



ORSZÁGOS LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS

Kutatási jelentés

KRÓNIKUS BETEGSÉGEK
DR. HERMANN DÓRA

ORSZÁGOS SZAKFELÜGYELETI MÓDSZERTANI KÖZPONT
2006

TARTALOMJEGYZÉK

1.	Kiemelt megállapítások.....	3
2.	Háttér.....	4
3.	Módszertan.....	6
4.	Eredmények.....	9
4.1.	Populációs becslések.....	9
4.2.	Összefüggés elemzések.....	9
4.2.1.	Morbiditási struktúra.....	10
4.2.2.	Asztma.....	11
4.2.3.	Allergia.....	13
4.2.4.	Cukorbetegség.....	16
4.2.5.	Magas koleszterin szint.....	18
4.2.6.	Magasvérnyomás.....	19
4.2.7.	Szívroham.....	22
4.2.8.	Stroke.....	24
4.2.9.	Egyéb szívbetegség.....	26
4.2.10.	Keringési betegségek.....	27
4.2.11.	Idült hörghurut, tüdőtágulás (COPD).....	28
4.2.12.	Reuma, ízületi gyulladás.....	30
4.2.13.	Mozgásszervi panasz.....	32
4.2.14.	Csontritkulás.....	35
4.2.15.	Gyomor- vagy nyombélfekély.....	36
4.2.16.	Migrén, gyakori fejfájás.....	38
4.2.17.	Roszindulatú daganat.....	39
4.2.18.	Krónikus májbetegség.....	40
5.	Az eredmények értelmezése.....	42
6.	Ábrajegyzék.....	43
7.	Táblázatjegyzék.....	44
8.	Irodalomjegyzék.....	46

1. Kiemelt megállapítások

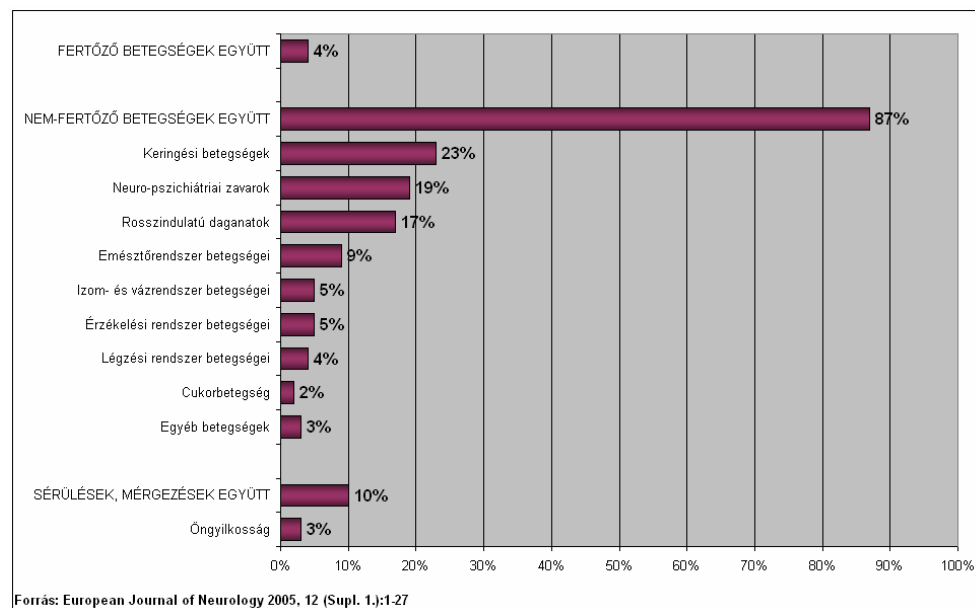
- A 65 év feletti népesség 80%-a az általunk vizsgált krónikus betegségek valamelyikében szenved.
- Minden 6. fiatal allergiás. A magasabb iskolai végzettség és a jobb anyagi helyzet emeli az allergia esélyét.
- Minden 5. idős ember cukorbeteg. A cukorbetegség esélye a kor előrehaladtával nő. A túlsúly vagy elhízás, a magas koleszterin szint és a magasvérnyomás betegség emeli, a magasabb iskolai végzettség csökkenti a cukorbetegség esélyét.
- A nők harmadánál, a férfiak negyedénél diagnosztizáltak már magasvérnyomás betegséget.
- A rendszeres dohányzás csaknem kétszeresére emeli a szívroham esélyét.
- A rokkantnyugdíjasok esélye az agyvérzésre 14-szeres a dolgozókhöz képest.
- A felnőtt nők 40%-a, a férfiak egyharmada szenved valamilyen keringési betegségben. A keringési betegségek esélyét életkor emelkedése jelentősen növeli, a magasabb iskolai végzettség és a megfelelő társas támogatottság azonban csökkenti.
- A felnőtt népesség negyede, az idősek fele ízületi gyulladással, reumával él.
- Az idős nők negyedének orvos által megállapított csontritkulása van.
- A szorongás vagy depresszió előfordulása háromszorosára emeli a gyomor- vagy nyombélfekély előfordulását.
- A középkorú nők negyedének van migrénje vagy gyakori fejfájása.

2. Háttér

Hazánkban, a fejlett világ más országaihoz hasonlóan, az utóbbi fél évszázadban a krónikus nem fertőző betegségek átvették a vezető szerepet mind a mortalitási, mind a morbiditási statisztikákban. Ugyanakkor e társadalmakban nő az idősök aránya is. A lakosság elöregedésével párhuzamosan egyre többen, életük egyre nagyobb részét valamilyen jobban vagy kevésbé jól kezelhető, de az esetek nagy részében véglegesen nem meggyógyítható krónikus betegséggel kénytelenek leélni. Bármennyire is fejlődik azonban az orvosi technológia, a lakosság egészségi állapotának befolyásolásában, az egészségügyi ellátórendszeren kívül még számos egyéb tényező is szerepet játszik. A funkcionális egészség modell alapján az egyén egészségét egyéni és környezeti tényezők befolyásolják. Az egyéni tényezők a biológiai tulajdonságok (pl. szérum koleszterin szint), a pszichés tulajdonságok (pl. megbirkózási képesség), a magatartás (pl. dohányzási szokás), a képzettség (pl. iskolai végzettség). A környezeti tényezőket hat csoportba soroltuk: politikai, gazdasági, fizikai, társas, kulturális és egészségügyi ellátási tényezők (1). Ezen tényezők egy részéről – pl. egészségmagatartás, anyagi helyzet – az egészségügyi ellátórendszer vagy nem rendelkezik információkkal vagy azok minősége nem kielégítő, így azok befolyásoló hatásának mérésére az innen származó adatok nem alkalmasak. További problémát jelent, hogy a népesség egy része, akár hosszú ideig, nem fordul orvoshoz, így róluk az ellátórendszer regisztereiben semmilyen adat nem áll rendelkezésre. Az egészségfelmérések ezzel szemben lehetőséget teremtenek a népesség egészére kiterjedően, csak maguktól az emberektől megszerezhető adatok gyűjtésére, elemzésére is. Magyarországon első ízben 2000-ben került sor az Országos Lakossági Egészségfelmérésre (OLEF). Az Országgyűlés 2003. április 16.-án fogadta el a Nemzeti Népegészségügyi Programot (2), mely egy tízéves periódus alatt hivatott javítani a magyar lakosság, nemzetközi összehasonlításban is igen kedvezőtlen, egészségi állapotát. Ekkor merült fel az igény az OLEF megismétlésére, mely a Program bizonyos elemeinek monitorozására ad lehetőséget annak kezdetén (2003-ban), közepén és végén.

Hazánkban, napjainkban a halálozási statisztikák élén a keringési rendszer betegségei, a rosszindulatú daganatok, az emésztőrendszeri betegségek, a légzőrendszer betegségei valamint a külső okok állnak, ezen öt ok a halálesetek több mint 90%-áért felelős. A várható élettartam kitolódásával ugyanakkor egyre nagyobb hangsúlyt kap az egészségi állapot jellemzésében a DALY (disability adjusted life years), betegséggel/rokkantsággal súlyozott életek, vagyis azok az egészséges életek, amelyek az idő előtti halálozás, betegség vagy rokkantság miatt nem következnek be. A nem-fertőző betegségek teszik ki a DALY 87%-át, betegségcsoportok szerint pedig a szív és érrendszeri megbetegedések (23%), a neuro-pszichiátriai betegségek (19%) és a rosszindulatú daganatok (17%) a legjelentősebbek. (1. ábra)

1. ábra: A DALY (disability-adjusted life year) megoszlása betegségcsoportok szerint



2003. január 15.-e és február 19.-e között az Európai Unió akkor még 15 tagállamában a 15 éves vagy idősebb lakosság körében kérdőíves adatfelvétel történt (3). Összesen 16 370 interjú készült. Az adatok az eltérő korcsoport miatt csak korlátozottan hasonlíthatók össze az OLEF2003 eredményeivel. E felmérés szerint a krónikus betegségek gyakorisága az EU15 átlagában az alábbiak szerint alakult: reuma/izületi gyulladás (22,1%), allergia (18,3%), magasvérnyomás (16,5%), asztma (7,2%), cukorbetegség (6%) és rosszindulatú daganatos megbetegedés (2,6%).

A magasvérnyomás előfordulási gyakoriságát az EU átlagában 16,5%-nak találták, mely így a rheumatoid arthritis és az allergia után a harmadik leggyakoribb krónikus betegség. A legmagasabb arányt Portugáliában (22,4%), a legalacsonyabbat Luxemburgban (13%) regisztrálták. Az Európai Unió polgárainak 15,5%-a nyilatkozott úgy, hogy magasvérnyomás miatt jelenleg kezelésben részesül.

A Nemzetközi Diabetes Társaság becslése szerint 2003-ban Európai Unió 25 tagállamában összesen 25 millió ember, a 20 és 79 év közöttiek 7,5%-a szenvedett cukorbetegségben(4). Becslések 2000-ben a világon mintegy 2,9 millió ember halálát tulajdonították a diabetesnek, ez az összes halálozás 5,2%-át jelenti (5). Előrejelzések szerint a 2000-ben a világon élő 171 millió cukorbeteg száma 2030-ra 366 millióra nő (6).

1999 tavaszán Asthma Insights & Reality in Europe (AIRE) néven 7 európai országban (Egyesült Királyság, Franciaország, Németország, Hollandia, Svédország, Spanyolország, Olaszország) összesen 73880 háztartás bevonásával végeztek telefonos felmérést (7). A megkérdezett háztartásokban élők száma 213158 volt. Az asztma előfordulási gyakoriságát 2,7%-nak találták.

A krónikus obstruktív bronchitis és emphysema (a terminalis bronchiolustól distalisán elhelyezkedő légterek túltágulása és ezek falának pusztulása), azaz a COPD a fejlett ipari világban a felnőtt lakosság 4-7%-át érinti. Magyarországon a becsült esetszám kb. 400-500 ezer. Míg a degeneratív szív- és érrendszeri betegségek gyakorisága csökken vagy stagnál ezekben az országokban, a COPD prevalencia emelkedik és a WHO prognózisa szerint 2020-ra világszerte a negyedik leggyakoribb halálórá válik (8,9). A betegség kialakulásában a dohányzás a legfontosabb kockázati tényező, de más faktorok – környezeti hatások, genetikai meghatározottság – is közrejátszanak, hiszen csak a dohányosok 15-20%-ánál alakul ki a betegség ugyanakkor a betegek 10%-a sosem dohányzott. A Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet kimutatása (10) alapján, Magyarországon mintegy 76 ezer beteget tartanak nyilván, mely jelentősen alatta marad a nemzetközi adatok alapján becsült 500000-es betegszámnak.

3. Módszertan

A kérdőív kifejlesztése során az elsődleges szempont az összehasonlíthatóság volt, térben és időben egyaránt. Az OLEF2000 tapasztalatait és a legújabb nemzetközi ajánlásokat felhasználva (WHO-EU) arra törekedtünk, hogy az adatok mind a korábbi vizsgálattal, mind más országokban végzett hasonló felmérésekkel összevethetőek legyenek (11). Az OLEF2003 kérdőívében a 2000-es felmérésben szereplő kérdésekhez képest kiterjesztettük a vizsgált krónikus betegségek körét. 15 betegség esetében vizsgáltuk önbevallás alapján az életprevalenciát, az orvosi diagnózis meglétét, a felmérést megelőző 12 hónapban az adott betegség meglétét illetve gyógyszeres vagy egyéb kezelést az adott betegségre. Azaz az alábbi táblázat segítségével azt kérdeztük, hogy

1. szenvedett-e az adott betegségben valaha,
2. ha igen, akkor ezt orvos diagnosztizálta-e,
3. fennállt-e ez a betegsége a felmérést megelőző 12 hónapban,
4. ha igen, akkor kapott-e gyógyszeres vagy egyéb kezelést e problémára.

Betegség vagy állapot	Van-e vagy volt-e ilyen betegsége valaha?	Ha igen:		
		Ezt a betegséget orvos állapította meg?	Volt-e ilyen betegsége az elmúlt 12 hónapban?	Szedett-e gyógyszert vagy kapott-e kezelést emiatt az elmúlt 12 hónapban?
	1 – Igen 2 – Nem ---> TOVÁBB A KÖVETKEZŐ BETEGSÉGRE! 8 – Nem tud válaszolni --> TOVÁBB A KÖVETKEZŐ BETEGSÉGRE! 9 – Nem kíván válaszolni ---> TOVÁBB A KÖVETKEZŐ BETEGSÉGRE!	1– Igen 2 – Nem 8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni	1 – Igen 2 – Nem ---> TOVÁBB A KÖVETKEZŐ BETEGSÉGRE! 8 – Nem tud válaszolni ---> TOVÁBB A KÖVETKEZŐ BETEGSÉGRE! 9 – Nem kíván válaszolni ---> TOVÁBB A KÖVETKEZŐ BETEGSÉGRE!	1– Igen 2 – Nem 8 – Nem tud válaszolni 9 – Nem kíván válaszolni
1. Asztma				
2. Allergiás betegség (szénanátha, ekcéma)				
3. Cukorbetegség				
4. Magas koleszterinszint				
5. Magas vérnyomás				
6. Szívroham, szívinfarktus				
7. Bármely egyéb szívbetegség				
8. Agyvérzés, stroke, gutaütés, szélütés, agyérögörcs				
9. Idült hörghurut, tüdőtágulás				
10. Izületi gyulladás, reuma				
11. Csontritkulás				
12. Gyomor-, nyombélfekély				
13. Migrén vagy gyakori fejfájás				
14. Szorongás vagy depresszió				
15. Rosszindulatú daganat				
16. Egyéb, éspedig.....				

Az OLEF2003-ban a krónikus betegségek gyakoriságának becslése önbevalláson alapul, azonban több módon is igyekeztünk növelni a válaszok validitását. A kérdezőbiztosok képzésük (Speciális kérdezői kézikönyv, tréning) során pontos meghatározást kaptak az egyes betegségekkel kapcsolatban, hogy ezzel is segíthessék a válaszadókat. Így pl. az egy alkalommal mért, a normálisnál magasabb vérnyomásérték nem számított magasvérnyomás betegségnek, azonban a beteg vérnyomáscsökkentő kezelés melletti normál tartományba eső vérnyomásértékek esetén is hipertóniásnak minősült. Az a tény, a nemzetközi ajánlásokkal összhangban, az egyes betegségek esetében rákérdeztünk az orvosi diagnózisra is, tovább növeli az így nyert adatok megbízhatóságát.

A krónikus májbetegségek, a nyak-, hát- vagy derékfájdalom és az ízületi fájdalom, tekintetében, az időbeni összehasonlíthatóság miatt, az OLEF2000 kérdőívében szereplő kérdéseket használtuk ismételten.

17. Kezelték-e Önt 1 hónapnál hosszabb ideig vagy ismétlődően valamilyen májbetegség miatt?

1 – Igen

2 – Nem

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

A krónikus májbetegségek fennállására a 17. kérdést tettük fel. Ez esetben nem a diagnosztizált betegség, hanem a kezelés szükségességének önbevallása alapján becsültük e betegség gyakoriságát.

18. Az elmúlt 1 hónapban érzett-e fájdalmat a nyakában, hátában vagy a derekában?

1 – Igen

2 – Nem ----->TOVÁBB A 20. KÉRDÉSRE!

8 – Nem tud válaszolni ----->TOVÁBB A 20. KÉRDÉSRE!

9 – Nem kíván válaszolni ----->TOVÁBB A 20. KÉRDÉSRE!

19. Átterjedt-e ez a fájdalom valamelyik karjára vagy lábára?

1 – Igen

2 – Nem

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

A gerincoszlopot és ízületeit érintő fájdalom gyakoriságát a 18. kérdéssel, annak súlyosságát a 19. kérdéssel mértük fel. E kérdés tekintetében sem a diagnózis, hanem a válaszadó panasz volt irányadó.

A nagy- és kisizületekben, nem sérülés következtében fellépő, legalább 1 hónapig tartó panaszok alapján a krónikus, mozgásszervi betegségek gyakoriságát a 20. és 21. kérdés alapján becsültük.

20. Az elmúlt 12 hónapban előfordult-e, hogy valamelyik ízületénél, egy hónapon keresztül majdnem minden nap fájdalmat, merevséget vagy duzzadást érzett? Kérjük, hogy a derékfájást most ne vegye figyelembe!

1 – Igen

2 – Nem ----->**TOVÁBB A 22. KÉRDÉSRE!**

8 – Nem tud válaszolni -----> **TOVÁBB A 22. KÉRDÉSRE!**

9 – Nem kíván válaszolni ----->**TOVÁBB A 22. KÉRDÉSRE!**

21. Ez a fájdalom, merevség vagy duzzadás valamilyen sérülés következménye volt?

1 – Igen

2 – Nem

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

4. Eredmények

A jobb áttekinthetőség kedvéért, a Kutatási Jelentés egyéb fejezeteivel ellentétben, a krónikus betegségekkel kapcsolatos eredményeket nem populációs becslésekre és összefüggés elemzésekre tagoljuk, hanem ezt a felosztás betegségenként tesszük meg. Bár a szorongás, depresszió is ebben a kérdésblokkban szerepelt, a kérdés részletes elemzése, annak kiemelt jelentősége miatt, önálló részben a Kutatási jelentés Lelki egészség című fejezetében található.

4.1. Populációs becslések

A populációs becslések során az egyes változók gyakoriságát becsültük a teljes populációban, 95%-os megbízhatósági tartománnyal. Az OLEF2003 esetében a minta jó reprezentativitása lehetőséget teremt arra, hogy ezen eredményeket extrapoláljuk a teljes felnőtt lakosságra.

Az eredmények értelmezéséhez:

Az alábbi táblázatokban az egyes krónikus betegségek gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például az egyes betegségek gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az összefüggés-elemzéseknél közölt eredmények igazolják az életkornak az adott betegségre gyakorolt megfelelő irányú hatását.

4.2. Összefüggés elemzések

Az összefüggés elemzések során valamely kimeneti változó – ez esetben egy krónikus betegség – és bizonyos magyarázó tényezők közötti kapcsolatot vizsgáltuk. A magyarázó tényezők között társadalmi-gazdasági tényezők (nem, kor, iskolázottság, anyagi helyzet, foglalkozás, a lakóhely jellemzői), rizikótényezők (testtömeg-index, dohányzás) és olyan más megbetegedések szerepeltek, melyek társbetegségként vagy szövődményként jelentkezhettek.

Az eredmények értelmezéséhez:

A többváltozós elemzés lehet vé teszi **több** magyarázó jellemzőnek **egy** vizsgált tényezőre kifejtett hatásának elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszerve” az elemzésbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ($p < 0,05$).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2003 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

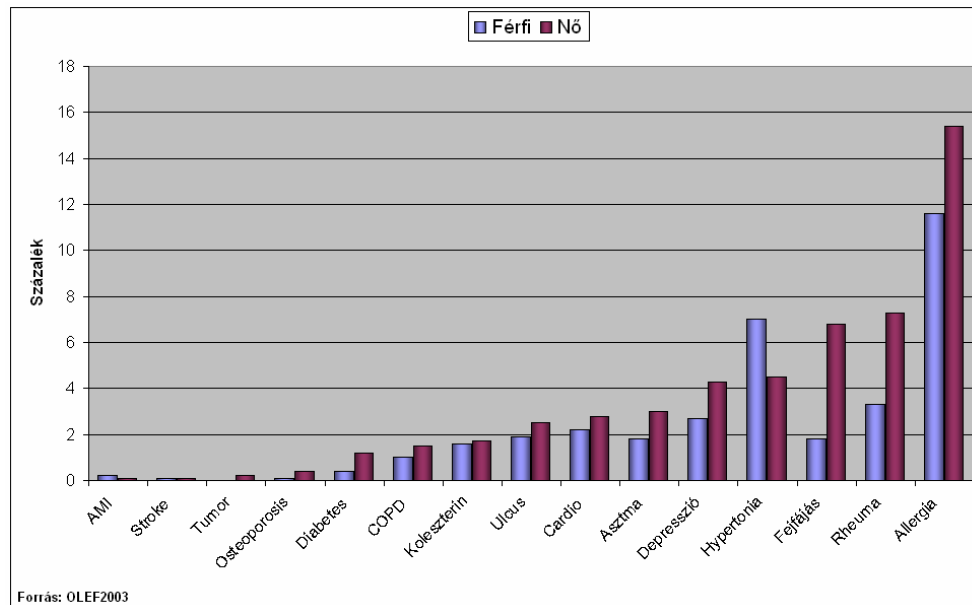
- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.
- Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhetők az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának elrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

4.2.1. Morbiditási struktúra

Elsőként összességében szeretnénk áttekinteni a 15 vizsgált krónikus betegség előfordulási gyakoriságát a felnőtt magyar lakosságban, korcsoportos és nemenkénti megoszlását, azaz a morbiditási struktúrát.

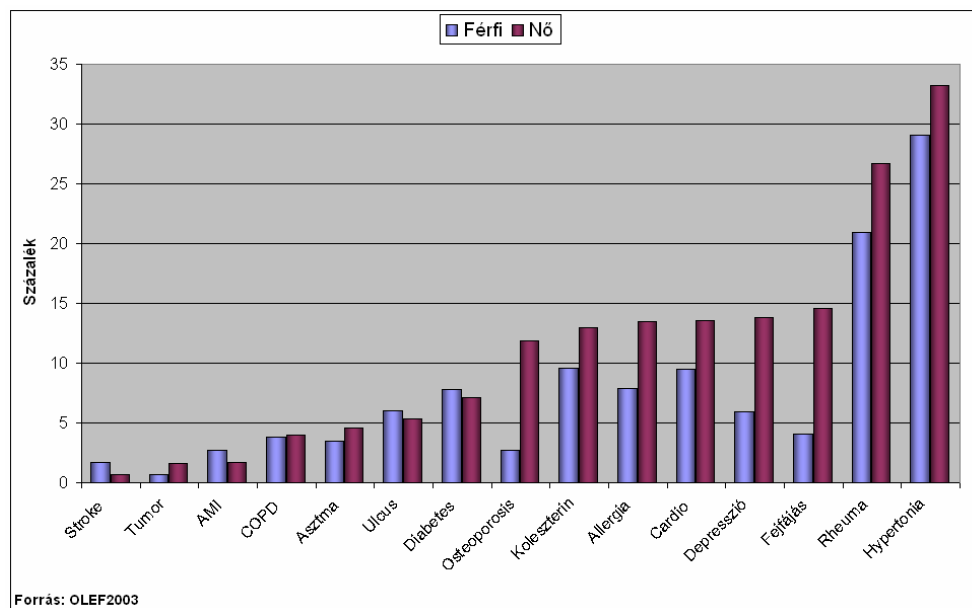
A fiatalok (18-34 év) esetében a nők több mint 35%-a, a férfiak több mint 25%-a szenvedett az általunk vizsgált 15 krónikus betegség valamelyikében (2. ábra). Ebben a korosztályban mindkét nemből az allergiás megbetegedések fordulnak elő leggyakrabban. Ezt a nők esetében az ízületi gyulladás, reuma, majd a migrén vagy gyakori fejfájás követi, míg a férfiaknál már ezen korcsoportban megjelenik másodikként a magasvérnyomás betegség.

2. ábra: A betegségek előfordulási gyakorisága a 18-34 éves korcsoportban, nemenként



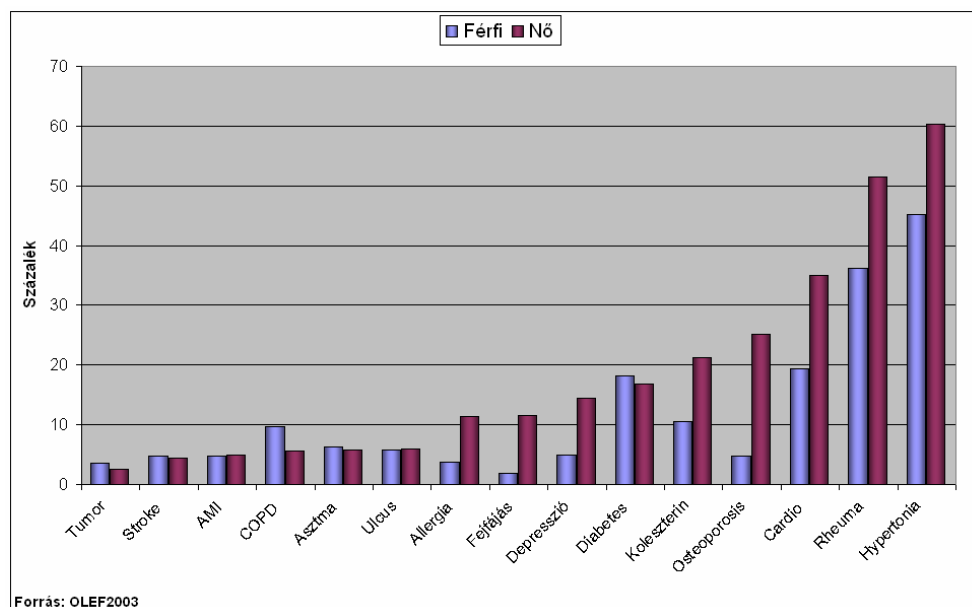
A középkorúaknál (35-64 év) már mindkét nemből a magasvérnyomás betegség és az ízületek megbetegedései állnak az első két helyen (3. ábra). Kiemelendő, hogy a középkorú nők negyede migréntől vagy gyakori fejfájástól szenved és 20%-uk elmondása szerint már átélte szorongást vagy depressziót élete során. A férfiak esetében, a már említett ízületi megbetegedések kivételével, a szív- és érrendszeri betegségek illetve azok rizikófaktorai vagy szövődményei – egyéb szívbetegségek, magas koleszterinszint, cukorbetegség – állnak az első öt helyen.

3. ábra: A betegségek előfordulási gyakorisága a 35-64 éves korcsoportban, nemenként



Idős korban (65 év felett) a vizsgált krónikus betegségek valamelyike a nők több mint 85%-a, a férfiak 75%-a esetében fennállt a felmérést megelőző 12 hónapban (4. ábra). Az idős férfiak esetében a középkorúakhoz képest nem változott a morbiditási rangsor, csupán az egyes betegségek éves prevalenciája emelkedett, például idős korban az idült hörghurut és tüdőtagulás gyakorisága meghaladta a 10%-ot. Az idős nőknél a betegségek gyakoriságának sorrendje is változott és a csonttrikulás a negyedik leggyakoribb megbetegedéssé vált. Az idős nők öt leggyakoribb betegsége közül kettő – az ízületi gyulladás, reuma, valamint a csonttrikulás – mozgáskorlátozottsághoz vezethet és a krónikus fájdalom révén jelentősen rontja az egészséggel összefüggő életminőséget is.

4. ábra: A betegségek előfordulási gyakorisága a 65 év feletti korcsoportban, nemenként



4.2.2. Asztma

Asztmán a felmérésben kizárólag a tüdőasztmát értettük, az ún. szívasztmát (éjszakai rohamszerű szívelégtelenség) nem számítottuk ide. A nemzetközi ajánlásoktól eltérően nem tettünk etiológiai különbséget sem, nem vizsgáltuk külön az allergiás eredetű (ún. extrinsic) és a nem allergiás

eredetű (ún. intrinsic) asztmát, mert attól tartottunk, hogy a kérdezetteknek nincs erről megfelelő információjuk.

A felnőtt magyar lakosság 5%-ánál diagnosztizáltak életében asztmát, 3,9%-uk a felmérést megelőző 12 hónapban is e betegségben szenvedett, többségük kezelést is kapott.

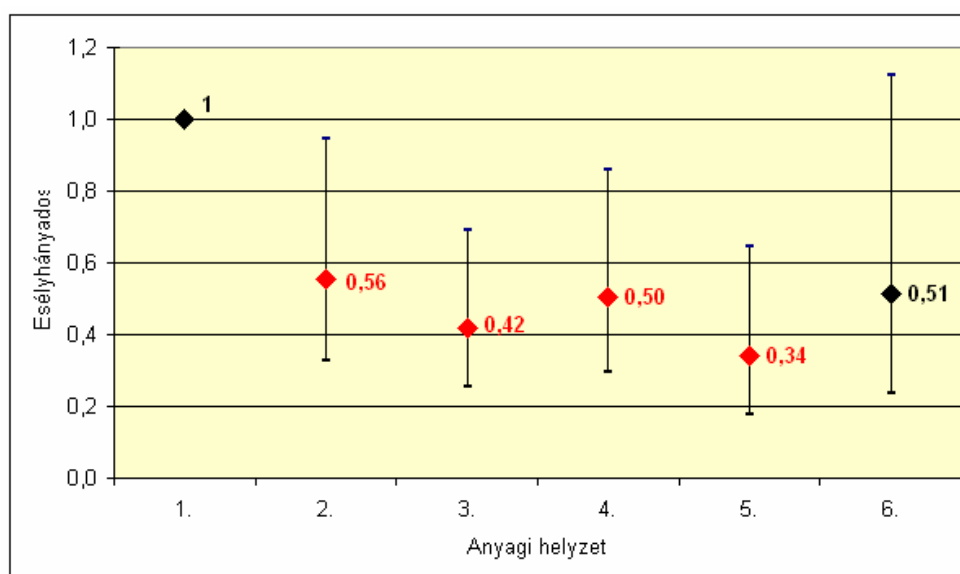
1. Táblázat: Az asztma gyakorisága nem és korcsoport szerint (%)

Asztma	Férfi				N			
	18-34	35-64	65+	Összesen	18-34	35-64	65+	Összesen
Életprevalencia	4,7	4,7	7,7	5,1	4,1	5,7	7,3	5,6
	[3,3-6,7]	[3,6-6,0]	[5,2-11,4]	[4,2-6,2]	[2,9-5,6]	[4,6-7,2]	[5,5-9,7]	[4,8-6,5]
Életprevalencia (diagnosztizált)	4,7	4,2	7,5	4,8	4	5,3	6,3	5,1
	[3,3-6,7]	[3,1-5,5]	[5,0-11,1]	[4,0-5,9]	[2,9-5,4]	[4,1-6,7]	[4,6-8,5]	[4,3-6,0]
Éves prevalencia (diagnosztizált)	1,8	3,5	6,3	3,3	3	4,6	5,7	4,4
	[1,0-3,1]	[2,5-4,7]	[4,0-9,8]	[2,6-4,2]	[2,1-4,3]	[3,5-6,0]	[4,1-7,8]	[3,6-5,2]

Az összefüggés elemzések során kimeneti változóként a valaha diagnosztizált beteg versus nem beteg szerepelt, magyarázó tényezőként a következőket vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság, allergiás betegség. Szignifikáns összefüggést a nem, az iskolai végzettség, az anyagi helyzet és allergiás megbetegedések esetében találtunk.

A nők esélye, hogy az asztmára 30%-kal kisebb, mint a férfiaké. A magasabb iskolai végzettség csökkenti az asztma esélyét. A legrosszabb anyagi helyzetben lévőkhöz viszonyítva a jobb anyagi helyzetűeknek szinte minden kategóriában szignifikánsan kisebb az esélye az asztmára.

5. ábra: Az anyagi helyzet hatása az asztmára



Az asztmában szenvedők esélye arra, hogy valamilyen allergiás betegségük legyen csaknem hétszeres, a nem asztmásokhoz képest.

2. Táblázat: Az asztma és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
NEM				
Referencia: férfi		nő	0,68	0,49 - 0,94
ISKOLÁZOTTSÁG				
Referencia: 8 általános		szakmunkás	0,50	0,20 - 1,27
		érettségizett	0,66	0,25 - 1,72
		felsőfokú	0,31	0,12 - 0,78
		szakmunkás	0,61	0,23 - 1,60
ANYAGI HELYZET				
Referencia: 1 (legrosszabb)		2	0,56	0,33 - 0,94
		3	0,42	0,25 - 0,69
		4	0,50	0,30 - 0,86
		5	0,34	0,18 - 0,65
		6 (legjobb)	0,51	0,24 - 1,12
ALLERGIÁS BETEGSÉG				
Referencia: nem beteg		allergiás beteg	6,60	4,73 - 9,21

4.2.3. Allergia

Az allergiás betegségek esetében mindenféle szervi manifesztációt és okot vizsgáltunk, így a példaként említett szénanáthán és ekcémán kívül minden más allergiát is (pl. gyógyszerallergia, ételallergia, csalánkiütés stb.) e kérdés keretein belül tárgyaljuk.

Minden 6. nőnél (17,0%) és minden 10. férfinál (10,8%) életében már diagnosztizáltak valamilyen allergiás betegséget. A nők 13,6%-ánál, a férfiak 8,5%-ánál a felmérést megelőző 12 hónapban előfordult allergia, melyre kétharmaduk valamilyen gyógyszeres vagy egyéb kezelést is kapott. Legnagyobb gyakorisággal, mindkét nemből, a 18-34 éves korosztályban detektáltuk e betegséget.

3. Táblázat: Az allergia gyakorisága nem és korcsoport szerint (%)

Allergia	Férfi				N			
	18-34	35-64	65+	Összesen	18-34	35-64	65+	Összesen
Életprevalencia	17,5	12,8	6,4	13,4	22,2	19,4	18,1	19,9
	[14,5-21,0]	[10,9-14,9]	[4,2-9,8]	[11,8-15,2]	[19,2-25,4]	[17,4-21,7]	[14,7-22,0]	[18,3-21,6]
Életprevalencia (diagnosztizált)	14,7	10	4,7	10,8	18,8	17,1	14,5	17
	[11,9-17,9]	[8,2-12,0]	[2,9-7,7]	[9,4-12,3]	[16,1-21,9]	[15,2-19,3]	[11,6-18,0]	[15,6-18,6]
Éves prevalencia (diagnosztizált)	11,6	7,9	3,7	8,5	15,4	13,5	11,4	13,6
	[9,2-14,6]	[6,3-9,9]	[2,1-6,4]	[7,3-10,0]	[12,9-18,3]	[11,8-15,5]	[8,9-14,6]	[12,4-15,0]

Az összefüggés elemzések során kimeneti változóként a diagnosztizált beteg versus nem beteg szerepelt, magyarázó tényezőként a következőket vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság, asztma, valamint a nem-kor, nem-iskolázottság, kor-iskolázottság interakciókat. A modellben azon 4514 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind az allergiás betegségre, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

A nem hatását a kor befolyásolja, azaz a két tényező között interakció van: a középkorú és idős nők esélye szignifikánsan magasabb, mint a hasonló korú férfiaké.

A kor hatását az iskolázottság nemenként eltérő módon befolyásolja: férfiak körében az azonos iskolai végzettségűek esetében az idősek esélye – a szakmunkások kivételével – szignifikánsan alacsonyabb, mint a fiataloké, a magasabban iskolázottaknál ez a középkorúakra is igaz. A nők körében, azonban ez a tendencia nem figyelhető meg. Csupán két kategóriában találtunk szignifikáns eltérést: az idős, szakmunkás végzettségű nők esélye több mint háromszoros, az érettségizett középkorúaké, pedig 30%-kal alacsonyabb, mint a referenciaként választott 8 általánost végzetteké.

Az iskolázottság és a kor között is interakciót találtunk: a magasabb iskolai végzettség – korcsoportonként eltérő mértékben – emeli az allergiás betegségek esélyét.

A jobb anyagi helyzetben levők esélye minden kategóriában szignifikánsan magasabb a legrosszabb anyagi helyzetűekhez viszonyítva. Ez alátámasztani látszik azt az elméletet, mely szerint a fejlett országokban az allergiás megbetegedések gyakoriságának hátterében a – bizonyos értelemben - eltúlzott higiénés rendszabályok állhatnak, melyek szinte steril környezetet teremtenek a fejlődés során. Feltételezik, hogy a szervezet egészséges immunapparátusának, normális immunválaszának kifejlődéséhez, bizonyos baktériumok, vírusok, paraziták szükségesek a bőr felszínén és a bélrendszerben. Ezen stimulusok elmaradása, illetve a túlzott antibiotikum fogyasztás az immunrendszer "deviáns" viselkedését eredményezheti, mely az allergia forrása lehet (12). A referenciaként választott felsővezetőkhöz képest a beosztott szellemi dolgozók, az önálló vállalkozók és a szakmunkások esélyhányadosa is magasabb, azonban ezen eredmények a nagy megbízhatósági intervallum miatt csak korlátozottan értékelhetők. Az inaktívak – bármi is legyen ennek az oka – esélye magasabb az allergiás betegségekre, mint a dolgozóké. A Közép-Magyarországon élők esélyhányadosa nagyobb, mint a referenciaként választott Nyugat-Dunántúlon lakóké. Az asztmás betegek esélye, egyéb tényezők hatását kiszűrve, több mint hatszorosa az allergiára az asztmában nem szenvedőkhöz viszonyítva.

4. Táblázat: Az allergia és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái		Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
NEM					
Referencia: férfi	18-34 év		nő	1,33	0,98 - 1,79
	35-64 év		nő	2,18	1,59 - 2,99
	65+ év		nő	6,11	2,99 - 12,49
KOR					
Referencia: 18-34 év	férfi	8 általános	35-64 év	0,91	0,46 – 1,81
		8 általános	65+ év	0,33	0,13 – 0,82
		szakmunkás	35-64 év	0,88	0,56 – 1,39
		szakmunkás	65+ év	0,69	0,29 – 1,65
		érettségi	35-64 év	0,42	0,25 – 0,68
		érettségi	65+ év	0,09	0,03 – 0,27
		felsőfokú	35-64 év	0,39	0,23 – 0,67
		felsőfokú	65+ év	0,23	0,08 – 0,67
	nő	8 általános	35-64 év	1,50	0,80 – 2,80
		8 általános	65+ év	1,51	0,75 – 3,03
		szakmunkás	35-64 év	1,45	0,91 – 2,31
		szakmunkás	65+ év	3,17	1,27 – 7,90

		érettségi	35-64 év	0,68	0,48 – 0,98
		érettségi	65+ év	0,41	0,15 – 1,12
		felsőfokú	35-64 év	0,65	0,41 – 1,03
		felsőfokú	65+ év	1,05	0,45 – 2,44
ISKOLÁZOTTSÁG					
Referencia: 8 általános	18 – 34 év		szakmunkás	1,39	0,74 – 2,63
	35 – 64 év		szakmunkás	1,35	0,89 – 2,04
	65+ év		szakmunkás	2,94	1,33 – 6,47
	18 – 34 év		érettségi	2,49	1,41 – 4,37
	35 – 64 év		érettségi	1,14	0,76 – 1,69
	65+ év		érettségi	0,68	0,29 – 1,59
	18 – 34 év		felsőfokú	3,45	1,80 – 6,60
	35 – 64 év		felsőfokú	1,49	0,99 – 2,25
	65+ év		felsőfokú	2,41	1,19 – 4,89
ANYAGI HELYZET					
Referencia: 1 (legrosszabb)			2	1,79	1,06 – 3,03
			3	2,35	1,48 – 3,73
			4	2,13	1,32 – 3,43
			5	2,10	1,31 – 3,37
			6 (legjobb)	2,62	1,55 – 4,41
FOGLALKOZÁS					
Referencia: felsővezető			közép/alsóvezető	2,51	0,87 – 7,30
			beosztott szellemi	2,95	1,09 – 8,02
			önálló kereskedelmi/ ipari/ szolgáltató/ szellemi szabadfogl.	3,39	1,24 – 9,28
			szakmunkás	3,36	1,17 – 9,65
			betanított-/segéd-/mezőgazd.-i munkás	2,45	0,87 – 6,85
GAZDASÁGI AKTIVITÁS					
Referencia: dolgozik			munkanélküli	3,39	1,12 – 10,22
			rokkant-nyugdíjas	4,67	1,68 – 12,97
			nyugdíjas	2,94	1,06 – 8,12
			egyéb inaktív	2,87	1,01 – 8,11
RÉGIÓ					
Referencia: Nyugat-Dunántúl			Dél-Dunántúl	1,21	0,84 – 1,74
			Közép-Dunántúl	1,39	0,93 – 2,08

		Közép-Magyaró.	1,78	1,28 – 2,48
		Észak-Magyaró.	1,25	0,83 – 1,88
		Észak-Alföld	1,55	1,10 – 2,18
		Dél-Alföld	1,23	0,87 – 1,75
ASZTMA				
Referencia: nem beteg		asztmás beteg	6,36	4,62 – 8,76

4.2.4. Cukorbetegség

A felmérésben nem tettünk különbséget a cukorbetegség (diabetes mellitus) különböző fajtái – I. és II. típusú vagy régebbi osztályozás szerint inzulin dependens és nem inzulin dependens, esetleg gesztációs forma között – ezért adataink az összes cukorbetegre vonatkoznak. Diagnosztizált cukorbetegségen, a kezeléstől függetlenül, az orvos által megállapított diabetes mellitust értjük, ezért az alkalmilag mért magasabb vércukorértékek nem tartoznak ebbe a kategóriába. Minden 13. felnőtt cukorbetegségben szenved, azonban a 65 év feletti korosztályban minden ötödik ember érintett. A cukorbetegség gyakorisága egyik nemben vagy korcsoportban sem mutatott szignifikáns eltérést az OLEF2000 adataihoz képest.

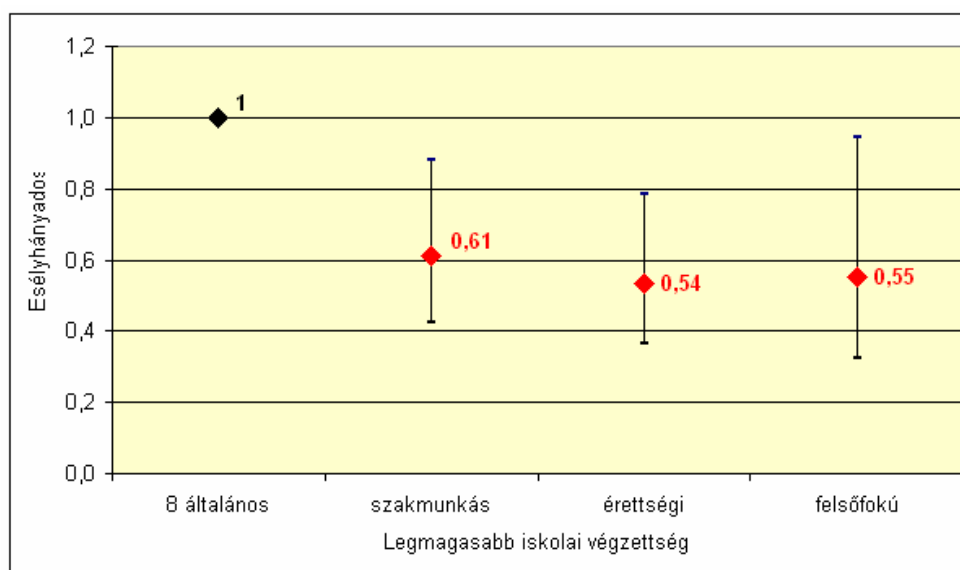
5. Táblázat: A cukorbetegség gyakorisága nem és korcsoport szerint (%)

Cukorbetegség	Férfi				N			
	18-34	35-64	65+	Összesen	18-34	35-64	65+	Összesen
Életprevalencia	0,4	8,4	20,4	7,5	1,9	7,5	18,1	8,2
	[0,1-1,5]	[6,9-10,2]	[16,5-25,1]	[6,5-8,6]	[1,1-3,3]	[6,2-9,0]	[15,0-21,7]	[7,2-9,3]
Életprevalencia (diagnosztizált)	0,4	8,4	20,4	7,5	1,9	7,4	18,1	8,2
	[0,1-1,5]	[6,9-10,2]	[16,5-25,1]	[6,5-8,6]	[1,1-3,3]	[6,1-8,9]	[15,0-21,7]	[7,2-9,3]
Éves prevalencia (diagnosztizált)	0,4	7,8	18,1	6,8	1,2	7,1	16,8	7,5
	[0,1-1,5]	[6,4-9,6]	[14,3-22,5]	[5,9-7,9]	[0,6-2,4]	[5,9-8,6]	[13,8-20,3]	[6,6-8,6]

Az összefüggés elemzésekben kimeneti változóként a diagnosztizált cukorbeteg versus nem beteg szerepelt, magyarázó tényezőként a következőket vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság, testtömeg-index, magas koleszterinszint és a magasvérnyomás, valamint a nem-kor interakciót. A modellben azon 4414 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind a magas koleszterinszintre, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

A kor és a nem között ugyan interakciót találtuk, de a rendkívül nagy megbízhatósági intervallum miatt ebből általános következtetések nem vonhatók le. A magasabb iskolázottság minden kategóriában szignifikánsan csökkenti a cukorbetegség kialakulásának esélyét (6 ábra).

6. ábra: Az iskolázottság hatása a cukorbetegségre



A Közép-Magyarországon élők esélyét a cukorbetegségre 70%-kal magasabbnak találtuk, mint a referenciaként választott nyugat-magyarországi régióban élőké. A túlsúly 80%-kal, az elhízás csaknem két és félszeresére emelte a cukorbetegség előfordulásának esélyét. A magasvérnyomás betegek esélyhányadosa magasabb, mint kétszeres, a magas koleszterinszinttel élők pedig csaknem háromszoros az e betegségekben nem szenvedőkhöz képest.

6. Táblázat: A cukorbetegség és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
NEM				
Referencia: férfi	18 – 34 év	nő	7,42	1,49 - 36,96
	35 – 64 év	nő	0,69	0,48 – 1,01
	65+ év	nő	0,68	0,45 - 1,05
KOR				
Referencia: 18 – 34 év	férfi	35 – 64 év	9,60	2,17 - 42,60
		65+ év	14,53	3,45 – 61,23
	nő	35 – 64 év	0,90	0,44 – 1,83
		65+ év	1,34	0,60 – 2,97
ISKOLÁZOTTSÁG				
Referencia: 8 általános		szakmunkás	0,61	0,42 – 0,88
		érettségi	0,54	0,37 – 0,78
		felsőfokú	0,55	0,32 – 0,95
RÉGIÓ				
Referencia: Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl	1,47	0,79 – 2,73
		Közép-Dunántúl	0,98	0,54 – 1,80
		Közép-Magyaró.	1,68	1,03 – 2,75
		Észak-Magyaró.	1,24	0,70 – 2,20

		Észak-Alföld	0,99	0,57 – 1,72
		Dél-Alföld	1,30	0,75 – 2,25
TESTTÖMEG INDEX				
Referencia: sovány		normál	2,54	0,67 – 9,56
		túlsúlyos	4,62	1,26 – 16,85
		elhízott	6,13	1,55 – 24,27
MAGAS KOLESZTERIN SZINT				
Referencia: normál koleszterin szint		magas koleszterin szint	2,88	2,19 – 3,79
MAGASVÉRNYOMÁS BETEGSÉG				
Referencia: nem beteg		magasvérnyomás beteg	2,27	1,69 – 3,05

4.2.5. Magas koleszterin szint

Minden 7. nő és minden 12. férfi nyilatkozott úgy, hogy orvosa magas koleszterin szintet állapított meg nála. Magyarországon a középkorú lakosság 13%-át, az idősek ötödét érinti az emelkedett koleszterin szint. Szinte minden beteg esetében orvos is diagnosztizálta a betegséget. A felnőttek tizedének a felmérést megelőző 12 hónapban is magas volt a koleszterin szintje, mintegy kétharmad részük nyilatkozott úgy, hogy e problémájára kezelést kap.

7. Táblázat: A magas koleszterin szint gyakorisága nem és korcsoport szerint (%)

Magas koleszterin szint	Férfi				N			
	18-34	35-64	65+	Összesen	18-34	35-64	65+	Összesen
Életprevalencia	2,3	11,3	14,2	8,6	2,8	14,9	24,7	13,5
	[1,4-3,9]	[9,6-13,1]	[10,7-18,5]	[7,5-9,9]	[1,8-4,3]	[13,2-16,9]	[21,1-28,7]	[12,2-15,0]
Életprevalencia (diagnosztizált)	2,2	11	14,2	8,5	2,8	14,8	24,4	13,4
	[1,3-3,8]	[9,4-12,9]	[10,7-18,5]	[7,4-9,7]	[1,8-4,3]	[13,0-16,8]	[20,8-28,4]	[12,0-14,8]
Éves prevalencia (diagnosztizált)	1,6	9,6	10,6	7	1,7	13	21,2	11,5
	[0,8-3,2]	[8,1-11,4]	[7,5-14,6]	[6,0-8,2]	[1,0-3,1]	[11,4-14,8]	[17,9-25,0]	[10,3-12,8]

Az összefüggés elemzésekben kimeneti változóként a diagnosztizáltak már magas koleszterin szintet versus nem diagnosztizáltak szerepelt, magyarázó tényezőként az alábbiakat vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság, testtömeg-index, cukorbetegség és a magasvérnyomás, valamint a kor-iskolázottság interakciót. A modellben azon 4414 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind a magas koleszterinszintre, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

A nők esélye 70%-kal magasabb, mint a férfiaké. Azonos iskolai végzettség kategóriákon belül eltérően érvényesül a kor hatása. A szakmunkások és a diplomások esélyét a kor emelkedése növeli, az általános iskolát végzettek esetében egyáltalán nincs szignifikáns különbség a korcsoportok között, az érettségizettek esetében csak a 65 év felettiek esélyhányadosa jelentősen magasabb, mint a fiataloké. A kor hatását az iskolázottság befolyásolja: a magasabb iskolai végzettség növeli a magas koleszterinszint esélyét. Az érettségizett idősek esélyhányadosa 2,72, a felsőfokú végzettségű időseké 2,59 a 8 általánost vagy kevesebbet végzett hasonló korosztályhoz képest. A túlsúly 85%-kal, az elhízás 95%-kal emeli a magas koleszterinszint esélyét a referenciaként választott normál testsúlyúakhoz képest, a cukorbetegség és a magasvérnyomás esélyhányadost növelő hatása háromszoros.

8. Táblázat: A magas koleszterin szint és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
NEM				
Referencia: férfi		nő	1,68	1,31 - 2,16
KOR				
Referencia: 18 – 34 év	8 általános	35 – 64 év	2,94	0,96 – 9,00
		65+ év	2,19	0,68 – 7,10
	szakmunkás	35 – 64 év	2,98	1,30 – 6,80
		65+ év	3,58	1,20 – 10,66
	érettségi	35 – 64 év	1,69	0,97 – 2,96
		65+ év	3,57	1,55 – 8,25
	felsőfokú	35 – 64 év	2,98	1,22 – 7,32
		65+ év	4,36	1,70 – 11,17
TESTTÖMEG INDEX				
Referencia: sovány		normál	2,63	0,79 – 8,78
		túlsúlyos	4,89	1,52 – 15,75
		elhízott	5,15	1,64 – 16,16
CUKORBETEGSÉG				
Referencia: nem beteg		cukorbeteg	2,82	2,15 – 3,70
MAGASVÉRNYOMÁS BETEGSÉG				
Referencia: nem beteg		magasvérnyomás beteg	3,33	2,65 – 4,19

4.2.6. Magasvérnyomás

Diagnosztizált betegségnek a felmérésben a magasvérnyomás betegség megállapítása számít, függetlenül attól, hogy kezelt, vagy nem kezelt. Az alkalmilag mért magasabb vérnyomás megállapított betegség nélkül nem tartoznak ebbe a kategóriába, de ha a beteget kezelik, és emiatt jelenleg nem magas a vérnyomása, a betegség attól még fennáll.

A magasvérnyomás életprevalenciája a felnőtt magyar lakosságban eléri a 30%-ot, a nők egyharmada, a férfiak negyede esetében diagnosztizáltak e betegséget. A felmérést megelőző 12 hónapban a nők 31%-a, a férfiak 24%-a szenvedett e betegségben, többségüket kezelték. Fialat korban a férfiak esetében, 35 év felett a nők körében magasabb a betegek aránya, azonban a különbség csak az időseknél válik szignifikánssá. Már a középkorúak (35-64 év) körében is 30% körüli a hipertónia előfordulási gyakorisága, az idős nők esetében ennek kétszerese, a férfiaknál másfélszerese a betegek aránya.

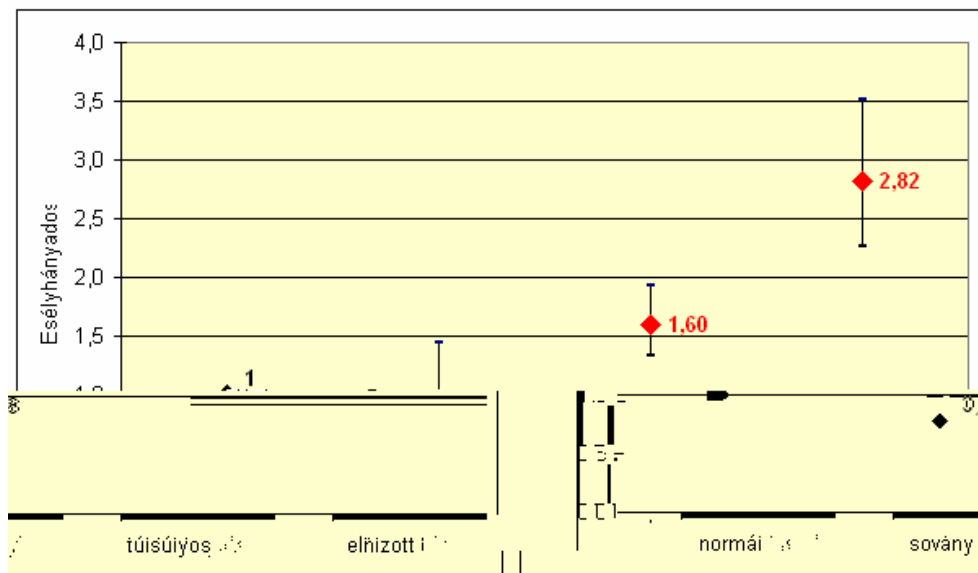
9. Táblázat: A magasvérnyomás gyakorisága nem és korcsoport szerint (%)

Magasvérnyomás	Férfi				N			
	18-34	35-64	65+	Összesen	18-34	35-64	65+	Összesen
Életprevalencia	9,6	32,8	48,5	27,2	6,3	35,7	64,8	33,5
	[7,6-12,0]	[30,1-35,6]	[42,4-54,7]	[25,4-29,1]	[4,8-8,2]	[33,3-38,2]	[61,0-68,4]	[31,8-35,4]
Életprevalencia (diagnosztizált)	8,4	31,6	47,7	26,1	6,2	35,5	64,2	33,2
	[6,5-10,9]	[28,9-34,4]	[41,6-53,9]	[24,3-28,0]	[4,7-8,1]	[33,0-38,0]	[60,5-67,7]	[31,5-35,1]
Éves prevalencia (diagnosztizált)	7	29,1	45,2	24	4,5	33,2	60,4	30,8
	[5,2-9,2]	[26,5-31,9]	[39,4-51,1]	[22,3-25,8]	[3,2-6,1]	[30,8-35,7]	[56,7-64,1]	[29,1-32,6]

Az összefüggés elemzések során kimeneti változóként a diagnosztizált beteg versus nem beteg szerepelt, magyarázó tényezőként a következőket vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság, testtömeg-index, cukorbetegség, magas koleszterinszint, valamint a nem-kor, nem-iskolázottság, nem-kor-iskolázottság interakciókat.

A nem hatása korcsoportonként más, és azt az iskolázottság is befolyásolja. Fiatal korban az érettségizett nők esélye 40%-kal, a diplomásoké több mint felével kisebb, mint a férfiaké, hogy magasvérnyomás betegségük legyen. Az alacsonyabb iskolai végzettségű fiatalok esetében nincs szignifikáns eltérés a nemek között. A középkorú főiskolát vagy egyetemet végzett nők esélye még mindig 35%-kal alacsonyabb, mint a hasonló végzettségű 35-64 éves férfiaké, azonban a többi csoport esetében éppen ellentétes hatás érvényesül. A kevésbé iskolázott (8 általános vagy szakmunkás végzettség) középkorú és idős nők esélye már jelentősen magasabb, mint a férfiaké. A kor emelkedésével ugyan mindkét nemben nő az esélyhányados, de míg az idős férfiak esélye három és félszeres a fiatalokhoz képest, a nőknél ez az érték több mint hétszeres. A magasabb iskolai végzettség protektív hatása – mint már láttuk – a magasabban kvalifikált nők esetében a legjelentősebb. A dél-alföldi régióban élők esélye 30%-kal alacsonyabb, mint a referenciaként választott Nyugat-Dunántúlon élőké.

7. ábra: A testtömeg-index hatása a magasvérnyomás betegségre



Az ismert rizikófaktorok és társbetegségek esetében is erős korrelációt találtunk: a túlsúlyosak esélye 60%-kal magasabb, az elhízottaké csaknem háromszor nagyobb, mint a normál testsúlyúaké. A cukorbetegeknek kétszer, a magas koleszterinszinttel élőknek több mint háromszor akkora eséllyel kell számolniuk.

10. Táblázat: A magasvérnyomás betegség és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái		Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
NEM					
Referencia: férfi	18-34 év	8 általános	Nő	0,96	0,58 – 1,59
		szakmunkás	Nő	1,21	0,70 – 2,08
		érettségi	Nő	0,61	0,38 – 0,97
		felsőfokú	Nő	0,44	0,24 – 0,80
	35-64 év	8 általános	Nő	1,43	1,05 – 1,95
		szakmunkás	Nő	1,79	1,28 – 2,51
		érettségi	Nő	0,90	0,66 – 1,24
		felsőfokú	Nő	0,65	0,42 – 1,00
	65+ év	8 általános	Nő	2,05	1,42 – 2,95
		szakmunkás	Nő	2,57	1,56 – 4,25
		érettségi	Nő	1,29	0,83 – 2,02
		felsőfokú	Nő	0,93	0,56 – 1,56
KOR					
Referencia: 18 –34 év	férfi		35 – 64 év	2,79	1,97 – 3,94
			65+ év	3,45	2,10 – 5,67
	nő		35 – 64 év	4,14	3,01 – 5,70
			65+ év	7,34	4,90 – 11,02
			Szakmunkás	0,85	0,61 – 1,19
			érettségi	1,01	0,73 – 1,39
			Felsőfokú	1,11	0,74 – 1,66
			Szakmunkás	1,07	0,79 – 1,45
			érettségi	0,64	0,49 – 0,83
			Felsőfokú	0,51	0,34 – 0,75
			2	1,48	1,09 – 2,03
			3	1,35	0,97 – 1,88
			4	1,01	0,72 – 1,42
			5	1,08	0,77 – 1,52

Referencia: Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl	0,91	0,63 – 1,31
		Közép- Dunántúl	1,02	0,74 – 1,41
		Közép- Magyaró.	1,09	0,81 – 1,46
		Észak- Magyaró.	1,21	0,88 – 1,68
		Észak-Alföld	0,93	0,69 – 1,26
		Dél-Alföld	0,68	0,49 – 0,95
TESTTÖMEG INDEX				
Referencia: sovány		Normál	0,78	0,42 – 1,44
		túlsúlyos	1,60	1,33 – 1,94
		elhízott	2,82	2,26 – 3,52
CUKORBETEGSÉG				
Referencia: nem beteg		cukorbeteg	2,18	1,61 – 2,96
MAGAS KOLESZTERIN SZINT				
Referencia: normál koleszterin szint		magas koleszterin szint	3,26	2,58 – 4,12

4.2.7. Szívroham

Az OLEF eredményei alapján a felnőtt lakosság 4%-a esett már át infarktuson. Meg kell jegyeznünk, azonban, hogy ezen adat jelentősen alulbecsült, hiszen e módszerrel csak a nem fatális esetek regisztrációja történhet meg és irodalmi adatok alapján az infarktusos betegek 40-50%-a az első 4 héten belül meghal (13). A 65 év feletti lakosságban azok aránya, akiknek volt már szívinfarktuszuk a nők esetében csaknem eléri, a férfiak esetében meghaladja a 10%-ot.

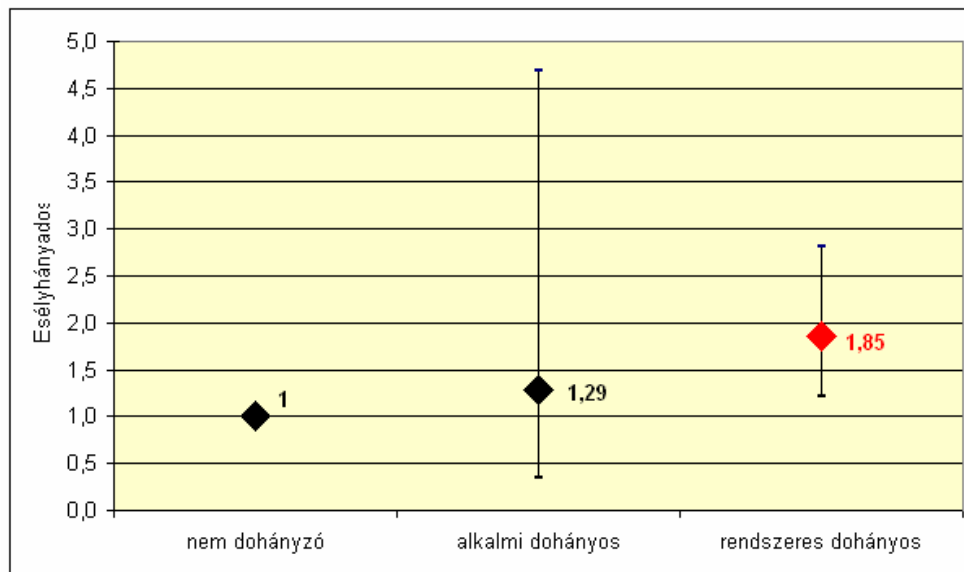
11. Táblázat: A szívinfarktus gyakorisága nem és korcsoport szerint (%)

Szívinfarktus	Férfi				N			
	18-34	35-64	65+	Összesen	18-34	35-64	65+	Összesen
Életprevalencia	0,2	5,3	13	4,7	0,2	2,7	9,6	3,5
	[0,1-0,9]	[4,2-6,7]	[9,7-17,2]	[4,0-5,7]	[0,1-1,0]	[2,1-3,7]	[7,5-12,3]	[2,9-4,3]
Életprevalencia (diagnosztizált)	0,2	5,3	13	4,7	0,2	2,7	9,6	3,5
	[0,1-0,9]	[4,2-6,7]	[9,7-17,2]	[4,0-5,7]	[0,1-1,0]	[2,0-3,6]	[7,5-12,3]	[2,9-4,2]
Éves prevalencia (diagnosztizált)	0,2	2,7	4,8	2,2	0,1	1,7	4,9	1,9
	[0,1-0,9]	[2,0-3,7]	[2,9-7,8]	[1,7-2,9]	[0,0-0,8]	[1,2-2,5]	[3,3-7,2]	[1,5-2,5]

Az összefüggés elemzések során kimeneti változóként a volt már diagnosztizált szívrohama versus nem volt szerepelt, magyarázó tényezőként pedig a következőket vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság, testtömeg-index, dohányzás, cukorbetegség, magas koleszterinszint és a magasvérnyomás. A modellben azon 4500 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind az infarktusra, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

A férfiak esélye arra, hogy szívrohamot kapjanak csaknem kétszerese a nőkének. A kor szintén jelentősen emeli az infarktus bekövetkezésének esélyét: a középkorúak esélyhányadosa kilencszer, az időseké több mint hússzor magasabb a fiatalokénál.

8. ábra: A dohányzás hatása a szívinfarktusra



Az elhízottak esélye a szívrohamra 80%-kal magasabb, mint a normál testsúlyúaké. Az elhízottak körében a különbség nem szignifikáns, mely talán ezen esetek fatális kimenetelével magyarázható. Azaz, hipotézisünk szerint, ha az esélyhányados valamilyen algoritmus (lineáris vagy exponenciális) szerint a testtömeg-index emelkedésével nő, akkor az elhízottak gyakrabban kapnak szívrohamot, melybe gyakrabban bele is hálnak. Ezen esetek kérdőíves felméréssel, mint már említettük, nem regisztrálhatók és ezért torzíthatják az elemzésből levonható következtetést. A dohányzás és más betegségek egyidejű jelenléte is emeli a szívinfarktus esélyét: a rendszeres dohányosok esélye csaknem kétszeres a nem dohányzókhoz képest, a magasvérnyomásban szenvedők esélye szintén közel kétszeres, míg azok esélye, akiknek magas a koleszterinszintje több mint a duplája az e betegségek által nem érintettekhez viszonyítva.

12. Táblázat: A szívroham és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
NEM				
Referencia: férfi		nő	0,53	0,37 – 0,76
KOR				
Referencia: 18 – 34 év		35 – 64 év	9,13	2,54 – 32,87
		65+ év	21,09	5,29 – 84,12
GAZDASÁGI AKTIVITÁS				
Referencia: dolgozik		munkanélküli	0,93	0,22 – 3,98
		rokkantnyugdíjas	6,38	3,65 – 11,15
		nyugdíjas	2,65	1,38 – 5,08
		egyéb inaktív	2,49	0,97 – 6,43
TESTTÖMEG INDEX				
Referencia: sovány		normál	2,12	0,86 – 5,21
		túlsúlyos	1,78	1,13 – 2,80
		elhízott	1,22	0,71 – 2,11

DOHÁNYZÁS				
Referencia: nem dohányzik		alkalmi dohányos	1,29	0,35 – 4,69
		rendszeres dohányos	1,85	1,22 – 2,81
MAGAS KOLESZTERIN SZINT				
Referencia: normál koleszterin szint		magas koleszterin szint	2,29	1,52 – 3,45
MAGASVÉRNYOMÁS BETEGSÉG				
Referencia: nem beteg		magasvérnyomás beteg	1,96	1,31 – 2,94

4.2.8. Stroke

Adataink alapján a felnőtt lakosság 2,6%-ának volt már életében orvos által diagnosztizált agyi történése. A szívinfarktushoz hasonlóan azonban itt is meg kell jegyeznünk, hogy eredményeink valószínűleg jelentősen alulbecslik a Magyarországon előforduló agyi katasztrófák tényleges számát – mivel a fatális kimenetelű eseteket nincs módunk regisztrálni, és stroke esetében a kórházi halálozás elérheti a 25%-ot .

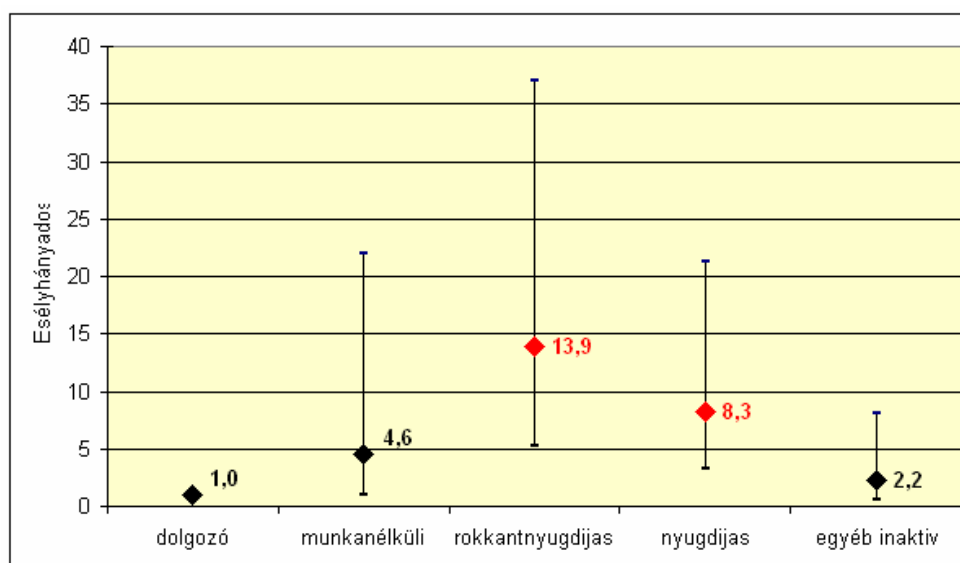
13. Táblázat: Az agyvérzés gyakorisága nem és korcsoport szerint (%)

Stroke	Férfi				N			
	18-34	35-64	65+	Összesen	18-34	35-64	65+	Összesen
Életprevalencia	0,1	2,9	8,4	2,8	0,2	2	6,9	2,5
	[0,0-0,9]	[2,1-4,1]	[5,8-11,8]	[2,1-3,6]	[0,0-0,8]	[1,3-2,9]	[5,1-9,3]	[2,0-3,2]
Életprevalencia (diagnosztizált)	0,1	2,9	8,4	2,8	0,2	1,8	6,9	2,5
	[0,0-0,9]	[2,1-4,1]	[5,8-11,8]	[2,1-3,6]	[0,0-0,8]	[1,2-2,7]	[5,1-9,3]	[2,0-3,1]
Éves prevalencia (diagnosztizált)	0,1	1,7	4,8	1,6	0,1	0,7	4,5	1,4
	[0,0-0,9]	[1,1-2,6]	[2,9-7,9]	[1,1-2,3]	[0,0-0,7]	[0,4-1,3]	[3,1-6,5]	[1,0-1,9]

Az összefüggés elemzések során kimeneti változóként a volt már diagnosztizált agyvérzése versus nem volt szerepelt, magyarázó tényezőként pedig a következőket vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság, cukorbetegség, magas koleszterinszint és a magasvérnyomás. A modellben azon 4570 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind az agyvérzésre, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

A nők esélye arra, hogy agyvérzésük legyen 35%-kal alacsonyabb, mint a férfiaké. A kor emelkedése jelentősen növeli az esélyt: a középkorúak esélyhányadosa több mint három és félszeres, az időseké több mint hatszorosa a 18-34 évesekhez képest. A rokkantnyugdíjasok esélyhányadosa a dolgozókhöz képest 14-szeres, mely sokszorosa az egyéb betegségek esetében észlelt szintén magasabb esélynek. A nyugdíjasok körében is több mint nyolcszorosa esélyhányados.

9. ábra: A gazdasági aktivitás hatása az agyvérzésre



A referenciaként választott nyugat-Dunántúli régióhoz képest az Észak-Magyarországon élők esélye két és félszeres, a dél-Alföldieké pedig több mint háromszoros. A vizsgált betegségek közül egyedül a magasvérnyomás emeli szignifikánsan, kétszeresére, az agyvérzés bekövetkezésének esélyét.

14. Táblázat: A stroke és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
NEM				
Referencia: férfi		nő	0,64	0,43 – 0,96
KOR				
Referencia: 18 – 34 év		35 – 64 év	3,67	1,07 – 12,61
		65+ év	6,15	1,64 – 22,99
GAZDASÁGI AKTIVITÁS				
Referencia: dolgozik		munkanélküli	4,60	0,96 – 21,96
		Rokkantnyugdíjas	13,92	5,24 – 36,97
		nyugdíjas	8,26	3,20 – 21,33
		egyéb inaktív	2,21	0,60 – 8,15
RÉGIÓ				
Referencia: Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl	1,86	0,69 – 5,00
		Közép-Dunántúl	1,50	0,57 – 3,98
		Közép-Magyaró.	2,20	0,92 – 5,26
		Észak-Magyaró.	2,47	1,01 – 6,01
		Észak-Alföld	1,01	0,36 – 2,80
		Dél-Alföld	3,23	1,32 – 7,90
MAGASVÉRNYOMÁS BETEGSÉG				

Referencia: nem beteg		magasvérnyomás beteg	1,99	1,23 – 3,22
-----------------------	--	-----------------------------	-------------	--------------------

4.2.9. Egyéb szívbetegség

A felnőtt népesség 13,8%-a esetében állapított meg orvosuk valamilyen egyéb szívbetegséget, e kategóriába tartoznak pl. szívbillentyű hibák, veleszületett rendellenességek, szívritmuszavarok, stb. Arányuk a 65 év feletti korosztályban kiemelkedő: minden 3. nő és minden 5. férfi érintett.

15. Táblázat: Az egyéb szívbetegség gyakorisága nem

Egyéb szívbetegség	Férfi				N			
	18-34	35-64	65+	Összesen	18-34	35-64	65+	Összesen
Életprevalencia	3,1	12,5	21,5	10,7	3,8	15,9	36,9	17
	[2,1-4,7]	[10,6-14,7]	[17,3-26,6]	[9,4-12,1]	[2,7-5,5]	[14,1-17,8]	[33,1-40,9]	[15,6-18,5]
Életprevalencia (diagnosztizált)	2,9	11,9	21,2	10,2	3,7	15,8	36,5	16,8
	[1,9-4,4]	[10,1-14,0]	[16,9-26,1]	[9,0-11,6]	[2,6-5,3]	[14,0-17,7]	[32,6-40,5]	[15,4-18,3]
Éves prevalencia (diagnosztizált)	2,2	9,5	19,4	8,5	2,8	13,6	35	15,2
	[1,4-3,6]	[7,9-11,3]	[15,3-24,2]	[7,4-9,7]	[1,9-4,2]	[11,9-15,4]	[31,3-38,9]	[13,8-16,6]

Az összefüggés elemzésekben kimeneti változóként az egyéb szívbeteg versus nem beteg szerepelt, magyarázó tényezőként a következőket vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság. A modellben azon 4570 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind az egyéb szívbetegségekre, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak. A nők esélye 50%-kal magasabb az egyéb szívbetegség kialakulására, mint a férfiaké. A kor emelkedése növeli az esélyt: a középkorúak esélyhányadosa 3-szoros, az időseké 6-szoros a 35 év alattiakhoz viszonyítva. A társas támogatottság erős összefüggést mutat e betegséggel. A megfelelő társas támogatottság 45%-kal csökkentette az egyéb szívbetegség esélyét.

16. Táblázat: Az egyéb szívbetegségek és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
NEM				
Referencia: férfi		nő	1,49	1,25 – 1,79
KOR				
Referencia: 18 – 34 év		35 – 64 év	3,13	2,17 – 4,52
		65+ év	5,94	3,64 – 9,70
GAZDASÁGI AKTIVITÁS				
Referencia: dolgozik		munkanélküli	1,01	0,56 – 1,81
		rokkantnyugdíjas	4,10	3,03 – 5,55
		nyugdíjas	2,04	1,49 – 2,79
		egyéb inaktív	1,36	0,93 – 2,01
TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG				
Referencia: súlyos hiány		kiseb hiány	0,65	0,48 – 0,88
		megfelelő	0,55	0,42 – 0,70

4.2.10. Keringési betegségek

A külön-külön vizsgált szív- és érrendszeri betegségekből (magasvérnyomás, szívinfarktus, agyvérzés, egyéb szívbetegség) létrehoztunk egy összevont változót a keringési rendszert érintő betegségek vizsgálatára. A felnőtt nők 40%-a, a férfiak egyharmada szenved valamilyen keringési betegségben. Arányuk a középkorúak körében 40%, az idősök között pedig már 70%.

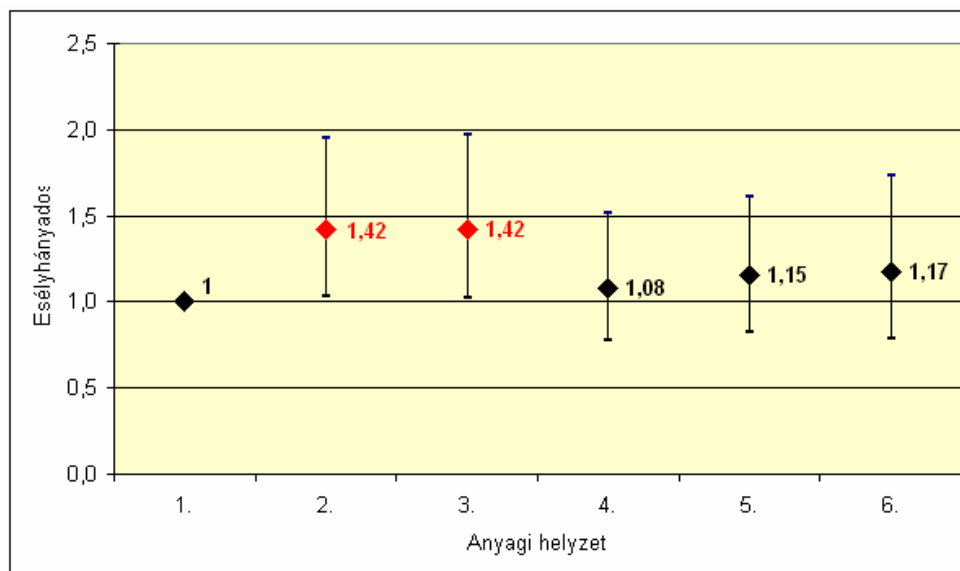
Sem a keringési betegségek, sem a külön-külön vizsgált szív- és érrendszeri betegségek esetében nem találtunk szignifikáns eltérést a nem és korcsoportok szerinti gyakoriságban az OLEF2000-ben mért eredményektől.

17. Táblázat: A keringési betegségek gyakorisága nem

Keringési betegségek	Férfi				N			
	18-34	35-64	65+	Összesen	18-34	35-64	65+	Összesen
Életprevalencia	11,6	39,9	65,6	34,1	9,6	43	74,9	40,3
	[9,4-14,3]	[37,2-42,7]	[60,2-70,7]	[32,3-36,0]	[7,7-11,9]	[40,5-45,4]	[71,3-78,2]	[38,4-42,2]
Életprevalencia (diagnosztizált)	10,4	38,4	64,3	32,8	9,4	42,7	74,2	39,9
	[8,3-13,0]	[35,7-41,2]	[58,9-69,4]	[31,0-34,6]	[7,6-11,7]	[40,3-45,1]	[70,6-77,4]	[38,0-41,8]
Éves prevalencia (diagnosztizált)	8,5	33,8	57,3	28,7	6,8	38,4	70,4	36,2
	[6,6-10,9]	[31,1-36,5]	[51,7-62,8]	[26,9-30,6]	[5,2-8,7]	[35,9-40,9]	[66,5-74,0]	[34,3-38,2]

Az összefüggés elemzésekben kimeneti változóként az egyéb szívbeteg versus nem beteg szerepelt, magyarázó tényezőként a következőket vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság. A modellben azon 4525 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind a keringési betegségekre, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak. Az életkor emelkedése jelentősen növeli, a magasabb iskolai végzettség és a megfelelő társas támogatottság azonban csökkenti a keringési betegségek esélyét.

10. ábra: Az anyagi helyzet hatása a keringési betegségekre



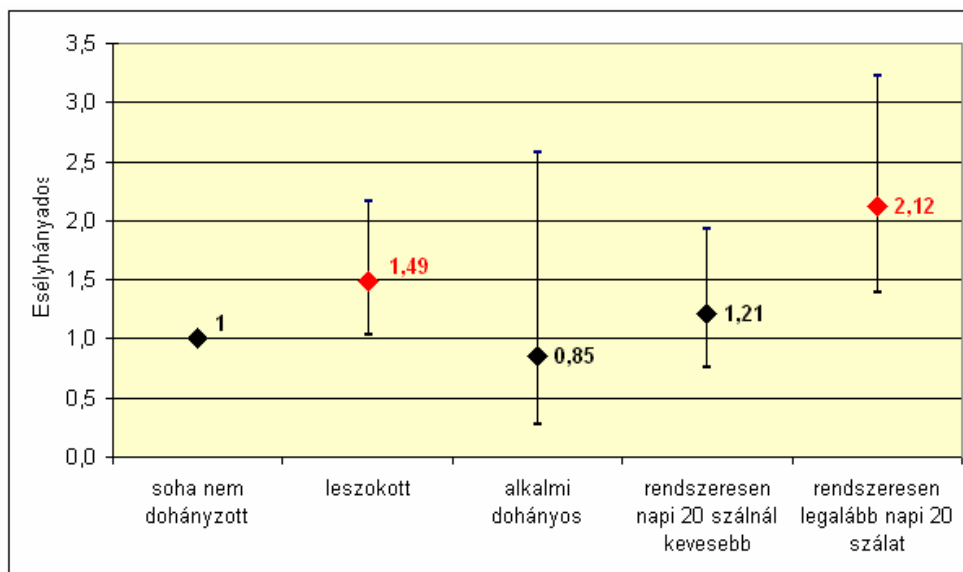
18. Táblázat: A keringési betegségek és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
KOR				
Referencia: 18 –34 év		35 – 64 év	4,18	3,40 – 5,13
		65+ év	7,21	5,22 – 9,95
ISKOLÁZOTTSÁG				

Az összefüggés elemzések során kimeneti változóként a diagnosztizált beteg versus nem beteg szerepelt, magyarázó tényezőként pedig az alábbiakat vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság, dohányzás, asztma és az allergia. A modellben azon 4494 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind az idült hörghurutra, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

Az életkor emelkedése növeli az idült hörghurut esélyét, ezt azonban csak a középkorúak esetében találtuk szignifikánsnak. A megfelelő társas támogatottsággal rendelkezők esélye 40%-kal alacsonyabb, mint azoké, akik a társas támogatottság súlyos hiányával küzdenek. Regionális különbséget is találtunk: az Észak-Alföldön élők esélyhányadosa kétszerese a referenciaként választott Nyugat-Dunántúlon élőkhez képest. A dohányzás a krónikus obstruktív tüdőbetegségek jelentős rizikófaktora, melyet mi is detektáltunk.

11. ábra: A dohányzás hatása az idült hörghurutra



A dohányzásról már leszokottak esélye is 50%-kal, a rendszeresen napi 20 szál cigarettánál többet elszívóké pedig több mint kétszer magasabb, mint azoké, akik soha nem dohányoztak. Az allergia párhuzamos jelenléte kétszeresére, az asztma csaknem hétszeresére emeli az esélyhányadost.

20. Táblázat: Az idült hörghurut és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
KOR				
Referencia: 18 – 34 év		35 – 64 év	1,92	1,18 – 3,12
		65+ év	1,86	0,95 – 3,65
TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG				
Referencia: súlyos hiány		kisebb hiány	0,70	0,43 – 1,15
		megfelelő	0,62	0,42 – 0,93
RÉGIÓ				
Referencia: Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl	1,63	0,82 – 3,22
		Közép-Dunántúl	1,17	0,55 – 2,47
		Közép-Magyaró.	1,74	0,91 – 3,32

		Észak-Magyaró.	1,34	0,67 – 2,67
		Észak-Alföld	2,09	1,08 – 4,04
		Dél-Alföld	1,59	0,80 – 3,14
DOHÁNYZÁS				
Referencia: soha nem dohányzott		leszokott	1,49	1,03 – 2,16
		alkalmi dohányos	0,85	0,28 – 2,58
		rendszeres dohányos: napi 20 száznál kevesebb	1,21	0,76 – 1,93
		rendszeres dohányos: napi 20 száznál több	2,12	1,40 – 3,22
ASZTMA				
Referencia: nem beteg		asztmás beteg	6,70	4,40 – 10,22
AALLERGIA				
Referencia: nem beteg		allergiás beteg	2,17	1,48 – 3,19

4.2.12. Reuma, ízületi gyulladás

A reuma, ízületi gyulladás életprevalenciája a felnőtt magyar lakosságban csaknem 30%, a népesség negyedénél e betegséget orvos diagnosztizálta. A nők 26,5%-a, a férfiak 17,2%-a szenvedett e betegségtől a felmérést megelőző 12 hónapban, háromnegyedik valamilyen kezelésben is részesült. Az ízületi gyulladás a fiatal nők második leggyakoribb betegsége, a középkorúak esetében mindkét nemben a morbiditási struktúra élén, az idősek körében pedig a második helyen áll.

21. Táblázat: A reuma/ízületi gyulladás gyakorisága nem

Reuma/ízületi gyulladás	Férfi				N			
	18-34	35-64	65+	Összesen	18-34	35-64	65+	Összesen
Életprevalencia	6,9	29,2	44,2	23,9	9,8	34,3	61,3	33,1
	[5,4-8,9]	[26,6-32,1]	[38,4-50,2]	[22,1-25,7]	[7,7-12,3]	[31,7-37,1]	[57,1-65,3]	[31,2-35,1]
Életprevalencia (diagnosztizált)	5	24,5	39,6	20,1	8,5	30,8	56,6	30
	[3,7-6,9]	[22,2-27,1]	[34,1-45,4]	[18,6-21,8]	[6,6-10,9]	[28,4-33,3]	[52,7-60,5]	[28,2-31,8]
Éves prevalencia (diagnosztizált)	3,3	20,9	36,2	17,2	7,3	26,7	51,4	26,5
	[2,3-4,9]	[18,7-23,4]	[30,8-41,9]	[15,7-18,8]	[5,6-9,5]	[24,4-29,1]	[47,4-55,4]	[24,9-28,1]

Az összefüggés elemzések során kimeneti változóként a diagnosztizált beteg versus nem beteg szerepelt, magyarázó tényezőként pedig az alábbiakat vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság, testtömeg-index és az allergiás megbetegedések, valamint a nem-kor, nem-iskolázottság, nem-kor-iskolázottság interakciókat. A modellben azon 4441 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind az ízületi gyulladásra, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

A nők esélye minden korcsoportban magasabb az ízületi gyulladásra, mint a férfiaké. A kor hatását a nem és az iskolázottság is befolyásolja, de ez csak az esélyhányados nagyságában jelentkezik, mert az életkor emelkedése mindkét nemben és minden iskolázottsági kategóriában emeli az ízületi gyulladás esélyét. A magasabb iskolázottság csökkenti az ízületi gyulladás esélyét: ez a hatás az érettségizett és a diplomás középkorúak esetében szignifikáns. A legrosszabb anyagi helyzetben lévőkhez viszonyítva a jobb anyagi helyzetűek esélye magasabb, de az esélyhányados

az anyagi státusz javulásával csökken. A megfelelő társas támogatottság szintén csökkenti az esélyhányadost, míg a túlsúly és az elhízás növeli azt.

22. Táblázat: A reuma/izületi gyulladás és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány	
NEM					
Referencia: férfi	18-34 év	nő	2,21	1,38 – 3,51	
	35-64 év	nő	1,45	1,19 – 1,77	
	65+ év	nő	2,39	1,77 – 3,23	
KOR					
Referencia: 18-34 év	férfi	8 általános	35-64 év	3,55	2,01 – 6,27
		8 általános	65+ év	3,49	1,79 – 6,79
		szakmunkás	35-64 év	4,90	3,08 – 7,81
		szakmunkás	65+ év	4,66	2,45 – 8,85
		érettségi	35-64 év	3,78	2,02 – 7,06
		érettségi			

Referencia: dolgozik		munkanélküli	1,57	0,46 – 5,40
		rokkantnyugdíjas	8,90	1,48 – 15,29
		nyugdíjas	4,76	1,48 – 15,29
		egyéb inaktív	2,13	0,66 – 6,82
TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG				
Referencia: súlyos hiány		kisebb hiány	0,71	0,55 – 0,92
		megfelelő	0,69	0,56 – 0,85
TESTTÖMEG INDEX				
Referencia: sovány		normál	0,66	0,38 – 1,14
		túlsúlyos	1,54	1,27 – 1,86
		elhízott	1,90	1,53 – 2,37

4.2.13. Mozgásszervi panasz

Gerinctájéki fájdalom

A nők 60%-a, a férfiak fele érzett a felmérést megelőző 1 hónapban fájdalmat a nyakában, hátában vagy a derekában. Az ilyen panaszról beszámolók több mint a fele esetében a fájdalom kisugárzott valamelyik karba vagy lábba is.

23. Táblázat: A gerinctájéki fájdalom gyakorisága nem

	Férfi			N		
Gerinctájéki fájdalom	37,6	53,4	57	43	63,6	71,8
	[34,2;41,1]	[50,4;56,4]	[51,5;62,3]	[39,3;46,7]	[60,7;66,5]	[67,9;75,4]
Kisugárzó fájdalom	25,5	57	65,4	26,5	59,4	71,8
	[20,6;31,0]	[52,6;61,3]	[57,7;72,4]	[22,0;31,6]	[55,9;62,8]	[67,2;76,0]

Az összefüggés elemzések során kimeneti változóként a nyak-, hát- vagy derékfájást panaszolt versus nem panaszolt szerepelt, magyarázó tényezőként pedig az alábbiakat vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság, testtömeg-index, reuma/izületi gyulladás. A modellben azon 4458 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind a fájdalomra, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

A nők esélye a nyak-, hát- vagy derékfájalomra másfélszer akkora, mint a férfiaké. A kor hatása a középkorúak esetében szignifikáns, nekik egyharmaddal nagyobb az esélyük, mint a fiataloké. A rokkantnyugdíjasok esélye több mint két és félszerese a dolgozókhöz képest. A társas támogatottság és a nyak-, hát- vagy derékfájalom között erőteljes összefüggést találtunk: a megfelelő társas támogatottság 30%-kal, a jó több mint 50%-kal csökkenti az esélyhányadost. A különböző régiókban élők esélye eltérő: a Dél-Dunántúlon és az Észak-Magyarországon élők esélye felével, a Dél-alföldieké 40%-kal magasabb, mint a referenciaként választott Nyugat-dunántúli régióban lakóké. A soványaknak 80%-kal nagyobb az esélyük, mint akiknek a testtömeg-indexe a normál tartományba esik. A túlsúly és az elhízás nem mutat szignifikáns összefüggést a gerinctájéki fájdalommal, a reuma/izületi gyulladás azonban ötszörösére emeli az esélyhányadost.

24. Táblázat: A gerinc tájéki fájdalom és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
NEM				
Referencia: férfi		nő	1,53	1,33 – 1,77
KOR				
Referencia: 18 – 34 év		35 – 64 év	1,36	1,15 – 1,60
		65+ év	1,29	0,89 – 1,85
GAZDASÁGI AKTIVITÁS				
Referencia: dolgozik		munkanélküli	1,17	0,56 – 2,46
		rokkantnyugdíjas	2,65	1,38 – 5,11
		nyugdíjas	1,68	0,85 – 3,34
		egyéb inaktív	1,17	0,61 – 2,23
TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG				
Referencia: súlyos hiány		kiseb hiány	0,69	0,55 – 0,87
		megfelelő	0,46	0,37 – 0,57
RÉGIÓ				
Referencia: Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl	1,44	1,09 – 1,92
		Közép-Dunántúl	1,20	0,91 – 1,58
		Közép-Magyaró.	1,25	0,97 – 1,61
		Észak-Magyaró.	1,49	1,09 – 2,04
		Észak-Alföld	1,16	0,87 – 1,53
		Dél-Alföld	1,38	1,06 – 1,79
TESTTÖMEG INDEX				
Referencia: sovány		normál	1,77	1,22 – 2,58
		túlsúlyos	1,08	0,93 – 1,25
		elhízott	1,19	0,99 – 1,44
REUMA, IZÜLETI GYULLADÁS				
Referencia: nem beteg		reumás beteg	4,89	4,08 – 5,87

Izületi fájdalom

A nagy- és kisizületeket legalább 1 hónapon keresztül érintő fájdalomról, merevségről vagy duzzanatról számolt be a felnőtt lakosság negyede, a nők 30%-a, és a férfiak 22,3%-a. Ez a panasz minden 7. nő és minden 5. férfi esetében sérülés következménye volt.

25. Táblázat: Az izületi fájdalom gyakorisága nem

Izületi fájdalom					
Férfi			N		
11	26,9	32,8	11,9	33	45,8
[8,8;13,6]	[24,2;29,6]	[27,3;38,8]	[9,8;14,3]	[30,4;35,8]	[41,7;50,0]

Az összefüggés elemzések során kimeneti változóként az izületi fájdalmat panaszolt versus nem panaszolt szerepelt, magyarázó tényezőként pedig az alábbiakat vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság, testtömeg-index, reuma/izületi gyulladás. A modellben azon 4458 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind a fájdalomra, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

A nők esélye az izületi fájdalomra negyedével magasabb, mint a férfiaké, a középkorúaké pedig 60%-kal nagyobb a fiatalokénál. Az anyagi helyzet javulásával csökken az izületi fájdalom esélye, a különbség a legrosszabb helyzetben lévőkhöz képest a felsőbb – 4. és 5. – kategóriákban szignifikáns. A társas támogatottság esetében, a nyak-, hát- vagy derékfájdalomhoz hasonlóan, az izületi fájdalomnál is erőteljes összefüggést találtunk: a megfelelő társas támogatottság 30%-kal, a jó több mint 50%-kal csökkenti az esélyhányadost. Az Észak-Magyarországon és az Észak-Alföldön élők esélye 60%-kal, a Dél-alföldieké 45%-kal magasabb, mint a referenciaként választott Nyugat-dunántúli régióban lakóké. Az elhízottak esélye az izületi fájdalomra másfélszer nagyobb, mint akiknek a testtömeg-indexe a normál tartományba esik. Azok esélye akiknél reumát, izületi gyulladást diagnosztizáltak nyolcszorosa az ilyen betegségben nem szenvedőknek. Ezen összefüggés megléte és nagysága az izületi fájdalomra vonatkozó kérdés validálásaként tekinthető.

26. Táblázat: Az izületi fájdalom és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
NEM				
Referencia: férfi		nő	1,23	1,03 – 1,48
KOR				
Referencia: 18 – 34 év		35 – 64 év	1,59	1,27 – 1,99
		65+ év	1,34	0,91 – 1,96
ANYAGI HELYZET				
Referencia: 1 (legrosszabb)		2	0,83	0,59 – 1,15
		3	0,88	0,63 – 1,23
		4	0,66	0,46 – 0,95
		5	0,60	0,42 – 0,86
		6 (legjobb)	0,80	0,52 – 1,24
RÉGIÓ				
Referencia: Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl	1,38	0,98 – 1,94

		Közép-Dunántúl	1,20	0,81 – 1,79
		Közép-Magyaró.	1,04	0,77 – 1,41
		Észak-Magyaró.	1,66	1,18 – 2,33
		Észak-Alföld	1,60	1,09 – 2,36
		Dél-Alföld	1,46	1,03 – 2,06
TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG				
Referencia: súlyos hiány		kisebb hiány	0,69	0,54 – 0,89
		megfelelő	0,52	0,42 – 0,66
TESTTÖMEG INDEX				
Referencia: sovány		normál	1,47	0,93 – 2,31
		túlsúlyos	1,11	0,91 – 1,36
		elhízott	1,51	1,19 – 1,92
REUMA, IZÜLETI GYULLADÁS				
Referencia: nem beteg		reumás beteg	8,16	6,82 – 9,77

4.2.14. Csontritkulás

A csontritkulás minden 8. nőt érint, a férfiak esetében a teljes népességre vetített gyakoriság 2,5%. A felmérést megelőző 12 hónapban az idős nők negyede, a 65 év feletti férfiak 5%-a szenvedett orvos által diagnosztizált osteoporosisban. Ez az arány körülbelül megfelel a szakirodalmi adatoknak, melyek a nők körében 30%-ra teszik a klinikailag jelentős osteoporosis kialakulását. (14) Az idős korosztályban az e betegségben szenvedő nők háromnegyede, a férfiak fele részesült csontritkulás elleni kezelésben.

27. Táblázat: A csontritkulás gyakorisága nem és korcsoport szerint (%)

Csontritkulás	Férfi				N			
	18-34	35-64	65+	Összesen	18-34	35-64	65+	Összesen
Életprevalencia	0,2	3,4	6,1	2,7	0,6	13,6	27,4	12,8
	[0,1-1,0]	[2,5-4,6]	[3,9-9,4]	[2,1-3,4]	[0,2-1,3]	[11,7-15,6]	[23,7-31,4]	[11,4-14,3]
Életprevalencia (diagnosztizált)	0,2	3,2	5,4	2,5	0,4	12,9	26,7	12,3
	[0,1-1,0]	[2,3-4,3]	[3,4-8,6]	[1,9-3,2]	[0,2-1,2]	[11,1-15,0]	[23,0-30,6]	[10,9-13,8]
Éves prevalencia (diagnosztizált)	0,1	2,7	4,8	2,1	0,4	11,9	25,1	11,4
	[0,0-0,8]	[1,9-3,8]	[2,9-8,0]	[1,6-2,9]	[0,2-1,2]	[10,2-13,8]	[21,5-29,0]	[10,1-12,8]

Az összefüggés elemzésekben kimeneti változóként az egyéb szívbeteg versus nem beteg szerepelt, magyarázó tényezőként a következőket vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság, testtömeg-index. A modellben azon 4426 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind a csontritkulásra, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

A nők esélye ötször magasabb az osteoporosis kialakulására, mint a férfiaké. Az életkor emelkedése drámai mértékben emeli a csontritkulás esélyét: a középkorúak esélyhányadosa 23-szorosa, az időseké csaknem 30-szorosa a fiatalokhoz viszonyítva. A társas támogatottság kisebb hiányával küzdők esélye 40%-kal, a megfelelő társas támogatottságúak esélye 35%-kal alacsonyabb, mint azoké, akik a társas támogatottság súlyos hiányával élnek. Ez esetben is tapasztaltunk jelentős regionális különbségeket: a referenciaként választott Nyugat-Dunántúlhoz képest a Közép-Dunántúlon lakók esélye 75%-kal, az Észak-Magyarországon élők 60%-kal

magasabb. Bár a szakirodalmi adatok szerint soványak esélye nagyobb az osteoporosisra, felmérésünkben ezt nem tudtuk igazolni.

28. Táblázat: A csonttrikulás és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
NEM				
Referencia: férfi		nő	5,06	3,65 – 7,02
KOR				
Referencia: 18 – 34 év		35 – 64 év	22,93	8,95 – 58,74
		65+ év	29,20	10,95 – 77,83
TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG				
Referencia: súlyos hiány		kiseb hiány	0,61	0,41 – 0,90
		megfelelő	0,65	0,45 – 0,92
RÉGIÓ				
Referencia: Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl	1,40	0,81 – 2,41
		Közép-Dunántúl	1,74	1,03 – 2,94
		Közép-Magyaró.	1,55	0,98 – 2,44
		Észak-Magyaró.	1,62	1,02 – 2,57
		Észak-Alföld	1,17	0,71 – 1,94
		Dél-Alföld	1,20	0,75 – 1,93

4.2.15. Gyomor- vagy nyombélfekély

A felnőtt magyar lakosságban, mindkét nemben egyaránt, 7% a gyomor- vagy nyombélfekély életprevalenciája. A felmérést megelőző 12 hónapban 4,1% volt az előfordulási gyakoriság, a betegek túlnyomó többségét kezelték.

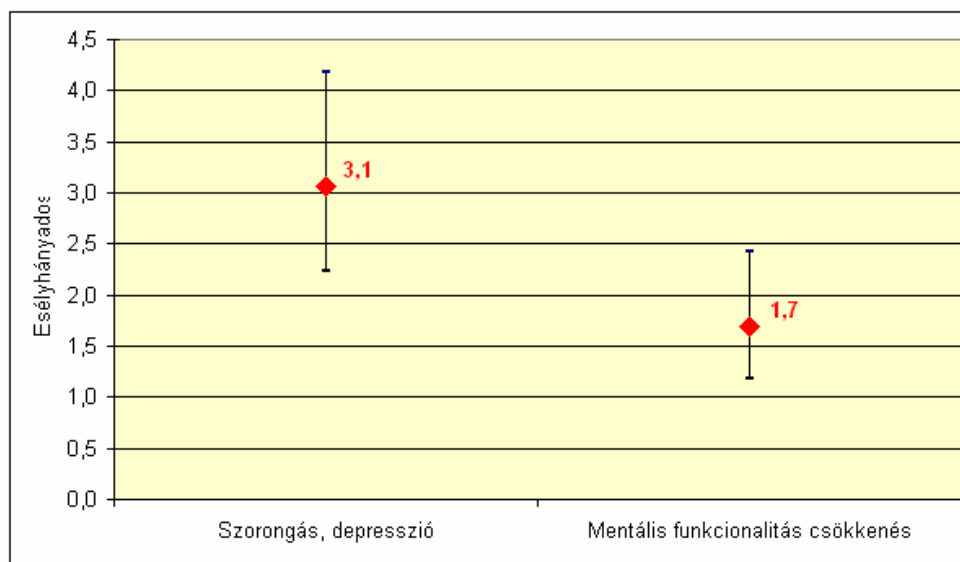
29. Táblázat: A gyomor- vagy nyombélfekély gyakorisága nem

Gyomor- vagy nyombélfekély	Férfi				N			
	18-34	35-64	65+	Összesen	18-34	35-64	65+	Összesen
Életprevalencia	2,7	9,4	10,2	7,3	4	8,5	10,2	7,5
	[1,8-4,2]	[7,9-11,2]	[7,5-13,8]	[6,3-8,4]	[2,9-5,5]	[7,1-10,0]	[8,1-12,8]	[6,6-8,5]
Életprevalencia (diagnosztizált)	2,5	9,2	9,6	7	3,2	8,4	9,6	7,1
	[1,5-3,9]	[7,7-11,0]	[6,9-13,1]	[6,0-8,1]	[2,2-4,6]	[7,0-10,0]	[7,6-12,0]	[6,2-8,1]
Éves prevalencia (diagnosztizált)	1,9	6	5,7	4,6	2,5	5,3	6	4,7
	[1,1-3,2]	[4,8-7,6]	[3,7-8,6]	[3,7-5,5]	[1,7-3,9]	[4,2-6,7]	[4,3-8,3]	[3,9-5,5]

Az összefüggés elemzések során kimeneti változóként a diagnosztizált beteg versus nem beteg szerepelt, magyarázó tényezőként pedig az alábbiakat vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság, szorongás/depresszió és a mentális funkcionális csökkenés. A modellben azon 4454 kérdőzet adatait használtuk fel, akik esetében mind a gyomor- vagy nyombélfekélyre, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak. A fiatalokhoz képest a középkorúak 2,5-szeres, az idősek 2,8-szeres esélynövekedéssel számolhatnak. A referenciaként választott Nyugat-Dunántúlhoz képest a Közép-Dunántúlon lakók esélye alig fele, és az Észak-Alföldön élők esélye is 40%-kal alacsonyabb. A gyomor- vagy nyombélfekély (különösen a

nyombélfekély) háttérben – egybeként – a krónikus stressz okozta nem specifikus hatásokat tételeznek fel, valamint stressz-vulnerabilitás elmélet szerint a krónikus stressz az arra érzékenyeknél mentális zavarok kialakulásához/manifesztálódásához vezethet. Ezért megvizsgáltuk a gyomor- vagy nyombélfekély összefüggését a szorongással, depresszióval és a General Health Questionnaire (GHQ) által detektált mentális funkcionális csökkenéssel.

12. ábra: Mentális zavarok hatása a gyomor- vagy nyombélfekélyre



Azok esélye a gyomor- vagy nyombélfekélyre, akiknél szorongás és/vagy depresszió is előfordult már háromszorosára növekedett, míg a GHQ segítségével detektált mentális funkcionális csökkenés 70%-kal emelte az esélyhányadost. Ezzel összecseng, hogy a megfelelő társas támogatottság jelentősen, 30%-kal csökkenti az esélyhányadost a társas támogatottság súlyos hiányával küzdőkhöz viszonyítva.

30. Táblázat: A gyomor- és nyombélfekély és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
KOR				
Referencia: 18 – 34 év		35 – 64 év	2,47	1,62 – 3,77
		65+ év	2,80	1,61 – 4,87
TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG				
Referencia: súlyos hiány		kisebb hiány	0,80	0,57 – 1,13
		megfelelő	0,68	0,49 – 0,94
RÉGIÓ				
Referencia: Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl	0,67	0,37 – 1,22
		Közép-Dunántúl	0,47	0,24 – 0,89
		Közép-Magyaró.	0,71	0,41 – 1,24
		Észak-Magyaró.	0,69	0,40 – 1,19
		Észak-Alföld	0,57	0,32 – 1,01
		Dél-Alföld	0,69	0,40 – 1,19
MIGRÉN, GYAKORI				

FEJFÁJÁS				
Referencia: nem beteg		beteg	3,06	2,23 – 4,19
MENTÁLIS FUNKCIONALITÁS CSÖKKENÉS				
Referencia: GHQ \geq 5		GHQ < 5	1,69	1,18 – 2,43

4.2.16. Migrén, gyakori fejfájás

A migréntől vagy gyakori fejfájástól szenved csaknem minden 4. nő és minden 12. férfi, azonban az érintettek alig fele megy csak orvoshoz. 65 éves korig a nők harmadik leggyakoribb betegsége, körükben az orvoshoz fordulási hajlandóság is magasabb. A felmérést megelőző 12 hónapban gyakori fejfájással küzdők többsége (85%) kap valamilyen kezelést e problémára.

31. Táblázat: A migrén, gyakori fejfájás gyakorisága nem

Migrén, gyakori fejfájás	Férfi				N			
	18-34	35-64	65+	Összesen	18-34	35-64	65+	Összesen
Életprevalencia	6,9	10	7,6	8,6	21,5	25,1	19,7	22,8
	[5,2-9,0]	[8,4-11,9]	[5,2-11,0]	[7,5-9,9]	[19,0-24,4]	[22,6-27,7]	[16,5-23,2]	[21,1-24,7]
Életprevalencia (diagnosztizált)	2,3	4,4	3,2	3,5	8,2	15,9	13,6	13,1
	[1,4-3,7]	[3,4-5,8]	[1,8-5,7]	[2,8-4,4]	[6,5-10,2]	[14,0-17,9]	[10,9-16,8]	[11,9-14,5]
Éves prevalencia (diagnosztizált)	1,8	4,1	1,9	3	6,8	14,6	11,5	11,6
	[1,0-3,0]	[3,1-5,4]	[0,9-4,1]	[2,4-3,8]	[5,3-8,7]	[12,8-16,6]	[9,0-14,5]	[10,5-12,9]

Az összefüggés elemzésekben kimeneti változóként a beteg versus nem beteg szerepelt, magyarázó tényezőként a következőket vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság, gyomor- vagy nyombélfekély, szorongás/depresszió, mentális funkcionális csökkenés. A modellben azon 4442 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind a gyakori fejfájásra, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

A nők esélye az egyéb tényezők szerepének kizárása után is több mint négyszerese a férfiakénak. A kor is növeli az esélyt, a középkorúak esélye arra, hogy gyakori fejfájásban szenvedjenek, 40%-kal magasabb, mint a fiataloké. Mint már említettük, a krónikus stressz a gyomor- vagy nyombélfekély és a mentális zavarok kialakulásának közös etiológiai tényezője. A fejfájások 90%-a nem szervi eredetű (migrén, tenziós fejfájás), ezek hátterében is akut vagy krónikus stressz áll. A gyakori fejfájás esélyét mindhárom tényező (gyomor- vagy nyombélfekély, szorongás/depresszió, mentális funkcionális csökkenés) szignifikánsan emeli.

32. Táblázat: A migrén, gyakori fejfájás és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
NEM				
Referencia: férfi		nő	4,35	3,23 – 5,86
KOR				
Referencia: 18 – 34 év		35 – 64 év	1,41	1,02 – 1,94
		65+ év	1,11	0,67 – 1,85
GYOMOR- ÉS NYOMBÉLFEKÉLY				
Referencia: nem beteg		beteg	2,97	2,17 – 4,07
SZORONGÁS, DEPRESSZIÓ				
Referencia: nem beteg		szorong, depressziós	2,28	1,70 – 3,07
MENTÁLIS FUNKCIONALITÁS CSÖKKENÉS				
Referencia: GHQ \geq 5		GHQ $<$ 5	1,47	1,06 – 2,04

4.2.17. Rosszindulatú daganat

A felnőtt lakosság 2,9%-ánál diagnosztizáltak már életében valamilyen rosszindulatú daganatos betegséget, beleértve a vérképzőrendszer megbetegedéseit, a leukémiát és a limfómát is. A 65 év feletti nők 2,5%-a, a férfiak 3,5%-a szenvedett valamilyen rosszindulatú daganatos betegségben a felmérést megelőző 12 hónapban.

33. Táblázat: A rosszindulatú daganatok gyakorisága nem és korcsoport szerint (%)

Rosszindulatú daganat	Férfi				N			
	18-34	35-64	65+	Összesen	18-34	35-64	65+	Összesen
Életprevalencia	0	1,2	6,9	1,7	0,4	4,8	7,7	4,1
		[0,8-2,0]	[4,3-10,7]	[1,1-2,4]	[0,2-1,1]	[3,7-6,0]	[5,8-10,1]	[3,5-4,9]
Életprevalencia (diagnosztizált)	0	1,2	6,9	1,6	0,3	4,7	7,7	4,1
		[0,7-1,9]	[4,3-10,7]	[1,1-2,4]	[0,1-1,0]	[3,7-6,0]	[5,8-10,1]	[3,4-4,9]
Éves prevalencia (diagnosztizált)	0	0,7	3,5	0,9	0,2	1,6	2,5	1,4
		[0,3-1,3]	[1,8-6,6]	[0,5-1,4]	[0,1-0,9]	[1,0-2,5]	[1,5-4,1]	[1,0-1,9]

Az összefüggés elemzésekben kimeneti változóként a diagnosztizált rosszindulatú daganatos beteg versus nem beteg szerepelt, magyarázó tényezőként a következőket vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság. A modellben azon 4608 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind a rosszindulatú daganatra, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

A nők esélye a rosszindulatú daganatos megbetegedésre több mint kétszeres. Adataink alapján szintén növeli az esélyt a magasabb életkor, azonban a kis elemszám miatt, eredményeink csak korlátozottan értékelhetők.

34. Táblázat: A rosszindulatú daganatos betegség és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
NEM				
Referencia: férfi		nő	2,35	1,57 – 3,53
KOR				
Referencia: 18 – 34 év		35 – 64 év	10,75	2,91 – 39,62
		65+ év	19,27	4,49 – 82,67
GAZDASÁGI AKTIVITÁS				
Referencia: dolgozik		munkanélküli	2,91	0,85 – 9,88
		rokkantnyugdíjas	9,94	5,39 – 18,33
		nyugdíjas	3,55	1,77 – 7,12
		egyéb inaktív	1,85	0,71 – 4,85

4.2.18. Krónikus májbetegség

A krónikus májbetegségek előfordulási gyakoriságát az egyéb – már ismertett krónikus, nem-fertőző betegségeket felmérő kérdésblokkon kívül – az OLEF2000 kérdőívében szereplő kérdéssel vizsgáltuk. A nők 3,1%-át, a férfiak 3,7%-át kezelték már 1 hónapnál hosszabb ideig vagy ismétlődően májbetegség miatt, mely arány gyakorlatilag megfelel a 2000-ben regisztrált értékeknek.

35. Táblázat: A krónikus májbetegségek gyakorisága nem és korcsoport szerint (%)

Májbetegség					
Férfi			N		
2	4,8	3,7	0,6	3,9	4,5
[1,1;3,5]	[3,7;6,3]	[2,0;6,6]	[0,3;1,5]	[2,9;5,1]	[2,8;7,0]

Az összefüggés elemzésekben kimeneti változóként a krónikus májbeteg versus nem beteg szerepelt, magyarázó tényezőként a következőket vontuk be a modellbe: nem, kor, iskolai végzettség, anyagi helyzet, foglalkozás, gazdasági aktivitás, társas támogatottság, régió, település nagyság, valamint az alkoholfogyasztás. A modellben azon 4387 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind a krónikus májbetegségre, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

A krónikus májbetegségek esélye tekintetében nemek közötti különbséget nem találtunk. Ugyanakkor ismert tény, hogy az alkohol okozta halálozás férfiak esetében gyakoribb. A két eredmény közötti diszkrpanciát a férfiak rosszabb orvoshoz fordulási hajlandósága magyarázhatja: a krónikus májbeteg férfiak körében vélhetően magas a rejtett morbiditás. A kor azonban befolyásolja a krónikus májbetegségek esélyét: a referenciaként választott fiatalokhoz képest a középkorúaknak két és félszeres, a 65 év felettieknek több mint háromszoros esélye van erre. A társadalmi-gazdasági tényezők közül a régió és a településnagyság esetében találtunk összefüggést: a Közép-Magyarországon élők esélye csaknem két és félszeres a referencia Nyugat-Dunántúlhoz képest, míg az 5 és 10.000 fő közötti lélekszámú településen lakóké csupán egyharmada a legkisebb – 1.000 fő alatti – településeken élőkhez képest.

36. Táblázat: A krónikus májbetegség és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
NEM				
Referencia: férfi		nő	0,68	0,43 – 1,07
KOR				
Referencia: 18 – 34 év		35 – 64 év	2,54	1,44 – 4,47
		65+ év	3,13	1,32 – 7,44
RÉGIÓ				
Referencia: Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl	2,20	0,79 – 6,08
		Közép-Dunántúl	1,25	0,45 – 3,43
		Közép-Magyaró.	2,39	1,05 – 5,45
		Észak-Magyaró.	0,72	0,27 – 1,95
		Észak-Alföld	2,35	0,97 – 5,70
		Dél-Alföld	1,72	0,65 – 4,57
TELEPÜLÉSNAGYSÁG				
Referencia: legfeljebb 1.000 fő		legfeljebb 3.000 fő	0,53	0,26 – 1,06
		legfeljebb 5.000 fő	0,83	0,38 – 1,80
		legfeljebb 10.000 fő	0,33	0,11 – 0,99
		legfeljebb 50.000 fő	0,78	0,39 – 1,58
		több mint 50.000 fő	0,65	0,32 – 1,30

5. Az eredmények értelmezése

Az OLEF2003 eredményei alapján elmondható, hogy az általunk vizsgált 15 krónikus, nem fertőző betegségek előfordulási gyakorisága a felnőtt népességben magas. Az idősök 80%-a szenved ezek valamelyikében. A fiatalok körében, mindkét nemből, az allergiás betegségek fordulnak elő legnagyobb gyakorisággal. Kiemelendő azonban, hogy a fiatal férfiak esetében a magasvérnyomás betegség áll a második helyen. 35 éves kor felett a magasvérnyomás betegségben és az ízületek megbetegedéseiben szenvedők aránya a legmagasabb. A középkorú férfiak esetében, a már említett ízületi megbetegedések kivételével, a szív- és érrendszeri betegségek illetve azok rizikófaktoraival vagy szövődményei – egyéb szívbetegségek, magas koleszterinszint, cukorbetegség – állnak az első öt helyen.

A halálozási statisztikák élén álló szív- és érrendszeri betegségek a felnőtt nők 40%-át, a férfiak egyharmadát érintik. Közülük is leggyakrabban a magasvérnyomás, melynek aránya fiatal korban a férfiak, 35 év felett a nők esetében magasabb. Ugyanakkor a szívroham és az agyvérzés, melynek arányát a felmérés minden bizonnyal alulbecsüli, minden korcsoportban a férfiak körében gyakoribb.

Öröndetes tény, hogy mind a keringési betegségek, mind azok rizikófaktoraival vagy szövődményei – egyéb szívbetegségek, magas koleszterinszint, cukorbetegség – esetében csaknem minden esetben orvos diagnosztizálta e betegségeket és a betegek többsége kapott valamilyen kezelést ezen problémájára. Ugyanakkor, a kérdőíves felmérés – egyéb vizsgálatok nélkül – nem alkalmas a rejtett morbiditás kimutatására, így a kezeletlen betegek tényleges száma ennél magasabb is lehet.

A jelentős mozgáskorlátozottságot okozó betegségek nőknél fordulnak elő nagyobb arányban, a különbség ízületi megbetegedések esetében 10% körüli, a csontritkulás azonban ötször gyakoribb a nők körében.

A krónikus stressz a gyomor- vagy nyombélfekély, a nem szervi eredetű fejfájások (migrén, tenziós fejfájás) és a mentális zavarok kialakulásának közös etiológiai tényezője. A gyomor- vagy nyombélfekély előfordulási gyakorisága mindkét nemből korcsoportonként hasonló képet mutat, a fejfájás azonban minden korosztályban sokkal nagyobb arányban érinti a nőket. A szorongás vagy depresszió előfordulási gyakorisága és az azt befolyásoló tényezők részletes elemzése a Kutatási jelentés Lelki egészség fejezetében található.

Az összefüggés elemzések során egy adott betegség esélyét, hipotézisünk szerint, befolyásoló tényezőket egy modellben olyan módon vizsgáltuk, hogy az egyes tényezők hatását egymástól függetlenül értékelhessük. Számos krónikus, nem fertőző betegség – asztma, magasvérnyomás, keringési betegségek – esetében a magasabb iskolai végzettség és/vagy a jobb anyagi helyzet csökkenti az esélyt. Ugyanakkor az allergia, a magas koleszterin szint, az ízületi gyulladás, esetében ezen tényezők az esélyhányados növelik.

6. Ábrajegyzék

1. ábra: A DALY (disability-adjusted life year) megoszlása betegségcsoportok szerint	5
2. ábra: A betegségek el fordulási gyakorisága a 18-34 éves korcsoportban, nemenként	10
3. ábra: A betegségek el fordulási gyakorisága a 35-64 éves korcsoportban, nemenként	11
4. ábra: A betegségek el fordulási gyakorisága a 65 év feletti korcsoportban, nemenként	11
5. ábra: Az anyagi helyzet hatása az asztmára	12
6. ábra: Az iskolázottság hatása a cukorbetegségre	17
7. ábra: A testtömeg-index hatása a magasvérnyomás betegségre	20
8. ábra: A dohányzás hatása a szívinfarktusra	23
9. ábra: A gazdasági aktivitás hatása az agyvérzésre	25
10. ábra: Az anyagi helyzet hatása a keringési betegségekre	27
11. ábra: A dohányzás hatása az idült hörghurutra	29
12. ábra: Mentális zavarok hatása a gyomor- vagy nyombélfekélyre	37

7. Táblázatjegyzék

1. Táblázat: Az asztma gyakorisága nem és korcsoport szerint (%)	12
2. Táblázat: Az asztma és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat.....	13
3. Táblázat: Az allergia gyakorisága nem és korcsoport szerint (%)	13
4. Táblázat: Az allergia és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat.....	14
5. Táblázat: A cukorbetegség gyakorisága nem és korcsoport szerint (%).....	16
6. Táblázat: A cukorbetegség és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat	17
7. Táblázat: A magas koleszterin szint gyakorisága nem és korcsoport szerint (%)..	18
8. Táblázat: A magas koleszterin szint és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat	19
9. Táblázat: A magasvérnyomás gyakorisága nem és korcsoport szerint (%).....	20
10. Táblázat: A magasvérnyomás betegség és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat	21
11. Táblázat: A szívinfarktus gyakorisága nem és korcsoport szerint (%).....	22
12. Táblázat: A szívroham és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat....	23
13. Táblázat: Az agyvérzés gyakorisága nem és korcsoport szerint (%).....	24
14. Táblázat: A stroke és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat	25
15. Táblázat: Az egyéb szívbetegség gyakorisága nem.....	26
16. Táblázat: Az egyéb szívbetegségek és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat	26
17. Táblázat: A keringési betegségek gyakorisága nem	27
18. Táblázat: A keringési betegségek és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat	28
19. Táblázat: Az idült hörghurut gyakorisága nem és korcsoport szerint (%)	28
20. Táblázat: Az idült hörghurut és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat	29
21. Táblázat: A reuma/izületi gyulladás gyakorisága nem.....	30
22. Táblázat: A reuma/izületi gyulladás és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat	31
23. Táblázat: A gerinctájéki fájdalom gyakorisága nem.....	32
24. Táblázat: A gerinctájéki fájdalom és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat	33
25. Táblázat: Az izületi fájdalom gyakorisága nem.....	34
26. Táblázat: Az izületi fájdalom és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat	34
27. Táblázat: A csonttrikulás gyakorisága nem és korcsoport szerint (%).....	35
28. Táblázat: A csonttrikulás és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat	36
29. Táblázat: A gyomor- vagy nyombélfekély gyakorisága nem	36
30. Táblázat: A gyomor- és nyombélfekély és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat	37
31. Táblázat: A migrén, gyakori fejfájás gyakorisága nem	38
32. Táblázat: A migrén, gyakori fejfájás és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat	39
33. Táblázat: A rosszindulatú daganatok gyakorisága nem és korcsoport szerint (%)	39
34. Táblázat: A rosszindulatú daganatos betegség és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat	40

35. Táblázat: A krónikus májbetegségek gyakorisága nem és korcsoport szerint (%)	40
36. Táblázat: A krónikus májbetegség és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat	41

8. Irodalomjegyzék

1. OLEF2000 Kutatási Jelentés <http://www.oszmk.hu/index.php?m=30>
2. Nemzeti Népegészségügyi Program, 46/2003 (IV. 16.) Országgyűlési Határozat
3. Health, food and alcohol and safety, Special Eurobarometer 186 / Wave 59.0 – European Opinion Research Group, EEIG, December 2003.
4. Diabetes Atlas, second edition, International Diabetes Federation, 2003, www.idf.org/e-atlas
5. Roglic, G. et al: The Burden of Mortality Attributable to Diabetes. Realistic estimates for the year 2000. Diabetes Care 28:2130–2135, 2005
6. Wild S et al: Global Prevalence of Diabetes, Estimates for the year 2000 and projections for 2030, Diabetes Care 27:1047–1053, 2004.
7. Asthma Insights & Reality in Europe (AIRE): Executive Summary June 1, 1999. http://www.srbi.com/asthma_insights.html
8. Chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>
9. Global Initiative for Chronic obstructive Lung Disease, Global Strategy For The Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2006) http://www.who.int/respiratory/copd/GOLD_WR_06.pdf
10. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet: Évkönyv, 2005. <http://www.koranyi.hu/>
11. EUROHIS – Developing Common Instruments for Health Surveys WHO (Edited by Anatolij Nosikov and Caire Gudex) 2003
12. Hutás Imre: A fejlett világ járványa: az allergia, Magyar Tudomány, 2000. Október <http://www.kfki.hu/~cheminfo/hun/olvaso/kemia/allergia.html>
13. Hobbs, M. et al: Constructing an evidence-based treatment score for relating changes in treatment to changes in mortality, coronary events and case fatality in the WHO MONICA Project, WHO, 2000 February <http://www.ktl.fi/publications/monica/carpfish/appendb/wts.htm>
14. Harold, G.: Belgyógyászat, B+V, 2001.