



ORSZÁGOS LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS

Kutatási jelentés

EGÉSZSÉGMAGATARTÁS
BOROS JULIANNA

ORSZÁGOS EPIDEMIOLÓGIAI KÖZPONT
2005

TARTALOMJEGYZÉK

1.	Legfontosabb megállapítások.....	3
2.	Háttér.....	4
3.	Módszertan.....	8
4.	Eredmények.....	19
4.1	Populációs becslések.....	19
4.1.1.	Egészségtudatosság.....	19
4.1.2.	Dohányzás.....	19
4.1.3.	Alkoholfogyasztás.....	23
4.1.4.	Testmozgás.....	28
4.1.5.	Testtömeg-index.....	29
4.2	Összefüggés-elemzések.....	30
4.2.1.	Egészségtudatosság.....	30
4.2.2.	Dohányzás.....	32
4.2.3.	Alkoholfogyasztás.....	37
4.2.4.	Testmozgás.....	38
4.2.5.	Elhízás.....	40
5.	Megbeszélés.....	44
5.1	Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság.....	44
5.1.1.	Egészségtudatosság.....	44
5.1.2.	Dohányzás.....	44
5.1.3.	Alkoholfogyasztás.....	45
5.1.4.	Testmozgás.....	46
5.1.5.	Testtömeg-index.....	46
5.2	Az eredmények értelmezése.....	47
5.2.1.	Egészségtudatosság.....	47
5.2.2.	Dohányzás.....	47
5.2.3.	Alkoholfogyasztás.....	49
5.2.4.	Testmozgás.....	50
5.2.5.	Testtömeg-index.....	51
6.	Ábrajegyzék.....	53
7.	Táblázatjegyzék.....	54
8.	Irodalomjegyzék.....	55

1. Legfontosabb megállapítások

- Úgy véli, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet az egészségéért a férfiak csaknem háromnegyede, a nők több mint kétharmada.
- Az egészségtudatosság magasabb a fiatalok, az iskolázottabbak, a jobb anyagi körülmények között élők és a megfelelő társas támogatottsággal rendelkezők körében.
- 2000 óta szignifikáns módon növekedett azok aránya, akik úgy gondolják, hogy semmit vagy csak keveset tehetnek a saját egészségükért.
- Dohányzik a nők 27,9%-a, a férfiak 40,5%-a. Többségük napi rendszerességgel rágyújt: a nők csaknem negyede, a férfiaknak több mint harmada.
- A rendszeres dohányzás esélye magasabb a férfiak, a rossz anyagi körülmények között élők, a társas támogatottság hiányával küzdők és a magukat nem vallásosnak vallók körében.
- A leszokással eredménytelenül próbálkozott a kérdezést megelőző évben a dohányosok több mint 40%-a.
- Passzív dohányos a 65 év alatti nemdohányzó nők majdnem harmada, a férfiaknak csaknem fele.
- A 65 év alatti, munkahellyel rendelkező nemdohányzó nők csaknem ötöde, a férfiaknak pedig majdnem harmada munkahelyi passzív dohányos.
- Nagyívó a nők 2,5%-a és a férfiak 17,7%-a.
- A nagyívás esélye magasabb a férfiak, az idősebbek, a rossz anyagi körülmények között élők és a társas támogatottság hiányával küzdők körében.
- Legalább egyszer ült ittasan a volán mögé a felmérést megelőző egy évben minden huszadik nem absztinens férfi (a fiatal férfiak közül minden tizenötödik).
- Egyáltalán nem végez testmozgást a felnőtt magyar lakosság csaknem 8%-a (az idős nők 20,5%-a és az idős férfiak 18,7%-a).
- A fizikai inaktivitás esélye növekszik az életkorral; férfiak körében a nagyobb településen élők, nők körében pedig a jobb anyagi körülmények között élők szintén kisebb eséllyel végeznek megfelelő gyakoriságú testmozgást.
- Túlsúlyos vagy elhízott a nők csaknem fele, a férfiaknak pedig több mint fele.
- A kívánatosnál magasabb testtömeg esélye magasabb az idősebbek, az alacsony iskolai végzettségűek, a jobb anyagi körülmények között élők, a felső vezetőik és a gazdaságilag aktívak körében.

2. Háttér

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2002-es jelentése [1] felhívja a figyelmet arra, hogy viszonylag kisszámú, megelőzhető kockázati tényező aránytalanul nagymértékben tehető felelőssé a betegségterhek növekedéséért és a korai halálozások magas számáért. A fejlett ipari országokban becslések szerint az összes betegségteher több mint 30 százaléka a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a magas vérnyomás, a magas koleszterinszint és az elhízás következménye.

Az egészségmagatartás mindazon magatartási mintákat, cselekvéseket és szokásokat magában foglalja, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, az egészség helyreállításához vagy javításához [2]. Az egészségmagatartási tényezők kiemelt jelentőségét az adja, hogy mint ahogyan azt a WHO számszerűen is kimutatta, a vezető halálokok következtében fellépő halálozás szignifikáns hányadát az egyéni magatartás okozza, illetve az, hogy ezek a magatartási tényezők megváltoztathatók [3]. Az egészségmagatartási tényezők közül az OLEF2003-ban az életmódhoz kötődő faktorokat emeltük ki, nevezetesen a dohányzást, az alkoholfogyasztást, a testmozgást, valamint az elhízást¹.

A **dohányzás**, mint az egyik legjelentősebb életmódbeli kockázati tényező, jelentősen növeli az egyes egyénekre és a társadalomra nehezedő betegségterheket és nagymértékben hozzájárul a halálozások magas számához is: az Egészségügyi Világszervezet becslése szerint önmagában a világban bekövetkező halálozások 8,8%-áért tehető felelőssé [1]. A tüdőrák a férfiak esetében mintegy 90%-ban, a nők esetében 70%-ban a dohányzás következménye. A tüdőrákon kívül a dohányzás bizonyítottan oksági kapcsolatban áll a következő betegségek kialakulásával [4]: a daganatos betegségek közül a gége-, nyelőcső-, gyomor-, hasnyálmirigy-, méhnyak-, vese-, hólyagrak, szájüregi daganatok és a leukémia; a szív- és érrendszeri betegségek közül a szívkoszorúér-megbetegedések, a stroke, az atherosclerosis és a hasi ütőértágulat; a légzőszervi betegségek közül a krónikus obstruktív tüdőbetegség, a tüdőgyulladás, a tüdőfunkció korai romlása illetve felgyorsult csökkenése, a köhögés, váladékos/produktív köhögés, dyspnoe/nehézlégzés, a csecsemők csökkent tüdőfunkciója a terhesség alatti anyai dohányzás következtében. Az anyai dohányzás emellett számos komplikációhoz vezethet a teherbeeséssel (csökkenti a női termékenységet), a terhességgel és a szüléssel kapcsolatban is (csökkenti a magzati növekedést, megnöveli az alacsony születési súly, a koraszülés, a korai burokrepedés, az előlfekvő méhlepény, a méhlepényleválás esélyét), és a bölcsőhalál bekövetkezésének esélyét szintén emeli. Mindezekben túl hozzájárulhat számos további egészségproblémához (alacsony csontsűrűség menopauza után lévő nőknél, csípőtörés, peptikus fekély kialakulása *Helicobacter pylori*-pozitív személyeknél, szürkehályog, műtéti komplikációk). A dohányzás következtében megromlott egészségi állapot nemcsak az egyén számára okozhat problémát, hiszen az egészségügyi ellátások gyakoribb igénybevételéhez és a kiesett munkanapok számának emelkedéséhez vezethet, ez pedig jelentősen növeli a társadalmi költségeket is.

Az **alkoholfogyasztás** mértékétől függően kifejtethet jótékony, vagy éppen ellenkezőleg, káros hatást is az egészségre. A mértékletes ivás tudományos bizonyítékok szerint csökkenti a szív-érrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát az absztinensekhez és a nagyivókhoz viszonyítva. A nagyivás viszont jelentősen növeli egyes betegségek (például májcirrhosis, stroke, szájüregi-, nyelőcső- és emlőrák, születési rendellenességek) gyakoriságát és a korai halálozások számát [5]. 1999-ben például a 35-64 év közötti férfiak körében bekövetkezett korai halálozások közül minden negyedik a túlzott alkoholfogyasztással volt összefüggésbe

¹ Az említett tényezőkön kívül kiemelt szerepet kapott még a táplálkozási szokások felmérése, ez azonban külön fejezetben kerül ismertetésre, az OÉTI munkatársai által.

hozható Magyarországon [6]. A betegségek kialakulásában játszott szerepe mellett az alkoholfogyasztás ön- és közveszélyes módon hozzájárulhat közúti balesetek bekövetkezéséhez, sérüléseket vagy akár halált okozva. Ugyancsak nem elhanyagolható szempont az a lelki teher sem, amit például valamely családtag (házastárs, szülő, stb.) italozása vált ki – az Egyesült Királyságban például becslések szerint a gyermekvédelmi esetek 30-60%-ában szerepet játszik az alkoholfogyasztás, és mintegy 1,3 millió gyermeket érinthet károsan a családi ivás [7]

A **testmozgás** az egyik legjelentősebb preventív erővel bíró egészségmagatartási tényező, ezért különösen aggasztó, hogy nagyon magas azoknak az aránya, akik egyáltalán nem, vagy nem megfelelő mértékben végeznek testmozgást. Az Egészségügyi Világszervezet becslése szerint világszerte mintegy 17% a fizikailag inaktív felnőttek aránya, míg azoké, akik mozognak ugyan valamennyit, de nem eleget, 41%.

A megfelelő testmozgás végzése (ajánlás szerint: legalább 30 percnyi mérsékelt testmozgás legalább hetente 5-ször) számos betegség kialakulásának kockázatát csökkentheti, illetve már kialakult betegségek esetében jelentősen hozzájárulhat a felépüléshez [8].

A testmozgás hiánya becslések szerint 1,9 millió halálesethez vezet évente a világban, a fejlett országokban a fizikai inaktivitásnak tulajdonítható a halálozás 6-6,7%-a, a DALY² 3,3-3,2%-a [1].

A fizikai inaktivitás csaknem kétszeresére emeli a szívkoszorúér-betegség következtében fellépő halálozás kockázatát. A stroke ugyancsak gyakrabban fordul elő azoknál, akik nem végeznek rendszeres testmozgást. A már kialakult perifériás érbetegségek esetében a mozgás hatékony gyógymódot jelenthet. A szív-és érrendszeri betegségekkel kapcsolatban nem elhanyagolható az a szempont sem, hogy számos kockázati tényező (magas vérnyomás, magas koleszterinszint és inzulin rezisztencia) esetében javulást idézhet elő a testmozgás.

A fizikai aktivitás hiánya a 2-es típusú cukorbetegség szempontjából is az egyik legfontosabb kockázati tényezőként merül fel: a fizikailag aktív emberekhez viszonyítva 33-50%-kal nagyobb a kockázata az említett betegség kialakulásának.

A testmozgás növelheti a csontsűrűséget serdülőkorban, fenntarthatja azt fiatal felnőttkorban és lassíthatja a csökkenését időskorban. A fizikai aktivitás az idősebb korosztályban csökkentheti az esések és a csonttörések kockázatát, valamint késleltetheti a csontritkulás progresszióját.

A testmozgás hiánya természetesen hozzájárulhat a túlsúlyossághoz is. A már kialakult súlyfelesleg leküzdésében ezért a diéta mellett a mozgásnak is nagy szerep juthat.

A testmozgás a daganatos betegségek kialakulását is csökkenti, különösen egyes kiemelt daganatfajták, mint a vastagbél- vagy az emlőrák esetében (az említett daganatos betegségeknek világszerte 10-16%-át okozza a testmozgás hiánya).

A fizikai jól-lét mellett a testmozgás a mentális egészség fenntartásában is nagy szerepet játszik. A testmozgás ugyanis segíthet a stressz leküzdésében, az önbecsülés növelésében, az alvási nehézségek legyőzésében. Depresszió esetén hosszú távon a pszichoterápiához vagy a gyógyszeres kezeléshez hasonlóan eredményes kezelési forma lehet.

A **túlsúly** és az **elhízás** világszerte egyre fontosabb problémát jelent: több mint 1 milliárd túlsúlyos és 300 millió elhízott ember él a Földön, és már az 5 év alatti gyermekek közül is 17,6 millió túlsúlyos. Az amerikai tisztifőorvos jelentése szerint 1980 óta a túlsúlyos

² Disability - Adjusted Life Year – korlátozottsággal korigált elveszített életevek

gyermek száma megduplázódott, a túlsúlyos serdülőké pedig megháromszorozódott [9]. A fejlett országokban az elhízásnak tulajdonítható az összhalálozás 9,6%-a a férfiaknál és 11,5% a nőknél, a DALY 6,9-8,1%-a [1].

Becslések szerint a fejlett országok egészségügyi kiadásainak 2-7%-a írható az elhízás számlájára. A túlsúly emeli a szívkoszorúér-betegségek valószínűségét a megemelkedett vérnyomáson, koleszterinszinten és inzulin-rezisztencián keresztül. A magasabb testtömeg-index növeli mind a szisztolés, mind a diasztolés vérnyomás-értékeket, így az elhízottaknak nagyobb az esélyük a magasvérnyomás-betegség kialakulására. Ez az esély annál magasabb, minél hosszabb ideje elhízott valaki [10]. Ugyanakkor az is megállapítható, hogy az elhízás a szívkoszorúér-betegségek esetében önálló kockázati tényezőként is szerepet játszik, nemcsak a megemelt vérnyomáson keresztül. A szívkoszorúér-betegségek kialakulása erősebben összefügg az elhízással a fiatalabb korcsoportoknál.

Az elhízás összefüggésben állhat az iszkémiás stroke és a 2-es típusú cukorbetegség kialakulásával is. A 2-es típusú cukorbetegségben szenvedők 90-95%-a elhízott.

A normálnál magasabb testtömeg ugyancsak növeli egyes rákos megbetegedések (emlő-, vastagbél-, vese-, epehólyag-, prosztatata-, endometrium-, ovárium- és méhnyakrák) kialakulásának esélyét. Az elhízott személyeknél háromszor-négyszer gyakoribb az epekő kialakulása is.

A WHO 2002-es jelentése szerint a cukorbetegség 58%-a, az iszkémiás szívbetegségek 21%-a és a különböző daganatos megbetegedések 8-42%-a a 21 kg/m² feletti testtömeg-indexnek volt tulajdonítható [1].

A normálnál magasabb testtömeg a fizikális problémák mellett pszichés problémákhoz is vezethet, mint például táplálkozási rendellenességek vagy az alacsony önbecsülés.

Az egyes egészségmagatartási tényezők feltérképezését számos hazai felmérés célul tűzte ki maga elé:

A Központi Statisztikai Hivatal az 1984-es mikrocenzushoz kapcsolódva [11] a 14 éves és idősebb népesség, tíz évvel később, az Egészségi Állapotfelmérés [12] során pedig a 15-64 év közöttiek egészségmagatartási szokásait is felmérte: a kérdőívekben szerepeltek többek között az egészségtudatosságra, az alkoholfogyasztásra, a dohányzásra, a testtömegre és a szabadidős testmozgásra vonatkozó kérdések.

Az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) által 1985-88-ban készített Első Magyarországi Reprezentatív Táplálkozási Vizsgálat [13] a táplálkozási szokásokon túl a testtömegről is képet ad.

A SOTE Magatartástudományi Intézet által 1995-ben elvégzett felmérés [14] a 16 évesnél idősebbek esetében vizsgálta meg az alkoholfogyasztási és dohányzási szokásokat.

A TÁRKI 1996-os egészségfelmérése [15] a 14 évnél idősebb magyar lakosság egészségmagatartásának megismerésére is kiterjedt.

A Népjóléti Minisztérium Világbanki Programirodája által támogatott Szívbarát Program keretében 1997-ben végzett, a táplálkozási szokásokra irányuló felmérés [16] a 18 évesek és idősebbek dohányzási, alkoholfogyasztási és szabadidős testmozgási szokásait is felmérte.

A Fact Intézet 1999-es felmérése [17] a 18 év feletti lakosság dohányzási és alkoholfogyasztási szokásait térképezte fel.

A KSH 1999/2000 évi időmérleg – életmód kutatása [18] kitért a 15 év feletti lakosság táplálkozási, dohányzási, alkoholfogyasztási és a szabadidős tevékenységekre jellemző szokásaira is.

Az Országos Lakossági Alkohol- és Drogepidemiológiai Vizsgálat (ADE) 2001 vizsgálat a 18-65 év közötti magyar lakosság [19], míg az ADE 2003 vizsgálat a 18-54 év közötti népesség [20] alkohol- és drogfogyasztási szokásainak felmérésére irányult.

A SOTE Magatartástudományi Intézet által elvégzett Hungarostudy 2002 [21] egyebek mellett a 18 év feletti lakosság dohányzási, alkoholfogyasztási, táplálkozási és testmozgási szokásaira is kiterjedt.

Az egészségmagatartás természetesen külföldön is az egészségfelmérések egyik fontos célterületének számít. A számtalan felmérés közül kiemelkedik az Egészségügyi Világszervezet szervezésében a világ 71 országában (köztük természetesen Magyarországon is) 2003-ban felvett World Health Survey (Világ Egészségfelmérés) [22], amely az OLEF2003-ban szereplő valamennyi egészségmagatartási témakört felöleli. Sajnálatos azonban, hogy az eredmények elemzése ezidáig nem történt meg, így a nemzetközi összehasonlítás csak később válik lehetővé.

3. Módszertan

Az OLEF2003-ban az egészségmagatartással kapcsolatos kérdések forrásául elsődlegesen az OLEF2000 kérdőívét használtuk, attól csak abban az esetben tértünk el, ha azt a 2000-es felmérés tapasztalatai indokolták, illetve ha újabb mértékadó nemzetközi ajánlások jelentek meg a 2000 óta eltelt időszakban.

Az **egészségtudatossággal** kapcsolatban, az OLEF2000-hez hasonlóan, egy dán egészségfelmérés [23] erre a témakörre vonatkozó kérdésének módosított változatát használtuk fel. Az adatok elemzése során a négy lehetséges válaszlehetőségből kettőt-kettőt összevontunk, így egyrészt azok arányát vizsgáltuk, akik saját véleményük szerint semmit vagy csak keveset, illetve sokat vagy nagyon sokat tehetnek a saját egészségükért.

3. Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?

- 4 – Nagyon sokat tehet
 - 3 – Sokat tehet
 - 2 – Keveset tehet
 - 1 – Semmit sem tehet
-
- 8 – Nem tud válaszolni
 - 9 – Nem kíván válaszolni

A **testmozgás** gyakoriságának és mértékének mérésére nem az OLEF2000 kérdéseit alkalmaztuk, hanem a 2003-as évben az Egészségügyi Világszervezet által szervezett World Health Survey [22] testmozgásra vonatkozó kérdéseit használtuk, megteremtve ezzel a széleskörű nemzetközi összehasonlítás lehetőségét. A WHO említett kérdései három típusú testmozgásra vonatkoznak: az intenzív (nagyobb erő kifejtést igénylő), a mérsékelt (közepes erő kifejtést igénylő) testmozgásra, illetve a gyaloglásra. A kérdezetteknek arra kellett választ adniuk, hogy a kérdezést megelőző hét napon hány alkalommal végezték e három mozgásfajtát egyszerre legalább tíz percen keresztül, illetve egy-egy alkalommal átlagosan mennyi ideig mozogtak, tekintet nélkül arra, hogy munkavégzés vagy szabadidős tevékenység keretében történt-e a testmozgás. A válaszok alapján három kategóriát képeztünk:

- Megfelelő fizikai aktivitás: intenzív testmozgásra fordított heti időtartam kétszerese, valamint a gyaloglásra és a mérsékelt testmozgásra fordított heti időtartam összege legalább 150 perc
- Nem megfelelő fizikai aktivitás: intenzív testmozgásra fordított heti időtartam kétszerese, valamint a gyaloglásra és a mérsékelt testmozgásra fordított heti időtartam összege kevesebb mint 150 perc, de nullánál több
- Egyáltalán nem végez testmozgást: intenzív testmozgásra fordított heti időtartam kétszerese, valamint a gyaloglásra és a mérsékelt testmozgásra fordított heti időtartam összege nulla.

39. Az elmúlt 7 napban hány olyan nap volt, amikor intenzív testmozgást végzett? Kérem, figyeljen rá, hogy csak a LEGALÁBB 10 PERCIG TARTÓ MOZGÁSRA vonatkozik a kérdés!

..... nap

0 – Egyszer sem

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

40. Ezeken a napokon általában mennyi időt töltött intenzív testmozgással egy-egy alkalommal átlagosan?

40/a Hány órát?

..... óra

40/b Hány percet?

..... perc

88 – Nem tud válaszolni

99 – Nem kíván válaszolni

41. Az elmúlt 7 napban hány olyan nap volt, amikor mérsékelt testmozgást végzett? Kérem, figyeljen rá, hogy csak a legalább 10 percig tartó mozgásra vonatkozik a kérdés!

..... nap

0 – Egyszer sem

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

42. Ezeken a napokon általában mennyi időt töltött mérsékelt testmozgással egy-egy alkalommal átlagosan?

42/a Hány órát?

..... óra

42/b Hány percet?

..... perc

88 – Nem tud válaszolni

99 – Nem kíván válaszolni

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

..... nap

0 – Egyszer sem

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

Az **elhízás** meghatározásának egyik leginkább elterjedt és egyben legegyszerűbb módszere a testtömeg-index (TTI) alkalmazása, amely nem más, mint a kilogrammban mért testtömeg és a méterben mért testmagasság négyzetének hányadosa:

$$TTI = \frac{\text{kg}}{\text{m}^2}$$

Értékei alapján a következő kategóriákat képezhetjük:

túlzott soványság: < 18,5

normál testsúly: 18,5 – 24.99

túlsúlyos: 25 – 29.99

elhízott: ≥ 30

Az OLEF2003 kérdőívében a 45. kérdés a testmagasság, a 46. kérdés a testtömeg meghatározására szolgált. A felmérés során kapott adatok önbevalláson alapszanak, hiszen eszközös mérésre a kérdőívfelvétel során nem volt mód.

45. Milyen magas Ön cipő nélkül?

..... cm

888 – Nem tud válaszolni

999 – Nem kíván válaszolni

46. Mekkora a testsúlya ruha és cipő nélkül?

..... kg

888 – Nem tud válaszolni

999 – Nem kíván válaszolni

A **dohányzással** kapcsolatban az OLEF2003 kérdőívében a WHO ajánlott kérdéssorát [24] felhasználó OLEF2000 kis mértékben módosított változatát alkalmaztuk. A WHO ajánlásainak megfelelően tehát, hasonlóan az OLEF2000-hez, a következő mutatókat vettük figyelembe a populáció dohányzási mintáinak meghatározásakor:

1. *dohányosok*:

- rendszeresen dohányoznak (naponta legalább egy cigarettát elszívnak)
 - erős dohányos: naponta legalább 20 szál cigarettát elszív
 - nem erős napi dohányos: naponta kevesebb mint 20 szál cigarettát szív
- alkalmanként dohányoznak (dohányoznak, de nem minden nap)

2. *nemdohányzók*:

- a dohányzásról leszoktak (életük során valamikor dohányoztak, de a kérdezés időpontjában nem vallották magukat dohányzónak)
- soha nem dohányoztak

A 2000-ben használt kérdések minimális módosításának következtében lehetővé vált a nem napi rendszerességgel dohányzók cigarettafogyasztásának mennyiségéről is képet kapni.

Az OLEF2003-ban a dohányosok körében a dohányzási szokások változásának három jellemzőjét is vizsgáltuk: a rendszeres dohányzás kezdetére jellemző életkort, illetve az elszívott cigaretták mennyiségének változását és a leszokási hajlandóságot.

Mindezeken túl új elemként került a kérdőívbe a passzív dohányzásra vonatkozó kérdés, amely három helyszínen (munkahely, otthon, szabadidőben otthonon kívül) térképezi fel a mások dohányzásának elszívását. A kérdés alapjául a Szonda Ipsos 1996-os dohányzás-felmérésének [25] egyik, a passzív dohányzásra vonatkozó kérdése szolgált.

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

- 1 – Igen, naponta
 2 – Igen, hetente néhányszor----->TOVÁBB A 49. KÉRDÉSRE!
 3 – Igen, havonta néhányszor----->TOVÁBB AZ 50. KÉRDÉSRE!
 4 – Ritkábban, mint havonta----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!
 5 – Régebben dohányzott, de már leszokott----->TOVÁBB AZ 53. KÉRDÉSRE!
 6 – Nem, soha nem dohányzott ----->TOVÁBB AZ 55. KÉRDÉSRE!

-
- 8 – Nem tud válaszolni ----->TOVÁBB AZ 55. KÉRDÉSRE!
 9 – Nem kíván válaszolni----->TOVÁBB AZ 55. KÉRDÉSRE!

48. Körülbelül hány cigarettát szív el NAPONTA?

- 1 – Kevesebb, mint egy csomaggal (20 szál alatt)----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!
 2 – Körülbelül egy csomaggal (20 szál) ----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!
 3 – Körülbelül két csomaggal (40 szál) ----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!
 4 – Körülbelül három csomaggal (60 szál) ----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!
 5 – Több mit három csomaggal (több mint 60 szál) ---->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!
 6 – Nem cigarettát szív----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!

-
- 8 – Nem tud válaszolni----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!
 9 – Nem kíván válaszolni----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!

49. Körülbelül hány cigarettát szív el HETENTE?

- 1 – Kevesebb, mint egy csomaggal (20 szál alatt) ----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!
 2 – Körülbelül egy csomaggal (20 szál) ----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!
 3 – Körülbelül két csomaggal (40 szál) ----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!
 4 – Körülbelül három csomaggal (60 szál) ----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!
 5 – Több mit három csomaggal (több mint 60 szál) ---->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!
 6 – Nem cigarettát szív----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!

-
- 8 – Nem tud válaszolni----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!
 9 – Nem kíván válaszolni----->TOVÁBB AZ 51. KÉRDÉSRE!

50. Körülbelül hány cigarettát szív el HAVONTA?

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

-
- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

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

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

- 8 – Nem tud válaszolni
9 – Nem kíván válaszolni

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

- 1 – Igen----->TOVÁBB AZ 54. KÉRDÉSRE!
2 – Nem----->TOVÁBB AZ 54. KÉRDÉSRE!

- 8 – Nem tud válaszolni----->TOVÁBB AZ 54. KÉRDÉSRE!
9 – Nem kíván válaszolni----->TOVÁBB AZ 54. KÉRDÉSRE!

53. Mikor hagyta abba a dohányzást?

- 1 – Kevesebb, mint 1 éve
..... éve

- 88 – Nem tud válaszolni
99 – Nem kíván válaszolni

54. Mennyi idős volt, amikor elkezdett RENDSZERESEN dohányozni?

..... éves

- 01 – Sohasem dohányzott rendszeresen
88 – Nem tud válaszolni
99 – Nem kíván válaszolni

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

55.1. – munkahelyen

55.1/a. Hány órát?

..... óra

55.1/b. Hány percet?

..... perc

55.2. – otthon

55.2/a. Hány órát?

..... óra

55.2/b. Hány percet?

..... perc

55.3. – szabadidejében otthonán kívül

55.3/a. Hány órát?

..... óra

55.3/b. Hány percet?

..... perc

- 88 – Nem tud válaszolni
99 – Nem kíván válaszolni

Az **alkoholfogyasztási** szokásokra – azok bizalmas jellege miatt – önkitöltős kérdőívben kérdeztünk rá OLEF2003 során. Három kérdés vonatkozott az alkoholfogyasztás gyakoriságára illetve a fogyasztott mennyiségekre, ezek alapján az egyes személyeket az alábbi módon soroltuk be, az amerikai standardokat tekintve alapnak:

A kérdőívben a fogyasztott mennyiségre a könnyebb értelmezés kedvéért azt kérdeztük, hogy a különböző alkoholfajtákból hány deciliternyi ittak a kérdezettek, és ezt az elemzésnél az általánosan elfogadott definíció szerint utólagosan alkoholegységekre [26] számoltuk át.

- Nagyivónak neveztük azokat a nőket, akik a kérdezést megelőző héten összesen több mint 7, illetve azokat a férfiakat, akik több mint 14 egységnyi alkoholt fogyasztottak (a nők esetében az eltérő fiziológiai sajátosságok miatt kell kisebb határértékeket figyelembe venni [27]). Egy alkoholegység 15 gramm alkoholnak felel meg, így egy korsó sör 1,4, egy pohár bor 1,35 és egy fél deci rövidital 1,14 egységgel egyenértékű, azaz a 14 egység alkohol közelítőleg megegyezik 6 dl rövid itallal, vagy 5 l sörrel, vagy 2 l borral. A szakirodalomban „binge drinking”-nek nevezett jelenség (egy alkalommal nagy mennyiségű alkohol fogyasztása) kiemelkedő jelentősége miatt nagyivónak neveztük azokat is, akik esetében az egy napra számított alkoholemennyiség meghaladta nőknél a 3, illetve férfiaknál az 5 alkoholegységet [28].
- A mértékletes alkoholfogyasztóknak tekintettük azokat, akik a kérdezést megelőző héten fogyasztottak alkoholt, de nem minősültek nagyivónak.
- Alkoholt ritkán fogyasztóknak neveztük azokat, akik az interjúfelvételt megelőző héten nem, de azt megelőzően szoktak szeszesitalt fogyasztani.
- Alkoholt nem fogyasztóknak neveztük azokat, akik saját bevallásuk szerint egyáltalán nem szoktak alkoholtartalmú italokat inni.

Mindezeket túl az alkoholfogyasztás szubjektív következményeire illetve az alkoholfogyasztással kapcsolatos esetleges motivációra is rákérdeztünk, a finn Stakes intézet kérdéseinek felhasználásával.

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

- a. igen
 b. nem----- >Kérjük, folytassa a 18. kérdéssel!

Körülbelül milyen gyakran fogyasztott alkoholt az elmúlt 12 hónapban?

- a. minden nap vagy majdnem minden nap
 b. hetente 3-4 alkalommal
 c. hetente 1-2 alkalommal
 d. havonta 1-3 alkalommal----- >Kérjük, folytassa a 14. kérdéssel!
 e. ritkábban mint havonta----- >Kérjük, folytassa a 14. kérdéssel!
 f. nem ivott alkoholtartalmú italt az elmúlt egy évben----- >Kérjük, folytassa a 18. kérdéssel!

Az elmúlt héten mennyi alkoholtartalmú italt fogyasztott egy-egy nap? Kérjük, minden napra vonatkozóan írja be a táblázatba, hány dl sört, bort vagy röviditalt fogyasztott.

	Sör (1 üveg/korsó=5 dl 1 pohár=3 dl)	Bor / pezsgő	Vermut/portói/ sherry	Rövidital (pl. pálinka, rum, vodka, gin, whisky, brandy, likőrök, stb.)
Hétfő	dl	dl	dl	dl
Kedd	dl	dl	dl	dl
Szerda	dl	dl	dl	dl
Csütörtök	dl	dl	dl	dl
Péntek	dl	dl	dl	dl
Szombat	dl	dl	dl	dl
Vasárnap	dl	dl	dl	dl

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

Vita, veszekedés

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

Verekedés

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

Sérülés vagy baleset

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

Pénz vagy más értéktárgyak elvesztése

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

Rubázat vagy valamilyen tárgy megsérülése

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

Ittas vezetés

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

Megbánt valakit, amit mondott vagy tett

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

Milyen gyakran fordulnak elő Önnel az alábbiakban felsorolt dolgok?

Szokott-e Ön gyakrabban alkoholt fogyasztani, mint szeretné?

- a. soha
- b. nagyon ritkán
- c. néha-néha
- d. gyakran

Szokott-e Ön több alkoholt fogyasztani, mint amennyit éppen szeretne?

- a. soha
- b. nagyon ritkán
- c. néha-néha
- d. gyakran

Milyen gyakran fordul elő Önnel, hogy nem képes abbahagyni az ivást, ha egyszer elkezdte?

- a. soha
- b. nagyon ritkán
- c. néha-néha
- d. gyakran

Előfordult-e Önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy

barátai azt gondolták, hogy Önnek kevesebb alkoholt kellene innia, vagy jobban oda kellene figyelnie az ivásra?

- a. igen
- b. nem

valaki Önhez közelálló személy kritizálta Önt az alkoholfogyasztás miatt?

- a. igen
- b. nem

figyelmeztette Önt az orvos, hogy túl sok alkoholt iszik?

- a. igen
- b. nem

a munkatársai kritizálták Önt az alkoholfogyasztás miatt?

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

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

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

Érezte-e Ön az elmúlt 12 hónapban hogy az alkohol segített Önnek

megoldani az Önhöz közelállókka kapcsolatos problémáit?

- a. igen
- b. nem

jobban kifejezni az érzéseit, mint általában?

- a. igen
- b. nem

közelebb kerülni valakibe a másik nem képviselői közül?

- a. igen
- b. nem

megoldani a munkájával kapcsolatos problémáit?

- c. igen
- d. nem

szórakoztatóbbnak, szellemesebbnek lenni?

- a. igen
- b. nem

mások társaságában feloldódni, megszabadulni a gátlásoktól?

- a. igen
- b. nem

jobban megismerni valakit?

- a. igen
- b. nem

jól szórakozni?

- a. igen
- b. nem

4. Eredmények

4.1 Populációs becslések

4.1.1. Egészségtudatosság

Az OLEF2003 eredményei szerint, mint ahogyan azt az 1. táblázat mutatja, a lakosság jelentős többsége, a férfiak csaknem háromnegyede (73,9%) illetve a nők több mint kétharmada (69,8%) úgy véli, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet az egészségéért. Ezt az optimista képet azonban nagyban árnyalhatjuk, ha az egészségtudatosságot korcsoportos bontásban is megvizsgáljuk: míg a fiatalok (18-34 év közöttiek) elsőprő többsége pozitívan ítéli meg saját felelősségét az egészségével kapcsolatban (a nők 86,7%-a, illetve a férfiak 88,3%-a), addig az időseknek csak mintegy fele vélekedik hasonlóképpen (a nők 46,7%-a illetve a férfiak 58,2%-a).

Az eredmények értelmezéséhez:

Az alábbi táblázatokban az egyes egészségmagatartási tényezők 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 egészség-tudatosság gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az életkornak az egészségtudatosságra gyakorolt megfelelő irányú hatását.

1. Táblázat: Az egészségtudatosság-kategóriák százalékos megoszlása nem és korcsoport szerinti bontásban

Mennyit tehet az egészségéért?	Nő				Férfi			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
Sokat/nagyon sokat	86,7	70,1	46,7	69,8	88,3	68,9	58,2	73,9
	[84,1-88,9]	[67,4-72,7]	[42,1-51,3]	[67,8-71,8]	[85,7-90,5]	[65,9-71,9]	[52,1-64,1]	[72,0-75,8]
Keveset/nagyon keveset	13,3	29,9	53,3	30,2	1,7	31,1	41,8	26,1
	[11,1-15,9]	[27,3-32,6]	[48,7-57,9]	[28,2-32,2]	[9,5-14,3]	[28,1-34,1]	[35,9-47,9]	[24,2-28,0]

4.1.2. Dohányzás

A felmérés eredményei szerint (lásd 2. táblázat) a nők 27,9%-a, a férfiak 40,5%-a dohányzik. Többségük napi rendszerességgel rágyújt: a nők csaknem negyede (24,6%), a férfiaknak több mint harmada (36,9%). Erős dohányosnak tekinthető, azaz naponta legalább 20 szál cigarettát elszív a nők tizede és a férfiak csaknem negyede. Alkalmi dohányosok mindkét nemből leginkább a legfiatalabb korcsoportban fordulnak elő: a 18-34 év közötti nők 5,1%-a, a férfiak 6,4%-a tartozott ebbe a kategóriába. A férfiak körében a jelenleg dohányzók mellett igen jelentős azoknak az aránya is, akik valaha dohányoztak, de már leszoktak: az idős férfiaknak például a fele, a középkorúaknak pedig több mint negyede. A nőknél valamivel kisebb a leszokottak aránya, de közülük is minden nyolcadik (12,4%) ide tartozik. Soha nem dohányzott a nők több mint fele (59,8%), a férfiaknak több mint harmada (35%). A nőknél jelentős eltérés

figyelhető meg ebben a csoportban az életkor szerint: míg a fiatalok és a középkorúak nagyjából hasonló arányban (52 ill. 52,3%) szerepelnek a soha nem dohányzók között, addig az idős nők 86,6%-a tartozik ebbe a kategóriába. A férfiaknál nem figyelhető meg hasonló kapcsolat az életkorról, sőt, ott éppen a legfiatalabbak között a legmagasabb a soha nem dohányzók aránya (41,4%).

2. Táblázat: A dohányzási kategóriák százalékos megoszlása nem és korcsoport szerinti bontásban

Dohányzás	Nő				Férfi			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
Soha nem dohányzott	52 [48,2-55,7]	52,3 [49,6-54,9]	86,6 [83,4-89,3]	59,8 [57,7-61,8]	41,4 [37,9-44,9]	30,9 [28,2-33,7]	34,2 [29,4-39,4]	35 [33,0-37,0]
Leszokott	10,4 [8,4-13,0]	15,7 [13,7-17,8]	7,6 [5,8-10,1]	12,4 [11,0-13,9]	9,2 [7,3-11,4]	27,3 [24,7-30,1]	49,6 [44,2-55,0]	24,5 [22,6-26,4]
Alkalmi dohányos	5,1 [3,8-6,6]	3,5 [2,6-4,7]	0,4 [0,1-1,3]	3,3 [2,7-4,0]	6,4 [4,6-8,9]	2,8 [2,0-3,9]	0,3 [0,0-2,1]	3,6 [2,9-4,6]
Rendszeres napi <20	18,6 [16,2-21,3]	17,5 [15,6-19,6]	2,8 [1,7-4,5]	14,6 [13,3-16,0]	18,8 [16,3-21,6]	12,1 [10,2-14,3]	9 [6,4-12,6]	13,9 [12,5-15,4]
Rendszeres napi >20	13,9 [11,7-16,5]	11 [9,5-12,8]	2,5 [1,5-4,1]	10 [9,0-11,1]	24,3 [21,2-27,6]	26,9 [24,3-29,7]	6,9 [4,6-10,0]	23 [21,1-25,0]

A dohányosok fele saját bevallása szerint ugyanannyit dohányzik, mint két évvel a kérdezést megelőzően. A nők csaknem harmada, a férfiak negyede esetében csökkent az elfüstölt cigarettamennyiség, míg mindkét nemben csaknem ugyanakkora arányban (a nők 17,7%-a és a férfiak 18,4%-a) állították, hogy több cigarettát szívnak (lásd 3. táblázat). Mind a férfiaknál, mind a nőknél a legfiatalabb korcsoportba tartozók közül növelték leginkább a cigarettafogyasztást (a férfiak több mint ötöde, a nők csaknem negyede). A csökkentők között a férfiaknál a legidősebbek (38,8%) aránya volt a legmagasabb, a nőknél viszont nincs számottevő különbség a korcsoportok között.

3. Táblázat: A dohányzás mennyiségének változása a 2 évvel ezelőttihez képest, nem és korcsoport szerinti bontásban

	Nő				Férfi			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
Akkor még nem dohányzott	1,5 [0,6-3,6]	1,5 [0,7-3,3]	0	1,4 [0,8-2,5]	2,9 [1,6-5,3]	1,5 [0,8-3,0]	1,7 [0,2-10,9]	2,1 [1,3-3,3]
Kevesebbet	32 [26,9-37,4]	31,2 [27,3-35,4]	27,4 [14,9-45,0]	31,3 [28,1-34,8]	22,8 [18,8-27,2]	22,5 [19,1-26,4]	38,8 [27,2-52,0]	23,6 [21,0-26,5]
Ugyanannyit	43,3 [37,2-49,6]	52,9 [48,4-57,5]	61,2 [42,2-77,3]	49,5 [46,0-53,1]	52,9 [47,5-58,2]	59 [54,6-63,3]	48,8 [35,5-62,2]	55,9 [52,5-59,2]
Többet	23,2 [19,1-27,9]	14,3 [11,2-18,2]	11,4 [4,4-26,6]	17,7 [15,3-20,3]	21,5 [17,6-25,9]	16,9 [13,9-20,5]	10,8 [4,9-21,9]	18,4 [16,0-21,1]

A valaha dohányzók (a jelenlegi dohányosok és a leszokottak együtt) körében megvizsgáltuk a rendszeres dohányzás kezdetére jellemző életkort. Az elemzéshez a felnőtt lakosságot tízéves korcsoportokra bontottuk. Megállapítható, hogy a valaha dohányzók nagy többsége 18 éves koráig szokott rá a dohányzásra, azonban az egyes korcsoportok között jelentős különbségek fedezhetők fel. A nők esetében például a 18-29 év közöttiek több mint háromnegyede, míg a 60-69 év közöttieknek csak kevesebb mint negyede szokott rá a dohányzásra 19 éves kora előtt. A férfiaknál is megfigyelhető a fiatalok és az idősek eltérő arányszáma, de ebben az esetben

mérsékeltőbb a különbség: a 18-29 év közöttiek 78,5%-a, a 60-69 év közöttieknek 59,7%-a kezdte a rendszeres dohányzást legfeljebb 18 éves korában (lásd 4. táblázat).

4. Táblázat: A rendszeres dohányzás kezdetére jellemző életkor a valaha dohányzók körében, nem és korcsoport szerinti bontásban

Hány évesen kezdett el rendszeresen dohányozni?	Nő					Férfi				
	18-29 év	30-39 év	40-49 év	50-59 év	60-69 év	18-29 év	30-39 év	40-49 év	50-59 év	60-69 év
0-14 éve	13,5 [9,9-18,1]	12,3 [8,4-17,7]	7,2 [4,6-11,0]	5,6 [3,1-9,8]	3,9 [1,5-9,8]	13,2 [9,9-17,4]	16,7 [12,0-22,6]	14,3 [10,9-18,6]	14,5 [10,6-19,6]	17,7 [12,3-24,6]
15-16 éve	29,1 [23,9-35,0]	24 [18,6-30,4]	19,7 [15,5-24,8]	13 [8,9-18,5]	7,7 [3,8-14,8]	29,2 [24,4-34,6]	25,9 [20,5-32,1]	24,1 [19,4-29,4]	21,5 [17,0-26,9]	20,9 [15,1-28,1]
17-18 éve	33,7 [28,0-39,9]	28 [22,7-33,9]	31,9 [26,1-38,3]	22,4 [17,1-28,8]	10,7 [6,3-17,8]	36,1 [30,9-41,5]	32,5 [26,7-39,0]	31,9 [27,0-37,2]	32,6 [27,6-37,9]	21,1 [15,6-27,9]
19+ éve	23,7 [18,9-29,3]	35,7 [30,1-41,8]	41,2 [35,1-47,6]	59 [52,8-65,0]	77,7 [69,3-84,4]	21,5 [16,9-26,8]	24,9 [18,9-32,1]	29,7 [24,7-35,2]	31,4 [25,9-37,5]	40,4 [32,6-48,6]

A dohányosok jelentős része (mindkét nemből több mint 40%, lásd 5. táblázat) próbálkozott már leszokással a kérdezést megelőző évben – a jelek szerint eredménytelenül, hiszen a kérdezéskor még mindig dohányosnak vallották magukat. A nőknél mindhárom korcsoportban nagyjából hasonló arányban fordulnak elő a leszokásról próbálkozók, a férfiaknál viszont a legfiatalabbaknak több mint fele (50,8%), míg a legidősebbeknek csak szűk harmada (32,9%) állt ellen sikeresen legalább néhány napig a kísértésnek, hogy rágyújtson.

5. Táblázat: Leszokási kísérlet a kérdezést megelőző 12 hónapban a dohányosok körében, nem és korcsoport szerinti bontásban

Leszokási kísérlet az elmúlt hónapban	Nő				Férfi			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
Igen	41,9 [36,6-47,5]	42,6 [37,9-47,4]	37,4 [23,8-53,2]	42,1 [38,6-45,7]	50,8 [45,1-56,5]	38,7 [34,6-43,0]	32,9 [21,3-47,1]	43,4 [40,0-46,8]
Nem	58,1 [52,5-63,4]	57,4 [52,6-62,1]	62,6 [46,8-76,2]	57,9 [54,3-61,4]	49,2 [43,5-54,9]	61,3 [57,0-65,4]	67,1 [52,9-78,7]	56,6 [53,2-60,0]

Mint az a 2. táblázatból kiderült, a jelenlegi dohányosok magas aránya mellett a nők nyolcada és a férfiak negyede egykori dohányos, azaz régebben cigarettáztak, de már leszoktak a füstölésről. A leszokás természetesen mindenképpen pozitív következményekkel jár az egyén egészségére, de az egyes betegségtípusok eltérnek abból a szempontból, hogy milyen hosszú dohányfüst-mentesség csökkenti le a dohányzás jelentette kockázatot. Ezért megvizsgáltuk, hogy mennyi idő telt el a dohányzástól való leszokás óta.

Mind a férfiak, mind a nők esetében a többség több mint öt éve nem dohányzik már: a férfiak csaknem háromnegyede (73,8%), a nők csaknem kétharmada (60,6%). Nem meglepő, hogy a fiatalok lényegesen alacsonyabb arányban tartoznak a régebb óta leszokottak csoportjába, mint a középkorúak és az idősek: a fiatal nők nem egészen ötöde, a fiatal férfiak harmada, míg a középkorú nők és férfiak háromnegyede, az időseknek pedig mindkét nemből több mint 80%-a mondott le véglegesen a dohányzástól több mint öt éve.

6. Táblázat: A dohányzásról való leszokás óta eltelt időtartam, nem és korcsoport szerinti bontásban

Mikor hagyta abba a dohányzást?	Nő				Férfi			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
Kevesebb mint 2 éve	58,7 [47,9-68,7]	17,5 [12,7-23,7]	7 [2,4-19,0]	26,4 [22,0-31,4]	49,3 [37,8-60,9]	13,2 [9,6-17,8]	4,5 [2,3-8,6]	15,1 [12,3-18,5]
3-5 éve	21,9 [14,6-31,6]	10 [6,7-14,6]	10,5 [4,4-23,1]	13 [10,0-16,8]	16,7 [8,8-29,3]	11,8 [8,6-16,0]	7,3 [4,1-12,4]	11,1 [8,6-14,0]
Több mint 5 éve	19,4 [12,2-29,4]	72,5 [66,0-78,1]	82,5 [69,4-90,7]	60,6 [55,1-65,7]	34 [24,4-45,2]	75 [70,0-79,4]	88,3 [82,7-92,2]	73,8 [70,0-77,3]

Mivel az aktív dohányzás mellett a passzív dohányzás egészségkárosító hatása is bizonyított, ezért azt is megvizsgáltuk, hogy a nemdohányzók milyen mértékben részesülnek mások cigarettázásának áldásaiból. Három lehetséges helyszínre kérdeztünk rá: a munkahelyre, az otthonra illetve a szabadidős tevékenységek helyszínére, amennyiben az nem esik egybe az otthonnal. Ezt az elemzést 65 év alattiakra korlátoztuk mindhárom felmerült helyszín esetében, illetve a munkahelyi passzív dohányzás gyakoriságánál végeztünk egy elemzést azokra szűkítve is, akik ténylegesen munkahellyel rendelkeztek.

Az elemzés eredményei szerint megállapítható, hogy a 65 év alatti nemdohányzó nők több mint tizede, a nemdohányzó férfiaknak pedig csaknem negyede szívja mások dohányfüstjét a munkahelyén. Ha leszűkítjük az elemzést a ténylegesen dolgozókra, még magasabb gyakorisággal szembesülünk: a nemdohányzó nők csaknem ötöde (19,2%), a férfiaknak pedig majdnem harmada (29,4%) munkahelyi passzív dohányos. Otthonukban a nők 12,1%-a, a férfiak 10,3%-a részesül családtagjai cigarettázásából. A szabadidős passzív dohányzás a nemdohányzó nők csaknem hatodát, míg a nemdohányzó férfiak kis háján harmadát érinti, de ebben az esetben jelentős eltérés mutatkozik az egyes korcsoportok között: a legfiatalabb (jelen elemzésben a 18-24 év közötti) nők csaknem fele (43%), a férfiak több mint fele (56,3%) passzív dohányos, míg a 45-64 év közötti nőknek csak 6,1%-a, az ugyanezen korcsoportba tartozó férfiaknak pedig 20,5%-a.

7. Táblázat: Passzív dohányzás helyszíneik szerint a nemdohányzók körében, nem és korcsoport szerinti bontásban

Passzív dohányzás	Nő				Férfi			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
Munkahely	13,6 [9,5-19,2]	14,1 [11,1-17,8]	8,3 [6,4-10,6]	11,3 [9,6-13,2]	26,4 [20,1-33,8]	29,4 [25,1-34,2]	14,1 [11,3-17,5]	22,4 [19,9-25,2]
Otthon	20,7 [15,5-27,1]	10,8 [8,3-13,9]	10,7 [8,7-13,0]	12,1 [10,5-13,8]	18,1 [12,3-25,8]	10,2 [7,6-13,5]	7,8 [5,7-10,6]	10,3 [8,6-12,2]
Szabadidő otthonon kívül	43 [35,8-50,6]	17,6 [14,6-21,1]	6,1 [4,5-8,2]	15,6 [13,9-17,6]	56,3 [47,6-64,7]	28,6 [24,3-33,2]	20,5 [16,8-24,7]	28,9 [25,9-32,1]

Amellett, hogy a felnőtt magyar férfiak nagyobb arányban dohányoznak a nőknél, a passzív dohányzás is gyakoribb a nemdohányzó férfiak körében, mint a nemdohányzó nőknél. Összességében a nemdohányzó nők majdnem harmada (31,9%), a férfiaknak viszont csaknem fele (47,4%) passzív dohányos. A férfiaknál ez az arány még a legidősebeknél is magasabb (36,1%) mint a nők átlagánál. Mindkét nemen belül kiemelkedő a 18-24 évesek magas részvételi hányada a passzív dohányzásban: a fiatal nők 60,1%-a, a fiatal férfiak 70,9%-a szívja mások dohányfüstjét. A fiatal nők 2,5%-a, a fiatal férfiak 5,2%-a mindhárom vizsgált

helyszínen, azaz munkahelyén, otthonában és szabadidejében egyaránt részesül a munkatársak-családtagok, barátok-ismerősök cigarettafüstjéből (lásd 8. táblázat).

8. Táblázat: *Passzív dohányzás helyszínek száma szerint a nemdohányzók körében, nem és korcsoport szerinti bontásban*

Hány helyszínen érintettek?	Nő				Férfi			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
0	39,8	65,8	78	68	29,1	48,9	64	52,6
	[32,6-47,6]	[61,6-69,7]	[74,9-80,8]	[65,6-70,4]	[22,4-36,8]	[44,4-53,4]	[59,5-68,1]	[49,5-55,8]
-1	45,5	26,5	19,1	25,6	46,2	35,8	30,7	35
	[37,7-53,5]	[23,1-30,2]	[16,3-22,2]	[23,4-27,9]	[38,3-54,3]	[31,7-40,1]	[26,6-35,0]	[32,3-37,9]
-2	12,1	7,1	2,8	5,7	19,5	13,6	4,4	10,5
	[8,0-18,0]	[5,2-9,4]	[1,8-4,2]	[4,6-7,1]	[13,8-26,8]	[10,6-17,3]	[2,8-6,8]	[8,7-12,6]
-3	2,5	0,6	0,1	0,6	5,2	1,7	1	1,9
	[1,1-5,9]	[0,2-1,7]	[0,0-0,9]	[0,3-1,3]	[2,5-10,4]	[0,9-3,4]	[0,4-2,6]	[1,2-2,9]

4.1.3. Alkoholfogyasztás

A nők csaknem kétharmada, a férfiaknak pedig több mint negyede állította, hogy nem szokott alkoholt fogyasztani (lásd 9. táblázat). Mindkét nemből a legidősebb korosztály tagjai tartoztak a legnagyobb arányban ebbe a kategóriába: a 65 év feletti nők több mint háromnegyede, a 65 év feletti férfiaknak több mint 40%-a. Az alkalmi fogyasztók aránya nagyjából megegyezik a két nemből: a nők valamivel több, a férfiaknak valamivel kevesebb, mint negyede iszik alkalmanként alkoholtartalmú italokat. Mindkét nemnél a fiatalok közül tartoznak a legtöbben ebbe a kategóriába: valamivel több, mint harmaduk alkalmi alkoholfogyasztó, míg a középkorúaknak csak a negyede (nők), illetve ötöde (férfiak), az időseknek pedig hetede (nők), illetve tizede (férfiak). Mértékletes alkoholfogyasztónak tekinthető a nők 7,7%-a és a férfiak 31,3%-a, mindkét nemből a középkorúaknál figyelhető meg a legmagasabb arány: a nők 10%-a, a férfiak 36,3%-a tartozik ebbe a csoportba. Az önbevallott alkoholfogyasztás alapján nagyívónak minősíthető a nők 2,5%-a és a férfiak 17,7%-a.

9. Táblázat: *Az alkoholfogyasztási kategóriák százalékos megoszlása nem és korcsoport szerinti bontásban*

Alkoholfogyasztás	Nő				Férfi			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
Nem fogyaszt	57	59,1	76,4	62,2	29,6	22,9	41,1	27,9
	[53,3-60,6]	[55,8-62,2]	[72,3-80,0]	[59,8-64,6]	[26,4-33,0]	[20,3-25,6]	[35,3-47,2]	[25,8-30,0]
Alkalmi fogyasztó	36,3	28,2	14,1	27,5	34,5	19,2	10,4	23,2
	[32,8-39,9]	[25,7-30,9]	[11,3-17,6]	[25,6-29,6]	[30,8-38,3]	[17,0-21,5]	[7,5-14,4]	[21,5-24,9]
Mértékletes	4,8	10	6,7	7,7	24,4	36,3	29,7	31,3
	[3,4-6,7]	[8,4-11,8]	[4,8-9,2]	[6,8-8,8]	[21,3-27,8]	[33,4-39,4]	[24,5-35,6]	[29,2-33,4]
Nagyívó	1,9	2,7	2,9	2,5	11,5	21,6	18,7	17,7
	[1,1-3,2]	[1,9-3,8]	[1,7-4,7]	[1,9-3,3]	[9,4-14,1]	[19,1-24,4]	[14,3-24,1]	[16,0-19,6]

Az alkoholfogyasztást nemcsak a pontosan elfogyasztott mennyiség szerint elemeztük, hanem azt is megvizsgáltuk, hogy akik a saját bevallásuk szerint fogyasztottak alkoholt, azok esetében milyen gyakorisággal fordult elő a problémás ivás (erről tanúskodik a 10. táblázat és a 11. táblázat). Figyelemre méltó, hogy a nem absztinens férfiak nyolcadával (12,5%) előfordul, hogy gyakrabban fogyaszt alkoholt, mint szeretné (a középkorú férfiak közül minden hatodik

(16,4%) képtelen ellenállni a kísértésnek). Hozzájuk képest elenyésző a hasonló problémát bevalló nők aránya: mindössze 3,7%. A nőknél is a középkorúak esetében a legmagasabb ez az arány, de a férfiakkal összehasonlítva még ez is meglehetősen alacsony, csupán 5%. A férfiak 11%-ával az is megesik, hogy több alkoholt fogyaszt, mint amennyit szeretett volna. A nőknek csak 3,6%-a számolt be hasonló „élményről”. Az előző két problémánál jelentősen alacsonyabb arányban fordul elő mindkét nem esetében, hogy ha egyszer elkezdte az ivást, akkor nem képes abbahagyni: a férfiak 6,3%-a, míg a nők 1,4%-a vallott magáról ekképpen.

10. Táblázat: Problémás ivás a férfiak körében, korcsoport szerinti bontásban

Férfiak	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
<i>Gyakrabban fogyaszt alkoholt, mint szeretné</i>	8,1 [5,9-11,1]	16,4 [14,0-19,2]	7,4 [4,3-12,4]	12,5 [11,0-14,3]
<i>Több alkoholt fogyaszt, mint amennyit éppen szeretne</i>	8,8 [6,7-11,5]	13,2 [10,9-15,8]	7,8 [4,5-13,1]	11,0 [9,5-12,8]
<i>Nem képes abbahagyni az ivást, ha egyszer elkezdte</i>	3,9 [2,5-5,9]	8,7 [6,9-11,0]	2,3 [0,9-6,0]	6,3 [5,2-7,7]

11. Táblázat: Problémás ivás a nők körében, korcsoport szerinti bontásban

Nők	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
<i>Gyakrabban fogyaszt alkoholt, mint szeretné</i>	2,7 [1,3-5,4]	5,0 [3,4-7,4]	1,2 [0,2-7,8]	3,7 [2,7-5,2]
<i>Több alkoholt fogyaszt, mint amennyit éppen szeretne</i>	3,5 [1,9-6,2]	4,2 [2,8-6,3]	1,2 [0,2-7,9]	3,6 [2,6-5,0]
<i>Nem képes abbahagyni az ivást, ha egyszer elkezdte</i>	1,4 [0,5-3,7]	1,7 [0,8-3,3]	0,0	1,4 [0,8-2,4]

Az alkoholfogyasztás kóros mértékével kapcsolatban az is jelzésértékű lehet, ha kívülállók úgy vélekednek valakiről, hogy túl sokat iszik. Nos, az alkoholt fogyasztó férfiak tizedéről (10,1%), a középkorú férfiak nyolcadáról (12%) a barátai azt gondolták, hogy kevesebb alkoholt kellene fogyasztania, a nőknek csak 3,3%-áról. Valaki közelálló személy kritizálta az alkoholfogyasztás miatt a férfiak hatodát (16,8%), a középkorú férfiaknak pedig több mint ötödét (21,2%), míg a nők 4,8%-át (a középkorúak esetében volt itt is a legmagasabb az arány: 5,6%). Az orvos csak a kérdezettek töredékét figyelmeztette arra, hogy túl sok alkoholt iszik (a férfiak 4,4%-át és a nők 0,8%-át), miként a munkatársak sem voltak túl kritikusak: a férfiak 1,7%-át és a nők 0,6%-át bíralták kollégái az alkoholfogyasztás miatt. A férfiak 3,4%-a és a nők 0,3%-a esetében a párkapcsolatuk is megsínylette az alkohollal ápoltság szoros kapcsolatát: ekkora arányban vallották azt, hogy partnerük elhagyta őket vagy legalábbis fenyegetőzött a szakítással az alkoholfogyasztás miatt. A részletes eredményeket a 12. táblázat és a 13. táblázat mutatja be.

12. Táblázat: Külső személyek jelzései az alkoholfogyasztás túlzott mértékéről a férfiak körében, korcsoportos bontásban

Férfiak	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
<i>Barátai azt gondolták, hogy kevesebb alkoholt kellene innia</i>	8,1 [6,0-10,8]	12,0 [9,9-14,6]	7,3 [4,2-12,5]	10,1 [8,6-11,8]
<i>Közeli személy kritizálta az alkoholfogyasztás miatt</i>	12,7 [10,0-16,1]	21,2 [18,5-24,1]	8,3 [5,0-13,4]	16,8 [14,9-18,8]
<i>Figyelmeztette az orvos, hogy túl sok alkoholt iszik</i>	1,0 [0,5-2,4]	6,7 [5,1-8,7]	3,6 [1,7-7,4]	4,4 [3,4-5,6]
<i>A munkatársai kritizálták az alkoholfogyasztás miatt</i>	2,0 [1,0-3,9]	1,9 [1,1-3,0]	0,0	1,7 [1,1-2,5]
<i>Házastársa/élettársa/partnere elhagyta vagy fenyegetőzött a szakítással az alkoholfogyasztás miatt</i>	3,1 [1,8-5,3]	3,8 [2,7-5,4]	2,6 [1,1-6,3]	3,4 [2,5-4,6]

13. Táblázat: Külső személyek jelzései az alkoholfogyasztás túlzott mértékéről a nők körében, korcsoportos bontásban

Nők	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
<i>Barátai azt gondolták, hogy kevesebb alkoholt kellene innia</i>	3,3 [1,8-5,9]	3,1 [1,8-5,2]	4,2 [1,7-9,8]	3,3 [2,2-4,9]
<i>Közeli személy kritizálta az alkoholfogyasztás miatt</i>	3,7 [2,0-6,8]	5,6 [4,0-7,9]	4,5 [1,9-10,4]	4,8 [3,6-6,6]
<i>Figyelmeztette az orvos, hogy túl sok alkoholt iszik</i>	0,6 [0,1-2,5]	0,4 [0,1-1,7]	2,6 [0,9-7,7]	0,8 [0,4-1,6]
<i>A munkatársai kritizálták az alkoholfogyasztás miatt</i>	0,6 [0,2-2,6]	0,4 [0,1-1,7]	1,0 [0,1-6,5]	0,6 [0,2-1,4]
<i>Házastársa/élettársa/partnere elhagyta vagy fenyegetőzött a szakítással az alkoholfogyasztás miatt</i>	0,6 [0,1-2,5]	0,0	0,9 [0,1-6,1]	0,3 [0,1-1,0]

Az alkoholfogyasztásnak nemcsak az egészség szempontjából lehetnek káros hatásai, ezért néhány lehetséges egyéb negatív következmény gyakoriságát is elemeztük a szeszesitalokat ivók körében. Általánosságban megállapítható, hogy mind a férfiak, mind a nők esetében a legfiatalabb (18-34 éves) korosztályban fordultak elő a legtöbbszor a vizsgált következmények. Mindkét nemnél a leggyakoribb problémának az bizonyult, hogy az illető megbánt valamit, amit mondott vagy tett az alkoholfogyasztást követően: a felmérést megelőző évben az alkoholt fogyasztó férfiak csaknem harmadával (31,4%), míg az alkoholt fogyasztó nők hatodával (16%) esett ez meg. Ugyancsak gyakorinak tekinthető, hogy az alkoholfogyasztás vitába, veszekedésbe torkollott: a férfiak közel ötöde (18,9%), míg a nők közül minden tizenötödik (6,6%), de a legfiatalabb korcsoportba tartozó hölgyek közül már minden kilencedik számolt be erről. A nőknél a többi vizsgált következmény meglehetősen ritkán fordult elő, viszont említést érdemel még, hogy a fiatal férfiak kilencedének (11,2%) alkoholfogyasztást követően megsérült a ruházata vagy valamilyen tárgya, minden tizenegyedikük (9,1%) pedig pénzt vagy valamilyen értéktárgyat veszített el. Minden huszadik (5,1%) nem absztinens férfi legalább egyszer a volán mögé ült ittasan a felmérést megelőző egy évben (a fiatal férfiak közül minden tizenötödik, 6,7%). A fiatal férfiak 5,4%-ánál verekedéshez, 4,6%-ánál pedig sérüléshez vagy balesethez vezetett az alkoholfogyasztás. Az eredményeket részletesen a 14. táblázat és a 15. táblázat mutatja be.

14. Táblázat: Az alkoholfogyasztás negatív következményei a férfiak körében, korcsoportos bontásban

Férfiak	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
Vita, veszekedés	20,6 [17,2-24,5]	20,2 [17,6-23,1]	8,3 [5,1-13,2]	18,9 [17,0-21,0]
Verekedés	5,4 [3,6-8,1]	1,2 [0,6-2,1]	0,0	2,5 [1,8-3,5]
Sérülés vagy baleset	4,6 [3,0-6,9]	3,0 [2,0-4,4]	1,1 [0,3-4,3]	3,3 [2,5-4,3]
Pénz vagy más értéktárgyak elvesztése	9,1 [6,9-11,9]	5,0 [3,6-6,9]	1,0 [0,2-3,9]	5,9 [4,8-7,4]
Ruházat vagy valamilyen tárgy megsérülése	11,2 [8,7-14,3]	3,6 [2,5-5,1]	1,0 [0,3-4,1]	5,9 [4,8-7,2]
Ittas vezetés	6,7 [4,8-9,3]	5,3 [3,9-7,1]	0,0	5,1 [4,1-6,4]
Megbánt valakit, amit mondott vagy tett	37,8 [33,6-42,1]	31,0 [27,7-34,6]	14,8 [10,2-21,1]	31,4 [29,2-33,8]

15. Táblázat: Az alkoholfogyasztás negatív következményei a nők körében, korcsoportos bontásban

Nők	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
Vita, veszekedés	11,1 [8,2-14,7]	4,9 [3,3-7,2]	2,3 [0,7-7,4]	6,6 [5,3-8,3]
Verekedés	0,7 [0,2-2,9]	0,6 [0,2-1,8]	0,0	0,5 [0,2-1,3]
Sérülés vagy baleset	1,1 [0,3-3,2]	0,6 [0,2-1,7]	0,0	0,7 [0,3-1,6]
Pénz vagy más értéktárgyak elvesztése	2,9 [1,6-5,4]	2,9 [1,7-5,0]	1,0 [0,1-7,0]	2,7 [1,8-3,9]
Ruházat vagy valamilyen tárgy megsérülése	2,8 [1,5-5,3]	1,5 [0,7-3,1]	0,0	1,8 [1,1-2,9]
Ittas vezetés	1,7 [0,7-4,1]	0,2 [0,0-1,3]	0,0	0,7 [0,3-1,5]
Megbánt valakit, amit mondott vagy tett	23,5 [19,4-28,1]	13,6 [10,9-16,7]	6,6 [3,3-12,9]	16,0 [13,9-18,4]

Az alkoholfogyasztás esetleges motivációjának megértésében segíthet, ha szemügyre vesszük, milyen pozitív élményekről számoltak be a kérdezettek a szeszesitalok fogyasztásával kapcsolatban. Hasonlóan a negatív következményekhez, ebben az esetben is a fiatalok számoltak be legnagyobb gyakorisággal a vizsgált pozitív következményekről. Mindkét nemnél kiemelt jelentősége volt az alkoholnak abban, hogy segítséget nyújtott a jó szórakozásban: a férfiak fele (49,5%) – a fiatal férfiak 60,7%-a – , míg a nők harmada (32,2%) – a fiatal nők több mint fele (51,8%) állította ezt magáról. A férfiak harmadát (35,6%), a nők negyedét (23%) segítették a szeszesitalok abban, hogy feloldódjanak mások társaságában, illetve megszabaduljanak gátlásaiktól. A férfiak ugyancsak közel harmada (31%), a nőknek pedig hatoda (16,7%) (a fiatal nők negyede-25,4%) vélte úgy, hogy az alkoholfogyasztás következtében szórakoztatóbbá, szellemesebbé válik. A férfiak 17,2%-a, a nőknek pedig 11%-a szerint az alkohol hozzájárul ahhoz, hogy jobban képesek kifejezni az érzéseiket, mint

általában. Minden hatodik férfi (15,7%), illetve a nők 8%-a szerint segített az alkohol jobban megismerni valakit, míg a másik nemhez való közelebb kerülést a férfiak 9,1%-a, a nők 4,7%-a esetében könnyítette meg az ivás. Említésre méltó még, hogy a középkorú férfiak 6,3%-ának segített az alkohol a közelállókkal, míg 5,7%-uknak a munkájával kapcsolatos problémáit megoldani. A részletes eredményeket a 16. táblázat és a 17. táblázat mutatja be.

16. Táblázat: Az alkoholfogyasztás pozitív következményei a férfiak körében, korcsoportos bontásban

Az alkohol segített...	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
<i>megoldani a közelállókkal kapcsolatos problémáit</i>	3,3 [2,0-5,4]	6,3 [4,8-8,1]	3,4 [1,6-6,9]	4,9 [3,9-6,1]
<i>jobban kifejezni az érzéseit, mint általában</i>	20,0 [16,6-23,9]	16,9 [14,5-19,7]	10,6 [6,9-15,9]	17,2 [15,4-19,3]
<i>közelebb kerülni valakihez a másik nem képviselői közül</i>	13,6 [11,0-16,8]	7,6 [5,8-9,7]	2,6 [1,1-6,3]	9,1 [7,8-10,6]
<i>megoldani a munkájával kapcsolatos problémáit</i>	2,6 [1,6-4,3]	5,7 [4,3-7,6]	2,1 [0,8-5,5]	4,2 [3,3-5,4]
<i>szórakoztatóbbnak, szellemesebbnek lenni</i>	37,4 [32,6-42,4]	29,3 [26,2-32,5]	19,9 [14,7-26,4]	31,0 [28,5-33,6]
<i>mások társágában feloldódni, megszabadulni a gátlásoktól</i>	42,2 [37,6-46,9]	35,2 [32,0-38,6]	17,6 [12,6-24,0]	35,6 [33,0-38,3]
<i>jobban megismerni valakit</i>	17,0 [14,0-20,5]	16,5 [14,0-19,3]	8,4 [5,0-13,7]	15,7 [14,0-17,7]
<i>jól szórakozni</i>	60,7 [55,7-65,5]	48,0 [44,5-51,5]	23,7 [17,1-31,8]	49,5 [46,8-52,3]

17. Táblázat: Az alkoholfogyasztás pozitív következményei a nők körében, korcsoportos bontásban

Az alkohol segített...	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
megoldani a közelállókkel kapcsolatos problémáit	1,7 [0,7-3,7]	2,9 [1,7-5,1]	5,8 [2,4-13,2]	2,9 [1,9-4,3]
jobban kifejezni az érzéseit, mint általában	17,9 [14,0-22,7]	8,0 [5,9-10,7]	5,2 [2,2-11,8]	11,0 [9,2-13,1]
közelebb kerülni valakihez a másik nem képviselői közül	10,5 [7,4-14,7]	1,9 [1,0-3,6]	0,9 [0,1-6,0]	4,7 [3,5-6,2]
megoldani a munkájával kapcsolatos problémáit	2,2 [0,9-5,6]	0,8 [0,3-2,1]	2,0 [0,5-7,9]	1,5 [0,8-2,6]
szórakoztatóbbnak, szellemesebbnek lenni	25,4 [20,3-31,3]	12,3 [9,8-15,4]	11,7 [6,3-20,5]	16,7 [14,2-19,5]
mások társágában feloldódni, megszabadulni a gátlásoktól	36,4 [31,4-41,8]	18,3 [15,0-22,1]	7,1 [3,6-13,5]	23,0 [20,4-25,8]
jobban megismerni valakit	11,4 [8,2-15,7]	6,3 [4,6-8,6]	5,7 [2,3-13,5]	8,0 [6,4-9,9]
jól szórakozni	51,8 [46,5-57,2]	25,8 [21,6-30,4]	7,1 [3,6-13,3]	32,2 [28,6-35,9]

4.1.4. Testmozgás

Az OLEF2003 eredményei szerint a felnőtt magyar lakosság csaknem 8%-a egyáltalán nem végez testmozgást (az idős nők 20,5%-a és az idős férfiak 18,7%-a!). Azok aránya, akik valamennyit mozognak ugyan, de kevesebbet, mint az ajánlott heti 2,5 óra, hasonló nagyságú: a nők 8,5%-a, a férfiak 7,9%-a tartozik ebbe a kategóriába. Az önbevallott testmozgási időtartamok alapján a lakosság több mint 80%-a megfelelő mennyiségű testmozgást végez, mint ahogyan azt a 18. táblázat mutatja.

18. Táblázat: A testmozgási kategóriák százalékos megoszlása nem és korcsoport szerinti bontásban

Testmozgás kategóriák	Nő				Férfi			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
Egyáltalán nem	3,2 [2,2-4,8]	4,9 [3,8-6,2]	20,5 [17,2-24,2]	7,8 [6,6-9,2]	3 [2,0-4,5]	7,5 [5,9-9,6]	18,7 [14,4-24,1]	7,7 [6,4-9,2]
Nem megfelelő mértékben	6,3 [4,3-9,1]	8,1 [6,6-9,9]	12,5 [9,8-15,9]	8,5 [7,1-10,2]	6 [4,4-8,2]	8 [6,2-10,1]	12,1 [8,7-16,6]	7,9 [6,7-9,4]
Megfelelő mértékben	90,4 [87,3-92,9]	87,1 [84,8-89,0]	67 [62,5-71,2]	83,6 [81,5-85,5]	91 [88,5-92,9]	84,5 [81,8-86,8]	69,1 [63,0-74,6]	84,4 [82,5-86,1]

4.1.5. Testtömeg-index

Felmérésünk eredményei alapján, ahogyan arról a 19. táblázat is tanúskodik, a felnőtt magyar lakosság igen jelentős hányada túlsúllyal küzd: a nők csaknem fele (47,8%), a férfiaknak pedig több mint fele túlsúlyos vagy elhízott. A „súlyos gondok” mindkét nem esetében legnagyobb mértékben a legidősebb korcsoportot érintik: a 65 évnél idősebb nők 61,1%-a, az ugyanezen korosztályba tartozó férfiaknak pedig több mint kétharmada (68,7%) tartozik a túlsúlyos/elhízott kategóriába. A középkorúak sincsenek sokkal elmaradva az idősekre jellemző magas értékektől: több mint felüknek magasabb a testtömege a kívánatosnál (férfiak: 66,1%, nők: 57,3%). A túl magas testtömeg szempontjából a legkevésbé problémás csoportot mindkét nem esetében a fiatalok jelentik, a két nem között azonban jelentős különbség fedezhető fel: a fiatal nőknek alig több mint ötöde (22,4%), a fiatal férfiaknak viszont 42,1%-a túlsúlyos/elhízott. A korosztályok közti különbség az elhízott kategóriában a leginkább szembeszökő: az idős nők több mint háromszor, az idős férfiak pedig csaknem háromszor akkora arányban tartoznak ebbe a kategóriába, mint legfiatalabb társaik.

A fiatal nők esetében éppenséggel egy más jellegű probléma is felfedezhető: több mint tizedüknek (11,1%) a normálnál alacsonyabb a testtömege.

19. Táblázat: A testtömeg-indexkategóriák százalékos megoszlása nemek és korcsoportok szerinti bontásban

Testtömeg index	Nő				Férfi			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
Elhízott	7	22,5	23	18	11,3	22,5	28,9	19,6
	[5,2-9,2]	[20,1-25,1]	[19,5-26,9]	[16,4-19,8]	[9,2-13,9]	[20,2-25,1]	[24,0-34,4]	[18,1-21,3]
Túlsúlyos	15,4	34,8	38,1	29,8	30,8	43,6	39,8	38,7
	[13,1-17,9]	[32,2-37,5]	[33,9-42,4]	[28,1-31,5]	[27,5-34,4]	[40,7-46,5]	[34,1-45,9]	[36,6-40,8]
Normál	66,6	40,1	36,3	47,1	56,2	32,9	29,5	40,4
	[63,4-69,6]	[37,5-42,8]	[32,5-40,3]	[45,2-49,0]	[52,5-59,9]	[30,5-35,4]	[24,4-35,1]	[38,5-42,4]
Sovány	11,1	2,6	2,6	5,1	1,6	1	1,7	1,3
	[9,1-13,5]	[1,8-3,6]	[1,5-4,5]	[4,3-6,0]	[0,9-2,8]	[0,5-1,7]	[0,8-3,8]	[0,9-1,8]

4.2 Összefüggés-elemzések

Az eredmények értelmezéséhez:

A többváltozós elemzés lehetővé 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, „kiszűrve” 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** (kor) csoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhetők az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

4.2.1. Egészségtudatosság

Az összefüggés-elemzés során használt kiindulási modellünkben kimeneti változóként „az egészségéért keveset/semmit sem tehet” versus „az egészségéért sokat/nagyon sokat tehet”, magyarázó változókként pedig a nem, a kor (tízéves korcsoportokban), az iskolázottság, az anyagi helyzet, a foglalkozás, a gazdasági aktivitás, a régiók, a településnagyság, a vallásosság, a társas támogatottság szerepeltek. A modellben azon 4424 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind az egészségtudatosságra, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

Összefüggés-elemzésünk eredményei alapján megállapítható, hogy az egészségtudatosság a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt a korról, az iskolázottsággal, az anyagi helyzettel, a társas támogatottsággal és a régiókkal.

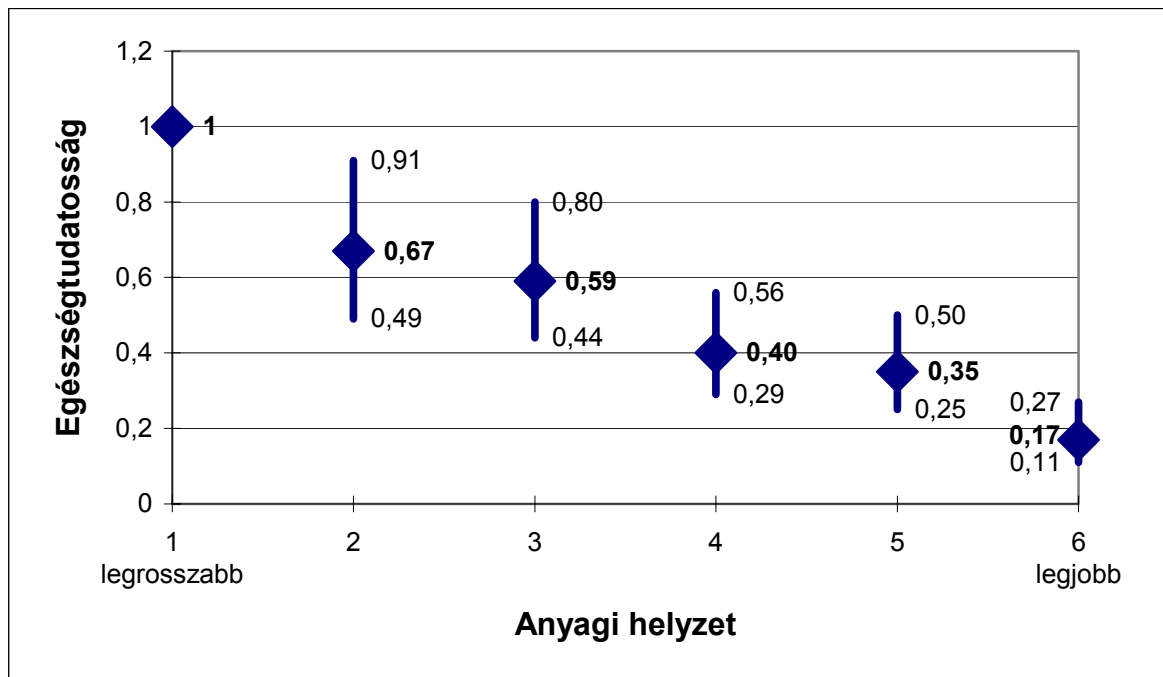
Az eredmények szerint a kor előrehaladtával jelentősen nő annak az esélye, hogy valaki úgy érezze: keveset vagy éppenséggel semmit sem tehet a saját egészségéért. A referenciának tekintett 18-29 év közötti korosztályhoz viszonyítva például a 40-49 éveseknél 2,5, míg a 80 év felettiekénél már 6,5 volt az esélyhányados.

Az iskolázottság szintén befolyásolta az egészségtudatosságot: minél magasabb volt valakinek az iskolai végzettsége, annál kisebb volt az esélye arra, hogy úgy gondolja, keveset tehet az egészségéért. A felsőfokú végzettségűek esetében csak harmada volt az említett esély a legfeljebb nyolc osztályt végzettekhez képest.

Az anyagi helyzet is összefüggést mutatott a vizsgált tényezővel: a jobb anyagi körülmények között élők körében magasabb fokú volt az egészségtudatosság, mint ahogyan azt az 1. ábra is mutatja. A legjobb anyagi helyzetűek esélye arra, hogy vélekedésük szerint keveset/semmit

sem tehetnek az egészségükért, csak 17%-a volt a legrosszabb anyagi helyzetben élők esélyének.

1. ábra: Az egészségtudatosság és az anyagi helyzet összefüggése



A társas támogatottság emelkedése ugyancsak nagyobb egészségtudatossággal járt együtt: a megfelelő mértékű társas támogatottság esetében a vizsgált esélyhányados a súlyos társas támogatottság-hiányban szenvedőkhöz viszonyítva mindössze a fele volt.

Regionális különbségek is megfigyelhetők az egészségtudatosság szempontjából, bár ezek a különbségek csak egy régió, az észak-alföldi esetében voltak szignifikánsak: ott a referenciának tekintett Nyugat-Dunántúllal összehasonlítva mintegy másfélszeres volt az érték.

Az eredményeket részletesen a 20. táblázat mutatja be.

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

Magyarázó tényező	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
KOR			
Referencia: 18-29 év	30-39 év	1,40	0,97 – 2,02
	40-49 év	2,52	1,80 – 3,54
	50-59 év	3,66	2,63 – 5,08
	60-69 év	3,85	2,59 – 5,72
	70-79 év	5,53	3,49 – 8,75
	80-X év	6,46	3,94 – 10,56
ISKOLÁZOTTSÁG			
Referencia: 8 általános	érettségi nélkül	0,82	0,70 – 1,02
	érettségi	0,60	0,48 – 0,74
	felsőfok	0,34	0,24 – 0,48
ANYAGI HELYZET			
Referencia: 1 (legrosszabb)	2	0,67	0,49 – 0,91
	3	0,59	0,44 – 0,80
	4	0,40	0,29 – 0,56
	5	0,35	0,25 – 0,50
	6 (legjobb)	0,17	0,11 – 0,27
TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG			
Referencia: súlyos hiány	kisebb hiány	0,71	0,57 – 0,89
	megfelelő	0,49	0,39 – 0,62
RÉGIÓ			
Referencia: Nyugat-Dunántúl	<i>Dél-Dunántúl</i>	1,41	0,99 – 2,00
	<i>Közép-Dunántúl</i>	1,44	0,95 – 2,17
	<i>Közép-Magyarország</i>	1,18	0,89 – 1,57
	<i>Észak-Magyarország</i>	1,15	0,84 – 1,58
	Észak-Alföld	1,49	1,09 – 2,05
	<i>Dél-Alföld</i>	1,12	0,77 – 1,62

4.2.2. Dohányzás

Az összefüggés-elemzés során használt kiindulási modellünkben kimeneti változóként a rendszeres dohányzás versus nemdohányzás, magyarázó változóként pedig a nem, a kor, az iskolázottság, az anyagi helyzet, a foglalkozás, a gazdasági aktivitás, a régiók, a településnagyság, a vallásosság, a társas támogatottság szerepeltek. A modellből tehát kimaradtak az alkalmi dohányosok, így az elemzésben azon 4287 kérdezett adatait használtuk

⁵ Naponta dohányzók és alkalmi dohányosok együtt

fel, akik esetében mind a dohányzásra, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak. A magyarázó változók esetében vizsgáltuk a nem-kor, nem-iskolázottság illetve a kor-iskolázottság közötti lehetséges interakciókat, emiatt az életkort nem a többi modellben alkalmazott tízéves korcsoportos bontásban, hanem mindössze három csoportra bontva (18-34 év, 35-64 év, 65+ év) használtuk.

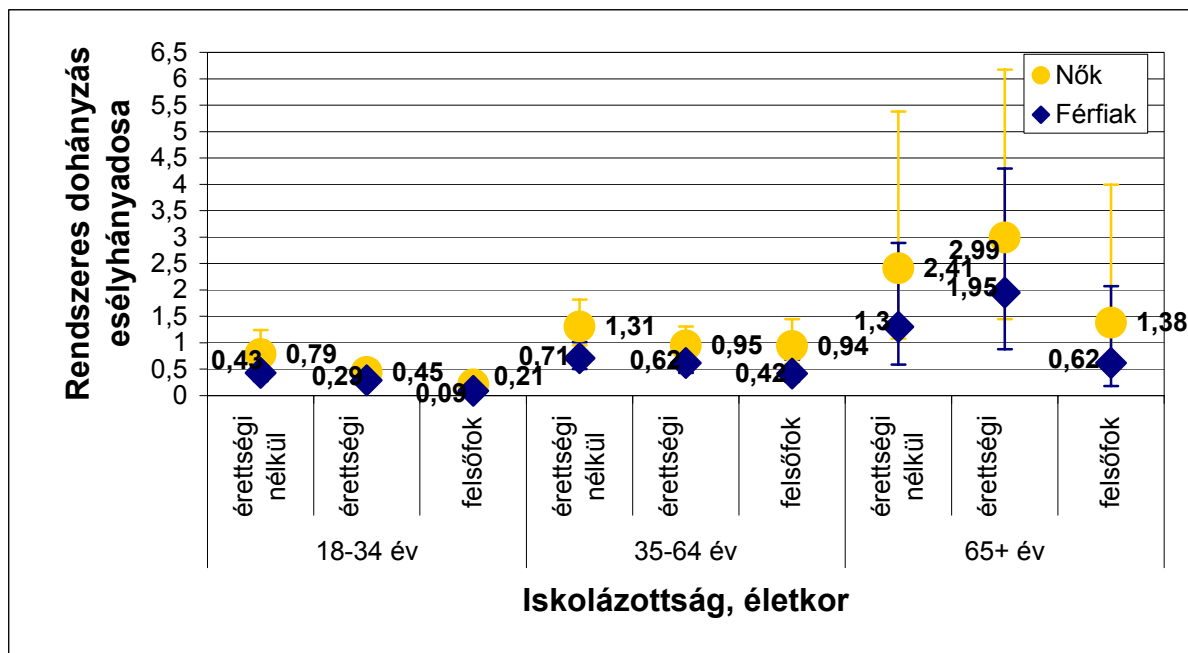
Összefüggés-elemzésünk eredményei alapján megállapítható, hogy a rendszeres dohányzás esélye a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt a nemmel, a korrallal, az iskolázottsággal, az anyagi helyzettel, a vallásossággal és a társas támogatottsággal.

Az összefüggés-elemzés megerősítette, hogy a nők alacsonyabb eséllyel tartoztak a rendszeres dohányosok közé, mint a férfiak, ezt az összefüggést azonban befolyásolta az iskolázottság is: míg a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzett nők esélye a rendszeres dohányzásra kevesebb mint fele (0,45) volt a férfiakénak, addig az érettségizetteknél már csak alig egyharmadnyi a különbség a két nem között. Az érettségi nélküli középiskolát végzetteknek illetve a felsőfokú végzettségűeknek nem volt statisztikailag szignifikáns az eltérés a referenciakategóriába tartozókhoz viszonyítva.

Az életkor és a dohányzás összefüggését szintén befolyásolta az iskolázottság. A legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzetteknek a legfiatalabbak dohányoztak a legnagyobb eséllyel, hozzájuk képest a középkorúak rendszeres dohányzási esélye alig fele, az időseké pedig mindössze egytizede volt. Az érettségi nélküli középiskolát végzetteknek szintén a fiatalok voltak legnagyobb eséllyel a dohányosok, a különbség azonban valamelyest mérsékeltebb a legalacsonyabb iskolázottsági kategóriába tartozókhoz viszonyítva: a középkorúak háromnegyed akkora eséllyel, míg az idősek valamivel kevesebb, mint harmadakkora eséllyel tartoztak a rendszeres dohányosok közé, mint a fiatalok. Az érettségizetteknél tovább csökkent a különbség, az eredmények azonban nem voltak szignifikánsak. Érdekes váltás figyelhető meg viszont a felsőfokú végzettségűeknél: esetükben a középkorúak több mint kétszer akkora eséllyel dohányoztak rendszeresen, mint a fiatalok (az idősekre vonatkozó esélyhányados nem volt szignifikáns).

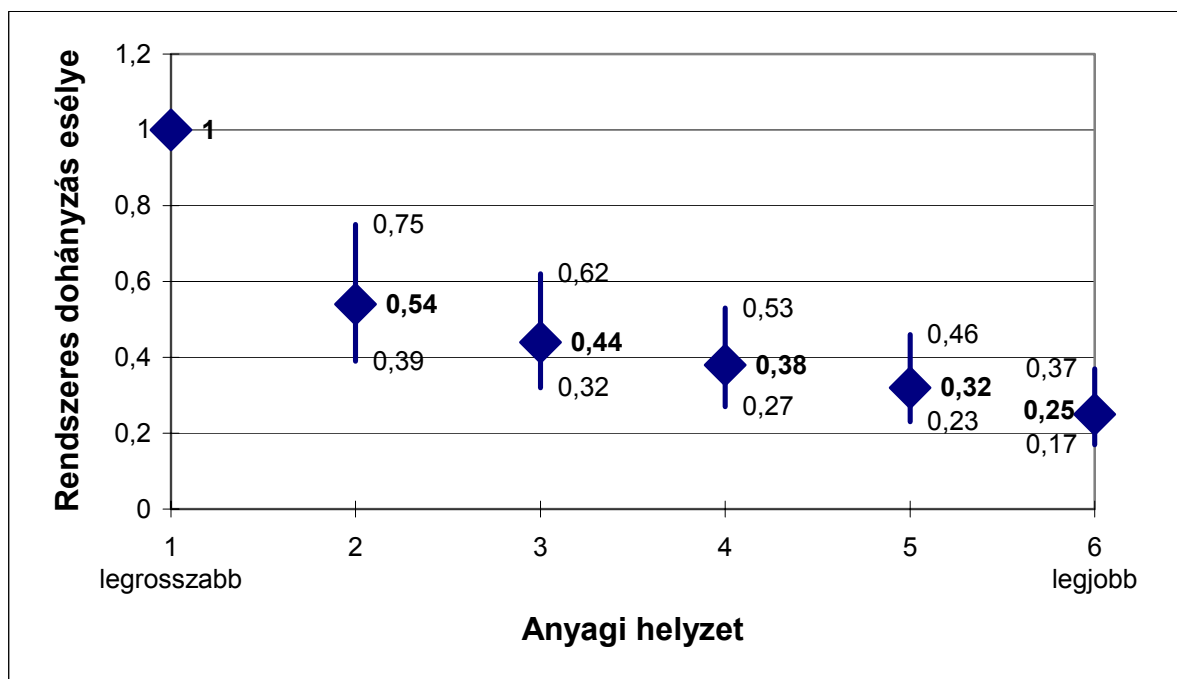
Az iskolázottság tehát mindkét vizsgált tényezővel, a nemmel és az életkorrallal is interakcióban volt, erről tanúskodik a 2. ábra is. A fiatal férfiaknál a referenciának tekintett legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzettek dohányoztak a legmagasabb eséllyel, hozzájuk viszonyítva az érettségi nélküli középiskolát végzettek dohányzási esélye kevesebb mint fele, az érettségizetteké kevesebb mint harmada, míg a felsőfokú végzettségűeké kevesebb mint tizede volt. Az ugyanezen korcsoportba tartozó nőknél szintén hasonló tendencia figyelhető meg, igaz, a különbségek az iskolázottsági kategóriák között kicsit alacsonyabbak: az érettségizetteknél valamivel kevesebb mint fele, a felsőfokú végzettségűeknél pedig az ötöde volt a vizsgált esély a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzettekhez viszonyítva. A középkorú férfiaknál szintén alacsonyabb eséllyel dohányoztak a magasabb iskolai végzettségűek, de valamelyest kisebb volt a csökkenés a legalacsonyabb iskolázottsági kategóriához képest, mint a fiatal férfiaknál: az érettségizetteknél például 40%-kal, míg a felsőfokú végzettségűeknél 60%-kal volt alacsonyabb a rendszeres dohányzás esélye. A középkorú nőknél egyik iskolázottsági kategória sem mutatott statisztikailag jelentős különbséget a legfeljebb 8 osztályt végzettekhez képest. Ugyancsak nem volt szignifikáns az időskorú férfiak egyik iskolázottsági kategóriája sem. Az időskorú nőknél viszont az eddigiekkel ellentétes eredményekre bukkanhatunk: ebben a korosztályban éppenséggel a legalacsonyabb iskolázottságúak dohányoztak a legkisebb eséllyel, hozzájuk viszonyítva az érettségi nélküli középiskolát végzettek majdnem két és félszer, az érettségizettek pedig háromszor akkora eséllyel tartoztak a rendszeres dohányosok közé.

2. ábra: A rendszeres dohányzás és az iskolázottság kapcsolata (interakcióban a nemmel és az életkorral)



Ami az anyagi helyzetet illeti, elemzéseink eredményei szerint a legrosszabb anyagi helyzetben élők tartoztak legnagyobb eséllyel a rendszeres dohányosok közé: minél jobb anyagi helyzetben élt valaki, annál kisebb volt erre az esélye. A második legrosszabb anyagi kategóriába tartozóknál például már csak feleakkora volt az említett esély a legszegényebbekhez viszonyítva, míg a legjobb pénzügyi helyzetben lévőknél már csak negyedakkora, mint azt a 3. ábra is mutatja.

3. ábra: A rendszeres dohányzás és az anyagi helyzet összefüggése



A megfelelő társas támogatottság szintén csökkentette a rendszeres dohányzás esélyét: a társas támogatottság súlyos hiányával küzdőkhöz képest csak háromnegyede volt esetükben a dohányzás esélye.

Végül szót kell ejtenünk a vallásosság szerepéről is: azok, akik nem tartották magukat vallásosnak, kétszer akkora eséllyel dohányoztak, mint azok, akik akár valamelyik egyházhoz kötődve, akár csak „a maguk módján” vallásosnak vallották magukat.

Az eredményeket a 21. táblázat mutatja be részletesen.

21. Táblázat: A rendszeres dohányzás és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényező	Módosító tényezők kategóriái	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány	
NEM					
Referencia: férfi	8 általános	nő	0,45	0,33-0,60	
	<i>érettségi nélkül</i>	<i>nő</i>	<i>0,83</i>	<i>0,63-1,08</i>	
	érettségi	nő	0,69	0,53-0,89	
	<i>felsőfok</i>	<i>nő</i>	<i>1,00</i>	<i>0,65-1,55</i>	
KOR					
Referencia: 18-34 év	8 általános	35-64 év	0,46	0,32-0,66	
		65-X év	0,10	0,06-0,16	
	<i>érettségi nélkül</i>	35-64 év	<i>0,76</i>	<i>0,58-0,99</i>	
		65-X év	0,29	0,13-0,65	
	<i>érettségi</i>	<i>35-64 év</i>	<i>0,97</i>	<i>0,76-1,25</i>	
		<i>65-X év</i>	<i>0,64</i>	<i>0,31-1,33</i>	
	felsőfok	35-64 év	2,03	1,28-3,23	
		<i>65-X év</i>	<i>0,63</i>	<i>0,21-1,84</i>	
ISKOLÁZOTTSÁG					
Referencia: 8 általános	férfi	18-34 év	érettségi	0,43	0,27-0,67
			érettségi	0,29	0,19-0,45
			felsőfokú	0,09	0,05-0,18
		35-64 év	<i>érettségi</i>	<i>0,71</i>	<i>0,50-1,01</i>
			érettségi	0,62	0,43-0,90
			felsőfok	0,42	0,26-0,68
		65-év	<i>érettségi</i>	<i>1,30</i>	<i>0,59-2,89</i>
			<i>érettségi</i>	<i>1,95</i>	<i>0,88-4,30</i>
			<i>felsőfok</i>	<i>0,62</i>	<i>0,18-2,07</i>
	nő	18-34 év	<i>érettségi</i>	<i>0,79</i>	<i>0,51-1,24</i>
			érettségi	0,45	0,30-0,68
			felsőfok	0,21	0,12-0,38
		35-64 év	<i>érettségi</i>	<i>1,31</i>	<i>0,95-1,82</i>
			<i>érettségi</i>	<i>0,95</i>	<i>0,69-1,31</i>
			<i>felsőfok</i>	<i>0,94</i>	<i>0,60-1,45</i>
		65-év	érettségi	2,41	1,08-5,38
			érettségi	2,99	1,45-6,17
			<i>felsőfok</i>	<i>1,38</i>	<i>0,48-3,99</i>
ANYAGI HELYZET					
Referencia: 1 (legrosszabb)			2	0,54	0,39-0,75
			3	0,44	0,32-0,62
			4	0,38	0,27-0,53
			5	0,32	0,23-0,46
			6 (legjobb)	0,25	0,17-0,37
TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG					
Referencia: súlyos hiány			<i>kisebb hiány</i>	<i>1,01</i>	<i>0,78-1,31</i>
			megfelelő	0,76	0,61-0,95
VALLÁSOSSÁG					
Referencia: nem vallásos			vallásos	0,49	0,38-0,62

4.2.3. Alkoholfogyasztás

Az összefüggés-elemzés során használt kiindulási modellünkben kimeneti változóként a nagyívó versus mértékletes ivó/alkalmi alkoholfogyasztó, magyarázó változóként pedig a nem, a kor, az iskolázottság, az anyagi helyzet, a foglalkozás, a gazdasági aktivitás, a régió, a településnagyság, a vallásosság, a társas támogatottság szerepeltek. A modelltől tehát kimaradtak a magukat absztinensnek vallók, így elemzésünkben azon 2281 kérdezett adatait használtuk fel, akik esetében mind az alkoholfogyasztásra, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak. A magyarázó változók esetében vizsgáltuk a nem-kor, nem-iskolázottság illetve a kor-iskolázottság közötti lehetséges interakciókat, emiatt az életkort nem a többi modellben alkalmazott tízéves korcsoportos bontásban, hanem mindössze három csoportra bontva (18-34 év, 35-64 év, 65+ év) használtuk.

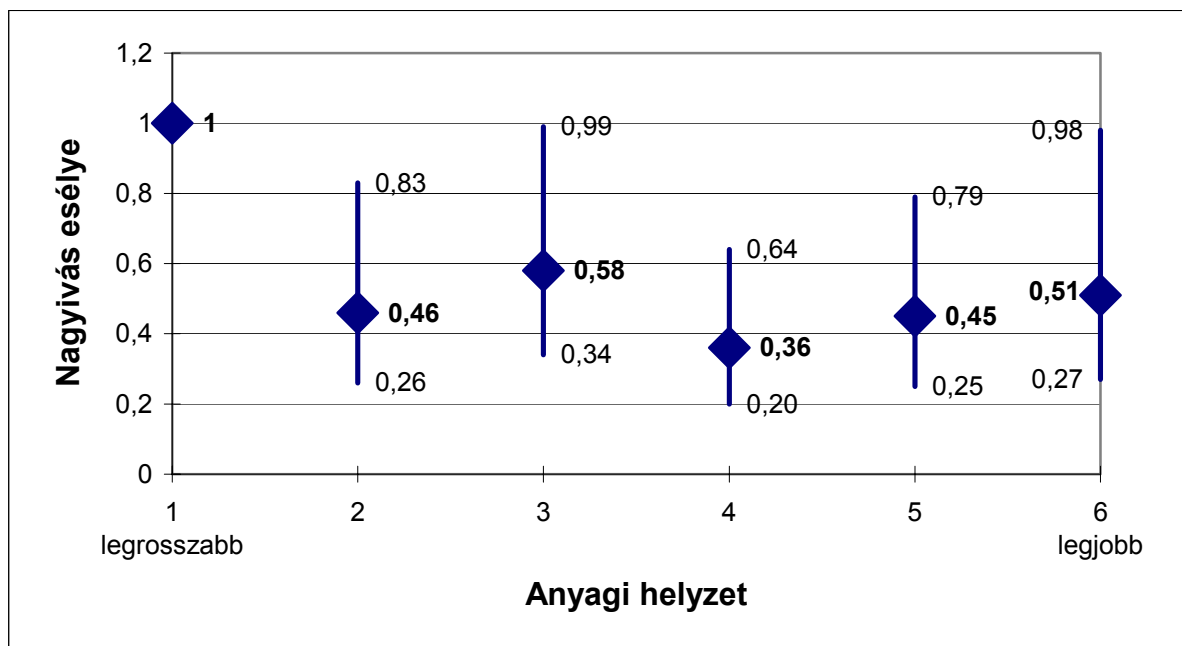
Összefüggés-elemzésünk eredményei alapján megállapítható, hogy a nagyívás esélye a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt a nemmel, az életkorral, az anyagi helyzettel, és a társas támogatottsággal. A vizsgált interakciók esetében nem volt szignifikáns a kapcsolat egyik esetben sem.

Az elemzés eredményei szerint az alkoholt fogyasztó nők kevesebb mint ötödének (0,19) volt esélye arra, hogy a nagyívók és nem a mértékletes/alkalmi ivók közé tartozzon, mint az alkoholfogyasztó férfiaknak.

Az életkor előrehaladtával jelentősen emelkedett a nagyívás esélye: a középkorúak esetében kétszeres, az idősek körében pedig csaknem háromszoros volt a vizsgált esélyhányados a legfiatalabb korosztályhoz viszonyítva.

Az összefüggés-elemzés eredményei alapján az is megállapítható, hogy a legrosszabb anyagi helyzetben élőknek a legnagyobb az esélyük a nagyívásra: hozzájuk viszonyítva az összes többi kategóriában mintegy feleakkora volt a nagyívás esélye (lásd 4. ábra).

4. ábra: A nagyívás és az anyagi helyzet összefüggése



Végül meg kell említenünk, hogy a megfelelő társas támogatottság 40%-kal csökkentette a nagyívás esélyét a társas támogatottság súlyos hiányában szenvedőkhöz viszonyítva.

A részletes eredményeket a 22. táblázat tartalmazza.

23. Táblázat: A nagyívás és a társadalmi-gazdasági tényezők kapcsolata

Magyarázó tényező	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
NEM			
Referencia: férfi	nő	0,19	0,14-0,26
KOR			
Referencia: 18-34 év	35-64 év	1,99	1,48-2,67
	65+ év	2,73	1,5-4,98
ANYAGI HELYZET			
Referencia: 1 (legrosszabb)	2	0,46	0,26-0,83
	3	0,58	0,34-0,99
	4	0,36	0,20-0,64
	5	0,45	0,25-0,79
	6 (legjobb)	0,51	0,27-0,98
TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG			
Referencia: súlyos hiány	<i>kisebb hiány</i>	0,78	0,54-1,13
	megfelelő	0,60	0,45-0,80

4.2.4. Testmozgás

Az összefüggés-elemzés során használt kiindulási modellünkben kimeneti változóként egyáltalán nem/nem elég testmozgást végez versus megfelelő testmozgást végez, magyarázó változókként pedig a kor (tízéves korcsoportokban), az iskolázottság, az anyagi helyzet, a foglalkozás, a gazdasági aktivitás, a régió, a településnagyság és a társas támogatottság szerepeltek. Az elemzést külön végeztük a két nemre vonatkozóan. A modellben azon 1994 férfi és 2528 nő adatait használtuk fel, akik esetében mind a testmozgásra, mind a magyarázó tényezőkre vonatkozó adatok rendelkezésre álltak.

Összefüggés-elemzésünk eredményei alapján megállapítható, hogy a fizikai inaktivitás esélye a férfiaknál a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt a korról és a településnagysággal, míg a nőknél a korról és az anyagi helyzettel.

Mindkét nem esetében szignifikáns összefüggést mutatott a fizikai inaktivitás és az életkor a két legidősebb korcsoportban. A férfiaknál a 70-79 év közöttiekénél 2,75, az ugyanezen korú nőknél 2,43, míg a 80 évesnél idősebb férfiaknál 3,26, illetve nőknél 4,74 volt az esélyhányados értéke.

A férfiaknál a településnagyság volt a másik befolyásoló tényező: a legfeljebb 10000, illetve legfeljebb 50000 fős településeken élőknek több mint kétszer akkora volt az esélyük arra, hogy nem végeznek megfelelő mennyiségű testmozgást, mint az 1000 főnél kisebb településen élőknek.

A nőknél a településnagyság nem mutatott kapcsolatot a testmozgással, az anyagi helyzet viszont igen. A legjobb anyagi helyzetű nőknek kevesebb mint fele volt az esélye a fizikai inaktivitásra, mint a legrosszabb anyagi helyzetben lévőknek.

24. Táblázat: A testmozgás és a társadalmi-gazdasági tényezők kapcsolata férfiak esetében

Magyarázó tényező	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
KOR			
Referencia: 18-29 év	30-39 év	1,06	0,56 – 2,01
	40-49 év	1,71	0,95 – 3,09
	50-59 év	1,23	0,66 – 2,30
	60-69 év	1,38	0,70 – 2,70
	70-79 év	2,75	1,24 – 6,10
	80-X év	3,26	1,33 – 7,99
TELEPÜLÉSNAGYSÁG			
Referencia: legfeljebb 1000 fő	legfeljebb 3000 fő	1,38	0,73 – 2,60
	legfeljebb 5000 fő	1,21	0,60 – 2,41
	legfeljebb 10000 fő	2,16	1,04 – 4,48
	legfeljebb 50000 fő	2,02	1,09 – 3,73
	több mint 50000 fő	1,44	0,77-2,70

25. Táblázat: A testmozgás és a társadalmi-gazdasági tényezők kapcsolata nők esetében

Magyarázó tényező	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
KOR			
Referencia: 18-29 év	30-39 év	0,91	0,53 – 1,57
	40-49 év	0,99	0,56 – 1,72
	50-59 év	0,95	0,51 – 1,78
	60-69 év	1,35	0,71 – 2,57
	70-79 év	2,43	1,14 – 5,21
	80-X év	4,74	2,01 – 10,67
ANYAGI HELYZET			
Referencia: 1 (legrosszabb)	2	0,65	0,44 – 0,98
	3	0,69	0,46 – 1,05
	4	0,67	0,42 – 1,06
	5	0,69	0,42 -1,15
	6 (legjobb)	0,40	0,22 – 0,74

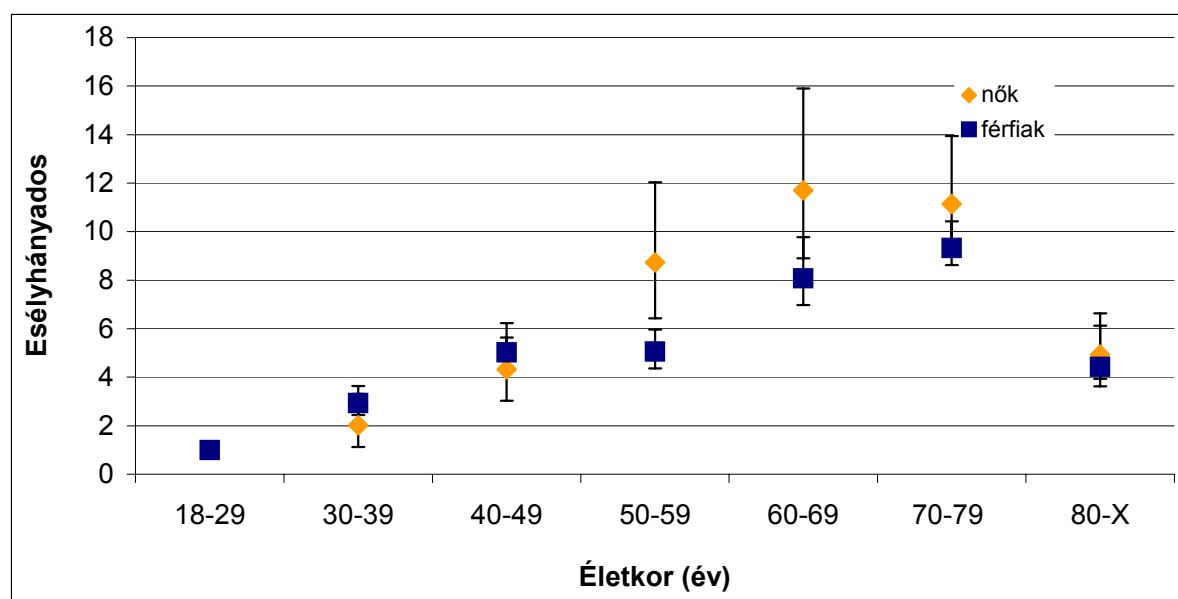
4.2.5. Elhízás

Az összefüggés-elemzés során használt kiindulási modellünkben kimeneti változóként elhízott/túlsúlyos versus normál testsúly, magyarázó változóként pedig a kor, az iskolázottság, az anyagi helyzet, a foglalkozás, a gazdasági aktivitás, a régió, a településnagyság és a társas támogatottság szerepeltek. Az elemzést külön végeztük a két nemre vonatkozóan, kihagyva azokat, akik a sovány kategóriába tartoztak. Így a modellben azon 1953 férfi és 2353 nő adatait használtuk fel, akik esetében a kívánt adatok rendelkezésre álltak.

Összefüggés-elemzésünk eredményei alapján megállapítható, hogy az elhízás esélye a vizsgált tényezők közül a férfiak esetében kapcsolatban volt a korról, az iskolázottsággal, az anyagi helyzettel, a foglalkozással és a gazdasági aktivitással, míg a nők esetében ugyanezen tényezők mellett a régiók is befolyásolták a vizsgált esélyhányadost.

Az életkor mindkét nem esetében U-alakú kapcsolatot mutatott az elhízás/túlsúly esélyével: a legfiatalabb (18-29 éves) korcsoporthoz viszonyítva az életkor előrehaladtával meredeken emelkedett a vizsgált esélyhányados, a nőknél a 60-69, a férfiaknál a 70-79 év közöttieké elérve a legmagasabb értéket (a nőknél csaknem 12-szeres, de a férfiaknál is több mint kilencszeres a referenciakategóriához képest), amely után némi visszaesés volt tapasztalható (lásd 5. ábra)

5. ábra: Az elhízás és az életkor összefüggése



Az iskolázottság hatása a testsúlyra szintén mindkét nemnél hasonlóan mutatkozott: a magasabb iskolai végzettség csökkentette az elhízás esélyét. A felsőfokú végzettségűek esetében szignifikánsan alacsonyabb volt a kívánatosnál magasabb testtömeg esélye, mint a referenciakategóriának tekintett legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzettek körében (a férfiaknál 32%-kal, a nőknél pedig 41%-kal).

Érdekes módon az anyagi helyzet és a testtömeg között épp ellenkező irányú kapcsolat rajzolódott ki: minél jobb anyagi körülmények között élt valaki, annál nagyobb volt az esélye az elhízásnak. A férfiaknál a legjobb anyagi helyzetűek több mint két és félszer nagyobb eséllyel tartoztak az elhízottak közé, mint a legszegényebbek. A nőknél ennél valamivel kisebb volt a különbség, de a második legjobb anyagi kategóriába tartozók esetében itt is több mint

másfélszeres volt az esélyhányados értéke (a legjobb anyagi kategóriára jellemző esélyhányados statisztikailag nem volt szignifikáns).

A foglalkozást megvizsgálva szintén érdekes összefüggést figyelhetünk meg: a felső vezetőket referenciának tekintve, a férfiaknál minden más foglalkozási kategóriában legfeljebb harmada-ötöde az elhízás esélye! A nőknél ugyancsak a felső vezetőkre jellemző a legmagasabb esélyhányados, de náluk csak a beosztott szellemi foglalkozásúak mutattak statisztikailag is szignifikáns kapcsolatot: esetükben kevesebb mint kétötöde az elhízás esélye a felső vezetőkhez viszonyítva.

A gazdasági aktivitás, azaz az aktív részvétel a munkaerőpiacon szintén emeli az elhízás esélyét. A férfiaknál minden típusú inaktivitás (nyugdíj, rokkantnyugdíj, munkanélküliség) negyedére-ötödére csökkentette a súlyfelesleg esélyét, nőknél pedig a munkanélkülieknek volt negyedakkora az esélyhányadosuk, mint a dolgozóknak (a többi kategória nem volt szignifikáns).

Végül meg kell említenünk, hogy a nők esetében a dél-alföldi lakóhely csaknem másfélszeresére emelte az elhízás kockázatát, a Nyugat-Dunántúlon élőkhez viszonyítva.

Az eredményeket részletesen a 25. táblázat és a 26. táblázat tartalmazza.

26. Táblázat: Az elhízás és a társadalmi-gazdasági tényezők kapcsolata férfiak esetében

Magyarázó tényező	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
KOR			
Referencia: 18-29 év	30-39 év	2,94	2,01 – 4,28
	40-49 év	5,03	3,40 – 7,45
	50-59 év	5,06	3,50 – 7,33
	60-69 év	8,08	5,05 – 12,95
	70-79 év	9,33	4,85 – 17,97
	80-X év	4,43	2,06 – 9,56
ISKOLÁZOTTSÁG			
Referencia: 8 általános	<i>érettségi nélküli</i>	0,83	0,60 – 1,13
	<i>érettségi</i>	0,78	0,57 – 1,06
	felsőfok	0,68	0,46 – 0,99
ANYAGI HELYZET			
Referencia: 1 (legrosszabb)	2	1,39	0,85 – 2,26
	3	1,90	1,20 – 3,01
	4	2,44	1,56 – 3,82
	5	2,58	1,57 – 4,24
	6 (legjobb)	2,53	1,50 – 4,27
FOGLALKOZÁS			
Referencia: felső vezető	<i>nem felső vezető</i>	0,33	0,11 – 1,03
	beosztott szellemi	0,21	0,07 – 0,67
	önálló ker., ip., szolg., szellemi. szabadfoglalkozású	0,30	0,10 – 0,94
	szakmunkás	0,29	0,09 – 0,92
	betanított és segédmunkás, mezőgazdasági munkás	0,25	0,08 – 0,80
GAZDASÁGI AKTIVITÁS			
Referencia: dolgozik	munkanélküli	0,25	0,08 – 0,85
	nyugdíjas	0,26	0,08 – 0,82
	rokkantnyugdíjas	0,25	0,07 – 0,82
	egyéb inaktív	0,20	0,06 – 0,68

27. Táblázat: Az elhízás és a társadalmi-gazdasági tényezők kapcsolata nők esetében

Magyarázó tényező	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
KOR			
Referencia: 18-29 év	30-39 év	2,02	1,32 – 3,1
	40-49 év	4,33	2,83 – 6,63
	50-59 év	8,73	5,64 – 13,53
	60-69 év	11,70	7,20 – 19,01
	70-79 év	11,14	6,04 – 20,54
	80-X év	4,93	2,69 – 9,01
ISKOLÁZOTTSÁG			
Referencia: 8 általános	<i>érettségi nélkül</i>	0,99	0,75 – 1,32
	<i>érettségi</i>	0,78	0,59 – 1,03
	felsőfok	0,59	0,40 – 0,86
ANYAGI HELYZET			
Referencia: 1 (legrosszabb)	2	1,42	0,95 – 2,11
	3	1,52	1,04 – 2,22
	4	1,69	1,13 – 2,54
	5	1,60	1,05 – 2,43
	6 (legjobb)	1,29	0,81 – 2,07
FOGLALKOZÁS			
Referencia: felső vezető	<i>nem felső vezető</i>	0,39	0,14 – 1,07
	beosztott szellemi	0,39	0,16 – 0,96
	<i>önálló ker., ip., szolg., szellemi. szabadfoglalkozású</i>	0,53	0,21 – 1,34
	<i>szakmunkás</i>	0,66	0,27 – 1,61
	<i>betanított és segédmunkás, mezőgazdasági munkás</i>	0,50	0,19 – 1,31
GAZDASÁGI AKTIVITÁS			
Referencia: dolgozik	munkanélküli	0,23	0,08 – 0,63
	<i>nyugdíjas</i>	0,40	0,16 – 1,02
	<i>rokkantnyugdíjas</i>	0,47	0,18 – 1,21
	<i>egyéb inaktív</i>	0,59	0,23 – 1,46
RÉGIÓ			
Referencia: Nyugat-Dunántúl	<i>Dél-Dunántúl</i>	1,26	0,84 – 1,88
	<i>Közép-Dunántúl</i>	1,38	0,93 – 2,04
	<i>Közép-Magyarország</i>	1,29	0,95 – 1,74
	<i>Észak-Magyarország</i>	1,15	0,79 – 1,66
	<i>Észak-Alföld</i>	1,41	0,95 – 2,10
	<i>Dél-Alföld</i>	1,44	1,02 – 2,02

5. Megbeszélés

5.1 Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság

5.1.1. Egészségtudatosság

A KSH 1994-es felmérésében [12] használt kérdőívben található egy, az egészségtudatossággal kapcsolatos kérdés („*Tapasztalatai alapján saját maga tehet-e valamit azért, hogy elkerülje a betegségeket?*”), amely azonban leszűkíti a problémát a betegségek elkerülésére, így nem fedt le teljes egészében az *egészség* fogalmát, vagyis a kapott eredmények nem hasonlíthatók össze az OLEF2003 adataival.

Közvetlenül összehasonlíthatók viszont az OLEF2000 és az OLEF2003 egészségtudatosságra vonatkozó adatai, mivel ugyanazon kérdést használtuk mindkét alkalommal. Az adatok összevetése alapján megállapítható, hogy mindkét nem esetében a középkorúak körében a két felmérés között eltelt három év alatt statisztikailag szignifikáns módon növekedett azok aránya, akik úgy gondolják, hogy semmit vagy csak keveset tehetnek a saját egészségükért. Míg 2000-ben az említett módon vélekedő középkorú nők aránya 23,9% volt (95%-os MI: 21,8-26,2), addig 2003-ban már 29,9% (95%-os MI: 27,3-32,6), a középkorú férfiaknál pedig 2000-ben 23,7% (95%-os MI: 21,7-25,9), 2003-ban viszont már 31,1% (95%-os MI: 28,1-34,1) gondolkodott hasonlóképpen.

A felmérés egészségtudatosságra vonatkozó kérdésének alapjául választott 1994-ben végzett dán egészségfelmérés szerint [23] a dán lakosság 22,5%-a vélekedett úgy, hogy egészségéért nem tehet semmit, vagy legfeljebb csak keveset. Ez nagyjából megegyezik az OLEF2000 eredményével (a teljes lakosság 22,7%-a vélekedett hasonlóképpen), viszont az OLEF2003-ban ennél valamivel magasabb volt az így gondolkodó magyar lakosok aránya (28,2%), vélhetően a középkorúak körében bekövetkezett változásnak köszönhetően.

5.1.2. Dohányzás

Az OLEF2003-at megelőző kutatásokból származó magyar adatokkal való összehasonlítást megnehezíti, hogy az előző felmérések más-más korcsoportokra irányultak (KSH: 15-64 évesek, SOTE: 16 év feletti, TÁRKI: 14 év feletti, Szívbarát Program, FACT Intézet: 18 év feletti), emellett a használt eszközök és az elemzési módszerek is eltértek, valamint az időbeni változás valószínűleg a dohányzási szokások változásával is együtt járt.

A KSH 1984-es felmérésének [11] eredményei szerint a 14 éves és idősebb férfiak 47%-a, a nők 21%-a dohányzott a felmérés idején. A dohányzó férfiak 73%-a, a nők 57%-a 20 éves kora előtt szokott rá a dohányzásra.

A KSH 1994-es felmérésének [12] eredményei szerint a 15-64 éves férfiak 44%-a illetve a nők 27%-a dohányzott a kérdés idején, a férfiak 14%-a illetve a nők 8%-a leszokott, a férfiak 42%-a illetve a nők 65%-a soha nem dohányzott. A dohányzó férfiak 66%-a és a nők 43%-a többet fogyasztott napi 20 szálnál, azaz erős dohányosnak volt tekinthető. A rendszeres dohányzás kezdete a férfiaknál átlagosan 19,8 év, a nőknél 18,1 év volt.

A SOTE Magatartástudományi Intézet 1995-ös [14] felmérésében a dohányzásra vonatkozóan megállapították, hogy a 16 évnél idősebb férfiak 45,9%-a dohányzott, átlagosan 19 éves korukban szoktak rá a cigarettára, míg a nők 28,1%-a tartozott a dohányzók közé, átlagosan 20 éves rászokási életkorral.

A TÁRKI 1996-os felmérésének [15] dohányzásra vonatkozó eredményei szerint a 14 évnél idősebb férfiak 33,8%-a, a nők 18,4%-a dohányzott rendszeresen, 5% illetve 4,7% dohányzott alkalmoszerűen. A dohányzók átlagos cigarettafogyasztása naponta 16,2 szál volt.

A Szívbarát Program keretében 1997-ben végzett felmérés [16] eredményei szerint a nők 22%-a, a férfiak 39%-a volt rendszeres dohányos, mindkét nem körében 6% volt az alkalmoszerű dohányosok aránya, a nemdohányzóké pedig a nők esetében 72%, a férfiaknál 55%.

A Fact Intézet 1999-es felmérése szerint [17] a 18 év feletti lakosság 32%-a dohányzott rendszeresen (a férfiak 44,1%-a, a nők 21,1%-a), 9%-a volt alkalmi dohányos (a férfiak 9%-a, a nők 9,3%-a), 17%-a leszokott a dohányzásról (a férfiak 17,1%-a, a nők 15,9%-a), 42%-a soha nem dohányzott (a férfiak 29,8%-a, a nők 53,7%-a). Az átlagos cigarettafogyasztás a dohányosok körében naponta 28,4 szál illetve 4,1 szál (rendszeres/alkalmi dohányosok) volt. A rendszeres dohányzás a férfiaknál átlagosan 17,6, a nőknél pedig 18,5 éves korban kezdődött.

A KSH Időmérleg kutatása szerint a 15 év feletti férfiak 40%-a, a nők 26%-a rendszeres dohányzó. Az átlagosan elfogyasztott napi mennyiség 26 szál volt.

Az említett vizsgálatokban a dohányzó nők aránya 22-30,4% között, a dohányzó férfiak aránya 38,8-53,1% közötti értékeket mutatott, az OLEF2000 eredményei szerint ez az arány a nőknél 26,3%, a férfiaknál 40,6% volt. Az OLEF2003 adatai nem tértek el szignifikáns módon a 2000-es eredményektől, 2003-ban a nők 27,9%-a és a férfiak 26,3%-a dohányzott. Az egyetlen szignifikáns különbség fiatal férfiak körében történt: míg 2000-ben 3%, addig 2003-ban 6,3% tartozott az alkalmi dohányosokhoz.

5.1.3. Alkoholfogyasztás

A dohányzásra vonatkozó adatok más felmérésekből származó adatokkal való összehasonlításához hasonlóan az OLEF2003 alkoholfogyasztási szokásokra vonatkozó eredményeit sem szerencsés közvetlenül összehasonlítani más vizsgálatok eredményeivel, hiszen eltérő korosztályokra vonatkozó, más-más mérési eszközt és elemzési eljárásokat használó felmérésekről van szó.

A Központi Statisztikai Hivatal 1984-es felmérésének [11] eredményei szerint alkalmoszerűen ivott a 14 éves és idősebb férfiak fele, a nők több mint negyede, míg rendszeres alkoholfogyasztó volt a férfiak közel ötöde és a nők 1,5%-a.

A KSH tíz évvel később elvégzett Egészségi állapotfelmérése alapján [12] a 15-64 év közötti magyar lakosság 28,3%-a volt absztinens (a férfiak 16%-a, a nők 40,1%-a), a vizsgálatot megelőző évben a kérdezettek 65%-a fogyasztott alkoholt. A férfiak 21,7%-a, a nők 2,9%-a állította, hogy minden nap fogyaszt szeszes italt.

A SOTE Magatartástudományi Intézet 1995-ben elvégzett felmérésének [14] eredményei azt mutatták, hogy a kérdezett férfiak 85,2%-a, a nők 75,7%-a fogyasztott valamilyen mennyiségben alkoholt. Az alkoholt fogyasztó férfiak egy-egy alkalommal átlagosan 0,9 dl tömény szeszt, 8,2 dl sört és/vagy 4,4 dl bort fogyasztottak, a nők pedig 0,7 dl tömény szeszt, 2,7 dl sört és 4,5 dl bort.

A TÁRKI 1996-os vizsgálata szerint [15] a 14 évnél idősebb magyar lakosság 9%-a naponta, 18,7%-a legalább hetente egyszer, 13,8%-a havonta többször, 21,3%-a ennél ritkábban fogyasztott alkoholt, 37%-a pedig szinte sohasem. A valamilyen gyakorisággal nagyobb mennyiségű alkoholt fogyasztók aránya a teljes populáción belül 2,3% volt. A szeszesített fogyasztók 73%-a ritkán és keveset ivott.

A FACT Intézetnek a 18 év feletti magyar lakosság körében 1999-ben végzett vizsgálata szerint [17] a megkérdezettek 15%-a volt absztinens, 22%-uk több mint fél éve, 8%-uk több mint egy hónapja nem ivott szeszes italt, 13%-uk az interjút megelőző egy hónapban, 42%-uk pedig az előző hét során fogyasztott alkoholt. Az alkoholt fogyasztó interjúalanyok önbesorolása alapján (vagyis nem a kutatók által a fogyasztott mennyiség alapján történő besorolása szerint) 8%-uk tekintette önmagát mértéktelen ivónak, 20%-uk rendszeres, de mértéktartó alkoholfogyasztónak, 25%-uk rendszeresen, de keveset fogyasztónak és 47%-uk alkalmi alkoholfogyasztónak.

A *KSH Időmérleg* vizsgálata szerint [18] a megkérdezettek 46%-a szokott inni alkoholt, közülük minden negyedik-ötödik rendszeresen naponta vagy hetente többször is. A férfiak 66%-a, a nők 29%-a iszik szeszes italt, a férfiak egyharmada, a nők 7%-a rendszeresen naponta, vagy hetente többször.

Az *ADE 2003. évi* vizsgálatában [20] a férfiak 70,2%, nők 42,3%-a fogyasztott a kérdezést megelőző hónapban alkoholt. Hetente 1-2 alkalommal a férfiak 25,5%-a, a nők 9,8%-a fogyasztott szeszesitalt, a naponta ivók között a férfiak aránya 5,8%, a nőké 0,6% volt.

Az OLEF2000 eredményei szerint a nők több mint ötöde (21,5%), a férfiak majd fele (46,1%) mértékletesen fogyasztott alkoholt. Nagyivónak a nők 5,1%-a, a férfiak 19,2%-a volt tekinthető. Az eredmények összehasonlításakor itt is figyelembe kell venni, hogy a 2000-es és a 2003-as felmérés alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdései eltértek egymástól.

5.1.4. Testmozgás

Az OLEF2003-at megelőző hazai vizsgálatok kizárólag a sporttevékenységre kérdeztek rá, ami az OLEF eredményeivel való összehasonlítást nagymértékben akadályozza.

Az 1984-es mikrocenzus [11] adataiból megállapítható, hogy a lakosság 84%-a szabadidejében rendszeres testedzést egyáltalán nem végzett.

Az 1994-es Egészségmagatartás vizsgálat szerint [12] a rendszeres testmozgást végzők, azaz a hetente több alkalommal valamilyen sporttevékenységet folytatók aránya a férfiak körében 21,4%, a nők körében pedig 13,4% volt.

Az 1997-es Szívbarát program keretében végzett felmérés [16] adatai azt mutatják, hogy a férfiak 22%-a és a nők 17%-a sportolt hetente többszöri rendszerességgel.

A *KSH Időmérleg* vizsgálata szerint [18] a férfiak közel 15%-a sportol, és ők átlagosan másfél órát töltenek ezzel naponta. A nőknek 10%-a átlagosan napi egy óra tizenöt percet fordít testedzésre.

Az OLEF2000 szerint a nők több mint 40%-a, a férfiak harmada soha nem, vagy ritkábban mint hetente végzett testmozgást. Rendszeresen (hetente többször) tette ugyanezt a nők fele és a férfiak mintegy kétharmada. Mivel a 2000-es felmérésben más kérdések szerepeltek a testmozgásra vonatkozóan, mint 2003-ban, ezért az eredmények közvetlenül nem hasonlíthatók össze.

5.1.5. Testtömeg-index

Az 1985-88-ban készített Első Magyarországi Reprezentatív Táplálkozási Vizsgálat [13], illetve az 1992-94-es Táplálkozási felmérés [29] eredményeivel való összehasonlítást akadályozza, hogy ezekben a vizsgálatokban a testtömeg-index meghatározása a testmagasság és a testtömeg mérésén alapult, nem pedig a kérdezettek önbevallásán. Emellett az

összehasonlíthatóságot nehezíti az eltérő mintavételi technika, célpopuláció, valamint a vizsgálatok óta eltelt idő.

Az OLEF2000-rel összehasonlítva szembetűnik, hogy az idős férfiak körében számottevően növekedett az elhízottak aránya: míg 2000-ben csak 17,7% (95%-os MI: 13,6-22,7), addig 2003-ban már 28,9% (95%-os MI: 24-34,4).

5.2 Az eredmények értelmezése

5.2.1. Egészségtudatosság

Eredményeink azt mutatják, hogy a felnőtt magyar lakosság igen jelentős része (a férfiak csaknem háromnegyede, illetve a nők több mint kétharmada) úgy véli, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet az egészségéért. Adataink megerősítik a külföldi vizsgálatok tapasztalatait [30], melyek szerint a fiatalabb korosztályokba tartozók általában jobban tudatában vannak annak, hogy saját maguk is sokat tehetnek egészségükért. Elgondolkodtatóak viszont a 2000 óta eltelt 3 év alatti változások a középkorúak körében: mindkét nem esetében jelentősen nőtt azok aránya, akik véleményük szerint semmit vagy csak keveset tehetnek a saját egészségükért. Amíg tehát az átlagpopulációról elmondható, hogy elképzelhető, hogy fogékonyak mutatkoznának a különböző egészségfejlesztési kampányok iránt (legalábbis a fogékonyság első láncszeme, vagyis annak belátása, hogy saját magunk is befolyásolhatjuk az egészségünket, adott), addig a középkorúak szkepszisével szemben jelentősebb egészségpolitikai lépések lennének szükségesek.

5.2.2. Dohányzás

Ahhoz, hogy meg tudjuk ítélni, sokan dohányoznak-e Magyarországon, mindenképpen hasznos lenne nemzetközi kontextusba helyezni a magyar adatokat. Sajnos a megfelelő összehasonlítást maradéktalanul lehetővé tévő Világ Egészségfelmérés adatai még elérhetetlenek, ezért meg kell elégednünk a WHO kimutatásával [31], amely az egyes nemzeti egészségfelmérések eredményeit összegzi. Az összehasonlításakor figyelembe kell vennünk, hogy a 27. táblázatban szereplő adatok más-más korosztályokra vonatkoznak, az adatszolgáltatás ideje sem ugyanaz az év minden országra vonatkozóan, illetve a metodológia is eltért az egyes felmérések esetében.

Az eredményekből mindenesetre megállapítható, hogy a rendszeresen dohányzók aránya szempontjából mindkét nem esetében a középmezőnyben helyezkedik el Magyarország – a magyar nőknél nagyobb arányban dohányoznak a spanyol, a holland, a brit, a luxemburgi, a dán, a görög, a német és az ír nők, míg a magyar férfiaknál a német, a luxemburgi, a spanyol, a szlovák, a lengyel, az észt, a görög, a lett és a litván férfiak. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy elégedetten hátradőlhetünk, hiszen eszerint nálunk minden rendben – a magyar adatok még így is meglehetősen magasak, és erős csökkentésre szorulnak.

28. Táblázat: A naponta dohányzók aránya az EU országokban

Ország	Vizsgálat éve	Vizsgált életkor	Nők (%)	Férfiak (%)	Összesen (%)
Ausztria	2000	15+	-	-	29
Belgium	2001	15+	20	28	
Csehország ⁵	2000	15-64	22	36,2	29,1
Dánia	2000	15+	29	32	30
Észtország	2000	16-64	20	44	29
Finnország	2000	25-64	20	27	23
Franciaország	2000	18+	21	33	27
Görögország	2000	15+	29	46,8	37,6
Hollandia	2001	15+	25,3	32,2	
Írország	1998	15+	31	32	31
Lengyelország	1997-1999	15+	23	42	34
Lettország	1999	15+	13	49,1	29,2
Litvánia	2000	15+	15,8	51	32
Luxemburg	1998	15+	27	39	32
Málta	1995	15-95	14,9	33,7	24,1
Magyarország	2003	18+	24,6	36,9	
Nagy-Britannia	2001	16+	26	28	
Németország	2000	18-59	30,6	38,9	34,5
Olaszország	2002	15+	22,3	31,1	
Portugália	1995-1996	19+	6,4	29,4	17,2
Spanyolország	2001	16+	24,6	39,1	
Svédország	2000-2001	16-84	20,4	17,4	
Szlovákia	1998	15+	14,7	41,1	32
Szlovénia	2001	25-65	20,1	28	23,7

Az OLEF2003-ban az egyes korcsoportok között a dohányzási szokásokban megfigyelt különbségeknek számos oka lehet. A dohányzás alacsony prevalenciáját az időseknél részben magyarázza a leszokottak magas aránya, különösen a férfiaknál (a 65 éves és idősebb férfiak fele régebben dohányzott, de már leszokott). További magyarázat lehet a korosztályok közti különbségekre a dohányzásnak tulajdonítható halálozás, vagyis az idősebb generáció dohányzó tagjai közül sokan meghalhattak a felmérést megelőzően, így ők már nem tudták emelni a dohányzók arányát saját korosztályukban. Az idős nőknél tapasztalt extrém alacsony gyakoriságban minden bizonnyal kohorsz-hatás is szerepet játszik, azaz az egyes generációk szokásai történelmi-kulturális okok miatt is eltérnek.

A populációs becslésekkel kapcsolatban érdemes még megemlíteni a passzív dohányzásra vonatkozó magas gyakorisági adatokat. Az 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól tükrében különösen elgondolkodtató, hogy a nemdohányzó férfiak negyede, a nemdohányzó nők tizede részben passzív dohányzásban a munkahelyén – ahol elvileg léteznie kellene külön dohányzásra kijelölt helyeknek. (Persze nem tudhatjuk, hogy az említett passzív dohányzók nem önszántukból, például a társaság kedvéért szívják-e munkatársaik dohányfüstjét, de valószínűsíthető, hogy még ha akad is köztük néhány önkéntes, a többség inkább kényszerből került ebbe a helyzetbe). Ugyancsak elgondolkodtató, hogy a 18-24 év közötti nemdohányzó fiatalok fele otthonán kívül töltött szabadidejében passzívan dohányzik. Természetesen a korcsoportok közti különbségnek ebben az esetben az húzódnak meg a háttérben, hogy ez az a

korosztály, amelyik leggyakrabban jár szórakozóhelyekre, ahol (ma még) elengedhetetlen kellék a cigaretta.

Összefüggés-elemzéseink igazolták a hazai és nemzetközi tapasztalatokat, melyek szerint a dohányzás összefügg az iskolázottsággal.

Egy 12 nyugat-európai országra kiterjedő elemzés eredményei szerint [32] az idősebbek (45-74 év közöttiek) körében jelentős különbség mutatkozott az északi és a déli országok között a dohányzás és az iskolázottság kapcsolatában: míg Norvégiában, Svédországban és Nagy-Britanniában az alacsonyabb iskolázottságúak nagyobb eséllyel dohányoztak, addig Dél-Európában épp az iskolázottabbak gyújtottak rá nagyobb eséllyel, különösen a nők esetében. A fiatalabbak (20-44 év közöttiek) esetében minden vizsgált országban jelentősebbek voltak a különbségek az egyes iskolázottsági kategóriák között, de általában az alacsonyabb iskolázottságúak dohányoztak nagyobb eséllyel, míg Dél-Európában a nők körében itt is az ellenkező tendencia volt jellemző: inkább az iskolázottabbak dohányoztak. Az OLEF2003 eredményei szerint az iskolázottság és a dohányzás kapcsolata a magyar populációban az előbb említett elemzés alapján bizonyos szempontból a déli modellt követi, amennyiben az idős nők közül a magasabb iskolai végzettségűek dohányoztak nagyobb eséllyel, míg a fiatal nők és az összes korcsoportba tartozó férfi esetében az alacsony iskolázottság velejárája volt a rendszeres dohányzás.

Elemzéseink megerősítették azt a nemzetközileg megfigyelhető tendenciát is [33], amely szerint a rosszabb anyagi helyzetben lévők nagyobb eséllyel tartoznak a dohányosok közé.

5.2.3. Alkoholfogyasztás

Annak ellenére, hogy az OLEF2003 önkitöltős kérdőívet használt az alkoholfogyasztási szokásokkal kapcsolatos kérdésekhez, minden bizonnyal a valóságosnál lényegesen kevesebben vallották be az általuk ténylegesen fogyasztott alkoholmennyiségeket. Meglehetősen valószínűtlennek tűnik ugyanis, hogy ha a férfiak negyede és a nők kétharmada csakugyan nem fogyasztana alkoholt, akkor az egy főre eső tiszta alkoholfogyasztásban az EU tagországai közül dobogós helyen szerepelhetnénk, mint ahogyan az az Egészségügyi Világszervezet adataiból kitűnik [34] (természetesen hozzátevé, hogy mivel ezen adatok alapját nem felmérésekből származó eredmények, hanem a hivatalos forgalmi (termékforgalmi, export-, import, és ha lehetséges, a házi készítésű alkoholmennyiségre vonatkozó) adatok képezik, így a csempészett, a feketekereskedelemben árusított szeszesitalok kimaradása jelentős –országonként eltérő mértékű –torzításra ad lehetőséget).

29. Táblázat: Egy főre eső tiszta alkohol fogyasztás (literben) az EU országokban

Ország	2001	2002	2003
Ausztria	10,19	10,4	10,51
Belgium	8,71	8,92	8,93
Csehország	13,59	13,43	13,67
Dánia	9,77	9,78	9,84
Észtország	8,28	7,7	
Finnország	8,67	8,99	9,3
Franciaország	11,04	10,86	9,95
Görögország	7,93	7,82	7,68
Hollandia	8	7,9	7,79
Írország	11,36		
Lengyelország	6,25	6,58	6,68
Lettország	7,73	7,98	8,36
Litvánia	10	10	10,2
Luxemburg	14,39	14,1	14,61
Málta	5,39	5,28	5,36
Magyarország	11,26	11,27	11,6
Nagy-Britannia	8,73	9,08	9,29
Németország	10,9	10,98	10,71
Olaszország	7,85	7,93	7,61
Portugália	10,11	9,49	9,38
Spanyolország	9,79	9,62	9,99
Svédország	5,63	5,72	5,62
Szlovákia	9,74	9,78	9,48
Szlovénia	9,85	10,02	9,94

Az OLEF2003 elemzése során kapott alapbecslések tehát a nagyivók arányára vonatkozóan (a nők 2,5%-a, a férfiak 17,7%-a tartozik ebbe a csoportba) valószínűleg alacsonyabb a nagyivók tényleges arányánál, miként az alkoholt nem fogyasztók arányának becslése pedig magasabb a valós populációs értéknél.

Az összefüggés-elemzés eredményei összhangban állnak a nemzetközi tapasztalatokkal, azaz a nőknek, a jó anyagi helyzetben élőknek és a megfelelő társas támogatottsággal rendelkezőknek általában kisebb a nagyivásra való esélyük.

5.2.4. Testmozgás

A felnőtt magyar lakosság fizikai aktivitásának illetve inaktivitásának megítéléséhez szintén a még publikálatlan Világ Egészségfelmérés adatai nyújthatnának megfelelő bázist. Ennek hiányában vizsgáljuk meg egy az Európai Unió 15 tagországára kiterjedő felmérés [35] eredményeit. Az említett felmérés az „ülő életmódra” kétféle definíciót használt. Az első definíció alapján fizikailag inaktívnak számítottak mindazok a személyek, akik szabadidejük kevesebb mint 10 %-át fordították a legalább 4 metabolikus ekvivalenst⁶ igénylő testmozgásra, míg a második definíció szerint azok a személyek, akik szabadidejükben egyáltalán nem végeztek testmozgást és emellett a szabadidejükben ülve töltött órák számát tekintve a medián fölött helyezkedtek el. A kétféle meghatározásnak megfelelő gyakoriságokat a 29. táblázat

⁶ metabolikus ekvivalens: 1 MET = 3.5 ml O₂/tkg/perc

mutatja be. Látható, hogy óriásiak az eltérések a két definícióhoz tartozó értékek között (a svéd nőknél például csaknem tízszeres a különbség).

30. Táblázat: A fizikai inaktivitás a 15 év feletti populációban az EU tagállamaiban a fenti két definíció szerint, reprezentatív felmérés adatai alapján

Ország	1. Összesen	1. Férfiak	1. Nők	2. Összesen	2. Férfiak	2. Nők
Svédország	43,3	48,1	39,7	6,4	9,4	4,2
Írország	44,1	47,6	40,6	7,4	7,4	7,4
Ausztria	46,8	48,5	45,5	7,9	8,0	7,9
Finnország	48,6	53,6	44,0	6,2	6,6	5,9
Luxemburg	57,5	56,1	58,3	9,8	12,7	7,4
Nagy-Britannia	59,4	59,4	59,4	16,6	14,9	18,0
Dánia	61,4	61,3	61,4	16,5	15,6	17,3
Hollandia	62,0	62,6	61,4	14,4	14,2	14,5
Franciaország	68,5	64,6	72,1	16,4	14,8	17,8
Olaszország	69,3	68,0	70,5	18,4	17,9	18,9
Görögország	70,0	68,5	71,2	17,4	16,6	18,0
Németország	71,0	70,2	71,8	22,6	20,7	24,3
Spanyolország	71,0	68,5	73,7	18,0	17,2	18,8
Belgium	71,7	67,5	75,9	18,3	15,3	21,3
Portugália	87,8	85,2	90	24,1	22,3	25,7

Az OLEF2003 adatai inkább a második definíciónak megfelelő adatok közé illeszkednek be (természetesen ez nem jelenti azt, hogy azokkal egyenértékűek, hiszen teljesen más volt a módszertan), hiszen a nők 16,4%-a és a férfiak 15,6%-a nem végez megfelelő mennyiségű testmozgást. Valószínűleg ezek meglehetősen alábecsült adatok és a lakosság jóval nagyobb hányada esetében növelni kellene a testmozgás gyakoriságát – erre utaló jel lehet például a testsúlyproblémákkal küszködők magas aránya is.

Ami az összefüggés-elemzések eredményeit illeti, természetesen nem meglepő, hogy az idősebb korosztályok tagjai nagyobb eséllyel tartoznak a fizikailag inaktív körébe (persze ennek nem kellene feltétlenül magától értetődőnek lennie, hiszen minden korosztály számára létezik megfelelő mozgásforma, de a jóléti nyugat-európai országoktól eltérően nálunk nem ölt tömeges méreteket az idősebbek sportprogramokban való részvétele).

A férfiak esetében az 1000 fő alatti település, mint lakóhely, protektív tényezőt jelent a mozgásszegény életformával szemben – feltehetően a ház körüli tennivalók, a kerti munka játszik ebben jelentősebb szerepet, illetve tömegközlekedés híján valószínűleg a településen belüli mobilitás is inkább a saját erőforrásokra épül (gyaloglás, kerékpározás).

Érdekes összefüggést mutat a nők esetében az anyagi helyzet és a fizikai inaktivitás kapcsolata: úgy tűnik, mintha a legrosszabb anyagi helyzetben lévők nem engedhetnék meg maguknak a mozgás luxusát. A testmozgás egy része valóban nem független az anyagiaktól, hiszen a szabadidős sportolási formák közül jó néhány pénzbe kerül, de természetesen akadnak olyan mozgási lehetőségek is, amelyek nem igényelnének különösebb pénzbeli befektetést. Elképzelhető, hogy a jobb anyagi helyzetben lévő nők egészség tudatosabbak, ezért jobban figyelnek a megfelelő mennyiségű testmozgásra is.

5.2.5. Testtömeg-index

A felnőtt magyar népesség szomorú megbetegedési és halálozási adataihoz minden bizonnyal jelentős mértékben hozzájárul a kedvezőtlen életmódbeli tényezők elterjedtsége. A dohányzás és alkoholfogyasztás mellett nem elhanyagolható a túlsúly/elhízás rendkívül magas

gyakorisága: az a tény, hogy a 18 éven felüliek felének a kívánatosnál magasabb a testtömege, önmagáért beszél. Természetesen nem magyar sajátosság az elhízottak arányának emelkedése, a fejlett országok többségében általánosan megfigyelhető jelenségről van szó, de ez nem jelenti azt, hogy ne kellene elgondolkozni megfelelő egészségfejlesztési stratégia kidolgozásán az elhízás visszaszorításának érdekében.

A fiatal nők körében a soványak viszonylag magas arányában valószínűleg szerepet játszik a divat, a média által közvetített testsúly-ideál, amely, úgy látszik, az idősebb korosztályokra már kevésbé fejt ki hatását.

Érdekes a testsúly és az életkor kapcsolatában mutatkozó U-alakú kapcsolat, amely ugyan mindkét nem esetében megfigyelhető, de a nőknél hangsúlyozottabb a különbség az egyes korcsoportok között, vagyis az esélyhányadosok mindig magasabbak a férfiak ugyanazon korcsoportjában megfigyelt esélyhányadosaihoz képest.

A kapott összefüggések közül mindenképpen ki kell még emelnünk az anyagi helyzet és az elhízás kapcsolatát. A fejlett országokban megfigyelhető tendencia szerint [36, 37, 38] a rosszabb anyagi helyzet emeli az elhízás esélyét, míg az OLEF2003 eredményei szerint Magyarországon ezzel épp ellentétben, minél jobb anyagi körülmények között él valaki, annál nagyobb az esélye a túl magas testtömege. Ez a tendencia pedig általában inkább a fejlődő országokat jellemzi [39], ebből a szempontból tehát hazánk nem tartozik a fejlett országok közé.

Ugyancsak meglepő a gazdasági aktivitás illetve a foglalkozás és az testtömeg között megfigyelhető összefüggés, amely szerint *magasabb* az esélye az elhízásra az aktív dolgozóknak a gazdaságilag inaktívakhoz viszonyítva, illetve a vezető beosztásúaknak a nálunk alacsonyabb besorolásúakhoz képest. Ez a tény ugyanis szintén ellentmondani látszik a fejlett országokban megfigyelhető összefüggéseknek, ahol épp ezek ellenkezője figyelhető meg, legalábbis a nők esetében [38, 40].

6. Ábrajegyzék

1. ábra: Az egészségtudatosság és az anyagi helyzet összefüggése.....	31
2. ábra: A rendszeres dohányzás és az iskolázottság kapcsolata (interakcióban a nemmel és az életkorral).....	34
3. ábra: A rendszeres dohányzás és az anyagi helyzet összefüggése.....	34
4. ábra: A nagyivás és az anyagi helyzet összefüggése.....	37
5. ábra: Az elhízás és az életkor összefüggése.....	40

7. Táblázatjegyzék

1. Táblázat: Az egészségtudatosság-kategóriák százalékos megoszlása nem és korcsoport szerinti bontásban.....	19
2. Táblázat: A dohányzási kategóriák százalékos megoszlása nem és korcsoport szerinti bontásban.....	20
3. Táblázat: A dohányzás mennyiségének változása a 2 évvel ezelőttihez képest, nem és korcsoport szerinti bontásban.....	20
4. Táblázat: A rendszeres dohányzás kezdetére jellemző életkor a valaha dohányzók körében, nem és korcsoport szerinti bontásban.....	21
5. Táblázat: Leszokási kísérlet a kérdezést megelőző 12 hónapban a dohányosok körében, nem és korcsoport szerinti bontásban	21
6. Táblázat: A dohányzásról való leszokás óta eltelt időtartam, nem és korcsoport szerinti bontásban.....	22
7. Táblázat: Passzív dohányzás helyszínek szerint a nemdohányzók körében, nem és korcsoport szerinti bontásban.....	22
8. Táblázat: Passzív dohányzás helyszínek száma szerint a nemdohányzók körében, nem és korcsoport szerinti bontásban.....	23
9. Táblázat: Az alkoholfogyasztási kategóriák százalékos megoszlása nem és korcsoport szerinti bontásban.....	23
10. Táblázat: Problémás ivás a férfiak körében, korcsoport szerinti bontásban	24
11. Táblázat: Problémás ivás a nők körében, korcsoport szerinti bontásban.....	24
12. Táblázat: Külső személyek jelzései az alkoholfogyasztás túlzott mértékéről a férfiak körében, korcsoportos bontásban	25
13. Táblázat: Külső személyek jelzései az alkoholfogyasztás túlzott mértékéről a nők körében, korcsoportos bontásban	25
14. Táblázat: Az alkoholfogyasztás negatív következményei a férfiak körében, korcsoportos bontásban.....	26
15. Táblázat: Az alkoholfogyasztás negatív következményei a nők körében, korcsoportos bontásban.....	26
16. Táblázat: Az alkoholfogyasztás pozitív következményei a férfiak körében, korcsoportos bontásban.....	27
17. Táblázat: Az alkoholfogyasztás pozitív következményei a nők körében, korcsoportos bontásban.....	28
18. Táblázat: A testmozgási kategóriák százalékos megoszlása nem és korcsoport szerinti bontásban.....	28
19. Táblázat: A testtömeg-indexkategóriák százalékos megoszlása nemek és korcsoportok szerinti bontásban.....	29
20. Táblázat: Az egészségtudatosság és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat....	32
21. Táblázat: A rendszeres dohányzás és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat..	37
22. Táblázat: A nagyivás és a társadalmi-gazdasági tényezők kapcsolata.....	38
23. Táblázat: A testmozgás és a társadalmi-gazdasági tényezők kapcsolata férfiak esetében...	39
24. Táblázat: A testmozgás és a társadalmi-gazdasági tényezők kapcsolata nők esetében	39
25. Táblázat: Az elhízás és a társadalmi-gazdasági tényezők kapcsolata férfiak esetében.....	42
26. Táblázat: Az elhízás és a társadalmi-gazdasági tényezők kapcsolata nők esetében	43
27. Táblázat: A naponta dohányzók aránya az EU országokban	48
28. Táblázat: Egy főre eső tiszta alkohol fogyasztás (literben) az EU országokban.....	50
29. Táblázat: A fizikai inaktivitás a 15 év feletti populációban az EU tagállamaiban a fenti két definíció szerint, reprezentatív felmérés adatai alapján	51

8. Irodalomjegyzék

- 1 World Health Organisation: The World Health Report 2002.
<http://www.who.int/whr/2002/en/>
- 2 Gochman DS (ed) Handbook of Health Behavior Research. Plenum Press New York: 1997.
- 3 Conner M, Norman P. (eds.) Predicting Health Behaviour. Open University Press, Buckingham, UK: 1996.
- 4 The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General 2004.
<http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/>
- 5 Committee on Health and Behavior: Research, Practice and Policy, Board on Neuroscience and Behavioral Health: Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences 2001. http://www.nap.edu/html/health_behavior
- 6 Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970-1999. Központi Statisztikai Hivatal 2003.
- 7 The Academy of Medical Sciences: Calling Time. The Nation's drinking as a major health issue 2004.
- 8 At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. A report from the Chief Medical Officer 2004.
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/09/81/04080981.pdf>
- 9 Obesity and overweight: fact sheets. WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. WHO 2003. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/g_s_obesity.pdf
- 10 Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. WHO technical series 894. World Health Organization: Geneva 2000
- 11 Kepecs J, Dallos Ö.-né, Pálházy L, Korom Gy. Egészségi állapot, egészségkárosító szokások az 1984. évi mikrocenzus alapján. Budapest KSH, 1987.
- 12 Központi Statisztikai Hivatal: Egészségi Állapotfelmérés. Budapest: KSH, 1996.
- 13 Bíró Gy. Az első Magyarországi Reprezentatív Táplálkozási Vizsgálat: az eredmények áttekintése. Népegészségügy 1994, 75:129-133.
- 14 Csoboth Cs. Egészségkárosító magatartásformák – életmód. Végeken 1997 (2-3.)
- 15 TÁRKI. Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról. Budapest: 1998.
- 16 A Szívbarát Program induló helyzetfelmérésének szerkesztett adattára. Szívbarát Program kiadványai. 2. kötet
- 17 Fact Intézet. Dohányzás és alkoholfogyasztás. Pécs: 1999.
- 18 Lampek K. A lakosság egészségi állapota és egészségmagatartása a KSH 1999/2000 évi időmérleg-életmód kutatása alapján. (Kézirat) Pécs, 2002. november
- 19 Elekes Zs, Paksi B. A felnőtt népesség droghasználata és alkoholfogyasztása Magyarországon. Budapest 2001. Kézirat.
- 20 Elekes Zs, Paksi B. 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Kutatási beszámoló. Finanszírozó: NKFP.
- 21 <http://www.behsci.sote.hu/hungarostudy2002/>
- 22 WHO World Health Survey. WHS Instruments:
<http://www3.who.int/whs/P/instrumentandrel8293.html>
- 23 Danish Health and Morbidity Survey, 1994.
- 24 de Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. Health Interview Surveys towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1996.

-
- 25 Szonda Ipsos: Dohányzás és passzív dohányzás (Közzvélemény-kutatás az ország felnőtt lakossága körében) 1996. augusztus <http://www.c3.hu/~dvema/passzorsz1.htm>
- 26 10th Special Report to the U. S. Congress on Alcohol and Health. Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 2000
- 27 Are Women More Vulnerable on Alcohol Effects? National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Alert 1999 (46).
- 28 Vik PW, Culbertson KA, Sellers K. Readiness to change drinking among heavy drinking college students. Journal of Studies on Alcohol. September 2000: 674-680.
- 29 Bíró G, Antal M, Zajkás G. Nutrition survey of the Hungarian population in a randomized trial between 1992-1994. Eur J Clin Nutr 1996, 50:201-208.
- 30 Ferrini R, Edelstein S, Barrett-Connor E. The association between health beliefs and health behavior change in older adults. Preventive Medicine 1994 Jan; 23(1):1-5.
- 31 World Health Organization: Tobacco control country profiles. Second edition – 2003. http://www.who.int/tobacco/global_data/country_profiles/euro/en/
- 32 Cavelaars A E J M, Kunst A E, Geurts J J M, Crialesi R, Grötvedt L, Helmert U et al. Educational differences in smoking: international comparison. BMJ 2000;320: 1102-1107
- 33 Kunst A, Giskes K, Mackenbach J. Socio-economic inequalities in smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies Erasmus Medical Center Rotterdam, Netherlands, 2004
- 34 World Health Organization Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB) Updated: June 2005. <http://data.euro.who.int/hfad/>
- 35 Varo JJ, Martínez-González MA, Irala-Estévez J, Kearney J, Gibney M, Martínez JA. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. International Journal of Epidemiology 2003;32:138-146
- 36 Sarlio-Lähteenkorva S, Lahti E. The association of body mass index with social and economic disadvantage in women and men. International Journal of Epidemiology 1999;28:445-449
- 37 Drewnowski A, Specter SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. Am J Clin Nutr 2004;79: 6-16
- 38 Wardle J, Waller J, Jarvis MJ. Sex differences in the association of socioeconomic status with obesity. Am J Public Health. 2002 Aug;92(8):1299-304.
- 39 Sichieri R, Coitinho DC, Leao MM, Recine E, Everhart JE. High temporal, geographic, and income variation in body mass index among adults in Brazil. Am J Public Health. 1994 May;84(5):793-8.
- 40 Ball K, Mishra G, Crawford D. Which aspects of socioeconomic status are related to obesity among men and women? Int J Obes Relat Metab Disord. 2002 Apr;26(4):559-65.