

# **Pécs Megyei Jogú Város egészségképének változása**

**1994. és 2012. között**

Doktori (PhD) értekezés tézisei

**Girán János**



Doktori Iskola vezető: Prof. Dr. Bódis József

Programvezető: Prof. Dr. Kiss István

Témavezető: Prof. Dr. Kiss István

Pécsi Tudományegyetem

Egészségtudományi Kar

Egészségtudományi Doktori Iskola

Pécs, 2015.

# 1. BEVEZETÉS

Pécs városa, mint alapító tagváros 1986 óta vesz részt az Egészségügyi Világszervezet által szervezett Egészséges Városok Mozgalomban. A kezdeményezés célja, hogy elősegítse a helyben élő és dolgozó emberek fizikai, mentális, társadalmi valamint környezeti jólétének kiteljesedését, továbbá hogy támogassa az egészségvédelmi 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 egészségfejlesztési terv kidolgozása.

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 kezdeményezésére, 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 egészségfejlesztési terv prioritásainak megfogalmazásához, a cselekvési irányok kijelöléséhez, továbbá a szükséges források allokációjának és a szolgáltatások körének meghatározásához.

Az első pécsi egészségkép „*Tények tükrében Pécs város egészsége*” címmel 1996-ban került publikálása. Az azóta eltelt csaknem két évtizedben azonban nem történt meg a városi egészségkép aktualizálása. E hiátust felismerve a dolgozatom alapját képező kutatás segítségével aktualizáltam a város egészségképét, és a vizsgált időszakban bekövetkezett változások kimutatása érdekében a korábbi információk és adatok felhasználásával összehasonlító vizsgálatot végeztem.

## **2. 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.

### **3. MÓDSZEREK**

A WHO Egészséges Városok mozgalom szakértői által ajánlott módszer szerint a városi egészségkép két meghatározó részből áll: adott indikátor-készlet alkalmazásával a városi lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők leírása, valamint az egyéni egészségmagatartással kapcsolatos lakossági vélemények feltárása. E két rész összessége teszi teljessé és hozza létre a városi egészségképet.

Pécs város egészségképének aktualizálása során az egészséget befolyásoló városi tényezők vizsgálatát az Egészséges Városok mozgalom indikátorainak alkalmazásával végeztem el, melyek a következők:

*1. Mortalitási/morbiditási 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 háziiorvosra jutó betegek száma
- 2.4 Egy nővérré jutó betegek száma
- 2.5 Társadalombiztosítási kártyával rendelkezők száma
- 2.6 Idegen nyelven hozzáférhető egészségügyi szolgáltatások
- 2.7 Az egészségüghöz kapcsolódó Közgyűlési az előterjesztések száma

*3. Környezet-egészségügyi indikátorok*

- 3.1 Légszennyezettségi adatok
- 3.2 Vízhőmérsékletre vonatkozó adatok
- 3.3 A szennyvíz általi vízszennyezés mértéke
- 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
- 3.8 Elhagyott ipari területek aránya a város teljes területéhez képest
- 3.9 Sport és szabadidős intézmények, lehetőségek száma
- 3.10 Sétálóutcák 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 Létminimum 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 szükséges adatokhoz egyrészt a Központi Statisztikai Hivatal adatbázisaiból történt adatvásárlás révén, másrészt az Országos Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer szabadon hozzáférhető adatbázisainak használatával jutottam. Ezen kívül Pécs MJV Polgármesteri Hivatalának főosztályaitól és egyéb szakhivataloktól és intézményektől kértem és kaptam adatokat.

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 – közzétételével 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.

Az egészséget befolyásoló életmód-hatásokra, az egészségmagatartásra 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 reprezentálta. A minta konfidencia-intervalluma 95%, hibahatára  $\pm 3,5\%$  volt.

Az adatfelvétel 2012 júniusában Computer Assisted Telephone Interviewing System (CATI) alkalmazásával történt, és a felnőtt pécsi állandó lakosok közül a vonalas telefontal rendelkezők kerültek felhívásra. A minta kiválasztása kvótás módszer segítségével történt, amelynek alapjául 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 módszert került alkalmazásra. Második lépésként az egyes háztartásokon belül az életkor és nem szerinti kvótának megfelelő válaszadó került kiválasztásra. A megcélzott 800 fő sikeres lekérdezését összesen 12.028 hívás eredményezte (AAPOR Response Rate 6 = 7,96%). Végül a minta súlyozással került korrigálásra, amely során a minta súlyérték tartományának határait a 0,78 és az 1,43 értékek képezték.

Az alkalmazott kérdőív kérdései alapvetően megegyeztek az 1995-ös egészségkép készítésénél használt kérdőív kérdéseivel. Ugyanakkor kiegészítő kérdésként olyan kérdéseket is megfogalmaztam, amelyek a vizsgált téma szempontjából relevánsak, de a korábban használt kérdőívben nem szerepeltek. Zárt kérdésekként jellemzően ordinális és intervallum mérési szintű, skála-típusú kérdéseket használtam. A zárt kérdések mellett, a kérdőív nyitott kérdéseket is tartalmazott.

Az adatbázis elemzéséhez az SPSS for Windows v.21 szoftvert alkalmazva a gyakorisági tábla elemzést, a keresztábla-elemzést, valamint az egyutas variancia-analízist használtam. A sztochasztikus kapcsolatok ellenőrzéséhez a ká-négyzet próbát valamint a t-próbát alkalmaztam, és  $p \leq 0,05$  esetén tekintetem a kapcsolatot statisztikailag szignifikánsnak. E módszerek mellett az egyéni életmód-jellemzők és az egészségmagatartás jellemzőinek összefüggéseit a korrespondencia-elemzés módszerével tártam föl.

#### **4. PÉCS MJV EGÉSZSÉGKÉPÉNEK VÁLTOZÁSA 1994-2012 KÖZÖTT**

Az egészségkép változását először az Egészséges Városok indikátor-rendszerének főbb indikátor-csoportjai mentén, majd a város lakosai körében az egészséget befolyásoló életmód-hatások felmérését célzó kérdőíves adatgyűjtés eredményeinek ismertetésével tárgyalom.

##### **4.1. Az Egészséges Városok indikátorai alkalmazásával leírt helyzetkép**

###### **A város népességének demográfiai jellemzői**

A város népességszáma a természetes fogyás 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. 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.

### *Mortalitási és morbiditási indikátorok*

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 terhességmegszakítások élve születéshez viszonyított száma Pécssett szintén jelentősen az országos átlag fölött van.

### *Az egészségügyi ellátórendszer indikátorai*

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.

### *Környezet-egészségügyi indikátorok*

Pécs városának környezet-egészségi mutatói összességében vegyes képet mutatnak. A levegőtisztaság a vizsgált időszakban bár valamelyest javult, 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. A felszíni vizek szennyezettsége javult, a felszín alatti vizek korábban is kedvező állapota nem változott. A vezetékek ivóvíz-rendszerre történő rákötés lehetősége minden háztartás számára elérhetővé vált. A szilárd-hulladékkezelési szolgáltatás folyamatosan bővül a szelektív gyűjtés különböző módzataival, a folyékony hulladékkezelés rendszerének igénybe vétele minden háztartás számára hozzáférhető. Ily módon a közegészségügyi kockázatok csökkentését is támogató városi közszolgáltatások teljes körűen rendelkezésre állnak. A város területén lévő zöldfelületek aránya országos viszonylatban is kiemelkedően jó, míg a sétálóutak száma és hossza átlagosnak értékelhető. Ugyanakkor a kerékpáros közlekedés körülményei meglehetősen kedvezőtlenek a városban.

#### A társadalmi-gazdasági környezet indikátorai

A vizsgált egészséget befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezők közül a lakhatási feltételek városi viszonylatban alapvetően javulást mutatnak, de a szegregátumokban élők helyzetének javítása önálló problémaként jelentkezik. A vizsgált időszakban a munkanélküliség 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. E korcsoport tagjai könnyen vándorolnak el, amely hatására felgyorsulhat az öregedési index értékének emelkedése és növekedhet az egyszemélyes háztartások kialakulásának valószínűsége. 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 védelemben vett fiatalok számának jelentős emelkedésére is kiemelt figyelmet szükséges fordítani, mivel az egyéni egészségi állapot különbségeit az életút során összegyűjtött társadalmi előnyök és hátrányok alapvetően meghatározzák. 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.

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 érdekképviselését és az érdekközvetítést sem. A helyi egészségpolitikai kezdeményezések 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.

#### 4.2. Az egészséget befolyásoló életmód-hatások a város lakosai körében

Az egészséget befolyásoló életmódhatások vizsgálata szempontjából meghatározó jelentőségű, hogy az egészség, mint érték az aktuális egyéni értékpreferencián belül milyen helyet foglal el. A válaszadók nyolc érték-tényezőt értékelték annak megfelelően, hogy a mindennapi életvitelükhöz kapcsolódó értékek között az adott érték hol helyezkedik el.

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

<b>Mennyire fontos érték az Ön számára a ...</b>	<b>1995</b>	<b>2012</b>	<b>változás</b>	<b>t-test</b>
jó egészség	1	1	0	$p \leq 0,001$
harmonikus családi élet	2	2	0	$p \leq 0,001$
lelki béke	6	3	+3	$p \leq 0,001$
tiszta környezet	7	4	+3	$p \leq 0,001$
jó emberi kapcsolatok	8	5	+3	$p \leq 0,001$
biztos munkahely	4	6	-2	$p \leq 0,001$
anyagi jólét	3	7	-4	$p \leq 0,001$
szakmai sikeresség	8	8	0	$p \leq 0,001$

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 valamint a jó emberi

kapcsolatok fontossága fokozódott. A biztos munkahely, az anyagi jólét fontossága gyengült, míg a szakmai sikeresség értékének erőssége nem változott.

Az értékek mellett arra is irányult kérdés, hogy mitől tartanak az emberek a mindennapi életükben a leginkább. A város minden harmadik felnőtt lakója (30,3%) az egészsége megromlásától tart a legjobban. Ez a félelem a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében szignifikánsan erősebb, mint az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők esetén. A mindennapi életvitel gyakorlatában az egészség fontossága azonban már kevésbé jelenik meg, mivel a „*mennyire él Ön egészségesen*” kérdésre ötfokozatú skála alkalmazásával adott válaszok átlaga 3,49 volt.

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. Az emberek saját életükkel való elégedettsége is javuló tendenciát mutatott, mivel 1995-ben a városban élők 13,0% volt kifejezetten elégedetlen az életével, amely arány 2012-re 9,4%-ra csökkent.

Néhány lehetséges egészségkockázatot vizsgálva a „mindennapi problémák miatti idegeskedést” értékelték a válaszadók az egészségüket leginkább veszélyeztető hatásként. Az egyéni egészségmagatartáshoz köthető vizsgált kockázatok közül a „táplálkozási szokásaikat” értékelték úgy a válaszadók, hogy az a saját egészségüket a leginkább veszélyezteti. Külön figyelmet érdemel az az eredmény, hogy a válaszadók az „alkoholfogyasztási” és a „dohányzási szokásaikat” lényegesen kevésbé tekintették az

egészségükre ártalmas hatásként, mint akár a „rossz közbiztonsági helyzetet”, a „környezeti ártalmakat” vagy az „érzelmi, párkapcsolati problémáikat”.

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

	<b>átlag</b>
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

### Dohányzás

A város felnőtt lakosságának mintegy ötöde (21,2%) dohányzik, de a napi rendszerességgel rágyújtók aránya 11,5%. Ez az érték az 1995-ös értékhez képest jelentős javulás, mivel akkor ez az érték 32,0% volt. A felnőtt pécsiek közel kétharmada (65,4%) soha nem dohányzott és 13,0%-a már leszokott a cigarettáról. A fiatalok körében szignifikánsan alacsonyabb a napi rendszerességgel 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. Az iskolai végzettségbeli különbség a dohányzás vonatkozásában statisztikailag szignifikáns eltérést nem eredményezett. A rendszeresen dohányzó pécsi lakosok fele kevesebb, mint 10 szál cigarettát szív naponta. A

napi 11 és 20 szál közötti mennyiséget szívó dohányosok aránya a 40,3%. Ezt meghaladó mennyiségű cigarettát 9,7% szív napi rendszerességgel. A korrespondencia-analízis eredménye szerint az alkalmi dohányosok ítélték úgy, hogy dohányzási szokásuk nagymértékben veszélyezteti az egészségi állapotukat, míg a rendszeresen dohányzók szerint e szokásuk közepes egészségkockázatot jelent.

### Alkoholfogyasztás

Az alkoholfogyasztási szokások jelenlegi helyzetét tekintve a pécsi városlakók 4,7%-a tekinthető nagyivónak<sup>1</sup>. Ők legmagasabb arányban a 40-49 év közötti férfiak (7,4%) között találhatóak. Ugyanakkor a válaszadók 60,5%-a soha, vagy ritkábban, mint hetente fogyaszt alkoholt. Az absztinensek legnagyobb arányban az 50-59 év közötti nők csoportjában (54,2%) találhatóak. Az elfogyasztott alkohol mennyisége és típusa szerint Pécsen a vizsgált időszakban a borfogyasztók aránya növekedett, ugyanakkor az egy főre jutó heti borfogyasztás mennyisége csökkent. A sörfogyasztók aránya szintén növekedést mutatott, de a személyenként elfogyasztott heti sörmennyiség alig változott. A töményitalt fogyasztók aránya csaknem a felére csökkent, azonban az elfogyasztott heti italmennyiség ennél az italfajtánál sem változott számottevően.

---

<sup>1</sup>Nagyivónak neveztük azokat a nőket, akik a kérdéssel 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.

4. táblázat: Az alkoholfogyasztási szokások változása  
Pécsett 1995 és 2012 között

	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

Az alkoholfogyasztás egészségkockázatait tekintve a válaszadók jellemzően nem ítélték az általuk elfogyasztott alkohol mennyiségét az egészségükre károsnak. A nagyivók esetén megjelenik annak érzékelése, hogy az alkoholfogyasztási szokásuk esetlegesen veszélyeztetheti az egészségüket, de a veszély mértékének megítélése nem egyértelműsíthető. A mértékletes alkoholfogyasztók esetében egyértelmű, hogy az általuk elfogyasztott alkoholemennyiséget nem tekintik egészségükre károsnak.

#### Átlagos napi alvásidő

Az átlagos napi alvásidő tekintetében az elmúlt másfél évtizedben a korábban sem optimális helyzet jelentősen romlott, mivel 1995-ben a város felnőtt lakosságának 54,0%-a, míg 2012-ben már a 61,3%-a fordított napi nyolc óránál kevesebb időt alvásra. A napi alvásidő különbségei esetén a vizsgált háttérváltozók szignifikáns differenciáló hatást nem jelentettek.

#### Fizikai aktivitás

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 változatlan. A rendszeres fizikai aktivitás és az iskola végzettség összefüggése azt mutatja, hogy az iskolai



végzettség növekedésével növekszik azok aránya, akik hetente több alkalommal is sportolnak: a 12 osztálynál kevesebbet végzettek 29,5%-a, míg a 13 osztálynál magasabb végzettségűek 43,2%-a sportol heti többszöri alkalommal. A korcsoportok esetén fordított összefüggés igaz: az életkor előrehaladtával egyre csökken a heti rendszerességgel fizikai aktivitást végzők hányada. A 18-29 évesek korcsoportjában 47,5%, míg a 60 év feletti 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, míg a nem sportolók érzékelték ugyan a mozgásszegény életmódjuk egészségkockázatát, de azt nem ítélték nagymértékű veszélynek.

### Testtömeg-index

Az egészséget befolyásoló életmódhatások egyik lehetséges indikátoraként a válaszadók testtömeg-indexét is kiszámítottam<sup>2</sup>. E vonatkozásban a korábbi egészségkép nem tartalmazott adatokat, ugyanakkor az aktuális helyzetkép szerint a város felnőtt lakóinak kevesebb, mint a fele él normál testsúllyal. A normál testsúly a legalább 13 osztályt végzett 40 év alatti nőkre a leginkább jellemző. Az elhízás a 40-49 év közötti legfeljebb 13 osztályt végzett férfiak körében fordul elő a legnagyobb gyakorisággal. A kóros elhízás problémája a pécsi felnőttek csak igen kis létszámú csoportját érinti, amelynek tagjai javarészt az 50 év alatti, legfeljebb 13 osztályt végzett férfiak közül kerülnek ki. A kórosan sovány vagy a kórosan

---

<sup>2</sup> BMI kategóriák: < 16 = kórosan sovány; 16,1 – 18,49 = sovány; 18,5 – 24,99 = optimális testsúly; 25,0 – 29,99 = túlsúlyos; 30,0 – 34,99 = elhízott; 35,0 < = kórosan elhízott

elhízott egyének táplálkozási szokásaikat az egészségüket nagymértékben veszélyeztető tényezőként értékelték. A sovány, a túlsúlyos és az elhízott válaszadók szerint a táplálkozási szokásuk nem megfelelő ugyan, de az egészségüket még nem veszélyezteti nagymértékben.

### *Az egészséghatásokkal kapcsolatos ismeretek*

Az egészségmagatartást nyilvánvalóan befolyásolják mindazok az ismeretek és tapasztalatok, amelyek a különböző életmódbeli szokások egészségkövetkezményeivel kapcsolatosak. A korábbi kérdésben e területekre vonatkozóan nem fogalmazódtak meg kérdések, mindazonáltal jelenleg a város lakóinak körében a dohányzás és a túlzott mértékű alkoholfogyasztás, valamint a magas vérnyomás kockázatait a leginkább ismertek. A legkevesebb ismerettel a drogfogyasztás és a táplálkozással kapcsolatos veszélyeket illetően rendelkeznek a válaszadók. Mindazonáltal a megkérdezettek a témával kapcsolatos tájékozottságukkal alapvetően elégedettek, és csak valamivel több, mint harmaduk (38,6%) igényelné, hogy az egészségvédelemmel és az egészséges életmóddal kapcsolatosan több információhoz juthasson.

Az egészség védelmét segítő információkért csaknem minden hetedik felnőtt a házi orvosához fordul. 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 és számos esetben kerül meghatározó információforrásként említésre.

## 5. 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 új eredményeit felhasználva elvégeztem az egészségkép-készítés módszerének a helyi igények és lehetőségek mentén való adaptációját. Ennek keretében meghatároztam 5 olyan indikátort, amely esetén nem volt megvalósítható érvényes adat megszerzése:

- „*társadalombiztosítási kártyával rendelkezők száma*”
- „*idegen nyelven hozzáférhető egészségügyi szolgáltatások*”
- „*létfennmaradás alatt élők száma*”,
- „*éves születések száma a 20 évnél fiatalabb, 20-24 éves és a 35 év feletti nők korcsoportjában*”,
- „*rokkantak foglalkoztatottsági mutatói*”.

Bevezettem továbbá két új kiegészítő indikátort, amelyek a városra jellemző általános helyzetkép leírása során alkalmazhatóak: 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 adatok alkalmazásával bővítettem. Ezen túlmenően minden

indikátor vonatkozásában egyrészt meghatároztam a helyi viszonyok értékelésének támogatását szolgáló kontextust (*országos adatok, 100.000 főt meghaladó lélekszámú városok adatai*), másrészt a korábban használt nyers adatok helyett az összehasonlítást segítő származtatott értékek használatát alkalmaztam.

Az egészségkép aktualizálása során a korábban használt eszközöket és technikákat kiegészítettem az azóta rendelkezésre álló eszközökkel, valamint az alkalmazott megoldásokat optimalizáltam:

- face-to-face kérdezés helyett a CATI rendszeren alapuló telefonos kérdezést alkalmaztam, így a kérdezőbiztos alkalmazó lekérdezéshez szükséges időtartamot 50%-kal, míg a költségeket 20-40%-kal sikerült csökkenteni.
- a telefonos adatfelvétel további előnye, hogy az adatfelvétel során kapott adatbázis azonnal elérhető és további adattisztítást nem igényel, a válaszok ellenőrzése a kérdezés folyamatába került beépítésre, az adatfelvétel validitása 100%-ban ellenőrzötté vált, az adatbázis nem tartalmazott logikai hibákat.
- az adatgyűjtéshez alkalmazott kérdőív kérdései olyan kérdésekkel egészítettem ki, amelyek segítségével az indikátorok alkalmazásával leírt helyzetekkel kapcsolatos lakossági vélemények és értékelések is megismerhetővé váltak;
- az adatelemzési technikát kibővítettem a korrespondencia-analízis módszerével.

2. A szükséges adatok összegyűjtését és elemzését követően kidolgoztam Pécs MJV egészségképének aktualizált változatát.
3. 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 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 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 közlekedésbiztonság javítását célzó intézkedések és stratégiai célok jelenjenek meg prioritásként.
- 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.

## 6. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A dolgozatom elkészítéséért ezúton is hálás köszönetemet fejezem ki

**De Blasio Antonio** úrnak az Egészséges Városok Magyarországi Szövetsége főtitkárának, akinek kollégájaként megismerhettem az Egészséges Városok Mozgalom hazai és nemzetközi munkáját, és aki baráti biztatással nem engedte, hogy egy korábban elkezdett munka befejezés nélkül maradjon.

†**Dr. Ember István** professzor úrnak, aki mint első témavezetőm „irányba állított” és amíg tehettem támogatta a kutatói munkámat.

**Dr. Kiss István** professzor úrnak, a PTE ÁOK Orvosi Népegészségtani Intézet igazgatójának, aki Ember professzor halála után elvállalta a témavezetésem, és minden lehetséges módon segítette a dolgozat elkészültét.

**Dr. Bódis József** professzor úrnak, a PTE ETK Doktori Iskola vezetőjének, és **Dr. Sulyok Endre** professzor emeritus úrnak, akiknek a támogatására a PTE ETK Doktori Iskola részéről mindig számíthattam.

**Dr. Rappai Gábor** professzor úrnak, a PTE KTK Gazdaság-módszertani Intézete igazgatójának, aki számos szakmai tanáccsal és kollegiális biztatással segítette a kutatásom módszertani és adatelemzési részeinek kidolgozását.

**Végül, de elsősorban szeretettel köszönöm feleségem és gyermekeim évtizedes türelmét és megértését.**

## 7. ÚJ PUBLIKÁCIÓK

### 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 egészséghatásai*. 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 J. (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 gyenge 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