



**Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
Budapest X.-XVII. Kerületi Intézete**

1102 Budapest, Endre u. 10.; 1173 Budapest, Bakancsos u. 3.
1475 Budapest, Pf. 392; 1656 Budapest, Pf. 74.
Telefon: (36-1) 262-8182 Telefon: (36-1) 257-1055
(36-1) 261-4227 Telefax: (36-1) 256-0348
Telefax: (36-1) 261-0131

E-mail: 10kerulet@fovaros.antsz.hu; 17kerulet@fovaros.antsz.hu



Budapest Főváros X. kerület Kőbányai
Önkormányzat Képviselő-testület ülése

18/885/13/2009.

2009 DEC 17

Budapest,

Tisztelt Képviselő - Testület!

A testület felkérésének eleget téve, mellékelten tájékoztatom a Tisztelt Testületet
„Tájékoztató Kőbánya lakosságának egészségi állapotáról „című anyagról.

Budapest, 2009. november 4.

Tisztelettel:

Dr. Haintz Andrea
Dr. Haintz Andrea
kerületi tisztifőorvos

Tájékoztató Kőbánya lakosságának egészségi állapotáról

A népegészségtan a lakosság egészségi állapotát feltérképező, ebben a tekintetben a romlás és javulás okait vizsgáló, a jelen és jövőbeli stratégiai célokat megfogalmazó társadalomtudomány. Céltalan lenne a leíró és elemző tudomány, ha nem jutna ennél tovább, ha nem történe az előzőek figyelembe vételével folyamatos népegészségügyi tevékenység.

Ez a tevékenység egymásra épülő ciklusok sorozata, melyben 3 fázis követi egymást.

I. fázis: a lakosság egészségi állapotának (és az azt befolyásoló környezeti és genetikai tényezőknek) szigorú szakmai szempontok szerint elvégzett epidemiológiai jellemzése, röviden a helyzetelemzés fázisa.

II. fázis: a helyzetelemzés adataira építve a problémák azonosításának és rangsorolásának fázisa.

A ciklus ezen fázisa a lehetőségek elemzésével bővül, melynek során fel kell tárni, mely problémák kezelésére milyen lehetőségek kínálóznak, s ezen elemzésre építve készülhet el a stratégiai terv, mely már egészségcélokat is rögzít.

III. fázis: az azonosított problémák megoldását / mérséklését célzó egészségfejlesztési programok tervezésének és megvalósításának fázisa.

A megvalósítás fázisa szükségszerűen kapcsolódik a program hatékonyságának elemzésével, azaz annak megállapításával, hogy a program keretében végzett népegészségügyi tevékenység eredményes volt-e, s ha igen, milyen mértékben: azaz az egészségcélok elérése milyen mértékben sikerült.

Erre a kérdésre adott válasz döntő jelentőségű nemcsak az elvégzett (vagy folyamatban lévő) népegészségügyi tevékenység eredményességének megítélése szempontjából, de a további tevékenység tervezése szempontjából is.

A válaszadás szükségszerű visszacsatolást jelent a ciklus I. fázisához, hisz csak az egészségi állapotmutatók kedvező változása alapján nyilvánítható egy program eredményesnek; míg ellenkező esetben felfüggeszthetőnek, vagy legalábbis módosítandónak.

Tehát a helyzetelemzés a népegészségügyi tevékenység meghatározó eleme, mely nélkülözhetetlen:

- a) a népegészségügyi problémák feltárásához, jellemzéséhez,
- b) az egészségcélok egzakt meghatározásához,
- c) a népegészségügyi intervenciók tervezéséhez,
- d) azok hatékonyságának méréséhez,
- e) a mindenkori szükséges módosítások megtételéhez.

Az Intézetünkhöz tartozó két kerület (X. és XVII.) korösszetételét, valamint halálozási adatait 2003-2007. közötti időszakban külön helyzetelemzés, leíró epidemiológiai tanulmány tartalmazza, melyet Juhász Attila és Nagy Csilla készített, akik az ÁNTSZ Közép-magyarországi Regionális Intézete Egészségfejlesztési Osztálya Epidemiológiai Csoportjának munkatársai.

A megbetegedési mutatókat a kerületekben dolgozó házi orvosok és házi gyermekorvosok 2007. évi statisztikai jelentései alapján Intézetünk munkatársa dolgozta fel. A két anyag szoros összefüggésben van egymással, hiszen a korai halálozások a megbetegedések és az egészségmagatartás következtében alakulnak így.

**HELYZETELEMZÉS
A X.-XVII. KERÜLETI
LAKOSSÁG
EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁRÓL
2003-2007.**

LEÍRÓ EPIDEMIOLÓGIAI TANULMÁNY

Készítette:

**Juhász Attila
Nagy Csilla**

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Közép-magyarországi Regionális Intézete
Egészségfejlesztési Osztály
Nemfertőző Betegségek Epidemiológiai Csoportja

2009.

TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS	3
2. ADAT ÉS MÓDSZER	4
3. EREDMÉNYEK	6
A X. és XVII. kerületi lakosság	
3.1. Demográfiai, népmozgalmi helyzete	6
3.2. Halálozási viszonyok	7
4. IRODALOMJEGYZÉK	14

A tanulmány adatainak másodlagos publikálása/ felhasználása csak a forrás feltüntetésével, illetve arra vonatkozó pontos hivatkozással történhet!

1. BEVEZETÉS

Konkrét területen élő **lakosság egészségi állapotát** meghatározni igen nehéz feladat, hiszen nehéz megtalálni azokat a mutatókat, melyek egyértelműen **mérik és mutatják** a közvetlen kapcsolatot az egészséget meghatározó tényezők és a lakosság egészségi állapota között. Ismert szakirodalmi tény a halandóság vonatkozásában, hogy Magyarországon a „fővárosok-községek dimenzióban” erőteljes területi egyenlőtlenség figyelhető meg [1-11].

A **leíró epidemiológiai vizsgálatok** - térinformatikai módszerekkel kiegészítve - megkönnyítik a veszélyeztetett területek, lakosságcsoportok azonosítását, alapul szolgálnak az intervenciók stratégiák kialakításához [12-13.]. Az egészségi állapot jellemzésére szolgáló megbízható adatok sajnálatosan korlátozottan állnak rendelkezésre, így a halálozási folyamatok alakulására irányuló elemzések gyakorlati jelentőségét tovább növeli, hogy ezen adatok hazánkban szinte teljes körűen rendelkezésre állnak [10-13]

A **halálozás területi különbségeit kerületenként a népegészségügyi szempontból jelentős halálteki főcsoportok és néhány konkrét halálok** tekintetében az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Közép-magyarországi Regionális Intézete már eddigiekben is vizsgálta [14-23.]. Jelen elemzésben kifejezetten a **X és XVII. kerületi lakosságra** vonatkozó eredmények kerültek összefoglalásra.

1.1. A VIZSGÁLAT CÉLJA

E vizsgálat elsődleges célja volt, hogy **a X. és a XVII. kerületben** élő lakosság demográfiai és halálozási viszonyainak elemzésén keresztül tájékoztatást adjon az adott lakosságok egészségi állapotáról 2003-2007. év között.

1. 2. A VIZSGÁLAT TÁRGYA

A X. és a XVII. kerületi lakosság halálozási viszonyainak elemzésekor a népegészségügyi szempontból különös jelentőséggel bíró vezető halálteki főcsoportok miatt bekövetkező **halálozások alakulása és a halandósági eltérései** kerülnek vizsgálatra. Ezek a következők:

Betegségi főcsoportok:

- keringési rendszeri betegségek (BNO10: I00-I99)
- rosszindulatú daganatok (BNO10: C00-C97)
- légzőrendszeri betegségek. (BNO10: J00-J99)
- emésztőrendszer betegségei (K00-K93)
- a morbiditás és mortalitás külső okai szerinti halálozás (V00-Y98)

2. ADAT ÉS MÓDSZER

E deskriptív vizsgálatban a **X.-XVII. kerületi lakosság** BEVEZETÉSBEN megjelölt betegségek miatt történő **korai halálzásának** területi különbségei kerültek vizsgálatra. A halálzásai egyenlőtlenségek 2003-2007., a halálzás alakulása 1996-2007 közötti időszakra vonatkozott.

A következő mutatók kerülnek alkalmazásra:

- (I.) a demográfiai létszám viszonyok vizsgálatakor :
Évközepi lakosság szám
- (II./1.) a halandóság időbeni alakulásának vizsgálatára :
Standardizált Halálzásai Arányszám
- (II./2.) a halandóság területi különbségének vizsgálatára :
Standardizált Halálzásai Hányados

I. A demográfiai létszám viszonyok vizsgálatakor:

A lakosság számok vizsgálatakor abszolút számokban (egyszerű számbavétellel kapott esetszámok) fejeztük ki az 1998. és 2007. év évközepi lakosság számát. Az évközepi lakosság szám a vizsgált évek kezdetének és végének időpontjában az adott népességet alkotó egyének számának számtani átlaga [8-9].

II. Mortalitási viszonyokra vonatkozó elemzés rész:

A halálzásai index mutatók számításához a kerületenkénti lakossági létszám adatokat kor és nem szerint; továbbá a halálesetek számát kor, nem, kerület, halálok szerinti bontásban és a szükséges országos korszpecifikus halálzásai arányszámokat *Központi Statisztikai Hivatali adatforrások* felhasználásával az Országos Környezet-egészségügyi Intézet (továbbiakban OKI) biztosította számunkra.

1. A halandóság időbeni alakulásának vizsgálata:

A halandóság időbeni alakulásának elemzéséhez, a mortalitás torzítatlan összehasonlítása érdekében az 1996-2007. közötti időszakban az 1.2. pontban megjelölt halálokok

vonatkozásában Standardizált Halálozási Arányszámok (SHA) kerültek alkalmazásra, a *direkt standardizálás* módszerét alkalmazva [8-9]. A korrekciós statisztikai technika a korösszetételi különbségek torzító hatását kiszűri, lehetővé téve a populációk halálozásának összehasonlíthatóságát, és az időbeni változások vizsgálatát. Standardnak az Európai standard populáció 1976. évi kormegoszlását tekintettük.

Az alacsony esetszámokból eredő éves ingadozások kiküszöbölésére, az eredmények stabilizálása érdekében *mozgó átlagolás* került alkalmazásra [8-9].

2. A területi különbségek vizsgálata:

A halandóság területi különbségek vizsgálatához az SHA kis esetszámokból eredő instabilitása miatt az *indirekt standardizálás módszere* került alkalmazásra,

Az *indirekt standardizálás* során az ország férfi, illetve női lakosságának korszpecifikus halálozási arányszámait a vizsgált kerületek populációjának réteglétszámaival súlyozva számoltunk *várható esetszámot* (V). Ez megmutatta, hogy mekkora lenne az adott halálozás intenzitása a vizsgált populációban, ha az a standard populációtól (ország férfi és női lakossága az adott évben) csupán az eltérő korösszetételben különbözne. Az Standardizált Halálozási Hányados a vizsgált populációban a halálozás *tényleges esetszámát* (T) viszonyítja a halálozás *várható számához* (V) százalékos formában [8-9]:

$$SHH = \frac{T}{V} \times 100$$

Amennyiben a vizsgált népességcsoportban az

SHH = 100,0%, akkor az országos szinttől nem különbözik a halandóság,

SHH < 100,0%, akkor az országos szintnél alacsonyabb a halandóság;

SHH > 100,0%, akkor az országos szintnél magasabb a halandóság.

A vizsgált időszakban a halálozás *véletlenszerű ingadozásainak* csökkentése érdekében a halandósági különbségek vizsgálatakor *többéves (2003-2007.) időtartamra összevonva* végeztük az elemzést [8-9].

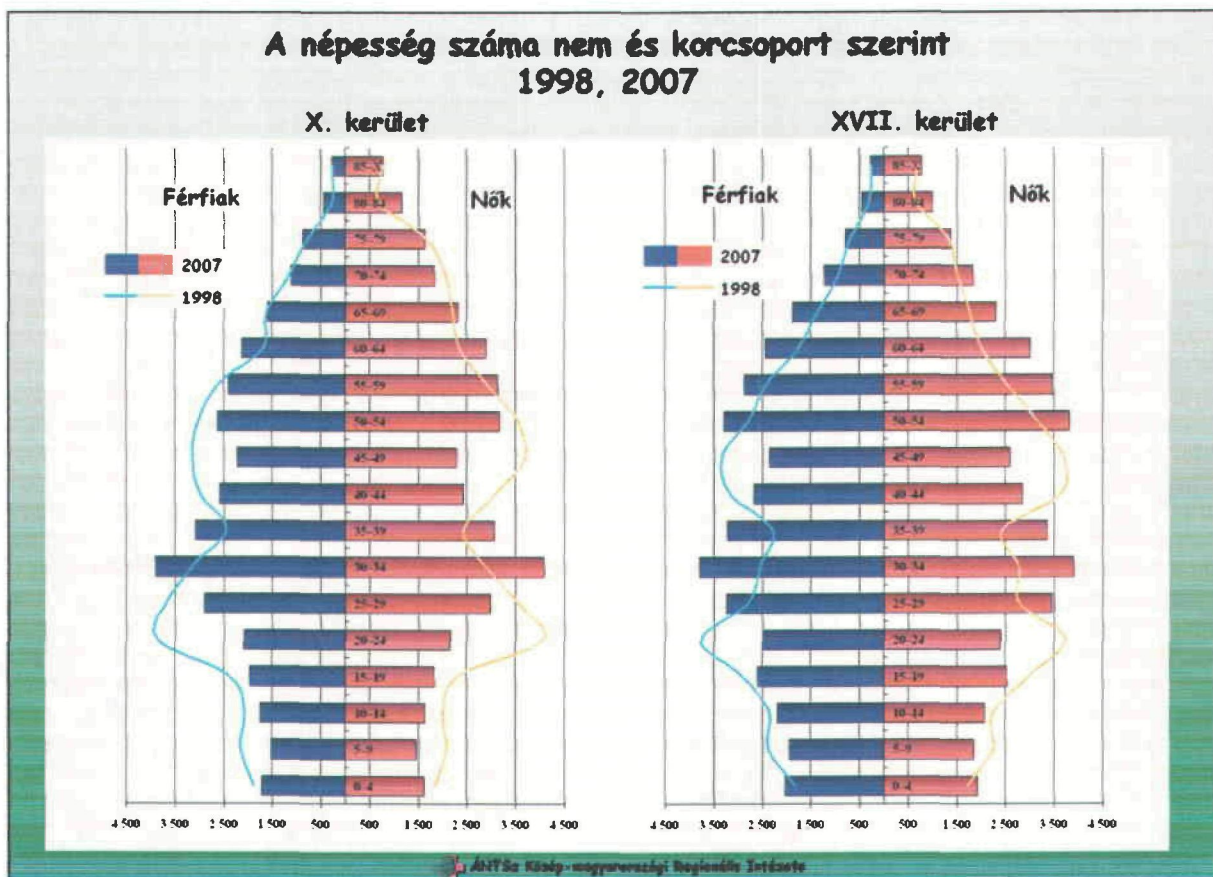
Az SHH statisztikai próbája során a konfidencia intervallumokat a Poisson eloszlást figyelembe véve χ^2 módszeren alapulva a RIF (Rapid Inquiry Facility, Imperial College, London, - CDC, USA) program által határoztuk meg.

3. EREDMÉNYEK

3.1. A demográfiai, népmozgalmi helyzet

A X. és XVII. kerületi népesség *kor és nem szerinti összetételét* továbbra a minden korcsoportban levő nőtöbbség jellemezte, illetve továbbra is megmaradt a fiatal középkorúak (1998: 30-39 éves, 2007: 40-49 éves korcsoportúak) hiánya. A fiatal középkorú populáció hiánya mind a két kerületben, a rendkívül kevés 0-15 éves korcsoportú, valamint a XVII. kerület esetében a viszonylag nagy létszámú időskorú népesség arányával társult (1.A.-B. ábra).

1.A.-B. ábra



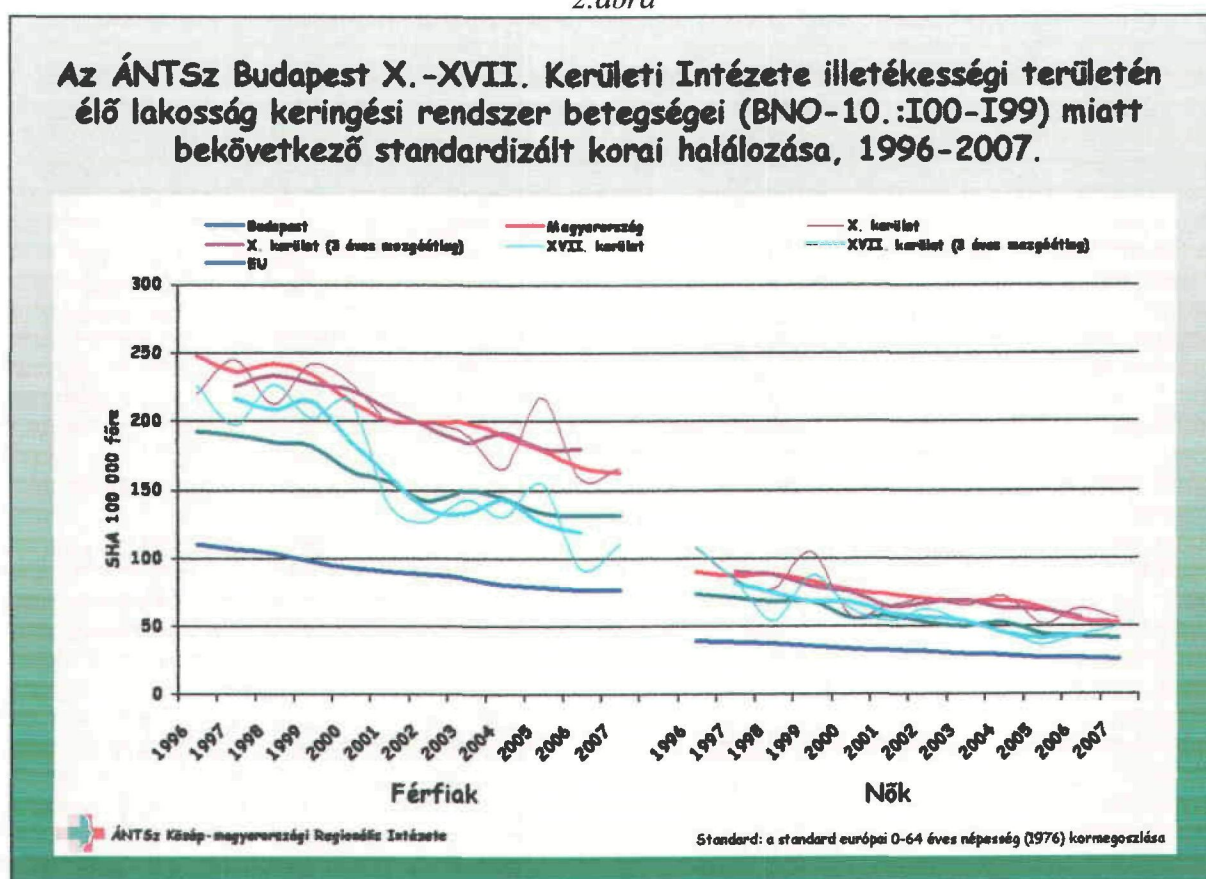
3.2. A X. és XVII. kerületi lakosság halálzási viszonyai

A halandóság területi különbségei és alakulása

E fejezet alatt a fővárosi lakosság halálzási viszonyait – az adat és módszer részben meghatározottak szerint – vizsgáltuk az országos szinthez viszonyítva, 2003-2007. között.

A *keringési rendszeri betegségei* miatt bekövetkezett halálzás minimálisan, de folyamatosan csökkent az elmúlt években, de figyelemfelkeltő a X. kerületi férfiak és nők halálzás magyar halálzásnál is magasabb halálzása (2.ábra).

2.ábra



A területi egyenlőtlenség vizsgálatakor elmondható, hogy Budapesten belül a *keringési rendszeri betegségei* miatt bekövetkezett korai halálzás esetében csak a X. kerület férfi és női lakosság körében volt minimális (3-4%-os), de nem szignifikáns halálzási többlet, a XVII. kerület esetében az országos szinttől szignifikánsan alacsonyabb halálzást találtunk (3. ábra, 1. táblázat).

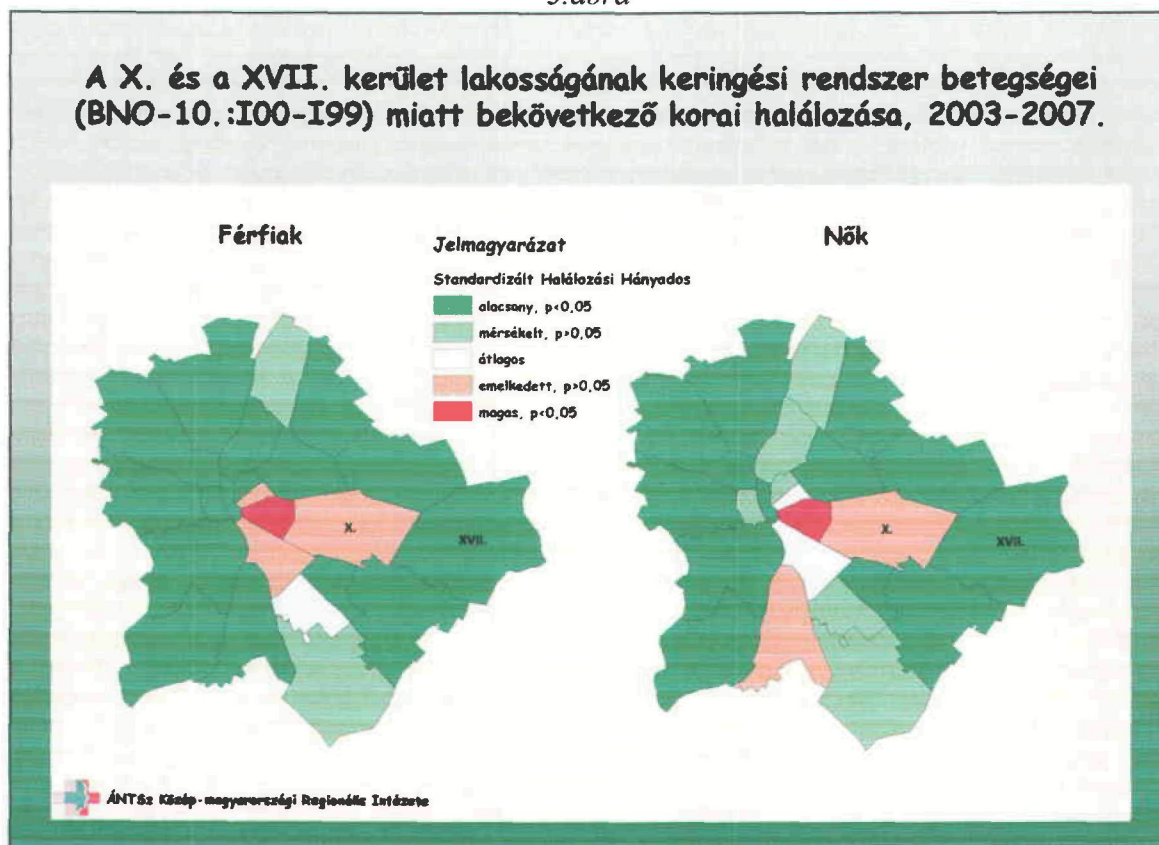
1. táblázat
A vezető haláloki főcsoportok miatti halálozás eltérései Közép-magyarországon,
Budapesten, a X. és a XVII. kerületben, 2003-2007.

15-64 éves	Standardizált Halálozási Hányados (%) (zárójelben a halálozások száma)							
	KÖZÉP- MAGYARORSZÁG		BUDAPEST		X. kerület		XVII. kerület	
	FÉRFIAK	NŐK	FÉRFIAK	NŐK	FÉRFIAK	NŐK	FÉRFIAK	NŐK
Keringési rendszer betegségei	83.29* (9543)	84.48* (3859)	79.02* (5396)	79.00* (2268)	103.65 (316)	103.45 (132)	73.21* (252)	81.00* (109)
Összes rosszindulatú daganat	90.24* (10058)	104.76* (7434)	84.20* (5591)	108.55* (4817)	110.89 (328)	109.42 (216)	85.33* (286)	91.87 (193)
Légzőrendszer betegségei (0+)	74.09* (3786)	88.34* (3464)	86,59*** (2765)	108,98** (1469)	77,48* (98)	90,82 (90)	67,16* (88)	87,53 (82)
Emésztőrendszer betegségei	91.63* (4687)	104.2 (2156)	86,74* (2612)	109,06* (1404)	129,11* (173)	118,80 (68)	78,74* (120)	102,38 (63)
Morbiditás, mortalitás külső okai	77.19* (3958)	94,05* (1262)	67,57* (2018)	98,52 (807)	84,42 (116)	122,16 (45)	63,93* (96)	87,64 (35)

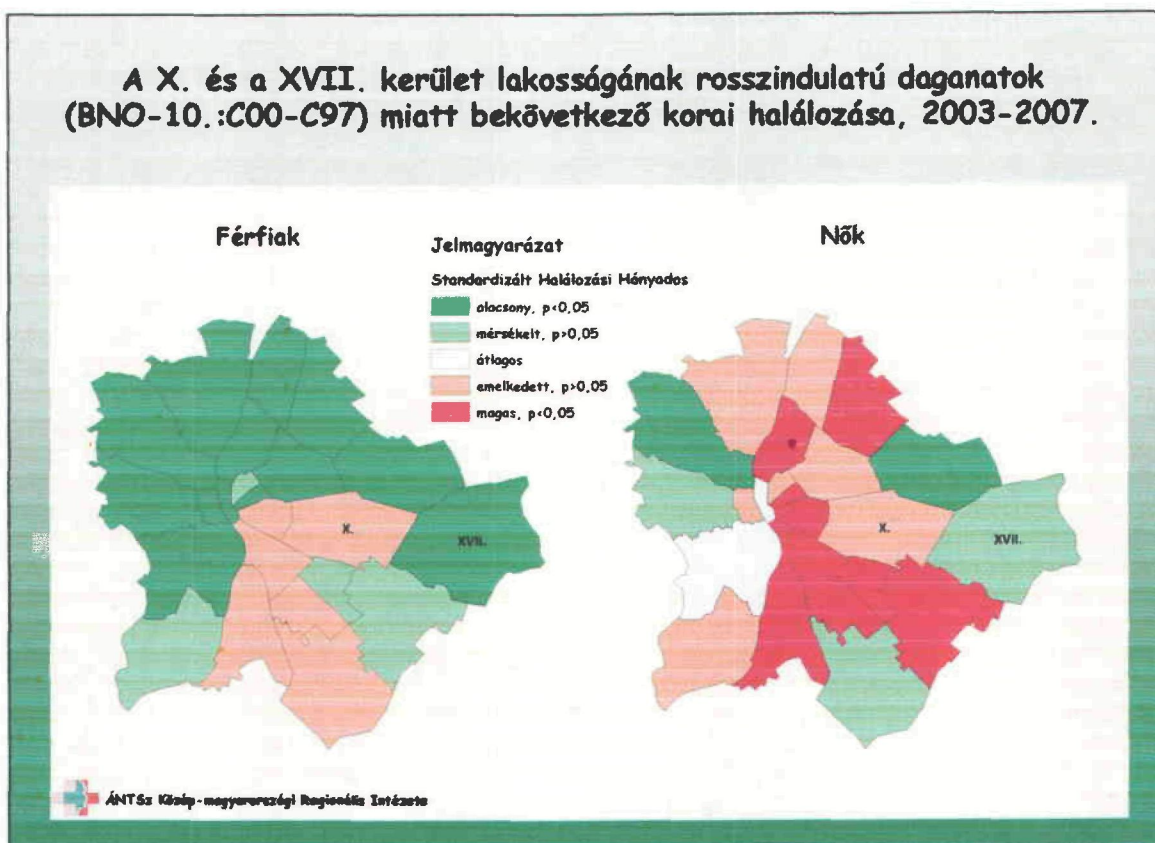
*P<0,05

3. ábra

A X. és a XVII. kerület lakosságának keringési rendszer betegségei (BNO-10.:I00-I99) miatt bekövetkező korai halálozása, 2003-2007.



5. ábra

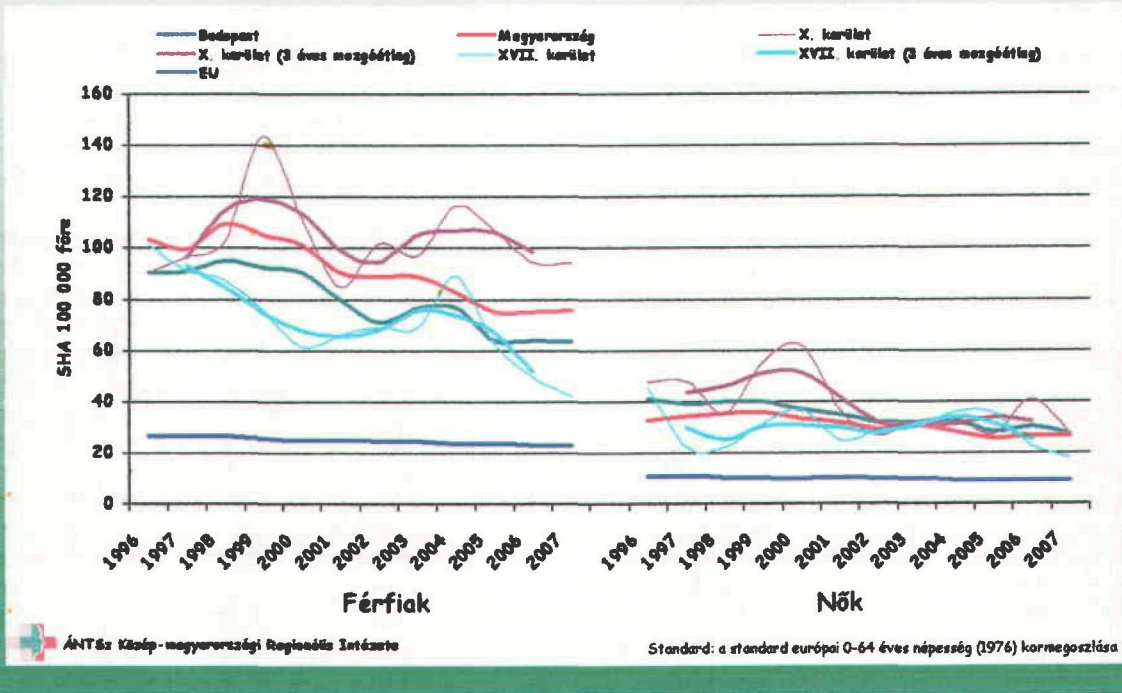


A X. kerületi férfi és női lakosság körében az *emésztőrendszeri betegségek* miatti halálozás alakulását tekintve igen kedvezőtlen képet kaptunk, miszerint a halálozás egy csökkenő trend után újra emelkedett, és az elmúlt években újra csökkent. A XVII. kerületi férfi és női lakosság körében a vizsgált népességek közül a legalacsonyabb volt a halálozás, azonban nők esetében inkább stagnálást láthattunk az elmúlt néhány évben (6. ábra). Míg a X. kerületi férfiak esetében mintegy 30%-os szignifikáns, a XVII. kerületiek esetében pedig mintegy 20%-os nem szignifikáns halálozási többletet figyelhettünk meg, addig a nők esetében a X. kerület vonatkozásában szignifikánsan alacsonyabb volt a halálozás, a XVII. kerületben pedig az országos átlag körülnek bizonyult.. (7. ábra).

A *légzőrendszer betegségei* miatti halálozás vonatkozásában az utóbbi években egy emelkedést láthattunk, sajnálatosan a halálozás (az alacsony esetszámokból adódó ingadozás mellett) az utóbbi években folyamatos emelkedést mutatott (8. ábra). A halandóság területi egyenlőtlenségeit áttekintve pedig elmondható, hogy mind a két kerületben a férfi és a női lakosság körében is az országos átlagtól jóval alacsonyabb halálozási szintet találtunk 2003-2007. között, mely eltérés a férfiak esetében statisztikailag bizonyítható volt (9. ábra).

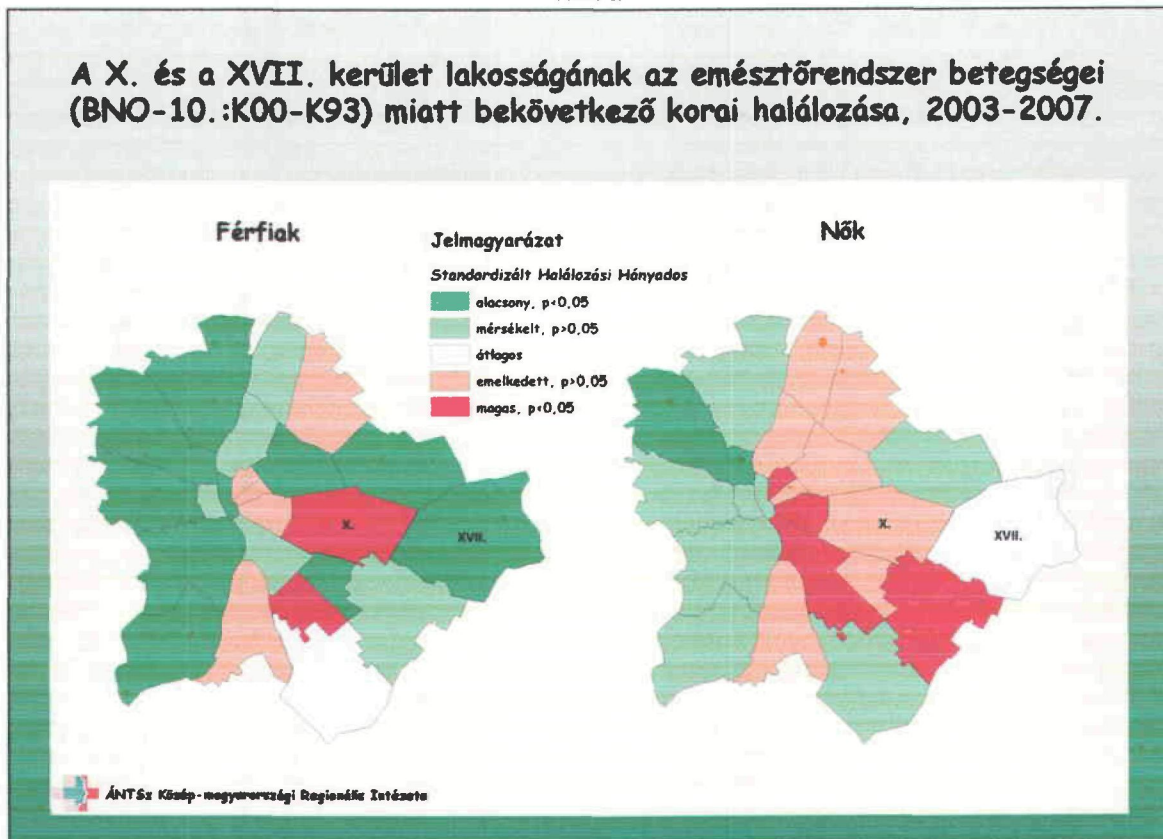
6. ábra

Az ÁNTSz Budapest X.-XVII. Kerületi Intézete illetékességi területén élő lakosság az emésztőrendszer betegségei (BNO-10.:K00-K93) miatt bekövetkező standardizált korai halálozása, 1996-2007.



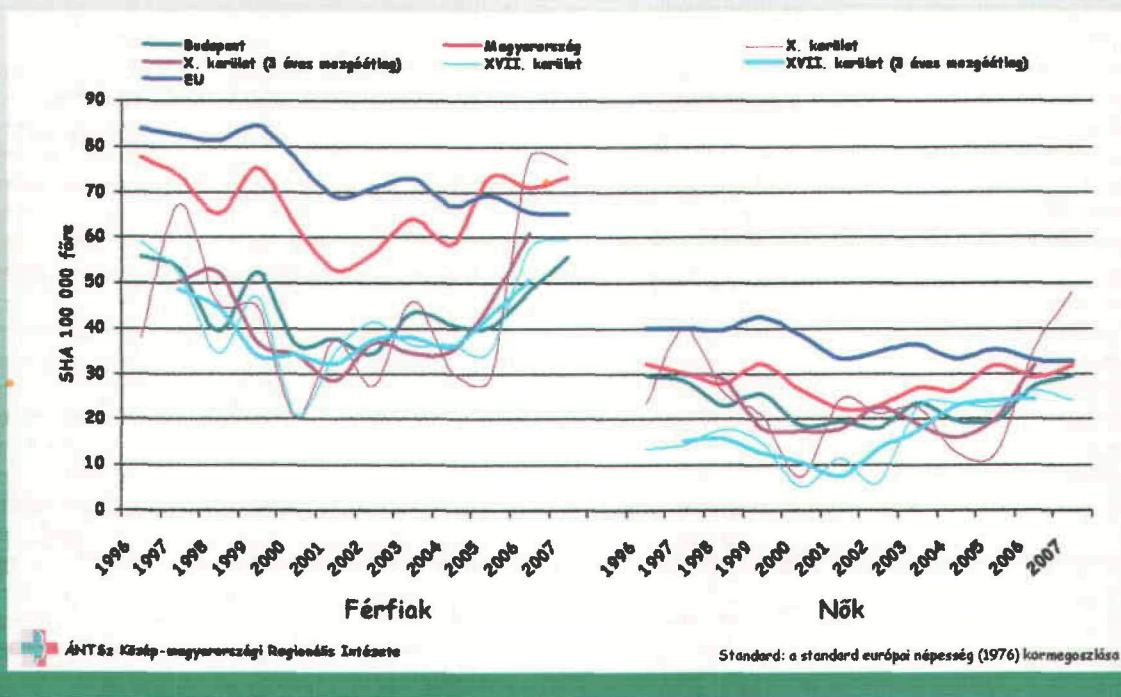
7. ábra

A X. és a XVII. kerület lakosságának az emésztőrendszer betegségei (BNO-10.:K00-K93) miatt bekövetkező korai halálozása, 2003-2007.



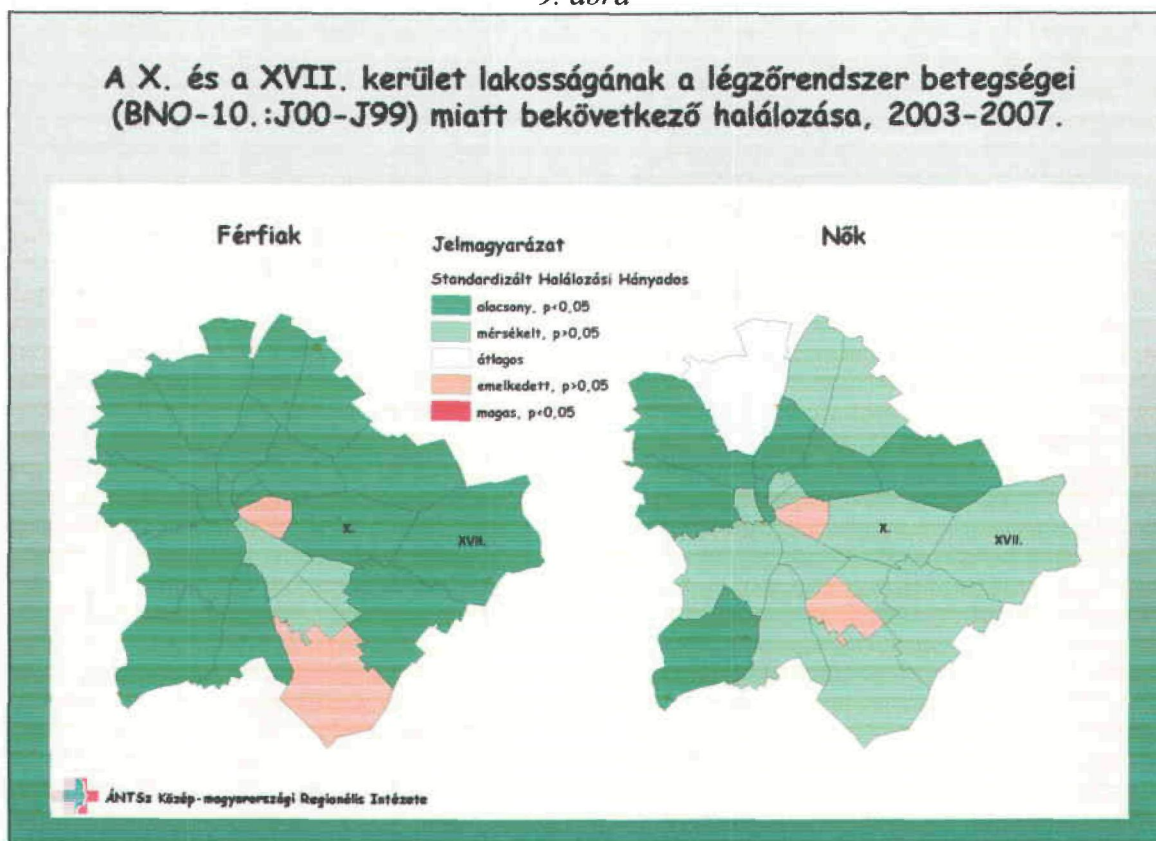
8. ábra

Az ÁNTSz Budapest X.-XVII. Kerületi Intézete illetékességi területén élő lakosság a légzőrendszer betegségei (BNO-10.:J00-J99) miatt bekövetkező standardizált halálozása, 1996-2007.



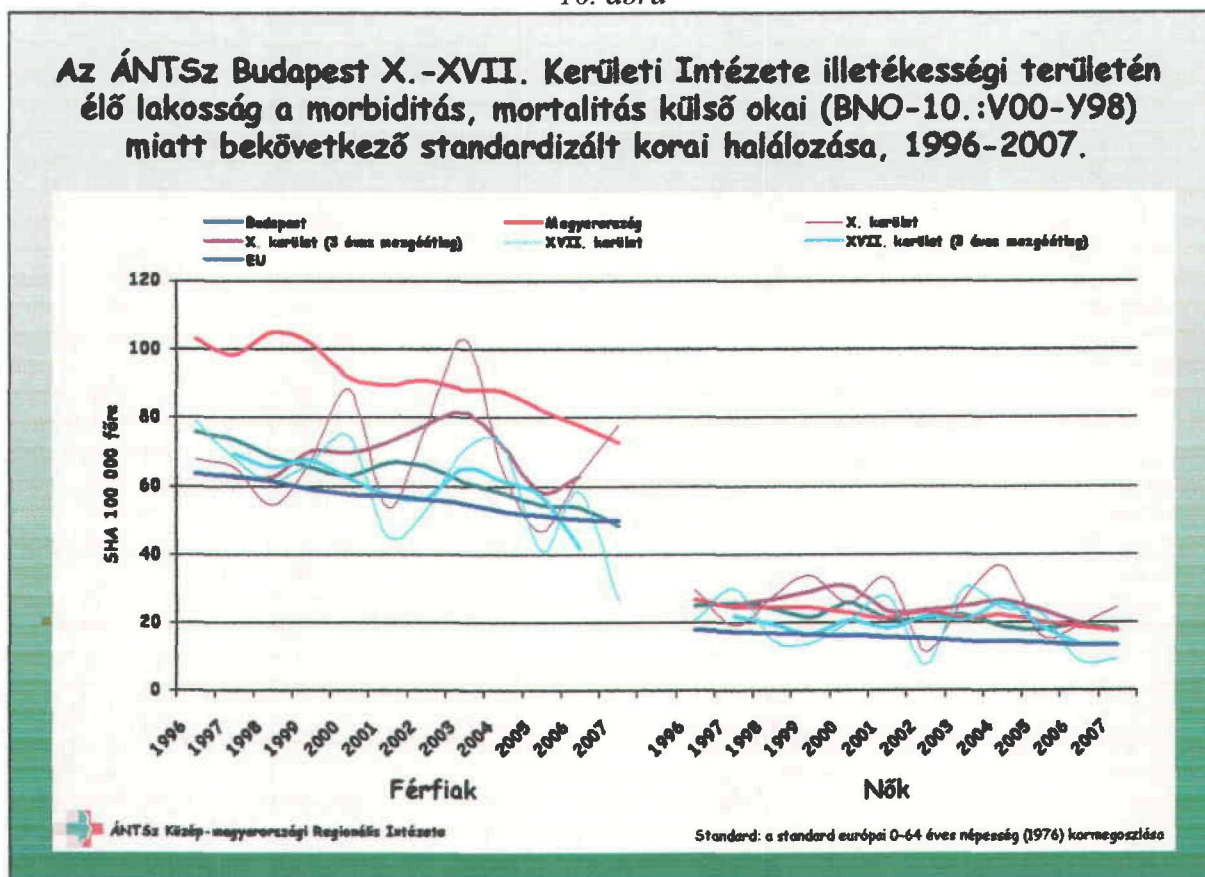
9. ábra

A X. és a XVII. kerület lakosságának a légzőrendszer betegségei (BNO-10.:J00-J99) miatt bekövetkező halálozása, 2003-2007.



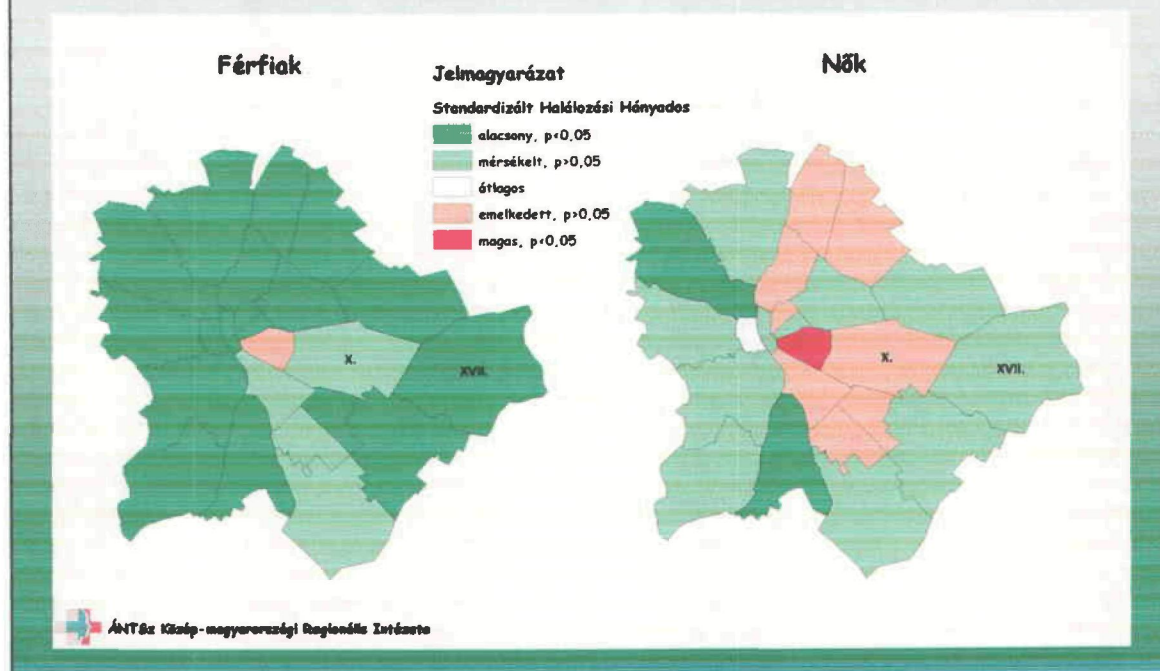
A *morbiditás, mortalitás külső okai szerinti* halálozás vonatkozásában is hasonló a helyzet, mint néhány vezető haláloki főcsoport miatti halálozás tekintetében, miszerint – erős ingadozásokkal kisebb létszámú népességből eredő alacsonyabb esetszámok miatt - folyamatosan csökkenő volt a trend. A területi egyenlőtlenségek vonatkozásában pedig elmondható, hogy mind a két kerületi férfi népesség esetében az országos átlagnál alacsonyabb, a XVII. kerületi nők esetében az országos szint körüli, a X. kerületi nők esetében pedig nem szignifikánsan ugyan, de az országos átlagtól 20%-kal magasabb volt a halálozás (10.-11.ábra).

10. ábra



11. ábra

A X. és a XVII. kerület lakosságának a morbiditás, mortalitás külső okai (BNO-10.:V00-Y98) miatt bekövetkező korai halálása, 2003-2007.



4. IRODALOMJEGYZÉK

1. Bobak M., Marmot M.:
East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda
BMJ, 1996, 312, 421-425 o.
2. Ádány Róza (szerk.):
A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón
Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2003.
3. Vargáné Hajdú Piroska-Ádány Róza:
A halálozás területi különbségei Magyarországon, 1994-1996
Népegészségügy, 2000, 81, 4-26 o.
4. Vargáné Hajdú Piroska, Boján Ferenc:
Területi egyenlőtlenségek Magyarországon az egészségi állapot társadalmi és környezeti háttérében az 1990-es népszámlálási adatok tükrében.
Népegészségügy, 1996, 77, 3-29.

5. *Fontosabb betegségek miatti halandóság területi eloszlása Magyarországon, 1986-1997.*
NEKAP Budapest, 2000.
6. *Magyarországon lakosságának egészségi állapota 1999., Országos Tisztifőorvos Hivatal, Budapest. 2000.*
7. Páldy Anna és mtsai:
Az ajak, szájüreg és a garat rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti halálozás, valamint a morbiditás területi különbségei Magyarországon
Magyar Onkológia, 2001, 2, 106-114.
8. Vargáné Hajdú Piroska, Boján Ferenc:
Demográfiai és epidemiológiai módszerek a népegészségügyben
Literatura Medica, Bp., 2003.
9. Vargáné Hajdú Piroska, Ádány Róza (szerk.)
Epidemiológiai szótár
Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2003.
10. *Magyar Egészségadattár 1985-2003.*
Országos Epidemiológiai Központ, DE OEC Népegészségügyi Iskola
11. *Health For All Data Base*
WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003.
12. Vincze I., Nádor G.:
Halálozási adatok elemzése leíró epidemiológiai rendszerben
Egészségtudomány, 1999., 43, 265-274 o.
13. Vincze I., Nádor G., Elek E.:
A környezet-egészségügyi térinformatikai rendszer
A térinformatika szerepe az epidemiológia eszközei között
Egészségtudomány, 1998., 42, 335-344 o.
14. Juhász Attila, Nagy Csilla, Páldy Anna:
A dohányzással összefüggésbe hozható korai halálozás halmozódása és ennek szocioökonómiai kapcsolatai Budapesten, 1994-2004.
Budapesti Népegészségügy, 2006., 2, 106-112.
15. Nagy Csilla, Juhász Attila, Páldy Anna:
Néhány gazdasági-társadalmi tényező befolyása a túlzott alkoholfogyasztásra visszavezethető korai halálozás halmozódására Budapesten, 1994-2004.
Budapesti Népegészségügy, 2006., 2, 113-119.
16. Nagy Csilla, Juhász Attila, Páldy Anna, Bakacs Márta:
A rosszindulatú daganatok miatti halandóság területi egyenlőtlenségei a budapesti nők körében, 1994-2003.
Egészségtudomány, 2005, 3, 178-190.
15. Juhász Attila, Nagy Csilla, Páldy Anna:
A Fővárosi lakosság emésztőrendszeri daganatok miatt bekövetkező korai halálozásának területi egyenlőtlenségei, 1994-2003.
Egészségtudomány, 2005, 4, 270-286.
16. Juhász Attila, Nagy Csilla, Páldy Anna:

Az egészségi állapotot befolyásoló társadalmi és gazdasági tényezők által meghatározható területi egyenlőtlenségek Budapesten, a 2001. évi népszámlálás adatai alapján.

Budapesti Népegészségügy, 2005, 3., 217–229.

17. Juhász Attila és mtsai:

Az emésztőrendszeri daganatok miatti halálozás területi különbségei Budapesten, 1994-2002.

Budapesti Népegészségügy, 2005, 1, 35-43.

18. Nagy Csilla és mtsai:

Budapest lakosságának túlzott alkoholfogyasztásra visszavezethető korai halálozása, 1994-2000.

Budapesti Népegészségügy, 2003, 1, 20-24.

19. Nagy Csilla és mtsai:

A fiatal és időskorú lakosság öngyilkosság miatti halálozásának alakulása Budapesten, 1986-2001.

Budapesti Népegészségügy, 2003, 4, 353-358.

20. Rajcsányi Ágnes és mtsai:

A 65 éves és idősebb lakosság balesetszerű esések (BNO-10: W00-W19) miatti halálozásának alakulása Budapesten, 1986-2001.

Budapesti Népegészségügy, 2003, 4, 359-361.

21. Bakacs Márta és mtsai:

A méhnyak rosszindulatú daganata miatti korai és időskori halandóság Budapesten, 1986-2000.

Budapesti Népegészségügy, 2003, 1, 25-29.

22. Rajcsányi Ágnes és mtsai:

A dohányzás, mint kockázati tényező a fővárosi lakosság halálozásának alakulásában 1994-2000.

Budapesti Népegészségügy, 2003, 1, 15-19.

23. Bitó Katalin-Juhász Attila-Nagy Csilla:

A magyar nők emlőrák halálozása az ételmiszerfogyasztás tükrében, 1985-2001.

Budapesti Népegészségügy, 2004, 3, 227-235.

A X. kerület lakosságának demográfiai, morbiditási (megbetegedési) mutatói

Fővárosunk X. kerülete az 1900-as években nagy ipari központ volt, óriási ipari létesítményekkel, gyártelepekkel, üzemekkel. A lakosság részére hatalmas lakótelepeket is építettek.

A gépgyártás, élelmiszeripar, textilipar, gyógyszergyártás fontos szerepet játszott nemcsak Kőbánya, hanem a főváros szempontjából is.

Mindez a lakosságnak biztos megélhetést jelentett.

A leginkább munkások lakta kerületben a rendszerváltás után a gyárak bezárásával emelkedett a munkanélküliség és megnőtt a létminimumon és rendszeres szociális segítyen élők aránya.

A kerületből sokan elköltöztek, elsősorban a jól kereső, magasan képzett emberek. Ez jelentősen rányomja a bélyegét a kerület népegészségügyi és szociális helyzetére egyaránt.

Az Önkormányzat erőfeszítéseket tesz a helyzet megváltoztatására, hiszen új lakótelepek épülnek, melyek vonzzák a fiatalokat, a betelepülőket.

2007. évről 44 felnőtt és 16 gyermek háziorvosi praxisból érkezett az ÁNTSZ Budapest X.-XVII. Kerületi Intézetéhez adatszolgáltatás, ebből 4 területi ellátási kötelezettség nélküli felnőtt praxis. 46 felnőtt és 16 gyermek praxisból kaptunk létszámadatokat.

17 felnőtt és 11 gyermek háziorvosi praxis adatait dolgoztuk fel, ez kb. 25000 fő felnőtt és 8000 gyermek megbetegedési viszonyait mutatja. Ez a szám a kerület lakosságának kb. 40 %-át jelenti, tehát reprezentatív mintának minősíthető.

A kerület népegészségügyi helyzetének értékeléséhez hozzátartozik a népesség korösszetételének az elemzése.

Nyugat-Európában az 1970-80-as években demográfiai korszakváltás következett be. Ebben az új korszakban az előző évtizedekhez képest kevés gyermek születik, a termékenység messze elmarad a népesség reprodukciójához szükséges szinttől. Kevesebb házasságot kötnek, azokat későbbre halasztják, de még így is jelentős részük válással végződik. Egyre többen választják az élettársi kapcsolatot, és a gyermekek növekvő hányada ilyen kapcsolatból születik. Csökken a hagyományos család jelentősége, meggyengül az összetartó ereje. Az emberek sokkal tovább élnek, mint régebben. Ezért is, de főleg a kisszámú elveszületés miatt megnő az idősek részaránya és vele az emberhez méltó szinten történő eltartásuk gondja.

Az alacsony halandóság következtében Európában láthatóan természetes fogyás jó ideig nem következik be, hosszú távon azonban szinte elkerülhetetlen a népesség lélekszámának csökkenése, ha a hiányt a bevándorlás nem pótolja.

A fokozódó munkaerőhiány és a nyugdíjasok „eltartásának” növekvő terhe mindenképpen megnyitja a kapukat a bevándorlók előtt.

Ennek az új demográfiai korszaknak a kialakulása nem független más gazdasági-társadalmi, társadalomlélektani, politikai folyamatoktól.

Magyarországon az új demográfiai korszak néhány fontos jellemzője már a rendszerváltás előtt is jelen volt, pl. **a csökkenő termékenység** legalább egy évtizeddel korábban kezdődött, mint Nyugat-Európában. Az új demográfiai korszak magyar sajátossága, hogy hazánkban a 2. ezredfordulón a legszembetűnőbb demográfiai jelenség a népesség lélekszámának természetes fogyása. Az elveszületések száma kisebb a halálozásokénál.

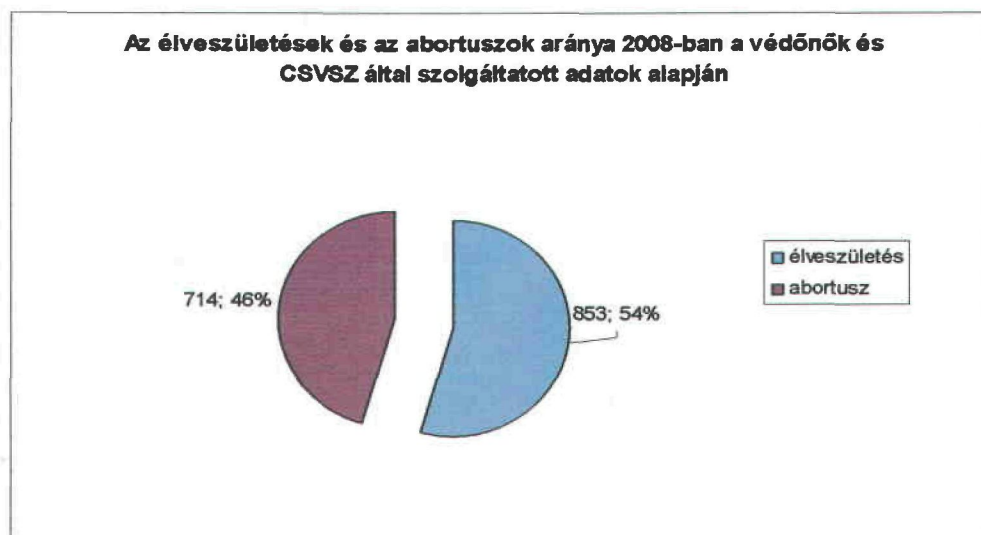
A természetes fogyás országunkban 1981-ben kezdődött és az ezredfordulóig összesen elérte az 550 ezer főt. 2002-ben az idősek száma elérte a népesség 15,3 %-át.

A X. kerületben a lakosságszám 1990-ben 96843 fő volt. 2008-ra ez a szám lecsökkent 77432 főre.

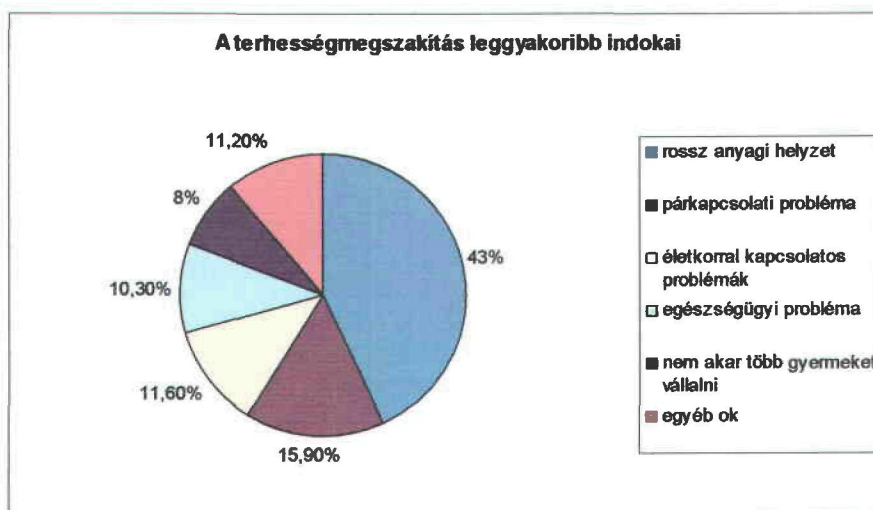
2003-ban az élveszületések száma 711 volt, a halálozás 1104 fő. A fogyás 393 fő.

2008-ban 853 élveszületés volt, míg halálozás 1502 fő. A fogyás 649 fő.

Az abortuszt kérelmezők száma: 747 fő (Ez a szám nem teljesen tisztán a kerület lakosait jelenti, mert a XVII. kerületből is, és Budapest más kerületeiből is jöhetnek a CSVSZ tanácsadásokra.)



A végrehajtott terhesség megszakítások száma: 714
A megtartott magzatok száma 28



A terhességmegszakításhoz vezető válsághelyzet indokai

- Az első helyen áll az anyagi helyzet, amely indok a korábbi évekhez képest jelentősen emelkedett. Az emelkedés oka az egyéni felelősség mellett az egyén és a társadalom gazdasági problémáira vezethető vissza.
- A párkapcsolati probléma szintén előkelő helyen áll, ami valószínűleg a lelki éretlenségből, a felelősségvállalás háritásából következhet. A CSVSZ vezető védőnője szerint ez elsősorban a férfiaknál jelentkezik.
- A családi állapot szerint csökkent az elvált és nőtt a házasság megújítását kérők száma, ami szintén a bizonytalan jövőképet mutatja.
- Az iskolai végzettséget tekintve változatlanul az alacsony végzettségűek megjelenése a legtöbb.
- A megjelenésekből lesűrhető az a következtetés is, hogy a fogamzásgátló eszközök ára magas, ezért nem tudják megvásárolni és használni.

Kérdés: Mi indokolhatja még a fentiekén kívül, hogy ennyi gyermek ne születhessen meg?

2007. évről 44 felnőtt és 16 gyermek háziorvosi praxisból érkezett az ÁNTSZ Budapest X.-XVII. Kerületi Intézetéhez adatszolgáltatás, ebből 4 területi ellátási kötelezettség nélküli felnőtt praxis. 46 felnőtt és 16 gyermek praxisból kaptunk létszámadatokat.

17 felnőtt és 11 gyermek háziorvosi praxis adatait dolgoztuk fel, ez kb. 25000 fő felnőtt és 8000 gyermek megbetegedési viszonyait mutatja. Ez a szám a kerület lakosságának kb. 40 %-át jelenti, tehát reprezentatív mintának minősíthető.

A megbetegedések adatai, mivel viszonylag kisszámúak a népességhez képest, torzítanak a statisztikai feldolgozás során, ezért csak az egyes betegségek nyers számait, illetve tendenciáit és a nemi megoszlást ábrázoltuk a felnőttek esetében.

A háziorvosi és házi gyermekorvosi praxisokhoz bejelentkezett gyermeklakosság száma összesen 14050 fő.

A gyermekek esetén a korosztályok létszáma a jelentésekben nem olyan beosztású, mint a felnőtteknél, hanem a csecsemőkor, a bölcsődés-óvodáskor, az általános iskolás- és a középiskolás korosztály létszáma össze van vonva. Ezt így írja elő az adatszolgáltatásról szóló jogszabály. Ezért nehezebb is elemezni a korlát és a megbetegedéseket.

Figyelemreméltó, hogy viszonylag korán jelentkeznek a gyermekeknél is a magas vérnyomás jelei. Ahogy iskolába kerülnek a gyermekek, megjelenik náluk a rövidlátás, a gerincferdülés, a tartási rendellenességek, a magatartási zavarok problémája.

A házi gyermekorvosokhoz bejelentkezett gyermekeknél magas az asthmás gyermekek száma.

A rossz táplálkozás szintén kihat a gyermekek egészségére. Hiányállapotok alakulnak ki náluk főleg vitaminokban, ásványi anyagokban és a fehérjék vonatkozásában. Viszonylag sok az elhízott gyermek, ez a magas zsír- és szénhidrát tartalmú élelmiszerek, ételek fogyasztásának és a lelki egészség hiányának is köszönhető.

A rendszerváltás óta egyre több az éhező gyermek is. Pedagógusokkal történő beszélgetések során kiderült, hogy sok gyermek csak azt eszi, amit az óvodában, iskolában kap.

Kevés gyermek az, aki iskolás kortól kezdve megtartja és beépíti életébe a rendszeres mozgást.

Kérdés:

Hogyan, milyen módon tanítja egyik nemzedék a másikat, az érettebbek a fiatalabbakat?

Milyen helyzeteket él meg egy gyermek a családban, az óvodában, iskolában?

Vajon hány olyan családanyánk, családapánk, pedagógusunk van, aki arra nevel, hogy az élet szép? Az örömet, a jó hozzáállást a létehez, a tanuláshoz, a boldog ismeretszerzéshez vajon hányan adják át a gyermekeknek?

A felnőtt háziorvosi jelentések adatai eléggé ellentmondásosak az egyes megbetegedések vonatkozásában. Az orvosok leginkább a szív- érrendszeri-, a mozgásszervi-, a daganatos megbetegedések, a cukorbetegség, míg kevesebb számban az emésztőrendszeri, a légzőszervi megbetegedések miatt gondozzák a betegeiket. Ez utóbbiak közül az asthma jelentkezik kiemelkedőbben.

A szív- érrendszeri megbetegedések a halálozási statisztikáinkban országosan első helyen állnak, ez a X. kerületben is így van, sőt a X. kerületi férfiak és nők halálozása a magyarországi és a fővárosi átlagnál is magasabb értéket mutat.

A halálozási statisztikában országosan és X. kerületi szinten is második helyen a daganatos betegségekben meghaltak számát találjuk. Elég nagy probléma azonban, hogy a X. kerületi férfiak és nők halálozása a szív- és érrendszeri betegségekhez hasonlóan, mind az országos, mind a fővárosi daganatos halálozásoknál magasabb volt.

A légzőrendszer megbetegedései miatti halálozás a X. kerületben a halálozásokról történt statisztikai jelentések feldolgozása alapján viszonylag mérsékelt az országos és Budapest átlagához képest, de ez az adat véleményünk szerint nem tükrözi a teljes valóságot. A következőkben megpróbáljuk kifejteni, hogy ez miért van így.

A következő rangos helyet az emésztőrendszeri megbetegedésekben meghaltak foglalják el. A X. kerületi férfiak halálozása nagyon magas az országos és fővárosi szinthez képest.

A külső ok (baleset, bűncselekmény, öngyilkosság) miatt bekövetkező halálozásoknál meg kell említeni, hogy a X. kerületi nők körében ez a szám is magasabb az országos és a fővárosi halálozásokhoz képest.

A **X. kerület** a fővárosban és a Közép-magyarországi régióban is az első helyek egyikén áll a **szív- és érrendszeri halálozások és a megbetegedések** számában is a jelentések alapján.

A figyelem ezekre a betegségekre irányult, hiszen a leginkább jelentkező tünetek gyakorisága és a könnyen mérhető, detektálható paraméterek segítik a korai felismerést.

Ebbe a csoportba tartozik a **magasvérnyomás** betegség, a **szíverek-, perifériás erek elmeszedése** és ezek által létrejött elváltozások és tünetek, melyek rendkívül változatosak. A szervezetben minden folyamat összefüggésben van mindennel.

A cukorbetegség, a magas koleszterin- és vérsírszint, a vérnyomás-emelkedés a szív-érrendszeri megbetegedések számát növelik, és folyamatosan rontják a szív, az erek, a vese, a szem állapotát.

A kerületben a másodlagos (idősebb életkorban jelentkező) **cukorbeteg**ek száma nagyon magas.

Az idősebb korosztály számára a mozgásszervi megbetegedések növekvő száma rontja az életminőséget. Hiányzik az életük során az a mozgásmennyiség, amely az idősebb kori fittséget is biztosítaná. Az ízületek „berozsdásodnak”, a csigolyák, porckorongok, csípő tönkremegy. Megszaporodnak az időskori balesetek, csonttörések, így a combnyaktörések száma is. A külső ok (balesetek, bűncselekmények, öngyilkosságok) miatti halálozások az ötödik helyen szerepelnek a halálozások rangsorában. A X. kerületben ezek száma is magas. Az öngyilkosságoknak az alkoholfogyasztás következtében és egyéb okból kialakuló depresszió is oka.

Vizsgáljuk meg a **légzőrendszeri megbetegedések** helyzetét is. A jelentett, a praxisokhoz bejelentkezett lakosság számához viszonyítva viszonylag kevés légzőrendszeri megbetegedésszám nem tükrözi a valóságot. Vannak háziorvos kollégák, akik fokozottabb figyelmet fordítanak az alsólégutak megbetegedéseire és gondolják, jelentik a krónikus légzőszervi megbetegedésben szenvedőket.

A kerületben az elmúlt években szerzett tapasztalataink szerint nagyon sokan dohányoznak a felnőttek közül. Az iskolákban kiderült, hogy már 10-14 éves korban elég sok gyermek kipróbálja és többen rá is szoknak a rendszeres dohányzásra.

A légzőszerveket érintő fokozott irritáció 15-20 év múlva okoz csak kifejezettebb tüneteket, amivel már folyamatosan orvoshoz is kell fordulni. A korai tünetek között azonban már ott van a fokozott váladékképződés, a hörgők állandó gyulladása, mely gyakoribb fertőzésekben nyilvánul meg. Ez a háziorvosoknál akut, lázas, hörghurutos állapotként jelentkezik, mely nem jelentendő betegség.

Amikor a dohányzás komolyabb tüneteket okoz, akkor már a tüdőben olyan visszafordíthatatlan elváltozások jelentkeztek, mint a tüdőtágulás, erőteljes váladékképződéssel, folyamatos köhögéssel. Megjelenik a kötőszövetes elfajulás, mely az előzőekben leírtakkal együtt nagymértékben csökkenti a légző-felületet és légzési nehézséget okoz.

A tüdő kötőszövetes elfajulása a kisvérkörre és a jobb oldali szívfélre, mely a tüdőkeringést fenntartja, nagyon nagy terhet ró. A vér visszatorlódik, így megterheli a bal szívfelet is. Ennek következtében nemcsak jobb-, hanem balszívfél-elégtelenség is kialakul.

A dohányzás tönkreteszi a verőereket is, érszűkületet okoz. Emiatt sok ember lába fájni fog, esetleg le is kell vágni, tehát még mozgásszervi rokkanttá is válik.

A szemlencse szürkehályogos elváltozása a dohányos embereknél gyakoribb.

A száj-garat-gége nyálkahártyáját is folyamatosan irritálja a dohányzás, ami miatt a nyálkahártya, a fogíny is gyulladós lesz, melynek következtében kihullanak a fogak.

A szájban, garatban, gégeben, illetve a hörgőkben és a tüdőben a dohányzás fenntartotta állandó gyulladás és a lerakódott kátrány, melyben rákkeltő anyagok vannak, az arra hajlamos személyeknél rákos megbetegedéseket indukál.

A férfiak **daganatos** halálozásában Magyarország az első helyen áll a világon, a nőkben a második helyen. A daganatos halálozások között az első helyen a tüdőrák áll.

Látjuk, hogy a dohányzás egyértelműen emeli nemcsak a légzőszervi, hanem a szív-érrendszeri megbetegedések és a daganatos megbetegedések számát is és a végén rokkantsághoz, halálhoz vezet.

Nem állítjuk, hogy a daganatos és érrendszeri halálozások oka csak a dohányzásban keresendő, de mindenképpen elsőrendű szerep jut ennek a káros szokásnak az emberek életkilátásai vonatkozásában, az egészségben eltöltött életevek csökkenésében.

Úgy gondoljuk, hogy a kerület lakosai egészségi állapota javításában elsődlegességet élvezhetne a dohányzás elleni küzdelem, melyben valamennyi – az Egészségkoalícióban részt vevő – szervezet és intézmény segítségét várjuk.

Az egészségmagatartás részeként ide tartozik az alkoholfogyasztás kérdése is, mellyel szintén foglalkoznunk kell. A kerületben a férfiak körében megjelenő magas emésztőrendszeri betegségekben történő halálozás nagy része a máj alkoholos elfajulására vezethető vissza.

Mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás valamint a drogok használata a stressz, a szorongás kivédésére az emberek életében egyfajta pótcselekvés. A drogok közé tartoznak az egyes gyógyszerek, így az altatók, nyugtatók, fájdalomcsillapítók is. A X. kerületben ezek használata is gyakori. Jellemző a kerületben a politoxikománia (többféle drog együttes alkalmazása), pl. gyógyszerfogyasztás alkohollal együtt. Az élet okozta konfliktushelyzeteket a gyengébb idegrendszerűek, lelkületűek, pszichésen labilisabb alkatúak nehezebben tűrik, ezért nyúlnak ezekhez a szerekhez, melyektől megnyugvást remélnek, viszont hosszú távon sokkal rosszabb helyzetbe keverednek. Ezek a szenvedélyek sokkal nagyobb anyagi ráfordítást igényelnek az egyénektől és a családoktól, mintha erre nem kellene költeni, így az ezekre kidobott pénzt egészségesebb élelmiszerekre, ételekre és kényelmesebb életvitelre lehetne költeni.

Persze ez a kérdés sokkal összetettebb. A mai gazdasági helyzet a családok, egyedülállók, gyermekek helyzetét egyaránt rontja. Sok ember nem talál kiutat az eladósodottságból, a szegénységből. Azonban az alkohol és a dohányzás nem oldja meg, csak még tovább rontja a helyzetüket.

A feszült, stresszes élet a gyomor- bélbetegségek számát is megemeli.

Kérdés:

Vajon hány munkahelyen olyan a légkör, hogy jó érzés ott dolgozni és új értéket teremteni? Hány olyan hely van, hogy közös célért, együtt tevékenykednek, és ha adódnak is konfliktusok, azt együtt oldják meg konstruktívan? És természetesen a munkát meg is fizetik, amivel az ember önmagát és munkaerejét újra tudja teremteni, tehát jut ideje pihenésre is, hogy regenerálja a szervezetét – hol van ma ilyen munkahely? És egyáltalán, hol vannak a munkahelyek?

Kerületünkben tudjuk, hogy magas a hajléktalanok száma is. Ez még tovább nőhet, hiszen lassan az emberek nagy száma a fizetésképtelensége miatt a lakását is elveszíti.

Milyen kilátásaink lehetnek?

Népegészségügyi szempontból már kimutathatóan nő a tuberculosis megbetegedések, a tetvesség, a rühösség eseteinek száma.

Ismét megjelent az ágyi poloska, amellyel hosszú évek óta nem találkoztunk.

Összefoglalva:

A fentiekben említett szív- és érrendszeri, a daganatos, a mozgásszervi, a légzőszervi megbetegedések területén nagyon sok teendőnk van. Széles körű összefogással, ismeretterjesztéssel, a testi és lelki egészség javításával tudunk ezen segíteni. Elsősorban az emberek létbiztonságát kellene megteremteni munkalehetőségek és ebből adódóan megfelelő jövedelmek biztosításával. Ezek a dolgok pedig társadalmi összefogást igényelnek.

Mellékletek:

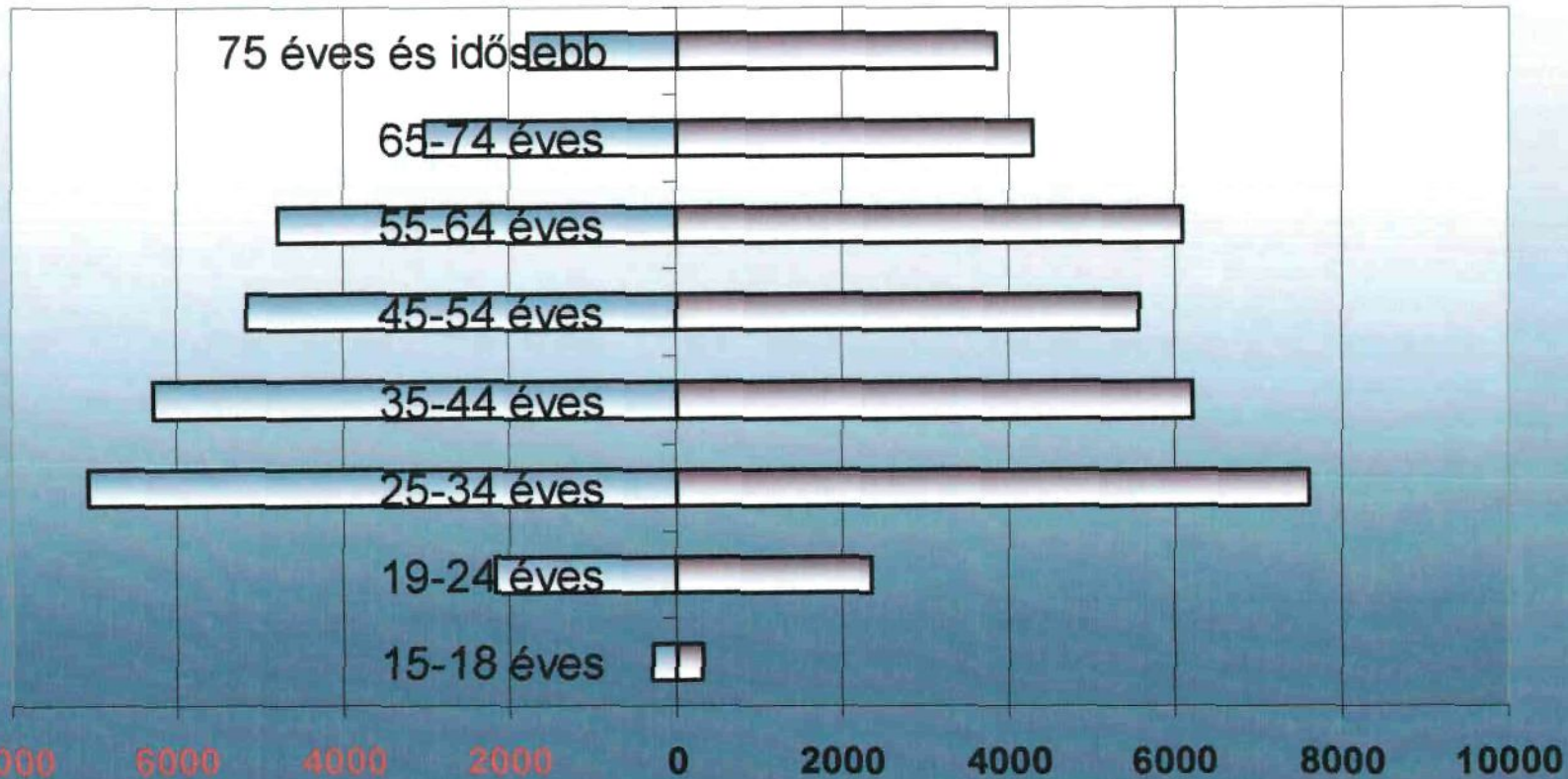
- A X. kerületi praxisokhoz bejelentkezett gyermekek korfája 2007;
- X. kerületi felnőtt praxisok korfája 2007;
- X. kerületi magasvérnyomásos megbetegedések megoszlása korcsoportok és nemek szerint reprezentatív minta alapján 2007;
- X. kerületi ischaemiás szívbetegségek megoszlása korcsoportok és nemek szerint reprezentatív minta alapján 2007;
- X. kerületi diabetes (cukorbetegség) megbetegedések megoszlása korcsoportok és nemek szerint reprezentatív minta alapján 2007;
- X. kerületi daganatos megbetegedések megoszlása korcsoportok és nemek szerint reprezentatív minta alapján 2007;
- X. kerületi asthmás megbetegedések megoszlása korcsoportok és nemek szerint reprezentatív minta alapján 2007;

Felhasznált irodalom:

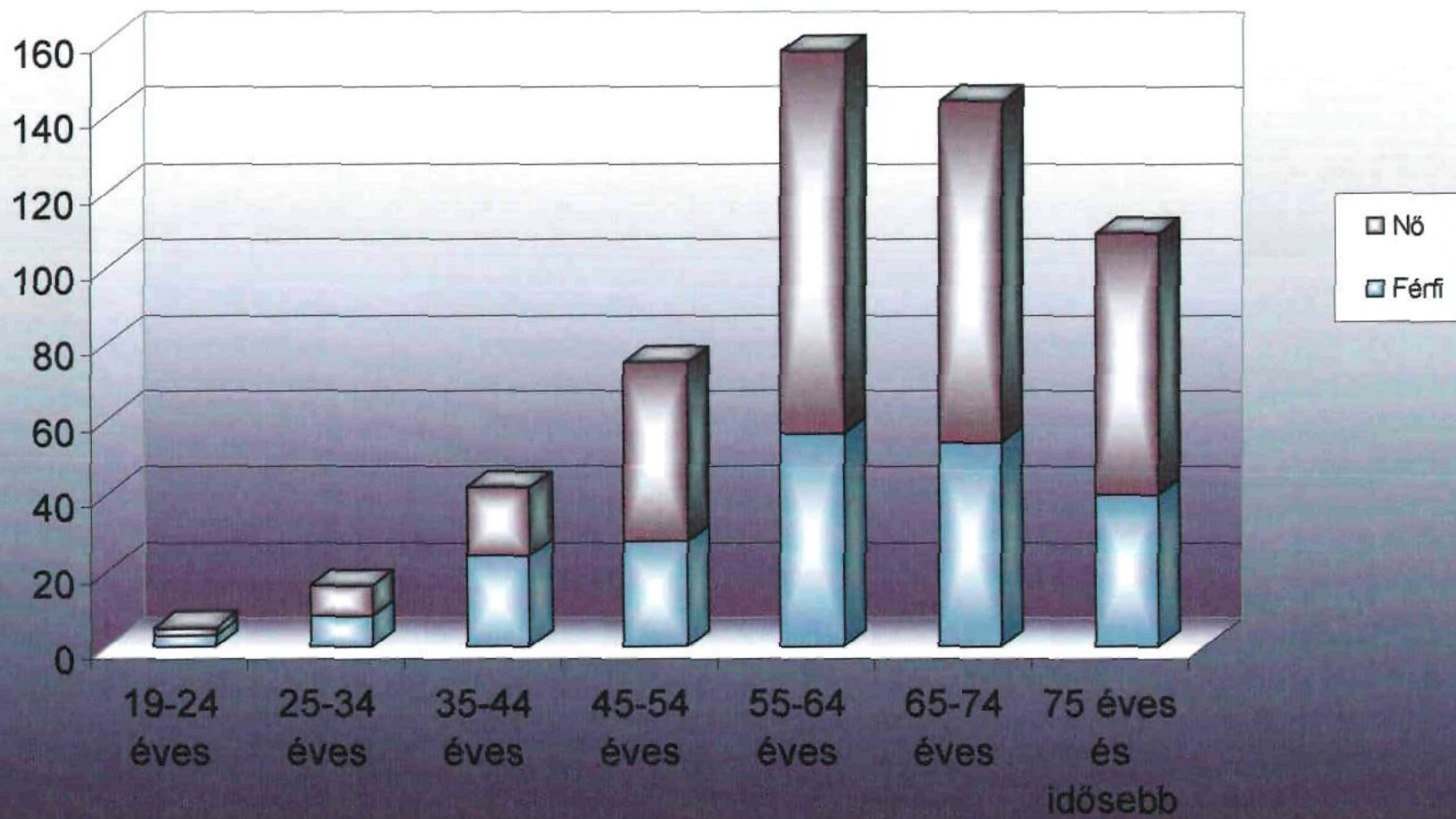
1. A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón – szerk. Prof. Dr. Ádány Róza – Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2003.
2. Helyzetelemzés a X.-VII. kerületi lakosság egészségi állapotáról 2003-2007. Leíró epidemiológiai tanulmány – Készítette: Juhász Attila és Nagy Csilla az ÁNTSZ Középmagyarországi Regionális Intézete Egészségfejlesztési Osztály Nemfertőző Betegségek Epidemiológiai Csoportja munkatársai
3. Egészségfejlesztés – egészségterv Budapest X. és XVII. kerületében – előadás és újságcikk– Dr. Haintz Andrea (ÁNTSZ Budapest X.-XVII. kerületi Intézete), Dr. Gritz Arnoldné (Bp. Főv. XVII. Kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat Egészségnevelés), Juhász Attila, Nagy Csilla, Dr. Szűcs Erzsébet (ÁNTSZ Középmagyarországi Regionális Intézete)
4. Az Európai Unió Fővárosai – Budapest sorozat Kőbánya X. kerület – CEBA Kiadó Budapest, 2005

X.kerületi felnőtt praxisok korfája 2007

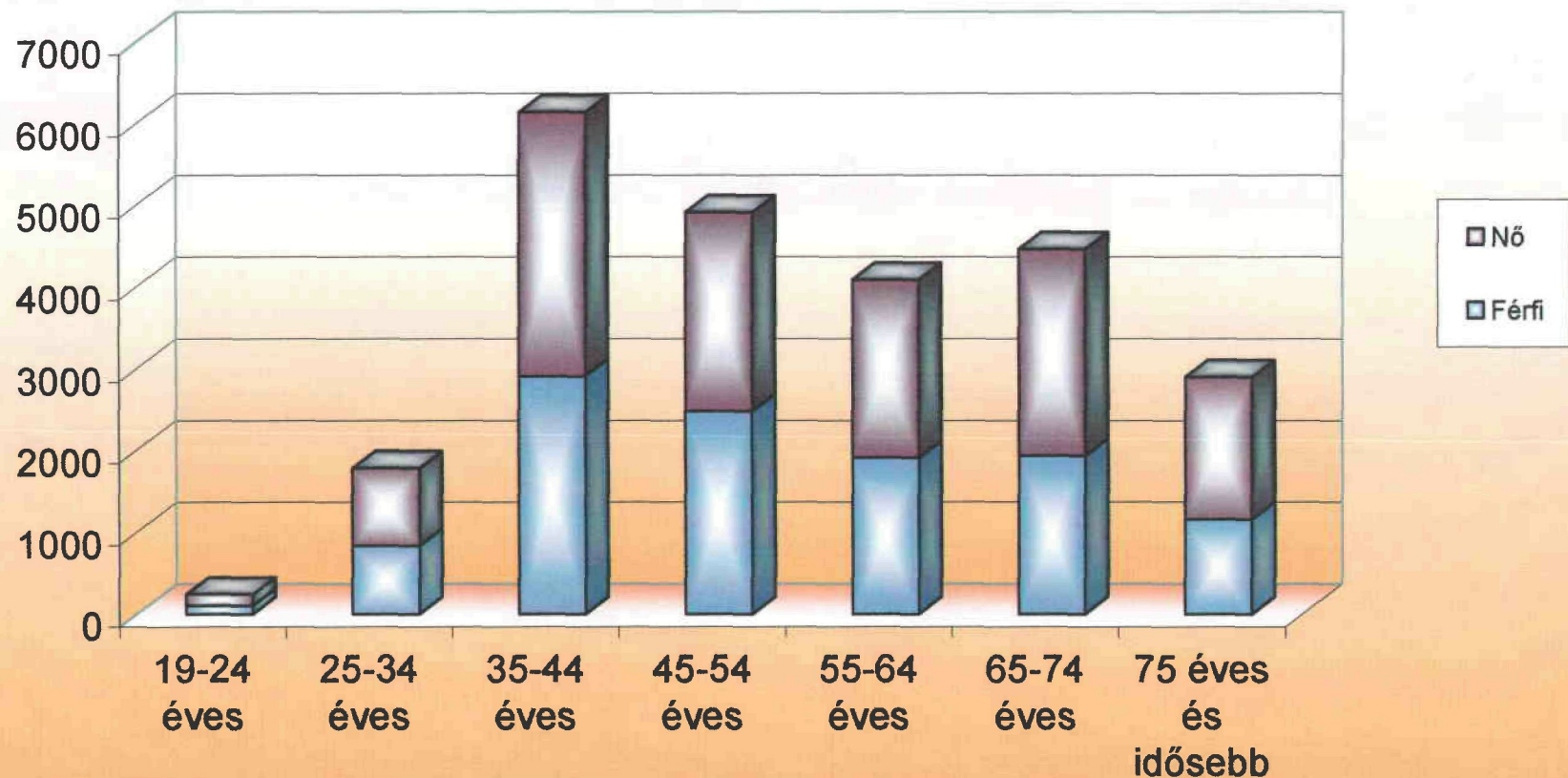
□ Férfi
□ Nő



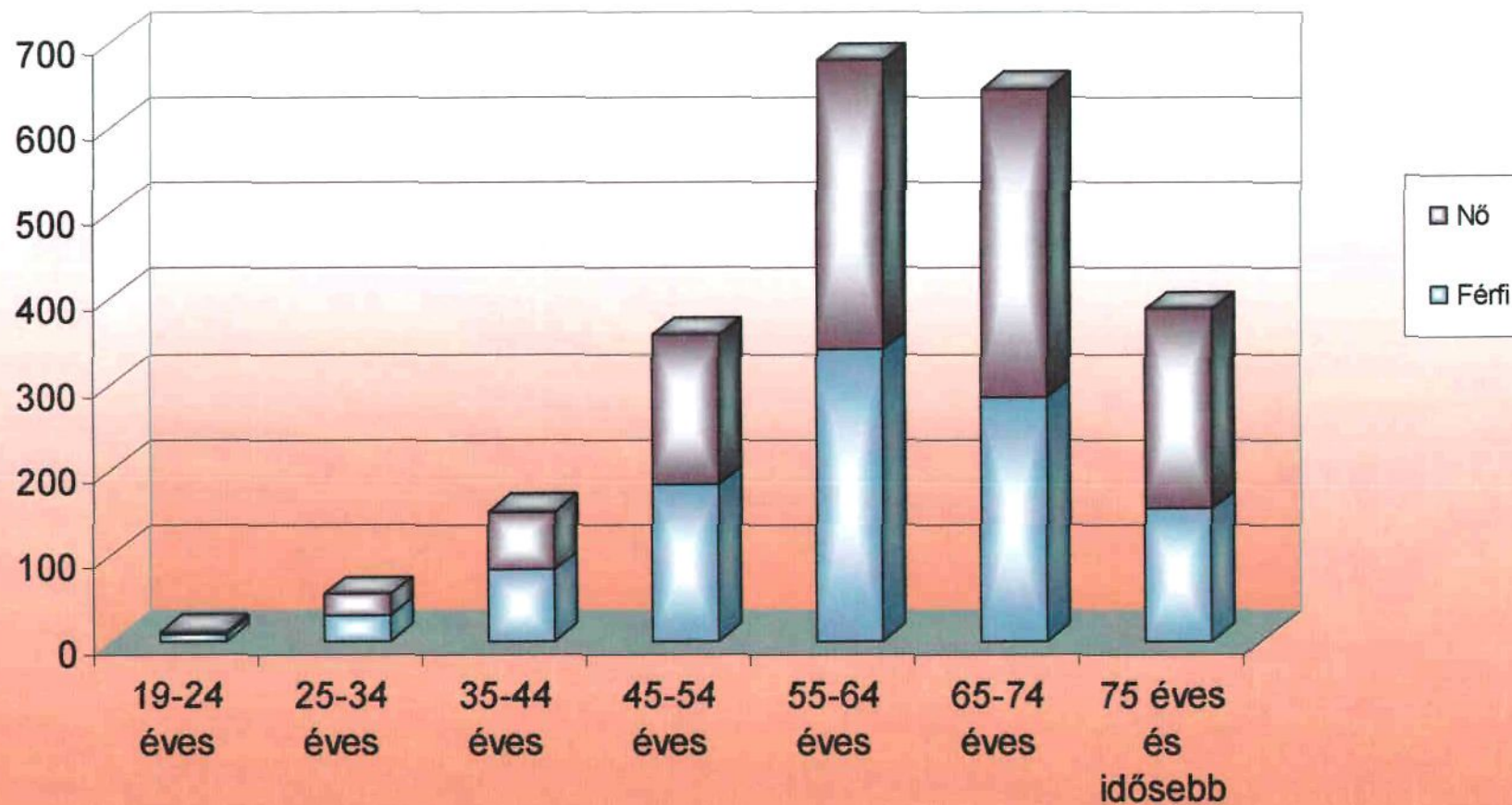
X. kerületi daganatos megbetegedések megoszlása korcsoportok és nemek szerint reprezentatív minta alapján 2007



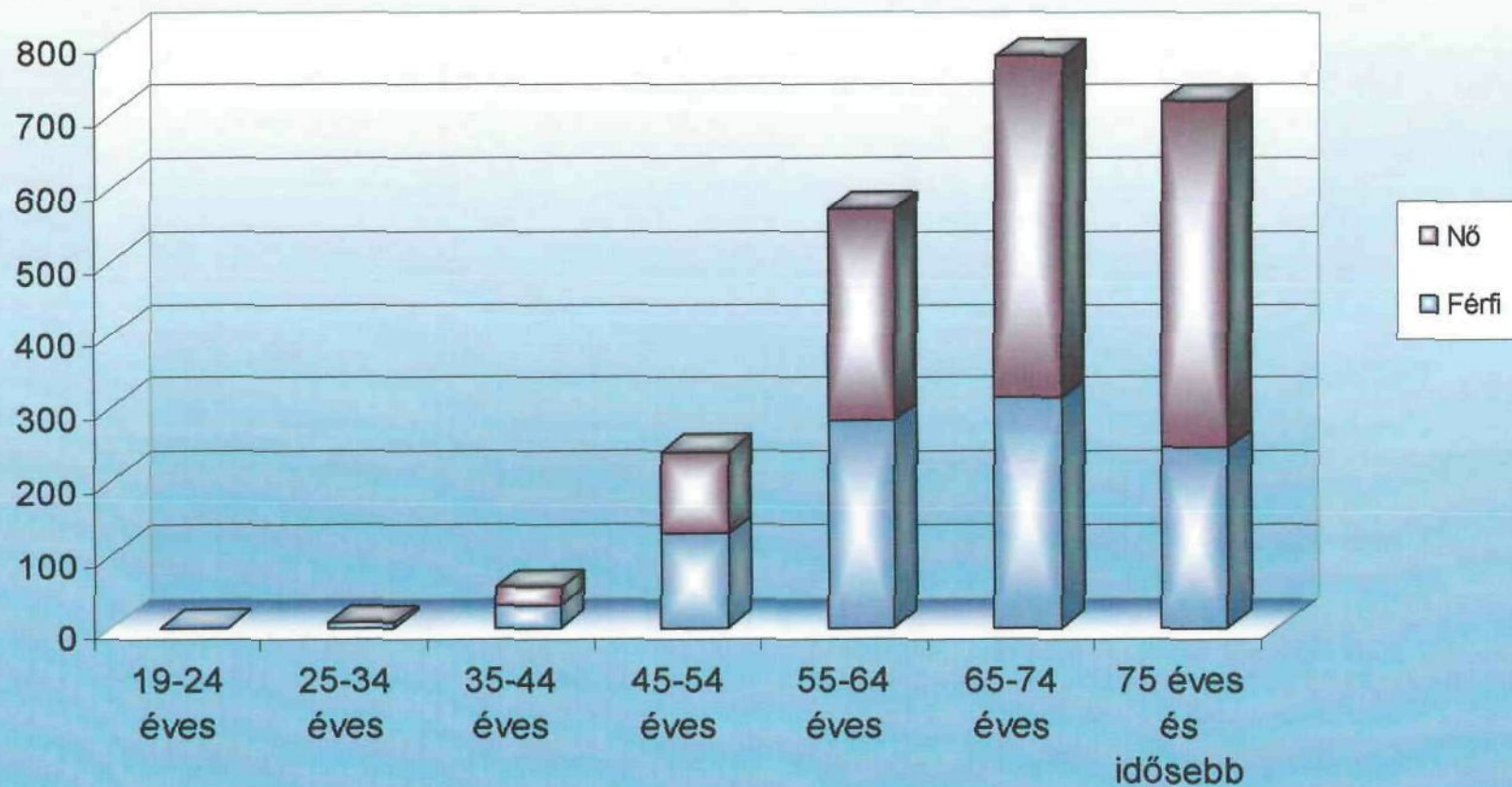
X. kerületi magasvérnyomásos megbetegedések megoszlása korcsoportok és nemek szerint reprezentatív minta alapján 2007



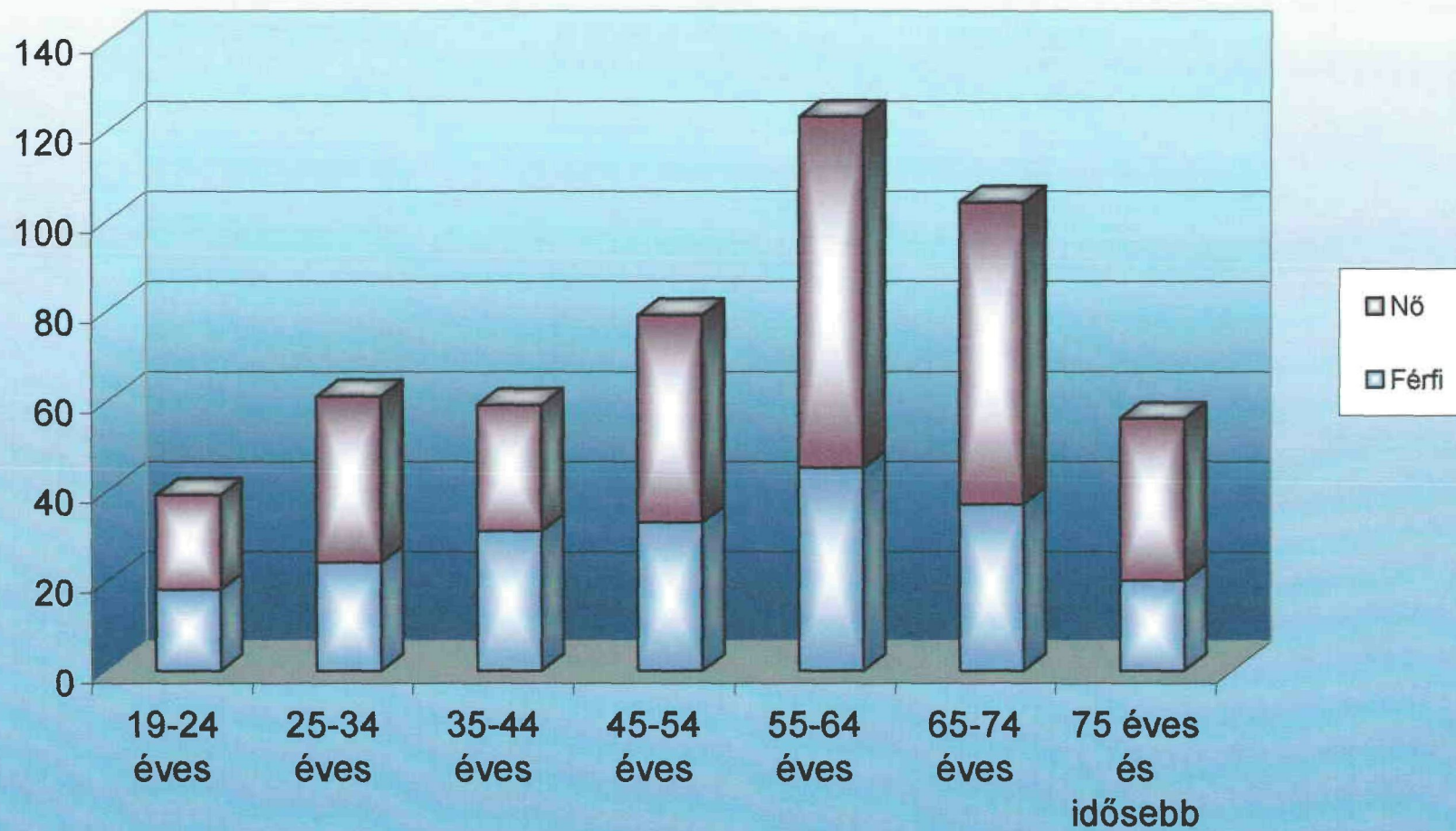
X. kerületi diabetes megbetegedések megoszlása korcsoportok és nemek szerint reprezentatív minta alapján 2007



X. kerületi ischaemiás szívbetegségek megoszlása korcsoportok és nemek szerint reprezentatív minta alapján 2007



**X. kerületi asthmás megbetegedések megoszlása
korcsoportok és nemek szerint reprezentatív minta alapján
2007**



X. kerületi praxisokhoz bejelentkezett gyermekek korfája 2007

