

Pécsi Tudományegyetem  
Bölcsészettudományi Kar  
Demográfia és Szociológia Doktori Iskola  
Addiktológia Doktori Program

**A felnőtt magyar lakosság egészségmagatartása**  
PhD disszertáció tézisei

Témavezető:  
Prof. Dr. Füzesi Zsuzsanna  
Dr. Kovács Katalin

Készítette:  
Boros Julianna

Pécs, 2019



## Tartalom

A téma ismertetése, jelentősége és a témaválasztás indoklása .....	4
Kutatási kérdések .....	6
A dolgozat szerkezete.....	7
A kutatás módszertana és eredményei .....	8
Összegzés .....	13
Felhasznált irodalom .....	15
A disszertáció témájához kapcsolódó publikációk .....	16

## A téma ismertetése

A fejlett országokban a főbb egészségügyi problémákat elsősorban a krónikus, nemfertőző betegségek okozzák. E betegségek mögött viszont jelentős mértékben életmódbeli szokások, az egyes egyének egészségmagatartása húzódik meg. Az egyének azonban társadalmi csoportok tagjai, és az egészségmagatartást mindenhol jelentősen különbözönek találjuk a társadalmi rétegződés különböző szintjein. Ezek a szisztematikus különbségek feltételezhetően társadalmi vagy mezo-szintű folyamatok hatására alakulnak ki, s a legtöbb esetben maguk is hozzájárulnak az alacsony státuszú társadalmi csoportok helyzetének kedvezőtlen helyzetének konzerválódásához.

Az egyik első jelentős dokumentum, amely felhívta a figyelmet az egészségmagatartás fontosságára, a kanadaiak egészségéről szóló Lalonde - jelentés volt, amely tudatosította, hogy egészségünk alakításáért nagy részben mi magunk vagyunk felelősek, hiszen egészségmagatartásunk, káros vagy éppen hasznos életmódbeli szokásaink számos betegség kialakulásához vagy megelőzéséhez hozzájárulhatnak (Lalonde 1974). A jelentést követően világszerte számos egyéb egészségpolitikai dokumentum született, amely az egészségmagatartás szerepét hangsúlyozta, mint például az Egészségügyi Világszervezet által megfogalmazott Ottawai Egyezmény (WHO 1986). Ezt követően azonban az egészségmagatartás és a rétegződés kapcsolata is az egészségpszichológiai kutatások fókuszába került. A társadalmi rétegződés és társadalmi egyenlőtlenségek az egészségben az Egészségügyi Világszervezet számos jelentésében központi szerepet kaptak (WHO 2014).

Az egészségmagatartást sokan próbálták meg definiálni, itt Becker és Gochman meghatározását mutatjuk be.

Becker úgy definiálja az egészségmagatartást, mint az egészségünk érdekében végrehajtott cselekvéseket, amelyeket a tudás, az attitűdök, a

gyakorlatok, normák, az elérhető választási lehetőségek, illetve az adott szituáció kontextusa befolyásol. Ezek a cselekvések hozzájárulhatnak az egészség megőrzéséhez vagy fejlesztéséhez, ugyanakkor betegségekhez is vezethet (Becker 1974).

Gochman egészségmagatartás alatt érti mindazon magatartási mintákat, cselekvéseket és szokásokat, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, az egészség helyreállításához vagy javításához (Gochman, 1997).

A WHO által koordinált és a világ vezető epidemiológusai által működtetett „A Betegségek Globális Terhei” kutatóhálózata világ szinte minden országát lefedő adatbázisán végzett elemzése egyértelművé tette és számszerűsítette, hogy a környezeti és az élettani kockázatok mellett - a magatartási kockázatok kiemelkedő jelentőségűek az elveszített egészséges életek számosságának szempontjából (GBD 2018). A magatartási kockázatok közül (fontossági sorrendben) a dohányzás, az étrend, az alkoholfogyasztás, illetve a fizikai inaktivitás tehető felelőssé a betegségek kialakulásáért és a halálozásért.

Doktori disszertációmban kérdőíves lakossági egészségfelmérések adatait elemezve az egészségmagatartási tényezők közül egyrészt az életmód egészségkárosító hatású elemeit (dohányzás, mértéktelen alkoholfogyasztás, illetve a különböző életmód elemek interakciójaként létrejövő elhízás), másrészt az egészség szempontjából protektív hatást kifejtő tényezőket (testmozgás, mérsékelt alkoholfogyasztás), valamint a pozitív vagy negatív hatással egyaránt esetlegesen összefonódó táplálkozási szokásokat vizsgálom. Dolgozatomban arra kerestem a választ, hogy hogyan jellemezhető a felnőtt magyar lakosság egészségmagatartása, hogyan jelennek meg az egészségmagatartás különböző elemei a társadalmi rétegződésben, milyen ezeknek a mintázatoknak az időbeli változása, s hogy mindez mit jelenthet az egészségmegőrzésre koncentráló egészségpolitika számára.

## Kutatási kérdések

Az egészségmagatartás és a társadalmi rétegződés kapcsolatát a részleteiben számos szociodemográfiai jellemző mentén vizsgáltuk. Választ kerestünk azokra a kérdésekre, hogy vajon egészségesebb életmódot követnek-e a nők, mint a férfiak; van-e lényeges különbség az egyes életkori csoportok között az egészségmagatartás tekintetében; védőfaktoroként fogható-e fel a magasabb iskolázottság vagy éppen a jobb anyagi helyzet; megfigyelhetők-e regionális eltérések, igazodva az ország gazdaságföldrajzához; illetve egészségesebbek-e a házasok más családi állapotúakhoz viszonyítva. Azt is igyekeztem felderíteni, hogy vannak-e jól jellemezhető táplálkozási szokásokkal leírható társadalmi csoportok. A testtömegindexszel kapcsolatban egy módszertani kérdést is vizsgáltunk: mennyire tekinthetők megbízhatónak az önbevallott testtömeg és testmagasság értékek a ténylegesen mért értékekhez viszonyítva.

## A dolgozat szerkezete

Dolgozatomban először az elméleti kapcsolódási pontokat próbáltam tisztázni. Ezen belül elsőként az egészségmagatartásról és annak társadalmi mintázatáról szerzett korábbi ismereteket foglaltam össze, majd bemutattam a professzionális és laikus egészség-meghatározásokat. Az általunk későbbiekben bemutatott kép történeti kereteként ismertetjük az epidemiológiai átmenet elméletét (a betegségstruktúra történeti változását nyomon követendő), illetve ehhez kapcsolódóan két további átmenet-elméletet, amelyek a dohányzásra és a táplálkozásra vonatkoznak. Szintén az elméleti áttekintés részét képezi az egészségmagatartás különböző értelmezéseinek bemutatása, valamint az egyes egészségmagatartási tényezők egészségre kifejtett hatására vonatkozó irodalom rövid összefoglalása. Végül a társadalmi egyenlőtlenségek és az egészségmagatartás kapcsolatára vonatkozó, néhány különösen fontos kutatási eredményt mutatunk be.

A következő részben bemutatom a kutatás módszertani kereteit, részletesen jellemzem az elemzések alapjául használt két felmérést, a 2014-ben felvételre került Európai lakossági egészségfelmérést (ELEF), illetve az Országos Táplálkozási és Tápláltsági Állapot Vizsgálatot (OTÁP).

Ezután az empirikus elemzések eredményeit: a felnőtt magyar lakosság dohányzására, alkoholfogyasztására, fizikai aktivitására, táplálkozási szokásaira, illetve testtömegindexére vonatkozó adatokat mutatom be. Az elemzések során igyekeztem feltárni az egyes egészségmagatartási tényezők gyakoriságát és a társadalmi rétegződés kapcsolatát.

A dolgozat az eredmények összegzésével és a kötelező tartalmi elemekkel zárul.

## A kutatás módszertana és eredményei

Doktori dolgozatomban két lakossági felmérés adatait elemeztem. Mindkettő keresztmetszeti vizsgálat: az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) célja az volt, hogy harmonizált, nemzetközileg összehasonlítható statisztikai adatokat biztosítson az Európai Unió tagállamairól, s ennek almintáján készült az Országos Táplálkozási és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP).

Az ELEF célcsoportját a 15 éves és idősebb, magánháztartásban élő, az adott ország területén élő személyek képezték. Az ELEF 2014-es végrehajtását a Bizottság 141/2013/EU számú rendelete szabályozta, amely kötelezően előírta valamennyi tagállam számára a felmérés lebonyolítását. szervezésében szeptember 15. és december 15. között zajlott, 532 településen 5826 fő bevonásával.

Az Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP) a 2014-es Európai lakossági egészségfelméréshez (ELEF) kapcsolódó adatfelvétel volt, annak egy kisebb almintáján. Az OTÁP-ot az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) szervezésében, szakképzett védőnők és szakápolók bevonásával bonyolították le. A cél az volt, hogy a kérdőíves felmérésen túl a tápláltsági állapothoz kapcsolódó eszközös antropometriai vizsgálatot is végezzenek azok körében, akik ehhez bejegyzésüket adták. A vizsgálat célcsoportja a 18 éves és idősebb nem intézményben élő lakosság volt, és 2014. szeptember 30. és november 30. között, az ország 122 településén 857 fő bevonásával zajlott le. A résztvevők körében egy háromnapos étkezési napló valamint egy rövid kérdőív kitöltése mellett testsúly, testmagasság és derékkörfogat-mérést végeztek (Erdei et al. 2017).

Az elemzések során a dohányzásra, az alkoholfogyasztásra, a fizikai aktivitásra és a táplálkozási szokásokra valamint az elhízásra vonatkozó populációs becslések mellett logisztikus regressziós modellekkel vizsgáltam,



amelyekben az eredményváltozók az egyes életmód-elemek, a független változók pedig szocioökonómiai változók voltak.

A táplálkozással kapcsolatban végzett további elemzések során klaszteranalízist használtam annak felderítésére, hogy milyen jellegzetes csoportokba sorolható a magyar népesség táplálékfogyasztási szempontból.

A túlsúlyossággal kapcsolatos módszertani kérdés (mennyire tekinthetők megbízhatónak az önbevallott testtömeg és testmagasság értékek a ténylegesen mért értékekhez viszonyítva) eldöntésére Cohen kappa statisztikai mutatót valamint Bland-Altman szórásdiagramot illetve közösleges legkisebb négyzetek módszerét használtunk.

Az eredmények szerint a dohányzás prevalenciája Magyarországon rendkívül magas, különösen a férfiak körében, de a nemi különbségek csökkenőben vannak – összhangban a dohányzási átmenet elméletével.

Az alkoholfogyasztásra vonatkozó becslések az adatok önbevallásra épülő volta miatt óvatosan kezelendők, de így is megállapítható, hogy jelentős problémát okoz a magyar társadalomban a túlzott alkoholbevitel. Számos jel utal azonban arra, hogy az alkoholfogyasztás nem növekszik.

Testmozgás szempontjából a trendek javulóak, a fiatalabb korosztályokban a testmozgás gyakorisága kielégítőnek nevezhető, össztársadalmi szinten ugyanakkor a testmozgás még mindig nem megfelelő mennyiségű és gyakoriságú. A testmozgás hiányával párosultán a táplálkozási szokások sem az egészséges életmódra utalnak.

A népesség különböző csoportjai jól elkülöníthetőnek bizonyultak a gyakran fogyasztott tápanyagok, élelmiszerek szempontjából, és ez alapján azt láttuk, hogy a lakosság viszonylag kis hányada étkezik a szakmai ajánlásoknak megfelelően.

Mindezek következményeként a túlsúlyosság, elhízás fontos és növekvő problémaként jelenik meg Magyarországon.

Az egyes egészségmagatartási tényezők népességen belüli megoszlása nem egyenletes, a társadalmi egyenlőtlenségek jelentősek.

A férfiak szinte minden vizsgált életmódbeli tényező esetében hátrányosabb pozícióban vannak, mint a nők: nagyobb eséllyel dohányoznak, tartoznak a nagyivók közé, illetve valószínűbb, hogy túlsúlyosak. A nők csak a testmozgást illetően mutatnak negatív képet a férfiakhoz képest, ezt leszámítva összességében egészségesebb életmódot folytatnak.

Jelentős különbségeket találtunk az egészségmagatartásban az életkor mentén is. A legfiatalabbakhoz (18-24 évesek) viszonyítva a középkorúak és az idősek valamennyi egészségmagatartási tényezőt illetően rosszabb helyzetben vannak: több alkoholt fogyasztanak, kevesebbet mozognak, nagyobb a testtömegük. A testmozgást illetően az életkor mentén mutatkoznak a legnagyobb különbségek. A dohányzást a középkorúak esetében találtuk a leggyakoribbnak, amelynek számos oka lehet (dohányzási átmenet, kohorsz-hatás, dohányzásnak tulajdonítható halálozás), az általunk használt keresztmetszeti vizsgálatból származó adatok segítségével azonban nem lehet egyértelműen azonosítani a fő oki tényezőt.

Az egészségmagatartás iskolázottság szerinti különbségei különösen nagyok. Összességében a magasabb iskolai végzettség egészség tudatosabb életmóddal jár együtt, ugyanakkor néhány kivételt meg kell említenünk. A dohányzás esélyét általában ugyan csökkenti a minél magasabb végzettség, viszont a nők esetében nincs lényeges különbség a dohányzási gyakoriságban a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt, illetve a szakmunkás iskolát végzettek között. A nagyivás esetében a legalacsonyabb iskolázottságúak élesen elkülönülnek a többiektől, már a szakmunkás bizonyítvány is esélycsökkentő hatással bír. A megfelelő testmozgás esélyét férfiaknál a diploma, nőknél viszont

már az érettségi is jelentősen emeli. Elhízás szempontjából a férfiaknál nem figyelhetünk meg iskolázottság szerinti különbséget, nőknél viszont az érettségi vagy magasabb végzettség jelentős előnnyel jár.

Jövedelem szempontjából különösen érdekes társadalmi mintázatok rajzolódtak ki. A rendszeres dohányzás esélyét alacsonyabbnak találtuk a leggazdagabbak körében, de a többi jövedelmi csoport között nem találtunk lényeges különbségeket. A nagyívás rizikója viszont a legszegényebbek között bizonyult a legnagyobbnak, és lényegesen különbözőnek a többi jövedelmi kvintilisben tapasztalható képest. A testmozgás esetében a férfiak körében nem találtunk jelentős kapcsolatot az anyagi helyzettel, nőknél viszont a legjómódúbbak kiemelkedően magas eséllyel végeznek az ajánlásoknak megfelelő fizikai aktivitást. Az elhízást illetően ugyanakkor a nők esetében nem találtunk szignifikáns kapcsolatot a jövedelemmel, férfiak esetében viszont a magasabb jövedelem nagyobb eséllyel társult túlsúlyossággal.

A földrajzi régiókat vizsgálva nem rajzolódnak ki egyértelműen „egészségesebb” területek. Észak-Magyarországon a rendszeres dohányzást és a túlsúlyosságot, a két alföldi régióban az elhízást, Közép-Dunántúlon pedig a nagyívást találtuk különösen gyakorinak.

Bár a házasságnak általában egészségvédő hatást tulajdonítanak, eredményeink szerint a házasságban élés, az alacsonyabb dohányzási és alkoholfogyasztási rizikók mellett alacsonyabb testmozgási arányokkal (mindkét nem esetében) illetve magasabb elhízási arányokkal (a férfiak esetében) is együtt jár.

A táplálkozási mintázatok kirajzolására használt klaszteranalízis eredményeként egy öt- és egy hét klaszteres csoportosítást különítettünk el. Ez utóbbi szerint az „átlagos fogyasztók”, a „visszafogott fogyasztók”, az „édességkerülők”, a „sok alkoholt fogyasztók”, az „édesség- és üdítőital-fogyasztók”, a „sok egészségtelen táplálékot fogyasztók”, illetve az

„egészségtudatosak” csoportjai társadalmi-gazdasági helyzetük alapján is jól elkülöníthetők. Az egészséget kevésbé előmozdító étkezési szokások azonban a jobb társadalmi helyzetűek között is gyakrabban fordultak elő, így feltehető, hogy egy egészségtudatosabb étkezési szokásokat előmozdítani kívánó társadalom- és egészségpolitika könnyen nyerne társadalmi támogatottságot.

## Összegzés

A doktori disszertáció a felnőtt magyar lakosság egészségmagatartását mutatja be, kérdőíves lakossági egészségfelmérések adatainak elemzése alapján. A kutatás elméleti háttérét az egészség és az egészségmagatartás fogalmaival kapcsolatos szociológiai elméletek nyújtják, az eredmények konkrét értelmezése azonban olyan mezo-szintű elméletekhez is kapcsolódik, mint a dohányzási és a táplálkozási átmenet. A disszertációban a 2014-ben végzett Európai lakossági egészségfelmérés egészségmagatartásra vonatkozó adatait, valamint a kutatás egy kisebb almintáján végzett Országos Táplálkozás és Tápláltsági Vizsgálat adatait elemezzük. Keresztmetszeti adatok lévén, az oksági kapcsolatok feltárása nem lehetett a dolgozat célja, mindazonáltal a logisztikus regressziós elemzésekkel sikerült feltárni az egyes egészségmagatartási tényezők összefüggéseit a társadalmi rétegződésre illetve egyes más, kiemelten fontos szociodemográfiai tényezőkkel. A dolgozatban mindezek mellett bemutatjuk a népesség táplálkozási szokások szerint csoportosítását is. A disszertációban ezen felül egy módszertani elemzés is helyet kapott: a vizsgálat célja annak eldöntése volt, hogy vajon eléggé megbízhatónak tekinthetők-e az önbevallásra épülő testmagasság- és testtömeg-adatok.

A súlyos népegészségügyi problémákat okozó egészségmagatartási tényezőket sem stigmatizálással, sem az áldozatok hibáztatásával nem lehet semmissé tenni. befolyásolni. Az egészségtudatosság alakítása azonban fontos szerepet játszhat. Ennek alakítása alapvetően három szinten történik: elsősorban makro-szinten, azaz a feltételek megteremtése politikai, döntéshozói, társadalmi felelősség. A mezo-szintet az intézmények, közösségek jelentik, amelyek normaképző hatással bírnak. Nem hagyható természetesen figyelmen kívül a mikro-szint sem, mivel az egyéni felelősség szerepe is nagyon jelentős – mégpedig minden társadalmi rétegben, csoportban.

E jelentős súlyú feladatokat nem vállalhatja magára teljes egészében az egészségügyi alrendszer, mivel bizonyítékokon alapuló tény, hogy az egészségmagatartás szinte teljes egészében az egészségügyön kívüli eszközökkel alakítható: oktatással, képzéssel, adó- és árpolitikával, stabil társadalmi értékekkel és normákkal stb. Ezek teremtik meg azt az alapot, amely segítségével az egyének és közösségek képessé tehetők (a tudásátadástól a konkrét szolgáltatásokon keresztül a feltételek megteremtéséig) az egészségtudatosságra és az egészségmagatartás változtatására.

Összességében tehát jelentős paradigmaváltásra és a társadalmi feltételek megváltoztatására van szükség az életmóddal kapcsolatban, ha azt szeretnénk, hogy a nemzetközi összehasonlításban is rossznak mondható megbetegedési, a halálozási, illetve a korlátozottságtól mentes egészséges életév mutatókban javulás következzen be.

## Felhasznált irodalom

Becker MH, ed. (1974.) *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Thorofare, NJ: Slack

Erdei G, Kovács VA, Bakacs M, Martos É. (2017) Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat – OTÁP2014 I. A magyar lakosság tápláltsági állapota. *Orvosi Hetilap* 158(14): 533–540

GBD 2017 Risk Factors Collaborators (2018) Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 2018; 392: 1923–94

Gochman DS. (ed.) (1997) *Handbook of Health Behavior Research*. Plenum Press, New York.

Lalonde M. (1974) *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. Retrieved from Public Health Agency of Canada website: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

World Health Organization (1986) WHO Regional Office for Europe. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen, Denmark

World Health Organization Regional Office for Europe (2014) *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*

## A disszertáció témájához kapcsolódó publikációk

Boros J, Kovács K (2018): Egészségi állapot. In Monostori J. - Őri P. - Spéder Zs. (szerk.): Demográfiai portré 2018 KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, 103-126.

Boros J, Györke J, Pásztor SE, Szabó Zs. (2018) A 2014-ben végrehajtott Európai lakossági egészségfelmérés eredményei – összefoglaló adatok. Központi Statisztikai Hivatal

Boros J. (2017) Egészség idős korban. In Giczi J. (szerk) Ezüstkör: korosodás és társadalom. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest pp. 35-50.

Sándor J, Kósa Zs, Boruzs K, Boros J, Tokaji I, McKee M, Ádány R. (2017) The decade of Roma Inclusion: did it make a difference to health and use of health care services? Int J Public Health. doi:10.1007/s00038-017-0973-6  
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00038-017-0954-9.pdf>

Bakacs M, Boros J, Csohán Á, Formanek-Balku E, Horváth G, Kimmel Zs, Tóth G, Varsányi P, Vitrai J, Varsányi P. (2017) Egészségjelentés 2016: Információk a népegészségügyi beavatkozások célterületeinek azonosításához a nem fertőző betegségek az egészségmagatartási mutatók elemzése alapján pp. 1-95.

Balku E, Berki J, Csizmadia P, Varsányi P, Vitrai J, Csohán Á, Horváth G, Kurcz A, Melles M, Bakacs M, Boros J, Györke J, Pásztorné Stokker E, Szabó Zs, Varsányi P. (2015) Egészségjelentés2015: Információk a hazai egészségveszteségek csökkentéséhez. Budapest: Országos Egészségfejlesztési Intézet

Füzesi Zs, Boros J. (2015) Az idősök életminősége és egészségmagatartása In: Lampek K, Rétsági E (szerk.) Egészséges idősödés: Az egészségfejlesztés lehetőségei idős korban. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar (PTE ETK), pp. 28-47.

Boros J. (2012) Az idősokorúak egészségi állapota az Európai lakossági egészségfelmérés, 2009 eredményei alapján. In: Kasza J (szerk.) Tevékeny idősokor: szemelvények a 2012. március 28-án megrendezett Aktív öregedés című konferencia előadásából. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal, 2012. pp. 63-76.

Biró L, Zajkás G, Greiner E, Szórád I, Varga A, Domonkos A, Ágoston H, Balázs A, Mozsáry E, Vitrai J, Hermann D, Boros J, Németh R, Kéki Z, Martos E. (2007) Táplálkozási vizsgálat Magyarországon, 2003-2004. Mikro-tápanyagok: ásványi sók. Orvosi Hetilap 148(15) : 703-708.

Biró L, Zajkás G, Greiner E, Szórád I, Varga A, Domonkos A, Ágoston H, Balázs A, Mozsáry E, Vitrai J, Hermann D, Boros J, Németh R, Kéki Z, Martos E. (2007) Táplálkozási vizsgálat Magyarországon, 2003-2004. Mikro-tápanyagok: vitaminok. Orvosi Hetilap 148(34): 1593-1600.

Rodler I, Biró L, Greiner E, Zajkás G, Szórád I, Varga A, Domonkos A, Ágoston H, Balázs A, Mozsáry E, Vitrai J, Hermann D, Boros J, Németh R, Kéki Z. (2005) Táplálkozási vizsgálat Magyarországon, 2003-2004. Orvosi Hetilap 146(34): 1781-1789.



Boros J., (2005). Egészségmegtartás. Országos lakossági egészségfelmérés – Kutatási jelentés. Budapest, Országos Epidemiológiai Központ

Boros J., Csizmadia P, Hermann D, Kéki Zs, Kiss G, Németh R, Ország S, Vitrai J, Zakariás I. (2003) National Health Interview Survey: Executive Update. Budapest, Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ

Boros J., Németh R, Vitrai J (szerk.) (2002) Országos Lakossági Egészségfelmérés OLEF2000 Kutatási jelentés. Budapest, Országos Epidemiológiai Központ

Boros J. (2002): Egészségtudatosság a felnőtt magyar lakosság körében a 2000-ben végzett Országos Lakossági Egészségfelmérés alapján. Marketing és Menedzsment 2002/5-6. 15-23.