



*SZTE ÁOK NÉPEGÉSZSÉGTANI INTÉZET, **ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI INTÉZET,
*** SZTE ÁOK CSALÁDORVOSI INTÉZET ÉS RENDELŐ

AZ ISKOLÁZOTTSÁG HATÁSA AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA CSONGRÁD MEGYÉBEN

BELEC BORBÁLA*–DR. PAULIK EDIT*–DR. BALOGH SÁNDOR**–PROF. DR. HAJNAL FERENC***–PROF. DR. NAGYMAJTÉNYI LÁSZLÓ*

Bevezetés

Jól ismert tény, hogy a különböző társadalmi csoportok egészségi állapota eltérő lehet, mivel az egyes társadalmi illetve kulturális tényezők összefüggésben állnak a rétegenként különböző mortalitási mutatókkal. A kulturális helyzetet nagyrészt determinálja az iskolázottság; minél alacsonyabb az iskolai végzettség, annál nagyobb a munkanélküliség, a szegénység, az egészségi állapot romlás valószínűsége. Átlag feletti rizikót jelent, ha valaki csak a nyolc osztályt, vagy még azt sem végzi el, míg a felsőfokú diploma megszerzése kedvezőbb hatásúnak bizonyul az egészségi állapot vonatkozásában. Hazánkban különösen súlyos a helyzet, az elmúlt évtizedek során ugyanis jelentősen megnőtt az iskolai végzettségi szint alapján mért halandósági különbség [1,2].

Az egészség illetve az egészségi állapot komplex megközelítése alapján elmondható, hogy napjainkban egy ország, egy népcsoport egészségét nem elsősorban az egészségügyi ellátás színvonala határozza meg, hanem az életminőség, tehát az iskolázottság, a foglalkoztatottság, a lakókörülmények, a civilizációs és kulturális színvonal, a közösségi normák stb. együttesen tehetők felelőssé. Egészségszociológiai felmérések alapján az is elfogadott, hogy az említett paraméterek közül a nem és a kor mellett az iskolázottság az egyik legfontosabb egészséget befolyásoló tényező [3,4]. Az egészségi állapot és az iskolázottság közötti szoros kapcsolat az egészség önértékelésében, és más egészségi állapot-indikátorok vonatkozásában is kimutatható. A morbiditási és egészségmagatartási mutatókat elemezve a kevésbé iskolázottak egészsége többnyire rosszabb, mint a jobban képzetteké. Az alapfokú végzettségűek valamennyi korcsoportban nagyobb arányban rendelkeznek „súlyos”, tevékenységkorlátozó betegségekkel, mint a magasabban kvalifikált csoportok tagjai [5,6].

Mások arra hívták fel a figyelmet, hogy már a középiskolai évek alatt jelentős különbségek mutatkoznak

a káros szokásokat, szenvedélyeket illetően; a szakmunkásképzőbe járó fiatalok veszélyeztetettsége jelentősen magasabb, mint a gimnáziumi tanulóké [7].

A végzettség azonban nem önmagában, hanem közvetve alakítja az egészségi állapotot. Az iskolázottság az általa meghatározott társadalmi csoportok, rétegek eltérő munka és anyagi körülményein, pszichoszociális erőforrásain, életmódján és életvitelén keresztül fejti ki hatását, mely befolyásoló faktorok külön-külön, illetve komplex módon determinálják az egészségi állapot alakulását [8]. Az iskolai végzettség által meghatározott helyzetek és körülmények – pszichikai és fizikai terhelés, egészségkultúra, jövedelmi különbségek stb. – bár többnyire negatívan hatnak az egészségre, azaz ártanak, esetenként azonban pozitívak is lehetnek, tehát védhetnek is (pl. táplálkozási szokások).

A kilencvenes években lezajlott társadalmi-gazdasági változások jelentős terheket róttak az egész magyar társadalomra, melynek következtében – különösen egyes eleve hátrányos helyzetű, fokozottan sérülékeny csoportok körében – az átalakulással járó szegénységi kockázatok és biztonságvesztések halmozottan jelentkeztek.

Vizsgálatunk – melynek eredményeinek csak egy részére térünk ki jelen munkánkban – célkitűzése az volt, hogy feltárja az egészségi állapot, a szociális helyzet és az életmód közötti összefüggéseket a dél-alföldi régió lakossága körében. Tekintettel arra, hogy ezen a területen ilyen komplex vizsgálatra még nem került sor, várható volt, hogy mód nyílik majd pontosabb képet alkotni az itt élők körében az egészségi állapot és az életmód, valamint az iskolai végzettség jellemzőiről.

Módszertan

2002. decemberében a Szegedi Tudományegyetem Népegészségtani Intézet, a Családorvosi Intézet és Rendelő, valamint az Országos Alapellátási Intézet 3800 fős empirikus szociológiai és epidemiológiai felmérését

végzett a dél-alföldi régióban. Jelen közleményben a Csongrád megyei eredmények kerülnek ismertetésre. A felmérés alapját Csongrád megye esetében 46 háziorvosi praxis képezte, összesen 22 települést vonva be a vizsgálatba. A megkérdezettek kiválasztása valószínűségi mintavételi eljárással történt, a minta nagysága összesen 1874 fő – praxisonkénti mintegy 40–40 személy – volt.

A survey típusú adatfelvétel kérdezőbiztosok közreműködésével történt. A kérdőív szociodemográfiai, szociokulturális és szocioökonómiai helyzetre, egészségi állapotra, gyógyszerfogyasztási szokásokra, orvoshoz fordulás feltételeire és gyakorlatára, a funkcionalitás betegség miatti csökkenésére, azaz a munkakiesést okozó betegnapok mennyiségére, valamint az egészségmagatartásra vonatkozó kérdéseket tartalmazott. A válaszadás önkéntes és névtelen volt.

Az adatfeldolgozás és az elemzés SPSS 9.0 for Windows programmal történt, amelynek során khi-négyzet próbát alkalmaztunk. A szignifikancia szintet $p < 0,05$ jelentette.

Eredmények, megbeszélés

Szociodemográfiai jellemzők

A minta nem és életkor szerinti megoszlása reprezentálta Csongrád megye állandó lakosságát. Az iskolai végzettség tekintetében a vizsgáltak 6,6%-a kevesebb, mint nyolc általánossal rendelkezett, 26,3%-nak nyolc osztályos végzettsége volt, 25,0% szakmunkásképzőt, 28,8% gimnáziumot, illetve szakközépiskolát végzett, míg 13,2%-nak volt főiskolai, illetve egyetemi diplomája.

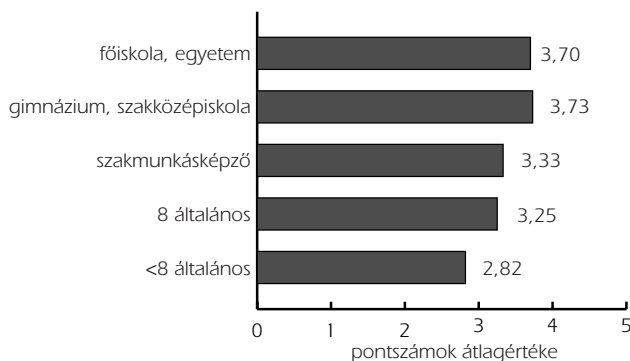
Egészségi állapot

Az ún. szubjektív egészség igen fontos mutatója az egészségi állapotnak. A megkérdezettek állapotuk önminősítése során olyan összetett, többdimenziójú jellemzést adnak, amely magában foglalja az objektív, diagnosztizálható jeleken túl azok szubjektív értékelését is. A szubjektív ítélet már csak azért sem hagyható figyelmen kívül, mert sokszor éppen ennek hatására

születik meg a döntés, hogy az egyén orvoshoz fordul-e vagy sem, amely meghatározó lehet egészségi állapota szempontjából [9,10].

A felmérésben az egészségi állapot önbesorolása egy ötfokú skála segítségével történt, ahol az 5-ös jelentette a nagyon jó minősítést, míg az 1-es a nagyon rosszat. Az egészségi állapot önminősítésében nemek szerint nem volt szignifikáns különbség, az életkor és az iskolázottság azonban befolyásolta az egészségérzetet. A válaszok átlagpontszámát tekintve az életkor előrehaladtával a szubjektív egészség pozitív megítélése csökkent, a legidősebbek és a legfiatalabbak között több mint egy pontszám különbség mutatkozott. Szintén szignifikáns eltérés volt a válaszadók iskolázottsága szerint (1. ábra). Az egészségérzet az iskolai évek számának függvényében növekedett, a magasabban kvalifikáltak közel egy pontszámmal jobbnak ítélték meg egészségüket, mint a kevésbé tanultak.

Az egészségi állapot önértékelése iskolai végzettség szerint



1. ábra

Az egészségi állapot mérésének ugyancsak általánosan elfogadott módszere, hogy magukat az érintetteket kérdezzük meg arról, milyen akut és krónikus betegségekben szenvednek. Az önbevalláson alapuló kérdésre, mely szerint „Önnek milyen orvos által megállapított krónikus betegsége van?”, a válaszadók maximum három betegséget említhettek.

Nem számolt be krónikus betegségről a minta 49 százaléka; az iskolai végzettség tekintetében jelentős

1. táblázat

Az egészségi állapot különböző jellemzőinek iskolai végzettség szerinti alakulása

Egészségi állapot jellemzők	Iskolai végzettség					p-érték*
	<8 általános	8 általános	szakmunkásképző	gimnázium	főiskola, egyetem	
Krónikus betegségek gyakorisága (%)	83,1	53,6	54,1	40,7	44,8	0,000
1 hónapnál hosszabb betegségek gyakorisága (%)	31,1	24,1	22,3	13,3	13,5	0,000
Kórházi kezelés gyakorisága egy éven belül (%)	32,8	21,7	21,7	15,9	16,8	0,000

* khi-négyzet próba eredménye

különbség mutatkozott azok között, akik nem említettek megbetegedést (1. táblázat). Míg a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők kevesebb, mint egyötöde mondta magát egészségesnek, addig a felsőfokú diplomával rendelkezők több mint fele nyilatkozott úgy, hogy nincs krónikus betegsége. A legegészségesebbnek az érettségivel rendelkezők tűntek, mivel 60 százalékuk nem számolt be orvos által megállapított krónikus betegségről.

A fejlett országokban, így hazánkban is a szív- és érrendszeri betegségek jelentik a nem fertőző betegségek legtöbb problémát okozó csoportját; kialakulásukban elsősorban a nem megfelelő életmódból adódó rizikófaktorok játszanak szerepet. Ez a tendencia jelen vizsgálat esetében is megfigyelhető volt. A megkérdezettek által említett kórfarmákat BNO-10 szerint csoportosítva, Csongrád megyében a leggyakoribb betegségi főcsoportok a következők voltak:

– a keringési rendszer betegségei	28%
– a csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei	15%
– endocrín, táplálkozási és anyagcsere betegségek	10%
– a légzőrendszer betegségei	7%
– az emésztőrendszer betegségei	4%

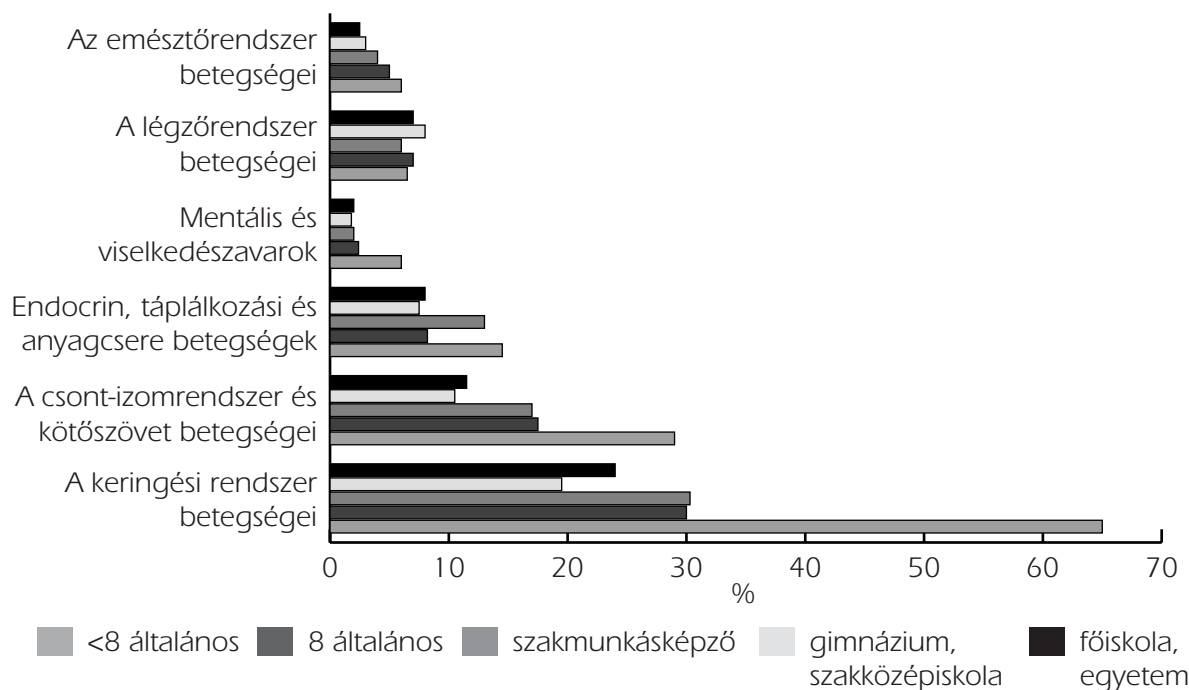
A különböző betegségtípusok iskolázottság szerinti előfordulását elemezve ki kell emelni, hogy a kevesebb, mint nyolc általánossal rendelkezők 65 százaléka számolt be krónikus keringési zavarokról, betegségről (2. ábra), amely riasztó adat a más iskolázottsági csoportokétól lényegesen eltérő életmódra – táplálkozási

szokásokra, testmozgásra, dohányzási és alkoholfogyasztási gyakoriságra – enged következtetni. A kedvezőtlen morbiditási statisztika háttérében azonban az idős emberek számának növekedése is állhat. Ugyanakkor egy koreltolódás is megfigyelhető volt, egyre fiatalabb férfiak – sőt nők – betegszenek meg szív- és érrendszeri kórfarmákban. Szembetűnő volt az is, hogy a mozgásszervi betegségek mennyire gyakoriak a kevésbé iskolázottaknál. Az alacsonyabb iskolázottságúaknál 2–3-szor gyakoribb volt a mentális- és viselkedészavarok előfordulása, mint a főiskolát, egyetemet végzettek körében. A légzőszervi betegségek gyakorisága és az iskolázottság között nem volt lényeges összefüggés kimutatható.

Az egyes betegségcsoportokban kapott eltérések arra engedtek következtetni, hogy a magasan képzettek és a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők között kifejezett különbségek lehetnek az egyes rizikótényezők, a táplálkozási szokások, a fizikai aktivitás, az életmód stb. vonatkozásában.

Az egy hónapnál hosszabb betegségek gyakoriságát elemezve is látható, hogy az általános iskolát sem végzettek között kétszer olyan gyakran fordultak elő hosszantartó betegségek, mint a diplomások körében (1. táblázat). Ezen megbetegedések előfordulásában azonban nem volt szignifikáns különbség az érettségivel és a felsőfokú diplomával rendelkezők, illetve a nyolc általánost és a szakmunkásképzőt végzettek között. Hasonló eloszlás volt megfigyelhető az utóbbi egy éven belül kórházi ápolást igénybe vevők iskolázottságát tekintve is (1. táblázat).

A leggyakoribb krónikus betegségek iskolai végzettség szerinti megoszlása



2. ábra

A dohányzási, alkoholfogyasztási szokások és a sporttevékenység iskolai végzettség szerinti alakulása

Életmódi jellemzők		Iskolai végzettség					p-érték*
		<8 általános	8 általános	szakmunkás- képző	gimnázium	főiskola, egyetem	
Dohányzás (%)	Dohányos	14,5	27,0	36,3	28,5	18,4	0,000
	Ex-dohányos	13,7	11,9	19,6	13,7	16,3	
	Nem dohányos	71,8	61,1	44,1	57,8	65,3	
Alkohol- fogyasztás (%)	Soha	62,3	48,0	33,5	34,3	31,6	0,000
	Ritkán	18,9	42,0	44,8	55,2	52,0	
	Havonta többször	4,9	4,8	11,3	7,0	11,1	
	Hetente többször	4,9	1,7	5,1	2,6	3,7	
Rendszeresen sportolók aránya (%)		4,2	19,5	15,1	28,6	31,0	0,000

* khi-négyzet próba eredménye

Egészségmagatartás

Jól tudott, hogy a magyar lakosság egészségi állapota rendkívül kedvezőtlen. A leggyakoribb halálokok olyan betegségek, amelyek magatartásbeli változtatásokkal nagyrészt megelőzhetőek lennének. A krónikus betegségek legfontosabb kockázati tényezői olyan káros életmódbeli jellemzők, mint a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás stb., amelyek mind befolyásolják az egyén életkilátásait [11].

A dohányzás ma az egész világon, Magyarországon pedig különösen súlyos népegészségügyi problémát jelent; egyértelmű összefüggésbe hozható a tüdőrák és egyéb daganatos megbetegedések, a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásával.

A vizsgálat eredményei alapján a dohányzás szempontjából leginkább veszélyeztetett csoport a szakmunkásképzőt végzettké volt (2. táblázat). Napi rendszerességgel dohányzik több, mint egyharmaduk, kétszer annyian, mint a nyolc általános iskolai osztállyal, illetve felsőfokú végzettséggel rendelkezők. Emellett körükben sokkal nagyobb volt azon erős dohányosok aránya is, akik napi egy doboz cigarettánál többet szívtak el. Adataink szerint a legalacsonyabb iskolai végzettségűek közül kevesebben dohányoznak; ez azzal magyarázható, hogy körükben az eredményeket az idősebb korosztály, s annak főleg nőtagjai – akikkel szemben korábban erős volt a társadalmi kontroll – javították. Meg kell azonban jegyezni, hogy aki a legalacsonyabb iskolai végzettségűek között dohányzik, az viszont többnyire erős dohányos.

Az alkoholizmus szintén jelentős populációs szintű probléma hazánkban, mivel a többlethalalozás számotérvő része az alkoholra vezethető vissza. Magyarországon az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások száma 1999-ben meghaladta a 17 ezret, ami az összhálaalozás 13%-ának felel meg [12]. Emellett az alkoholfogyasztás súlyos pszichés és szociális problémákat is indukálhat.

Az alkoholfogyasztási szokások tekintetében a felsőfokú végzettségűek és az érettségivel rendelkezők egymástól nem különböztek lényegesen (2. táblázat). Az iskolázottság csökkenésével nőtt a naponta alkoholt fogyasztók száma, de a szeszesital – bevallásuk szerint – soha vagy nagyon ritkán fogyasztók aránya is. A napi rendszerességgel alkoholt ivók arányának növekedése az alacsonyabb iskolai végzettségűeknél arra enged következtetni, hogy a környezeti stresszre adott válasz gyakran éppen az alkohol fogyasztásának formájában jelentkezik.

Köztudott tény, hogy a fizikai aktivitás hiánya jelentős kockázati tényező a krónikus, nem fertőző betegségek kialakulásában. A vizsgáltak körében a rendszeresen – jelenleg vagy egykoron – sportolók aránya a diplomával illetve érettségivel rendelkezőknél volt a legmagasabb – közel 30%, míg a nyolc osztállyal sem rendelkezők 95 százaléka soha életében nem sportolt (2. táblázat).

Szűrővizsgálatok igénybevétele

Az eredményes prevenció egyik alappillére a betegségek korai felderítése, amely különböző szűrővizsgálatok segítségével történhet. Bizonyos szűrések fontossága vitathatatlan, de csak a szűrővizsgálatok középpontba állításától nem várható a lakosság egészségi állapotának jelentős javulása. A szűrések során lehetőség nyílik az egészségnevelésre is, amely hozzájárulhat a prevenció eredményességének növeléséhez [13, 14].

Az „Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja” a népegészségügyi szempontból kiemelt fontosságú cardiovascularis és daganatos megbetegedések szűrésére ösztönöz. A cardiovascularis rizikó meghatározásában kiemelten fontos a vérnyomás és a koleszterinszint meghatározása [15, 16]. A rendszeres vérnyomás ellenőrzés gyakorlatát vizsgálva látható volt,

hogy az iskolázottság csökkenésével nőtt az orvosok szerepe, míg minél iskolázottabb valaki, annál elterjedtebb az otthoni önellenőrzés gyakorlata (3. táblázat). Orvosnál a kevesebb, mint nyolc általánossal rendelkezők 78 százaléka ellenőriztette vérnyomását, míg ez az arány a felsőfokú végzettségűek körében jelentősen, mintegy 30 százalékkal kevesebb volt. Legritkábban az érettségizettek mérették a vérnyomásukat házi-orvosukkal. Koleszterinszint meghatározás lényegesen alacsonyabb arányban (36,0%) történt; az iskolai végzettséggel való kapcsolat itt is megfigyelhető volt ugyan, de tendenciájában eltért a vérnyomásmérésnél tapasztaltaktól, elvégzését inkább valamilyen betegség, többnyire a keringési rendszerhez kapcsolódó panaszok megléte befolyásolta.

Magyarországon évente közel négymillió ernyőfényképszűrés történik. A mellkas röntgen, mint szűrési eljárás a tüdőcarcinoma esetében ugyan vitatott, de figyelembe véve a jelenlegi hazai lehetőségeket, mind a tuberculosis, mind pedig a tüdőrákszűrés szempontjából fontos [17]. A tüdőszűrésen való rendszeres részvétel és az iskolázottsági szint közötti kapcsolat szintén szignifikánsnak bizonyult; a legalacsonyabb volt a részvétel a 8 általánossal vagy annál kevesebbel rendelkezők körében, a legmagasabb pedig a felsőfokú végzettséggel bíróknál.

A caries és szájüregi daganatok korai felfedezése szempontjából kiemelten fontos a preventív jellegű fogászati ellenőrzéseken, stomato-onkológiai szűrővizsgálatokon való részvétel. Epidemiológiai vizsgálatok tanúsága szerint a populáció mintegy fele (54%-a) nem jár rendszeresen fogorvoshoz [18]. Felmérésünk során még ennél is kedvezőtlenebb eredményt kaptunk, mely szerint a megkérdezettek kevesebb, mint fele járt rendszeres ellenőrzésre. A részvételt igen jelentős mértékben befolyásolta az iskolai végzettség: a kevesebb, mint 8 általánossal rendelkezőknél nem érte el a 20%-ot sem a fogorvoshoz fordulás gyakorisága; az iskolában eltöltött évek számának növekedésével párhuzamosan emelkedett a fogorvos felkeresésének valószínűsége, így a felsőfokú végzettséggel rendelkezőknek már közel 75%-a ellenőriztette rendszeresen a fogazatát (3. táblázat).

Következtetések

A vizsgálat eredményei alapján megállapítható volt, hogy az iskolázottság alapvetően befolyásolta az egészségi állapotot, az egészségmagatartást és a szűrővizsgálatok igénybevételét.

Az alacsonyabb iskolai végzettség kedvezőtlenül hatott a keringési, az endokrin és anyagcsere megbetegedésekre, és jelentős hatással bírt a mentális és viselkedésvizsgálatokra is. A kvalifikáltabbak elégedettebbek voltak meglévő egészségükkel, és kevesebb krónikus betegségről adtak számot, mint az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők. Az életkor előrehaladtával az egészségi állapot természetesen romlik, azonban kitűnt, hogy ez a romlás az alacsonyabb iskolai végzettségűek körében hamarabb következik be. Ennek okaként az iskolázottság által meghatározott társadalmi és kulturális környezetet tételezhetjük fel, amely befolyásolhatja az egyén életmódját, annak egészséget támogató vagy károsító voltát. Az alacsonyabb iskolai végzettségűek felmérésünk adatai szerint – mint más vizsgálatokban is – kisebb arányban sportoltak és vettek részt a különböző szűréseken, míg nagyobb számban dohányoztak és fogyasztottak alkoholt.

Az eredmények arra hívják fel a figyelmet, hogy a rosszabb egészségi állapot, az egészségkárosító szokások gyakoribb volta és az alacsonyabb iskolai végzettség közötti kapcsolattal az egészségfejlesztési tevékenység, így például a házi-orvosi munka során is számolni kell. Lakossági szinten szükséges az egészséggel kapcsolatos ismeretek differenciált oktatása, amely során az életkor mellett az egyének kulturális helyzetét, azaz iskolai végzettségét is figyelembe kell venni, valamint a populáció egészségi állapotában megfigyelhető egyenlőtlenségek csökkentésében a jövőben még jelentősebb szerepet kell, hogy kapjon a felnövekvő nemzedék iskolázottságának javítása. Ezen pozitív trendek komplex hatásának – más preventív célú intervenciók mellett – kiemelt szerepe lesz a magyar morbiditási és mortalitási helyzet javításában, az egészség társadalmi egyenlőtlenségeinek csökkentésében.

3. táblázat

A szűrővizsgálatok rendszeres igénybevételének gyakorisága (%) iskolai végzettség szerint

Szűrővizsgálatok		Iskolai végzettség					
		<8 általános	8 általános	szakmunkás- képző	gimnázium	főiskola, egyetem	p-érték*
Vérnyomás- mérés	orvosnál	78,0	49,7	48,9	45,6	48,3	0,000
	otthon	52,0	47,5	55,1	59,7	61,1	0,000
Koleszterinszint mérés		43,5	30,8	37,1	34,8	43,2	0,005
Tüdőszűrés		72,4	67,8	81,6	77,8	87,8	0,000
Fogorvosi ellenőrzés		17,9	38,5	41,3	64,9	74,6	0,000

* khi-négyzet próba eredménye

ÖSSZEFOGLALÁS

A Szegedi Tudományegyetem Népegészségtani Intézet, a Családorvosi Intézet és Rendelő, valamint az Országos Alapellátási Intézet által 2002 decemberében végzett vizsgálat adatai alapján a különböző iskolai végzettségű csoportok egészségi állapota és egészségmagatartása került értékelésre 1874 főnyi, Csongrád megyei minta alapján. Az adatfelvétel kérdezőbiztosok közreműködésével, olyan 134 kérdésből álló kérdőívvel történt, amely komplex módon vizsgálta az egészségi állapotot és az azt befolyásoló tényezőket. Az eredmények ezen populáció esetében is azt mutatták, hogy az iskolai végzettség jelentősen befolyásolta az egészségi állapot szubjektív megítélését, a krónikus betegségek kialakulásának gyakoriságát. Az iskolázottság hatással bírt az egyének egészségmagatartására is; a dohányzás szempontjából leginkább veszélyeztetett csoportnak a szakmunkásképzőt végzettek bizonyultak, s a rendszeres alkoholfogyasztók aránya is magasabb volt a kevésbé kvalifikáltak között. Az ő körükben kevesebben sportoltak és vettek részt a különböző szűréseken. Az eredmények alapján egyértelműen megállapítható volt, hogy az egészségi állapotában megfigyelhető egyenlőtlenségek csökkentésében jelentős szerepet kell, hogy kapjon az oktatás, különös tekintettel a felnövekvő nemzedék képzettégének javítására.

IRODALOM

1. Klinger A.: Halandósági különbségek Magyarországon iskolai végzettség szerint. *Demográfia* 2001;44(3-4):227-258. – 2. A szociális terület helyzetelemzése munkanyag:1994-2001. <http://www.eszscsm.hu6hir/SZOCHE021105.DOC>. – 3. Spéder Zs.: Egészségi állapot. In: *Az ajtók záródnak (!?)*. Magyar Háztartási Panel Műhelytanulmányok 8. Budapest: BKE-TÁRKI, 1997. – 4. Országos Lakosági Egészségfelmérés

2000. <http://www.gallup.hu/olef/elef.html>. – 5. Tahin T., Jeges S., Lampek K.: Iskolai végzettség és egészségi állapot. *Demográfia* 2000;43(1):70-93. – 6. Lehmann H., Polonyi G.: Helyzetkép a magyar lakosság állapotáról-1997. In: *Társadalmi Riport 1998*. (Szerk.: Kolosi T., Tóth I. Gy., Vukovich Gy.). Budapest, 1998. – 7. Pikó B.: Középiskolások veszélyeztetettsége iskolatípus szerint. A korai önállóodás csapdája? *Egészségnevelés* 2003;44(2):57-64. – 8. Tahin T., Jeges S., Lampek K.: Az iskolai végzettség és az egészségi állapot változása követéses vizsgálat alapján. *Demográfia* 2000;43(2-3):305-334. – 9. Paulik E., Müller A., Pikó B., Pető É.: A saját egészség megítélése és az életmód. *Népegészségügy* 1997;3:28-33. – 10. Pikó B.: Fiatalok pszichoszociális egészsége és rizikónagatartása a társas támogatás tükrében. Budapest: Osiris Kiadó; 2002. – 11. Csoboth Cs.: Magatartás-epidemiológia. In: *Magatartástudományok*. (Szerk.: Buda B., Kopp. M.) Budapest: Medicina; 2001. – 12. Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970-1999. Nemzeti Népesedési Program. Központi Statisztikai Hivatal, 2003. – 13. Szigetvári I.: Egészség, életminőség, szűrővizsgálatok, egészségpolitika. Gondolatok a népegészségügyi program célkitűzéseinek megvalósíthatóságáról. *Medicus Universalis* 2002;35(3):120. – 14. Oláh I., Tili E.: Primer és szekunder prevenciót szolgáló szűrővizsgálat a fiatal felnőtt páciensek körében. *Medicus Universalis* 2000;33(Suppl):2-4. – 15. Papp R.: Ajánlás az „Egészséges Nemzetért Program”-hoz igazodó, háziorvos által végzett vagy koordinált szűrési tevékenységről. *Medicus Universalis* 2001;34(4):225-228. – 16. Balogh S.: A háziorvoslás továbbfejlesztésének lehetősége és kapcsolódás az Egészséges Nemzetért Programmal. *Medicus Universalis* 2001;34(4):229-231. – 17. Ajkay Z.: A mellkasi szűrővizsgálatok jövője Magyarországon. *LAM* 2002;12(6-7):378-383. – 18. Bánóczy J.: A háziorvos lehetőségei és feladatai a szájüregi rák megelőzésében és korai diagnosztikájában. *Medicus Universalis* 2001;34(4):247-248.

HIRDETÉS

**Budapesten, társas vállalkozás keretében, jó gazdasági feltételekkel működtethető,
modellkísérletben részt vevő,
felnőtt háziorvosi praxisok eladó.**

Érdeklődni lehet: 06 30 934-2939