

Doktori Iskola vezető: Prof. Dr. Bódis József

Programvezető: Prof. Dr. Kiss István

Témavezető: Prof. Dr. Kiss István

**Pécs Megyei Jogú Város egészségképének változása
1994. és 2012. között**

Doktori (PhD) – értekezés

Girán János



Pécsi Tudományegyetem
Egészségtudományi Kar
Egészségtudományi Doktori Iskola

2014.

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS	3
1. A VÁROSI KÖRNYEZET ÉS AZ EGÉSZSÉG	4
1.1. EGÉSZSÉG-DILEMMÁK AZ URBANIZÁCIÓ KONTEXTUSÁBAN	4
1.2. SZEMLÉLETVÁLTÁS AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI FELADATOK TERÜLETÉN	6
1.3. A VÁROSI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS SZÍNTÉR SZEMLÉLETŰ MEGKÖZELÍTÉSE: AZ EGÉSZSÉGES VÁROSOK MOZGALOM	9
2. A VÁROSI LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK LEÍRÁSA	12
2.1. VÁROSI EGÉSZSÉGGÉP	12
2.2. AZ EGÉSZSÉGET BEFOLYÁSOLÓ VÁROSI TÉNYEZŐK LEÍRÁSÁHOZ JAVASOLT INDIKÁTOROK	14
2.3. AZ EGYÉNI EGÉSZSÉG-MAGATARTÁSSAL KAPCSOLATOS INFORMÁCIÓK FELTÁRÁSA	17
3. CÉLKITŰZÉSEK	18
4. ALKALMAZOTT MÓDSZEREK	19
4.1. AZ EGÉSZSÉGET BEFOLYÁSOLÓ VÁROSI TÉNYEZŐK INDIKÁTORAI	19
4.2. AZ EGYÉNI EGÉSZSÉG-MAGATARTÁSSAL KAPCSOLATOS INFORMÁCIÓK FELTÁRÁSA	20
5. PÉCS MEGYEI JOGÚ VÁROS EGÉSZSÉGGÉPE	23
5.1. A VÁROS NÉPESSÉGÉNEK DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐI	24
5.2. A VÁROS NÉPESSÉGÉNEK MORTALITÁSI JELLEMZŐI	31
5.3. A VÁROSBAN HOZZÁFÉRHETŐ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS	34
5.3.1. Alapellátás	34
5.3.2. Járóbeteg-szakellátás.....	35
5.3.3. Fekvőbeteg-ellátás	35
5.4. A VÁROS KÖRNYEZET-EGÉSZSÉGI JELLEMZŐI	36
5.4.1. Levegőtisztaság	37
5.4.2. Víztisztaság	39
5.4.3. Hulladékkezelés	41
5.4.4. Zöldfelület	42
5.4.5. Elhagyott iparterületek	43
5.4.6. Sport és szabadidős intézmények, lehetőségek száma	43
5.4.7. Sétálóutca.....	43
5.4.8. Kerékpáros közlekedés.....	44
5.4.9. Közösségi közlekedés	44

5.5. AZ EGÉSZSÉGET BEFOLYÁSOLÓ TÁRSADALMI-GAZDASÁGI TÉNYEZŐK HELYZETE A VÁROSBAN	45
5.5.1. Lakásviszonyok	46
5.5.2. Hajléktalanság	48
5.5.3. Munkanélküliség	48
5.5.4. Szociális ellátások.....	50
5.5.5. Közbiztonság.....	52
5.5.6. Civil szervezetek.....	55
5.5.7. Egészségpolitika.....	56
5.6. AZ EGÉSZSÉGET BEFOLYÁSOLÓ ÉLETMÓDBELI SAJÁTOSSÁGOK A VÁROS LAKOSAI KÖRÉBEN	58
6. MEGÁLLAPÍTÁSOK ÉS KÖVETKEZTETÉSEK.....	68
6.1. AZ EGÉSZSÉGGÉP-KÉSZÍTÉS MÓDSZERÉNEK HELYI ADAPTÁCIÓJA, VALAMINT PÉCS MJV EGÉSZSÉGGÉPÉNEK AKTUALIZÁLÁSA	68
6.2. A LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁT BEFOLYÁSOLÓ VÁROSI TÉNYEZŐK ÉS AZ EGYÉNI ÉLETMÓD-JELLEMZŐK 1994. ÉS 2012. KÖZÖTTI VÁLTOZÁSA PÉCSSETT	71
6.2.1. A város népességének demográfiai jellemzői	71
6.2.2. A város népességének mortalitási jellemzői	72
6.2.3. A városban hozzáférhető egészségügyi ellátás	72
6.2.4. A város környezet-egészségi jellemzői.....	73
6.2.5. Az egészséget befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezők helyzete a városban.....	74
6.2.6. Az egészséget befolyásoló életmód-hatások a város lakosai körében	77
6.3. AJÁNLÁSOK A VÁROSI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TERV KIDOLGOZÁSÁHOZ	78
6.3.1. A város népességének demográfiai jellemzőivel kapcsolatos javaslatok	78
6.3.2. A város népességének mortalitási jellemzőivel kapcsolatos javaslatok	78
6.3.3. A városban hozzáférhető egészségügyi ellátással kapcsolatos javaslatok...	79
6.3.4. A város környezet-egészségi jellemzőivel kapcsolatos javaslatok.....	79
6.3.5. Az egészséget befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezők helyzetével kapcsolatos javaslatok	80
6.3.6. Az egészséget befolyásoló életmód-hatásokkal kapcsolatos javaslatok	81
7. ÚJ EREDMÉNYEK	82
FELHASZNÁLT IRODALOM	87
1. MELLÉKLET	93
SAJÁT KÖZLEMÉNYEK JEGYZÉKE	97

BEVEZETÉS

Pécs városa a megalakulása óta tagja az Egészségügyi Világszervezet európai régiójában indult Egészséges Városok Mozgalomnak. A kezdeményezés célja, hogy elősegítse a helyben élő és dolgozó emberek fizikai, mentális, társadalmi valamint környezeti jólétének kiteljesedését, továbbá hogy támogassa az egészségfejlesztési feladatok városi közpolitikában való megjelenését. Mindezen célkitűzésekkel összhangban, a helyi egészségvédelmi tevékenységek megvalósításához a csatlakozáskor vállalt feltételek között szerepelt a városi egészségkép elkészítése és erre alapozva a helyi egészségterv kidolgozása.

Az egészségkép olyan dokumentum, amely a városban élők egészségi állapotáról, az azt befolyásoló tényezőkről és kockázatokról szakmailag megalapozottan és közérthető formában közöl információt. Ezen túlmenően rámutat a helyi közösség tagjainak egészségi állapotát veszélyeztető hatásokra, valamint elősegíti az esetlegesen fokozottan veszélyeztetett csoportok azonosítását és azok sajátos igényeinek meghatározását.

Az első pécsi egészségképet – az országban is elsőként – a pécsi Fact Alapítvány készítette el és az eredményeket *„Tények tükrében Pécs város egészsége”* címmel publikálta. A szerzők megfogalmazása szerint, *„a kiadványban található adatok az élet olyan területeire vonatkoznak, amelyek közvetlenül vagy közvetve befolyásolják a város lakosainak egészségi állapotát, közérzetének alakulását”* [Füzesi-Tistyán, 1996:1]. Az azóta eltelt időben azonban nem történt meg a városi egészségkép aktualizálása. Ily módon nincs arról információ, hogy a korábban vizsgált tényezők jelenleg miként befolyásolják a város lakosainak egészségét és miként alakultak az egyéni egészségmagatartás főbb jellemzői.

Dolgozatomban azt a kérdést vizsgálom, hogy az 1994. és 2012. között eltelt időben történt-e változás Pécs város egészségképében: ha igen, az milyen irányú és mértékű. A közölt eredmények és megállapítások a város egészségfejlesztési tervének kidolgozásához is hasznosíthatóak lehetnek.

1. A VÁROSI KÖRNYEZET ÉS AZ EGÉSZSÉG

1.1. Egészség-dilemmák az urbanizáció kontextusában

Az Egyesült Nemzetek Népszámláló Intézetének adatai szerint a világ népességének több mint fele (52,1%), Európa lakosainak közel háromnegyede (72,9%), míg a Magyarországon élő emberek több mint kétharmada (69,5%) városlakó [ENSZ, 2012]. Ily módon, a történelem során napjainkra alakult ki először az a helyzet, hogy a városokban élők száma meghaladja a rurális környezetben élők számát, de a demográfiai becslések továbbra is a városi népességszám emelkedését prognosztizálják. A növekedés üteme globális szinten a múlt század közepén érte el a csúcspontját, amikor is a városi népesség évi 3%-ot bővült, és jelenleg is évente világszerte mintegy 60 millió fővel gyarapszik. Az előreszámítások alapján 2025. és 2030. közötti időszakra az éves növekedés mértéke 1,5% körül várható, míg az évszázad közepére a városlakók száma elérheti a 6,4 milliárd főt. Népegészségügyi szempontból a városi népesség számának emelkedését és ütemének gyorsulását olyan tényezőként szükséges tekinteni, amely az egyének egészségi állapotára meghatározó hatást gyakorolhat [WHO, 2010/a]. Ez a helyzet elsősorban az urbanizáció hatására alakult ki, amely során egy adott város létszáma a rurális települések és más városok illetve országok lakosainak odavándorlása eredményeként növekszik, és így az ott élők etnikai, kulturális és biológiai diverzifikációja fokozódik [Wirth, 1973].

Az urbanizáció hatásai minden korban – számos egyéb vonatkozásuk mellett – az egyének egészségi állapotának alakulását is meghatározó módon befolyásolták. Az antikvitás városai a tervezetten megvalósított városfejlesztés, a városi közösség együttélését szabályozó rendelkezések hatékony betartatása, valamint a közegészségügyi szempontokat is szolgáló közszolgáltatások működtetésének eredményeként – a járványok nem túl gyakori időszakait leszámítva – egészséges lakóhelyek voltak [Valerie-Marshall, 2000]. A korai Középkor időszakában a zsúfolt és szennyezett városi környezet miatt az európai nagyvárosok népességére jellemző halálozási ráta mintegy 25%-kal volt magasabb, mint az azonos ország kisvárosi vagy falusi népességének halálozási rátája [de Vires, 1984]. Az Ipari Forradalom időszakát követően fordult először fokozott figyelem a betegségek, a lakhatási körülmények, és a szegénység összefüggéseinek vizsgálatára, mivel a halálozási viszonyok a gazdasági fejlődés kedvező hatásai ellenére sem változtak számottevően [Cutler et al., 2006]. A helyzetelemzések eredményeinek ismeretében történt meg a „közegészségügyi ébredés” [Galea-Vlahov, 2005] aminek hatására először Nagy-Britanniában, majd más európai

országokban és az Egyesült Államokban is elkezdődött a városi csatornarendszerek kiépítése, javultak az egészséges ivóvízhez jutás lehetőségei, erőfeszítések történtek a hulladékprobléma és más, a városi környezetben megjelenő egészségi kockázatok csökkentésére [Rosen, 1993]. A városi közegészségügyi viszonyok javítását célzó kezdeményezések eredményeként az iparfejlődés gazdaságilag prosperáló nagyvárosaiban élők halálozási rátája az 1800-as évek végére a rurális környezetben élő népesség halálozási rátája alá csökkent [Fields, 1999].

Az elmúlt évszázad utolsó harmadától az urbanizáció folyamatát a globalizáció hatásai is erősítették, katalizálták. A globalizáció fokozta a világot átfogó társadalmi kapcsolatok intenzitását, így a távoli helyek oly módon kapcsolódhattak össze, hogy az egyik helyen bekövetkező események a jelentős távolságban végbemenő folyamatokat is oda-vissza ható módon befolyásolhatják [Giddens, 1990:64]. A folyamatosan változó társadalmi-gazdasági viszonyok számos, az új lakóhelyek keresésére ösztönző impulzust generáltak, amelyek során célpontként a legtöbb esetben egy-egy város határozódott meg. Napjainkban a globalizációs és urbanizációs folyamatok együttes hatására kialakult posztindusztriális városok [Bell, 1973] komplex rendszerként működnek. Társadalmi, gazdasági, környezeti és kulturális sajátosságaik folyamatosan alakulnak, miáltal az ott élők egészségi állapotára is hatást gyakorolnak. Nehéz feladat eldönteni, hogy a városi környezet hatásai közül az egészség-ártalmak avagy az egészség-előnyök az inkább meghatározók [Lawrence-Fudge, 2009], így a posztindusztriális város olyan közeget jelent, amely az ott élők egészségi állapotát egyrészt veszélyezteti, másrészt védelmezi.

Az urbánus lét egyik számottevő ártalma, hogy magában hordozza a krónikus nem fertőző betegségek kialakulásának fokozott veszélyét, amit számos esetben egyéni életmódbeli kockázatok is súlyosbítanak. A városi környezet jelentősen fokozza a légszennyezettségéből adódó kockázatoknak, a fertőző betegségeknek, a zsúfoltság okozta stresszhatásoknak való kitettség kockázatait, a balesetek és bűncselekmények áldozatává válásának lehetőségét, valamint a társadalmi izolálódás továbbá az elmagányosodás bekövetkeztét. A nagyvárosi életmóddal összefüggésben a tartósított és konyhakész ételek fogyasztása, a mozgásszegény életmód és az ülőmunka, a dohányzás, a nagymértékű alkoholfogyasztás meghatározó módon növelték a szív és érrendszeri betegségek, a stroke, a különböző rákos megbetegedések és a cukorbetegség kialakulásának esélyeit [Galea-Vlahov, 2005].

A város ugyanakkor azáltal, hogy széleskörű hozzáférést biztosít az egészségügyi ellátásokhoz, a tanulási és munkalehetőségekhez, a kulturális programokhoz valamint a sportolási és egyéb rekreációs tevékenységekhez, támogatja is az egészség megőrzését. A méretgazdaságos rendszerek kialakításának lehetősége elősegíti a közegészségügyi szempontból is meghatározó infrastruktúrák kiépítését és üzemeltetését. A szociális szolgáltatások, az egészségügyi ellátások széles körének és a képzett segítő szakemberek rendelkezésre állása csökkenti a fertőző betegségek – és ezáltal a járványok – kockázatát, továbbá krízishelyzet esetén gyors reagálást is lehetővé tesz. E kettőséget jellemzi, hogy bár a városi környezetben élők körében világszerte magasabb a krónikus nem fertőző betegségekben szenvedők aránya, de a fejlettebb diagnosztikai eljárásoknak és a könnyebb hozzáférhetőségnek köszönhetően az ezekre a betegségekre visszavezethető halálokok gyakoriság mégis alacsonyabb, mint a rurális környezetben élők körében [ICSU, 2011].

A különböző települési környezetben megjelenő egészséghatások leírása és értelmezése jelenleg csak adott korlátok között valósulhat meg, mivel a jól-lét feltételei – valamint a következményei – a társadalmi, kulturális és technológiai vonatkozások kontextusában fonódnak össze. Ezek a meghatározottságok mindenkire érvényesen vannak jelen a hétköznapiakban, és az urbanizáció egyéb hatásaival együtt eredményeznek olyan folyamatokat, amelyek egészség-következményeinek előrejelzése szinte lehetetlen. A városi egészség-dilemmák feloldását nehezíti még, hogy egyrészt a városi döntéshozók körében hiányzik az egészségvédelmi szempontokra való intuitív odafigyelés kultúrája, másrészt az egészségvédelmi és népegészségügyi szakemberek körében nagyon alacsony fokú a hajlandóság a helyi döntések és tervezés egészség-vonatkozásainak a döntéshozók felé történő visszacsatolására és tudatosítására [ICSU, 2011].

1.2. Szemléletváltás az egészségfejlesztési feladatok területén

Az egészségfejlesztési tevékenységek során alkalmazott szemlélet szakpolitikai vonatkozású megújulását az egészségügyi alapellátásról Alma-Atában rendezett konferencia zárónyilatkozata alapozta meg azáltal, hogy megfogalmazta: „*a lehető*

legjobb egészség elérése világszerte a legfontosabb társadalmi célok egyike, megvalósulása az egészségügyön kívül számos más társadalmi és gazdasági szektor együttműködését igényli” [Alma-Atai Nyilatkozat, 1978:1]. Ennek a szakmai alapvetésnek az operacionalizálása történt meg az „Egészséget Mindenkinék 2000-re” stratégia [WHO, 1981] elfogadásával. A Stratégia hozzájárult azon innovatív egészségvédelmi megközelítés kialakulásához, amely az egyéni viselkedéshez köthető egészségkockázatok kezelése helyett a helyi társadalmi viszonyok és körülmények, valamint a döntéshozatal és a különböző szakpolitikák működésének alakítását jelölte meg preferenciaként.

Mindezen koncepcionális tételek mellett – és azokkal közel azonos időben – jelentek meg olyan publikációk [Illich, 1976; McKeown, 1976;] amelyek megkérdőjelezték az addig domináns biomedikális egészségfejlesztési paradigma érvényességét és rámutattak, hogy önmagában az egészségügyi ellátórendszer fejlesztése nem befolyásolja jelentősen az egészségi állapotbeli különbségek csökkentését. A társadalmi és a gazdasági környezet egészségi állapotra gyakorolt hatásait tárta föl a Black és munkatársai [1980] által készített jelentés, amely egyértelművé tette, hogy az egészségi állapot javítása az oktatási rendszer, a szociális ellátások, a lakhatási feltételek továbbá az egészségügyi ellátások egyidejű fejlesztésével lehet eredményes.

Az egészségpolitika és az egészségvédelem megújítási lehetőségeit kutató munkacsoport [WHO, 1986] szintén azt állapította meg, hogy a népegészségügyi intézkedések esetén szükségessé vált az addigi medikalizáló szemlélet megváltoztatása, amely inkább a gyógyítás, mintsem a megelőzés szakpolitikájaként funkcionált. Elérendő célként került megfogalmazásra, hogy a prevenció gyakorlat fordítson több figyelmet az egészségkockázatok szocio-kulturális dinamizmusának alakulására, és annak elkerülésére, hogy a medikalizáló szemlélet dominanciája révén az ellátórendszer szakemberei a betegséget az annak kialakulását jelentő és a gyógyulását befolyásoló társadalmi viszonyrendszerrel elkülönülten kezeljék. Ez a kritika nem a gyógyító terápiás beavatkozások jelentőségét kérdőjelezte meg, mindössze az egészségi állapotot meghatározó objektív és szubjektív tényezők egyensúlyának fontosságát hangsúlyozta annak érdekében, hogy a gyógyítás során is megfelelő figyelem fordulhasson az egyén és a betegsége társadalmi, kulturális és történelmi vonatkozásaira.

Az Ottawai Charta mindezen előzményeket is megjelenítve először fogalmazta meg, hogy *„az egészségfejlesztés túlmegy az egészségügyi ellátás keretein: az egészséget a politikát alakítók napirendjére tűzi valamennyi ágazatban és valamennyi szinten,*

tudatosítva bennük, hogy döntéseiknek milyen következményei lehetnek az egészségre nézve, és elfogadta velük felelősségüket az egészségért.” [Ottawai Egészségfejlesztési Charta, 1986:3]. A politikai döntéshozatali mechanizmusok befolyásolása mellett alapvető egészségfejlesztési stratégiai területként került meghatározásra a társadalmi egyenlőtlenségek leküzdése és a legteljesebb egészségi potenciál elérése, valamint a társadalom minden szektora közötti összehangolt cselekvés szükségessége. A dokumentum deklarálta továbbá azt is, hogy a multiszektorális együttműködésen alapuló egészségvédelmi kezdeményezéseknek a mindennapi élet színterein szükséges megvalósulniuk.

Mintegy tíz évvel később a Jakartai Nyilatkozat [WHO, 1997/c] megerősítette, hogy a mindennapi élet színterei lehetőséget teremtenek az átfogó egészségfejlesztési stratégiák megvalósítására, és biztosítják az egészségfejlesztési célok eléréséhez szükséges infrastrukturális és szervezeti háttérrel. Ezáltal a színtér-megközelítés alkalmazása az egyén mellett a társadalmi alrendszereket is az egészségfejlesztési tevékenység középpontjába helyezte, következésképpen a közösségek és azok formális és informális szerveződési szintén az akciók és programok célterületévé váltak [Girán-DeBlasio, 2012]. A helyi egészségfejlesztési tevékenységek optimális színterei közül kiemelkedő fontosságú a város¹, ugyanis ez az az igazgatási szint, amely alkalmas arra, hogy a helyi lakosság egészségi állapotának javítása érdekében integrálja és kezelje a különböző típusú erőforrásokat, valamint politikai tekintetben is rendelkezik a megfelelő döntéshozatali kompetenciával és önállósággal ahhoz, hogy a célnak megfelelő multiszektorális megoldási módokat dolgozzon ki és valósítsa meg [Ashton-Grey-Barnard, 1986].

A színtérprogramok ugyanakkor különböző szinten közelíthetnek az egészségfejlesztési feladatok megoldásához: a passzív modell esetén az egészségfejlesztési kezdeményezések az egyéni egészségi állapot javítását célozzák, felvilágosítást, ismeretátadást jelentenek, de a szervezeti struktúrát vagy döntés-előkészítés folyamatát nem érintik. Az aktív modell intézkedései az egyéni egészségi helyzet javítását célzó szándékok mellett a színtér szervezeti struktúráját vagy döntés-előkészítés folyamatát is

¹ A színtér-megközelítés alkalmazásának lehetőségeire az *„Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja”* [2003] megfogalmazásakor a szakértők szintén meghatározó eszközként tekintettek. Ezt bizonyítja, hogy a színterekben történő gondolkodást – az életciklusokban történő gondolkodással együtt – a hazai népegészségügyi problémák megoldásának alapjaként került nevesítésre. Ily módon az *„Egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása”* intézkedés-területen az *„Egészségfejlesztés a mindennapi élet színterein”* külön feladatcsoportként jelent meg, és ezen belül is a települési színtér kiemelt figyelmet kapott.

részben érinthetik, és a stratégiai tervekre, szakpolitikai koncepciókra vagy egyéb szabályozó dokumentumokra is hatással lehetnek. A hajtóerő modell érvényesülése esetén az egészségfejlesztési kezdeményezések a szintér működését formálják, ezért a szervezeti struktúrának és/vagy döntés-előkészítés folyamatának alakítására fókuszálnak. Az organikus modell közösségi akciók alkalmazásával a szintér egészét az egészséget támogató működés irányában alakítja, míg az átfogó modell a különböző fejlesztések és a döntés-előkészítés esetén az egészséget, mint horizontális prioritást érvényesíti [Whitelaw et al., 2001]. A város, mint a mindennapi élet egyik meghatározó színtérének fontosságát az adja, hogy alkalmas lehet arra, hogy keretei között az egyébként több különböző modellbe sorolható egészségfejlesztési tevékenységek egymást kiegészítve párhuzamosan, vagy önálló kezdeményezésként valósulhassanak meg.

1.3. A városi egészségfejlesztés szintér szemléletű megközelítése: az Egészséges Városok Mozgalom

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) az európai régiójában 1986-ban indította el az Egészséges Városok Mozgalmat (EVM) azzal az alapvető céllal, hogy hozzájáruljon az „Egészséget mindenkinek 2000-re” [WHO, 1981] című stratégiai dokumentumban foglaltak megvalósulásához. A mozgalomban résztvevő városok ennek érdekében vállalták, hogy elősegítik a városokban élő és dolgozó emberek fizikai, mentális, társadalmi valamint környezeti jólétének kiteljesedését és erősítik az egészségvédelmi feladatok városi közpolitikában való megjelenését [WHO, 1997/a]. Az EVM a CINDI² programban már évek óta résztvevő városok önkéntes jelentkezését követően kezdte meg működését. Az idők során az eredeti célkitűzés az egészségfejlesztési stratégiák rendszeres aktualizálása miatt annyiban módosult, hogy az EVM elősegíti a WHO adottan érvényes egészségfejlesztési elveinek és feladatainak a városi közpolitikába történő beépülését, és helyi szinten való megvalósulását. Ebből következően a tagvárosokban a helyi EVM menedzsment szervezet feladata annak elősegítése, hogy a

²CINDI = Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention. Bővebben: WHO (1995) *Protocol and Guidelines Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) Programme*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/EUR_ICP_CIND_94.02_PB04.pdf (letöltve: 2013. 02.02.)

helyi szakpolitikák minden területén az egészségfejlesztés és az életkörülmények javítását célzó innovatív kezdeményezések történjenek, valamint széles körű együttműködés alakuljon ki helyi, nemzeti és nemzetközi szinten [WHO, 2009]. Ehhez minden tagváros vállalja

- a mozgalom céljaival kapcsolatos legmagasabb szintű politikai elköteleződés kinyilvánítását;
- a városi egészségkép és egészségfejlesztési terv kidolgozását és megvalósítását, valamint a mozgalom aktuálisan prioritásként kezelt témáiban való feladatvállalást;
- a változtatások menedzseléséhez a helyi szervezeti struktúrák kiépítését és a multiszektorális együttműködés feltételeinek biztosítását [WHO, 1997/a].

A kezdetekkor 11 európai város – köztük Pécs városa – jelentette a tagságot, amely évről-évre egyre gyorsuló ütemben bővült. A résztvevő városok szakmai támogatását és a helyi tevékenységek koordinálását a Koppenhágában működő Egészséges Városok Európai Programirodája végzi. Jelenleg 90 európai projektváros³ tagja az EVM-nek, és 30 nemzeti hálózaton keresztül további 1400 város⁴ vállal feladatot a közös munkában⁵.

Az EVM tagvárosai ötéves munkaciklusokban, az erre az időtávra érvényes prioritások alapján dolgoznak. Az első ciklus (1988-1992) a korábbi egészségvédelmi gyakorlat megváltoztatásához szükséges politikai és intézményi feltételrendszer kialakítást és a „multi-city action plan” elnevezésű integrált tervezési gyakorlat bevezetését célozta. A második ciklus (1993-1997) fő feladata a városi egészségképek és egészségtervek⁶ elkészítése volt, aminek érdekében elkezdődött a helyi multiszektorális együttműködés rendszerének kialakítása. A harmadik ciklusban (1998-2002) a hangsúly az egészségterv módszerek egészségfejlesztési tervezés⁷ irányába történő továbbfejlesztésére helyeződött. A negyedik ciklusban (2003-2008) az

³ A projektvárosok közvetlenül a WHO EURO koppenhágai központjával állnak kapcsolatban.

⁴ Forrás: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities> (letöltve: 2013. 02.06.)

⁵ Magyarországot Győr MJV és Pécs MJV mint projektváros, valamint a nemzeti hálózatot szervező Egészséges Városok Magyarországi Szövetségének további 15 tagvárosa képviseli az együttműködésben. (További információ: <http://hahc.hu/tagvarosaink.php> letöltve: 2013. 02.06.)

⁶ Az egészségterv – az egészségkép alapján – az egészségügyi és szociális ellátórendszer működésének javítását, az egyéni életmódbeli kockázatok valamint a környezet-egészségi kockázatok csökkentését, és a városi infrastrukturális körülmények javítását célozza.

⁷ Az egészségfejlesztési tervezés célja, hogy a helyi szakpolitikai koncepció, stratégiák, és középtávú tervek készítése és megvalósítása során az egészségvédelmi szempontok prioritásként érvényesülhessenek, és így már a döntés-előkészítés szakaszában ráirányuljon a döntéshozói figyelem a tervezett döntés potenciális egészségghatásaira.

egészségmegőrzést támogató várostervezés, az egészséghatás vizsgálat, mint az egészségtudatos döntés-előkészítést támogató módszer alkalmazása, valamint az aktív és független időskori életvitelt lehetővé tevő támogató környezet megteremtése jelentek meg prioritásként. Az ötödik ciklus (2009-2013) időszakának három prioritása a következő: (1) a gondoskodó és támogató városi környezet kialakítása, amely a lakói számára befogadó, a sajátos igényekre érzékeny, és a társadalmi sokszínűséget tiszteletben tartó környezetet biztosít; (2) az egészséges életmód lehetőségeinek biztosítása, amely során a város fokozott figyelmet fordít a krónikus betegségek megelőzésére, az egészségügyi ellátórendszer működésére, a dohányzás, az alkohol- és drogfogyasztás problémáira érzékeny környezet megteremtésére, a fizikailag aktív életmód kialakítására; (3) az egészséges városi szolgáltatások – tömegközlekedés, közbiztonság, zöldterület és épített környezet, rekreációs lehetőségek, stb. – biztosítása [WHO, 1993, 1997/b, 2003, 2009].

Az egyes munkaciklusok prioritásainak érvényesítéséhez és az ehhez szükséges tevékenységek stratégiai tervezéséhez minden városban a kezdetektől elengedhetetlennek bizonyult egy pontos helyzetelemzés, amely a beavatkozásokkal kapcsolatos döntéseket megalapozta. Erre az igényre válaszul a második munkaciklus során megtörtént a városi egészségkép-készítés egységes módszerének kidolgozása, amely kisebb átdolgozásokkal ugyan, de az eredeti alapvetéseket megőrizve kerül az EVM tagvárosokban jelenleg is alkalmazásra.

2. A VÁROSI LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK LEÍRÁSA

2.1. Városi egészségkép

A városi egészségkép az adott városban élő emberek egészségi állapotának és az azt befolyásoló tényezőknek a kvantitatív és kvalitatív módszerekkel történő leírása. Ez az eszköz alkalmas arra, hogy számos különféle helyen rendelkezésre álló információt rendezzen össze olyan komplex helyzetjelentéssé, amely egyébként nem található meg egyetlen adatgazdánál sem. Pillanatfelvétel, amely átfogó képet ad mindazokról a helyi viszonyokról, amelyek a városlakók életkörülményeit és ezáltal az egészségi állapotát potenciálisan befolyásolhatják. Az egészségkép adatainak és információinak felhasználása megteremti a lehetőséget egyrészt a feltárt problématerületeken történő cselekvés kezdeményezéséhez, másrészt a hatékony beavatkozásokhoz szükséges további kutatásokat generálhat. Ugyanakkor már a kidolgozás folyamata is erősítheti annak a végső célnak a megvalósulását, hogy a döntéshozók figyelme ráirányuljon azokra a problémákra, amelyek megoldása a közösség tagjainak egészségi állapotát pozitívan befolyásolhatják. Ily módon az egészségkép alapul szolgálhat a helyi egészségterv vagy egészségfejlesztési terv prioritásainak megfogalmazásához, a cselekvési irányok kijelöléséhez, továbbá a szükséges források allokációjának és a szolgáltatások körének meghatározásához [WHO, 1995].

Az egészségkép-készítés módszertani alapjainak kidolgozása során elsődleges célként fogalmazódott meg, hogy az egészségkép a korábban használt mortalitási viszonyok bemutatását meghaladó információkat és adatokat is tartalmazzon, továbbá, hogy az egészségi állapotra hatást gyakorló társadalmi, gazdasági, fizikai környezet sajátosságainak leírásával is egészüljön ki. Az egészségügyi ellátórendszer működésének és hozzáférhetőségének értékelése, valamint az egészségpolitikai és közpolitikai keretrendszerek áttekintése továbbá a városlakók életmódjára és az egészségi állapotára vonatkozó információk megismerésének szükségessége is igényként jelent meg. Az adatok tudományosan megalapozott, egységes szempontrendszer alapján történő összegyűjtésének és elemzésének fontosságát illetően szintén széleskörű egyetértés alakult ki [WHO, 1998].

A vizsgálandó fő területekhez tartozó adatok strukturálása érdekében indikátorok⁸ kerültek kidolgozásra. Ezek használata az ajánlás szintjén fogalmazódott meg azzal a lehetőséggel együtt, hogy az egészségkép kidolgozása során az adott városnak szuverén feladata, hogy a helyi sajátosságokat figyelembe véve – és a megfelelő szakmai kritériumok betartásával – hozza létre a maga saját kiegészítő indikátorait és kijelölje a vizsgálandó főbb területeket [Webster-Sanderson, 2012]. Mindazonáltal a WHO szakértői ajánlasként a demográfiai, a mortalitási mutatók, az egészségügyi ellátórendszer, az épített és a természeti környezet, a társadalmi-gazdasági-politikai jellemzőinek valamint az életmód-hatások és az egészség-magatartás sajátosságainak vizsgálatát javasolják [WHO, 1998; Crown, 2003; Vlahov-Galea, 2002, Lawrence-Fudge, 2009].

Az egészségkép az indikátorok használatával a lakosság egészségi állapotát befolyásoló települési tényezők bemutatását alapvetően leíró megközelítésben tárgyalja. A módszer kidolgozása óta több próbálkozás is történt az indikátorok függő és független változó-csoportokba való rendezésére és a köztük lévő sztochasztikus kapcsolatok statisztikai-matematikai módszerekkel való kimutatására. Elsősorban a korreláció-analízis, a regresszió-analízis és a főkomponens-elemzés módszerei kerültek előtérbe, azonban a rendelkezésre álló idősorok rövidsége és a forrásadatok egyéb – statisztikai szempontból meghatározó – korlátai miatt e módszerek az összefüggésfeltáró elemzések elvégzéséhez nem bizonyultak alkalmasnak [Takano-Nakamura, 2001, Crown, 2003]. Az egészségkép módszerének fejlesztésével foglalkozó szakemberek azonban fontos feladatként tekintenek a megfelelő összefüggésfeltáró elemzési módszerek kidolgozására és az ezirányú kutatások a szakmai fórumok állandó témái között szerepelnek [WHO, 2001/a].

A felhasznált adatok tekintetében elsődleges elvárás a megbízhatóság és az egészségi állapottal kapcsolatos relevancia. Lényeges szempont továbbá az adatok kontextusba helyezésének lehetősége, ezért szükséges, hogy az adatok alkalmasak legyenek az időtrendek felvázolására valamint a különböző referencia-adatokkal (pl. más városok, országos vagy nemzetközi adatok) való összevetésre. Az adatok megjelenítéséhez ajánlott formaként a könnyen áttekinthető diagramok, táblázatok és ábrák alkalmazása

⁸ Az egészségkép kidolgozásához a WHO EVM által ajánlott indikátorokra vonatkozó részletesebb információt a 2.2 fejezet tartalmazza.

fogalmazódott meg, amelyekhez lényegkiemelő és értelmező megállapítások tartozhatnak [Garcia-McCarthy, 1996; WHO, 1998, 2001].

A városi egészségkép kidolgozásával az elsődleges törekvés a helyi egészség-viszonyok leírása annak érdekében, hogy az egészségi állapotot pozitívan befolyásoló beavatkozások megtervezéséhez tényszerű megbízható adatok és információk álljanak rendelkezésre. Mindehhez egyrészt az egészséget befolyásoló városi tényezőkre vonatkozóan indikátor-készlet alkalmazásával történő adatgyűjtés, másrészt személyes kikérdezés során az életmóddal és az egyéni egészség-magatartással kapcsolatos információk feltárása szolgál segítségül.

2.2. Az egészséget befolyásoló városi tényezők leírásához javasolt indikátorok

A lakosság egészségi állapotát befolyásoló városi tényezők bemutatásához szükséges adatgyűjtés szakszerűségét és egységességét biztosító rendszer kidolgozása érdekében a WHO 1993-ban „*Healthy Cities Project Technical Working Group on City Health Profiles and Indicators*” elnevezéssel szakértői csoportot hozott létre. A kutatók feladata volt meghatározni azokat az indikátorokat és egyéb módszertani alapokat, amelyek alkalmazásával az egészségkép-készítés során egységes szakmai standardok érvényesülhetnek, így biztosítva a lehetőséget egyrészt a helyi tervezés előkészítéséhez, másrészt az EVM tagvárosokban feltárt helyzetek összehasonlításához. A szakértői csoport munkájának eredményeként létrejött az egészségkép készítését támogató első módszertani útmutató [WHO, 1995] amely 53 indikátor segítségével célozta a városi egészség-viszonyok vizsgálatát [Webster-Lipp, 2009].

Az indikátorok alkalmazhatóságával kapcsolatos átfogó értékelés először a harmadik munkaciklus végén 47 EVM tagváros egészségképének elemzése alapján történt [Doyle et al., 1999], amely több problémát is feltárt. Abban az időben az egészségkép-készítés fő nehézségét az okozta, hogy az adatgyűjtés során vagy nem álltak rendelkezésre a szükséges adatok, vagy olyan módon kerültek más adatgazdák által összegyűjtésre, hogy azok egészségkép-készítéshez történő továbbhasznosításra nem voltak alkalmasak.

Ezen túlmenően problémát jelentett még, hogy az indikátorok definíciója nem volt minden tagváros számára egyértelmű, így az eredmények városok közötti összehasonlítása sem volt lehetséges. Ily módon annak érdekében, hogy az indikátorok használata a kiinduló szándékoknak megfelelően történhessen, az indikátor-készlet jelentős átdolgozása vált szükségessé.

A kritikai észrevételek alapján az egészségkép készítéséhez javasolt indikátor-készlet átdolgozását követően az azóta is ajánlásként szereplő 32 indikátor [WHO, 1998] használata történik, amelyek négy fő csoportba sorolhatóak:

1. Mortalitási indikátorok

- 1.1 Betegség miatti halálozás
- 1.2 Egyéb leggyakrabban előforduló halálokok
- 1.3. Alacsony testsúllyal születés

2. Egészségügyi ellátórendszer indikátorai

- 2.1 A város által szervezett egészségügyi oktatási programok száma
- 2.2 Védőoltásban részesült gyermekek száma
- 2.3 Egy házi orvosra jutó betegek száma
- 2.4 Egy nővérre jutó betegek száma
- 2.5 Társadalombiztosítási kártyával rendelkezők száma
- 2.6 Idegen nyelven hozzáférhető egészségügyi szolgáltatások
- 2.7 Az önkormányzat Közgyűlése által tárgyalt, az egészségügyhöz kapcsolódó előterjesztések száma

3. Környezet-egészségi indikátorok

- 3.1 Légszennyezettségi adatok
- 3.2 Vízhőminőségre vonatkozó adatok
- 3.3 A szennyvíz általi vízszennyezés mértéke a vízszennyező tényezőkhöz viszonyítva
- 3.4 A háztartási hulladékgyűjtésbe bekapcsolt háztartások száma
- 3.5 Háztartási hulladék kezelésének minőségi indexe
- 3.6 A városon belüli zöldfelületek aránya
- 3.7 A városi zöldfelületekhez való hozzáférés lehetősége a lakosság számára
- 3.8 Elhagyott ipari területek aránya a város teljes területéhez képest
- 3.9 Sport és szabadidős intézmények, lehetőségek száma
- 3.10 Sétálóutca-k száma, hossza
- 3.11 A kerékpáros közlekedés helyzete a városban
- 3.12 A közösségi közlekedés helyzete a városban
- 3.13 A közösségi közlekedés által lefedett városrészek aránya
- 3.14 Az egy szobára jutó átlagos lakószám

4. Társadalmi-gazdasági környezet indikátorai

- 4.1 A komfort nélküli lakásokban élők (háztartások) száma
- 4.2 A hajléktalanok becsült száma
- 4.3 Munkanélküliségi ráta
- 4.4 Létfminimum alatt élők száma
- 4.5 Bölcsődei, óvodai férőhelyek száma
- 4.6 Élveszülések száma a 20 évnél fiatalabb, 20-24 éves és a 35 év feletti nők csoportjaiban
- 4.7 Az abortuszok száma az élve születések számához képest
- 4.8 A rokkantak foglalkoztatottsági mutatói

A témához kapcsolódó tapasztalatok legutóbbi összegzései szerint [Webster-Lipp, 2009; Webster-Sanderson, 2012] az átdolgozott indikátor-készlet helyi szinten hatékonyan alkalmazható eszközként segíti a helyzetleírást. Az indikátorok e tekintetben való relevanciáját támasztja alá több olyan egészség-modell is, amelyeknek főbb dimenziói és mutatói az EVM indikátoraival jelentős átfedést mutatnak. A nemzetközi gyakorlatból példaként említhető a KNUS⁹ jelentés konceptuális modellje [WHO, 2008], avagy hazai viszonylatban az EgészségMonitor kutatócsoport által a magyarországi egészség-egyenlőtlenségek feltárásához használt egészség-modell [Vitrai et al., 2008].

⁹ KNUS = Knowledge Network on Urban Settings, a WHO által a városi egészséghatások vizsgálatára létrehozott kutatási együttműködési hálózat.

2.3. Az egyéni egészség-magatartással kapcsolatos információk feltárása

A WHO módszertani ajánlása alapján [WHO, 1995; 1998, Garcia-McCarthy, 1996] az egyéni egészség-magatartás vizsgálata az egészségkép-készítés feladatain belül külön egységként kezelendő. Módszerét tekintve személyes kikérdezésen alapuló – jellemzően kérdőíves technikát alkalmazó – adatgyűjtés elvégzése a célszerű. A kérdezés során a város felnőtt lakosságát a szocio-demográfiai dimenziók mentén reprezentáló minta használatával alakítható ki olyan adatbázis, amelynek statisztikai-matematikai módszerekkel történő elemzése az alapsokaságra érvényesen vonatkoztatható adatokat és megállapításokat eredményezhet.

Az adatgyűjtés kettős célt szolgálhat: egyrészt feltárhatóvá válik, hogy a városi lakosság miként vélekedik és értékeli mindazokat az egészségi állapotot befolyásoló tényezőket, amelyek leírása az indikátorok segítségével történik. Másrészt az egészségtudatosság, az egészségi állapot valamint az egészségkockázatokat jelentő életvezetési szokások lakossági csoportok közötti különbségei válhatnak megismerhetővé.

A városi lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők leírását az indikátorok alkalmazásával történő helyzetfeltárás valamint a lakossági vélemények megismerése teszi teljessé, és hozza létre a városi egészségképet.

3. CÉLKITŰZÉSEK

Az első pécsi egészségkép kidolgozása óta több mint másfél évtized telt el. Ez idő alatt a városi környezet valamint a társadalmi-gazdasági viszonyok jelentős átalakuláson mentek keresztül, azonban az egészségkép aktualizálása nem történt meg. E helyzet ismeretében kutatásom célja az volt, hogy

1. az 1996-ban publikált városi egészségkép struktúráját és adatait alapul véve valamint a WHO Egészséges Városok Mozgalom indikátor-készletének segítségével és módszertani ajánlásaira figyelemmel elvégezzem az egészségkép-készítés módszerének helyi igények és lehetőségek mentén való adaptációját, majd kidolgozzam Pécs MJV aktualizált egészségképét;
2. összehasonlító vizsgálatot alkalmazva tárjam fel, hogy Pécs városában az 1994. és 2012. között eltelt időszakban a lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezőket tekintve történt-e változás: ha igen, az milyen irányú és mértékű.

Az egészségkép önmagában is fontos információforrás lehet a helyi közösség tagjainak életkörülményeit befolyásolni képes döntések előkészítésekor. Ugyanakkor abban az esetben, ha a feltárt és rendszerezett adatok alapján következtetések, majd azokból kiindulva ajánlások is megfogalmazódnak, az egészségképben foglaltak hasznosulása fokozódhat. Ily módon céлом volt továbbá az is, hogy

3. az egészségkép adataira és az azokkal kapcsolatos megállapításokra alapozva a városi egészségfejlesztési terv kidolgozásához ajánlásokat fogalmazzak meg.

4. ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

4.1. Az egészséget befolyásoló városi tényezők indikátorai

Pécs város egészségképének aktualizálása során az egészséget befolyásoló városi tényezők vizsgálatát az Egészséges Városok mozgalom indikátorainak alkalmazásával végeztem. Az ehhez szükséges adatokhoz egyrészt a Központi Statisztikai Hivatal adatbázisaiból (T-STAR és Népszámlálás) történő adatvásárlás révén, másrészt az Országos Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer¹⁰ szabadon hozzáférhető adatbázisainak használatával jutottam. Ezen kívül Pécs MJV Polgármesteri Hivatalának főosztályaitól és egyéb szakhivataloktól és intézményektől kértem és kaptam adatokat.

Az egyes indikátorok esetén a városi helyzetre vonatkozó adatok és információk értelmezését lehetővé tevő kontextus biztosítása érdekében az adott indikátorhoz tartozó országos értékeket is közöltem. Azon indikátorok esetén, amelyeknél csak helyi szintű adatok állnak rendelkezésre (pl. légszennyezés) az összehasonlítási lehetőség biztosítása érdekében a Pécshez hasonló méretű, a 100.000 fő lakost meghaladó hazai városok¹¹ (Győr, Szeged, Debrecen, Miskolc) adatait közöltem. Ezen túlmenően a város környezet-egészségi viszonyaival kapcsolatos indikátorok esetén a lakossági kérdezés során az egyes vizsgált területekkel kapcsolatosan a városlakók véleményét is megkérdeztem, amit a vonatkozó indikátorral kapcsolatos rész végén közöltem.

Az indikátorok időbeni változását az első egészségkép 1994-re vonatkozó adatainak, valamint az aktualizált egészségkép 2011-re vonatkozó adatainak – mint a dolgozat írásakor legfrissebb hozzáférhető adatok – közlésével jelenítettem meg. Azon adatok esetén, amelyek csakis a népszámlálási eredmények között szerepelnek az 1990. évi, a 2001. évi és a 2011. évi népszámlálási adatokat közöltem.

¹⁰ <https://www.teir.hu/>

¹¹ A 100.000 főt meghaladó városok Budapest nélkül értendőek.

4.2. Az egyéni egészség-magatartással kapcsolatos információk feltárása

Az egészséget befolyásoló életmód-hatásokra, az egészség-magatartásra és egyéb személyes véleményekre vonatkozó adatokat az erre a célra szervezett kérdőíves adatgyűjtésem szolgáltatta. A minta 800 főből állt Pécs város felnőtt lakosságát nem és életkor szerint reprezentálta¹².

Az adatfelvétel 2012 júniusában Computer Assisted Telephone Interviewing System (CATI) alkalmazásával történt, és a felnőtt pécsi állandó lakosok közül a vonalas telefontal rendelkezők kerültek felhívásra¹³. Az alkalmazott minta kiválasztása kvótás módszer segítségével történt, amelynek alapjául a KSH T-STAR adatbázisában Pécs város felnőtt lakosságának 2011-re vonatkozó életkori és nemi megoszlásai szolgáltak. A kvótába illő válaszadók elérése érdekében kétlépcsős kiválasztási eljárás történt: először, a megfelelő számú potenciális válaszadó felhívásához a random digital dialing (RDD) módszert került alkalmazásra, amely során a telefonkönyvben szereplő és nem szereplő számok egyaránt tárcsázásra kerültek. Második lépésként az egyes háztartásokon belül az életkor és nem szerinti kvótának megfelelő válaszadó – az utolsó születésnap módszerével – került kiválasztásra. A megcélzott 800 fő sikeres lekérdezését összesen 12028 hívás eredményezte¹⁴. Végül a minta súlyozással került korrigálásra¹⁵.

Az alkalmazott kérdőív (*1. melléklet*) kérdései javarészt megegyeztek az 1995-ös egészségkép készítésénél használt kérdőív kérdéseivel. Kiegészítő kérdésként olyan kérdéseket is megfogalmaztam, amelyek a vizsgált téma szempontjából relevánsak, de a korábban használt kérdőívben nem szerepeltek. A zárt kérdésekként jellemzően ordinális és intervallum mérési szintű, skála-típusú kérdéseket¹⁶ használtam. A zárt kérdések mellett, a kérdőív nyitott kérdéseket is tartalmazott.

¹² A minta konfidencia-intervalluma 95%, hibahatára $\pm 3,5\%$ volt.

¹³ A kérdezést megrendelése alapján a Szocio-Gráf Piackutató Intézet call centere végezte.

¹⁴ Az összes híváskezdeményen belül 6702 esetben nem vette föl; 3361 esetben visszautasított; 71 esetben megszakadt; 1094 esetben mintán kívüli hívás volt. Az AAPOR 'Response Rate 6' definíciója szerint [AAPOR, 2011] ez az eredmény 7.96% válaszadói rátát jelent.

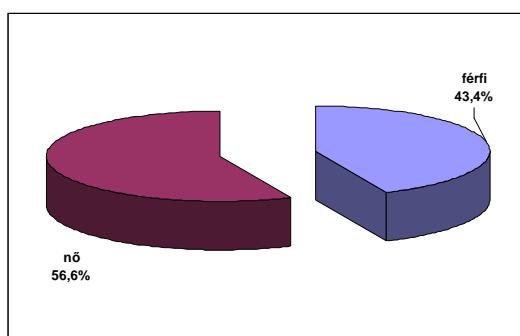
¹⁵ A minta súlyérték tartományának alsó és felső határát a 0,78 és az 1,43 értékek képezték.

¹⁶ Az intervallum mérési szintű skálák jellemzően Lickert-skálák voltak, ahol az értékelés ötfokozatú skálán történt: a skála 1-es értéke a szöveggörnyezetnek megfelelő a leginkább negatív véleményt, míg az 5-ös érték a leginkább pozitív véleményt jelezte.

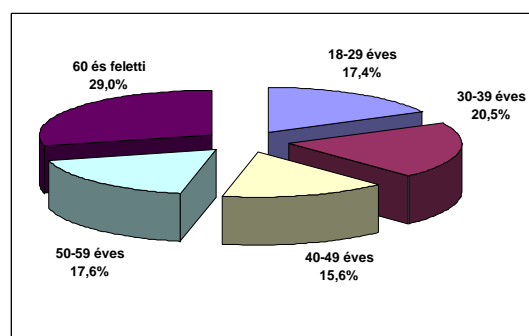
A jelenlegi adatgyűjtést követően kialakított adatbázis változóinak vizsgálatához a gyakorisági tábla elemzést, a kereszttábla-elemzést, valamint az egyutas variancia-analízist használtam. A változók közötti sztochasztikus kapcsolat ellenőrzéséhez a chí-négyzet próbát valamint a t-próbát alkalmaztam, és $p \leq 0,05$ esetén tekintetem a kapcsolatot statisztikailag szignifikánsnak.

E módszereken túlmenően, az egyéni életmód-jellemzők és az egészségmagatartás jellemzőinek összefüggéseit a korrespondencia-elemzés (Hajdu, 2003) módszerével tártam föl. A korrespondencia-elemzés outputjaként létrehozott korrespondencia-térkép¹⁷ a kereszttábla-elemzés adatait egy redukált, alacsony dimenziójú térben grafikus ábrává alakítja. A vizsgált változók egyik csoportja az egészségmagatartásra vonatkozó adatokat (pl. dohányzás rendszeressége) tartalmazza, míg a változók másik csoportja az adott egészségmagatartás egészségre gyakorolt hatásának értékelést (pl. a dohányzás veszélyeinek megítélése) mutatja. A módszer segítségével a sztochasztikus kapcsolat ellenőrzésén túl kimutathatóvá válik, hogy a vizsgált változók értékei közül melyek, és milyen kombinációban mutatnak egymással együttállást. Ily módon nem csak egy-egy változóérték-pár összefüggése tárható fel, hanem a vizsgált változók minden értékének egymáshoz való viszonya is becsülhető. Ezáltal egy-egy kérdés vizsgálata során a kereszttábla-elemzés nyújtotta lehetőségekhez képest átfogóbb, több szempontot egyidejűleg is figyelembe vevő megállapítások fogalmazhatóak meg.

A minta főbb háttérváltozóinak alapmegoszlásait az 1.-4. diagramok mutatják.

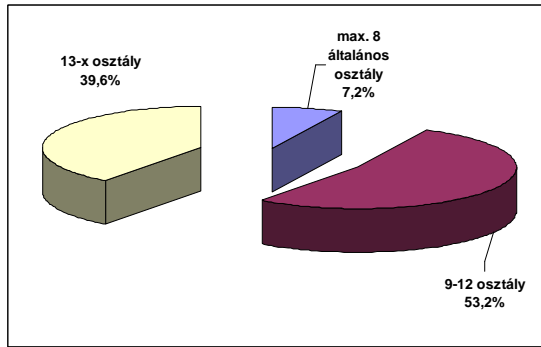


1. diagram: A válaszadók nemek szerinti megoszlása
Forrás: saját számítás

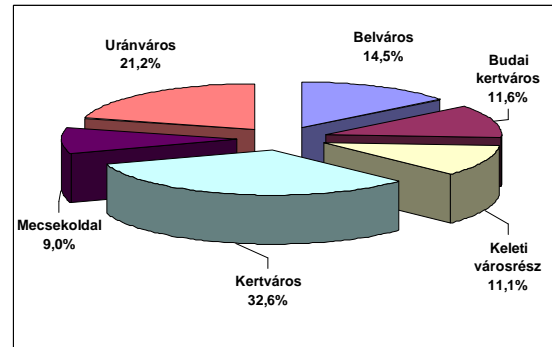


2. diagram: A válaszadók korcsoportok szerinti megoszlása
Forrás: saját számítás

¹⁷ A dolgozatban a 33., 34., 36., 38. diagramok jelenítenek meg korrespondencia-térképeket.



3. diagram: A válaszadók iskolai végzettség szerinti megoszlása
 Forrás: saját számítás



4. diagram: A válaszadók városrészek¹⁸ szerinti megoszlása
 Forrás: saját számítás

Az időbeni változások feltárását célzó összehasonlító vizsgálat során az 1995. évi és a 2012. évi lakossági adatfelvételek adatait elemeztem. A sztochasztikus kapcsolat vizsgálatához az egymintás t-próbát használtam, ahol az adott kérdés vonatkozásában a hipotetikus értéknek az 1995. évi adatfelvétel adatait tekintettem és $p \leq 0,05$ esetén értelmeztem az eltérést statisztikailag szignifikánsnak.

¹⁸ A városrészek lehatárolásához a 2010. évi helyhatósági választások választói körzeteit vettem alapul a következők szerint: Belváros: 6.vk, 7.vk, 8.vk.; Budai kertváros 4.vk, 5.vk; Keleti városrész (Hird-Vasas-Újhegy-Szabolcs) 1.vk, 2.vk, 3.vk; Kertváros: 14.vk, 15.vk, 16.vk, 17.vk, 18.vk, 19.vk.; Mecsek-oldal: 9.vk, 13.vk.; Uránváros: 10.vk, 11.vk, 12.vk.

5. PÉCS MEGYEI JOGÚ VÁROS EGÉSZSÉGGÉPE

Pécs Megyei Jogú Város első egészségképe 1996-ban került publikálásra. Az egészségkép kidolgozását a Fact Alapítvány szakértői végezték. A kutatáshoz és elemzéshez szükséges anyagi forrásokat az akkori Népjóléti Minisztérium és az OEP Kockázatkezelői Kuratóriumok Titkársága által kiírt pályázaton elnyert támogatás biztosította. Az egészségkép elkészítése mind hazai, mind nemzetközi vonatkozásban úttörő vállalkozás volt, mivel az EVM szakértői a pécsi munkálatok elindulását megelőzően nem sokkal tették közzé az egészségkép készítéséhez ajánlott indikátor-készletet, így a pécsi szakértők munkájuk során sem nemzetközi, sem hazai vonatkozásban más városok ez irányú korábbi tapasztalataira nem tudtak támaszkodni. A feladat sikeres elvégzését követően Pécs MJV Közgyűlése is megismerhette a városi egészségképben összegzett megállapításokat, míg a szakmai és a városi közélet a „*Tények tükrében Pécs város egészsége*” című kiadvány [Füzesi-Tistyán, 1996] közvetítésével kaphatott képet az eredményekről.

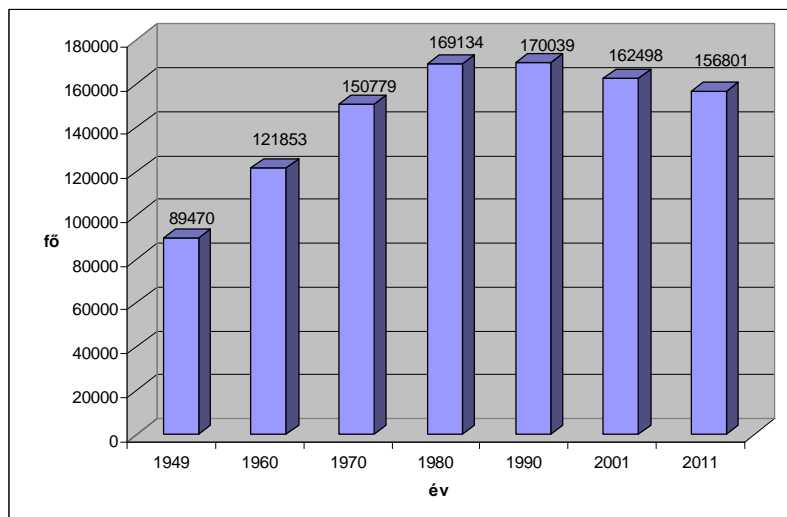
Az egykori és az aktualizált egészségkép eredményeinek és megállapításainak összehasonlításakor arra törekedtem, hogy érintsem azokat a témákat, amelyek az első egészségképben tárgyalásra kerültek. A városi lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezőkkel kapcsolatos aktualizált helyzetelemzés eredményeit – az átdolgozott indikátor-készlet struktúráját¹⁹ is figyelembe véve – a következő tematikus egységekbe rendeztem:

1. A város népességének demográfiai jellemzői
2. A város népességének mortalitási jellemzői
3. A városban hozzáférhető egészségügyi ellátás
4. A város környezet-egészségi jellemzői
5. Az egészséget befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezők helyzete a városban
6. Az egészséget befolyásoló életmód-hatások a város lakosai körében

¹⁹ Az indikátorok tárgyalásának sorrendjét illetően nem követtem minden esetben a WHO által ajánlott sorrendet, de minden olyan indikátor, amely Pécs város vonatkozásában relevánsnak bizonyult szerepel az egészségképben. Az egészségkép kidolgozása során nem használt indikátorokkal kapcsolatos megállapításokat a 6. fejezet tartalmazza.

5.1. A város népességének demográfiai jellemzői

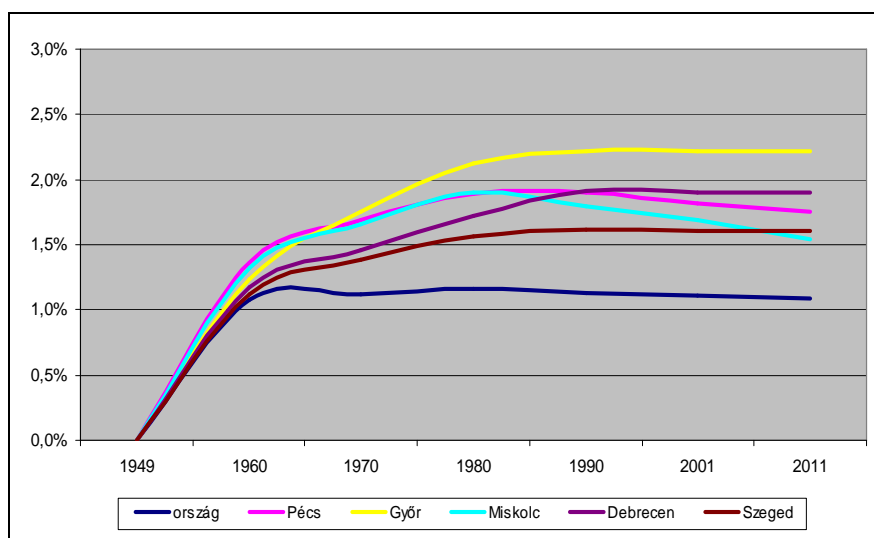
A népszámlálási adatok szerint a Pécs lélekszáma az ország intenzív iparosításának időszakától kezdődően a bányászat fellendülése miatt a rendszerváltás időszakáig emelkedett (5. diagram). A kilencvenes évek bányabezárásait követően az átalakuló a gazdasági viszonyok miatt a városban élők száma folyamatosan csökkent.



5. diagram: Pécs város lakosságának változása 1949-2011 között

Forrás: KSH T-STAR adatbázis

Az első egészségkép készítés évének pécsi lakosságához (172.177 fő) képest a vizsgált utolsó év lakosságának 8,9%-kal csökkent. A helyi lakosság-változás tendenciája az országos lakosság-változás tendenciájának viszonylatában azt mutatja, hogy Pécsen az 1990-es évek közepéig jelentősebb mértékű és ütemű lakosság-növekedés következett be, mint az ország össznépe esetében, azonban ezt a tendenciát a 90-es évek második felétől az országos helyzethez képest gyorsabb és nagyobb arányú népességfogyás váltotta fel (6. diagram).

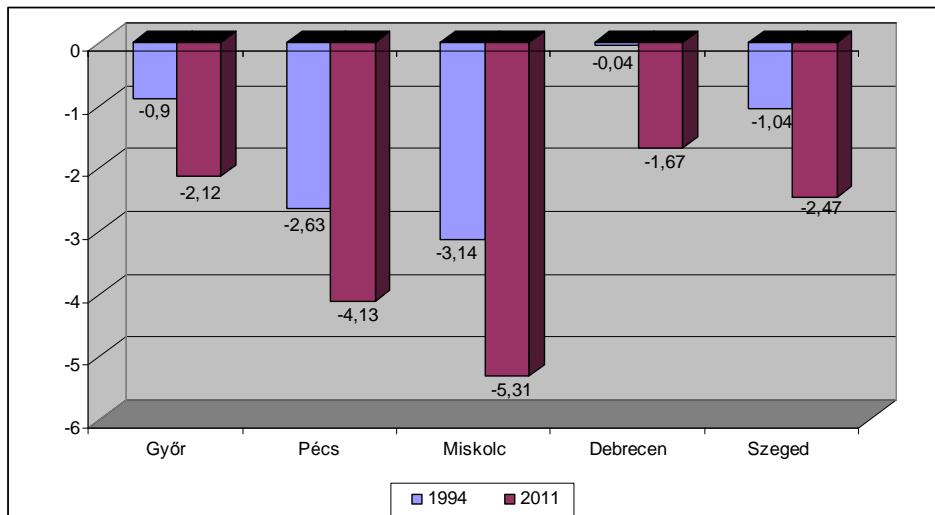


6. diagram: Az ország és a 100.000 fő feletti városok lakosságának változása 1949-2011 között az 1949. évi lakosság szám százalékában

Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

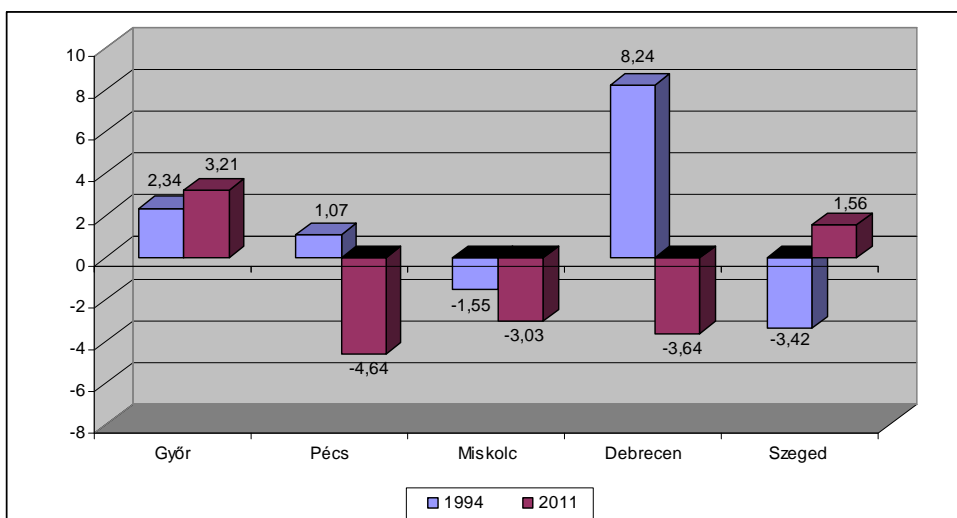
A 100.000 főt meghaladó városok lakosság száma vonatkozásában látható, hogy Miskolc és Pécs esetében hasonló lakosság szám-csökkenési tendencia a figyelhető meg, míg a többi vizsgált város esetén inkább az emelkedés vagy a stagnálás a jellemző.

A születések és halálozások különbsége Pécsen 1994 és 2011 között csaknem a duplájára nőtt (7. diagram). E változás eredményeként az ország 100.000 főt meghaladó lélekszámú városai közül Pécs városának az 1000 főre jutó 4,13 fő népességfogyás értéke a második legmagasabb népesség-deficit értékét jelenti.



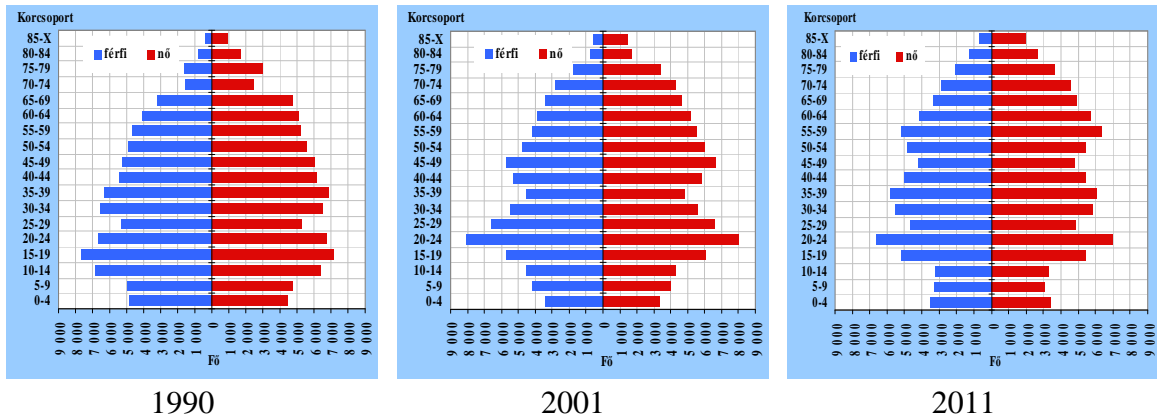
7. diagram: 1000 főre jutó természetes szaporodás a 100.000 főt meghaladó lakosságú városokban 1994, 2011
 Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

A vándorlási egyenleget tekintve (8. diagram) a vizsgált időszak elején a város még pozitív egyenleggel bírt, azonban a vizsgált utolsó évben a hazai nagyvárosok közül a legnagyobb mértékű elvándorlás Pécs esetében volt tapasztalható.

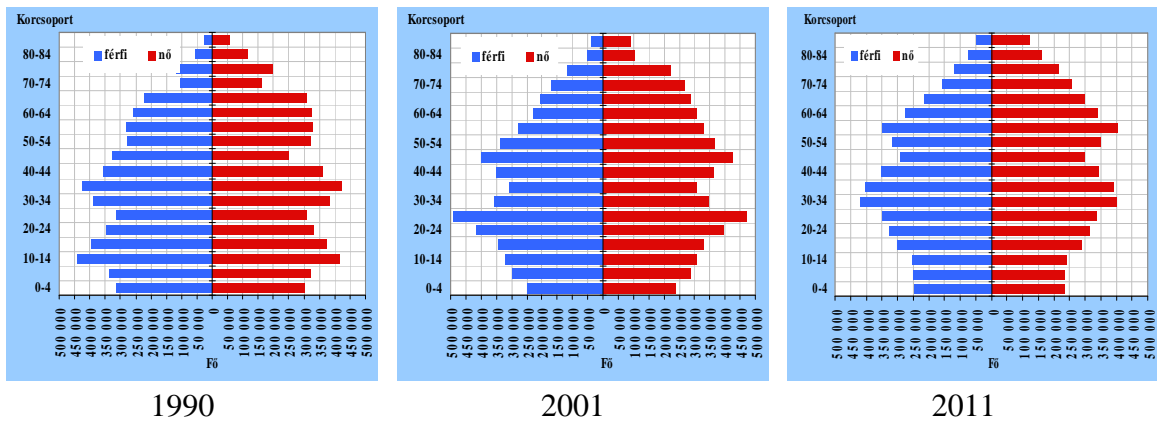


8. diagram: 1000 főre jutó vándorlási egyenleg a 100.000 főt meghaladó lakosságú városokban 1994, 2011
 Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

A város korfáját vizsgálva (9a.diagram) egyrészt a lakosság előregedése, másrészt a nemek közötti egyensúly eltolódása mutatkozik.



9a. diagram: Pécs korfája 1990, 2001, 2011
 Forrás: KSH Népszámlálás adatbázis



9b. diagram: Országos korfa 1990, 2001, 2011
 Forrás: KSH Népszámlálás adatbázis

Az öregedési index²⁰ Pécssett 1990-ben 91% volt, míg országosan 91,7%-ot tett ki. Ez az érték 2011-re helyi szinten 190%-ra, míg országos szinten 157%-ra változott. A férfiak és nők aránya Pécssett ugyanezen időszakban a 47,4% és 52,6%-ról 45,9% és 54,1%-ra változott, míg országosan a 48,5% és az 51,5% módosult 47,5% és 52,5%-ra. A pécsi adatok országos adatokkal való összevetését tekintve megállapítható, hogy a vizsgált időszakban a helyi népességen belüli nemi megoszlás változásának irányai és mértéke nem tért el jelentősen az ország egészére is jellemző folyamatoktól. Az öregedési index adatok azonban a Pécssett élő népességnek az országos népességhez képest gyorsabb ütemű előregedési folyamatát jelzik.

²⁰ Az öregedési index a 60 évesnél idősebb népesség 14 évesnél fiatalabb népességhez viszonyított arányát mutatja.

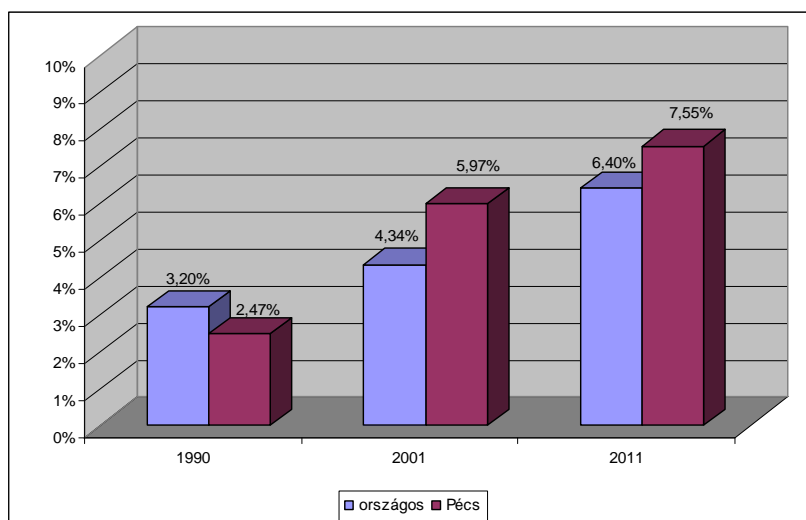
A lakosság iskolai végzettség szerinti megoszlását tekintve (1.táblázat) a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzettek aránya a rendszerváltást követően kevesebb, mint felére csökkent, de az utolsó évtizedben növekedni kezdett. A 9-12 osztályt végzettek aránya e tendencia tükörképét mutatja. A 13-x osztályt végzett lakosok aránya a vizsgált időszakban folyamatosan növekedett. Az országos helyzethez képest a pécsi lakosok iskolázottság szerinti megoszlása minden tekintetben kedvezőbb.

	1990		2001		2011	
	Pécs	országos	Pécs	országos	Pécs	országos
0 osztály	1,50%	1,97%	1,24%	1,73%	0,87%	1,18%
1-8 osztály	53,70%	61,23%	22,16%	48,96%	28,94%	36,26%
9-12 osztály	34,00%	29,20%	62,34%	39,47%	48,97%	47,02%
13-x osztály	10,80%	7,60%	14,26%	9,85%	21,23%	15,54%

1. táblázat: Pécs és az ország 7 évesnél idősebb lakóinak iskolai végzettség szerinti megoszlása 1990, 2001, 2011

Forrás: KSH Népszámlálás adatbázis és saját számítás

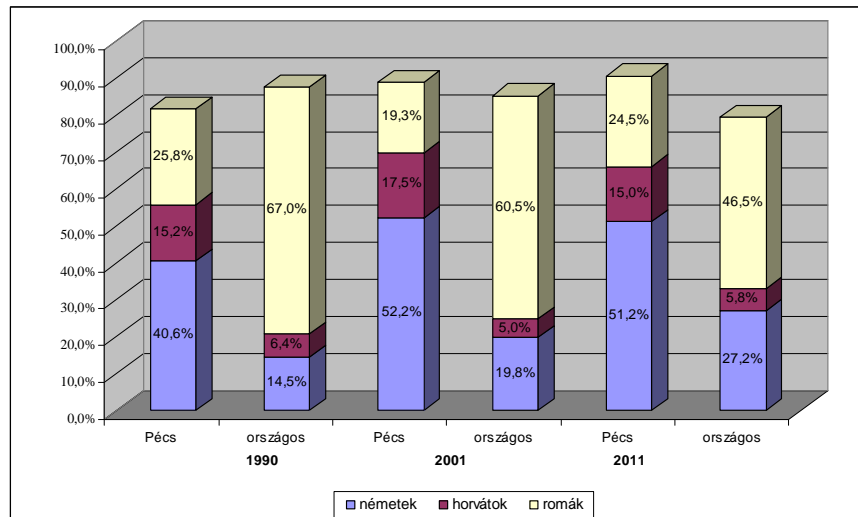
A város lakóinak nemzetiségi összetétele tradicionálisan vegyes képet mutat. Az ország egészére jellemző értékekhez képest Pécsen magasabb a magukat valamely magyarországi nemzeti kisebbséghez tartozónak vallók aránya, mint az ország egészére jellemző érték. A vizsgált időszakban Pécs városában megduplázódott (10.diagram) a magukat valamely nemzetiséghez tartozónak valló lakosok aránya.



10. diagram: A nemzetiségek aránya Pécs és az ország lakosságán belül 1990, 2001, 2011

Forrás: KSH Népszámlálás adatbázis és saját számítás

A legnagyobb lélekszámú nemzetiségként a horvátok, a németek és a romák jelennek meg a városban. Az összes nemzetiségben belül a helyi viszonylatban a németek teszik ki a legnagyobb hányadot, míg országos viszonylatban ez a romákra igaz. Ugyanakkor a horvátok és a németek pécsi reprezentációja az országra egyébként jellemző értéket meghaladja (11.diagram).



11. diagram: A horvát, a roma és a német nemzetiségek hányada az összes nemzetiségen belül Pécsen és országosan 1990, 2001, 2011

Forrás: KSH Népszámlálás adatbázis és saját számítás

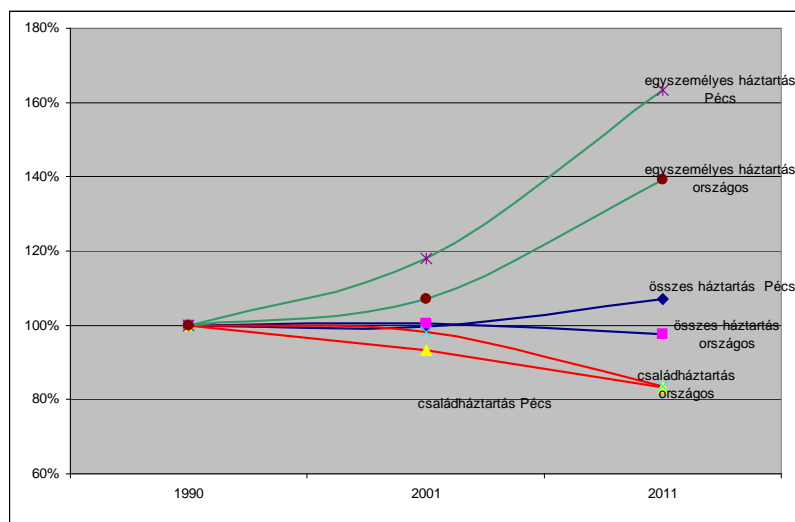
A társas kapcsolatokat és a családot, mint elsődleges segítő kapcsolatrendszert vizsgálva az állapítható meg, hogy a vizsgált időszak végére a háztartások száma mintegy 7%-kal növekedett. Külön figyelmet érdemel az egyszemélyes háztartások számának növekedése: a kezdeti év adataihoz viszonyítva az utolsó vizsgált évben több mint másfélszeresére növekedett e háztartástípusok száma. A családháztartások száma ugyanakkor mintegy ötödével csökkent (2.táblázat).

	1990	2001	2011
háztartások száma (db)	64483	64221	69058
családháztartás száma (db)	48383	45203	40262
egyszemélyes háztartás száma (db)	16100	19018	26277

2. táblázat: A háztartások összetételének változása Pécsen 1990, 2001, 2011

Forrás: KSH Népszámlálás adatbázis és saját számítás

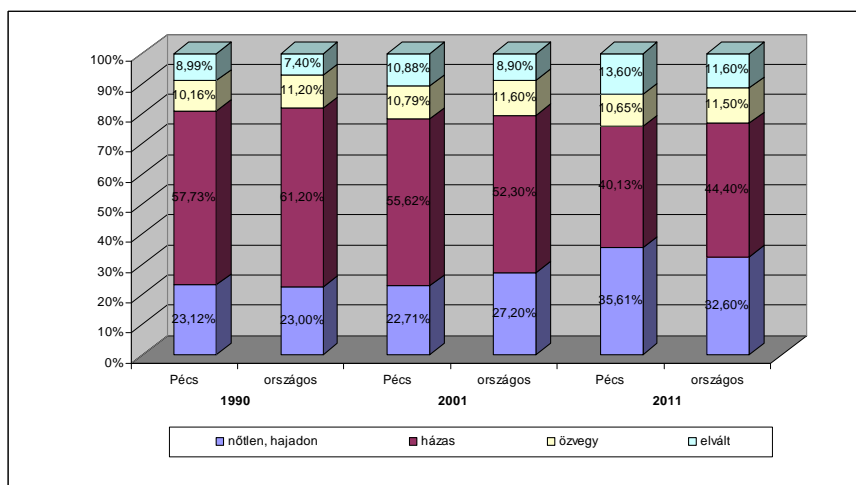
A háztartás-összetétel változás pécsi tendenciájának az országos trenddel való összevetése azt mutatja (12.diagram), hogy az 1990. évi értékhez viszonyítva mindkét relációban növekedett az egyszemélyes háztartások aránya, de ennek intenzitása Pécs esetében jelentősebb volt, mint az ország egészére jellemző növekedési ütem.



12. diagram: A háztartások összetételének változása Pécs és az ország egésze viszonylatában 1991, 2001, 2011 (bázisév 1990)
 Forrás: KSH Népszámlálás adatbázis és saját számítás

A háztartások átlagos létszáma ugyanakkor csökkent: míg 1994-ben 2,51 fő volt a városban az átlagos háztartás-létszám, addig 2011-ben ez az érték 2,15 főre módosult. Az országos érték – ha lényegesen kisebb mértékben is – szintén csökkenést mutat mivel az 1994-es 2,62 fő átlagos háztartás-létszám 2,58 főre változott. A háztartásokban élő családok száma a vizsgált időszakban sem helyi, sem országos szinten nem változott: túlnyomó többségében (98,7%) egy háztartásban egy család élt.

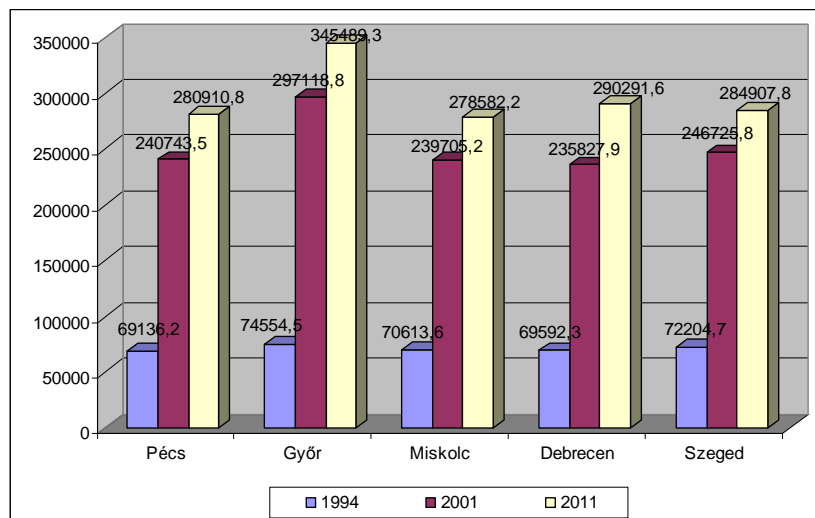
A háztartásokban élők családi állapotának alakulása nyilvánvalóan összefügg a háztartások összetételének változásával. Az egyszemélyes háztartások számának növekedésével párhuzamosan növekedett az önálló háztartást alkotó nőtlenek és hajadonok aránya, amely érték Pécs viszonylatában az ország egészére jellemző értéket meghaladta. Az elváltak aránya Pécsen szintén magasabb volt, mint az ország egészére jellemző érték (13. diagram).



13. diagram: A családi állapot alakulása Pécs és az ország egésze viszonylatában 1990, 2001, 2011
 Forrás: KSH Népszámlálás adatbázis és saját számítás

A város demográfiai jellemzőit tekintve külön figyelmet érdemelnek az egyetemisták. A Pécsi Tudományegyetem az egyik legnagyobb hallgatói létszámmal működő magyarországi egyetem, amelynek 1994-ben 8000 hallgatója, míg 2011-ben közel 30000 hallgatója volt. A város egyetemén tanuló diákok között jelentős csoportot alkotnak a külföldi hallgatók, akiknek az összlétszáma a vizsgált időszak utolsó évében a meghaladta a 2000 főt.

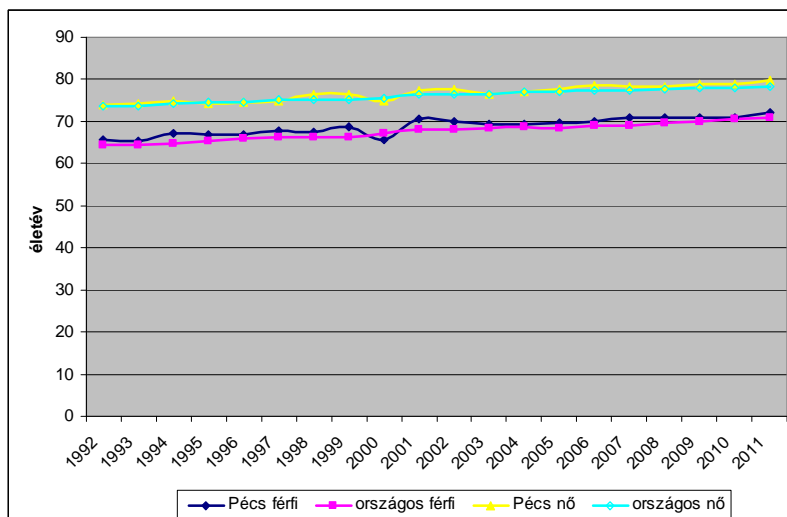
A helyi gazdasági viszonyok alakulását érzékelteti az egy adózóra jutó személyi jövedelemadó összegének alakulása (14.diagram). E mutató a vizsgált hazai nagyvárosok viszonylatában mindenhol jelentősen emelkedett, Pécs – ugyan csak minimális különbséggel – az utolsó előtti helyet foglalta el.



14. diagram: Az egy adózóra jutó személyi jövedelemadó összegének alakulása a 100.000 főt meghaladó lélekszámú hazai városokban 1994, 2001, 2011
 Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

5.2. A város népességének mortalitási jellemzői

A születéskor várható élettartam mind az ország egészét mind a helyi viszonyokat tekintve egyaránt folyamatosan javuló tendenciát mutatott. Pécs vonatkozásában kivételt a 2000. év jelentett, amikor is városban lakók születéskor várható élettartama nem érte el az országos értéket (15. diagram).



15. diagram: Születéskor várható élettartam nemenként Pécsen és országosan 1992-2011 között
Forrás: KSH T-STAR adatbázis

A vizsgált időszakban a 30-35 éves pécsi lakosok várható életkilátásai a férfiak esetén javulást, míg a nők esetén rosszabbodást mutatnak (3. táblázat), ami a nemek közötti életesély-különbség csökkenését is eredményezte. Ugyanakkor 45-50 éves korban már mindkét nem esetén a várható életkilátások tekintetében a javulás a jellemző, és a nemek közötti életesély-különbség is növekedett.

év	30-35 éves korban		45-50 éves korban	
	férfi	nő	férfi	nő
1994	38,1	45,9	25,1	31,7
2011	43,2	44,9	28,7	35,2

3. táblázat: 30-35 és 45-50 éves korban várható élettartam Pécsen nemenként 1994, 2011
Forrás: Füzesi-Tistyán 1996, és KSH T-STAR adatbázis

A halálozási viszonyok a vizsgált időszakban szintén fokozatosan javuló tendenciát mutattak. Különösen a férfiak halandósági adatai változtak kedvezően, mivel az 1000 lakosra jutó halálozás csaknem egy fővel csökkent (4. táblázat), és az 1994. évi demográfiai adatok bázisán standardizált arányszámok is a halálozási mutatók kedvező alakulását jelzik. A pécsi lakosság csökkenő halálozási tendenciájának iránya megegyezik az országos tendencia irányával, mértéke azonban azt mind a nők, mind a férfiak esetében meghaladja.

év	Pécs			országos			standardizált arányszám Pécs (bázisév 1994)
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	
1992	6,88	6,52	13,40	7,68	6,67	14,34	13,06
1993	6,86	6,33	13,19	7,77	6,73	14,50	12,82
1994	6,45	6,13	12,58	7,60	6,59	14,19	12,58
2009	6,27	6,45	12,72	6,61	6,39	13,00	11,37
2010	6,61	6,71	13,32	6,50	6,52	13,03	11,87
2011	5,93	6,24	12,17	6,40	6,50	12,90	11,09

4. táblázat: 1000 lakosra jutó halálozás nemek szerint
Pécsett és országosan 1992-1994, 2009-2011
Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

A halandósági adatok iskolai végzettség szerinti elemzésének eredményei (5. táblázat) alapján az állapítható meg, hogy a legalacsonyabb és a legmagasabb iskolai végzettségű csoportok esetén az 1000 főre jutó halálozás a pécsi lakosok esetén közel 1 fővel meghaladta az országos átlagot, és a 9-12 osztályt végzett helyi lakosok halálozási értékeinél legalább kétszer magasabb.

	0-8 osztály		9-12 osztály		13-x osztály	
	Pécs	országos	Pécs	országos	Pécs	országos
1992-1994	5,69	6,30	5,16	5,18	8,65	4,31
2009-2011	9,38	8,98	3,58	3,09	7,40	6,63

5. táblázat: 1000 megfelelő iskolai végzettséggel rendelkező lakosra jutó halálozás Pécsett és országosan
Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

A halálozási adatok 1994. és 2011. közötti értékeinek foglalkozási viszonyok szerinti összehasonlítását az idő közben a foglalkozási viszonyok besorolásában bekövetkezett változások nem teszik ugyan lehetővé, de a rendelkezésre álló adatok (6. táblázat) alapján az állapítható meg, hogy a köztisztviselők és közalkalmazottak, valamint az alkalmazottak tekintetében az 1000 nagykorú lakosra jutó halálozás Pécsett az országos értékeket jelentősen meghaladta.

	Pécs	országos
köztisztviselő, közalkalmazott	1,81	1,00
egyéni vállalkozó	0,26	0,24
alkalmazott	10,35	8,80
szövetkezeti tag	0,16	1,04
egyéb	2,54	4,89

6. táblázat: Foglalkozási viszony szerint 1000 felnőtt korú lakosra jutó halálozás
Pécsett és országosan, 2011
Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

Az öt vezető halálok között ugyan azok az okok szerepelnek helyi szinten, mint az ország egészét illetően. Az egyes halálokok 100.000 lakosra jutó számának sorrendjében az adatsorok között már több eltérés is mutatkozik: 2011-ben Pécsett a

légzőrendszer betegségei több mint 25%-kal több ember halálát okozták, mint az ország más területein (7.táblázat). Az daganatos betegségek, a keringési rendszer betegségei, az emésztőrendszer betegségei és a külső okok miatt bekövetkezett halálesetek száma ugyanakkor elmaradt az országos értékektől. Az időbeni összehasonlítást tekintve a daganatos betegségben elhunytak száma az országos szinten 5%-kal, míg Pécsen 17%-kal emelkedett. A légzőrendszer betegségeiben meghaltak száma országos viszonylatban nem változott, míg a pécsi lakosság esetében mintegy 15%-os növekedés volt regisztrálható. A keringési rendszer betegségeiben meghaltak száma ugyanakkor országosan 10%-kal, míg Pécsen 16%-kal csökkent. A javulás ellenére az e területen korábban is igen magas halálozás továbbra is kiemelkedően magas maradt. Mindezek alapján megállapítható, hogy a pécsi lakosság vezető halálai között az országos értékeket meghaladó gyakorisággal szerepelnek a daganatos betegségek és a légzőrendszer betegségei, és ez a helyzet 1994 óta nem változott jelentősen.

	1994		2011	
	Pécs	országos	Pécs	országos
Daganatok	297,95	318,77	349,49	333,21
Keringési rendszer betegségei	611,58	715,00	517,85	643,40
Légzőrendszer betegségei	77,83	66,42	89,29	66,03
Emésztőrendszer betegségei	92,35	116,60	66,33	73,16
Mortalitás külső okai	93,51	114,51	58,67	67,28

7. táblázat: Vezető halálokok 100.000 lakosra jutó száma Pécsen és országosan 1994, 2011
 Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

A javuló életkilátások mellett a terhesség-megszakítások száma is kedvező tendenciát mutat (8.táblázat).

	Pécs	országos
1992	751,5	715,3
1993	673,6	643,0
1994	706,7	644,4
2009	460,7	447,7
2010	441,6	447,8
2011	457,4	436,6

8. táblázat: 1000 élve születésre jutó abortuszok száma Pécsen és országosan 1992-1994, 2009-2011
 Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

Annak ellenére is, hogy a vizsgált időszak kezdetéhez képest az abortuszok számát illetően mind helyi, mind országos szinten jelentős csökkenés tapasztalható, 2011-ben Pécsen mégis kettő elveszülésre egy abortusz jutott.

5.3. A városban hozzáférhető egészségügyi ellátás

Pécs városában az egészségügyi ellátások hozzáférhetősége kedvezőnek értékelhető, mivel az alapellátás, a járóbeteg szakellátás és a fekvőbeteg-ellátás teljes vertikuma rendelkezésre áll.

5.3.1. Alapellátás

Az egészségügyi alapellátás részeként működő háziorvosi körzetek két szempontból is meghatározó jelentőségűek: egyrészt a város lakói betegségük esetén jellemzően ezt az ellátási formát veszik első segítségként igénybe. Másrészt ezen ellátás biztosítása a települési önkormányzat kötelezettségei közé tartozik, így a működési feltételek jelentős részének alakítása a helyi döntéshozók kompetenciájába tartozik.

A háziorvosi ellátást biztosító orvosok száma a vizsgált időszakban emelkedett, így – a lakosságszám csökkenését is figyelembe véve – mind a felnőtt, mind a gyermek praxisok esetén az ellátottak szempontjából az egy körzetre jutó betegszám (9.táblázat) kedvezően alakult. Az országos adatokkal való összevetés szintén a helyi változás pozitív voltát támasztja alá.

	1000 főre jutó háziorvosok száma		egy felnőtt körzetre jutó betegszám		egy gyermek körzetre jutó betegszám	
	Pécs	országos	Pécs	országos	Pécs	országos
1994	0,66	0,63	1749,29	1540,19	1050,77	1754,25
2011	0,81	0,65	1483,40	1637,62	673,38	1265,89

9. táblázat: A háziorvosi ellátás mutatói pécsi és országos viszonylatban 1994, 2011
Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

A felnőtt háziorvosi körzetek esetén mintegy 5%-kal növekedett az évi esetszám és az egy igénybevételre jutó rendelési idő ugyanilyen arányban csökkent (10.táblázat). A gyermekorvosi ellátás esetén az esetszám-csökkenés 3% volt, amely változás az egy igénybevételre jutó rendelési idő azonos arányú növekedését eredményezte. A pécsi helyzet a felnőtt háziorvosi ellátás esetén az országos helyzethez képest kedvezőbben változott, mivel a felnőtt háziorvosi körzetre jutó esetszám országosan több mint 15%-kal növekedett. A gyermekorvosi körzetek esetén a helyi és az országos változás iránya és mértéke megközelítőleg azonos volt.

	egy felnőtt háziiorvosi körzet évi esetszám		egy gyermek háziiorvosi körzet évi esetszám		felnőtt háziiorvosi körzetben egy igénybevételre jutó rendelési idő (perc)		gyermek háziiorvosi körzetben egy igénybevételre jutó rendelési idő (perc)	
	Pécs	országos	Pécs	országos	Pécs	országos	Pécs	országos
1994	9949,2	10 113	7121,7	7294,3	12,0	11,8	16,8	16,4
2011	10517,6	11675,6	6857,6	6984,5	11,4	10,3	17,5	17,2

10. táblázat: A háziiorvosi ellátás esetszámai és rendelési idő adatai pécsi és országos viszonylatban 1994, 2011

Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

A védőoltások tekintetében a tuberkulózis elleni BCG védőoltás, a diftéria-tetanusz pertussis elleni 2, 3, 4, 18 hónapos és 3 éves korhoz kötött oltás, valamint a morbilli-mumpsz-rubeola oltások esetén a vizsgált időszak egészében a teljes körű átoltottság volt a jellemző.

5.3.2. Járóbeteg-szakellátás

A járóbeteg-szakellátás feladatait részint az Önkormányzat által üzemeltetett Egyesített Egészségügyi Intézmények, részint a Pécsi Tudományegyetem klinikái biztosították. A városban működő intézmények által együttesen ellátott gyógykezelési esetek száma (11.táblázat) mintegy duplája az országos átlagnak, és a vizsgált időszakban – mind helyi mind országos szinten – mintegy ötödével csökkent.

	ezer főre jutó gyógykezelési esetek száma		ezer főre jutó évi teljesített szakorvosi munkaórák száma		egy vizsgálati esetre jutó szakorvosi munkaóra	
	Pécs	országos	Pécs	országos	Pécs	országos
1994	16352,16	8 732	1574,05	1 066,40	0,10	0,12
2011	13638,85	7 323	4648,55	1 847,75	0,34	0,25

11. táblázat: A járóbeteg-szakellátás mutatói pécsi és országos viszonylatban 1994, 2011

Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

Az egy vizsgálati esetre jutó szakorvosi munkaóra mértéke Pécssett háromszorosára, míg országos viszonylatban a kétszeresére növekedett. A Pécssett rendelkezésre álló járóbeteg-szakellátási kapacitást igénybe vevőknek a 46%-át tették ki a helyi lakosok.

5.3.3. Fekvőbeteg-ellátás

A fekvőbeteg-ellátást a városban a Pécs Tudományegyetem klinikái biztosítják²¹. A működő kórházi ágyak száma a vizsgált időszakban ugyan harmadával csökkent (12.táblázat), de az elbocsátott betegek száma csaknem háromnegyedével növekedett,

²¹ A fekvőbeteg-ellátás területén 2010-ben ellátási integráció történt, amely eredményeként a korábban önálló intézményként működő ellátóhelyek – Baranya megyei Kórház és a Honvédkórház – a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjának részeként folytatták működésüket.

míg az egy főre jutó ápolás időtartama közel felére rövidült úgy, hogy az OEP által engedélyezett ápolási kapacitás számottevően nem változott.

	ezer főre jutó működő kórházi ágy		egy kórházi ágyra jutó elbocsátott betegek száma		az OEP által engedélyezett ápolási napok kihasználtsága		egy főre jutó ápolási nap	
	Pécs	országos	Pécs	országos	Pécs	országos	Pécs	országos
1994	15,39	9,51	28,24	23,72	71,33%	74,21%	9,21	11,30
2011	11,52	7,13	49,28	34,97	76,13%	75,97%	5,68	7,93

12. táblázat: A fekvőbeteg-ellátás mutatói pécsi és országos viszonylatban 1994, 2011
Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

Az országos helyzethez viszonyítva a helyi fekvőbeteg-ellátás vizsgált mutatói minden tekintetben kedvezőbb relációt tükröznek. A pécsi lakosok a fekvőbeteg-ellátás teljes kapacitásának 38,3%-át vették igénybe.

5.4. A város környezet-egészségi jellemzői

A környezetvédelem és így a környezet-egészségi kockázatok csökkentése területén Magyarország 2004-ben történt Európai Unióhoz való csatlakozása jelentős pozitív változásokat hozott. Számos területen váltak érvényessé az unió-szintű jogforrások, amelyek betartása a csatlakozást követően kötelezettséggé vált, de az ebből következő feladatok elvégzéséhez a támogatási források is javarészt rendelkezésre álltak. Ily módon a vizsgált időszak második felében több olyan – elsősorban a települési közegészségügyi viszonyok javítását is érintő – infrastrukturális fejlesztés történt, amelyek közvetve vagy közvetlenül támogatták az egészséges városi életkörülmények kialakítását.

A város környezet-egészségi jellemzőinek leírásához felhasznált adatok és információk forrását egyrészt a Pécs Megyei Jogú Város vizsgált időszakban készült Környezetvédelmi Programjai (1999, 2006, 2011), másrészt az adatforrásként megjelölt publikus szakadatbázisok jelentették. Az e területre vonatkozó lakossági vélemények megismeréséhez Pécs városa által 2010. óta évente rendszeresen végzett, a városi közszolgáltatásokat biztosító cégek szolgáltatásaival való lakossági elégedettséget mérő véleménykutatás 2011. évre vonatkozó adatait és a saját kérdőíves adatgyűjtésem adatait egyaránt felhasználtam.

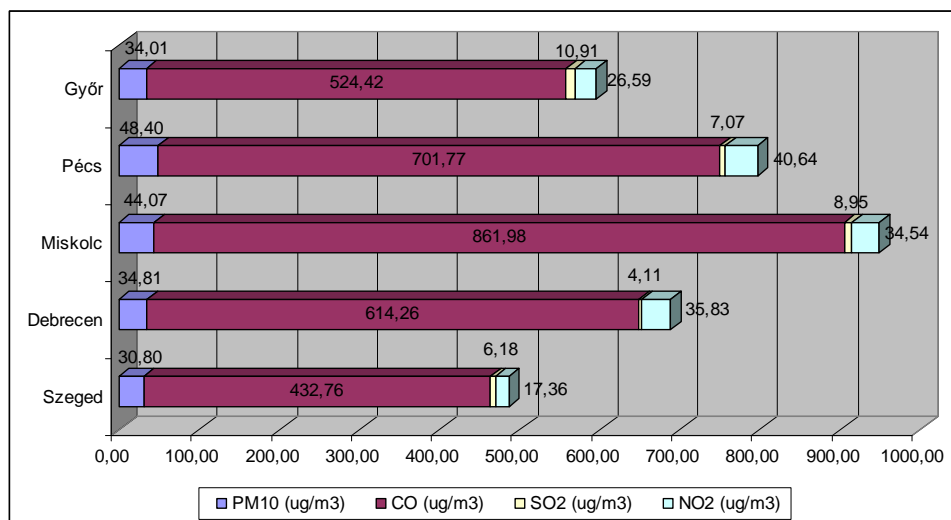
5.4.1. Levegőtisztaság

A város levegőtisztaságának leírásához – a városi Környezetvédelmi Programban (PKVP) is alkalmazott megközelítésnek megfelelően – a szén-monoxid a kén-dioxid, a nitrogén-dioxid, valamint a szálló por (PM10) értékeinek elemzését alkalmaztam. Az egyes elemek koncentrációinak éves átlagait a 13. táblázat mutatja.

	szálló por (PM10) (határérték 40 µg/m ³ , éves átlag)	szén-monoxid (határérték 3000 µg/m ³ , éves átlag)	kén-dioxid (határérték 50 µg/m ³ , éves átlag)	nitrogén-dioxid (határérték 40 µg/m ³ , éves átlag)
1994	280,5	n.a.	11,5	36,5
2011	48,4	701,77	7,07	40,64

13. táblázat: A légszennyező elemek koncentrációjának éves átlagai Pécsen 1994, 2011
Forrás: Országos Légszennyezettségi Mérőhálózat <http://www.kvvm.hu/olm> letöltve: 2013.05.08.

A vizsgált elemek koncentrációjának éves átlagait összehasonlítva megállapítható, hogy Pécs városának levegőminősége a többi nagyvároshoz képest meglehetősen rossz (16. diagram), mivel csak egyetlen vizsgált városban kedvezőtlenebb a helyzet. Nincsen továbbá olyan elem, amely esetén az lenne megállapítható, hogy Pécsen a leginkább kedvező a helyzet. Ugyanakkor a szálló por és a nitrogén-dioxid koncentrációja tekintetében a legrosszabb helyzet Pécsen tapasztalható.



16. diagram: A vizsgált légszennyező elemek koncentrációjának éves átlagai a 100.000 főt meghaladó lélekszámú hazai városokban, 2011
Forrás: Országos Légszennyezettségi Mérőhálózat <http://www.kvvm.hu/olm> (letöltve: 2013.05.08.)

Pécs városa levegőjének porterhelése döntően a fűtésből, a tüzelésből és a szilárd anyagot kibocsátó ipari technológiák alkalmazásából származik. Jelentős továbbá a város forgalmasabb közútjai mentén az útburkolat porzásából származó terhelés is. A szálló por 10 µm alatti frakciójának (PM10) koncentrációja – amely meghatározó

egészségi kockázatot jelenthet – a vizsgált időszak elején többszörösen is meghaladta az egészségi határértéket. Ugyanakkor a Hőerőmű széntüzelésének 2004-ben történt megszüntetésével párhuzamosan felszámolásra került a fűtőmű szénellátását biztosító külszíni bányászat és a tüzelési hulladék (hamu, pernye) lerakása, így szállópor terhelést tekintve jelentős mértékű csökkenés következett be. Mindazonáltal a földgáz árának emelkedésével az elmúlt öt évben a lakossági és közületi fogyasztók fa (biomassza) és szén fűtőanyag-felhasználása jelentősen megnövekedett, ami meghatározó módon járult hozzá a PM10 kibocsátás emelkedéséhez. Erre vezethető vissza, hogy a 2011-2012 fűtési időszakban a város területén háromszor is el kellett rendelni a szmogriadó tájékoztatási fokozatát.

A szén-monoxid kibocsátás döntően a közlekedésből és a fűtésből származik, de az éves levegőterheltségi szint határértékét nem érte el. E tekintetben meghatározó, hogy Pécs város lakó- és egyéb intézményi épületeinek fűtésében és használati meleg vízzel történő ellátásában jelentős szerepet játszik a távfűtés, ami 31 ezer lakás és 1000 intézmény számára biztosít szolgáltatást. Mivel a tüzelőanyag elégetése a lakóépületektől távol, hatékonyabb tüzelőberendezések alkalmazásával történik, így az emisszió a közvetlen lakókörnyezet levegőjét nem szennyezi. További előnyt jelent az is, hogy az ipari méretű fűtőerőmű hatékony légszennyezőanyag-kibocsátást csökkentő filtereket alkalmaz, így a határértékeket meg nem haladó légszennyező anyag kibocsátással üzemeltethető.

A kén-dioxid emisszió elsősorban az ipari tevékenységekhez kapcsolódóan jelenik meg, de a vizsgált időszakban ezen elem koncentrációja alacsony értéket mutatott és a vonatkozó jogszabály által megállapított $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ éves maximális levegőterhelési határérték alatt maradt. Az ipari eredetű légszennyező anyagok kibocsátását tekintve 2004. előtt a Pannon Hőerőmű Zrt. létesítményei voltak a meghatározóak. A technológiaváltás eredményeként a kén-dioxid kibocsátás szinte megszűnt, a szénmonoxid és a szilárd kibocsátás jelentősen, míg a nitrogén oxidok kibocsátása kisebb mértékben csökkent. A város területén lévő egyéb ipari üzemek légszennyező anyag kibocsátásai a jogszabály által megállapított határértéket nem lépik túl, ennek következtében a város levegőjének a minőségére gyakorolt hatásuk nem meghatározó.

A nitrogén-dioxid koncentrációjának alakulásban a közlekedés a meghatározó. Az éves terhelés átlagos mértéke meghaladta az egészségre veszélyes határértéket, ebből

következően az év során több alkalommal is a határértéknél magasabb koncentráció alakult ki. A közlekedésre visszavezethető légszennyezés tekintetében a Belváros, a vasútállomás környéke, valamint a főbb közúti közlekedési útvonalak (Rákóczi u., József A. u., Zsolnay V. u. 6. sz. főközlekedési u.) mentén elterülő lakóövezetek tekinthetők fokozottan veszélyeztetett területekként.

A családi házas területeken tavasszal és ősszel rendszeres a kerti hulladék égetése, ami a környezetvédelmi szempontokat figyelembe véve előnytelen. A helyi önkormányzat ennek megfelelően meghatározta, hogy milyen időintervallumban és milyen feltételekkel lehet a kerti hulladékot elégetni, mivel a környezetvédelmi szempontoknak megfelelő komposztálás feltételei jelenleg még teljes körűen nem adóttak.

Pécs levegőminőségét jelentősen befolyásolja, hogy a korábbi városfejlesztési tevékenységek során a lakóövezetek átszellőzésének biztosítása nyilvánvalóan nem jelentett prioritást, így a magas házakkal körülvett területek levegőminősége még határérték alatti kibocsátások esetén is kifogásolható lehet. További probléma e területen, hogy a Mecsekoldal beépítésével a természetes szélcsatornák átszellőzéshez való hozzájárulása jelentősen lecsökkent (PKVP, 2011).

A város levegőjének tisztaságát a helyi lakosok inkább kedvezőtlennek, mit kedvezőnek ítélték, mivel egy ötfokozatú skálán kifejezett vélemények átlagértéke 2,74 volt.

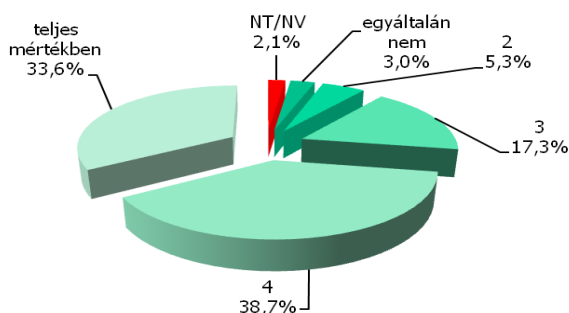
5.4.2. Vízzminőség

A város elfolyó felszíni vizeit elsősorban a Pécsi víz vezeti el. A vízfolyás az 1990. és 1997. közötti időszakban – az egykori bányaterületek meddőhányóiról és zagykazetták környezetéből lefolyó erősen szennyezett vizek, valamint a Bőrgyár, a Húsüzem továbbá a Szennyvíztisztító telep kibocsátásai miatt – már a felső szakaszától kezdődően V. osztályú erősen szennyezettnek minősült (PKVP, 1999). Az azóta eltelt időben elvégzett rekultivációs munkák és a jelentősebb szennyező üzemek bezárásának ellenére 2011-ben a Pécsi-víz tuskésréti szelvényében a Karolina külfejtésből továbbra is bemosódó sótartalom koncentrációja még mindig magas volt, valamint az oxigén-telítettség komponensek romlottak. A többi vizsgált komponens (KOI_{sp}, NH₄-N, összes foszfor) értéke stagnált. A Pécsi-víz alsó szakaszán minden komponens esetében javulás volt tapasztalható.

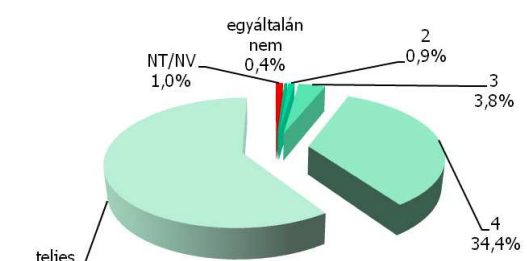
A felszín alatti vízbázisok védelme érdekében a bányászati rekultivációhoz kapcsolódóan a vízfeltelés ellenőrzése 9 db rétegvízfigyelő és 5 db talajvízfigyelő kúttal történt. A szénkülfejtések környezetében további 6 db figyelőkút szolgált a talajvíz állapotának a figyelésére. Az üzemanyag és egyéb vegyi anyagok tárolását ellenőrző figyelőkutak nem mutattak szennyeződést. Az építési-bontási hulladék lerakására szolgáló Pécsváradi úti homokbánya mellett lévő figyelőkút vizében az oldott anyag mennyisége az utóbbi években lehullott jelentős mennyiségű csapadék miatt enyhén megemelkedett. A Pellérdi országúti szennyvíztelep környezetében lévő 7 db figyelőkút ellenőrzése során sem a talajvízben sem pedig a sekély rétegvízben szennyezőanyag a vizsgált időszak végéig nem volt kimutatható (PKVP, 2011).

A városi ivóvíz minőségét illetően megállapítható, hogy a felszín alatti vizek esetén jelentős és állandó szennyezés a vizsgált időszakban nem történt. A közüzemi ivóvízellátás alapját a Pellérdi és Torgyogói víznyerő terület, a Tetteyi karsztforrás, az Űszögi vízmű és a Mohácsi parti szűrősű vizek biztosítják. A „Pécs sérülékeny vízbázisának védelme” ISPA projekt 2011-ben történt befejezését követően a lakások mintegy 99%-a számára a vezetékes ivóvíz- és szennyvízhálózat szolgáltatásainak igénybevétele rendelkezésre áll. A szélsőségesen magas beruházási költségek miatt nem csatornázott területeken és a csatornára rá nem kötött létesítményekben a folyékony hulladék elszállítása egyedileg gyűjtött megoldással biztosított. A begyűjtött szennyvíz ártalmatlanítása a városi tulajdonban lévő Tettye Forrásház Zrt. tisztítóüzemében történik.

A vízminőséggel összefüggésbe hozható tömeges méretű vagy járványszerű megbetegedés – illetőleg maradandó egészségkárosodás – a vizsgált időszakban nem fordult elő. A városlakók több mint háromnegyed, a városban rendelkezésre álló víz és szennyvízszolgáltatással egyértelműen elégedett (17.-18. diagramok).



17. diagram: A vezetékes ivóvíz szolgáltatással való elégedettség Pécs, 2011
 Forrás: Pécs MJV Polgármesteri Hivatala Referatúra Főosztály



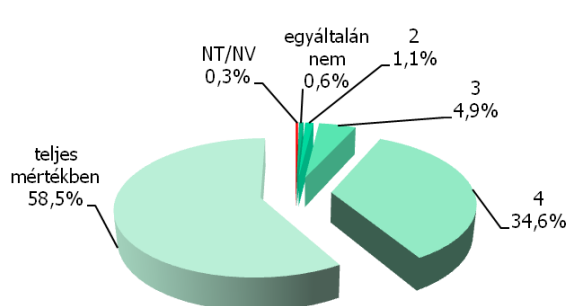
18. diagram: A szennyvízszolgáltatásokkal való elégedettség Pécs, 2011
 Forrás: Pécs MJV Polgármesteri Hivatala Referatúra Főosztály

5.4.3. Hulladékkezelés

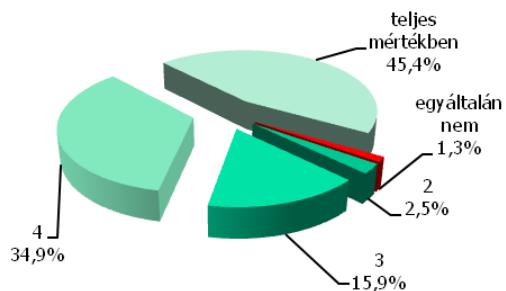
A települési hulladékkezelés módját az 1995. évi LIII. törvény a környezet védelmének általános szabályairól, valamint a 2000. évi XLIII. törvény a hulladékgazdálkodásról jogforrások kötelező érvénnyel pontosan szabályozzák, és az ezektől való eltérést szankcionálják. A vizsgált időszakban a városban működő hulladékkezelési rendszer az említett jogszabályi előírásoknak megfelelt. A háztartási szilárd-hulladékgyűjtés és kezelés szolgáltatásokat a város tulajdonában lévő BOKOM Környezetgazdálkodási és Városüzemeltetési Kft. végzi. Az ellátott háztartások számát tekintve Pécs városában a folyamatosan javuló tendencia a jellemző, miáltal a vizsgált időszak utolsó harmadára a szolgáltatásba bekapcsolt háztartások aránya elérte a 99%-os értéket. A hulladékgyűjtésbe be nem kapcsolt részek jellemzően a Mecsekoldali zártkertes területek és a külterületek voltak. Ezen túlmenően a szolgáltató önként vállalt feladatként 1999. évtől a város egészére kiterjedő gyűjtőpontos és házhoz menő szelektív gyűjtést és hulladékudvar szolgáltatásokat biztosít, valamint a családi házas beépítésű lakóövezetekben a zöldhulladék szelektív gyűjtését is elvégzi.

A város területén szervezett formában ömlesztve gyűjtött települési szilárd hulladék 2010 közepéig a Pécs-Kökényi, utána a Görcsönyi hulladékkezelő központban lerakással kerül ártalmatlanításra. A hulladékgazdálkodási rendszer továbbfejlesztéseként Pécs városa a Dél-Dunántúli régió 312 településével együtt valósítja meg a Mecsek-Dráva hulladékgazdálkodási programot, amelynek keretében 2014. év során egy korszerű regionális hulladékgazdálkodási rendszer kiépítése fejeződik be a térségben. A program részeként Pécs város területén a szelektív gyűjtés fenntartására, hatékonyságának fokozására 162 db új hulladékgyűjtő sziget kerül telepítésre, továbbá a társasházi lakások számára biztosított szelektív gyűjtés lehetőségei is fejlesztésre kerülnek. A zöld hulladék gyűjtésére egyedi biohulladék gyűjtőedények és házi komposztáló edények kihelyezése történik. A lakossági veszélyes és egyéb hulladékok szelektív gyűjtéséhez a város területén további 2 új hulladékudvar kerül kiépítésre.

A lakossági vélemények szerint a Pécssett hozzáférhető háztartási szilárdhulladék-kezelés és szelektív hulladékgyűjtés szolgáltatásokkal az igénybe vevők jelentős része elégedett (19.-20. diagramok).



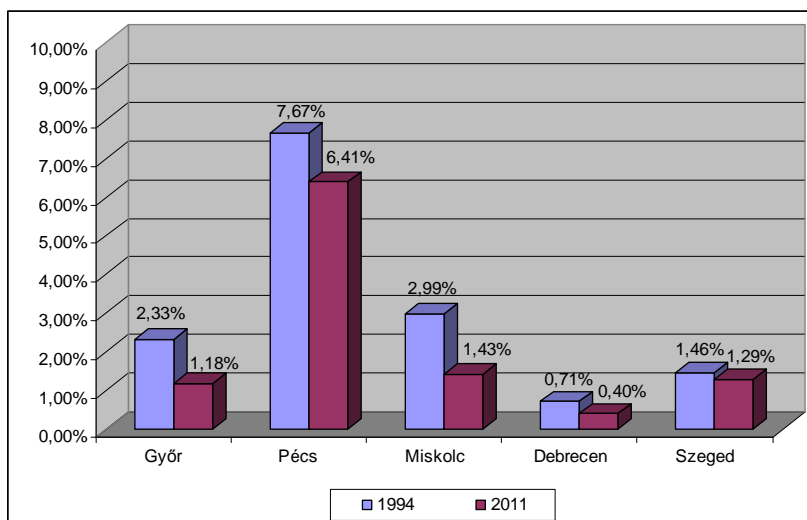
19. diagram: A háztartási hulladékkezelési szolgáltatásokkal való elégedettség Pécs, 2011
 Forrás: Pécs MJV Polgármesteri Hivatala Referatúra Főosztály



02. diagram: A gyűjtőpontos szelektív-hulladék gyűjtés szolgáltatással való elégedettség Pécs, 2011
 Forrás: Pécs MJV Polgármesteri Hivatala Referatúra Főosztály

5.4.4. Zöldfelület

A belterületi zöldfelületek nagysága Pécs városában a vizsgált időszak egészét tekintve 1043,55 hektár volt. Amennyiben a zöldterület nagyságát a város területéhez viszonyítjuk, és azt a többi hazai 100.000 főt meghaladó lélekszámú város hasonló adataival összevetjük, Pécs városára vonatkozóan kedvező eredményt kaphatunk. Annak ellenére, hogy a vizsgált időszakban a többi városhoz hasonlóan Pécsen is csökkent a zöldfelület aránya (21. diagram) mégis a pécsi érték a többi városhoz képest kiemelkedően magas.



21. diagram: A 100.000 főt meghaladó lélekszámú hazai városok zöldterületének aránya az adott város teljes területéhez képest 1994, 2011
 Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

A vizsgált városok zöldfelület-adatait tekintve a pécsi érték az utána következő Miskolc értékét is több mint négyszeresen haladja meg. A városon belül nincs olyan közterületen lévő zöldfelület, amelynek használata ne lenne bárki számára szabadon hozzáférhető.

A többi vizsgált városhoz képest jelentős városi zöldfelület ellenére az e területre vonatkozó lakossági vélemények nem tükrözik egyértelmű elégedettséget, mivel az értékelések átlaga 2,61 értéket hozta.

5.4.5. Elhagyott iparterületek

Az elhagyott ipari területekkel kapcsolatos utolsó adat 2003-ból származik, amikor is ezen területek 206 hektárt tettek ki, ami a város teljes területének mintegy 1,2%-a volt [Nagy et al., 2003].

5.4.6. Sport és szabadidős intézmények, lehetőségek száma

A sport és szabadidős lehetőségeket tekintve a vizsgált időszakban lényeges változás nem történt. Minden városrészében fedett és szabadtéri sportlétesítmény egyaránt megtalálhatóak voltak elsősorban, mint az oktatási intézmények sportpályái és tornatermei. Teremsportoláshoz alkalmas egyéb létesítményként 3 db sportcsarnok, 11 db fitness-terem, 4 fallabda centrum, 3x3 db tenispálya, 1 db lőterem, 3 db fedett uszoda, 3 db bowling klub működött. Szabadtéri sportlehetőségként 3 db erdei futópálya, 8 db szabadtéri labdarúgópálya, 2 db horgásztó, 6 db tenispálya, a téli időszakban 1 db műjégpálya továbbá a Mecseki Parkerdő nyújtott lehetőséget a sportolásra, és túrázásra. A sportolni szándékozó városlakók összesen 42 sportág szervezett formában tartott edzései közül választhatnak Pécssett²². Mindazonáltal a városban hozzáférhető sportolási lehetőségekkel a felnőtt lakosság legfeljebb közepesen elégedett, mivel egy ötfokozatú skálán az ezirányú elégedettséget 2,84 átlaggal értékelt.

5.4.7. Sétálóutcák

A sétálóutcák száma 1994-ben 2 db volt, amelyek együttes hossza mintegy 1100 métert, és 7600 m² burkolt utcafelületet tett ki. Ez az érték a vizsgált időszakban – az Európa Kulturális Fővárosa programhoz kapcsolódóan megvalósított közterek megújítása beruházás révén – a város különböző részein összesen mintegy 22000 m² gépjárműforgalomtól elzárt sétálóutca-felülettel bővült²³.

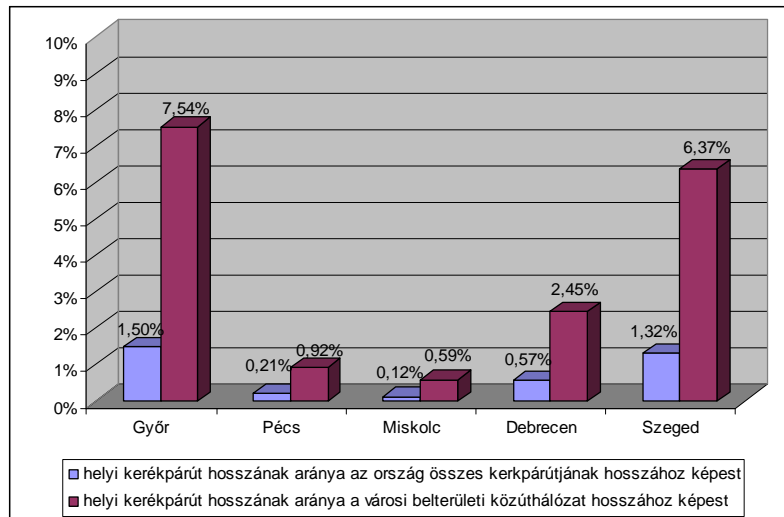
A sétálóutcák rendelkezésre állásával kapcsolatos lakossági vélemények a közepes elégedettségénél valamivel jobb megítélésben részesültek, amit az értékelések 3,15 átlagértéke is mutat.

²² Forrás: Pécsi Sport Nonprofit Zrt. www.psnzrt.hu (letöltve 2013. 06.13)

²³ Forrás: Pécs MJV Referatúra Főosztály Városfejlesztési Referatúra-csoport 2013

5.4.8. Kerékpáros közlekedés

A kerékpáros közlekedéssel kapcsolatos helyzetkép szerint, hogy a városban az ezen közlekedési módozathoz szükséges infrastruktúra meglehetősen fejletlen. A vizsgált időszak kezdetén mintegy 2000 méter kerékpárút állt rendelkezésre. Ez az utolsó évre 4774 méterre bővült, ami az országban összesen található kerékpárutak 0,21%-át jelentette (22. diagram). Ez az érték annak ellenére is rendkívül alacsony, hogy a vizsgált időszakban 50%-ot meghaladó növekedés következett be.



22. diagram: A 100.000 főt meghaladó lélekszámú hazai városok kerékpárútjainak hossza, 2011
 Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

A Pécs városára jellemző kerékpárút-ellátottság a 100.000 főt meghaladó lélekszámú hazai városok összehasonlításában is egyértelműen gyengének minősíthető, mivel a kerékpáros közlekedés infrastrukturális háttere csak egyetlen vizsgált városban tekinthető kedvezőtlenebbnek.

A helyi kerékpáros közlekedés lehetőségeivel a városlakók meglehetősen elégedettek, amit az e témával kapcsolatos értékelés eredményeként kapott 1,83 átlagérték is mutat.

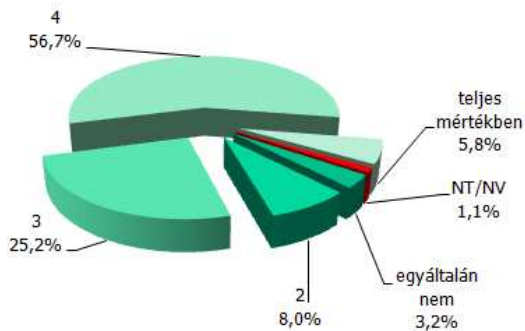
5.4.9. Közösségi közlekedés

A közösségi közlekedés szolgáltatás a vizsgált időszakban a város közigazgatási területén belül javuló tendencia jellemezte (14. táblázat). A nettó vonalhálózat és a hálózatsűrűség mintegy 4%-os növekedést mutatott, míg a buszmegállók eléréséhez szükséges maximális rágyaloglási távolság csaknem 50%-ra csökkent.

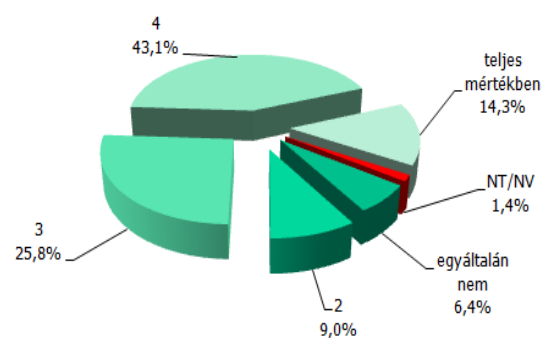
	nettó	hálózatsűrűség	vonalak	rágyaloglási távolság (km)	
	vonalhálózat (km)	(km/km ²)	száma (db)	minimális	maximális
1994	156	0,95	43	0,01	2,2
2011	162,5	0,99	60	0,01	1,5

14. táblázat: Pécs város közösségi közlekedésének minőségi mutatói 1994, 2011
 Forrás: Tüke Busz Zrt.

A járatszámok mintegy 40%-kal növekedtek és az egyes városrészek közösségi közlekedés általi lefedettsége elérte a 100% értéket. A városi tömegközlekedés törzsüzemideje napi 18 óra volt, de a rendes üzemidőt követően az egyes városrészek elérhetőségét éjszakai járatok biztosították.



23. diagram: A menetrend szerinti utas szállítással való elégedettség összességében Pécs, 2011
 Forrás: Pécs MJV Polgármesteri Hivatala Referatúra Főosztály



24. diagram: A menetrend szerinti utas szállítás járatsűrűségével való elégedettség Pécs, 2011
 Forrás: Pécs MJV Polgármesteri Hivatala Referatúra Főosztály

A lakossági vélemények azt mutatják (23-24. diagramok), hogy a közösségi közlekedés jelenlegi szolgáltatásaival a városlakók több, mint kétharmada elégedett.

5.5. Az egészséget befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezők helyzete a városban

Az egészséget befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezők alakulására és alakítási lehetőségeire egyre jelentősebb hazai és nemzetközi figyelem fordul. Számos tanulmány hangsúlyozza [Wilkinson-Marmot, 2003; WHO, 2007; Vitrai et al., 2008; WHO, 2008; WHO, 2010/b; ICSU, 2011], hogy az egyéni egészségi állapot nem kizárólag az életvitel sajátosságaitól függ, hanem azt a különböző társadalmi tényezők is jelentősen befolyásolják. Időről-időre egyre több olyan kockázati komponens kerül azonosításra, amelyek mint komplex módon értelmezett társadalmi-gazdasági hatások – a lakáshelyzettől, a társadalmi kirekesztettségen keresztül a fokozott munkahelyi stresszig terjedően – döntő módon befolyásolják az egyén egészségi állapotának alakulását. Pécs városát tekintve e tényezők helyzete a vizsgált időszakban a következők szerint alakult.

5.5.1. Lakásvizonyok

A város lakóövezetei és azok jellemző beépítési módja már a vizsgált időszakot megelőzően alakult ki, és azóta szinte változatlan. Továbbra is meghatározó a lakótelepként elhelyezkedő panellakások dominanciája, amely a városban élők közel fele (kb. 60.000 fő) számára biztosít lakhelyet. A város lakásállományára jellemző adatok szerint, míg 1990-ben 62.583 lakás volt Pécsett, addig 2011-re ez a szám 72.077-re növekedett. A lakásállományon belül az összkomfortos lakások száma a meghatározó (15.táblázat), és ez a helyzet országos relációban is kedvező. További pozitív változást jelent, hogy a legalacsonyabb komfortfokozatú lakások száma folyamatosan és jelentősen csökkent.

	ezer főre jutó összkomfortos lakások (db)		ezer főre jutó komfortos és félkomfortos lakások (db)		ezer főre jutó komfortnélküli és szükséglakások (db)	
	Pécs	országos	Pécs	országos	Pécs	országos
1990	230,6	141,1	103,4	135,6	34,1	78,7
2001	283,3	188,5	96,0	128,5	22,6	52,7
2011	350,9	240,6	98,4	131,9	10,3	19,2

15. táblázat: A pécsi és az országos lakásállomány komfortfokozat szerinti összetétele, 1990, 2001, 2011
 Forrás: KSH Népszámlálás adatbázis és saját számítás

Az egy lakásra jutó átlagos szobaszám minimálisan növekedett, azonban az országos átlag növekedési ütemétől elmaradt. Ily módon a helyi viszonyok az országos átlaghoz képest valamivel kedvezőtlenebb helyzetet és tendenciát mutatnak (16. táblázat). Az egy szobára jutó lakószám országosan és Pécs városában egyaránt csökkent, és a helyi érték az országos átlaghoz képest is kedvezőbb helyzetet mutatott.

	egy lakásra jutó átlagos szobaszám (db)		egy szobára jutó átlagos lakószám (fő)	
	Pécs	országos	Pécs	országos
1990	2,40	2,35	1,10	1,19
2001	2,46	2,52	1,01	1,09
2011	2,51	2,65	0,87	0,96

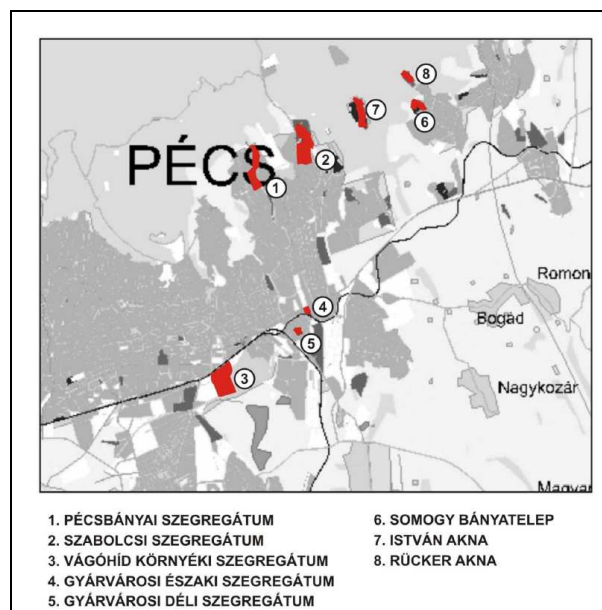
16. táblázat: A pécsi és az országos lakásállomány szobaszám és lakószám szerinti összetétele, 1990, 2001, 2011
 Forrás: KSH Népszámlálás adatbázis és saját számítás

A lakáshellyel kapcsolatos lakossági vélemények szerint a felnőtt lakosság 82,7%-a saját tulajdonú lakásban lakik, és 87,3% elégedett a lakáshelyzetével. Ugyanakkor a lakásában, lakókörnyezetében lévő környezeti ártalmak vonatkozásában a pécsiek 22,6%-a értékelte úgy, hogy azok a családjuk és a saját maguk egészségét veszélyeztetik. Veszélyeztető tényezőként a következők kerültek említésre: *dohányfüst, elektromos kisugárzások, gépkocsik kipufogófüstje, kellemetlen szagok, pollenek, por,*

radioaktív háttérsugárzás, rossz levegő, talajvíz, vegyszerek, vizes falak, zaj. A környezeti ártalmak észlelése városrészenként szignifikáns különbséget nem mutatott.

A vizsgált időszak elején a város lakosságának mintegy 2,1%-a, míg az utolsó évben 1,6%-a élt külterületnek, vagy egyéb területnek minősülő területeken. Sajátos helyzetű lakónépességet képez a városi szegregátumokban²⁴ élők csoportja. Pécs város területén 2011-ben összesen 8 szegregátum volt lehatárolható (1. ábra), ahol összesen mintegy 3680 fő él állandó lakosként. Ezen helyi közösségek tagjai – a szegregátum definíciójából is következően – alacsony társadalmi státuszi rétegbe tartoznak.

A város Antiszegregációs Tervének helyzetelemzése (2008) szerint a szegregátumokban élők általános egészségi állapota a város egyéb területein élők egészségi állapotához képest kedvezőtlenebb. Jellemzően gyakrabban fordulnak elő légúti megbetegedések, idült gyulladási betegségek és mozgásszervi panaszok. E problémák elsősorban a nem megfelelő lakhatási körülményekre és egészségmagatartásra vezethetők vissza. Gyakori jelenség a jelentős mértékű alkoholfogyasztás és a dohányzás, amely már fiatal korban általánosnak tekinthető. További egészségkockázatként jelentkeznek a különböző mentális betegségek valamint a szív és érrendszeri betegségek is.



1. ábra: Szegregátumok Pécs MJV területén 2011

Forrás: Pécs MJV Integrált Városfejlesztési Stratégiája 2011-2016, 2013:145

²⁴ Szegregátumnak minősülnek azok az 50 főt meghaladó népességszámú területek, ahol a legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezők és rendszeres munkajövedelemmel nem rendelkezők aránya az aktív korú népességben belül eléri, illetve meghaladja az 50%-ot. Amennyiben a mutató 40% és 50% közé esik, a terület szegregálódónak minősül.

Az infrastrukturális és társadalmi jellemzők szerint is leginkább marginalizálódott helyzetben lévő szegregátumok közé a vasút mentén létesült egykori lakóterületek (Vágóhídi szegregátum, Gyárváros északi szegregátum és Gyárváros déli szegregátum), valamint a volt bányászkolóniák közül Rucker akna sorolható. Ezekon a területeken a legalacsonyabb komfortfokozatú lakások teszik ki a lakásállomány mintegy 90%-át. A Pécsbányatelepi és a Szabolcsi szegregátum helyzete infrastrukturális szempontból az előbbieken említetteknél valamivel kedvezőbb, de a lakások komfortfokozata itt sem haladja meg a félkomfortos besorolást²⁵.

5.5.2. Hajléktalanság

A városban hosszabb-rövidebb ideig hajléktalanként tartózkodó személyek száma a vizsgált időszakban folyamatosan emelkedett. A hajléktalanok ellátását biztosító TÁMASZ Alapítvány adatai szerint 1994-ben mintegy 200 fő, míg 2011-ben több mint 1300 fő vette igénybe a szolgáltatások valamelyikét vagy került kapcsolatba az ellátórendszer szakembereivel. A hajléktalanok városon belüli jellemző tartózkodási területeiként a Belváros, Kertváros és Uránváros említhető.

5.5.3. Munkanélküliség

A munkanélküliség problémája Pécs városát a vizsgált időszak egészén keresztül – ha más és más vonatkozásban is – meghatározó módon érintette. Kezdetben a bányabezárások után az új helyi gazdasági struktúra kialakítása jelentette a kihívást, majd a vizsgált időszak végén a térség utolsó több ezer munkavállalót foglalkozató cégének csődje és az ebből következő tömeges elbocsátás jelentett problémát. A kezdeti időszak problémái ellenére is a helyi munkanélküliségi ráta hosszú időn keresztül mintegy 3%-kal az országos érték alatt volt. Mindazonáltal míg az országos érték az időszak végére alig változott, az ekkorra érvényes pécsi munkanélküliségi mutató azt 1%-kal meghaladta (17.táblázat).

	Pécs	országos
1994	7,6 %	10,5%
2011	12,0%	10,9%

17. táblázat: A munkanélküliségi ráta változása Pécs és az ország viszonylatában 1994, 2011

Forrás: Baranya Megyei Kormányhivatal Munkaügyi Központ, 2013

Pécsett 1994-ben összesen 5747 fő szerepelt álláskeresőként a nyilvántartásokban, azonban ez a szám 2011-re – csaknem 30%-os növekedést követően – 7415 főre

²⁵ A szegregátumok vonatkozásában korábbi időszakokra vonatkozó adatok nem állnak rendelkezésre, mivel első alkalommal a 2008-ban készített Integrált Városfejlesztési Stratégia határozta le a jelenlegivel azonos módszertan szerint a szegregátumokat.

emelkedett. E létszámból a pályakezdő álláskeresők száma 697 főt (9,4%) tett ki. A fizikai és szellemi foglalkozásuk tekintetében is rosszabbodott a helyzet, mivel 1994-ben a fizikai dolgozók közül 4077 fő keresett munkát, de ez a szám 2011-re 5405 főre növekedett. A szellemi foglalkozásuk közül korábban 1670 fő nem talált munkát, de létszámunk 2011-re 2010 főre emelkedett.

A városban nyilvántartott álláskeresők 1000 fő azonos iskolai végzettségre jutó száma az országos helyzethez képest a vizsgált időszak egészét tekintve kedvezőbb értékekkel volt jellemezhető (18.táblázat). Ugyanakkor a pécsi helyzet helyi viszonylatban romló tendenciát mutat, mivel az utolsó vizsgált évre a 9-12 osztályt végzett álláskeresők száma 6 fő/1000 azonos végzettségű lakos értékkel, míg a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzettek valamint a 13-x osztályt végzettek esetén 4 fő/1000 azonos végzettségű lakos értékkel növekedett.

	8 osztálynál kevesebb		8 általános iskolai osztály		szakmunkás- és szakiskola		9-12 osztály végzettség		13-x osztály végzettség	
	Pécs	országos	Pécs	országos	Pécs	országos	Pécs	országos	Pécs	országos
1994	1,9	20,9	13,7	96,4	19,5	98,6	15,4	55,0	2,2	6,1
2011	1,4	15,7	17,9	102,5	20,8	86,5	21,8	70,8	6,54	15,9

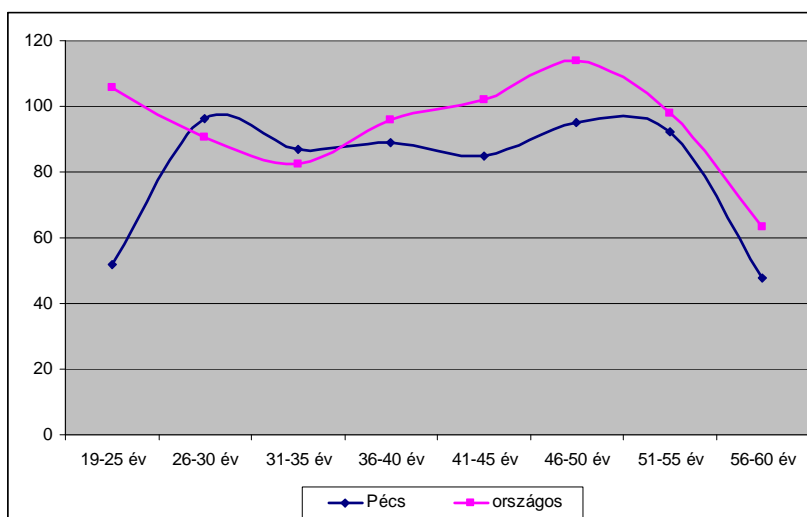
18. táblázat: 1000 fő azonos iskolai végzettségre jutó nyilvántartott álláskereső iskolai végzettség szerinti megoszlása Pécsen és országosan 1994, 2011
 Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

Az álláskeresők nemek közötti különbségeit tekintve 2011-ben kevesebb nő keresett állást, mint férfi (19.táblázat), azonban a pécsi helyzet az országos viszonyokhoz képest kedvezőbb volt.

	Pécs	országos
férfi	87,45	93,23
nő	82,07	89,51

19. táblázat: 1000 fő azonos nemű aktív életkorú regisztrált álláskeresőre jutó álláskereső nemek szerint Pécsen és országosan, 2011
 Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

Az álláskeresők korcsoportonkénti megoszlását vizsgálva kitűnik, hogy a 26-36 éves életkorban lévő álláskeresők körében Pécsen magasabb az azonos korcsoporton belüli 1000 főre jutó álláskereső száma, mint az ország egészére jellemző érték (25. diagram). A többi korcsoportot tekintve – különösen a 19-26 éves korcsoport tagjai esetén – a pécsi helyzet kedvezőbb az országos helyzetnél.



25. diagram: 1000 fő azonos korcsoportra jutó nyilvántartott álláskereső száma Pécsen és országosan, 2011

Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

A regisztrált álláskeresők közül a rendszeres szociális segélyben részesülők száma 2011-ben 2227 főt tett ki, amely érték az összes álláskereső mintegy harmadát jelentette.

5.5.4. Szociális ellátások

A város első egészségképének kidolgozása idején a hazai szociális ellátórendszer mind országos, mind helyi szinten az útkeresés időszakában volt. A szociális ellátások rendszerét szabályozó jogforrások közül még csak a Szociális Törvény²⁶ volt – mindössze egy éve – hatályban, és az intézményrendszer is a korábban nem létező problémák – pl. munkanélküliség, hajléktalanság – új kihívásaival küzdött. Az azóta eltelt időben a szociális ellátások területén több új jogforrás is hatályba lépett így néhány korábbi ellátási forma átalakult, továbbá számos új támogatás és szolgáltatás áll rendelkezésre. A szektor alakulása és változása a vizsgált időszak kezdetének és végének időszakára vonatkozó adatok összehasonlítását némiképp megnehezíti, de ennek ellenére a főbb tendenciák felvázolhatóak.

A rendszeres szociális támogatások 1000 főre jutó száma a vizsgált időszakban Pécsen és országosan egyaránt megduplázódott. A foglalkoztatást helyettesítő támogatásban részesülők száma Pécsen megháromszorozódott, míg országosan 12%-os emelkedést mutatott (20.táblázat). Az ápolási díjban részesülők pécsi ellátottak száma szintén háromszorosára emelkedett, de ez a növekedés országosan is jellemző volt. Az

²⁶ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.

időskorúak járadékában részesülők száma helyi szinten csaknem tízszeresére emelkedett, míg országosan csaknem a felére csökkent.

	1994		2011	
	Pécs	országos	Pécs	országos
rendszeres szociális segély	2,03	2,5	4,30	5,07
munkanélküliek jövedelempótló támogatása / foglalkoztatást helyettesítő támogatás ²⁷	6,41	18,8	18,23	21,02
ápolási díj	1,10	1,96	3,30	5,81
időskorúak járadéka ²⁸	0,20	4,5	1,9	2,5

20. táblázat: Önkormányzati rendszeres támogatások 1000 főre jutó száma Pécsen és országosan 1994, 2011

Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

Az eseti szociális támogatások közül a vizsgált időszakban Pécsen a lakásfenntartási támogatást igénybe vevők száma több mint húszszorosára növekedett, míg az átmeneti segélyt igénylők száma közel a felére csökkent (21. táblázat). Ezeket a változásokat követően a pécsi helyzet önmagában nem tekinthető kedvezőnek, azonban az országos helyzethez viszonyítva nem mutat jelentős eltérést. A helyben temetési segélyt igénybe vevők száma csaknem négyszeresére növekedett ugyan, de a vizsgált utolsó évben szintén nem tért el jelentősen az ország egészére jellemző értéktől, bár az országos tendencia egyébként csökkenést mutatott.

	1994		2011	
	Pécs	országos	Pécs	országos
átmeneti segély	64,14	78,2	38,13	35,38
lakásfenntartási támogatás	2,76	7,9	43,65	48,68
temetési segély	0,49	7,9	1,89	3,86

21. táblázat: Önkormányzati eseti támogatások 1000 főre jutó száma Pécsen és országosan 1994, 2011

Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

A gyermekvédelem területéhez tartozó védő-óvó intézkedések tekintetében az állapítható meg, hogy a városban élő veszélyeztetett kiskorúak száma a vizsgált időszakban csaknem másfélszeresére növekedett (22. táblázat), és ez az érték az ország egészére jellemző adatnak több mint a dupláját teszi ki.

²⁷ 2009-től a foglalkoztatást helyettesítő támogatás a korábban munkanélküliek jövedelempótló támogatása elnevezésű ellátási forma megfelelője.

²⁸ Az időskorúak járadéka 1998.01.01-től került bevezetésre, így az első adatok az 1998-as évről vonatkoznak.

	1994		2011	
	Pécs	országos	Pécs	országos
veszélyeztetett /védelembe vett kiskorúak ²⁹	159,59	122,2	237,96	104,94

22. táblázat: 1000 kiskorúra jutó veszélyeztetett/védelembe vett kiskorú Pécsen és országosan 1994, 2011

Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

A bölcsődei férőhelyek számát tekintve a pécsi helyzet az országos helyzethez képest a vizsgált időszak egészében kedvezőbb volt, valamint a városon belüli helyzet is javulást mutatott (23.táblázat).

	1000 fő 0-2 éves korú gyermekre jutó bölcsődei férőhely		1000 fő 3-5 éves korú gyermekre jutó óvodai férőhely	
	Pécs	országos	Pécs	országos
1994	193,71	94,48	1019,59	1013,15
2011	207,62	129,30	1170,17	1257,35

23. táblázat: A bölcsődei és óvodai férőhelyek száma Pécsen és országosan 1994, 2011

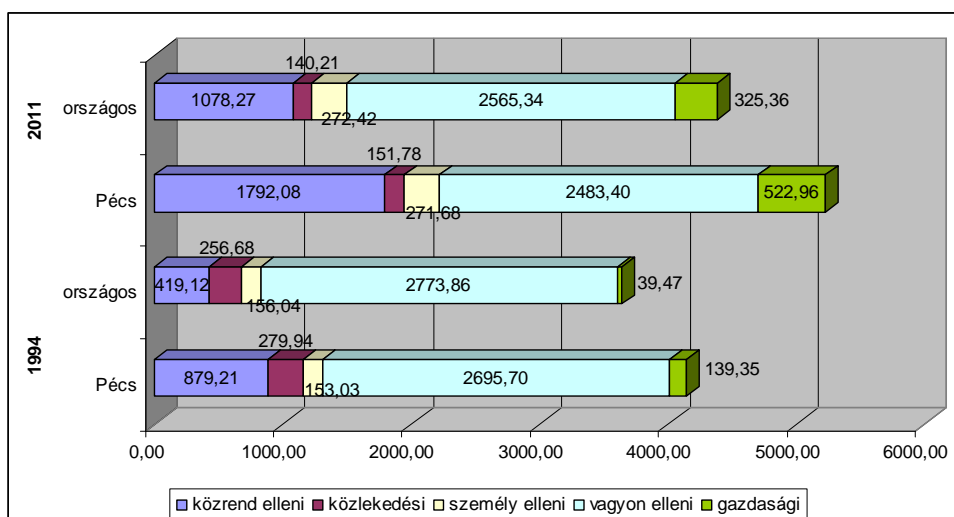
Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

Az óvodai férőhelyek vonatkozásában a kezdeti időszakban az országos helyzethez képest minimálisan jobb helyi helyzet az utolsó vizsgált évre – a városi férőhelyszám bővülése ellenére is – az országos adatokhoz képest kedvezőtlenebb volt.

5.5.5. Közbiztonság

A közbiztonság és az egyéni biztonságérzet tekintetében a vizsgált időszakban mind országos, mind helyi viszonylatban romlott a helyzet. Negatív változás jelentett továbbá az is, hogy bár a Pécsen elkövetett bűncselekmények száma már 1994-ben is meghaladta az országos átlagot, de ez a különbség 2011-re tovább növekedett. Az egyes főbb bűncselekmény-típusokat tekintve (25. diagram) a közeledési és a vagyon elleni cselekmények száma csökkent, míg a személy és közrend elleni, de különösen a gazdasági bűncselekmények száma növekedett.

²⁹ Az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és ellátásokról a kiskorúak védelmében tehető védő-óvó intézkedések között a veszélyeztetettség megállapítását tartalmazta. Ezt az intézkedést az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról hatályba lépést követően a védelembe vétel intézkedése váltotta föl, ahol a korábban a veszélyeztetettség okaként megjelenő körülmények részletezése már nem a korábbi kategóriák szerint szerepelt, így a két vizsgált időpont közötti összehasonlítás csakis az gyermekvédelmi intézkedések összesített számadatai vonatkozásában lehetséges.



25. diagram: A 100.000 főre jutó főbb bűncselekmény-típusok alakulása Pécsen és országosan, 1994, 2011

Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

A közbiztonság megítélése (25. táblázat) a vizsgált utolsó évre mind az országos, mind a városi szinten szignifikánsan romlott, de a pécsi viszonyok negatív irányú változásait kisebb mértékűnek ítélték a válaszadók, mint az országos helyzet rosszabbra fordulásának mértékét.

	1995	2012	változás	p
az országra jellemző közbiztonsági helyzet	3,15	2,58	-0,57	0,000
Pécs városára jellemző közbiztonsági helyzet	3,32	2,94	-0,38	0,000

24. táblázat: A közbiztonsági helyzettel való elégedettség átlagértékei

Forrás: Füzesi-Tistyán, 1996 és saját számítás

Az egyes pécsi városrészekre jellemző közbiztonsági helyzet értékelése ugyancsak változást mutat: míg korábban Uránváros, Meszes, Kertváros és a Belváros volt a közbiztonság tekintetében a legrosszabbnak ítélt városrészek sorrendje, addig 2012-ben mindez a Kertváros, Meszes, Uránváros, Belváros sorrendre módosult.

Változott továbbá annak a megítélése is, hogy az emberek mely bűncselekmények áldozatává válásától tartanak: korábban a zsebtolvajlástól féltek a leginkább, míg mostanára a lakásbetöréstől tartanak a legtöbben (26. táblázat). A vizsgált időpontok közötti változást tekintve az autófeltörés, a szélhámosság és csalás, valamint a gyilkosság áldozatává válás félelme erősödött a legnagyobb mértékben.

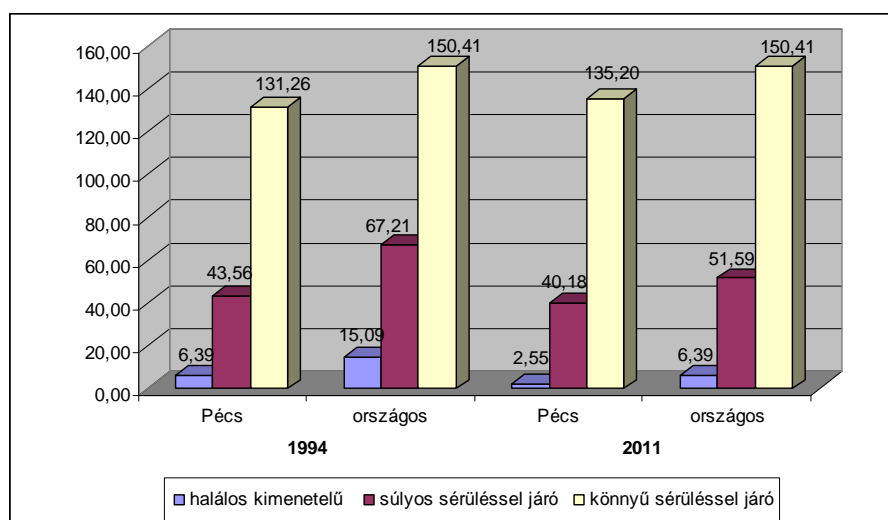
	átlagérték 1995	átlagérték 2012	változás	p
lakásbetörés	2,57	3,55	+0,97	0,000
zsebtolvajlás	2,76	3,32	+0,52	0,000
autófeltörés	2,11	3,27	+1,15	0,000
szélhámosság, csalás	2,11	3,17	+1,06	0,000

fiatalok általi zaklatás	2,54	3,14	+0,64	0,000
utcai rablás	2,43	3,05	+0,62	0,000
autólopás	1,99	2,74	+0,45	0,000
nemi erőszak	1,53	2,48	+0,94	0,000
gyilkossági kísérlet	1,39	2,34	+0,95	0,000

25. táblázat: A különböző bűncselekmények áldozatává válásától való félelem megítélésének átlagértékei Pécsen 1995, 2012

Forrás: Füzesi-Tistyán, 1996 és saját számítás

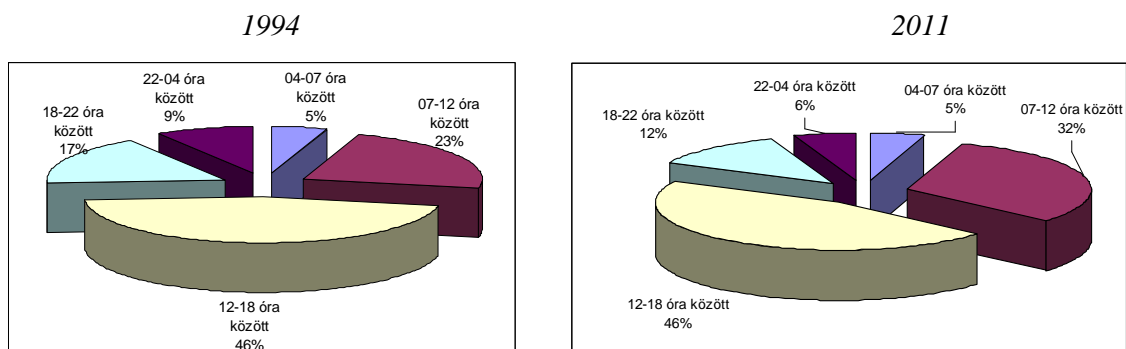
A személyes biztonságérzet egy fontos összetevője a közlekedésbiztonság. Pécsen 1994-ben összesen 312, 2011-ben 279 személyi sérüléssel járó közlekedési baleset történt. Ez a helyzet az országos helyzethez képest kedvezőbb volt és maradt is (26. diagram). További pozitív változás, hogy míg országos szinten a balesetek száma minden sérülés-típus esetén emelkedett, addig Pécsen a könnyű sérüléssel járó baleseteket kivéve minden sérülés-típus esetén csökkent. A legjelentősebb mértékben a halálos kimenetelű balesetek száma lett kevesebb.



26. diagram: Személyi sérüléssel járó balesetek 100.000 főre jutó száma Pécsen és országosan 1994, 2011

Forrás: KSH T-STAR adatbázis és saját számítás

A közlekedési balesetek egyes napszakok közötti megoszlásának arányszámái az elmúlt 17 évben mutatnak ugyan változást, de jelenleg is a délutáni időszakban történik a legtöbb baleset (27a.-b. diagramok). Az éjszaka bekövetkezett balesetek aránya valamelyest csökkent, ugyanakkor a délelőtti balesetek aránya csaknem 10%-kal növekedett.



27a-b. diagram: A közlekedési balesetek egyes napszakok közötti megoszlása Pécsen 1994, 2011
 Forrás: Füzesi-Tistyán, 1996, KSH T-STAR adatbázis, Rendőrkapitányság Pécs, 2013

A közlekedési balesetek által leginkább veszélyeztetett városrészek között Kertváros, Belváros és az Uránvárosi rész említhető.

5.5.6. Civil szervezetek

A vizsgált utolsó évben a fő tevékenysége szerint Pécsen több mint 170 civil szervezet³⁰ vállalt feladatot az egészséges életmód és az egészséges városi környezet kialakítása területein. Több ügyben is sikeres akciók zajlottak, amelyek közül az egyik leglátványosabb eredmény a tubesi csúcsra tervezett katonai radarállomás felépítésének megakadályozása volt. Számos közösségi egészség-prevenációs program is megvalósult, amelyek részletes felsorolása meghaladja ezen írás kereteit, de példaként említhető a három éven keresztül nemzetközi együttműködés keretében megvalósult „Shape Up” elnevezésű gyermekkori elhízás elleni program, amely további két éven keresztül „Hozd a Formád” elnevezéssel helyi és országos programként folytatódott. Ezen kívül jelentős számú csoportot érintett az „Aquarázs” néven a közalkalmazottak részére négy éven keresztül szervezett keretek között biztosított ingyenes uszodahasználati lehetőség, avagy a nyugdíjasok számára szintén ingyenesen szervezett, a rendszeres testmozgást biztosító „Fittnagy” program. Ezen kívül több, az egészség-támával kapcsolatos kutatási program³¹ is megvalósításra került a városban és térségében.

Mindezzel együtt a város lakói nem igazán érzékelik a civil szervezetek egészségvédelem területén történt aktivitását, mivel mindössze minden huszadik megkérdezett tudott olyan civil szervezetet említeni, amely tudomása szerint e területen tevékenykedik. A legnagyobb gyakorisággal a *Vöröskereszt* (5,1%), majd az *Egészséges Városért Alapítvány* (0,6%) került említésre. E szervezeteken kívül 5 említésnél

³⁰ Forrás: <http://www.helyicivil.hu/j/pecs-egyesulet-alapitvany/egeszsegugyi/1>

³¹ Az egészség-témában kutatást végző helyi civil szervezetként említhető – a teljesség igénye nélkül – a FACT Alapítvány, az INDIT Közalapítvány, az Egészséges Városért Alapítvány, az S.O.S. Öngyilkosság Megelőzéséért Alapítvány, a TÁMASZ Alapítvány, az Ifjúságért Egyesület.

gyakoribb válaszként jelentek még meg a *Diabétesz Klub Cukorbeteg Klub, Cukorbetegek Egyesülete*.

A kérdésként megelőző egy évben megvalósult egészségvédelemhez kapcsolódó közösségi rendezvények sem erősítették a civil szervezetek – avagy az egyéb szervezők – tevékenységének illetve az ilyen irányú kezdeményezések ismertségét, mivel az e témájú összes rendezvények említésének gyakorisága nem érte el az 1%-ot. Az 5 említésnél magasabb gyakoriságú említések között a „*Kritikus tömeg*” autómentes naphoz kapcsolódó egészségi állapotfelmérése, a „*Vivicitta*” futás és állapotfelmérés, az „*Életmód Egyesület*” által szervezett egészségnap rendezvényei, az „*Egy csepp Figyelem Alapítvány*” veradással egybekötött egészségprogramja szerepeltek, valamint megjelent a *Bioptron lámpa és egyéb „egészséges termékek”* népszerűsítését és értékesítését célzó *direktmarketing rendezvények* említése is.

5.5.7. Egészségpolitika

A helyi egészségpolitika vonatkozásában megállapítható, hogy az 1994-es helyzethez képest nem történt változás abban a vonatkozásban, hogy az ÁNTSZ és a helyi döntéshozatal munkája összehangolásra került volna. A képviselők a vizsgált időszakban sem kaptak – legalább évi egyszeri alkalommal – olyan beszámolót, amely a lakosság egészségi állapotával és egyéb egészség-kérdésekkel kapcsolatosan vázolta volna fel az aktuális helyzetet, és mutatott volna rá a megoldandó problémákra.

Az Egészséges Városért Alapítvány – mint az EVM helyi menedzsment-szervezete – szakértői részéről több, a városi közpolitika egészséget támogató irányba történő alakítását célzó kezdeményezése is elindult. Helyzetértékelő céllal először 2001-ben dokumentumelemzés készült azt vizsgálva, hogy a különböző városi szakpolitikai területek tevékenységét meghatározó koncepciók és középtávú tervek szövegében megjelennek-e az egészségvédelmi vonatkozások figyelembe vételére utaló szöveg-attribútumok és ezáltal e téma, mint prioritás. Az elemzés eredményei szerint (EVA, 2001) az egészségvédelemmel kapcsolatos tartalmak nagyon esetlegesen jelentek meg a szövegekben – és ebből következően az adott szakpolitikai területen. Az eredményekről szóló közgyűlési tájékoztatást követően fogalmazódott meg, hogy az Alapítvány munkatársai a kidolgozás alatt lévő koncepciókat véleményezzék, és tegyenek javaslatot arra, hogy az egészség védelme a koncepcionális célok között megjelenjen.

A stratégiai dokumentumok véleményezésének tapasztalatai alapján került kezdeményezésre az egészséghatás-vizsgálat döntéselőkészítési folyamatba történő integrálása. Az Alapítvány szervezésében 2006-ben a Polgármesteri Hivatal dolgozói közül kiválasztott csoport részére tréningprogram indult. A csoport tagjai az egészséghatás-vizsgálat „szűrési” szakaszának elvégzéséhez szükséges ismereteket elsajátították ugyan, de a módszernek a mindennapi munka során való alkalmazása nem történt meg. Ennek egyik oka volt, hogy az elméleti alapokon kialakított munkamódszer a gyakorlati megvalósítás során túlzottan bonyolultnak bizonyult. A másik ok, hogy a kezdeményezés során hiányzott a helyi döntéshozók aktív bevonása [Girán-De Blasio, 2009]. Az egészséghatás-vizsgálat 2011-ben más formában ugyan, de részévé vált a helyi döntéselőkészítésnek: a Közgyűlés 522/2011. számú határozat szerint a Közgyűlés által tárgyalandó stratégiai dokumentumokat egészséghatás-vizsgálat céljával az Egészséges Városért Alapítvány részére megküldi.

A közgyűlési előterjesztések közül 1994-ben az előterjesztések 2,9%-a, míg 2011-ben a 3,3%-a érintette az egészségügy, az egészségvédelem vagy egyéb más egészség-témát. A lakossági vélemények szerint az önkormányzat a közgyűlési döntésekkel és előkészítésükkel kapcsolatos tájékoztatás, a stratégiai kérdésekkel összefüggő véleménynyilvánítás, valamint a vélemények figyelembe vétele tekintetében legfeljebb közepesen megfelelő módon jár el (26.táblázat).

Az Önkormányzat megfelelően tájékoztatja a lakosságot a döntési lehetőségekről	2,56
Az Önkormányzat lehetőségeket biztosít a lakosság számára, hogy adott stratégiai kérdéssel kapcsolatban véleményt nyilvánítson	2,47
Az Önkormányzat a stratégiai döntésekkor figyelembe veszi a lakosság véleményét	2,37

*26. táblázat: Pécs MJV Közgyűlésének stratégiai döntéseinek előkészítésével kapcsolatos értékelések átlagai, 2012
Forrás: saját számítás*

Mindazonáltal a válaszadók 74,2%-a egyértelműen igényelné, hogy a döntéshozók a stratégiai döntések – ide értve az egészség-kérdések tárgyalását is – előkészítésekor kikérjék a lakosság véleményét.

5.6. Az egészséget befolyásoló életmódbeli sajátosságok a város lakosai körében

Az egészséget befolyásoló életmódhatások vizsgálata szempontjából meghatározó jelentőségű, hogy az egészség, mint érték az aktuális egyéni értékpreferencián belüli milyen helyet foglal el. A válaszadók nyolc érték-kategóriát rangsoroltak (27. táblázat), annak megfelelően, hogy a mindennapi életvitelükhöz kapcsolódó értékek között az adott érték hol helyezkedik el.

	1995	2012	változás	p
jó egészség	1	1	0	0,000
harmonikus családi élet	2	2	0	0,000
lelki béke	6	3	+3	0,000
tiszta környezet	7	4	+3	0,000
jó emberi kapcsolatok	8	5	+3	0,000
biztos munkahely	4	6	-2	0,000
anyagi jólét	3	7	-4	0,000
szakmai sikeresség	8	8	0	0,000

27. táblázat: A mindennapi életvitelhez kapcsolódó értékek megítélésének változása 1995, 2012

Forrás: Füzesi-Tistyán, 1996 és saját számítás

A két adatfelvétel eredményeit összehasonlítva kitűnik, hogy a felnőtt pécsi lakosok számára a jó egészség volt és az is maradt a legfontosabb érték. A harmonikus családi élet szintén fontos volt és maradt is, míg a lelki béke, a tiszta környezet és a jó emberi kapcsolatok fontossága fokozódott. A biztos munkahely és az anyagi jólét, mint érték fontossága gyengült, míg a szakmai sikeresség értékének erőssége nem változott.

Az értékek mellett a mindennapi étellel kapcsolatos félelmekre is irányult kérdés. A város felnőtt lakói közül minden harmadik személy az egészsége megromlásától tart a leginkább (28. táblázat). Ez a félelem a 9-12 osztályt végzett, vagy magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében szignifikánsan erősebb ($p = 0,003$), mint az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők esetén.

	fő	%
betegség kialakulása, egészség elvesztése	243	30,3
anyagi biztonság romlása/elvesztése	211	26,3
munkahely elvesztése	131	16,4
egyéb válaszok	179	22,4
nincs válasz	37	4,6

28. táblázat: A mindennap étellel kapcsolatos félelmek, 2012

Forrás: saját számítás

A mindennapi életvezetés során az egészség fontossága azonban már kevésbé jelenik meg, mivel a „*mennyire él Ön egészségesen*” kérdésre ötfokozatú skála alkalmazásával adott válaszok átlagának kiszámítása a 3,49 eredményt hozta.

A saját egészségi állapot értékelése a vizsgált időszakban javult, mivel korábban jónak vagy kitűnőnek ítélte az egészségét a megkérdezettek 38,7%, míg jelenleg ez az arány 50,2%-ra növekedett (29.táblázat).

	nagyon rossz	rossz	megfelelő	jó	kitűnő
1995	3,4%	17,1%	40,8%	31,2%	7,5%
2012	4,1%	8,9%	36,8%	37,1%	13,1%
változás	+0,7%	-8,2%	-4,0%	+5,9%	+5,6%

29. táblázat: A saját egészségi állapot értékelésének változása, 1995, 2012

Forrás: Füzesi-Tistyán, 1996 és saját számítás

Az emberek életükkel való megelégedettsége is javuló tendenciát mutatott: 1995-ben a városban élők több mint egyharmada volt kifejezetten elégedett az életével, 2012-ben közel a fele. Az életükkel kifejezetten elégedetlenek aránya 13%-ról 9,4%-ra csökkent.

Az egészség megőrzése érdekében a tudatos táplálkozás és a rendszeres testmozgás előnyös hatásait a városlakók mintegy harmada igyekszik kihasználni (30.táblázat). Ezen túlmenően a rendszeres orvosi ellenőrzést és az utasítások betartását is a felnőtt lakosság mintegy egytizede alkalmazza.

	fő	%
tudatos táplálkozás	290	36,2
rendszeres testmozgás	261	32,6
rendszeres orvoshoz járás	63	7,9
egyebek	112	14,0
semmit	49	6,1
nem válaszolt	26	3,2

30. táblázat: Az egészség megőrzése érdekében tett aktivitás, 2012

Forrás: saját számítás

Az egészséget befolyásoló hatásoknak való kitettség értékelésének eredményei (31.táblázat) szerint, az egyéni egészségmagatartáshoz köthető hatások közül a táplálkozási szokásokat értékelték a megkérdezettek a leginkább negatív hatásúnak.

	átlag
mindennapos problémák miatti idegeskedés	3,20
anyagi helyzet	3,07
a környezeti ártalmak	3,02
táplálkozási szokásai	2,73
a rossz közbiztonság	2,71

meglévő betegsége(i)	2,66
a sportolás és az aktív testmozgás hiánya	2,50
a munkanélküliség, vagy annak lehetősége	2,16
lakáskörülményei	2,02
munkahelyi körülményei	1,99
az érzelmi, párkapcsolati problémái	1,79
dohányzási szokása	1,63
alkoholfogyasztási szokása	1,50

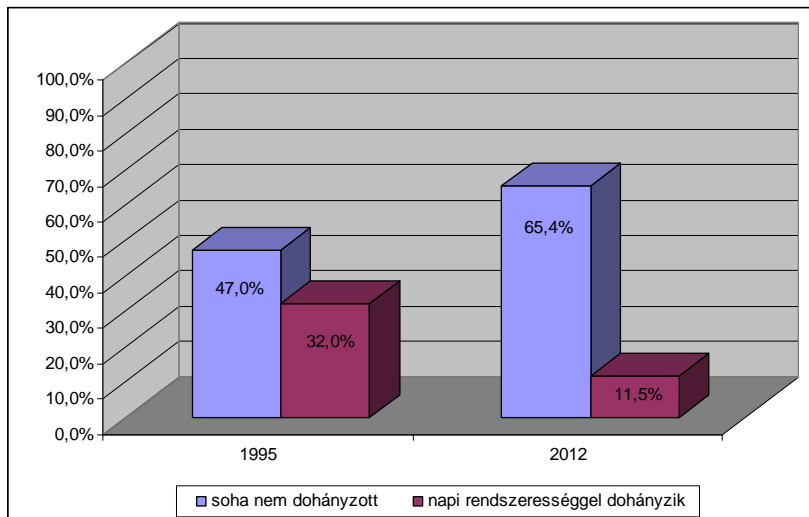
31. táblázat: Az egészséget befolyásoló hatásoknak való kitettség értékelésének átlagai, 2012

Forrás: saját számítás

A környezeti kockázatokat – és az abszolút sorrendet is – tekintve a mindennapi problémák miatti idegeskedés sorolódott a vezető kockázattá. Külön figyelmet érdemelhet az az eredmény, hogy a válaszadók az alkoholfogyasztási és a dohányzási szokásaikat lényegesen kevésbé tekintették az egészségüket ártalmas hatásként, mint akár a rossz közbiztonsági helyzetet, a környezeti ártalmakat vagy az érzelmi, párkapcsolati problémáikat.

A város felnőtt lakosságának mintegy ötöde dohányzik. A dohányosok több mint a fele napi rendszerességgel, a többiek alkalmanként, de legalább heti rendszerességgel rágyújtanak. A felnőtt pécsiek közel kétharmada soha nem dohányozott és 13%-a már leszokott a cigarettáról. Az országos adatokat tekintve (KSH, 2010) a 15 éves és idősebb lakosság csaknem harmada dohányzik (31,4%), többségük napi rendszerességgel. A férfiak közül 10%-kal magasabb a dohányosok aránya, míg Pécsen ez a különbség 3%. Az ország lakosságán belül a fiatalok körében egyre csökken a dohányzók aránya, amely tendencia Pécsre is igaz: a fiatalabb korcsoport tagjai körében szignifikánsan alacsonyabb ($p = 0,046$) a rendszeresen dohányzók aránya (10,8%), mint bármely más korosztály esetén. A legtöbb napi rendszerességgel dohányzó személy Pécsen a 30-39 éves korcsoport tagjai között (16,1%) található ($p = 0,024$).

A dohányzási szokások alakulása a tendencia szintjén is a korábbi Egészségkép adataihoz képest jelentős pozitív változást mutat (28. diagram), mivel a napi rendszerességgel dohányzók aránya jelentősen csökkent, míg a soha nem dohányzók aránya növekedett, ami azt is jelzi, hogy a fiatalabb korosztályból a dohányzásra rászokók száma csökkent.

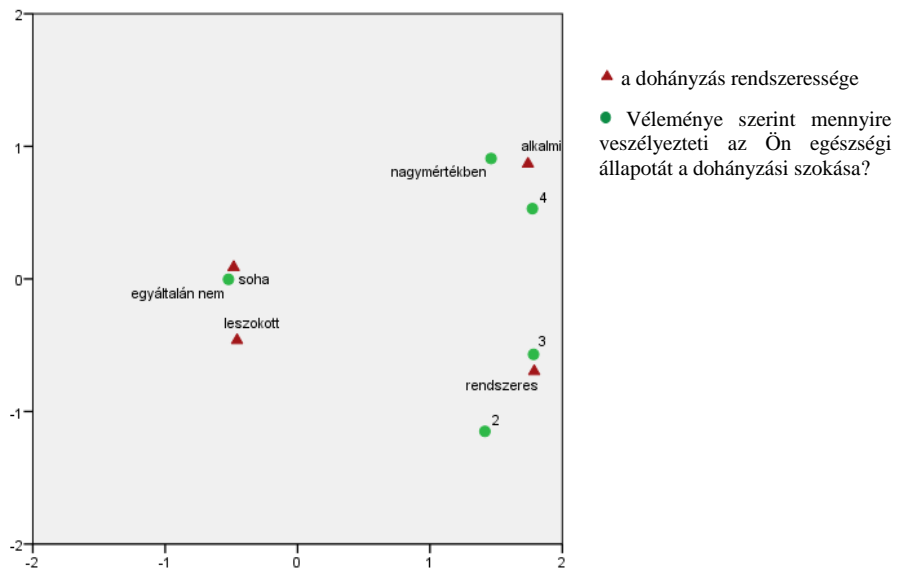


28. diagram: A rendszeresen és soha nem dohányzó válaszadók arányának változása Pécsen 1995 és 2012 között

Forrás: Füzesi-Tistyán, 1996 és saját számítás

A rendszeresen dohányzó pécsi lakosok fele kevesebb, mint 10 szál cigarettát szív naponta. A napi 11 és 20 szál közötti mennyiséget szívó dohányosok aránya 40,3%. Ezt meghaladó mennyiségű cigarettát 9,7% szív napi rendszerességgel. Az alkalmi vagy rendszeres dohányzás a 30-39 év kor közötti korcsoport tagjaira és a férfiakra jellemző a leginkább. Az iskolai végzettségbeli különbség a dohányzás vonatkozásában statisztikailag szignifikáns eltérést nem eredményez. Az országos adatok szerint a naponta elszívott cigaretta mennyisége csökkenő tendenciát mutatott, mivel 1994-ben a dohányzók 57%-a szívott el naponta 20 vagy több szál cigarettát, amely mennyiség 15 év alatt 20%-kal lett kevesebb (KSH, 2010).

A korrespondencia-analízis eredménye szerint (29. diagram) az alkalmi dohányosok ítélték úgy, hogy dohányzási szokásuk nagymértékben veszélyezteti az egészségi állapotukat, míg a rendszeresen dohányzók szerint e szokásuk közepes egészségkockázatot jelent ($p = 0,000$).



29. diagram: A dohányzás, mint egészség-kockázat megítélésének és a dohányzás rendszerességének összefüggése, 2012

Forrás: saját számítás

Az alkoholfogyasztási szokások jelenlegi helyzetét tekintve a városlakók 4,7%-a tekinthető nagyivónak³², és több mint fele (60,5%) soha, vagy ritkábban, mint hetente fogyaszt alkoholt. Az országos adatok (KSH, 2010) szerint a felnőtt lakosság 4,6%-a tartozik a nagyivók közé. A nők fele (Pécsett 72,%) a férfiak csaknem negyede (Pécsett 56,5%) állította magáról, hogy egyáltalán nem, vagy ritkábban, mint hetente fogyaszt alkoholos italokat. A nagyivók országosan a legmagasabb arányban (11,4%) a középkorú férfiak, míg az absztinensek az idős nők (66,9%) körében fordulnak elő. E vonatkozásban a pécsi felnőttek közül a nagyivók legmagasabb arányban a 40-49 év közötti férfiak (7,4%), míg az absztinensek az 50-59 év közötti nők csoportjában (54,2%) találhatóak.

Az elfogyasztott alkohol mennyisége és típusa szerint Pécsett a vizsgált időszakban a borfogyasztók aránya növekedett, ugyanakkor az egy főre jutó heti borfogyasztás mennyisége csökkent (32.táblázat). A sörfogyasztók aránya szintén növekedést mutatott, de a személyenként elfogyasztott heti sörmennyiség alig változott. Csökkenést – csaknem a felére – csakis a töményitalt fogyasztók aránya mutat, azonban az elfogyasztott heti italmennyiség ennél az alkoholfajtánál szinte változatlan.

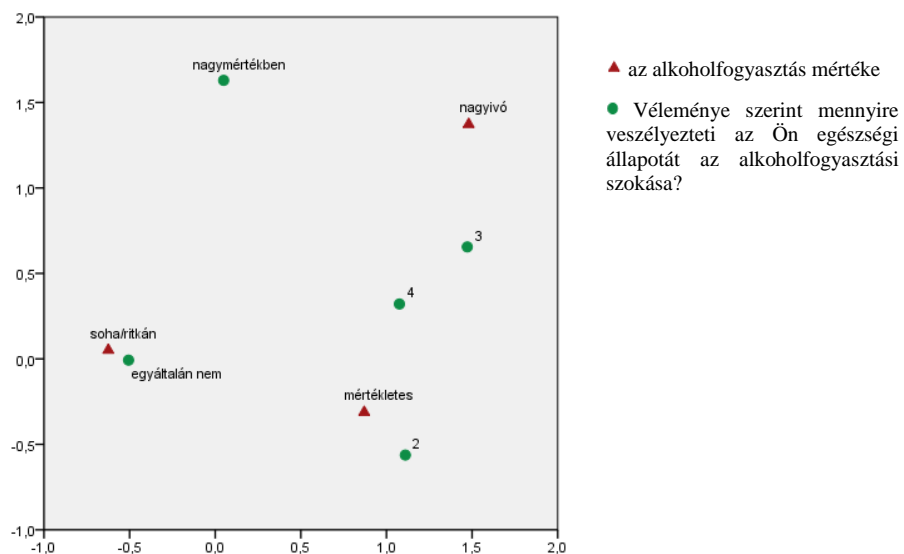
³² Nagyivónak neveztük azokat a nőket, akik a kérdézet megelőző héten összesen több mint 7, illetve azokat a férfiakat, akik több mint 14 egységnyi alkoholt fogyasztottak. Egy ital/alkoholegység egy korsó sörnek, 2 dl bornak vagy 0,5 cl röviditalnak felel meg (KSH, 2010).

	adott alkoholfajtát fogyasztók aránya (%)			adott alkoholfajtából fogyasztott átlagos heti mennyiség (l)		
	1995	2012	változás	1995	2012	változás
bor	40	60,3	20,3	2,1	1,53	-0,57
sör	32	42,4	10,4	3,2	3,1	-0,1
rövidital	17	8,7	-8,3	0,29	0,25	-0,04

32. táblázat: Az alkoholfogyasztási szokások változása Pécsen 1995 és 2012 között
 Forrás: Füzesi-Tistyán, 1996 és saját számítás

A rendelkezésre álló adatok alapján iskolai végzettség a heti rendszerességgel elfogyasztott alkohol mennyiségét tekintve nem eredményez szignifikáns különbséget.

Az alkoholfogyasztás mennyiségét tekintve a válaszadók jellemzően nem ítélték (30. diagram) az általuk elfogyasztott alkohol mennyiségét az egészségüket károsító tényezőként ($p = 0,000$). A nagyivók esetén megjelenik annak érzékelése, hogy az alkoholfogyasztási szokásuk esetlegesen veszélyeztetheti az egészségüket, de a veszély mértékének megítélése nem egyértelműsíthető. A mértékletes alkoholfogyasztók nem tekintik egészségükre károsnak az elfogyasztott alkoholemennyiséget.

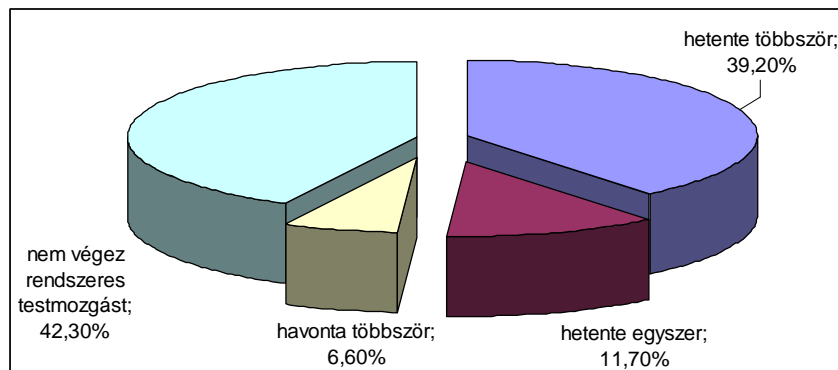


30. diagram: Az alkoholfogyasztás, mint egészség-kockázat megítélésének és az alkoholfogyasztás mértékének összefüggése, 2012
 Forrás: saját számítás

Az átlagos napi alvásidő tekintetében az elmúlt másfél évtizedben jelentősen romlott a helyzet, mivel az első egészségkép 1995-ös adata szerint a város felnőtt lakosságának 54%-a, míg 2012-ben már a 61,3%-a fordított napi nyolc óránál kevesebb időt alvásra. A háttérváltozókat tekintve szignifikáns differenciáló hatás nem állapítható meg.

A fizikai aktivitás vonatkozásában az állapítható meg, hogy jelenleg a városlakók közel fele (42,3%) nem végez legalább havi rendszerességgel aktív testmozgást. Ez az

eredmény a korábbi egészségkép elkészítése óta nem változott. Ugyanakkor, a rendszeresen testmozgást végzők többsége heti több alkalommal mozog (31.diagram).



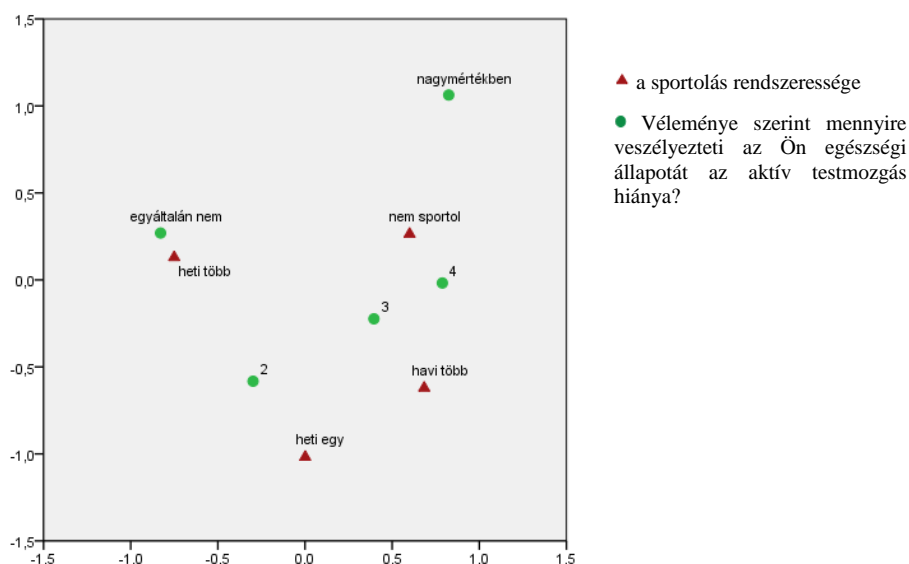
31. diagram: A rendszeres testmozgás gyakorisága, 2012³³
 Forrás: saját számítás

Az országos adatokat vizsgálva kitűnik, hogy a felnőtt lakosság fele (49,7%) egyáltalán nem végez aktív testmozgást, harmada (33,4%) még mérsékelt testmozgást sem, ötöde (21%) pedig nem is gyalogol még napi tíz percen keresztül sem (KSH, 2010).

A rendszeres fizikai aktivitás és az iskola végzettség összefüggését tekintve megállapítható, hogy az iskolai végzettség növekedésével növekszik azok aránya, akik hetente több alkalommal is sportolnak: a 9-12 osztályt végzettek 29,5%-a, míg a 13-x osztályt végzettek 43,2%-a sportol heti többszöri alkalommal ($p = 0,029$). A korcsoportokat tekintve fordított összefüggés igaz: az életkor előrehaladtával egyre csökken a heti rendszerességgel fizikai aktivitást végzők hányada ($p = 0,000$). A 18-29 évesek korcsoportjában 47,5%, míg a 60 év felettek korcsoportjában 36,6% a heti több alkalommal is fizikai aktivitást végzők aránya.

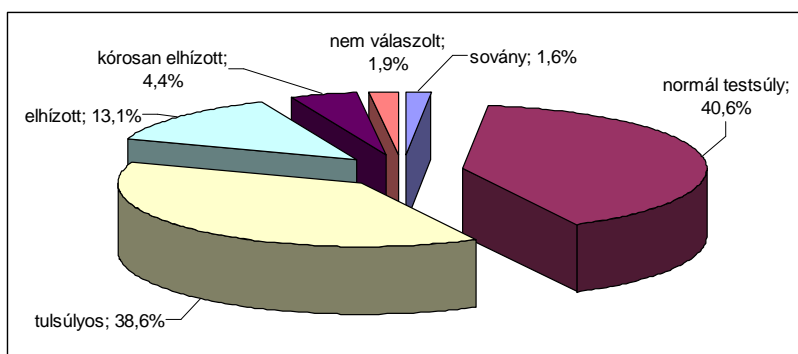
A sportolás és az aktív testmozgás hiányát a legalább heti rendszerességgel sportolók nem értékelték az egészségüket veszélyeztető tényezőként (32.diagram), míg a nem sportolók értékelték ugyan a mozgásszegény életmódjuk egészségkockázatát, de azt nem ítélték nagymértékű veszélynek ($p = 0,032$).

³³ Az első egészségkép a rendszeres testmozgás gyakoriságára vonatkozóan nem tartalmazott részletes adatokat.



32. diagram: Az aktív testmozgás hiánya, mint egészség-kockázat megítélésének és a sportolás rendszerességének összefüggése, 2012
 Forrás: saját számítás

Az egészséget befolyásoló életmódhatások egyik lehetséges indikátoraként a válaszadók testtömeg-indexét is kiszámítottam³⁴. Az aktuális helyzetkép azt mutatja, hogy a város felnőtt lakóinak kevesebb, mint a fele él normál testsúllyal (33.diagram), míg az országos adatok szerint a felnőtt lakosság 53,7%-a él valamilyen mértékű súlyfelesleggel.



33. diagram: A testtömeg-index kategóriáinak³⁵ megoszlása Pécs felnőtt korú lakossága körében, 2012³⁶
 Forrás: saját számítás

A normál testsúly a magas iskolai végzettségű, 40 év alatti nőkre a leginkább jellemző. Az elhízás a 40-49 év közötti max. 8 általános iskolai osztályt végzett férfiak körében fordul elő a legnagyobb gyakorisággal. A kóros elhízás problémája a pécsi felnőttek

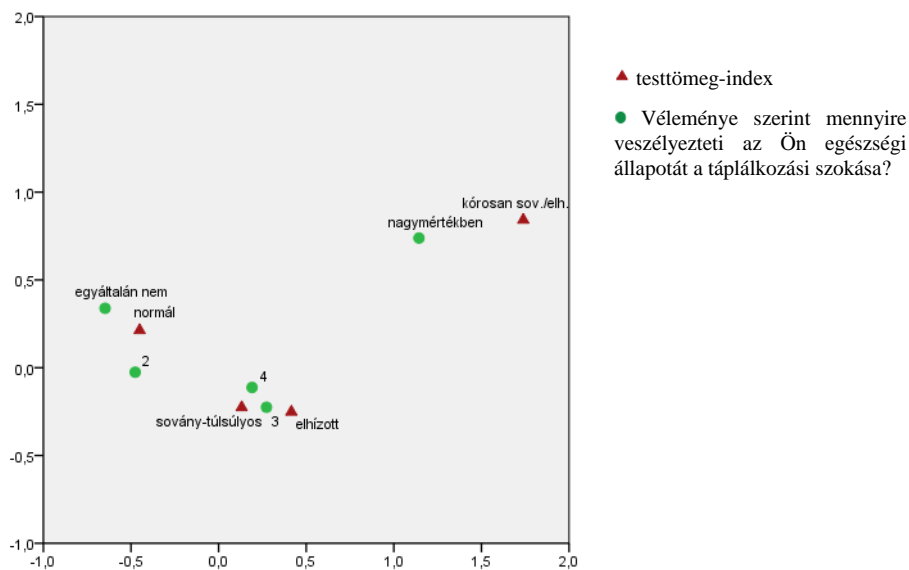
³⁴ A testtömeg-index számítását a válaszadók által közölt testsúly és testmagasság alapján végeztem. Ugyanakkor az adatok önbevallásán alapuló BMI eredmények értékelésekor figyelembe szükséges venni azt a tendenciát, hogy a válaszadók rendszerint a testsúlyukat a valós értékhez képest alulbecsülik, míg a testmagasságukat túlbecsülik [vö. Elgar-Stewart, 2009].

³⁵ BMI kategóriák: < 16 = kórosan sovány; 16,1 – 18,49 = sovány; 18,5 – 24,99 = normál; 25,0 – 29,99 = túlsúlyos; 30,0 – 34,99 = elhízott; 35,0 < = kórosan elhízott.

³⁶ Az első egészségkép a testtömeg-index értékekre vonatkozóan nem tartalmazott adatokat.

csak igen kis létszámú csoportját érinti, amelynek tagjait javarészt az 50 év alatti, 9-12 osztályt végzett férfiak jelentik.

A kórosan sovány vagy a kórosan elhízott egyének táplálkozási szokásaikat az egészségüket nagymértékben veszélyeztető tényezőként értékelték (34. diagram), míg a sovány, a túlsúlyos és az elhízott válaszadók megítélése szerint a táplálkozási szokásuk ugyan számottevő egészség-kockázatot jelent, de még nem olyan mértékűt, amely az egészségüket nagymértékben veszélyeztetné ($p = 0,034$).



34. diagram: A táplálkozási szokás, mint egészség-kockázat megítélésének és a testtömeg-index értékének összefüggése, 2012
Forrás: saját számítás

Az orvoshoz fordulás az adatfelvételt megelőző három hónapban történt jellemzőit vizsgálva az látszik (33. táblázat), hogy minden második felnőtt pécsi lakos felkereste a házi orvosát valamilyen egészségi problémával.

	1995	2012	változás
házi orvos	36%	55,6%	19,6%
járóbeteg szakorvosi ellátás	32%	26,0%	-6,0%
fogorvos	18%	14,5%	-3,5%
kórházi, klinikai fekvőbeteg-ellátás	6%	6,2%	0,2%
üzemorvos	4%	5,2%	1,2%

33. táblázat: Az orvoshoz fordulás gyakorisága 1995, 2012
Forrás: Füzesi-Tistván, 1996 és saját számítás

Az újonnan felvett adatok és a korábbi adatgyűjtés eredményeinek összevetéséből kiderül, hogy jelentősen növekedett a házi orvoshoz forduló aránya, míg a járóbeteg szakellátást igénybe vevők aránya csökkent. A fogorvoshoz fordulás korábban sem túl magas gyakorisága szintén csökkenést mutat.

Az egészségmagatartást a különböző életmódbeli szokások egészségkövetkezményeivel kapcsolatosak ismeretek alapvetően befolyásolják. E tekintetben a megkérdezettek tájékozottsága az önértékelése alapján a közepes szintnél jobb (34.táblázat).

	átlag
dohányzás veszélyei, következményei	4,39
magas vérnyomás veszélyei, következményei	4,32
túlzott mértékű alkoholfogyasztás veszélyei, következményei	4,27
elhízás, túlsúlyosság veszélyei, következményei	4,16
cukorbetegség veszélyei, következményei	4,16
egészséges táplálkozásra vonatkozó ismeretek	4,07
drogfogyasztás jellemzői és veszélyei	3,71

34. táblázat: Az egészség-kockázatokkal kapcsolatos tájékozottság önértékelése, 2012³⁷

Forrás: saját számítás

A város lakóinak körében dohányzás és túlzott mértékű alkoholfogyasztás, valamint a magas vérnyomás kockázatait a leginkább ismertek. Ugyanakkor a legkevesebb ismerettel a drogfogyasztás és a táplálkozással kapcsolatos veszélyeket illetően rendelkeznek a válaszadók. Mindazonáltal a megkérdezettek a témával kapcsolatos tájékozottságukkal alapvetően elégedettek, mivel csak valamivel több, mint harmaduk (38,6%) igényelné, hogy az egészségvédelemmel és az egészséges életmóddal kapcsolatosan több információhoz juthasson.

Az egészségvédelemmel, egészséges életmóddal kapcsolatos jelenlegi ismeretek megszerzéséhez a legtöbb esetben az internet szolgál segítségül (35.táblázat).

internet	19,6%
házi orvos	14,7%
újság, ismeretterjesztő kiadvány	12,9%
televízió, rádió	11,7%
szakkönyv	5,6%
barát, ismerős, rokon	5,2%
egyéb információforrás (védőnő, gyógyszerész, ápoló)	3,3%
nem válaszolt	27,1%

35. táblázat: Az egészségvédelemmel kapcsolatok ismeretek forrásai, 2012

Forrás: saját számítás

Az egészség védelmét segítő információkért csaknem minden hetedik felnőtt a házi orvosához fordult. Ily módon a házi orvosok felé – az elsődleges feladatként megjelenő gyógyító tevékenységek mellett – a prevenció területén is határozott lakossági elvárás fordul. A gyógyító szakemberek mellett a sugárzott és nyomtatott média ismeretközvetítő szerepének értékelése szintén alapvetően pozitív.

³⁷ Az első egészségkép az egészségvédelemmel kapcsolatok ismeretek forrásaira vonatkozóan nem tartalmazott adatokat.

6. MEGÁLLAPÍTÁSOK ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

A kutatásom eredményeivel kapcsolatos megállapításaimat és következtetéseimet a célkitűzésként meghatározott három rész cél mentén tárgyalom. Az egészségkép-készítés módszerének helyi adaptálásával kapcsolatosan elsősorban az indikátor-készlet alkalmazhatóságával összefüggő megállapításokat és az egészségkép-készítés módszertani tapasztalatait foglaltam meg. A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők 1994. és 2012. közötti változását az egészségkép fő tematikus egységei szerint értékeltem. A városi egészségfejlesztési terv kidolgozásához szánt ajánlásokat a vonatkozó elméleti alapvetések és a gyakorlati tapasztalatok alapján foglaltam össze.

6.1. Az egészségkép-készítés módszerének helyi adaptációja, valamint Pécs MJV egészségképének aktualizálása

A városi egészségkép az EVM tevékenységének köszönhetően az elmúlt két évtizedben helyi közösség egészségi állapotának és az azt befolyásoló tényezők leírásának széles körben használt eszközévé vált. A módszertani alapok az EVM tagvárosok tapasztalatai valamint a szakértői elemzések eredményeként egységesedtek és az átdolgozásokat követően az ajánlott indikátor-készlet különböző helyi viszonyok esetén való alkalmazhatósága is javult [WHO, 2012/a]. Mindezen eredmények mellett is minden város számára megmaradt az a feladat, hogy az egészségképének elkészítése során az ajánlott módszertani alapokat a saját igényei és lehetőségei szerint adaptálja.

Pécs MJV egészségképének aktualizálása során is szükségesnek bizonyult az indikátor-készlet helyi viszonyok és lehetőségekhez történő igazítása. E feladat elvégzése során bebizonyosodott, hogy az ajánlott 32 indikátor közül az alábbi 5 indikátor esetén nem volt megvalósítható érvényes adat megszerzése:

- „*társadalombiztosítási kártyával rendelkezők száma*”: a potenciális adatgazdák közül sem a helyi Önkormányzat, sem a Központi Statisztikai Hivatal, sem az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nem rendelkezik olyan adatstruktúrával, amely a társadalombiztosítási kártyával rendelkezők számát lakóhely szerinti bontásban is naprakészen szolgáltatná;
- „*idegen nyelven hozzáférhető egészségügyi szolgáltatások*”: ezen indikátor vonatkozásában nem áll rendelkezésre pontos adat, azonban az idegen nyelven történő orvosi ellátást a Pécsi Tudományegyetem kijelölt rendelők segítségével – többek között a külföldi diákok számára is – biztosítja.

- „*létminimum alatt élők száma*”, „*élveszülések száma a 20 évnél fiatalabb, 20-24 éves és a 35 év feletti nők korcsoportjában*”, indikátorok meghatározásához az ilyen irányú hivatalos hazai adatgyűjtés hiányában a megfelelő adatok nem állnak rendelkezésre;
- „*rokkantak foglalkoztatottsági mutatói*” indikátorral kapcsolatban a legutóbbi nemzetközi összehasonlító értékelés során is már megállapításra került, hogy a tapasztalatok szerint ilyen jellegű adatok egyetlen városban sem állnak rendelkezésre [Webster-Sanderson, 2012].

Az indikátorok helyi adaptációja az adat-hozzáférhetőség miatti változtatásokon túlmenően az ajánlott indikátorokhoz képest kiegészítő indikátorok alkalmazását is jelentette. Már az első egészségkép készítésekor is kiegészítő indikátorokként szerepeltek a demográfiai és egyéb népességmutatók (*lakosság szám, iskolai végzettség szerinti összetétel, a nemzetiségi összetétel, családi állapot, halandóság, várható élettartam*) továbbá a helyi egészségügyi ellátórendszerrel és a szociális ellátásokkal kapcsolatos minden indikátor, valamint a városi egészségpolitikával kapcsolatos információk. Mindezek mellett, az aktualizált egészségkép további új indikátorokat is tartalmaz: a népességszám-változás mutatóit (*természetes szaporodás, vándorlási egyenleg*) valamint a helyi gazdasági helyzet egy szimbolikus indikátoraként a *személyi jövedelemadó* adatokat. Ezen túlmenően a környezet-egészség témaköréhez tartozó indikátorok esetén a korábban elsősorban kvalitatív információk használatával elvégzett helyzetleírások kvantitatív adatokkal egészültek ki.

A helyi adaptáció részeként ez első egészségkép elkészültét követő szakmai állásfoglalásoknak megfelelően [Garcia-McCarthy, 1996, WHO, 1998] minden indikátor vonatkozásában egyrészt meghatározásra került a helyi viszonyok értékelésének támogatását szolgáló kontextus (*országos adatok, 100.000 főt meghaladó lélekszámú városok adatai*) másrészt a korábban használt nyers adatok helyett az összehasonlítást segítő származtatott értékek használata került bevezetésre.

A lakosság életmódjának és az egészség-témákkal kapcsolatos személyes véleményének megismerését illetően már az első egészségkép kidolgozásakor is jelentős helyi hozzáadott értéként jelent meg a személyes lekérdezésen alapuló adatgyűjtés és az adatok statisztikai-matematikai módszerekkel elvégzett elemzése. Az egészségkép

aktualizálása során a korábban használt eszközök és technikák kiegészültek az azóta rendelkezésre álló eszközökkel, valamint az alkalmazott megoldások optimalizálása is megtörtént:

- face-to-face kérdezés helyett a CATI rendszeren alapuló telefonos kérdezés került alkalmazásra, amely megoldás a kérdezőbiztost alkalmazó lekérdezéshez szükséges időtartamot 50%-kal, míg a költségeket 20-40%-kal csökkentette. A telefonkönyvben szereplő és nem szereplő számok random digital dialing segítségével történő felhívása véletlenszerű mintába sorolást, és kvóta alapú reprezentatív mintát produkált, ezzel is hozzájárulva a mintaválasztás torzító hatásának minimalizálásához. A telefonos kérdezés a személyes kérdezéshez képest elősegítette az egyénileg és társadalmilag érzékeny kérdésekre adandó válaszadási hajlandóságot.
- a telefonos adatfelvétel további előnye, hogy az adatfelvétel során kapott adatbázis azonnal elérhető és további adattisztítást nem igényel, mivel a kérdezés során begyűjtött adatok direkt módon az előre paraméterezett adatbázisban kerülnek rögzítésre. A CATI rendszer folyamatosan nyomon követte a kérdezők tevékenységét, ütemezte a visszahívásokat, és biztosította az automatikus tárcsázást. A válaszok ellenőrzése a kérdezés folyamatába került beépítésre, és azonnali figyelmeztetés jelent meg, ha a válasz inkonzisztens volt a korábbi válaszokkal. A hiányzó értékek száma nullára redukálódott és az adatok pontossága emelkedett. A kérdező-rendszernek köszönhetően az adatfelvétel validitása 100%-ban ellenőrzött, a létrejött adathalmaz nem tartalmaz logikai hibákat, nincsenek hiányzó adatok [vö. Choi, 2004].
- az adatgyűjtéshez alkalmazott kérdőív kérdései kiegészültek olyan kérdésekkel, amelyek segítségével az indikátorok alkalmazásával leírt helyzetekkel kapcsolatos lakossági vélemények és értékelések váltak megismerhetővé;
- az adatelemzési technikák kibővültek a korrespondencia-analízis módszerének alkalmazásával, megteremtve a lehetőséget a vizsgált változók értékei közötti együttállások újabb szempontok szerinti elemzésére, és az ezekből következő összefüggések feltárására.

Az egészségkép-készítés módszerével összefüggésben tett változtatások eredményeként az egészségkép információ-tartalma egyrészt bővült, másrészt részletesebbé vált. Ezen túlmenően érvényre jutott azon szakmai ajánlás is, miszerint az egészségterv kidolgozása az EVM által ajánlott módszertani alapok mentén [WHO, 1995, 1998], de a helyi sajátosságokra és lehetőségekre való fokozott figyelemmel kerüljön megvalósításra [WHO, 2012/a; Webster-Sanderson, 2012].

6.2. A lakosság egészségi állapotát befolyásoló városi tényezők és az egyéni életmód-jellemzők 1994. és 2012. közötti változása Pécssett

A lakosság egészségi állapotát befolyásoló városi tényezőkkel valamint az egyéni életmód-jellemzőkkel kapcsolatos következtetéseket az egészségkép főbb tematikus egységei szerint foglaltam össze.

6.2.1. A város népességének demográfiai jellemzői

A város népességszáma a természetes szaporodás és a vándorlási egyenleg negatív értékei miatt mintegy tíz éve folyamatosan csökken, míg az öregedési index értéke radikálisan növekszik. A nemek aránya az 55 évnél idősebb korcsoportok esetén a nők folyamatosan növekvő arányát mutatja. A város népességére a gyorsuló előregedés a jellemző, miáltal egyre nagyobb létszámú csoport esetén válhat szükségessé az életkor előrehaladtával jelentkező egészségi problémák kezelése, míg a gyermek- és fiatalkori egészségi problémák kezelése kisebb kapacitással is megoldható lehet.

Az egyszemélyes háztartások aránya folyamatosan emelkedik a városban. A mind több egyszemélyes háztartás – különösen az idősebb korcsoportok esetén – előtérbe hozza az elmagányosodás, mint önálló probléma, valamint az e helyzet egészségi állapotra gyakorolt hatásaira való fokozott odafigyelés feladatait. Ily módon a jövőben az intézményes segítő rendszerek számára – elsősorban az idősellátás területén – feltételezhetően egyre nagyobb feladatot jelent majd a család természetes támogató funkcióinak pótlása [Berzukov, 1993; Singh-Misra, 2009]. Az egyének és háztartások romló jövedelemszintje az öngondoskodás lehetőségeit korlátozza, miáltal az intézményi támogatásokra való igény tovább fokozódhat.

6.2.2. A város népességének mortalitási jellemzői

A város népességének mortalitási adatai a vizsgált időszakban alapvetően kedvezően változtak. A születéskor várható élettartam mindkét nem esetében növekedett, de a 13 vagy több osztályt végzett lakosok esetén az 1000 főre jutó halálozások száma az országos átlagot 1 fővel meghaladta.

Az 5 vezető halálok Pécssett megegyezik az ország egészére jellemző 5 vezető halálokkal. Ugyanakkor a légzőrendszer betegségei és a daganatos betegségek az országos átlagokat meghaladó arányban jelennek meg a halálokok között, és ez a helyzet a vizsgált időszakban nem mutatott javulást.

A mortalitási helyzet további javítása érdekében a helyi egészségvédelmi tevékenységek kiemelt prioritásai között szükséges kezelni azokat a kockázati tényezőket, amelyek egyrészt a légzőrendszer betegségeinek kialakulása, másrészt a daganatos betegségek kialakulása tekintetében fokozzák a veszélyeztetettséget. Az ez irányú problémafeltárás és megoldáskeresés során mind a multiszektorális szemlélet alkalmazása, mind a hosszútávra szóló cselekvés tervezése szükséges, továbbá a döntéshozók informálása is kiemelt szerepet kell, hogy kapjon [Beaglehole et al., 2011].

A terhességmegszakítások élveszületéshez viszonyított száma Pécssett szintén jelentősen az országos átlag fölött van. A helyzet javítása érdekében az e témával kapcsolatos szemléletformálás, továbbá a családtervezésről valamint a fogamzásgátlásról szóló felvilágosítás és tanácsadás feladatainak szintén a helyi egészségvédelmi feladatok prioritásai között kell szerepelnie [Kozinszky et al., 2006].

6.2.3. A városban hozzáférhető egészségügyi ellátás

Az egészségügyi ellátás rendelkezésre állása önmagában is az egészség egyik társadalmi meghatározója, de mint ellátórendszer egyrészt hatással van a többi társadalmi meghatározó alakulására, másrészt a visszahatások által folyamatosan követi is a változásokat. Pécssett a háziorvosi praxisok bázisán szervezett egészségügyi ellátások biztosítják az egészségi állapot javításával összefüggő kezdeményezések gyógyító hátterét [Rasanathan et al., 2011], miáltal az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek csökkentéséhez is hozzájárulnak.

A vizsgált egészségügyi ellátás-típusok mutatói a tárgyalt időszakban javultak és az utolsó évben a rendelkezésre álló ellátások helyzete az országos adatokhoz képest is kedvezőbb volt. A városlakók számára néhány speciális és ritka egészségi problémán

kívül a szakszerű egészségügyi ellátás gyorsan elérhetően hozzáférhető. Ily módon az egészségvédelem területén a városban tapasztalható pozitív változások támogatásának érdekében arra szükséges törekedni, hogy az egészségügyi ellátórendszer működése ne romoljon, és továbbra is legalább a jelenlegi kedvező paraméterekkel legyen jellemezhető.

6.2.4. A város környezet-egészségi jellemzői

Az egészségi állapot és a környezet változásának összefüggéseire vonatkozó hosszú távú előrejelzés [Hughes et al. 2011] szerint a világ városaiban érvényesülő környezet-egészségi hatásokat tekintve a tisztítatlan ivóvíz, a nem megfelelő közegészségügyi és higiénés viszonyok valamint a levegőszennyezés lesznek azok a tényezők, amelyek a helyi lakosok egészségi állapotának különbségeit meghatározó módon befolyásolják.

Pécs városának környezet-egészségi mutatói összességében vegyes képet mutatnak. A levegőtisztaság bár valamelyest javult a vizsgált időszakban, de még mindig – akár a korábbi helyzethez képest, akár más városokkal való összehasonlításban – kedvezőtlen. E helyzet a légzőrendszer betegségei és a keringési rendszer betegségei kialakulásának valószínűségét egyértelműen fokozza [WHO, 2013]. A felszíni vizek szennyezettsége javult, a felszín alatti vizek korábban is kedvező állapota nem változott. A vezetékek ivóvíz-rendszerre történő rákötési lehetőségek minden háztartás számára elérhetővé váltak. A szilárd-hulladékkezelési szolgáltatás folyamatosan bővül a szelektív gyűjtés különböző módozataival, a folyékony hulladékkezelés rendszerének igénybe vétele szintén minden háztartás számára hozzáférhető. Ily módon a közegészségügyi kockázatok csökkentését is támogató városi közszolgáltatások teljes körűen rendelkezésre állnak ugyan, de a lakosság környezet-egészségi kockázatainak csökkentését illetően kiemelt feladatként jelentkezik a levegőtisztaság javítása. Az egyéb területeken a jelenlegi helyzet megőrzése, és a lehetőségek szerinti fejlesztése meghatározó fontosságú annak érdekében, hogy a környezeti tényezők az egészség-egyenlőtlenségek fokozódásában minél kisebb szerep játszanak [WHO, 2012/b].

A város területén lévő zöldfelületek a mentális egészségre gyakorolt pozitív hatásain keresztül csökkenthetik a stresszt, a magas vérnyomást és a koleszterinszintet, a mozgásszegény életmód jelentette egészség-kockázatokat. A hozzáférhető és a gépjárműforgalomtól védett közösségi terek a társas kapcsolatok fenntartása és kialakításának lehetőségén keresztül az elmagányosodás és az e helyzetre visszavezethető egészségi problémák megelőzését segíthetik [Mitchell-Popham, 2008].

Ezen adottságok tekintetében Pécs városa az ország nagyvárosait tekintve egyértelműen jó helyzetben van, amely helyzet fenntartása és további fejlesztése az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek csökkentése szempontjából is fontos feladat.

A kerékpáros közlekedés körülményei ugyanakkor meglehetősen kedvezőtlenek a városban, ezáltal egyrészt a kerékpáros balesetek kockázata magas, továbbá a kerékpár mindennapi közlekedési eszközként történő használatának lehetősége csak korlátozottan áll rendelkezésre. További hátrány, hogy a kerékpárhasználat korlátai miatt az egyik könnyen és nagyszámú társadalmi csoport számára hozzáférhető – és az elhízás kockázatának csökkentése tekintetében is fontos – aktív testmozgási lehetőség szintén csak korlátozottan állhat rendelkezésre [Bassett et al., 2008, Pucher, et al., 2010].

A szubjektív lakossági vélemények szerint is a közszolgáltatásokkal kapcsolatosan széleskörű elégedettség tapasztalható, míg a levegőtisztasággal és a kerékpáros közlekedés helyzetével a város lakói meglehetősen elégedetlenek.

6.2.5. Az egészséget befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezők helyzete a városban

Az egészséget befolyásoló vizsgált társadalmi-gazdasági tényezők közül a lakhatási viszonyok szerepe kiemelkedően fontos, mivel a jó egészségi állapot biztosításához szükséges legtöbb tényező és előfeltétel alapja a megfelelő lakóhely [WHO, 2008]. Pécsen a lakhatási feltételek városi viszonylatban alapvetően javulást mutatnak, bár a lakásfenntartási támogatásban részesülők jelentősen növekvő száma alapján nyilvánvaló, hogy a lakbér és/vagy a rezsiköltség előteremtése egyre nagyobb létszámú csoportnak jelent nehéz feladatot. A szegregátumokban élők helyzetének javítása önálló problémaként jelentkezik, amelynek megoldása komplex közösségfejlesztési és városrész-rehabilitációs intézkedéseket igényel [Füzesi-Tistyán, 2004]

A munkanélküliség alakulása összetett probléma-együttest jelent. Túl azon, hogy a városban a munkanélküliségi ráta – az ország egészére jellemző értéket is meghaladva – növekedett, az 1000 azonos korú munkavállalóra jutó álláskereső aránya a 26-36 éves korcsoport tagjai között a legmagasabb. Ez az a korcsoport, amelyik a felnőtt élete kezdetén van, önálló családot alapít és egzisztenciát kezd építeni. E korcsoport tagjai könnyen vándorolnak el munkalehetőséget keresve. Elvándorlásuk esetén növelik a vándorlási deficitet – de néhány év távlatát tekintve – a természetes szaporodás deficitjét is. A 36 évnél fiatalabb munkavállalók elvándorlása felgyorsítja a lakosság előregedését, növelheti az egyszemélyes háztartások kialakulásának valószínűségét, és

gyengítheti a család, mint támogató rendszer működését. Ezáltal az előregedés és az egyszemélyes háztartások növekvő számából adódó problémák szélesebb társadalmi csoportot érinthetnek, amely probléma megoldása a helyi intézményi – köztük az egészségügyi – ellátórendszerre nagyobb anyagi és szakmai terhet háríthat. A probléma megoldása érdekében célzott intézkedések szükségesek a 26-36 év közötti korcsoport tagjainak helyben tartására, ide értve a frissen végzett egyetemi hallgatókat – köztük a külföldi egyetemistákat is.

A város lakóinak körében a szociális ellátórendszert igénybe vevők száma és aránya a vizsgált időszakban a többszörösére növekedett. A rendszeres szociális segélyben részesülők számának emelkedése mellett, a védelembe vett fiatakorúak számának jelentős emelkedésére is kiemelt figyelmet szükséges fordítani, mivel az egyéni egészségi állapot különbségeit az életút során összegyűjtött társadalmi előnyök és hátrányok alapvetően meghatározzák [Marmot-Wilkinson, 2006].

A közbiztonság helyzetével összefüggésben, Pécsen a vizsgált időszakban legtöbbször a lakásbetörés és a zsebtolvajlás áldozatává válásától tartanak. Átalakulást mutat az egyes városrészek közbiztonságának megítélése is: az adatfelvétel alapján a legrosszabb közbiztonságú városrészként Kertváros és Meszes került megnevezésre. A közlekedésbiztonság vonatkozásában pozitív változás a halálos balesetek számának jelentős csökkenése, ami egyébként világszerte a véletlen halálesetek legnagyobb hányadát kitevő halálokként szerepel [WHO, 2008]. Az egészség-kockázatokat tekintve az erőszakos bűncselekmények elkövetésekor bekövetkező súlyos sérülések közvetlen egészséghatásai meghatározóak, azonban ezen bűnelkövetés bekövetkeztének valószínűségét a város lakói nem értékelték meghatározó kockázatként. A gyöngye közbiztonsági helyzet okozta stressz, mint a mentális egészség egyik kockázati tényezője [Horowitz-McKay, 2005] is mérsékelt hatással jelenik meg a városban, mivel a lakosság véleménye szerint helyi közbiztonsági helyzet az elmúlt 17 évben romlott ugyan, de még mindig jobb, mint az országos helyzet.

Az egészséges életmód és az egészséges városi környezet alakítása terén feladatot vállaló civil szervezetek a helyi közösség számára szinte láthatatlanok. Tevékenységükkel kapcsolatosan továbbra is érvényes az első egészségkép azon megállapítása, miszerint a *„civil szervezetekben folyó tényleges tevékenység nem szolgálja a városi szintű döntések előkészítésében való részvételt, így az általuk képviselni kívánt lakossági csoportok érdekképviseletét és az érdekközvetítést sem”*

[Füzesi-Tistyán, 1996:34]. A civil szféra e területen egyrészt nem „kényszeríti rá” a döntéshozókra, hogy a köz akaratának megfelelően hozzák meg döntéseiket, mivel „*a hazai közéletben a civil-, állampolgári önszerveződések gyenge döntésbefolyásoló szerepe körvonalazódik ki, amellyel szemben a politikusok, különösen a polgármester, az alpolgármester, a parlamenti és önkormányzati képviselők, a minisztériumok, a képviselő-testület és a jegyző felértékelődése áll. Mindez azt valószínűsíti, hogy az állampolgárok az egyéni érdekérvényesítés helyett, döntően a politikai elitől, illetve a kormányzat szerveitől várják ügyeik megoldását*” [Kákai 2005:21]. Másrészt az ország felnőtt lakossága körében az ezredforduló óta szignifikánsan emelkedett azok aránya, akik úgy gondolják, hogy semmit, vagy csak nagyon keveset tehetnek saját egészségükért [Boros, 2005], amely attitűd szintén nem fokozza a civil szervezetek egészség-támakkal kapcsolatos aktivitást.

A helyi egészségpolitikai kezdeményezések – pl. egészséghatás-vizsgálat – hatásai az Egészséges Városért Alapítvány ezirányú tevékenysége és kezdeményezései ellenére jelenleg még nem kimutathatóak. A korábbi egészségkép megállapításai továbbra is helytállóak lehetnek abban a vonatkozásban, miszerint a lakosság nem érzi úgy, hogy az önkormányzat stratégiai döntéseinek előkészítése során lehetősége nyílna a véleménynyilvánításra. Ugyanakkor a lakossági érdeklődése sem változott jelentősen, mivel továbbra is igaz, hogy a közmeghallgatások és a lakossági fórumok iránt érdektelenség mutatkozik, avagy a nem az adott témához kapcsolódó problémák felvetése a jellemző. Ezáltal a helyi egészségpolitika alakítása területén sem a politikai élet szereplői sem a civil szféra képviselői nem jelentek meg aktív szereplőként.

A politikai szerepvállalás alacsony intenzitása azzal is összefüggésben lehet, hogy a politikai szereplők elsősorban a rövid távú érdekeik által motiváltak, míg az egészségpolitikai kezdeményezések eredményei hosszú távon jelentkeznek [Kingdon, 2003]. Ráadásul az egészségfejlesztés – és általában az egészségpolitika területéhez tartozó tevékenységek esetén – a hasznokat lényegesen nehezebb számszerűsíteni, mint a ráfordításokat. A költségek előteremtése azonban a jelen feladata, míg a hasznok csak jóval később realizálódnak, így a jelen viszonyaira alig lehet hatásuk. A hasznok ráadásul a legtöbb esetben nem azokon a területeken jelentkeznek, ahonnan a költségek fedezete származott [Orosz, 1994].

6.2.6. Az egészséget befolyásoló életmód-hatások a város lakosai körében

A vizsgált időszakban az egészségi állapotra ható életmód-jellemzők és magatartások tekintetében – azzal együtt, hogy a városlakók elsődleges értéknek a jó egészséget tekintik – pozitív és negatív változások egyaránt bekövetkeztek. Pozitív változás, hogy a dohányzók aránya és a fogyasztott cigarettamennyiség egyaránt csökkent. Bízató változás, hogy a legfiatalabb korcsoport tagjai között vannak a legalacsonyabb arányban a rendszeres dohányosok. A fogyasztott alkohol – ezen belül is leginkább a rövidital – mennyisége szintén csökkent. E változások fenntartásának elősegítése stratégiai kérdés, mivel az egészségi állapot különbségeit eredményező tényezők között – különösen a férfiak esetében – a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás kiemelt fontossággal jelenik meg [Mackenbach et al., 2008]. Negatívum, hogy növekedett azon felnőttek aránya, akik kevesebb, mint napi 8 órát alszanak. Túl azon, hogy az alváshiány rossz közérzetet okoz, az átalakuló anyagcsere-folyamatok eredményeként jelentősen megnöveli az elhízás és a cukorbetegség kialakulásának kockázatát [Buxton, et al., 2012], amely betegségek folyamatosan növekvő aránya önmagában is népegészségügyi problémát jelent. Az elhízásra és a mozgásszegény életmódra visszavezethető betegségek kialakulásának kockázatát fokozza, hogy a pécsi felnőttek közel fele nem végez rendszeres testmozgást és a testtömeg-index alapján több mint felének a testsúlya eltér a normál értéktől.

Az életmód és az egészségkockázatok viszonyának önértékelését tekintve a rendszeresen dohányzók nem ítélik meghatározó egészségkockázatként azt, hogy dohányoznak, míg az elhízott és túlsúlyos felnőttek, a nagyivók és a rendszeres testmozgást nem végzők az életmódjuk egészség-kockázatainak – ha eltérő mértékűnek értékelik is – tudatában vannak, és a kognitív disszonancia redukció – avagy Weinstein [1987, 2005] kifejezésével az „irreális optimizmus” – attitűdje is azonosítható.

Az életmód-jellemzőket illetően bekövetkezett változások szerint a „káros szenvedélyeknek” is nevezett szokások visszaszorulóban vannak, de ezzel párhuzamosan az egyébként a normál életvezetés részét képező tevékenységek – táplálkozás, alvás, mozgás – egészségtudatosságot nélkülöző módon való megélése válik egyre jelentősebb egészségkockázattá. Mindezen folyamat azért is figyelmet érdemlő, mivel a lakosság az egészségkockázatokkal kapcsolatos tájékozottságát megfelelőnek értékelte.

A házi orvoshoz fordulás aránya növekedést mutat, azonban a fogorvoshoz fordulás gyakorisága a korábban is meglehetősen alacsony értékhez képest is csökkent. A házi orvos egészségmegőrzéssel és egészséges életmóddal kapcsolatos információforrásként való elfogadottsága jónak értékelhető. Erre alapozva a prevenció feladatok ellátása terén való feladatvállalásaik újragondolásával az egészség-témákkal kapcsolatos szemléletformálás és ismeretátadás hatékonysága fokozható lehet. E feladatok ellátásához a házi orvosok számára a célzott felkészítés és a folyamatos támogatás biztosítása alapvető fontosságú [McManus, 2013, Geense, 2013].

6.3. Ajánlások a városi egészségfejlesztési terv kidolgozásához

Az egészségfejlesztési terv minden város számára olyan stratégiai dokumentum, amelynek cselekvési terv része a multiszektorális megközelítésre alapozottan a többi szakpolitikai stratégiába integrálódva segítheti elő a városi környezet egészséget támogató irányba történő alakítását és azáltal a helyi lakosok egészségi állapotának javítását. Az egészségfejlesztési terv két meghatározó pillére az (esély)egyenlőség mint alapelv, és az egészség társadalmi meghatározóinak fejlesztése, mint szemlélet [WHO, 2001/b; Green, et. al., 2009]. Az egészségfejlesztési terv kidolgozásához az egészségkép fő tematikus egységeinek megfelelően fogalmaztam meg a javaslataimat.

6.3.1. A város népességének demográfiai jellemzőivel kapcsolatos javaslatok

- Az Egészséges Városért Alapítvány által a döntés-előkészítés részeként vállalt egészséghatás-vizsgálat lehetőségét kihasználva, a város fejlesztési terveiben és szakpolitikai stratégiai dokumentumaiban a frissen végzett középiskolás és egyetemista diákok és fiatal felnőttek helyben tartását célzó intézkedések és stratégiai célok jelenjenek meg prioritásként.
- Idős-stratégia kidolgozása, amelynek hangsúlyos részeként jelenhet meg az elmagányosodás és az egyszemélyes háztartások problémájának kezelése, valamint az intézményi és az otthoni ellátás biztosításával kapcsolatos lehetőségek és elképzelések megfogalmazása.

6.3.2. A város népességének mortalitási jellemzőivel kapcsolatos javaslatok

- Célzott vizsgálat elvégzése a 13-x osztályt végzettek és a közalkalmazottak körében mutatkozó, az országos átlagot meghaladó mértékű halandóság

hátterének feltárására, majd a szükséges prevenció és/vagy korrekció intézkedések kezdeményezése.

- Az egészséghatás-vizsgálat lehetőségét kihasználva, a város fejlesztési terveiben és szakpolitikai stratégiai dokumentumaiban a légszennyezés betegségeit valamint a daganatos betegségek kialakulását valószínűsítő kockázatok csökkentése jelenjen meg prioritásként.
- Átfogó szemléletformáló és ismeretátadó program indítása az abortuszok számának csökkentése érdekében, lehetőség szerint a középiskolás korosztályra is kiterjedően.

6.3.3. A városban hozzáférhető egészségügyi ellátással kapcsolatos javaslatok

- Az egészségügyi ellátás jelenlegi színvonalának megtartását segítő együttműködés kialakítása/erősítése, valamint intézkedési terv és keretrendszer kidolgozása a potenciálisan érintett szervezetekkel és intézményekkel (PTE, ÁNTSZ, OEP, stb.).
- A felnőtt és gyermek háziorvosok valamint a körzeti fogorvosok érdekeltté tétele, hogy a jelenlegi aktivitáshoz képest is fokozottabb feladatvállalással kapcsolódjanak be az egészség-prevenció tevékenységbe és az egészséges életvezetési ismeretek közvetítésébe.

6.3.4. A város környezet-egészségi jellemzőivel kapcsolatos javaslatok

- Az egészséghatás-vizsgálat lehetőségét kihasználva, a város fejlesztési terveiben és szakpolitikai stratégiai dokumentumaiban a levegőtisztaság javítását eredményező intézkedések és stratégiai célok jelenjen meg prioritásként.
- A forgalomszervezés és forgalomszabályozás lehetőségeinek kihasználásával történjenek intézkedések a forgalom okozta légszennyezés csökkentésére.
- A háztartások levegőtisztasági helyzetének javítása érdekében a helyi rendeletek adta lehetőségek kihasználásával – elsősorban a családi házas beépítettségű városrészekben – történjen intézkedés.
- A kerékpáros közlekedés helyzetének átfogó – infrastrukturális és szabályozási – fejlesztése jelenjen meg prioritásként mind az Integrált Városfejlesztés Stratégiában, mind az egyéb városi fejlesztési tervekben és stratégiákban.

6.3.5. Az egészséget befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezők helyzetével kapcsolatos javaslatok

- A szegregátumokban élők lakhatási és közösségi problémáinak megoldása érdekében átfogó a városrész-rehabilitációs programok tervezése jelenjen meg az Integrált Városfejlesztés Stratégiában és az egyéb városi fejlesztési tervekben.
- Az Önkormányzat kezdeményezésével és a civil szervezetek bevonásával a szegregátumokban élők egészségi állapotának védelme és javítása érdekében lehetőség szerint a szegregátumok lakói közül toborzott önkéntesek és a területtel foglalkozó szociális munkások számára szerveződjön közösségi segítő képzés, amely keretében a résztvevők elsajátíthatják, hogy miként segíthetik a szegregátumban élő családok számára az egészséges életmódhoz és egészségtudatos életvezetéshez szükséges ismereteik bővítését, majd a gyakorlati alkalmazását.
- Az egészséghatás-vizsgálat lehetőséget kihasználva a város fejlesztési terveiben és szakpolitikai stratégiai dokumentumaiban a közbiztonság és a közlekedésbiztonság javítását célzó intézkedések és stratégiai célok jelenjenek meg prioritásként.
- A lakosság és a civil szervezetek képviselői számára az Önkormányzat kezdeményezésével és a civil szervezetek bevonásával a szerveződjének olyan képzések, amelyek az egyéni egészség-érdekek felismerését és az érdekérvényesítés módozatainak kihasználását támogatják és „képessé tesznek” a cselekvésre. Az így megszerezhető ismeretek elősegíthetik, hogy a helyi közpolitikai környezet döntéshozatali folyamatába a városi polgárok bekapcsolódjanak, majd legitim és hatékony módszerekkel érvényesíthessék és „kényszeríthessék ki” érdekeik érvényesülését.
- Az Önkormányzat kezdeményezésével és a civil szervezetek bevonásával a helyi politikai élet szereplői részére szerveződjének képzések, amelyek során a résztvevők felismerhetik az egészség társadalmi meghatározóinak alakítását jelentő kezdeményezések és a helyi politikai céljaik közötti kapcsolódási pontokat, miáltal a két célrendszer szinergikus kölcsönhatásai fokozódhatnak.
- Az Önkormányzat kezdeményezésével és a civil szervezetek bevonásával formálódjanak érdekegyeztető fórumok és konszenzus-értekezletek, amelyek a stratégiai döntések előkészítése során keretet biztosítanak a közösségi csoportok és a döntéshozók érdekeinek konszenzuson alapuló egyeztetésére.

6.3.6. Az egészséget befolyásoló életmód-hatásokkal kapcsolatos javaslatok

- A városi rendezvények tervezésekor jelenjen meg prioritásként az egészséges életmód kialakítását támogató ismeretek bővítéséhez szükséges programok és/vagy részprogramok szervezése különös tekintettel a következő témákra:
 - az alváshiánnyal kapcsolatos ismeretek és kockázatok;
 - a drogfogyasztással kapcsolatos ismeretek és kockázatok;
 - a helytelen táplálkozással kapcsolatos ismeretek és kockázatok;
 - a túlsúly kialakulását valószínűsítő életmód-hatások;
 - a cukorbetegség kialakulását valószínűsítő életmód-hatások;
 - komplex életvezetési tanácsadás.
- A városi rendezvények tervezésekor jelenjen meg prioritásként az aktív testmozgás lehetőségét is biztosító programelemek integrálása.
- A városi médiumok program-struktúrájának tervezésekor jelenjen meg prioritásként az egészséggel kapcsolatos ismeretek, eredmények, javaslatok közvetítése. A város hivatalos internetes portálján kerüljön kialakításra egy „egészség aloldal”, amely rendszerezetten tartalmaz minden, a városi közéletben és tudományos életben megjelenő egészség-témához kapcsolódó információt.

7. ÚJ EREDMÉNYEK

A dolgozatom elkészítéséhez végzett kutatás során a következő eredményeket értem el:

1. Az 1996-ban publikált városi egészségkép struktúráját alapul véve valamint a WHO Egészséges Városok Mozgalom indikátor-készletét és módszertani ajánlásait alkalmazva, továbbá az egészségkép-készítés témájához kapcsolódó nemzetközi kutatások eredményeit felhasználva elvégeztem az egészségkép-készítés módszerének a helyi igények és lehetőségek mentén való adaptációját. Meghatároztam, hogy az egyes indikátorok esetén melyek azok az adatok és információk, amelyek összegyűjtése lehetséges és ezek közül az egyes indikátorok tartalmi elemeiként melyek hasznosíthatóak. Az adatgyűjtés technikájára új módszert, míg az alkalmazható kérdéstípusokra és az adatelemezés módszerére vonatkozóan a korábbi megközelítést kiegészítő megoldásokat is alkalmaztam.
2. A szükséges adatok összegyűjtését és elemzését követően kidolgoztam Pécs MJV egészségképének aktualizált változatát.
3. Összehasonlító elemzést végeztem az első és az aktualizált egészségkép adatai és információi tekintetében, amelynek főbb megállapításai a következők:
 - A város demográfiai jellemzőit illetően a népességszám a vizsgált időszakban – a természetes szaporodás és a vándorlási egyenleg negatív értékei miatt – folyamatosan csökkent, míg az öregedési index értéke radikálisan növekedett. A gyorsuló elöregedés okán egyre nagyobb létszámú csoport igényelheti az életkor előrehaladtával jelentkező egészségi problémák kezelését. Kiemelt figyelmet szükséges fordítani az elmagányosodás társadalmi és egyéni kihívásaira, és e helyzet egészségi állapotra gyakorolt hatásaira.
 - A város népességének mortalitási adatai a vizsgált időszakban alapvetően kedvezően változtak. Ugyanakkor a légzőrendszer betegségei és a daganatos betegségek még mindig az országos átlagokat meghaladó arányban jelennek meg a halálokok között. Ennek okán a helyi egészségvédelmi tevékenységek kiemelt prioritásaiként szükséges kezelni azokat a kockázati tényezőket, amelyek egyrészt a légzőrendszer betegségeinek, másrészt a daganatos betegségek kialakulása tekintetében fokozzák a veszélyeztetettséget.

- A városban hozzáférhető egészségügyi ellátás vonatkozásában a vizsgált ellátás-típusok mutatói javultak és az elemzett utolsó évben a rendelkezésre álló ellátások helyzete az országos adatokhoz képest is kedvezőbb volt. A városban tapasztalható pozitív változások támogatásának érdekében törekedni szükséges arra, hogy az egészségügyi ellátórendszer működése ne romoljon, és továbbra is legalább a jelenlegi kedvező paraméterekkel legyen jellemezhető.
- A város környezet-egészségi mutatóit tekintve a vizsgált időszakban a levegőtisztaság bár valamelyest javult, de még mindig kedvezőtlen. A felszíni vizek szennyezettsége szintén javult, a felszín alatti vizek korábban is kedvező állapota nem változott. A vezetékes ivóvíz- és a szennyvízcsatorna-rendszerekre történő rákötési lehetőség a vizsgált utolsó évre minden háztartás számára elérhetővé vált, a szilárd-hulladékkezelési szolgáltatás a szelektív gyűjtés módozataival bővült. Ily módon a közegészségügyi kockázatok csökkentését is támogató városi közszolgáltatások teljes körűen rendelkezésre állnak. A közterületként funkcionáló zöldfelületek nagysága alapján a város az ország nagyvárosai között egyértelműen jó helyzetben van. Ugyanakkor a kerékpáros közlekedés körülményei kedvezőtlenek, miáltal magas a kerékpáros balesetek kockázata és a kerékpár, mint aktív testmozgási lehetőséget is jelentő mindennapi közlekedési eszköz használata korlátozott.
- Az egészséget befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezők közül a lakhatási viszonyok a vizsgált időszakban alapvetően javulást mutattak. A munkanélküliségi ráta növekedett, amely változás másodlagos hatásai az egyébként is kedvezőtlen demográfiai folyamatokat erősíthetik. A szociális ellátórendszer ellátásait igénybe vevők száma és aránya a vizsgált időszakban a többszörösére nőtt. A közbiztonság helyzete romlott ugyan, de a helyi viszonyokat a lakosok az országos helyzethez képest még mindig kedvezőbben értékelték. Az egészséges életmód és az egészséges városi környezet alakítása terén feladatot vállaló civil szervezetek a helyi közösség számára szinte láthatatlanok. A helyi egészségpolitikai kezdeményezések hatásai jelenleg még nem

kimutathatóak. Ugyanakkor a lakossági aktivitás sem változott jelentősen, mivel továbbra is igaz, hogy a közmeghallgatások és a lakossági fórumok iránt érdektelenség mutatkozik, avagy a nem az adott témához kapcsolódó problémák felvetése a jellemző. Ezáltal a helyi egészségpolitika alakítása területén sem a politikai élet szereplői, sem a civil szféra képviselői még mindig nem jelennek meg aktív szereplőként.

- Az egészségi állapotra ható életmód-jellemzők és magatartások vonatkozásában pozitív változást jelent, hogy a dohányzók aránya és a fogyasztott cigarettamennyiség egyaránt csökkent. További pozitív változás, hogy a legfiatalabb korcsoport tagjai között vannak a legalacsonyabb arányban a rendszeres dohányosok. Mindazonáltal negatív életmódváltozás, hogy növekedett azon felnőttek aránya, akik kevesebb, mint napi 8 órát alszanak. A krónikus betegségek kialakulásának kockázatát fokozza még az a körülmény is, hogy a pécsi felnőttek közel fele nem végez rendszeres testmozgást és a testtömeg-index alapján több mint felének a testsúlya eltér a normál értéktől. Mindezen folyamatok azt mutatják, hogy a „káros szenvedélyeknek” is nevezett szokások visszaszorulóban vannak, de ezzel párhuzamosan az egyébként a normál életvezetés részét képező tevékenységek egészségtudatosságot nélkülöző módon való megélése válik egyre jelentősebb egészségkockázattá. E tényezők kiemelt figyelmet érdemelnek, mivel a lakosság az egészségkockázatokkal kapcsolatos önnön tájékozottságát megfelelőnek értékelte. A háziorvoshoz fordulás aránya növekedett, azonban a fogorvoshoz fordulás gyakorisága a korábban is meglehetősen alacsony értékhez képest is csökkent. Ugyanakkor a háziorvos egészségmegőrzéssel és egészséges életmóddal kapcsolatos információforrásként való elfogadottsága jónak értékelhető.

4. Az egészségkép adataira és az azokkal kapcsolatos megállapításokra alapozva a városi egészségfejlesztési terv kidolgozásához az alábbi ajánlásokat fogalmaztam meg:

- A város demográfiai problémáinak mérséklése érdekében a frissen végzett középiskolás és egyetemista diákok és fiatal felnőttek helyben tartását célzó intézkedések, valamint „Idős-stratégia” kidolgozása és megvalósítása szükséges.
- A mortalitási helyzet javítása érdekében célzott vizsgálatok segítségével fel kell tárni a különböző népesség-csoportokon belül megjelenő, az országos átlagot meghaladó mértékű halandóság hátterének okait. A légzőrendszer betegségeit valamint a daganatos betegségek kialakulását valószínűsítő kockázatok csökkentése érdekében a városi döntések előkészítése során fokozott figyelmet szükséges fordítani az egészséghatás-vizsgálat eredményeire. Az abortuszok számának csökkentése érdekében átfogó szemléletformáló és ismeretátadó program indítása szükséges.
- A felnőtt és gyermek háziorvosok valamint a körzeti fogorvosokat érdekeltté kell tenni, hogy a jelenlegi aktivitáshoz képest is fokozottabb feladatvállalással kapcsolódjanak be az egészség-prevenációs tevékenységbe és az egészséges életvezetési ismeretek közvetítésébe.
- A környezet-egészségi kockázatok csökkentése érdekében a város fejlesztési terveiben és szakpolitikai stratégiai dokumentumaiban a levegőtisztaság javítását eredményező intézkedések és stratégiai célok jelenjen meg prioritásként. A háztartások levegőtisztasági helyzetének javítása érdekében a helyi rendeletek adta lehetőségek kihasználásával történjen intézkedés.
- Az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóinak alakítása érdekében a szegregátumokban élők életkörülményeinek javítását és egészségi állapotának védelmét célzó átfogó a városrész-rehabilitációs programok tervezése és megvalósítása szükséges. A város fejlesztési terveiben és szakpolitikai stratégiai dokumentumaiban a közbiztonság és a közlekedés-biztonság javítását célzó intézkedések és stratégiai célok

jeljenek meg prioritásként. Szerveződjenek olyan képzések, amelyek az egyéni egészség-érdekek felismerését és az érdekérvényesítés módozatainak kihasználását segítik és a különböző lakossági csoportokat és egyéneket „képesé teszik” az egészség társadalmi meghatározóinak alakítását célzó kezdeményezések megtételére.

- Az egészségtudatos életvitel kialakításának támogatására városi rendezvények tervezésekor legyen prioritás a különböző egészségkockázatokkal kapcsolatos ismeretátadást célzó, és az aktív testmozgás lehetőségét is biztosító programelemek integrálása. A városi médiumok program-struktúrájának tervezésekor jelenjen meg prioritásként az egészséggel kapcsolatos ismeretek, eredmények, javaslatok közvetítése.

Mindezen megállapítások és javaslatok jelentik a kutatási munkám új eredményeit.

FELHASZNÁLT IRODALOM

AAPOR (2011) *Standard Definitions Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys*

https://www.aapor.org/AM/Template.cfm?Section=Standard_Definitions2&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=3156 (letöltve: 2013.04.11)

Alma-Atai Nyilatkozat, 1978, In: Kishegyi, J.-Makara, P. (szerk.) (2004): *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Egészségfejlesztési Módszertani füzetek. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest pp. 6-8.*

Ashton, J.-Grey, P.-Barnard, K. (1986): *Healthy cities – WHO's New Public Health initiative*. Health Promotion. (1) 3:319-324.

Az Egészség Évtizedének (Johan Béla) Népegészségügyi Programja 46/2003. (IV.16.) OGY határozat

Bassett, D.R., Pucher, J., Buehler, R., Thompson, D.L., Crouter, S.E.; (2008) *Walking, cycling, and obesity rates in Europe, North America, and Australia*. Journal of Physical Activity and Health (5): 795-814.

Beaglehole, P., Bonita, R., Horton, R., Adams, C., Alleyne, G., Asaria, P., Baugh, V., Bekedam, H., Billo, N., Casswell, S., Cecchini, M., Colagiuri, R., Colagiuri, S., Collins, T., Ebrahim, S., Engelgau, M., Galea, G., Gaziano, T., Geneau, R., Haines, A., Hospedales, J., Jha, P., Keeling, A., Leeder, S., Lincoln, P., McKee, M., Mackay, J., Magnusson, R., Moodie, R., Mwatsama, M., Nishtar, S., Norrving, B., Patterson, D., Piot, P., Ralston, J., Rani, M., Reddy, S., Sassi, F., Sheron, N., Stuckler, D., Suh, I., Torode, J., Varghese, C., Watt, J. (2011) *Priority actions for the non-communicable disease crisis*. The Lancet, (377): 1438–1447

Bell, D. (1973) *The Coming of Post-Industrial Society: A Venture in Social Forecasting*. Basic Books, New York.

Berzukov, V. V. (1993) *Self-care ability and institutional/non-institutional care of the elderly*. Journal of Cross-Cultural Gerontology (4): 349-360.

Black, D., Morris, N.J., Smith, C., Townsend, P., Blume, S. (1980) *Report of the working group on inequalities in health*. Stationery Office, London

Boros, J. (2005) *Egészségmagatartás. Kutatási jelentés OLEF 2003*. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest

Buxton, M.O., Cain, W.S., O'Connor, P.S., Porter, J.H., Duffy, F.J., Wang, W., Czeisler, A.C., Shea, A.S., (2012) *Adverse Metabolic Consequences in Humans of Prolonged Sleep Restriction Combined with Circadian Disruption*. Science Translation Medicine (4)129: 29-43

Choi, BC (2004) *Computer assisted telephone interviewing (CATI) for health surveys in public health surveillance: Methodological issues and challenges ahead* Chronic Disease in Canada 25 (2): 21-27

- Crown, J. (2003) *Analysis of health determinants for Healthy Cities programmes*. In Takano, T. (ed) *Healthy Cities and Urban Policy Research*. Spon Press. London. pp.59-76
- Cutler, D., Deaton, A., Lleras-Muney, A., (2006) *The determinants of mortality*. *Journal of Economic Perspectives* (20): 97–120.
- de Vries, J. (1984) *European Urbanization 1500 – 1800*. Harvard University Press, Cambridge
- Doyle, YG., Tsouros, A.D., Cryer, P.C., Hedley, S., Russell-Hodgson, C. (1999) *Practical lessons in using indicators of determinants of health across 47 European cities*. *Health Promotion International* 14 (4): 289–299.
- Elgar, J.F., Stewart, M.J. (2009) *Validity of self-report screening for overweight and obesity. Evidence from the Canadian Community Health Survey*. *Canadian Journal of Public Health*. 99 (5):423-7.
- ENSZ (2012) *World Urbanization Prospects: The 2011 Revision*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. CD-ROM Edition. <http://esa.un.org/unpd/wup/CD-ROM/Urban-Rural-Population.htm> (letöltve: 2012. 06.14.)
- EVA (2001) *Pécs MJV egészségképe a helyi döntéshozatal tükrében*. Egészséges Városért Alapítvány, Pécs (kézirat)
- Fields, G. (1999) *City system, urban history, and economic modernity: Urbanization and the Transition from Agrarian to Industrial Society*. *Berkley Planning Journal* 13, 102-128.
- Füzesi, Zs., Tistyán, L. (1996) *Tények tükrében Pécs város egészsége*. Fact Alapítvány, Pécs
- Füzesi, Zs.-Tistyán, L. (2004): *Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken*. OEFI. Budapest
- Galea, S., Vlahov, D. (2005) *Urban health: evidence, challenges, and directions*. *Annual Review of Public Health* (26): 341–65
- Garcia, P., McCarthy, M. (1996) *Measuring health – a step in the development of city health profiles*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Geense, W.W., van de Glind, I.M., Visscher, LS, T. van Achterberg, T. (2013) *Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study*. *BMC Family Parctice* (14):20-30
- Giddens, A. (1990) *The consequences of modernity*. Polity Press, Cambridge
- Girán, J.-De Blasio, A. (2009): *Egészség hatás-vizsgálat és a helyi döntéshozatal – egy egészségpolitikai kezdeményezés tapasztalatai* = Népegészségügy, vol.87. no.1. 34-40.

- Girán, J.-De Blasio, A. (2012): *A színtér-megközelítés érvényesülése az "Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja" megvalósítása során.* Magyar Epidemiológia 9:(2) pp. 111-118.
- Green, G., Acres, J., Price, C., Tsouros, A., (2009) *City health development planning.* Health Promotion International (24): suppl.1: i72-i80
- Hajdu, O. (2003) *Többváltozós statisztikai számítások.* Központi Statisztikai Hivatal. Budapest, 2003
- Horowitz, K., McKay, M., (2005) *Community violence and urban families: experience, effect and direction for intervention.* American Journal of Orthopsychiatry, (75):356–368
- Hughes, B.B., Kuhn, R., Peterson, C.M, Rothman, S.D., Solórzano, R.J., Colin D Mathers, D.C., Dickson, R. J. (2011) *Projections of global health outcomes from 2005 to 2060 using the International Futures integrated forecasting model.* Bulletin of the World Health Organization (89): 478–86 <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/7/10-083766/en/> (letöltve: 2013.04.04.)
- ICSU (2011) *Report of the ICSU Planning Group on Health and Wellbeing in the Changing Urban Environment: a Systems Analysis Approach.* International Council for Science, Paris
- Illich, I. (1976) *Medical nemesis: the expropriation of health.* Pantheon, New York
- Kákai, L. (2005): *Szükséges-e civil összefogás Magyarországon?* In A civil összefogás dilemmái (szerk. Szőke, K.-Nizák, P.) Soros Alapítvány, Budapest
- Kingdon, J.W. (2003): *Agendas, Alternatives, and Public Policies.* Longman Classics in Political Sciences. New York.
- Kozinszky, Z., Csatornai, S., Csepiné Szűcs, G., Rabi, S. Ladányi, M., Pál, A., (2006) A művi terhességmegszakítások számának elemzése hazánkban. Magyar Nőorvosok Lapja (69): 501–514
- KSH (2010) *Európai Lakossági Egészségfelmérés 2009 (ELEF).* Statisztikai Tükör IV. 50: 1-7. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel310021.pdf> (letöltve: 2013. 06.10)
- Lawrence, J. R., Fudge, C. (2009) *Healthy Cities in a global and regional context.* Health Promotion International (24) S1:i11-i18.
- Mackenbach, J.P., van de Mheen, H., Stronks, K. (1994) *A Prospective cohort study investigating the explanation of socioeconomic inequalities in health in the Netherlands.* Social Science & Medicine (38):299-308.
- Mackenbach, J.P., Stirbu I., Roskam, A.J., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M., Kunst, A.E., (2008) *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries.* The New England Journal of Medicine (358):2468-2481.
- Marmot, M. G., Wilkinson, G.R., (2006) *Social determinants of health.* Oxford University Press, Oxford, New York

- McKeown, T. (1976) *The Modern Rise of Population*. Academic Press, New York
- McManus, A. (2013) *Health promotion innovation in primary health care*. Australasian Medical Journal 6 (1): 15-18
- Preventing Chronic Disease 6 (4): A121.
- Mitchell, R., Popham, F. (2008) *Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study*. The Lancet 372 (9650): 1655 - 1660,
- Nagy, Á. (témavezető) (2003): *Az EU Strukturális Alapok keretében barnamezős rehabilitációra kiírandó pályázatok szakmai megalapozása*. Előkészítő tanulmány. VÁTI Kht. Településtervezési és Tájtervezési Iroda Budapest
- Orosz, É. (1994): *The impact of social science research on health policy*. Social Science and Medicine (9): 1287-1293
- Ottawai Egészségfejlesztési Charta, 1986*, In: Kishegyi, J.-Makara, P. (szerk.) (2004): *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai*. Egészségfejlesztési Módszertani füzetek. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest pp. 6-8.
- Pécs Megyei Jogú Város Környezetvédelmi Programja (1999, 2006, 2011)
- Pucher, J., Dill, J., Handy, S., (2010) *Infrastructure, programs, and policies to increase bicycling: An international review*. Preventive Medicine (50):S106-S125
- Rasanathan, K. Montesnos, E.V., Matheson, D., Etienne, C., Evans, T., (2011) *Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health*. Journal of Epidemiology and community health 65 (8):656-660
- Rosen, G. (1993) *A History of Public Health*. John Hopkins University Press, Baltimore
- Singh, A., Misra, N., (2009) Loneliness, depression and sociability in old age. Industrial Psychiatry Journal (1): 51–55.
- Takano, T., Nakamura, K., (2001) *An analysis of health levels and various indicators of urban environments for Healthy Cities projects*. Journal of Epidemiology and Community Health (55):263–70.
- Valerie, M. Hope and Marshall, E. (eds.) (2000) *Death and Disease in the Ancient City* Routledge, London
- Valhov, D., Galea, S. (2002) *Urbanization, urbanicity and health*. Journal of Urban Health. The New York Academy of Medicine. 79 (4) supp.1-12
- Vitrai J., Hermann, D., Kabos, S., Kaposvári Cs., Lőw A., Páthy, Á., Várhalmi, Z. (2008) *Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon. Adatok az ellátási szükségletek térségi egyenlőtlenségeinek becsléséhez*. EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft. <http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Egeszseg-egyenlotlensegek%20Magyarorszagon.pdf> (letöltve: 2013. 04. 05.)

- Webster, P., Lipp, A. (2009) *The evolution of the WHO city health profiles: a content review*. Health Promotion International, (24) S1:i56–i63.
- Webster, P., Sanderson, D. (2012) *Healthy Cities Indicators – A sustainable instrument to measure health?* Journal of Urban Health. Bulletin of the New York Academy of Medicine. doi: 10.1007/s11524-011-9643-9
- Weinstein, D. N., (1987) *Unrealistic Optimism: About Susceptibility in Health Problems: Conclusions from a Community-Wide Sample*. Journal of Behavioral Medicine 10 (5): 481–500.
- Weinstein, D.N., Marcus, E.S., Moser R.P., (2005) Smokers’ unrealistic optimism about their risk. BMJ Tobacco Control (14):55-59
- Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., Machardy, L., Young, I., Witney, E. (2001) *'Settings' based health promotion: a review*. Health Promotion International, 16, 339-353.
- WHO (1981) *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. World Health Organization, Geneva
- WHO (1986): *Vienna Dialogue on Health Policy and Health Promotion: Towards a New Conception of Public Health*. WHO Office for Europe. Unofficial Document ICP/HSR 623 Copenhagen
- WHO (1993) *World Health Organization Healthy Cities Project: A project becomes a movement*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- WHO (1995) *City Health Profiles—How to Report on Health in your City*. WHO Regional Office
- WHO (1997/a) *Twenty steps for developing a Healthy Cities project*. 3rd edition, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- WHO (1997/b): *WHO Healthy Cities Project Phase III: 1998–2002 The requirements and the designation process for WHO project cities*. WHO Regional Office for Europe
- WHO (1997/c) *Jakarta Declaration*
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index.html> (letöltve 2012.04.25.)
- WHO (1998) *WHO Healthy Cities—Revised baseline Healthy Cities Indicators*. Centre for Urban Health, Copenhagen.
- WHO (2001/a) *Analysis of baseline healthy cities indicators*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- WHO (2001/b) *A Working Tool on City Health Development Planning: Concept, Process, Structure and Content*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- WHO (2003): *Healthy Cities around the world. An overview of the Healthy Cities movement in the six WHO regions*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen

WHO (2007) *A conceptual framework for action on social determinants of health*. Department of Equity, Poverty and Social Determinants of Health, Evidence and Information for Policy Cluster, WHO Geneva http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf (letöltve: 2012.11.10)

WHO (2008) *Our cities, our health, our future: Acting on social determinants for health equity in urban settings*. Report of the Knowledge Network on Urban Settings, WHO Commission on Social Determinants of Health WHO Centre for Health Development, Kobe, Japan

WHO (2009) Phase V. (2009-2013) of the European Healthy Cities Network: goals and requirements http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/100989/E92260.pdf

WHO (2010/a) *Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. WHO Centre for Health Development, Kobe and United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT)

WHO (2010/b) *A conceptual framework for action on social determinants of health*. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. World Health Organisation, Geneva http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf (letöltve: 2012.11.10)

WHO (2012/a) *Healthy cities tackle the social determinants of inequities in health: a framework for action*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

WHO (2012/b) *Environmental health inequalities in Europe*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf (letöltve: 2013.05.10)

WHO (2013) *Review of evidence on health aspects of air pollution. REVIHAAP Project*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/193108/REVIHAAP-Final-technical-report.pdf (letöltve: 2013.05.10)

Wilkinson, R., Marmot, M. (szerk.) (2003) *The solid facts*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Wirth, L. (1973) *Az urbanizmus mint életmód*. In Szelényi I. (szerk.) *Városshociológia Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 41–63.*

1. MELLÉKLET

EGÉSZSÉKGÉP PÉCS 2012

– KÉRDŐÍV –

1. Kérjük, értékelje egy nyolc-fokozatú skálán, hogy mennyire fontos érték az Ön számára egyáltalán nem fontos 1 2 3 4 5 6 7 8 meghatározó fontosságú

a harmonikus családi élet	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8	0 – NT/NV
a tiszta, ép környezet	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8	0 – NT/NV
a biztos munkahely	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8	0 – NT/NV
a jó emberi kapcsolatok	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8	0 – NT/NV
a lelki béke	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8	0 – NT/NV
az anyagi jólét	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8	0 – NT/NV
a jó egészség	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8	0 – NT/NV
a szakmai sikeresség	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8	0 – NT/NV

2. Mitől tart Ön a leginkább a mindennapi életében?

.....

- 3.a. Kérjük, értékelje egy ötfokozatú skálán, hogy milyennek látja ...

nagyon rossz 1 2 3 4 5 nagyon jó

az országra jellemző közbiztonsági helyzetet	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
Pécs városára jellemző közbiztonsági helyzetet	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV

- 3.b. Véleménye szerint melyik városrészben a legrosszabb a közbiztonsági helyzet Pécssett?

.....

4. Kérjük, értékelje egy ötfokozatú skálán, hogy mennyire tart attól, hogy Pécs városában Ön, vagy hozzátartozója a következő bűncselekmények áldozata lehet?

egyáltalán nem tart 1 2 3 4 5 nagymértékben tart

autólopás	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
szélhámosság, csalás	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
csoportba verődött fiatalok zaklatása	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
zsebtolvajlás	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
nemi erőszak	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
utcai rablás	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
autófeltörés	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
gyilkossági kísérlet	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
lakásbetörés	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV

5. Véleménye szerint mennyire él Ön egészségesen?

egyáltalán nem 1 2 3 4 5 nagyon 0 – NT/NV

6. Mit tesz Ön az egészsége védelme érdekében?

.....

7. Véleménye szerint mennyire veszélyeztetik az Ön egészségi állapotát a következő hatások?

egyáltalán nem 1 2 3 4 5 nagymértékben

táplálkozási szokásai	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
munkahelyi körülményei	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
meglévő betegsége(i)	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
mindennapos problémák miatti idegeskedés	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
anyagi helyzete	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
a környezeti ártalmak	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV

lakáskörülményei	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
dohányzási szokása	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
a sportolás és az aktív testmozgás hiánya	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
alkoholfogyasztási szokása	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
az érzelmi, párkapcsolati problémái	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
a munkanélküliség, vagy annak lehetősége	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV
a rossz közbiztonság	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0 – NT/NV

8. Milyen rendszerességgel dohányzik Ön?

napi szál 90 társaságban néhány szál 91 már leszoktam 92 soha 0 NT/NV

9. Milyen alkoholos italt fogyaszt Ön a leggyakrabban?

1 bor 2 sör 3 rövid ital 4 sohasem fogyasztok alkoholt → 12. kérdés! 0 NT/NV

10. Hetente kb. milyen mennyiségű alkoholos italt fogyaszt? liter

11. Általában napi hány órát alszik? órát.

12. Milyen rendszerességgel sportol Ön?

1 hetente 2 hetente 3 havonta 4 nem 0 NT/NV
többször egyszer többször sportolok

13. Az elmúlt három hónapban betegségei panaszai miatt igénybe vette-e Ön a következő ellátásokat:

házi orvos	1 igen – 2 nem	0 – NT/NV
üzem orvos	1 igen – 2 nem	0 – NT/NV
magán orvos	1 igen – 2 nem	0 – NT/NV
ügyeleti szolgálat	1 igen – 2 nem	0 – NT/NV
fogorvos	1 igen – 2 nem	0 – NT/NV
járóbeteg szakorvosi ellátás	1 igen – 2 nem	0 – NT/NV
kórházi, klinikai fekvőbeteg-ellátás	1 igen – 2 nem	0 – NT/NV

14. Saját tulajdonában van az ingatlan amiben lakik? 1 igen 2 nem 0 NT/NV

15. Elégedett Ön a lakáshelyzetével? 1 igen 2 nem 0 NT/NV

16. Véleménye szerint veszélyeztetik-e az Ön és családja egészségét a lakásában, lakóköznyezetében lévő környezeti ártalmak?

igen → Melyek ezek:
.....
 nem

17. Milyennek értékeli Ön a jelenlegi egészségi állapotát?

1 nagyon rossz 2 rossz 3 megfelelő 4 jó 5 kitűnő 0 NT/NV

18. Összességében mennyire elégedett Ön a jelenlegi életével?

egyáltalán nem 1 2 3 4 5 teljes mértékben 0 – NT/NV

19. Mennyire érzi magát tájékozottnak az alábbi témákkal kapcsolatban?

egyáltalán nem 1 2 3 4 5 teljes mértékben

egészséges táplálkozásra vonatkozó ismeretek	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0 – NT/NV
drogfogyasztás jellemzői és veszélyei	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0 – NT/NV
elhízás, túlsúlyosság veszélyei, következményei	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0 – NT/NV
túlzott mértékű alkoholfogyasztás veszélyei, következményei	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0 – NT/NV
dohányzás veszélyei, következményei	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0 – NT/NV
magas vérnyomás veszélyei, következményei	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0 – NT/NV
cukorbetegség veszélyei, következményei	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0 – NT/NV

20. Szükségeseknek érzi, hogy az egészségvédelemmel, egészséges életmóddal kapcsolatban több információt kapjon?

1 igen

2 nem → 23.kérdés!

0 NT/NV

21. Hogy szerez információt, ha egészségvédelemmel, egészséges életmóddal kapcsolatos kérdése van? (Több válasz lehetséges, NE olvasd föl a válaszokat, csak azt jelöld, amit a válaszadó említ!)

1. Internet
2. háziorvos/szakorvos
3. barát/ismerős/rokon
4. szakkönyv
5. tv/rádió
6. újság/ismeretterjesztő kiadvány
7. gyógyszerész
8. védőnő, egyéb egészségügyi szakember
9. egyéb:.....
0. NT/NV

22. Tudna említeni néhány, az egészségvédelemhez kapcsolódó pécsi rendezvényt az elmúlt egy évből?

.....

23. Tudna említeni olyan pécsi szervezeteket, amelyek egészségvédelemmel, egészséges életmódhoz kapcsolódó tevékenységgel foglalkoznak? (Több válasz lehetséges, NE olvasd föl a válaszokat, csak azt jelöld, amit a válaszadó említ!)

1. ÁNTSZ
2. Vöröskereszt
3. Egészséges Városért Alapítvány
4. egyéb:.....
5. egyéb:.....
0. NT/NV

24. Mennyire elégedett Ön Pécssett a ...

egyáltalán nem 1 2 3 4 5 teljes mértékben

levegő tisztaságával	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0 – NT/NV
városon belüli zöldterület nagyságával	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0 – NT/NV
kerékpárút-hálózat nagyságával	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0 – NT/NV
sétálóutcák számával	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0 – NT/NV
sportolási lehetőségekkel	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0 – NT/NV

25. Véleménye szerint az Önkormányzat a stratégiai döntések meghozatalakor ...
 egyáltalán nem 1 2 3 4 5 teljes mértékben

megfelelően tájékoztatja a lakosságot a döntési lehetőségekről	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0 – NT/NV
lehetőségeket biztosít a lakosság számára, hogy véleményét nyilvánítsa az adott stratégiai kérdéssel kapcsolatban	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0 – NT/NV
figyelembe veszi a lakosság véleményét	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0 – NT/NV

26. Igényelné Ön, hogy az Önkormányzat stratégiai döntéseinek előkészítésekor véleményt mondhasson?

igen nem NT/NV

27. Véleménye szerint mit kellene tenni ahhoz, hogy Pécs városa egészségesebb lakóhely legyen?

.....

S.1. Neme: € nő € férfi

S.2. Születési éve:

S.3. Testmagassága: cm

S.4. Testsúlya:kg

S.5. Befejezett iskolai osztályok száma:

SAJÁT KÖZLEMÉNYEK JEGYZÉKE

A disszertáció témájához kapcsolódó közlemények

Girán, J., Kiss, I., De Blasio, A. (2014) *Then and now – revision of city health profile of city of Pécs, Hungary*. Health Promotion International (IF=1,33) DOI: 10.1093/heapro/dau067.

<http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/full/dau067?ijkey=PomQekECkI4Xqcc&keytype=ref>

Girán, J., De Blasio, A. (2012) *A szintér-megközelítés érvényesülése az "Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja" megvalósítása során Magyar Epidemiológia* 9:(2) pp. 111-118.

De Blasio, A., Girán, J., Nagy, Zs. (2011) *Potentials of health impact assessment as a local health policy supporting tool* Perspectives in Public Health 1: pp. 1-12. (IF: 0,981)

Girán, J., De Blasio, A. (2009) *Egészség hatás vizsgálata és a helyi döntéshozatal - egy egészségpolitikai kezdeményezés tapasztalatai* Népegészségügy 87:(1) pp. 34-39.

Girán, J. (2008) *Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) egészségfejlesztési szintérprogramjai Magyarországon* In: Szretykó Gy, Vezér M (szerk.) *A nonprofit szektor és az egészségügyi, szociális szolgáltatások: A nonprofit szervezetek szociológiai és társadalom-gazdaságtani problémái* Pécs: Comenius Kiadó, 2008. pp. 352-374

Girán, J. (2008) *Az Egészséges Városok mozgalom, mint a helyi szintű multiszektoralis egészségpolitika kialakításának egy lehetséges keretrendszere* In: Szretykó György (szerk.) *Merre tart a magyar vidék?: A vidék szociális problémái és felemelkedésének lehetőségei* Pécs: Comenius Kiadó, 2008. pp. 464-484.

De Blasio, A., Girán, J. (2006) *Szemléletváltás az egészségfejlesztési tervezésben: A helyi döntéshozatal egészség- és környezettudatos támogatása* Magyar Epidemiológia 3:(1) pp. 41-46.

A disszertáció témájához kapcsolódó előadások és absztraktok

Girán, J. (2013) *A városi környezet egészség hatásai*. Magyar Epidemiológiai Társaság VII. Kongresszusa, Pécs, április 5-6.

De Blasio, A., Girán, J. Nagy, Zs. (2012) *Health impact assessment in the daily practice of Pécs City Council*. WHO European Healthy Cities Network and Network of European National Healthy Cities Networks Annual Business and Technical Conference Saint Petersburg, 14-16 June

Girán J. (2010) *Egészség-infópont hálózat: az önkormányzatok egy lehetősége az egészség-műveltség fejlesztésére*. Egészséges Városok Magyarországi Szövetsége XXII. Szimpózium Győr, november 11-13.

De Blasio, A.,Girán, J. Nagy, Zs. (2010) *Shape Up Hungary*. WHO European Healthy Cities Networks Annual Business and Technical Conference, Sandnes, Norway, 17-19 June

Girán, J. (2008) *Network based approach of health promotion*. Shape Up Europe Conference, Barcelona, 6-7 November

Girán, J. (2008) *First steps for integrating health impact assessment into the decision-making process of the Municipality of Pécs* International Healthy Cities Conference, Zagreb, 15-18 October

Girán János (2008) *Települési egészségfejlesztés, az Egészséges Városok mozgalom bemutatása*. I. Ökológia, Regionalitás, Vidékfejlesztés Nemzetközi Nyári Egyetem és Workshop, Százhalombatta, 2008. augusztus 11-14.

Girán J.(2007) *Az egészségfejlesztési terv alkalmazásának lehetőségei a települési és kistérségi egészségpolitika alakításában*. Merre tart a magyar vidék? A vidék szociális problémái konferencia, MTA Veszprémi Területi Bizottság, Veszprém, november 17

Girán J. (2007) *A possible collaboration between local media network of Hungarian Healthy Cities and the Victim Protection Offices in Hungary*. Right and strategies of support for crime victims in weak people, VOCE Conference, Milan, 9-10 March 2007

De Blasio, A.,Girán, J. (2003) *Methods used for Planning the Health of the City: Preparing City Health Development Plan in Pécs, Hungary*. International Healthy Cities Conference, Belfast, 19-22 October

Egyéb témájú közlemények

Girán, J. (2005) *Környezetvédelemmel kapcsolatos vélemények a gyermekek körében*. In: Szretykó György (szerk.) *Az ifjúság helyzete és jövőképe: Adalékok az ifjúság szociológiai elemzéséhez* Pécs: Comenius Kiadó, pp. 25-40.

Kiss, T., Girán, J. (2004) *Verseny helyett kooperáció. Pécs ÖKOVÁROS - Mecsek-Dráva ÖKORÉGIÓ program bemutatása* Tér és Társadalom 18:(4) pp. 85-94.

Girán, J. (2003) *A kisebbségi és többségi nonprofit szféra sajátosságai egy multietnikus közegben* In: Szretykó Gy (szerk.) *A helyi társadalom szociológiai dimenziói: Különös tekintettel a Balaton régió specifikumaira*. Pécs: Comenius Kiadó, 2003. pp. 195-214.

Girán, J. (2002) *A nemzetiségi családok kultúra-áthagyományozó szerepének változása, és ennek hatása a kisebbségi nonprofit szektor alakulására* In: Szretykó Gy. (szerk.) *Globalizáció és család: a családszociológia új kihívásai*. Pécs: Comenius Kiadó, pp. 35-60.

Baráth, Á. Girán, J. (2001) *A magyarországi nemzeti és etnikai kisebbségek nonprofit szervezeti hálózatának és működésének feltérképezése Baranya megyében: Pályázati program beszámoló (FKFP 0220/1999)* pp. 1-250. Pécs: PTE BTK Szociológia Intézet

- Girán, J., Ligeti, Gy. (2000) *Szociológiai alapismeretek*. Pécs: Comenius Kiadó., 2000. 252 p.
- Baráth, Á., Girán, J., (2000) *ICI "Building Bridges" program qualitative research for Kosovo: Executive summary* pp. 1-98. Montreal (CA): International Children Institute
- Baráth, Á., Girán, J. (2000) *Children's well-being in Sarajevo after the war: Research report* pp. 1-150. Montreal (CA): International Children Institute
- Baráth, Á., Girán, J. (2000) *Children talk about themselves and own well-being in Sarajevo: A focus group approach* pp. 1-149. Montreal (CA): International Children Institute
- Girán, J., Kardos, L. (1999) *Iskolapéllda* Kritika 28:(7) pp. 24-27.
- Girán, J. (1997) *Szociológiai és szociálpolitikai alapismeretek*. Pécs: Comenius Kiadó, 144 p.
- Girán, J., Kardos, L. (1997) *A cigány gyerekek iskolai sikertelenségének háttere* Iskolakultúra 7:(10) pp. M3-M31.
- Girán, J., Tistyán, L., Füzesi, Zs. (1996) *A levegőszennyezés lakossági percepciójának sajátosságai egy konkrét példán keresztül*. Környezeti ártalmak és a légzőrendszer Konferencia, Hévíz, 1996. október