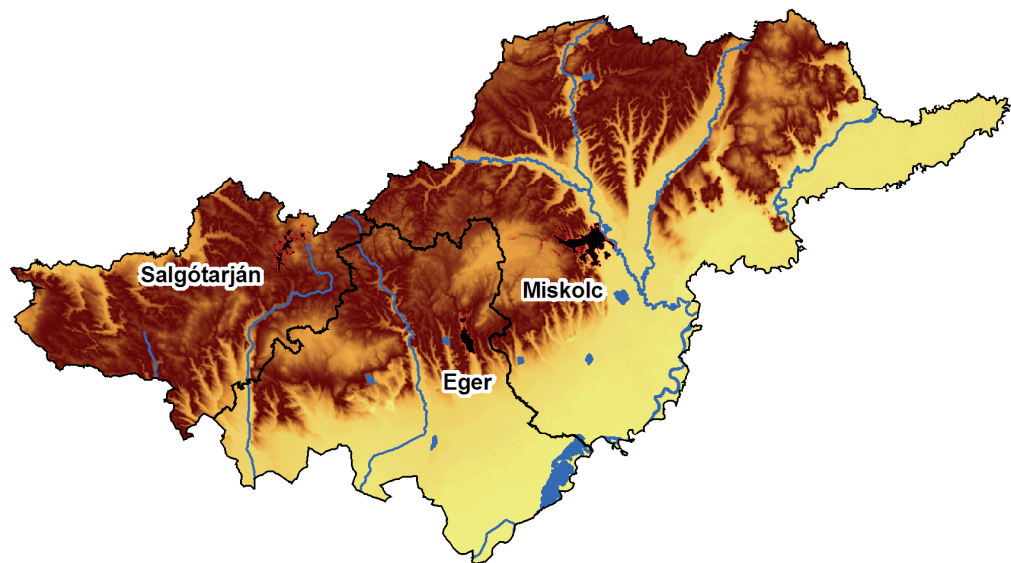


ÉSZAK-MAGYARORSZÁGI REGIONÁLIS NÉPEGÉSZSÉGÜGYI JELENTÉS 2010



ÁNTSZ Észak-magyarországi Regionális Intézete
2010.

TARTALOM

<u>AJÁNLÁS</u>	3
<u>BEVEZETŐ</u>	4
<u>LAKOSSÁGSZÁM, KORMEGOSZLÁS, ÖREGEDÉSI INDEX</u>	5
<u>TELEPÜLÉSSZERKEZET</u>	7
<u>ALAPVETŐ NÉPMOZGALMI ESEMÉNYEK (2008)</u>	9
<u>CSECSEMŐHALANDÓSÁG</u>	11
<u>SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÉLETTARTAM</u>	13
<u>FOGLALKOZTATOTTSÁG</u>	14
<u>HALÁLOKI STRUKTÚRA</u>	17
<u>OKSPECIFIKUS HALANDÓSÁG</u>	19
<u>MEGBETEGEDÉSI MUTATÓK</u>	29
<u>EGÉSZSÉG-MAGATARTÁS MAGYARORSZÁGON AZ EURÓPAI LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS (ELEF 2009) EGYES EREDMÉNYEINEK TÜKRÉBEN</u>	32
<u>ÖSSZEFOGLALÁS</u>	37
<u>FOGALMAK</u>	38
<u>MÓDSZERTAN</u>	39
<u>FELHASZNÁLT IRODALOM ÉS ADATOK</u>	41

AJÁNLÁS

A lakosság egészségi állapotának ismerete elengedhetetlen az egészségügyet érintő döntésekhez, de nélkülözhetetlen számtalan, az egészségügy területén kívül eső olyan döntéshez is, melyek a jövőben kihatással lehetnek a lakosság egészségi állapotára (beruházások, fejlesztések, támogatások).

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Észak-magyarországi Regionális Intézete időszerűnek látta, hogy a döntéshozók munkájának támogatásához elkészítse a következő „Észak-magyarországi Regionális Népegészségügyi Jelentés 2010” kiadványát.

A Népegészségügyi jelentések hazai rendszerének megalkotása 2003 elején indult el az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium kezdeményezésére, ennek eredményeként jelent meg 2004-ben a „Népegészségügyi jelentés 2004... a szakértőknek”, mely átfogó képet adott a magyar lakosság egészségéről. 2005-ben a fenti kezdeményezésre készültek el az egyes régiók népegészségügyi jelentései a döntéshozók számára.

Jelen kiadványunkban próbáltuk követni az előző jelentések elemzési módszereit az összehasonlíthatóság és követhetőség érdekében, mellyel mind a szakemberek mind a döntéshozók számára a munkájuk során jól hasznosítható, releváns információ tartalmú szakmai anyagot készíthettünk el.

Dr. Bodnár Judit
regionális tiszti főorvos

BEVEZETŐ

Az Észak-Magyarországi régiót alkotó három megye Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves és Nógrád az ország **területének** 14,4 %-át teszi ki, (területe 13 433 km²). Itt található az ország **második legnagyobb** (Borsod megye), míg a **második legkisebb** (Nógrád megye) megyéje. Legnyugatibb városa Rétság, Budapesttől közúton 53 km-re, legkeletibb városa Sátoraljaújhely 264 km-re fekszik. A régió 28 kistérségéből 15 Borsod-Abaúj-Zemplén, 7 Heves, és 6 Nógrádban található.

2004 elejétől módosult a kistérségi terület-beosztási rendszer, s az Európai Unió tagjává válva a kistérség lett a területfejlesztés alapegysége. A kistérségek különösen az Európai Unió 2007-2013 közötti kohéziós politikájának időszakában értékelődnek fel, válnak a projektgenerálás és megvalósítás színterévé.

A **kistérségeink társadalmi-gazdasági típusait**¹ vizsgáló 2004-es Központi Statisztikai Hivatal által közzétett elemzés alapján a régióban található területfejlesztési-statisztikai kistérségekre, 2004. január 1-jei állapotnak megfelelően,² egy térség vonatkozásában igaz a dinamikusan fejlődő jelző, háromra a fejlődő-fennmaradó, míg a felzárkózók körébe 13 kistérség tartozott, majd ezt követően 6 stagnáló és 5 lemaradó térség található a társadalmi-gazdasági mutatók alapján a régióban. A régió akkori 605 településeinek 46%-a tartozott a felzárkózók közé, és a három megye lakosságának közel 55%-a élt itt.

A stagnáló hat térséghez a régió 114 települése tartozott 9 várossal és közel 220 ezer fős lakossággal, míg a lemaradó 5 kistérség több mint 109 ezres lakossága 131 településen oszlott meg, melyből 7 városi rangon volt.

Népesség tekintetében régióink a negyedik helyet foglalja el országosan. Itt él hazánk népességének 12%-a, a népsűrűség tekintetében a régiók közül csak a Középmagyarországi és a Közép-dunántúli haladja meg.

Hazánkban a közel 30 év alatt kialakult demográfiai viszonyok sok tekintetben a fejlett európai országokban megfigyelhető jelenségeket tükrözik, ugyanakkor vannak olyan jellemzők melyek kifejezetten az Észak-magyarországi régió sajátosságának tekinthetők.

¹ A tanulmány a KSH 2006. évi, a kistérségek helyzetét régióként bemutató sorozatához készült.

² A területfejlesztési-statisztikai kistérségek rendszere 2004. január 1-je óta nem változott, a 2010 év végi állapot megegyezik vele.

LAKOSSÁGSZÁM, KORMEGOSZTLÁS, ÖREGEDÉSI INDEX

1. táblázat: Lakosság létszáma, korösszetétele és az öregedési index a régióban, az Európai Unióban és Magyarországon, 2009. január 1-jén.

Jellemzők	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	Heves megye	Nógrád megye	Észak-magyarországi régió	Magyarország
Lakosság létszáma (2009.01.01)*	701 160 (94,99%)	314 441 (97,12%)	207 637 (95,19%)	1 223 238 (95,56%)	10 030 975 (99,15%)
15 év alattiak részaránya**	16,63% (18,03%)	14,8% (15,71%)	14,92% (16,15%)	15,88% (17,13%)	16,01% (15,88%)
15-64 évesek részaránya**	67,27% (66,92%)	67,49% (67,47%)	67,33% (67,47%)	67,33% (67,15%)	68,77% (68,63%)
65 év felettiak részaránya**	16,11% (15,05%)	17,71% (16,81%)	17,74% (16,38%)	16,8% (15,72%)	16,35% (15,49%)
Öregedési index **	96,85% (83,45%)	119,71% (107,0%)	118,9% (101,43%)	105,85% (91,81%)	109,89% (97,57)

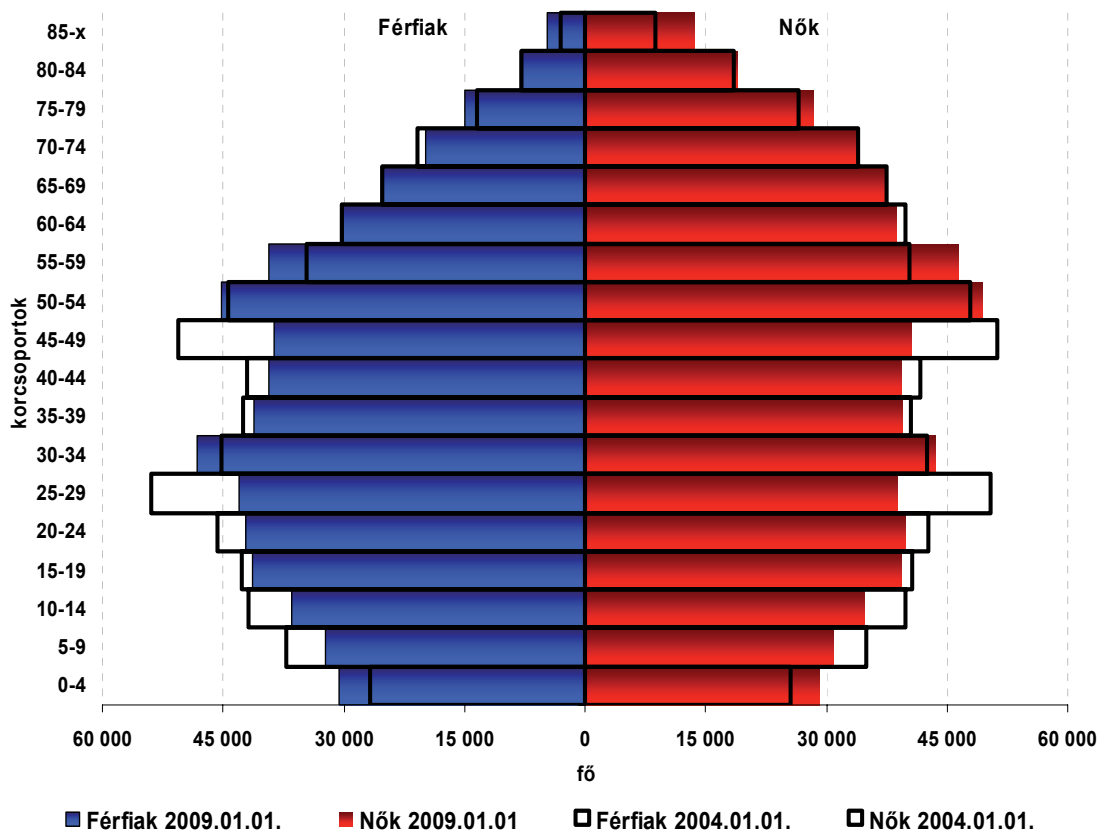
* zárójelben a 2004.01.01. lakos létszám százalékában kifejezve

** zárójelben a 2004.01.01. korcsoportos lakosság adatok alapján számított eredmények

Régióink lakosainak száma 2009. január 1-jén 1 223 238 fő volt, mely a 2004. január 1-jén tapasztalathoz viszonyítva közel 5%-os csökkenést jelez. A lakosság korösszetételét 3 fő csoport szerint vizsgálva Heves és Nógrád megye esetében láthatunk kedvezőtlen képet: regionális és országos vonatkozásban is alacsony részarányú gyermek (0-14 éves) populáció mellett az idősek részaránya mind a régiós, mind a hazai átlagot meghaladja. Ebből következően az öregedési index értéke – Borsod-Abaúj-Zemplén megye kivételével – meghaladja a régiós és hazai átlagot, ez utóbbit csaknem 10%-kal (1. táblázat).

A lakosság számának csökkenése és az öregedés az utóbbi 5 évben fokozódott régióinkban.

1. ábra: Az Észak-magyarországi régió összehasonlító korfája
2004. és 2009. év január 1-jén.



A lakosság pontosabb korösszetételének alakulását a korfa változásával szemléltetjük. Néhány korcsoport kivételével csökkenő lakosságszám látható, a korfa „urna” alakja mindkét vizsgált évben ábrázolódott.

Mindkét nem esetében emelkedő lakos szám látható viszont a 0-4, 30-34, 50-54, 55-59 és a 85-x korcsoportokban. A nők körében ezeken felül a 75-79 és 80-84 éves korcsoportban is emelkedett lakosságszám mutatkozik a 2004. január 1-jén leírt állapothoz viszonyítva (1. ábra). Igen jelentős fogyás jellemezte viszont a 25-29 és 45-49 éves korcsoportokat és az 50 év alatti (a leírt kivételekkel) valamennyi korosztályt.

A lakosság korösszetétele és annak változása az öregedő társadalmakra jellemző képet mutatja. A fiatalok alacsony száma az utóbbi időszak termékenységi mutatóit tükrözi.*

* A termékenység demográfiai szempontból azt vizsgálja, hogy a nők életük folyamán hány gyermeknek adnak életet, tehát az anya szülésgyakorosságával foglalkozik. A szülésgyakorosság befolyásoltsága összetett: genetikai, biológiai faktorok mellett társadalmi, gazdasági és egyéb tényezők is alakítják.

TELEPÜLÉSSZERKEZET

2. táblázat: Az Észak-magyarországi régió településszerkezete
2009. január 1-jén.

Település nagysága, típusa	Borsod-Abaúj- Zemplén megye	Heves megye	Nógrád megye	Észak- magyarországi régió
	Települések száma (lakosság a megye/régió összlakosságának százalékában)			
500 lakos alatti települések	142 (4,91%)	14 (1,55%)	33 (4,91%)	190 (4,00%)
500 – 999 lakosú települések	82 (8,34%)	27 (6,08%)	44 (15,15%)	153 (8,92%)
1000 – 1999 lakosú települések	75 (15,01%)	37 (17,38%)	37 (25,53%)	149 (17,40%)
2000 – 4999 lakosú települések	41 (17,53%)	37 (32,11%)	12 (14,32%)	90 (20,73%)
5000 – 9999 lakosú települések	9 (8,34%)	2 (4,48%)	2 (7,61%)	13 (7,23%)
10000 – 49999 lakosú települések	8 (21,58%)	3 (20,45%)	3 (32,78%)	14 (23,19%)
50000 – 99999 lakosú települések	-	1 (17,95%)	-	1 (4,61%)
100000 lakos feletti település	1 (24,28%)	-	-	1 (13,92%)
Lakosságszám 2009.01.01*	701160 (738143)	314441 (323769)	207637 (218128)	1223238 (1280040)
Lakosságszám csökkenés 2004.01.01-jéhez képest**	36983 (5,01%)	9328 (2,88%)	10491 (4,81%)	56802 (4,44%)
Települések száma ***	358 (357)	121 (119)	131 (129)	610 (605)
Városok száma ***	25 (20)	9 (7)	6 (6)	40 (33)
Községek száma ***	333 (337)	112 (112)	125 (123)	570 (572)
Városokban élő lakosság aránya ***	57,15% (56%)	45,62% (45%)	41,82% (44%)	51,59% (51%)

* zárójelben a 2004.01.01-i lakos létszám

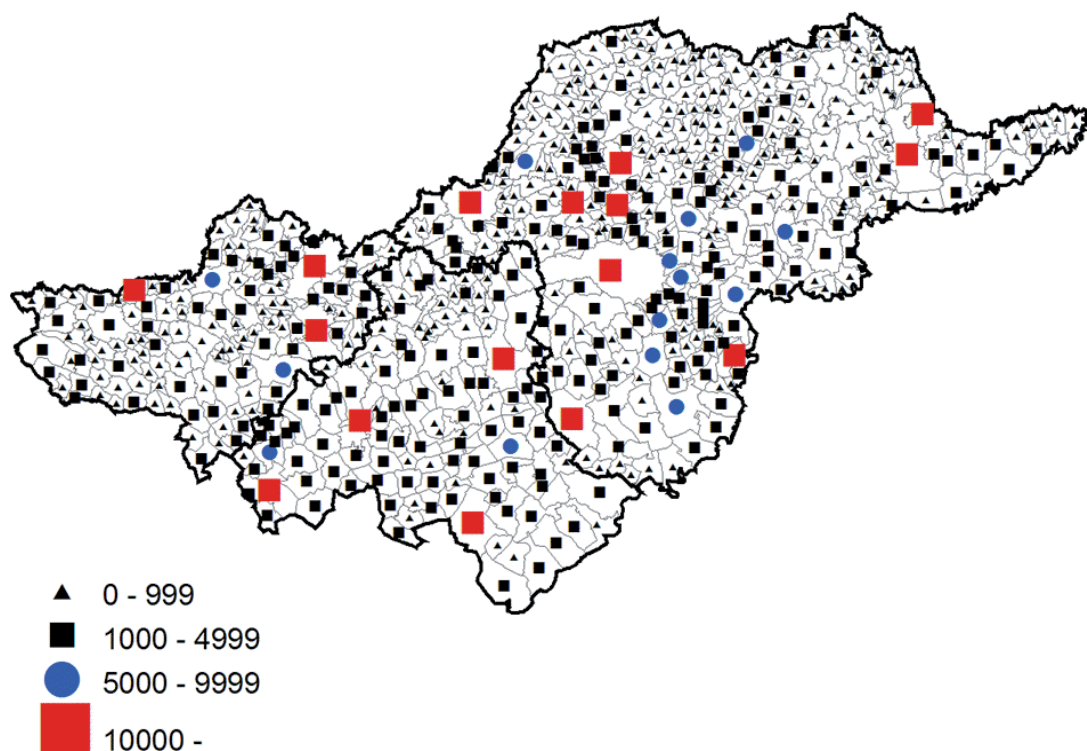
** zárójelben a csökkenés a 2004.01.01-i lakosság szám százalékában kifejezve

*** zárójelben 2004.01.01-i eredmények

A régiót alkotó megyék településszerkezetében 2004. január 1. óta jelentős változás nem történt, régiós szinten 610 település volt 2009.01.01-én. A városok száma 40 volt, mely a 2004.01.01-i állapothoz képest 5 település várossá minősítését jelzi. A régió lakosságának közel 30%-a a 2000 főt nem meghaladó lélekszámú településeken, a megyeszékhelyeken pedig több mint 18%-a él.

A régióban összesen a települések 81%-a bír 2000 fő alatti lakosságszámmal, 17%-a pedig 2000 és 10 000 közé eső lakosnak ad otthont (2. táblázat; 2. ábra).

2. ábra: Észak-magyarországi régió településszerkezete, 2009.



Az 1000 fő alatti lakosságszámú települések elsősorban Borsod-Abaúj-Zemplén megye északi részén és Nógrád megye csaknem egész területén láthatóak. A térbeli eloszlás megjelenítésével könnyen azonosíthatóak ezek az úgynevezett „aprófalvas” területek, amelyek infrastruktúrájuk révén már önmagukban hatást gyakorolnak az itt élő emberek életkilátásaira, életminőségére.

A lakosság közel ötöde a megyeszékhelyeken, harmada pedig 2000 lélekszám alatti településeken él.

ALAPVETŐ NÉPMOZGALMI ESEMÉNYEK (2008)

3. táblázat: Az alapvető népmozgalmi események mutatói az Észak-magyarországi régióban, a hazai és az EU átlag tükrében 2003, 2008.

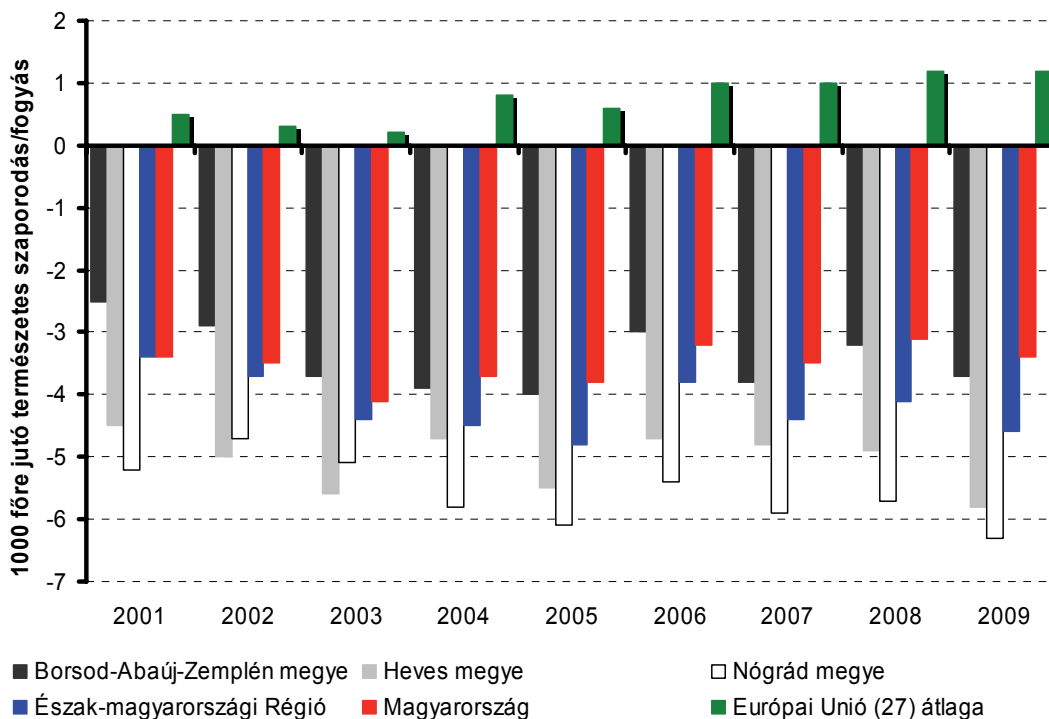
Jellemzők	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	Heves megye	Nógrád megye	Észak-magyarországi régió	Magyarország
Élveszületések száma *	7425 (7513)	2800 (2987)	1814 (2035)	12226 (12413)	99149 (94647)
Halálozások száma*	9699 (10243)	4529 (4680)	3004 (3159)	17232 (18082)	130027 (135823)
Ezer lakosra jutó					
élveszületés	10,5 (10,1)	9,5 (8,8)	8,7 (9,3)	9,9 (9,7)	9,9 (9,3)
halálozás	13,7 (13,8)	14,3 (14,4)	14,4 (14,4)	14 (14,1)	13 (13,4)
természetes szaporodás/fogyás	-3,2 (-3,7)	-4,9 (-5,6)	-5,7 (-5,1)	-4,1 (-4,4)	-3,1 (-4,1)
házasságkötés	3,5 (4,0)	3,6 (4,1)	3,2 (3,9)	3,5 (4,0)	4,0 (4,5)
válás	2,6 (2,4)	2,6 (2,5)	2,4 (2,4)	2,6 (2,4)	2,5 (2,5)
belföldi vándorlási különbözet	-9,4 (-4,9)	-3,6 (0,5)	-7,2 (-2,4)	-7,5 (-3,1)	-

* zárójelben a 2003-as adatok

A népesség összetétele, jellemzői mellett fontos vizsgálnunk az abban végbemenő változásokat is. Ezeket egy meghatározott időtartamban a természetes népmozgalom mutatóival és a (jellemzően a hazai) vándorlási különbözettel írhatjuk le. Nógrád megye kivételével az ezer lakosra jutó élveszületések száma kis mértékben emelkedett a 2003-as eredményekhez viszonyítva, azonban ennek kialakításában sajnos a lakosságszám csökkenése is fontos szerepet játszik. A halálozási arányszám kis mértékű csökkenést mutat (Nógrád megyében stagnál), a régió és a megyék azonban továbbra is természetes fogyást mutatnak, mely a hazai átlagot mindegyik területi egység vonatkozásában meghaladja. Ki kell emelnünk, hogy a javuló élveszületési és halálozási arányok eredőjeként a természetes fogyás ezer lakosra vonatkoztatott mértéke – Nógrád megye kivételével – a 2003-as eredményeknél kedvezőbben alakult (3. táblázat).

A belföldi vándorlási különbség alapján régióink megyéire az elvándorlás a jellemző, különösen szembeötlő a Heves megyei érték negatívba fordulása. Ez a negatív belföldi vándorlási eredmény azért is különösen fontos, mert elsősorban munkaképes korú és jellemzően változtatásokra nyitott lakosság elvesztését jelenti.

3. ábra: Természetes szaporodás és fogyás arányszámai az Észak-magyarországi régió területén, a hazai és az EU-27 átlag tükrében, 2001-2009.

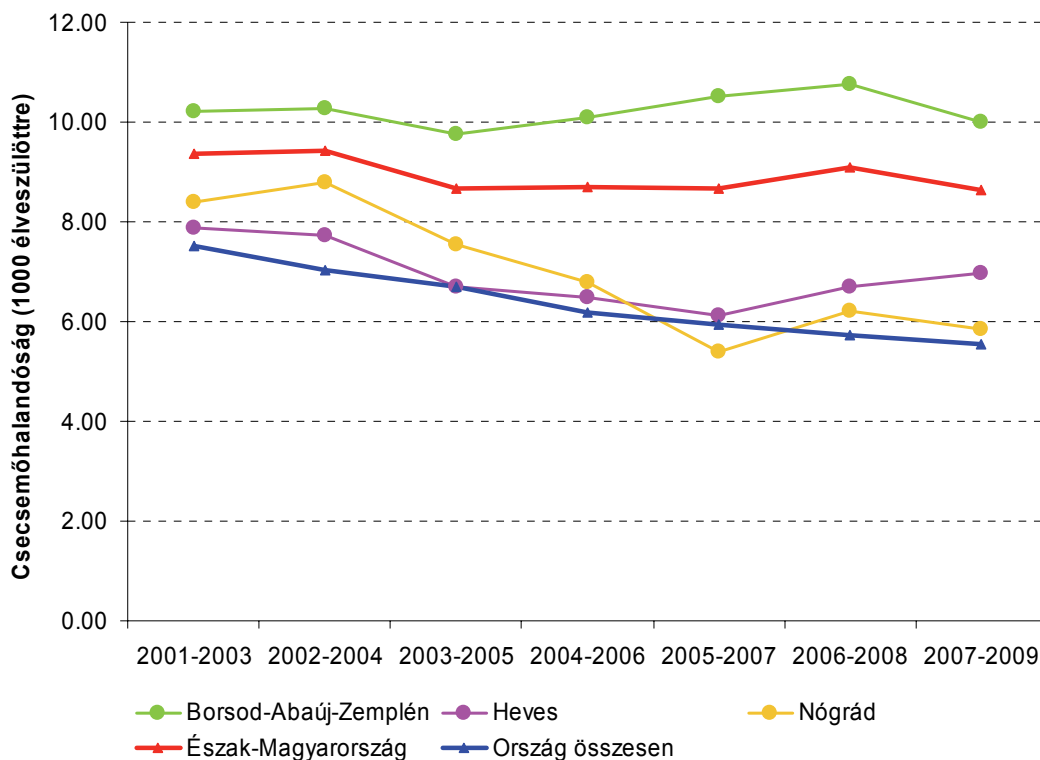


A természetes fogyás időbeni alakulását vizsgálva egyenletes tendencia nem ábrázolódott régióink esetében. Heves és Nógrád megye hazai átlagot jelentősen meghaladó eredményeket mutatott a teljes vizsgált időperiódusban, Borsod-Abaúj-Zemplén megye esetében viszont csak 2004-től ábrázolódtak ilyen arányszámok. Az EU-27 átlaga a teljes vizsgált időperiódusban pozitív előjelű volt (természetes gyarapodást mutat), tendenciájára összességében a kismértékű növekedés volt jellemző (3. ábra).

A természetes fogyás lakosságszámra gyakorolt hatását az elvándorlást tükröző belföldi vándorlási különbség is fokozta.

CSECSEMŐHALANDÓSÁG

4. ábra: Csecsemőhalandóság (3 éves mozgó átlag) alakulása az Észak-magyarországi régió megyéiben és hazánkban, 2001-2009.



A csecsemőhalandóság az adott évben bekövetkezett első életév betöltése előtti halálozások számát viszonyítja az élveszületések számához. Mivel az élveszületések éves száma ingadozást mutatott területünkön, ezért a torzítások csökkentése érdekében ún. mozgó átlagot számítottunk.

A csecsemőhalandóság trendjét vizsgálva az országosan ábrázolódó, folyamatos csökkenés régióink esetében nem volt látható: a mutató a vizsgált időszakon belül kevesebb, mint 1 ezrelékkal csökkent, elmaradásunk a hazai átlagtól pedig tovább nőtt.

A megyék közül Borsod-Abaúj-Zemplén esetében 2001-2003 és 2007-2009 eredményei megegyeztek, Heves megyében viszont a mérséklődő tendencia megtört 2005-2007-ben, ezzel a vizsgált időszak kezdeti és végső eredményeinek különbsége a csökkenő trend ellenére nem érte el az 1 ezreléket. Nógrád megye mutatói regionális viszonylatban a legkedvezőbbek, 2004-2006 óta a hazai átlag közelében mutatkoztak (4. ábra).

A csecsemőhalandóságot klasszikusan az egészségügyi ellátás egyik indikátorának tekintik. A kép azonban összetett: mivel a csecsemőhalálozás arányát nem a teljes populációra számoljuk, hanem az élveszületésekre, ezért az élveszülöttekre jellemző állapotokat (kissúly, koraszülöttség, érettség, stb.) vizsgálva kell megtenni megállapításainkat a változással kapcsolatosan.

Ebből következik, hogy az élveszületések évenkénti számának ingadozása mellett így egyes környezeti-társadalmi-gazdasági tényezők területi egyenlőtlenségei és a szülő nők bizonyos jellemzői (pl.: iskolázottság, kor, életmódbeli tényezők) szintén hatást gyakorolnak a csecsemők életesélyeire. A születési súly, mint az 1 év alatt bekövetkezett halálesetek gyakoriságát igen jelentősen befolyásoló tényező leírását így feltétlenül szükségesnek ítéltük (4. táblázat).

A komplex meghatározottság miatt tehát nem lehet egyedül az ellátórendszer oldaláról megközelíteni a problémát, feladatok több területen is mutatkoznak.

4. táblázat: Csecsemőhalandóság és a kis súlyú újszülöttek számának alakulása az Észak-magyarországi régió megyéiben és Magyarországon, 2008.

2008	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	Heves megye	Nógrád megye	Észak-magyarországi régió	Magyarország
Élveszületések száma	7425	2987	1814	12226	99149
ezen belül 2500 g alatti születési súllyal születettek száma	768	312	152	1232	8229
ezen belül a 2500 g alatti születési súllyal születettek aránya	10,34%	10,45%	8,4%	10,08%	8,3%
1 éven aluli elhunytak száma	72	23	12	107	553
ezen belül 2500 g alatti születési súllyal születettek	52	14	8	74	378
ezen belül a 2500 g alatti születési súllyal születettek aránya (%)	72,2%	60,87%	66,67%	69,16%	68,36%
Ezer élveszülöttre jutó 1 éven aluli meghalt	9,69	7,7	6,61	8,75	5,6

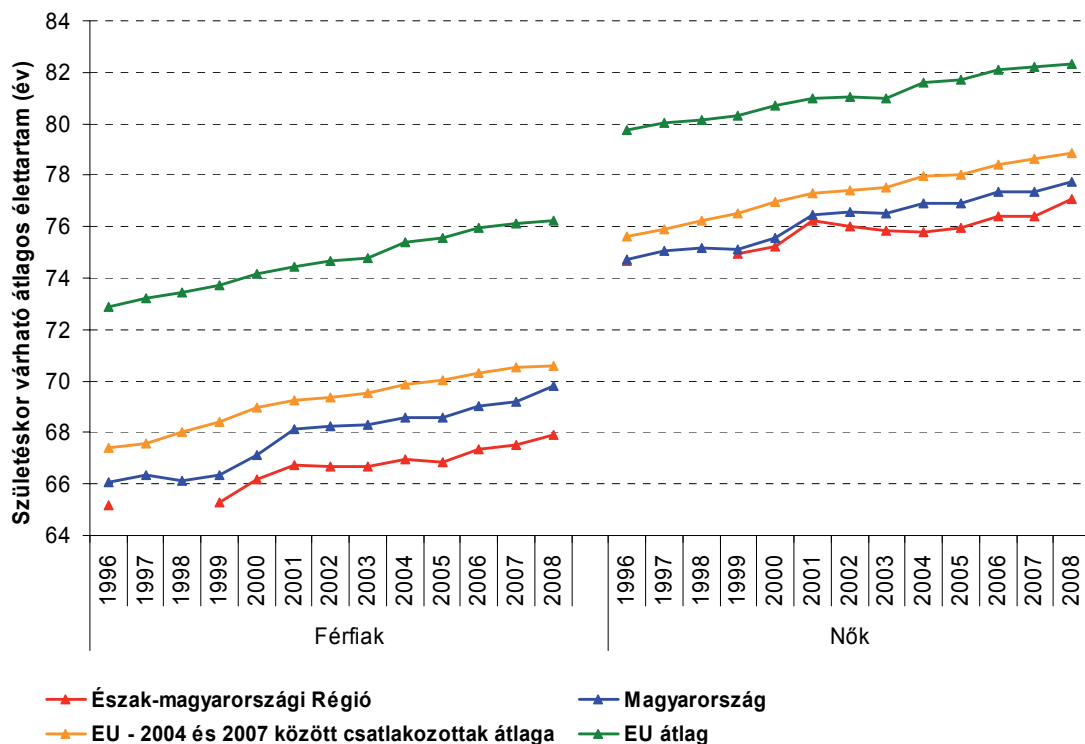
Regionális szinten minden tizedik újszülött 2500 g alatti súllyal született és az eredmény Borsod-Abaúj-Zemplén és Heves megye esetében is hasonlóan alakult. Nógrád megye területén 2008-ban született újszülöttek körében a 2500 grammot el nem érők aránya nem érte el a 9%-ot, így kedvezőbb volt a regionális átlagnál.

A 2008-as eredmények alapján a csecsemőhalandóság régióink valamennyi megyéjében meghaladja a hazai átlagot, az eltérés Borsod-Abaúj-Zemplén megye esetében volt a legnagyobb (minden 1000 élveszülött közül csaknem 10 meghalt mielőtt betöltötte volna az első életévét).

Régióinkban minden tizedik élveszülött 2500 g alatti súllyal született.

SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÉLETTARTAM

5. ábra: Születéskor várható élettartam alakulása az Észak-magyarországi régió és Magyarország területén, az EU-27 és 2004-2007 között csatlakozott tagországok átlagának tükrében, 1996-2008.



A születéskor várható élettartam a vizsgált év halálozási viszonyait tükröző mutató, melyet a csecsemőhalandóság jelentősen befolyásol. Tendenciáját tekintve mindkét nem esetében növekedés jellemző hazánkra, ám elmaradásunk az EU-27 és a 2004-2007 között csatlakozottak átlagától csak a nők körében mérséklődött. Régióink eredményei kedvezőtlenebbek a hazai mutatónál és ez a különbség a férfiakat érintette jobban (férfiak esetében 2008-ban közel 2 év az elmaradás a hazai átlagtól; míg a nők esetében ez az eltérés nem érte el az 1 évet). A 2008 évi eredmények szerint régióink férfi lakosságának több mint 6 évvel, női lakosságának pedig 5 évvel volt rövidebb a születéskor várható élettartama, az EU-27 átlaghoz viszonyítva (5. ábra).

A születéskor várható élettartam jelentős nemi különbséget és – az emelkedő tendencia ellenére – elmaradást mutat az EU-27 átlagtól.

FOGLALKOZTATOTTSÁG

5. táblázat: Foglalkoztatottság egyes mutatói az Észak-magyarországi régió megyéiben és Magyarországon, 2008.

	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	Heves megye	Nógrád megye	Észak-magyarországi régió	Magyarország
Foglalkoztatott (ezer fő)*	225,9 (237,8)	113,7 (118,8)	70,6 (80,7)	410,2 (437,3)	3879,4 (3921,9)
Munkanélküli (ezer fő)*	39 (30,1)	14,1 (10,1)	10,2 (6,8)	63,3 (47,0)	329,2 (244,5)
Gazdaságilag nem aktív népesség (ezer fő)*	269,7 (287,6)	115,3 (119,9)	80,2 (79,8)	465,2 (478,3)	3501,6 (3578,5)
Aktivitási arány (%)*	49,6 (48,2)	52,6 (51,8)	50,2 (52,3)	50,4 (49,8)	54,6 (53,8)
Foglalkoztatási arány (%)*	42,3 (42,8)	46,8 (47,7)	43,9 (48,2)	43,7 (45,0)	50,3 (50,6)
Munkanélküliségi ráta (%)*	14,7 (11,2)	11 (7,8)	12,6 (7,8)	13,4 (9,7)	7,8 (5,9)

(fogalmak magyarázatát lásd a módszertani részben)

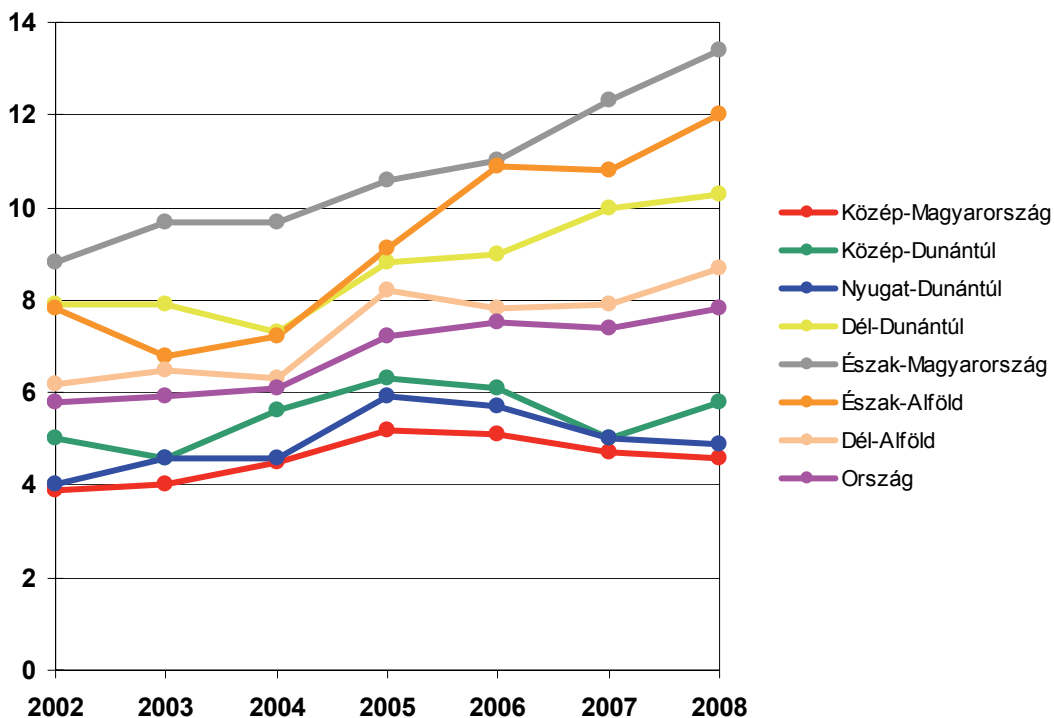
* zárójelben a 2004-es adatok

Az emberek számára a munka nemcsak bevételt jelent, hiszen a munkavégzés és intézményei – a jelentős eltöltött idő miatt – az életük szervezése, illetve a munkahelyi környezeti ártalmak egészségre gyakorolt hatása szempontjából is fontos szerepet töltenek be. A munkahelyi egészségi kockázati tényezők mellett a munkanélküliség, mint megváltozott élethelyzet egyaránt hatással vannak az emberek testi, lelki és szociális állapotára, önértékelésére, társadalmi-közösségi aktivitására, társas kapcsolataira.

A munkanélküliségi ráta régióink valamennyi megyéjében meghaladta a hazai átlagot, a foglalkoztatási arány pedig az országos szint alatt maradt. A régió belül Borsod-Abaúj-Zemplén megye esetében mutatkozott a legmagasabb munkanélküliségi ráta, a 2004-es eredményekhez viszonyítva, azonban Nógrád megye esetében volt látható a legnagyobb, kedvezőtlen irányú eltérés (5. táblázat).

A munkanélküliségi ráta alakulása régióknk területén igen kedvezőtlennek mondható, hiszen hazai viszonylatban a legmagasabb értékeket területünkön regisztrálták, továbbá a változás tendenciája is növekedést mutatott (6. ábra).

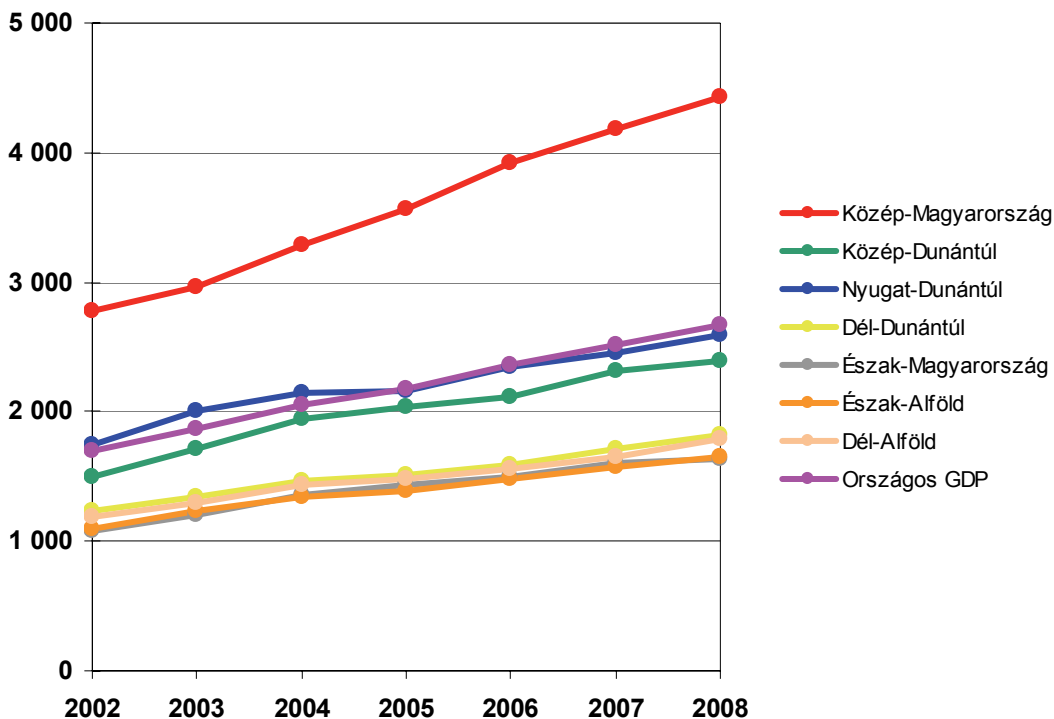
6. ábra: **Munkanélküliségi ráta (%) alakulása, 2002-2008.**



A munkanélküliségi ráta alapján Észak-magyarországon 100 gazdaságilag aktív 15-74 éves korosztályba tartozó személyre több mint 13 munkanélküli jut.

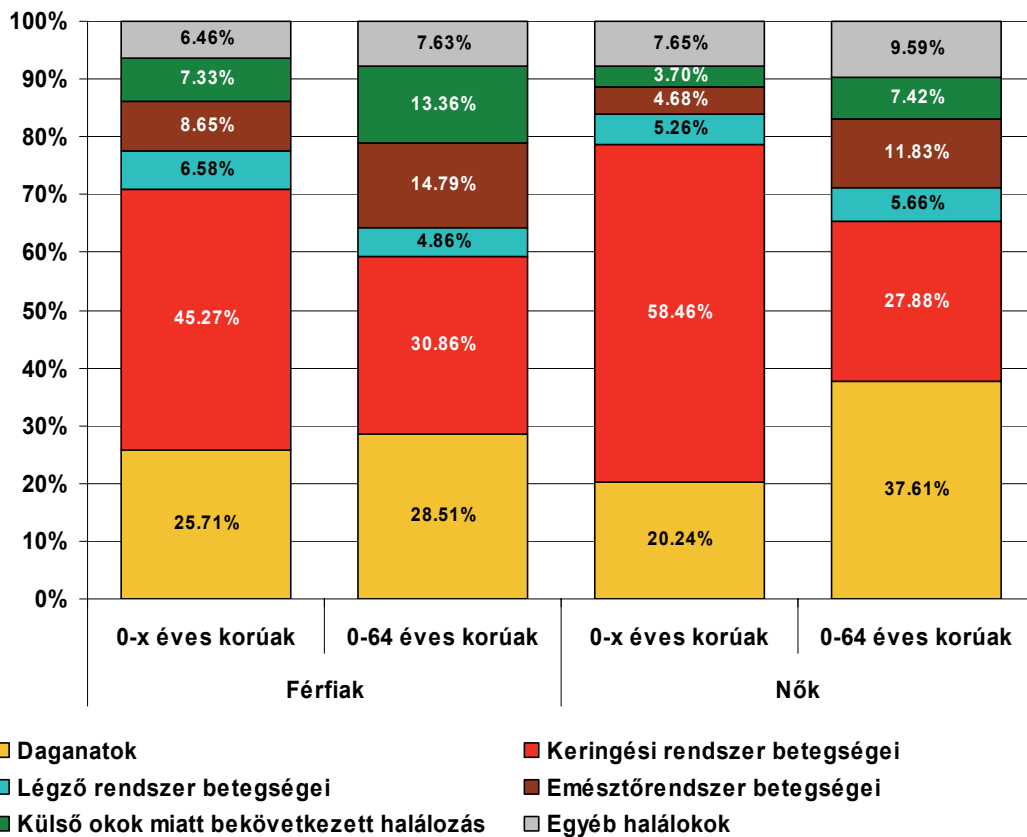
Az egy főre jutó bruttó hazai terméket vizsgálva régióink a teljes vizsgált időperiódusban hazai átlag alatti értékekkel bírt. A jelentős elmaradást a hazai átlagtól egy részről a régiókra jellemző kismértékű növekedés, másrészt pedig a Középmagyarországi régió kiemelkedő eredményeiből fakadó hatás is okozhatta (7. ábra).

7. ábra: Egy lakosra jutó bruttó hazai termék (ezer Ft) alakulása, 2002-2008.



HALÁLOKI STRUKTÚRA

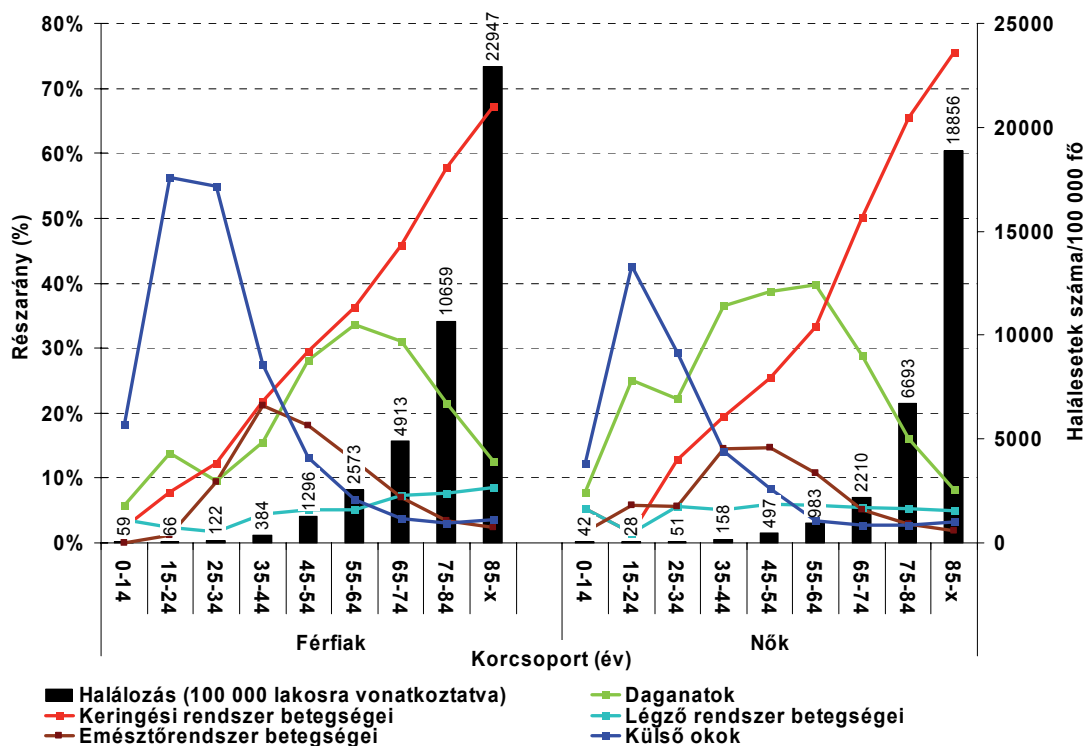
8. ábra: Az Észak-magyarországi régió teljes és 0-64 éves lakosságának haláloki struktúrája, 2006-2008.



Régióink haláloki struktúráját (8. ábra) vizsgálva a teljes korcsoport esetében mind a férfiak, mind a nők körében a keringési rendszer betegségei, majd a daganatok okozta halálozás részaránya volt a legmagasabb. A férfiak esetében ezt az emésztőrendszer betegségei, külső okok, majd légzőrendszer betegségei okozta halálozás követte, míg a nők körében pedig a légzőrendszer, az emésztőrendszer és külső okok volt a sorrend.

A korai halálozás esetében ettől eltérő volt a kép: a daganatok okozta halálozások súlya a férfiak körében megközelíti, a nők esetében pedig meghaladja a keringési rendszer eredetű halálozások által jelentett terhet. A sorrend ezt követően mindkét nemből azonos volt: az emésztőrendszer betegségeit a külső okok, majd a légzőrendszer betegségei követik.

9. ábra: Haláloki struktúra alakulása az egyes korcsoportokban az Észak-magyarországi régióban, 2006-2008.



A megelőző programok/stratégiák tervezése és hatékonyságuk ellenőrzése az életkorhoz kötődő betegségek/halálozások korcsoportos vizsgálatát igényli (9. ábra). A korcsoportos haláloki struktúrát vizsgálva a következő megállapításokat tehetjük:

- 35 év alatt a férfiak többsége külső okok (balesetek, öngyilkosság stb.) miatt hunyt el, nők körében pedig a külső okok és a daganatok okozta halálozás haláloki súlya a legkifejezettebb.
- Az emésztőrendszeri betegségek haláloki súlya 35-44 éves korban éri el a maximumát, innen kezdve csökkenést mutat. A fenti korcsoportban a haláloki struktúra 2.-3. helyén tartózkodik
- A keringési rendszer betegségeinek részesedése a haláloki struktúrában az életkor előrehaladtával folyamatosan nő, férfiak esetében a 45-54, nők körében pedig a 65-74 éves korcsoporttól kezdve vezető szerepet tölt be.
- A daganatok haláloki súlya 15-24 éves korban, mindkét nem esetében látható kiugrást követően csökken, majd 55-64 éves korcsoportig növekedve nőknél vezető halálok, férfiak esetében pedig második helyet foglalja el

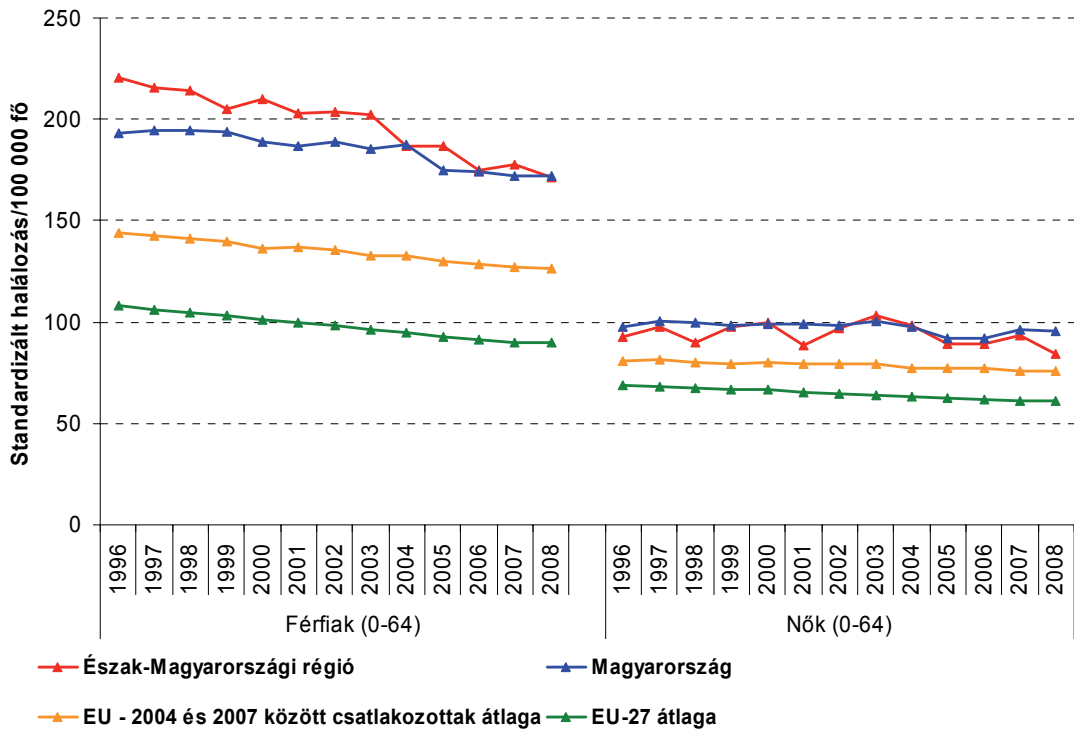
A keringési rendszer betegségei a férfiak körében 45, a nők esetében pedig 65 év felett vezető halálökká válnak.

OKSPECIFIKUS HALANDÓSÁG

Egy adott 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.

A halálozási és a megbetegedési indikátorok a lakosság egészségi állapotának igen fontos összetevői. Ezek időbeni és térbeni alakulásában természetesen találunk különbségeket nem csak EU-27 és országos összehasonlításban, hanem az Észak-magyarországi Régió belül Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves és Nógrád megye kistérségei tekintetében is.

10. ábra: A rosszindulatú daganatok okozta korai (0-64 éves korú lakosság) halálozás alakulása az Észak-magyarországi régióban az országos és az EU-27 átlag tükrében, 1996-2008.



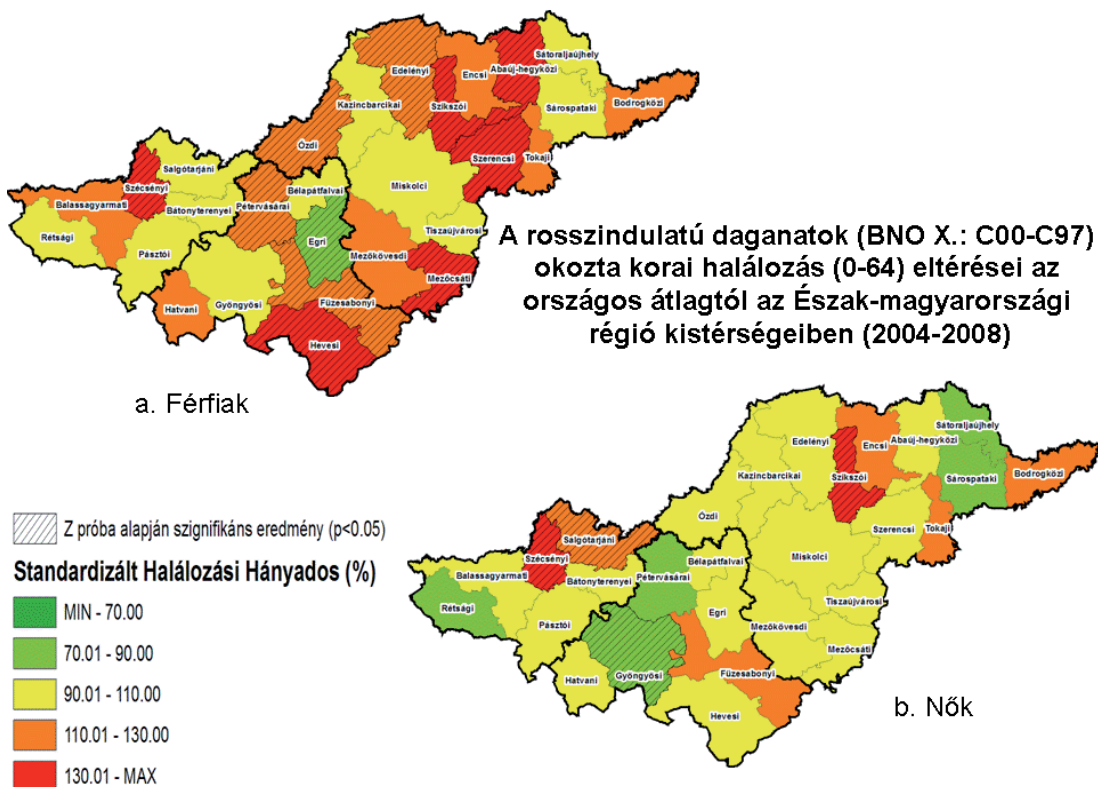
A férfiak rosszindulatú daganatok okozta korai halálozása 1990-es évek második felében bekövetkezett tetőzését követően az országos mutató kismértékű csökkenést mutatott, melyet a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei értékek a jelentős szórás miatt csak megközelítőleg követtek. Nők körében hasonló jelenség volt észlelhető, azzal a különbséggel, hogy mind a régiós mind megyei átlag – néhány év kivételével – kedvezőbbnek bizonyult a releváns országos értéknél (10. ábra)

A rendelkezésre álló utolsó év adataival számszerűsítve a nemi különbséget: a régiókban élő 0-64 éves férfiak 100 000 főre vetített halálozása csaknem kétszerese a releváns EU-27 átlagának (1,91), míg a nők esetében ez a különbség 1,31-szeres volt.

A rosszindulatú daganatok okozta halálozás területi egyenlőtlenségeit régiókban vizsgálva azt látjuk, hogy (11. ábra):

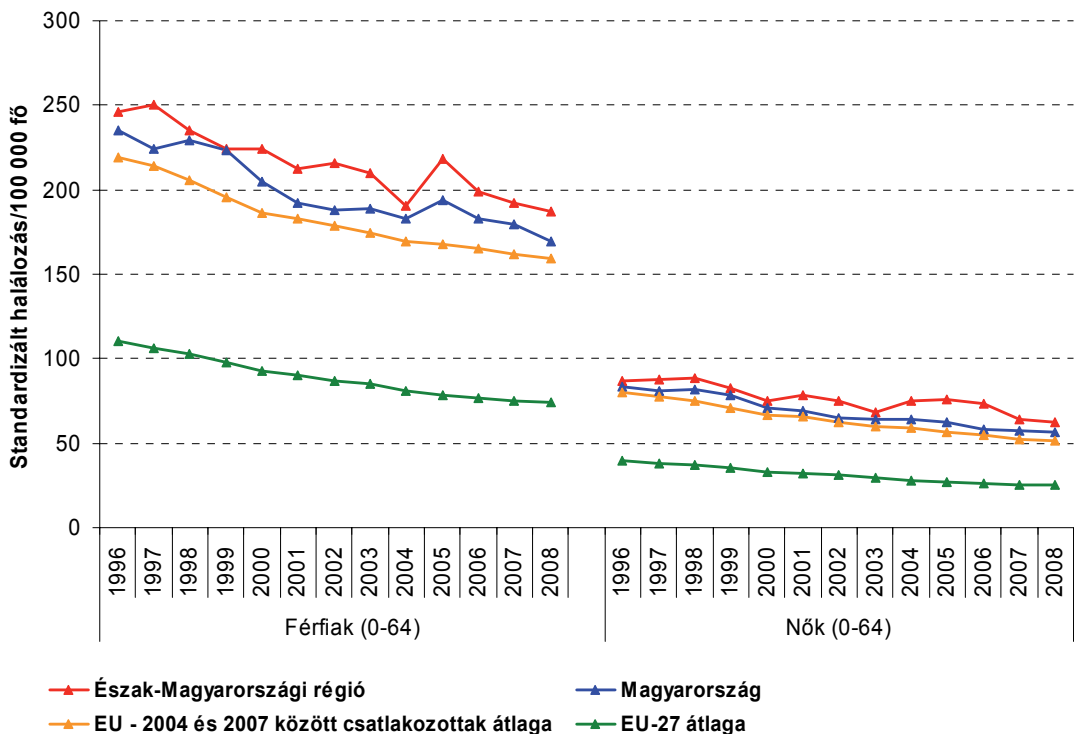
- jelentős nemi különbség ábrázolódtott, mely a férfiak fokozott érintettségét jelezte, döntően Borsod-Abaúj-Zemplén és Heves megye kistérségeire koncentrálódva;
- a nők körében ezzel szemben Nógrád (2) és Borsod-Abaúj-Zemplén megye (1) területén észleltünk hazai átlagot szignifikánsan meghaladó korai halálozást.

11. ábra



Régiókban a 0-64 éves férfiak körében a rosszindulatú daganatok okozta halálozás az EU-27 átlag csaknem kétszerese, a nők körében pedig csaknem 1,4-szerese volt (2008).

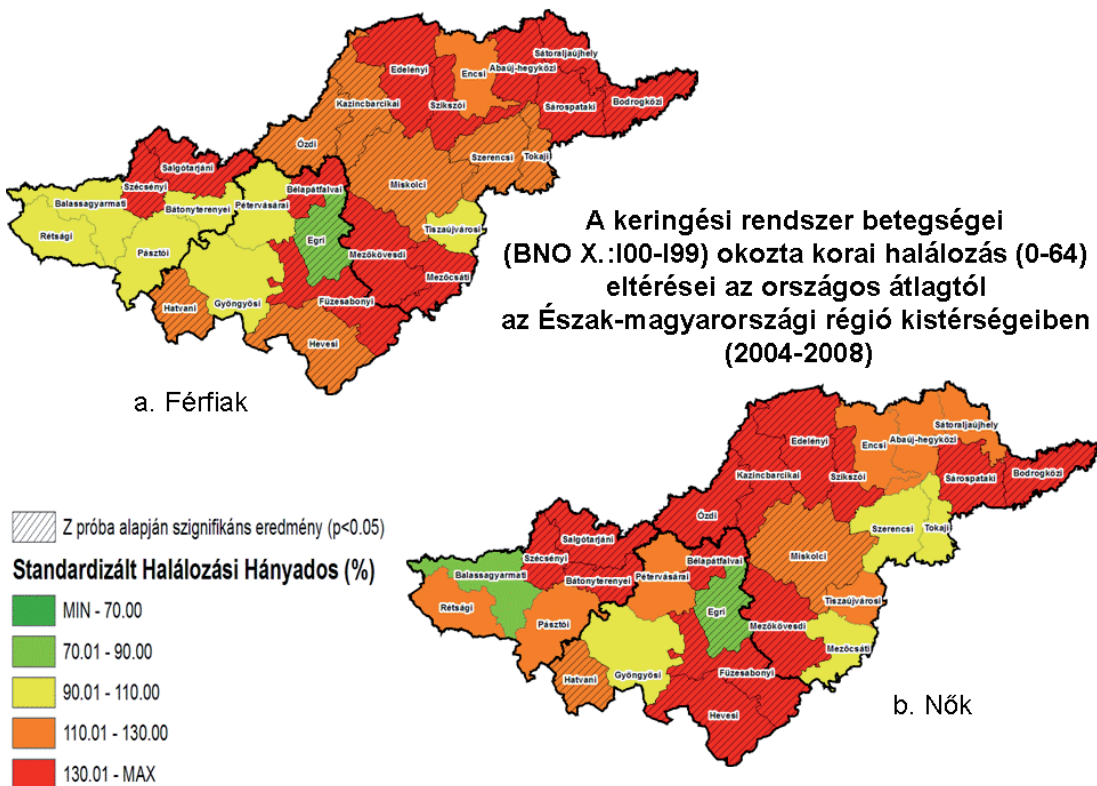
12. ábra: A keringési rendszer betegségei által okozott korai (0-64 éves korú lakosság) halálozás alakulása az Észak-magyarországi régióban az országos és az EU-27 átlag tükrében, 1996-2008.



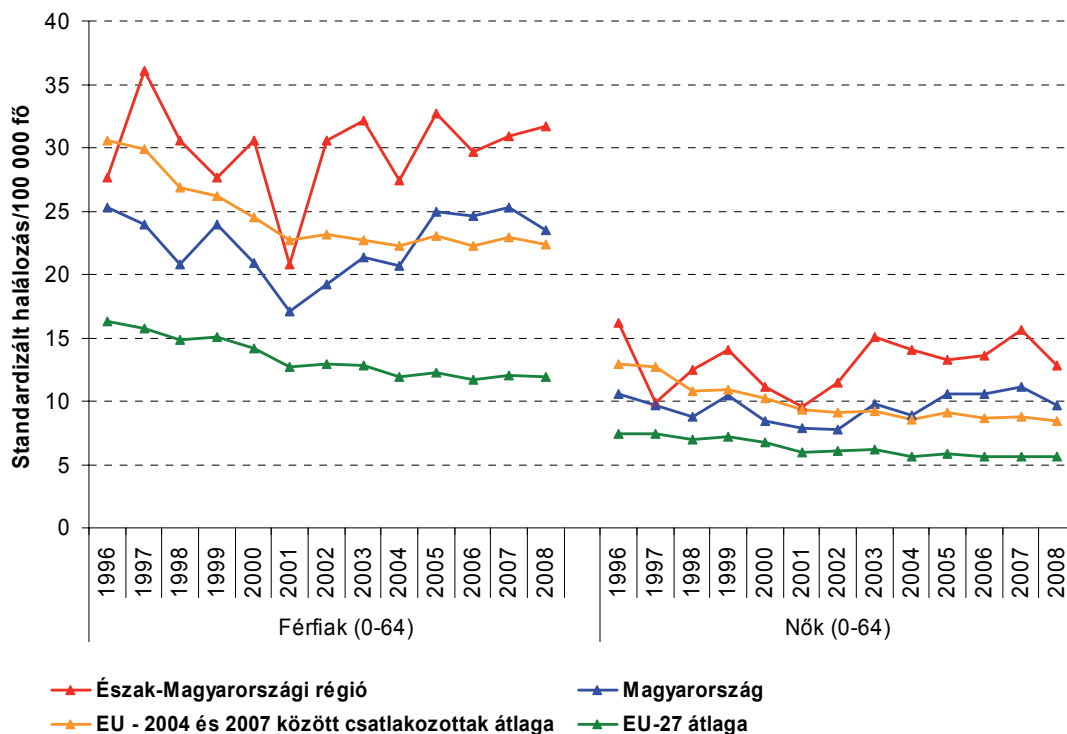
A betegségcsoport okozta halálozás trendjét vizsgálva (12. ábra) megállapíthatjuk, hogy az 1996-2008 közötti időszakban az EU-27 mutatói estében látható csökkenés az országos- és a régiós átlag esetében is ábrázolódik. Kiemelendő azonban, hogy a kedvező irányú változások mellett a hazai mutatók csökkenése elmarad az EU-ban tapasztalható ütemtől: a regionális átlag mindkét nem esetében az EU-27 több mint kétszeresével volt jellemezhető 1996-ban (férfiak: 2,24; nők:2,18) és ez a hányados 2008-ra kis mértékben nőtt (férfiak: 2,53; nők:2,49). Régióink kistérségeinek korai halálozását vizsgálva (13. ábra) a rosszindulatú daganatok esetében leírt nemi különbség nem ábrázolódott, mindkét nem érintettsége (hasonló térbeli mintázattal) volt látható. A betegségcsoport jelentőségét támasztja alá az is, hogy hazai átlagnál kedvezőbb halálozású kistérségek száma régiós szinten igen alacsony (férfiak 1 db; nők 2 db).

A keringési rendszer okozta korai halálozás régióink 0-64 éves lakossága körében az EU-27 átlag 2,5-szerese volt (2008).

13. ábra



14. ábra: A légzőrendszeri betegségek okozta korai (0-64 éves korú lakosság) halálozás alakulása az Észak-magyarországi régióban az országos és az EU-27 átlag tükrében, 1996-2008.



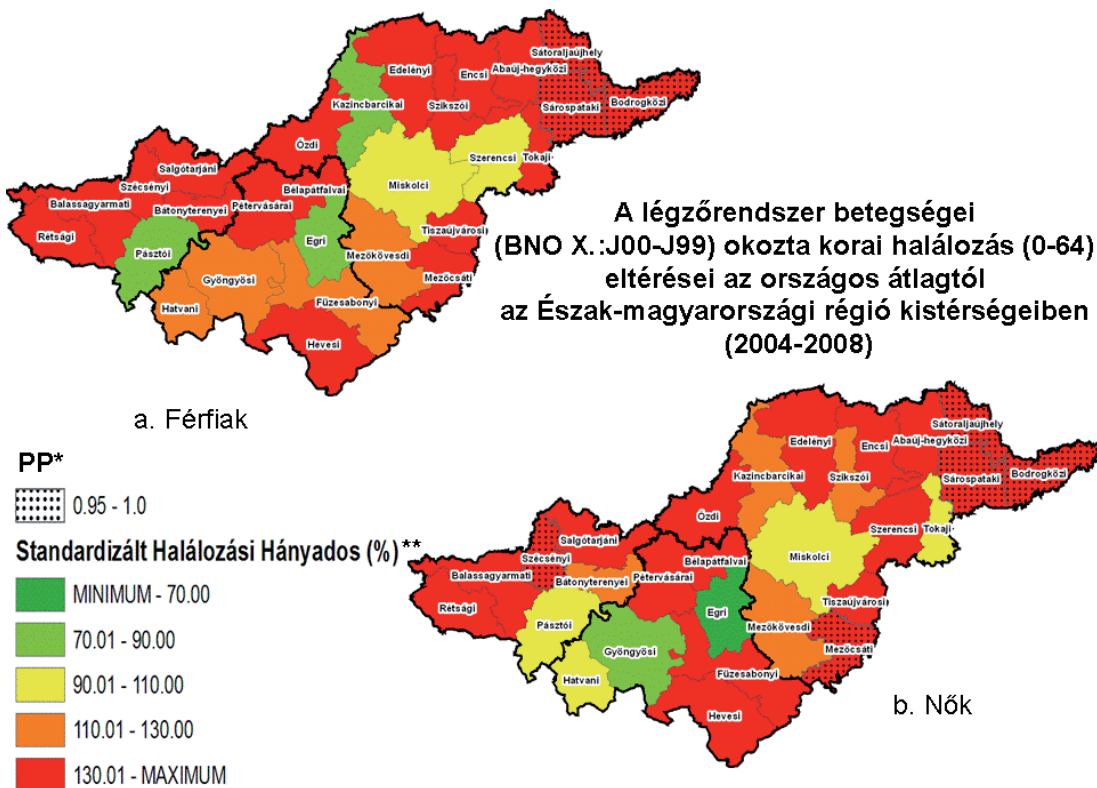
Az Unióban tapasztalható folyamatos csökkenés a vizsgált hazai mutatók egyikében sem jelentkezett egyértelmű trendként: a halálozást jelentős ingadozások jellemezték mindkét nem esetében. Az eredmények jelentős elmaradást mutatnak (különösen a férfiak körében) az EU-27 átlagot jelentősen meghaladó hazai átlagtól is (14. ábra). A 2008-as adatok alapján régióinkban 100 ezer 0-64 éves lakosra eső légzőrendszeri halálesetek száma több mint kétszerese volt az EU-27 átlagnak (a régiós és EU-27 átlag hányadosa a férfiak esetében 2,67, a nők esetében pedig 2,29 volt).

Régióink légzőrendszeri betegségek okozta korai halálozását¹ (15. ábra) kistérség szinten vizsgálva a Borsod-Abaúj-Zemplén megye keleti részében látható, statisztikailag megalapozott, három kistérségre kiterjedő, hazai átlagot meghaladó halálozás érdemel figyelmet (férfiak, nők egyaránt). A nők esetében további egy Borsod-Abaúj-Zempléni és egy Nógrád megyei kistérség is hasonló eredményt mutatott.

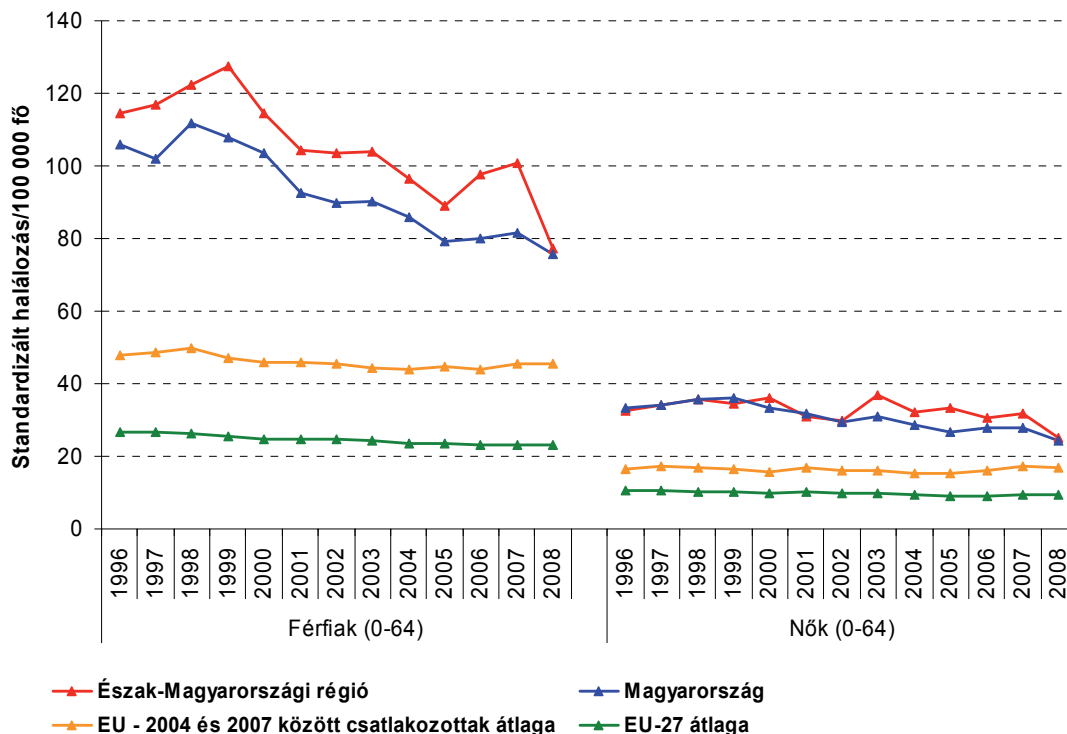
A légzőrendszeri betegségek okozta korai halálozás régióink esetében mind a hazai, mind a releváns EU-27 átlagnál kedvezőtlenebbül alakult.

¹ A légzőrendszeri betegségek alacsony esetszámai miatt a kistérségi vizsgálat során teljes Bayes becsléssel korrigált halálozási mutatókat használtunk fel.

15. ábra



16. ábra: Az emésztőrendszeri betegségek okozta korai (0-64 éves korú lakosság) halálozás alakulása az Észak-magyarországi régióban az országos és az EU-27 átlag tükrében, 1996-2008.



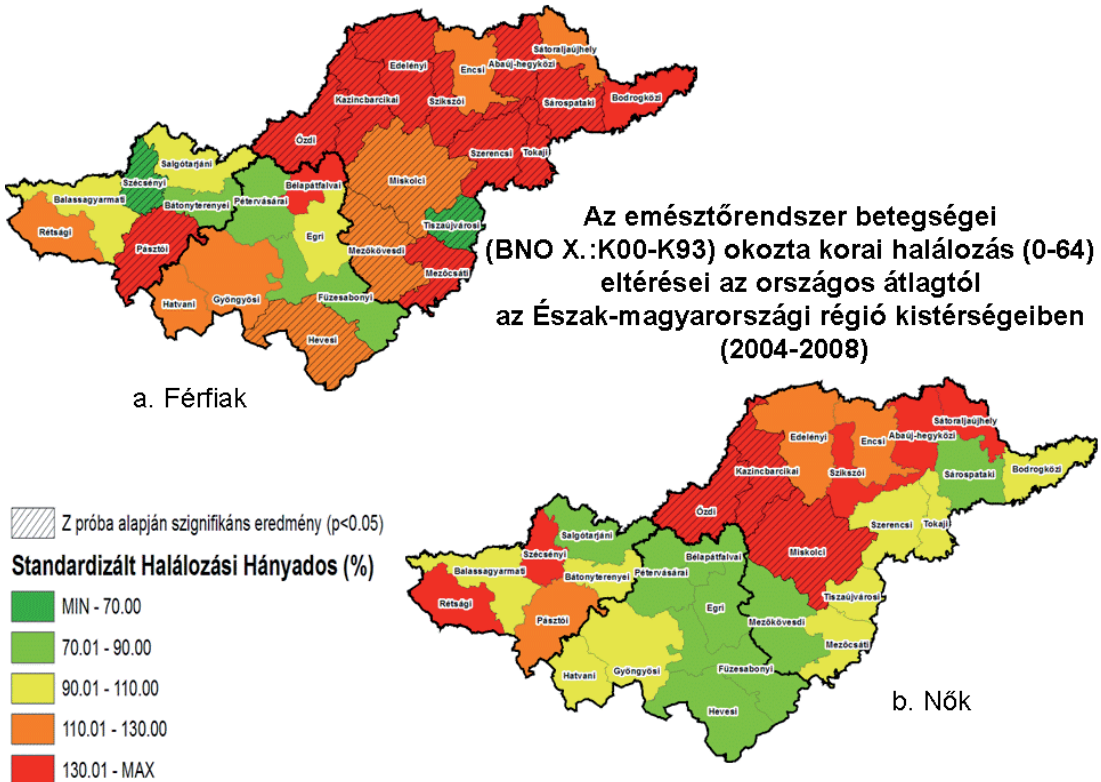
Az emésztőrendszer betegségei igen összetett kategória, melyen belül a májbetegségek (ezen belül is a májzsugor) úgy a morbiditás, mint a mortalitás vonatkozásában meghatározó súllyal szerepelnek. Régióinkban a betegségcsoport (16. ábra) okozta korai halálozás elsősorban a férfiak körében mutatott kiemelkedő eltérést az EU-27 átlaghoz viszonyítva: a vizsgált időszakban legalacsonyabb értékét tekintve is több mint háromszorosa volt az Uniós átlagnak, de egyes években több mint 5-szörös különbség is ábrázolódott (régiós átlag/EU-27 átlag 2008 férfiak: 3,33; nők: 2,66)! A hazai mutatók tendenciáját tekintve összességében csökkenés látható, mely jelentősebb az EU-27 átlagnál megfigyelhetőnél, azonban a különbség a magyarországi és Uniós átlagok között 2008-ban is jelentős.

A nők körében – abszolút értékét tekintve – kisebb eltérés látható a hazai és EU-27 átlag között, azonban az Észak-magyarországi régió területén észlelt korai halálozás a teljes időszakban 2,5 - 3,5-szerese volt az EU-27 átlagnak! A nők körében látható csökkenő tendencia egyik hazai mutató esetében sem éri el a férfiaknál leírt mértéket.

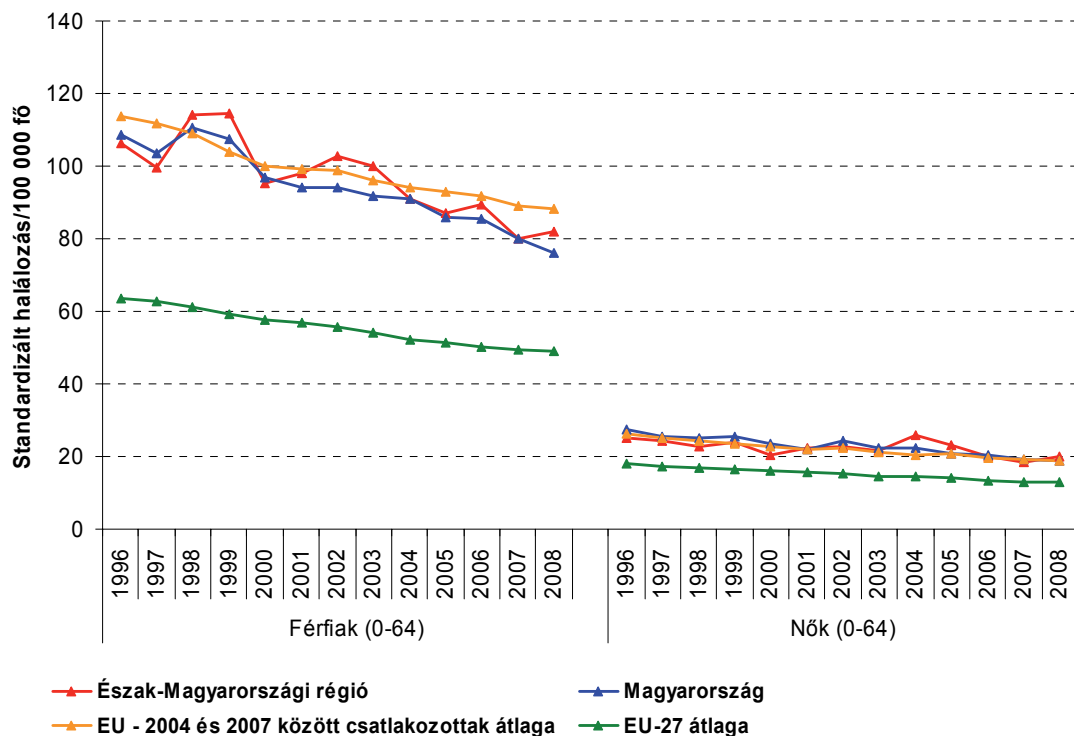
Az emésztőrendszer betegségei 2008-ban a csökkenő tendencia ellenére jelentősen eltértek az EU-27 átlagtól. Régióink elmaradása a hazai átlagtól ebben az esetben elsősorban a férfiak körében mutatkozott.

Régióink kistérségeit (17. ábra) vizsgálva a férfiak érintettsége fokozottabb volt, körükben mindhárom megye területén láthattunk hazai átlagot meghaladó, szignifikáns eredményeket. Fontos kiemelni, hogy mindkét nem esetében Borsod-Abaúj-Zemplén megye területén látható a legtöbb emelkedett halálozású kistérség (nők körében egyedül ebben a megyében!).

17. ábra



18. ábra: A külső okok okozta korai (0-64 éves korú lakosság) halálozás alakulása az Észak-magyarországi régióban az országos és az EU-27 átlag tükrében, 1996-2008.

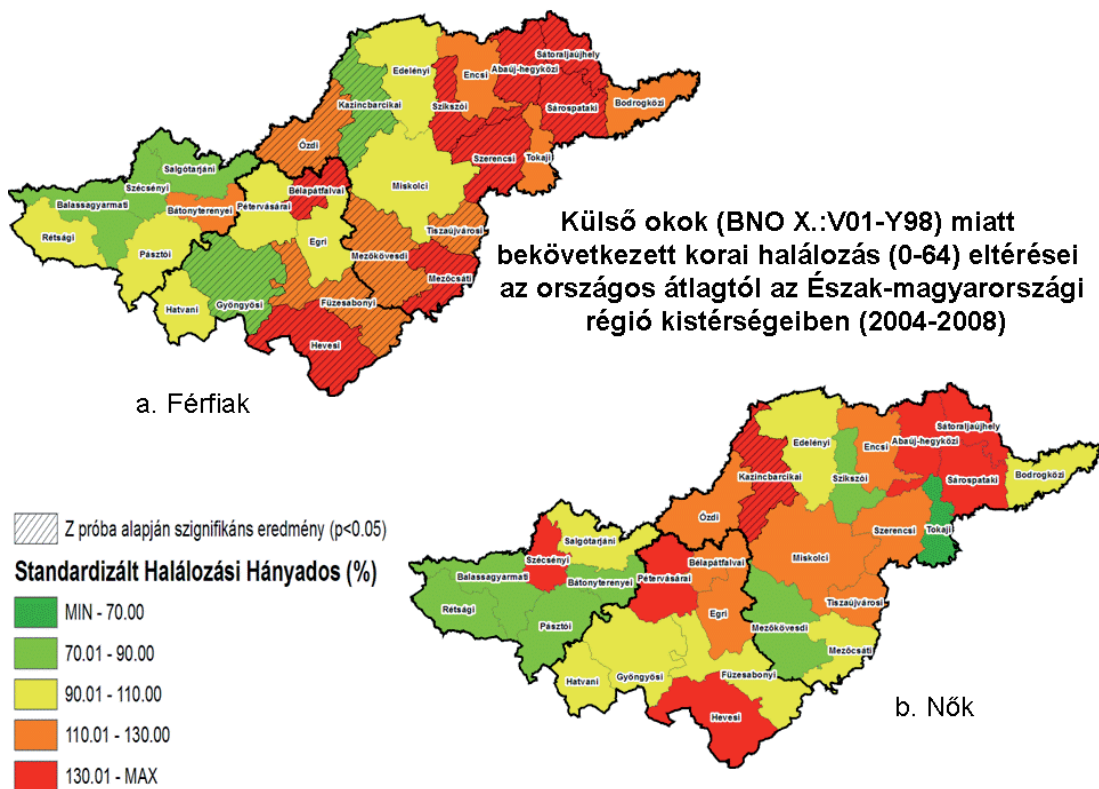


A külső okok miatt bekövetkezett korai halálozás esetében hazánk és régiónk eredményei mindkét nem esetében kedvezőtlenebbek voltak a vonatkozó EU-27 átlagnál, azonban a 2004 és 2007 között csatlakozott országok átlagánál jellemzően alacsonyabbak voltak (18. ábra). Régiónk 0-64 éves férfi lakossága körében a halálozás tendenciája csökkenő volt, azonban elmaradásunk az EU-27 átlagtól összességében változatlan maradt (régiós és EU-27 átlag hányadosa – 1996: 1,66; 2008: 1,66). A nők körében 1996 és 2008 különbségeit összehasonlítva elmaradásunk az EU-27 átlagtól fokozódott (régiós/EU-27 átlag – 1996: 1,40; 2008: 1,56).

A férfiak külső okok miatt bekövetkezett korai halálozása (0-64) esetében a csökkenő tendencia ellenére elmaradásunk az EU-27 átlagtól az utóbbi 12 évben nem változott, a nők esetében pedig kissé nőtt.

Régióink kistérségeit vizsgálva (19. ábra) a nemi különbség látható, mely a férfiak esetében mutat kedvezőtlenebb képet. Ez a különbség mind a megyék érintettségében (szignifikánsan emelkedett kistérségek a férfiak esetében Borsod-Abaúj-Zemplén és Heves, a nők esetében egyedül Borsod-Abaúj-Zemplén megye területén), mind a statisztikailag megalapozott kistérségek számában (férfiak: 12; nők: 1) megmutatkozott.

19. ábra

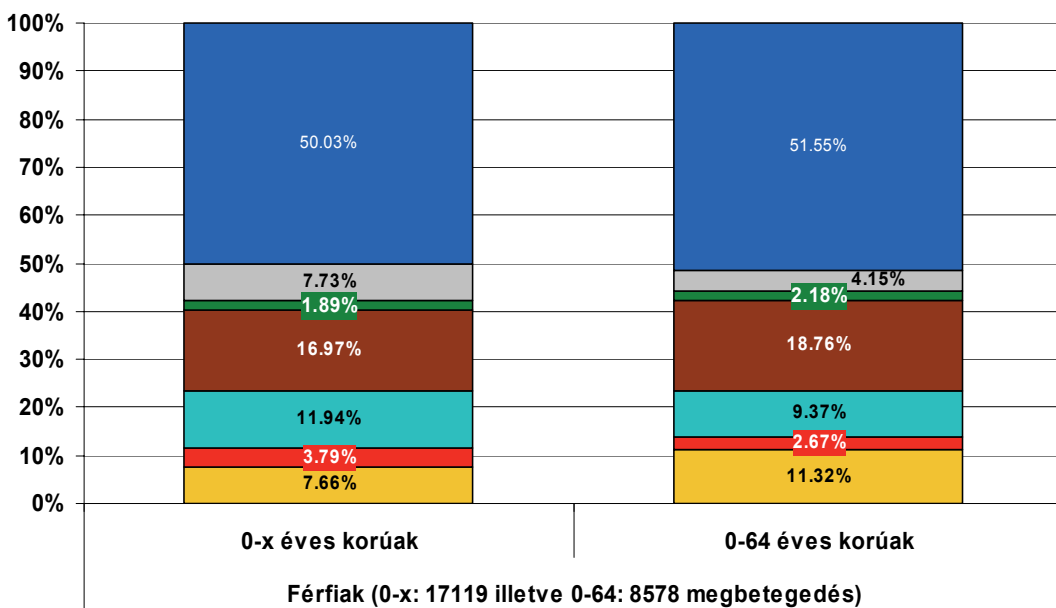


MEGBETEGEDÉSI MUTATÓK

Az egészségügyi ellátórendszer szükségletekhez igazított kapacitásainak tervezése, a betegségteher (családra és társadalomra nehezedő egyaránt) mérése, valamint az egészségfejlesztési programok tervezése és hatékonyságuk elemzése a megbetegedési mutatók ismeretét igényli.

A halálozási részben láthatjuk, hogy a rosszindulatú daganatos betegségek okozta korai halálozás régióink esetében is kiemelt problémaként jelentkezik. Éppen ezért a Nemzeti Rákregiszter felé jelentett daganatos megbetegedések gyakoriságát és okspecifikus összetételét feltétlenül vizsgálnunk kell (20. ábra).

20. ábra: A vezető daganatos betegségek részarányai az Észak-magyarországi régióban élő teljes és a 0-64 éves férfilakosság körében, a Nemzeti Rákregiszter adatai alapján, 2006-2008.



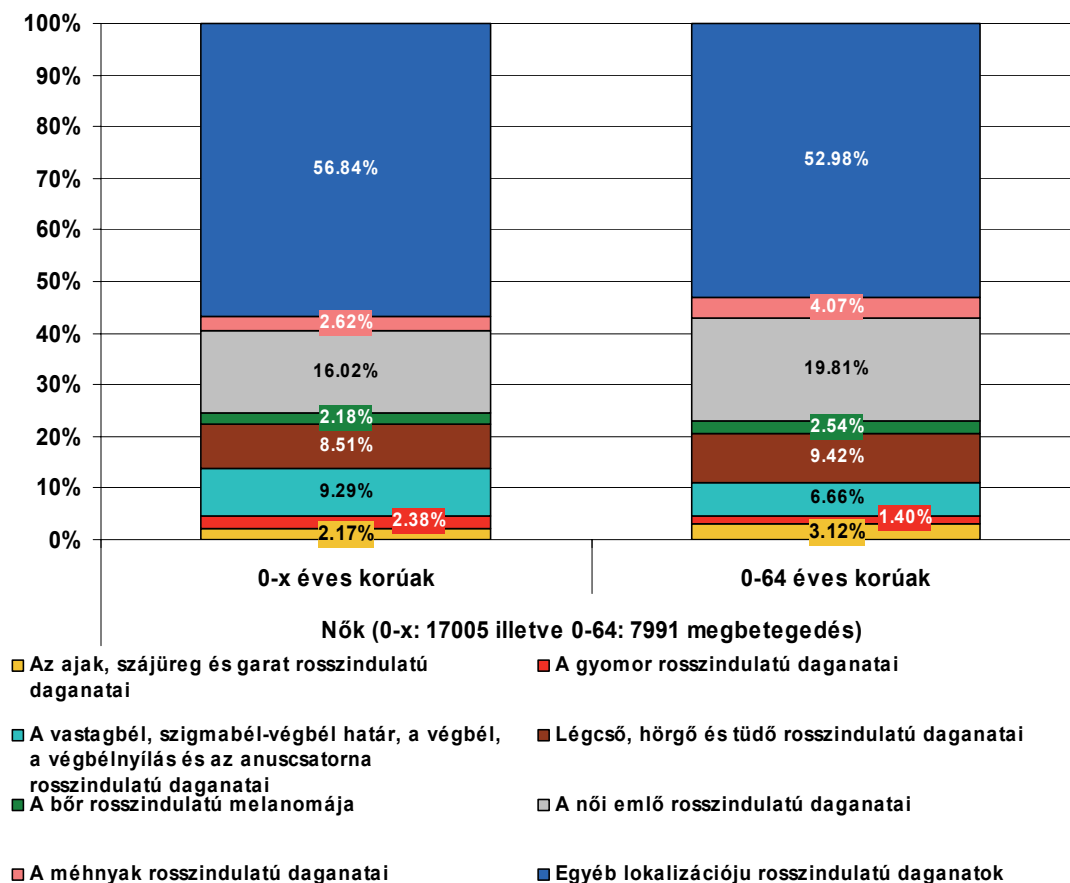
- Az ajak, szájüreg és garat rosszindulatú daganatai
- A vastagbél, szigmabél-végbél határ, a végbél, a végbélnyílás és az anuscsatorna rosszindulatú daganatai
- A bőr rosszindulatú melanómája
- A gyomor rosszindulatú daganatai
- Légcső, hörgő és tüdő rosszindulatú daganatai
- A prosztata rosszindulatú daganatai
- Egyéb lokalizációjú rosszindulatú daganatok

A férfiak körében régióink területén a legtöbb új megbetegedést a légcső, hörgő és tüdő; a nők esetében pedig a női emlő daganatainak csoportjából rögzítették a Nemzeti Rákregiszterben.

Régióink férfi lakossága körében a daganatos megbetegedések közül a légcső, hörgő és tüdő; a vastagbél, szigmabél-végbél határ, a végbél, a végbélnyílás és az anuscsatorna (*összefoglalóan: kolorektális daganatok); a prosztata; valamint az ajak szájjüreg és garat rosszindulatú daganatai képezték a legnagyobb részarányú csoportokat. A korai (0-64) daganatok esetében a légcső, hörgő és tüdő; az ajak, szájjüreg és garat; kolorektális és prosztata daganatok bírtak a legnagyobb súllyal (20. ábra).

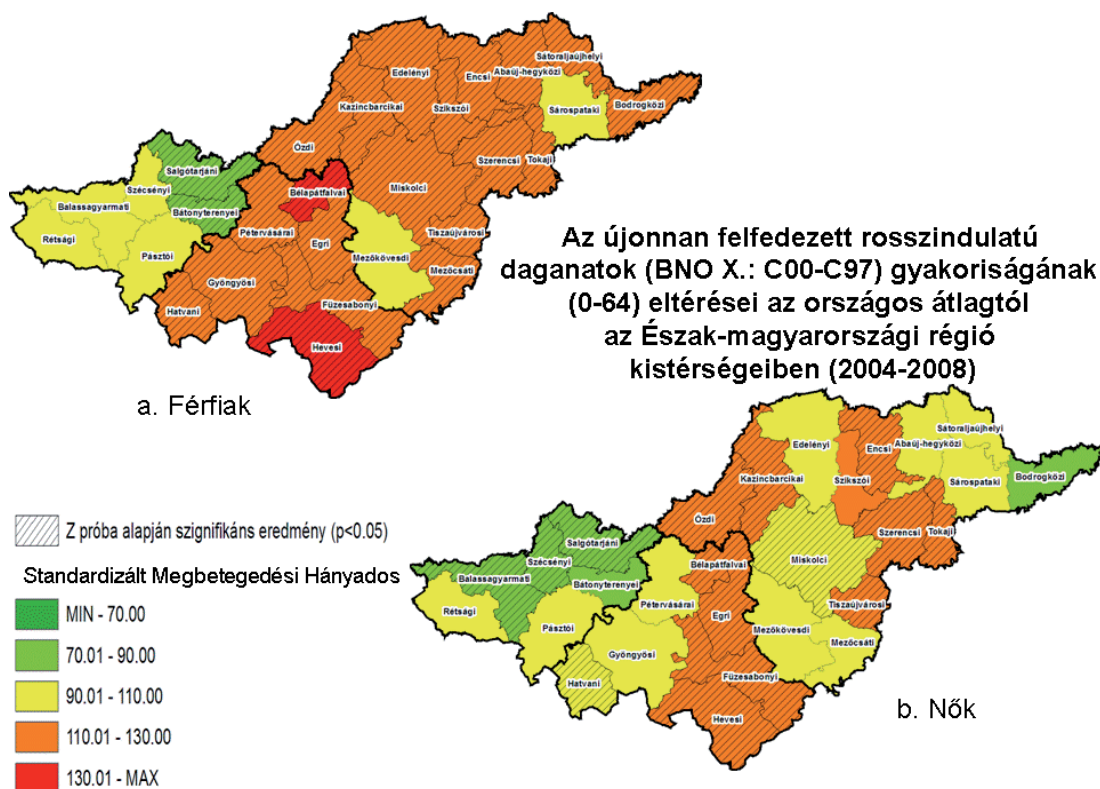
A női lakosság körében a vezető daganatos megbetegedések sorrendje a következő volt: a női emlő; kolorektális daganatok; légcső, hörgő és tüdő; majd a méhnyak rosszindulatú daganatai. A korai életkorban (0-64 éves korban) látható sorrend ettől némileg eltér: a női emlő; légcső, hörgő és tüdő; kolorektális daganatok majd a méhnyak rosszindulatú daganatai képezték a legnagyobb súlyú csoportokat (21. ábra).

21. ábra: A vezető daganatos betegségek részarányai az Észak-magyarországi régióban élő teljes és a 0-64 éves női lakosság körében a Nemzeti Rákregiszter adatai alapján, 2006-2008.



Régióknk kistérségeit vizsgálva (22. ábra) jelentős területi egyenlőtlenség ábrázolódott: Nógrád megye esetében egyik nem körében sem észleltünk hazai átlagot (100%) meghaladó új megbetegedés gyakoriságot. A férfiak körében Heves megye valamennyi kistérsége 110% fölötti eredménnyel volt leírható, Borsod-Abaúj-Zemplén megye esetében pedig mindössze kettő magyarországi átlagot közelítő kistérség ábrázolódott (valamennyi eltérés statisztikailag megalapozottnak bizonyult). Ez az egyenlőtlen eloszlás a nők esetében nem ábrázolódott ennyire markánsan, azonban Nógrád megye területéről körükben is jellemzően hazai átlag alatti gyakoriságban regisztráltak új rosszindulatú daganatokat. A megbetegedési mutatók jelentős megyei eltérései mögött álló tényezők között az esetleges életmódbeli és orvoshoz fordulási szokások és jelentési variabilitás is állhat, melyek aránya jelenleg nem számszerűsíthető.

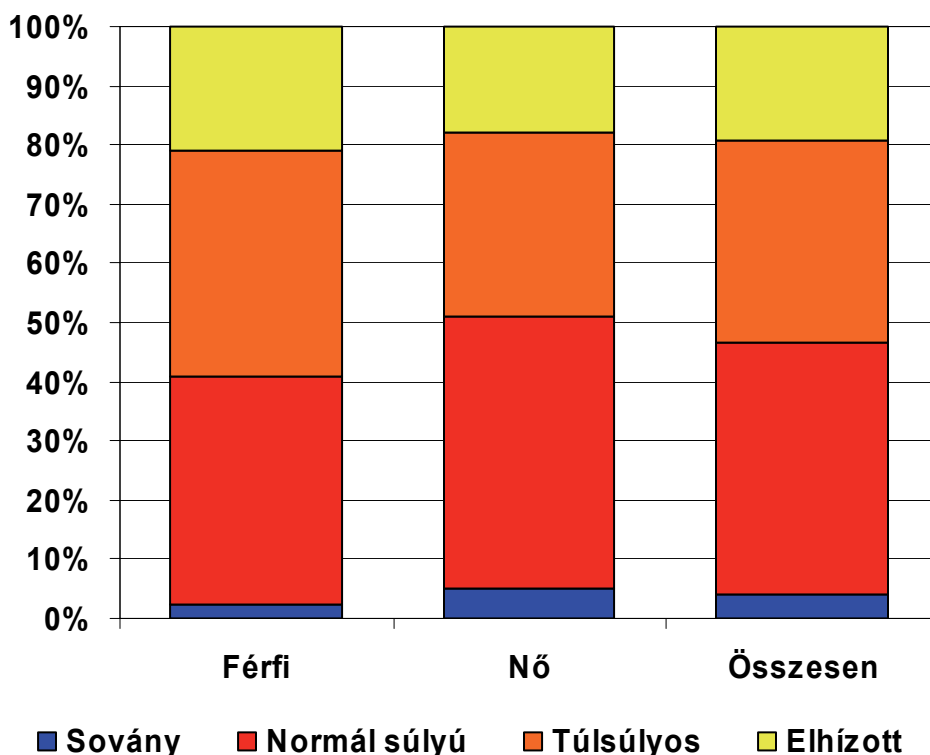
22. ábra



EGÉSZSÉG-MAGATARTÁS MAGYARORSZÁGON AZ EURÓPAI LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS (ELEF 2009) EGYES EREDMÉNYEINEK TÜKRÉBEN

Az egészségi állapotunk alakításáért felelős tényezők között kiemelt helyet foglalnak el egyes életmódbeli sajátosságok, melyekért az egyén felelős. A **túlsúly és elhízás** kiemelkedő egészségi kockázati tényezőként ismeretes. Kockázatemelő hatása széles körű: szívkoszorúér-betegségek, a szélütés érelzáródáson alapuló típusa, a cukorbetegség és egyes daganatos betegségek kialakításában is szerepet játszik.

23. ábra: A 15 éves és idősebb magyar lakosság megoszlása a testtömegindex (BMI) alapján képzett kategóriák szerint, ELEF 2009.



A felmérés az elhízás mértékét a testtömegindex segítségével állapította meg. Az eredmények szerint (23. ábra) a 15 éves és idősebb lakosság több mint fele (közel 54%!) túlsúlyos vagy elhízott. A nemi megoszlást tekintve a férfiak körében voltak kedvezőtlenebbek az eredmények (túlsúlyos vagy elhízott a 15 évesnél idősebb férfiak csaknem 60%-a!)

A 18 éves és idősebb korosztály ELEF 2009 adatait a korábbi hazai egészségfelmérések (OLEF 2000, OLEF 2003) eredményeivel összevetve 2000 óta a középkorú és az idős férfiak körében a túlsúlyosak és elhízottak összesített arányának növekedését tapasztalták. A nők esetében egyedül az idős korosztály körében láthatunk hasonló emelkedést.

Figyelemre méltó, hogy:

- ❖ a férfiak elhízása a 18-34 éves korban kezdődik, és ebben a korcsoportban a túlsúly aránya mintegy kétszerese a nőknél tapasztalhatónak
- ❖ a nők esetében a 35-64 éves korcsoport több mint fele, a 65 évesnél idősebbek 2/3-a bizonyult túlsúlyosnak vagy elhízottnak, így a korcsoportok közötti különbség körükben kifejezettebb volt
- ❖ a 18-34 éves nők 11%-a soványnak volt mondható, mely a férfiak esetében látható 3%-os eredményt jelentősen meghaladta (6. táblázat)

6. táblázat: A magyar lakosság megoszlása a testtömegindex (BMI) alapján képzett kategóriák szerint nemenként és korcsoportonként, ELEF 2009.

BMI kategória	Életkor			Összesen
	18-34	35-64	65-	
Férfi (%)				
Sovány	3,0	0,6	1,4	1,5
Normál súlyú	55,9	29,6	28,9	37,7
Túlsúlyos	29,8	45,0	39,8	39,4
Elhízott	11,3	24,8	30,0	21,5
Nő (%)				
Sovány	11,3	3,0	1,9	4,9
Normál súlyú	67,4	39,8	32,1	45,2
Túlsúlyos	14,9	34,2	42,1	31,1
Elhízott	6,4	23,1	23,8	18,9

A 15 évesnél idősebb magyar lakosság több mint harmada túlsúlyos, közel ötöde pedig elhízott. A túlsúly a férfiak, az elhízás viszont a nők körében bizonyult gyakoribb problémának.

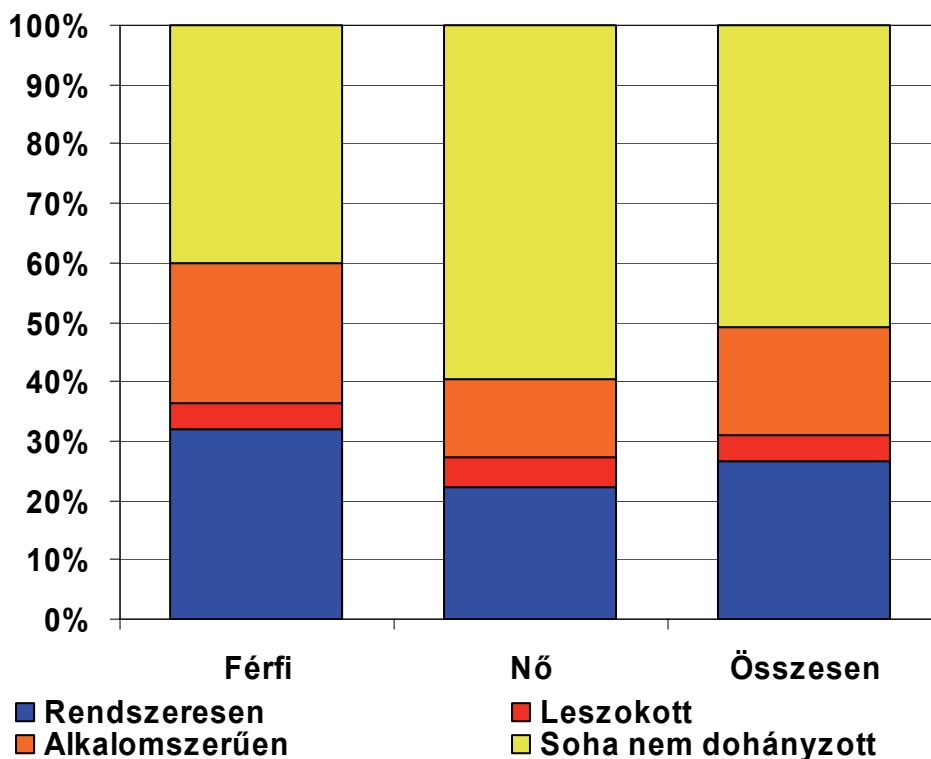
A **dohányzás** jelentősége nemcsak a szív és ér-, valamint légzőrendszeri betegségek, hanem számos daganattípus kialakításában is bizonyított. Az ELEF 2009 adatainak fényében (24. ábra):

- a 15 évesnél idősebb lakosság csaknem harmada dohányzik (jellemzően rendszeresen)
- a férfiak fokozott érintettsége mind a rendszeresen dohányzók, mind a már leszokottak magasabb arányában mutatkozik

A rendszeresen dohányzók aránya az OLEF 2000 és 2003 adataival összevetve, a férfiak esetében 18-34 és 35-64 éves korcsoportokban is egyértelmű csökkenést mutat, 65 év fölött pedig összességében növekedett. A nők körében a 18-34 éves korcsoportban a két OLEF vizsgálat között eltelt időszakban emelkedett a rendszeresen dohányzók aránya, majd 2009-re ez a 2000-es eredmény alá csökkent, tehát összességében pozitív változás észlelhető. A 35-64 éves és 65 fölötti korcsoportot emelkedés jellemezte, mely elsősorban az idősebb korosztály körében mutatott jelentős változást (7. táblázat).

Az ELEF 2009 eredményei a naponta elszívott cigaretták számának csökkenéséről tanúskodnak, mely a rendszeresen dohányzók arányának csökkenése mellett szintén fontos változásnak tekinthető.

24. ábra: A 15 évesnél idősebb lakosság dohányzási szokásai, ELEF 2009.



7. táblázat: A rendszeresen dohányzók aránya
(OLEF 2000, OLEF 2003, ELEF 2009).

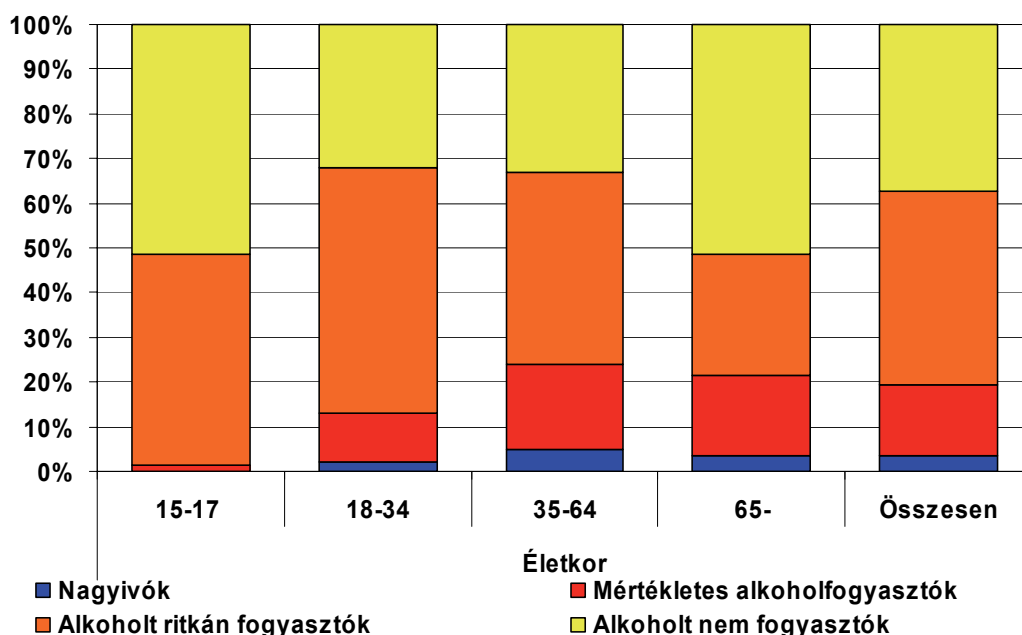
Vizsgálat éve	Életkor		
	18-34	35-64	65-
Férfi			
2000	44,4	41,0	13,7
2003	43,1	39,0	15,9
2009	36,3	36,4	14,1
Nő			
2000	29,0	28,2	3,4
2003	32,5	28,5	5,3
2009	25,6	28,8	7,0

Rendszeresen dohányzik hazánk 15 évesnél idősebb férfi lakosságának közel harmada és a nők több mint ötöde.

A túlzott alkoholfogyasztás, és ezen belül a nagyívás egészség károsító hatása közvetlenül az egyén és közvetve a társadalom (család, munkahely stb.) szintjén jelentkezik. A nagyívás kapcsán nemcsak egyes betegségek (májzsugor, szélütés, egyes daganatok és fejlődési rendellenességek) gyakoriságának emelkedését, hanem a korai halálozások számának kedvezőtlen változását is leírták.

A válaszok alapján a felnőtt lakosság 4,6%-a volt a nagyívók közé sorolható (a nők közül csupán minden századik, a férfiak közül viszont minden tizenkettedik). A nők fele, a férfiak csaknem negyede állította magáról, hogy egyáltalán nem fogyaszt alkoholos italokat. A nagyívók legmagasabb arányban (11,4%) a középkorú férfiak, míg az absztinensek az idős nők (66,9%) körében fordulnak elő (25. ábra).

25. ábra: **Alkoholfogyasztási szokások, ELEF 2009.**



A **testmozgás hiánya (fizikai inaktivitás)** jelentős többlet rizikót jelent többek között a szív és érrendszeri betegségek kialakulása szempontjából. Az ELEF 2009 eredményei alapján a magyar lakosság harmada még mérsékelt testmozgást sem végez, a lakosság 21%-ának aktivitása pedig még a napi 5-10 perc sétát sem éri el.

Önbevallás alapján a 15 évesnél idősebb lakosság körében közel minden huszadik magyar lakos nagyívónak minősült.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az Észak-magyarországi Régió alapvető demográfiai mutatói – elöregedő népesség, természetes fogyás – a magyar társadalomra összességében jellemző folyamatokat tükrözik. Régióink csökkenő lakosságszámának alakításában azonban szerepet játszik az elvándorlást tükröző belföldi vándorlási mutató is.

Születéskor várható átlagos élettartamunk a növekvő tendencia ellenére nemcsak az EU27 átlagtól marad el, de a régióinkban élő férfiak és nők haza átlagnál rövidebb élettartamra számíthatnak - még 2008-ban is - a jelenlegi halálozási viszonyok fennmaradása esetén.

A csecsemőhalandóság régióink mindhárom megyéjében kedvezőtlenebb a hazai átlagtól, melynek alakításában a 2500 gramm alatti súllyal világra jött gyermekek országos szint feletti aránya is szerepet játszik.

Régióink népességének közel harmada 2000 főt el nem érő lakosú településeken él, melyek az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés szempontjából is jelentős tényezőként befolyásolhatják az egészségi állapotot.

A foglalkoztatottsági mutatók és munkanélküliségi ráta mind Borsod-Abaúj-Zemplén, mind Heves és Nógrád megye területén kedvezőtlenebbek voltak a hazai átlagnál. A munkanélküliségi ráta 2004-hez viszonyított emelkedése a gazdasági-szociális háttér befolyásolása révén szintén nem elhanyagolható súllyal járulhat hozzá régióink lakosainak egészségi állapotához.

A vezető halálokok jellemzően EU (27) átlagnál kedvezőtlenebb mutatókkal voltak leírhatók régióink területén. A hazai átlaghoz viszonyított helyzetünk bizonyos esetekben javulást mutat, azonban a kistérségi szinten tapasztalható jelentős eltérések továbbra is fennállnak. A halálozási mutatók értékelésénél figyelembe kell vennünk, hogy a hazai és EU viszonylatban látható kedvezőtlen régiós eredmények alakításában számos kockázati tényező szerepel (életmódtényezők, genetika, orvoshoz fordulási szokások, ellátórendszer jellemzői stb.).

A Nemzeti Rákregiszter rendszerében rögzített új daganatos megbetegedések gyakorisága a halálozásnál leírt, kifejezett területi egyenlőtlenséget mutatja, melynek háttérében álló okok felderítése több szakterület számára jelenthet feladatokat.

Az „Európai lakossági egészségfelmérés 2009” jelenleg hozzáférhető országos adatai alapján az egészségi állapotot jelentősen befolyásoló életmódtényezőket szerepeltettük kiadványunkban, melyek további, regionális szintű vizsgálata szükséges.

A kiadvány elkészítése során a Nemzeti Népegészségügyi Programban lefektetett elvek mentén haladtunk, annak vertikális és horizontális programjait is igyekeztünk figyelembe venni.

FOGALMAK

KSH által használt fogalmak

Gazdaságilag aktív népesség: a foglalkoztatottak és a munkanélküliek együttes száma. **Foglalkoztatott:** az a személy, aki a megfigyelt héten legalább 1 órányi, jövedelmet biztosító munkát végzett, illetve rendelkezett olyan munkahellyel, ahonnan átmenetileg (betegség, szabadság, ideértve a szülési szabadságot is) nem dolgozott. A gyermekgondozási díjban (gyed), gyermekgondozási segélyben (gyes) részesülők a nemzetközi ajánlásnak megfelelően nem tekintendők foglalkoztatottnak, hacsak nem végeztek a megfigyelt héten jövedelmet biztosító munkát.

Munkanélküli: az a személy, aki az adott héten nem dolgozott, és nincs olyan munkája, amelytől átmenetileg távol volt; a kikérdezést megelőző négy héten aktívan keresett munkát (állami vagy magán-munkaközvetítőt keresett fel, munkáltatókat személyesen keresett meg, hirdetést adott fel vagy hirdetésre válaszolt stb.); két héten belül munkába tudott volna állni, ha talált volna megfelelő állást, illetve már talált munkát, ahol 90 napon belül dolgozni kezd. (A Foglalkoztatási és Szociális Hivatal adatgyűjtése a nyilvántartásba vett álláskeresőkre vonatkozik!)

Gazdaságilag nem aktív: az a személy, aki nem sorolható be sem a foglalkoztatottak, sem a munkanélküliek csoportjába. Ide tartoznak többek között a tanulók, a nem dolgozó nyugdíjasok, a háztartásbeliek, az idénymunkások az idényen kívül, ha nem kerestek munkát, a gyermekgondozási ellátást igénybe vevők. Sajátos csoportot képeznek ezen kívül az ún. passzív munkanélküliek, akik szeretnének ugyan munkát találni, de kedvezőtlennek ítélve elhelyezkedési esélyeiket, nem keresnek aktívan munkát.

Aktivitási arány: a foglalkoztatottak és a munkanélküliek együttes száma a 15–74 éves népesség százalékában.

Foglalkoztatási arány: a foglalkoztatottak 15–74 éves népességen belüli aránya.

Munkanélküliségi ráta: a munkanélküliek a tárgyév január 1-jei gazdaságilag aktív 15–74 éves népességének százalékában.

ELEF 2009 által használt fogalmak

Body Mass Index: ételkei alapján a következő kategóriákat képezhetjük: túlzott soványság: < 18,5; normál testsúly: 18,5 – 24,99; túlsúlyos: 25 – 29,99; elhízott: ≥ 30. **Nagyivónak:** azok a nők, akik a kérdezést megelőző héten összesen több mint 7, illetve azokat a férfiak, akik több mint 14 egységnyi alkoholt fogyasztottak (a nők esetében az eltérő fiziológiai sajátosságok miatt kell kisebb határértékeket figyelembe venni). Egy ital/alkoholegység egy korsó sörnek, 2 dl bornak vagy 0,5 cl röviditalnak felel meg, azaz 1 dl sör 0,2 itálnak, 1 dl bor 0,5 itálnak és 1 cl rövidital 0,2 itálnak számít.

A szakirodalomban „binge drinking”-nek nevezett jelenség (egy alkalommal nagy mennyiségű alkohol fogyasztása) kiemelkedő jelentősége miatt nagyivónak neveztük azokat is, akik egy alkalommal 6 vagy több italtfogyasztanak.

Mértékletes alkoholfogyasztók: azok, akik legalább heti gyakorisággal fogyasztottak alkoholt, de nem minősültek nagyivónak.

Alkoholt ritkán fogyasztók: azok, akik szoktak szeszes italt fogyasztani, de hetinél ritkább gyakorisággal.

Alkoholt nem fogyasztók: azok, akik saját bevallásuk szerint egyáltalán nem szoktak alkoholtartalmú italokat inni.

MÓDSZERTAN

- A halálozás időbeni változásának szemléltetésére és a nemzetközi összehasonlításokhoz Standardizált Halálozási Arányszámot (SHA) használtuk, standardként az „1976-os Európai Standard Populáció” szerepelt.

Vizsgált halálokok

- ❖ Rosszindulatú daganatok (BNO X.: C00-C97))
- ❖ Keringési rendszer betegségei (BNO X.: I00-I99)
- ❖ Légzőrendszer betegségei (BNO X.:J00-J99)
- ❖ Emésztő rendszer betegségei (BNO X.:K00-K93)
- ❖ Külső okok (BNO X.:V01-Y98)

Nemzeti Rákregiszter megbetegedési adatainál használt csoportok

- ❖ Az ajak-szájüreg és garat rosszindulatú daganatai (BNO X.: C00-C14)
- ❖ A gyomor rosszindulatú daganata (BNO X.: 16)
- ❖ A vastagbél, szigmabél-végbél határ, a végbél, a végbélnyílás és az anuscsatorna rosszindulatú daganatai – kolorektális daganatok (BNO X.: C18-C21)
- ❖ A bőr rosszindulatú melanómája (BNO X.: C43)
- ❖ A női emlő rosszindulatú daganatai (BNO X.: C50)
- ❖ A méhnyak rosszindulatú daganatai (BNO X.: C53)
- ❖ A prosztatata rosszindulatú daganatai (BNO X.: C61)

- A területi különbségek ábrázolásához a korai halálozás (0-64 év) mutatóit választottuk, az adatokat a stabilizálás miatt 5 évre aggregáltuk (2004-2008). Az ábrák az adott halálozás országos átlagtól való területi eltéréseit jelenítik meg százalékos formában. A halálozás térképes megjelenítéséhez Standardizált Halálozási Hányadosokat (SHH) használtuk.

SHH = 100% → országos átlaggal megegyező halálozás

SHH > 100% → országos átlagot meghaladó halálozás

SHH < 100% → országos átlagnál kedvezőbb halálozás

Az SHH a területi egységben tapasztalt halálozások számát viszonyítja egy várt értékhez (abban az esetben következne be ennyi halálozás, amennyiben a korszpecifikus halálozási arányszámok megegyeznének a standardul választott hazai átlaggal) és ezt százalékos formában fejezi ki.

Az elemzéseket a Gyors Vizsgálati Lehetőség (RIF) programcsomaggal készítettük el. Az alacsony esetszámokból fakadó instabilitást a több évre és széles korcsoportra történő összevonással igyekeztünk minimalizálni.

A statisztikai szignifikancia teszteléséhez az SHH értékek megbízhatósági tartományainak határait vizsgáltuk meg: amennyiben a hazai átlagnak megfelelő (a null-hipotézis fennállása esetén megfigyelhető érték) 100% a két érték között található, akkor a véletlen szerep nem vethető el kellő biztonsággal. A statisztikai szignifikancia tesztelését Z próba segítségével végeztük, az eredményeket pedig csak abban az esetben jelenítettük meg, ha a tényleges illetve várt halálesetek száma elérte a 20-at!

- A megbetegedési adatok a Nemzeti Rákregiszter irányítószám szintű állományaiból kerültek kiszámításra. A Standardizált Megbetegedési Hányados (SMH) a halálozásnál leírt módszeren alapul, értelemszerűen új betegség esetek és nem halálozások képezik az alapját. A viszonyítási alap ebben az esetben is az országos átlag, melyet 100 %-nak tekintünk.

A statisztikai szignifikancia tesztelésére ebben az esetben is a simítás nélküli SMH értékek megbízhatósági tartományainak határait vizsgáltuk meg, az előbbieken említettek szerint.

FELHASZNÁLT IRODALOM ÉS ADATOK:

- Ádány Róza: Megelőző orvostan és népegészségtan, Medicina Kiadó, Budapest; 2006
- Ádány Róza. A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón, Medicina kiadó; 2003
- Ember István: Népegészségügyi orvostan, Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs; 2007
- Szervezett szűrés az onkológiában, Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 2000
- Vincze I., Nádor G.: Halálozási adatok elemzése leíró epidemiológiai rendszerben
- Vincze I., Nádor G., Elek E.: A környezet-egészségügyi térinformatikai rendszer, a térinformatika szerepe az epidemiológiai eszközei között
- Európai Lakossági Egészségfelmérés 2009
(<http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/elef/index.html>)
- Munkaerő-felmérés módszertana, Statisztikai Módszertani Füzetek 46. (KSH, Budapest, 2006)
- KSH Statisztikai Évkönyvei és STADAT állományai (<http://portal.ksh.hu/>)
- EUROHEIS 2 – Rapid Inquiry Facility (http://www.sahsu.org/sahsu_studies.php#RIF)
- Országos Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer (<https://teir.vati.hu/>)
- European Health for All Database (HFA-DB)
(<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>)
- Országos Környezetegészségügyi Intézet populációs és halálozási adatai
- ÁNTSZ Közép-magyarországi Regionális Intézete, Egészségfejlesztési Osztály, Nem Fertőző Epidemiológia Csoport morbiditási állományai (Nemzeti Rákregiszter adatai alapján)

A kiadvány készítésében részt vettek:

ÁNTSZ Észak-magyarországi Regionális Intézete

Dr. Bodnár Judit

regionális tiszti főorvos

Dr. Asztalos Ágnes

helyettes regionális tiszti főorvos

Regionális Egészségfejlesztési Osztály, Nem fertőző betegségek Epidemiológiája csoport

Snellenperger Tünde

Dr. Papp Zoltán

Dr. Béres Emese

Regionális Egészségfejlesztési Osztály dolgozói

ÁNTSZ ÉSZAK-MAGYARORSZÁGI REGIONÁLIS INTÉZETE
2010.