

# Hazai és nemzetközi kutatások az egészségi állapotról

Nagyváradai Katalin\* és Mátrai Zsuzsa\*\*

*Az egészségi állapottal kapcsolatos kutatások megegyeznek abban, hogy azt több tényező együttes hatása befolyásolja. Az egészségi állapot témaköréhez kapcsolódó nemzetközi és hazai szakirodalom legnagyobb részére az önbecslésen alapuló (szubjektív) mutatók publikálása jellemző, így viszonylag kevés kutatás épít objektív, azaz mért adatokra. A tanulmányban három tematikai egységben tekintjük át a hazai és nemzetközi szakirodalomból az egészségi állapotra vonatkozó kutatásokat, felvetve egy újabb kutatási irány lehetőségét is.*

**Kulcsszavak:** egészségi állapot, szubjektív mutatók, objektív mutatók, önbecslés, mért adatok

## Bevezetés

Az egészségi állapottal kapcsolatos kutatások megegyeznek abban, hogy azt több tényező együttes hatása befolyásolja. Ugyanakkor maga az egészségfogalom is komplex, nem csak testi, hanem lelki egészséget is jelent. Az egészségi állapot témaköréhez kapcsolódó nemzetközi és hazai szakirodalom legnagyobb részére az önértékelésen alapuló (szubjektív) mutatók publikálása a jellemző és viszonylag kevés kutatás épít objektív, azaz mért adatokra. Mindez elmondható az általános és a speciális (például, egészségügyi dolgozók) populációk vonatkozásában is. A szubjektív egészségi állapottal foglalkozó kutatások az adott minta háttéradatain túl, bemutatják többek között az aktuális populációnak az élettel való elégedettségére, a társas támogatottságára, a jólétére vonatkozó jellemzőit is. Foglalkoznak továbbá az egyén tápláltsági állapotával, de csak a testmagasság és testsúly önbevalláson alapuló értékarányai alapján. Az objektív egészségi állapotra irányuló kutatások viszont a vizsgált személyek tápláltsági állapotát műszeres mérések segítségével határozzák meg.

Az egyén szubjektív egészségi állapotának értékelésére az évek során a kutatók számos módszert dolgoztak ki, illetve jó néhány eszközt alkalmaztak. Ide tartoznak például az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization) által validált kérdőívek vagy más nemzetközi szervezetek által érvényesített tesztek. Az objektív egészségi állapot mérésére leggyakrabban használt eszközök közé tartoznak például a személymérleg, az antropométer, a magasságmérő, a mérőszalag, de a legújabb kutatásokban már testösszetétel mérő készülékeket is alkalmaznak. A kérdőívek, illetve tesztek adatai önbevalláson alapulnak, tehát szubjektívek, míg a mérőeszközökkel objektív adatokat kapunk az egyénről.

## Szubjektív adatokon alapuló egészségi állapot kutatások

Magyarországon a legnagyobb elemszámú (N=12000), szubjektív adatokon nyugvó egészségi állapotot feltáró kutatás a Hungarostudy kérdőíves felmérésen alapul. Az adatfelvételeket 1988 óta hét-, illetve háromévente ismételték (1995, 2002, 2005/2006, 2013). Az egyes felmérések adatai, illetve a fent említett időközönként végzett vizsgálati eredmények összehasonlítása segíti a jelentősebb egészségi problémák feltárását, továbbá adatokat szolgáltat ezek előfordulási gyakoriságáról, biológiai, pszichológiai, szociális háttértényezőiről. Az önbecsült egészségi állapottal, az egészség- és betegviselkedéssel kapcsolatos egészségfelmérések nagy

\* Nyugat-magyarországi Egyetem, Berzsenyi Dániel Pedagógusképző Kar, Sporttudományi Intézet, Szombathely, tanársegéd, e-mail cím: itaky@mnsk.nyme.hu

\*\* az MTA doktora, a Nyugat-magyarországi Egyetem, professor emerita, e-mail cím: matrazsu@gmail.com

jelentőséggel bírnak, mert olyan információkat nyújtanak, melyeket nem lehet a hivatalos nyilvántartásokból összegyűjteni, csak a lakosság személyes kikérdezése útján szerezhetők be.

A 2002-es Hungarostudy felmérés alapján elmondható, hogy a megkérdezettek 16,5%-a tartotta az egészségi állapotát rossznak vagy nagyon rossznak, 39,2% közepesnek, 43,8% pedig jónak vagy kiválónak (*Réthelyi, 2006*). A nemi megoszlást vizsgálva, *Csoboth (2006a)* kutatása azt mutatja, hogy a nők 6%-a, míg a férfiak 8,9%-a ítélte kiválónak az egészségi állapotát; nagyon rossznak a nők 5,3%-a, a férfiaknak pedig 3,9%-a. A nőknél az egészségi állapot szubjektív megítélését nagyobb mértékben befolyásolja az iskolai végzettség, a foglalkozási státusz és a családi állapot, mint a férfiaknál. Az életkor előre haladtával az egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak minősítők aránya jelentősen megnő; a 31-40 éves korosztályban 7,1%, míg a 41-50 évesek között 29,6%, az 51-60 évesek korosztályában pedig már 46,2% az arányuk (*Kovács és Jeszenszky, 2006*).

A speciális, súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók populációjában (N=200) végzett kutatás kimutatta, hogy szignifikáns különbség van az egészségi állapot önértékelése tekintetében az orvosok és a nem diplomás ápolók, ( $p=0,006$ ) illetve a diplomás ápolók és a nem diplomás ápolók között ( $p=0,006$ ). Ez is bizonyítja, hogy az iskolai végzettség hatással van az egészségi állapot önmegítélésére (*Hegedűs és Riskó, 2006*); emellett az anyagi helyzet is jelentős befolyást gyakorol rá (*Kopp és Skrabski, 2006/a*). Érdekes adat, hogy a rendszeresen sportolók (a heti egy, vagy annál több sporttevékenységet tekintették rendszeresnek) szignifikánsan jobbnak ítélték az egészségi állapotukat, mint a rendszeresen nem sportoló társaik ( $p<001$ ). Így más tényezők (például életkor, nem) kiszűrése után a rendszeres sport maradt az igazán független prediktor a saját egészségi állapot megítélésében (*Gémes, 2006*).

Egy svéd tanulmányban (*Molarius és mtsai., 2006*) a társadalmi-gazdasági körülmények, a munkakörülmények, az életmódtényezők és az önbecsült egészségi állapot közötti összefüggéseket vizsgálták a 18-79 év közötti férfi és női lakosság körében. A tanulmány erőssége a vizsgált populáció nagy létszáma és a széles kontextusból adódó sokféle változó. Az adatokat 2000 tavaszán vették fel és véletlenszerű rétegzett mintavételt alkalmaztak. Összesen 46646 fő válaszolt a kérdőívre, a teljes válaszadási arány 65%-os volt. A vizsgálatban a legerősebb kapcsolatot a rossz egészségi állapot és a szociális helyzet között találták, összefüggésben a hátrányos helyzetű emberek gazdasági nehézségeivel, szociális támogatásuk hiányával és alacsony szintű foglalkoztatottságukkal. A következő legerősebb kapcsolat az életkor, a nem, az etnikai hovatartozás, és az életmódbeli tényezők között volt. Ezek mellett a mozgásszegény életmód, valamint a soványság és az elhízás is összefüggést mutatott az egészségi állapot rossz önmegítélésével. Azon foglalkoztatottak esetében is rosszabb volt az egészségi állapotuk önbecslése, akik elégedetlenek voltak a munkájukkal, illetve aggódniuk kellett a munkahelyük elvesztése miatt. Ezt a megállapítást támasztotta alá az megfigyelés, mely szerint a munkájukkal nagyon elégedetlenek hétszer nagyobb valószínűséggel értéklik rossznak az egészségi állapotukat, mint mások.

Az erős kapcsolatokat az egészségi állapot és a munkahelyi környezet valamint az anyagi helyzet között más kutatásokból nyert megállapításokkal is megtámogatták a tanulmány szerzői. Korábbi vizsgálatok is igazolták, hogy a magas munkahelyi követelmények a munka feletti alacsony ellenőrzéssel párosulva károsak az egészségi állapot reálisabb önmegítélésére (*Karasek és Theorell, 1990; Marmot és mtsai., 1998*). A gazdasági mutatók, mint például az anyagi nehézségek és a pénzügyi bizonytalanság, szintén hatással vannak az egészségi állapotra (*Yngwe, Diderichsen és Whitehead, 2001; Ecob és Smith, 1999; Ferrie, Shipley és Stansfeld, 2003*). A svéd tanulmány szerzői ezt saját adatokkal is igazolják. Azon válaszadók között, akiknek már voltak nehézségei az éppen aktuális számlák kifizetésével, kétszer olyan gyakran fordult elő, hogy rossznak ítélték az egészségi állapotukat, mint azok, akiknek nem voltak ilyen pénzügyi nehézségeik a mindennapokban. Önbecsülten rossz egészségi állapotáról a férfiak 7%-a, míg a nők 9%-a számolt be (éppen fordítva, mint a Hungarostudy vizsgálatban), és a

nők iskolai végzettsége sem mutatott statisztikailag szignifikáns összefüggést az egészségi állapot önmegítélésével. Az viszont, hogy a rossz egészségi állapot megítélése az életkor előrehaladtával mindkét nem esetében nő, megegyezett a Hungarostudy 2002-es vizsgálati eredményeivel.

Egy dán kutatás sajátos munkahelyi körülmények között dolgozók körében vizsgálta az önbecsült egészségi állapotot. Választásuk az egészségügyi szektorra esett. A szerzők (Weyers és mtsai., 2006) ezt azzal indokolták, hogy az egészségügyi foglalkoztatási ágazat a fejlett társadalmakban egyre inkább növekvő része a gazdaságnak. Más kutatásokra hivatkozva (Borrill és mtsai., 1998; Dewe, 1987; Gray-Toft és Anderson, 1981), abból indultak ki, hogy az egészségügyben dolgozó szakemberek munkája sok vonatkozásban eltér más foglalkozásokétól, mivel az ápolószemélyzet viszonylag szegény munkakörnyezetben nagy fizikai és pszicho-szociális munkaterhelésnek van kitéve. Egyéb kutatások szerint további nehézséget jelent a szabálytalan munkarendben végzett munka (Jamal és Baba, 1992), a korlátozott előmeneteli kilátások, a szocio-emocionális szorongás, valamint a betegekkel és a kollégákkal folytatott interakciók mennyisége, minősége (Bischoff-Wanner, 1992; Penson és mtsai., 2000; Dierendonck, Schaufeli és Buunk, 2001). Az ápolói munkához megnövekedett betegállományban töltött idő (Bird, 1995), rosszabb fizikai és pszichológiai egészség (Munro, Rodwell és Harding, 1998; Bakker és mtsai., 2000; Cheng és mtsai., 2000; Vegchel és mtsai., 2001; 2002), és nagyobb valószínűséggel történő pályaelhagyás társul (Hasselhorn, Tackenberg és Mueller, 2003).

A hivatkozott dán vizsgálat reprezentatív mintájába az 1999-ben Észak-Jütlandban élő ápolók és segédápolók kerültek be. A megkérdezettek a kórházak szomatikus és pszichiátriai osztályain és az alapellátásban (ápolási otthonokban, közösségi ápolásban) dolgoztak. Összesen 2424 kérdőívet küldtek ki postán, a teljes válaszadási arány 67,7% volt. A tanulmányba a teljes munkaidős nővérek kerültek be (N=367). Az önbecsült egészségi állapot mérésére az SF-36 kérdőív (Ware, Snow és Gandek, 1997) lekérdezésével került sor, mely az általános egészségen túl a vitalitást és a mentális jól-létet is mérte. A vizsgálatba azt a szempontot is bevonták, hogy mekkora az aránytalanság a munkába fektetett erőfeszítés és a jutalom, illetve elismerés között és ez összefüggésbe hozható-e a rossznak ítélt egészségi állapottal. Vizsgálták még a magas szakmai elkötelezettség egészségre gyakorolt hatását is. A fizikai egészséget a gyomor, a szív-és érrendszeri valamint az izomrendszeri panaszoknak a jelenlétével mérték. Az eredmények alapján elmondható, hogy a szakmai elhivatottsággal rendelkező nővérek kétszer nagyobb mértékben szenvednek a mentális jól-lét hiányától. Ez a hatás megduplázódott azon nővéreknél, akiknél a munkaterhelés és jutalmazás nincs egyensúlyban, és ennek ellenére magas szakmai elhivatottsággal rendelkeznek. (Weyers és mtsai., 2006).

## *A szubjektív egészségi állapot és a betegségek közötti összefüggések vizsgálata*

*Mavaddat* és munkatársai nevéhez fűződik egy olyan sajátos *szakirodalom elemző* kutatás (Mavaddat és mtsai., 2014), melyben webes felületeken megfelelő vizsgálatokat kerestek az egészségi állapot önbecslése és a halálos, illetve nem halálos kimenetelű megbetegedések közötti összefüggések feltárására. Az elemzésbe való bekerülés további feltételei voltak, hogy a vizsgált populáció felnőtt korú legyen, az önbecsült egészségi állapotot egyetlen direkt kérdéssel mérik és legyen a kutatásnak utókövetése. A tanulmányok minőségének értékelése a Newcastle-Ottawa mérleggel (Wells és mtsai., 2007) történt az eredmények összehasonlíthatósága céljából. A felmérésbe végül húsz tanulmány került be, melyek közül tizenhárom európai, öt amerikai és kettő ázsiai populációt elemzett. A vizsgált populációk mérete 234 fő és 689 710 fő között mozgott, a nyomon követési idő 2-től 23 évig terjedt és a legtöbb tanulmányban a vizsgálatok több mint 5 éves után-követéssel történtek. A kritériu-

moknak megfelelő kutatásokból az elemzők részletesebben azokkal a tanulmányokkal foglalkoztak, melyek lehetővé adták a szubjektív, vagyis önbecsülésen alapuló egészségi állapot és az objektív egészségi állapot közötti kapcsolatok differenciált értelmezésére.

Az egyik választott populációt azok a személyek képezték, akiknél már meglévő szív-és érrendszeri betegség vagy ischaemiás szívbetegség tüneteit észlelték. *Iidler* és munkatársai (2004) azt találták, hogy az önbecsült egészségi állapot minősítése megbízhatóbban jósolja előre a halandóságot azoknál, akiknél már azonosított a keringési megbetegedés, mint azoknál, akiknél még nem diagnosztizálták ezt az állapotot. Az elemzésbe választott tanulmányok között *Van der Linde* és *mtsai*. (2013) találták a legerősebb összefüggést az egészségi állapot önmegítélése és a nem halálos kimenetelű cardiovascularis események között. Ez a tanulmány különösen megbízhatónak tekinthető a vizsgált populáció nagy elemszáma, heterogenitása és a több mint 10 éves nyomonkövetési idő miatt.

Egy további tanulmány, melynek adatait 20 éves nyomon követéssel a National Health Interview munkatársai vettek fel, más speciális betegségekben szenvedő populációk egészségi állapotának önmegítélését vizsgálták. Az adatok elemzéséből az derült ki, hogy az egészségi állapot önminősítése markáns előrejelzője lehet a cukorbetegség, a fertőző betegségek, a légzőszervi megbetegedések, kisebb mértékben a szívkoszorúér betegségek valamint a rák miatt bekövetkező halálozásnak is (*Benyamin*, 2004). Egy másik, a középkorú amerikai felnőttek adatainak (N=4770) felhasználásával készült tanulmány szintén azt állapította meg, hogy az egészségi állapot önértékelése képes előre jelezni bizonyos krónikus betegségeket, beleértve a szívkoszorúér betegséget, a stroke-ot, a cukorbetegséget, a tüdőbetegséget és az ízületi gyulladást (*Latham* és *Peek*, 2013).

Az eddig említett hazai és nemzetközi vizsgálatok eredményei szubjektív adatokon nyugszanak. Valamennyi kutatás esetében kérdőívek, illetve morbiditási statisztikák adatait használták fel az egyéni egészségi állapotmutatók feltárására.

## *Objektív és szubjektív adatokon is alapuló egészségi állapot kutatások*

Az objektív adatokon nyugvó kutatások jellemzően az egyén tápláltsági állapotát vizsgálják. A nem fertőző betegségek – köztük a vezető helyen álló elhízás – arány-növekedése világszerte globális betegségteher kialakulásához vezetett, melyet a nemzetközi szakirodalom global burden of disease-nak nevez. Az utóbbi évtizedekben megfigyelhető elhízás epidémia a változó életkörülmények, a globalizáció, az urbanizáció, az élelmiszerbőség, az önkontroll nélküli étkezési kultúra elterjedésének következménye, ami gyakran jár együtt az inaktív életmóddal. Az elhízás a betegségek nemzetközi osztályozása (BNO) egyik kategóriájaként is megjelenik, ami szintén jelzi a probléma súlyát. A szakirodalom az elhízás, mint kóros állapot megelőzésére és az előforduló esetek gyakoriságának csökkentésére irányuló szabályozásokat a prevencióval foglalkozó szakemberek kompetenciái közé sorolja. Eszerint az elhízással kapcsolatos intézkedések – az egészségügyön túl – többek között a gazdasági, a jogi, a kereskedelmi szektoroknak valamint az étkezéskultúra számára is feladatot jelentenek (*Józan*, 2013).

Az elhízás tényének és mértékének megállapítására a világszerte elfogadott testtömeg indexet (Body Mass Index=BMI) használják. A mérőszám a testtömeg és a testmagasság méterben mért négyzetének hányadosa, mértékegysége  $\text{kg/m}^2$ . A testtömeg index számítható az önbevallás alapján megadott értékekből (szubjektíven), illetve mért eredményekből (objektíven). A kutatások nagy része önbevallás alapján kapott testtömeg index értékek szerint kategorizálja a vizsgált személyeket sovány, normál, elhízott és túlsúlyos kategóriákba. Ezen túl gyakran alkalmazzák a derék-csípő hányadost, mely a derék körfogat és a csípő körfogat centiméterben mért ér-

tékeinek hányadosa és megbízható mutatója a hasi elhízás mértékének. Ez utóbbi mutatószám értékei többségében mért adatokból származnak. Azok a kutatások, melyek a tápláltsági állapotot (főként az elhízást) mért adatokon vizsgálják, gyakran használnak kombinált módszert, vagyis az önbevallásból származó információkat is felhasználják a végső megállapításaikban.

Az európai populáció elhízottságáról a *Health at a Glance: Europe 2012* című kiadvány számol be, mely 2010-es adatokat tartalmaz az Európai Unió 27 tagországára vonatkozóan. Az eredmények huszonegy ország esetében önbevallás útján, hat országban pedig műszeres mérés (személymérleg, antropométer) alapján kerültek kiszámításra. Az adatok azt mutatják, hogy az Európai Unióban az elhízottak populációja 16,6%. Legalacsonyabb (7,9%) Romániában, legmagasabb (28,5%) Magyarországon. A magyarországi adatok az Országos Táplálkozási és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (2009) műszeres (személymérleg, antropométer) mérésen alapuló eredményeiből születtek. Az 1165 fős reprezentatív minta adatai alapján elmondható, hogy a magyar népesség kétharmada túlsúlyos vagy elhízott. A nemi megoszlást tekintve a nők mintegy egyharmada (30,4%), a férfiaknak pedig több mint egynegyede (26,2%) elhízott. A hasi elhízás a nők esetében a gyakoribb és részaránya az életkor előre haladtával nő. Fontos megjegyezni azonban, hogy a román adatok önbevalláson, míg a magyar populáció adatai mérés útján kerültek értékelésre (idézi: *Józan*, 2013).

*Roskam Albert-Jan* és munkatársai (2010) vizsgálatából, melyet 19 európai országban végeztek, az derült ki, hogy a női népesség esetében valamennyi országban érvényesült az elhízottság szociális determinációja. Nemek tekintetében elmondható, hogy nincs jelentős különbség az Európai Unióban az elhízottak arányában (nők: 16,5%, férfiak 16,6%). A *Bobak* (2002) által írt tanulmány, mely a MOINCA WHO felmérés (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) adatain alapult, a magyar nők nem különböznek nyugat-európai társaiktól az elhízás egyik mutatójaként alkalmazott derék-csipő arány tekintetében.

*Szumiska* (2006) kutatásából – melyet a *Kopp* és munkatársai által jegyzett 2002-es Hungarostudy önbevalláson alapuló adatai alapján végzett – az elhízás tekintetében az tűnik ki, hogy a nőknél több a normál súlyú (45,2%), mint a férfiaknál (39,8%). A túlsúlyosok és az elhízottak között a férfiak vannak többen, azonban a közepes súlyú elhízás inkább a nőkre jellemző. Korcsoportonként nézve, a 18-44 évesek között inkább a férfiakra (nő: 9,5%; férfi: 13,4%), 45-64 évesek között pedig közel azonos mértékben mindkét nemre jellemző az elhízás (nő: 26,7%; férfi: 25,3%). Ez a vizsgálat is szignifikáns összefüggést talált az elhízás és az életkor növekedése között. További kapcsolat mutatható ki a településnagyság és az elhízás (minél kisebb lélekszámú a település, annál valószínűbb az elhízás), valamint az egyén szociális helyzete és az elhízás valószínűsége között. Az elhízásnak mindkét nem esetében szignifikáns ( $p < 0,001$ ) hatása volt az egészségi állapot megítélésére. Az elhízottak rosszabbnak ítélték meg az egészségi állapotukat a normál súlyúakhoz képest. A nők esetében elmondhatjuk továbbá, hogy az elhízás nem jelent egészségi problémát addig, amíg az elhízással kapcsolatba hozható különböző betegségek meg nem jelennek.

A 2013-as Hungarostudy (N=1945) szintén önbevalláson alapuló eredményei a következő képet mutatják. A válaszadók 3,6%-a alultáplált, 43,7%-a normál súlyú, egyharmaduk (33,0%) túlsúlyos, 19,7% pedig elhízott. A túlsúlyos egyének között szignifikánsan még mindig több a férfi. A nőknél az alultápláltság, illetve a normál test-súly a jellemzőbb. Az újabb Hungarostudy felmérés is megerősíti a 2002-es vizsgálat azon eredményét, mely szerint az életkor előre haladtával nő az elhízás esélye. Az elhízás esélyét a partnerkapcsolatban élés is növeli ( $p=0,04$ ) és hasonlóan hat az elhízásra az alacsony iskolai végzettség ( $p < 0,005$ ), illetve a kedvezőbbnek ítélt anyagi helyzet ( $p < 0,05$ ). Az egy-szemponos varianciaanalízis eredményei szerint a tápláltsági állapot szignifikáns kapcsolatban van a jól-léttel, a súlyfelesleg növekedésével a szubjektív jól-lét érzése kedvezőtlenebb ( $p < 0,001$ ) (*Túry és mtsai.*, 2013).

*Boros* és munkatársai 2013 őszén folytattak kutatást az észak-nyugat magyarországi felnőttek mintáján. A Weight History kérdőívet (NHANES) használták a testtömeg bizonyos időtartam alatt bekövetkező változásának nyomon követésére, valamint a fogyás, illetve a súlyfenntartás stratégiáinak ellenőrzésére. Összesen 184 férfival és 236 nővel készült interjú. A testtömeg indexet önbevalláson alapuló értékek alapján számították. A kérdőív egyik kérdése az volt, milyenek tartja most magát tápláltság szempontjából? A válaszlehetőségek megfeleltek a testtömeg index alapján alkotott kategóriáknak. A nők esetében a minősített és az észlelt túlsúlyosok száma hasonló volt a férfiakéhoz, míg a túlsúlyos férfiaknak csupán harmada gondolta, hogy túlsúlyos. Ha az életkor előrehaladását is figyelembe vesszük, akkor e vizsgálat alapján azt lehet mondani, hogy a nők súlygyarapodása jellemzően fokozottabb, mint a férfiaké. (*Boros, Finn és Ihász, 2013*).

Az objektív és szubjektív egészségi állapot közötti kapcsolatot feltárását szolgálta egy Kína öt nagyvárosában elvégzett kutatás. 16074 fő adatait használták a statisztikai elemzések során, nemi megoszlásuk szerint 52,18%-uk volt nő, 47,82%-uk férfi. Véréképükre vonatkozó objektív adatokat a mintából kb. ötödük szolgáltatott (55,51% nő, 44,49% férfi). A szubjektív és objektív egészségi állapot összefüggéseinek bemutatása során csak az utóbbi egyének adatait vették figyelembe. A kutatás eredményei alapján elmondható, hogy, akiknél kóros laboratóriumi jellemzőket mértek, rosszabbnak ítélték az egészségi állapotukat. A tendencia szembetűnőbb volt a szív-, az agyi és az érrendszeri betegségekre, a látásromlásra és a mentális betegségekre utaló jelek esetében. Kiderült továbbá, hogy a munkahelyi stressz és a nem megfelelő minőségű interperszonális kapcsolatok is rosszabb egészség megítélést eredményező tényezők. A logisztikus regresszió analízis kimutatta, akik rosszabbnak ítélik meg az egészségi állapotukat, nagyobb valószínűséggel lesznek betegek. Ezt az eredményt azonban befolyásolhatja a nem, a kor, a régió, a családi állapot, az iskolai végzettség, az aktuális munkahely, a családi jövedelem, a dohányzás, alkoholfogyasztás, a fizikai aktivitás és a különböző krónikus betegségek megléte vagy hiánya (*Wu és mtsai., 2013*).

\*\*\*

Mint az eddigiekből látható volt, a kutatások túlnyomó része a szubjektív adatokból, kisebb része pedig objektív, mért adatokat is felhasználva vont le következtetéseket a vizsgált populációk egészségi állapotára vonatkozóan. Ez utóbbiak közül azonban csak két olyan kutatás volt (lásd *Mavaddat, 2014* és *Wu, 2013*), melyek a szubjektív és objektív adatokat a leírtak szerint egymásra vonatkoztatták. Szakirodalmi áttekintésünk során azonban eddig nem találtunk olyan vizsgálatot, melytől azt célozta volna, hogy az önbecslésen alapuló egészségi állapotról alkotott szubjektív mutatók statisztikailag egybeesnek-e a mért adatokon nyugvó objektív egészségmutatókkal. Ennek vizsgálatát azért tekintjük fontos kutatási témának, mert ha a szubjektív és objektív adatok nem esnek egybe, módosulhat a szubjektív egészségi állapot mutatók szerepéről alkotott felfogásunk a betegségek előrelépését illetően (*Nagyváradai, 2014*).

## Szakirodalom

---

1. Bakker A. B., Killmer C. H., Siegrist, J. and Schaufeli, W. B. (2000): Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 4. 884–91.
2. Benjamins M. R., Hummer R. A., Eberstein, I. W. and Nam, C. B. (2004): Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality. *Social Science & Medicine*. 6. 1297–1306.
3. Bischoff-Wanner C. (1992): *Frauen in der Krankenpflege*. Campus Verlag, Frankfurt am Main, Germany.
4. Bird, J. (1995): Sick nurses or sick NHS? Causes and possible solutions to the high sickness levels amongst nurses. *Nursing Standard*. 9. 18–19.
5. Bobak M. (2002): New dietary risk factors: differences between Western and Eastern Europe. In: Weidner G., Kopp M. and Kristenon M. (2002, eds): Heart disease: environment, stress and gender. NATO Science Series. *Life and Behavioral Sciences*. 327. 287–295.
6. Boros, P., Finn K. J. and Ihász, F. (2013): Comparison of Wrist worn to Waist worn Actigraph physical activity data in Hungarian Adults. *60th ACSM Annual Meeting and 4th World Congress on Exercise is Medicine*. Indianapolis, USA. Abstractbook. 125.
7. Borrill C. S., Wall T. D., West, M. A., Hardy, G.E., Carter, A. J., Haynes, C. E., Shapiro, D. A., Stride, C. and Wood, D. (1998): *Stress Among NHS Staff: Final Report*. Institute of Work Psychology, University of Sheffield, Sheffield, UK.
8. Cheng Y., Kawachi I., Coakley E. H., Schwartz J. and Colditz G. (2000): Associations between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. *British Medical Journal*. 320. 1432–1436.
9. Csoboth Csilla (2006a): A magyar nők életminősége. In: Kopp Mária és Kovács Mónika Erika (2006, szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 106–115.
10. Dewe P. J. (1987): Identifying the causes of nurses' stress: a survey of New Zealand nurses. *Work Stress*. 1. 15–24.
11. Ecob R. and Smith G. D. (1999): Income and health: what is the nature of the relationship? *Social Science and Medicine*. 48. 693–705.
12. Ferrie J. E., Shipley M. J., Stansfeld S. A. and Marmot, M. G. (2002): Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II. study. *J Epidemiol Community Health*. 56. 450–454.
13. Gémes Katalin (2006): Sport és életminőség. In: Kopp Mária és Kovács Mónika Erika (2006, szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 167–180.
14. Gray-Toft P. and Anderson J. G. (1981): Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. *Social Science and Medicine*. 15A. 639–47.
15. Hasselhorn H. M., Tackenberg P. and Müller, B. H. (2003, eds.): Working Conditions and Intent to Leave the Profession Among Nursing Staff in Europe. *Working Life Research Report 7*, National Institute for Working Life, Stockholm.
16. Hegedűs Katalin és Riskó Ágnes (2006): Súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi-és lelkiállapota. In: Kopp Mária és Kovács Mónika Erika (2006, szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 302–313.
17. Idler, E., Leventhal H., McLaughlin J. and Leventhal E. (2004): In sickness but not in health: self-ratings, identity, and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*. 45. 336–356.
18. Jamal M. and Baba V. V. (1992): Shift work and department-type related to job stress, work attitudes and behavioral intentions: a study of nurses. *Journal of Organizational Behavior*. 13. 449–64.
19. Józán Péter (2013): Az elhízás epidemiológiájának néhány hazai és nemzetközi vonatkozása. *Magyar Tudomány*. 7. 772–785.

20. Karasek R. and Theorell T. (1990): *Healthy work, stress productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York.
21. Kopp Mária, Skrabski Árpád és Székely András (2006a.): Az életminőség nemi, életkor szerinti és területi jellemzői a magyar népesség körében a Hungarostudy 2002 vizsgálat alapján. In: Kopp Mária és Kovács Mónika Erika (2006, szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 84–105.
22. Kovács Mónika Erika és Jeszenszky Zita (2006): Időskor és életminőség. In: Kopp Mária és Kovács Mónika Erika (2006, szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 134–143.
23. Latham K. and Peek C. W. (2013): Self-rated health and morbidity onset among late midlife U. S. adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 68. 107–116.
24. Marmot M. G., Fuhrer R., Ettner S. L., Marks N. F., Bumpass L. L. and Ryff C. D. (1998). Contribution of psychosocial factors to socioeconomic differences in health. *The Milbank Quarterly*. 3. 403–48.
25. Mavaddat N., Parker R. A., Sanderson S., Mant J. and Kinmonth A. L. (2014): Relationship of self-rated health with Fatal and Non-Fatal Outcomes in Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 9/7. URL: [www.plosone.org](http://www.plosone.org). Utolsó letöltés: 2014. szeptember 30.
26. Molarius A., Berglund K., Eriksson C., Lambe M., Nordström E., Eriksson H. G. and Feldman I. (2006): Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *European Journal of Public Health*. 2. 125–133.
27. Munro L., Rodwell J. and Harding L. (1998): Assessing occupational stress in psychiatric nurses using the full job strain model: the value of social support to nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 35/6. 339–345.
28. Nagyvárad Katalin (2014): Életminőség vizsgálat egy krónikus pszichiátriai betegeket gondozó intézmény szakdolgozóinak körében. (PhD disszertáció kézirat)
29. Penson R. T., Dignan F. L., Canellos G. P., Picard C. L. and Lynch T. J. Jr. (2000): Burnout: caring for the caregivers. *Oncologist*. 5. 425–434.
30. Réthelyi János (2006): A középkorú magyar lakosság egészségi állapota és életminősége – A gazdasági aktivitás összefüggése az életminőség csökkenésével. In: Kopp Mária és Kovács Mónika Erika (2006, szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 127–133.
31. Roskam A. J., Kunst A. E., Van Oyen H., Demarest S., Klumbiene J., Regidor E., Helmer U., Jusot F., Dzurova D. and Mackenbach J. P. (2010): Comparative Appraisal of Educational Inequalities in Overweight and Obesity among adults in 19 European Countries. *International Journal of Epidemiology*. 39. 392-404. URL: <http://ije.oxfordjournals.org/content/39/2/392.full.pdf> Utolsó letöltés: 2014. szeptember 25.
32. Szumska Irena (2006): Az elhízás gyakorisága és hatása az életminőségre. In: Kopp Mária és Kovács Mónika Erika (2006, szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 210–218.
33. Túry Ferenc, Czeglédi Edit, Papp Ildikó, Dukay-Szabó Szilvia, Babusa Bernadett, Hayriye Gülec, Mezei Ágnes, Szabó Kornélia, Varga Márta és Szumska Irena (2013): A táplálkozási magatartás zavarainak felmérése reprezentatív hazai minta alapján – különös tekintettel a háttértényezőkre. In: Susánszky Éva és Szántó Zsuzsa (2013, szerk.): *Magyar lelkiállapot 2013*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 147–160.
34. Yngwe M. A., Diderichsen F., Whitehead M., Holland P. and Burström B. (2001): The role of income differences in explaining social inequalities in self rated health in Sweden and Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55. 556–561.
35. van der Linde R. M., Mavaddat N., Luben R., Brayne C., Simmons R. K., Khaw K. T. and Kinmonth A. L. (2013): Self-rated health and cardiovascular disease incidence: results from a longitudinal population-based cohort in Norfolk, UK. *PLoS One*. 8/6. URL: <http://www.plosone.org/article/citationList.action?articleURI=info%3Adoi%2F10.1371/journal.pone.0065290> Utolsó letöltés: 2014. szeptember 30.



36. van Dierendonck D., Schaufeli W. B. and Buunk B. P. (2001): Burnout and inequity among human service professionals: a longitudinal study. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1. 43–52.
37. van Vegchel N., de Jonge J., Meijer T. and Hamers J. P. (2001): Different effort constructs and effort-reward imbalance: effects on employee well-being in ancillary health care workers. *Journal of Advanced Nursing*. 1. 1–9.
38. van Vegchel N., de Jonge J., Bakker A. and Schaufelia, W. (2002): Testing global and specific indicators of rewards in the effort-reward imbalance model: does it make any difference? *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 4. 403–421.
39. Ware J. E., Snow K. K., Kosinski, M., and Gandek, B. (1997): *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide, 2nd ed.* The Health Institute. New England Medical Center, Boston.
40. Wells G. A., Shea, B., O'Connell D., Peterson J., Welch, V, Losos, M. and Tugwell, P. (2007): The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analysis. RI. Ottawa.
41. Weyers S., Peter R., Boggild H., Jeppesen, H. J. and Siegrist, J. (2006): Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: a test of the effort–reward imbalance model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1. 26–34.
42. Shunquan Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X. and He, J. (2013): The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*. 13. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/320> Utolsó letöltés: 2014. szeptember 30.