1060	1227	754
nem				
férfi	38,3%	40,0%	42,9%	38,0%
nő	61,7%	60,0%	57,1%	62,0%
életkor				
18-34 év	24,0%	19,7%	19,0%	18,1%
35-64 év	58,8%	63,2%	62,4%	60,2%
65 feletti	17,2%	17,1%	18,6%	21,7%
iskolai végzettség				
8 általános, vagy kevesebb	19,2%	11,7%	11,0%	11,0%
középiskola	57,6%	60,2%	60,1%	61,5%
felsőfok (főiskola, egyetem)	23,2%	28,1%	28,9%	27,5%
családi állapot				
nőtlen/hajadon (%)	13,9%	11,0%	13,9%	13,8%
házas	63,4%	64,9%	63,5%	58,2%
élettárs	5,2%	4,5%	5,2%	9,3%
özvegy	9,3%	9,6%	10,2%	13,2%
elvált	8,2%	10,0%	7,2%	5,4%
gazdasági aktivitás (jelenleg dolgozik, vagy sem)				
aktív	52,0%	55,3%	58,6%	54,2%
inaktív	48,0%	44,7%	41,4%	45,8%

6. számú táblázat A nyíregyházi háztartáspanel vizsgálatok mintájának bemutatása a vizsgált években

3.3.3. A kutatás alapjául szolgáló körzetek Nyíregyházán

A városi térbeli jellemzők és egyenlőtlenségek pontos feltárása érdekében a „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel" kutatás kezdetén a kutatócsoport a várost 14 körzetre osztotta fel. A körzetek kialakításánál a kutatók arra törekedtek, hogy az kövesse a város térszerkezetét. A következő városkörzetek jöttek létre, amelyek a *6. számú ábrán* (térkép) a *4. számú mellékletben* jól láthatóak: Belváros, Sóstó, Oros, Borbánya, Huszártelep, Örökösföld, Jósaváros I., Jósaváros II., Kertváros, Himes, Nyírszőlős, Ókistelekiszőlő, Újkistelekiszőlő, Bokortanyák.

Az általánosan kialakult és elfogadott városkép alapján elmondható, hogy a Belvárosban jellemzően polgári típusú lakásokban és családi házas övezetben él a város lakossága. Sóstó a város frekventáltabb részéhez tartozik, ahol családi házas övezetben, leginkább a város gazdagabbnak mondható lakossága él. Hasonlóak a körülmények Jósaváros2 körzetben is. Jósaváros1 elsősorban lakótelepi körzetet jelent, ahol a lakosság összetétele vegyesnek mondható az átlagos társadalmi-gazdasági státuszúak és a szegényebb csoportok egyaránt megtalálhatóak ebben a városrészben. Oros, Borbánya, Hímes, Kertváros, Nyírszőlős és Újkistelekiszőlő kertvárosi jellegű körzetei a városnak, míg Örökösföld egy lakótelepi városrész. Huszártelepen szegregált körülmények között, igen rossz lakhatási körülmények között élnek a város leghátrányosabb helyzetű polgárai. Ebben a körzetben jellemzően magas a roma lakosok aránya. Ókistelekiszőlő gazdasági-társadalmi szempontból szintén egy hátrányosabb helyzetű városrésze Nyíregyházának, ahol ugyancsak számottevő a roma népesség aránya. A Bokortanyákon társadalmi-gazdasági tényezők alapján átlagos körülmények között, falusias környezetben élnek a lakosok.

A fenti körzetbeosztás az általánosan elfogadott városi jellemzők figyelembevételével kerültek megfogalmazásra annak érdekében, hogy a Nyíregyházát közelebbről nem ismerő olvasó is képet kapjon a város kialakított körzeteinek egyes jellemzőiről.

3.3.4. Az adatfelvétel módszere

A vizsgálat során interdiszciplináris (egészségtudomány, szociológia, pszichológia) megközelítésben az elméleti kutatást empirikus – kérdőíves kutatással ötvöztük. A 2008-ban kifejlesztett kérdőívet, a kutatói csoport minden lekérdezést megelőzően átvizsgálta és a változásokhoz igazodva, ha az szükséges volt, az egyes témakörök vonatkozásában módosította, kiegészítette. 2015-ben teljesen új elemként került be az érzelmi jóllét dimenzió (Oxford Boldogságmérő Skála), melyet az életminőség modell teljesebbé tétele indokolt.

Jelen dolgozat a 2015-ös felmérésre alapozva, az egészségi állapot témakörét vizsgálja elsődlegesen. Ennek oka, hogy a korábbi vizsgálatokhoz képest egy ekkor új mintavételi címlista került alkalmazásra. Ezt a döntést az a cél is indokolja, hogy szándékunk szerint egy városi szintű intervencióhoz tudjunk alapot szolgáltatni a döntéshozók számára, amely a legfrissebb adatokra kell támaszkodjon.

Összesen négy felmérési hullám zajlott le jelen dolgozat elkészítéséig: 2008-ban, 2010-ben, 2012-ben és 2015-ben. Az adatgyűjtés ezekben az alábbi témakörökre terjedt ki:

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. Nyíregyháza Város Polgármesteri Hivatal Szociális Osztály működése (ügyfelek és véleményük)
8. Biográfia (a megkérdezettek személyes jellemzői)

A kérdőíves felmérések során az adatgyűjtés kérdezőbiztosok segítségével történt, akik a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar hallgatói közül kerültek ki. A kérdezőbiztosok előzetes felkészítésben részesültek és megbízás alapján (5. *számú melléklet*) keresték fel a mintába bekerült háztartásokat. A megkérdezettek előzetesen részletes tájékoztató levelet kaptak a Polgármesteri Hivataltól az alpolgármester és a kutatás vezetőjének aláírásával, arról, hogy milyen cél érdekében és mikor keresik fel őket a kérdezőbiztosok (6.*a – 6.c. számú mellékletek*).

3.3.5. A kérdőív értekezés szempontjából releváns részeinek bemutatása

A 2015-ös felmérés teljes kérdőíve a 2. *számú melléklet*ben szerepel. A kérdőív egészségi állapotot vizsgáló blokkja 29 kérdést tartalmaz, melynek fejlesztése a lekérdezések között folyamatosan zajlik. A fejlesztés a kérdések aktualizálását, továbbá a vizsgált témakörök addig nem feltárt szegmenseinek, valamint új területeknek a beépítését célozza.

Az életminőség és egészségi állapot feltárása az alábbi témakörökre terjedt ki – az értekezés szempontjából releváns részek:

- Szubjektív jóllét: egészség önértékelése, krónikus betegségek, egészségügyi ellátórendszer igénybevétele.

- Egészségmagatartás: rizikómagatartások közül a dohányzás; tápláltsági állapot.
- Társas kapcsolatok: családi, baráti viszonyok, közösségi aktivitás.
- Érzelmi jóllét: érzelmi állapot önértékelése.
- Háttértényezők: demográfia (nem, életkor, iskolai végzettség), szociális egyenlőtlenségek (család szubjektív és objektív szocio-ökonómiai helyzete), gazdasági aktivitás.

A kérdőív a bináris válaszadási lehetőségek mellett általában három és ötfokozatú Likert skálákat alkalmaz – például ilyen önminősített egészségi állapot 1-5-ig terjedő skálája is. A vizsgálatok során, szükség esetén (egyes kategóriák kis válaszaránya) az ötfokú skálák háromértékű változókra lettek átkódolva. Így az önminősített egészségi állapotot mérő változó esetében a „nagyon jó" és „jó" kategóriák; illetve a „rossz" és a „nagyon rossz" kategóriák kerültek összevonásra.

Hasonló módon az Oxfordi Boldogság Skálán 1-2 közötti értéknél az egyén „boldogtalan"; 2-3 közötti érték esetén „nem boldog"; 3-4 közötti érték esetén „átlagos, részben boldog"; 4-5 közötti értéknél „inkább boldog"; 5-6 közötti érték esetén „nagyon boldog", 6 és fölötte lévő érték esetén „túl boldog" minősítést kapott az egyén átsorolásnál.

3.3.6. A kutatás etikai háttere

A kérdőív névtelen, kitöltése nem volt kötelező. A kérdezőbiztosok érkezéséről a Polgármesteri Hivatal az alpolgármester aláírásával ellátott hivatalos levélben (*6.a – 6.c számú mellékletek*) értesítette a háztartásokat minden lekérdezés előtt, a mintába bekerült cím alapján. A kutatásban résztvevő személyek nem visszaazonosíthatóak. A kutatás az érvényben lévő, hatályos jogszabályok, szakmai irányelvek betartásával és etikai kódexek ajánlásával történt. A kérdőív lekérdezésének és gyűjtésének szabályai, a feldolgozás, a tárolás, az adatbázis-kezelés megfeleltek a vonatkozó jogszabályoknak.

3.3.7. Statisztikai módszerek, értékelési szempontok

A dolgozatban közölt eredmények a 2015-ös adatfelvételre vonatkoznak. Ettől eltérő esetekben a vizsgálatok eredményeinek bemutatásakor minden esetben szerepel a vizsgálat éve.

Az adatok feldolgozása és elemzése az SPSS for Windows 19.0 statisztikai szoftvercsomag alkalmazásával történt.

A statisztikai számítások során 5%-os hibahatárral dolgoztunk.

Az eredmények közlésekor az „American Psychological Association" (APA) jelölési konvencióit vettük figyelembe.

Az elemzés során az általunk relevánsnak tartott változók gyakorisági értékeit és megoszlását elemeztük, majd két- és többváltozós matematikai-statisztikai módszerekkel vizsgáltuk a mélyebb összefüggéseket (kétmintás t-próba, varianciaanalízis, kereszttáblás elemzések, függetlenség vizsgálatok, regressziós modellek).

Szocio-demográfiai adatok elemzése

A vizsgálatokban a szocio-demográfiai változók (nem, iskolai végzettség, jövedelmi viszonyok, társas kapcsolatok, érzelmi jóllét) gyakorisági értékeit és megoszlásait elemeztük. A városrészek átlagéletkorát egyszempontos varianciaanalízissel és a módszerhez kapcsolódó Duncan féle post hoc teszttel vizsgáltuk. Ennek eredményeként négy fő csoport rajzolódott ki. Ez a csoportosítás az elemző rész végén kerül újra előtérbe. Az életkori bontások az Európai Lakossági Egészségfelmérésben is használt tagolódás szerint történtek.

Az életkor és az egyes betegségek előfordulási gyakorisága közötti összefüggéseket regressziós modellekkel, lineáris és nem lineáris regresszióval is vizsgáltuk.

Egészségi állapotra vonatkozó adatok elemzése

Az önminősített egészségi állapot, dohányzási szokások, tápláltsági állapot, háziorvosi ellátás igénybevétele esetében szintén gyakorisági értékeket és megoszlást elemeztünk.

A körzetek eltérő viselkedésének igazolása

A településrészek közötti különbségek vizsgálatára a korábbi vizsgálati hullámokban kialakított, több komponensből álló FT életminőség indexet választottuk (melynek értéke minimum 1, maximum 10). Erre és az ebből képzett kétértékű változóra bináris logisztikus regressziót, egyszempontos varianciaanalízist (ANOVA), Kruskal-Wallis tesztet alkalmaztunk. Részletesebben:

Az életminőséget mérő FT index körzet alapú vizsgálatai

A nyíregyházi lakosok életminőségét vizsgáló kutatás során szükség volt egy olyan mutatóra, amely városi szinten elemzi a jólléti viszonyokat, ezért a nyíregyházi háztartáspanel vizsgálatokhoz kapcsolódóan, több lépésben kialakításra került egy életminőség index (FT). Ez az index a Bevezetőben bemutatott Rahmann modell komponenseiből súlyozva kialakított összetett változó (Takács-Fábián 2012). Az index átlagos értéke 6,73; minimális értéke 2015-ben 3,78, maximális

értéke 9,14 volt. Az index értelmezéséhez hozzátartozik, hogy a magasabb indexérték magasabb életminőséget jelez.

A kutatási adatok elemző feldolgozásának első szakaszában a kerületi beosztás jogosságának alátámasztása volt a célunk. Ezen számítások során használtuk az FT életminőség index korábban kiszámított értékeit a kutatási adatbázisból.

Az FT életminőség index bináris logisztikus regresszióval történő vizsgálata során az indexet először két részre bontottuk (FT 20-80 nevű változó). Az értékek alsó húsz százalékát különítettük el a felső nyolcvantól – így képezve egy bináris, kétértékű változót. A bontás határának megválasztása a korábbi tapasztalataink és a Pareto-elv[4] követésével magyarázható. A bináris logisztikus regressziós modell független változóiként a körzet, az életkor, az egészségi állapot önminősített értéke, a háziorvosi látogatások száma, a barátok száma, az Oxford Boldogságmérő Skála, és a nem szerepeltek. Ezek a változók, az FT életminőség index által közvetlenül kevéssé érintett területekkel foglalkoznak.

Ezt követően az eredeti (nem bináris) FT indexet vizsgáltam egyszempontos varianciaanalízis és Kruskal-Wallis nemparaméteres teszt segítségével. Négy vizsgálati modellen keresztül került elemzésre az index területi függése. A modellek képzése során rendre kihagytam a kis elemszámú körzeteket és azt vizsgáltam, hogy az egyes városrészek közötti szignifikáns különbségek továbbra is kimutathatók, vagy sem.

A Rahman modell dimenzióinak vizsgálata

Az elemzések elkészítése során a területi különbségeket igyekeztünk, minél mélyre hatóbban feltárni úgy, hogy a Rahman modellből kiindulva végeztük vizsgálatainkat az egyes modellkomponensek mentén.

A Háztartáspanel kérdőív kérdéseivel a Rahman féle nyolc részterületből - első dimenzió: családi, baráti kapcsolatok; második dimenzió: érzelmi jóllét (boldogság index); harmadik dimenzió: egészség (vélt egészségi állapot); negyedik dimenzió: anyagi jóllét; ötödik dimenzió: lokális közösség (közösségi kapcsolatok); hatodik dimenzió: munka és aktivitás; hetedik dimenzió: személyes biztonság; nyolcadik dimenzió: környezet - hét lefedése valósult meg az utolsó, 2015-ös felvétel kivételével minden alkalommal. Az érzelmi jóllét mérése csak az utolsó kérdőívbe épült be – az FT index dolgozatban használt értékei ezen dimenziót még nem tartalmazzák. Ebben az esetben, egy olyan mérőeszköz beiktatására volt szükség, amely a boldogság, illetve a boldogság több

[4] Pareto-elv: 80-20 szabály kimondja, hogy számos jelenség esetén a következmények 80%-a az okok 20%-ára vezethető vissza. Súlypontkiemelési módszerként is elfogadott, a karakterisztikus problémák feltárásához, kiemeléséhez. A lényeges pontok kiemelésére alkalmas, egyszerű, gyors és széles körben alkalmazható eljárás.

dimenziójának egyidejű vizsgálatára nyújt lehetőséget. Nemzetközi vizsgálatok és előzetes pilot vizsgálat alapján került kiválasztásra az Oxfordi Boldogságmérő Kérdőív, amely a boldogságra, a boldogság alkotórészeire (pl. önbecsülés, társas érdeklődés, humor stb.) vonatkozó állításokat tartalmaz. A válaszadó 6 fokú Likert-skála segítségével jelölheti meg, hogy mennyire ért egyet vagy nem ért egyet az adott kijelentéssel (Szigeti és mtsai, 2015).

Városrész csoportok összehasonlítása

Nyíregyháza tizennégy hagyományokon alapuló városrészének átlagéletkorát egyszempontos varianciaanalízissel (ANOVA) és az azt kiegészítő Duncan-féle post hoc teszttel vizsgáltuk. A kirajzolódott négy fő városrész csoport a következő jelöléseket kapta: az első csoportba egy városrész tartozott (Huszártelep) – „A-" jelzés. A második csoportba három városrész esett (Örökösföld, Újkistelekiszőlő, és Jósaváros2) – „A" jelzés. A harmadik csoport nyolc városrészt foglalt magába (Belváros, Bokortanyák, Jósaváros1, Nyírszőlős, Borbánya, Kertváros, Oros, Sóstó) – „B" jelzés. A negyedik csoport „C" jelzéssel ellátva, két körzettel (Hímes, Ókistelekiszőlő). Ez az átlagéletkor szerinti csoportosítás enyhíti az elemzés során többször előforduló, a kis elemszámú körzetek statisztikai elemzésbe vonásának problémakörét is.

Ez, a városrész csoportok összehasonlítása került az elemzéseket bemutató rész végére. A vizsgálatok során a korábban tárgyalt változók kerültek újra előtérbe.

A kérdőíves felmérést kiegészítő kvalitatív kutatási elemek

A kvantitatív kutatás eredményeit a 2014 lefolytatott kvalitatív jellegű kutatás eredményeivel sikerült párhuzamba állítanom. Erre az Apáczai Csere János Doktoranduszi Ösztöndíj biztosított lehetőséget. A panel kutatás „harmadik hullámára" alapozott célzott egészségmegőrző pilot programra 2014 január és 2014 július között került sor. A program célcsoportját a huszártelepi felnőtt lakosság képezte. Ezen tapasztalatok a Megbeszélés rész vonatkozó fejezeteit teszik még árnyaltabbá.

4. Eredmények

Az eredmények között először a 2015-ös felmérés városra és körzetekre vonatkozó szocio-demográfiai (életkori, nemi, iskolai végzettség, társas kapcsolatok, boldogság index), megoszlásokat mutatjuk be. Ezt követően az egészségi állapot jellemzői kerülnek előtérbe, szintén a város és körzetek nézőpontjából. A fejezet harmadik nagyobb egysége foglalkozik az FT életminőség index területileg eltérő viselkedésének igazolásával a városban. A következő fejezet az FT index alkotóelemeit – a Rahman modell komponenseit – vizsgálja sorban, megmutatva a legjellemzőbb eltéréseket a városrészek között. Az elemzés a kor és betegségek és panaszok száma közötti kapcsolattal részletesebben is foglalkozik. Az elemzéseket záró alfejezet a hasonló jellemzőkkel bíró körzetekből alkotott csoportok sajátosságait tárgyalja.

4.1. A szocio-demográfiai adatokra vonatkozó eredmények bemutatása

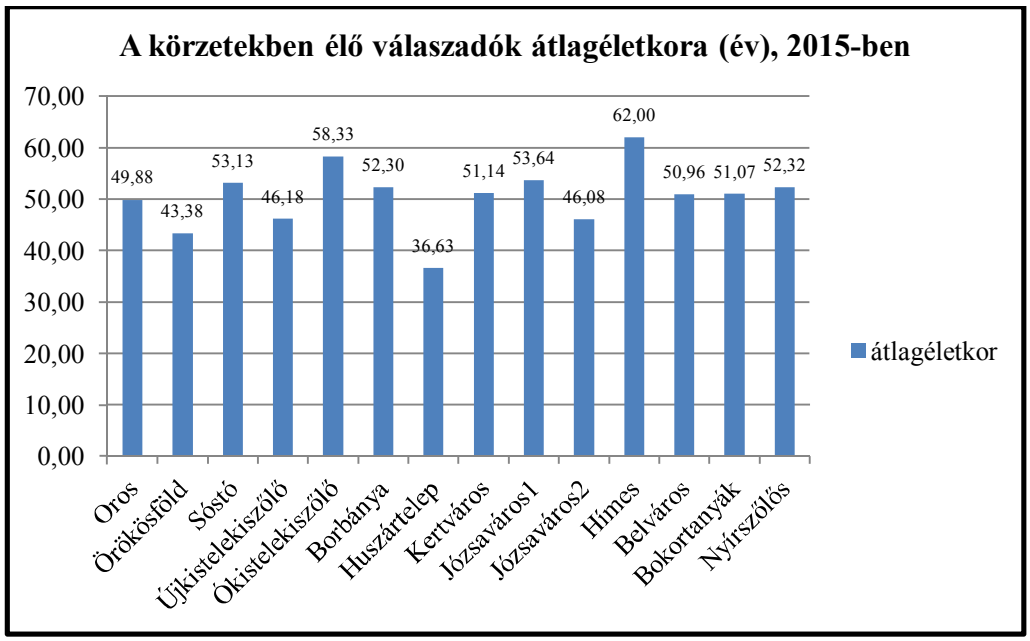
Életkori jellemzők. A 2015-ös felmérés szerint a minta átlagéletkora 50,38 év volt (95% CI 49,14-51,56 SD 16,525).

A korcsoportos bontás szerint Nyíregyházán, 2015-ben a válaszadók között a 35-64 évesek csoportja a legnagyobb, 60,2% (*7. számú táblázat*).

válaszadók kora	válaszadók elemszáma	százalékos megoszlás
18-34	**130**	**18,1**
35-64	**432**	**60,2**
65+	**156**	**21,7**

7. számú táblázat A válaszadók korcsoportos bontása Nyíregyházán 2015-ben

A *11. számú ábrán* a városrészek lakóinak átlagéletkorában mutatkozó eltérések láthatóak.



11. számú ábra A körzetekben élő válaszadók átlagéletkora, 2015

A városrészekben az átlagéletkort tekintve elmondható, hogy a legfiatalabbak a megkérdezettek között Huszártelepen élnek, míg a legidősebbek a Hímesben, illetve Ókistelekiszőlőben.

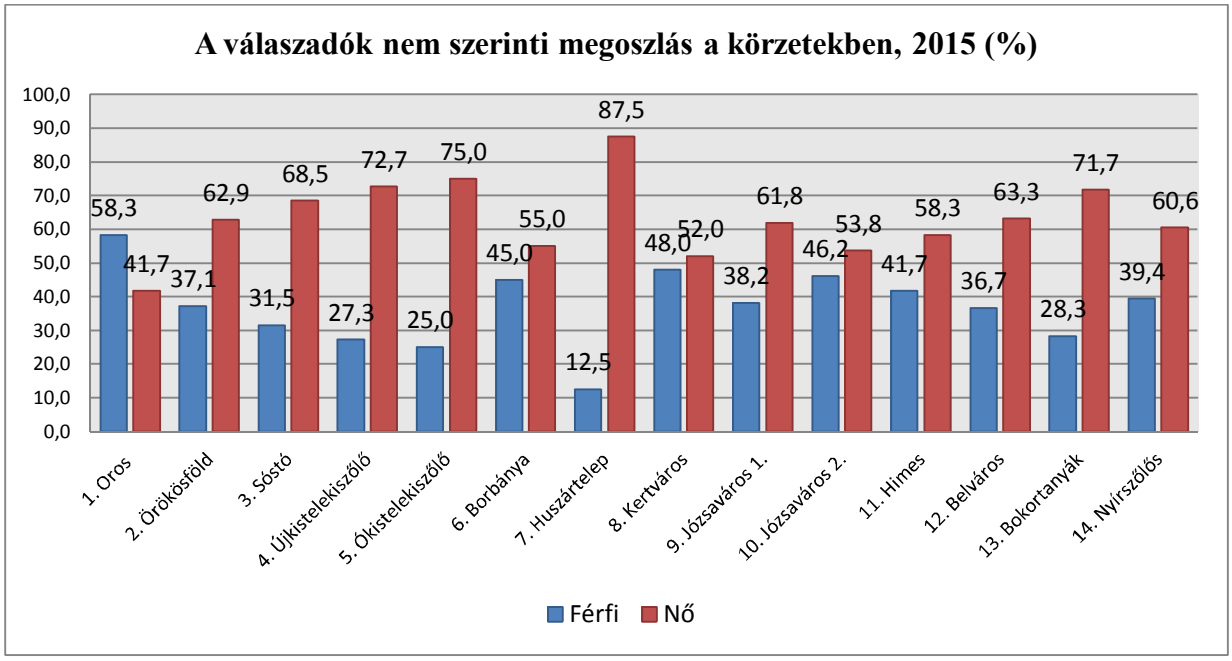
A városrészek átlagéletkorát egyszempontos varianciaanalízissel összevetve szignifikáns különbség adódott (ANOVA, F(13,678)=2,970, p=0,000).

A különbségeket részletesebben feltáró Duncan– féle post hoc elemzés négy csoportot különített el (*8. számú táblázat* – eltérő színnel jelölve az összetartozó körzetek). Ez a négyes csoportosítás a későbbi elemzések alapjául szolgál – 4.4.1., 4.5. fejezetek.

Körzet	n	1	2	3	4
Huszártelep	**8**	**36,63**			
Örökösföld	**85**	**43,38**	**43,38**		
Jósaváros2	**12**	**46,08**	**46,08**		
Újkistelekiszőlő	**11**	**46,18**	**46,18**		
Oros	**24**		**49,88**	**49,88**	
Belváros	**212**		**50,96**	**50,96**	**50,96**
Bokortanyák	**44**		**51,07**	**51,07**	**51,07**
Kertváros	**50**		**51,14**	**51,14**	**51,14**
Borbánya	**56**		**52,30**	**52,30**	**52,30**
Nyírszőlős	**34**		**52,32**	**52,32**	**52,32**
Sóstó	**52**		**53,13**	**53,13**	**53,13**
Jósaváros1	**80**		**53,64**	**53,64**	**53,64**
Ókistelekiszőlő	**12**			**58,33**	**58,33**
Hímes	**12**				**62,00**

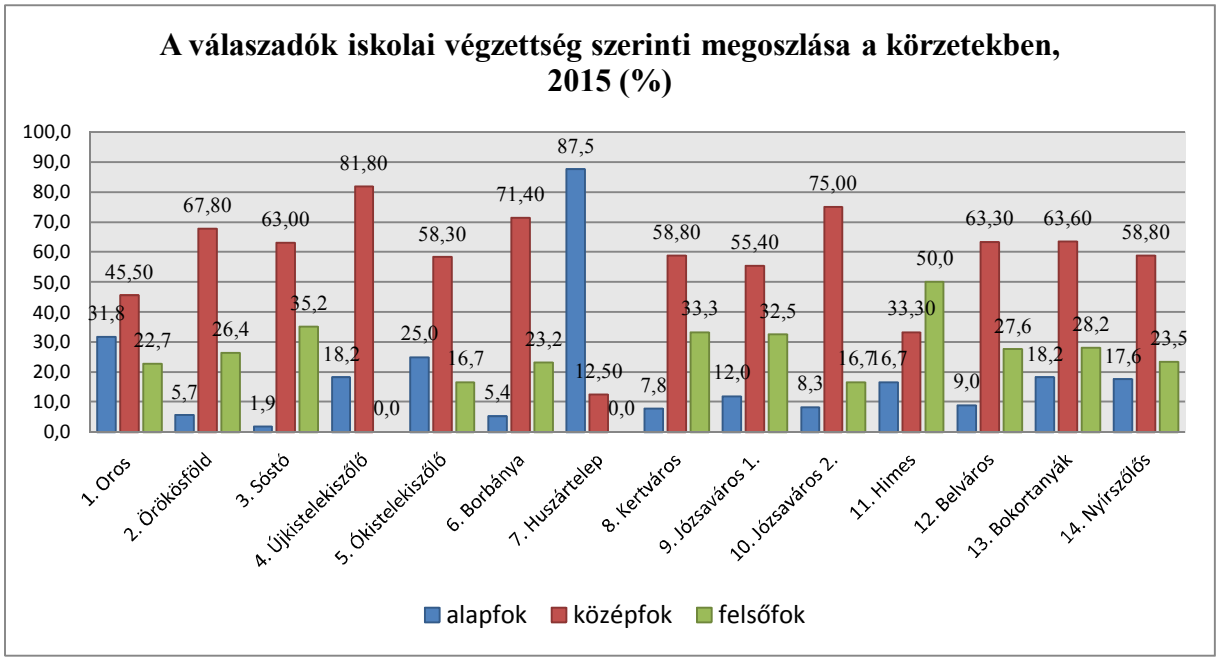
8. számú táblázat A Duncan - féle post hoc eloszlás alapján elkülönített 4 csoport átlagéletkorának (év) bemutatása

Nemek szerinti megoszlások. A *12. számú ábra* a körzetek nemi megoszlását mutatja, melyből látható, hogy minden körzet esetében a női nem túlsúlya mutatkozik meg a válaszadók körében, csakúgy, mint a város esetében, ahol a férfiak aránya a megkérdezettek körében 38%, a nőké 62% volt.



12. számú ábra A válaszadók nem szerint megoszlása a körzetekben, 2015

Iskolai végzettség. Az iskolai végzettség jellemzőit a körzetek vonatkozásában a *13. számú ábrán* mutatjuk be.



13. számú ábra A válaszadók iskolai végzettség szerinti megoszlása a körzetekben, 2015-ben

A város és a körzetek tekintetében is az mondható el, hogy legtöbben a középfokú végzettséggel rendelkezők sávjában helyezkednek el, kivétel ez alól a körzetek esetében Huszártelep, ahol a legtöbb megkérdezett alapfokú végzettséggel rendelkezik, illetve a Hímes, ahol pedig pont fordítva, a legtöbben a felsőfokú végzettségűek kategóriájában vannak.

Jövedelemi viszonyok. A nyíregyháziak egy főre jutó átlagos nettó jövedelme 2015-ben 85 ezer forint. A körzetekben nem mutatkozott szignifikáns eltérés a városi átlagtól.

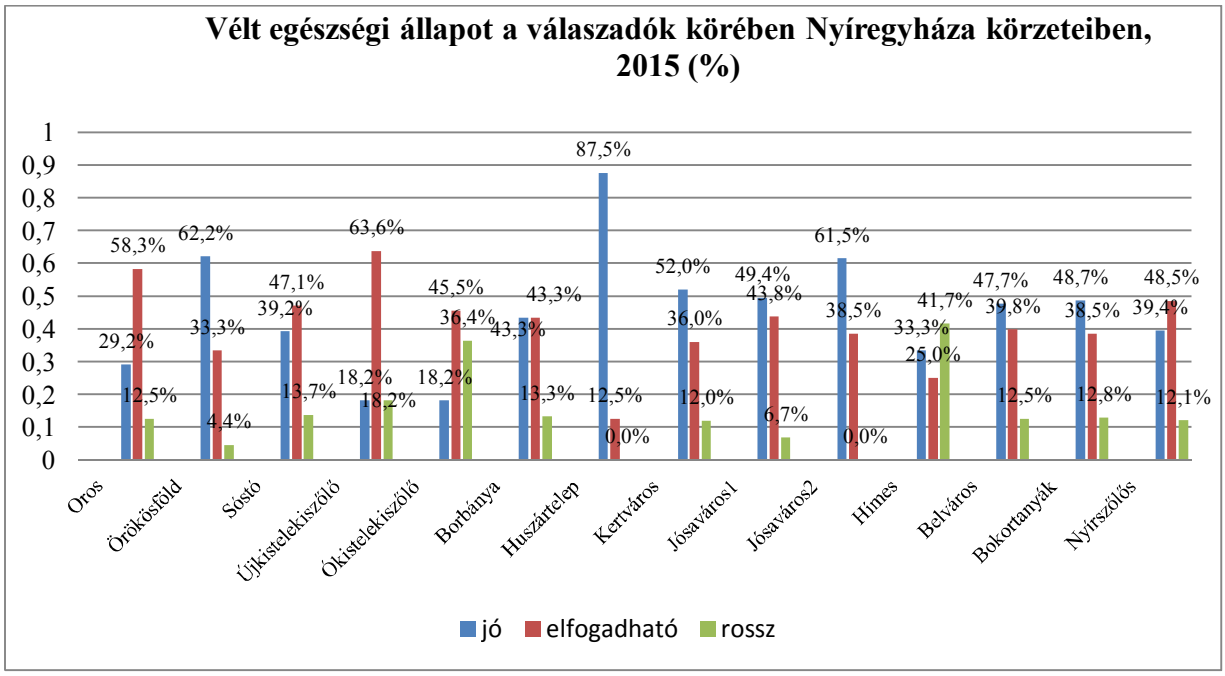
Társas kapcsolatok. A városban a lakosoknak átlagosan 5,92 barátja van (95% CI 5,17 – 6,66; átlag 4,76; szórás 7,391). A körzetek között szignifikáns különbség mutatható ki lazább társas kapcsolatokat jellemző közösségi aktivitás tekintetében – az eredmények részletei a 4.4.5. alfejezetben találhatók.

Az Oxford Boldogság Skála – érzelmi jóllét. Az Oxfordi Boldogság Skála 4,31-es átlagot mutatott (95% CI 4,25-4,37; vágott átlag 4,34; szórás 0,756) a városban. A körzetek között, nem találtunk szignifikáns különbséget – a részeredmények a 4.4.3. alfejezetben találhatók.

4.2. Az egészségi állapotra vonatkozó eredmények bemutatása

Önminősített egészségi állapot. Az önminősített egészségi állapot terén a városlakók összességében kevésbé érzik jónak egészségi állapotukat, mint az *ELEF* szerinti országos átlag. Amennyiben a korcsoportokat figyeljük, akkor azt tapasztaljuk, hogy Nyíregyházán, a kor előrehaladtával romlik a megítélés. Míg a 18-34 éves korcsoport 80%-a jónak, vagy nagyon jónak értékeli egészségi állapotát, addig ez az arány a közép korosztályban (35-65 év) 50,9 %, a 65 év felettieknél pedig 13,8%.

Az önminősített egészségi állapotot vizsgálva Nyíregyháza 14 körzetében azt tapasztaljuk, hogy nem mutatkozik szignifikáns különbség. Legtöbben Huszártelepen (87,5%) és Örökösföldön (62,2%) ítélik jónak egészségi állapotukat, legkevesebben pedig Új- és Ókistelekiszőlőben (18,2%). A rossznak minősítők aránya Hímesben a legmagasabb (41,7%), míg Jósaváros2-ben senki nem vallja rossznak egészségi állapotát *(14. számú ábra)*.



14. számú ábra Önminősített egészségi állapot a válaszadók körében Nyíregyháza körzeteiben, 2015-ben

A válaszadók dohányzási szokásai. Dohányzás terén elmondható, hogy a városban a dohányosok aránya némiképp alatta marad az országos átlagnak, ami az *ELEF 2014*-es adatok szerint 29%, Nyíregyházán pedig a naponta dohányzók aránya 17,6%, az alkalmanként dohányzók aránya 7,6%

(tehát összesen 25,2%). A városlakók közel háromnegyede (74,8%) nem dohányzik saját bevallása szerint *(9. számú táblázat)*.

	n	dohányzók aránya
naponta dohányzók	**129**	**17,6%**
alkalmanként dohányzók	**56**	**7,6%**
nem dohányzók	**734**	**74,8%**

9. számú táblázat A dohányzók és nem dohányzók aránya a válaszadók körében Nyíregyházán, 2015-ben

A megkérdezettek tápláltsági állapota. A nyíregyháziak BMI átlaga 25,73 kg/m2 (95% CI 25,39–26,08; átlag 25,47; szórás 4,647), a körzetek között szignifikáns eltérés nem mutatható ki.

Háziorvoshoz fordulás gyakorisága. Háziorvosukat átlagosan 3,91-szer keresik fel a város polgárai (95% CI 3,55-4,27, átlag 3,44, szórás 4,670). Az egyes betegségek, tünetek kapcsán (mint pl. magasvérnyomás, sérülések, szívritmuszavar, stb.), átlagosan 2,42-szer fordulnak orvoshoz a lakosok (95% CI 2,19-2,64, átlag 2,08, szórás 2, 80).

4.3. A körzetek eltérő viselkedésének igazolása

4.3.1. Az FT 20-80 bináris változó vizsgálata

A körzetek közötti életminőség eltérések vizsgálatára első lépésben egy bináris logisztikus regressziós modellt alakítottunk ki. A modell függő változója a folytonos FT indexből képzett bináris változó, amely a mintát két részre osztja – 20-80% arányban. Az FT index alsó 20%-át a minta 144 válaszadója, a felső 80%-ot 579 alkotta. Független változóként a körzethez való tartozás, a válaszadó életkora, az önminősített egészségi állapot, a háziorvosi látogatások száma, a barátok száma, az Oxford Boldogságmérő Skálán jelzett érték és a nem alkotta.

A számítási eredmények a *10. számú táblázatban* láthatóak. A modellben a változók kapcsolatát mérő Cox & Snell R Square mutató értéke 0,226; a Nagelkerke R Square értéke pedig 0,352. Ezek az értékek egy közepesnél gyengébb modell-kapcsolatra utalnak.[5]

Az elemzési célok szempontjából legfontosabb eredmény az FT 20-80 változó körzettől való szignifikáns függése – ezen kívül szignifikáns még az önminősített egészségi állapot és az Oxford Boldogság Skála értéke. (Hasonló eredmény adódott abban az esetben is, amikor a körzet változót kategorikus változóként értékeltük a modellben.)

Ezek alapján elmondható, hogy az FT életminőség index értékének egy szignifikáns befolyásoló tényezője a körzethez való tartozás. (A táblázatban kiemeléssel jelöltük.)

	B	**S.E.**	**Wald**	**df**	**p**	**Exp(B)**	**95%C.I.forEXP(B)**	
							alsó határ	**felső határ**
körzet	-,159	,047	11,611	1	**,001**	,853	,779	,935
életkor	-,009	,012	,506	1	,477	,991	,967	1,016
önminősített eü. áll.	-,839	,227	13,655	1	*,000*	,432	,277	,674
háziorvos látogatás	-,045	,032	1,978	1	,160	,956	,899	1,018
barátok száma	,000	,013	,001	1	,975	1,000	,976	1,025
Oxford Boldogság skála	,652	,228	8,154	1	*,004*	1,919	1,227	3,001
nem	-,369	,338	1,190	1	,275	,691	,356	1,342
Constant	3,324	1,400	5,641	1	,018	27,775		

10. számú táblázat A két részre bontott (20%-80%) FT életminőség index körzettől való függése. Bináris logisztikus regressziós modell.

4.3.2. Az FT index vizsgálata

Az előző alfejezet eredményeinek megerősítésére a folytonos FT index településkörzetektől való függését egyszempontos varianciaanalízissel (ANOVA) és annak nemparaméteres megfelelőjével, Kruskal-Wallis (K-W) teszttel is vizsgáltuk. A következő modellek, ezen vizsgálatokat mutatják be. Az eredmények pontosítása érdekében sorra kizárásra kerültek a kis elemszámú körzetek.

[5] A két mutató bemutatása során a szakirodalom minden esetben hangsúlyozza, hogy ezek az értékek nem értelmezhetők olyan pontossággal, mint a regressziós modellek esetén a determinációs együtthatók értékei – csupán tájékoztatást adnak a modell magyarázóerejéről.

4.3.2.1 „A" modell – Az FT index településrészek szerinti megoszlása a teljes mintában

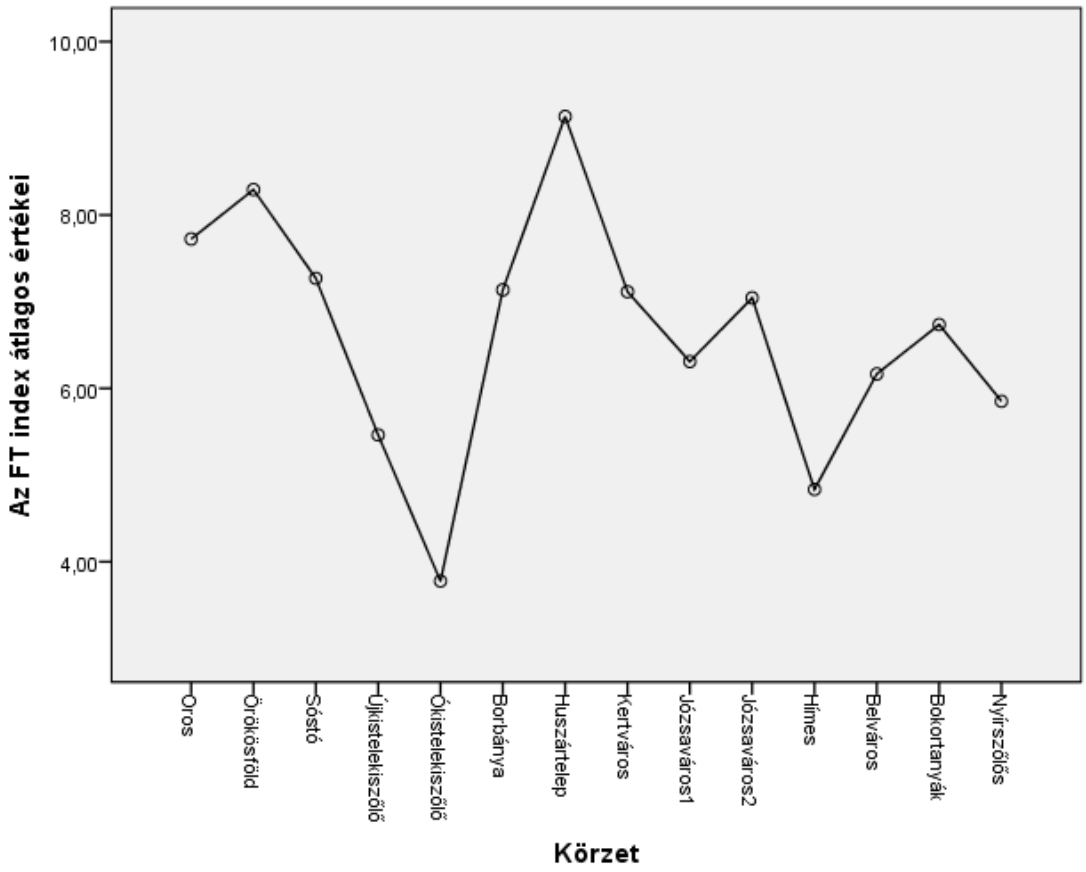
Az „A" modellben a teljes településszerkezetet vettük figyelembe az elemzés során. Az eredmények szerint a 14 településrész szignifikáns különbségeket mutatott (ANOVA $F(1,13) = 2,680$, $p = 0,001$; K-W $\chi^2(13, N = 694) = 34,758$, $p = 0,001$).

A *11. számú táblázatban* a város körzeteinek FT életminőségre vonatkoztatott átlagértékei láthatóak. A Huszártelepen élő megkérdezettek életminőség indexe a legmagasabb, majd az Örökösföldön, ezt követően pedig az Oroson élők életminősége áll. Legalacsonyabb az Ókistelekiszőlőben, illetve a Hímesben élők FT indexe.

	n	Átlag	Szórás	Az átlag 95%-os konfidencia-intervalluma	
				alsó határ	felső határ
1 Oros	24	7,72	4,31210	5,90	9,54
2 Örökösföld	89	8,29	4,27945	7,39	9,19
3 Sóstó	50	7,27	3,88678	6,16	8,37
4 Újkistelekiszőlő	11	5,46	3,47134	3,13	7,79
5 Ókistelekiszőlő	11	3,78	3,35293	1,52	6,02
6 Borbánya	58	7,14	3,95103	6,09	8,17
7 Huszártelep	8	9,14	1,99727	7,46	10,80
8 Kertváros	48	7,11	4,81087	5,71	8,51
9 Jósaváros1	87	6,31	4,09821	5,43	7,18
10 Jósaváros2	12	7,04	5,10673	3,79	10,28
11 Hímes	12	4,83	3,35651	2,70	6,96
12 Belváros	213	6,17	3,97928	5,62	6,70
13 Bokortanyák	38	6,74	3,97052	5,43	8,04
14 Nyírszőlős	33	5,85	4,35005	4,30	7,39
Teljes	694	6,73	4,16194	6,42	7,04

11. számú táblázat. Az FT index átlagos értékei a nyíregyházi körzetekben

Az életminőségre vonatkozó körzetek közötti különbségeket a *15. számú ábra* még inkább szemléletesen demonstrálja. Kiugróan jó indexértéket produkál tehát a Huszártelep, feltűnően alacsony értéket Ókistelekiszőlő.



15. számú ábra. Az FT index átlagos értékei a nyíregyházi körzetekben.

4.3.2.2 „B „modell – redukált modell

Mivel az előző, „A" modellben, az volt tapasztalható, hogy az egyes településrészek kiugróan alacsony (pl Ókistelekiszőlő), illetve kiugróan magas (pl. Huszártelep), életminőség indexet produkáltak, melynek oka lehet az adott körzetből érkezett alacsony elemszám (Huszártelepről csak 7 fő került a mintába – a *8. számú táblázatban* 8 fő, 1 fő nem válaszolt), ezért vizsgálatunkat a Huszártelep nélkül folytattuk tovább. Ezt a további eredményt a „B" modellben mutatjuk be.

A „B" modellben történt vizsgálatok, szerint, az egyes körzetek közötti különbségek az életminőséget tekintve szintén szignifikánsak (ANOVA $F(1,12) = 2{,}649$, $p = 0{,}002$; K-W $\chi^2(12, N = 686) = 31{,}138$, $p = 0{,}002$).

4.3.2.3 „C" modell – további kizárások

Az elemzés következő részében a kis elemszámú településrészek közül szintén kizártunk kettőt a különbségek teljesebb igazolására. A „C" modellben a második legalacsonyabb elemszámú településrészeket (Újkistelekiszőlő n = 11 fő; Ókistelekiszőlő n = 11 fő) hagytuk ki.

A „C" modellben is megmaradtak a szignifikáns különbségek (ANOVA F(1,10) = 2,481, p = 0,006; K-W χ^2(10, N = 664) = 24,130, p = 0,007).

4.3.2.4 „D" modell – öt település kizárása

A „D" modellben folytattuk az előző redukálási folyamatot, a harmadik legalacsonyabb elemszámú településrészek (Jósaváros2, n = 12 fő; Hímes, n = 12 fő) kihagyásával. A szignifikáns különbségek az elemzésben maradt településrészek között megmaradtak (ANOVA F(1,8) = 2,769, p = 0,005; K-W χ^2(8, N = 640) = 21,180, p = 0,007).

4.3.2.5. A redukált modellek eredményeinek összefoglalása

A fenti eredmények szerint a legalacsonyabb mintarészek kihagyása után is szignifikáns különbségek mutatkoztak az egyes településrészek között az életminőségben.

Ezek a vizsgálatok alátámasztják azt a feltevést, hogy az egyes településrészek között eltérő egészségi állapotbeli és társadalmi, gazdasági vonatkozások után kutassunk – tovább vizsgálva így az életminőség-modell komponenseinek körzetektől való függését.

4.4. A Rahman modell dimenzióinak vizsgálata

A körzetekre vonatkozó részletesebb vizsgálatokat a Rahman modell életminőséget meghatározó komponensei alapján végeztük. A nyolc részterületből elsőként az egészségi állapotra vonatkozó eredményeket ismertetjük a város, és a körzetek vonatkozásában. Ezt követi a családi és baráti viszonyokra, az érzelmi jólétre, az anyagi jóllétre, a lokális közösségre, a munkára és aktivitásra, a személyes biztonságra és a környezet minőségére vonatkozó eredmények leírása.

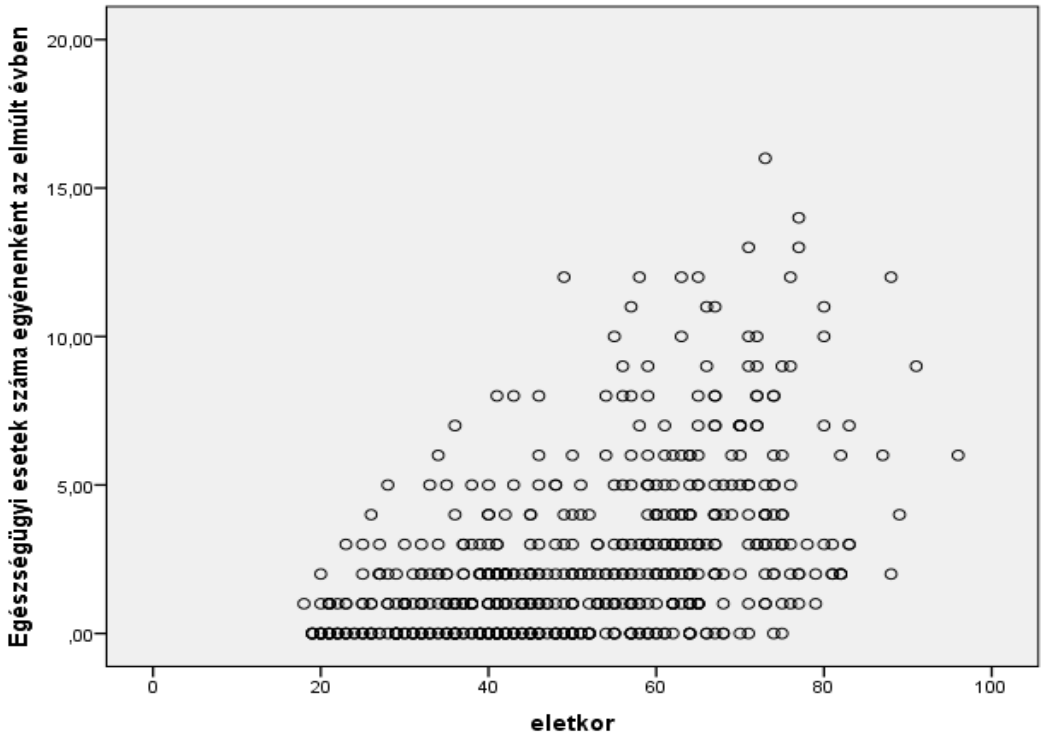
4.4.1. Önminősített egészségi állapot – a Rahman modell harmadik komponense

A városban az önminősített egészségi állapotot tekintve elmondható, hogy a megkérdezettek között a legnagyobb csoportot azok alkotják, akik elfogadhatónak tartják egészségi állapotukat (39,7%), őket követik azok, akik egészségi állapotukat jónak (36,1%) vallják, majd azok következnek, akik nagyon jónak ítélték meg egészségi állapotukat (10,9%). Rossznak ítéli meg egészségi állapotát a megkérdezettek 8,2%-a és nagyon rossznak 2,8%.

A város 14 körzetét vizsgálva azt tapasztaljuk, hogy az önminősített egészségi állapotban nem mutatkozik szignifikáns különbség. Amennyiben a kategóriákat összevontan, az alacsony elemszámú körzetek nélkül értékeljük az adatokat (Huszártelep, Új- és Ókistelekiszőlő, Hímes, Jósaváros2), akkor legtöbben jónak Örökösföldön ítélik meg egészségi állapotukat (62,2%), leg-

kevesebben pedig Oroson (29,2%). A rossznak minősítők aránya Sóstón a legmagasabb (13,7%), míg Örökösföldön a legalacsonyabb (4,4%).

Életkor és a betegségek száma. Szignifikáns különbség írható le a körzetek között az egyes betegségek előfordulási száma és a kor között (ANOVA F(1,13)=2,970, p=0,000). Városunk egyes körzeteiben is igaz az, hogy a kor előrehaladtával egyre több betegség előfordulása valószínűsíthető. Az egyén, minél magasabb életkort ér el, annál gyakrabban szükséges az egyes betegségekkel orvoshoz fordulnia - *16. számú ábra*. Az ábra azt a közismert tényt szemlélteti, hogy az életkor növekedésével az egészségi állapot romlik, az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele növekszik. Az adatok részletesebb vizsgálata, regressziós modellek építése ennél pontosabb kép kialakítását is lehetővé teszi.



16. számú ábra A betegségek és panaszok száma a válaszadók körében az elmúlt évben a kor függvényében

Regressziós modellek. Az egészségi állapotra, betegségekre utaló tünetek panaszok illetve betegségek számának kortól való függését lineáris és nem lineáris regresszióval is vizsgáltuk.

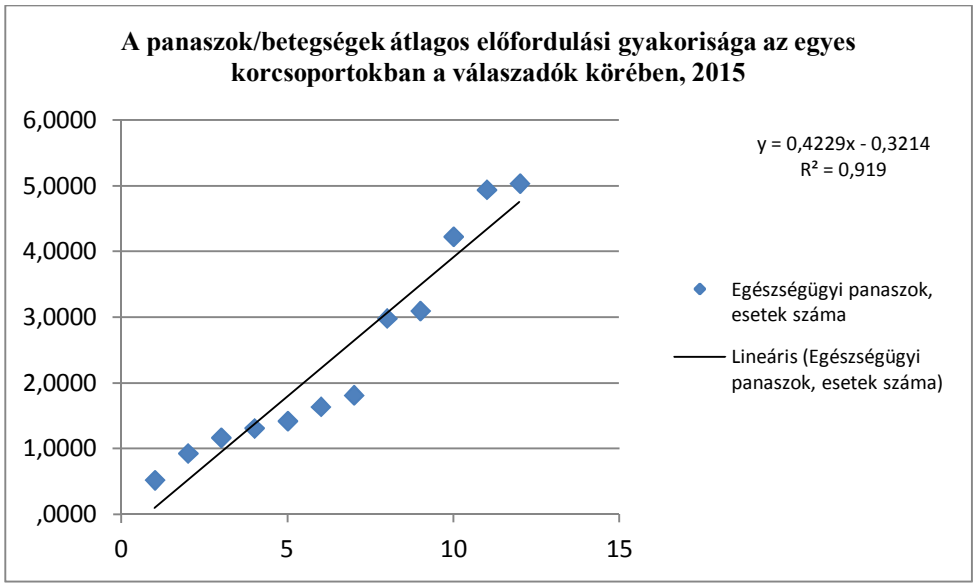
A számítások során, első lépésben meghatároztuk az 5 éves *korintervallumokhoz (12. számú táblázat 2. oszlop)* tartozó átlagos tünet/betegség számot *(12. számú táblázat 3. oszlop)*.

			95% CI				
korcsop		**átlag**	**alsó**	**felső**	**szórás**	**n**	**átlag különbségei**
0	**0-20**	**,3077**	**-,0733**	**,6887**	**,63043**	**13**	
1	**20-25**	**,5263**	**,2536**	**,7990**	**,82975**	**38**	**0,2186**
2	**25-30**	**,9333**	**,5687**	**1,2979**	**1,21356**	**45**	**0,4070**
3	**30-35**	**1,1702**	**,7491**	**1,5914**	**1,43435**	**47**	**0,2369**
4	**35-40**	**1,3143**	**,9477**	**1,6809**	**1,53739**	**70**	**0,1441**
5	**40-45**	**1,4235**	**1,0660**	**1,7810**	**1,65743**	**85**	**0,2194**
6	**45-50**	**1,6429**	**1,1166**	**2,1691**	**2,20694**	**70**	**0,1753**
7	**50-55**	**1,8182**	**1,2386**	**2,3977**	**2,14382**	**55**	**1,1675**
8	**55-60**	**2,9857**	**2,2820**	**3,6894**	**2,95126**	**70**	**0,1156**
9	**60-65**	**3,1013**	**2,5279**	**3,6747**	**2,56002**	**79**	**1,1295**
10	**65-70**	**4,2308**	**3,3650**	**5,0966**	**3,10985**	**52**	**0,7126**
11	**70-75**	**4,9434**	**4,0190**	**5,8678**	**3,35362**	**53**	**0,0951**
12	**75-80**	**5,0385**	**3,3460**	**6,7310**	**4,19028**	**26**	**0,0615**
13	**80+**	**5,1000**	**3,5522**	**6,6478**	**3,30709**	**20**	

12. számú táblázat A panaszok/betegségek átlagos előfordulási gyakorisága az egyes korcsoportokban a válaszadók körében, 2015 – lineáris modell

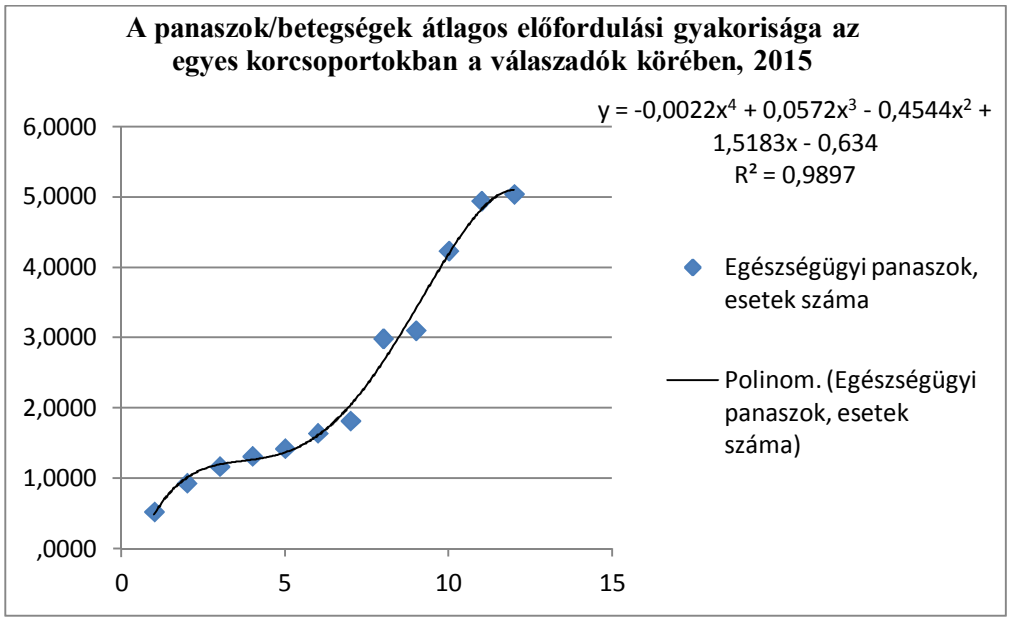
Ezután regressziós modellt alakítottunk ki, melynek független változója a *korcsoport (1-től 12-ig a 12. számú táblázat szerint)*, a függő változója pedig az átlagos tünet/betegségszám. A lineáris modell eredményei a *17. ábrán* láthatók. A modell illeszkedését jelző R^2 determinációs együttható értéke 0,919, ami egy igen jó illeszkedést jelez.

A modellegyenlet segítségével meghatározhatók azok a korcsoportok, amelyekre rendre az 1, 2, 3 stb. tünetszám/megbetegedésszám jellemző. Ez alapján a 30-35 éves korosztályra egy jelzett tünet/betegség jellemző, a 40-45 éves korcsoportra kettő, az 50-55 éves korcsoportra három, a 65-70 éves korcsoportra négy, a 75-80 éves korosztályra pedig öt tünet/betegségszám várható.



17. számú ábra A panaszok/betegségek átlagos előfordulási gyakorisága az egyes korcsoportokban a válaszadók körében, 2015 – lineáris modell

Negyedfokú polinom modell kialakítására is sor került, ahol a független változó szintén a korcsoport, a függő változó pedig ismét a tünet/betegségszám volt *(12. számú táblázat; 18. számú ábra*). A modellegyenlet ebben az esetben is segít meghatározni azokat a korcsoportokat, amelyekben 1, 2, 3 stb. betegségszám jellemző.



18. számú ábra A panaszok/betegségek átlagos előfordulási gyakorisága az egyes korcsoportokban a válaszadók körében, 2015 – negyedfokú polinom modell

A modellegyenlet szerint a 25-30 éves korcsoportban egy, a 45-50 éves korcsoportban kettő, az 55-60 éves korcsoportban három, a 60-65 éves korcsoportban négy, a 65-70 éves korcsoportban pedig öt tünet/betegségcsoport előfordulása valószínűsíthető.

A modellt alkalmazva megbecsülhető a különböző összevont kerületek tünet/betegség száma- lásd a *13. számú táblázatban.* Mind a lineáris, mind a negyedfokú becslés az alsó korcsoportokban megfelelően közelít, de idősebb korban (C városrész csoport) alul becsli a tünetek/betegségek átlagos számát.

korcsoport	városrész csoport	lineáris becslés	negyedfokú becslés
36 év	**A-**	**~1**	**1 felett**
43-46 év	**A**	**~2**	**~2**
49-53 év	**B**	**~2**	**2 felett**
58-62 év	**C**	**~3**	**~3,4**

13. számú táblázat Az egyes korcsoportokban és modellekben jellemző becsült és tényleges tünet/betegségszámok összehasonlítása

A regressziós modellek - mind a lineáris, mind pedig a negyedfokú polinom-, nyilván becslő jellegűek, de tükrözik, számszerűleg is, hogy a kor előrehaladtával hogyan változik az átlagos tünet/betegségszám.

A *12. táblázat* és a *17-18. számú ábrák* is jelzik azt a tényt, hogy a tünetek, betegségek száma a hetedik-nyolcadik korcsoport körül – 50-55-60 éves kor – ugrik meg jelentősen. Ez a tendencia a következő korcsoportokban is folytatódik – egy telítődési görbe képe alakul rajzolódik fel az adatokból. Mind a lineáris, mind a negyedfokú becslés szerint 55 éves kor felett három, illetve három felett alakul az egyes tünetek, betegségek száma. A lineáris és a negyedfokú modell közötti becslési különbség az ábrákon is jól érzéklehető. A negyedfokú modell az említett betegségszám ugrást sokkal pontosabban írja le. A számítások azt is jelzik, hogy a hetedik-nyolcadik korcsoportot elérve és azt túlhaladva a tünet és betegségszám már sokkal erősebben növekszik, mint korábban.

Betegségcsoportok jellemzői. A következőkben az egyes betegségek, betegségcsoportok elmúlt 12 hónapban való előfordulásának jellemzőit mutatjuk be a körzetek viszonylatában. A kapott eredmények értékelése óvatosságot kíván általában. Egy betegség alacsony előfordulási aránya ugyanis jelenthet az adott betegség szempontjából „egészségesebb” népességet, de jelentheti az

ellátáshoz való hozzáférés korlátozottságát, az ott élők percepcióját a tünetek betegségként való értelmezésére stb. Az alacsony elemszámok pedig önmagukban óvatos kezelést igényelnek.

Keringési rendszer

A haláloki struktúrában Nyíregyházán is első helyen a keringési rendszer betegségei állnak, ahogyan azt korábban is bemutattuk. Az ebbe a csoportba tartozó megbetegedésekkel (szívinfarktus, szívkoszorúér megbetegedés, magasvérnyomás, agyvérzés, szabálytalan szívverés vagy bármely más szívbetegség) elmúlt egy évben kezeltek arányában az egyes körzetek között a magasvérnyomás tekintetében volt szignifikáns különbség ($\chi^2(10, N = 603) = 25{,}758$, $p = 0{,}004$). Kereszttáblás elemzés során azt tapasztaltuk, hogy a magasvérnyomással elmúlt egy évben kezeltek aránya a Hímesben a legmagasabb, 66,7% és legalacsonyabb Jósaváros2-ben, 15,4%. Városi viszonylatban a válaszadók 36,7%-át kezelték magasvérnyomással ez elmúlt egy év során.

Daganatok

A válaszadók körében a rosszindulatú daganatok előfordulási gyakorisága nem volt jellemző, 1,3% nyilatkozott úgy, hogy esetében előfordult a betegség egy éven belül, míg 98,7%-uk esetében nem.

Légzőrendszer betegségei

A haláloki sorrendben harmadik helyen a légzőrendszer betegségei okozta halálozások állnak mind országos, mind helyi viszonylatban. A megkérdezettek 16,4%-át kezelték városi szinten ezzel a betegségcsoporttal az utóbbi egy évben.

A körzetek tekintetében elmondható, hogy krónikus hörghurut, bronchitis, tüdőtágulás összességében a legnagyobb arányban, Nyírszőlőben (26,9%) és Ókistelekiszőlőben, (18,2%) fordult elő, de egyes körzetekben, mint például Jósaváros2, a Hímes és Huszártelep esetében egyáltalán nem volt jellemző az általunk vizsgált mintában. Ez az eltérés a körzetek között szignifikáns ($\chi^2(13, N = 633) = 32{,}751$, $p = 0{,}002$).

Az asztmás megbetegedések előfordulási aránya magasnak mutatkozott Oroson (23,8%), Nyírszőlőben (22,7%), valamint Új- és Ókistelekiszőlőben (18,2-18,2%). Egyáltalán nem volt jellemző

Huszártelepen és a Bokortanyákon és alacsony arányban (3,9%) volt jelen a Kertvárosban. Ezek az eltérések nem bizonyultak szignifikánsnak.

Cukorbetegség

A cukorbetegség a megkérdezettek 10,3%-át érinti a városban. A városrészek tekintetében az eltérések a következőképpen alakultak: magasnak mutatkozott a cukorbetegek aránya Ókistelekiszőlőben (36,4%), Oroson (31,6%) és magasnak mondható a nyírszőlősi lakosok körében is, mivel a megkérdezettek ötödében (21,7%) jelen van a cukorbetegség. Alacsony előfordulás mutatkozott Örökösföldön, (5,7%), valamint Jósaváros2 és a Belváros esetén (7,7%), illetve, voltak olyan körzetek, ahol a megkérdezettek között nem volt cukorbeteg. A körzetek közötti eltérések szignifikánsak, melyet Khi-négyzet próbával igazoltunk ($\chi^2(13, N = 632) = 32,466, p = 0,002$).

Koleszterinszint és zsíranyagcsere-zavar

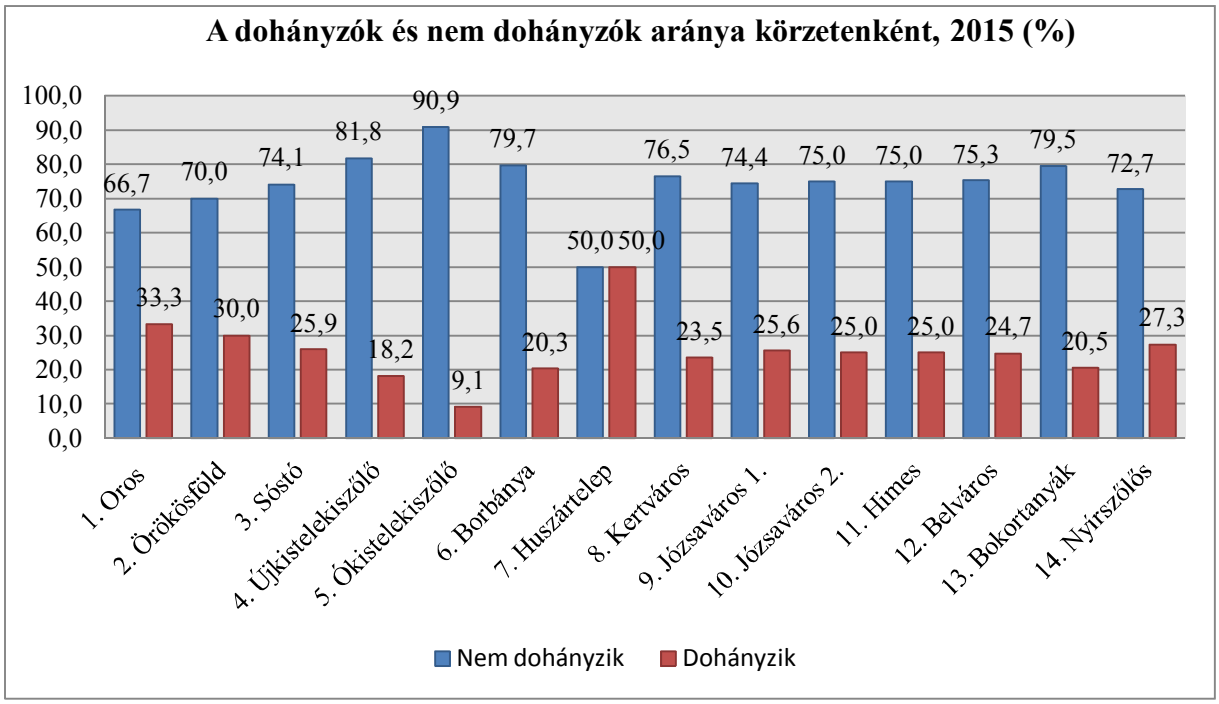
A magas koleszterinszint és zsíranyagcsere-zavar városi szinten való előfordulása a megkérdezettek körében 12,5%-os. A körzetek között a legmagasabb előfordulási arány Ókistelekiszőlőben jellemző, 36,4%, ezt követik a Bokortanyák, 24,2%-al, majd Oros 19,0%-al. Magasnak mondható az arány, hiszen a városi átlag fölött helyezkedik el Kertvárosban (15,7%) és Nyírszőlőben (14,3%). A legalacsonyabb arányt Jósaváros2 mutatja, 7,7%-al. Az eltérések a körzetek szerint nem szignifikánsak.

Tápláltsági állapot

Kérdőívünkben rákérdeztünk a válaszadók testsúlyára és testmagasságára, melyből BMI-t (kg/m2) számolva képet kaphatunk a városlakók tápláltsági állapotáról, így feltárhatjuk ezen a területen is a körzeti jellemzőket. Számításaink azt mutatják, hogy Nyíregyháza város BMI átlaga 25,73 kg/m2. A körzetek között nem mutatható ki szignifikáns eltérés a tápláltsági állapot tekintetében. 26 kg/m2 és 27 kg/m2 közötti BMI érték jellemző több településrészen, mint Oros, Újkistelekiszőlő, a Bokortanyák, a Belváros és Nyírszőlő. 29,73 kg/m2 a BMI értéke az Ókistelekiszőlőben élő válaszadóknak. 24 kg/m2 és 25 kg/m2 között helyezkedik el a Jósaváros2-ben, a Hímesben és Huszártelepen élők BMI értéke.

Dohányzás

Nyíregyházán a városlakók közel háromnegyede nem dohányzik, a napi rendszerességgel dohányzók aránya 17,6%, alkalmanként a lakosok 7,6%-a dohányzik. A körzetek dohányzásra vonatkozó adatait a *19. számú ábra* mutatja.



19. számú ábra Dohányzók és nem dohányzók aránya a körzetekben

Látható, hogy legtöbben Huszártelepen dohányoznak, de a városi átlag fölött van a dohányzók aránya Oroson, Örökösföldön és Nyírszőlőben. A körzetek közötti különbségek nem szignifikánsak.

Egyéb betegségcsoportok

Magasnak mondható a városlakók körében a reumás, ízületi gyulladásos megbetegedések aránya (21,9%), az ízületi kopás (22,5%), a derékfájás és egyéb krónikus hátgerinc problémák (33,9%), valamint a nyaki fájdalom, vagy egyéb krónikus nyaki gerincprobléma (16,6%).

A körzetekben jelentős különbségek igazolódtak a fenti betegségek vonatkozásában. A reuma, ízületi gyulladás előfordulási gyakorisága magasabb Ókistelekiszőlőben (54,4%), Nyírszőlőben (41,7%), Újkistelekiszőlőben (40,0%), és a Bokortanyákon (30,0%). A különbségek szignifikánsnak mondhatóak ($\chi^2(13, N = 633) = 29{,}945$, $p = 0{,}005$).

Az ízületi kopás vonatkozásában a városi átlagtól jelentősen magasabb szint volt mérhető Ókistelekiszőlőben (63,6%), Oroson (63,6%), Kertvárosban (29,4%) és Nyírszőlőben (28,6%).

A derékfájás és egyéb krónikus hátgerincproblémák a városi átlagtól magasabb arányban fordulnak elő Ókistelekiszőlőben (63,6%), Nyírszőlőben (52,2%), a Bokortanyákon (44,1%), Kertvárosban (43,1%), Oroson (42,1%) és Jósaváros1-ben (40,0%).

Nyaki fájdalom vagy egyéb krónikus nyaki gerincprobléma esetében az átlagértékek magasabbak voltak Ókistelekiszőlőben (36,4%), Kertvárosban (25,5), Hímesben (25,0%), Oroson (23,8%), Jósaváros1-ben (23,1%) és Nyírszőlőben 22,7%.

Összességében a városban alacsonynak mondható az emésztőszervi megbetegedések aránya, amely a körzetekben is hasonlóképpen alakul.

A krónikus depresszió előfordulása a városban 2,6%, a krónikus szorongás 3,8% és az egyéb pszichés, mentális problémák aránya 2,6%. Ezek a betegségcsoportok a városrészeket tekintve szintén hasonló képet mutatnak, a körzetek között szignifikáns különbség nem tapasztalható.

Allergiával a városi lakosokat a minta alapján az elmúlt egy évben 18,2%-ban kezelték, amelyhez képest a körzetekben néhány esetben jelentős különbség tapasztalható. 20% feletti az arány Oroson, Ókistelekiszőlőben, a Belvárosban és Örökösföldön az elmúlt 12 hónapban allergiával kezelteket tekintve. A körzetek között e tekintetben nincs szignifikáns eltérés.

Csontritkulással a nyíregyházi megkérdezettek 9,4%-a küzd, melyhez képest a körzetekben több esetben is tapasztalható magasabb átlagérték az előfordulást tekintve. A legmagasabb az arány Ókistelekiszőlőben (36,4%), ezt követi Újkistelekiszőlő (27,3%), majd a Hímes (25%). A körzetek közötti eltérésben szignifikáns eltérés mutatkozik ($\chi^2(13, N = 625) = 30{,}455$, $p = 0{,}004$).

Sérülés vagy baleset következtében szerzett maradandó fogyatékosság a városi lakosság esetében az utóbbi egy évet tekintve 1,6%-ban jelenik meg. A körzetek közül ettől jelentősen eltér

Ókistelekiszőlő, ahol az arány 18,2%-os, Kertváros, ahol 5,9%-os és Borbánya, ahol 5,6%-os. A körzetek között szignifikáns az eltérés($\chi^2(13, N = 625) = 35790, p = 0,001$).

Az inkontinencia és a vizelettartási zavarok a városban 3,9%-os gyakorisággal fordultak elő. Ehhez képest a körzetek közül leginkább Ókistelekiszőlő (27,3%) és a Hímes (16,7%) tér el. A körzetek közötti eltérés szignifikáns ($\chi^2(13, N = 630) = 34644, p = 0,001$).

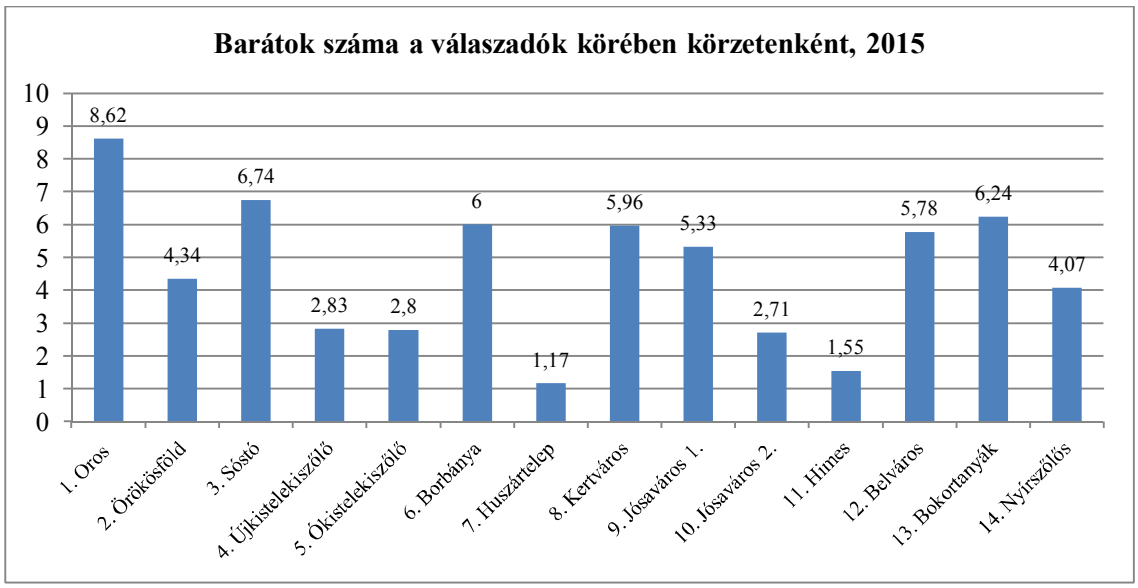
Erős fejfájás, pl. migrén, a városlakók körében az elmúlt 12 hónapban 22,1%-ban fordult elő. A körzetek közül legmagasabb arányban Oroson jelentkezik a lakosság körében ez a betegség (40,0%), majd Ókistelekiszőlőben (36,4%), illetve a Kertvárosban (31,4%). Legkevésbé a Hímesben volt jellemző ez a panasz (8,3%). A városrészek között szignifikáns különbséget ebben a vonatkozásban nem tudtunk kimutatni.

Az elmúlt 12 hónapban a városlakók 13,7%-a volt kórházban legalább egy éjszakát. A körzetekből a legtöbben Újkistelekiszőlőből érintettek, 45,5%-ban. A körzetek között szignifikáns különbség nem mutatkozott.

Az egyes betegségekkel/ betegségcsoportokkal kapcsolatban megvizsgáltuk, hogy átlagosan hány betegség fordul elő egy éven belül egyénenként. A vizsgálat azt mutatta, hogy több, mint két (2,42) betegség vagy betegségcsoport fordul elő átlagosan a városlakók esetében. E tekintetben a legmagasabb átlaggal az Ókistekekiszőlőben (6,36), majd az Újkistelekiszőlőben (3,8) élők rendelkeznek. Legkevesebbszer a huszártelepiek (0, 86) és a Jósaváros2-ben élők (1,08) esetében fordultak elő az egyes megjelölt betegségek. A körzetek közötti eltérés szignifikáns (ANOVA F(1,13)=3,558 p=0,000).

4.4.2. Családi, baráti viszonyok - (a Rahman modell első komponense)

A körzeteket megvizsgálva azt találtuk, hogy átlagosan a legtöbb baráttal az Oroson élők rendelkeznek (8,62), a legkevesebbel pedig Huszártelepen (1,17) és a Hímesben (1,55). A körzetekre vonatkozóan az egyes városrészekben jellemző barátok számának átlaga látható a *20. számú ábrán.*

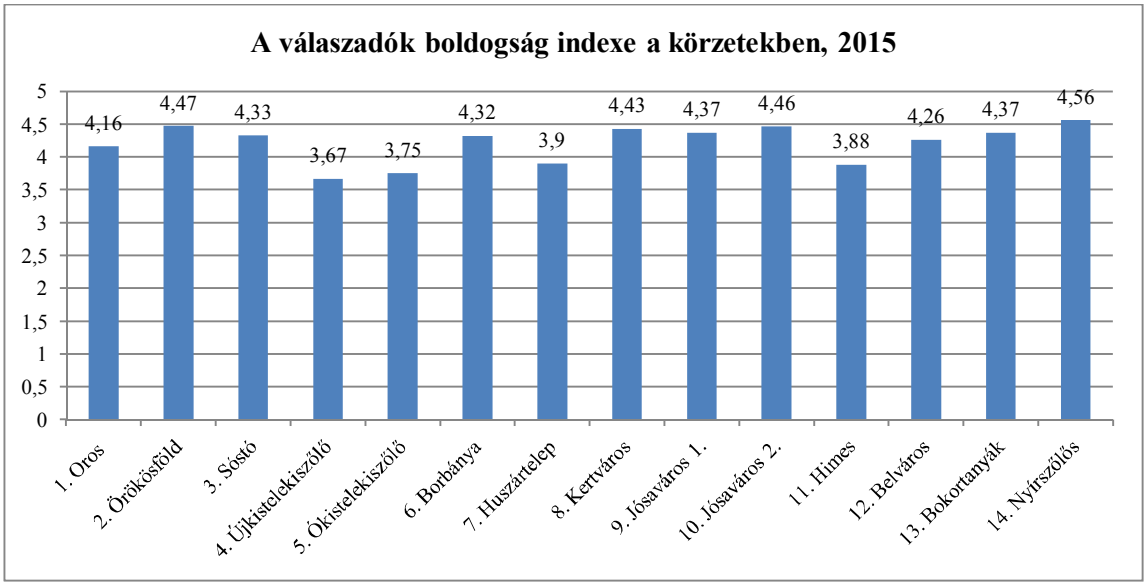


20. számú ábra A barátok átlagos száma a válaszadók körében körzetenként, 2015

Megvizsgáltuk, hogy milyen gyakran találkoznak barátaikkal, rokonaikkal a városlakók és az egyes körzetek lakói. Hármas skálán vizsgálva (gyakran: mindennap, hetente 1-2 alaklommal, közepesen gyakran: havonta 1-2 alkalommal, ritkábban, mint havonta és soha) az látszik, hogy a városlakók többsége (63,8%) közepesen gyakran találkozik rokonaival, barátaikkal pedig a többség (51,6%) szintén közepesen gyakran találkozik. A városrészek esetében gyakori baráti kapcsolattartás a jellemző Huszártelepen (71,4%), Oroson (70,0%) és Örökösföldön (64%). A körzetek között szignifikáns eltérés tapasztalható ($\chi^2(13, N = 692) = 60{,}837$, $p = 0{,}000$). A rokoni kapcsolattartást tekintve a legtöbb körzetben a közepesen gyakori kapcsolattartás a jellemző, kivéve Huszártelepen, ahol gyakori. A körzetek közötti eltérés itt is szignifikáns ($\chi^2(13, N = 688) = 38{,}136$, $p = 0{,}000$).

4.4.3. Érzelmi jóllét - (a Rahman modell második komponense)

Az érzelmi jóllétet 6 fokú Likert skálán mérve a városlakók boldogság indexe átlagosan 4,30. A körzetek vizsgálata során kiderült, hogy a legmagasabb érték Örökösföldön jellemző, 4,47 és Józsaváros2 esetében, ahol az érték 4,46. A legalacsonyabb értékekkel az Újkistelekiszőlőben (3,69), Ókistelekiszőlőben (3,74) és a Hímesben (3,88) élők rendelkeznek *(21. számú ábra)*. A különbség nem szignifikáns.



21. számú ábra A válaszadók boldogság indexe a körzetekben, 2015

4.4.4. Anyagi jólét - (a Rahman modell negyedik komponense)

Legtöbben közepesen jónak ítélik meg anyagi helyzetüket, az egyes körzetek viszonylatában Huszártelep kivételével legnagyobb arányban azt mondják, kijönnek a jövedelmükből, de jelentős azok aránya is, akik csak nehézségek árán jönnek ki a jövedelemből. Huszártelepen viszont a legtöbben (87,5%) azt mondták, némi nehézség árán jönnek ki jövedelmükből. A körzetek ebben a tekintetben sem a városhoz, sem egymáshoz képest nem mutatnak jelentős különbséget, átlagosan viselkednek. Fizetésükkel a legtöbben közepesen elégedettek, illetve elégedettek, jellemző eltéréseket a körzetek között nem tapasztaltunk.

4.4.5. Lokális közösség - (a Rahman modell ötödik komponense)

A közösségi részvételt tekintve két fő területre bonthatjuk a vizsgálati irányt, az egyik a klubokhoz, szervezetekhez, kisebb közösségekhez való tartozás, másik pedig a magántársasági (mint például szomszédsági) találkozások, összejövetelek. Ez utóbbira mondható, hogy inkább jellemző a Nyíregyháziak körében, míg összességében a közösségi részvétel igen alacsony a városlakók vonatkozásában. Ha a körzeteket megnézzük, akkor azt tapasztaljuk, hogy egy – egy városrész bizonyos szegmensek vonatkozásában eltérést mutat a város átlagától. Ilyen például Oros, ahol a

közösségi élet talán a legaktívabb, sportklubtagság (29,2%), művészeti csoporttagság (12,5%), vallási tevékenység (16,7%) és jellemző a hobby tevékenység (12,5%), a szomszédsági csoportok pedig hasonló mértékben (12,5%) vannak jelen az orosiak életében. Kertvárosban a hobby tevékenység a legjellemzőbb (24%), Borbányán pedig a vallási (27,6%) és a jótékonysági (10,3%) tevékenység a magasabb.

4.4.6. Munka és aktivitás - (a Rahman modell hatodik komponense)

A gazdasági szempontból való aktivitást a munkában állók arányával mértük. A válaszadók közül városi szinten 54,2%-ban válaszolták azt, hogy dolgoznak. A körzetek vonatkozásában elmondható, hogy gazdasági szempontból a legaktívabb Jósaváros2, ahol a dolgozók aránya 69,2%, a következő Borbánya (60,0%), majd Oros (58,3%). Ókistelekiszőlő legnagyobb része nem dolgozik (90,9%), illetve magas a nem dolgozók aránya (75,0%) Huszártelepen. A Hímesben 66, 7% a gazdaságilag inaktívak aránya. A városrészek közötti különbség nem mutatkozott szignifikánsnak.

4.4.7. Személyes biztonság - (a Rahman modell hetedik komponense)

Megkérdeztük a városlakókat arról, hogy szociális problémájuk esetén kire, kikre számíthatnak? A városlakók leginkább a családjukra támaszkodnak (86,9%), majd barátaik segítségére számítanának leginkább (63,9%). Ismerőseikhez 38,2%-ban fordulnának a nyíregyháziak, míg a hivataloktól összességében 24,9%-ban kérnének segítséget, a szociális szolgáltatókban pedig 27,1%-ban bíznának. A lakosság 12%-a érzi úgy, hogy nem számíthat segítségre. A körzetek vonatkozásában is megmarad az a bizalom a család iránt, amit a városi átlagból is láttunk, a legtöbb körzetben 80% feletti a családjukra számítók aránya. A Hímesben és Ókistelekiszőlőben a válaszadók 100%-ban számíthatnak családjukra. Jósaváros2-ben azonban a válaszadók 57,1%-a érezte úgy, hogy bízhat családjában a bajban. Barátaikra legnagyobb arányban, 87%-ban az orosiak számíthatnak, illetve a Huszártelepen élők 85,7%-ban. Legkevésbé a hímesi lakosok bíznak barátaikban 25%-ban. Ismerőseikre 66,7%-ban számítanak a Jósaváros2-ben élők, 61,3%-ban az Örökösföldön lakók és 57,1%-ban a Huszártelepen élők. A Jósaváros2-ben lakók a hivatalok által nyújtott támaszra szintén 66,7%-ban számítanak, a Hímesben viszont a válaszadók között senki nem érzi úgy, hogy számíthatna segítségre a hivatalok részéről. A szociális szolgáltatásokban leginkább a huszártele-

piek bíznak (85,7%), legkevésbé a Hímesben élők (12,5%), a Kertvárosban élők (4,0%) illetve a Jósaváros2-ben élők egyáltalán nem számítanak a szociális szolgáltatást nyújtókra.

4.4.8. Környezet minősége - (a Rahman modell nyolcadik komponense)

A lakóhelyen előforduló egyes problémákkal kapcsolatban (pl. hangos, zavaró környezet, vandalizmus, légszennyezés, dohos falak stb.) legnagyobb arányban a városlakók a levegő szennyezettségére panaszkodtak. A lakosok 17,2%-a, illetve 10,8%-a vélte úgy, hogy vandalizmus, bűnözés jellemző a lakókörnyezetében. Dohos, nyirkos falakra, beázásra a legtöbben 75,0%-ban Huszártelepen panaszkodtak, itt jellemző volt annak említése, hogy sötét a környék, kevés a fény (25,0%), korhadtak az ablakok és nyílászárók (50%). Hangos, zavaró környezetre 37,5%-ban panaszkodtak. Itt a lakosok egyáltalán nem jelölték a vandalizmust. A hangos zavaró környezet magas arányban, 30,8%-ban fordult elő Jósaváros2-ben, ahol 23,1%-ban jelölték a levegő szennyezettségét és 15,4%-ban a vandalizmust. A Belvárosban 30,4%-ban írták válaszaikban a hangos, zajos környezetet és 29,0%-ban a légszennyezést. Jósaváros1-ben 15,3%ban panaszkodtak vandalizmusra, ami a Kertvárosban is jellemző volt 15,7%-ban. Itt 17,6%-ban fordult elő a nyílászárok rossz állapota és a beázás 11,8%-ban. A hangos, zajos környezet Oroson is megjelenik a válaszokban 31,8%-ban, valamint a levegő szennyezettsége is 26,1%-ban. Hímesben a dohos, nyirkos falak 16,7%-ban jelentenek problémát, és szintén 16,7%-ban a nyílászárók rossz állapota. A vandalizmust itt egyáltalán nem érzik fenyegetőnek.

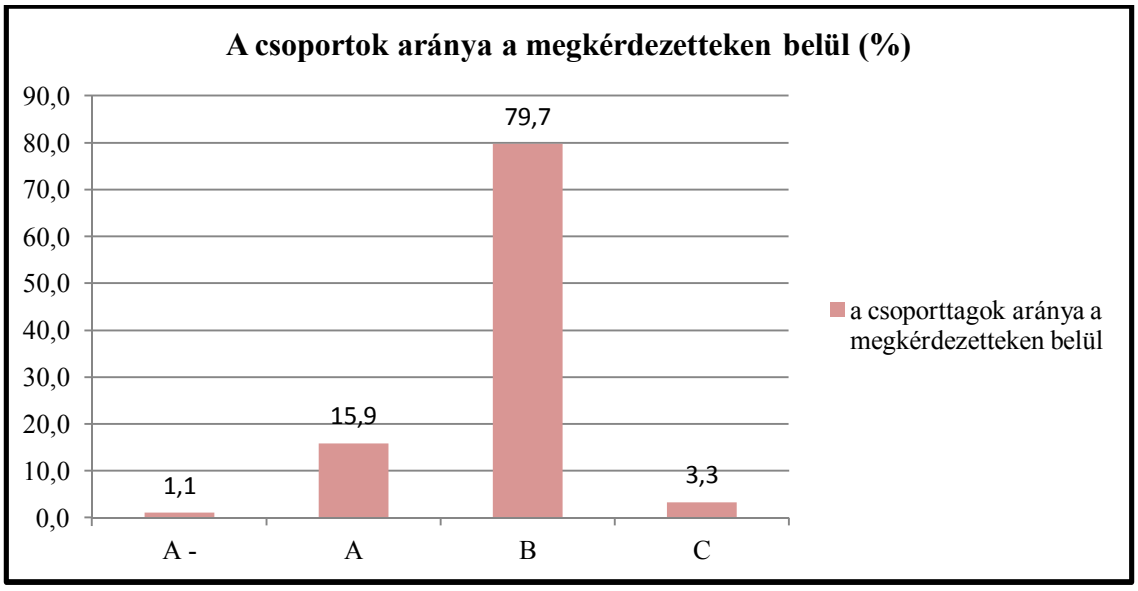
4.5. A városrész csoportok („A-"; „A"; „B"; „C") közötti különbségek

A 4.4.1. alfejezet részletesen, regressziós modellek segítségével tárgyalja az egészségi állapot és a kor függését. A *13. számú táblázat* túllép a körzet szintű tárgyaláson – a hasonló életkorú körzetek összevonásából adódó városrész csoportokat („A-"; „A"; „B"; „C") vizsgál. A városrész csoportok kialakításának alapja a 4.1. fejezetben bemutatott életkori jellemzők vizsgálata – *8. számú táblázat*. Ez az alfejezet a városrész csoportok[6] szintjén elvégzett elemzéseket mutatja be.

[6] A későbbiek során a szövegben a városrész csoportokat az adott betűjelzés használata és csoport – pl. "A csoport" - megjelöléssel használjuk.

4.5.1. Az egyes városrész csoportok jellemzői

Ahogy a *22. számú ábrán* látható, legtöbben a „B" csoportban helyezkednek el a válaszadók közül, majd az „A" csoportban, őket követi a „C" csoport végül pedig az „A-" jelzéssel ellátott Huszártelep.



22. számú ábra A megkérdezetteken belül az átlagéletkor alapján képzett csoporttagok aránya

„A-" csoport (Huszártelep)

Ebben a csoportban az átlagéletkor a legalacsonyabb a válaszadók körében, 36,63 év.

Iskolai végzettséget tekintve az alapfokú végzettség a jellemző (87,5%), tehát nyolc általánost, vagy még azt sem végeztek vannak többségükben ebben a csoportban. Felsőfokú végzettségűek egyáltalán nem, középfokú végzettségűek 12,5%-ban fordultak elő. Egészségi állapotukat sokan (87,5%) jónak ítélik meg és ezzel összhangban áll az is esetükben, hogy az egyes betegségekkel szakemberhez fordulók aránya is alacsony (0,86). Jellemző, hogy környezetüket összességében rossznak ítélik meg, zajosnak, a lakhatási körülményeikre is panaszkodnak, dohos falakról, fénytelenségről, rossz nyílászárókról, beázásról számolnak be. Véleményük szerint a környéken egyáltalán nem jellemző a vandalizmus. A gazdaságilag aktívak aránya a második legalacsonyabb a körzetek között, csupán 25%-uk dolgozik, jövedelmük viszont – megítélésük szerint - átlagos, nem marad el a városi átlagértékektől. Barátaik száma alacsony, egy körüli (1,17), ez a legalacsonyabb a vizsgált csoportokban, ugyanakkor elsősorban barátaikban bíznak, probléma esetén 85,7%-ban rájuk támaszkodnának. Társas kapcsolataikban is jellemző, hogy barátaikkal sokan töltik az időt

(71,4%), de a legjellemzőbb, hogy a családdal töltenek sok időt. Teljes körűen azt válaszolták, hogy gyakori a családdal való találkozások rendszeressége. Boldogság indexük a városi átlag alatt van (3,9), életminőség indexük viszont a legmagasabb (9,14).

„A" csoport (Örökösföld, Jósaváros2, Újkistelekiszőlő)

Ezekben a körzetekben az átlagéletkor 43 és 46 év közé esik, Örökösföldön 43,38, Jósaváros2-ben 46,08, Újkistelekiszőlőben 46,18 év. Egészségi állapotukat Örökösföldön 62,2%-ban (2. legmagasabb arány), Józsaváros2-ben 61,5%-ban (3. legmagasabb arány) vallották jónak. Újkistelekiszőlőben legtöbben csak elfogadhatónak ítélik egészségi állapotukat, (63,6%), és rossznak mondják 18,2%-ban. Ha ehhez hozzátesszük, hogy átlagosan 3,8-szer fordultak szakemberhez egészségi problémával az utóbbi 12 hónapban, akkor az egészségi állapotot tekintve ebben a körzetben problémák rajzolódnak ki, különösen, hogy viszonylag fiatal korcsoportúakról beszélünk. Ebben a körzetben a legalacsonyabb a boldogság index (3,67). Itt a lakosság átlagosan három (2,83) baráttal rendelkezik, társas kapcsolataikban inkább a rokoni találkozások a jellemzőek, barátokkal legtöbben ritkán tartják a kapcsolatot és úgy érzik, nem támaszkodhatnak ismerőseikre. A gazdaságilag aktívak aránya 36,4%-os. Újkistelekiszőlővel kapcsolatban elmondhatjuk, hogy általában az emberek boldogtalanabbak, egészségi állapotukat tekintve elégedetlenebbek, melyek felhívják a figyelmet egy célzott beavatkozásra.

Jósaváros2 és Örökösföld tekintetében elmondható, hogy gazdasági aktivitás szempontjából a két legaktívabb körzetről beszélünk, előbbiben a legmagasabb a gazdaságilag aktívak aránya, 69,2%, és jövedelmi viszonyaik is a legjobbak a városban. Örökösföldön a második legmagasabb (64,4%) a gazdasági aktivitási arány, jövedelmi viszonyaik viszont átlagosnak mondhatóak. A Jósaváros2 az elkülönülő elit képét mutatja bizonyos szempontok, különösen társas kapcsolataik, alapján. Átlagosan három (2,71) baráttal rendelkeznek, barátaikkal többségében (53,8%) ritkán, 15,4%-ban egyáltalán nem tartják a kapcsolatot. Rokonaikkal is kevésbé, a legmagasabb e tekintetben is a ritkán kapcsolatot tartók aránya 62,7%-ban. Probléma esetén inkább számítanának a hivatalok segítségére 66,7%-ban, mint családjukra. Ez utóbbinak aránya a körzeteket összevetve a legalacsonyabb, 57,1%. A szociális szolgáltatásokra egyáltalán nem számítanának probléma esetén, ez az arány azonban abból is adódhat, hogy viszonylag fiatalok és még nem ismerik ezeket a szolgáltatásokat, illetve eddig még nem volt rá szükségük. Örökösföldön sokkal inkább jellemző a baráti kapcsolatok rendszeressége, mint a csoport másik két településrészénél. Ebben a „panel lakásos" körzetben, lehetséges, hogy az embereknek egyszerűbb a közösségben a kapcsolattartás, több ide-

jük és fizikai lehetőségük van életük, ezen szegmensére, mint a másik két, kertvárosi jellegű övezetben. Örökösföldön a barátok átlagos száma 4,34, akikkel a legtöbben gyakran (64,0%) tartják a kapcsolatot. Személyes biztonságukat tekintve, probléma esetén is legtöbben a barátokban bíznának (82,5%).

„B" csoport (Belváros, a Bokortanyák, Jósaváros1, Nyírszőlős, Borbánya, Kertváros, Oros és Sóstó)

Ebben a csoportban az átlagéletkor 49 és 53 év közé esik, ahol az 53 év felettiek Jósaváros1-ben és Sóstón élnek jellemzően. Talán a legátlagosabb, legsemlegesebb körzetnek ebben a csoportban a Bokortanyák és Jósaváros1 mondható, ahol mindkét esetben a lakosság közel fele jónak mondja egészségi állapotát, és jelentős részük elfogadhatónak érzi azt. Közepesen gyakran tartják a kapcsolatot rokonaikkal és barátaikkal és a lakosság több, mint fele gazdaságilag aktív. A Kertvárosban, a Belvárosban és Borbányán többségükben a lakosok jónak mondják egészségi állapotukat (Borbányán azonos az egészségi állapotukat jónak és elfogadhatónak tartók aránya 43,3%), a lakosok több mint fele gazdaságilag aktív és közösségi területen is vannak aktív pontok. Borbányán a vallási és jótékonysági aktivitás a legjellemzőbb. A lakosok válaszai szerint a vallási közösségben való tevékenykedés szintén Borbányán a legmagasabb (27,6%). A belvárosiak között is jelen van az aktivitás a vallási közösségekben (15,1%), de fontos az életükben a hobby is (13,8%). A Kertvárosban a hobby tevékenység a körzetek viszonylatában a legmagasabb (24%). Ez utóbbi körzetben nagyon negatív a szociális szolgáltatásokba vetett bizalom, 96,0%-ban mondták azt, hogy probléma esetén nem számíthatnának ezekre a szolgáltatásokra. Ennek okát mindenképpen érdemes feltárni, hiszen a korcsoporti jellemzők alapján ebben a körzetben néhány év múlva fontos lehet ezen szolgáltatások biztonságos elérése a lakosság számára. Ugyancsak a Kertvárosban többen panaszkodtak vandalizmusra (15,7%), és a környezet vonatkozásában beázásra, lyukas tetőre (11,8%), rossz nyílászárókra (17,6%).

Ebben a csoportban a fókusz a fennmaradó három településrészre helyeződik: Nyírszőlősre, Sóstóra és Orosra. Figyelemfelkeltő, hogy az említett három településrész lakossága nagyobb részt elfogadhatónak ítéli meg egészségi állapotát, Oros 58,3%-ban, Nyírszőlős 48,5%-ban, Sóstó pedig 47,1%-ban, és mindenhol 12% felett van az egészségi állapotukat rossznak megítélők aránya. Nyírszőlősben magasnak mondható azok aránya, akik állandóan vagy visszatérő jelleggel betegségekben szenvednek (45,5%), ugyanez a probléma Sóstón is (40,4%). Oroson az arány alacsonyabbnak mondható, 20,8%. A csoportban a boldogság index minden esetben 5 és 6 között van,

kivéve a legutóbb említett három körzetet, ahol inkább négyhez közelít. Az orosiak esetében pozitív, hogy közösségileg egy aktív településrészről van szó. A lakosok körében jellemző, hogy tagjai valamilyen sportklubnak, művészeti csoportnak, vallási közösségnek és a barátaik száma is átlag feletti (8,62). Gyakran találkoznak barátaikkal (58,3%-uk jelölte a gyakori találkozásokat) és probléma esetén is leginkább barátaikra számítanának. Ez az arány a legmagasabb ezen a területen a körzetek összehasonlításában (87,5%).

„C" csoport (Hímes, Ókistelekisződ)

A „C" csoportban a legmagasabb az átlagéletkor, 58 és 62 év közötti. A város körzeteit tekintve ez a két városrész rendelkezett több tekintetben a legkedvezőtlenebb mutatókkal. Egészségi állapotukat igen nagy arányban ítélik meg rossznak, a Hímesben 41,7%-ban (ez a vizsgált városrészek között a legrosszabb), Ókistelekisződben 36,4% ítéli meg rossznak (ez a második legrosszabb). A két csoport közül a Hímesiek átlagéletkora a magasabb, 62 év, az Ókistelekisződben élőké 58,33, amiből az is előrevetíthető, hogy ahogy halad előre ez utóbbi körzetben az életkor, még tovább romolhat a vélt egészségi állapot, amennyiben nem történik beavatkozás. Állandó, vagy visszatérő betegségek területén is jelentős mindkét városrész érintettsége, Ókistelekisződben 54,5% ez az arány, a Hímesben 45,5%. Ókistelekisződben a legmagasabb azok aránya, akik az elmúlt egy évben a legtöbbször fordultak szakorvoshoz valamilyen betegség kapcsán (átlagosan 6,36-szor). Ez az átlagos szám a Hímesben 3. Alacsony a barátok száma, Ókistelekisződben átlagosan három (2,8), a Hímesben kettő (1,55), ami a második legrosszabb arány. Gazdasági aktivitás szempontjából is rossznak mondható a helyzet, sőt, Ókistelekisződben a legrosszabb, hiszen itt a lakosoknak csupán 9,1%-a dolgozik, Hímesben pedig 66,7% az inaktívak aránya. Közösségi aktivitás szempontjából is negatív jellemzőket lehet megfogalmazni az eredmények alapján, hiszen a baráti, rokoni kapcsolattartás ritka, a Hímesben a legmagasabb azok aránya, akik egyáltalán nem tartják barátaikkal a kapcsolatot. Mindkét csoportban az a jellemző, hogy probléma esetén csak a családjukra számítanának, de velük sem jellemző a szoros kapcsolat a találkozások gyakoriságából ítélve. A Hímesben élők egyáltalán nem bíznak a hivatalok segítségében, és igen alacsony arányban a szociális szolgáltatásokban. Fontos kiemelni, hogy a városrészek közül a Hímesben a legmagasabb a felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők aránya (50,0%). Ókistelekisződben az iskolai végzettség szempontjából nem ilyen kedvezőek az adatok, itt legnagyobb arányban, a lakosok több mint felénél a középfokú végzettség jellemző, de magas (25%) az alapfokú végzettségűek aránya is.

4.5.2. A városrész csoportok részletesebb összehasonlítása

Ebben a fejezetben az előzőekben bemutatott csoportokból három („A" 115 fő, „B" 577 fő, „C" 24 fő településcsoportok) eredményeit hasonlítjuk össze. A legalacsonyabb elemszámmal rendelkező, „A-" jelzésű kerületet ebben az alfejezetben az összehasonlításból kizártuk.

Ha megvizsgáljuk az egyes korcsoportok arányát a kerületekben, akkor szignifikáns különbséget látunk közöttük (x^2= (4, N=683)=20,294 p=0,001), mely különbségek a *14. számú táblázatban* követhetőek.

	18-34	35-64	65+
„A" csoport	27,8%	62,0%	10,2%
„B" csoport	16,0%	59,7%	24,3%
„C" csoport	4,2%	58,3%	37,5%

14. számú táblázat Az egyes kerületek korösszetétele

A táblázatban jól látszik, hogy a 18-34 éves korcsoport aránya „A"-ból „C" irányába csökken, a 35-64 éves korcsoport aránya megközelítőleg ugyanaz, a 65 év felettiek aránya pedig „A"-ból „C" irányába nő, tehát a „C" csoportban a legkevesebb a fiatalok és legmagasabb az idősek aránya.

A nemi arányok tekintetében a nők túlsúlya jellemző minden csoportban *(15 számú táblázat),* szignifikáns eltéréseket azonban nem találtunk.

	férfi	nő
„A" csoport	37,2%	62,8%
„B" csoport	38,7%	61,3%
„C" csoport	33,3%	66,7%

15. számú táblázat A csoportokban a válaszadók nemi aránya

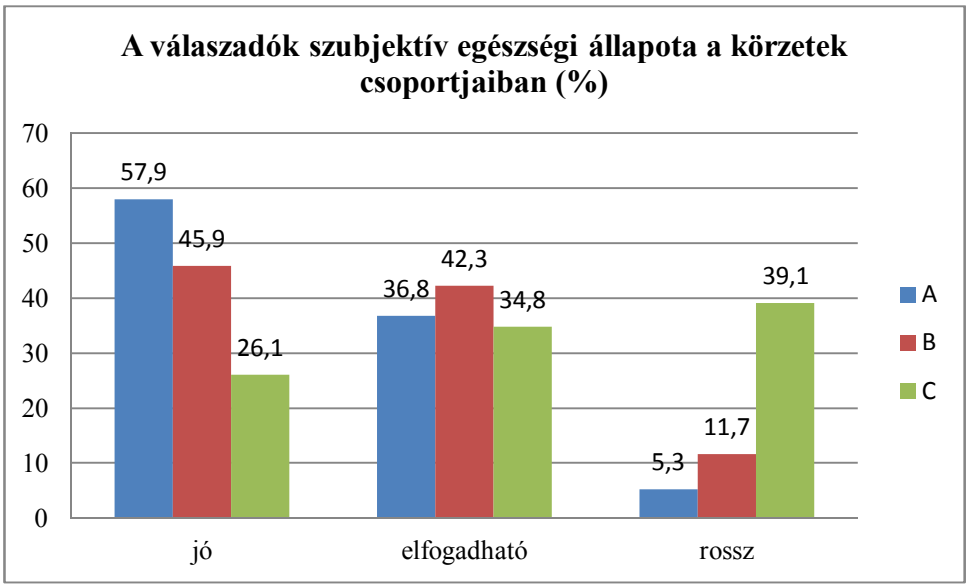
Az iskolai végzettség arányait az „A”, „B” és „C” csoportban a *16. számú táblázat* tartalmazza. Szignifikáns eltérést ebben az esetben sem lehetett tapasztalni.

	alapfokú végzettség	középfokú végzettség	felsőfokú végzettség
„A” csoport	7,3%	70,0%	22,7%
„B” csoport	10,5%	61,6%	28,0%
„C” csoport	20,8%	45,8%	27,3%

16. számú táblázat Iskolai végzettség a válaszadók körében az egyes csoportokban

Az iskolai végzettséget bemutató táblázatból jól látható, hogy „A”-ból „C” csoportba haladva nő az alapfokú végzettséggel rendelkezők, és csökken a középfokú végzettséggel rendelkezők aránya.

A csoportok egészségi állapotával (Rahman modell harmadik dimenzió) kapcsolatban tapasztalhatók különbségek az egyes csoportok között. Lényeges különbség van a csoportok között – a „C” csoport teljesen másképp viselkedik – az önminősített egészségi állapotban *(23. számú ábra)*.

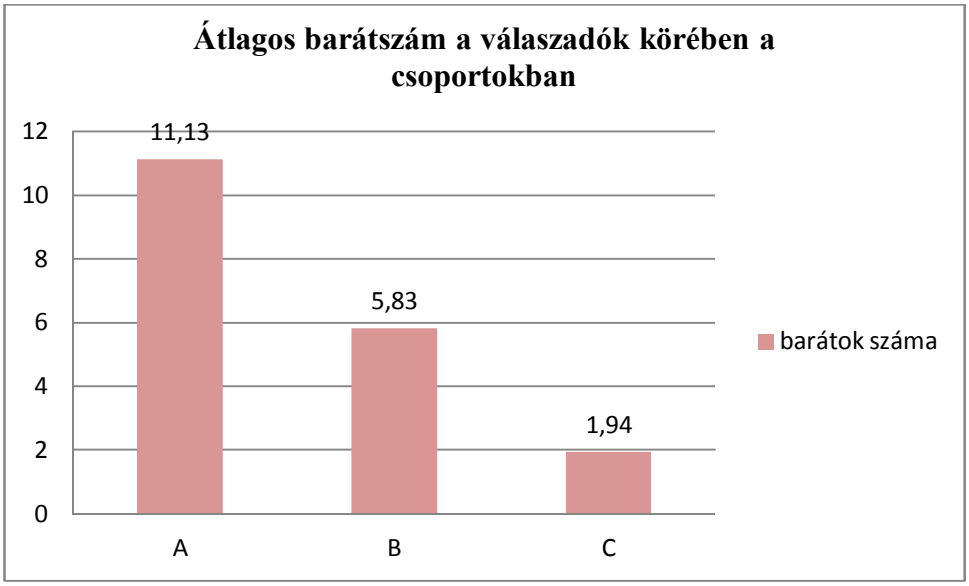


23. számú ábra A válaszadók szubjektív egészségi állapota a körzetek csoportjaiban

Azt tapasztaljuk, hogy míg az „A” és „B” csoportban azok vannak legtöbben, akik jónak, vagy elfogadhatónak érzik egészségi állapotukat, addig a „C” csoportban legtöbben, 39,1%-ban rossz-

nak ítélik meg azt. A különbség szignifikáns (x^2= (4, N=699)=25,072 p=0,000). Ha megvizsgáljuk, hogy az elmúlt 12 hónapban hányszor fordultak átlagosan orvoshoz, akkor az „A" csoport tagjai kétszer (1,71), a „B" csoport tagjai háromszor (2,47), a „C" csoport tagjai pedig átlagosan ötször (4,60) találkoztak orvossal. Ez a különbség is szignifikáns (ANOVA F(2)=10,899 p=0,000). Ezt a mutatót tekintve is a „C" csoport a legrosszabb helyzetű. Szignifikáns a különbség a fekvőbeteg intézményben töltött átlagos éjszakák számadatát tekintve is, az A csoport tagjai átlagosan kilenc (9,47) éjszakát töltöttek az elmúlt 12 hónapban kórházban, a „B" csoport tagjai átlagosan négy (4,44) éjszakát, a „C" csoport tagjai pedig tizenhárom (12,75) éjszakát (ANOVA F(2)=10,508 p=0,000). A háziorvosi látogatások és az egy napos, járóbetegellátás tekintetében jelentős eltérések nem voltak tapasztalhatóak, csakúgy, mint a dohányzási szokásokban. A csoportok tagjai átlagosan 16-17%-ban dohányoznak napi rendszerességgel. A testtömegindexet tekintve az tapasztalható, hogy a vizsgált csoportokra a túlsúly a jellemző, az „A" csoportban a BMI index értéke 25,16 (kg/m2), a „B" csoportban 25,82 (kg/m2), a „C" csoportban kissé magasabb, 27,08 (kg/m2). Az eltérések nem szignifikánsak.

A családi és baráti kapcsolatok (Rahman modell első dimenzió) tekintetében, ha megnézzük a barátok átlagos számát, akkor azt tapasztaljuk, hogy míg az „A" csoport tagjainak átlagosan tizenegy (11,13), a „B" csoport tagjainak átlagosan hat (5,83) barátja van, addig a „C" csoportban lévőknek csak kettő (1,94) *(24. számú ábra)*.



24. számú ábra A válaszadók átlagos barátszáma a csoportokban

A *17. számú és a 18. számú táblázatokból* láthatjuk, hogy a rokonokkal és barátokkal való találkozások a „C" csoportban inkább közepes gyakorisággal történik, a gyakori találkozások átlaga alacsonyabb, mint a másik két csoportban. A barátok esetében a különbség szignifikáns (p=0,000).

	gyakran	közepesen gyakran	soha
„A" csoport	38,2%	60,9%	0,9%
„B" csoport	32,8%	64,8%	2,4%
„C" csoport	13,0%	82,6%	4,3%

17. számú táblázat Rokonokkal való találkozás gyakorisága a válaszadók körében

	gyakran	közepesen gyakran	soha
„A" csoport	53,6%	44,5%	1,8%
„B" csoport	36,1%	53,5%	10,4%
„C" csoport	18,2%	50,0%	31,8%

18. számú táblázat Barátokkal való találkozás gyakorisága a válaszadók körében

Megfigyelhetjük, hogy a gyakori találkozások száma mindkét esetben (rokoni, baráti)-, „A" csoportból „C" csoport irányába haladva csökken.

Az érzelmi jóllétet (Rahman modell második dimenzió) a boldogságindex értékével mértük a csoportok vonatkozásában, aminek átlagértéke az „A" csoportban 4,38, a „B" csoportban 4,32, a „C" csoportban pedig csupán 3,8.

Az anyagi jólét (Rahman modell negyedik dimenzió) vonatkozásában a csoportok között nem volt tapasztalható jellemző különbség. A válaszadók havi jövedelmükből legtöbben úgy érzik, kijönnek és a fizetésükkel legtöbben közepes mértékben elégedettek mindhárom csoportban.

Lokális közösségek (Rahman modell ötödik dimenzió) tekintetében a vizsgált csoportok meglehetősen inaktívak. Többségükben, több, mint 90%-ban, nem tagjai sportklubnak, nem tagjai művészeti csoportoknak, vallási közösségeknek sem jellemzően. A hobbi, szabadidős tevékenységek területén is alacsony az aktivitásuk.

Munka és aktivitás (Rahman modell hatodik dimenzió) szempontjából legrosszabb a helyzet a „C" csoportban, itt 78,3% azok aránya, akik nem dolgoznak *(19. számú táblázat)*. A gazdasági szempontból inaktívak aránya „A"-ból „C" csoport irányába haladva nő.

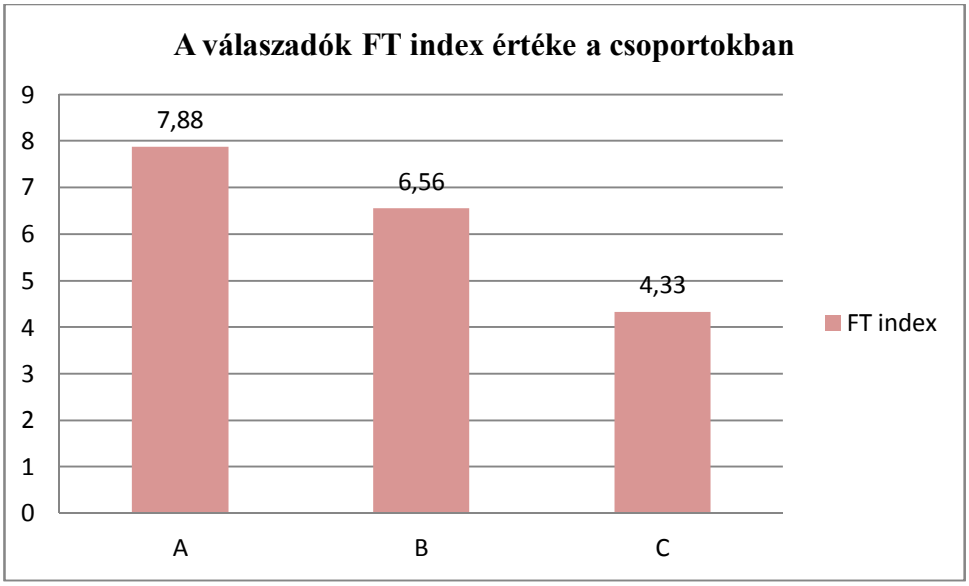
	igen	nem
„A" csoport	62,3%	37,7%
„B" csoport	53,8%	46,2%
„C" csoport	21,7%	78,3%

19. számú táblázat Gazdasági aktivitás a csoportokban

A személyes biztonság (Rahman modell hetedik dimenzió) vegyesebb képet mutat. Mindhárom csoportban a legerősebb a bizalom a család irányában. Ez különösen igaz a „C" csoportban, ahol 100% a családba vetett bizalom. A barátok tekintetében elmondható, hogy az „A" csoport tagjai számítanak leginkább, (74,7%) barátaikra. A lakosok ismerősökre közepes mértékben számítanak, a hivatalokra inkább nem. A „C" csoport 88,2%-a nem bízik a hivatalokban. Hasonló a helyzet a szociális szolgáltatásokkal is, ahol szintén alacsony az általános bizalom. A „C" csoportnak 82,4%-a úgy érzi, nem számíthatna probléma esetén a szociális szolgáltatásokra.

A környezet minőségének (Rahman modell nyolcadik dimenzió) megítélésében nincsenek kifejezett különbségek a csoportokat tekintve, illetve kirívó elégedetlenség sem volt tapasztalható. Hangos, zavaró környezetre az „A" csoport 18,8%-a, a „B" csoport 22,9%-a panaszkodott. Légszennyezésről a „B" csoport 18,3%-ban számolt be. Vandalizmus 16,1%-ban volt jellemző az „A" csoportban.

Az FT indexet vizsgálva a csoportokban megfigyelhetjük, hogy az „A” csoportban az index értéke 7,88, a „B” csoportban 6,56, a „C” csoportban pedig 4,33 *(25. számú ábra)*. A különbség a csoportok között szignifikáns (p=0,000).



25. számú ábra Az FT index értéke az egyes csoportokban a válaszadók körében

5. Megbeszélés

5.1. Eredmények összefoglalása

A társadalom, különböző csoportjait vizsgálva, az életminőség tekintetében eltéréseket tapasztalhatunk. Az életminőség egyes dimenziói – mint például az egészségi állapot, anyagi-jövedelmi helyzet, munka és gazdasági aktivitás, társas kapcsolatok, érzelmi jóllét stb. – szintén különbségeket mutatnak az egyes társadalmi csoportok esetében. Az egészségi állapotban mutatkozó különbségeket okozhatják biológiai, genetikai, életmódbeli tényezők, de elsősorban társadalmilag, gazdaságilag meghatározottak, melyek egészség-egyenlőtlenségekhez vezetnek. Az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése, a lakosság egészségi állapotának javulását, ezen keresztül jobb életminőséget eredményezhet.

Nyíregyháza lakossága életminőségének széleskörű vizsgálata, az azt befolyásoló tényezők leírása, lehetőséget teremt a szükséges pozitív irányú változtatások tervezéséhez. A város egyes körzeteinek, az itt élők egészségi és társadalmi-gazdasági mutatóinak feltárása és ismerete alapján lehetőség nyílik olyan intézkedések kidolgozására, melyek képesek javítani a nyíregyházi lakosok egészségi állapotát és életminőségét a városrészekre specializáltan és összességében egyaránt.

A város egészét tekintve is elmondható, hogy a lakosság egészségi állapota, mind szubjektív, (önminősített egészségi állapot Nyíregyházán), mind objektív (háziorvosi jelentések alapján) tényezők mentén vizsgálva rosszabb, mint az országos átlag.

Az *ELEF 2014*-es adatai szerint a magyar lakosság 61,4%-a jónak, nagyon jónak, 27,5%-a kielégítőnek és 11,1%-a pedig rossznak, nagyon rossznak ítéli meg egészségi állapotát (*ELEF, 2014*).

A nyíregyháziak ehhez képest közel 40%-ban elfogadhatónak, 11%-ban rossznak ítélik meg egészségi állapotukat, míg a jónak, nagyon jónak egészségi állapotukat megítélők aránya nem éri el az 50%-ot. A városi körzetek csoportjai közül a „C” csoportban (Hímes, Ókistelekiszőlő) figyelhettünk meg jelentős eltérést mind a városi, mind az országos adatokhoz képest, ugyanis ebben a csoportban a legmagasabb arányban, 39,1% rossznak, nagyon rossznak ítélték meg egészségi állapotukat, míg jónak, nagyon jónak csupán 26,1%-ban.

Az egészségi problémák részletezése során összességében a nyíregyházi lakosok gyakrabban számoltak be arról, hogy a megkérdezés előtti 12 hónapban kezelték valamilyen betegséggel és arányuk a legtöbb betegség/betegségcsoport esetén magasabb, mint az *ELEF 2014* hazai lakosságra vonatkozó adatai (Hüse, 2015).

Az állandó, vagy kisebb megszakításokkal visszatérő betegségek a városlakók több, mint 30%-át érintik. A körzetek tekintetében elmondható, hogy a városi átlag feletti érték mutatkozott Jósaváros1 tekintetében 31,4%, a Belvárosban 34,1%, a Bokortanyákon 36,1% és Borbányán 36,2%. A legmagasabb arány Sóstón, 40,4% és Nyírszőlőben, azaz a „B" csoport településrészeiben volt jellemző (45,5%).

Az egészségügyi ellátások igénybevétele területén országosan jellemző, hogy kórházi ellátásban (fekvőbeteg intézményben legalább egy éjszakát eltöltők aránya) a megelőző egy évben a lakosság 14%-a részesült, szakrendelésen hattizedük járt, míg a háziorvost a lakosok háromnegyede legalább évente egyszer felkereste (*ELEF, 2009*). Vizsgálatunkban a körzetek „C" csoportjában az elmúlt egy évben fekvőbeteg intézményben eltöltött éjszakák számának átlaga kiemelkedően magas volt, 12,75, és orvoshoz is átlagosan 4,60-szor fordultak, ami szintén ebben a csoportban a legmagasabb.

A dohányzásról, ami kiemelt életmódbeli kockázati tényező az egészségi állapot szempontjából, elmondható, hogy az *ELEF* adataihoz képest Nyíregyházán a dohányosok aránya némiképp alacsonyabb, hiszen a városlakók összességében 25,2% -a dohányzik az országos 29%-hoz képest. Ha a városban az egyes körzeteket is megvizsgáljuk, azt tapasztaljuk, hogy Huszártelepen (50,0%) és további három körzetben,(Örökösföld 30,0%, Oros 33,3%, és Nyírszőlő 27,3%) magasabb a dohányzók aránya, mind az *ELEF*, mind a város átlagához képest. A dohányzáshoz, mint egészségkárosító magatartáshoz köthető súlyos egészségproblémák aránya az elmúlt húsz-huszonöt évben javult. 2009 és 2014 között az *ELEF* adatai azt mutatják, hogy csökken a dohányosok aránya országosan (*ELEF, 2014*; Tistyán, Busa, Füzesi 2012).

A testsúlyproblémák közül az elhízás, a túlsúly, jelentős mértékben hozzájárul betegségek kialakulásához, illetve önmagukban is betegségnek számítanak. Az elhízás mértékét az általánosan elfogadott testtömegindex (BMI) segítségével állapítottuk meg, önbevallott értékek alapján. Az országban a legfrissebb *ELEF* adatok azt mutatják, hogy a lakosok 54%-a túlsúlyosak, elhízottak közé tartozik. Nyíregyházán a városlakók BMI átlaga 25,73 (kg/m2), melyhez képest a körzetek „A" csoportjában a BMI index értéke kicsit alacsonyabb, 25,16(kg/m2), a „B" csoportban minimálisan magasabb, 25,82(kg/m2) a „C" csoportban kissé magasabb 27,08(kg/m2).

Az egészségi állapot objektív adatait tekintve a háziorvosok jelentése alapján Nyíregyháza felnőtt lakosságának megbetegedése a vizsgált betegségek közül (magasvérnyomás betegség, spondylopáthiák, ischaemiás szívbetegségek, lipoprotein anyagcsere rendellenességei, cukorbetegség, cerebrovasculáris megbetegedések, idült alsó légúti betegségek, rosszindulatú daganatok, máj betegségei) minden esetben meghaladja az országos átlag szintjét (*20. számú táblázat*).

Betegség	Megbetegedési kockázat (%)	
	Férfi	Nő
Magasvérnyomás (hypertensiv) betegségek (I10-I15)	112.8%*	105.2%*
Spondylopathiák (M45-M49)	158.6%*	143.4%*
Ischaemiás szívbetegségek (I20-I25)	145.8%*	135.8%*
Lipoprotein-anyagcsere rendellenességei és egyéb lipidaemiák (E78)	109.8%*	104.3%*
Diabetes mellitus (E10-E14)	134.2%*	117.2%*
Cerebrovascularis betegségek (I60-I69)	152.4%*	149.3%*
Idült alsó légúti betegségek közül (J40-J44)	161.7%*	197.9%*
Rosszindulatú daganatok (C00-C97)	123.8%*	126.2%*
A máj betegségei (K70-K77)	123.5%*	126.4%*

Forrás: KSH * szignifikáns eredmény

20. számú táblázat Nyíregyháza felnőtt lakosságának megbetegedési kockázata az országos átlaghoz viszonyítva, a háziorvosok jelentése alapján 2013-ban

Az említett betegségek preventív eszközökkel csökkenthetőek lennének, illetve kitolható lenne a megjelenés várható ideje.

A nyíregyháziak egy főre jutó átlagos nettó jövedelme terén elmondható, hogy a várost az országoshoz hasonló tendenciák jellemzik. Az átlagjövedelmek növekedést mutatnak, Nyíregyházán a 2012-es adatfelvétel során az egy főre jutó átlagjövedelem 74 ezer forint volt, 2015-ben már 85 ezer, ami majdnem 15 százalékos növekedést jelent. Ezzel azonban még mindig jellemző az országos értékektől való elmaradás, hiszen 2014-re az átlagjövedelem hazai értéke megközelítette a 100 ezer forintot (Fábián és mtasai, 2015). A megkérdezetteknek 54,2 %-a felelt igennel arra a kérdésre, hogy „Dolgozik-e Ön jelenleg?”, ami azt is jelenti egyben, hogy 2015-ben a válaszadók 45,8% volt inaktív gazdasági szempontból.

A Nyíregyháza város életminőségét vizsgáló kutató csoportban a társas kapcsolatok részletes vizsgálatával városi szinten (körzeti jellemzők feltárása nélkül) Dr. Huszti Éva foglalkozik. Az általa publikált eredményekből is tudjuk (Huszti, 2015), hogy a városban átlagosan öt (4,7) barátot említettek a megkérdezettek a 2015-ös vizsgálatban, ami az országos 5,5 átlagtól (Omnibusz, 2011) elmarad.

A Rahman modell további dimenzióit vizsgálva és összevetve az egyes csoportokat (összevont körzetek csoportjai A, B, C csoportok) egymással, illetve a városi átlagokkal, kirajzolódik, hogy a „C” csoport több esetben is a legrosszabb mutatókat produkálja. Összességében megállapítható,

hogy ebben a csoportban, az itt élőknek kevés barátja van, visszahúzódóak (pl. közösségi életüket tekintve), gazdasági aktivitásuk alacsony, családjukon kívül, jellemzően nem bíznak senkiben. Úgy érzik, hogy probléma esetén a hivatalok és szociális szolgáltatások segítségére egyáltalán nem támaszkodhatnának, elsősorban családjukat tekintik támasznak. A magas átlagéletkor a „C" csoport körzeteiben – Hímes, Ókistelekiszőlő – előrevetíti, hogy a kor előrehaladtával még további romlás várható a lakosok egészségi állapotában, amennyiben nem történik beavatkozás. E két körzet vonatkozásában elmondható, hogy sikerült esetükben feltárni az őket érintő súlyos egészségi, társadalmi, gazdasági problémákat, ezzel beazonosításra került két olyan településrész, ahol sürgősen célzott intervencióra van szükség. A vizsgálatból származó mutatók már nem is csak a prevenciós programok célzottságát, hanem az ellátások átgondolt és célzott irányítását sürgetik.

Meg kell jegyezni, hogy az összevonást megelőzően élesebbek voltak a különbségek a településrészek között, de a jellemző elkülönülések a modellekben is megmaradtak a körzetösszevonást követően.

A Nyíregyházán élők életminőség indexe átlagosan 6,76 volt 2015-ben (Takács és mtsai, 2015). A körzetek csoportjait összevetve a városi átlaggal azt tapasztaljuk, hogy a „B" csoport index értéke hozzávetőleg együtt mozog a városéval (6,56). A Huszártelepen élő megkérdezettek életminőség indexe a legmagasabb, majd az Örökösföldön, ezt követően pedig az Oroson élők életminősége áll. Legalacsonyabb az Ókistelekiszőlőben, illetve a Hímesben élők FT indexe. Ismervén az említett körzetek jellemzőit, az eredmények nem a várakozásnak megfelelően alakultak, hiszen a korábbi vizsgálatok Huszártelepet mutatták több szempontból a leghátrányosabb körzetnek, a legrosszabb mutatókkal.

Az „A" csoport FT indexe magasabb (7,88), a „C" csoport pedig ezen a területen is jóval rosszabb mutatóval rendelkezik (4,33). Az életminőség index tekintetében a körzetek között szignifikáns eltérés mutatható ki, mely az alacsony elemszámú körzetek kizárását követően is igaz. Ezeket a különbségeket az egyes körzetek vonatkozásában hosszú távon minimalizálni (esetleg megszüntetni), rövidtávon közelíteni szükséges, melyhez akcióterv kidolgozása javasolt, amiben az egészségi állapot javítása kiemelt célként fogalmazódik meg.

5.2. Hipotézisek összevetése az eredményekkel

- Első hipotézisünk, mely szerint Nyíregyháza város nem mutat homogén képet a lakosság életminőségét és egészségi állapotát tekintve, jellemzőek a különbségek az egyes városré-

szek között, bizonyítást nyert, ugyanis az egyes körzetek és körzet csoportok között több módon is sikerült igazolni szignifikáns különbségeket. Mind az objektív, mind a szubjektív (mint például önminősített egészségi állapot) mutatók inhomogénnek mondhatók. A bináris logisztikus regressziós modell igazolta, hogy a körzethez való tartozás szignifikáns befolyásoló tényezője az életminőségnek Nyíregyházán. A városrész csoportokban is jellemzőek a különbségek. Az „A" csoportban elhelyezkedő Újkistelekiszőlőben, az egészségi állapotot tekintve problémák rajzolódnak ki, ugyanis itt legtöbben „csak" elfogadhatónak érzik egészségüket és több, mint 12%-ban rossznak ítélik meg azt. A viszonylag fiatalnak mondható lakosság átlagosan négyszer (3,8) fordul valamilyen tünet/betegség kapcsán orvoshoz. Ezek az adatok célzott preventív beavatkozások (pl. szűrővizsgálatok) tervezését indokolhatják ebben a körzetben. Célzott vizsgálatot kellene végezni annak kiderítésére, hogy pontosan miért fordul orvoshoz a fiatal lakosság? A „B" csoportban egészségi állapotbeli mutatóikat tekintve kiemelendő Nyírszőlő, Sóstó és Oros, ahol szintén időszerű lehet a preventív szolgáltatásokra nagyobb hangsúlyt fektetni. Ezekben a körzetekben hatékonyak lehetnek a közösségi programok, különösen Oroson, figyelembe véve közösségi aktivitásukat. A legutóbbi adatfelvétel eredményei alapján a problémák súlypontja áthelyeződött - az általam „C" csoportban összevont -, Hímes és Ókistelekiszőlő körzetekre, ahol mind az egészségi állapotot, mind a társadalmi, gazdasági aspektusokat tekintve nehézségekkel küzdő lakossági közösségek körvonalazódtak.

- Második hipotézisünk, mely szerint a lokális felmérések során kialakított életminőség index (FT index) értéke magasabb a város azon lakossági közösségeiben, akik társadalmi-gazdasági szempontból jobb helyzetű körzeteiben élnek, részben igazolódott. Az életminőség index a 2015-ös hullámra támaszkodva különbségeket mutatott az egyes körzetek között, ezek azonban nem a várakozásunknak megfelelően alakultak, ugyanis a magas életminőség index nem feltétlenül járt együtt a jobb társadalmi-gazdasági státusszal. Eredményeink rámutatnak arra, hogy nem csak az anyagi, gazdasági státusz a lényegesen befolyásoló, hanem az életminőség több dimenzió (mint például a család, az egészségi állapot, az érzelmi jóllét stb.) által is meghatározott.
- Harmadik hipotézisünk, mely szerint azon körzetekben, ahol az ott élők átlagéletkora magasabb, a lakosok panaszainak és jelzett megbetegedéseinek száma megnő, továbbá az orvoshoz fordulás és az egyes egészségügyi szolgáltatások igénybevétele gyakoribbá válik, beigazolódott. A kor előrehaladtával az egyes tünetek/betegségek száma növekszik, amit lineáris és nem lineáris regressziós vizsgálattal bizonyítottunk. Ezek a számítások túlmu-

tatnak az általános „a kor növekedésével növekszik a megbetegedések száma” képen, mivel az adatok segítségével számszerűsíthetők ezek a kijelentések. Regressziós modelljeink azt jelzik, hogy Nyíregyházán az ötven éves életkor az, amely felett lényegesen megnőnek az egyes betegségekhez társuló panaszok, tünetek és az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele is.

5.3. Huszártelepi intervenció

A korábbi eredmények (2008, 2010, 2012 adatfelvétel során) arra utaltak, hogy Nyíregyháza város egyik, közismerten leghátrányosabb helyzetű körzetében, a Huszártelepen kellett számolnunk a legrosszabb mutatókkal a szubjektív egészségi állapot, illetve a rizikómagatartások, mint például a dohányzás, vonatkozásában. Huszártelepen, szegregált körülmények között élnek a város roma, illetve halmozottan hátrányos helyzetű polgárai. Az eredmények pontosítása és az egészséggel összefüggő életminőség javítása érdekében egy intervenciós programot dolgoztunk ki és valósítottunk meg a huszártelepi közösségben, melyet egy interjús felmérés előzött meg a célcsoport körében. Az intervenciós pilot program célja volt az esélyegyenlőség biztosítása, az életminőség javítása (hátrányok hatásainak mérséklése, megelőzése, egészségügyi szolgáltatásokhoz, alap- és szakellátáshoz való hozzáférés javítása), továbbá a bevont személyek egészséggel, egészségüggyel kapcsolatos ismereteinek bővítése egyéni tanácsadások és csoportfoglalkozások segítségével.

A lebonyolított pilot programból a dolgozathoz kapcsolódóan a tapasztalatokat kívánjuk kiemelni, melyek hasznosak lehetnek egy specializált intervenció tervezési szakaszában. A program célcsoportja a huszártelepi felnőtt lakosság volt, akik körében hallgatók bevonásával interjús felmérés és ez alapján adekvát program kidolgozása valósult meg, továbbá együttműködést építettünk ki a helyi szakemberekkel, tanácsadást, csoportfoglalkozást biztosítottunk heti rendszerességgel. A leginkább érdeklődésre számot adó témák a csoportfoglalkozás során a fertőző betegségek megelőzése, higiénés szokások kialakítása, életvezetési technikák voltak. Az egyéni tanácsadások leginkább dohányzással, táplálkozással, életvitellel összefüggésben valósultak meg. Az elvégzett terepmunka is azt bizonyítja, hogy a halmozottan hátrányos helyzetű csoportok számára tervezett intervenció gondos előkészítést igényel, ugyanis nem feltétlenül nyitottak az egészségük megőrzését, javítását célzó beavatkozásokra. Egyrészt azért, mert szükségletként sem jelenik meg esetükben az egészségtudatosság, és még kínálat esetén sem ismerik fel az egészségmegőrzést támogató intervenció jelentőségét. Az is tapasztalható volt, hogy a támogató programok – nem feltétlenül

egészségi állapot javítását célzó – területén, mondhatni túlkínálat mutatkozik egy-egy, ebben az esetben, a huszártelepi közösségben. Ezek egy idő után a közösség tagjainak a motiválatlanságát idézik elő, ugyanis teherként élik meg, hogy napi rendszerességgel, már-már betáblázva, akár naponta több programon kell/kellene megjelenniük. Elsődlegesen azokat a programokat preferálták, amelyek az információátadáson túl egyéb előnnyel is jártak (pl. étkezést biztosítottak számukra, tisztasági csomagot kaptak stb.).

A legutóbbi, 2015-ös adatfelvétel során sajnos Huszártelepről kevesen kerültek a mintába, ezért az erre a körzetre vonatkozó eredmények alapján megfogalmazott következtetések, megállapítások korlátok között értelmezhetőek. A 2015-ös eredmények javulást mutatnak több mutató tekintetében, de a kis elemszám azt indokolja, hogy ebben a körzetben megfelelő számú mintán egy megismételt adatfelvétel történjen, ami alapján korrekt következtetések birtokában felderíthető, hogy tényelegesen javultak-e a huszártelepi lakosok egészségmutatói.

5.4. Új eredmények

A dolgozat alapjául szolgáló munka a következő területeken szolgál újdonsággal:

- A kutatás újszerűségét elsősorban az adja, hogy Magyarország városainak vonatkozásában életminőség vizsgálatot ilyen széleskörű megközelítésből, objektív és szubjektív tényezőket is figyelembe vevő módon tudomásunk szerint még nem végeztek.

- A vizsgálatok egyediek abból a szempontból is, hogy a várost nem homogén egységnek tekintettük, a városrészek közötti különbözőségeket tudományosan megalapozott módon vizsgáltuk és bocsátottuk a döntéshozók rendelkezésére.

- Kutatásunk eredményeképpen beigazolódott, hogy Nyíregyháza város egyes körzetei között, az itt élő lakosság életminőségében, önminősített egészségi állapotában, társas kapcsolataiban lényeges és jellemző különbségek vannak. Az életminőségbeli különbségek igazolására új megközelítésben használtuk a helyi szinten kidolgozott életminőség indexet.

5.5. A kutatás korlátai

A kutatás újszerűségét adó körzeti összehasonlításokból fakad a kutatás legjelentősebb korlátja, nevezetesen az egyes körzetekben tapasztalt alacsony válaszadási hajlandóság és az ebből adódó alacsony elemszám. Ki kell emelni, hogy a legalacsonyabb elemszámmal bíró Huszártelepről származó eredmények csak jelentős óvatossággal, korlátok között értelmezhetőek, ezért, egy megalapozott intervencióhoz indokolt lehet egy újabb vizsgálat lefolytatása.

Meg kell jegyeznünk azonban azt is, hogy a kutatói és a gyakorlati szakemberi attitűdök gyakran ellentmondásba is kerülhetnek egymással akár ugyanazon alapértékek mentén is.. Egy kutatói alapelve az, hogy csak pontos tények, adatok birtokában szabad megállapításokat tenni és kijelölni a beavatkozások irányait. A gyakorlatban azonban alapos és folyamatosan ismétlődő kutatásokra gyakran nincs elegendő anyagi és humán erőforrás, miközben az intervenciók sürgős szükséglettel vetődnek fel. A gyakorlatban dolgozó szakemberek alapelve ilyen esetekben az, hogy eleget tudunk (korábbi kutatásokból és a mindennapi tapasztalatokból) ahhoz, hogy az intervenciót jól meg lehessen tervezni, ezért a szűkös erőforrásokat inkább a tényleges beavatkozásokra kell fordítani. A kétféle megközelítés véleményünk szerint nem mond egymásnak ellent, az egyensúlyt kell közöttük megtalálni.

6. Javaslatok

A nyíregyházi lakosok, ezen belül az egyes településrészeken élők életminőségének javításához több területet érintve lenne szükség beavatkozásra, melyek közül kiemelten az egészségi állapotra fókuszálva fogalmazunk meg javaslatokat egy átfogó intézkedéshez. „Nyíregyháza életminősége – Háztartáspanel" kutatás 2015-ös hullámának eredményeire alapozva azonosítjuk be azokat a pontokat, amik nagyban segíthetik egy intervenció kidolgozását, és amelyek megvalósítása esetén a város lakosságának egészségi állapota pozitív irányba befolyásolható.

Javaslattételeink során stratégiai pontokat és prioritásokat kívánunk megjelölni, melyek segítségével városi viszonylatban egy egészségterv kidolgozására teszünk javaslatot a problémák és a hozzájuk kapcsolódó akciók felvázolásával kutatási eredményeinkre, a háziorvosi morbiditási jelentésekre és a szakirodalomra támaszkodva.

Ahogyan azt az Egészségügyi Világszervezet szakemberei is megfogalmazták az egészségegyenlőtlenségek felszámolására készített ajánlásukban - magyarul a „Számoljuk fel egy generáció alatt a szakadékot" (2008) dokumentumban olvasható -, javítani kell a mindennapi életkörülményeket, amelyekhez elsősorban olyan döntések szükségesek, amelyek javítják a jóllétet. Az említett ajánlás kiemeli összkormányzati és helyi szinten is az egészséges lakóhely, igazságos foglalkoztatás, szociális védelem jelentőségét, továbbá az alapellátásra fókuszáló általános, minőségi egészségügyi szolgáltatást. Ezen területek központi szerepét és jelentőségét kutatási eredményeink is aláhúzzák. Az egészség társadalmi, gazdasági meghatározóira vonatkozó monitorozást szintén kiemelten kezeli az említett dokumentum, melynek helyi szinten jó példája a Nyíregyháza életminőségét vizsgáló háztartáspanel kutatás. Ennek fenntartása folyamatos bázis lehet a helyi döntések előkészítéséhez, megalapozásához a lakosság életminőségének javítása érdekében. Ez alapján kiemelt prioritást kell, hogy élvezzen a Nyíregyháza város lakossága életminőségének, egészségi állapotának (annak társadalmi, gazdasági meghatározóinak) rendszeres követése, amely folyamatosan biztosítja a problémák azonosítását, azok elemzését, a célzott programok kidolgozását és monitorozását, a már működő programok hatékonyságának vizsgálatát.

Nyíregyháza vonatkozásában kiemelt figyelmet érdemel a morbiditási adatokból kiindulva számos betegségcsoport megelőzése, hiszen előfordulásuk a háziorvosi jelentések alapján minden esetben gyakoribb, mint az országos átlag. Ez két okra vezethető vissza: vagy Nyíregyházán valóban gyakrabban fordulnak elő ezek a betegségek, vagy bizonyos betegségek tekintetében a rejtett morbiditás aránya alacsonyabb az országos átlagnál. Ez utóbbi magyarázatot erősíti meg az a tény, hogy

Nyíregyháza lakosságának halálozási viszonyai a fő halálokok tekintetében kedvezőbbek az országos átlagnál. Nyíregyházán az alább felsorolt betegségek, betegségcsoportok okozzák a legfőbb problémákat, a legnagyobb egészségveszteséget, amelyek okán kiemelten ajánlott lakossági egészségmegőrző programok rendszeres szervezése, a munkahelyi egészségmegőrzés feltételeinek bővítése és támogatása az alábbi megelőzési stratégiák mentén:

- A Nyíregyházára vonatkozó háziorvosi jelentések és a helyi háztartáspanel önminősített egészségi állapotot vizsgáló felmérése alapján kiderült, hogy a városban magas a felnőtt lakosság körében a magasvérnyomás betegség, aminek esetében megkülönböztetünk elsődleges és másodlagos hipertóniát. Az elsődleges hipertónia oka sokténye zős, pl.: életmódi tényezők, környezeti hatások és a genetika játszanak szerepet kialakulásában. Amennyiben másodlagos, akkor más betegségek tüneteként jelentkezik. A szív-érrendszeri megbetegedések leggyakoribb kockázati tényezői között is szerepel a magasvérnyomás-betegség, a cukorbetegség, a zsíranyagcsere-betegség, az elhízás, a dohányzás és az alkoholizmus, valamint az egészségtelen táplálkozás és a mozgásszegény életmód mellett. A koszorúér betegség, az elsődleges hipertónia megelőzhető a kockázati állapotok időbeli felismerésével, az életmód megváltoztatásával, szükség esetén a megfelelő gyógyszeres kezelés bevezetésével. Az életmód megváltoztatásának támogatásában prioritást kell, hogy kapjanak a dohányzás, az alkoholfogyasztás csökkentésére és a testmozgás, az egészséges táplálkozás előmozdítására irányuló programok.
- A lipid anyagcserezavarok gyakori előfordulása is megmutatkozott az adatokban, melyek növelik a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát és gyakran párosulnak testsúly felesleggel, ami már önmagában is más betegségek kiváltó oka lehet. A legtöbb embernél a telített zsírban és koleszterinben gazdag ételek kerülése, a rendszeres testmozgás, a túlsúlyos embereknél pedig a fogyás is csökkenti a vér koleszterinszintjét. Az említett életmódbeli változások támogatása a lipid anyagcserezavarok okozta problémák miatt is kiemelt jelentőségű.
- Magas a városban a cukorbetegek aránya is az adatok tanúsága szerint. A cukorbetegség korai felismerése rendkívüli fontosságú a diabetes súlyos szövődményeinek megelőzése szempontjából (vesebetegség, kardiovaszkuláris betegségek). A korán felismert diabetes diétával, orális antidiabetikumokkal, illetve inzulinpótló terápiával jól karbantartható. Javasolt a veszélyeztetett korcsoportok szűrővizsgálat keretében végzett vércukorszint-meghatározása életmód tanácsadással egybekötve.

- A cerebrovascularis betegségek előfordulási gyakorisága is magasabb Nyíregyházán, mint az országos átlag. Az agyvérzés az egyik leggyakoribb olyan betegség, mely a független életvitelt lehetetleníti el, jelentősen rontva ezáltal az életminőséget. A szélütés kockázati tényezői közé tartoznak a magasvérnyomás, a cukorbetegség, a dohányzás, a fizikai inaktivitás, és az elhízás, mely ismételten a rendszeres szűrés és megelőzés fontosságát támasztja alá.
- A légzőrendszer megbetegedéseinek a nagy részét, az idült alsó légúti megbetegedések okozzák (hörghurut, COPD stb.). Gyakoriak az alsó légutak fertőzéses megbetegedései, de a legnagyobb kockázati tényezőnek a dohányzás (akár passzív is lehet), esetenként a szmog számít. Amikorra a légúti betegség krónikussá válik sajnos már nem lesz gyógyítható, legfeljebb lassítani lehet a kedvezőtlen folyamatok kialakulását. Ezért fontos a betegség megelőzése, a kockázati tényezők kerülése, a dohányzás abbahagyása és annak támogatása különböző célzott programokkal.
- A rosszindulatú daganatok mind a morbiditást, mind a mortalitást tekintve vezető helyen állnak Nyíregyházán is. Rosszindulatú daganat bármely szerv bármely szövetébe, bármely életkorban keletkezhet. Az egészségügynek is fontos feladata a megelőzés, így széles körben kell a daganatos betegségeket megismertetni a lakossággal és felhívni a figyelmet a szűrővizsgálatok jelentőségére és a rendszeres háziorvosi vizsgálatokra. A kockázati tényezők sokfélesége miatt (táplálkozási tényezők, dohányzás, alkoholfogyasztás, foglalkozási expozíciók, ionizáló és nem ionizáló sugárzás stb.) a prevenciós lehetőségek összekapcsolása javasolt. Bizonyos rosszindulatú betegségeket onkogén vírusok okoznak, melyek közül a hepatitis B ellen és a humán papillóma vírus (HPV) ellen rendelkezünk védőoltással (ugyanakkor, meg kell jegyezni, hogy mivel néhány éve került be az oltási sorba, így ennek hatása és a lakosság teljes körű átoltottsága évtizedek alatt fog csak kialakulni). A hepatitis B elleni védőoltás kötelező, míg a HPV elleni védőoltás magas átoltottsági aránya a szülők felvilágosításával és anyagi támogatással (tekintettel a vakcina árára, leszámítva a 7. osztályosokat) érhető el.
- A csontrendszer betegségei is helyet kell, hogy kapjanak a preventív cselekvések számbavétele és tervezése során, hiszen a legtöbb esetben megelőzhetőek lennének a gerinc izmok erősítésével és kalciumban gazdag étrenddel.
- A máj megbetegedéseinek döntő többségét a mértéktelen alkoholfogyasztás következtében kialakult krónikus májbetegség, illetve májzsugor adja. A májkárosodások kisebbik részéért az egyéb toxikus májártalmak, illetve vírusfertőzések tehetők felelőssé. Az alkoholfo-

gyasztás kontrollálása napjaink egyik legnagyobb népegészségügyi kihívása (gyártásának, illetve forgalmazásának ellenőrzése, a függőségi kapcsolatba kerültek korai azonosítása és gondozásba vétele). Fontos cél a mértéktelen alkoholfogyasztás csökkentése. A hepatitis - B vírus-fertőzések okozta májkárosodások esetében a fertőzés elleni immunizálás jelentősége kiemelkedő.

A fentiekben részletezett célzott, preventív tevékenységek két szinten képzelhetőek el és valósíthatóak meg. Egyfelől egy városi szintű egészségterv közösségi programjainak keretében, a lakosság preventív szemléletformálása céljából, illetve egyéni szinten, egyéni egészségtervezés segítségével.

A tanácsadás - akár életmódbeli változtatás, akár más egészségügyi vagy szociális problémával kapcsolatos - réteg specifikusan, az egyén életfeltételeiből kiindulva, ahhoz igazodva kell történjen (Adler és mtsai, 1993). A nyíregyházi lakosság egészségi állapotának javításához is hozzájárulhat a célzott életmód tanácsadás, mely tevékenységbe a háziorvosok, a praxisokban dolgozó diplomás ápolók, bizonyos esetekben (pl. szűrővizsgálatok szervezése, lebonyolítása) a védőnők bevonása célszerű. Kutatásunkból is kiderült, hogy a lakosság háromnegyede rendszeresen találkozik háziorvosával, mely alkalmak preventív tevékenységekre is szolgáltathatnak lehetőséget, különösen abban az esetben, ha erre a praxisban dolgozók figyelmét célzottan felhívják. Ezeknek az egészségfejlesztő tevékenységeknek köszönhetően javulhat a lakosság egészsége, abban az esetben, ha az életmóddal összefüggő és tágabb – társadalmi-gazdasági - tényezőket kedvező irányba tudjuk befolyásolni. Az életmódbeli tényezőket döntően pedagógiai módszerek alkalmazásával, tudás és készségek átadásával tudjuk befolyásolni[7]. Erre közösségi programok is jó lehetőséget szolgáltatnak.

A város egyes körzeteinek eredményei, eltérő jellemzői szükségessé teszik a településrészekre is specializált akciókat. Adott körzetben leghatékonyabban a helyi közösség ellátásában résztvevő szakembereken keresztül lehet eredményeket elérni, akik saját területükön célzottan képesek „megszólítani" a lakosságot. Fontos, hogy a helyi szinten feltárt problémákról, a körzetet érintő eredményekről mind az egészségügyi, mind a szociális alapellátás szakemberei részletes tájékoztatást kapjanak, mely segíti aktív részvételüket a problémák felszámolásában. Az is fontos, hogy interszektoriális együttműködési keretek között, team munkában segítsék a problémák felszámolását.

[7] The European Network of Health promoting schools

A körzetek esetében a közösségi egészségfejlesztési programok és az egyéni egészségtervezések során cél, az aktív állampolgárok ösztönzése a programok megvalósítása által, életvitelt és aktív szabadidő eltöltést támogató programok megszervezésével. A célcsoport megszólítása és bevonása különböző módszereken keresztül lehet eredményes, hiszen sejthető, hogy azok a településrészek, ahol a közösségi aktivitás jellemző, már-már jó arányúnak mondható (pl. Oros), könnyebben meggyőzhetőek a részvétel fontosságáról, míg azoknak, akik életvitelükben inkább egy „bezárkózó" stratégiát folytatnak (pl. Hímes), nehezebb lesz a bevonása és a motiváltság elérése.

Mindehhez azonban fontosak lehetnek a további kutatások (különösen az alacsony elemszámú, illetve problémákat mutató körzetekben), amelyek információt nyújtanak a lakossági csoportok rétegspecifikus magatartásáról, például a nem megfelelő preventív egészségmagatartásról, annak okairól. Mivel azonban az egyéni szintű megelőzés hatékonysága korlátozott, az egészségmegőrző programoknak is prioritást kell élvezniük. A hátrányos helyzetű rétegek azonosítását követően meg kell állapítani sérülékenységük mibenlétét. Erre a „Nyíregyháza életminősége – háztartáspanel" kutatás, illetve bizonyos körzetek vonatkozásában a már említett magasabb elemszámú megismételt vizsgálatokkal, azok eredményeivel kiegészülve kiválóan alkalmas. A meglévő eredmények és a pontosító tényfeltárást követően kapott eredmények alapján, olyan programot kell kidolgozni, amely réteg-, körzet specifikus, tehát célzottan az adott réteghez, illetve az adott körzetben élő közösséghez szól és az egészségi állapot mellett figyelembe veszi az életminőséget alakító további dimenziókat. Az erőforrások hozzárendelése csak ezután következhet, de a folyamatos kontrolltevékenység és szükség esetén a módosítás a hatékony megvalósítás egyik fontos feltétele.

Az egészségügyi szolgálat (alapellátás és szakellátás) oldaláról is kiváló lehetőségek vannak az egészségfejlesztésre. Az egészségfejlesztési szakmai hálózatban az egészségfejlesztő kórházak alprojektben a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház – Nyíregyháza is részt vett, aminek köszönhetően a kórházakban végzett egészségfejlesztési tevékenységek rendszerszerűek lettek/lesznek. Az eddig is működő, egész várost megcélzó rendezvények, mint a Szív világnapja, a hozzá kapcsolt lakossági szűrésekkel továbbra is fontos eleme kell, hogy legyen a prevenciós akcióknak.

A város lakosságának egészségfejlesztése a város, az alapellátás, a szakellátás, a szociális ellátó rendszer és a lakosság közös ügye. Egy szakmai team, melyben az előbb felsorolt résztvevők véleménye és tapasztalata is érvényre jut, a kutatási eredményekre támaszkodva, azok figyelembe vételével képes a szükséges intervenció kidolgozására.

A város lakosságának egészségi állapotában egy szakemberek által kidolgozott egészségterv alapján pozitív változások érhetők el. E mellett azonban az egyéni egészségtervezés is fontos, melyet a háziorvosi praxisokban egyéni célállítást követően kell menedzselni ahhoz, hogy hatékony és eredményes legyen.

A modern egészségügyben, egy korszerű szemlélettel meg kell teremteni a lakóhely közeli egészségszolgáltatások működését, amelyhez aktív közreműködésre van szükség az egészségügyi rendszer, a szolgáltatók és a lakosság részéről egyaránt. A lakóhely közeli egészségszolgáltatást modellezte egy országos program (TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001), melynek középpontjában az alapellátás megerősítése állt. Ehhez hasonlóan az ún. Svájci-Magyar alapellátási modellprogram keretében, szintén praxisközösségek létrehozását és a praxisközösségekbe különböző egészségügyi szakemberek bevonását modellezték olyan háziorvosi körzetekben, ahol magas volt a hátrányos helyzetű lakosság aránya. A programok részletes eredményei még nem állnak rendelkezésre, az eddigi részeredmények alapján sikeresnek minősíthető mindkét program. Az egészségtervezés mind egyéni, mind közösségi szinten sok lehetőséget rejt magában, mely lehetőségeket fel kell kínálni az embereknek.

Nyíregyháza város az eddigiekben is elkötelezett volt a lakosság egészségének és életminőségének javítása terén. Az utóbbi 5-10 évben több olyan programot és fejlesztést, valósított meg az önkormányzat, amely pozitív irányba módosíthatta, illetve módosíthatja a nyíregyháziak egészségi állapotát, életminőségét (pl. kerékpárutak építése, Mozdulj Nyíregyháza program, senior tornaklub, Sportpálya építése Örökösföldön stb.). Fontos azonban, hogy a lakosság egészsége és életminősége a továbbiakban is prioritás legyen a városi döntések és fejlesztések során. Ebben nagy előrelépés lehet a városi egészségterv elkészülése, amelyben a városra és az egyes városrészekre specializált programok, lakossági egészségfejlesztési programok és akciók kerülnek kidolgozásra a lakosság életminőségének javítása érdekében. Fontos az egészségi és szociális szempontból kockázatnak kitett egyének felderítése a kutatási eredmények alapján problémásnak mondható körzetekben, akár újabb kutatásokkal illetve a háziorvosok bevonásával. Hazai vizsgálatok eredményei azt bizonyítják, hogy a háziorvosok bevonása a szűrőprogramokba, jelentősen növeli a részvételi arányt. Kiemelném továbbá az alapellátási rendszerben rejlő lehetőségeket, az itt dolgozó szakemberek szakmai potenciálját, amely alátámasztja olyan alapellátási rendszer működtetését, amelyben hangsúlyt kap az elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenció is team munkára építve.

7. Összegzés

A dolgozat Nyíregyháza város lakosságának, különös tekintettel az egyes városrészekben élők életminőségének vizsgálatát és az azt befolyásoló tényezőknek – kiemelt figyelemmel az egészségi állapotra -, leírását célozta.

Kutatásunk rámutatott arra, hogy Nyíregyháza város nem mutat homogén képet a lakosság életminőségét és egészségi állapotát tekintve, jellemzőek a különbségek az egyes városrészek között. Az életminőséget tekintve a 14 településrész szignifikáns különbségeket mutatott, a városi átlaghoz képest (6,76) a Huszártelepen élő megkérdezettek életminőség indexe a legmagasabb (9,14). Őket követi az Örökösföldön (8,29), majd pedig az Oroson (7,72) élők életminőség indexe. Legalacsonyabb az Ókistelekiszőlőben (3,78), illetve a Hímesben élők (4,83) indexértéke.

A városban az önminősített egészségi állapotot tekintve elmondható, hogy a megkérdezettek között a legnagyobb csoportot azok alkotják, akik elfogadhatónak tartják egészségi állapotukat (39,7%), őket követik azok, akik egészségi állapotukat jónak (36,1%) vallják, majd azok következnek, akik nagyon jónak ítélték meg egészségi állapotukat (10,9%). Rossznak ítéli meg egészségi állapotát a megkérdezettek 8,2%-a és nagyon rossznak 2,8%. Legtöbben Huszártelepen (87,5%) és Örökösföldön ítélik jónak egészségi állapotukat (62,2%), legkevesebben pedig Új- és Ókistelekiszőlőben (18,2%). A rossznak minősítők aránya Hímesben a legmagasabb (41,7%), míg Jósaváros2-ben senki nem vallja rossznak egészségi állapotát.

Gazdasági szempontból a legaktívabb Jósaváros2 a körzetek között, ahol az aktív keresők aránya 69,2%, a következő Borbánya (60,0%), majd Oros (58,3%). Ókistelekiszőlő lakosainak legnagyobb része nem áll munkaviszonyban (90,9%), illetve magas a nem dolgozók aránya (75,0%) Huszártelepen is. A Hímesben 66, 7% a gazdaságilag inaktívak aránya. (Meg kell jegyezni, hogy a huszártelepi eredmények az alacsony elemszám miatt korlátozottan értelmezhetőek.)

A nyíregyháziak egy főre jutó átlagos nettó jövedelme 2015-ben 85 ezer forint volt.

A városban a lakosoknak átlagosan 5,92 barátja van.

Vizsgálatokkal alátámasztott tény, hogy a várható élettartamra az egészségi állapot mellett a jövedelem és a területi jellemzők is hatással vannak, illetve hogy az életminőség szoros kapcsolatban áll az egészségmagatartási szokásokkal és a területi adottságokkal is (Chetty, Raj és mtsai, 2016). Nyíregyháza lakossága életminőségének széleskörű vizsgálata, az azt befolyásoló tényezők leírása, lehetőséget teremt az esetlegesen szükséges pozitív irányú változtatások tervezéséhez. A város

egyes körzeteinek, az itt élők egészségi és társadalmi-gazdasági mutatóinak feltárása alapján lehetőség nyílik olyan intézkedések kidolgozására, melyek képesek javítani a nyíregyházi lakosok egészségi állapotát és életminőségét a városrészekre specializáltan és összességében egyaránt.

A „Nyíregyháza életminősége – háztartáspanel" kutatás rendszeres tényfeltáró vizsgálatként alapja lehet a nyíregyházi lakosság életminősége nyomon követésének az azt meghatározó, illetve befolyásoló tényezők feltárásával. Hosszútávon támogathatja az egészségorientált döntéseket, a lakosság egészségi állapotának érdemi javulását, amely közép és hosszútávon hatással van a városlakók életminőségére és a város versenyképességére.

8. Hivatkozásjegyzék

1. Adler, N. E.-Boyce, T. W.-Chesney, M. A.-Folkman, S.-Syme, L. S. (1993): Socioeconomic inequalities in health. No easy solution. Journal of American Medical Association 269, 3140-3145.
2. Andorka Rudolf, 1997: Bevezetés a szociológiába, Osiris Kiadó, Budapest
3. Ádány Róza (2009): A magyar lakosság egészségi állapota, különös tekintettel az ezredforduló utáni időszakra. Népegészségügy 86. évf. 2. szám 5-20. oldal
4. Ádány Róza (2003) (szerk.): A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Budapest: Medicina.
5. Ádány Róza (2012): Megelőző orvostan és népegészségtan Budapest: Medicina.
6. Balogh Erzsébet, Fábián Gergely, 2012, Támogató rendszerek, szociális problémák és segélyezés, Életminőség Nyíregyházán 2008-2010, 135-154.
7. Berger Schmitt, R. és Heinz Herbert Noll (2000)Conceptual framework and Structure of a European System of Social Indicators, EU Reporting Working Paper, No.9. letöltve 2016 május 10: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/dienstleistung/daten/soz_indikatoren/eusi/paper9.pdf
8. Bogdándi István, Az egészségfejlesztési irányvonalak meghatározása a megyénkre jellemző általános és speciális egészségmutatók tükrében, In: Társadalmi-gazdasági stratégiai helyzetértékelés a civil szektor bevonásával R. Fedor A.-Zakor-Broda R. (szerk) 2015
9. Bullinger, M., Siegrist, J., Ravens-Sieberer U., (Hrsg.) (2000): Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. Göttingen, Hogrefe
10. Chetty, Raj PhD; Michael Stepner, BA; Sarah Abraham,, BA; Shelby Lin, Mphil; Benjamin Scuderi, BA; Nicholas Turner, PhD; Augustin Bergeron, MA; David Cutler, PhD, 2016, The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001-2014, Clinical Review&Education http://
11. Dahlgren G., Whitehead M. 1991, Policies and strategies to promote social equity is health, Institute of Futires Studies, Stockholm
12. ECHI adatbázis, http://ec.europa.eu/health/dyna/echi/datatool/index.cfm?indlist=10a Letöltve 2016. április
13. Egészségjelentés 2015, munkaanyag, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2015 innovacio.egeszseg.hu/.../Egeszsegjelentes2015_szakertoi_valtozat_v6.docx
14. Európai Lakossági Egészségfelmérés, 2014, gyorsjelentés, KSH Statisztikai Tükör, 2015

15. Európai Lakossági Egészségfelmérés – Magyarország, 2009/1 Összefoglaló eredmények Tokaji Károlyné szerk, 2011
16. EVSZ, 2009, Global health risks , Mortality and burden of disease attributable to selected major risks http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf?ua=1&ua=1Letöltve 2016. május
17. Fábián Gergely (2009) Életminőség Nyíregyházán. Jövedelmi helyzet, egyenlőtlenségek és egészségi állapot. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei szemle 4. szám 569-589. oldal
18. Fábián Gergely, 1997, A természetes védőháló és működésének néhány sajátossága Nyíregyházán, Esély 8, (3), 67-75.
19. Fábián Gergely és mtársai, (2015) Jövedelmi helyzet és jövedelmi szegénység, *Acta Medicinae et Sociologica,* Vol.6.No.18-19. p. 68-79
20. Ferge Zsuzsa (2008): Miért szokatlanul nagyok a magyarországi egyenlőtlenségek? Esély, 2008/2; 3-14.o
21. Füzesi Zsuzsanna – Tistyán László (2004): Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken. OEFI
22. Füzesi Zs; Tiringer I.: A magatartás tanuláselméleti megközelítése. Szokások, attitűdök és azok módosítási lehetőségei. In: (szerk.) Emberi életfolyamatok idegi szabályozása – a neurontól a viselkedésig. Interdiszciplináris tananyag az idegrendszer felépítése, működése és klinikuma témáiban orvostanhallgatók, egészség- és élettudományi képzésben résztvevők számára Magyarországon. 2299 p. Pécs: Dialóg Campus Kiadó, 2014. pp. 1687-1707.
23. Gallup Global Wellbeing the behavioral economics of GDP growth, file:///C:/Users/javorne_erdei_r/Downloads/GlobalWellbeing_Rpt_POLL_0310_lowres.pdf 10májusletöltve
24. Giddens, A., 1995, Szociológia, Osiris Kiadó, Budapest
25. Hankiss Elemér, 1997, Az emberi kaland – Egy civilizáció-elmélet vázlata, Budapest, Helikon
26. Hankiss E., Manchin R., 1976, Szempontok az élet „minőségének" szociológiai vizsgálatához, Valóság, 1. 20-34.
27. John F. Helliwell és Robert D. Putnam (2004)
28. Huszti Éva, 2015, Mondd meg, kikkel töltöd az idődet, s megmondom, ki vagy. A társas támogatást nyújtó személyes kapcsolati háló néhány jellemzője és működése a Nyíregyházi járásban, Acta Medicinae et Sociologica, Vol. 6. No.18-19. 121-144

29. Hüse Lajos (2015), A szubjektív egészségi állapot tényezői és azok változása Nyíregyházán és vonzáskörzetében, in Hüse-Takács-Huszti (szerk.) Acta Medicinae et Sociologica Vol.6.No.18-19. p.96-120
30. Idler EL, Benyamini Y, 1997, Self-rated health and mortality: A rewiew of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 38: 21-37
31. Jakab Zsuzsanna, Agis D. Tsouros, (2013) Egészség és Fejlődés megvalósítása a mai Európában, Népegészségügy, 91. évfolyam 4. szám
32. Jávorné Erdei Renáta, Gyulai Anikó, R. Fedor Anita, Takács Péter, 2014/b, Qality of life and community activities, EURSJEA 2(1), 39-45.
33. Jávorné Erdei Renáta, Fedor R.A., Berencsiné Madácsi Eszter (2014/a), A nyíregyházi lakosok szubjektív egészségi állapota és annak változásai, Acta Medicinae et Sociologica Vol. 5. No.12-13: 189-206
34. Kárpáti J (2014): Az életminőségről népszerű formában. Statisztikai Szemle, 2014.02. p. 139-158.
35. Kolosi Tamás (2000): A terhes babapiskóta, Osiris Kiadó, Budapest
36. Kopp Mária – Kovács Mónika (2006): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón, Semmelweis Kiadó, Budapest
37. Kovács Katalin (2005) Egészség-esélyek Műhelytanulmányok 5. Budapest KSH Népességtudományi Kutató Intézet
38. Kulmann L. (2010): Az életminőség vizsgálata. In: Vekerdy–Nagy Zs.: Rehabilitációs orvoslás. Budapest, Medicina.
39. KSH (2014), A jóllét magyarországi indikátorrendszere, szerk. Kincses Áron, Kelemen Rita, http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/jollet13.pdf
40. KSH adatok (2016) – Éves településstatisztikai adatok 2014-es településszerkezetben http://statinfo.ksh.hu/statinfo
41. Lalonde, M. (1974): A new perspective on the health of Canadians. Government of Canada. Elérhető: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf (letöltve: 2015. április 27.)
42. Malakucziné Póka Mária, 2012, Nyíregyháza lakosságának főbb demográfiai jellemzői, in Életminőség Nyíregyházán 2008-2010, p 11-33.
43. Malakucziné Póka Mária, 2015, A nyíregyházi járás települési szerkezete, demográfiai, háztartási jellemzői, in Acta Medicinae et Sociologica, Vol.6. No.18-19. p 11-29.
44. Marmot M et al (2010) Fair Society, Healthy Lives – The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in england post -2010

http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review letöltve 2015.10.10.

45. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. Health Aff (Millwood). 2002 Mar-Apr;21(2):78-93.
46. Mihályi Péter (2003): Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába,Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém
47. Novák Márta, Stauder Adrienne, Mucsi István, Az életminőség vizsgálatának jelentősége és gyakorlati szempontjai, In Orvosi Hetilap, 2003., 144. évfolyam, 21. szám, 1031-1038
48. Nordenfelt L., (1993a) Quality of Life, Health and Happiness, Printed and bound by Athenaeum Press, Ltd. Gateshead, Tyne & Wear, Avebury p.17.
49. Nordenfelt L., (1993b) Quality of Life, Health and Happiness, Printed and bound by Athenaeum Press, Ltd. Gateshead, Tyne & Wear, Avebury p.8.
50. Népegészségügyi Jelentés (2004): Országos Epidemiológiai Intézet
51. Nyírcsák János, 1999, Természetes támogató rendszerek Nyíregyházán, In: Lukácskó-Fábián-Fónai szerk., Peremvidék- szociális kutatások Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében
52. Omnibusz, 2011, http://www. academia.edu/1428370/TARKI_-_Omnuibusz_-_Bar_egyre_tobb_a_baratunk_minden_otodik_felnottnek_nincs_baratja
53. Orosz Éva: Félúton vagy tévúton? Egészségünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület, 2001
54. Országos Egészségfejlesztési Intézet, (2004): Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai)
55. Országos Egészségfejlesztési Intézet, (2004): Egészségfejlesztés a színtereken
56. Országos Egészségfejlesztési Intézet, (2010): Az egészségi egyenlőtlenségek, csökkentése, docplayer.hu/865310-Az egészségi- egyenlőtlenségek – csökkentése.html letöltve 2016 május.
57. Péntek M, 2015, Életminőség vizsgálatok, in Boncz Imre, Kutatásmódszertani alapismeretek, Pécs, 2015, letöltve 2016 május26 http://www.etk.pte.hu/files/tiny-mce/File/oktatas/oktatasiAnyagok/!Palyazati/sport/kutatsmodszertan_e.pdf
58. Pikó Bettina (2006): Orvosi szociológia, Medicina Kiadó, Budapest.
59. Raahman, T., R.C, Mittelhammer, P. Wandshneider (2005): Measuring the Quality of life across countries: A Sensitivity Analysis of Well being Indices. Working Paper Series RP 2005/06, World Institute for Development Economic Research (UNU-WIDER)

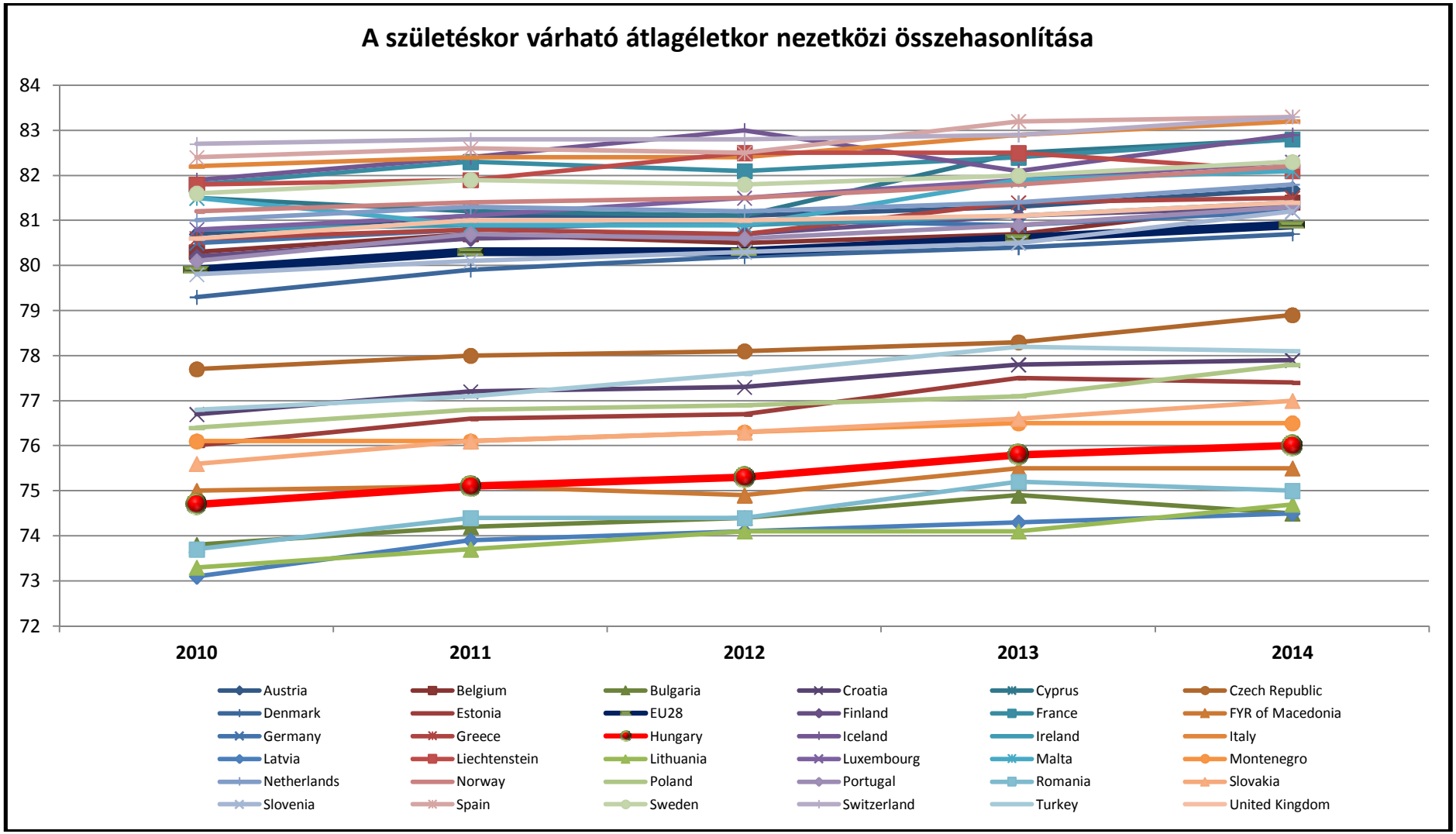
60. R. Fedor Anita, 2012, A gazdasági aktivitás lokális jellemzői Nők és férfiak a „munka piacán", in Életminőség Nyíregyháza, Acta Medicinae at Sociologica
61. R. Fedor Anita-Balogh Erzsébet, 2015, A foglalkoztatás és a munkanélküliség jellemzői a Nyíregyházi járásban, Acta Medicinae at Sociologica, Vol.6., No 18-19., 47-67.
62. Sebestyén T., 2005, Életminőség és boldogság. Polgári Szemle I. évfolyam 5. szám
63. Seligman 2002, Authentic happiness, Free Press, New York letöltve 2016 május 10: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.477.310&rep=rep1&type=pdf
64. Skrabski Árpád (2003): Társadalmi tőke és egészségi állapot az átalakuló társadalomban. Hét szabad művészet könyvtára, Budapest
65. Stiglitz, J.M., A. Sen, J.-P. Fitoussi (2009): Report by the commision ont he economic performance and social progress.

    http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf; letöltve: 2015.10.10.
66. Szigeti Fruzsina – Fábián Gergely - Takács Péter, 2015, Az érzelmi jóllét mérése a Nyíregyházi járás településein, in Acta Medicinae et Sociologica Vol.6.No.18-19. 2015 p.145-161
67. Tahin Tamás – Jeges Sára – Lampek Kinga (2000) Iskolai végzettség és egészségi állapot, Demográfia 1.
68. Takács Péter- Fábián Gergely, 2012, Egy lokális életminőség index kialakításának lépései, in Életminőség Nyíregyháza 2008-2010, p. 49-68.
69. Takács Péter- Fábián Gergely 2014, A Nyíregyházi lakossági panelfelméréshez kapcsolódó életminőség vizsgálatok, in Acta Medicinae et Sociologica, Vol. 5. No. 12-13. p165-188.
70. Takács Péter, Fábián Gergely, Szigeti Fruzsina, 2015, A Nyíregyházi Háztartáspanel életminőségi modellvizsgálatok legújabb eredményei, valamint az életminőség modell bővítésének lehetőségei a Rough Set Theory alkalmazásával, Acta Medicinae et Sociologica, Vol.6. No 18-19. 198-225
71. The European Network of Health promoting schools – http://pgsaudemental.files.wordpress.com/2009/04/reeps.pdf letöltve 2016. április
72. Tistyán L., Busa Cs., Füzesi Zs.(2012): A mentális betegségek, panaszok és az egészségmagatartás összefüggései – Európai lakossági egészségfelmérés. Tanulmányok II.-Az egészség társadalmi gazdasági összefüggései: KSH, pp.32-52.
73. Townsend, P.-Davidson, N. (1982): Inequalities in health. The Black Report. Harmondsworth: Penguin.

74. Utasi Ágnes szerk., Az életminőség feltételei, Műhelytanulmányok (11)2007/1 2006, Digitális archívum letöltve: 2016. május 10. http://vmek.oszk.hu/04800/04806/04806.pdf).
75. Vitrai József, Vokó Zoltán (2004): NEJ-2004 Egészségmodell, Szakértői változat
76. Vitrai József – Mihalicza Péter (2006) „Egészségi állapot": in: Társadalmi riport 2006, Kolosi Tamás, Tóth István György, Vukovich György (szerk.). Budapest: TÁRKI, p. 138–150.
77. Vitrai József (2010): Méltányosság, a betegek esélyegyenlősége, egyenlő hozzáférés az egészségügyi szolgáltatásokhoz és terápiákhoz In: Bodrogi J. (szerk.) A magyar egészségÜGY. Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleménytérkép, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010.
78. Vitrai József, 2011, Fodor József emlékelőadás, Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon Egészségtudomány, LV. évfolyam, 2011. 2. szám
79. Vokó Z, Vitrai J, Ursicz G, Lépes P. Egészségmonitorozás Magyarországon a XXI. században. Mit, miért, hogyan? Népegészségügy 1999;1:28-33.
80. Ware, J.E. (1986): The assessment of health status. In.: Aiken, L.H. – Mechanic, D. (eds.): Application of social science of clinical medicine and health policy Rutgers University Press, New Jersey 204-208.
81. Winter L., Lawton M.P., Langston C. A., Ruckdeschel K. & Sando R., 2007, Symptoms, affects, and self-rated health. Evidence for a subjective trajectory of health, Journal of Aging and Health, 19, 453-469
82. 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról
83. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
84. 1800/2013 (XI.7.) kormány határozat
85. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf
86. http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm

9. Mellékletek

1. számú melléklet



1. sz . ábra Forrás: ECHI adatbázis

2. számú melléklet

HÁZTARTÁS sorszáma

NYÍREGYHÁZA MEGYEI JOGÚ VÁROS POLGÁRMESTERI HIVATAL
SZOCIÁLIS ÉS KÖZNEVELÉSI OSZTÁLY
DEBRECENI EGYETEM EGÉSZSÉGÜGYI KAR SZOCIÁLIS ÉS TÁRSADALOMTUDOMÁNYI INTÉZET

NYÍREGYHÁZA VÁROS ÉLETMINŐSÉGE - HÁZTARTÁSPANEL

KÉRDŐÍV

2015

4. HULLÁM

A válaszadás önkéntes!

Kijelentem, hogy az általam kezelt és felvett adatokat bizalmasan kezelem, azokat csak a kutatásban illetékes személynek adom át.

Kérdező aláírása:……..

Kérdezés ideje: 2015. ……..hónap……..nap……óra…….perctől

A kérdezett kiválasztása: elsősorban a háztartásnak azt a tagját kell megkérdezni, aki a háztartás dolgaiban a legjáratosabb (általában a feleség/anya). Másodsorban azt a személyt kell megkérdezni, aki a lehető legtöbb információval rendelkezik a háztartásról (férj/apa; nagymama). A megkérdezett csak 18 éves vagy idősebb lehet!

Leadás dátuma:……

Javasolt bemutatkozás:
Jó napot kívánok!.....vagyok, a Debreceni Egyetem hallgatója. A nyíregyházi lakosok életminőségét vizsgáló kutatás keretében végzek kérdőíves adatgyűjtést.

Tisztelt Városlakó!

Nyíregyháza városa, karöltve a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karával idén, 2015-ben folytatja azt a 2008-ban megkezdett kutatási programot, amelyben feltárja a városban élő állampolgárok élethelyzetét, életminőségét.
Ilyen témájú kutatás már régóta létezik az Európai Unióban, így a kapott adatok összehasonlíthatóak lesznek a tagországok információival. A kutatás kérdőívét is, többek között az unióban használt kérdőívek alapján állítottuk össze.
A felmérésből származó adatokra alapozva a város mindenkori vezetése olyan fejlesztési programokat indíthat, melyek a városlakók életkörülményeinek fejlesztését szolgálják.
Ennek érdekében kérjük, hogy válaszaival segítse munkánkat. A válaszadás természetesen önkéntes, és név nélkül zajlik, a kapott adatokat kizárólag a tudományos elemzés számára használjuk fel.

HÁZTARTÁSRA VONATKOZÓ KÉRDÉSEK

1. Önt is beleszámítva, hányan élnek ebben a háztartásban?

……fő

2. A háztartás összetétele:

1. 1 fő 65 év felett
2. 2 fő 65 év felett
3. 3 fő 65 év felett

4. 1 felnőtt (18-64 év között)
5. 1 felnőtt 1 gyermekkel
6. 1 felnőtt 2 gyermekkel
7. 2 aktív korú felnőtt (18-64 év közöttiek)
8. 2 felnőtt 1 gyermekkel
9. 2 felnőtt 2 gyermekkel
10. 2 felnőtt 3 gyermekkel
11. 2 felnőtt 4 gyermekkel
12. 3 aktív korú felnőtt
13. 3 felnőtt 1 gyermekkel
14. 3 felnőtt 2 gyermekkel
15. 3 felnőtt 3 gyermekkel
16. 3 felnőtt 4 gyermekkel
17. Vegyes háztartás,
    éspedig:……
    ……
    …….

Kérdező! *A kutatásban gyermeknek számít minden a háztartásban lakó 18 év alatti személy!*

3. Hány szobával rendelkezik az Önök háztartása? (Nem számolva a konyhát, fürdőszobát, mellékhelyiséget)

……..szoba

4. Mekkora a lakás teljes alapterülete?

……m^2

5. A háztartás, amelyben él

1. saját tulajdon
2. bérelt
3. önkormányzati bérlakás
4. más a tulajdonos, szívességből lakik ott
5. egyéb

6. Van-e a lakásnak valami olyan hibája, hiányossága, ami a napi életvitelt nehezíti vagy kellemetlenné teszi?

1. Van
2. Nincs ⟶ **Ugrás a 8-ra!**

7. Amennyiben igen, mi ez? (Több választ is megjelölhet!)

1. Dohos
2. Vizes, gombás
3. Sötét
4. Rossz levegőjű
5. Aládúcolt
6. Zajos
7. Nincs külön bejárata
8. Rendezetlen, balesetveszélyes környék
9. Egyéb,
   éspedig:……

8. Előfordulnak-e a lakóhelyén a következő problémák?

	Igen	Nem
Hangos, zavaró környezet (forgalom, gyár, üzem)	( )	( )
Sötét a környék, kevés a fény	( )	( )
Lyukas tető, beázás	( )	( )
Beázás, dohos, nyirkos falak	( )	( )
Korhadt ablakok, nyílászárók	( )	( )
Légszennyezés, vagy egyéb környezeti probléma	( )	( )
Vandalizmus, bűnözés a lakókörnyezetben	( )	( )
Egyéb, éspedig:……	( )	( )

9. Rendelkezik-e az Önök háztartása az alábbi tartós fogyasztási cikkekkel (működő állapotban!)?

ok	Van	Nincs, mert nem engedheti meg magának	Nincs, egyéb
Színes televízió	( )	( )	( )
Mikrohullámú sütő	( )	( )	( )
Hűtőszekrény	( )	( )	( )
Mosógép	( )	( )	( )
Mosogatógép	( )	( )	( )
Vezetékes telefon	( )	( )	( )
Mobil telefon	( )	( )	( )
Asztali számítógép	( )	( )	( )
Laptop	( )	( )	( )
Tablet	( )	( )	( )
Internet hozzáférés	( )	( )	( )
Szélessávú Internet hozzáférés	( )	( )	( )
DVD lejátszó	( )	( )	( )
Digitális fényképezőgép	( )	( )	( )
Személygépkocsi	( )	( )	( )
Egyéb ingatlan, pl. üdülő	( )	( )	( )

10. 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. Némi nehézséggel, de kijövünk belőle
4. Kijövünk belőle.
5. Viszonylag könnyen kijövünk belőle
6. Nagyon jól kijövünk belőle.

11. Előfordult-e az utóbbi 12 hónapban, hogy pénzhiány miatt nem tudták határidőre befizetni:

a következő tételeket	Nem fordult elő	Egyszer fordult elő	Kétszer vagy többször is előfordult	Nem vonatkozik rá
lakbért				
lakástörlesztést				
közös költséget				
valamilyen közüzemi díjat				
hitelre vásárolt termék törlesztő részletét				
pénzkölcsön törlesztő részletét				

12. Amennyiben összeszámolja a háztartásban élők összes havi NETTÓ jövedelmét, mekkora összeggel gazdálkodhatnak?
(Ha nem tudja pontosan, illetve eltérő az egyes hónapokban, kérjük, becsülje meg az átlagos havi jövedelmet! Minden jövedelem számít, nemcsak a fizetés, vállalkozói jövedelem, hanem pl. a családi pótlék, szociális juttatás, stb.)

***Kérdező!** Segíts összeszámolni szükség esetén a jövedelmeket!)*

(Nettó jövedelem= amennyit kézhez kap a levonások után)

……Ft/hó

12.a. Ha nem tudja vagy nincs válasz:
Megmondaná, hogy a következő kategóriák közül melyikbe tartozik?

1. **50 ezer Ft vagy kevesebb**
2. **51-100 ezer Ft**
3. **101-150 ezer Ft**
4. **151-200 ezer Ft**
5. **201-250 ezer Ft**
6. **251-300 ezer Ft**
7. **300 ezer Ft felett**
8. **nem válaszolt**
9. **nem tudja**

13. Amennyiben meg tudja 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

14. Megítélése szerint mennyi lehet az a legalacsonyabb havi nettó jövedelem, amiből az Önök háztartása még meg tudna élni?

……Ft/hó

15. Ha összehasonlítja háztartásának havi jövedelmét az előző időszakkal (2012-2014), hogyan jellemezné jelenlegi helyzetüket?

1. Jelentősen javult
2. Javult
3. Nem változott
4. Rosszabb lett
5. Sokkal rosszabb lett

16. Képes volna-e a háztartás arra, hogy egy váratlan, nagyobb összegű kiadást a saját forrásaiból fedezzen?

1. igen
2. nem

Ugrás a 18-ra!

17. Ha igen, mekkora összegig:……ezer Ft

18. Megengedhetik-e maguknak, hogy

a) évente legalább egy hétre elmenjenek nyaralni? (ki tudják-e fizetni) 1. igen 2. nem

b) legalább minden második nap húst egyenek? (vegetáriánusok azzal egyenértékű ételt) 1. igen 2. nem

c) lakásukat megfelelően fűtsék? 1. igen 2. nem

19. Volt-e bevétele a háztartásnak 2014-ben külföldi munkavégzésből?

1. igen
2. nem

99=nem válaszolt

19.a. Ha igen, meg tudná becsülni, hogy kb. mennyi nettó jövedelme származott a háztartásnak 2014-ben külföldi munkavégzésből?

……Ft

99= nem válaszolt

GAZDASÁGI AKTIVITÁS

Az alábbiakban az Ön munkavégzésével kapcsolatosan teszünk fel kérdéseket.

1. Dolgozik-e Ön jelenleg?

1. Igen
2. Nem

Ugrás a 9-re!

2. Ha igen, milyen típusú munkát végez?

Kérdező! A kódokat is kell karikázni az egyes típuson belül! Pl. Önálló, vállalkozó (1), ezen belül pl. kereskedő (03)

1. Önálló, vállalkozó (tulajdonos, vagy résztulajdonos)

01 – gazdálkodó (mezőgazdaságban)
02 – iparos (termelő tevékenységet folytat)
03 – kereskedő
04 – szolgáltató
05 – vállalkozó, tulajdonos
06 – szellemi szabadfoglalkozású

2. Alkalmazott, vezető

07 – felső vezető (osztályvezető felett)
08 – középszintű vezető (osztályvezető)
09 – alsó vezető (osztályvezető alatt)
10 – közvetlen termelésirányító

3. Alkalmazott, szellemi

11 – diplomához kötött
12 – egyéb szellemi (diploma nélkül)

4. Alkalmazott, fizikai

13 – szakmunkás (nem mezőgazdasági)
14 – betanított munkás (nem mezőgazdasági)
15 – segédmunkás (nem mezőgazdasági)
16 – mezőgazdasági fizikai

Sohasem dolgozott – 17
Nem válaszolt – 99

3. Hetente átlagosan hány munkaórát dolgozik jelenlegi munkavégzése során?

……órát

4. Amennyiben Ön 40 óránál kevesebbet dolgozik egy héten, annak oka:

1. kevesebb időtartamra szól a szerződése
2. közeli hozzátartozóját ápolja, gondozza
3. gyesen, gyeden van
4. gyermekét neveli
5. nem tudta elhelyezni gyermekét bölcsődében, óvodában
6. egészségi állapota miatt
7. egyéb,
   éspedig:……...
8. nem vonatkozik rá a kérdés

5. Mióta dolgozik jelenlegi munkahelyén (vállalkozóként)?

……óta (évszám)

6. Milyen módon foglalkoztatják önt? Kérjük, nevezze meg, melyik állítás írja le a legjobban az Ön helyzetét!

1. Folyamatos, normál foglalkoztatás (napi 8 óra, heti 40 óra, kinevezéssel)
2. Meghatározott időre szóló szerződéssel
3. Részmunkaidőben
4. Közmunka program keretében
5. Alkalmi munka, szerződés nélkül
6. Egyéb forma,
   éspedig:……..

7. Amennyiben Ön szerződéssel dolgozik, kérjük, nevezze meg, milyen időtartamra kötöttek Önnel szerződést!

1. Kevesebb, mint 6 hónapra
2. 6 hónap – 1 év közötti időre
3. 1 évre
4. 1 – 2 év közötti időszakra
5. 2-5 év közötti időszakra
6. 5 évnél hosszabb időre

8. Hogyan jutott ehhez az álláshoz, milyen információkkal rendelkezett?

1. Közvetlen a munkáltatóhoz fordult
2. Hirdetésre jelentkezett
3. Családtól, baráttól érkezett az információ
4. Saját vállalkozásban, üzletben kezdte
5. Egyéb,
   éspedig:……...

9. Korábban dolgozott-e?

1. Igen
2. Nem ⟶ **Ugrás a 12-re!**

10. Amennyiben igen, kérem, mondja meg hány munkahelye volt eddig?

…….munkahely

11.Amennyiben jelenleg nem dolgozik, kérjük, jelölje meg, hogy mi ennek az oka?

Munkával kapcsolatos okok:

1. Elbocsájtottak
2. Lejárt a szerződésem
3. Tönkrement a vállalkozásom

Személyes okok:

1. GYED/GYES/GYET (van munkahelye)
2. GYED/GYES/GYET (nincs munkahelye)
3. Beteg, fogyatékos személy ápolása
4. Költözés
5. Tanulmányok folytatása
6. Saját betegség, fogyatékosság, rokkantság
7. Nyugdíj
8. Egyéb ok, éspedig…..

12. Volt-e regisztrált munkanélküli eddigi élete során?

1. Igen, jelenleg is regisztrált munkanélküli vagyok
2. Igen, de jelenleg nem vagyok regisztrált munkanélküli
3. Nem

12. a. Amennyiben volt már regisztrált munkanélküli, kérem, becsülje meg mennyi volt a leghosszabb (folyamatos) munka nélkül eltöltött idő?

…….hónap

13. Vett-e már részt közmunka programban?

1. igen, jelenleg is abban dolgozom
2. igen, de jelenleg nem abban dolgozom
3. nem

14. Kérjük, becsülje meg, hogy a foglalkoztatottak számát tekintve milyen méretű szervezetnél dolgozik?

1. Egyéni vállalkozó, egyedül dolgozik
2. 1-4 fő
3. 5-19 fő
4. 20-49 fő
5. 50-99 fő
6. 100-499 fő
7. 500 fő felett
8. nem vonatkozik rá a kérdés

15. Milyen területhez sorolható az a szervezet, amelynél dolgozik?

1. Privát szektor
2. Közszolgáltatás

8= nem vonatkozik rá a kérdés

a) Ipar
b) Mezőgazdaság
c) Szolgáltatás

16. Kérjük, ítélje meg, mennyire elégedett Ön jelenlegi

fizetésével, jövedelemével	1	2	3	4	5
munkavégzés körülményeivel	1	2	3	4	5
munkaidő beosztásával	1	2	3	4	5
munka típusával	1	2	3	4	5

1=egyáltalán nem elégedett
5=teljes mértékben elégedett

17. Végez- e a fő munkahelye mellett valamilyen egyéb jövedelemszerző tevékenységet?

1. Igen
2. Nem

18. Folytat-e Ön jelenleg tanulmányokat?

1. Igen
2. Nem

18.a. Ha igen,

1. nappali tagozaton
2. levelező tagozaton

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

1. Hogyan jellemezné általában egészségi állapotát?

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

2. Szenved-e állandó, vagy kisebb megszakításokkal állandóan visszatérő betegségben?

1. Igen
2. Nem → **Ugrás az 5-re!**

3. Amennyiben igen, kérjük, nevezze meg, milyen problémával küzd!

……
……
……

4. Kérjük, mondja meg azt is, hogy általában mivel jár, járnak ezek a betegségek ilyenkor!

Kérdező! Írd fel a három, elsőként említett betegséget, aztán jelöl a válaszokat a következő kódokkal betegségtípusonként!

1. Kórházi ápolásra szorul, vagy
2. Ágyhoz van kötve (de csak otthon) vagy
3. Nem jelent ágyhoz kötöttséget, de nem tudja munkáját ellátni, vagy
4. Csak valamilyen szinten korlátozza munkájában

Betegségek	Mivel jár				NT	NV
1……..	1	2	3	4	0	9
2…….	1	2	3	4	0	9
3…….	1	2	3	4	0	9

(0=nem tudja megítélni; 9= nem válaszolt)

5.1 Az elmúlt 12 HÓNAPBAN volt-e Önnek valamilyen betegsége vagy egészségi problémája a listán szereplők közül?

Ha igen :

5.2. A betegséget/egészségi problémát orvos állapította meg?
5.3. Orvos javaslatára szedett gyógyszert erre a betegségre/egészségi problémára?
Kérem, vegyen figyelembe minden olyan gyógyszert és táplálék kiegészítőt (gyógynövénykészítményt, vitamint) is, amit orvosi javaslatra szedett, függetlenül attól, hogy receptre vagy recept nélkül kapható!

1 – igen 2 – nem 8 – NT 9 – NV		Ha IGEN:	
	5.1	5.2	5.3
	Az elmúlt 12 hónapban volt-e?	Orvos állapította meg?	Orvos javaslatára szedett rá gyógyszert?
	KÓD	KÓD	KÓD
1.	Asztma (allergiás asztma is)	☐	☐	☐
2.	Krónikus hörghurut, bronchitisz, tüdőtágulás	☐	☐	☐
3.	Szívinfarktus, szívroham	☐	☐	☐
4.	Szívkoszorúér- (koronária-) megbetegedés, angina	☐	☐	☐
5.	Magasvérnyomás-betegség (hipertónia)	☐	☐	☐
6.	Agyvérzés (szélütés, gutaütés, stroke, agyérgörcs)	☐	☐	☐
7.	Reuma, izületi gyulladás	☐	☐	☐
8.	Izületi kopás (arthrózis, osteoarthritis)	☐	☐	☐
9.	Derékfájás vagy egyéb krónikus hátgerincprobléma	☐	☐	☐
10.	Nyaki fájdalom vagy egyéb krónikus nyaki gerincprobléma	☐	☐	☐
11.	Cukorbetegség	☐	☐	☐
12.	Allergia, pl.: szénanátha, ekcéma, ételallergia vagyegyéb allergia (kivéve allergiás asztma)	☐	☐	☐
13.	Gyomor- vagy nyombélfekély	☐	☐	☐
14.	Krónikus májbetegség (májcirrózis vagy májzsugor)	☐	☐	☐
15.	Rosszindulatú daganat (leukémia és nyirokcsomódaganat/lymphoma is)	☐	☐	☐
16.	Erős fejfájás, pl. migrén	☐	☐	☐

17.	Inkontinencia, vizelettartási zavarok	☐	☐	☐
18.	Krónikus depresszió	☐	☐	☐
19.	Krónikus szorongás	☐	☐	☐
20.	Egyéb pszichés/mentális problémák	☐	☐	☐
21.	Magas koleszterinszint, zsíranyagcsere-zavar	☐	☐	☐
22.	Szabálytalan szívverés, szívritmuszavar, pitvarfibrilláció	☐	☐	☐
23.	Bármely egyéb szívbetegség	☐	☐	☐
24.	Sérülés vagy baleset következtében szerzett maradandó fogyatékosság	☐	☐	☐
25	Csontritkulás	☐	☐	☐

SZAKELLÁTÁS (KÓRHÁZI, JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁS), ALAPELLÁTÁS (HÁZIORVOSI) IGÉNYBEVÉTELE

6. Az elmúlt 12 HÓNAPBAN volt-e Ön legalább egy éjszakát kórházban fekvőbetegként? A külföldön kórházban töltött időt is vegye figyelembe! (A szülés miatt kórházban töltött időt NE vegye figyelembe, illetve az ápolási otthonok és a tanulási nehézségekkel küzdőkről gondoskodó intézetek nem tartoznak ide!)

1. ☐ igen
2. ☐ nem

Ugrás a 9-re!

7. Az elmúlt 12 HÓNAPBAN <u>hány alkalommal</u> volt kórházban úgy, hogy legalább egy éjszakát bent töltött fekvőbetegként? Kérem, hogy az összes olyan esetet vegye figyelembe, amikor Ön kórházban feküdt az elmúlt 12 HÓNAPBAN!

……..alkalommal

8. Az elmúlt 12 HÓNAPBAN összesen <u>hány éjszakát</u> töltött Ön fekvőbetegként kórházban?

…….éjszakát

9. Az elmúlt 12 HÓNAPBAN volt-e Ön kórházban egynapos ellátáson, tehát úgy, hogy felvették a kórházba, de nem kellett benn töltenie az éjszakát?

1. ☐ igen
2. ☐ nem

Ugrás a 11-re!

10. Az elmúlt 12 HÓNAPBAN <u>hány alkalommal</u> részesült Ön ilyen ellátásban?

…… alkalommal

11. Az elmúlt 12 HÓNAPBAN előfordult Önnel, hogy orvos javaslatára kórházba kellett volna mennie akár fekvő-, akár járó betegként, de erre nem került sor?

1. ☐ igen, legalább egyszer
2. ☐ nem

Ugrás a 13-ra!

12. Mi volt a fő oka annak, hogy nem került kórházba?

1. ☐ nem tudtam megfizetni (túl drága volt)
2. ☐ várólista, egyéb kórházi okokból (pl.: gyógyszerhiány, felújítás, járvány a kórházban)
3. ☐ nem volt rá időm a munkám miatt, gyerekekre, másokra kellett vigyázni
4. ☐ nagyon messze volt a kórház, nem volt megfelelő közlekedési eszköz
5. ☐ féltem a műtéttől, kezeléstől
6. ☐ féltem attól, hogy nem tudok kommunikálni az egészségügyi személyzettel
7. ☐ nem tudtam hova kell mennem, kihez kell fordulnom
8. ☐ egyéb okok miatt

13. Mikor járt utoljára fogorvosnál, fogszabályozó szakorvosnál saját egészsége érdekében (tehát úgy, hogy nem gyermekét vagy házastársát stb. kísérte el)?

1. ☐ az elmúlt 12 hónapban
2. ☐ 2 éven belül
3. ☐ 5 éven belül
4. ☐ több mint 5 éve
5. ☐ soha

Ugrás a 15-re!

14. Az elmúlt 4 HÉTBEN hány alkalommal járt fogorvosnál, fogszabályozó szakorvosnál saját egészsége érdekében?

…….alkalommal

15. Mikor találkozott Ön utoljára háziorvosával saját egészsége érdekében, beleértve azt is, amikor az orvos Önt otthonában látogatta meg, valamint azt is, amikor Ön telefonon beszélte meg problémáit vagy a kezeléssel kapcsolatos kérdéseket az orvossal?

1. ☐ az elmúlt 12 hónapban
2. ☐ 12 hónapja vagy régebben
3. ☐ soha

Ugrás a 18-ra!

16. Az elmúlt 12 HÓNAPBAN hányszor találkozott Ön saját egészsége érdekében háziorvosával?

…….alkalommal

17. Az elmúlt 4 HÉTBEN hányszor találkozott Ön saját egészsége érdekében háziorvosával?

…….alkalommal

18. Mikor találkozott Ön utoljára szakorvossal saját egészsége érdekében? Kérem, vegye figyelembe az orvosnál járóbetegként tett látogatásokat, illetve a sürgősségi osztályon tett látogatásokat is, továbbá a munkahelyi, illetve iskolai szakorvosi vizsgálatokat. Ne számolja bele a kórházi tartózkodás alatt történt szakorvosi látogatásokat.

1. ☐ az elmúlt 12 hónapban
2. ☐ 12 hónapja vagy régebben
3. ☐ soha

Ugrás a 21-re!

19. Az elmúlt 12 HÓNAPBAN hányszor találkozott Ön szakorvossal saját egészsége érdekében?

…….alkalommal

20. Az elmúlt 4 HÉTBEN hányszor találkozott Ön szakorvossal saját egészsége érdekében?

…….alkalommal

21. Az elmúlt 12 HÓNAPBAN előfordult Önnel, hogy szükséges lett volna felkeresni szakorvost, de nem került erre sor?

1. ☐ igen, legalább egyszer
2. ☐ nem

Ugrás a 23-ra!

22. Mi volt a fő oka annak, hogy nem keresett fel szakorvost?

1. ☐ nem tudtam megfizetni (túl drága volt)
2. ☐ várólista, nem volt beutalóm
3. ☐ nem volt időm rá a munkám miatt, gyerekekre, másokra kellett vigyázni
4. ☐ nagyon messze volt a szakorvos, nem volt megfelelő közlekedési eszköz
5. ☐ féltem az orvostól, kórháztól, vizsgálattól, kezeléstől
6. ☐ várni akartam, hátha magától is elmúlik a problémám
7. ☐ nem ismertem jó szakorvost
8. ☐ féltem munkahelyem elvesztésétől
9. ☐ féltem attól, hogy nem tudok kommunikálni az egészségügyi személyzettel
10. ☐ nem tudtam hova kell mennem, kihez kell fordulnom
11. ☐ egyéb okok miatt

23. Az elmúlt 12 HÓNAPBAN felkeresett-e Ön a saját egészsége érdekében … ?

	igen	**nem**
labort, röntgent		
fizioterapeutát, gyógytornászt		
ápolót, nővért (kivéve az otthoni ellátást)		
védőnőt (kivéve az otthoni ellátást)		
táplálkozási szakembert, dietetikust		
logopédust		
gyógymasszőrt, csontkovácsot, manuálterapeutát		
pszichológust vagy pszichoterapeutát		
egyéb, nem orvosi végzettségű egészségügyi szakembert(pl. optometristát, fogtechnikust, gyógytalpbetét-készítőt)		

24. 1. Az elmúlt 12 HÓNAPBAN felkeresett-e Ön a saját egészsége érdekében … ?

	igen	nem
homeopátiás szakembert		
akupunktúrás szakembert		
gyógynövényekkel foglalkozó szakembert, fitoterapeutát		
más alternatív orvoslással foglalkozó szakembert		

25. 2. Az elmúlt 12 HÓNAPBAN igénybe vette-e Ön a saját egészsége érdekében az alábbi kezelések valamelyikét?

	igen	nem
Termál-, gyógyvizes kezelés		
Gyógyiszapkezelés		
Gyógybarlangkezelés		
Széndioxidszárazfürdő-kezelés		

26. Dohányzik-e jelenleg?

1. Igen, naponta
2. Igen, alkalmanként
3. Nem

Ugrás a 28-ra!

27. Átlagosan hány cigarettát, szivart, pipát szív el naponta?

……db/szál

Most a magasságáról és a testsúlyáról fogom kérdezni. ***(Ha a megkérdezett nem tudja a magasságát, és/vagy súlyát becsülje meg azt. Várandósok esetében a várandósság előtti testsúlyukat kérjük.)***

28. Milyen magas Ön cipő nélkül? ..... cm

29. Mekkora a testsúlya ruha és cipő nélkül? …… kg

TÁRSAS KAPCSOLATOK

A következőkben társas kapcsolatairól fogjuk kérdezni.

1. Hány barátja van Önnek?

……..barát ⟶

00 — nincs barátja
99 — NEM TUDJA

Ugrás a 3-ra!

2. Most gondoljon a 3 LEGJOBB barátjára! Mi az Ön legjobb barátjának a …

	Neme		**Kora** (év)	**Iskolai végzettsége** 1=általános iskola 2=szakmunkásképző 3=középiskolai érettségi 4=főiskola/egyetem	**Foglalkozása**
	Férfi	**Nő**			
1. BARÁT					
2. BARÁT					
3. BARÁT					

3. Van-e Önnek olyan rokona, családtagja, barátja vagy ismerőse, aki …

	Rokona, családtagja		Barátja, ismerőse	
	van	nincs	van	nincs
Segítséget nyújt, vagy nyújtott Önnek hivatalos ügyintézéshez (pl. önkormányzati engedélyek, kölcsönök, hitelek, szerződéskötések stb.) ?				
Segítséget nyújtott iskoláztatással, továbbtanulással kapcsolatban, Aki például bejuttatta egyetemre vagy jó szakmát nyújtó iskolába?				
Segítséget nyújt vagy nyújtott egy jó állás, munkahely megszerzéséhez?				
Betegség esetén segít vagy segített jó orvost szerezni?				

4.Tagja-e Ön valamilyen klubnak vagy szervezetnek? (helyi, vagy szomszédsági csoport, párt, stb.)

	Igen	Nem
Sportklub		
Helyi, szomszédsági csoport		
Művészeti csoport		
Vallási közösség		
Hobby vagy szabadidős klub		
Jótékonysági szervezet		
Párt		

5. Milyen gyakran *beszélget* a szomszédjaival?

1. Mindennap
2. Hetente 1-2 alkalommal
3. Havonta 1-2 alkalommal
4. Ritkábban, mint havonta
5. Soha

16

6. Milyen gyakran *találkozik* barátaival, rokonaival, <u>akik máshol élnek, mint Ön</u>?

	Mindennap	Hetente 1-2 alkalommal	Havonta 1-2 alkalommal	Ritkábban, mint havonta	Soha
Barátok					
Rokonok					

7. Ha van munkahelye, munkatársai közül hányat tart Ön közeli barátjának?
.....személyt 999 – nincs munkahelye

8. Azok közül, akik a szomszédai, vagy a környéken laknak, hányat tart Ön közeli barátjának?
.....személyt

9. Tegyük fel, hogy Ön beteg lenne, például influenzás, és néhány napra ágyban kellene maradnia, így nem tudná elvégezni a ház körüli munkákat, a bevásárlást. Kihez fordulna segítségért? Gondoljon az első 3 emberre, akire ilyen helyzetben számíthat.
999= nincs ilyen ember

Becenevek, keresztnevek, kezdőbetűk	**A kapcsolat típusa***	**Neme** (1=férfi, 2=nő)	**Kora** (hány éves?)	**Iskolai végzettség** 1=általános iskola 2=szakmunkásképző 3=középiskolai érettségi 4=főiskola/egyetem	**Mennyire tartja szorosnak a kapcsolatát a megnevezettel?** 1-5-ig skála	**Megbeszélne-e az Ön számára fontos dolgokat a megjelölt személlyel?** 1=igen, 2=nem

***A kapcsolat típusa**: 1=házastárs/élettárs 2=szülő, 3=gyermek, 4=testvér, 5=egyéb rokon, 6=régebbi szomszéd, 7=jelenlegi szomszéd, 8=régebbi osztálytárs, 9=jelenlegi osztálytárs, 10=régebbi tanár, 11=jelenlegi tanár, 12=korábbi munkatárs, 13=jelenlegi munkatárs, 14=közeli barát, 15=egyéb, éspedig

10. Az emberek néha vendégeket hívnak, vagy vendégségbe, kirándulni, szórakozni mennek. Kikkel szokott Ön így találkozni? Gondoljon az első 3 emberre, akikkel szívesen tölti így szabadidejét.
999= nincs ilyen ember

Becenevek, keresztnevek, kezdőbetűk	**A kapcsolat típusa ***	**Neme** (1=férfi, 2=nő)	**Kora** (hány éves?)	**Iskolai végzettség** 1=általános iskola 2=szakmunkásképző 3=középiskolai érettségi 4=főiskola/egyetem	**Mennyire tartja szorosnak a kapcsolatát a megnevezettel?** 1-5-ig skála	**Megbeszélne-e az Ön számára fontos dolgokat a megjelölt személlyel?** 1=igen, 2=nem

***A kapcsolat típusa**: 1=házastárs/élettárs 2=szülő, 3=gyermek, 4=testvér, 5=egyéb rokon, 6=régebbi szomszéd, 7=jelenlegi szomszéd, 8=régebbi osztálytárs, 9=jelenlegi osztálytárs, 10=régebbi tanár, 11=jelenlegi tanár, 12=korábbi munkatárs, 13=jelenlegi munkatárs, 14=közeli barát, 15=egyéb, éspedig

11. <u>A családtagokon kívül</u> szokott-e Ön időnként egészen személyes, bizalmas dolgokról, problémákról beszélni másokkal? Ha igen, kikkel? Gondoljon az első 3 olyan emberre, akikkel ilyen dolgokat meg tud beszélni! Gondoljon az első 3 olyan emberre, akikkel ilyen dolgokat meg tud beszélni!

999= nincs ilyen ember

Becenevek, keresztnevek, kezdőbetűk	**A kapcsolat típusa ***	**Neme** (1=férfi, 2=nő)	**Kora** (hány éves?)	**Iskolai végzettség** 1=általános iskola 2=szakmunkásképző 3=középiskolai érettségi 4=főiskola/egyetem	**Mennyire tartja szorosnak a kapcsolatát a megnevezettel?** 1-5-ig skála	**Megbeszélne-e az Ön számára fontos dolgokat a megjelölt személlyel?** 1=igen, 2=nem

A kapcsolat típusa: 1=házastárs/élettárs 2=szülő, 3=gyermek, 4=testvér, 5=egyéb rokon, 6=régebbi szomszéd, 7=jelenlegi szomszéd, 8=régebbi osztálytárs, 9=jelenlegi osztálytárs, 10=régebbi tanár, 11=jelenlegi tanár, 12=korábbi munkatárs, 13=jelenlegi munkatárs, 14=közeli barát, 15=egyéb, éspedig

12. Adott esetben kitől, milyen szervezettől kérne kis összegű (pénzbeli vagy természetbeni) segítséget? Kérem, sorolja fel azokat a szervezetekei, intézményeket, akiktől Ön ilyen típusú segítséget tudna kérni!

……
……
……

99 – nem tud megnevezni ilyen szervezetet, intézményt
999 – nincs ilyen szervezet, intézmény
0 – nem kérne ilyen típusú segítséget

13. A következő csoportok közül Ön kinek nyújtana segítséget probléma esetén?

Csoportok/szervezetek	Igen, nyújtana segítséget	Nem, nem nyújtana segítséget
szűk családtagjak		
rokonainak		
barátainak		
szomszédainak, szűkebb környezetének		
(volt)iskolatársaknak/munkatársaknak		
ismeretlen embereknek		

14. Az ember szívesen összejön barátaival, ismerőseivel, rokonaival beszélgetni, szórakozni. Kérem, mondja meg, hogy

	Hetente	Havonta	Évente néhány-szor	Évente egyszer-kétszer	Ennél ritkábban, szinte soha
Milyen gyakran megy Ön vendégségbe, látogatóba?					
Milyen gyakran jön vendég Önhöz, látogatja meg Önt valaki?					
Milyen gyakran találkozik barátaival, ismerőseivel presszóban, söröző̈ben, étteremben vagy más nyilvános helyen?					

15.Szokott-e Ön Internetezni?

1. Igen
2. Nem → **Ugrás a 20-as kérdésre!**

16. Milyen gyakran szokott Ön Internetezni?

1. naponta
2. hetente több alkalommal
3. hetente
4. havonta többször
5. havonta
6. ritkábban

17. Tagja-e valamilyen Internetes közösségi oldalnak? (facebook, iwiw, stb.)

1. igen
2. nem

18. Körülbelül hány ismerőse van egy adott közösségi oldalon? (Amelyiket a leggyakrabban látogatja.)

……..fő

18. Körülbelül hány emberrel tartja a kapcsolatot személyesen is azok közül, akik a közösségi oldalon az ismerősei?

1. szinte senkivel
2. körülbelül negyedükkel
3. körülbelül felével
4. több mint felével
5. szinte mindenkivel

20.Összességében mennyire elégedett eddigi életével?

egyáltalán nincs megelégedve elégedett									**teljes mértékben**
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**

21.Mennyire érzi magát boldognak?

1. nagyon boldog
2. inkább boldog
3. inkább nem boldog
4. egyáltalán nem boldog

KULTURÁLIS TŐKE

Most kulturális szokásaival kapcsolatban teszünk fel kérdéseket.

1. **Van-e a tulajdonában…?**

	van	nincs	becsült szám
Könyv	**1**	**2**	**…….. db**
Lexikon	**1**	**2**	**…….. db**
Szótár	**1**	**2**	**…….. db**
Idegen nyelvű könyv	**1**	**2**	**…….. db**
Művészeti album	**1**	**2**	**…….. db**
Komolyzenei hanglemez/CD	**1**	**2**	**…….. db**
Festmény	**1**	**2**	**…….. db**

2. **Gondoljon akár a hagyományos, akár az elektronikus olvasási szokásaira! Hogyan jellemezné azt?**

Nem olvas(om)=(évente egy könyvet sem)	
Nagyon ritkán=(évente 1-3 könyvet)	
Időnként=(évente 4-11 könyvet)	
Rendszeresen=(átlagban, havonta legalább 1 könyvet)	

3. **Milyen témájú/műfajú írásokat olvas a legszívesebben? (Több válasz is megjelölhető!)**

Romantikus könyvek	
Szépirodalom	
Ifjúsági regény	
Kalandregény	
Fantasy	
Történelmi regény	
Életmód	
Krimi	
Utazás	
Vallás	
Horror	
Ezotéria	
Sci-fi	
Szakirodalom	
Egyéb	

4. **Nevezze meg 3 legkedvesebb szerzőjét, íróját!**

……
……
……..

999=nincs kedvenc szerzője, írója

5. Milyen gyakran jár Ön…?

	Soha	Évente néhányszor	Havonta egyszer	Hetente egyszer	Hetente többször
Színházba	1	2	3	4	5
Multiplex moziba	1	2	3	4	5
Hagyományos (Art) moziba	1	2	3	4	5
Fesztiválokra	1	2	3	4	5
Múzeumba, kiállításra	1	2	3	4	5
Könyvtárba	1	2	3	4	5
Könyvesboltba	1	2	3	4	5
Könnyűzenei koncertre	1	2	3	4	5
Komolyzenei hangversenyre	1	2	3	4	5

6. Volt-e valaha hosszabb ideig külföldön (Min. 6 hó)?

1. igen
2. nem

ÉRZELMI JÓL-LÉT

1. Van-e olyan pszichés problémája, amely miatt rendszeresen szakember segítségét (pszichológus, pszichiáter) veszi igénybe?

1 Van
2 Nincs
99 Nem válaszolok

2. Amennyiben jellemeznie kellene saját érzelmi állapotát, mit mondana róla?

1 Nem érzem jól magamat, nem vagyok boldog.
2 Kissé rosszul érzem magamat, kissé boldogtalan vagyok.
3 Nem vagyok boldogtalan, de boldognak sem mondanám magamat.
4 Kissé boldog vagyok.
5 Inkább jól érzem magamat, inkább boldog vagyok.
6 Nagyon jól érzem magamat, nagyon boldog vagyok.
99 Nem válaszolok.

3. A következőkben olyan kijelentéseket fog hallani, amelyek a boldogságra, az érzelmi jól-létre vonatkoznak. Értékelje, hogy mennyire ért egyet, vagy nem ért egyet ezekkel a kijelentésekkel.

Kérdező! Először olvasd fel az alábbi válaszlehetőségeket!

1 Egyáltalán nem értek egyet
2 Közepes mértékben nem értek egyet
3 Kis mértékben nem értek egyet
4 Kis mértékben egyetértek
5 Közepes mértékben egyetértek
6 Nagymértékben egyetértek

Nem nagyon örülök annak, amilyen vagyok.	1	2	3	4	5	6
Rendkívüli módon érdekelnek mások.	1	2	3	4	5	6
Úgy érzem, hogy nagyon jó élni.	1	2	3	4	5	6
Szinte mindenki felé pozitív hozzáállást, érzéseket táplálok.	1	2	3	4	5	6
Ritkán ébredek kipihenten.	1	2	3	4	5	6
Nem vagyok kimondottan optimista a jövőt illetően.	1	2	3	4	5	6
A legtöbb dolgot szórakoztatónak tartom.	1	2	3	4	5	6
Általában belemerülök abba, amit csinálok, és nagyon elkötelezetten teszem.	1	2	3	4	5	6
Szép az élet.	1	2	3	4	5	6
Szerintem nem valami jó hely ez a világ.	1	2	3	4	5	6
Sokat nevetek.	1	2	3	4	5	6
Szinte mindennel elégedett vagyok az életemben.	1	2	3	4	5	6
Azt hiszem, nem vonzó a külsőm.	1	2	3	4	5	6
Nagy különbség van aközött, amit szeretnék tenni, és amit eddig tettem.	1	2	3	4	5	6
Nagyon boldog vagyok.	1	2	3	4	5	6
Bizonyos dolgokban megtalálom a szépséget.	1	2	3	4	5	6
Képes vagyok felvidítani a többieket.	1	2	3	4	5	6
Amire akarok, arra tudok időt szakítani.	1	2	3	4	5	6
Úgy érzem, nem vagyok hatással az életem alakulására.	1	2	3	4	5	6
Képesnek érzem magam arra, hogy bármit elvállaljak.	1	2	3	4	5	6
Úgy érzem, szellemileg teljesen éber vagyok.	1	2	3	4	5	6
Gyakran élek át örömet és emelkedett érzéseket.	1	2	3	4	5	6
Nehezen hozok döntéseket.	1	2	3	4	5	6
Nincs igazán értelme és célja az életemnek.	1	2	3	4	5	6
Úgy érzem, rengeteg az energiám.	1	2	3	4	5	6
Általában pozitívan befolyásolom az engem ért történéseket.	1	2	3	4	5	6
Nem szoktam jól érezni magam másokkal.	1	2	3	4	5	6
Nem érzem kimondottan egészségesnek magam.	1	2	3	4	5	6
Nincsenek igazán vidám emlékeim.	1	2	3	4	5	6

IDŐSEK HELYZETE

Kérdező! *Az alábbi kérdéseket csak azoknak a megkérdezetteknek kell feltenni, akik 65 évesek, vagy annál idősebbek! Egyébként: ugrás a támogató rendszerek blokkra!*

1. Költözött – e Ön 60 éves korát követően?

1. Igen
2. Nem → **3-ra**

2. Ha igen, mikor és mi volt ennek az oka?

……..

3. Költöztek – e az Ön háztartásába 60 éves korát követően?

1. Igen
2. Nem → **5-re**

4. Ha igen, mikor és mi volt ennek az oka?

……..

……..

5. Milyen jövedelemmel rendelkezik az alábbiak közül (*több válasz is megjelölhető*):

- Munkajövedelem	1 igen	2 nem	9 nem válaszolt
- Saját jogú nyugdíj	1 igen	2 nem	9 nem válaszolt
- Hozzátartozói nyugellátás	1 igen	2 nem	9 nem válaszolt
- Rokkantnyugdíj	1 igen	2 nem	9 nem válaszolt
- Önkormányzati támogatás (időskorúak járadéka)	1 igen	2 nem	9 nem válaszolt
- Ápolási díj	1 igen	2 nem	9 nem válaszolt
- Egyéb támogatások	1 igen	2 nem	9 nem válaszolt

6. Mennyire igazak Önre az alábbi állítások? Kérjük, osztályozza úgy, hogy az 1-es az egyáltalán nem jellemző, az 5-ös a teljesen igaz állítást jelenti.

- Teljesen ki tudok jönni a jövedelemből	1	2	3	4	5
- Kijövök a jövedelemből és még félre is tudok tenni	1	2	3	4	5
- A félretett pénzemből családomat támogatom	1	2	3	4	5
- A havi megélhetés komoly problémát okoz számomra	1	2	3	4	5
- Családom segítsége nélkül nem tudnék megélni	1	2	3	4	5
- Jó ideje nem jut új ruhára	1	2	3	4	5
- Jó ideje nem jut új háztartási cikkekre	1	2	3	4	5
- Jövedelmem jelentős része gyógyszerekre megy el	1	2	3	4	5
- Jövedelmem jelentős része a lakás kiadásokra megy el	1	2	3	4	5
- Nagyon meg kell néznem, mit vehetek meg az élelmiszerboltban	1	2	3	4	5

7. Hogyan ítéli meg saját helyzetét más hasonló korú időshöz képest?

1. Sokkal jobb
2. Jobb
3. Ugyanolyan
4. Rosszabb
5. Sokkal rosszabb

8. Miért? (*Kérjük, indokolja!*)
……
……
……

9. Mennyire igazak Önre az alábbi állítások? Kérjük, osztályozza úgy, hogy az 1-es az egyáltalán nem jellemző, az 5-ös a teljesen igaz állítást jelenti.

Betegségem akadályoz a mindennapjaimban	1	2	3	4	5
Egyre nehezebben tudom magam ellátni	1	2	3	4	5
Az orvoshoz jutás nehézséget okoz	1	2	3	4	5
Örülök, hogy van kire számítanom	1	2	3	4	5
Gyakran félek egyedül	1	2	3	4	5
A modern világ dolgaiban nehezen tudok eligazodni	1	2	3	4	5
Örülök, hogy biztos jövedelemmel rendelkezem	1	2	3	4	5
Zavar, hogy másokra vagyok utalva	1	2	3	4	5
Érzem, hogy a családom szeret, megbecsül engem	1	2	3	4	5
Úgy érzem, meghallgatnak, számít a véleményem	1	2	3	4	5
Szerintem a társadalomban az idősek megkapják a nekik járó tiszteletet, megbecsülést	1	2	3	4	5
Szerintem többet kellene az idősekkel foglalkozni	1	2	3	4	5
A nyugdíjazás után az ember már nem való semmire	1	2	3	4	5
Szeretnék új dolgokat megismerni	1	2	3	4	5
Annyi mindent adhatnék másoknak	1	2	3	4	5
Meg tudnám változtatni a környezetem	1	2	3	4	5
Szívesen lennék tagja kluboknak, baráti köröknek	1	2	3	4	5
A hobbimnak tudok élni	1	2	3	4	5

TÁMOGATÓ RENDSZEREK – SZOCIÁLIS PROBLÉMÁK

1. Szociális problémájának megoldásában kinek a segítségére számíthat?

999=nincsenek ilyen jellegű problémái

	Igen	Nem
a) Családtag	( )	( )
b) Barátok	( )	( )
c) Ismerősök	( )	( )
d) Hivatal	( )	( )
e) Szociális szolgáltató (intézmény)	( )	( )
f) Nem számíthat segítségre	( )	( )
g) Egyéb, éspedig:……	( )	( )

2. Fordult-e már szociális problémájának megoldása érdekében a Szociális Osztályhoz?

1. Igen
2. Nem ⟶ **10-re**

3. Ha igen, kérjük, nevezze meg, milyen probléma megoldása érdekében kérte a segítséget?

……
……
……

4. Milyen típusú segítséget kapott?

	Igen	Nem
a) Pénzbeli	( )	( )
b) Természetbeni	( )	( )
c) Felvilágosítást, tanácsot	( )	( )
d) Más intézményhez irányították	( )	( )
e) Nem kapott segítséget	( )	( )

5. Melyik segélyezési forma nyújt megoldást a problémájára? (*Kérjük, hogy csak egy választ jelöljön meg!)*

1. Pénzbeli
2. Természetbeni
3. Egyik sem

6. A megállapított segély megoldotta-e problémáját? *(Kérjük, hogy csak egy választ jelöljön meg!)*

1. Teljes mértékben
2. Részben
3. Egyáltalán nem

7. Honnan értesült a segély igénybevételének lehetőségéről? *(Kérjük, hogy csak egy választ jelöljön meg!)*

1. Ismerőstől
2. Médiából (helyi újság, televízió, rádió)
3. Internetről
4. Egyéb helyről,
   éspedig:……

8. Ha nem részesült segélyben az elmúlt két évben, annak oka? *(Kérjük, hogy csak egy választ jelöljön meg!)*

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

9. Ha segély iránti kérelmét elutasították, annak oka? *(Kérjük, hogy csak egy választ jelöljön meg!)*

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

10. Biztosan tudja, hogy a segélyekre való jogosultságot mérlegelni szokták. Ön hogyan változtatná meg a segélyre való jogosultság feltételeit? *(Kérjük, hogy csak egy választ jelöljön meg!)*

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

11. Kérjük, ítélje meg, 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.	( )	( )	( )	( )	( )

12. Kérjük, ítélje meg, 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**
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.	( )	( )	( )	( )	( )

13. Megítélése szerint Ön vagy az Ön háztartásában élő személy <u>jogosult-e</u> valamilyen támogatásra?

1. Igen
2. Nem

14. Megítélése szerint mekkora összegű segélyre, támogatásra lenne ahhoz szüksége, hogy szociális helyzetében pozitív változás kövezzen be?

999=nincs szüksége ilyen jellegű segélyre, támogatásra

……Ft/hó

Szociális Osztály

Kérdező! *Az alábbi kérdéssor <u>esetében az első két kérdést mindenkinek fel kell tenni</u>, a harmadik kérdéstől csak azokkal kell folytatni a beszélgetést, akik jártak már a Szociális Osztályon valamilyen okból! Akik nem, ugrás a Biográfia blokkra!*

1. Kérjük, ha tudja, sorolja fel a Szociális Osztály tevékenységeit, feladatait! Amennyiben nem ismeri az iroda tevékenységeit, kérjük, mondja el, mit gondol, mivel foglalkozik a Szociális Osztály!

……
……
……

2. Honnan tájékozódik az Osztály által nyújtott segélyek, szolgáltatások igénybevételének feltételeiről? (Több választ is megjelölhet!)

1. Média
2. Ismerősök
3. Személyesen az ügyintézőktől
4. Internet
5. Egyéb,éspedig:……
6. Sehonnan

Innentől csak azokat kérdezni, akik jártak már a Szociális Osztályon valamilyen okból!

3. Megítélése szerint, könnyen értelmezhetőek, kitölthetők-e az igénylőlapok?

1. Igen
2. Nem

4. Az alábbiak közül kitől kapott segítséget az igénylőlap kitöltéséhez? (Több választ is megjelölhet!)

999=nem volt szüksége segítségre

1. Ügyintézőtől
2. Másik ügyféltől
3. Családtagjaitól
4. Senkitől

5. Mennyire elégedett Ön az ügyintézők szakmai felkészültségével?

1	2	3	4	5
egyáltalán nem elégedett				teljes mértében elégedett

6. Mennyire elégedett Ön az ügyintézők segítőkészségével?

1	2	3	4	5
egyáltalán nem elégedett				teljes mértében elégedett

BIOGRÁFIA

1. A megkérdezett neme

1. Férfi
2. Nő

2. A megkérdezett születési éve:…….

3. A megkérdezett családi állapota:

1. Nőtlen, hajadon
2. Házas
3. Élettárssal él
4. Elvált
5. Özvegy

4. A megkérdezett illetve a szülei befejezett iskolai végzettsége: (Karikázza be a megfelelő számjelzést!)

	Saját	Édesanya	Édesapa
kevesebb, mint 8 általános	1	1	1
8 általános	2	2	2
Szakiskolai (Szakmunkásképző iskola) szakképesítés	3	3	3
Szakközépiskolai érettségi	4	4	4
Gimnáziumi érettségi	5	5	5
Érettségit követő, nem felsőfokú szakképzés, technikum	6	6	6
Főiskola, alapképzés	7	7	7
Egyetem, mesterképzés	8	8	8
Doktori képzés (PhD, DLA)	9	9	9

4.a. Ki volt a fenntartója annak az iskolának, ahol a legmagasabb iskolai végzettségét szerezte?

1. az állam
2. valamelyik egyház
3. alapítvány
4. magániskola

5.Az országban és a városban is az emberek sokféle nemzetiséghez vagy etnikumhoz tartoznak. Ön milyen nemzetiségűnek tarja magát <u>elsősorban?</u>

1. magyar
2. német
3. szerb
4. horvát
5. román
6. szlovák
7. roma/cigány
8. egyéb, éspedig

6.És milyen nemzetiségűnek tartja magát <u>másodsorban</u>?

0. nem tartozik más nemzetiséghez
1. magyar
2. német
3. szerb
4. horvát
5. román
6. szlovák
7. roma/cigány
8. egyéb, éspedig

7.Rendelkezik-e Ön valamilyen idegen nyelv ismeretével?

1. Igen
2. Nem

Ugrás a 9-re!

8. Amennyiben igen, kérjük, mondja meg, hogy saját megítélése szerint milyen szinten tudja használni az adott nyelvet!

1. Egyszerűbb helyzetekben tudom használni (pl. ételrendelés, jegyvásárlás)
2. Tudok beszélgetni az adott nyelven az emberekkel
3. Alapvető írásos anyagokat megértem (pl. étlap, irányjelzések)
4. Bonyolultabb információkat is megértem (pl. újság, folyóirat, könyv)
5. Egyáltalán nem tudom használni

9.Rendelkeznek-e az Ön szülei valamilyen idegen nyelv ismeretével

édesapa: 1= igen 2=nem
édesanya: 1=igen 2=nem

Köszönjük közreműködését, azt, hogy időt szánt ránk és válaszolt kérdéseinkre!

Köszönjük a kérdezők munkáját!

<u>Kérdések a kérdezőknek:</u>

Az utca neve:……

Ki válaszolt a kérdésekre a teljes kérdőív (háztartási blokkal együtt) esetében?

1. A háztartásfő, azaz a legidősebb férfi
2. A háztartásban élő legidősebb nő
3. Egyéb, éspedig:……

Egyéb megjegyzés:

……
……
……
……

30

3. számú melléklet

Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala

Személyi Nyilvántartási és Igazgatási Főosztály
Belföldi Jogsegélyügyek Osztálya

Iktatószám: 725/5068-2/2015.

Ügyintéző: Eckerné dr. Miklai Melinda
Telefonszám: 06-1/299-7260
Hiv. szám: EKDH/197/2015.
Ügyintézőjük: Huszti Éva
Tárgy: Adatszolgáltatás engedélyezése

A Debreceni Egyetem Egészségügyi Kara (címe: 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4.) a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásából történő csoportos adatszolgáltatás iránti kérelmére az alábbi

határozatot

hozom.

A kérelemnek helyt adok.

Engedélyezem, hogy a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kara (a továbbiakban: kérelmező) a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásából csoportos adatszolgáltatást vegyen igénybe.

Az engedéllyel érintett adatkör 1500 fő, 1997. 03. 31. előtt született, Nyíregyháza településen bejelentett lakóhellyel rendelkező, véletlenszerűen kiválasztott, élő polgár név- és lakcímadatának közlésére terjed ki.

Nem teljesíthető adatszolgáltatás az adatszolgáltatást tiltó nyilatkozatot tett polgárra vonatkozóan, valamint

Felhívom kérelmező figyelmét arra, hogy a jelen engedély alapján közölt személyes adatokat jogszerűen kizárólag az adatigénylés alapjául megjelölt célból használhatja fel, illetve kezelheti. A hatályos adatvédelmi előírások megsértése esetén (különös tekintettel a jogosulatlan és a céltól eltérő adatkezelésre) büntetőjogi és polgári jogi felelősség terheli.

Az adatszolgáltatást jelen engedély alapján a Hivatal Személyes Ügyfélszolgálati Főosztályának Kiemelt Ügyfelek Osztálya mágneses vagy optikai adathordozón (az aktuális kérelemben meghatározott módon) teljesíti.

Az adatszolgáltatás díjmentes.

Döntésem ellen fellebbezésnek helye nincs. Határozatom bírósági felülvizsgálata iránti keresetlevelet jogszabálysértésre hivatkozással a közlésétől számított harminc napon belül hatóságomnál lehet benyújtani vagy ajánlott küldeményként postára adni. A közigazgatási határozat bírósági felülvizsgálata iránti eljárás illetékmentes.

I n d o k o l á s

Kérelmező a személyiadat- és lakcímnyilvántartásból történő csoportos adatszolgáltatás iránti kérelmet terjesztett elő.

A polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásáról szóló 1992. évi LXVI. törvény (a továbbiakban: Nytv.) 17. § (1) bekezdése szerint a nyilvántartás szervei az e törvényben meghatározott feltételekkel és korlátok között – a polgár, illetve jogi személy és jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet kérelmére, a felhasználás céljának és jogalapjának igazolása esetén – adatot szolgáltatnak.

Az Nytv. 19. § (1) bekezdés b) pontja értelmében a 17. § (2) bekezdésének a) pontja szerinti adatszolgáltatást bármely polgár, illetve jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet a felhasználás céljának és jogalapjának igazolása mellett jogosult kérni tudományos kutatás céljából.

Kérelmező az adatfelhasználás céljaként tudományos kutatást („Nyíregyháza Életminősége" című tudományos kutatást) jelölt meg. Az adatfelhasználás jogalapját a kérelmező Alapító okiratában, valamint a kutatás és a közvetlen üzletszerzés célját szolgáló név- és lakcímadatok kezeléséről szóló 1995. évi CXIX. törvény (a továbbiakban: DMtv.) 3. § (1) bekezdés d) pontja teremti meg.

A DMtv. 4. § (4) bekezdése értelmében a személyiadat- és lakcímnyilvántartásból az (1) bekezdés alapján igényelt adat csak az igénylést, illetőleg a legutóbbi egyeztetéstől számított hat hónapon belül használható fel, illetőleg továbbítható.

A leírtak értelmében az Nytv. 19. § (1) bekezdés b) pontja alapján a kérelemnek helyt adtam.

Kérelmező a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásából teljesített adatszolgáltatásért, a kapcsolatfelvétel céljából való megkeresésért, valamint értesítésért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjról szóló 16/2007. (III.13.) IRM-MeHVM együttes rendelet 2. § (5) bekezdése alapján mentes az igazgatási szolgáltatási díj megfizetése alól.

A fellebbezési jogot a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény (a továbbiakban: Ket.) 100. § (1) bekezdés e) pontja, valamint a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala létrehozásáról, feladatairól és hatásköréről szóló 276/2006. (XII.23.) Korm. rendelet 4. § (3) bekezdése alapján zártam ki. A határozat bírósági felülvizsgálatának lehetőségét a Ket. 100. § (2) bekezdése és a Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény 324. § és 330. §-ai alapján adtam meg.

A közigazgatási határozat bírósági felülvizsgálata iránti eljárás illetékmentességéről szóló tájékoztatásom az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. törvény 5. § (1) bekezdés c) pontján alapul.

Hatásköröm és illetékességem az Nytv. 9. § (2) bekezdésének c) pontjában és az Nytv. végrehajtására kiadott 146/1993. (X. 26.) Kormányrendelet 12. § (1) bekezdés d) pontjában, továbbá a Korm. rendelet 5. § (1) bekezdésében foglaltakon alapul.

Budapest, 2015. március „25."

dr. Ignácz István
elnök
nevében

Csordás István
osztályvezető

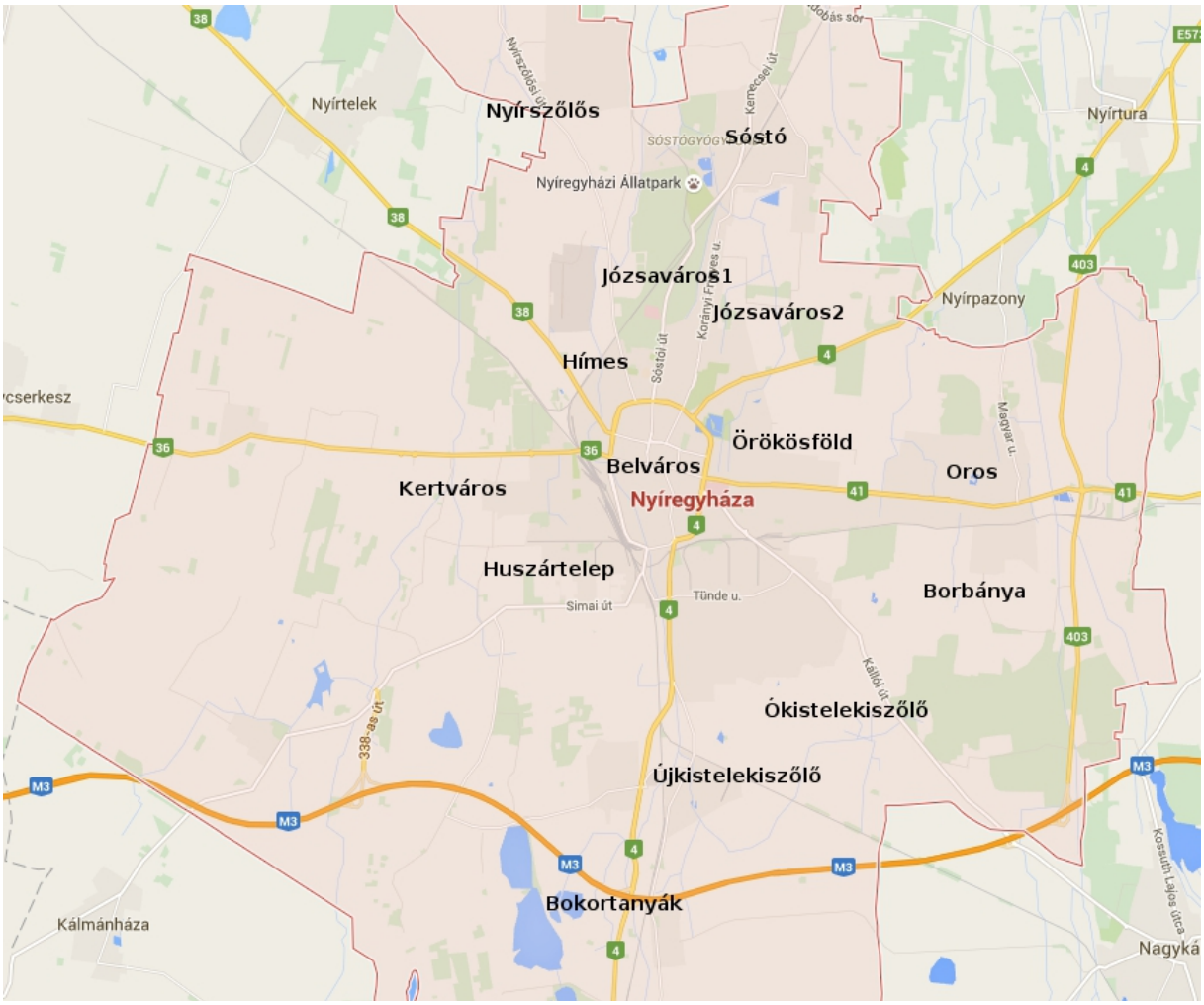
A határozatot kapják:
1) Debreceni Egyetem Egészségügyi Kara (címe: 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4.)
2) Hivatal Közgazdasági Főosztály (a kérelem csatolásával)
3) Irattár

kekkh

H- 1097 Budapest, Vaskapu u. 30/B. • Telefon: +36(1) 299-7269 • Fax: +36(1) 299-7257
e-mail: hatosagi.foosztaly@mail.ahiv.hu • www.kekkh.gov.hu

4. számú melléklet

Nyíregyháza körzetei



6. számú ábra Nyíregyháza térképe a 14 körzet jelölésével

5. számú melléklet

Kérdezőbiztosi megbízólevél

Ezúton igazolom, hogy…….., a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar hallgatója a Nyíregyháza Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatal Szociális és Köznevelési Osztállyal közösen lebonyolított életminőség-kutatás programban kérdezőbiztosi tevékenységet folytat, 2015. április 8. és április 26. között.

A kérdezésre kizárólag azok a diákok jogosultak, akik a kar által kiállított, a kutatásvezető által aláírt, a kar fejléces papírjára elkészített és annak pecsétjével ellátott kérdezőbiztosi megbízólevéllel rendelkeznek.

Kérésre a megbízólevelet meg kell mutatni minden megkérdezettnek.

Ezúton is kérünk mindenkit, hogy válaszaival segítse a diákok munkáját, a felmérés számukra egyben szakmai gyakorlatnak is minősül.

Amennyiben a megkérdezetteknek bármilyen kérdése, kérése, problémája merül fel a kutatás lebonyolításával kapcsolatosan, a kutatás témavezetőjét kell keresni:

Kutatásvezető:
Dr. Fábián Gergely, általános dékán helyettes, tanszékvezető főiskolai tanár
Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4.

Nyíregyháza, 2015. március 31.

Dr. Fábián Gergely
kutatásvezető

6.a. számú melléklet

NYÍREGYHÁZA MEGYEI JOGÚ VÁROS
ALPOLGÁRMESTERE
4401 Nyíregyháza, Kossuth tér 1. Pf.: 83.
Telefon: (42) 524-510
E-mail: nagylaszlo@nyirhalo.hu

Tisztelt Városlakó!

Nyíregyháza városa, karöltve a **Debreceni Egyetem Egészségügyi Karával** ez évben egy olyan kutatási programot indít, amelyet rendszeresen szeretne elvégezni annak érdekében, hogy feltárja a városban élő állampolgárok élethelyzetét, életminőségét.

Ilyen témájú kutatás már régóta létezik az Európai Unióban és hazánkban is, így a kapott adatok összehasonlíthatóak lesznek a tagországok információival. A kutatás kérdőívét is az unióban használt kérdőív alapján állítottuk össze.

A felmérésből származó adatokra alapozva a város mindenkori vezetése olyan fejlesztési programokat indíthat, melyek a városlakók életkörülményeinek fejlesztését szolgálják.

A kutatás során a városban összesen **2000 háztartást** szeretnénk megkérdezni. A kérdezést a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar diákjai végzik majd, akik a **közeljövőben** (április-május hónapban) **Önt is felkeresik majd**.

Ezúton kérjük, hogy válaszaival segítse a diákok munkáját, a felmérés számukra egyben szakmai gyakorlatnak is minősül.

Kérdezésre kizárólag az Egészségügyi Kar diákjai jogosultak, akik a nevükre szóló megbízólevéllel rendelkeznek, s amely a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Szociális Munka Alapszak fejléces papírra kerül nyomtatásra, rajta van a szak pecsétje és a kutatási témavezető aláírása. Amikor felkeresik a diákok, nyugodtan kérje el tőlük megbízólevelüket, hogy meggyőződhessen, valóban azok teszik fel a kérdéseket, akik erre jogosultak.

A megkérdezésre kerülő nyíregyháziak neveit és címeit a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala véletlenszerűen választotta ki adatbázisából oly módon, hogy az állandó nyíregyházi lakhellyel rendelkező, 18 évnél idősebb lakosokat vette figyelembe.

A felmérés a maga nemében egyedülálló, hasonlóra még nem került sor városunkban. Ennek érdekében kérjük, hogy válaszaival segítse a kutatók és a diákok munkáját.

A válaszadás természetesen önkéntes, és név nélkül zajlik, a kapott adatokat kizárólag a tudományos elemzés számára használjuk fel.
A felmérés lebonyolításáról és a kapott eredményekről természetesen egy későbbi időszakban a helyi médiák segítségével részletesen is informáljuk majd a városlakókat.
Kérjük, amennyiben bármilyen kérdése, észrevétele, problémája merül fel a kutatás lebonyolításával kapcsolatosan, keresse meg a kutatás vezetőjét.

Segítségüket előre is megköszönve

Nyíregyháza, 2008. április 09.

Nagy László
Nyíregyháza Megyei Jogú Város
alpolgármestere

Dr. Fábián Gergely
Tudományos dékánhelyettes, tanszékvezető
főiskolai tanár, kutatásvezető

6.b. számú melléklet

NYÍREGYHÁZA MEGYEI JOGÚ VÁROS
ALPOLGÁRMESTERE

4401 Nyíregyháza, Kossuth tér 1. Pf.: 83.
Telefon: (42) 524-520, Fax: (42) 524-521
E-mail: nyhalpo2@nyirhalo.hu

NYÍREGYHÁZA MEGYEI JOGÚ VÁROS POLGÁRMESTERI HIVATAL Szociális Iroda 2010 FEBR 05
Érkezett: 12714
Iktatószám: 28482/085 Melléklet: ...db
Ügyintéző: Gáthy J. Kódszáma: 228

Tisztelt Városlakó!

Nyíregyháza városa, karöltve a **Debreceni Egyetem Egészségügyi Karával** 2008-ban indítottal el azt a kutatási programot, amelyben rendszeresen felméri a városban élő állampolgárok élethelyzetét, életminőségét. **Ezúton is szeretnénk megköszönni, hogy az első adatfelvétel során válaszaival segítette munkánkat!**

Tájékoztatásul közöljük, hogy a kutatási eredményekből két tanulmány már megjelent a Szabolcs-szatmár-beregi Szemle folyóiratban, illetve a közeljövőben elérhető lesz az egészségügyi kar honlapján is (www.de-efk.hu).

A felmérésből származó adatokra alapozva a város mindenkori vezetése olyan fejlesztési programokat indíthat, melyek a városlakók életkörülményeinek fejlesztését szolgálják.

Az előző időszakhoz hasonlóan idén is összesen **2000 háztartást** szeretnénk megkérdezni. A kérdezést a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar nappalis és levelezős diákjai végzik majd, akik a **közeljövőben** (március-május hónapban) **Önt is újra felkeresik majd**.

Ezúton kérjük, hogy válaszaival továbbra is segítse a diákok munkáját, a felmérés számukra egyben szakmai gyakorlatnak is minősül.

Kérdezésre kizárólag az Egészségügyi Kar diákjai jogosultak, akik a nevükre szóló megbízólevéllel rendelkeznek, s amely a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Szociális Munka Alapszak fejléces papírra kerül nyomtatásra, rajta van a szak pecsétje és a kutatási témavezető aláírása. Amikor felkeresik a diákok, nyugodtan kérje el tőlük megbízólevelüket, hogy meggyőződhessen, valóban azok teszik fel a kérdéseket, akik erre jogosultak.

A megkérdezésre kerülő nyíregyháziak neveit és címeit a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala véletlenszerűen választotta ki adatbázisából oly módon, hogy az állandó nyíregyházi lakhellyel rendelkező, 18 évnél idősebb lakosokat vette figyelembe.

A felmérés a maga nemében egyedülálló, hasonlóra még nem került sor városunkban. Ennek érdekében kérjük, hogy válaszaival segítse a kutatók és a diákok munkáját.
A válaszadás természetesen önkéntes, és név nélkül zajlik, a kapott adatokat kizárólag a tudományos elemzés számára használjuk fel.
A felmérés lebonyolításáról és a kapott eredményekről természetesen egy későbbi időszakban a helyi médiák segítségével továbbra is informáljuk majd a városlakókat.

Kérjük, amennyiben bármilyen kérdése, észrevétele, problémája merül fel a kutatás lebonyolításával kapcsolatosan, keresse meg a kutatás vezetőjét.

Segítségüket előre is megköszönve

Nyíregyháza, 2010. február 28.

Nagy László
Nyíregyháza Megyei Jogú Város
alpolgármestere

Dr. Fábián Gergely
Tudományos dékánhelyettes, tanszékvezető
főiskolai tanár, kutatásvezető

6.c. számú melléklet

NYÍREGYHÁZA
MEGYEI JOGÚ VÁROS
POLGÁRMESTERE

Tisztelt Városlakó!

Nyíregyháza városa, karöltve a **Debreceni Egyetem Egészségügyi Karával** 2008-ban egy olyan kutatási programot indított, amelyet rendszeresen szeretne elvégezni annak érdekében, hogy feltárja a városban élő állampolgárok élethelyzetét, életminőségét, illetve azok változásait.

Ilyen témájú kutatás már régóta létezik az Európai Unióban és hazánkban is, így a kapott adatok összehasonlíthatóak a tagországok információival. A kutatás kérdőívét is az unióban használt kérdőív alapján állítottuk össze.

A felmérésből származó adatokra alapozva a város mindenkori vezetése olyan fejlesztési programokat indíthat, melyek a városlakók életkörülményeinek fejlesztését szolgálják.

A kutatás során a városban összesen **1000 háztartást** szeretnénk megkérdezni. A kérdezést a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar diákjai végzik majd, akik a **közeljövőben** (április-május hónapban) **Önt is felkeresik majd**.

Ezúton kérjük, hogy válaszaival segítse a diákok munkáját, a felmérés számukra egyben szakmai gyakorlatnak is minősül.

Kérdezésre kizárólag az Egészségügyi Kar diákjai jogosultak, akik a nevükre szóló megbízólevéllel rendelkeznek, s amely a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Szociális Munka Alapszak fejléces papírra kerül nyomtatásra, rajta van a szak pecsétje és a kutatási témavezető aláírása. Amikor felkeresik a diákok, nyugodtan kérje el tőlük megbízólevelüket, hogy meggyőződhessen, valóban azok teszik fel a kérdéseket, akik erre jogosultak.

A megkérdezésre kerülő nyíregyháziak neveit és címeit a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala véletlenszerűen választotta ki adatbázisából oly módon, hogy az állandó nyíregyházi lakhellyel rendelkező, 18 évnél idősebb lakosokat vette figyelembe.

A felmérés a maga nemében egyedülálló, hasonlóra még nem került sor városunkban. Ennek érdekében kérjük, hogy válaszaival segítse a kutatók és a diákok munkáját.

A válaszadás természetesen önkéntes, és név nélkül zajlik, a kapott adatokat kizárólag a tudományos elemzés számára használjuk fel.

A felmérés lebonyolításáról és a kapott eredményekről természetesen egy későbbi időszakban a helyi médiák segítségével részletesen is informáljuk majd a városlakókat.

Kérjük, amennyiben bármilyen kérdése, észrevétele, problémája merül fel a kutatás lebonyolításával kapcsolatosan, keresse Dr. Huszti Évát, elérhetősége 06-42/ 598-234.

Segítségüket előre is megköszönve

Nyíregyháza, 2015. március 18.

Dr. Kovács Ferenc	Prof. Dr. Semsei Imre	Dr. Fábián Gergely
Nyíregyháza Megyei Jogú Város polgármestere	Dékán	Dékán-helyettes, kutatásvezető

10. A szerző publikációs jegyzéke

Az értekezés témájával összefüggő cikkek:

1. Jávorné Erdei Renáta , Takács Péter , Fábián Gergely, Relation of Health Condition and Quality of Life: Examination of the Quality of Life of the Disadvantaged Population in Nyíregyháza by the FT Quality of Life Index ***PRACTICE AND THEORY IN SYSTEMS OF EDUCATION*** 10:(2) pp. 157-164. (2015) [2937551]

2. R Fedor Anita , Jávorné Erdei Renáta A foglalkoztatás jellemzői Nyíregyházán *ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA* 5:(12-13) pp. 29-46. (2014)

3. Jávorné Erdei Renáta, Életminőség és egészségi állapot összefüggései Nyíregyházán In: Dr Semsei Imre (szerk.)VII. Nyíregyházi Doktorandusz Konferencia (PhD/DLA) Konferencia Kiadványa. Konferencia helye, ideje: Nyíregyháza , Magyarország , 2013.12.06 Nyíregyháza: Debreceni Egyetemi Kiadó, 2014. pp. 152-166. (ISBN:978-963-318-419-6)

4. Jávorné Erdei Renáta, R. Fedor Anita , Berencsiné Madácsi Eszter, A nyíregyházi lakosok szubjektív egészségi állapota és annak változásai ***ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA*** 5:(12-13) pp. 189-206. (2014)

5. Renáta Jávorné Erdei, Anikó Gyulai, Anita Rusinné Fedor , Péter Takács Quality of life and community activities ***EUROREGIONAL JOURNAL OF SOCIO-ECONOMIC ANALYSIS*** 2:(1) pp. 39-45. (2014)

6. Berencsiné Madácsi Eszter , Bokor Anna , Jávorné Erdei Renáta Milyen a nyíregyházi nők vélt egészsége és szűrési hajlandósága 2012-ben? ***ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA*** 4:(10) pp. 171-182. (2013)

7. Bokor Anna , Berencsiné Madácsi Eszter , Jávorné Erdei Renáta A nyíregyházi lakosok dohányzási szokásai ***ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA*** 4:(10) pp. 183-193. (2013)

8. Jávorné Erdei Renáta , Fábián Gergely , Füzesi Zsuzsanna A nyíregyházi lakosok életminősége az egészségi állapot tükrében In: Kiss János , Jávorné Erdei Renáta , Takács Péter Nagyító alatt: Hallgatói kutatóműhelyek nemzetközi együttműködése határok nélkül . Nyíregyháza: Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, 2013. pp. 159-169.

Értekezés témájával összefüggő előadások, idézhető absztraktok:

1. Jávorné Erdei Renáta , Takács Péter , Fábián Gergely , Füzesi Zsuzsanna A hátrányos helyzetű lakosság életminőségének vizsgálata Nyíregyházán az FT életminőség index segítségével ***NÉPEGÉSZSÉGÜGY*** 92:(2) pp. 117-118. (2014) Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének VIII. Konferenciája. Nyíregyháza, Magyarország: 2014.08.27 -2014.08.29.

2. Jávorné Erdei Renáta, Takács Péter, Fábián Gergely, Relation of health condition and quality of life In: Papp Katalin, Ozsváthné Karap Zsuzsanna (szerk.) The present and the future of nursing and midwifery" – VII. International Symposium = „Az ápolói és szülésznői munka jelene és jövője" – VII. Nemzetközi Szimpózium: Abstract book = Abstract gyűjtemény. Konferencia helye, ideje: Nyíregyháza, Magyarország, 2014.09.02 -2014.09.3. Nyíregyháza: Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, 2014. p. 27. (ISBN:978-963-473-729-2)

3. Jávorné Erdei Renáta, R. Fedor Anita , Berencsiné Madácsi Eszter A nyíregyházi lakosok szubjektív egészségi állapota és annak változásai In: Ricsei Béla (szerk.) Magyar Tudomány Ünnepe "Útközben" tudományos konferencia: absztraktok. Konferencia helye, ideje: Nyíregyháza, Magyarország, 2014.11.25 Nyíregyháza: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, p. 33.

4. Jávorné Erdei Renáta , Berencsiné Madácsi Eszter , Bokor Anna , Fábián Gergely , Füzesi Zsuzsanna A nyíregyházi lakosok életminősége az egészségi állapot tükrében ***NÉPEGÉSZSÉGÜGY*** 91:(3) pp. 192-193. (2013)

5. Jóna György , Jávorné Erdei Renáta A szubjektív egészségi állapot meghatározó tényezői Nyíregyházán In: Fábián Gergely , Patyán László , Huszti Éva (szerk.) Életminőség Nyíregyházán. 196 p. Nyíregyháza: Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, 2012. pp. 99-115.

6. Jávorné Erdei Renáta , Jóna György , Fábián Gergely Nyíregyházi lakosságának életminősége ***NÉPEGÉSZSÉGÜGY*** 89:(3) p. 265. (2011)

Egyéb publikációk

1. Bányai Emőke, Dávid Mária, Fedor István, Jávorné Erdei Renáta , Kissné Dányi Éva , Lévárdy Edit Új utakon: Oktató védőnői továbbképzés : hallgatói kézikönyv Budapest: Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI), 2014. 217 p. (Koragyermekkori program továbbképzés; 1..)

2. Gyulai Anikó , Jávorné Erdei Renáta , Nagy Józsefné , Rákóczi Ildikó , Sárváry Andrea , Takács Péter , Sándor János , Kósa Zsigmond A védőnői ellátás időmérleg vizsgálata ***NÉPEGÉSZSÉGÜGY*** 92:(2) p. 83. (2014) Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének VIII. Konferenciája. Nyíregyháza, Magyarország: 2014.08.27 -2014.08.29.

3. Kósa Zsigmond , Jávorné Erdei Renáta , Gyulai Anikó , Rákóczi Ildikó , Nagy Józsefné , Sárváry Attila , Takács Péter , Sándor János A 0-7 éves gyermekeket ellátó területi védőnők tevékenységének indikátorai ***NÉPEGÉSZSÉGÜGY*** 92:(2) p. 85. (2014) Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének VIII. Konferenciája. Nyíregyháza, Magyarország: 2014.08.27 -2014.08.29.

4. Sárváry Attila , Jávorné Erdei Renáta , Gyulai Anikó , Rákóczi Ildikó , Nagy Józsefné , Takács Péter , Sándor János , Kósa Zsigmond A házi gyermekorvosi/vegyes praxisú háziorvosi ellátás időmérleg vizsgálata ***NÉPEGÉSZSÉGÜGY*** 92:(2) p. 84. (2014) Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének VIII. Konferenciája. Nyíregyháza, Magyarország: 2014.08.27. 2014.08.29.

5. Jávorné Erdei Renáta, Mórucz Lajosné Abortusz prevenció és az újszülöttgyilkosságok megelőzésének lehetősége a védőnő munkájában In: Bitó Tamás, Tobak Orsolya (szerk.) Nők egészsége, családok egészsége: védőnők és orvosok az egészségesebb európai polgárokért: Magyar Család- és Növédelmi Tudományos Társaság és Magyar Védőnők Egyesületének Konferenciája. Konferencia helye, ideje: Szeged, Magyarország, 2013.03.09 -2013. Szeged; Budapest: Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar; Magyar Védőnők Egyesülete, 2013. p. 18. (ISBN:978-963-306-211-1)

6. Kiss János, Jávorné Erdei Renáta , Takács Péter Nagyító alatt: Hallgatói kutatóműhelyek nemzetközi együttműködése határok nélkül Nyíregyháza: Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, 2013.

7. Sárváry Attila, Kósa Zsigmond, Jávorné Erdei Renáta , Gyulai Anikó , Takács Péter , Sándor János , Sárváry Andrea , Németh Ágnes, Halmai Réka, Ádány Róza Telepszerű körülmények között élő gyermekek rizikómagatartása Északkelet Magyarországon ***NÉPEGÉSZSÉGÜGY*** 91:(3) pp. 203-204. (2013)

8. Jávorné Erdei Renáta, Nagy Edit Tünde (szerk.) Alapellátás és szakellátás együttműködése a gyermekegészségügy területén tudományos konferencia kiadványa Konferencia helye, ideje: Nyíregyháza, Magyarország, 2011.10.14 Nyíregyháza: Debreceni Egyetem OEC Egészségügyi Kar, 2012. 80 p. (ISBN:978-963-473-472-7)

9. Jávorné Erdei Renáta A gyermekvédelem határterületei nyílt örökbefogadás kapcsán In: Jávorné Erdei Renáta , Nagy Edit Tünde (szerk.)Alapellátás és szakellátás együttműködése a gyermekegészségügy területén tudományos konferencia kiadványa . 80 p. Konferencia helye, ideje: Nyíregyháza , Magyarország , 2011.10.14 Nyíregyháza: Debreceni Egyetem OEC Egészségügyi Kar, 2012. pp. 28-31. (ISBN:978-963-473-472-7)

10. Sárváry A , Kósa Zs , Jávorné Erdei R , Gyulai A , Takács P , Sándor J , Sárváry A , Németh Á , Halmai R , Ádány R Telepszerű körülmények között élő gyermekek egészségmagatartása Északkelet-Magyarországon ***NÉPEGÉSZSÉGÜGY*** 90: pp. 230-245. (2012)

11. Jávorné Erdei Renáta Kortársbántalmazás előfordulási gyakorisága telepi körülmények között élő roma gyermekek körében In: Semsei Imre, Mikóné Márton Julianna (szerk.) A IV. Nyíregyházi Doktorandusz (Phd/DLA) Konferencia Kiadványa. Konferencia helye, ideje: Nyíregyháza, Magyarország, 2010.12.07 Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó, 2011. pp. 169-174. (ISBN:978-963-318-174-4)

12. Jávorné Erdei Renáta (szerk.) Kortársbántalmazás előfordulási gyakorisága telepi körülmények között élő roma gyermekek körében Konferencia helye, ideje: Budapest, Magyarország, 2010.11.04 -2010.11.06. 2010. (ISBN:978-963-08-0333-5)

13. Jávorné Erdei Renáta Civil szervezetek és a gyermekvédelmi szakellátás kapcsolata az örökbefogadás kapcsán In: Vincze Krisztián (szerk.) (szerk.) Nemzetközi III. Nyíregyházi Doktorandusz (PhD/DLA) Konferencia: Nyíregyháza, 2009. november 20. . 226 p. Konferencia helye, ideje: Nyíregyháza, Magyarország, 2009.11.20 Nyíregyháza: Szent Atanáz Görög Katolikus Hittudományi Főiskola, 2010. pp. 147-158. (ISBN:978-963-87809-6-6

14. Jávorné Erdei Renáta Tempus fugit… 20 éves a védőnőképzés Nyíregyházán ***VÉDŐNŐ*** XX.:(6.) p. 41. (2010)

Köszönetnyilvánítás

Mindenekelőtt szeretném kifejezni hálás köszönetemet témavezetőimnek, Prof. Dr. Füzesi Zsuzsannának és Dr. Takács Péternek, akik mind szakmailag, mind emberileg támogattak munkám során. Az évek során mindig számíthattam segítségükre és bíztatásukra. Prof. Dr. Füzesi Zsuzsanna szakmai profizmusa mellett, pozitív szemléletével és humorával, Dr. Takács Péter pedig józanságával és rendszerszemléletével átsegítettek a holtpontokon, erősítettek abban, hogy nagycsaládos édesanyaként a nehézségek ellenére is el tudom érni célomat.

Szeretném kifejezni hálámat Dr. Lukácskó Zsoltnak, hogy elindított pályámon, és atyai gondoskodással egyengette utamat a kezdetek kezdetén.

Kiemelt köszönet illeti Dr. Kósa Zsigmond főiskolai tanár Urat, aki tanszékvezetőmként mindig lelkesített és ambicionált munkám során, hálás vagyok azért, hogy minden kérésemmel nyitott ajtókat találtam nála. Kiemelt köszönettel tartozom, Dr. Fábián Gergely főiskolai tanár Urnak, aki bízott bennem és rám bízta a „Nyíregyháza életminősége – Háztartáspanel" kutatás egészségi állapottal foglalkozó részének „gondozását". Külön köszönet illeti Dr. Sárváry Attila főiskolai tanár Urat, hogy szakmai útmutatásaival segített dolgozatom megírásában.

Hálával tartozom Dr. Kiss János főiskolai tanár Úrnak, bizalmáért, bíztatásáért és támogatásáért, amivel az elmúlt évek alatt kitüntetett.

Szeretném kifejezni köszönetemet kolléganőimnek, Gyulai Anikónak, Ujváriné Dr. Siket Adriennek, Rákóczi Ildikónak, Nagy Józsefnénak, Moravcsik Kornyiczki Ágotának, Belus Csabánénak, hogy mindig megvitathattam velük szakmai és kevésbé szakmainak tekinthető problémáimat.

Köszönöm Nagy Edit kolléganőmnek a dolgozat „formába öntésében" nyújtott segítségét.

Köszönöm a „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel" kutatás kutatócsoportjának, Prof. Dr. Fónai Mihálynak, Dr. Fábián Gergelynek, Dr. Takács Péternek, Dr. Szoboszlai Katalinnak, Rusinné Dr. Fedor Anitának, Dr. Huszti Évának, Dr. Hüse Lajosnak, Patyán Lászlónak, Balogh Erzsébetnek, Szigeti Fruzsinának, Malakucziné Póka Máriának, Dr. Krizsai Anitának és Tóthné Csatlós Ildikónak a szakmai együttműködést. Szeretném kifejezni hálámat azon hallgatóknak, akik a négy lekérdezési hullám során kérdezőbiztosi feladatot láttak el és kitartó munkájukkal segítették az adatfelvételt.

Köszönet a PhD Iroda munkatársainak, hogy PhD tanulmányaim minden szakaszában számíthattam segítő támogatásukra, pontos, precíz munkájukra és tanácsaikra.

Köszönöm drága barátaimnak, családomnak, férjemnek, Palinak a támogatását és megértését, gyermekeimnek, Dórinak, Nórinak, és Flórinak türelmüket, szeretetüket, amivel átsegítettek a nehéz időszakokon.

7. sz. melléklet

DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT EREDETISÉGÉRŐL

Alulírott

név: Jávorné Erdei Renáta

születési név: Erdei Renáta

anyja neve: Szűcs Ibolya

születési hely, idő: Székelyhíd, 1975. október 28.

Nyíregyháza lakosságának életminősége az egészségi állapot tükrében, című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom a(z)

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskola

P-2 K-13 számú Az egészség és az egészségegyenlőtlenség egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői Programjához/témacsoportjához

Témavezető(k) neve: Prof. Dr. Füzesi Zsuzsanna, Dr. Takács Péter

Egyúttal nyilatkozom, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet
- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljesek, az értekezés elkészítésénél hamis vagy hamisított adatokat nem használtam.

Dátum: Nyíregyháza, 2016. szeptember 26.

.....

doktorjelölt aláírása