

A MUNKAKÉPES (25-64 ÉVES) KORÚ MAGYAR NŐK ÉS A 0-6 ÉVES KORÚ GYERMEK NÉPESSÉG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA, 2007-2018.

Készítette: „EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001” azonosító számú projekt „A1” munkacsoport

Készítés ideje: 2020. 03.20.

Tartalom

1. A munkaképes (25-64 éves) korú magyar női népesség egészségi állapota

Haláloki struktúra	3
Összes ok, keringési rendszer betegsége, rosszindulatú daganatok miatti korai halálozás	4
Az elsődleges megelőzéssel befolyásolható (EMB halálozás) elkerülhető halálozás ..	Hiba! A könyvjelző nem létezik.
A dohányzással összefüggésbe hozható halálozás	6
A légcső, a hörgő és a tüdő rosszindulatú daganata miatti korai halálozás	7
A túlzott alkoholfogyasztásra visszavezethető korai halálozás	8
Az alkoholos májbetegségek és májzsugor miatti korai halálozás	9
Irodalom	9

2. A 0-6 éves korú gyermek népesség egészségi állapota, 2007-2018.

Haláloki struktúra	10
Csecsemőhalálozás	Hiba! A könyvjelző nem létezik. 1
Összes halálok miatti (általános) halálozás	Hiba! A könyvjelző nem létezik. 3
Perinatális és veleszületett rendellenességek miatti halálozás.....	Hiba! A könyvjelző nem létezik. 4
Irodalom	Hiba! A könyvjelző nem létezik.

A feldolgozott adatok vonatkozásában az adatgazda a Nemzeti Népegészségügyi Központ EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 azonosítószámú projektje. Az adatok idézése forrásmegjelöléssel, az eredeti információ megváltoztatása, módosítása nélkül lehetséges.

Hivatkozás rendje:

Irodalomjegyzékben: A MUNKAKÉPES (25-64 ÉVES) KORÚ MAGYAR NŐK ÉS A 0-6 ÉVES KORÚ GYERMEK NÉPESSÉG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA, 2007-2018., EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 számú, Egészségügyi Ellátórendszer Szakmai Módszertani Fejlesztése projekt, Nemzeti Népegészségügyi Központ, 2020.

Szövegben: A 25-64 éves nők és a 0-6 éves gyermeknépesség egészségi állapota, EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001, 2020.

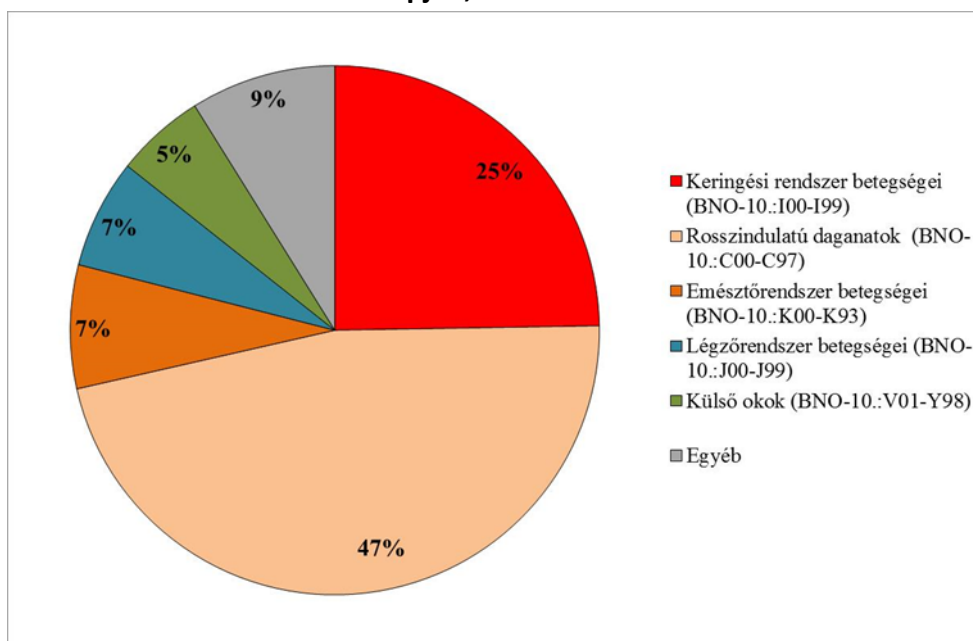
1. A munkaképes (25-64 éves) korú magyar női népesség egészségi állapota

(A NEKIR-ben megtalálható legfrissebb információk alapján készült elemzés [5])

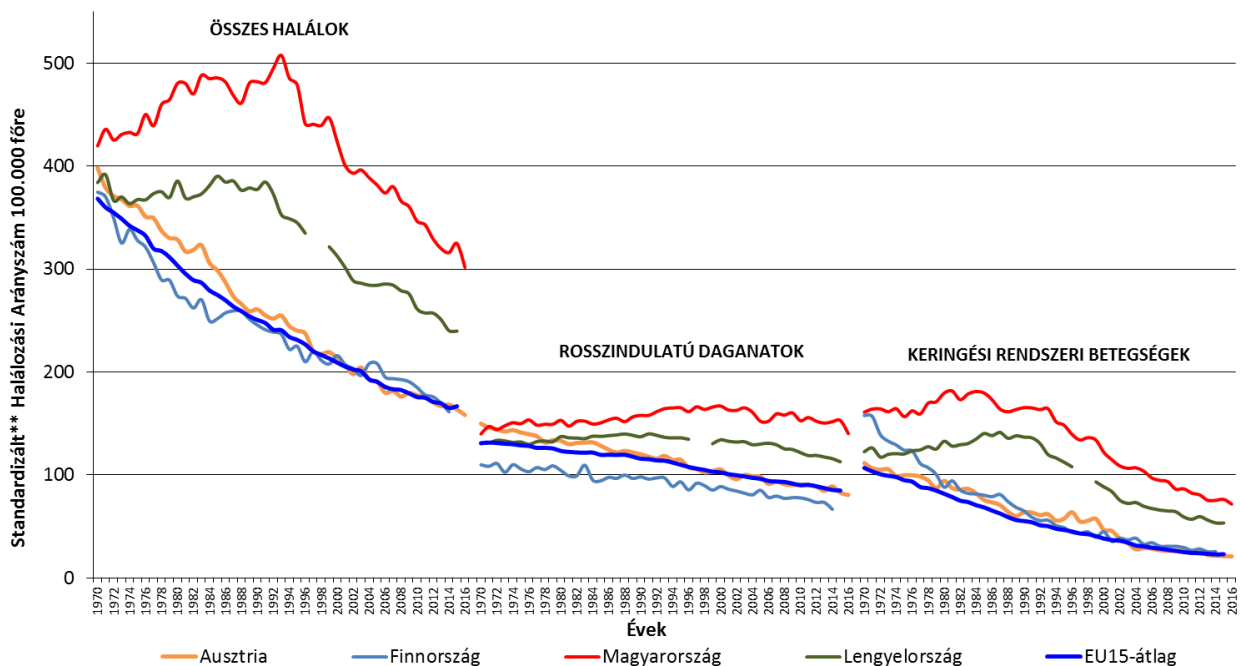
2014-2018. közötti időszakban a magyar nők mintegy 15%-a halt meg 25-64 éves életkorában és halálozásuk struktúrája hasonló, mint a fejlett európai országokban (1. ábra). Ez azt jelenti, hogy a legtöbb korai (25-64 éves korban bekövetkezett) halálesetet a rosszindulatú daganatok, a második legtöbbet pedig a keringési rendszeri betegségek okozták.

A nők korai halálozásának trendje a '90-es évek közepétől folyamatosan csökkent összességében és a fentebb említett két legnagyobb súlyú vezető halálteki főcsoport miatt is, bár a rosszindulatú daganatos halálozás esetében ez a csökkenés kevésbé volt intenzív (2. ábra). Ez a halálozási trend kedvező folyamat, de nem lehet elég megnyugtató, hiszen a csatlakozásunk előtti Európai Unió országok átlagához (EU15-átlag) viszonyítva a legmagasabb a halálozási kockázat az összes ok és a rosszindulatú daganatok miatt mintegy kétszeres, a keringési rendszeri betegségek miatt pedig több mint háromszoros volt (2. ábra)(9.).

1. ábra A 25-64 éves magyar nők halálteki struktúrája a vezető halálteki főcsoportok alapján, 2014-2018.



2. ábra A női lakosság korai (25-64 éves kori) halálzásának alakulása az összes halálok, a rosszindulatú daganatok és a keringési rendszeri betegségek miatt Magyarországon, néhány európai országban és az EU15-átlagában*, 1970-2016.



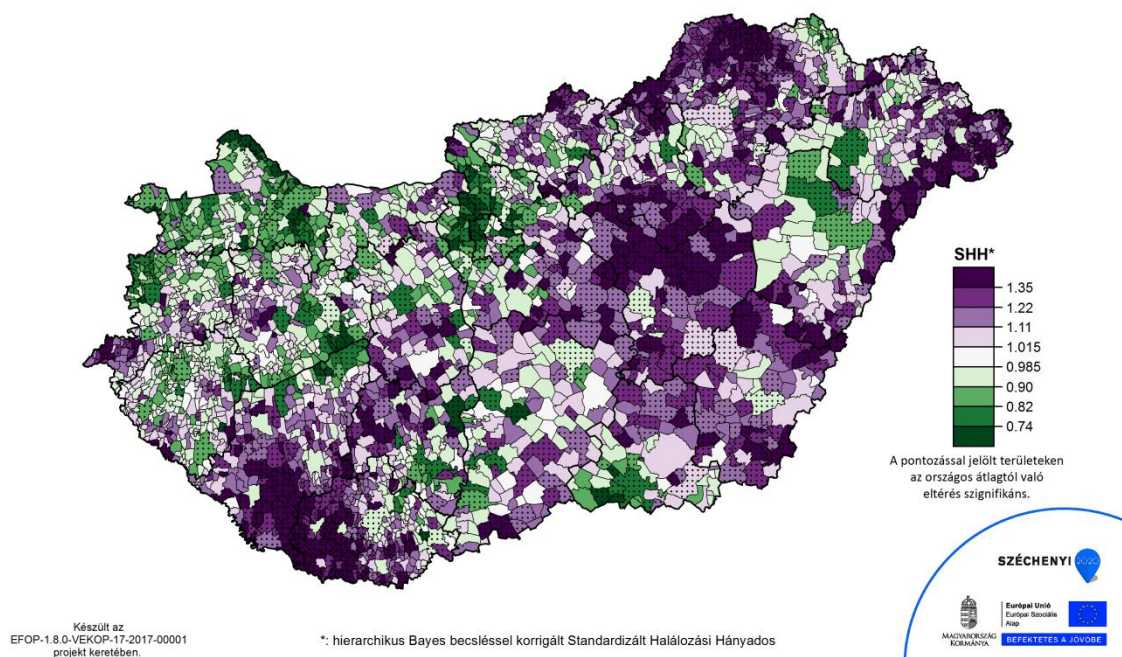
* EU15-átlag: a 2004. május 1. előtti 15 tagállam átlaga
 **Standard: A 25-64 éves korú, európai standard népesség (1976.) kormegoszlása
 Alapadatok forrása: WHO/HFA Database

Az egészségi állapot jellemzésekor nemcsak az időbeli elemzés a fontos, legalább ugyanekkora jelentőséggel bír a térbeli egyenlőtlenségek, halmozódások leírása is. A NEKIR a területi egyenlőtlenségek bemutatására, illusztrálására térképeket használ, azonban egy-egy terület esetében a mutatók pontos értékei is hozzáférhetők, ezen értékek alapján kell történnie az értelmezésnek. Bár a térképeken ábrázolt epidemiológiai mutatók leíró vizsgálat, helyzetelemzés készítésére (mint jelen esetben is) alkalmasak, de külön kiemelendő, hogy önmagukban **nem adnak választ a területi egyenlőtlenségek okaira, hátterében meghúzódó folyamatokra** (10). Amint az előző fejezetrészekben részletesen kitértünk rá, ezek a mutatók segítenek megfogalmazni olyan feltevéseket, kérdéseket, melyek alapjai lehetnek további vizsgálatoknak, és lehetséges beavatkozásoknak, így az egészségfejlesztési beavatkozásoknak is.

A magyar nők korai halálózása **az összes halálok miatt** csökkenő tendenciájú volt, ahogyan a 2. ábrán láthattuk, azonban az országon belül (a halálozás országos szintjéhez képest) jelentős különbségeket találunk a térbeli elrendeződésben, eloszlásban. Az országos átlagot meghaladó korai halálozási kockázat Észak-Kelet, Dél-Nyugat Magyarország és a keleti országrész középső részén elhelyezkedő területeken halmozódott (3. ábra). Figyelemfelhívó, hogy a 3. ábrán megfigyelt területekhez hasonlóan – az Észak-keleti országrészt kivéve – halmozódott az **elsődleges megelőzéssel befolyásolható (EMB halálozás) elkerülhető halálozás** miatti országos átlagtól magasabb halálozási kockázat (4. ábra). Ez az EMB halálozás az összes női korai halálozást mintegy 72%-át teszi ki, úgyhogy az egészségfejlesztési beavatkozásokkal jelentősen csökkenthető lenne népességi szinten a magyar női halálozás (5).

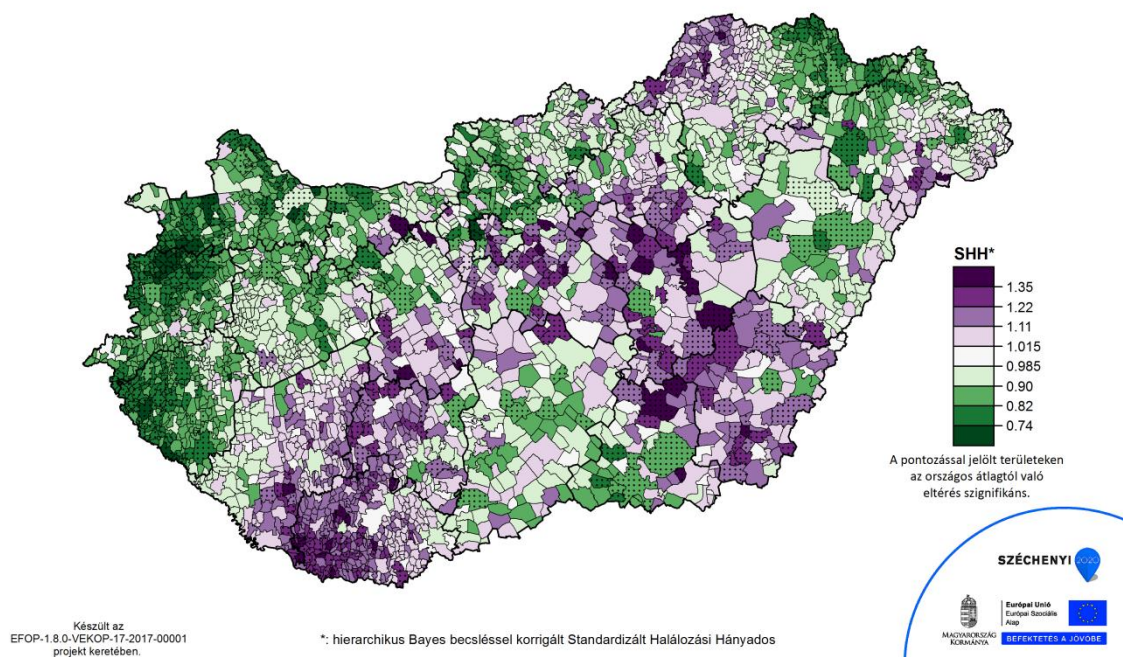
3. ábra

Magyarország 25-64 éves női lakosságának az összes halálok miatti halálozása (BNO-10.:A00-Y98), települési szinten, 2014-2018.



4. ábra

Magyarország 0-74 éves női lakosságának az elsődleges megelőzéssel befolyásolható, elkerülhető halálózása az OECD/Eurostat 2019. indikátorlistá* alapján, települési szinten, 2014-2018.

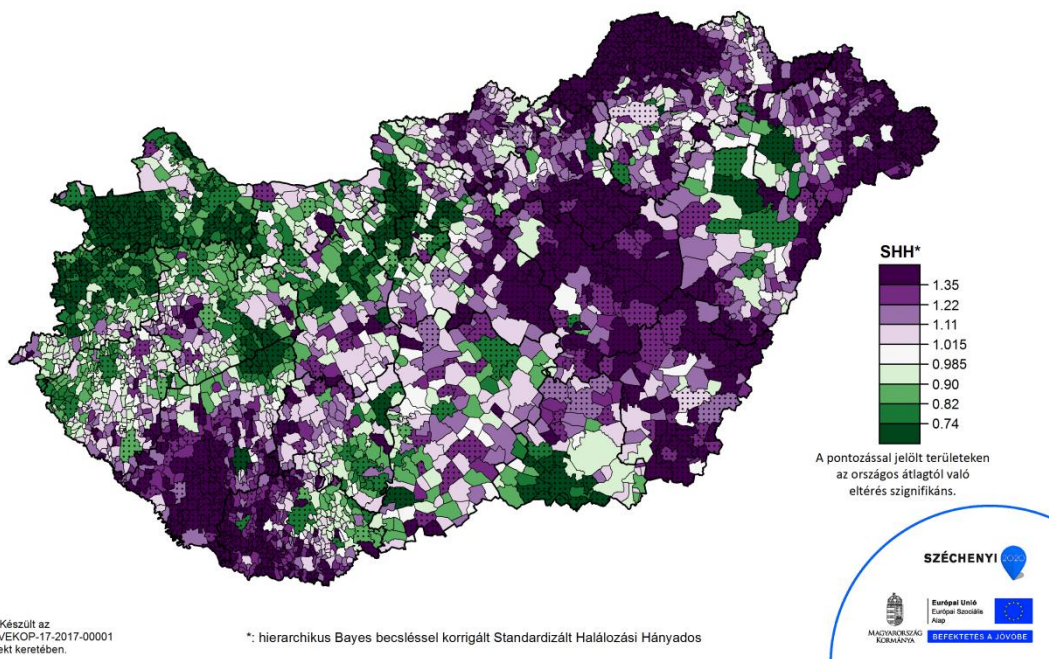


*(10)

Az egészségfejlesztési szakembert, segítheti a beavatkozások tervezésében két összetett halálloki csoport miatt bekövetkező halálózás térbeli eloszlásának ismerete. A NEKIR tartalmaz adatokat e két komplex csoport vonatkozásában, melyek az Egészségügyi Világszervezet Health for All (WHO/HFA) adatbázisában meghatározott definíciók szerint (9) kerültek be a rendszerbe, így **a dohányzással összefüggésbe hozható** és **a túlzott alkoholfogyasztásra visszavezethető halállokok** csoportjai miatt bekövetkező halálózási mutatók, ábrák is letölthetők (5). Ezen összetett indikátorcsoportok miatti halálózás egyértelműen kijelöli a beavatkozások formáit, irányait (dohányzás/mértéktelen alkoholfogyasztás megelőzése). A magyar nők dohányzással összefüggésbe hozható országos átlagot meghaladó korai halálózási kockázatának halmozódásai a 3. ábrán megfigyelt területekhez hasonlóan alakultak (5. ábra). Ennek elsősorban a komplex csoporton belül a legnagyobb súlyt képviselő **légcső, hörgő és tüdő rosszindulatú daganata** miatti korai halálózás jelenti a forrását (6. ábra).

5. ábra

Magyarország 25-64 éves női lakosságának a dohányzással összefüggésbe hozható halálózása, települési szinten, 2014-2018.

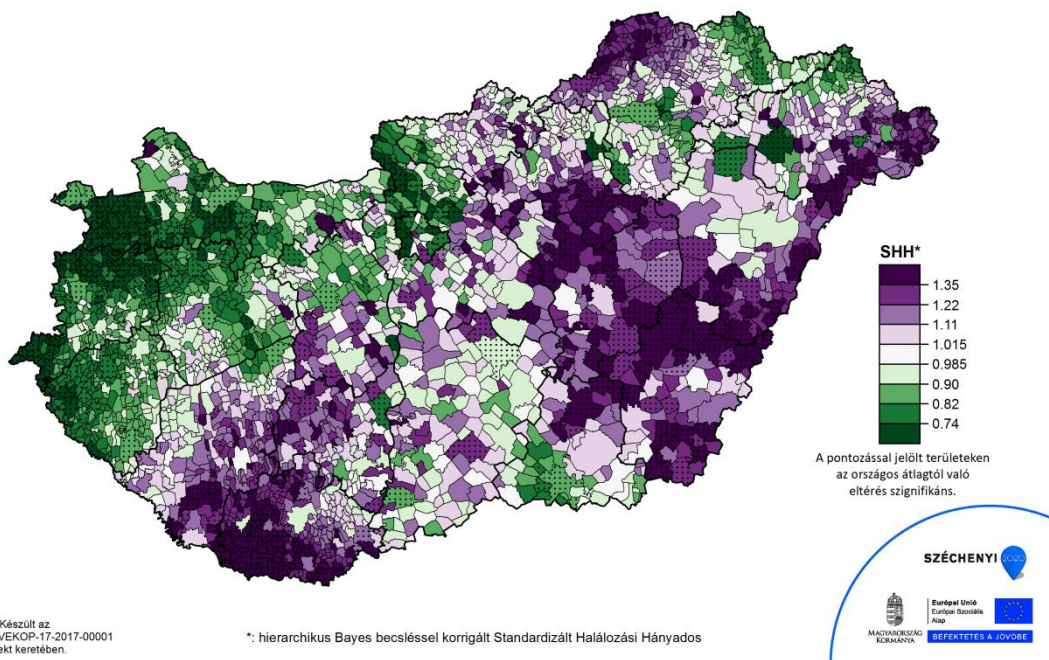


Készült az EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 projekt keretében.

*: hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálózási Hányados

6. ábra

Magyarország 25-64 éves női lakosságának a légcső, a hörgő és a tüdő rosszindulatú daganatai (BNO-10-:C33-C34) miatti halálózása, települési szinten, 2014-2018.



Készült az EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 projekt keretében.

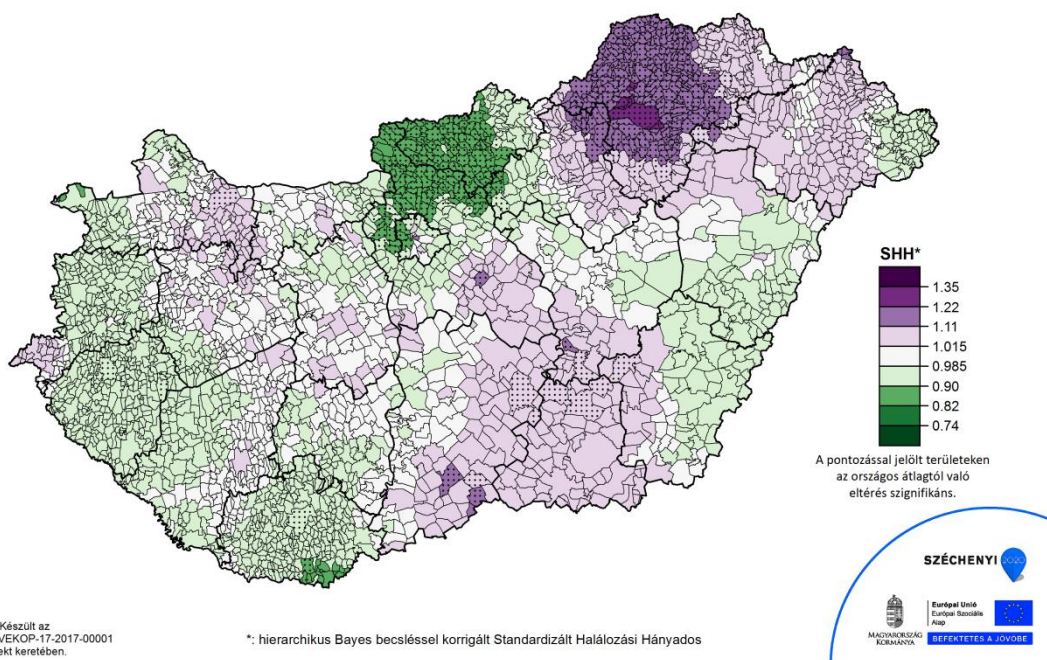
*: hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálózási Hányados



A nők körében célszerű elemezni a másik összetett indikátorcsoport, a **túlzott alkoholfogyasztásra visszavezethető korai halálozás** országos szintet meghaladó kockázatának halmozódásait is (7. ábra). A halálozási kockázat halmozódása a vizsgálati időszakban Borsod-Abaúj-Zemplén megye döntő részén volt megfigyelhető. Amennyiben a komplex halálóki csoporton belül a legnagyobb súlyú halálokat, az **alkoholos májbetegségek és májsugor** miatti korai halálozás területi egyenlőtlenségeit is megvizsgáljuk, úgy világossá válik, hogy az országos átlagtól magasabb korai halálozás e tekintetben nemcsak a Borsod megye területén élő nőket, hanem az ország Észak-nyugati negyedében és a főváros egyes kerületeiben élő nőket is veszélyeztette 2014-2018. között (8. ábra).

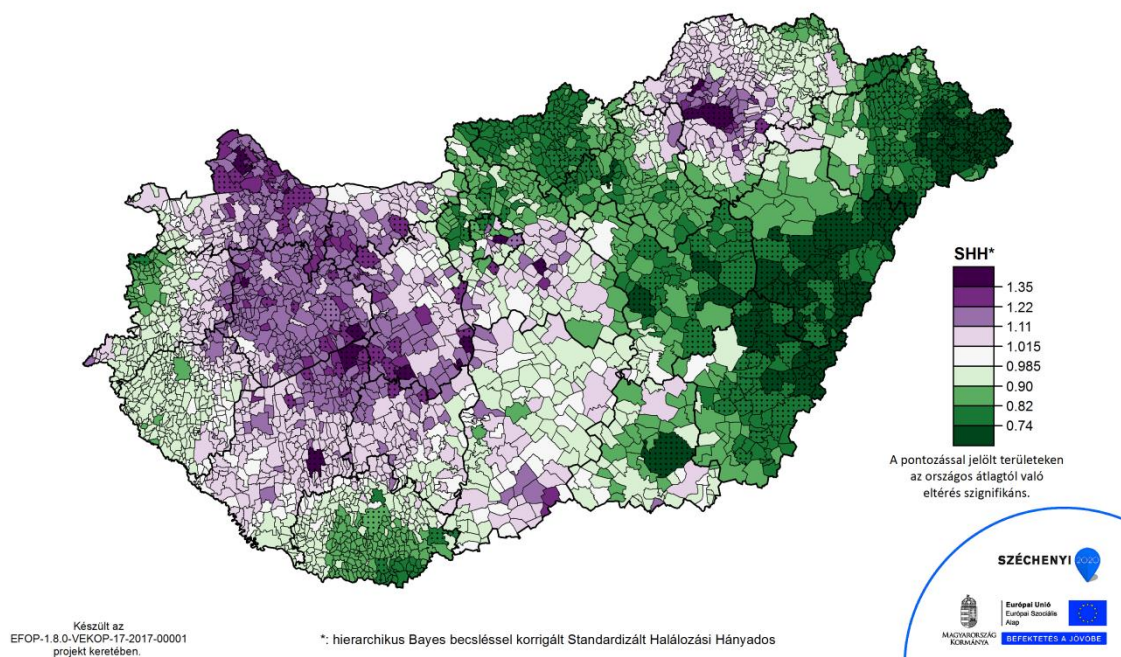
7. ábra

Magyarország 25-64 éves női lakosságának az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozása, települési szinten, 2014-2018.



8. ábra

Magyarország 25-64 éves női lakosságának az alkoholos májbetegségek okozta halálozása (BNO-10.:K70), települési szinten, 2014-2018.



Irodalom

1. Ádány R. A magyar lakosság egészségi állapota javításának módja. In: A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Budapest: Medicina; 2003. o. 221–3.
2. Ádány R. Megelőző orvostan és népegészségtan. második, átdolgozott. Budapest: Medicina; 2012.
3. Vokó Z. A Népegészségügyi Program megvalósítását támogató szervezeti és partnerségi struktúra. In: Ádány R, Szentes T, szerkesztő. Budapesti Népegészségügy Budapest lakossága egészségi állapota és Népegészségügyi Programja. Budapest: Medicina; 2014. o. 211–216.
4. Nagy Csilla, Juhász Attila, Páldy Anna, Bakacs Márta: A rosszindulatú daganatok miatti halandóság területi egyenlőtlenségei a budapesti nők körében, 1994–2003. Egészségtudomány, 3, 178–190.; 2005.
5. Népegészségügyi Elemzési Központ Információs Rendszer (NEKIR), Nemzeti Népegészségügyi Központ, 2020.
6. Juhász Attila, Nagy Csilla, Páldy Anna, Kásler Miklós: A társadalmi-gazdasági helyzet és a jelentősebb rosszindulatú daganatok incidenciájának összefüggései Magyarországon, 2003-2008. Népegészségügy,4:320-329.; 2010.

7. Juhász Attila, Nagy Csilla, Páldy Anna: A magyar lakosság társadalmi-gazdasági státusz index alapján meghatározott helyzete és a korai halálozása közötti összefüggés, 1998–2004. Népegészségügy, 87:3, 195-202.; 2009.

8. Attila Juhász, Csilla Nagy, Anna Páldy, Beale Linda. Development of a Deprivation Index and its relation to premature mortality due to diseases of the circulatory system in Hungary, 1998–2004. Social Science & Medicine. 70:1342–1349; 2010

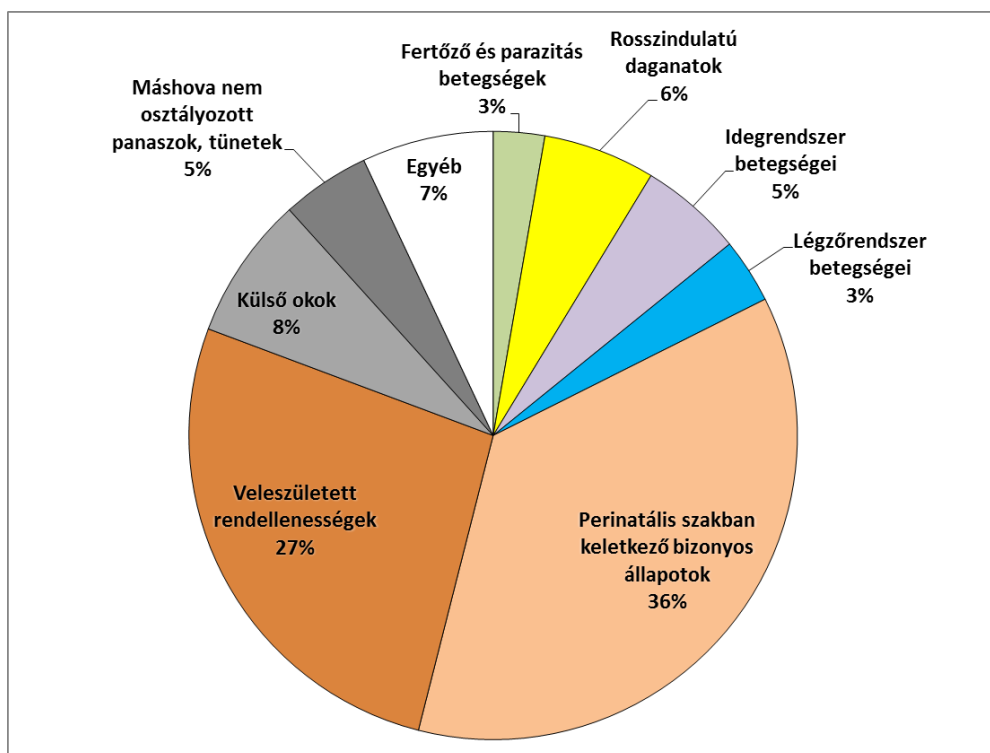
9. European Health for All database (HFA-DB), WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2019. (Last update 2018 Jun.)

10. Módszertani Útmutató, Népegészségügyi Elemzési Központ Információs Rendszer (NEKIR), Nemzeti Népegészségügyi Központ, Budapest, 2020.

2. A 0-6 éves korú gyermek népesség egészségi állapota, 2007-2018.

2007-2018. közötti időszakban 4363 gyermek halt meg 0-6 éves életkorában, halálozásuk vezető halálteki főcsoportok szerinti struktúráját az 9. ábra szemlélteti. Halálosaik döntő része (1586 haláloset, 36%) a perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok, a második legnagyobb része pedig (1167 haláloset, 27%) a veleszületett rendellenességek miatt következett be. E korcsoport specifikumai alapján kiemelendő a harmadik legtöbb halálosetet okozó (332 haláloset, 8%) külső okok miatti halálozás is (9. ábra).

9. ábra A 0-6 éves gyermek népesség halálteki struktúrája a vezető halálteki főcsoportok alapján, 2007-2018.

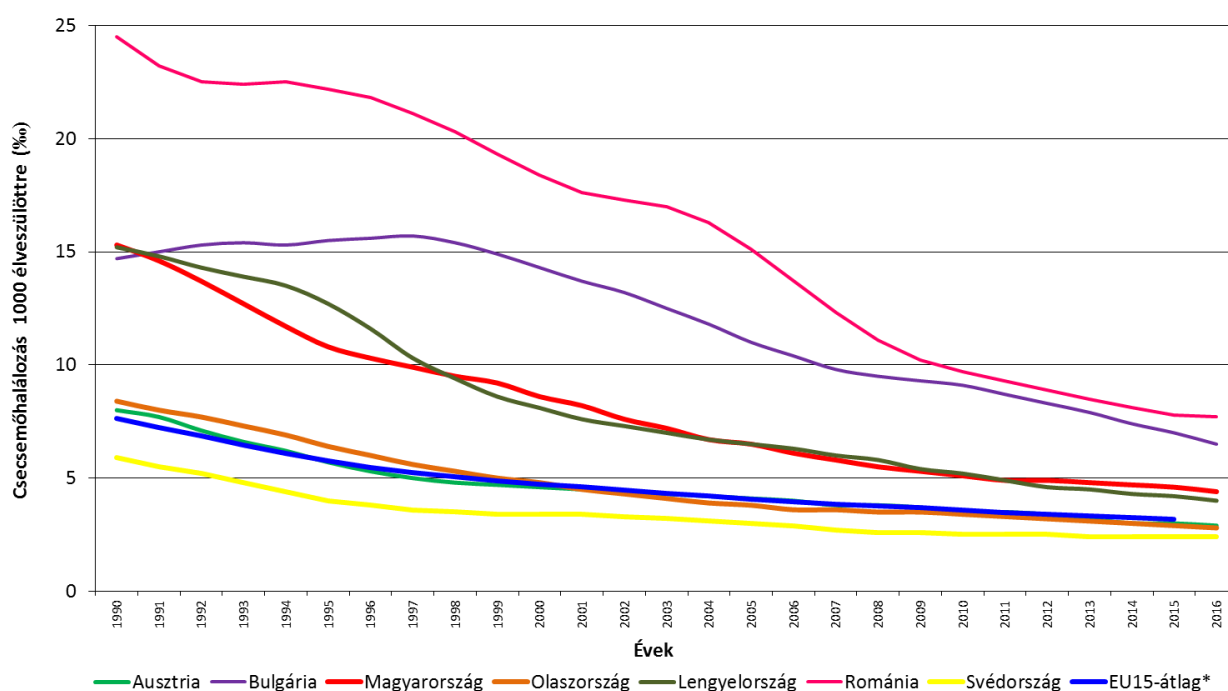


A 0-6 éves korú népességben belül módszertani szempontból az egyik legjelentősebb indikátor a csecsemőhalálozás. A csecsemőhalálozás az egy éves kor betöltése előtt bekövetkezett halálozás, melynek mértékét az ezer élveszületőre vonatkoztatott csecsemőhalálozási arányszám jellemzi (1-2; 5; 10).

A csecsemőhalálozás – bár alapvetően az egészségügyi ellátás színvonalának minősítésére alkalmas mutató - kiemelt jelentőségű a halálozási statisztikában, hiszen számottevő mértékben befolyásolja a születéskor várható átlagos élettartam alakulását. 10‰ alá Magyarországon 1997-ben, 5 ‰ alá pedig 2011-ben csökkent a csecsemőhalálozási arányszám, és azóta 2016-ig e mutató szintje folyamatosan csökkent: 2016-ban értéke 4,4‰ volt (10. ábra).

Hazánk helyzete 1990-2016 között a csecsemőhalálozás tekintetében kedvezőbb volt a román és bolgár helyzethöz képest, de a lengyel halálozási értékénél is több évben. Az EU15 tagállamok átlagánál 1990-ben jóval magasabb volt, de a folyamatos csökkenés miatt 2015-re rendkívüli mértékben megközelítette azt (9. ábra).

10. ábra A csecsemőhalálozás alakulása Magyarországon, néhány európai országban és az EU15-átlagában*, 1990-2016.

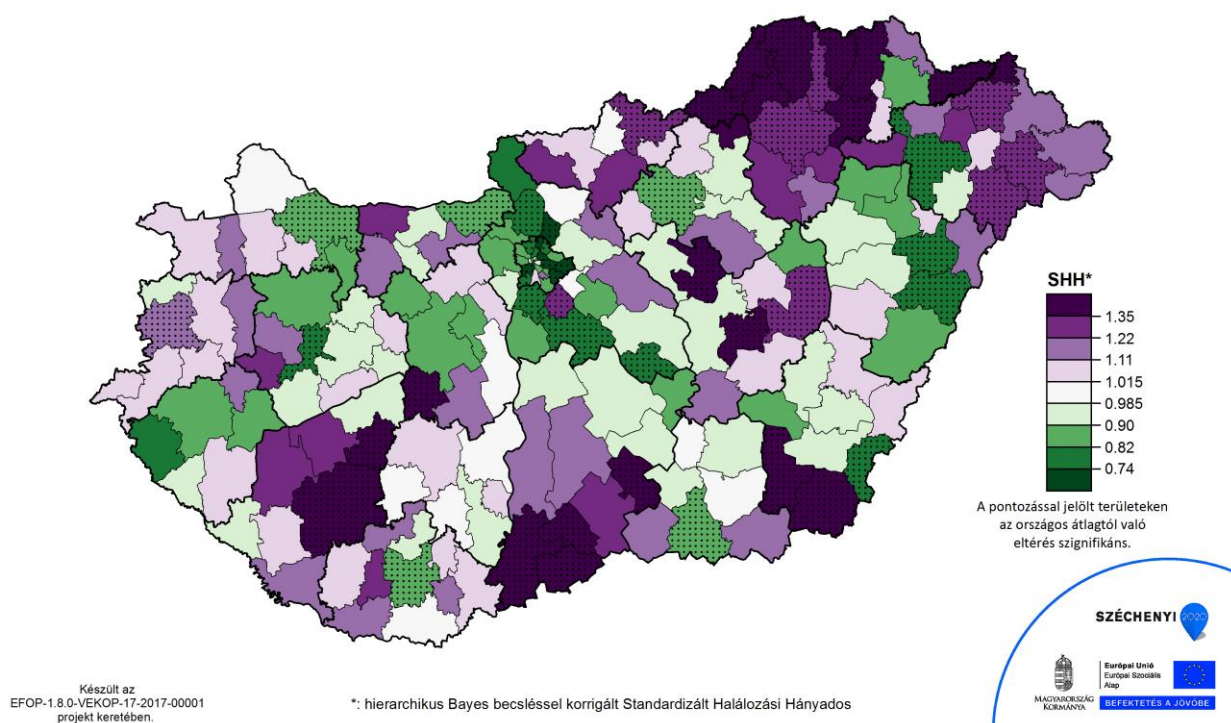


* EU15-átlag: a 2004. május 1. előtti 15 tagállam átlaga
Alapadatok forrása: WHO/HFA Database

Az alacsony csecsemőkorai halálesszámok miatt e halálozás indirekt standardizált mutatókkal jellemezhető térbeli eloszlása statisztikai-epidemiológiai értelemben nehezen, éppen ezért csak óvatosan értelmezhető (11. ábra). Figyelemfelkeltő azonban, hogy Magyarország szakkeleti határa mentén elhelyezkedő megyék (főként Borsod-Abaúj-Zemplén, továbbá Szabolcs-Szatmár-Bereg és Nógrád megye) járásainak nagy részén az országos átlagtól magasabb volt a csecsemőhalálozási kockázat. Ugyanez jellemző Somogy és Bács-Kiskun megye esetében is (11. ábra).

11. ábra

A csecsemőhalálozás Magyarországon, járási szinten, 2007-2017.



Bár a magyar csecsemőhalálozás területi egyenlőtlenségei néhány területen jelezik a magasabb kockázatok halmozódásait (11. ábra), ennek dacára e halálozás alacsony szintűnek mondható (10. ábra).

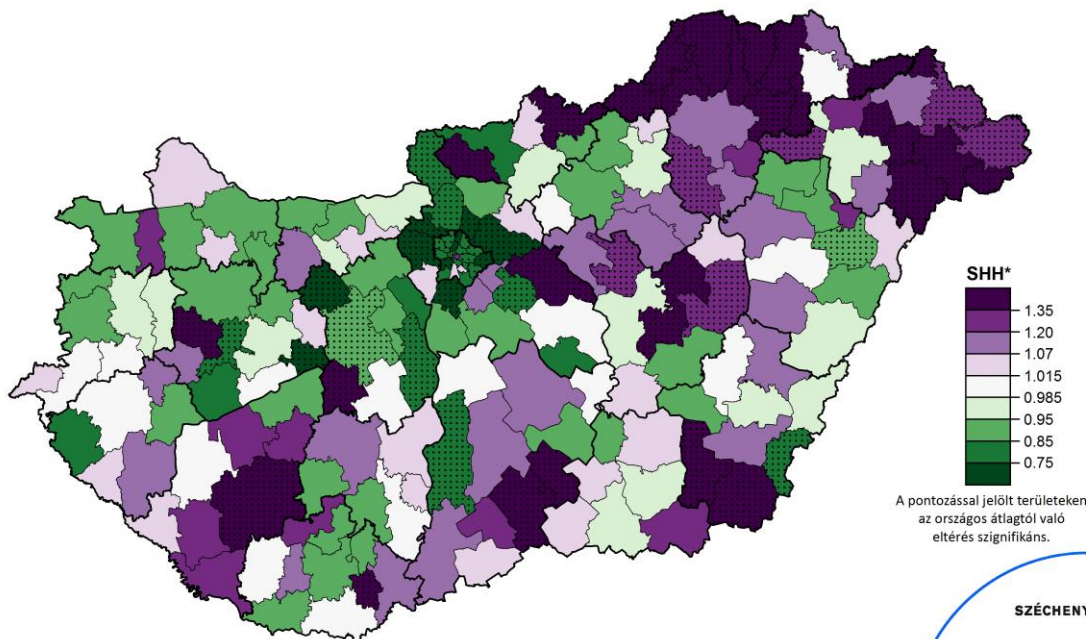
Összességében a csecsemőhalálozás intenzív csökkenése és tartósan alacsony szintje egyrészt az egészségügy területén bekövetkezett pozitív változásoknak, másrészt a hazánkban hagyományosan jól működő, elsősorban a védőnők munkáját dicsérő, anya- és csecsemővédelemnek köszönhető.

Magyarország szak-keleti határa mentén elhelyezkedő megyék (főként Borsod-Abaúj-Zemplén, továbbá Szabolcs-Szatmár-Bereg és Nógrád megye) járásainak nagy részén az országos átlagtól magasabb volt a csecsemőhalálozási kockázat. Ugyanez jellemző Somogy és Bács-Kiskun megye esetében is (11. ábra).

A 0-6 éves korú gyermek népesség **összes halálok miatt** (a halálozás országos szintjéhez képesti) halálozása esetében a csecsemőhalálozáshoz hasonló térbeli elrendeződést figyelhetünk meg. Így tehát az országos átlagot meghaladó korai halálozási kockázat Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei, valamint Dél-Nyugat Magyarországon Somogy megyei, Bács-Kiskun megye déli és a keleti országrész középső (Jász-Nagykun-Szolnok megyei) járásokban halmozódott (12. ábra). A 12. ábrán megfigyelt területekhez hasonlóan – a Jász-Nagykun-Szolnok megyei részt kivéve és Győr-Moson-Sopron, valamint Békés megye néhány járási területét beleértve – halmozódott a **perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok és a veleszületett rendellenességek** miatti országos átlagtól magasabb halálozási kockázat (13-14. ábra)(5).

12. ábra

Magyarország 0-6 éves gyermek lakosságának általános halálozása (BNO-10.:A00-Y98), járási szinten, 2007-2018.



Készült az EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 projekt keretében.

*: hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányados

SZÉCHENYI



SZÉCHENYI 2020

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

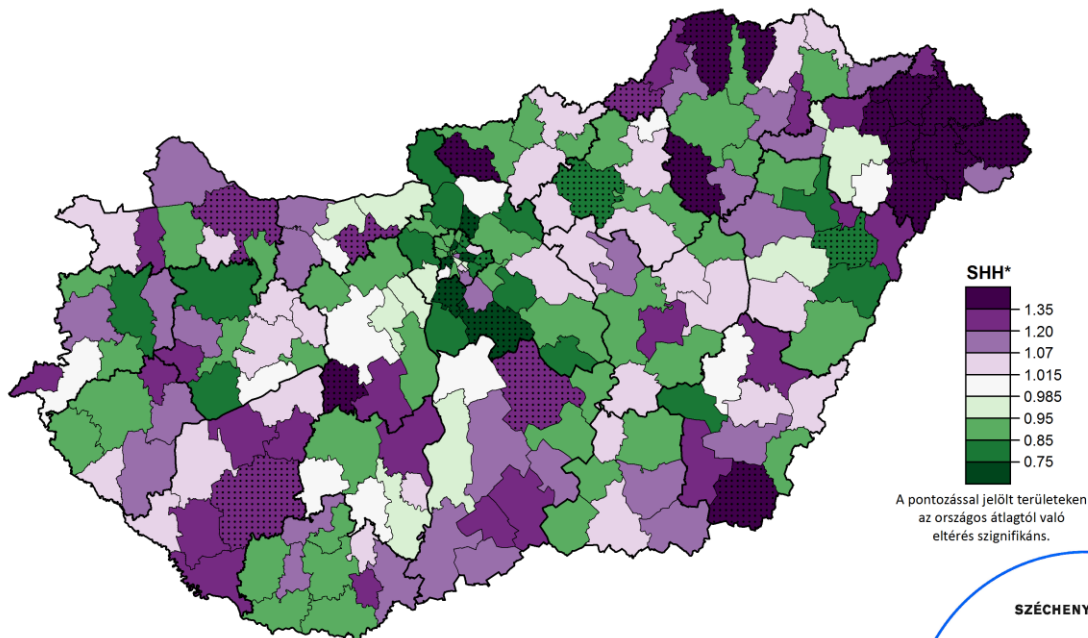
BEFETETÉS A JÖVŐBE



Egészségügyi Ellátórendszer
Szakmai Módszertani Fejlesztése
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

13. ábra

**Magyarország 0-6 éves gyermek lakosságának
a perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok (BNO-10.:P00-P96) miatti halálózása,
járási szinten, 2007-2018.**



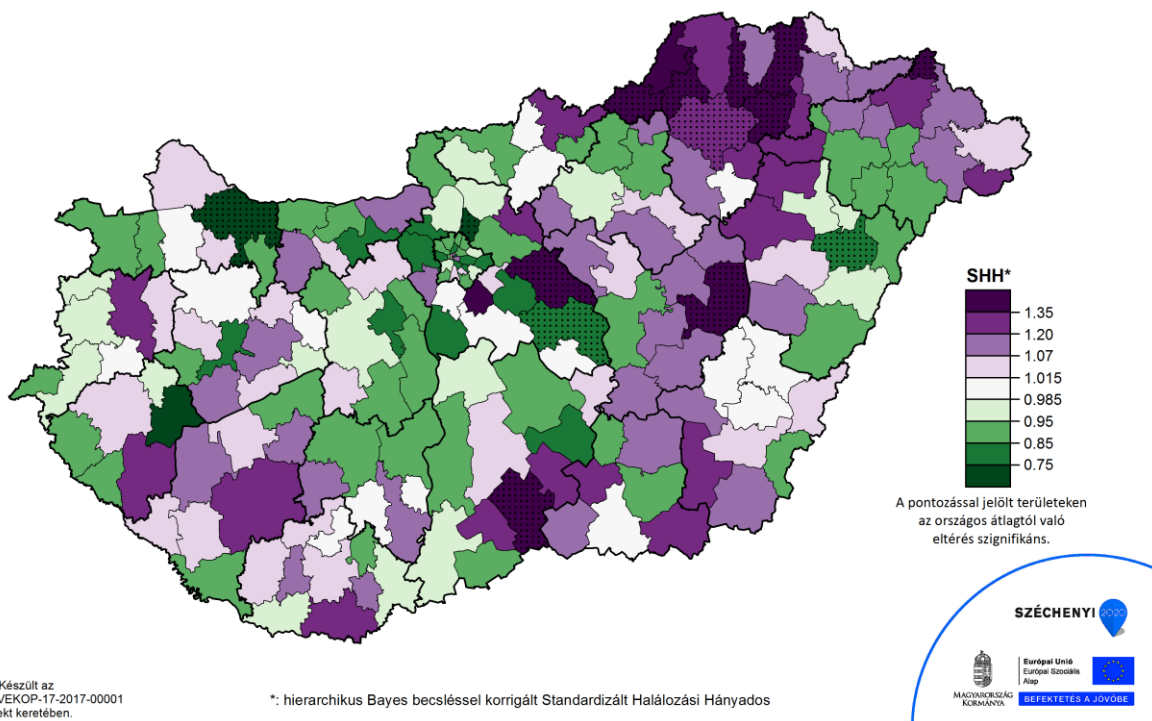
Készült az
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001
projekt keretében.

*: hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálózási Hányados



14. ábra

**Magyarország 0-6 éves gyermek lakosságának
a veleszületett rendellenességek (BNO-10.:Q00-Q99) miatti halálózása,
járási szinten, 2007-2018.**



Készült az
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001
projekt keretében.

*: hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányados

E dokumentumban az egyszerű példákkal bemutatott elemzések a gyakorló szakemberek részére készültek.

Nagyon lényegesnek tartjuk kiemelni, hogy legyen bármilyen részletes és pontos az adott népegészségügyi elemzés, ha ezeket nem követik konkrét feladat-meghatározások, érdemi egészségfejlesztési beavatkozások, akkor a 0-6 éves gyermekkorú és a munkaképes női népesség halálozási mutatói – valamint a jelenlegi népesedési viszonyok – érdemben nem lesznek javíthatók.

Irodalom

1. Ádány R. A magyar lakosság egészségi állapota javításának módja. In: A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Budapest: Medicina; 2003. o. 221–3.
2. Ádány R. Megelőző orvostan és népegészségtan. második, átdolgozott. Budapest: Medicina; 2012.
3. Vokó Z. A Népegészségügyi Program megvalósítását támogató szervezeti és partnerségi struktúra. In: Ádány R, Szentés T, szerkesztő. Budapesti Népegészségügy Budapest lakossága egészségi állapota és Népegészségügyi Programja. Budapest: Medicina; 2014. o. 211–216.
4. Nagy Csilla, Juhász Attila, Páldy Anna, Bakacs Márta: A rosszindulatú daganatok miatti halandóság területi egyenlőtlenségei a budapesti nők körében, 1994–2003. Egészségtudomány, 3, 178–190.; 2005.
5. Népegészségügyi Elemzési Központ Információs Rendszer (NEKIR), Nemzeti Népegészségügyi Központ, 2020.
6. Juhász Attila, Nagy Csilla, Páldy Anna, Kásler Miklós: A társadalmi-gazdasági helyzet és a jelentősebb rosszindulatú daganatok incidenciájának összefüggései Magyarországon, 2003-2008. Népegészségügy, 4:320-329.; 2010.
7. Juhász Attila, Nagy Csilla, Páldy Anna: A magyar lakosság társadalmi-gazdasági státusz index alapján meghatározott helyzete és a korai halálozása közötti összefüggés, 1998–2004. Népegészségügy, 87:3, 195-202.; 2009.
8. Attila Juhász, Csilla Nagy, Anna Páldy, Beale Linda. Development of a Deprivation Index and its relation to premature mortality due to diseases of the circulatory system in Hungary, 1998–2004. Social Science & Medicine. 70:1342–1349; 2010
9. European Health for All database (HFA-DB), WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2019. (Last update 2018 Jun.)
10. Módszertani Útmutató, Népegészségügyi Elemzési Központ Információs Rendszer (NEKIR), Nemzeti Népegészségügyi Központ, Budapest, 2020.