

A tanulmány az OTKA (K105534) támogatásával készült.

Kulcsszavak: *urbanizáció, városhálózat, város-vidék, szuburbanizáció, ingázás, területi differenciálódás, munkaerőpiac, marginalizálódás, Magyarország*

IRODALOM

- Beluszky Pál (1999): *Magyarország településföldrajza*. Pécs: Dialóg Campus Kiadó
- Berg, Leo van den – Drewett, Roy – Klaasen, Leo H. – Rossi, Angelo – Vijverberg, Cornelis H. T. (1982): *Urban Europe: A Study of Growth and Decline*. Oxford: Pergamon
- Enyedi György (1988): *A városnövekedés szakaszai*. Budapest: Akadémiai Kiadó
- Enyedi György (1995): Városverseny, várospolitika, városmarketing. *Tér és Társadalom*. 9, 1–2, 1–3. • <http://tet.rkk.hu/index.php/TeT/article/view/321/641>
- Enyedi György (2010): Az urbanizációs ciklus és a magyar településhálózat átalakulása. In: Barta Györgyi – Beluszky Pál – Földi Zsuzsa – Kovács Katalin (szerk.): *A területi kutatások csomópontjai*. Pécs: MTA Regionális Kutatások Központja, 107–120. • <http://www.regscience.hu:8080/xmlui/handle/11155/199>
- Éltető Ödön – Havasi Éva (2009): A hazai jövedelem-egyenlőség főbb jellemzői az elmúlt fél évszázad jövedelmi felvételei alapján. *Statistikai Szemle*. 87, 1, 5–40. • http://www.ksh.hu/statszemle_archive/2009/2009_01/2009_01_005.pdf
- Hegedüs József (2008): A nagyvárosi kormányzatok és az önkormányzati rendszer. *Tér és Társadalom*. 22, 1, 159–176. • http://epa.oszk.hu/02200/02251/00030/pdf/EPA02251_Ter_es_tarsadalom2309.pdf
- Kovács Zoltán (2002): Az urbanizáció jellemzői Kelet-Közép-Európában a poszt-szocialista átmenet idején. *Földrajzi Közlemények*. 126, 1–4, 57–78.
- Kovács Zoltán – Egedy Tamás – Szabó Balázs (2011): A kreatív gazdaság földrajzi jellemzői Magyarországon. *Tér és Társadalom*. 25, 1, 42–62. • http://epa.oszk.hu/02200/02251/00042/pdf/EPA02251_Ter_es_tarsadalom3534.pdf
- Kovács Zoltán – Egedy Tamás – Szabó Balázs (2015): Az ingázás területi jellemzőinek változása Magyarországon a rendszerváltozás után. *Terrületi Statisztika*. 55, 3, 233–253. • http://real.mtak.hu/29598/1/kovacs_et_al.pdf
- Nagy Gábor (2010): A világgazdaság és a globális munkaerőpiac. In: Mészáros Rezső et al.: *A globális gazdaság földrajzi dimenziói*. Budapest: Akadémiai Kiadó, 229–248.
- Pénzes János – Molnár Ernő – Pálóczy Gábor (2014): A helyi munkaerő-piaci vonzáskörzetek az ezredforduló utáni Magyarországon. *Terrületi Statisztika*. 54, 5, 474–490.
- Rechnitzer János (2007): Az európai regionális politika és városfejlesztés. *Magyar Tudomány*. 168, 6, 692–703. • <http://www.matud.iif.hu/07jun/02.html>
- Szirmai Viktória (2007): A magyar nagyváros térségek társadalmi jellegzetességei. *Magyar Tudomány*. 168, 6, 692–703. • <http://www.matud.iif.hu/07jun/06.html>
- Timár Judit (2010): Van-e poszt-szocialista urbanizáció? – Néhány gondolat a magyarországi szuburbanizációról és dszentifikációról. In: Barta Györgyi – Beluszky Pál – Földi Zsuzsa – Kovács Katalin (szerk.): *A területi kutatások csomópontjai*. MTA Regionális Kutatások Központja, Pécs, 121–140. • <http://www.regscience.hu:8080/xmlui/handle/11155/199>
- United Nations (2014): World Urbanization Prospects: The 2014 Revision (ST/ESA/SER.A/366) • <https://esa.un.org/unpd/wup/publications/files/wup2014-highlights.Pdf>

EGÉSZSÉGÜNK FÖLDRAJZA – TERÜLETI KÜLÖNBSÉGEK A HAZAI EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTBAN

Pál Viktor

PhD, egyetemi docens, Szegedi Tudományegyetem, Természettudományi és Informatikai Kar
Gazdaság- és Társadalomföldrajz Tanszék
pal.viktor@geo.u-szeged.hu

A magyar társadalomföldrajz – utóbbi évtizedekben zajló – átalakulásának talán egyik legszembetűnőbb jelensége, hogy olyan témák is felkeltették a geográfusok érdeklődését, amelyekre korábban idehaza nem volt példa. E tematikus átalakulás egyik megnyilvánulása, hogy a társadalomföldrajz képviselői intenzívebben kezdtek foglalkozni az egészség- és az egészségüggyel kapcsolatos társadalmi-gazdasági problémákkal. Ez nem csak egy „belülről fakadó” igény következménye volt: az 1980-as évek második felétől a tudományos közbeszéd fókuszába került a magyarországi népesség romló egészségi állapota, illetőleg az egészségügyi rendszer számos problémája egyaránt. Az azóta eltelt évtizedekben a folyamatok átalakultak ugyan (például javuló tendenciák figyelhetők meg az egészségi állapotban, az egészségügy problémái újabb és újabb fordulatokat vesznek), de a fókusz megmaradt.

A geográfia képviselőit az egészséggel és az egészségüggyel kapcsolatosan nyilvánvalóan azok térbeli kérdései foglalkoztatják. Az egészségi állapot nem homogén módon rossz vagy jó a térben: egyes térségek lakói betegek, mint másoké, a különféle egészségügyi

erőforrások sem egyenletesen oszlanak el földrajzilag, az ország különböző térségeiből más-más eséllyel lehet igénybe venni bizonyos egészségügyi ellátásokat.

A kérdés azonban nemcsak az, hogy miképpen lehet kimutatni e differenciákat, és milyen térképek rajzolhatók, hanem az is, hogy az egyenlőtlenségek milyen mértékűek, milyen más társadalmi-gazdasági tényezőkkel függhetnek össze, milyen egyéb folyamatokat indukálhatnak. Nem elhanyagolható az sem, hogy egyes lokalitások (például települések, térségek) lakói hogyan élik meg mindezt a helyzetet, hiszen életminőségük egyik leglényegesebb összetevője az egészség.

Az egészségföldrajz és kutatási témái

Az egészséggel kapcsolatos kérdésekkel a társadalomföldrajzban az *egészségföldrajz* foglalkozik. E részdiszciplína képviselői integrálni szeretnék mind az egészségi állapottal, mind az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos földrajzi kérdéseket. Az elmúlt évtizedekben a különféle elméleti munkákon túl, amelyek a nemzetközi kutatási irányok, megközelítések és a hazai hagyományok ötvözetét kívánták megteremteni, számos téma foglalkoztatta a

tudományterület művelőit. Ilyen volt például az ellátási szükséglet, ellátási igénybevétel és az ellátáshoz való hozzáférhetőség, az egészségügyi központok elérhetősége – különös tekintettel a magasabb progresszivitási szintek központjainak, illetve a sürgősségi ellátás központjainak (mentők, stroke-központok) elérhetőségére, az egészséggel összefüggő életminőség területi különbségei, az egészségügyi intézmények (elsősorban kórházak) vonzásviszonyai, az ellátórendszer átalakításából fakadó esélyegyenlőtlenségek földrajza, a „globális egészség” áttekintése, a nemzetközi egészségföldrajzban alkalmazott elméletek interpretációja, az egyes innovációk (például telemedicina) földrajzi terjedése, az elmara-dott, periférikus térségek lokális egészségproblémái, a klímaváltozás és az egészség kapcsolata, a kirekesztett társadalmi csoportok (például fogyatékkal élők, romák) egészségi állapota, a gazdasági válság hatása az egészségre, az orvismigráció földrajza. A teljességre nem törekvő, inkább illusztratív felsorolásból kitűnik, hogy a társadalomföldrajz érdeklődése az egészséggel és egészségüggyel kapcsolatban rendkívül szerteágazó.

Az egészség és az egészségügy földrajzi kérdéseinek egy részét nemcsak a társadalomföldrajz, hanem – többek közt – az epidemiológia, a demográfia, az egészségpszichológia és az egészségügyi gazdaságtan kutatói is megfogalmazták. Ezek közül talán a leglényegesebb az egészségi állapot területi különbségeinek elemzése különféle statisztikák felhasználásával. E kutatások arra keresik a választ, hogy vannak-e olyan területek Magyarországon, amelyek népessége egyes indikátorok alapján rosszabb, illetve jobb egészségi állapotban van. Emellett foglalkoznak egyes betegségek térképezésével, az egészségügyi ellátórendszer kapacitásainak területi különbsé-

geivel, egyes egészségügyi központok elérhetőségével, illetve a betegutak földrajzi irányításával és a területi ellátási kötelezettség szabályozásával, továbbá az egészségügy humán erőforrásának migrációjával.

A sokrétű érdeklődés mellett ugyanakkor a kutatások fókuszában az egészségi állapot területi különbségei állnak.

Fókuszban az egészségi állapot területi különbségei

A demográfiai és epidemiológiai kutatások az 1980-as évek elején figyeltek fel arra, hogy Magyarország népességének halandósági mutatói rosszabbodni kezdtek, és a halandóság növekedése nagyjából az egészségi állapot romlásából adódott. Ezért is nevezték ezt a jelenséget *epidemiológiai válságnak*. Az életkilátások és az egészségi állapot – különösen a férfiak esetében – az 1930-as évekhez vált hasonlatossá (Józan, 2008).

Az epidemiológiai válságot a halandóság strukturális összetevői tették igazán aggasztóvá. A halálozási többlet ugyanis a 40–49 éves, alacsony iskolai végzettségű férfiaknál volt a legnagyobb. A férfiak és nők születéskor várható átlagos élettartama közti rés ennek következtében tovább nyílt: a legkedvezőtlenebbé 1994-ben vált a helyzet, amikor 9,4 év volt a különbség a két nem között. Bár a halál okai alapvetően hasonlóak voltak a fejlett országokéhoz (a krónikus betegségek okozta halálozás, ezen belül a szív- és érrendszeri, illetve a daganatos megbetegedések okozták a legtöbb halálesetet), azonban eltolódás következett be a fiatalabb korosztályok irányába, és egyes krónikus betegségek fajlagos mutatóinál Magyarország a legkedvezőtlenebb értéket mutató országok közé került a világon. Ezzel függ össze, hogy az epidemiológiai válság nemcsak a korábbi állapotok alapján

volt súlyos, hanem Magyarország nemzetközi összevetésében is, különösen az ország gazdasági fejlettségéhez képest (Józan, 2009).

Az egészségi állapot romlása nem tipikusan magyar jelenség, hiszen hasonló folyamatok voltak megfigyelhetők a kelet- és kelet-közép-európai szocialista országokban. Így nyilvánvaló, hogy a rosszabb egészségi állapot okai között is hasonlóságok vannak. Ezek az okok elsődlegesen az életmóddal, azon belül is a káros szenvedélyek (például dohányzás, alkoholfogyasztás) elterjedtségével, az egészségtelen táplálkozással, a mozgásszegény életmóddal, illetve az egészségkultúrával függenek össze. Jó példa, hogy a 35–64 év közötti férfiak halálozásának 63%-a volt kapcsolatba hozható a dohányzással és az alkoholfogyasztással az epidemiológiai válság mélypontján (Józan, 2009). Ugyanakkor feltehető a kérdés, hogy a volt szocialista országokban milyen közös vonások idézték elő a fenti sajátosságokat. Hazai követéses vizsgálatok igazolták, hogy az egészségi állapot szempontjából destruktív életmódban közvetlen szerepe van a mentális egészségnek, a különféle pszichológiai stresszfaktoroknak (Kopp, 2008). Ezek mögött azonban a második világháború utáni társadalmi-gazdasági rendszert és az értékrendet, normarendszert alapjaiban átformáló drasztikus politikai beavatkozások állhatnak, amelyek azonban összetett módon hatnak (Józan, 2009). Így ettől a ponttól az egészségromlás lineáris logikai láncolata nem vázolható fel annak összetettsége miatt.

Az 1990-es évek elejének mélypontja után a halandóság, s ezzel együtt az egészségi állapot is javulni kezdett: eleinte csak igen magas szinten stagnált, majd a második évezred első évtizedének közepére úgy tűnt, tényleg egy epidemiológiai korszakváltás következik be:

a születéskor várható élettartam növekedett, és a növekedés nagyobb mértékű volt, mint az EU–15 országokban. A javulás okai – ahogyan a válságé is – összetettek: az egészségkultúra javulásától az életmód megváltozásán át az orvostechnikai fejlődésig számos tényező játszik közre benne (Józan, 2009).

Azonban a javulás ellenére is igen jelentős Magyarország lemaradása mind az Európai Unió, mind az OECD tagországai között. A születéskor várható átlagos élettartam tekintetében a két nem átlagában számolva az EU legmagasabb értékétől, ami 2012-ben 82,8 év volt, Magyarország 7,7 évvel maradt le. Hasonlóan kedvezőtlen a kép egy másik indikátor, a születéskor egészségesen várható élettartam esetén. A magyar férfiak például születésükkor 61 év egészséges életévre számíthatnak az OECD-országok közül 2012-ben, míg a lista elején álló norvégok 72 évre.

Az epidemiológiai válság minden szakaszban a halandóság és az egészségi állapot markáns területi különbségei voltak megfigyelhetők.

E területi különbségek jól értelmezhetők az egészségegyenlőtlenségek fogalomrendszerének segítségével, mivel az a területi egyenlőtlenségeken túl a demográfiai és társadalmi egyenlőtlenségeket integráltan kezeli, ami a területi különbségeknél azért fontos, mert általánosságban is szoros összefüggés mutatható ki a népesség egészségi állapota és iskolai végzettsége, társadalmi-gazdasági státusza, jövedelmi viszonyai és egészségmagatartása között (Szilágyi – Uzzoli, 2013).

Miután e jelenségek szintén jelentős területi különbségeket mutatnak, segíthetnek magyarázatot találni a területi egészségegyenlőtlenségek okaira, összefüggéseire, segíthetnek lokalizálni a beavatkozás konkrét térségeit. Különösen annak fényében, hogy az

utóbbi időben számos modellt dolgoztak ki az egészségügyenlőtlenségekre ható tényezők vizsgálatára (Vitrai et al., 2011).

Mivel e modellek az egészségügyenlőtlenségek végső okaiként az egyének és csoportok eltérő társadalmi-gazdasági helyzetét tekintik, óhatatlanul felmerül – azt vélelmezve, hogy az egészséghez mindenkinek egyformán joga van – az igazságosság és a méltányosság kérdése: ebben a megközelítésben az az ország, és annak egészségpolitikája működik hatékonyan, amelyik el tudja érni, hogy mind az egészségeltérések, mind az egészségügyenlőtlenségek mérséklődjenek. Ez földrajzilag a perifériák, félperifériák országos átlagokhoz képest történő lemaradásának mérséklésében ragadható meg (Uzzoli, 2012).

Az egészségi állapot területi különbségeinek mérésénél az egyik legnagyobb problémát az jelenti, hogy nincs olyan generalizált mutató, amelynek alapján meg lehetne mondani, hogy melyik térség lakói egészségesebbek, és melyeké betegebbek. Ezért többféle, ám esetenként eltérő területi mintázattal jellemezhető indikátorok használata szükséges. Következtetéseket lehet levonni egyrészt a különféle halálozási statisztikák (mortalitás) és a rendelkezésre álló megbetegedési statisztikák (morbidity) alapján.

Az egészségi állapot területi különbségeinek mérésére leginkább a mortalitási statisztikát, az életesélyeket és az epidemiológiában régóta alkalmazott indikátorokat használják. Különösen azért tűnik alkalmasnak a halandóság az egészségi állapot területi különbségeinek bemutatására, mert rendszeresen és kontrolláltan gyűjtött adatok állnak rendelkezésre, és igen változatos földrajzi léptékekben.

Az ún. ismert morbiditásból (tehát az összes olyan megbetegedés, amely valamilyen statisztikai mérési módszerrel megragadható)

leginkább az egészségügyi ellátás során keletkező adatok alkalmazhatók területi különbségek egy másik aspektusának elemzésére. Ezek az adatok azonban csak sok kritikával használhatók fel, hiszen az egyes betegségek jellege (például az egészségügyben regisztrált alkoholisták száma kb. 12 ezer fő, de a becslések szerint több százezer alkoholistára él Magyarországon az alacsony fokú betegségbelátás miatt), az egészségügyi ellátás működése miatt torzító hatások léphetnek fel (például a finanszírozás szisztémája miatt egyes betegségek regisztrációja gyakoribb).

A területi különbségek feltárásánál feltétlenül meg kell említeni a földrajzi léptékek, jelen esetben az elemzések területi egységeinek kérdését (Boros, 2010). A különféle statisztikai adatok ugyanis igen eltérő mennyiségben és részletességben állnak rendelkezésre az egyes területi egységekről, mindemellett értelmezésük is számos kérdést vet fel. Lényeges, hogy az elemzések térségi szemléletűek-e, avagy egyéb területi különbséget akarnak-e feltárni (például város–falukettősség). Az adatok leggyakrabban valamilyen közigazgatási és/vagy statisztikai területi egységre érhetőek el. A legtöbb és legrészletesebb egészségi állapotra utaló adat Magyarországon a régiókra és a megyékre érhető el. Mindkét területi egység azonban – hazai viszonylatban – túl nagy ahhoz, hogy elfedje a bennük rejlő további – esetenként jelentős különbségeket. Kistérségekre, illetőleg járásokra jóval kevesebb adat áll rendelkezésre, mind a mortalitási, mind a morbiditási statisztika terén. Ez utóbbinál azt is ki kell említeni, hogy sokszor az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmény és nem a beteg lakhelye szerint történik a regisztráció, így az egészségügyi intézmények statisztikai adatai félrevezetőek is lehetnek. Alkalmazhatók még a településszintű

adatok, amelyek köre meglehetősen szűk, és ezenkívül felvetik azt a problémát is, hogy az alacsony népességszámú települések halálozási és megbetegedési adatai a legtöbb esetben nem érik el a statisztikai mérésekhez szükséges sokaságot, így adataik még fajlagos mutatók alkalmazásával sem hasonlíthatók össze. Így, noha a településszintű területi elemzések rajzolhatnák ki a legrészletesebb képet az egészségi állapotról, és ezek alapján lehetne leginkább meghatározni a legrosszabb és legjobb egészségi állapotú népességgel bíró térségeket, az adatokat sokszor nagyobb területi egységre kell összevonni. E problémák miatt a legtöbb ide vonatkozó elemzés a kistérségi területi szintet próbálja előnyben részesíteni (Ember et al., 2013).

A fentiekből következik, hogy mivel az egészségi állapot területi egyenlőtlenségei számos indikátorral jellemezhetők, ezek eltérő mértékűek lehetnek, és eltérő területi-térségi képet mutathatnak. Ezért célszerű néhány példán keresztül áttekinteni e különbségeket.

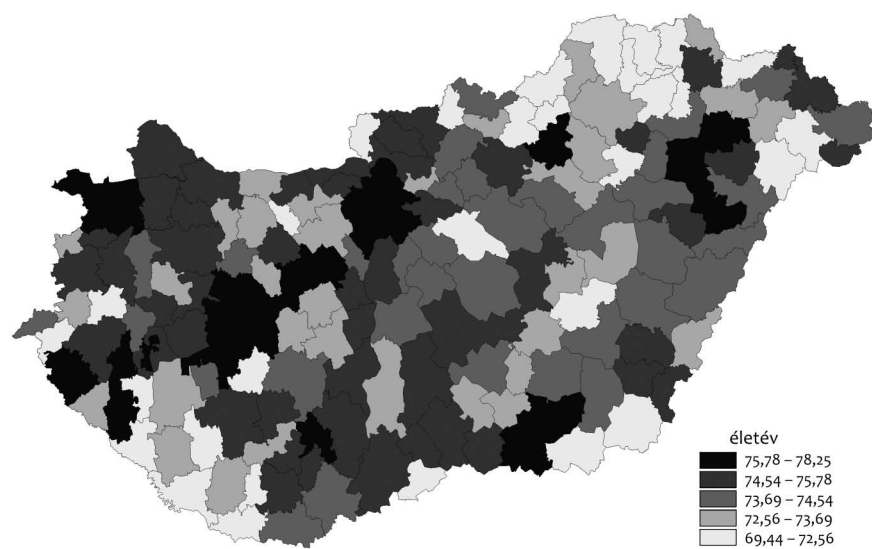
A területi egészségügyenlőtlenségek bemutatásánál leggyakrabban a halálozásokat, illetve az életesélyeket alkalmazzák. Ezek alapján összességében – az általános javulás ellenére – az utóbbi évtizedekben a területi különbségek növekedtek (Uzzoli – Szilágyi, 2009). E mutatóknál már megyei szinten is érzékelhetők a differenciák: tartósnak mondható Borsod-Abaúj-Zemplén, Nógrád, Baranya és Somogy megye kedvezőtlenebb helyzete (Pirisi – Trócsányi, 2013).

A születéskor várható átlagos élettartam kistérségi különbségei jóval nagyobb mértékűek a megyeinél. 2012-ben például a két nem átlagában a leghosszabb életre a Hévízi kistérség lakói számíthattak (78,25 életév), míg a legrövidebbre a Bodrogi kistérségben élők (69,45 életév). A kettő közti különb-

ség (8,8 életév) nem gyakori a hazánkéhoz hasonló gazdasági fejlettségű országokban. A különbség még jelentősebb, ha Budapest nem egy területi egységnek számít. A legkedvezőbb mutatóval Budapesten a II. kerület bír, ahol a két nem átlagában 80,49 életévre számíthatnak az ott élők. Ha ezt az értéket hasonlítjuk a Bodrogi kistérségéhez, akkor már 11,04 életévnyi különbséget kapunk. (Az első öt legkedvezőbb területi egység egyébként budapesti kerület. Ugyanakkor a legrosszabb értékkel jellemezhető VII. kerületben is 74,41 életév az érték.) A férfiak születéskor várható élettartamát tekintve még nagyobbak a területi különbségek. Itt a szintén legkedvezőbb II. kerület és a Bodrogi kistérség között 15,08 életév a különbség. (Körülbelül ilyen mértékű differencia tapasztalható egyes magas és a közepes jövedelemmel jellemezhető országok között.)

Az adatsor térképezése alapján elmondható, hogy a legkedvezőtlenebb helyzetű kistérségek területi koncentrációja igen markáns. Ez alapján Észak-Magyarországon a Szécsényi kistérségtől a Bodrogi kistérségig húzódó tömbben (ezen belül Borsod-Abaúj-Zemplén megye majdnem egészében) jobbra alacsony élettartamra számíthatnak az ott élők, és ugyanez igaz a Dél-Dunántúlon a Sellyei kistérségtől a Csurgói kistérségig követhető tömbre (Baranya megye keleti része és Somogy megye délkeleti része) (1. ábra).

A különbségek kisebbek, de jól érzékelhetők a települések népességnagyság-kategóriái és a településtípusok között. A férfiak esetén így kb. három év a különbség a születéskor várható átlagos élettartamban attól függően, hogy ezer fő alatti vagy százezer főnél népesebb településen élnek-e. Ugyanakkor más mutatóknál – mint például a standardizált halálozási hányados vagy az elvesz-



1. ábra • A születéskor várható átlagos élettartam a két nem átlagában kistérségenként 2012-ben (Forrás: a KSH adatai alapján saját számítások)

tett életek¹ – a különbség nagyobb. Nyilván ezekkel függ össze, hogy a két vezető halálok halálozási aránya is kedvezőbb a népesebb településeken (1. táblázat). Így megállapítható, hogy a térségi különbségek jóval nagyobbak, mint akár a városok–falfak, illetve a népességnagyság-kategóriák közöttiek.

A megbetegedések generalizált területi képét meg lehet rajzolni az egészségügyi rendszer igénybevételének adatai alapján. Egy lehetséges módszer annak vizsgálata, hogy egyes területi egységek lakói milyen gyakran fordulnak orvoshoz. Erről tájékoztat a háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátásban megjelentek száma alapján képzett mutató, az egy lakosra jutó háziorvos–beteg találkozások száma.

Szembetűnő, hogy a Dél-Dunántúl és Észak-Magyarország kistérségeinek lakói –

kistérségek szerint szinte homogéne – az átlagosnál többször veszik igénybe a háziorvosi ellátást, míg a közép-magyarországi régió kistérségeiben élők az átlagostól jóval kevesebbszer. Ez alapján természetesen nem jelenthető ki, hogy az itt élők egészségi állapota rosszabb, azonban az a tény, hogy az orvos–beteg interakciók fajlagos értékei magasabbak, jelzi, hogy az itt élők „egészségügyi igénye” nagyobb. Tehát függetlenül attól, hogy a fizikai értelemben vett egészségük milyen, szükségét látják az alapellátás felkeresésének. Igen szembeötlő, hogy számos terület egybeesik azokkal a térségekkel, ahol az életésélyek is rosszabbak (2. ábra).

Az egyes megbetegedések térbeli eloszlásáról jóval kevesebb információ áll rendelkezésre. A betegforgalmi statisztikák az egészségügyi ellátás során keletkező adatokon vagy jelentéseken, illetve regisztereken alapulnak. A keringési rendszer legtöbb halálozást okozó betegségei is megjelennek e statisztikákban.

	születéskor várható átlagos élettartam		SHH*	elvesztett életek	100 000 lakosra jutó halálozás	
	férfi	nő			dagantok	szív- érrendszeri okok
népességnagyság-kategóriák						
– 999	70,14	77,74	112,0	7775	364,1	775,1
1000 – 1999	70,62	78	109,5	7092	347,8	685,1
2000 – 4099	71,01	78	108,1	6787	340,0	669,7
5000 – 9999	71,09	78,26	107,0	6685	340,7	665,0
10000 – 19 999	72,07	78,88	100,8	5995	321,3	607,6
20 000 – 49 999	72,42	78,77	98,7	5941	331,1	643,9
50 000 – 99 999	73,28	79,49	92,7	5338	329,4	560,2
100 000 – 299 999	73,16	79,55	93,2	51,65	315,5	560,3
településtípus						
városok	72,28	78,94	98,9	5886	329,1	617,1
községek	70,59	77,99	109,6	7063	345,4	690,2

1. táblázat • Az egészségi állapot néhány indikátora településnagyság-kategóriánként, illetve településtípusonként 2012-ben. Forrás: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, KSH 2013 (*SHH = standardizált halálozási hányados. Azt jelenti, hogy egy adott területi egység népességének tényleges halálozása milyen mértékben tér el az ún. *várt halálozástól*, azaz egy referenciaként választott népesség halálozási rátájától. Ha az SHH értéke > 100, akkor a halandóság magasabb.)

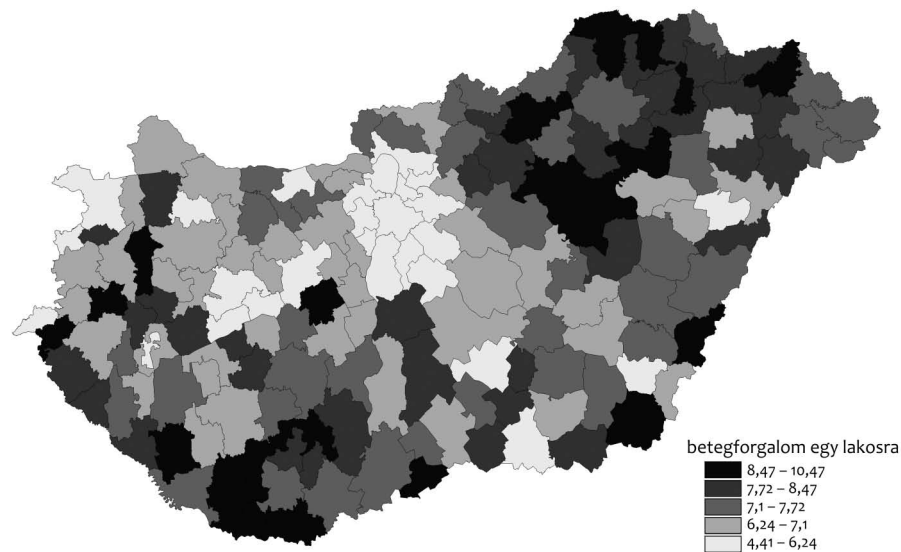
A regisztrált betegek kistérségi megoszlása csak részben követi a korábban ismertetett generalizált mutatókat, de a Dél-Dunántúl és Észak-Magyarország keleti részének magas értékei mellett megjelenik a Dél-Alföld is. Ez azzal is összefügg, hogy az adatsor nincs megtisztítva a korösszetételtől, és a szív- és érrendszeri megbetegedések elsősorban az idősebb korosztályt érintik. A közép-magyarországi kistérségek azonban még e tekintetben is kedvező helyzetben vannak (3. ábra).

Az egészségügyenlétlenségi modellek alapján az egészségi állapot területi különbségei egy sor más egyenlőtlenséggel is összefüggést mutatnak. A területi elemzések alapján

is szoros összefüggést találtak az iskolai végzettséggel, a jövedelmekkel és egyéb környezeti, szocio-ökonómiai mutatókkal (Vitrai et al., 2011). A kockázati tényezőknél ugyanerre világitanak rá az Európai Lakossági Egészségfelmérés hazai eredményei is.

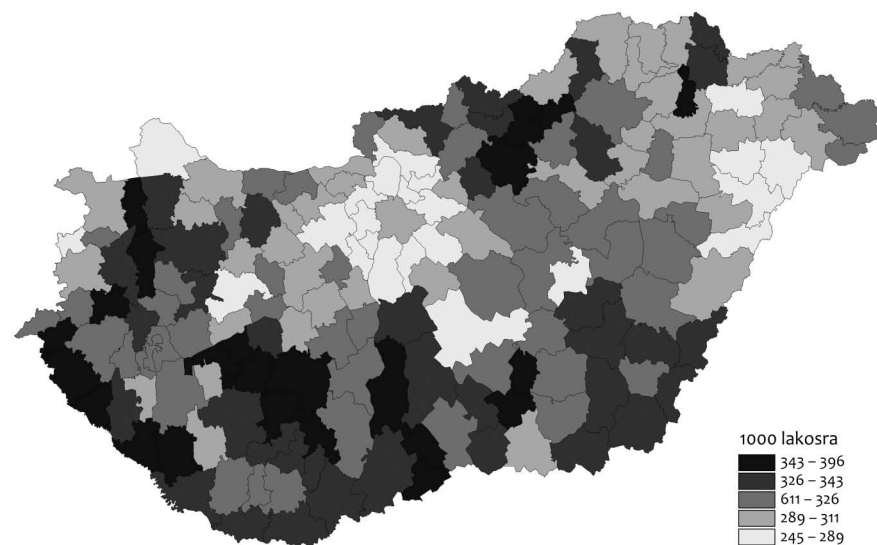
Így megállapítható, hogy a népesség egészségi állapota sokkal rosszabb a periférikus helyzetű (külső és belső perifériák), vidéki, azon belül aprófalvas térségekben, ahol a gazdaság teljesítménye gyenge, a népesség jövedelmi viszonyai rosszak, az ott élők iskolai végzettsége alacsony, az egészségügyi ellátás igénybevétele nehézségekbe ütközik. E típuson belül különösen érintettek a Dél-Dunán-

¹ Az „elvesztett életek” elnevezésű mutató arról ad információt, hogy hány életévet veszít el a népesség, hogy nem mindenki éli meg a hetvenéves életkort.



* esetek száma a háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátásban

2. ábra • Háziorvos- és házi gyermekorvos-beteg találkozások száma 2012-ben kistérségenként (Forrás: a KSH és a TEIR [Országos Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer] adatai alapján saját számítások)



3. ábra • A keringési rendszer betegségeiben szenvedő betegek száma 1000 lakosra kistérségenként 2012-ben (Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatai alapján saját számítások)

túl és Észak-Magyarország deprivált térségei. Lakóik közül nagyon sokan élnek mélyszegénységben. Igen lényeges, hogy e fokozottan veszélyeztetett térségekről minél pontosabb információk álljanak rendelkezésre, mert ezek teremtik meg a területileg differenciált beavatkozások alapjait.

A periférikus térségek népességének egészségi állapota – túl a statisztikákon

Bár az egészségi állapot területi egyenlőtlenségeit leginkább statisztikai adatokból képzett mutatók és ezek térképi ábrázolása segítségével lehet mérni, érzékelni, sokszor ezek nem adnak választ mechanizmusokra, amelyek egy-egy térség népességének rossz egészségi állapotáért felelősek. Ráadásul a statisztikai elemzések „finomabb” bontása a fentebb elemzett okok miatt különösen ezekben, a többnyire aprófalvas térségekben nem is lehetséges. Így egy-egy – kvantitatív módszerekkel azonosított – lokalitás (kistérség, település, esetleg településrész, külterület) „egészségproblémái” a helyszínen, saját adatgyűjtéssel tárhatók fel. A módszertani eszköztárban szerepelhet kérdőíves adatfelvétel az egészségi állapotról, ám ennél értékesebb információk nyerhetők interjúk segítségével a helyet (lokalitást) jól ismerő egészségügyi szakemberektől. Ez adalékokkal szolgálhat akár az országostól eltérő betegségstruktúra feltárásához, akár a rossz egészségi állapottal érintett társadalmi csoportok behatárolásához. Itt egyébként már nem is feltétlenül az a kérdés, hogy az adott hely népességének egészségi állapota mennyiben más, mint a megyei, regionális vagy országos átlag, hanem az, hogy az adott lokalitásban összességében milyen egészségügyi problémákkal kell megküzdeni.

Egy – a Sellyei kistérségben folytatott – lokális egészségproblémákra fókuszáló kutá-

tás például kvalitatív módszerek segítségével tudta azonosítani azokat a jellegzetességeket és mechanizmusokat, amelyek a statisztikai adatok által nem vagy csak nehezen lettek volna feltárhatók. A kutatás során félig strukturált interjúk készültek – többek között – házi orvosokkal, házi gyermekorvosokkal, védőnőkkel, szociális munkásokkal (Pál, 2013). Ebből néhány példa talán rávilágít a periférikus térségek sajátos egészségproblémáira.

Az egyébként statisztikailag is rossz egészségi állapotú népességgel bíró Sellyei kistérség (1–3. ábra) kétségtelenül periférikus helyzetű, lakóinak jövedelme, iskolai végzettsége alacsony, magas a depriváció foka.

A házi orvosok – azon túl, hogy saját praxisukban is tapasztalták a statisztikákban is megjelenő rossz egészségi állapotot – számos lokális sajátosságra hívták fel a figyelmet. Megfigyeléseik szerint egyes betegségek jóval gyakrabban fordulnak elő a mélyszegénységben élőknel. Ilyenek a különböző pszichiátriai kórképek (szorongás, depresszió). Betegük sokszor testi tünetekkel keresik fel őket, de kiderül, hogy beszélgetésre, meghallgatásra vágnak, tüneteik hasonlítanak a szakirodalomban is leírt krónikus depressziós tünetegyütteshez (Kopp, 2003). Ehhez kapcsolódik a káros szenvedélyek kiterjedtsége, noha specifikus probléma, hogy a káros szenvedélyek közül a dohányzás azért elterjedtebb, mert az alkoholt nem tudják megfizetni. Tapasztalataik szerint a leszakadó társadalmi csoportokhoz tartozó családok gyermekei már tizenegy–tizenkét éves korukban elkezdnek dohányozni (a védőnők szerint előfordul, hogy már nyolc–tíz éves korú gyermekek dohányoznak), így nem meglepő, hogy nagyon sok beteget kezelnek légzőrendszeri megbetegedéssel. A statisztikákkal egybevág, hogy gyakran tapasztalják tüdő- és vastagbél-

daganatok előfordulását, ezenkívül a szájiüre-gi daganatok elterjedtségét, illetőleg gyakran említik az anyagcserezavarokat, a magasvérnyomás-betegséget, különösen a mélyszegénységben élő családoknál. Egyértelmű kapcsolatot vélnék felfedezni az anyagi helyzettel: a magasabb kalóriatartalmú, ámde egészségtelegebb élelmiszerek dominálnak a táplálkozásban – miután ezt tudják megfizetni –, így rendkívül sokan küzdenek túlsúllyal. Praxisukban mindez egyre fiatalabb korosztályokat érint.

A háziorvosok megítélése szerint a már diagnosztizált betegségek további kivizsgálását és kezelését sokszor lehetetlenné teszi egyrészt a térség periferikus helyzete, és az, hogy a mélyszegénységben élőknek nincs pénzüik rendszeresen eljárni – az egyébként nem túl távol fekvő – kórházi központokba. Sokszor az ehhez szükséges ismeretek is hiányoznak.

Ez pedig átvezet a kirívóan rossz egészségi állapot igen bonyolult okrendszeréhez. Ez hasonló a fentebb vázolt országos tendenciákhoz, csak a hatótényezők erőteljesebbek. A helyi egészségügyi szakemberek a mélyszegénységben élők egészségtudatának, és egészséggel kapcsolatos ismereteinek szinte teljes hiányáról számolnak be: sok esetben a panaszait sem tudják megfogalmazni, vagy nem tudják eldönteni, hogy melyik problémájukkal kell az egészségügyi ellátáshoz fordulni, a kapott orvosi tanácsokat nem értik meg vagy nem tudják követni. Részben emiatt a prevenció is teljesen eredménytelen, a betegek csak nagyon későn keresik fel orvosukat, ugyanakkor számos nem egészségügyi kérdésben is hozzájuk fordulnak. Az egészségkultúra alacsony színvonalát súlyosbítják a lakáskörülmények (zsúfoltság, higiénia alacsony színvonal, takarítás hiánya), az alacsony jövedelem,

ami nemcsak a táplálkozásban nyilvánul meg, hanem abban is, hogy nem tudják megvenni az orvos által rendelt gyógyszereket (Pál, 2013).

E kutatás rávilágít arra, hogy e periferikus térségek lakóinak egészsége nemcsak egyszerűen rosszabb az országos vagy vidéki átlagnál, hanem lokális jellegzetessége van, ami különösképpen érinti a mélyszegénységben élőket, akik egészségmagatartása egészen speciális: egészségük egy sajátos társadalmi-gazdasági-kulturális közegbe illeszkedik, a rossz egészségi állapot ugyanakkor hozzájárul az elmaradottság és a mélyszegénység konzerválásához, így a rossz egészségi állapot és az elmaradottság egyfajta „örödi köre” alakul ki.

A társadalomföldrajz üzenete az egészségről és az egészségügyről

A társadalomföldrajz egészségi állapottal és hozzá kapcsolódóan az egészségügyi ellátással kapcsolatos eddigi, szerteágazó kutatásai leginkább arra hívják fel a figyelmet, hogy az egészséggel és az egészségüggyel kapcsolatos társadalmi jelenségek mögött igen lényeges területi különbségek és térbeli problémák húzódnak meg.

Ha sikerül választ adni a kutatások során feltett kérdések többségére, akkor talán a rendszerszintű változtatások, reformok is egyre inkább figyelembe tudják venni a területi és a helyi sajátosságokat.

Ezek közül a legfontosabb talán az, hogy miután a kvantitatív módszerekkel azonosíthatók azok a térségek, amelyek lakóinak egészségi állapota még a hazai átlagnál is rosszabb, és az átlagosnál nagyobb nehézségek árán tudják igénybe venni az egészségügyi ellátást, a jelenleginél pontosabb ismeretek álljanak rendelkezésre azokról a lokális mechanizmusokról, amelyek megmutatnák, hogy hol, milyen beavatkozások lehetségesek.

Kulcsszavak: *egészségföldrajz, egészségi állapot, epidemiológiai válság, területi egyenlőtlenségek, periferikus térségek*

IRODALOM

- Boros Lajos (2010): Földrajzi alapkategóriák gazdaság-földrajzi kontextusban. In: Mészáros Rezső és munkaközössége: *A globális gazdaság földrajzi dimenziói*. Budapest: Akadémiai Kiadó, 38–54.
- Ember István – Pál Viktor – Tóth József (szerk.) (2013): *Egészségföldrajz*. Budapest: Medicina Könyvkiadó
- Józan Péter (2008): *Válság és megújulás a második világháború utáni epidemiológiai fejlődésben Magyarországon. Műhelytanulmányok*. Budapest: MTA Társadalomkutató Központ
- Józan Péter (2009): Halálzási viszonyok és életkilátások a 21. század kezdetén a világ, Európa és Magyarország népességében. *Magyar Tudomány*, 170, 1231–1245. • <http://www.matud.iif.hu/2009/09okt/11.htm>
- Kopp Mária (2003): A mentális és magatartási betegségek és zavarok gyakorisága és az általuk okozott társadalmi teher. In: Ádány Róza (szerk.): *A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 191–206.
- Kopp Mária szerk. (2008): *Magyar lelkiállapot 2008: Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest: Semmelweis Kiadó
- Pál Viktor (2013): A periféria helyzet és az egészségi állapot – egy ormánsági kutatás tapasztalata. *A Falu*, 1, 29–41.

- Pirisi Gábor – Trócsányi András (2013): Az egészségi állapot területi különbségei a halálozások alapján. In: Ember István – Pál Viktor – Tóth József (szerk.): *Egészségföldrajz*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 309–326.
- Szilágyi Dániel – Uzzoli Annamária (2013): Az egészségügyenlőtlenségek területi alakulása az 1990 utáni válságok idején Magyarországon. *Területi Statisztika*, 52, 2, 130–147.
- Uzzoli Annamária – Szilágyi Dániel (2009): Javuló életkilátások és növekvő területi különbségek Magyarországon. *Magyar Epidemiológia*, 6, 3, 181–196. • <http://www.ksh.hu/docs/hun/xfp/terstat/2013/02/szilagyiuzzoli.pdf>
- Uzzoli Annamária (2012): A hazai egészségi állapot alakulása és területi különbségei a válság éveiben. In: Nyári Diána (szerk.): *Kockázat - Konfliktus - Kihívás*. Szeged: SZTE TTK Természeti Földrajzi és Geoinformatikai Tanszék, 931–940. • http://www.geo.u-szeged.hu/system/files/14Kiadvanyok/egyeb/MFK2012/Uzzoli_Annamaria.pdf
- Vitray József – Füzesi Zsuzsa – Kriszbacher Ildikó (2011): Az egészséget befolyásoló egyéni és környezeti tényezők. *Egészség-Akadémia*, 2, 1, 48–57. • http://etk.pte.hu/public/upload/files/EgeszsegAkademia/2011_II_1/VitrayJozsef.pdf

