

SZMJV Önkormányzata Egészségügyi Gondnoksága

Szekszárd Város Egészségfejlesztési terve

Készítette: Dölles Lászlóné

**Szekszárd
2010**

SZEKSZÁRD VÁROS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TERVE

**„Könnyű a gyógyítás a baj elején,
noha nehéz a felismerés,
míg az idő multával, ha nem
ismerik fel, és nem gyógyítják,
könnyű lesz a bajt
megállapítani, de sokkalta
nehezebb az egészséget
helyreállítani.”
(Niccolo Machiavelli)**

AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TERV CÉLJAINAK MEGHATÁROZÁSA:

1.1 A terv globális célja

A várható élettartam, és ezen belül az egészségben eltöltött évek számának növelése. A településen élők egészségének megőrzése, az egészségükben veszélyeztetettek támogatása.

1.2 Specifikus cél- a terv konkrét célkitűzése

Minél több helyi, testmozgást, sportolást biztosító civil szerveződés alakuljon. Megvalósító a kezdeményező javaslata alapján lehet: iskola, munkahely, közösségi ház, civil kezdeményezés, egyéni vállalkozó.

1.3 Megvalósítási cél

Településen élő lakosság egészségjavulásának előmozdítása, a rendszeres testedzés, sportolás, egészséges életmód megismertetése, elsajátítása a környezeti ártalmak csökkentése.

Azt a folyamatot, amikor az emberek képessé válnak, hogy saját egészségi állapotuk felett kontrollt gyakoroljanak, részt vesznek annak helyreállításában, megőrzésében, fejlesztésében, egészségnevelésnek nevezzük. Az egészséget, mint fogalmat, egy háromszögben lehet ábrázolni, amely a testi, lelki, szociális jóllét együttese, vagyis az emberi szervezet, és a környezete közötti harmónia. Ha ez az egyensúlyi állapot felbomlik, betegség következik be. Az egészséges életmód meghatározott és elfogadott normáknak megfelelő magatartás, mely az egészség megőrzését, stabilitását, betegségek, megelőzését szolgálja

WHO Ottavai Karta, Bangkoki Karta megfogalmazása szerint az egészséget jelenleg alapvetően befolyásoló néhány tényező:

- az országhatárokon belül és az országok között növekvő egyenlőtlenségek
- a fogyasztás és kommunikáció új formái
- az elüzetiesedés
- globális környezeti változások, és
- az urbanizáció.

Az egészséget meghatározó további tényezők közé tartoznak a gyors és sokszor kedvezőtlen társadalmi, gazdasági és demográfiai változások, amelyek hatással vannak a munkakörülményekre, tanulási környezetre, családi mintákra és a közösségek kulturális, valamint társadalmi szerkezetére. A nőket és a férfiakat eltérő hatások érik. A gyermekek sebezhetősége, valamint a társadalom periferiáján lévők, a fogyatékos személyek kirekesztése növekszik. A globalizáció új lehetőségeket teremt az egészség javítása, illetve az egészséget nemzetközi szinten veszélyeztető tényezők visszaszorítása érdekében való együttműködésre.

Egy egészségesebb világ eléréséhez nélkülözhetetlen az erős politikai szerepvállalás, széleskörű részvétel és a folyamatos támogatás. Az egészségfejlesztés a bizonyítottan hatékony stratégiák széles repertoárjával rendelkezik, melyek teljes körű alkalmazása szükséges. WHO megfogalmazása érvényes, Szekszárd város stratégiai további megvalósításához a különböző szektoroknak a következő tevékenységekre kell hangsúlyt fektetniük a különböző szintereken:

- az egészség **támogatása** az emberi jogokra és a szolidaritásra alapozva
- **beruházás** az egészséget, meghatározó tényezőket célzó fenntartható szakpolitikákba, akciókba és infrastruktúrába
- **kapacitásfejlesztés** a szakpolitika fejlesztés, vezetés, egészségfejlesztési gyakorlat, ismeretátadás, kutatás és az egészséggel kapcsolatos ismeretek területén

- **szabályozás és törvényhozás** segítségével, az ártalmakkal szembeni magas szintű védelem biztosítása, valamint az egészség és jólét elérése érdekében az esélyegyenlőség megteremtése minden ember számára
- **együttműködések és partnerségi kapcsolatok kialakítása** a köz- és privát szféra szervezeteivel, nem kormányzati szervezetekkel, nemzetközi szervezetekkel, valamint a civil társadalommal a fenntartható cselekvés érdekében.

Az egészséget javító erős kormányközi megállapodásokra és kollektív egészségügyi biztonságra van szükség. SZMJV Önkormányzatának, Közgyűlésnek, testületeknek, azon kell munkálkodniuk, hogy a szegények és gazdagok között, az egészség területén lévő egyenlőtlenséget megszüntessék. Az egészségfejlesztésnek a bel- és külpolitika, valamint a nemzetközi kapcsolatok - beleértve a háborús és egyéb konfliktushelyzeteket is - szerves részét kell képeznie. Ehhez szükség van a nemzetállamok, a civil társadalom és a magán szektor közötti párbeszédet és együttműködést elősegítő tevékenységekre.

Szekszárd városban a **Polgármesteri Hivatal** koordinálásával részt vesznek a helyi **Egészséges Városok** elnevezésű programban, amelynek alapjai:

- Kölcsönös tájékoztatás.
- A rendszeres és folyamatos partneri együttműködés.
- A szűkös pénzügyi források egyesítése.
- A szektorközi és szakmaközi szinergiák kihasználása.
- Az egészség szempontjainak érvényesítése minden helyi döntéshozatalban.

SZMJV Önkormányzata Polgármesteri Hivatal hálózatában az alábbi intézmények vesznek részt :

- TM. Önkormányzat Ballasa János Korház- Rendelőintézet.
- Alapellátási intézmény: házi orvosok, fogorvosok, iskolaorvosok, védőnők.
- **Társszervek:** ÁNTSZ, Megyei Önkormányzat Városüzemeltetési – és Fejlesztési Igazgatóság, Környezetvédelmi Felügyelőség, Alisca Terra Kft, TM. Víz-és Csatornamű Vállalat. Vöröskereszt, Katasztrófavédelem, Babits Műv. Ház, Rendőrség, Mentálhigiénés Műhely, Munkaügyi Központ
- Társadalmi, civil szervezetek.
- Szociális intézmények.
- Média.

Miért van szükség a hálózat létrehozására?

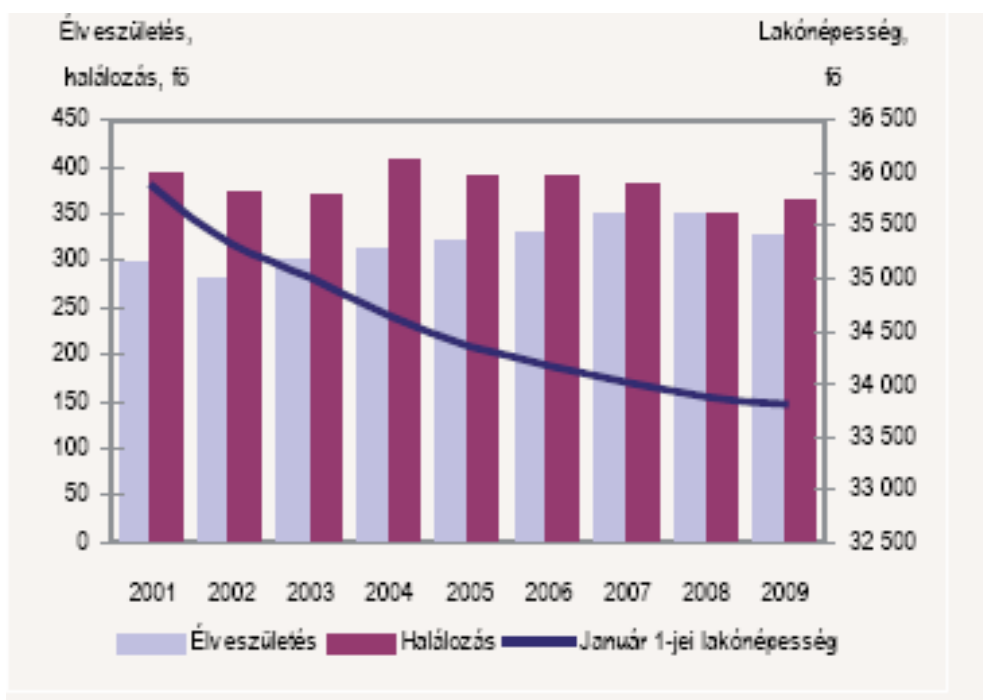
- A település teljes lakosságának egészségéért, optimális és általános jóléért - irányított, célzott változtatásra kész csapat létrehozása szükséges.
- **Ismerik** és dokumentálják az egészséget befolyásoló tényezőket, **helyi állapotokat**, feltérképezik a **helyi közösség problémáit** saját kompetencia és forrásigény alapján.
- **Egészségtervekre** alapozott, szakmailag jól felépített programok kerüljenek kivitelezésre a fenntarthatóság szellemében
- **Folyamatosan működő Kapcsolatok ápolása. Együttműködések elterjesztése a munkaterveknek megfelelően.**

SZEKSZÁRD VÁROS ALAPVETŐ CÉLKITŰZÉSEI, EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TERVE:

- I. Egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása.**
- II. Egészséges életmód programjai.**
- III. Nemzeti környezet-egészségügyi akcióprogram.**
- IV. Az elkerülhető halálozások, megbetegedések megelőzése.**
- V. Szűrővizsgálatok.**
- VI. Indikátorrendszer, monitorozás.**

A Szekszárdi kistérség a Dél-Dunántúli régióban, Tolna megyében, a Sió és a Duna közötti területet foglalja el. A kistérség keleti szomszédjai a Dél-Alföld régióhoz tartozó Bács-Kiskun megyei Kalocsai és Bajai kistérség, melynek határa a Duna. Északról a Paksi és Tamási kistérség, nyugatról a Bonyhádi, délről pedig a Baranya megyéhez tartozó Mohácsi kistérség fogja közre. Szekszárd város a kistérség központja. A település közel 35 122 lakosával a megye legnagyobb városa, de az ország legkisebb megyeszékhelye. A közeli Dunát átlépő Alföld a Sárköz és a kedvelt kirándulóhelyként ismert Gemenc vidékén kötődik a lankás Mezőföldhöz és a Dunántúli-dombsághoz. Szekszárd méltán híres borkultúrája a természet kínálta lehetőségekkel élők hozzáértését dicséri. A település a Duna híd révén összekötő kapcsot jelent az Alfölddel. A Gemenci erdő nemcsak az ország, de Európa féltett kincse is, 1996 áprilisától nemzeti park. A közösségben beszélt nyelv válaszlehetőségek legalább egyike szerint a lakosság 93,7%-a magyar. A népesség 3,7%- a német, 1,9%-a cigány kisebbséghez tartozik.

A természetes népmozgalom és a lakónépesség alakulása Szekszárdon

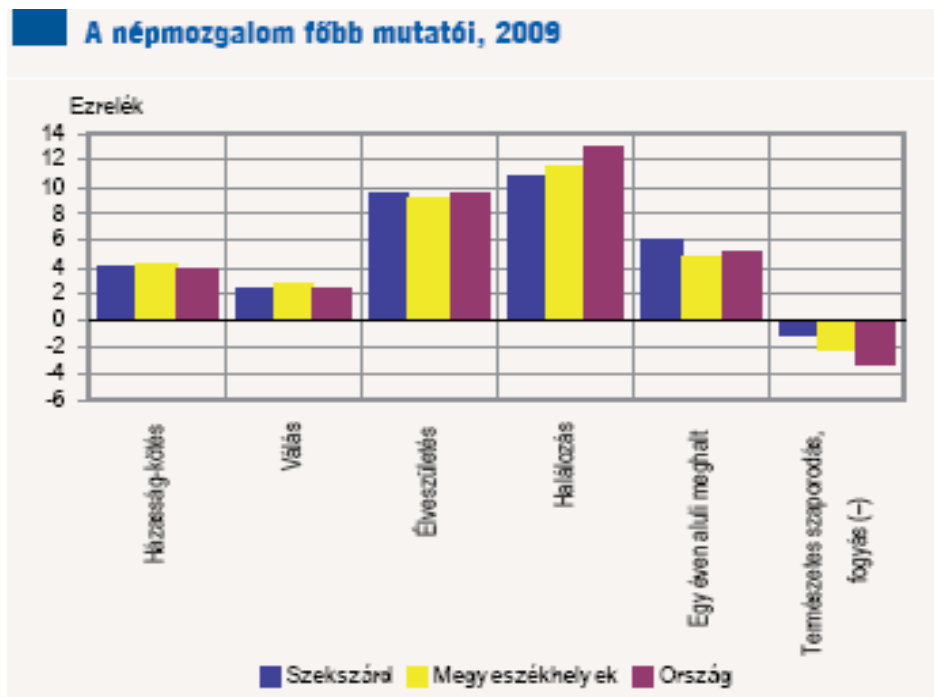


Szekszárdon is a vidéki megyeszékhelyek, illetve az ország átlagához hasonlóan kedvezőtlenül alakultak a demográfiai folyamatok. Az ezredfordulót követően a tolnai megyeszékhelyen 282-350 között ingadozott az élveszületések száma, 2009-ben 326 gyermek jött világra. Ezer lakosra ebben az évben – az országoshoz hasonlóan – 9,6 élveszületés jutott, amely 0,4 ezrelékponttal meghaladta a 18 hasonló rangú település átlagát. A halálozások száma 352-406 közötti értékeket mutatott 2000-2009 között, a legutóbbi évben 363-an haltak meg. Ezer lakosra vetítve ez jóval kedvezőbb arányt (10,7‰) jelentett mind a megyeszékhelyek átlagához, mind az országos mutatóhoz viszonyítva, előbbinél 0,8, utóbbinál 2,3 ezrelékponttal alacsonyabb értéket mutatva. Az erősen ingadozó, de a halálozások számától rendre elmaradó születésszám azt eredményezte, hogy a természetes népmozgalom egyenlege, továbbra is negatív maradt, 2000-2009 között átlagosan 64, ezen belül 2009-ben, 37 fővel csökkent a város népessége. Ez utóbbit ezer lakosra vetítve Szekszárd lakosságának kisebb ütemben fogyott, -1,1%-os mutatója kevesebb, mint fele volt a megyeszékhelyek átlagának, az országosnak pedig mintegy harmadát jelentette. A Szekszárd népességcsökkenésében jelentős szerepet játszó belföldi vándorlás az elmúlt években bár csökkenő mértékben, de végig negatív egyenleggel zárt, a legutóbbi, 2009-es évben is 33-mal többen költöztek el a városból, mint ahányan idejöhettek.

A migrációból adódóan tehát Szekszárd népessége ezer lakosonként egy fővel csökkent, miközben a hasonló jogállású települések átlagosan 2, 4 fős nyereséget könyvelhettek el. A házasodási kedv visszaesése a tolnai megyeszékhelyen is tetten érhető. 2009-ben – a 2000. évinél 30%-kal kevesebb – 138 pár mondta ki az igent anyakönyvvezető előtt, ezalatt a hasonló rangú városok átlagában jóval kisebb mértékű 17%-os, az ország egészét tekintve 24%-os csökkenés következett be. Ezer lakosra 4, 1 házasságkötés jutott, alig kevesebb, mint a 18 vidéki megyeszékhely átlaga (4, 2‰), és alig több, mint az országos mutató (4, 0‰). A házasságkötések számának visszaesésével csaknem azonos mértékben csökkent a válások száma is. 2009-ben 81 házasságot bontottak fel Szekszárdon, 29%-kal kevesebbet, mint 2000-ben. A válások ezer lakosra jutó – az országos átlaggal megegyező – száma (2, 4‰) kedvezőbb volt a megyeszékhelyek átlagánál (2, 7‰). A hosszú ideje csökkenő születésszám együtt járt a népesség korstruktúrájának változásával is. Számottevően csökkent a 0–14 évesek, ugyanakkor emelkedett a 65 éves és idősebb lakosok száma és aránya. A népesség előregedése leginkább a száz gyermekkorúra jutó idősök számában érhető tetten, 2000-ben még 84, 2009-ben viszont már 123 idős korú jutott száz 0–14 évesre, az azonos jogállású városok átlagát 8 fővel, az országos mutatót 10 fővel meghaladva. A népesség nemek szerinti összetétele nem változott számottevően, 2009-ben ezer férfira 1172 nő jutott, 2-vel kevesebb, mint 2000-ben. A Szekszárdra jellemző mutató viszont mind a 18 vidéki megyeszékhely, mind az ország átlagánál erőteljesebb nőtöbbletet jelez.

Településszerkezet, 2007. december 31.

| Kistérség | Terület, km ² | Népsűrűség, fő/km ² | A 120 feletti népsűrűségű településeken lakók aránya, % |
|-------------------|--------------------------|--------------------------------|---|
| Bonyhádi | 377 | 76,8 | 56,5 |
| Dombóvári | 509 | 66,7 | 59,5 |
| Paksi | 757 | 64,3 | 41,0 |
| Szekszárdi | 1 032 | 83,6 | 54,4 |
| Tamási | 1 028 | 39,4 | 10,6 |
| Összesen | 3 703 | 64,4 | 45,2 |



| Védőnői Körzetek | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 2007 | 39 | 56 | 54 | 41 | 10 | 41 | 37 | 57 | 49 | 51 | 51 | 50 | 33 |
| 2008 | 47 | 41 | 56 | 47 | 18 | 62 | 39 | 44 | 44 | 50 | 47 | 46 | 51 |
| 2009 | 43 | 45 | 54 | 40 | 13 | 55 | 33 | 45 | 47 | 46 | 60 | 45 | 48 |
| | 129 | 142 | 164 | 128 | 41 | 158 | 109 | 146 | 140 | 147 | 158 | 141 | 132 |

Védőoltásban részesült: 2007+2008+2009 évben, Szekszárd városában az összes beoltott gyermek: 1735 fő

2009-ben 1 gyermek nem részesült kötelező védőoltásban, mivel a szülők nem járultak hozzá a gyermekük beoltásához. Ettől eltekintve 100%-os az átoltottság.

Szekszárd Városi Bölcsőde férőhely száma: 80 fő

2005-80 fő, 2006-84 fő, 2007-87 fő, 2008- 94 fő, 2009-85 fő.

A csökkenő születésszám nem tükröződik a bölcsődébe beírt gyermekek számában. Ez inkább azt jelzi, hogy hány anya térne vissza a munkaerőpiacra, a gyed, illetve gyes lejárta előtt anyagi megfontolásból, vagy munkahelyföltés miatt. Szekszárdon 2008-ban a 2001. évinél 1, 6-szor több gyermeket fogadott változatlan férőhely-kapacitással a város két bölcsődéje, a kihasználtság így 83%-ról 134%-ra emelkedett.

A szekszárdi bölcsődék zsúfoltsága ugyanakkor nem egyedi, a megyeszékhelyek átlagában száz férőhelyre 138 gyermek jutott, országosan pedig 130. A gyermekeket – hasonlóan a 2001. évihez – 19 gondozónő látta el, a megyeszékhelyek viszonylatában viszont közel 4, országosan pedig mintegy 9%-kal emelkedett a létszám, miközben ott a gyermekszám „mindössze”11, illetve 16%-os bővülést mutatott.

Szekszárd hajléktalanok száma:

2005-150 fő, 2006-150 fő, 2007-222 fő, 2008-171fő, 2009-191 fő

Népesség, népmozgalom, 2007.

| Kistérség | Lakónépesség az év végén | | Élveszületés | Halálozás | Belföldi vándorlási különbözet | Természetes szaporodás, fogyás (-) | Belföldi vándorlási különbözet | A 60 éves és idősebb népesség aránya az állandó népességből az év végén, % |
|-------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------|-------------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--|
| | fő | változása a 2001. év végéhez, % | | | | | | |
| Bonyhádi | 28 974 | -5,3 | 8,3 | 12,9 | -7,5 | -4,1 | -4,0 | 21,3 |
| Dombóvári | 33 947 | -4,9 | 8,0 | 14,7 | -4,1 | -5,8 | -3,5 | 22,5 |
| Paksi | 48 688 | -3,8 | 8,8 | 12,8 | -8,0 | -3,5 | -1,2 | 19,5 |
| Szekszárdi | 86 297 | -4,3 | 9,3 | 12,9 | -5,0 | -4,0 | -2,7 | 21,2 |
| Tamási | 40 525 | -6,3 | 8,9 | 15,3 | -6,2 | -6,7 | -3,7 | 23,0 |
| Összesen | 238 431 | -4,8 | 8,8 | 13,6 | -6,0 | -4,6 | -2,8 | 21,3 |

I /1. Egészségfejlesztési programok a gyermek és ifjúsági korosztály számára, az egészséget támogató iskolák rendszere.

Cél:

- Fokozatosan el kell érni, hogy az iskolákban az integrált egészségfejlesztési tartalmak oktatása rendszeres és folyamatos legyen.
- A közoktatás intézményrendszerének légköre kedvező irányban változzék.
- A család után az iskola váljon az egészségfejlesztés színterévé.

A program tárgya, probléma megfogalmazása:

- **A./** a nem kívánt terhességek megelőzése érdekében közösségi szintű családtervezési tanácsadás fejlesztése
- **B./** Fogászati megelőzési programok feltételeinek a biztosítása gyermekkorban.
- **C./** A testmozgásra ösztönzés a gyermekek számára, a mindennapos testnevelés beépítése a tantervbe.
- **D./A** szabadidő minél egészségesebb eltöltésének formái, annak kidolgozása, bevezetése a fiatalok körében.
- **E./** Sportlétesítmények ingyenes, illetve támogatott használata.
- **F./** Diáksportok, utánpótlás- nevelés.
- **G./** Szorgalmazni a fiatalok körében a természetes alapanyagú üdítők fogyasztását.
- **H./**Sportszakembereink bevonásával a tömegsport rendezvények szervezése .
- **I./** Családi életre nevelő programokat szervezünk
- **J./** Önismereti vetélkedők felső tagozatokban.
- **K./**Olyan szakmai közösségek létrehozása, akik az egészségösztönzéssel foglalkoznak.
- **L./** Képességfejlesztő önkéntesek bevonása az iskolai szabadidő hasznos eltöltésében.
- **M./**Fejleszteni az iskolai médiákat.

Felelős koordinátorok

- Polgármesteri hivatal
- Védőnők, iskolaorvosok, fogorvosok.
- Oktatási intézmények.
- Civil szervezetek.
- Mentálhigiénés Műhely
- Alapítványok

Várható eredmény:

- **2014-re** csökken a nem kívánt terhességek, és abortuszok száma
- **2014-re** csökken a fiatal korosztályban rossz fogak száma
- **2015-re** kevesebb lesz a mozgásszervi betegek száma a vizsgált korosztályokban.
- **2016-ra** lényegesen javul az egészségtudatos magatartás elfogadása.

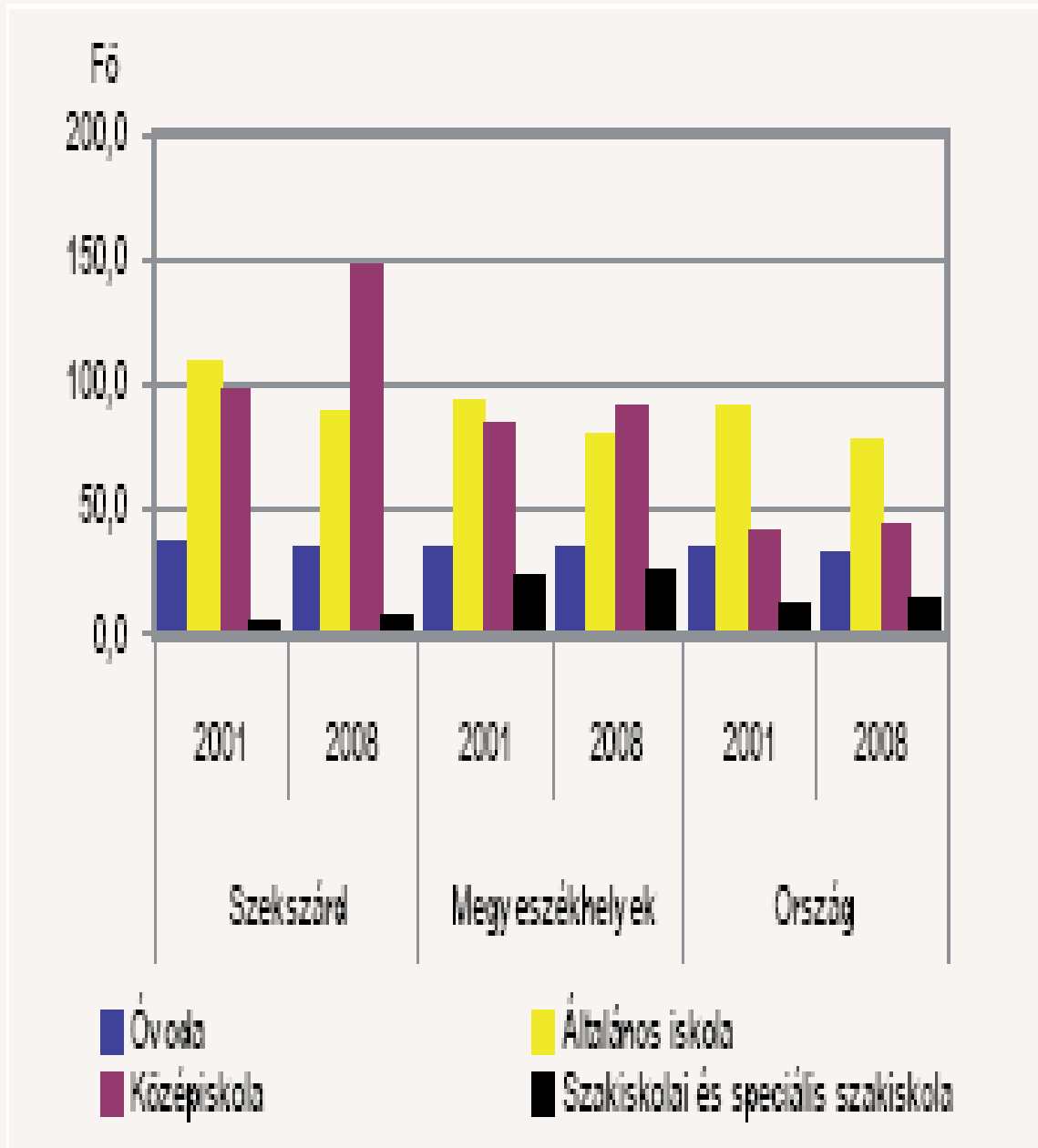
Forrás: részben önkormányzati, részben EU-s, és a hazai pályázati támogatásokból.

Közoktatás

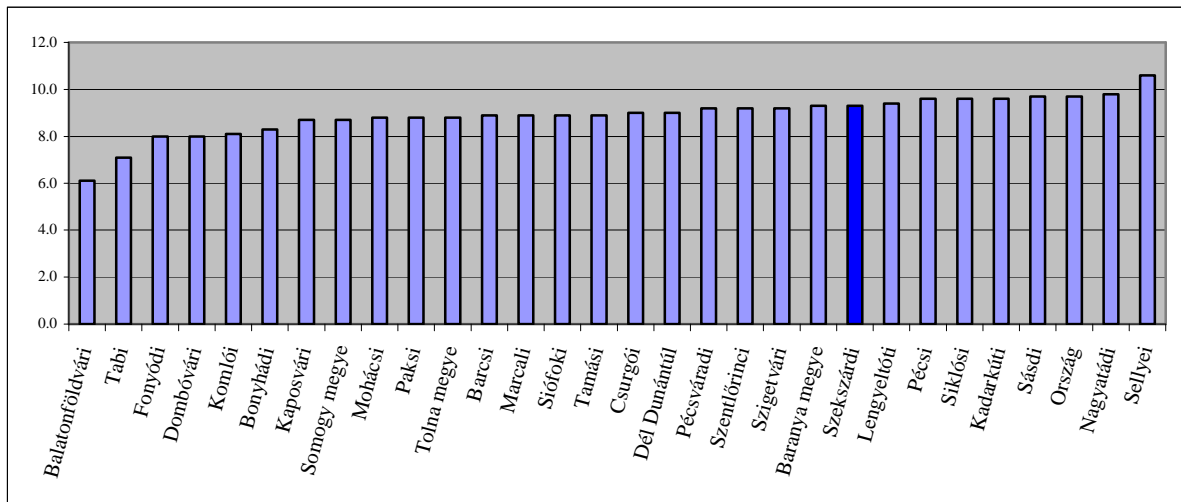
A csökkenő születésszám először az óvodai gyermeklétszámok alakulásában érhető tetten. 2008-ban mintegy 14%-kal kevesebb volt a beírt gyermekek száma, mint 2001-ben, a férőhelyek száma pedig ennél is jóval nagyobb mértékben – negyedével – csökkent. A szekszárdi létszámcsökkenés jóval erőteljesebb volt a megyeszékhelyek, illetve az ország átlagához mérten. A tolnai megyeszékhelyen 2008-ban 14 feladatellátási hely 1082 férőhelyén 1162 gyermeket láttak el. A gyermekszám-csökkenést meghaladó férőhelykapacitás-visszaesés eredményeként az óvodai férőhelyek kihasználtsága Szekszárdon számottevően, 93-ról 107%-ra nőtt, míg a megyeszékhelyek átlagában 98-ról 94%-ra, az ország átlagában pedig 97-ről 92%-ra csökkent 2001 és 2008 között. A városban 2008-ban – a 2001. évinél 24%-kal kevesebb – 116 óvodapedagógus gondozta a gyermekeket, miközben az azonos jogállású településeken és országosan a szekszárdinál jóval kisebb mértékű – 9, illetve 8%-os – volt a pedagóguslétszám csökkenése. A megfelelő korú népesség csökkenése miatt az általános iskolába járó gyermekek száma is jelentősen visszaesett.

A tolnai megyeszékhelyen a 2008/2009-es tanévet 9 feladatellátási helyen 3038 gyermek kezdte el, 23%-kal kevesebben, mint a 2001/2002-es tanévet. A megyeszékhelyek átlagánál és az országosan jellemzőnél is nagyobb mértékű volt a létszámcsökkenés. A tanulók ezer lakosra jutó száma Szekszárdon 110-ről 90-re, a megyeszékhelyek átlagában 95-ről 80-ra, országosan pedig 93-ról 79-re esett vissza. A feladatellátási helyek, valamint az osztálytermek számának alakulása – csakúgy mint a 18 vidéki megyeszékhely átlagában és országosan is – követte a tanulói létszám csökkenését. A pedagóguslétszám mintegy 27%-kal esett vissza, jóval nagyobb mértékben, mint a megyeszékhelyeken és országosan általában. Szekszárdon jelentős súllyal bír a nemzetiségi és etnikai oktatás, a 2008/2009-es tanévben az általános iskolai tanulók egyharmada vett részt – elsősorban német – nemzetiségi, etnikai oktatásban, ami a megyeszékhelyeket tekintve kiemelkedőnek mondható. A tolnai megyeszékhely középiskoláiban a 2008/2009-es tanévben nappali tagozaton mintegy 5000 gimnáziumi és szakközépiskolai tanuló folytatta tanulmányait. A tanulólétszám növekedése (41%) 2001 és 2008 között számottevően meghaladta a megyeszékhelyek átlagát, amelyben a tényleges létszámbővülés mellett az időszak folyamán bekövetkezett szervezeti változások is közrejátszottak. Összességében a középiskolások 1000 lakosra jutó száma 2008-ban kiemelkedően magas volt Szekszárdon, több mint másfélszerese a megyeszékhelyek átlagának, az országos mutatóknak pedig mintegy háromszorosa. A vizsgált időszakban a középiskolai feladatellátási helyek száma nem változott Szekszárdon, 2008-ban 14 feladatellátási helyen 201 osztályban folyt az oktatás, ahol 441 pedagógus oktatta a diákokat. A középfokú oktatás jóval kisebb szelete a szakiskolai, illetve speciális szakiskolai oktatás, ahol elsősorban szakmai ismeretek átadására helyezik a hangsúlyt. Szekszárdon 2008-ban 7 feladatellátási helyen 2576-an tanultak, 23%-kal többen, mint az időszak elején, az osztályok száma 27%-kal bővült. A szakiskolai és speciális szakiskolai tanulók ezer lakosra jutó száma – 2008-ban 76 – szintén jóval átlag feletti Szekszárdon, a megyeszékhelyek átlagának (26) mintegy háromszorosa, az országosnak (13) pedig közel hatszorosa volt.

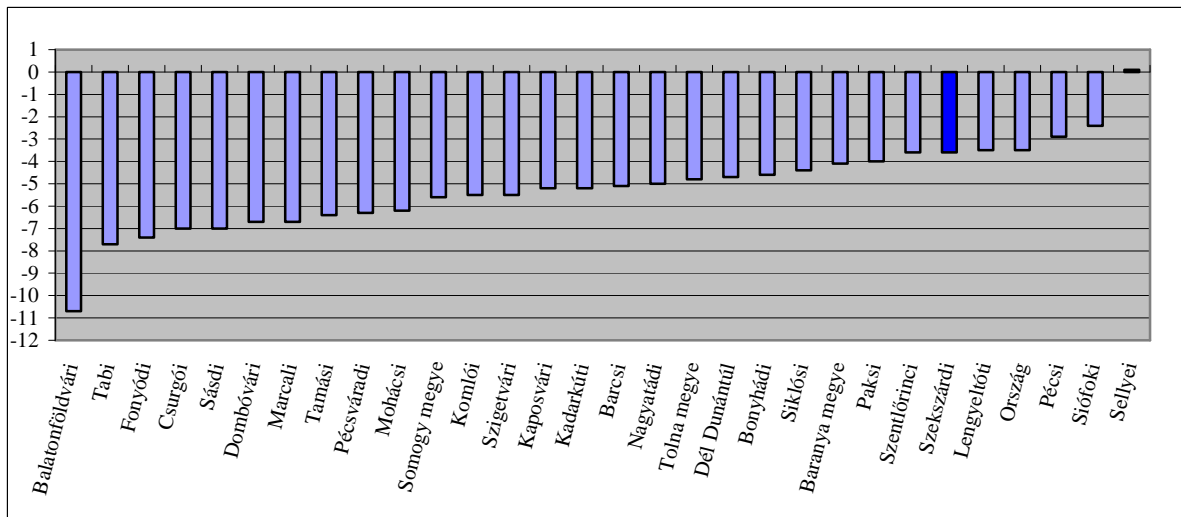
A közoktatásban részt vevők ezer lakosra jutó száma



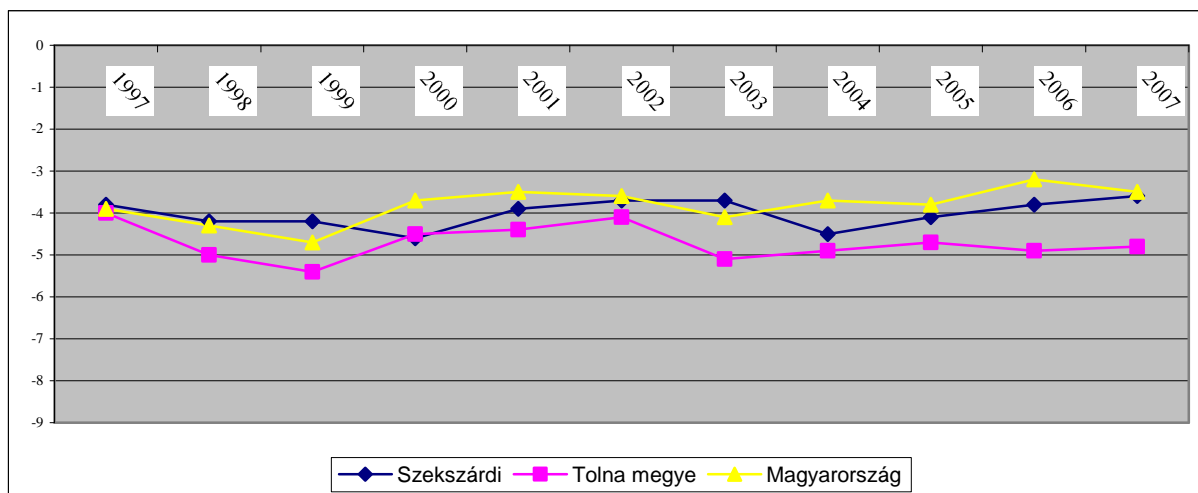
Élve születések száma 1 000 lakosra, 2007.



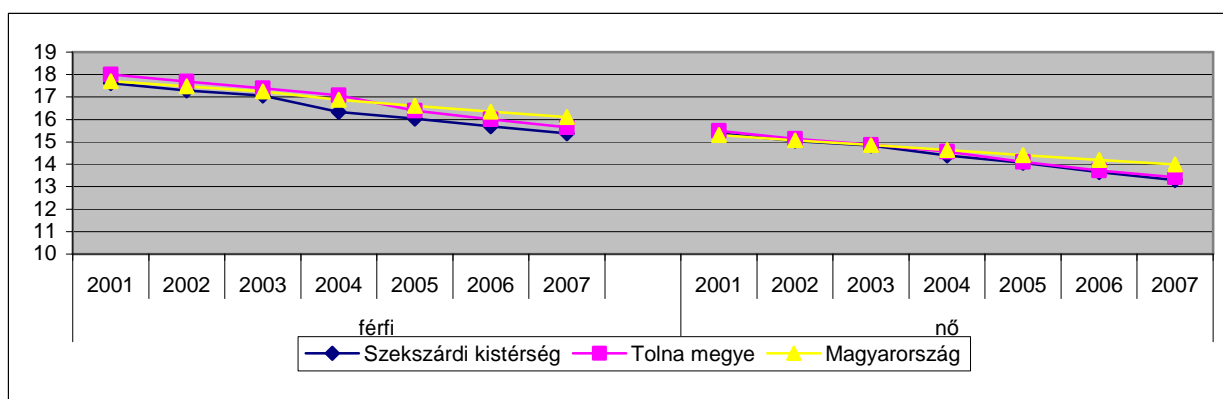
Természetes szaporodás/fogyás 1 000 lakosra, 2007.



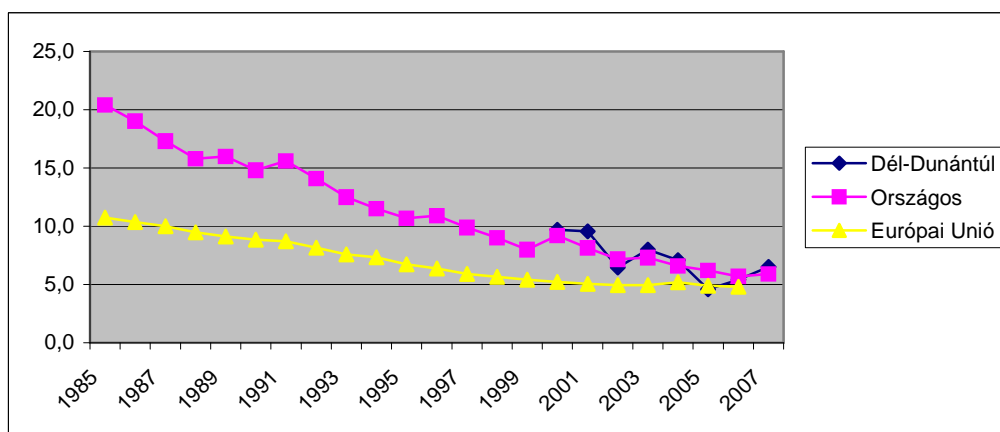
Természetes szaporodás/fogyás alakulása 1 000 lakosra, 1997-2007.



A 14 éves és fiatalabb népesség aránya az állandó népességből az év végén, %



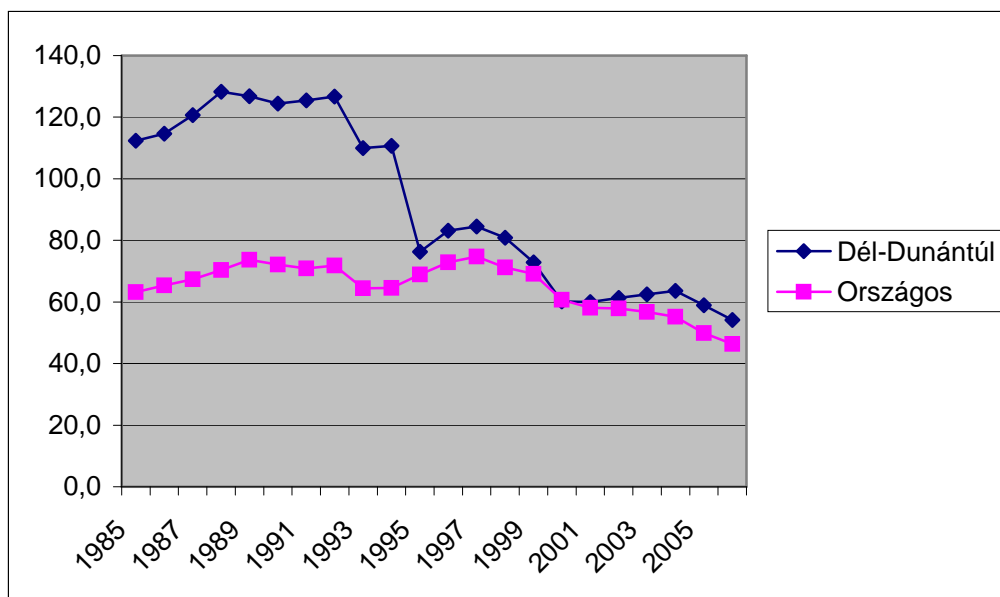
1. 1000 élveszülöttre jutó csecsemőhalálozás a Dél-dunántúli régióban, Magyarországon és az Európai Unióban, 1985-2007



Csecsemőhalálozás

A régióban a csecsemőhalálozási arányszámok országosan a legrosszabbak közé tartoznak. A csecsemőhalálozási mutatók az országon belül jelentős különbségeket mutatnak, ami felhívja a figyelmet az egészségügyi ellátásban, illetve a szociális-gazdasági helyzetben fennálló egyenlőtlenségekre. A régióban az 1000 élveszülöttre eső első életévét be nem töltött csecsemő halottak száma bizonyos ingadozás ellenére csökken, ennek eredményeként – az országos adatokhoz hasonlóan – lassan közelít az EU átlaghoz. Baranya és Tolna megyékben, a legtöbb évben a mutatók az országos átlag alatt mozogtak. Somogy megye csecsemőhalálozási arányszámai lényegesen eltérnek a kívánatostól: a megyék sorában a 17. helyet foglalja el. Így a régiós mutató (6,5‰) az országos viszonylatban (5,9‰) a 2. legrosszabbak közé tartozik

2. 100 élveszületésre jutó terhességmegszakítás a Dél-dunántúli régióban és Magyarországon, 1985-2006.



A terhességmegszakítások száma csökken, de így is csak minden második terhességet vállalnak fel az anyák. A terhességmegszakítások arányszáma a 2001. évig tartó - országos viszonylatban is nagyobb arányú - öröndetes csökkenés után újra emelkedik. Annak ellenére, hogy a művi abortuszok száma sosem volt ilyen alacsony, ettől függetlenül régen nem született olyan kevés gyerek, mint manapság.

I / 2. AZ IDŐSEK ÉLETMINŐSÉGÉNEK JAVÍTÁSA

Cél:

- A civil egészségfejlesztő programokba az idősorúak bevonása.
- Az idősödő nemzetünk életminőségének javítása.
- Az idősök reszocializációjának elősegítése, hasznosságtudat erősítése.
- A magára hagyottságának enyhítése.

A program tárgya, a probléma megfogalmazása:

- **A./** Folyamatos tájékoztatás a médiákon keresztül az idősök felé, betegségekről, azok életmódbeli hatásairól.
- **B./** Továbbfejleszteni az otthonápolás intézményét.
- **C./** Az önkormányzati fenntartású idős otthonok bővítése, ezáltal a férőhelyek száma növekszik.
- **D./** Infrastruktúra fejlesztése – a „vészjelző eszköz” használatához.
- **E./** Fiatalok és idősök részére közös szabadidőprogramok szervezése.
- **F./** Szociális háló hatékonyságának a növelése.

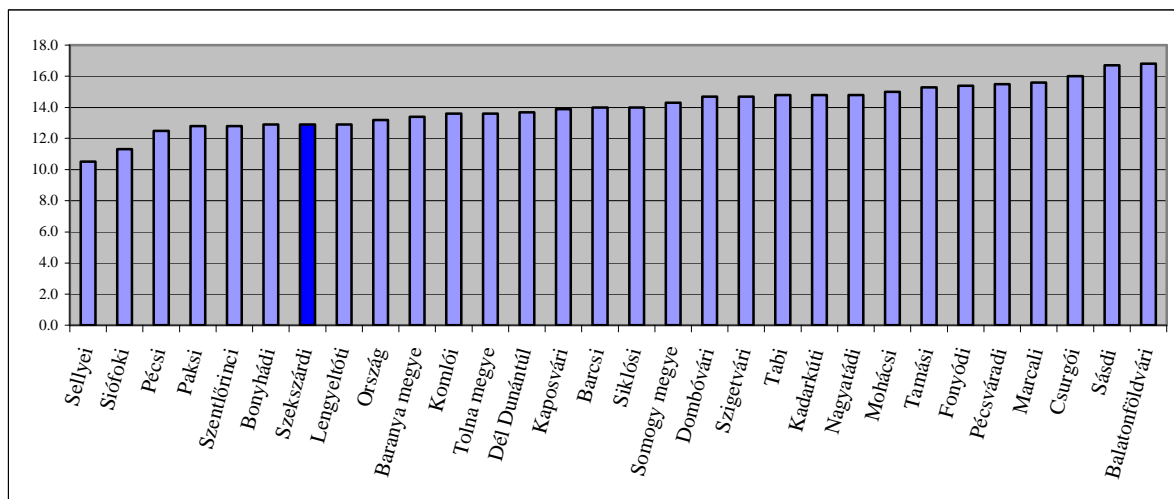
Projekt vezető koordinátor:

- Polgármesteri Hivatal
- Humánszolgáltató Központ
- SZMJV Önkormányzata Mérey Szociális Otthon

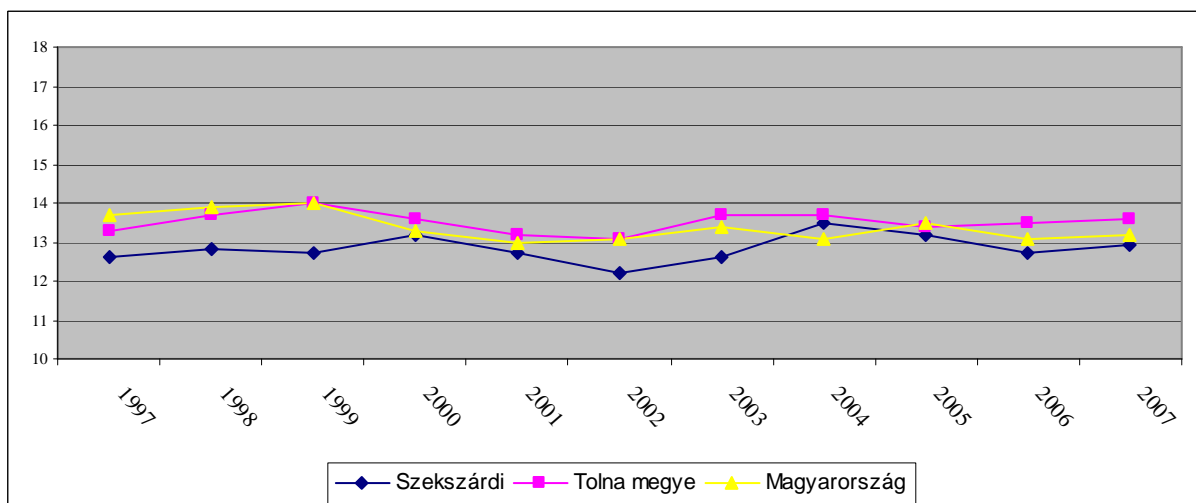
Kulcsszereplők:

- Szociális Otthonok, ápolók, gondozók, szociális munkások
- Nyugdíjasklubok, média, kisközösségek, rendezvényszervezők.

Halálozások száma 1 000 lakosra, 2007.



Halálozások számának alakulása 1 000 lakosra, 1997-2007.



Várható eredmények:

- **A./** Az öregedés „nem gyógyítható folyamat”, de talán lassítható történés, a „veszélyeztető” betegségek prevenciója, a már kialakultak szanációja, - tájékozottság. Az életmódváltoztatások (testmozgás, csökkent kalória bevitel), csökkentik az összmortalitást, amely hosszabb élettartamot eredményez. **(2015)**
- **B./** Az integrációs kapcsolatok legfontosabb színtere a család, megadja, azt a keretet, ahol a generációk közötti információáramlás, a szolidaritás, a szolgáltatások gazdaságon kívüli áramlása és az érzelmi élet megvalósulhat.

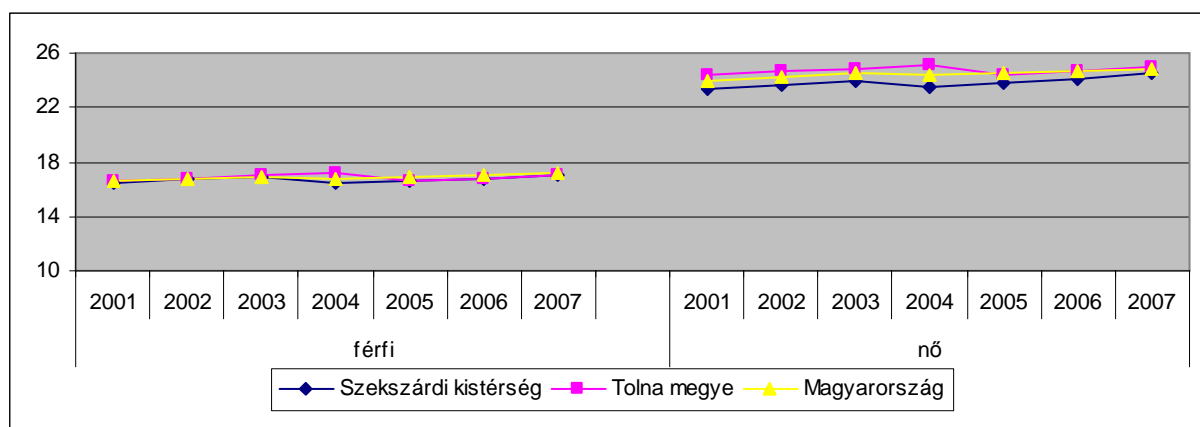
A család szerkezetében bekövetkezett változás, hatással van az idős emberre. Érezze, hogy szükség van rá, pl. unokák felügyeletében. **A kiegyensúlyozott lelki állapot védi az immunrendszert. (2013)**

- **C./ Az elmagányosodás az élet legnehezebb szituációja, erre a megoldás az otthonápolás, és az idős otthonok családias légköre, nyugdíjas klubok, társas közösségi programok. (2013)**
- **D./ Az egészségügyi ellátórendszer fejlettsége határozza meg az idős emberek életminőségét, jó közérzetét. (2015)**

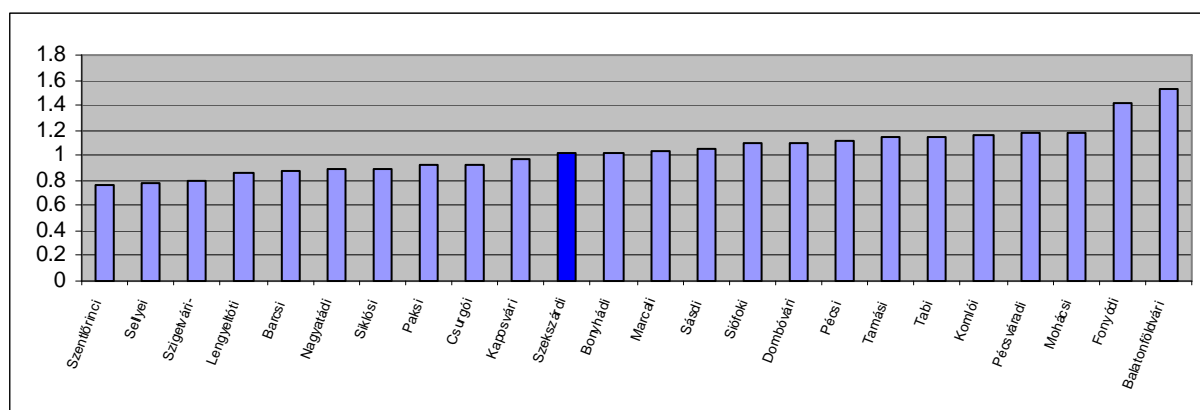
Források: önkormányzati költségvetés

A demográfiai mutatók alakulása az utóbbi években javuló tendenciát mutat, a lakosság kormegoszlása azonban kedvezőtlenül alakul. A kistérség korfája szabálytalan, az előregedő populációkra jellemző alakot mutat hasonlóan Tolna megye és Magyarország korfájához. Az ötvenes évek népesedéspolitikája következtében létrejövő demográfiai hullámok kirajzolódnak az ábrán, az egyes nemzedékek létszáma közötti különbségek markánsak, mint az országban. A férfi-nő aránybeli különbségek az évek előre haladtával egyre szembetűnőbbek, jelezve a férfiak magas halálozását. A 65 év felettek részarányának növekedése, a 15 év alatti lakosság arányának, valamint a munkaképes férfiak létszamarányának csökkenése előrevetíti az eltartó és eltartott lakosság arányának komoly romlását.

A 60 éves és idősebb népesség aránya az állandó népességből az év végén, %



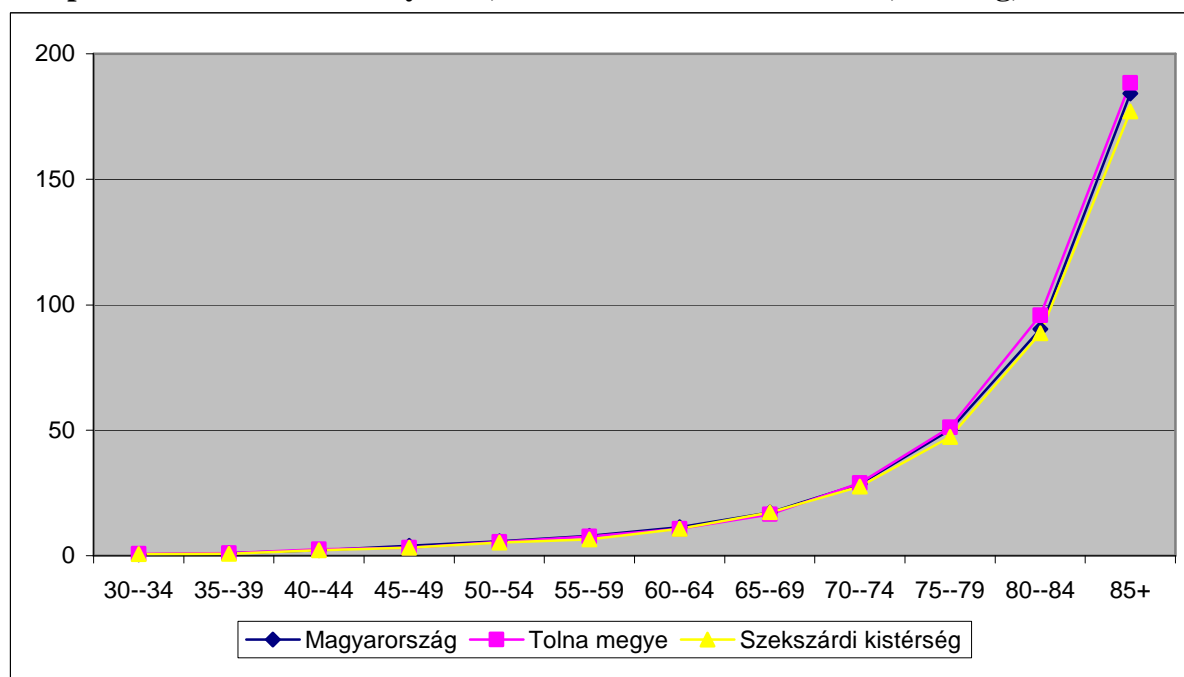
Öregedési index: az idős népesség (65-X éves) a gyermeknépesség (0-14 éves)



A fiatal korosztálynál a népességbeli %-os arány tendenciájában mindkét nemnél csökkenő, hasonlóan a megyei és országos értékekhez. Nagyon részben népesedés-politika következtében igen nagy az egyes nemzedékek létszáma közötti különbség. A korfa 20 éves kor alatt egyenletesen keskenyedik, a 25-30 és a 45-50 éves korosztály a legnépesebb. A lakosság öregedési folyamata kritikusan mondható.

A mindkét nem esetében (2004-2007 évek összevont adatok) szinte minden korcsoportban hasonló volt a halandóság mint a megyében, illetve az országban. Kivételt a férfiak esetében a 85 év fölötti korosztály jelent, itt az értékek magasabbak.

Korspecifikus halálozási arányszám, összes halálok/100 000 lakos, 0-x évig, nők



Nyugdíjasok, nyugdíjak

Szekszárdon 2009 januárjában mintegy 10 800 fő – a város népességének közel egyharmada – részesült nyugdíjban, járadékban, illetve a nyugdíjszerű ellátások valamely formájában. E létszám 2006 óta – az ország megyeszékhelyeinek átlagához hasonlóan – valamelyest bővült, míg Tolna megye, illetve az ország egészét tekintve ugyanezen időszakban csökkent az ellátottak száma. A nyugdíjasok népességben belüli aránya a városban elmaradt a megyeitől, viszont felülmúlta az ország hasonló rangú településeinek átlagát. Az ellátásban részesültek túlnyomó többsége – 71%-a – öregségi vagy korbetöltött rokkantsági nyugdíjas, korhatár alatti rokkantsági nyugdíjat 17%-uk kapott, a többi ellátási formát (hozzátartozói nyugdíj, árvaellátás, egészségkárosodott személyek szociális járadéka, stb.) igénybevevők aránya együttesen is alig haladta meg a 10%-ot. A jogosultság szerinti összetétel némileg átrendeződött 2006-hoz képest: emelkedett az öregségi és a korbetöltött rokkantsági nyugdíjasok részaránya, a korhatár alatti rokkantsági nyugdíjasoké, valamint a többi ellátási formában részesülteké pedig mérséklődött. Szekszárdon a megyeszékhelyek összességében tapasztaltnál 2–3 százalékponttal magasabb az öregségi és a korhatár alatti rokkantsági nyugdíjasok részaránya, a korbetöltött rokkantsági nyugdíjban részesülteké 2, a többi ellátási formát igénybevevőké jogcímenként néhány tized százalékponttal alacsonyabb, mint az ország hasonló státusú településeinek átlagában. (Tolna megye egészében az öregségi nyugdíjasok hányada 10 százalékponttal alacsonyabb, az összes többi jogcímen igénybevett ellátások részaránya egyenként kevesebb, mint egy százalékponttal magasabb, mint a megyeszékhelyen.) A nyugdíjak és járadékok egy főre jutó havi átlaga – a 2009. januári emelés után – 86 020 forint volt, bő 30%-kal több a három évvel korábbinál. A különböző járadékok között az ellátás fajtája szerint számottevőek a különbségek. A gyakoribb ellátási formákat tekintve 2009 elején az öregségi nyugdíj összege némileg 99 600 forint fölött alakult, a rokkantsági nyugdíjak közül a korbetöltött közel 84 500, a korhatár alatti csaknem 71 500 forintot tett ki. Az említett jogcímenek Szekszárdon kifizetett járandóságok közül a korbetöltött rokkantsági nyugdíj összege valamelyest elmaradt a 18 vidéki megyeszékhelyre számítottól, a másik két ellátási formához kötődő átlagösszeg pedig némileg meghaladta azt. Az összes ellátási formát figyelembe véve az említett szekszárdi: 86 020 forintos átlagösszeg az ország azonos rangú településeire számítottat 800 forintra múlta felül, a Tolna megye egészére jellemzőnél pedig több mint 12 800 forintra magasabb volt.

I / 3 ESÉLYEGYENLŐSÉG AZ EGÉSZSÉGÉRT

Cél:

- A halmozottan hátrányos helyzetű lakossági csoportok – fogyatékosok, hajléktalanok, államilag nevelt gyermekek, romák,- egészségi állapotának javítása.
- Preventív egészségfejlesztő programok kiterjesztése ezekre a csoportokra.
- A szűrővizsgálatok fejlesztése ezekben a rétegekben.

A program tárgya, probléma megfogalmazása:

- **A.** / A felvilágosítást, megelőzést szolgáló oktatóprogramok megtervezése, bevezetése.
- **B.** / A kirekesztettek egészségmagatartásának javítása.
- **C.** / A szűrővizsgálatok megjelenési arányának a javítása.

Projekt koordinátorok:

- Polgármesteri Hivatal
- Egészségügyi Gondnokság
- Humánszolgáltató Központ
- Cigányság kisebbségi önkormányzat

Kulcsszereplők:

- Orvosok, védőnők, szociális gondozók, kisebbségi önkormányzatok, civil szervezetek, önkéntes segítők, munkacsoportok.

A Projekt várható eredménye:

- **2013-ra javul** az egészségügyi szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés esélye.
- **2015-re emelkedik** a megváltozott munkaképességű emberek társadalmi integrálódása.

Források: önkormányzati költségvetés, alapítványok

2010. október elején, a mozgásukban korlátozott betegek, illetve a babakocsival közlekedők számára is, könnyebben megközelíthetővé vált a szekszárdi rendelőintézet, mozgásérzékelővel ellátott tolóajtó került az intézmény Béri Balogh Ádám utcai főbejáratára.



Célok

1. Hátrányos helyzetű tanulók támogatása
2. Szegény családok közvetlen támogatása
3. Infrastruktúrafejlesztés

Konkrét megoldások

- Ösztöndíj-támogatás
- Életminőség-javítás
- Konyhák, fürdők építése

Teljesíthető célok

Ingatlan biztosítása

Koordináció elősegítése a szereplők között

Lehetséges problémák

Forráshiány a további fejlesztés támogatására

A folyamatosság hiánya

Kék Madár Alapítvány

Tevékenységek

Tevékenységi körök:

Általános és egyéb szociális ellátás, szolgáltatás

A Kék Madár Alapítvány egy befogadó, biztonságot adó társadalom eléréséért munkálkodik, amelyben mindenki számára biztosított az önmegvalósítás lehetősége és a választás szabadsága.

Célkitűzés:

Misszióink:

A Kék Madár Alapítvány egy olyan szervezet, amely egy sokszínű, befogadó társadalom létrejöttét segíti elő Szekszárdon és a régióban.

Küldetésünk a munkaerőpiacról kiszorultak életminőségének javítása szükségleteikre építő szolgáltatásokkal, és a családok tehermentesítése, gyermekeik napközbeni ellátásával.

A szervezet legfontosabb programjai

Program megnevezése

Kék Madár Alapítvány szolgáltatásai

Az alapítvány gyermekek napközbeni ellátása érdekében családi napközit, házi gyermekfelügyeletet és fejlesztő játszóházat szervez és működtet. Törekszik arra, hogy a régióban ösztönözze hasonló intézmények létrehozását és működtetését.

Ennek érdekében propagandát hajt végre, tapasztalatait, ismereteit terjeszti. Szakmai képzéssel és továbbképzéssel felkészíti az érdeklődőket a tevékenység megvalósítására.

Program rövid leírása

Folyamatosan tevékenykedik a munkaerőpiacon hátrányos helyzetű rétegek munkalehetőségének megteremtése érdekében, erre való felkészítéssel, feltételek megteremtésével és szükséges ideig tartó támasznyújtással. Ennek során fogyatékkal élő, megváltozott munkaképességű, alacsony iskolai végzettségű, elavult szakképesítéssel rendelkező, valamint a gyermeknevelés miatt tartósan inaktív személyek elhelyezkedését, munkahelyük megőrzését segíti elő. E tevékenység keretében tudásszint felmérést, pályorientációt, pályakorrekciós tanácsadást, képzési szükségletek felmérését, képzési-, elhelyezkedési tanácsadást, magán-munkaközvetítést, munkaerőpiaci-tréninget, munkahelyi beilleszkedés elősegítését, szükséges munkafolyamatok betanítását, pszichoszociális támasznyújtást végez.

A fenti célok elérése érdekében szociális vállalkozást hoz létre és működtet. A korábban említett célcsoport képzéséről, foglalkoztatásáról, majd nyílt munkaerőpiaci elhelyezkedésének elősegítéséről gondoskodik tranzit típusú foglalkoztatás keretében.

Felnőttképzési tevékenysége keretében egyrészt a munkaerőpiacon hátrányos helyzetű rétegek képzést, átképzést végzi, másrészt, szakmai képzéssel, továbbképzéssel ösztönzi naprakész szakmai ismeretek terjesztését és folyamatos fejlesztését a területen dolgozók, illetve leendő dolgozók körében.

Célcsoport Program terület

munkanélküliek

Munkanélküliség kezelése

Szervezetünk küldetésében és alapító okiratbeli céljai között is hangsúlyosan szerepelnek speciális munkaerőpiaci szolgáltatások, melyek közül legjelentősebb a Támogatott Foglalkoztatás szolgáltatás, valamint tranzit foglalkoztatási programunk.

Előző évi eredmények

2001-től működtetjük a Játékkuckó és Családi napközi szolgáltatást. Ennek célja, a kisgyermeket nevelő családok tehermentesítése. Vállaljuk gyermekek alkalmi, néhány órás felügyeletét, illetve max. 12 kisgyermek állandó, rendszeres ellátását. Igény szerint kiegészítő szolgáltatásokat is kínálunk, például nevelési tanácsadást, szülői kompetencia-erősítést, kisgyermek fejlesztését. 2005. óta mi látjuk el a regionális módszertani központ feladatait, illetve szervezzük a szolgáltatás indításához kötelező családi napközi felkészítő képzést. Társadalmi vállalkozásunk, az Ízlelő családbarát étterem fogyatékosággal élőknek biztosít munkalehetőséget.

Tervek

Stratégiai tervünkben mind rövid, mind középtávon a munkaerőpiaci szolgáltatásaink fejlesztése és tartós működtetése jelenik meg kiemelt helyen. Nem tervezzük szolgáltatásaink körének, illetve célcsoportunk bővítését, hanem jelenlegi szolgáltatásaink szakmai fejlesztését, tartós működtetésének biztosítását, illetve az európai uniós szakmai hálózatokba való minél szélesebb körű becsatornázását tűztük ki célul. Ezért a jövőben is fogyatékossgal élők, alacsony iskolázottságú halmozottan hátrányos helyzetű, illetve gyermeknevelés miatt tartósan inaktív édesanyák munkaerőpiaci beilleszkedésének segítése a célunk.



I / 4. EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS A MINDENNAPI ÉLET SZÍNTEREIN

CÉL: Az egészségfejlesztés alapelvei hatékonyan érvényesüljenek a mindennapi élet színterein: oktatási, egészségügyi, kulturális és sport intézményekben, munkahelyeken és szórakozóhelyeken.

A program tárgya, a projekt megfogalmazása:

- **A.** / 2010 végén elkészült egészségfejlesztési terv hangsúlyos eleme Szekszárd város településfejlesztési tervének.
- **B.** / A lakosság életvezetési sajátosságaiban szemléletváltás: oktatási, lakossági, fórumok, kiadványok, előadások, plakátok, szórólapok.
- **C.** / Sportkoncepció: szabadidősport rendezvények folyamatos szervezése.
- **D.** / Segítőfoglalkozások, a közösségi, a pszichiátriai, és a szociális hálózat tovább építése.
- **E.** / Egészségösztönzéssel foglalkozó szakmai közösségek további létrehozása, Egészségnapok szervezése.

Projekt koordinátorok:

- Polgármesteri Hivatal Egészségügyi Gondnoksága
- Humánszolgáltató Központ
- Egészségügyi intézmények, - Oktatási, - Közművelődési intézmények vezetői
- Sportegyesületek
- Civil szervezetek, egyesületek, alapítványok

Kulcsszereplők:

- Szociális munkások, ápolók, orvosok, védőnők, egészségnevelők, pedagógusok, házi gondozók, diákok, civil szervezetek, betegjogi képviselők

Várható eredmény:

- **A képviselő testület, illetve az önkormányzati döntéshozók** minden fejlesztési célzatú döntéseikben meg kell hogy jelenjen, az egészségre gyakorolt hatás, mint mérlegelési szempont. **(2011)**
- **Egészség** – szemléletváltás a lakosság körében. **(2013)**
- **A sport pozitív hatása az egészségre** - mérhető eredmények.**(2013)**
- **A szociális**, egészségügyi hálózatok, és civil szervezeteknek köszönhetően, javulás várható az egészség kultúránkat illetően. (morbiditás, mortalitás, **2014-től**)

Forrás:

- Önkormányzati költségvetés + pályázati támogatás

2010. Szekszárd - csak néhány esemény felelevenítése:

Augusztusban: Egészségnap a sétálóutcán

Szeptember 17- 19 szüreti napok

OLLÉ-program: atlétikai pálya

Október 4. Magyar Rákellenes Liga rendezvénye: „ A rák korántsem olyan sorscsapás”

Október 16. – Négy Évszak Madárbarát Park ünnepélyes avatása

Október: „E.ON Családi Foci” szekszárdi programja

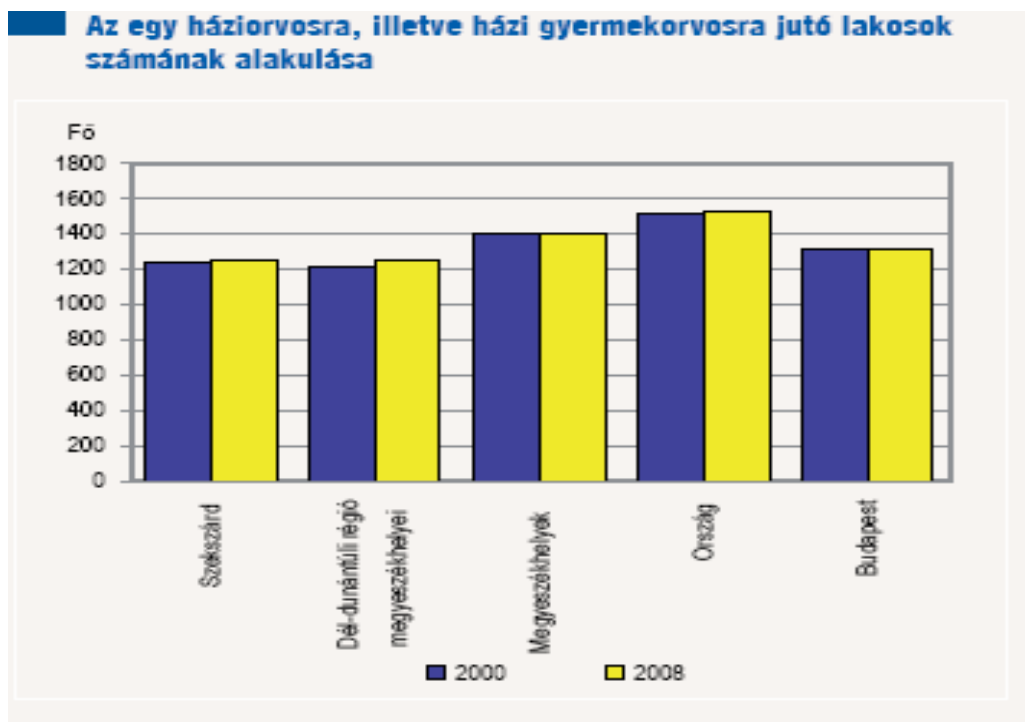
Október 16. Ifjúsági Unió Szekszárd: egyéni és csapat természetjáró tájékozdási túraverseny

Október 16. Egészségudvar Relax Wellnessközpont

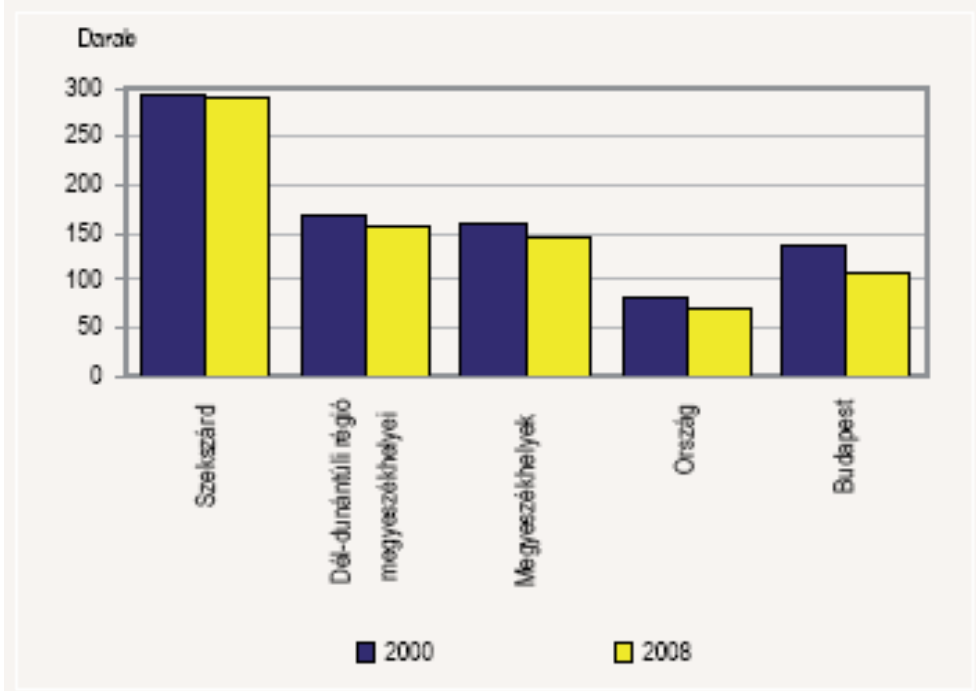
Egészségügyi ellátás helyzete Szekszárdon: A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők közül az egészségügyi ellátás kb. 11%-os arányt képvisel.

A lakosság egészségügyi alapellátását 2008-ban 19 házi orvos és 8 házi gyermekorvos végezte. Számuk összességében 2-fővel volt kevesebb a 2000. évinél. A csökkenés mértéke (7%) erőteljesebb volt mind a megyeszékhelyek, mind az ország egészének átlagánál (2–2%). Az egy házi orvosra és házi gyermekorvosra jutó lakosok száma valamelyest növekedett a vizsgált időszakban. 2009-ben a kilenc évvel korábbinál 16-tal több, 1257 fő volt az átlagosan ellátható népesség orvosonként, ami kedvezőbb volt mind az azonos jogállású városokra (1403), mind az ország egészére (1530) számított mutatonál. Az egészségügyi ellátás következő szintjét képező járóbeteg-szakellátás keretében Szekszárdon 2008-ban mintegy 744 ezer esetben keresték fel a betegeket a megfelelő intézményeket, 16%-kal kevesebben, mint 2000-ben, a 18 vidéki megyeszékhelyen átlagosan 14%-kal, országosan pedig 13%-kal mérséklődött a megjelenési esetek száma.

Az esetszám nagyarányú visszaesése ellenére a tolnai megyeszékhelyen egy lakos – az azonos jogállású települések átlagánál másfélszer, az országosnál háromszor gyakrabban – átlagosan 22 alkalommal vette igénybe a szakorvosok segítségét. 2008-ban a járóbeteg-szakellátásban 4,2 millió beavatkozást végeztek a szakorvosok, 2%-kal többet, mint a vizsgált időszak elején, ellentétben a megyeszékhelyek átlagával, ahol 3%-os csökkenést tapasztaltunk. (Országosan minimálisan, mintegy 0,5%-kal mérséklődött a beavatkozások száma.) Egy lakosra 2008-ban átlagosan a 2000. évinél 6-tal több, 125 beavatkozás jutott, amely a megyeszékhelyek átlagának mintegy duplája, az országos mutatónak 3,5-szerese volt. Nem változott viszont az egy beavatkozásra jutó szakorvosi idő, 2008-ban is – csakúgy, mint nyolc évvel korábban – 2 percet tett ki, ami a megyeszékhelyek, illetve az ország átlagában számítottak kétharmadát képviselte. A járóbeteg-szakrendelésen nem gyógykezelhető betegeket a kórházak látják el. A kórházi ágyszám-racionalizálás hatására Szekszárdon 2008-ban a 2000. évinél 69-cel kevesebb, 987 működő kórházi ágy állt a betegek rendelkezésére. A csökkenés kisebb mértékű volt, mint a megyeszékhelyeken átlagosan, illetve az országosan bekövetkezett 11, illetve 15%-os leépítés. A működő kórházi ágyak népességarányos mutatója a város kedvezőbb helyzetét jelzi mindkét viszonyítási körhöz képest. 2008-ban a tízezer lakosra jutó 291 ágy duplája volt a megyeszékhelyek átlagának, az országot pedig mintegy négyszeresen múlta felül.



A tízezer lakosra jutó működő kórházi ágyak számának alakulása



Alkalmazásban állók, keresetek

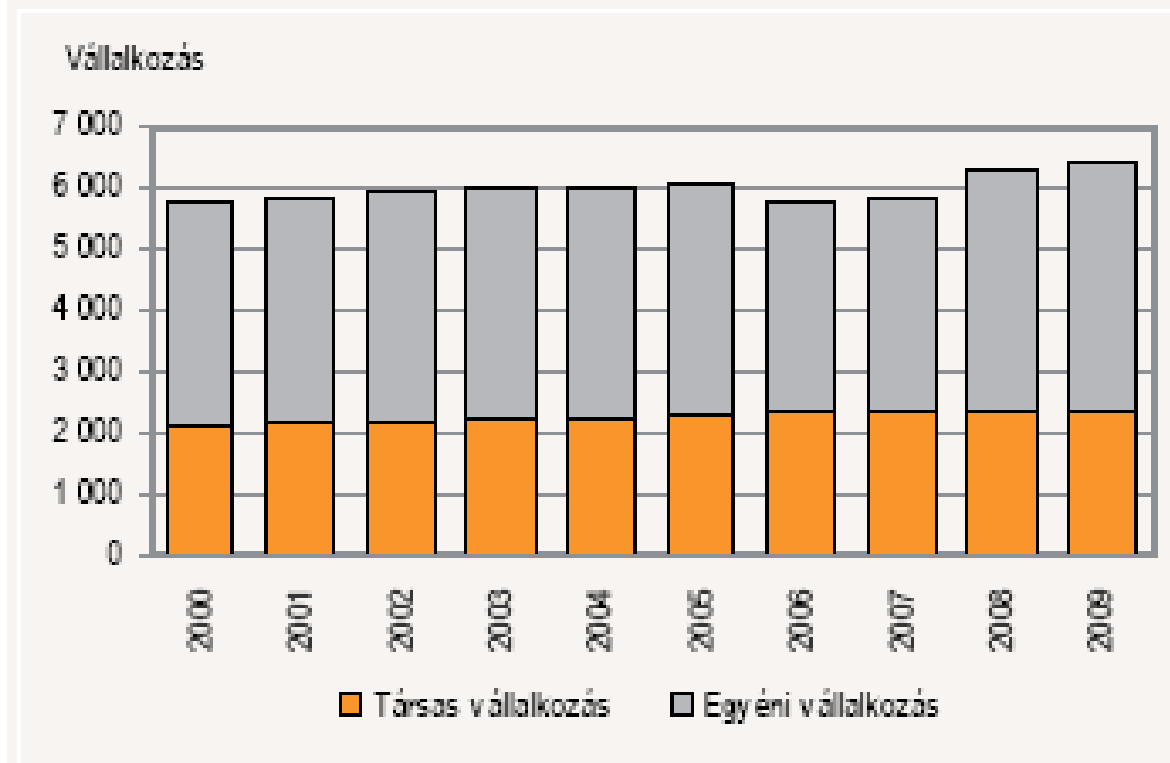
A Tolna megyében alkalmazásban állóknak 2008-ban több mint egyötöde szekszárdi munkahelyen dolgozott. Az év során a városban átlagosan 12 400 főt foglalkoztattak, túlnyomó többségüket (93%) teljes munkaidőben. A részmunkaidős foglalkoztatás, csakúgy, mint az országban általában, a tolnai megyeszékhelyen is alacsony. A teljes munkaidős alkalmazottak között a két nem nagyjából hasonló arányban képviselteti magát úgy országosan, mint a megyeszékhelyeken, a köztük lévő eltérés az egyik, vagy másik nem javára mindössze néhány százalékpont. Szekszárdon a Dél-Dunántúl másik két megyéjének székhelyéhez hasonlóan a nők aránya (52%) haladja meg némileg a férfiakét.

A teljes munkaidőben foglalkoztatottak létszáma és havi bruttó átlagkeresete, 2008*

| Megnevezés | Férfi | Nő | Összesen |
|--|-------------------------|-----------|-----------|
| | Létszám, fő | | |
| Szekszárd | 5 493 | 6 033 | 11 526 |
| Dél-dunántúli régió megye- székhelyei | 34 450 | 36 058 | 70 508 |
| Megyeszékhelyek összesen | 261 372 | 249 372 | 510 744 |
| Ország | 1 153 680 | 1 083 829 | 2 237 510 |
| Ezen belül: Budapest | 349 044 | 320 398 | 669 442 |
| | Bruttó átlagkereset, Ft | | |
| Szekszárd | 205 092 | 165 354 | 184 292 |
| Dél-dunántúli régió megye- székhelyei | 219 186 | 185 421 | 201 919 |
| Megyeszékhelyek összesen | 220 630 | 182 526 | 202 026 |
| Ország | 226 320 | 186 449 | 207 007 |
| Ezen belül: Budapest | 294 779 | 241 804 | 269 425 |
| * A legalább 20 főt foglalkoztató vállalkozások, valamint a költségvetési és a nonprofit szervezetek adatai alapján. | | | |

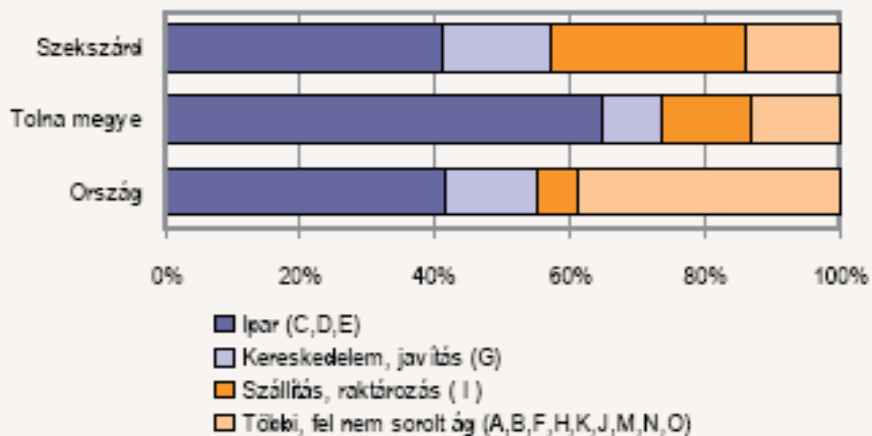
Az összes vállalkozás túlnyomó többségét (63%-át) az egyéni vállalkozások képviselték, melyek közül csaknem minden második vállalkozói igazolvánnyal rendelkezett, az egyéb engedély alapján működők, adószámot igénylő magánszemélyek és őstermelők aránya 53%-ot tett ki. Szekszárdon az összes egyéni vállalkozások aránya néhány százalékponttal magasabb, ezen belül a vállalkozói igazolvánnyal rendelkezőké viszont alacsonyabb az azonos ranggal rendelkező városok átlagánál. Megyei viszonylatban Szekszárdon kiemelkedően magas a vállalkozói aktivitás. Amíg 2009 végén a megye lakónépességének 14%-a élt a megyeszékhelyen, addig a vállalkozásoknak ennél mintegy 5 százalékponttal magasabb hányadát jegyezték be itt. Adott időpontban az ezer lakosra jutó vállalkozások száma (189) 45-tel volt magasabb, mint Tolna megyében, és 25-tel meghaladta a fővároson kívüli megyeszékhelyek átlagát is. Az összes vállalkozáson belül mind a társas, mind az egyéni formában regisztráltak gyakoribbak a hasonló státusú településekre jellemzőknél. Hasonló képet kapunk, ha a létszámnagyság szerinti fajlagos mutatókat tekintjük, itt a 10-19 fős cégek kivételével minden méretkategóriában – leginkább az 1-9 fős körben – felülmúlta a tolnai megyeszékhely mutatója az összehasonlítás alapjául szolgáló területi egységek átlagát.

A nyilvántartott vállalkozások száma Szekszárdon, december 31.



Szekszárd nem tartozik a külföldi tőkebefektetők különösképpen preferált területei közé, a város tőkevonzó képessége viszont jóval a megyei átlag feletti. A 2008. év végén a településen székhellyel rendelkező 57 külföldi tőke részvételével működő vállalkozásban 9,0 milliárd saját tőkén belül 8,7 milliárd forintnyi külföldi tőkeösszeget tartottak nyilván, amely a megyei külföldi tőkebefektetéseknek 45%-át képviselte, az országosnak mindössze 0,06 %-át tette ki. A tőkebeáramlás a gazdasági területeket tekintve erősen koncentrált, hiszen három gazdasági ág – az ipar, a kereskedelem, javítás és a szállítás, raktározás, posta, távközlés – lefedi a szekszárdi külföldi tőkeállomány több mint 85%-át. Az iparon belül a textilipar valamint a gépipar a meghatározó. A megyeszékhely külföldi tőkéjének ágazati összetétele némileg eltér a megyei átlagtól, a városban a külföldi tőke jelenléte kisebb a termelő ágakban és magasabb a szolgáltatások területén.

A külföldi tőkeösszeg megoszlása főbb nemzetgazdasági ágak szerint* 2008. december 31.



* A 2008. évi adatok nemzetgazdasági ág szerinti összesítése a TEÁOR'03 alapján történt.

Egészségügy, 2007.

| Kistérség | Száz bölcsődei férőhelyre jutó beírt gyermek | Rendszeres szociális segélyben részesítettek átlagos száma | Közgyógy-ellátási igazolvánnyal rendelkezők | Egy háziiorvosra és házi gyermekorvosra jutó lakos | Egy háziiorvosra jutó összes megjelent és meglátogatott beteg, eset | Működő kórházi ágy |
|-------------------|--|--|---|--|---|--------------------|
| | | ezer lakosra | | | | |
| Bonyhádi | 120 | 16 | 52 | 1 525 | 11 452 | 150 |
| Dombóvári | 172 | 29 | 48 | 1 886 | 13 007 | 415 |
| Paksi | 107 | 15 | 47 | 1 432 | 10 964 | – |
| Szekszárdi | 123 | 20 | 46 | 1 463 | 12 418 | 967 |
| Tamási | 115 | 36 | 60 | 1 447 | 12 444 | 40 |
| Összesen | 122 | 23 | 50 | 1 509 | 12 069 | 1 572 |

A lakosság népegészségügyi helyzetét legnagyobb mértékben az életmódbeli elemek befolyásolják, melyek szoros, kedvezőtlen alakulásukkor legtöbbször hátrányos összefüggést mutatnak a társadalmi-gazdasági viszonyokkal. A kistérségek fejlettségi típusainak meghatározásához, a gazdasági-társadalmi helyzetüket és fejlődésüket jól jellemző kilenc mutatót alkalmaznak:

1. A befektetett külföldi tőke egy lakosra jutó értéke
2. Személyi jövedelemadó alapot képező jövedelem egy lakosra
3. Személyi jövedelemadó alapot képező jövedelem egy lakosra (korábbi évekhez)
4. Működő gazdasági szervezetek ezer lakosra jutó száma,
5. Működő gazdasági szervezetek száma (korábbi évekhez viszonyítva)
6. Munkanélküliek aránya
7. Vándorlási különbözet ezer lakosra jutó száma
8. Távbeszélő főállomások ezer lakosra jutó száma
9. Személygépkocsik száma ezer lakosra

Az utóbbi évtizedekben, különösen 1990 óta látványos változás ment végbe a kereskedelem és a szolgáltatások területén. Korábban az 1950-ben alakult Népbolt Vállalat hálózata mellett a gyorsabb ütemben fejlődő szövetkezeti kereskedelem lett egy időre meghatározó. A sokirányú fogyasztási igények, valamint az állami és a szövetkezeti lehetőségek mellett megjelenő magánszektor színes kínálati piaca átrendezte a kereskedelemben korábban kialakult arányokat. Ez a változás azoknak a nagy áruházaknak a megjelenésével folytatódott, melyek a választék bővítésével korlátozták a kiskereskedésben érdekeltek lehetőségeit.

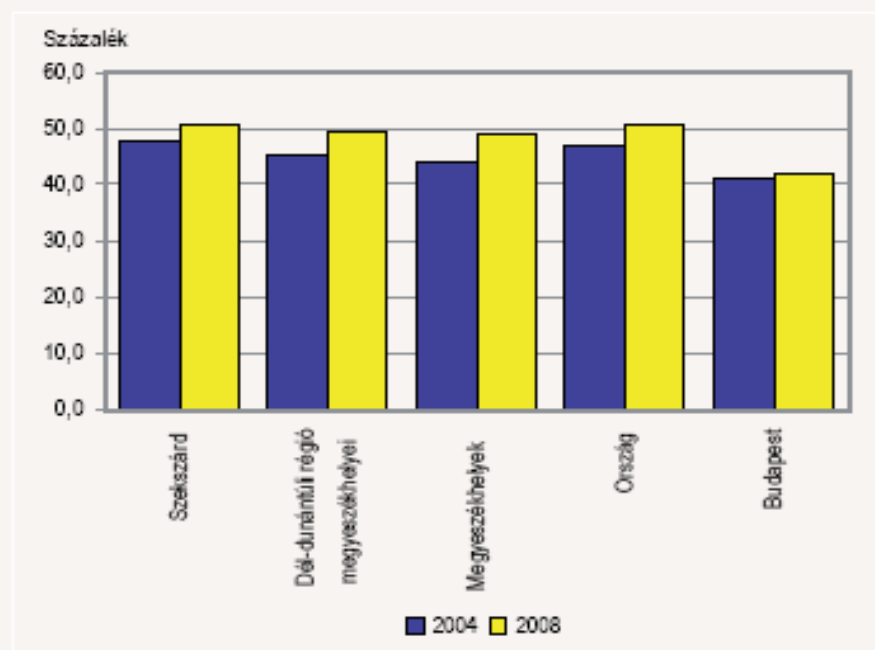
A magántulajdon szerepének növekedése és a vállalkozáshoz szükséges komfort javulása kellett ahhoz, hogy - a külföldi tőke megjelenésével - nagyobb ipari beruházások történjenek. Szekszárd lakásállománya 14 ezerre emelkedett, a fele gázvezetékekkel korszerűsödött.

A vízvezeték- hálózat 17 km-ről 145-re, a csatornahálózat pedig 6-ról, 100 km hosszúságúra növekedett az utóbbi évtizedekben. Sokat javult a távközlési lehetőség. Mindezek hozzájárultak ahhoz, hogy 1990 óta a 76 gazdálkodó szervezet száma tíz év alatt a sokszorosára emelkedett. Korszerű bankok és biztosítótársaságok rendezkedtek be a városban, új szállodák és szociális intézmények nyíltak. Közegészségügyi ellenőrző állomás (1955) és rendelőintézet épült (1961), új szakorvosi, gondozó és tanácsadó szolgálatok nyíltak, a megyei kórház korszerű műtőközponttal gazdagodhat.

1970 óta felépültek a megyeszékhely városiasodásában fontos oktatási és kulturális intézmények. Közülük is kiemelkedő jelentőségű létesítmény a pedagógusképző főiskola, a zeneiskola, a művelődési ház, a Művészetek Háza és a Magyarországi Német Színház, a Deutsche Bühne Ungarn. A szép természeti környezet - üdülő övezettel és horgásztavakkal, a gemenci erdőséggel és a szekszárdi borokkal - a turizmus számára vonzerőt jelent. A térség néprajzi adottságai, néptánc- és dalkultúrája olyan tőke, amelynek jobb hasznosításával - és erre már szép példák vannak - Szekszárd a kül- és belhoni vendégforgalom kedvelt városa lehet. A foglalkoztatottak aránya az ipar és építőipar, valamint a szolgáltatások területén közel azonos mértékben oszlik meg. Szekszárdon 2008 végén a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal adatai szerint valamivel több mint 1300 álláskeresőt tartottak nyilván. E létszám a munkavállalási

korú állandó népesség 5,6%-át jelentette, amely ráta csaknem 0,4 százalékponttal felülmúlta a 2004. évit. A 2008. év végi munkanélküliségi mutató az országosnál kedvezőbb, a másik 17 megyeszékhelyet tekintve – amelyek rátái 3,8 és 12,8% között szóródtak – 7 tartozott abba a csoportba, amelyek munkanélküliséggel jobban sújtottak a szekszárdinál. Az álláskeresők újraelhelyezkedési esélyei valamivel rosszabbak a megyeszékhelyek átlagában jellemzőnél. Ott ugyanis többségük fél éven belül újra talált munkát, míg Szekszárdon 51%-uk abba a csoportba tartozott, akik 180 napon belül nem tudtak elhelyezkedni. E szempontból romlott a helyzet 2004-hez képest, amikor az e körbe tartozók aránya a városban is 50% alatti volt. Az álláskeresők számát és arányát tekintve nem jelentősek a nemek közötti különbségek, bár a nők valamivel kedvezőtlenebb helyzetben vannak a férfiaknál. 2008 végén a regisztráltak 51%-a nő volt, 49%-a férfi. Az ország megyeszékhelyeinek viszonylatában azonos arányban keresnek munkát a két nem képviselői, az ország egészét ugyanakkor férfifébblet jellemezte, a munkanélküliek 53%-a tartozott az erősebb nemhez. A tartós munkanélküliséget tekintve viszont Szekszárdon is hasonlóan az azonos státusú városok, illetve az ország egészéhez lényegesen kedvezőtlenebb a nők helyzete a férfiakénál: közöttük a 180 napon túl állást keresők aránya 56%, tíz százalékponttal magasabb, mint az erősebb nemhez tartozók körében.

A 180 napon túli nyilvántartott álláskeresők munkanélkülieken belüli aránya, %

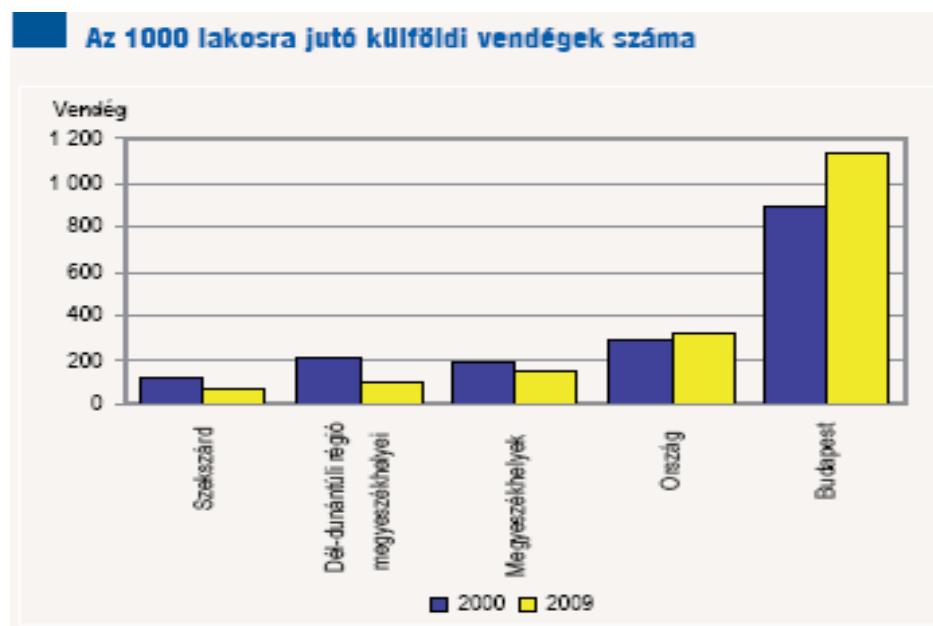


A férőhelyek száma a kereskedelmi szálláshelyeken, 2009. július 31.

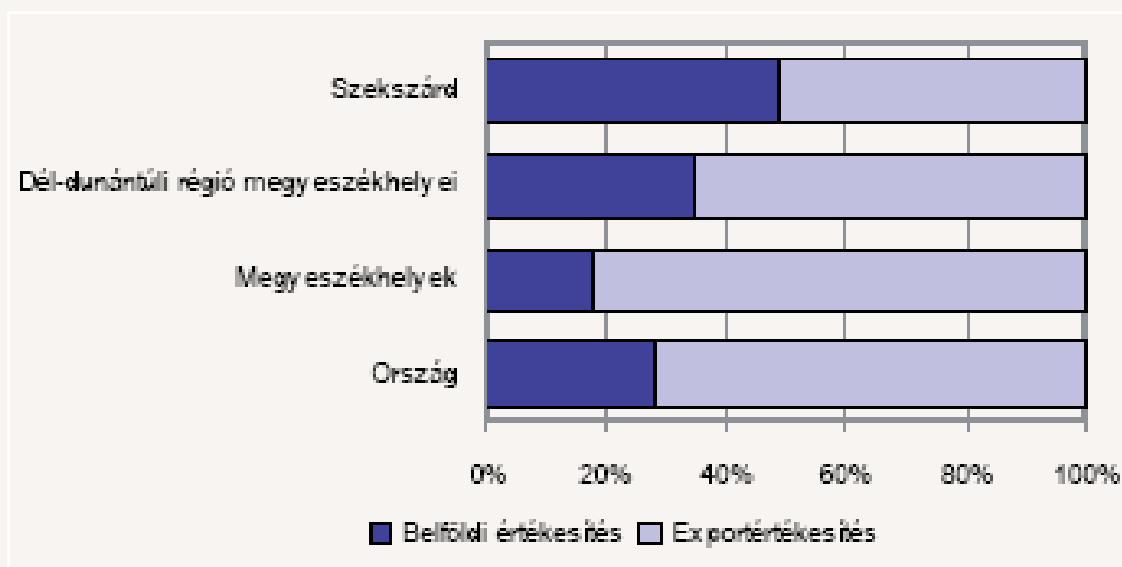
| Megnevezés | Össze- sen | Ebből: | | | | | |
|----------------------------------|---------------|--------------|--------|--------------------|--------------------|---------------|--------------|
| | | száll- da | panzió | turista- szálló | ifjúsági szálló | üdülő- ház | kem- ping |
| Szekszárd | 755 | 587 | - | - | - | 168 | - |
| Dél-dunántúli megyeszékhelyek | 4 769 | 2 120 | 816 | 1 232 | 301 | 200 | 100 |
| Megyeszékhelyek összesen | 41 459 | 14 140 | 8 365 | 9 227 | 3 765 | 1 597 | 4 365 |
| Ország | 289 396 | 115 558 | 36 827 | 21 417 | 18 074 | 19 796 | 77 724 |
| Ebből: Budapest | 41 835 | 36 117 | 2 114 | 1 822 | 829 | - | 953 |

Ipar

A város ipari teljesítménye az ország, de jó néhány megyeszékhely viszonylatában is szerénynek mondható, a megye iparában, különösen a feldolgozóiparban betöltött szerepe azonban kimagasló. A Szekszárdon bejegyzett közép- és nagyvállalkozások egy lakosra jutó ipari termelési értéke 1 041 500 forintot tett ki, amely az országosan e vállalkozói körre számított fajlagos értéknek kevesebb mint kétharmadát, a 18 vidéki megyeszékhely átlagának mindössze 43%-át tette ki. Az ország hasonló státusú települései közül 7-ben – köztük a másik két dél-dunántúli megye székhelyén – maradt el a népességszámra vetített ipari teljesítmény a szekszárditól. A 2009. évi előzetes adatok szerint az iparba sorolt közepes és nagy méretű szekszárdi székhelyű vállalkozások által létrehozott termelési érték mintegy 35 milliárd forint volt, amely teljes egészében a feldolgozóiparhoz kötődött. E produktum a megyei feldolgozóipari teljesítménynek bő 45%-át képviselte és az élelmiszeripar, gépipar, illetve textilipar, ruházat, bőr- és bőrtermék gyártás területén realizálódott. E három ágazatcsoport a szekszárdi ipar termelésének 84%-át, belföldi eladásainak csaknem kilencztedét, exportjának közel nyolctizedét produkálta. A szekszárdi közép- és nagyvállalkozások értékesítési árbevételének 51%-a származott külföldi piacokról. Ez az exporthányad – elsősorban a túlnyomórészt belföldre termelő élelmiszeripar magas súlyaránya miatt – az egyébként is alacsony Tolna megyei feldolgozóipari átlagnál is alacsonyabb, az országos, illetve a 18 vidéki megyeszékhelyre jellemző exporthányadoktól (72, illetve 82%) pedig számottevően elmarad.



A feldolgozóipari értékesítés megoszlása értékesítési irányonként, 2009



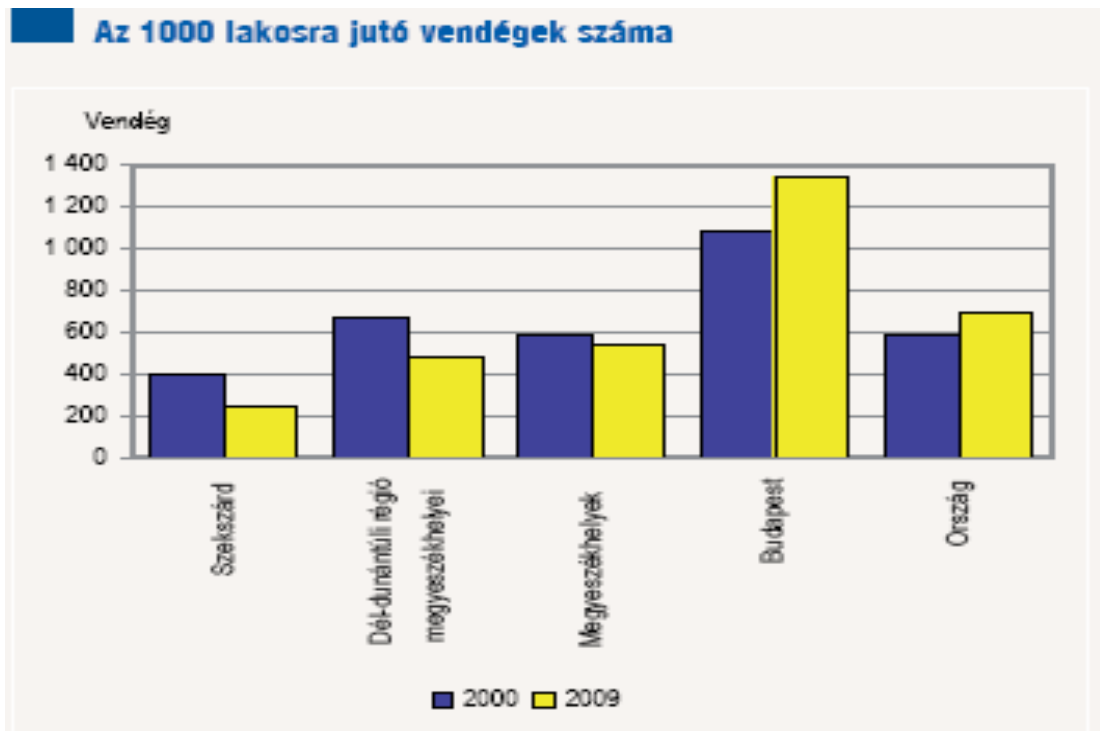
Kereskedelem, vendéglátás

A kiskereskedelem és a vendéglátás üzlethálózata jelentősen átalakult az elmúlt években. Az egyre szaporodó, majd megszűnő kisboltok mellett egymás után nyíltak a nagy üzletláncok áruházai, valamint a bevásárlóközpontok. Szekszárd lakosságának ellátását 2008-ban 875 kiskereskedelmi üzlet biztosította, a 2000. évinél 1, 5%-kal kevesebb, miközben a megyeszékhelyeken, illetve az ország összességében átlagosan 4, illetve 1%-os bővülés történt. A kiskereskedelmi üzletek kilenczetedét az élelmiszer- és iparcikküzletek és áruházak adták, melyek száma összességében alig 2%-kal mérséklődött 2000 óta. Ezen üzletkörön belül 169 élelmiszerüzlet és áruház, köztük egy hipermarket nyújt lehetőséget a napi bevásárlásra, számuk – valamelyest nagyobb mértékben, mint a megyeszékhelyek, illetve az ország átlagában – 24%-kal csökkent nyolc év alatt. A kiskereskedelmi üzletek másik nagyobb csoportját alkotó gépjármű-üzletek száma tizedével bővült nyolc év alatt, 2008-ban 77 ilyen üzlet szolgálta a lakosság igényeit. A megyeszékhelyek összességében és országosan is a szekszárdinál jóval nagyobb mértékű, 32, illetve 26%-os bővülést regisztráltunk. Az üzemanyag-töltő állomások száma viszont az összehasonlítás alapjául szolgáló területek átlagánál nagyobb mértékben csökkent, a nyolc évvel korábbinál 2-vel kevesebb, 8 benzinkút várta a tankoló járműveket a városban. Szekszárd kiskereskedelmi üzletekkel való fajlagos ellátottsága a vizsgált időszak végén jóval kedvezőbb volt mind a vidéki megyeszékhelyek, mind az ország átlagához képest. Tízezer lakosra a hasonló jogállású települések átlagánál 61-gyel, az országosnál pedig 100-zal több, 258 bolt jutott a tolnai megyeszékhelyen.

A legelterjedtebbek mindenütt az iparcikk-üzletek és áruházak voltak, Szekszárdon tízezer lakosra 183 ilyen kereskedelmi egység jutott, 46-tal több, mint a megyeszékhelyeken általában és 80-nal több, mint országosan. Az élelmiszerüzletek és áruházak, valamint a gépjármű-üzletek terén is jóval kedvezőbb a fajlagos ellátottsági mutató, mint az összehasonlítás alapjául szolgáló területi egységek átlagában, Szekszárdon tízezer lakosra előbbi üzlettípusból 50, utóbbiból 23 jutott 2008-ban. A lakosság ellátását biztosító üzemanyag-töltő állomások eloszlása (tízezer lakosonként számítva 2 benzinkút) egyenletesnek mondható mind a tolnai megyeszékhelyen, mind a többi viszonylatban. Az áttekintett időszak végén Szekszárdon 194 vendéglátóhely működött, a nyolc évvel korábbinál 7%-kal több. A 18 vidéki megyeszékhely és az ország átlagától is – 11, illetve 6 százalékponttal – elmaradt a bővülés mértéke. A tízezer lakosra vetített 57 egység-szám az országos mutatót ugyan némileg (1-gyel) meghaladta, a megyeszékhelyek átlagánál viszont (3-mal) alacsonyabb volt.

A vendégforgalom alakulása a kereskedelmi szálláshelyeken Szekszárd kereskedelmi férőhely-kapacitása továbbra sem jelentős, 2009. év közepén 6 kereskedelmi szálláshelyen 755 férőhely állt a városba látogatók rendelkezésére. Előbbi kör 1, 3%-át, utóbbi 1, 8%-át jelentette a 18 vidéki megyeszékhelyen regisztráltak, a Dél-Dunántúl azonos rangú településeit tekintve pedig 8, 8, illetve 15, 8%-ot képviselt a tolnai megyeszékhely. A városban 4 szálloda 2 üdülőház várja a pihenni vágyókat, a többi szállástípusból – többek között, panzió, kemping – viszont egyetlen egy sem működik Szekszárdon, ami egyedülálló az azonos jogállású települések körében. A tolnai megyeszékhelyen a kereskedelmi férőhelyek 78%-a kötődött a szállodákhoz, 22%-a pedig az üdülőházakhoz. A megyeszékhelyeken összességében a szállástípusok szerinti megoszlást tekintve a férőhelyek 34%-a a szállodákban, 22%-a a turistaszállókon, egyötödük a panziókban található, további mintegy 11% képviselte a kempingek, 9% az ifjúsági szállók és 4% az üdülőházak kapacitását. 2009-ben Szekszárd kereskedelmi szálláshelyeit közel 8600 vendég kereste fel, a 2000. évinek alig hattizede. A megyeszékhelyek átlagában ennél jóval kisebb – 10%-os – volt a visszaesés, országosan pedig 18%-os bővülést regisztráltak. A kereskedelmi szálláshelyeken megszámlált vendégek száma alapján Szekszárd a megyeszékhelyek rangsorában az utolsó helyet foglalta el. Az élen álló Egerben 15-ször, de a rangsorban utolsó előtti Salgótarjánban is 39%-kal több vendég fordult meg, mint a tolnai megyeszékhelyen. A fajlagos adatok is jól mutatják, hogy Szekszárd a megyeszékhelyek átlagához és az ország egészéhez képest is lényegesen kevesebb, ezer lakosra vetítve 254 vendéget fogadott, miközben az előbbi két körben 544, illetve 699 fő volt a mutató értéke.

2009-ben közel 2300 fő érkezett a tolnai megyeszékhelyre külföldről, számuk csaknem megfeleződött a 2000. évihez képest, vendégforgalomból való részesedésük pedig 30-ról 27%-ra mérséklődött. A 18 vidéki megyeszékhelyen összességében a szekszárdinál kevésbé, mintegy ötödével esett vissza a külföldivendég-forgalom (269 ezer fő), a hányaduk ugyanakkor hasonlóan alakult, 31-ről 28%-ra csökkent a két vizsgált időszak között. Országosan viszont 6%-os bővülést mértünk, a mintegy 3, 2 milliós külföldivendég-szám az összforgalom 45%-át tette ki, míg kilenc évvel korábban a felét. A 2009-ben Szekszárdra látogató külföldi vendégek csaknem kilenctizede részesítette a szállodákat előnyben, kilenc évvel korábban 96%-a. Ez magasabb részarányt jelentett a két viszonyítási alapul alapul szolgáló terület hányadánál, a 18 vidéki megyeszékhely átlagában 80%-os, országosan 85%-os szállodai túlsúlyt mutatnak a számok. Az ezer lakosra jutó külföldivendég-szám (68 fő) 2009-ben igen alacsony volt Szekszárdon, a megyeszékhelyek átlagának (152) mintegy 45%-át tette ki, az országosnak (316) pedig alig több mint egyötödét.



Foglalkoztatottak, nyilvántartott álláskeresők, személyi jövedelemadó 2007.

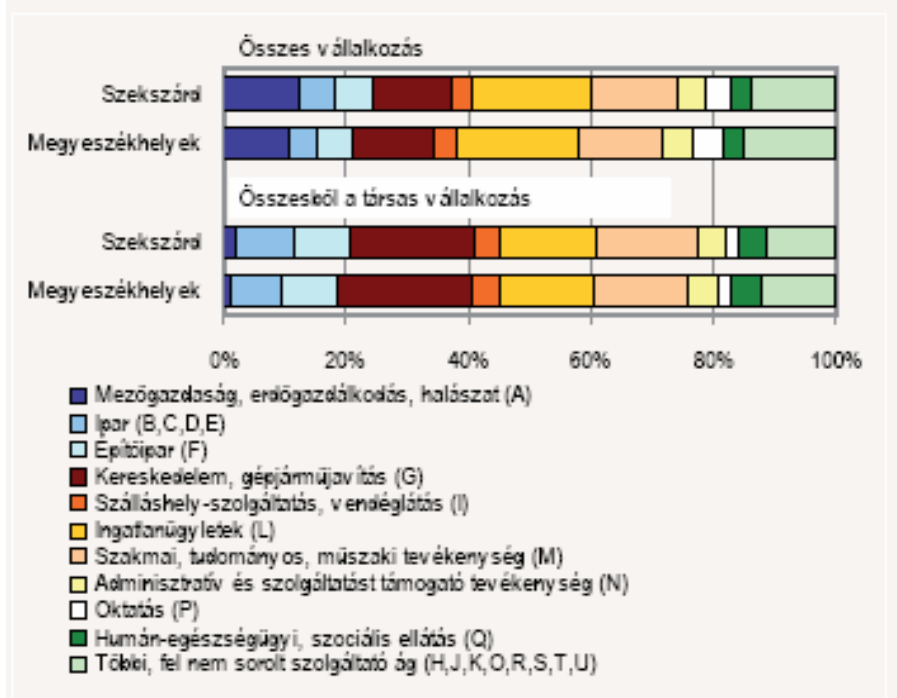
| Kistérség | A mezőgazdaság és erdőgazdálkodás | Az ipar és az építőipar | A szolgáltatások | A nyilvántartott álláskeresők | A 180 napon túl nyilvántartott álláskeresők | | A pályakezdők | Az ezer lakosra jutó adózók száma, 2007 |
|-------------------|---|-------------------------|------------------|---|--|-------------|---------------|---|
| | foglalkoztatottjai az összes foglalkoztatott százalékában, 2001. február 1. | | | aránya a munkavállalási korú állandó népességből, %, 2007 | aránya a nyilvántartott álláskeresőkből, %, 2007 | | | |
| Bonyhádi | 9,6 | 46,6 | 43,9 | 7,0 | 3,8 | 54,8 | 8,9 | 418 |
| Dombóvári | 13,7 | 29,6 | 56,8 | 10,1 | 5,6 | 55,4 | 11,1 | 405 |
| Paksi | 9,5 | 44,0 | 46,6 | 5,9 | 2,9 | 48,5 | 10,5 | 457 |
| Szekszárdi | 7,5 | 35,5 | 57,0 | 7,3 | 3,8 | 52,1 | 10,2 | 440 |
| Tamási | 12,6 | 39,5 | 47,9 | 10,6 | 4,9 | 46,5 | 8,3 | 388 |
| Összesen | 9,8 | 38,4 | 51,8 | 7,9 | 4,0 | 51,2 | 9,8 | 427 |

A regisztrált vállalkozások aránya a legmagasabb.

Regisztrált vállalkozások, közlekedés, távközlés, 2007.

| Kistérség | Regisztrált vállalkozások száma ezer lakosra | Személygépkocsik | | Távbeszélő-fővonal ezer lakosra | Kábeltelevíziós hálózatba bekapcsolt lakás a lakásállomány százalékában |
|-------------------|--|--------------------|---------------|---------------------------------|---|
| | | száma ezer lakosra | átlagéletkora | | |
| Bonyhádi | 94 | 315 | 12,6 | 296 | 73,5 |
| Dombóvári | 110 | 271 | 12,3 | 269 | 59,4 |
| Paksi | 98 | 298 | 10,5 | 280 | 61,9 |
| Szekszárdi | 116 | 317 | 11,6 | 315 | 70,6 |
| Tamási | 77 | 261 | 12,3 | 272 | 45,2 |
| Összesen | 102 | 297 | 11,7 | 292 | 63,0 |

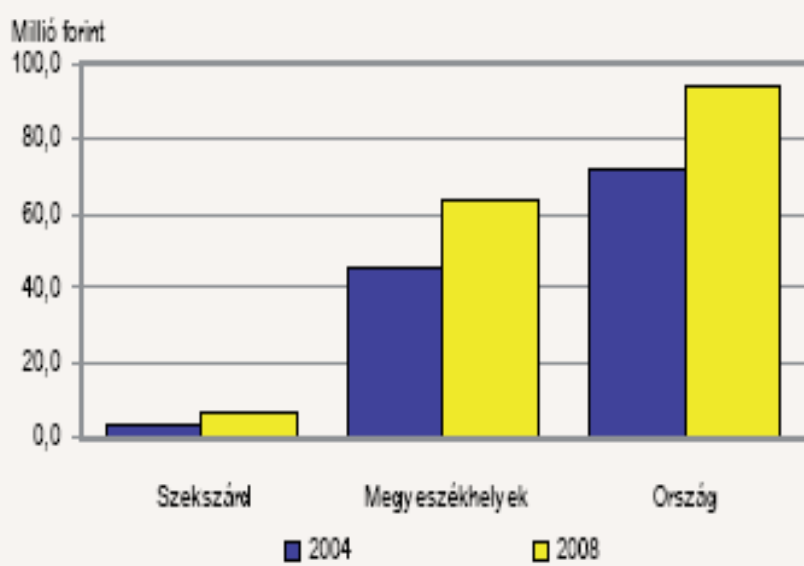
A vállalkozások megoszlása nemzetgazdasági ágak szerint, 2009. december 31.



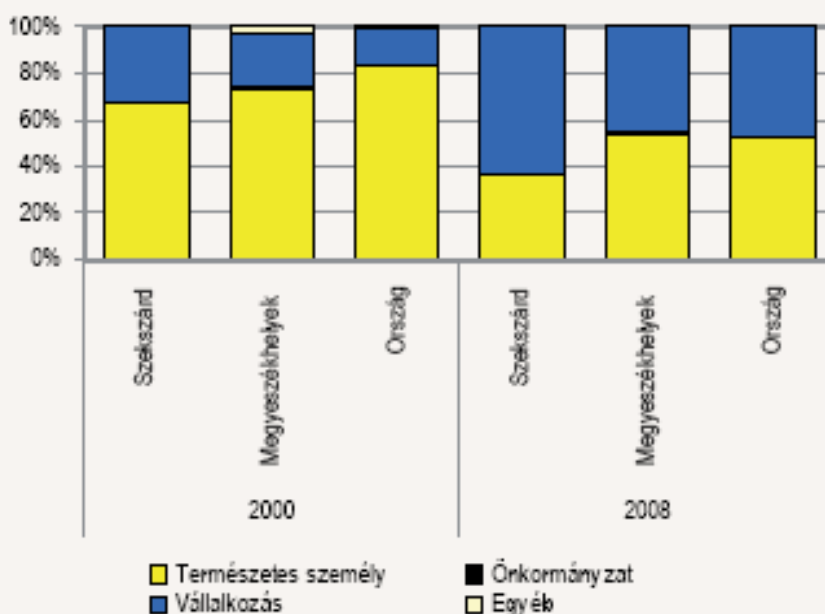
A vállalkozások ezer lakosra jutó száma létszámnagyság szerint, 2009. december 31.

| Területi egység | 0 és ismeretlen létszámú | 1-9 | 10-19 | 20-49 | 50 és több | Összes |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------|-------|-------|------------|--------|
| | | | | | | |
| | vállalkozás ezer lakosra jutó száma | | | | | |
| Szekszárd | 49,5 | 135,4 | 2,2 | 1,4 | 0,9 | 189,5 |
| Összes megyeszékhely | 46,0 | 113,5 | 2,4 | 1,3 | 0,7 | 164,0 |
| Ezen belül: | | | | | | |
| Dél-Dunántúli megyeszékhelyek | 52,3 | 111,4 | 2,4 | 1,2 | 0,6 | 167,9 |
| Ország | 43,2 | 112,0 | 2,1 | 1,1 | 0,6 | 159,0 |

Egy kutató-fejlesztő helyre jutó ráfordítás alakulása, millió Ft



Az épített lakások összetétele építetők szerint



II/1. DOHÁNYZÁS VISSZASZORÍTÁSA

Cél:

- Az aktív dohányosok számának mérséklése, a cigaretta fogyasztás csökkentése.
- A dohányzás további korlátozásával a passzív dohányzás ártalmainak csökkentése, a jelenlegi szabályok szigorú ellenőrzésével.
- Az egészségügy bevonásával csatlakozunk a dohányzás elleni kampányhoz.

A program tárgya, probléma megfogalmazása:

- **A. / Dohányzásellenes** koordinációs iroda felállítása.
- **B. /Dohányzás megelőzése, illetve abbahagyása kiemelt preventív feladat:** plakátok, szórólapok, műsorok, rendezvények, honlap, média akciók támogatása.
- **C. /A** dohányzásmentes társadalomért – a dohányzásról való leszokást célzó közösségi programok, illetve orvosi segítség - a házi orvosok, védőnők, gyermekorvosok, ápolók, kompetencia körébe tartozik.
- **D. / Rajz pályázat** kisiskolásoknak: Figyelem felkeltő rajzok a dohányzás elleni küzdelemben.

Projekt vezető koordinátor:

- Polgármesteri Hivatal Egészségügyi Gondnoksága
- Védőnők
- Oktatási intézmények vezetői, intézmények, gazdasági szervezetek
- Civil szervezetek

Kulcsszereplők:

- Védőnők, orvosok, ápolók, pedagógusok, civil szervezetek, kortárs segítők.

Várható eredmény:

- Koordinációs iroda létrejön. (2011)
- Csökken a dohányzó fiatalok száma egyes korcsoportokban. (2014)
- Nő a dohányzásról leszokók száma. (2015)

Forrás: Önkormányzati költségvetési forrásból + pályázati támogatással.

Az elmúlt évtizedben a dohánytermékek jövedéki adóját minden évben legalább egyszer változtatták. A **1. táblázat**¹ összefoglalja a dohánytermékek adóztatásával kapcsolatos adatokat.

1. táblázat.

| Év | A legnépszerűbb árkategóriájú cigaretta kiskereskedelmi ára/doboz (MPPC) | Cigaretta jövedéki adóbevétele* (milliárd forint) | Jövedéki adószintek | |
|------|--|---|--|----------------|
| | | | Specifikus (Ft/1000 darab) valorem(%) | Ad |
| 1988 | Nincs adat | 11,2 | Nincs adat | Nincs adat |
| 1989 | Nincs adat | 12,7 | Nincs adat | Nincs adat |
| 1990 | 26,30 | 14,3 | Nincs adat | Nincs adat |
| 1991 | 33,20 | 20 | Nincs adat | Nincs adat |
| 1992 | 47,20 | 24,9 | 770 | 50 |
| 1993 | 60,40 | 31,1 | 920 | 50 |
| 1994 | 73,50 | 34 | I-VI 1020 VII-X 1120 XI-XII 1210 | 50 50 65 |
| 1995 | 86,40 | 43,7 | 1210 | 65 |
| 1996 | 115 | 49,8 | 1390 | 75 |
| 1997 | 139 | 56 | 1560 | 75 |
| 1998 | 169 | 72,8 | I-VIII 1725 IX-XII 1950 | 75 17** |
| 1999 | 198 | 87,6 | 1950 | 17** |
| 2000 | 228 | 102 | 2300 | 17** |
| 2001 | 258 | 112 | 2645 | 17** |
| 2002 | 310 | 120,2 | 4200 | 18** |
| 2003 | 341 | 151,5 | 4950 | 20** |
| 2004 | 450 | NA | 6450 | 23** |

*A cigaretta-eladásból származó ÁFA pontos értékét a Pénzügyminisztérium nem teszi közzé. A GKI becslése szerint 2003-ban ez körülbelül 60 milliárd forint volt.

**a fogyasztói ár %-ában

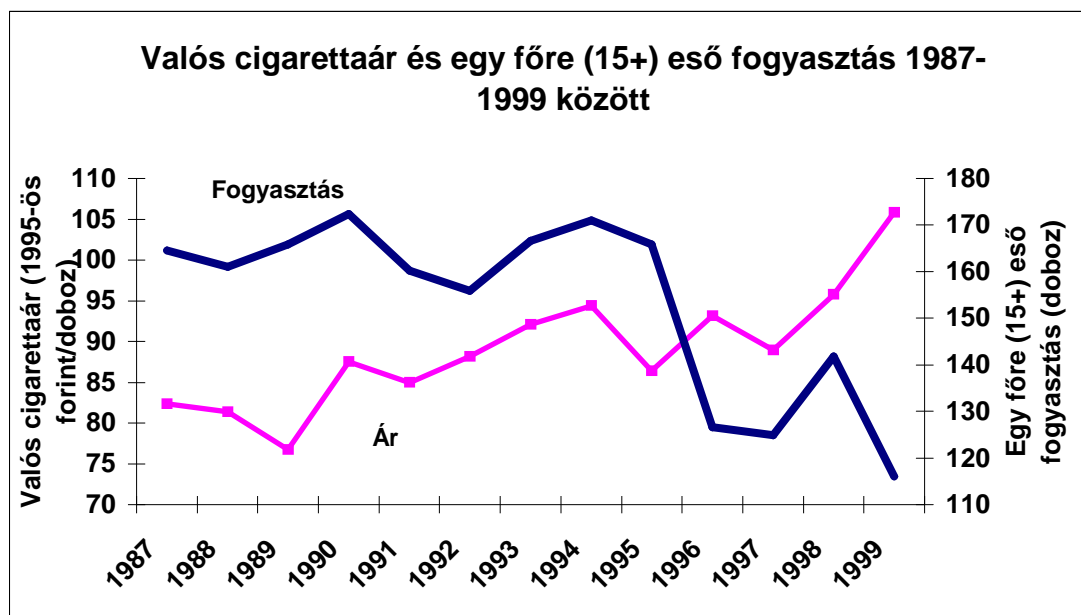
A felnőttek egyharmada rendszeresen dohányzik Magyarországon.

A dohányzás az egyik legjelentősebb életmódbeli kockázati tényező. Meghatározó szerepet játszik számos betegség kialakulásában és halálhoz vezet. A tüdőrák a férfiak esetében mintegy 90%-ban, a nőknél 70%-ban a dohányzás következménye. Egyéb daganatos megbetegedések (például szájüregi-, nyelöcső-, hólyagrák) mellett az érrendszeri betegségek illetve egyes krónikus légúti megbetegedések kialakulásáért is felelőssé tehető.

A passzív dohányzás a nemdohányzók körében is növeli a tüdőrák és a légzőszervi megbetegedések kockázatát. A terhesség alatti dohányzás a születendő gyermek egészségét is veszélyezteti.

Míg a férfiak egyharmada, addig a nők 60%-a soha nem dohányzott. A férfiak egynegyede leszokott a dohányzásról, a nők körében ez 11%. Alkalmi dohányzás a férfiaknál nem jellemző, a nőknél is csak 5%-ban fordul elő. Rendszeres dohányzási szokás (napi 20 szálnál kevesebb) nem különbözik a két nemben (férfiak: 14%, nők: 13%). Nagydohányos (napi 20 szálnál több) a férfiak 25, a nők 11%-a. **Szekszárdon is hasonló a dohányzás gyakorisága, mint az országban. A cigarettaadó-emelés hatása a lakosság egészségi állapotára**

1999-ben a Világbanknak jelentést készített a dohányzás közgazdasági hatásairól Magyarországon. A tanulmány megállapítja, hogy a cigarettaadó-emelés, mint dohányzásellenes intervenció Magyarországon is hatékony.



2

SZEMPONTOK AZ ADÓEMELÉS ELŐMOZDÍTÁSÁBAN

A cigaretta-adópolitika továbbfejlesztésében a következő szempontokat érdemes figyelembe venni:

Szakmai szempontok:

- A dohánytermékek adójának emelése hatékonyan csökkenti a fogyasztást Magyarországon is;

- Mivel a cigarettából származó károsanyag-bevitel arányos a dohányzás okozta betegségterheléssel, az adóemelés által generált fogyasztáscsökkenés a dohányzással összefüggő betegségek előfordulását, illetve a dohányzásfüggő halálozást csökkenti.

A dohányzásról leszokást segítő program jelentősége a dohányzás visszaszorításában

A dohányzás társadalmi méreteiben történő visszaszorításához számos intervenció módszer egyidejű („komprehenzív”) alkalmazására van szükség (adópolitika, reklámszabályozás, a nemdohányzók védelme, figyelmeztetések és a nikotin, illetve kátrány tartalom feltüntetése a cigarettásdobozokon, tájékoztatás, prevenció és leszokást segítő programok, intenzív magatartásorvoslási tanácsadás). Közöttük a cigaretta elhagyásához nyújtott segítség egy jól meghatározott célcsoport felé – a leszokni akaró dohányosok felé – irányul. A leszokni akaró dohányos részére történő segítségnyújtás orvosi, tágabb értelemben egészségügyi kompetenciába tartozik, mert :

- A dohányzás-nemdohányzás kérdését az emberek az egészség-betegség problémakörébe sorolják.
- A dohányzás okozta betegségek-panaszok miatt a dohányosok többsége orvosi ellátást, igényel.
- A dohányzás következtében kialakult krónikus egészségkárosodások az egészségügyi ellátó hálózatot terhelik.
- A dohányosok túlnyomó többsége nikotinfüggőségben, vagyis szenvedély betegségben szenved.

A pszichés függőség kedvező befolyásolása a cigaretta elhagyására vonatkozó elhatározás megerősítését és az elhatározás melletti kitartás elősegítését szolgálja. Egyrészt a probléma „pozitív” megközelítése a cél: a cigaretta elhagyásával jelentkező azonnali, rövid távú előnyök megbeszélése, az önbecsülés fokozása és a környezet segítségének az igénybe vétele. A másik feladat a visszaesés veszélyével járó „csapda- vagy krízishelyzeteknek” az azonosítása és felkészítés azok kikerülésére vagy közömbösítésére. Azoknál, akiknél nem alakult ki nikotinfüggőség megkísérelhető gyógyszermentes leszokás, támogatás. Ezek lehetnek egyéni, vagy csoportos módszerek. A *nikotinfüggőség* kezelésének célja a cigaretta elhagyásakor jelentkező nikotinmegvonási tünetek kiküszöbölése. A dohányosoknak mintegy harmadánál feltételezhető közepes, vagy súlyos dependencia.

Erre a célra nikotinpótló készítmény vagy bupropion hatóanyagú gyógyszer alkalmazható. Világszerte több évtized óta a legelterjedtebbek a nikotinpótló készítmények. Nikotinpótlásra leginkább a közepesen vagy erősen nikotinfüggő személyek szorulnak. A nikotin tartalmú tapasz, rágógumi és a „szopogató cukorka” gyógyszertárban kapható, vény nélkül. Alkalmazásuk javasolt időtartama 3 hónap erős függőség, vagy 2 hónap közepes függőség esetén, csökkenő adagolásban. A tapasztalatok szerint ennek az időszaknak a végére nikotinpótlás nélkül sem jelentkeznek (vagy csak időnként és igen enyhe formában) a nikotinmegvonási tünetek. A bupropion hatóanyagú antidepresszáns gyógyszereket több mint egy évtizede, sikerrel alkalmazzák a dohányzásról leszokás segítésében. A bupropion vényköteles gyógyszer. Az a körülmény, hogy egy dohányzásról leszokást segítő készítmény vényköteles vagy vény nélkül kapható, előnyökkel és hátrányokkal is jár. A vény nélkül kapható készítmény szélesebb körben, könnyebben, egyszerűbben hozzáférhető és mivel beszerzéséhez nem kell felkeresni az orvosi rendelőt, a páciens időt takarít meg. Ugyanakkor a tapasztalatok szerint az orvos (és az egészségügyi szakdolgozó) közreműködése jelentősen növeli a leszokási kísérlet eredményességét.



II. / 2 ALKOHOL - DROGPREVENCIÓ

„Nincs más bűn, csak emberi értékeket pusztítani
és értelmetlenül szenvedést okozni:
nem menteni és csillapítani, ahol mód van rá „
/Popper Péter /

CÉL:

- ❑ A drog-és alkoholfogyasztás és az általuk okozott szociális és egészségi károk visszaszorítása, megelőzése.
- ❑ A fiatalok körében az alkoholfogyasztás esetszámának és mennyiségének jelentős csökkentése.
- ❑ A drogfüggőség növekedésének megállítása, számuk csökkentése.

A projekt tárgya, a probléma megfogalmazása:

- ❑ **A.** / Legfontosabb feladat a prevenció. Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására.
- ❑ **B.** / Kábítószer – Környezet – Egyén. Szülők, családok, közösségek a kábítószer csökkentéséért. Személyes példamutatás, személyes kontaktus.
- ❑ **C./** A társadalmi integrációt segítő szolgáltatóhálózat fejlesztése.
- ❑ **D.** / Iskoláskorúak alkoholfogyasztásának felmérése, hatékony fellépés ellene.

Hosszú távú tendenciákat vizsgáló elemzés szerint 1990 óta csaknem a kétszeresére gyarapodott a kábítószeres valamelyikét kipróbáló tinédzserek száma. A drog- kereskedelem szempontjából, az utóbbi években sajnos Szekszárd is célponttá vált. Felmérések szerint a magyar fiatalok 20-30%-a próbálja ki a drogokat felnőtté válása előtt, ám kevésbé optimista becslések szerint ez az arány 50-70 % is lehet. A kábítószer fogyasztás testileg – lelkiileg pusztít. Hatása alatt nő a bűncselekmények száma. Családok, házasságok, kapcsolatok mennek tönkre. A kábítószer-függőség kialakulásában több elmélet a génekhez kötött fogékonyságát okolja. Öröklési vagy alkati adottságot tételeznek fel. Mások kisgyermekkorai, serdülőkorai szocializációs zavar talaján kialakult speciális személyiségfejlődési rendellenesség hozadékának tekintik ezt az állapotot. A függőség konkrétan ugyanis lehet lelki vagy testi, melyet megelőz a hozzászokás, vagyis az addikció.

Veszélyeztető tényezők:

- egyedül élők, intézetben vagy nevelő szülőkkel élők
- iskolai végzettség alapján: a legális drogfogyasztás az alacsony végzettségű szülők gyerekeire,
- a tiltott drogfogyasztás a nagyon alacsony végzettségű vagy a felsőfokú végzettségű szülők gyerekeire valószínűbb.

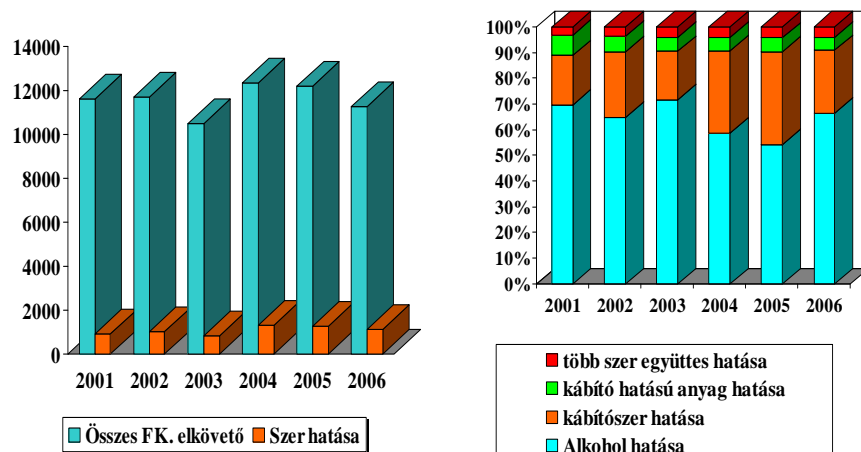
A fogyasztók érvei:

- kíváncsiság
- kalandvágy
- rábeszélés
- feloldás céljából, bizalom hiányának pótlása céljából
- unalom

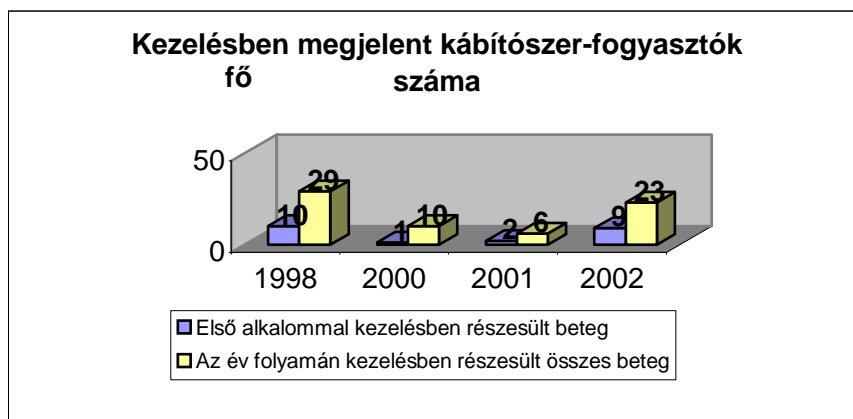
A Magyar Köztársaság Kormánya elfogadta azt a dokumentumot, amely az egységes társadalmi konszenzus kialakítását szorgalmazza a kábítószer-probléma megközelítését, megfogalmazását illetően. A drogterápia célja a társadalmi elvárásokat figyelembe vevő rehabilitáció, a drogmentesség és az önállóság.

Magyarországi statisztikai adat

Az alkohol és a drog hatása a fiatalkori bűnözésre

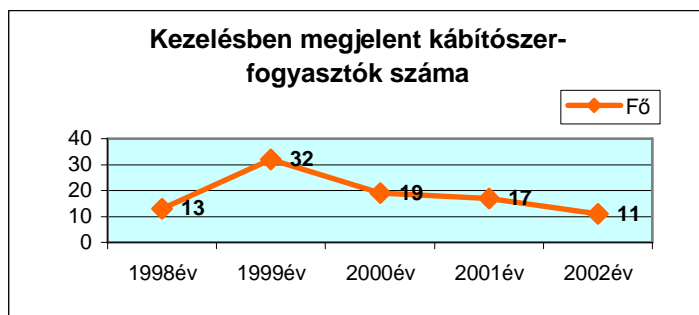


A Tolna Megyei Önkormányzat Kórháza Pszichiátriai Osztályának megyei hatókörű a statisztikája így az egész Tolna megyére vetítve értelmezendő. Az adatok alapján a drogbetegek szerfogyasztása



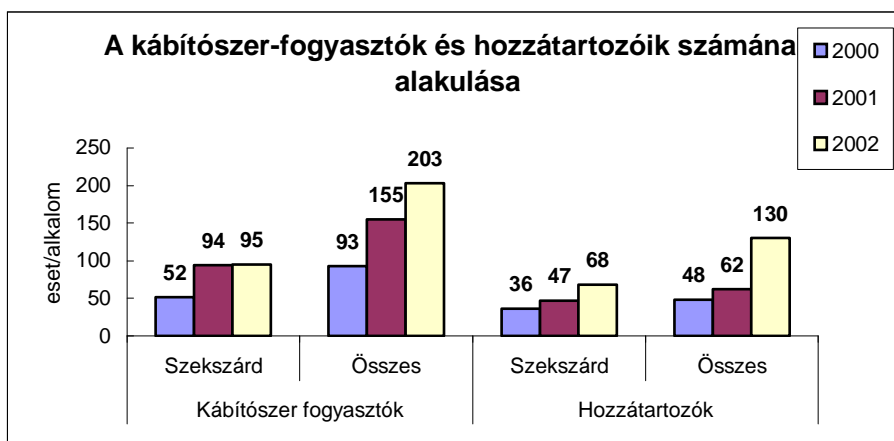
TOLNA MEGYEI ÖNKORMÁNYZAT KÓRHÁZA – SZOCIOTERÁPIÁS ÉS REHABILITÁCIÓS OSZTÁLY

Az osztály saját megítélése szerint nem alkalmas kábítószeres betegek rehabilitációs kezelésére. Ennek oka az osztály nyitottsága és vegyes beteganyaga (alkoholbetegek, krónikus pszichiátriai, geriátriai betegek).



Szent Erzsébet Karitás� Alapítvány RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat

Az alapítvány 1999-től -önkormányzati támogatással – működteti a RÉV szolgálat, mely a megyében élő legális és illegális kábítószer-problémákkal küzdő személyek és hozzátartozóik alacsonyküszöbű, pszichoszociális ellátó helye.



2002-ben, 333 esetben keresték fel kábítószer-problémával a szolgálatot, ebből 163 a szekszárdi megkeresés. A 2000. évtől emelkedik az esetszám és további emelkedés várható, hiszen az elterelést a nem függő szerhasználók részére március 1-jétől ismét lehetővé tette a módosított Büntetőtörvénykönyv.

A kipróbálás alakulása életkort tekintve (fő)

| Szercsoportok | Soha | 10 év alatt | 10 év | 11 év | 12 év | 13 év | 14 év | 15 év | 16 év | 17 év | 18 év és felett | Összesen |
|-----------------------------------|------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|----------|
| Kannabisz-származékok kipróbálása | 756 | - | - | - | 2 | 2 | 10 | 20 | 12 | 2 | 1 | 806 |
| Extasy kipróbálása | 785 | - | - | - | - | 1 | 6 | 7 | 5 | 1 | 1 | 806 |
| Szipuzás kipróbálása | 774 | 1 | - | 3 | 1 | 6 | 8 | 9 | 4 | - | - | 806 |
| Első cigaretta | 302 | 45 | 44 | 45 | 10 | 10 | 11 | 41 | 10 | 1 | - | 806 |
| Első berúgás | 414 | 4 | 7 | 4 | 18 | 55 | 14 | 12 | 32 | 7 | 3 | 806 |

Városunkban a promóció, mint szemlélet teljes mértékben hiányzik mind az intézményi, mind a lakossági közezből.

Az utóbbi évektől koordináltabb iskolai primer prevenció kezdődött, ám Szekszárdon a lefedettség csekély, a programok esetlegessége miatt vannak átfedések. Az egészségügyi, a szociális intézmények hálózata alulfejlett a droghasználók kezelésének tekintetében. A terciér prevenció, visszaesés megelőzése, rehabilitáció intézményrendszerének egyes elemei hiányoznak. A kínálatcsökkentés intézményei is fejlesztésre szorulnak.

Projekt vezető koordinátor:

- Egészségügyi Gondnokság
- Oktatási Intézmények
- Egészségügyi Alapellátási Intézmények
- Civil szervezetek
- Mentálhigiénés Gondozó, a Gyermek-, és Ifjúságpszichiátriai Gondozó, és a RÉV Szolgálat

Kulcsszereplők: Orvosok, ápolók, védőnők, civil szervezetek, önkéntes segítők, rendőrség, pedagógusok

Várható eredmény:

- Csökken az iskoláskorú alkoholfogyasztók száma – 2015-re
- A tiltott drogok és drogfüggők száma nem emelkedik – 2014-re
- A közösségi szabadidős programok pozitív hatással lehetnek a szélsőséges életmintákat követő csoportokra 2015-re

Források:

- Kisebb részben önkormányzati költségvetésből, nagyobb részben pályázati forrásokból

Bűncselekmények

Az emberek által a közbiztonságról alkotott kép erősen szubjektív, melyet nagymértékben befolyásol a lakóhelyükön elkövetett bűncselekmények gyakorisága. A Szekszárdon ismertté vált bűncselekmények száma 2001 óta számottevően – a megyeszékhelyekre, illetve az ország egészére jellemző (7, illetve 12%-os) csökkenést is meghaladóan – mintegy hattizedével visszaesett. A tolnai megyeszékhelyen 2008-ban valamivel több, mint 1500 bűneset került nyilvántartásba. A regisztrált bűncselekmények mintegy felét a vagyon elleni esetek adták (748), számuk nagymértékben csökkent, a 2001. évinek kevesebb, mint háromtizedét tették ki.

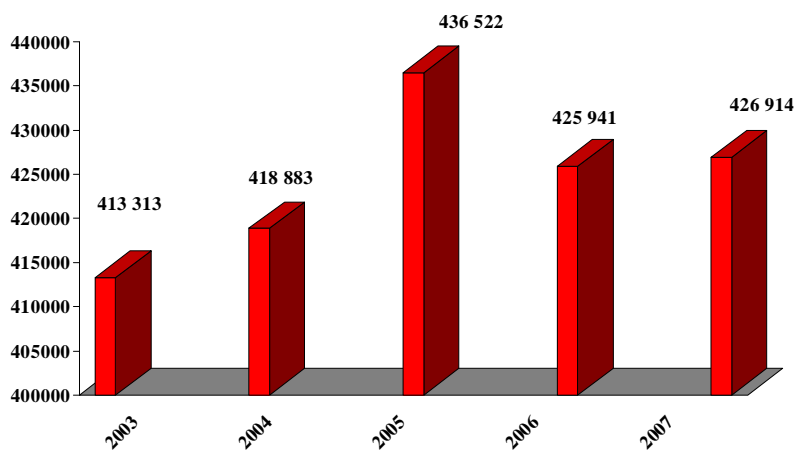
A két hasonlítás alapul szolgáló területen ennél kisebb mértékű, a 18 vidéki megyeszékhely átlagában 9%-os, országosan 36%-os csökkenés következett be. A vagyon elleni bűncselekmények hányada a szekszárdinál magasabb volt mind a megyeszékhelyek átlagát tekintve, mind országosan. A bűnesetek Szekszárdon jellemző másik nagy csoportját a közrend ellen elkövetettek (430) adták, amelyek száma 5%-kal mérséklődött a vizsgált időszakban. A megyeszékhelyeken általában ennél nagyobb, 8%-os, országosan viszont a szekszárdinál kisebb mértékű, 3%-os csökkenést tapasztaltunk. Új veszélyforrást jelez viszont – különösen a fiatalok számára, – hogy ezen időszakban e bűnesetek közé tartozó **kábítószerrel való visszaélések száma megtöbbszöröződött a tolnai megyeszékhelyen.** Összességében a közrend elleni bűnesetek szekszárdi aránya mindkét, az összehasonlítás alapjául szolgáló területen mérténél magasabb volt. A további, még nem említett bűncselekmény-csoportok száma és a köztük lévő különbségek nem bizonyultak számottevőnek. A fajlagos mutatók alapján elmondható, hogy jelentősebb különbség a regisztrált bűncselekmények számában van, a szekszárdi mutató 11 ezrelékponttal kedvezőbb, mint a megyeszékhelyekre összességében jellemző, az országost viszont 3 ezrelékponttal meghaladta. A bűnesetek csoportjai közül a vagyon elleni bűncselekmények gyakorisága mutat Szekszárdra nézve kedvezőbb képet, a közrend ellenieké viszont ezzel ellentétesen a viszonyítási alapul szolgáló területekénél rosszabb helyzetre utal

A regisztrált bűncselekmények megoszlása, 2008

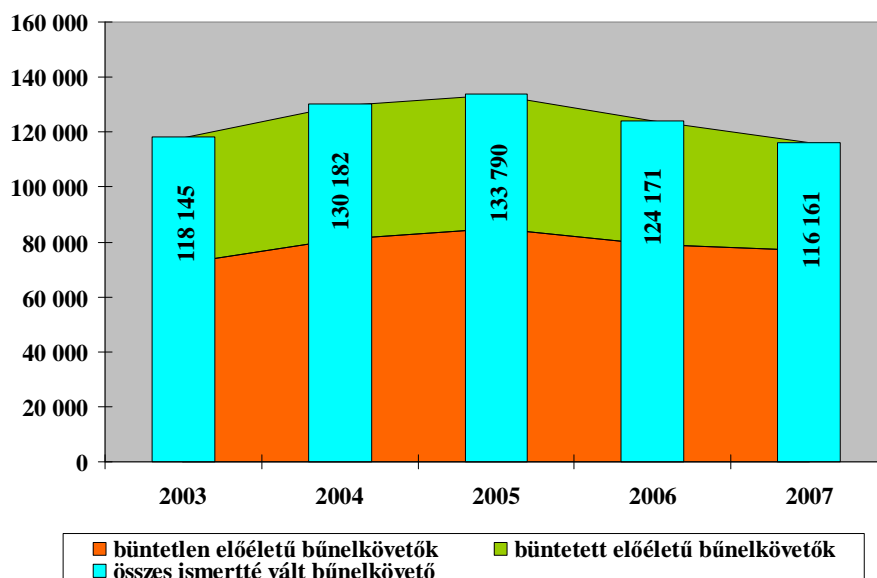
| Megnevezés | Szekszárd | Dél-dunántúli régió megyeszékhelyei | Megyeszékhelyek | Budapest | Ország |
|--|-----------|-------------------------------------|-----------------|----------|--------|
| Regisztrált bűncselekmények | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Ebből: | | | | | |
| személy elleni | 6,1 | 5,3 | 4,1 | 3,0 | 5,1 |
| közlekedési | 6,3 | 5,0 | 3,5 | 2,1 | 4,8 |
| közrend elleni | 28,5 | 22,6 | 19,7 | 18,0 | 17,8 |
| gazdasági | 6,8 | 6,3 | 5,5 | 4,4 | 3,9 |
| vagyon elleni erőszakos és garázda jellegű | 49,6 | 57,7 | 63,1 | 70,7 | 65,1 |
| | 7,6 | 7,3 | 6,5 | 6,1 | 8,1 |

MAGYARORSZÁGI STATISZTIKAI ADATOK

Az összes ismertté vált bűncselekmény



Az ismertté vált bűnelkövetők előélet szerinti megoszlása



II./ 3 AZ EGÉSZSÉGES TÁPLÁLKOZÁS ELTERJESZTÉSE

CÉL:

- A lakosság egészségi állapotának javítása az egészséges táplálkozás népszerűsítése, ezzel kapcsolatosan egyes betegségek csökkentése.
- Az egészséges táplálkozás ismereteinek elterjesztése a lakosság körében.
- A közétkeztetésben az egészséges táplálkozás irányelveit kell érvényesíteni.

A program tárgya, a probléma megfogalmazása:

- **A.** / El kell érni, hogy Szekszárd polgárai, illetve táplálkozással foglalkozó szakemberei körében, teret hódítsanak az egészséges táplálkozási ismeretek.
- **B.** / Az egészséges táplálkozás kampánya – plakátokon, rendezvényeken, média tájékoztatókban.
- **C.** / Közétkeztetési rendszer teljes korszerűsítése.

Projekt vezető koordinátor:

- Polgármesteri Hivatal
- Egészségügyi Gondnokság
- Oktatási Intézmények
- Diákétkeztetési Kft.
- Civil szervezetek
- Humánszolgáltató Központ

Projekt team tagok:

- Egészségnevelők, orvosok, ápolók, védőnők, pedagógusok, civil szervezetek, önkéntes segítők

Várható eredmény:

- Zsír fogyasztás jelenlegiről 10 %-kal csökken **2013-ra**
- A táplálkozással összefüggő betegségek okozta halálozás 5 %-kal csökken **2015-re**
- A túlsúlyos emberek száma nem lesz magasabb a jelenleginél **2013-ra**

Forrás:

□ Önkormányzati költségvetésből + pályázati források

Szekszárdon, szeptember végén átadták a 21. század konyhatechnikájával felszerelt háromezer adagos konyhát a Baka István Általános Iskolában. A főzési technológia nemcsak anyag-és energiatakarékos, hanem egészségesebb is a hagyományosnál. Sütésnél tizedannyi zsírt használnak. A sütő, főző és mosogató berendezések automatizáltak, a különleges elszívó rendszer megakadályozza, hogy a gőz kijusson a konyhába, a szellőző arról gondoskodik, hogy a dolgozók ne hőségben dolgozzanak. Az önkormányzat célja, hogy minél egészségesebb étel kerüljön az asztalokra, ezért november végére átadásra kerül hasonló feltételekkel, egy kétezer adagos konyha.

• Az új nagykonyha előnyeit összefoglalva az alábbiakat mondhatjuk el:

1. Az új konyha 5 korábbi főzőkonyha feladatait tudja ellátni koncentráltan.
2. Az új technológiával csökken az alapanyagok vesztesége, az alacsony hőmérsékleten kisebb a sütési veszteség, kevesebb tápanyagot veszítenek az ételek. A bő zsiradékban sütés helyett, zsírszegényebb, egészségesebb ételkészítésre térünk át, amivel a környezetre káros anyagok kibocsátása is csökken.
3. Rövidebb sütési és főzési ciklussal, egyidejűleg több ételt tudunk elkészíteni, energiatakarékos módon. Az éjszakai sütés és főzés hatékonyabb és energiatakarékosabb működésre nyújt lehetőséget.
4. Az eszközök és edényzet tisztítása kisebb energiafelhasználással, nagyobb hatékonysággal és környezetkímélő módon történik.
5. A korszerű, automatizált gépek hatékonyabb létszámgazdálkodást tesznek lehetővé.

Tájékoztató adatok

Étkezői átlaglétszámok évenként és korcsoportonként (fő):

| Ellátotti csoportok | 2007. évi tény | 2008.évi tény | 2009. évi tény | 2010.évi terv | 2011. évi terv |
|-------------------------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|
| Bölcsődés | 74 | 85 | 90 | 90 | 90 |
| Óvodás | 312 | 388 | 489 | 546 | 706 |
| Általános iskolás | 1.856 | 1.803 | 1.688 | 1.835 | 2.094 |
| Középiskolás | 436 | 417 | 387 | 491 | 580 |
| Szociális étkeztetés | 430 | 396 | 434 | 434 | 450 |
| Speciális étkeztetés | 35 | 46 | 57 | 57 | 60 |
| Alkalmazotti és vendégétkezők | 448 | 393 | 488 | 409 | 497 |
| Összesen: | 3.591 | 3.528 | 3.633 | 3.862 | 4.477 |

Bevételek, költségek, eredmény és cash flow alakulása évenként (ezer Ft-ban):

| | 2007. évi tény | 2008.évi tény | 2009. évi tény | 2010.évi terv | 2011. évi terv |
|-----------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|
| Bevétel | 129.502 | 351.812 | 380.435 | 418.185 | 491.682 |
| Költségek | 138.324 | 401.149 | 416.422 | 452.196 | 480.045 |
| Eredmény | -8.822 | -49.337 | -35.987 | -34.011 | 11.637 |
| Cash flow | 13.015 | 1.396 | -7.962 | 6.860 | 22.813 |

Fejlesztések helyszíne, értéke (ezer Ft-ban), összetétele:

| Fejlesztés helyszíne | Építési költség | Konyhatechnológia |
|---|-----------------|-------------------|
| Baka István Általános Iskola Béri B. Á. u. 89. | 99.976 | 135.467 |
| Gyermeklánc Óvoda Perczel M. u. 2. | 82.767 | 122.279 |
| PTE IGYFK | 49.646 | 17.750 |

Baka István Általános iskolai beruházás lebonyolításának főbb adatai:

- Előkészítés, tervezés: 2007. májustól 2010. áprilisig
- Végső Közgyűlési döntés a konyhaberuházásról: 46/2010. (IV. 15.) szekszárdi öh
- Közbeszerzés ajánlattételi felhívásának megjelenése 2010. június 14.
- Közbeszerzési eljárás eredményének kihirdetése: 2010. július 7.
- Szerződés-kötés, munkaterület átadása: 2010. július 27.
- Beruházás műszaki átadása: 2010. szeptember 27.
- Teljes bekerülési költség: 235. 443 e Ft

Tervezők:

- Generáltervező: Hámori Építész Stúdió Kft. (Hámori Gábor, Hámoriné Glück Teréz)
- Konyhatechnológiai tervező: Teco-Gastro Bt. Budapest (Gauland András)

Kivitelezők:

- Generálkivitelező: PSN Építőipari Kft. (Simcsik Norbert)
- Konyhatechnológiai kivitelező: Coninvest Kft. Budapest (Neményi András)

Műszaki szakértő, lebonyolító:

- Szekszárdi Városfejlesztési Kft. (Kedves András)

Nem csak a konyhai működés újult meg, hanem a kiszállítás is. A frissen elkészült ételek új, hőtartó boksokban, rozsdamentes edényzetben kerülnek a tálalókonyhákra, eltűnnek az elavult és korszerűtlen szállítóedények, javulnak a higiénés feltételek. A boksok hőtartására jellemző adat, hogy óránként 1 Celsius fokot veszít a benne tárolt étel. Tudnunk kell, hogy az egészséghez vezető életmód: társadalmi, gazdasági, környezeti és személyes tényezők támogatása. Egy populáció egészségi állapotáért felelős tényezők: környezeti hatások: 19 %, genetikai állomány: 27 %, egészségügyi ellátás: 11 %, életmód: 43 %. Az egészséges állapot szilárd alapokat kíván: táplálék, stabil lelki állapot, lakhatás, jövedelem, béke, oktatás, szeretet, a valahová tartozás, a biztos családi háttér. Tudatosítani kell az emberekben, hogy a szervezetünk megújulásához, működéséhez, építőanyagokra, energiára van szükség, ezek pedig az elfogyasztott táplálékokból származnak. Anyagcserénk több mint 70 billió sejtet lát el folyamatosan, minél helyesebben táplálkozunk, annál jobban látjuk el sejtjeinket, testünket. A közvetlen hatás: nő a teljesítőképességünk, könnyebbnek, felszabadultabbnak érezzük magunkat, jobban tudunk figyelni és összpontosítani, nyugodtabban alszunk, nagyobb az ellenálló képességünk, fiatalosabban nézünk ki.

A táplálkozás és a betegségek kapcsolata régóta ismert tény, hogy a különböző konyhatechnikai eljárások során, a táplálkozásainkkal elfogyasztott tápanyagféleségek, vitaminok, ásványi anyagok elkészítése kapcsán olyan anyagok keletkeznek, amelyek károsítják az immunrendszerünket, betegséghez vezet. Ismert, hogy számos népbetegség alapja az elhízás, illetve más betegségekkel is együtt jár, pl. hypertonia, diabetes bármely stádiuma, kóros vérzsírok, ezért van nagy jelentősége gyermekkorban a prevenciónak. Orvosi értelemben elhízás alatt a testzsír mennyiségének felszaporodását értjük. A hasi elhízás – a derék körfogat férfiaknál >102 cm, nőknél >88 cm - gyakorisága a felnőtt férfiaknál 33%, míg a nők 51%-a hasi elhízott. Mindkét nemnél a hasi elhízás gyakorisága nő az életkorral. A nőknél minden korcsoportban gyakrabban fordul elő, mint férfiaknál. A férfiaknál a túlsúly és elhízás gyakoriságában nincs lényeges különbség iskolázottság szerint, míg nőknél az iskolázottság szintje jelentősen befolyásolja a gyakoriságot. Míg az alacsony végzettségűeknél 72% túlsúlyos vagy elhízott, középfokú végzettség esetén 55%, a felsőfokú végzettségénél 43%. Az első reprezentatív országos táplálkozási vizsgálatnál (1985-1988) a felnőtt férfiak 52%-ának volt a testtömeg-indexe 25 kg/m² felett. Ebből 12% volt elhízott. A felnőtt nők 50%-a volt túlsúlyos vagy elhízott, 18%-uk testtömeg-indexe haladta meg a 30 kg/m²-t. 2009-re a férfiaknál az elhízottak aránya több mint kétszeresére nőtt (27%), nőknél 12%-os növekedés tapasztalható a mért értékek alapján. A túlsúly és elhízás megelőzésére számos nemzetközi együttműködés indult, amely hazánkat is érinti. A WHO 2004-ben jelentette meg a Táplálkozás, Fizikai Aktivitás és Egészség globális stratégiáját. Ezzel összhangban, a WHO Európai Regionális Irodája kidolgozta az ételmiszer- és táplálkozáspolitikához kapcsolódó Második Európai Cselekvési Tervet. 2006-ban a WHO miniszteri konferenciáján elfogadásra került az Európai Elhízás Elleni Charta. A dokumentum kiemeli, hogy az elhízás járványszerű terjedése visszafordítható, amelyhez az egyén, a társadalom és a kormányok közös felelősségvállalása szükséges. Ennek részeként, átfogó intézkedésekkel mindenki számára meg kell teremteni az egészséges választék és környezet lehetőségét. Az Európai Unió Bizottsága 2007-ben jelentette meg a Táplálkozással, túlsúllyal és elhízással kapcsolatos egészségproblémákra vonatkozó európai stratégiát. A stratégia integrált európai uniós megközelítést vázol fel a táplálkozással összefüggő krónikus betegségek csökkentésére. Egészségünkre tehát, számos összetett folyamat gyakorol hatást. Meghatározó a biológiai faktor, a politikai, gazdasági, társadalmi, kulturális és környezeti tényezők összessége. A pozitív egészségbefolyásolás nemcsak az egyén egészséges életmódjára kell, hogy kiterjedjen, hanem a társadalmi, gazdasági ökológiai környezetre is.

II. / 4 Aktív testmozgás elterjesztése

Cél:

- Alakuljon ki a lakosság mind szélesebb körében a mozgás-gazdag életmód, a sportolás, testedzés, közösségi és társadalmi programként általánosan elfogadott legyen.
- Óvodában és iskolában minden gyermek számára legyen kötelező a mindennapos testnevelés.
- Széleskörű és folyamatos tájékoztatás a médiákon keresztül.
- Minden korosztály számára legyen elérhető a szabadidősport.

A program tárgya, a probléma megfogalmazása:

- **A.** / A média segítségével a társadalom értékrendjében a testkultúra hangsúlyozása.
- **B.** / Természetjáró, Vendégtáborok szervezése.
- **C.** / Fogyatékosok testedzésének elősegítése.
- **D.** / Rendszeres testmozgás szervezése időkorúaknak, kismamáknak.
- **E.** / Egészségnapok szervezése évente.
- **F.** / Tartásjavító és lábstatikai gyakorlatsor bevezetése az óvodai élet mindennapjaiban.

Projekt vezető koordinátor:

- Polgármesteri Hivatal
- Oktatási intézmények
- Humánszolgáltató Központ
- Egészségügyi Gondnokság
- Civil szervezetek
- Mentálhigiénés Egyesület

Projekt team tagok:

- Orvosok, ápolók, védőnők, sportolók, fizioterápeuták,
- gyógytornászok, pedagógusok, önkéntesek, szervezők, civil szervezetek

Várható eredmény:

- A rendszeres testmozgás vonatkozásában jelentős mértékben változik a lakosság szemlélete **2015-re**
- Szervezett lakossági akciókkal, élsportolók bevonásával fokozni lehet a testmozgás népszerűsítését **2014-re**
- 20 % -kal nő azok száma, akik szabadidős tevékenységüket valamilyen sporttal töltik **2015-re**

Forrás:

- Önkormányzati költségvetés + pályázati pénzek

„A sport a játék alatt tanítja meg az embert rövid idő alatt a legfontosabb polgári erényekre: az összetartásra, az önfeláldozásra, az egyéni érdek teljes alárendelésére, a kitartásra, a tettekre készségre, a gyors elhatározásra, az önálló megítélésre, az abszolút tisztességre, és mindenekelőtt a "fair play", a nemes küzdelem szabályaira.”

(Szent-Györgyi Albert)

A Magyar Köztársaság Alkotmánya megfogalmazza, hogy minden magyar állampolgárnak joga van a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez. Ennek a jognak a gyakorlati érvényesülését, a tisztességes játék jegyében kifejtett sporttevékenység lehetőségét, az olimpiai eszme, mozgás gazdag életmód terjesztését, terjedését annak hagyománnyá válását a sportról szóló 2000. évi CXLV. törvény előmozdítja.

„A mozgás sok mindenre orvosság - de nincs olyan gyógyszer, amely a mozgást helyettesítené!” (görög mondás)

Az ember hatalmas mozgásigénnyel jön a világra. A mozgáshoz való későbbi viszonyt nagyban meghatározza, hogy ezt az igényt a környezet, a szülő, az óvoda, az iskola megerősíti, vagy elnyomja. Minden azon múlik, hogy a környezet elfogadja-e, megerősíti-e a mozgást, mint kommunikációt, mint örömforrást, mint alapvető létezési formát. Az iskolában a testnevelés nem egyszerűen készségi tárgy, hanem talán a legfontosabb meghatározója annak, hogy milyen egészségben éli le a felnövő ember az életét. Az iskoláskorban történő nevelés eldöntheti, hogy ötven vagy hetven évig él-e egy ember. A mozgásszükséglet kielégítése az intellektuális tevékenységnek, a figyelemnek, az emlékezetnek az egyik legfontosabb idegfiziológiai előfeltétele. A helyes artikuláció például nagyban függ attól, hogy milyen a gyerek általános mozgásfejlettsége. Ezért lenne nagyon fontos az óvodai és a kisiskolás testnevelés, a mozgáskultúra-fejlesztés. A beszédproblémák, sőt az olyan tanulási zavarok, mint a diszlexia, szorosan összefüggnek a mozgás fejlesztésében jelentkező hiányosságokkal.

Ha a kis bölcsődés vagy óvodás nem tanul meg sokféle mozgásformát, nem jön létre az idegpályáknak az a begyakorlottsága, nem jönnek létre azok a feltételes reflexkapcsolatok, amelyek a tiszta beszédhez, a figyelemkoncentrációhoz kellene. Az írás tanulása során a kis elsősök jó részének problémákat okoz, hogy a kis köröket, vonalakat két sor közé rajzolják. Megfigyelhető, hogy az a gyerek, aki sokat mozgott, akivel sokfajta mozgást gyakoroltattak az óvodában, sokkal könnyebben tanulja meg azt a finommozgásos koordinációt, amely az írás alapja, mint az, akinek kevésbé vagy egyáltalán nem fejlesztették sokoldalúan a mozgásügyességét. A fegyelmezés során leggyakrabban az önkéntelen mozgásigény korlátozása jelenik meg. Nem kap kellő súlyt a mozgásszükséglet biológiai meghatározottsága s annak bemutatása, hogy a gyerekek ezt az igényét folyamatosan ki kell elégíteni. Bármilyen hihetetlen, de igaz: a matematikai gondolkodás fejlődéséhez és a sikeres nyelvtanuláshoz is a gyerekek sokféle mozgására van szükség. Vajon mi a titka a mozgásterápia módszerének? Talán, hogy mindannyian ösztöneinkben őrizzük a mozgás élvezetét? Mindenkinek saját magában kell megtalálni az erőt, amely segítségével rábírja magát, hogy kimozduljon, és olyan mozgástevékenységet űzzön, amely örömet okoz számára. A siker egyik kulcsa a türelem. A legtöbb ember a tervezéstől a megvalósításig tartó küzdelmes útnak gyakran ötször-hatszor is nekivág, mire kézzel fogható eredmény születik. Nincs ebben semmi meglepő. A pszichológusok szerint ugyanis sokáig tart, míg a régi beidegződések feloldódnak, és a megváltozott magatartás által létrehozott új idegi kapcsolatok megszilárdulnak. A sportnak végül olyan magától értetődővé kell válnia életünkben, mint a fogmosás, és azt sem egyik napról a másikra tanultuk meg. Talán abban rejlik a mozgásterápia sikeressége, hogy aki elhatározza, hogy változtat az életén, saját maga hőségévé válik, szeretni fogja önmagát és ez olyan erőt ad, hogy saját maga gyengeségeit legyőzi, hihetetlen ellenálló képességet ad, enyhébb depresszió eseteiben növeli az önértékelést, megszünteti az elszigeteltség érzését. A testmozgás hatására endorfin szabadul fel, mely egyike a jó közérzetért felelős vegyületeknek. Ha nincs egy kialakított mozgás kultúránk, nem fejlődünk, testünk inkább „visszafejlődik”, megjelenik a súly felesleg, „macskássak” lesznek az izmaink, és jönnek a különböző betegségek. Ezzel szemben a mozgásnak rengeteg jótékony hatása van:

- Javítja a testünk oxigén felvevő képességét
- Segíti a nyirokkeringést
- Jótékony hatással van idegrendszerünkre és agyi kapacitásunkra

- Erősíti szívünket, nagyobb lesz a szívünk teljesítőképessége, több vért tud pumpálni, így nem fulladunk ki olyan hamar
- Csökkenti a vérnyomást
- Csökkenti a vércukor szintet
- Segít testsúlyunk megtartásában
- Növeli a teljesítő képességünket
- Nyugodtabbá teszi az alvást

A mozgásszegény életmód megváltoztatásával kapcsolatban a legfontosabb tudnivaló, hogy ahhoz leginkább elhatározás szükséges, nem pedig pénz vagy idő. Napi 30 perc mozgás legalább hetente három alkalommal már elegendő ahhoz, hogy a mozgás szegénységet, mint kockázati tényezőt csökkentsük, vagy kiiktassuk az életünkből. Tökéletesen megfelelő tevékenység például az egyenes tempójú gyaloglás. A nem otthon dolgozóknak mindenképpen el kell jutnia a munkahelyére, illetve onnan haza, ami kiváló alkalmat nyújt a napi rendszeres testmozgás biztosítására. Menjen gyalog dolgozni és haza, vagy ha a távolság túl nagy, legalább az oda, a vagy visszautat tegye meg gyalog. Kiválóan használhatók a lépcsők, mint a testmozgás kellékei: ha emeleten dolgozik, vagy lakik, használja rendszeresen a lépcsőket. Tanácsos a fokozatosság elvét megtartani: tízperces sétával, illetve 2-3 emelettel kezdje, s fokozatosan, néhány naponta emelje az adagot. Ugyan ez a helyzet a futással is, sokan tévedésbe esnek, nem kell 15-20 kört futni, nem a mennyiség a fontos, hanem a rendszeresség, és ami a legfontosabb, hogy jól essen, amit sportolunk. A legfontosabb, hogy kezdje el, és ne hagyja abba, kiegyensúlyozottabb és egészségesebb lesz!

Az edzés alapszabályai!

1. Megfelelő fizikai terhelés

Az edzésterhelések a szervezetben csak akkor váltanak ki alkalmazkodási folyamatokat, ha elérnek egy meghatározott erősséget és kielégítő számban, időben ismétlődnek. Csekély erősségű ingerek nem váltanak ki kedvező hatást, a túl erős ingerek pedig legtöbb esetben nem hoznak létre optimális alkalmazkodást. Ez az alkalmazkodás annál hatékonyabb, minél jobban megközelíti a terhelés az egyén pillanatnyi teljesítőképességét. Tehát a terhelés lehetőleg optimális legyen. Ezt eltalálni jó edzői munka, sőt művészet.

2. Elegendő pihenés

Az állandó növekvő túlzott terhelés elfáradáshoz, ún. túledzetséghez vezethet, ezért fontos az edzés és pihenés helyes aránya. Legyen az edzés szabályosan "szabálytalan". Váltakozzanak a könnyű és erősebb edzések. Két erős edzést ne fussunk egymás után! A túledzetség tünetei először az ingerlékenység, a rossz hangulat, a túlzott érzékenység, depresszió stb., mint pszichológiai jelzések, ezután jön az álmatlanság, étvágytalanság, megnövekedett pulzuszugvási idő stb., mint működési tünetek és a teljesítmény is csökken természetesen.

3. Fokozatosan növekvő terhelés

Először emeljük az edzés mennyiségét, majd csak ezután változtassunk a minőségen. Tehát először fokozatosan kell eljutni a félórás, majd utána az egyórás folyamatos futásig. Ezután lehet gyorsítani a tempót különböző később tárgyalt edzőmódszerekkel.



III. 1. Környezet-egészségügyi Program

Cél:

- A környezet-egészségügyi problémák áttekintése, fontossági sorrendek felállítása, egyeztetések, tervezések.
- Parlagfű- mentesítés, allergiás légúti betegségek csökkentése.
- Adekvát primer prevenció rendszer működtetése
- Egészségtan oktatása az iskolákban

A program tárgya, a probléma megfogalmazása:

- **A.** / Szekszárd város környezet – egészségügyi problémák fontossági sorrendjének a meghatározása, tervek alapján közzé tenni a médiában.
- **B.** / A város területén vissza kell szorítani az allergiát okozó polleneket (köz munkások foglalkoztatása keretében).
- **C.** / Primer prevenció rendszer folyamatos működtetése előadások, szűrések, felvilágosító programok stb.
- **D.** / Az egészségtanárok arra szakosodtak, hogy a környezettudatos magatartásra neveljék a jövő generációját az iskolai oktatásban.
- **E.** / A szennyvízcsatorna hálózat teljes kiépítése.
- **F.** / Országos Víztisztasági Program- új ivóvíz bázis kiépítése.
- **G.** / Illegális hulladékok, környezetszennyezést okozó források felszámolása.
- **H.** / Járdák, kerékpárút további kiépítése.
- **I.** / Élmenyfürdő létesítése, piactér korszerűsítése.

Projekt vezető koordinátor:

- Városüzemeltetési és Városfejlesztési Iroda
- Egészségügyi Gondnokság

Kulcsszereplők:

- Környezetvédelmi-egészségügyi szakemberek, civil szervezetek, orvosok, védőnők.

Forrás: Részben önkormányzati, részben pályázati

Várható eredmény:

- A környezeti ártalmak csökkentésével javul a város lakosságának egészségi állapota. Növekszik a civil szervezetek tekintélye, a mozgósító hatásának köszönhetően a környezet megóvásáért. **(2015)**
- A levegőszennyezettség csökkentése, az egészséges ivóvíz, hulladékkezelés, szennyvíz, csapadék - és talajvíz hálózat, korszerűsítésével, a fertőzéseknek a kialakulását megakadályozzuk **(2015)**

A természetes, az épített, valamint a munkakörnyezet jelentősen befolyásolja a lakosság egészségi állapotát. Magyarországon a betegségek mintegy 14-16%-a hozható kapcsolatba a külső és belsőtéri levegő minőségével, az emberi fogyasztásra használt vízzel, a talaj és hulladékok toxikus hatásaival, továbbá egyéb fizikai és vegyi vagy biológiai ágenssel.

Környezetszennyezés okozta hazai egészségkárosodások:

- rendkívül szoros a kapcsolat a légszennyezettség>> bronchitis, tüdőrák
- Nitrogén műtrágya felhasználás Mo-n.: 640 e. tonna a 70-es évek közepén. 180 e. tonna az 50-es évek előtt és a 90-es években. Ez a talajvíz elnitrátosodásához vezetett. ivóvíz hálózatba került és megnőtt a methaemoglobinaemia száma.
- Arzénszennyezés: Alföld középső tájéka, Duna-Tisza köze, Orbánság. Lokálisan szennyezett helyek: Bp. környéke, Százhalombatta térsége. Borsodi Vegyiművek, Ajka
- Vízfelhasználás: csatornázatlan települések, településrészek, jelentős környezeti veszély. Közműolló.(25%) 2005-ben. Vegyszeres ivóvízszennyezés. Szennyvizek.

A halálokat befolyásoló tényezők és a környezeti okok közül leginkább a Dél-alföldi régió egészséges ivóvízellátásának problémái emelhetők ki. Jelentős probléma a szennyvízelvezetés és kezelés alacsony szintje, az ivóvízbázisokat veszélyeztető talajszennyezések, a veszélyes hulladékok, okozta egészségkárosító kockázat. Kiemelten fontos a lakosságnál levő gyógyszerek szakszerű összegyűjtése, azonosítása, megsemmisítése.

Fenntartható fejlődés: az emberiség jelen szükségleteinek kielégítése, a környezet és a természeti erőforrások jövő generációk számára történő megőrzésével egyidejűleg. Erre kellene leginkább koncentrálni. A környezeti nevelés célja a környezettudatos magatartás, a környezetért felelős életvitel elősegítése. Távlabbról nézve környezeti nevelés a természet – s benne az emberi társadalom – harmóniájának megőrzését, fenntartását célozza. Célja a természetet, az épített és társadalmi környezetet, az embert tisztelő szokásrendszer érzelmi, értelmi, esztétikai és erkölcsi megalapozása.

2008 végére 14 400 szekszárdi lakást, az ingatlanok 97%-át vonták be a rendszeres hulladékgyűjtésbe, amely arány meghaladta a vidéki megyeszékhelyek és az ország átlagát is. A városból az év során összesen 17 831 tonna szilárd települési hulladékot szállítottak el, amelynek több mint négytizede a háztartásokból származott. Szekszárdon a zöldterület a város területének az egy százalékára sem terjed ki, azonban kikapcsolódás céljára 75 játszótér, tornapálya és pihenőhely áll a lakosok rendelkezésére. A fontosabb fajlagos adatokat tekintve a háztartásokból elszállított egy lakosra jutó szilárd települési hulladékmennyiség jóval alatta maradt az országos átlagnak, a vidéki megyeszékhelyek közül csak Szolnokon és Veszprémben tapasztaltak a szekszárdinál kisebb értéket. A város az egy főre vetített zöldterület nagysága alapján is az utolsók között szerepelt a rangsorban, egyedül csak Debrecent előzte meg. Ugyanakkor az egy lakosra jutó önkormányzati kiépített út és köztér hossza alapján – Zalaegerszeggel együtt – listavezetőnek számított.

Szekszárd ivóvízminősége:

A fogyasztói csapokon vizsgált vízminőség minden paraméter tekintetében megfelel *az ivóvíz minőségi követelményeiről és az ellenőrzés rendjéről szóló 201/2001. (X. 25.) Kormányrendelet* által előírt követelményeknek. Ez az állapot azonban féltő, hogy nem tartható sokáig, beavatkozás nélkül, ugyanis az 1993-ban felfedezett diklór-etilén szennyezés a jelenleg üzemelő vízbázist veszélyezteti. A 2002-ben megindult kárelhárítási munkák jelenleg még megakadályozzák a veszélyes anyag bejutását a vízbázisra, de a végleges megoldás az, hogy egy új vízbeszerzési lehetőséget keresnek. Ez meg is történt, ugyanis a városnak lehetőséget adott az állam, hogy pályázhasson az Országos Vízminőségjavító Programban. A város élt is a lehetőséggel, jelenleg a pályázat elbírálás fázisában vannak. Jó eséllyel a jövő évben elkezdődhetnek a munkálatok.

Közműellátottság

Szekszárd vezetékes infrastruktúrával való ellátottsága összességében jónak mondható. 2008 végén a lakások szinte mindegyike rendelkezett vezetékes ivóvízzel és csaknem kilenctizedük csatlakozott a szennyvízcsatorna-hálózathoz.

A mintegy 197 km hosszú ivóvízhálózatra 138 km szennyvízcsatornahálózat jutott. A 2008. év során szolgáltatott 1653 ezer m³ víznek a kétharmadát a háztartások használták fel, a tisztítottan elvezetett mintegy 1800 ezer m³ szennyvíznek hattizede származott a háztartásokból. Szekszárdon a lakosságtól közcsatornán elvezetett szennyvízmennyiség egy főre eső mutatója hasonló volt a vidéki megyeszékhelyek átlagához, azzal együtt, hogy bár ez az érték meghaladta a dél-dunántúli megyeszékhelyek szintjét, jóval elmaradt a budapesti értéktől. A város gázellátását 146 km hosszú hálózat biztosítja, amely 2008-ban az ipari fogyasztók mellett közel 8300 háztartást szolgált ki, amelyeknek 94%-a ezzel az energiaforrással fűtötte lakását. A háztartások 2008-ban 9 millió 373 ezer m³ vezetékes gázt – a városban fogyasztott összes mennyiségnek közel egynegyedét – használtak fel. A lakosság részére szolgáltatott egy háztartásra jutó gázmennyiség tekintetében a város mutatói mind a (vidéki és dél-dunántúli) megyeszékhelyek átlagának, mind az országos és budapesti értékeknek alatta maradtak. A mutató alapján Szekszárd a megyeszékhelyek közül csak Tatabányát előzte meg. A távfűtésbe és melegvíz-hálózatba 2008 végén a szekszárdi lakásoknak 38%-a volt bekapcsolva, előbbi némileg elmaradt az ország hasonló jogállású településeinek átlagától, utóbbi pedig meghaladta azt.

SZEKSZÁRD KÖZIGAZGATÁSI TERÜLETE

2010

Belterületi gondozott zöldfelület: 1 458 054 m²

Ebből:

intenzíven fenntartott: 1 041 816 m²

(minimum. 6x kaszálás/év)

városi intézményi területek: 75 364 m²

városi virágágyi felületek: 4 386 m²

cserje felület: 17 173 m²

Összesen: 1 554 977 m²

A gondozott belterületi teljes zöldfelület: 1 554 977 m² 156 ha

Ebből:

park: 585 458 m² korlátlanul látogatható

temetők: 103 910 m² korlátozottan látogatható

(szabályozott nyitva tartás)

Intézmények: 75 364 m² korlátozottan látogatható

(szabályozott nyitva tartás)

A fennmaradó hányad: (árkok, padkák)

Nem városi tulajdonú korlátozottan használható zöldterület:

Kórház kert

Megyeháza kertje

Megyei intézmények kertje

Elhagyott (nem használt) ipari területek aránya a teljes területhez képest elenyésző. Adattal nem rendelkezünk.

Sétáló utcák száma: 1 db (Garay tér), hossza: 200 m területe: 5000 m²

Kerékpárutak hossza: 9 km (Szőlő utca-Kórház, Kórház-Tejipar, Tesco-vasúti átjáró)

Szekszárd közigazgatási területe: 9 627 ha

Ebből belterületi lakott: 1 166 ha

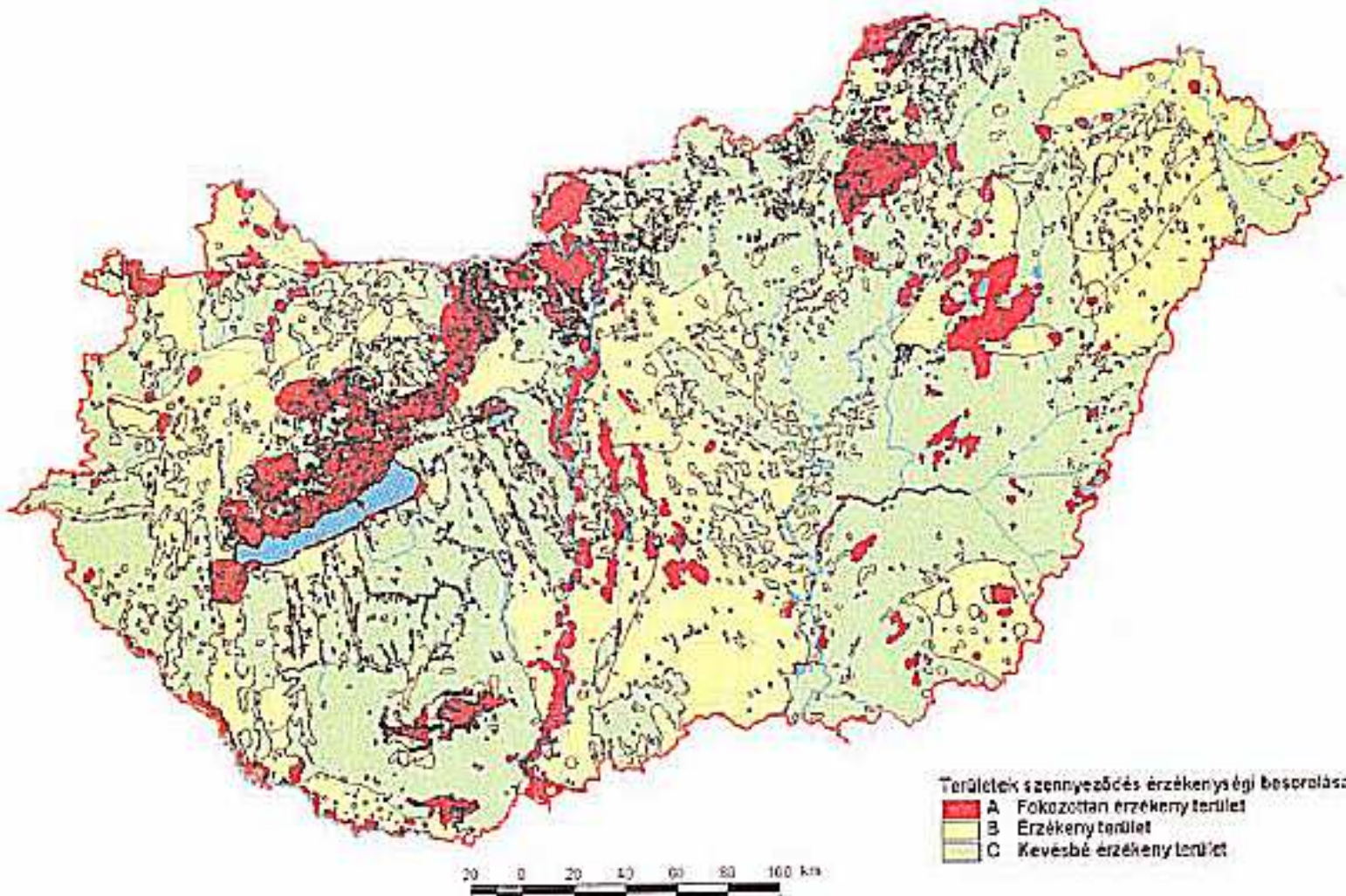
Tömegközlekedéssel lefedett belterület nagysága: 100%

Kendergyár és József puszta megközelítése busszal csak a Keselyúsi útig lehetséges.

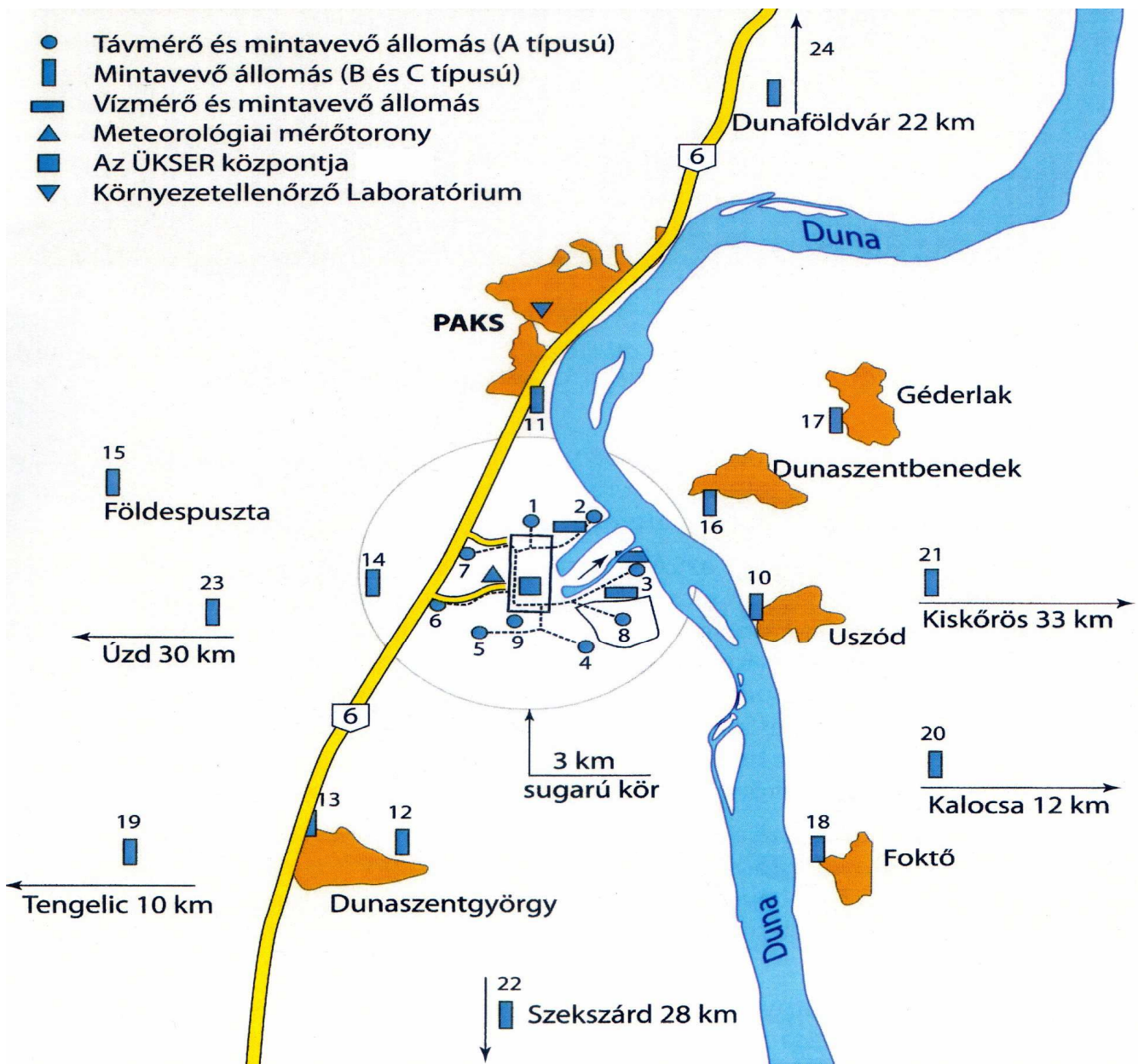
Hulladékokra vonatkozó engedélyek:

| Ügyfél név | Cím (székhely) |
|--------------------------------|---|
| Alisca Terra Kft. | 7100 Szekszárd Epreskert Utca 9 |
| Balogh István | 7100 Szekszárd Kövendi Sándor utca 16. |
| Dél-Magyarországi Méh ZRt. | 6721 Szeged Bocskai u. 8/B. |
| Gemenc Autó Centrum Kft. | 7100 Szekszárd Pásztor utca 2. |
| Kalo-Méh Trans Kft. | 6300 Kalocsa Ciglédi kertek 3. |
| Kézmű Nonprofit Kft. | 1147 Budapest 14. ker. Csömöri út 50-60. |
| KT-DINAMIC Nonprofit KFT. | 7100 Szekszárd Rákóczi u. 19. |
| Metalloglobus Félgyártmány Kft | 1106 Budapest 10. ker. Jászberényi Út 57. |
| RFC Promotion Kft. | 7693 Pécs Hird, Tömörkény István u. 61. |
| Szekszárd-Metal Recycling KFT | 7103 Szekszárd Sió u. 5. |
| Szekszárdi Vízmű Kft. | 7100 Szekszárd Epreskert utca 9. |

Veszély térkép

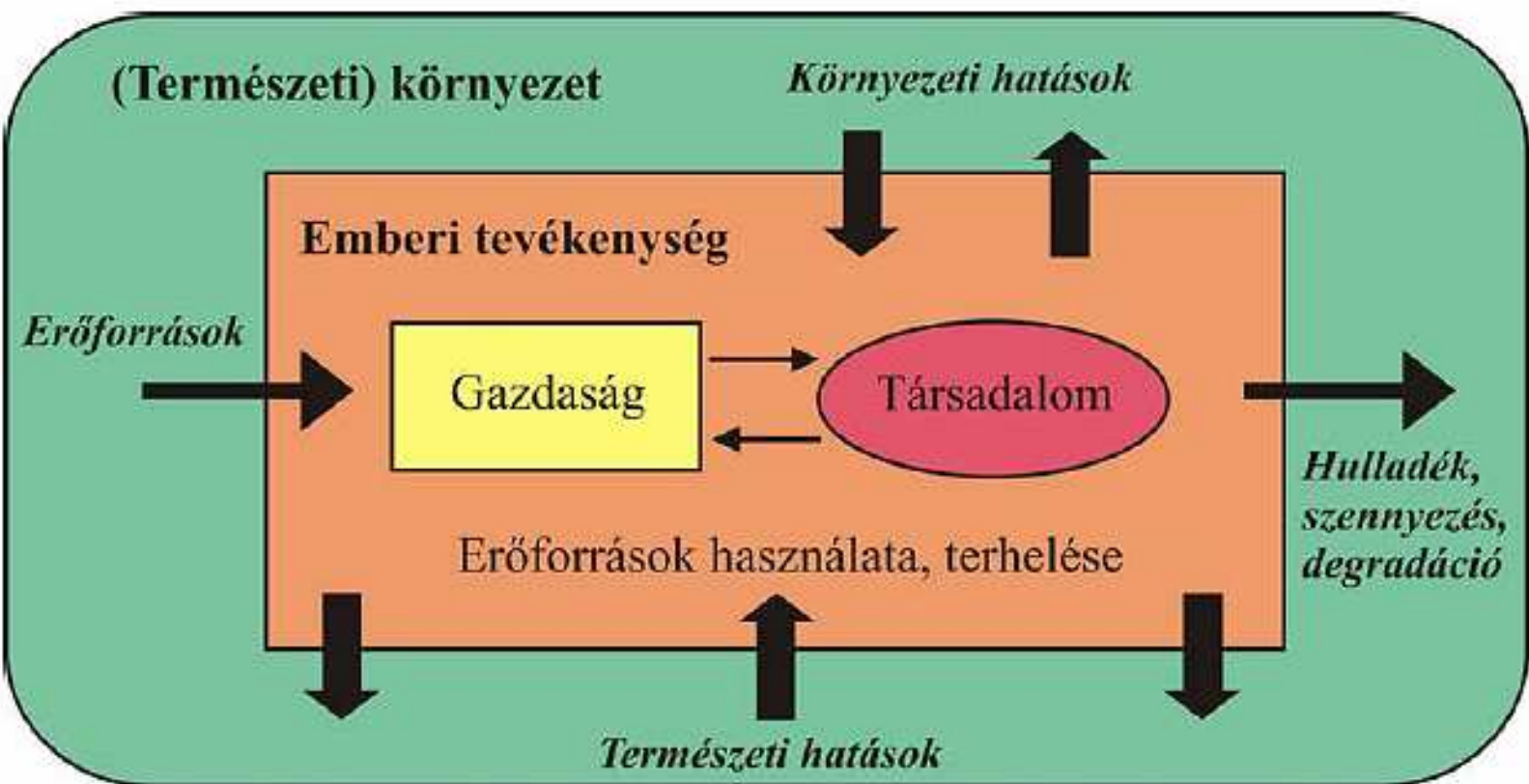


Mérőállomások



Helyi közlekedés

A **szekszárdi** tömegközlekedést a helyi autóbuszjáratok jelentik, amelyek 2008-ban 20 útviszonylattal összesen 45 km hosszú hálózaton biztosították az összeköttetést az egyes városrészek között. Az adott évben a helyi autóbusz-hálózatot 4,9 millióan vették igénybe, és a megtett utaskilométer is több mint 17 milliót tett ki. Szekszárd a megyeszékhelyek között az utolsó helyen állt mind a helyi autóbusz-közlekedés vonalhálózata, mind az utaskilométer alapján. (A helyi buszjáratok vonalhálózata egyébként Egerben is csak alig valamivel hosszabb, mint Szekszárdon.) Kedvezőbb a helyzet személygépkocsik vonatkozásában: a városban 2008 végén közel 12 500 személyautót regisztráltak, ami ezer lakosra vetítve 368 járművet jelent. Szekszárd e mutató alapján nemcsak valamennyi vidéki megyeszékhelyet, de Budapestet is megelőzte.



Miért van szükség a környezetvédelemre, a környezeti biotechnológiára?

Bioremediáció

- **Remediáció** = gyógyítás

A szennyezőanyag a környezetkárosító hatásának csökkentése, vagy megszüntetése, a

Miért van szükség a környezetvédelemre, a környezeti biotechnológiára?

Remediáció = gyógyítás

A szennyezőanyag környezetkárosító hatásának csökkentése, vagy megszüntetése, a szennyezett talaj, vizek, levegő, „meggyógyítása.”

Bioremediáció

- olyan technológiai eljárás, mely biológiai rendszereket használ a **környezet** megtisztítására a (toxikus) szennyezőanyagoktól. Általában mikroorganizmusokat és növényeket használunk e célra. Hatékonyságát számos környezeti tényező befolyásolja.
- Biodegradáció a szennyezőanyagok biológiai úton történő lebontása, mely környezetvédelmi szempontból a legmegfelelőbb megoldás, ez esetben nem marad vissza káros mellék-, vagy végtermék

Környezeti szennyezések:

- gázok (kén-dioxid, szén-dioxid, metán, nitrogén-oxidok...)
- illékonyak (VOCs, CFCs)
- lebegő részecskék
- légtérrel szennyező anyagok:
- mikroorganizmusok (patogének, vírusok...)

- biológiai:
- **természetes** eredetű (mezőgazd., kommunális hulladék),
- szintetikus (pesticidok, PAH, halogén tart-ú vegy.-k),
- petrokémiai (olaj származékok, BTEX), ...
- szerves:
- fémek, radioaktív anyagok,
- nitrát, nitrit, foszfát, cianidok, azbeszt, stb...
- szervetlen

Mikor kell foglalkozni a szennyezésekkel?

- Minden esetben, de
 - Amennyiben a **természetes** lebontási, átalakítási folyamat megindul, akkor csak figyelünk (monitor)
 - Ha nincs, vagy nagyon lassú a **természetes** út, akkor kell aktívan beavatkozni
- Xenobiotikumok = természetidegen vegyületek
 - Lebontásuk általában nehézkes
- Lebontásnak ellenálló vegyületek (recalcitrant)
 - Lehet **természetes** eredetű (pl. klórmetán, fluoracetát) vagy szintetikus
- Xenobiotikum vagy sem?
 - Klórmetán: lebontása nem ismert illetve nagyon lassú, pedig természetben kb 5×10^9 kg/év (talaj gombák) szintetikus úton 2×10^7 kg/év
 - Fluoracetát: a legtoxikusabb (1 g/kg emlős letális dózis) ismert szerves vegyület, mégis 34 növényi faj (pl. Gastrolobium, Oxylobium) termeli, és találtak a természetben olyan baktériumokat, melyek bontani képesek
- A lebonthatóság vizsgálatához célszerű a vegyület alapszerkezetét megvizsgálni, és nem feltétlen azt elemezni, hogy xenobiotikum vagy sem.

Környezeti biotechnológia területei:

1. Megelőzés (tisztá technológiák fejlesztése)

- Modern világunkban korszerű, környezetbarát technológiák jelennek meg az iparban

- Előnye:
 - kisebb a **környezet** terhelése, kevesebb veszélyes terméket állítunk elő, kevesebb a hulladék, toxikus melléktermék, stb.
 - A cégeknek kármentesítésre kevesebbet kell költeni
 - Folyamatok fejlesztése, pl. enzimek használata nem biológiai katalizátorok vagy korrozív vegyszerek helyett
 - Termékfejlesztés:
 - pl. bioműanyagok bioüzemanyagok
 - Figyelni kell a szennyezések megjelenését, változásait. Monitorozzuk a mikrobiális aktivitást, az ökológiai hatásokat
- Számos kémiai módszer létezik
 - In situ monitorozásra a legmegfelelőbb megoldás bioindikátorok, biomarkerek, bioszenzorok alkalmazása

Szennyezések kimutatása, monitorozása:

A **bioindikátorok** épp szervezetek, melyek természetesen előfordulnak az adott környezetben, és a populációjukban történő változás ad információt, a környezetet ért szennyezés hatásáról.

- A **biomarkerek** egy szervezet fiziológiai, biokémiai, vagy molekuláris jellemvonásai, melyekre hat a szennyezés.
- A **bioszenzorok** módosított, vagy specifikus enzimek, akár teljes (esetleg genetikailag módosított) katabolikus utak vagy aktív mikroorganizmusok, melyek a környezetben megjelenő szennyezések, toxikus anyagok korai (kvantitatív) kimutatásában játszanak fontos szerepet.

Monitorozás

A bioremediációs eljárás alkalmazható-e az adott környezetben, az a szennyezések kimutatása mellett, a kármentesítő folyamatokban résztvevő mikrobákat is figyelemmel kell kísérnünk, valamint az ökológiai hatásokat is meg kell vizsgálnunk

- Mikroorganizmusok detektálása, monitorozása:

gyakran alkalmazunk laborban felszaporított mikroorg-kat (bioaugmentáció), melyek (különösen, ha genetikailag módosított) jelenlétének, aktivitásának nyomonkövetése fontos a hatékonyság megállapítása érdekében. Gyakran a mikrobák jelölésével segítik a detektálást. Ökológiai hatások vizsgálata: technológia lépései, és a keletkező intermedierek nem veszélyesek-e az ökoszisztémára, az alkalmazandó mikroba nem termel-e a növények, a **környezet** számára toxikus anyagokat

Genetikai mérnökség

- A különböző szervezetek genomjának feltérképezése kapcsán olyan lehetőségek birtokába jutottunk, melyet felhasználva, pl. környezeti hatásoknak ellenálló növényeket, aktívabb mikroorganizmusokat stb. tudunk létrehozni. Ennek többek között előnye, hogy kevesebb vegyszert kell használnunk, rövidebb idő alatt megvége a bioremediáció.

A környezetgazdálkodás fontosabb adatai, 2008

| Megnevezés | Egy lakosra jutó | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| | elszállított szilárd települési hulladék, kg ^{a)} | zöldterület, m ² | önkormányzati kiépített út és köztér hossza, m |
| Székszárd | 219,2 | 13,3 | 5,2 |
| Dél-dunántúli régió megyeszékhelyei | 331,7 | 48,3 | 3,3 |
| Megyeszékhelyek összesen | 258,5 | 24,6 | 2,8 |
| Ország | 267,0 | 17,6 | 4,4 |
| Ebből: Budapest | 243,5 | 13,2 | 2,1 |

a) A háztartások körében.

A közműellátottság fontosabb fajlagos adatai, 2008*

| Megnevezés | Egy lakosra jutó | | |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| | szolgáltatott gázmennyiség | szolgáltatott vízmennyiség | közcsatornában elvezetett szennyvíz |
| | m ³ | | |
| Szekszárd | 628,1 | 32,2 | 32,1 |
| Dél-dunántúli régió megyeszékhelyei | 734,8 | 30,9 | 30,4 |
| Megyeszékhelyek összesen | 784,9 | 34,2 | 32,3 |
| Ország | 881,7 | 36,0 | 27,2 |
| Ebből: Budapest | 799,6 | 55,6 | 50,4 |

* A háztartások körében.

A helyi közlekedés főbb adatai, 2008

| Megnevezés | Helyi autóbuszközlekedés | | Ezer lakosra jutó személygépkocsi |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| | hálózatának hossza, km | utaskilométere, 1000 km | |
| Szekszárd | 45 | 17 173 | 368 |
| Dél-dunántúli régió megyeszékhelyei | 273 | 378 596 | 320 |
| Megyeszékhelyek összesen | 1 970 | 2 484 390 | 315 |
| Ország | 4 513 | 8 047 159 | 305 |
| Ebből: Budapest | 819 | 5 086 050 | 348 |

Az épített lakások 1000 lakosra jutó száma

| Év | Szekszárd | Dél-dunántúli régió megyeszékhelyei | Megyeszékhelyek összesen | Ország | Ezen belül: Budapest |
|------|-----------|-------------------------------------|--------------------------|--------|----------------------|
| 2000 | 2,7 | 2,2 | 1,9 | 2,1 | 1,8 |
| 2001 | 1,9 | 2,4 | 3,0 | 2,7 | 2,5 |
| 2002 | 1,1 | 3,3 | 3,8 | 3,1 | 3,6 |
| 2003 | 2,8 | 4,3 | 4,6 | 3,5 | 3,6 |
| 2004 | 2,7 | 3,5 | 5,4 | 4,3 | 5,7 |
| 2005 | 5,5 | 3,0 | 4,3 | 4,0 | 6,9 |
| 2006 | 2,7 | 3,0 | 3,5 | 3,3 | 4,6 |
| 2007 | 2,8 | 2,9 | 3,8 | 3,5 | 5,4 |
| 2008 | 2,6 | 2,3 | 3,3 | 3,5 | 5,3 |

IV. / 1 Koszorúér-és agyér-betegségek okozta halálozás visszaszorítása

Cél:

- A korai halálozás csökkentése.
- A magas vérnyomás- szűrés hatékonyságának növelése.
- Populációs szintű szűrővizsgálatok WHO kritériumainak teljes mértékben megfelelően.
- A felfedezett korállapotok csökkentése.
- Egészségtanóra oktatása az iskolákban.

A program tárgya, a probléma megfogalmazása:

- **A.** / Egészségfejlesztés a lakosság mind szélesebb rétegeiben: életmódbeli szokások, környezet (táplálkozás, dohányzás, fizikai aktivitás, stressz)
- **B.** / Iskolai egészségnevelési programok keretében a szív-érrendszeri betegség megismerése, tünetei, orvoshoz fordulás indikációi, kezelése.

- C. / a betegséggel való együttélés oktatása segítése.
- + II. / 1 Dohányzás visszaszorítása
- + II. / 2 Alkohol- és drogprevenció
- + II. / 4 Aktív testmozgás
- + III. / 1 Környezet egészségügyi program

Projekt vezető koordinátor:

- **Polgármesteri Hivatal**
- Háziorvosok
- Védőnők
- Civil szervezetek

Projekt team tagok:

- Háziorvosok, védőnők, ápolók, szociális-és oktatási intézmények dolgozói, civil szervezetek

Kimeneti eredmény:

- Csökken a lakosság szív-érrendszeri megbetegedése (2015)
- Ezzel kapcsolatosan csökken a halálozások száma (2015)
- Erősödik a szűrővizsgálatok hatékonysága az egyéni és a társadalmi felelősségtudat. (2016)
- A betegséggel kapcsolatos ismeretek a széles körben bővülnek (2016)

A projekt forrásigénye:

- Az egészséges életmód programoknál részletezett keretkből.

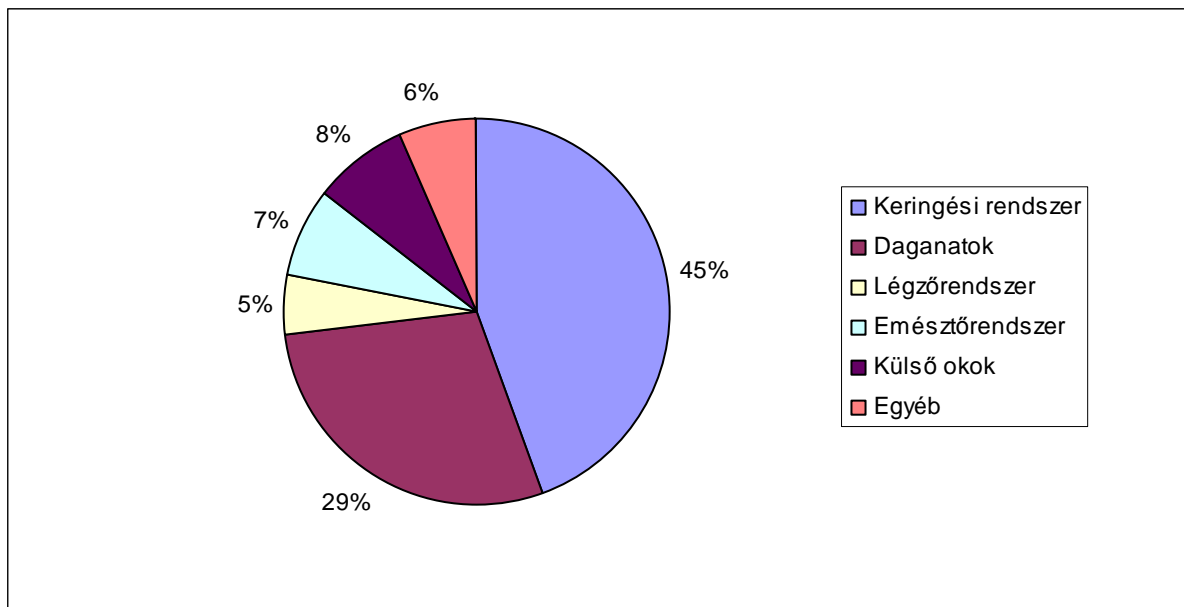
MORBIDITÁS

- A háziiorvosi szolgálathoz bejelentkezett felnőttek betegségei a főbb betegségcsoportok jelentős részében meghaladták az országos adatok alapján várható értéket.

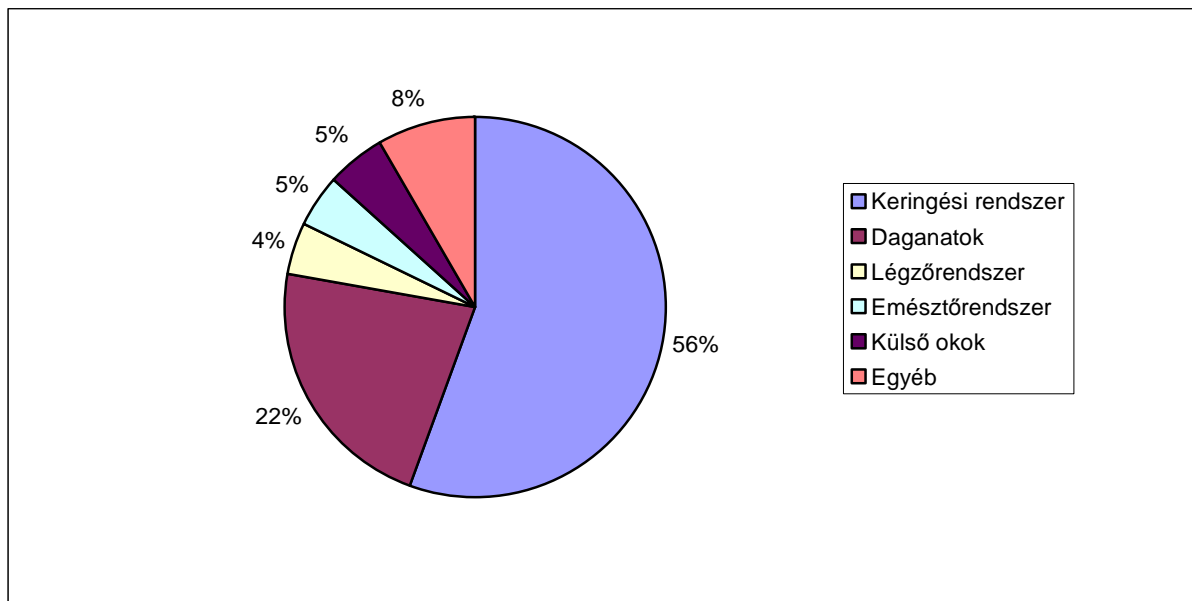
- A leggyakoribb megbetegedések az ischaemiás szívbetegegek, a magasvérnyomás.
- A háziorvosi, házi gyermekorvosi szolgálathoz bejelentkezett kiskorúak betegségei az esetek döntő többségében szintén a várható értéknél magasabb.
- A gyermekek körében a vér- és vérképzőszervek betegségei, és a vashiányos anaemia fordul elő gyakrabban.

HALÁLOZÁS: A térség halálloki struktúrájában mindkét nemnél a vezető halálok országos adatokhoz hasonlóan keringési rendszer betegségei (férfi: 44 nő: 56%), második a daganatos betegségek (férfi: 29 nő: 22%). Ezt követik arányaiban lényegesen kisebb mértékben az emésztőrendszer (férfi: 7, nő: 5%), a szándékos önártalom és a balesetek (8-5%), valamint a légzőrendszer betegségei (férfi: 5, nő: 4%) miatti halálokok. A kistérség lakosságának standardizált halállozasi hányadosa összhálalozás mindkét nemnél a kissé kedvezőbb eltérést mutat az országos 100 %-os értéktől.

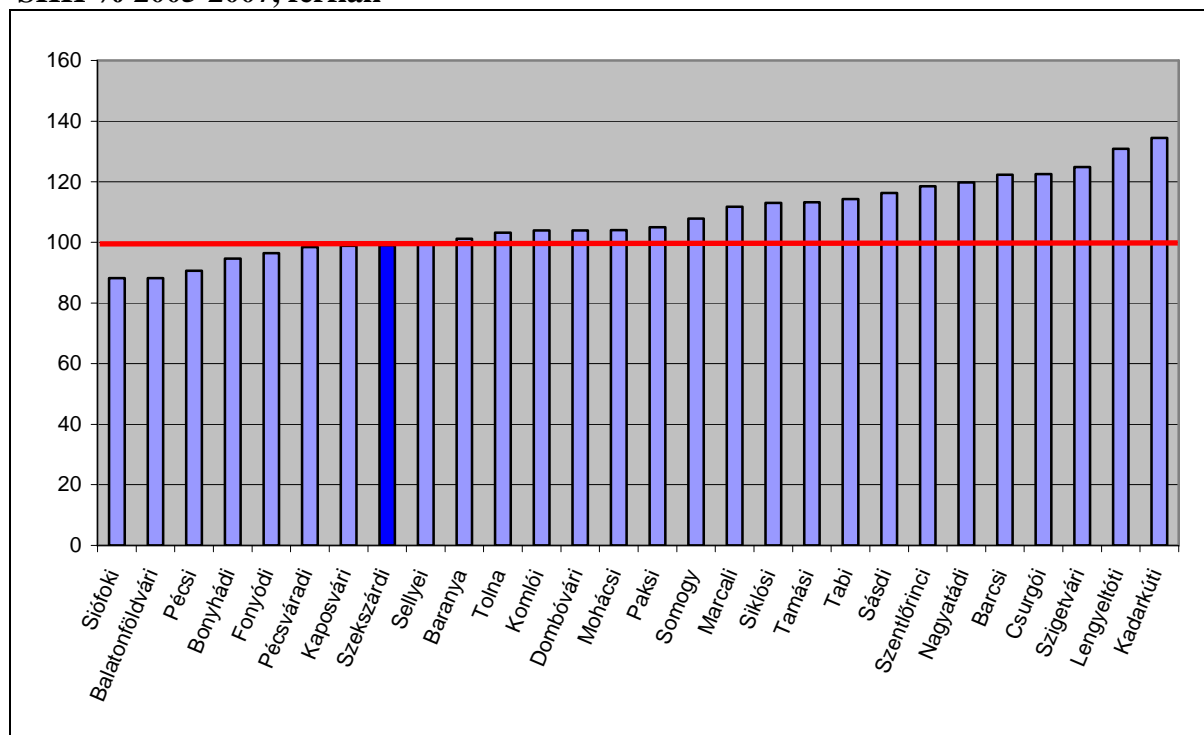
Halálloki struktúra, férfiak, 2004-2007.



Haláloki struktúra, nők, 2004-2007.

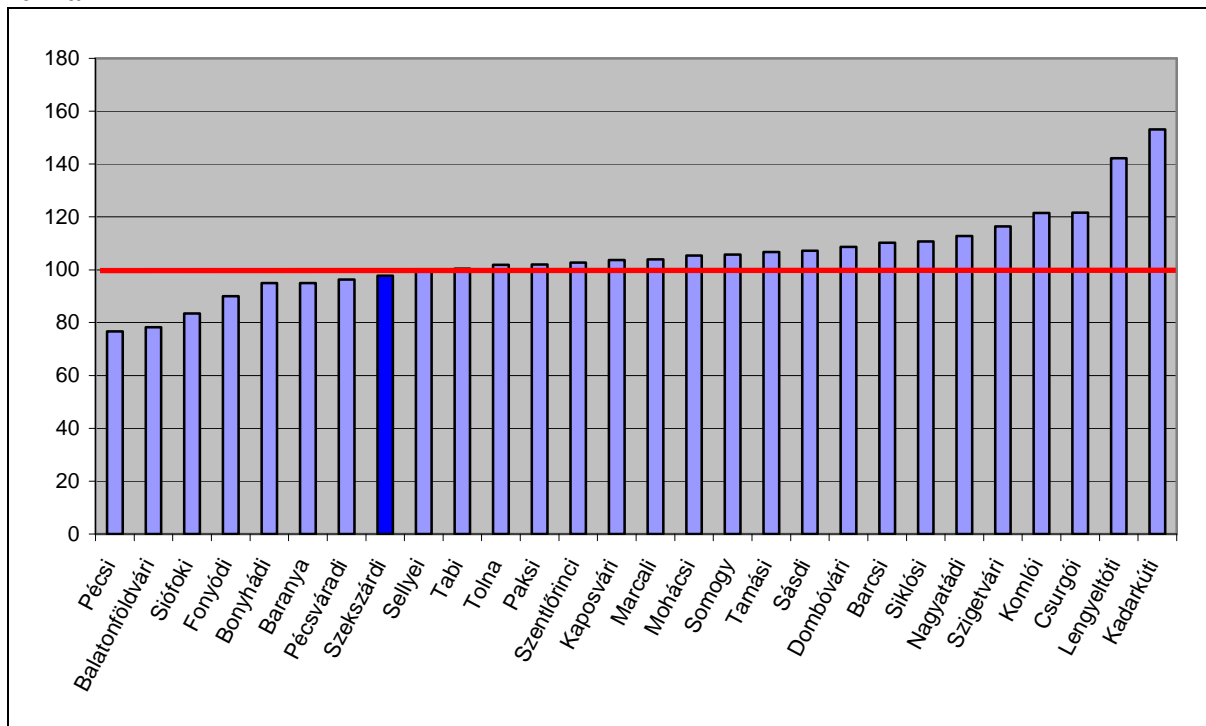


SHH % 2005-2007, férfiak



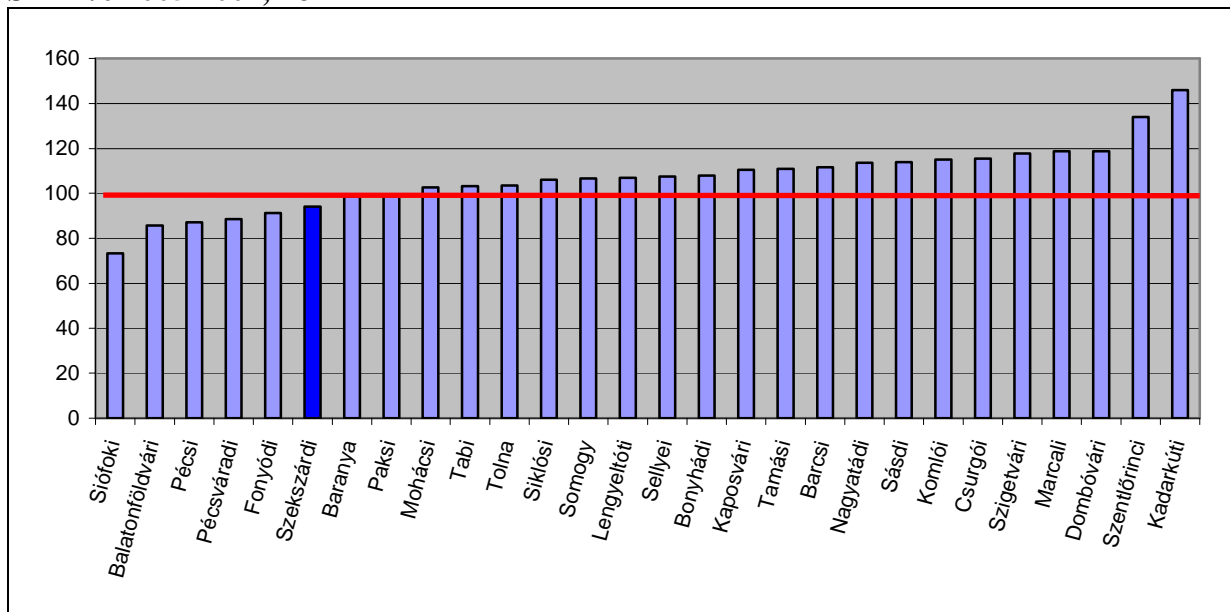
SHH= 99%

Keringési rendszer megbetegedései okozta halandóság férfiak



SHH=98%

SHH % 2005-2007, nők

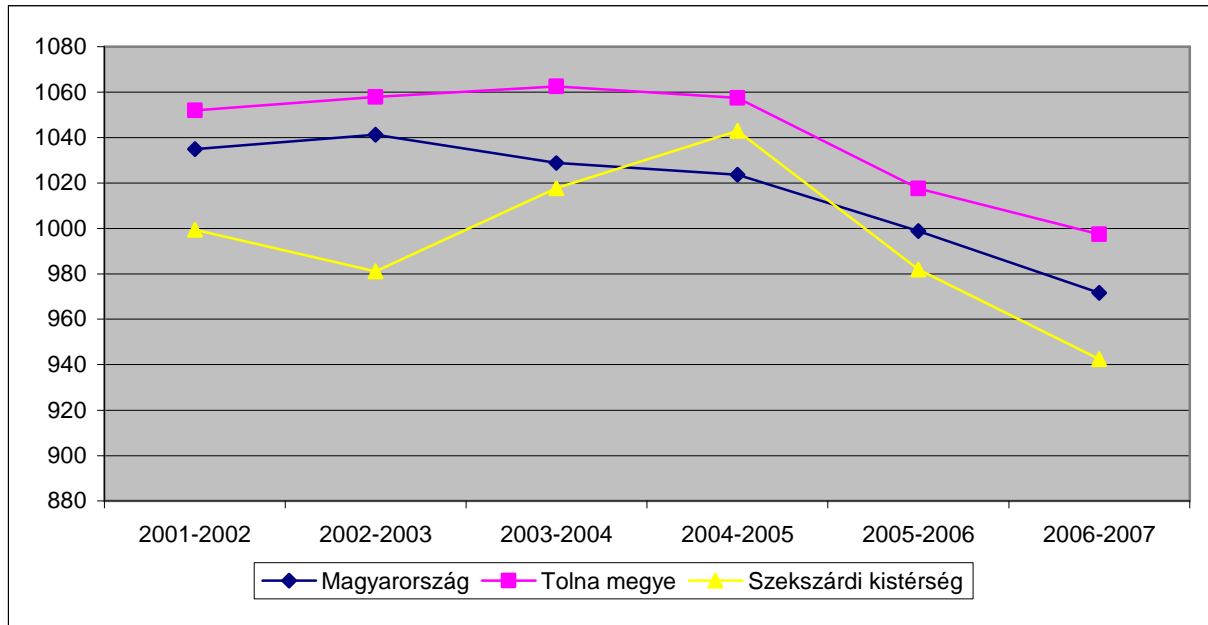


SHH=94%

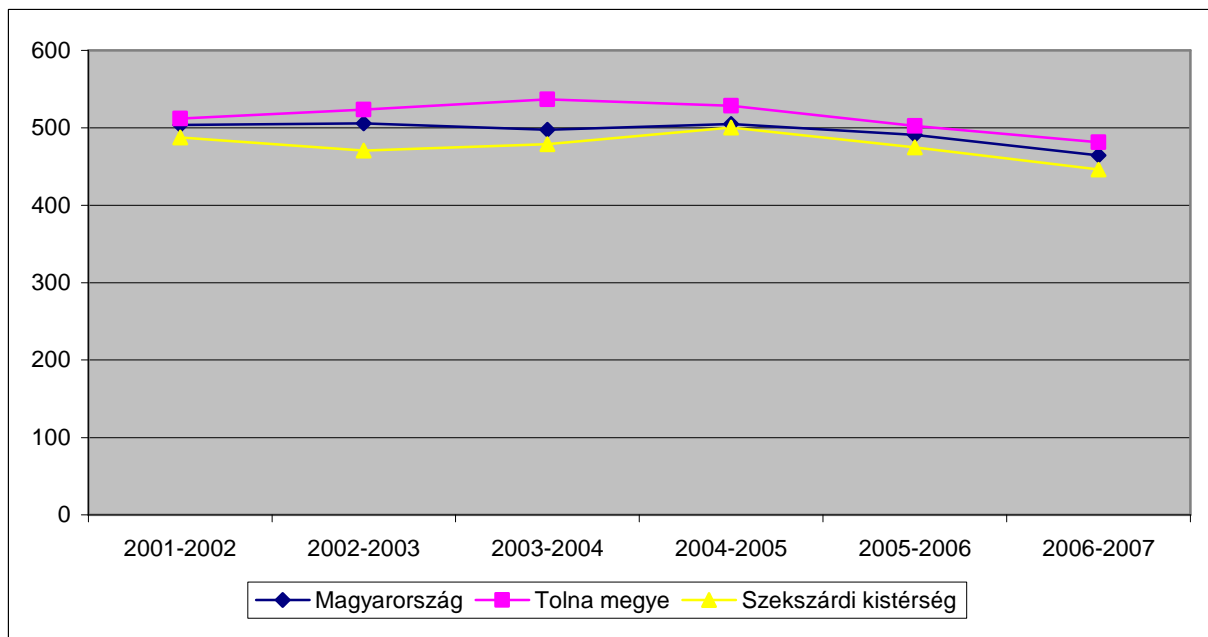
A várható élettartamot legnagyobb mértékben befolyásoló keringési megbetegedések okozta halálozások tendenciáit elemezve, említést érdemel a megyei, valamint az országos adatokhoz

viszonyított alacsonyabb, és az utóbbi években csökkenő érték. Hasonló képet mutat a korai, 65 év alatti halálozás mutatóinak alakulása.

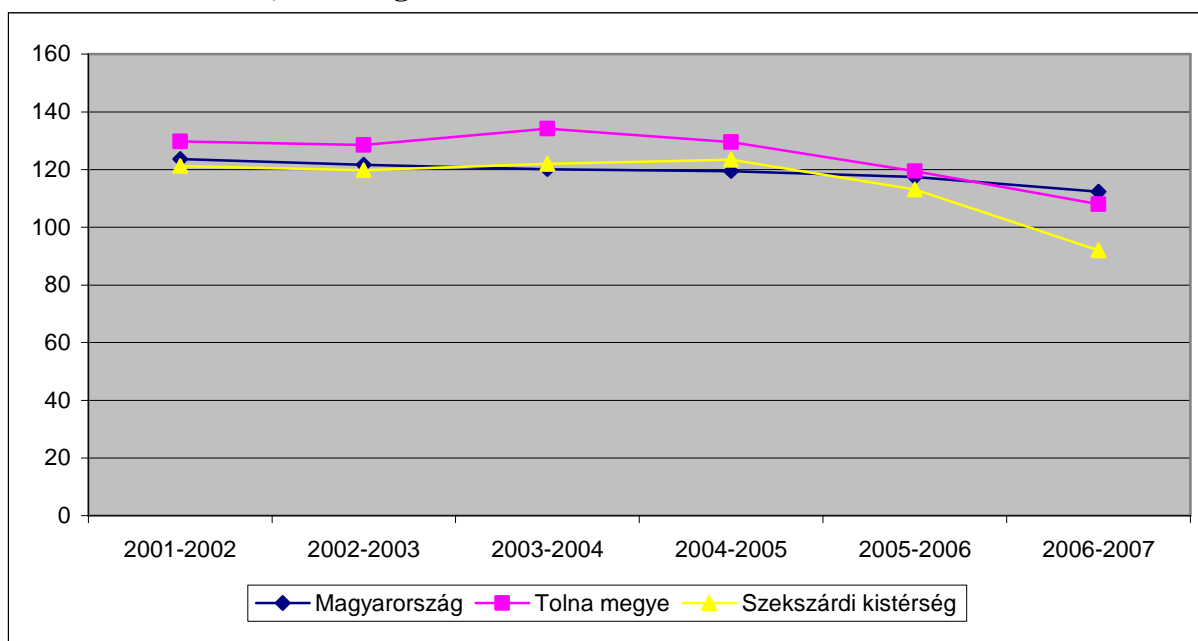
Standardizált halálozási arányszám, összes halálok/100 000 lakos, 0-x évig



Standardizált halálozási arányok alakulása, keringési rendszer betegségei okozta halálozás /100000 fő, 0-x évig



Standardizált halálozási arányok alakulása, keringési rendszer betegségei okozta halálozás /100000 fő, 0-64 évig



Összefoglalva:

A szív és érrendszeri betegségek túlnyomó többségét az érrendszer behártyájának károsodása, az ezt követő zsírlerek és érelmeszesedés okozza. Attól függően, hogy melyik ér károsodik, koszorúér-károsodás esetén beszélhetünk koszorúér-betegségről és ezzel összefüggésben a károsodott vagy elégtelenül működő szívről. Az agyat ellátó erek (beleértve a nyaki verőereket is) károsodása az agy átmeneti vagy tartós működési zavarát okozhatja. A szív és az agy érrendszerének sérülése a következményesen kialakuló szívizom-, illetve agyszövet- károsodások kiterjedtsége, illetve súlyossága miatt gyakran halálos (szívinfarktus, stroke). Perifériás verőérbetegség esetén a végtagok (kar, láb), a hasi szerveket ellátó erek és a fő verőér (aorta) károsodik. A veséhez vezető és a vesében lévő verőerek, valamint a szűrő érgomolyag károsodása krónikus vesebetegséghez, végül veseelégtelenséghez vezet. A különböző szervek érrendszerének károsodását számos kockázati tényező befolyásolja, illetve idézheti elő. A magas vérnyomás főleg a koszorúereket és az agyi ereket károsítja. A zsíryanycsere-zavar, elsősorban a koszorúerek elváltozásához vezet. A cukorbetegség elsősorban a szív és a végtagok vérellátását biztosító ereket károsítja, de a szemben és a vesében is súlyos elváltozásokat okoz. Az elhízás a veseerekre és a koszorúerekre, vagyis a

szívre jelent nagy veszélyt. A dohányzás a teljes érrendszert károsítja. Fontos hangsúlyozni, hogy az érrelmeszesedés az egész érrendszer kóros elváltozása. Az egyes szervek vérkeringési zavara következtében fellépő betegségek esetén nagy a valószínűsége annak, hogy más szervek vérellátását biztosító erek is már érintettek, tünetek nélkül. Az egészséges táplálkozás, a rendszeres testmozgás jelentős mértékben ellensúlyozhatja a kockázati tényezők károsító hatását a nem megfelelő minőségű táplálkozás és a mozgásszegény életmód viszont elősegíti az érrelmeszesedés kialakulását és súlyosbodását. A terhes anyát érő, sőt már a fogamzáskorú nő szív és érrendszeri károsodása is jelentős befolyással van a magzatra és az újszülöttre, ezzel a jövő generáció egészségére. A kockázat növekedésével (dohányzás, elhízás, szív és érrendszeri betegségek) megnő az esélye a normálisnál kisebb súlyú újszülött születésére.

A kissúlyú újszülöttek sokkal gyakrabban lesznek elhízott, cukorbeteg és magasvérnyomás-betegségben szenvedő fiatal felnőttek, mint a normális súllyal születettek. A környezeti hatások okozta tartós idegfeszültség, a krónikus stressz (az egyén szociális és gazdasági helyzete, a családi állapot, a munkahelyi körülmények) ugyanolyan kockázatot jelentenek és kiváltó okai az érkárosodásnak és a bekövetkező szív és érrendszeri betegségeknek, mint akár az elhízás, akár a dohányzás. A magyar népesség egészségi állapota lényegesen rosszabb, mint azt az ország gazdaság-társadalmi fejlettsége indokolná.

Kirívó egyenlőtlenségek tapasztalhatók az egészségi állapotban a női és a férfi nem között, de az életkor, az iskolázottság, az anyagi helyzet és a földrajzi elhelyezkedés szerint is. Sajnos még nem jellemző Magyarországon az egészségtudatos magatartás, az egészséges táplálkozás és a mozgásban gazdag életmód. Az egészségre ártalmas életmód elterjedtsége a népesség jelentős részét érinti. A lakosság rossz egészségi állapotáért döntően a szív és érrendszeri, valamint a rosszindulatú daganatos betegségek felelősek. A szív és érrendszeri betegségek következményei, így az általuk okozott halálozás kiemelkedően nagy egészségterhet jelentenek az egyénnek és családjának, valamint az egész társadalomnak is. Kiskockázat csökkentése, a már kialakult betegség korai felismerése, a beteg gyógyítása és rehabilitálása egy komplex, részben az egészségügyön is túlmutató, hosszú távra szóló, de már középtávon is eredményeket felmutató, összetett intézkedésrendszert követel. A megoldás csak a egészségügy egésze, az orvosok és a szakdolgozók, az állam központi, területi és helyi szervei, a települési önkormányzatok és a lakosság, a civil szféra széleskörű összefogásával oldható meg. A 25 Európai Unió tagország közül Magyarország természetes népességfogyásának hátterében a kimagaslóan rossz halandóság áll, az alacsony és csökkenő születési szám mellett. Az elmúlt két évtizedben a magyarországi lakosság száma 5%-kal csökkent. A standardizált halálozási mutató 2003-ban 40%-kal volt magasabb az Európai

Unió átlagánál. Bár a népesség kor szerinti összetétele sok szempontból már hasonló az Unióéhoz, de például annak ellenére, hogy a 65 év feletti idős népesség részaránya Magyarországon 15,4%-kal nőtt, még nem érte el az Unió átlagát. Az élveszületések száma csökkent, a születéskor várható átlagos élettartam 2003-ban 72, 6 év volt (férfi 68, 4, nő 76, 8). Egészséges élet évekből a férfiak 5, 3, a nők 3, 6 évvel kevesebbet remélhetnek az Európai Unió átlagnál (egészséges életévek száma férfiaknál 61, 5 év, nőknél 68, 2 év volt). Tekintettel a szív és érrendszeri betegségek, okozta, hazánkban különösen súlyos társadalmi és gazdasági terhekre, a megoldandó feladatokat keretbe foglaló, az egészségneveléstől a megelőzésen és a korai felismerésen keresztül, a gyógyítás és rehabilitáció feladatait is felvállaló, integrált program szükséges, melynek létrehozását a *Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége* kezdeményezte az érintett szakmai-tudományos tagtársaságaival közösen. Az egészséges társadalom létrehozásának érdekében, a szív és érrendszeri betegségek kockázatának csökkentésére, eredményes megelőzésekre, minél korábbi felismerésekre és hatékony gyógyításukra, valamint a szív és érrendszeri betegségben szenvedők sikeres rehabilitációja érdekében készült az alábbi hosszú távú stratégiai keretprogram **„A SZÍV ÉS ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSÉNEK ÉS GYÓGYÍTÁSÁNAK NEMZETI PROGRAMJA”** címmel.

A Nemzeti Program az Európai Unió Egészségügyi Tanácsának és az Európa Parlament meghirdetett elveivel teljes összhangban kiterjed az egészségügyi felvilágosító, egészségfejlesztő, megelőző, gyógyító és rehabilitációs és gondozási feladatokra és szorosan kapcsolódik más, már működő, illetve meghirdetett, valamint jelenleg kidolgozás alatt álló egészség- megőrzési, egészségfejlesztési, népegészségügyi és gyógyítási programokhoz. A betegségcsoportok szerinti halálokokat vizsgálva, Magyarországon a keringési rendszer betegségei állnak az első helyen az összes halálozás több mint felét okozva. A szív és érrendszeri betegségek okozta halálozás tekintetében a 25 Európai Unió (EU) tagállam közül Magyarország az 5. helyen volt, nálunk a szív és érrendszeri betegségek okozta halálozás az EU-átlag közel duplája. Az EU-ban a balti országokat követően Magyarországon a legnagyobb a koszorúér-betegség és az agyérbetegség miatti halálozás. A keringési rendszer betegségei okozta halálozás szintje már több mint két évtizede tartósan és jelentősen meghaladja az Európai Unió átlagot és meghaladja az Európai Unióban korábban regisztrált mindenkori legmagasabb értéket is. Már 1970-ben az EU átlagánál 46%-kal magasabb volt a magyarországi szív- és érrendszeri halálozás, és ez a többlet 1993-ra 109%-ra nőtt. Bár az ezekhez az átlagokhoz való viszonyítás is lesújtó képet ad a hazai halálozási viszonyokról, de még megdöbbentőbb néhány konkrét, számunkra jól ismert országgal történő összehasonlítás.

A korábbi EU-tagországok közül nálunk gyakran példának tartott Ausztriával és az Európai Unióhoz újonnan csatlakozott Csehországgal való összehasonlítást mutatja a keringési betegségek szempontjából. Mind a két országnál, de az Európai Unió átlagaival is összevetve Magyarországon a legmagasabb a szív és érrendszeri betegségek okozta halálozás mind a férfiak, mind pedig a nők esetében. Társadalmi és gazdasági jelentősége miatt felhívjuk a figyelmet arra, hogy ez a különbség különösen kifejezett a férfiak korai halálozásában. Bár 1990-től csökken a halálozás, azonban az országok közötti különbségek megmaradtak. Sajnos, megmaradtak az országon belüli jelentős területi eltérések. A területi eltérések a teljes és a korai halálozás (64 éves korig) vonatkozásában hasonlóak. A szív és érrendszeri betegségek nem csupán halálozást, hanem a megbetegedési gyakoriságot tekintve is a vezető helyen állnak, a kórházi és a járóbeteg- szakellátásban, országosan és minden régióban egyaránt. A keringési rendszer betegségei miatt 2000-ben, 2002-ben és 2004-ben Magyarországon 100 000 lakosra számolva 900-600 beteggel kezelték többet Csehországgal és Ausztriával összehasonlítva.

IV./2. Daganatos betegségek visszaszorítása

„A teljesség elvét kövessük a rákprobléma megoldásában.

*Csak átfogó, **teljességre** törekvő, megelőző és gyógyító rák elleni program, minden frontra kiterjedő, koncentrált támadás biztosíthat támogatást, a szervezet saját védekező és gyógyító tevékenységének, és vezethet győzelemre bennünket a rákkal szemben.*

(Paavo Airola

Cél:

- A 65 évesnél fiatalabb lakosság daganatok miatti halálozása 10 %-kal csökkenjen **2018-ig**
- A daganatos megbetegedések általános figyelemfelhívó tüneteinek tudatosítása széles körben.**(2015)**
- Lakossági szűrővizsgálatok propagálása, média, plakátok, egészségnapok szervezésével.**(2015)**

A program elnevezése, a probléma megfogalmazása:

- **A.** / A halálozás csökkenthető, ha kevesebben betegszenek meg, a megbetegedetteket pedig hatékonyan kezeljük
- **B.** / Egészségnevelés a rizikótényezők feltárásában, onkológiai alapismeretek bővítése Szekszárd lakossága körében.
- **C.** / Kötelező háziorvosi vizsgálati protokollok bevezetése a háziorvosi gyakorlatban, szűrő vizsgálatok propagálása.
- **D.** / Szekszárd város onkológiai gondozó hálózatának továbbfejlesztése.

Projekt vezető koordinátor:

- Egészségügyi Gondnokság
- Oktatási intézmények
- Védőnői hálózat
- Háziorvosi rendszer
- Korház-rendelőintézet

Projekt team tagok:

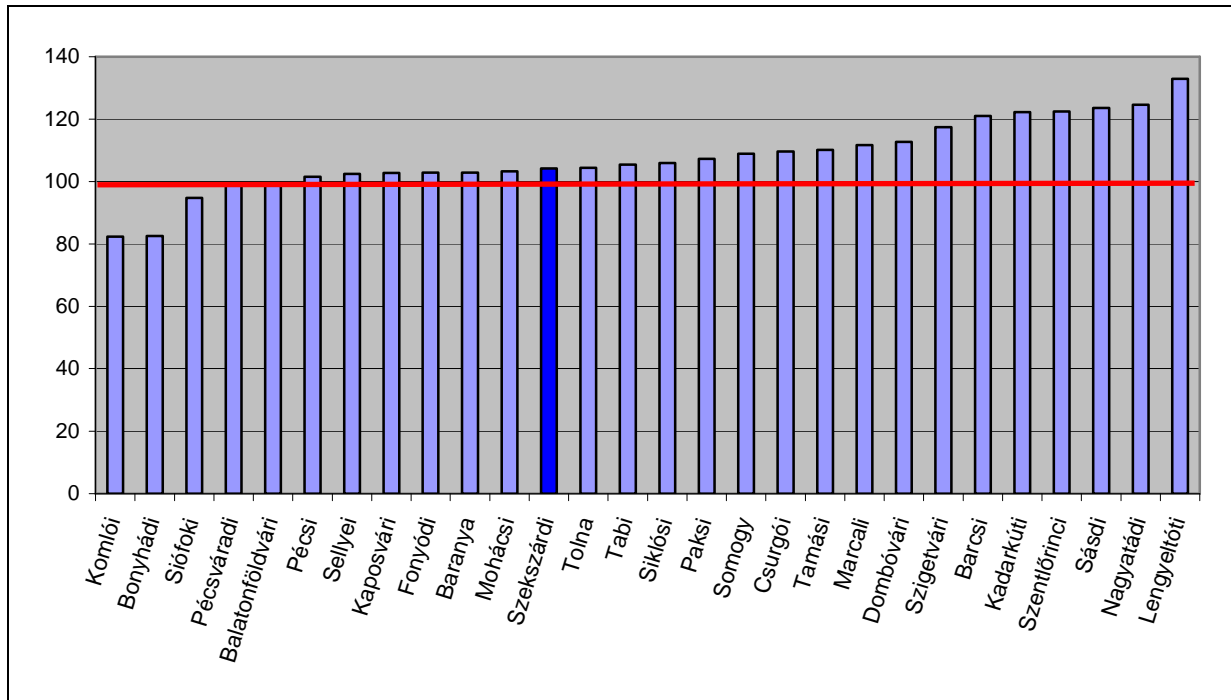
- Oktatók, orvosok, ápolók, védőnők, intézmények, civil szervezetek

Várható eredmény:

- Erősödik az onkológiai éberség, a lakosság felelősségtudata.
- Megelőzés, a lakossági kampányokkal az elkerülhető megbetegedések csökkentése.

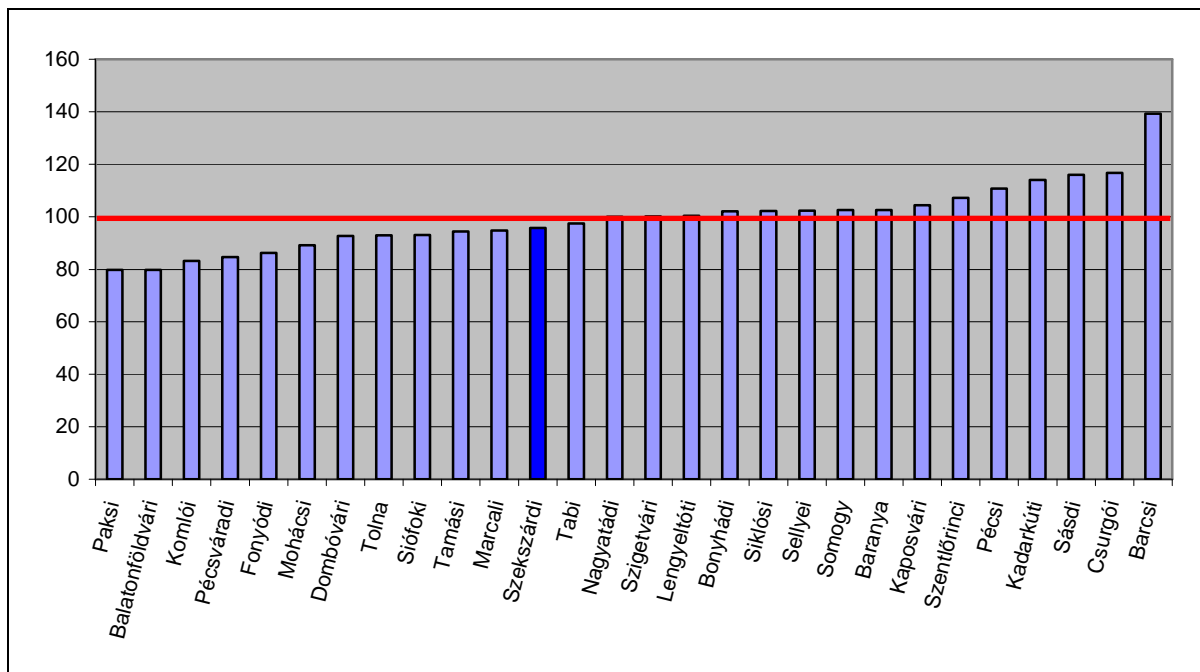
A projekt forrásigénye: Részben önkormányzati, részben pályázati pénzekből.

SHH % 2005-2007, férfiak

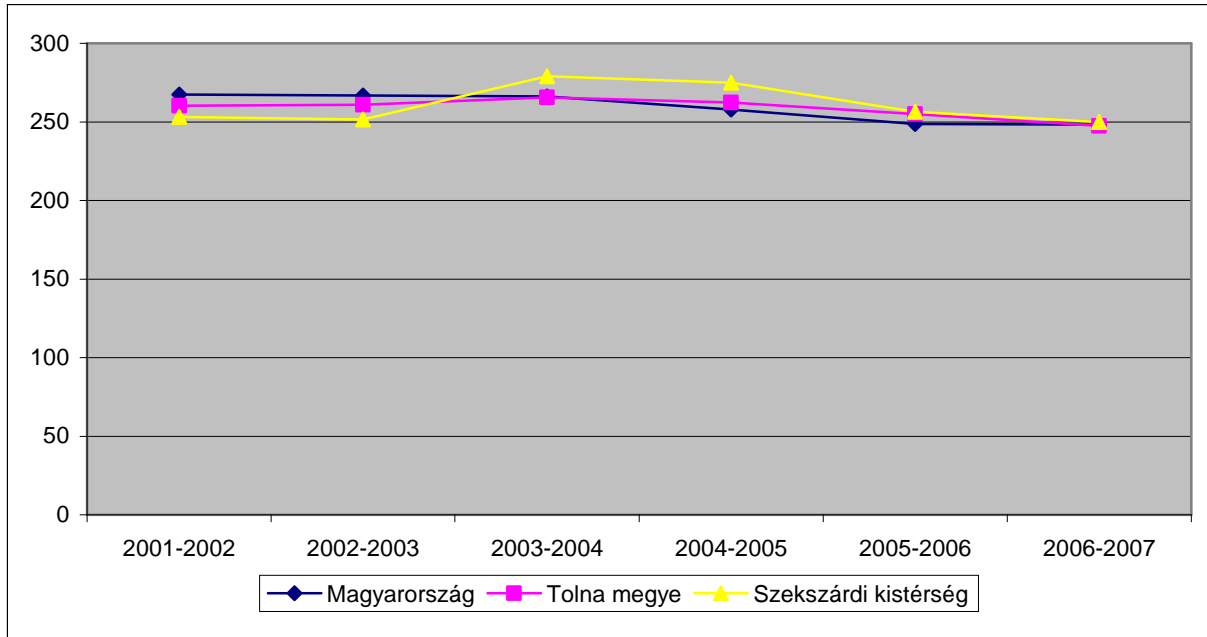


SHH=104 %

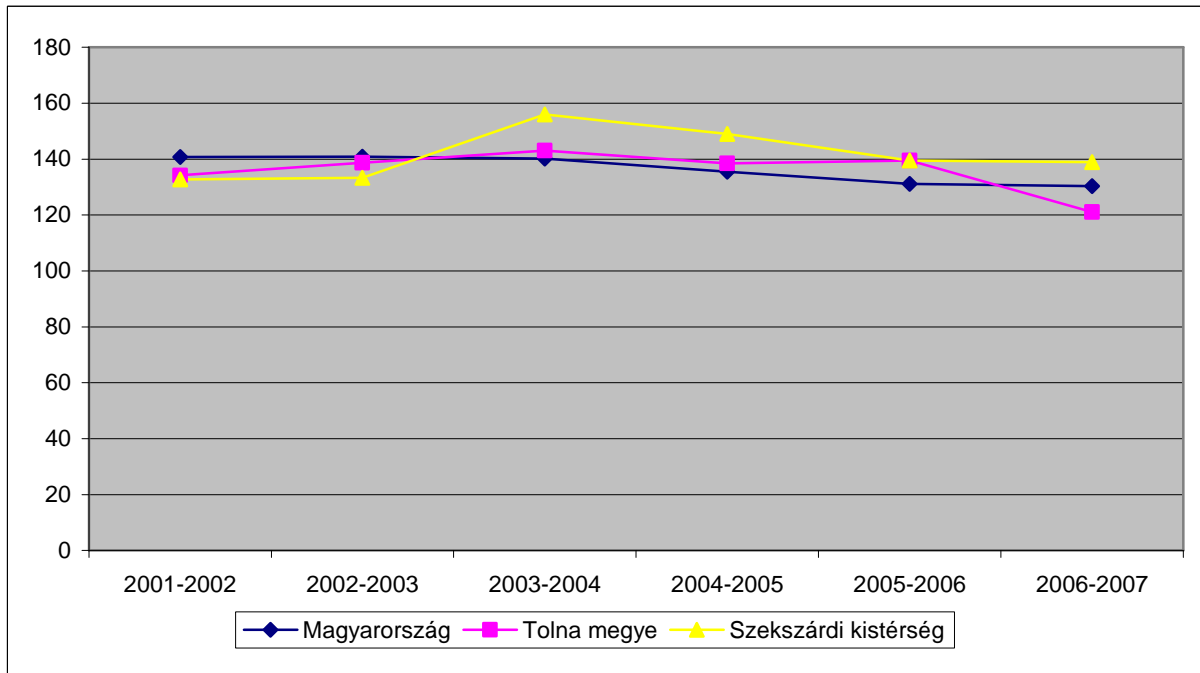
SHH % 2005-2007, nők



Standardizált halálozási arányok alakulása, daganatok okozta halálozás/100000 fő, 0-x évig



Standardizált halálozási arányok alakulása, daganatok okozta halálozás/100000 fő, 0-64 évig

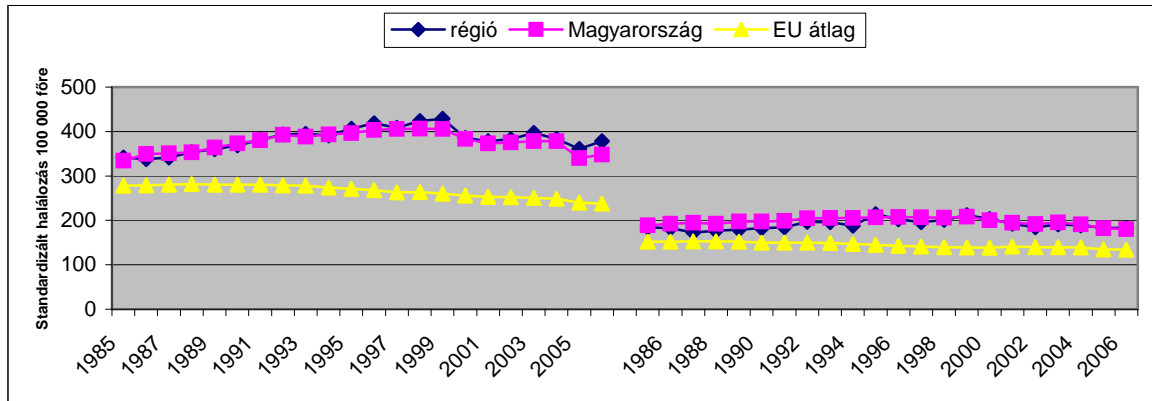


Az utóbbi években ismét emelkedik a daganatos halálozás. A nők alacsonyabb daganatos halálozása – többek között - a női daganatos betegségek viszonylag jobb terápiás

eredményeit tükrözi. A halálozási mutatók az 1990-es évek második felétől a nő daganatok okozta halandóság.

3. ábra

A daganatos megbetegedések (BNO-10: C00-D48) okozta halálozás Dél-dunántúli régióban, Magyarországon, és az Európai Unióban 1985-2006.



A daganatok miatt bekövetkezett halálozás területi megoszlását vizsgálva elmondható, hogy a Szekszárdi kistérségben a férfiaknál az értékek magasabbak az országos átlagnál, a nők esetében az eltérés kedvező. A rosszindulatú daganatok okozta halálozás emelkedik. A vizsgált időszakban a daganatos halálozások a **férfiak** körében kétszeres gyakoriságot mutatnak a női lakosság körében tapasztaltakhoz viszonyítva.

A dél-dunántúli régióban élő férfiak daganatos halálozása az 1991-es évtől az országos átlagot meghaladta. A Dél-dunántúli régió halálozása 1995-ig az országos átlagnál alacsonyabb volt. 1995-ben és 1999-ben azonban az értékek meghaladták az országos átlagot. A rák ellenőrzés nélkül szaporodó sejtek halmaza, amik kezdetben csak a környezetüket pusztítják, később a véráram vagy nyirokrendszer útján távoli szervekbe is eljutnak, és azokat is károsítják. 1800-as években még nem volt hatékony kezelés a daganatos betegek számára. Az USA-ban 1890-től tanították a lakosságnak a rosszindulatú daganatok hatása addig felismerhető jeleit. Erre az időszakra jellemző, hogy a diagnózist nem közölték a beteggel, az egészségügyi dolgozók sajátos magatartására vezethető az is vissza, azt képzelték, hogy ők sohasem lehetnek betegek, éppen ezért az emberek féltek orvoshoz fordulni. A közgondolkodásban a diagnózis felállítása egyet jelentett a halállal. Eleinte csak a családdal közölték az orvosok a gyógyíthatatlan betegnek a menthetetlenségét. Amerikában 1970-től az emberek 97%-val közölték a daganatos betegség tényét. Széles körben kezdték alkalmazni a magatartás és az egészségpszichológia elméletét, illetve a palliatív kezeléseket a komplex terápia érdekében. Daganatos megbetegedések: a környezeti karcinogének jelentős kockázatot jelenthetnek a

daganatok kórfejlődésében. Hazánkban a levegő policiklusos szénhidrogén (a továbbiakban: PAH) tartalma a háztartási tüzelésből, a közlekedésből, az alumíniumkohászatból, a brikettgyártásból és a kőolaj-finomításból származik. PAH-forrás: a dohányzás, a cigarettafüst is. **Az ózonpajzs** elvékonyodása miatt, nagyobb mennyiségű ultraibolya sugárzás éri a Földet, így az utóbbi 20 évben növekvő tendenciát mutat a **bőrrákosok száma**, Magyarországon a **harmadik leggyakoribb daganatos betegség**. 2007-ben kutatásomat a Tolna Megyei Önkormányzati Korház Bőrgyógyászati osztályán végeztem. Célom az volt, hogy megismerjem, milyen tényezők húzódnak a melanoma kialakulásának és késői orvoshoz fordulásának a háttérében. Megállapításaim a következők voltak: az emberek ismereti hiányosak a melanoma rizikó faktoraival szemben, sokan nem tudják, hogy a dermatószkóp segítségével megvizsgálják a bőrt, ennek pontosan az a jelentősége, hogy időben felismerjék a rosszindulatú elváltozást. A betegek tüneteik észlelésekor, későn jelentkeznek orvosi vizsgálatra, ez nehezíti a gyógyítást, az életkilátásokat. Sajnos az egészségmagatartásunk is hagy kívánni valót maga után, mert az a meglátásom, hogy a legtöbb ember a gyomrától semmit nem sajnál, de a tisztálkodásra a 15 percet is soknak tartja, pedig a külsőnk nemcsak az ápoltságot tükrözi, hanem az egészséget is.

A kültakaró védelme érdekében fogyasszunk sok ásványvizet, gyógyteákat, lazítsunk illóolajos, sós kádfürdőbe, vegyünk frissítő zuhanyokat, és a ne feledkezzünk meg, hogy minden vízfürdözést, a testápoló krémek használatával fejezzünk be! Tudnunk kell, hogy a sérült, hámló bőr, táptalaja a kórokozónak, köztük a melaomának is.

Napozás, szoláriumozás, környezeti hatások:

- A lokális fényvédő készítmények hatására az UV-sugarak meggyengülnek, mielőtt a hámsejtek DNS-ében kifejtenék károsító hatásukat. A sugarak a bőrt felépítő sejtek között nyelődnek el, alakulnak át különleges kémiai vegyületekké, hőenergia formájában újra kibocsátásra kerülnek. Minél magasabb a szűrő faktorszáma, annál hosszabb ideig védenek a napsugár bőrkárosító hatása ellen.
- Veszélyeztetett csoportoknál rendszeres, hatékony fényvédelem, / genetikai faktorok jelenléte, családi háttér, és az egyén élete során alkalmazott tartós immunszuppresszió /
- Előzetesen fennálló melanocytás léziók dermatoscoppal való szoros követése.
- Magyarországon 11 és 15 óra között kerüljük a napot!
- Hideg napokon is lehet napégést szenvedni!

- Napégés után a bőr hámlani kezd, sérült bőrsejtekből rák fejlődhet, amíg a vörösség tart, kerülni kell a napot.
- A hegymászók, síelők is óvatosak legyenek, mert annál erősebb az UV sugárzás, minél magasabban járnak!
- Védjük a testünket laza pamutruházattal, széles karimájú kalappal, UV védelemmel ellátott szemüveggel!
- A gyermekek bőrének különleges védelemre van szükségük!
- Kerülendő a szoláriumozás / az egészség szimbólumának tartott barna szín divatja./!
- Szűrővizsgálatok szükségessége, a bőrrák korai felismerése!
- A hőhatás, radiológiai sugárkezelések, a mechanikai sérülések carcinogén tényezők a melanoma kialakulásában.
- Az arzén kontaktúton bőrrákot okoz. A környezetünkre káros nagyarányú kemizáció az iparban, mezőgazdaságban a növekvő gyógyszerfogyasztás, kozmetikumok használata kiszélesítették a fotokémiailag aktív vegyületek körét, amely táptalaja a melanomának. Ilyenek a festékgyártás, gumifeldolgozás, dohányipar, földművelés, tengerészet, és a különböző ásványi termékek megmunkálása során keletkezett melléktermékek származékainak bizonyított daganatos hatása.
- Csökkenteni kell a környezeti szennyezést, bányákban, műhelyekben, megfelelő szellőztetés biztosítása, szűrők, elszívók létesítése, szennyező iparvállalatok felszámolása, gondoskodni kell az emberek megfelelő védőfelszereléséről, védőitalról, a munkahely tisztaságáról, és folyamatos kutatást kell végezni, hogy minél kevesebb karcinogénnel találkozunk!
- Rendszeres figyelmet szenteljünk testünknek, hogy a legkisebb változást észrevegyük, forduljunk a legrövidebb időn belül orvoshoz!

A FESTÉKES BŐRDAGANAT (MELANOMA) TÜNETEI:

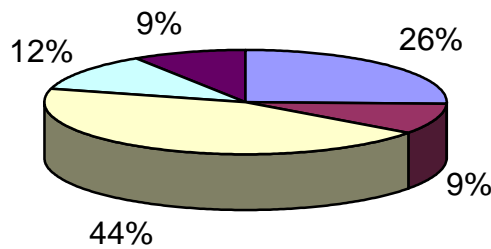
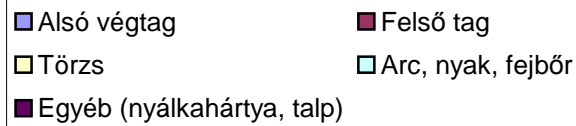
A már meglévő vagy újonnan kifejlődött pont vagy csomó méretének, színének vagy alakjának megváltozása a bőrön; vérzés, viszketés, gyulladás a már meglévő vagy új foltban. Különösen gyanúsak az érdes felszínű vagy többszínű májfoltok. Kialakulása visszavezethető a gyerekkori leégésre is. A fehér bőrt fokozottan veszélyezteti. Jóval nehezebb a gyógyítása, ha a beteg, csak a fekélyesedés után keresi fel az orvost. A daganatos sejtek addigra elszabadulhatnak, áttéteket képezhetnek a bőrön és a belső szervekben. Fontos tudni, hogy a melanoma növekedési formája lehet függőleges és

sugárirányú. Az utóbbi alig, vagy egyáltalán nem adnak áttétet távoli szervekben, míg a függőleges forma együtt jár az áttétképződés veszélyével. A melanoma nagy százalékban halálos.

A melanoma a daganat áttétképzésének klinikai jellemzői:

- elhelyezkedése
 - a nem
 - életkor
 - A végtagi elhelyezkedés kedvezőbbnek tűnik, a túlélés esélyei a fiatalabbaknak és a nőknek jobbak, az idősebbekkel és a férfiakkal szemben!
 - A kórlefolyást meghatározó tényezők: a vertikális tumorvastagsága + ulceráció, a regionális nyirokcsomók tumoros érintettsége.
-
- **SANSZ** szabály oktatását kötelezővé tenném az egészségtanórán.
 - **S**=sötét szín
 - **A**=asszimmetria = malignizációra utaló jelek
 - **N**=növekedés
 - **SZ**=szabálytalan szél

Melanoma malignum lokalizációja

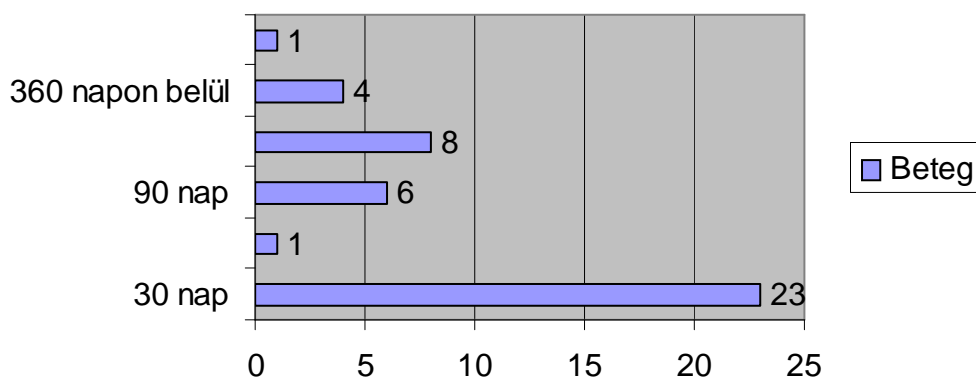


THERÁPIA:

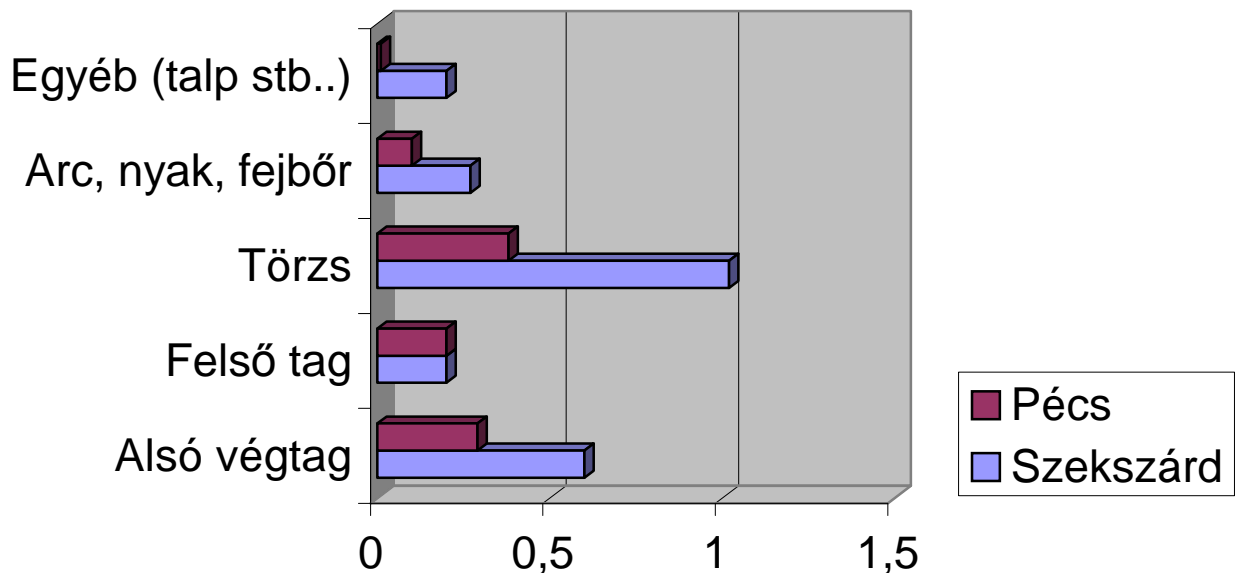
- Az intenzíven folyó kutatások ellenére a melanomák egyetlen hatásos terápiája a sebészi excisio. Nyirokcsomó metastásisok kezelésére electiv vagy terapiás blokdisectio végzendő, a stádiumtól függően. Távoli metastásisokban dacarbazine vinca alkaloidák jó hatásúak.
- Kiterjedt metastásisok esetén kerülhet sor polychemotherapiára. Palliatív kezelés célja, a betegség tüneteinek megszüntetése, vagy mérséklése, az élettartam meghosszabbítása, és a lehetőségek szerinti legjobb életminőség biztosítása.

Szekszárdi eredmények, saját interjúm alapján:

A tünetek észlelésétől az orvoshoz fordulásig



Szekszárdi és pécsi lokalizáció összehasonlítása



| | Alsó végtag | Felső tag | Törzs | Arc, nyak, | Egyéb |
|-------------|-------------|-----------|-------|------------|-------|
| ■ Pécs | 0,29 | 0,2 | 0,38 | 0,1 | 0,01 |
| ■ Szekszárd | 0,6 | 0,2 | 1,02 | 0,27 | 0,2 |

IV. / 3. MENTÁLIS BETEGSÉGEK VISSZASZORÍTÁSA

CÉL

- A lakosság lelki egészségállapotának, és életminőségének javítása, a lelki egészségnek, mint értéknek a felmutatása.
- Az öngyilkosságok számának a csökkentése.
- Az egészségfejlesztés keretében a mentális zavarok megelőzése, a depressziós betegek kezelése.

A program tárgya, a probléma megfogalmazása:

- ❑ Egészségpromociós megközelítés 2015
- ❑ Mentálhigiénés funkció erősítő továbbképzések 2015
- ❑ Önkéntes segítő csoportok 2016
- ❑ Családi vasárnapok szervezése ismeretterjesztéssel 2017
- ❑ Autogén tréning, relaxáció 2017
- ❑ + **Az eddig ismerttet összes egészségfejlesztési program!**

Projekt vezető koordinátor:

- ❑ Mentálhigiénés Egyesület
- ❑ Egészségügyi Alapellátási Intézmény
- ❑ SOS Telefonos Alapítvány

Projekt team tagok:

- ❑ Lelkiségeyszolgálat, orvosok, pszichológusok, egyházak, civil szervezetek, iskolák

Várható eredmény:

- ❑ A mentális zavarok előfordulásának csökkenése.
- ❑ A lelki egészségvédelmi programok növelése.
- ❑ Öngyilkosságok számának csökkenése.
- ❑ Depressziós betegek arányának a javulása.
- ❑ A pszichoterápiás ambulanciák fejlesztésével, javul a mentális betegek társadalmi visszailleszkedése.

Lelki egészség fogalma:„A lelki egészség pozitív életérzéssel járó belső folyamategyensúly és ebből következő viselkedés, mellyel az egyén biztosítja belső stabilitását és a társadalomban elfoglalt megfelelő helyét szüntelen változások- nehézségek, zavarok, terhelések, sőt olykor szomatikus betegségek fenyegetettség – közepette is.”

A mai civilizált világ nem ad nyugalmat a léleknek és a szellemnek, ennek következtében a fizikai test is könnyebben megbetegszik. Az ember összetett lény, akkor van egyensúlyban, ha a test-lélek-szellem harmóniában áll egymással.

A testi fájdalmakat sokféleképpen kezelik, de az eredendő okot, a lelki sérelmeket, büntudatot, aggodalmat, félelmet legtöbbször figyelmen kívül hagyják a gyógyítók és maguk

a betegek is. Nagyon fontos az embert egységes egészként kezelni, a lélekgyógyászatban a kiindulási pont mindig a megélt érzelmek feldolgozása. A **hipofízis**, agyalapi mirigy a testünk "főnöke", aki irányítja és felügyeli annak működését. A lélekgyógyászatban is a "főnök" segítségével képzelődünk és próbáljuk a negatív lelki élményeket pozitívvá változtatni. Ha csak tudatos agyunkat használjuk egy-egy elkeserítő helyzetben és nincs jövőbe vetett hitünk, nem vagyunk képesek arra, hogy pozitív tartalmú képzelőerőnket mozgósítsuk. A hosszan tartó lelki betegségek pedig akár súlyos szervi megbetegedést is okozhatnak.



A pszichének tehát óriási szerepe van az ember életében, hiszen ha valakinek tökéletes összhangban működik a jobb és a bal agyféltekéje, az elmondhatja, hogy elégedett és boldog ember. Ha ezt az összhangot nem tudja megteremteni, illetve lelkét és szellemét kibillent a harmóniából, hiányérzete keletkezik, nincs meg a napi boldogságérzet. Az is előfordul, hogy valaki magas szellemi szinten él, pozitív képzelőerejével sincs gond, mégsem harmonikus, elképzeléseit nem tudja valóra váltani. Lehet, hogy ilyenkor a környezet nem értékeli ötleteit, döntéseit, s így nem jut hozzá ahhoz a pozitív energiához, ami segítené őt, sőt mindez negatív erőként jelentkezhethet olyannyira, hogy már a fizikai test is fájdalommal, panaszokkal figyelmeztet a felborult harmóniára. Figyeljünk tehát jobban embertársainkra, magunkra.

Ma már szerencsére sokféle tanfolyam, könyv, előadás nyújt segítséget ahhoz, hogy jobban megismerjük magunkat, a saját pszichénkben rejlő erőket, és mozgósítsuk azokat a boldogabb, egészségesebb élet érdekében.

Mentális betegség

Gyűjtőfogalom, melybe minden olyan diagnosztizálható kór, probléma, panasz belefér, amelyet az észlelés, megismerés, megértés (azaz a kognitív képességek), az érzelmek, a viselkedés abnormitásai jellemezhetnek. Ezen állapotokban a fellépő változás kórosan befolyásolja az egyén kapcsolatait: magán - és társadalmi életét (kommunikációját) rontja, hátráltatja, lehetetlenné teszi, hogy megtervezze a jövőt, hogy részt vegyen a feladatok megoldásában. Sokan nehezen fogadják el az amúgy bárki által tapasztalható tényt, hogy agyunk,(tudatunk), rosszul végzi funkcióját. Gyakorta csaljuk magunkat azzal, hogy fejlődésünkkel az állatvilág fölé emelkedve, szervezetünk legfejlettebb része, vagyis agyunk-lelkünk-szellemünk nem eshet a stressz vagy betegség áldozatául.

Így a depresszió jelentkezését egyesek nem betegségnek, hanem mentális (esetleg jellembeli) gyengeségnek fogják fel, vagy a felborult otthoni élet, a munkahelyi problémák számlájára írják. Közös a felelősségünk: a mentális betegségek jobb megértése emberek sokaságát mentheti meg az utcától, a rokkantságtól, a börtöntől, a korai haláltól, a gyilkosságtól. A szorongás után ez a második leggyakoribb pszichiátriai betegség. Becslések szerint a vélt testi bajok miatt orvoshoz fordulók tíz százaléka valójában depressziós. Rendszerint a 20-40-es életévekben kezdődik. Szakemberek úgy látják, a XX. század második felében születetteknél előfordulási gyakorisága nagyobb, mint a korábbi generációknál. Az egyéni struktúrák nem a végtet hordozzák! Bár a szülőktől örökölt gének megszabják sérülékenységünket, utunkat, de alapvetően a nevelés, a környezet határozza meg, hogy milyenek vagyunk, s lelkileg egészségesek maradunk-e. Az agy betegségeinek kezelése az agy milliárdnyi idegsejtje közötti kommunikációt fenntartó kémiai hírvivők rendszerére épít.

- **Közvetett hatások:** fizikai hatások az elindítói. Rendelkezés az anyagiak felett differenciáltan oszlik meg a népességben.>> nem mindenki vehet megfelelő minőségű, és mennyiségű élelmiszert >> nagyobb lesz a fogékonysága a betegségekre. Ez az ellenálló képességgel szorosan összefügg.
- **Közvetlen hatások:** társas kapcsolatok>> baráti körünk, házastársi kapcsolatunk.
- **Házások** tovább élnek, mint a nem házások. Házastársi kapcsolatnak védő hatása van
- **Baráti** kapcsolatnak a milyensége dönti el, van-e védő hatása az egészségre: fordulhatunk-e hozzá a bajban?
- **A lényeg**, hogy higgyek abban, van olyan ember, akihez fordulhatok. Annak az embernek van esélye a túlélésre, akinek jók a társadalmi kapcsolatai.

STRESSZ:

- ember és környezete közötti kölcsönhatás folyamatában az újszerű, magatartási választ igénylő helyzetek = **stressz –helyzetek**
- azok a helyzetek, amelyeket aktivitással kontrollálhatatlannak, megoldhatatlannak minősítünk
- Stressz és stresszkezelés: szervezet alkalmazkodásának bonyolult jelenségei, olyan folyamatok összessége, amelyek biztosítják a szervezet egyensúlyának megőrzését a túlélés érdekében.

Tolna megye: A megyei statisztikai adatok szerint évente 50-60 ember dobja el magától az életét. Míg tavaly egész évben a megyeszékhely körzetében **37** ilyen esetet regisztráltak, addig idén csak július közepéig **27**-et. A rendőrség nem kutatja az okokat, erre nincs is lehetősége, a körülményeket vizsgálva azonban megállapítható, hogy a fiatalabb korosztály általában anyagi, míg az idősebbek súlyosabb betegség miatt döntenek így. Dr. Vendég Magdolna, a megyei kórház pszichiáter szakorvosa elmondta, a tartósan levert hangulat, az örömeztetés elvesztése, az érdeklődés jelentős csökkenése, a gyakori önvád, fáradékonyság, erőtlenség, alvászavar az étvágy és testsúly változása, a mozgások meglassulása, a teljesítőképesség csökkenése és végül a halállal, öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok, mind-mind felhívhatják a figyelmet. Szétzilálódnak az emberi kapcsolatok, az érintett a munkahelyi teljesítőképesség csökkenése miatt elvesztheti állását, vagy könnyen a hangulatjavítók, például alkoholrabjává válhat. A férfiak gyakrabban vetnek véget az életüknek. Az orvos arról is beszámolt, osztályukon is tapasztalják, hogy a szegénység, munkanélküliség, létbizonytalanság, eladósodás, állandóan lebegtetett egzisztenciális fenyegetettség nyomot hagy az emberek lelkében. Tartós fennállás esetén meg is betegedheti őket. **Tolna megyei adat: 2005-ben 74-en lettek öngyilkosok, ebből 42 a nyugdíjas, vagy járulékos.**

Az egészségfejlesztés mellett a **mentálhigiéné** hangsúlyozását azért tartjuk fontosnak, mert az egészséggel kapcsolatos két tevékenység mind súlypontjában, mind metodikájában sajátosságokat hordoz magában. Ez utóbbi megközelítés többek között a személyiség szakszerű felkészítését követeli meg, valamint a gyógyító és megelőző beavatkozás kompetenciahatárainak markáns kijelölését is.

Másrészt a magyarországi nagyszámú megbetegedések, veszélyek - szakmai és történelmi ismereteink szerint - meghatározóan lelki okokra vezethetők vissza. A modern társadalmak dinamikáját az alábbi **társadalmi alrendszerekkel** írhatjuk le: gazdaság, politika, adminisztráció, tudomány, oktatás, vallás, egészségügyi szolgáltatások, család. Hagyományosan az egészségügyi intézményrendszer a betegek ellátását szolgálja. Az egészségnek intézményes struktúrája, hálózata, önálló társadalmi alrendszere nincs, és ezért igyekszik belépni mindegyik alrendszerbe. Tehát az egészség nem egy intézmény, nem egy társadalmi alrendszer, nem egy meghatározott professzionális szakma feladata, felelőssége, hanem a társadalom teljes intézményhálózatát átfogó feladat. A társadalmi helyzetelemzés, a társadalmi alrendszerek működéséről vallott felfogásunk, valamint saját szakmai és intézményi tapasztalataink, ismereteink, kompetenciánk arra készítettek bennünket, hogy az oktatás területén avatkozzunk be. Bár számunkra is világos volt, hogy a törvényalkotás, a

politikai döntéshozatali szféra hasonló szemléletű kapcsolódása nélkül kezdeményezésünk partikuláris marad. Szerencsére a rendszerváltással kialakult demokratikus intézményrendszer lehetővé tette, hogy elképzeléseink legitim keretek között, a makropolitikai struktúrába ágyazottan valósulhattak meg. Így döntésünk a képzés súlypontjainak, szakmai tartalmának, társadalmi illeszkedésének meghatározására korlátozódott. Egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakirányú továbbképzésünkön országosan 2001 szeptemberéig 1208 főt képeztünk ki.



A lelki egészség felborulására utaló tünetek, tünetegyüttesek:

alvászavar

tanulási zavar

szorongás

figyelem zavar

evészavar

depresszió

krónikus fáradtság syndroma

alkalmazkodási zavar

Burn-out tünetegyüttes

alkohol és drogfogyasztás

impulzus kontroll zavarai



A krízis kialakulását befolyásoló tényezők

- a krízist kiváltó inger erőssége
- személy coping mechanizmusai
- személy konfliktuskezelő technikái
- mentális kontrollfunkciók milyensége
- személy érettsége, harmonikossága
- aktuális pszichés és szomatikus állapota
- egy éven belül voltak-e egyéb krízisek

IV. / 4. A MOZGÁSSZERVI MEGBETEGEDÉSEK CSÖKKENTÉSE

CÉL:

- ❑ A preventív szemlélet széleskörű elterjesztése, a táppénzes állományok, a rokkantosítások csökkentése.
- ❑ A mozgásszervi betegségek számbeli növekedésének lassítása.
- ❑ A csontritkulás, a következményes törések és a mozgásszervi degeneratív betegségek számának csökkentése.
- ❑ A mozgásszervi betegek életminőségének javítása.

A program tárgya, a probléma megfogalmazása:

- ❑ A./ Mindennapi testmozgás bevezetése az iskolai testnevelés keretében.
- ❑ B. / Mozgásszervi megelőzési szemlélet széleskörű elterjesztése egészségneveléssel, betegtájékoztatással.
- ❑ C. / A csontritkulás, az ízületi gyulladások, ízületi porckopás korai szűrésének népszerűsítése a lakosság körében.
- ❑ + **Az összes eddig felvázolt alprogramok.**

Projekt vezető:

- ❑ Kórház-rendelőintézet
- ❑ Oktatási Intézmények
- ❑ Védőnők
- ❑ Egészségügyi Gondnokság

Projekt team tagok:

- ❑ Szakorvosok, házi orvosok, iskolaorvosok, védőnők, gyógytornászok, pedagógusok, civil szervezetek

Kimeneti eredmény:

- ❑ Mozgásszervi betegségek növekedési ütemének csökkenése 2018-ra.
- ❑ A mozgásszervi megelőzést szolgáló szemlélet széleskörű javulása a tömegkommunikáció segítségével 2017-re.
- ❑ A mozgásukban gátolt betegek számarányának csökkentése 2018-ra

A projekt forrásigénye: Önkormányzati költségvetés + lakossági keretek.

Reumatológiai betegségeknek a mozgásszervek fájdalmával, későbbi mozgáskorlátozottságával és alakváltozásával járó betegségeket nevezzük. Gyakran más szervek, szervrendszerek bántalmái is mozgásszervi tüneteket okozhatnak. A mozgásszervi betegségek gyakran vezetnek a munkaképesség csökkenéséhez és az életminőség megváltozásához; a keresőképtelenséget okozó betegségek között pedig a harmadik leggyakoribb helyet foglalják el. A rokkanttá minősítettek 10%-a szenved mozgásszervi betegségben.



Jellemző csoportok

A mozgásszervi betegségeket a klinikai kép alapján a következőképpen csoportosíthatjuk:

- gyulladásszerű reumás betegségek.
- idült kopásos betegségek.
- lágyrész- reumatizmus
- csontok és ízületek anyagcsere betegségei

Vezető helyet foglalnak el a megbetegedési statisztikában a kopásos ízületi betegségek. A magyar népesség 20-25%-ában vannak különböző súlyosságú kopásos ízületi elváltozások. Ezek lényege az ízületi porc elfajulása. A későbbiekben fellépő csont- és lágyrész-elváltozások másodlagosak.

Fizioterápia

Kezelési lehetőségei közül igen fontos a fizioterápia, amely segít a fájdalom, a merevség leküzdésében, javítja az ízület mozgékonyágát és az izomerőt. Az ízületi kopás heveny szakában fontos feladat az ízület nyugalomba helyezése, tehermentesítése, fájdalomcsillapítás, jégpakolás. Félheveny szakban elektroterápiás (galván-iontoforézis, diadinamikus interferenciaáram, stb.) masszázs és gyógytornakezelés. Ha a mozgás már nem provokál fájdalmat, a gyógytorna elkezdhető. A gyógytorna feladata az ízületi mozgások és izomerő megőrzése. Kezdetben a gyógytornát, tehermentesített helyzetben végezzük, ügyelve arra, hogy az ízfelszínek minden mozgásterjedelmét kihasználjuk. Idült szakban az elektroterápiás kezelések mellett különböző fürdőkezelések adhatók, és kiegészítő sporttevékenység ajánlott. Derékbántalmak esetén hát, illetve gyorsúszás, csípőbántalmak esetén úszás és kerékpározás javasolt.

Gyógyszeres: kezelési lehetőségek közül a nem szteroid gyulladáscsökkentők képezik a kopásos betegségekben alkalmazható szerek legnagyobb csoportját. Fájdalomcsillapító és gyulladáscsökkentő hatásuk révén jól használhatók a tünetek enyhítésére, azonban a betegség gyógyítására nem képesek. E gyógyszerek nem veszélytelenek, leggyakoribb nemkívánatos mellékhatásuk a gyomor-bélrendszeri panasz, a gyomor, illetve nyombélfekély kialakulása. Mellékhatásuk kivédésére tartósabb szedés esetén gyomorvédő szereket javasolhatunk.. Kopásos betegségekben kortikoszteroidok helyi alkalmazására is sor kerülhet. Az ízületbe, illetve az ízület környékére adott szteroidinjekció jótékony hatású. Kopásos ízületi betegségekben gyakran adunk izomlazítókat, melyek az izomfájdalmak oldásában segítenek. Ma már nagyobb választékban porcvédő és porcanyagcsere-javító készítmények is rendelkezésünkre állnak.

Műtét: Ha a gyógyszeres és fizioterápiás kezelések ellenére a fájdalom nem csökkenthető, illetve nagyfokú mozgásbeszűkülés lép fel, ortopédiai műtéti megoldásokra kerülhet sor. A kopásos ízületi betegségek részben megelőzhetők. Fontos az elhízás elkerülése, a rendszeres testmozgás és a helyes táplálkozás. Mindenképpen törekedni kell a veleszületett vagy szerzett statikai rendellenességek kijavítására. Az ízületi kopás egy betegség, és nem egyenlő az öregedéssel. Olyankor alakul ki, amikor az ízületet annak örökletesen meghatározott ellenálló képességét meghaladó károsodás éri. Sajnos viszont ez az ellenálló képesség az évek múlásával csökken.

Szekszárdon a Richter Egészségváros Program arra próbálta rávenni az embereket, hogy minél többen tegyenek egy-egy lépést a saját egészségük megőrzése, fenntartása érdekében. Az egészség ne csak akkor váljék értékké, ha már betegségről beszélünk. A változatos programok mellett a csonttrikulás megbetegedés megelőzését szolgáló ingyenes szűrésekre is lehetősége volt azoknak, akik szeptember 26-án felkeresték a rendezvényt Szekszárdon. A csontszövetben bekövetkező változások a csontok fokozott törékenységéhez vezetnek. A törések, okozta szövődmények miatti halálozás magas: a nőknél 25%, férfiaknál akár 35% is lehet. A törést szenvedettek több mint 40%-a marad tartósan mozgáskorlátozott, önellátásra képtelen. A csontsűrűség mérésére azonban ma már korszerű módszerek állnak rendelkezésre, amelyek fájdalommentesek, mindössze néhány percet vesznek igénybe és alkalmasak a betegség korai kimutatására. A tanácsadás mellett gyógytorna gyakorlatokat is tanulhattak és végezhettek az érdeklődők. Az esemény védnöke Rudolf Péter volt, aki a rendezvények helyszínén, személyes példával biztatott az egészséges életmódra, az egészségtudatos magatartásra. Az egész napos rendezvények helyszínein Katus Attila aerobic világ- és Európa bajnok gyakorlati útmutatót is adott: szórakoztató fitneszprogramra várta a fiatalokat és az idősebbeket egyaránt, a tornaóra után pedig személyre szabott fitnesz- és életmódtanácsokkal segítette az érdeklődőket. A színpadi program házigazda műsorvezetője Jaksity Kata volt. A családi rendezvényt helyi sportegyesületek és táncsoportok bemutatkozása színesítette. A testmozgás a preventív egészség-magatartási tényezők közé tartozik, azaz a rendszeres fizikai aktivitás csökkenti bizonyos betegségek bekövetkeztének kockázatát. **A felnőtt lakosság fele (49, 7%) egyáltalán nem végez intenzív testmozgást, harmada (33, 4%) még mérsékelt testmozgást sem,** ötöde (21%) pedig nem is gyalogol még napi tíz percen keresztül sem. A felnőtt lakosság mintegy 80%-a élete során garantáltan találkozik valamilyen fájdalommal a nyaka-háta -dereka táján. Személyes tapasztalatom az, hogy a betegek a panaszok kezdete után csak sokára jutnak szakemberhez és a diagnózis felállítását csak sokára követi a fájdalmak enyhítése. Fontos tudni, hogy mikor kell orvoshoz fordulni, és ott mi fog történni a beteggel. Milyen hatékony fájdalomcsillapító módszerek léteznek, és miképp hatnak ezek. Milyen mozgás és sport végezhető, és mi nem javasolható. Rengeteg kérdés van, amit érdemes egy fórumon megbeszélni, illetve a betegek személyes tapasztalatai is nagyon fontosak. Nagy horderejű szerepet tulajdonítanak a **mozgásszervi betegségek gyógyításában** a Sensolite készüléknek,(polarizált fényterápia) nagyon jók csonttörés röntgennel igazolt átépülésében, rheumatoid arthritisz fellángoló fázisában a klinikai tünetek és a fájdalom csökkentésében.



V. / 1. SZŰRŐVIZSGÁLATOK

CÉL:

- A célzott és szervezett lakossági szűrővizsgálaton megjelentek számának növelése.
- A mammografiai szűrésre, a 45-65 év közötti nők két évente.
- Méhnyak-szűrésre három évente, a 25-65 év közötti nők.
- A széklet vér laboratóriumi kimutatásán az irányelvek szerint, az 50-70 év közötti nők és férfiak.
- A szervezettség fokozása, tájékoztatás, plakátok, szórólapok, média, üzenőlánc kialakításával.

A projekt tárgya, a probléma megfogalmazása:

- **A.** / Lakossági tájékoztatás fokozása annak érdekében, hogy minél többen vegyék igénybe az emlőszűrést 2015-re.
- **B.** / A célzott lakosság informálása a szűréseken való részvételről 2015-re.
- **C.** / Munkahelyi környezetben végzett szűrővizsgálatok 2016-ra.
- **+ az összes alprogram!**

Projekt vezető koordinátor:

- Egészségügyi ellátószervezet
- Szakmai szervezetek
- Civil szervezetek

Projekt team tagok:

- Házi orvosok, szakellátás, védőnők, iskolaorvosok, oktatási intézmények, gazdálkodó szervezetek, média, önkéntes segítők.

Várható eredmény:

- ❑ **A szűrővizsgálatok hatékonyságának növelésével csökken:**
- ❑ Az emlődaganatok okozta halálozás 15-20%-kal.
- ❑ A méhnyakrák halálozás 40-50 %-kal.
- ❑ A vastagbél és végbélrák okozta halálozás 15-20 %-kal.

A projekt forrásigénye: Lakossági fórumok, szórólapok, kiadványok, kampányok.

Emlőrákos halálozás és a mammográfiás ellátás kistérségi egyenlőtlenségei

Az emlőrákkal kapcsolatos epidemiológiai helyzet Magyarországon egyértelműen kedvezőtlen. Az utóbbi néhány évben a halálozás magas szinten stabilizálódott (5), annak ellenére, hogy jól ismertek a problémakezelés eszközei (21), melyekkel sok országban folyamatosan emelkedő incidenciával mellett tudták jelentősen csökkenteni a mortalitást (3, 14, 16). A bizonyítottan effektív eszközök hatékony alkalmazásához pontos epidemiológiai adatokra van szükség, melyek azonban kellő részletességgel nálunk nem állnak rendelkezésre. Ezért valójában nem tudjuk, hogy a magas halálozás mennyiben magyarázható a kiemelkedő incidenciával, a szűrőprogramok hiányával, a nők késői orvoshoz fordulásával, a nem megfelelő diagnosztikus tevékenységgel és a nem optimális betegmenedzseléssel. A Dél-Dunántúlon belül milyen területi mintázatot mutat az emlőrákos halálozás, (b) van-e heterogenitása, azaz vannak-e egyáltalán speciális figyelmet igénylő területek, (c) ha igen, akkor hol vannak az esethalmozódások, melyek a magas rizikójú populációk, (d) és milyen beavatkozások alkalmazásának igénye merül fel. Utóbbi célból az emlőrákos halálozásra illetve a mammográfiás vizsgálati gyakoriságra ható tényezők közül egyes társadalmi-gazdasági faktorok hatását elemeztük. Mammográfiás vizsgálati gyakoriság, ami jól közelíti az átszűrtséget, összességében alacsony és rendkívüli heterogenitást mutat. A területi ellátásért felelős egészségügyi szolgáltatók ilyen mértékben eltérő magatartása biztosan nem elfogadható egy olyan igény esetében, amivel kapcsolatban a lényegi kérdéseket illetően nincsenek szakmai viták. Bár a társadalmi-gazdasági faktorok jelentősen befolyásolják a szűrőprogramok sikerességét, együtt vizsgálva ezeket a tényezőket az egyes megyékhez való tartozással, megállapítható volt, hogy a Tolna megyében alkalmazott szervezési módszer bizonyult messze a legfontosabb meghatározó tényezőnek.

A legerősebb társadalmi-gazdasági indikátor, az elvégzett osztályok átlagos száma ennek a befolyásnak csak negyedével-ötödével bírt. A statisztikai adatok szerint a rendszeres mammográfiai szűrésen részt vett nők emlődaganatainak 50 százaléka 1,5 centiméteresnél kisebb átmérőjű. Az ilyen kisméretű daganatok kezelése lényegesen „barátságosabb”, sokkal kisebb műtéti beavatkozást tesz szükségessé. A nők nagy része még mindig azt gondolja, hogy a mellrák egyenlő a mell eltávolításával, holott erre csak nagyon ritkán, többnyire a későn felfedezett esetekben van szükség. Bár a mellrák gyógyíthatóságának háttérben tucatszámú orvosi kritérium húzódik, biztonsággal kijelenthetjük, hogy az érintett hölgyek esélyét a gyógyulásra az elváltozás mérete befolyásolja leginkább: minél kisebb a daganat, annál jobb az esélyeink. Amikor a daganat fejlődésnek indul, pusztán néhány sejtcsoportból áll. Fizikai vizsgálattal - tapintással - körülbelül 1 centiméteres elváltozást vagyunk képesek tapintani. Míg a kórosan osztódó sejtek tömörülése eléri a tapinthatóság határát akár 10 év is eltelhet! A leginkább érintett, 40 év feletti korosztályban nem elégedhetünk meg pusztán az önellenőrzéssel és a fizikai vizsgálattal, szükséges a mammográfiai szűrés, amivel már a tapinthatóság előtt is kimutatható az elváltozás az emlőben. A statisztikai adatok szerint a rendszeres mammográfiai szűrésen részt vett nők emlődaganatainak 50 százaléka 1,5 centiméteresnél kisebb átmérőjű. Az ilyen kisméretű daganatok kezelése lényegesen „barátságosabb”, sokkal kisebb műtéti beavatkozást tesz szükségessé. A nők nagy része még mindig azt gondolja, hogy a mellrák egyenlő a mell eltávolításával, holott erre csak nagyon ritkán, többnyire a későn felfedezett esetekben van szükség.



Magyarországon 45 mammográfias szűrőhely működik, ezek közül 38 komplex mammográfias központ, ahol a szűrésre és a terápiára is lehetőség nyílik, míg 7 helyen csak szűrőállomás működik. A komplex mammográfias központok akkreditációval rendelkeznek folyamatos szakmai ellenőrzés alatt állnak, a leletek kettős leolvasással készülnek. Velük együttműködésben szakorvosi csoport (sebész, onkológus, patológus) felügyeli a betegek gyógyítását és gyógyulását. A kilencvenes évek elejétől van lehetőség hazánkban mammográfias szűrésre, és az 1998-ban megjelent, a lakossági szűréseket szabályozó kormányrendelet óta hívják be az érintett hölgyeket ingyenes szűrővizsgálatra. A rendszeres szervezett emlőszűrés 2001-től a Népegészségügyi Program alapján indult meg. A közel 600 000 behívottnak - sajnos - csak kevesebb, mint a fele megy el a vizsgálatra. Az ÁNTSZ adatai szerint a szűrésen résztvevők körülbelül 6 százalékát hívják vissza újabb ellenőrzésre, és ennél jóval kisebb arányban van szükség műtétre, a megjelentek mindösszesen fél százalékának. Kevés rákos megbetegedésről mondható el, hogy időben felismerve teljesen meggyógyítható, az emlőrák ezek közé tartozik. Az önellenőrzés mellett – évente, vagy kétfévente, egyszer egyetlen órát rászánva behívóval ingyenes szűrésen, ha még nem tartozunk a behívottak körébe, privát páciensként kb. 12 ezer Ft/szűrés áron vehetünk részt: ennél többet nem várhatunk el egyetlen társadalomtól és egészségügyi rendszertől sem, a vizsgálatra senki nem tud elmenni helyettünk! A mellben található elváltozások – a zsírdaganat vagy lipoma kivételével – elnyelik a röntgensugarakat, csak más-más mértékben, ezért egymástól jól megkülönböztethető képet alkotnak. A vizsgálat során egyebek mellett fény derül a cisztákra, a gyulladásokra és a sérülések esetleges következményeire is. A 45 és 65 év közötti hölgyek kétfévente kapnak behívót a szűrésre. Panasz esetén a háziorvos vagy a nőgyógyász is beutalhatja a beteget, de magánbetegként előzetes bejelentkezést követően is elvégezzük a szükséges szűrővizsgálatot. Különösen indokolt évente szűrővizsgálat végzése azoknál a hölgyeknél, ahol a család női tagjai között mellrákos megbetegedések mutatkoztak. A behívóval vagy beutalóval érkező hölgyek számára az OEP finanszírozza a vizsgálatot, ezért ez ingyenes. Magánbetegeknek a fizikális vizsgálattal együtt elvégzett mammográfias alapfelvételek elkészítéséért 12 000 forintot kell fizetniük. Amennyiben komplex szakorvosi és ultrahangos vizsgálat is kiegészíti a mammográfias felvételeket, a fizetendő összeg 25 000 forint. Az asszisztensek által elvégzett tapintásos vizsgálat és a felvételek elkészítése mindössze 5-6 percet igényel. Ha szakorvosi klinikai vizsgálat is történik, akkor ez az eset bonyolultságától függően még 10-12 percet vesz igénybe.

Shó sines tehát „időrabló” elfoglaltságról, a hölgyektől kétévete fél óránál kevesebb időt vesz el a szűrővizsgálaton való részvétel, - Péntek Zoltán, a mammoográfias szűrőközpontokat működtető MaMMa Egészségügyi Zrt. elnök-igazgatója nyilatkozott.

Az ajak- és szájüregi rák okozta halálozás Magyarországon elfogadhatatlanul gyakori, 1975 óta mintegy ötszörösére növekedett, mindkét nemben (Szekszárdon is).

Amikor szájüregi daganatról beszélünk, akkor elsődlegesen az ajkak, a nyelv, a szájpadlás, az íny, a nyálmirigyek, a nyelv alatti terület, a szájüreg folytatását képező garat, valamint a szájnyálkahártya megbetegedésére gondolunk. A szájban éppúgy kialakulnak tumorok, mint a tüdőben vagy a májban, csakhogy ezeket sokkal könnyebb (lenne) időben felismerni s kezelni. Például az ajkakon kialakuló tumor első jeleként megvastagszik a nyálkahártya, majd fehéresen elszíneződik, később kifelélyesedik. Gyakran pontosan ott alakul ki. 2008-ban 2737 férfi és 935 nő beteget vettek nyilvántartásba az ajak, a szájüreg vagy a nyak jól látható daganatával. Különösen azért elfogadhatatlanok ezek a magas számok, mert zömében olyan elváltozásokról van szó, amelyek már a betegség kifejlődését megelőző állapotban is könnyen, orvosi eszközök igénybevétele nélkül felismerhetők, illetve korai felfedezéssel tökéletesen gyógyítható betegségről van szó, az elváltozás, ahol a cigaretta vagy pipa leggyakrabban éri az ajkakot! Megelőzhető ez a betegség, hiszen kialakulásáért nem valamiféle kórokozó, hanem az esetek túlnyomó többségében a helytelen életmód felelős. A dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás az ajak, száj, garat rákos megbetegedéseinek mintegy 90 százalékaért felelős! A megbetegedettek nagy többsége a középkorú vagy idősebb dohányzó és alkoholista férfi lakosok köréből kerül ki. Becslések szerint a dohányzás hússzoros, a nagy mennyiségű alkohol fogyasztása pedig harmincszoros, a kettő együtt hatszázszoros rizikónövekedést okoz! A betegség kialakulásához hozzájárul a rossz szájhigiéné is. A magyar lakosság szájhigiénéje pedig kimagaslóan rossz, Európában az utolsók közötti: 7-8 százaléka – önbevallása szerint – soha nem, vagy csak alkalmanként mos fogat. Az emberek ötöde naponta csak egyszer, a fele pedig kétszer vesz a kezébe fogkefét, többségük pedig csak akkor megy fogorvoshoz, ha már fájdalmak gyötrik. Mindezek tudatában az Országos Egészségfejlesztési Intézet még 2008-ban alkalmoszerű kísérleti programot indított a szájüregi rák szűrésére (alkalmoszerűnek nevezzük az olyan szűrővizsgálatokat, amikor az orvos-beteg találkozást, a beteg kezdeményezi valamilyen panasz miatt, de a vizsgálat nemcsak a panaszok okát nézi, hanem ezt az alkalmat kihasználva más vizsgálatok is történnek).

Országszerte 141 településről 209 doktort – háziorvost, fogorvost, illetve foglalkozás-egészségügyi orvost – vontak be a 40 éven felüli lakosok szájüregi szűrésébe. Azt vállalták, hogy a rendelésükön bármilyen panasszal is jelentkezzenek a 40 év feletti férfiak és nők, elvégzik az egyszerű, néhány perces szűrővizsgálatot, amelynek eszközigénye mindössze egy jól világító lámpa, gumikesztyű, és egy darab, egyszer használatos nyelvlapoc. Az orvosok interneten keresztüli tanulással sajátították el a szűrési protokollt, amelyből on-line vizsgát is tettek. A szűrési eredményeket ugyancsak on-line továbbítják. Azóta közel 70 ezer vizsgálat megtörtént, minden 300-adik páciens további szakvizsgálatra került. 2009-ben a sikeresnek bizonyult modellprogram folytatásaként az alkalmoszerű szűrési rendszert továbbfejlesztették. Az eddigi orvos partnerektől szakdolgozók vették át a feladatot. A kiszűrt eseteket az orvos ellenőrzi és küldi tovább a szakellátás felé. A fejlesztés másik eleme, hogy az alkalmoszerű szűrés időtartama alatt a jól felkészített szakdolgozó táplálkozási és szájhigiéniás tanácsokat is ad a páciensnek, így az ellátás kiegészül egészségnevelési - egészségfejlesztési elemekkel

Vastagbélrák és végbélrák

A **vastag-** és **végbélrák** gyakorisága hazánkban az elmúlt években jelentős mértékben emelkedik.

Rizikófaktorok

- Genetikai tényezők: szerepüket alátámasztja, hogy a betegség egyes családokban generációkon keresztül halmozottan fordul elő.
- Bélbetegségek: a vastagbél krónikus fekélyes gyulladása és a vastagbél polyposis rákosan elfajulhatnak.
- Táplálkozási szokások: magas zsír- és fehérjetartalomú ételek, illetve kevés növényi eredetű rost (zöldség, gyümölcs) fogyasztása, rendszeres és túlzott alkoholfogyasztás hajlamosítanak.
- Jóindulatú vastagbél-daganat a kórelőzményben (pl. adenomatosus polyp, örökletes polip)

Pozitív széklet vérvizsgálat esetén, azonban teljes colonoscopiás vizsgálat szükséges a daganat kimutatására. Gyulladásos bélbetegség, vastagbél polyposis, illetve családban előforduló vastagbél-daganat esetén évenként ismételt colonoscopia szükséges a megelőzés érdekében.

A vastagbél daganatok nagy része szűréssel megelőzhető!

Több ezer vastagbél daganatos betegséget regisztrálnak minden évben. A betegség gyakorisága világszerte sebesen nő. Az utóbbi 30 évben négyeszeresére emelkedett.

Jelenleg nincs országos vastagbél szűrőprogram, ezért rendkívül fontos a lakosság tájékoztatása a megelőzés lehetőségeiről.

Kiadványunk ezt a célt szogálja.

A vastagbélrák megelőzési lehetőségei

A vastagbélrák két szempontból is különleges a daganatos megbetegedések között. Egyrészt korán felfedezve az egyik legjobban gyógyítható rákok közé tartozik, másrészt a vastagbélrákos betegség az esetek 90-95 %-ban vastagbél polipokból (jóindulatú daganat, rákmeelőző állapot) fejlődik ki, általában hosszabb időszak 5-10 év alatt.

Mindezeket a kór állapotokat időben felfedezni szűrővizsgálatokkal lehet, ezek közül is a leghatásosabb a vastagbél tükrözéses szűrővizsgálat, melynek segítségével a vastagbél polipok endoszkóposan felismerhetők és kezelhetők (időben teljesen eltávolíthatók), illetve a vastagbélrák korai stádiumban felfedezhető és nagyobb eséllyel teljesen meggyógyítható.

Az évi új bejelentett daganatos esetek száma (KSH) mindkét nemre vonatkoztatva 2005-ben a Nemzeti Rákregiszter adatai alapján

| | |
|----------------------------------|-------|
| Tüdő | 7571 |
| Kolorektális (vastag- és végbél) | 4557 |
| Emlő | 2109 |
| Gyomor | 1722 |
| Nyirok- és vérképzőrendszer | 1695 |
| Ajak- és szájüreg | 1567 |
| Hasnyálmirigy | 1611 |
| Prostata | 1077 |
| Máj | 842 |
| Epehólyag | 694 |
| Összesen | 23445 |

- **Méhnyakrákszűrés**

- A méhnyakrák a méhnyakat borító laphámsejtek rosszindulatú elfajulásából kialakuló daganat. A méhnyakrák ún. daganatmegelőző állapota a cervicalis intraepitélialis neoplasia (CIN). A CIN rákszűrés során diagnosztizálható, és az idejében végzett beavatkozással gyógyítható.

- A méhnyakrák a gyakori halálokok között szerepel. Magyarországon évente mintegy 1000 új esetet fedeznek fel, amely jelentős hányada ekkor már előrehaladott stádiumban van. Ennek oka, hogy a méhnyakrákszűrés bevezetése és kiépítése ellenére a nők jelentős hányada sajnos nem vesz részt ezen vizsgálaton!

- Leggyakrabban 35-65 éves korú nők körében fordul elő, kialakulásában a humán papilloma vírus (HPV) egyes típusainak szerepe bizonyított. A méhnyakrák kialakulásának kockázati tényezői között szerepel a fiatal életkorban kezdett szexuális élet, a szexuális partnerek gyakori váltogatása, a dohányzás, fogamzásgátló tabletták szedése

- **Tüdőszűrés, tüdőrák**

Magyarországon évente 7000 új **tüdőrákos** megbetegedést tartanak nyilván. A megbetegedettek közel 80 százaléka férfi, de az elmúlt években jelentősen emelkedik a nők aránya is. A tüdőszűrést Magyarországon eredetileg nem a tüdőrák kivédésére vezették be, hanem a TBC felismerésére és annak visszaszorítására. A rendszeres tüdőszűrésnek köszönhetően azonban még korai állapotban kimutatható a tüdőrák.

📌 Új fegyver: a HPV-vakcina

A méhnyakrák kialakulásának megelőzésében a HPV fertőzés elleni védelemnek van kiemelkedő szerepe. Nemrégiben törzskönyvezték hazánkban is a HPV ellenes védőoltást, a vakcina már kapható gyógyszertárakban. Az OEP nem finanszírozza a készítményt, a költségeket a vásárló állja. A védőoltás elsősorban a szexuálisan aktív időszakot megelőzően ajánlott, mivel a védőoltás akkor fejt ki leginkább hatását, ha az oltott egyén még nem fertőződött vírussal. Ezért elsősorban a 9-15 éves lányoknak javasolt, a szexuális élet megkezdése előtt.

Rizikófaktorok

- Dohányzás: minél hosszabb ideje tart és minél nagyobb az elszívott mennyiség, annál nagyobb a valószínűsége a tüdőrák kialakulásának.
- A passzív dohányzás, valamint egyes vegyszerek tartós belégzése (azbeszt, nikkkel, króm, szén-dioxid, mustárgáz, arzén, vinil-klorid, radon gáz) szintén jelentős kockázati tényezők.

A tüdőrák tünetei

A tüdőráknak kezdetben semmilyen tünete nincs, ebben a stádiumban van nagy szerepe a tüdőszűrésnek, mely a tüneteket nem okozó, de már a röntgenen jelet adó daganatokat kimutathatja.

Korai tünet lehet az ingerköhögés, a korábban már fennálló köhögés erősödése, mellkasi fájdalom, valamint a véres köpet. Késői tünetek: fokozódó vérköpés, étvágytalanság, testsúly csökkenés, csontfájdalmak, szövődmenyes tüdőgyulladás.

Felnőtt lakosság (18 éven felüliek) esetén évente ajánlott a szűrésen résztvenni. Azokon a területeken, ahol a TBC-s megbetegedések száma egy bizonyos határt elér a tüdőszűrés kötelezővé is teszik a további megbetegedések számának csökkentése érdekében.

Rizikó csoportokban kiemelték esetén félévente kívánatos a szűrés elvégzése. A rizikócsoportba tartoznak a 40-50 éven felüli dohányos férfiak, gyógyult TBC-s betegek és környezetük, aktív TBC-szek családi és munkahelyi környezete, rossz szociális körülmények között élők, zárt közösségben élők (szociális otthonok, börtönök lakói).

+ A tüdőrák **kezelési lehetőségei**

Sajnos a tüdőrák igen makacs betegség, gyakran nagyon nehéz időben felfedezni és teljes **egészségben** eltávolítani.

Prosztatarák

A **prosztatarák** a férfiak körében a tüdőrák után a második leggyakrabban előforduló rosszindulatú daganat. Az Európai Unió országaiban 80-90 000 új esetet felfedeznek fel évente.

Rizikófaktorok

- A túlzott zsíros ételek fogyasztása, a súlyfelesleg
- Kemikáliákkal való foglalkozás
- Genetikai faktorok (családi előfordulás)
- Hormonális egyensúlyzavar (hereműködés csökkenése)

A prosztatarák kezdeti stádiumban tüneteket általában nem okoz. Késői tünetek közé tartozik a gyakori vizelés, vérvizelés, részleges vagy teljes vizeletelakadás, csontfájdalom (a csontáttétek jelenléte miatt), vérszegénység, fogyás.

Minden 50 év feletti férfinál évente legalább 1 alkalommal ajánlott a szűrés elvégzése. A prosztataszűrés két vizsgálatból áll, melyek segítségével biztonsággal megállapítható a tumor alapos gyanúja.

Az egyik vizsgálat a prosztata végbélen keresztüli tapintása: a prosztatat ugyanis a végbél felől jól tapintható és a daganat többnyire erről a felszínről szokott kiindulni. A másik vizsgálat egy laboratóriumi eljárás, melynek során a vérben a PSA (prosztata specifikus antitest) nevű fehérjét határozzák meg. Az emelkedett PSA szint daganatra utalhat.

Ha felmerül a prosztatarák gyanúja végbélen keresztüli UH vizsgálat és a daganatra gyanús területből tűszúrással végzett szövettani mintavétel szükséges a végleges diagnózis felállításához. Idős férfi betegek csontfájdalmai illetve reumás fájdalmai, valamint ismétlődő alsóvégtagi mélyvénás thrombozisz esetén prosztata szűrővizsgálatot is kell végezni, mivel ezek a prosztatadaganat kísérő tünetei lehetnek.

VI. Indikátorrendszerek, monitorozás

Indikátorok

A fenntartható fejlődés alakulását jelző mutatók, mutatószámok (indikátorok) célja, hogy egy adott ország, térség, település számára egyértelműen megmutassa a fenntarthatóság felé haladás mértékét, mérje az eredményeket, valamint lehetővé tegye az összehasonlítást a különböző időszakok, illetve nemzetközi szinten az országok, térségek között.

Az elmúlt évek során többféle mutatószám-rendszert fejlesztettek ki a világban (ENSZ, EU intézményei - Eurostat, EEA, OECD, egyes országok saját rendszerei). Ezek a rendszerek lehetnek számszerűsítettek, térképi ábrázolásúak (amelyben a hasonló jellemzőket azonos színnel jelölik), de közös tulajdonságuk, hogy sok elemből álló, összetett rendszerek.

Létezik egy más megközelítésű mutatószám is, az ún. "ökológiai lábnyomat". Ez azt mutatja meg, hogy egy adott ország, település a földrajzi kiterjedése hányszorosának megfelelő területet vesz igénybe ahhoz, hogy szükségleteit (élelmiszer, víz, ruházatkodás, energia, szállítás, lakóhely, alapanyagok, stb.) kielégítse, illetve "megtermelt" hulladékát elhelyezze.

Az ENSZ fenntartható fejlődési mutatószám rendszere

A fenntartható fejlődés ENSZ programja (Agenda 21) 40. fejezetében szól a fenntartható fejlődés mutatószámairól, mint a jobb döntésekhez és hatékonyabb intézkedésekhez minden szinten biztos alapot nyújtó eszközről. Az ENSZ Fenntartható Fejlődés Bizottsága indikátor-rendszerének kidolgozását 1995-ben kezdték meg több, mint 30 ENSZ-, kormányközi, nem-kormányzati szervezet közreműködésével. A nemzeti beszámolásra is alkalmas, nemzetközi egyeztetések és tesztelések alapján kialakított rendszerben az alap-mutatószámokat témájuk szerint négy csoportba - szociális, környezeti, gazdasági és intézményi - sorolták, ezeken belül altémákat különítettek el az alábbiak szerint.

| SZOCIÁLIS MUTATÓSZÁMOK | | |
|------------------------|--------------------------|---|
| TÉMA | ALTÉMA | INDIKÁTOR |
| egyenlőség | szegénység | a szegénységi szint alatt élő népesség %-a |
| | | jövedelmi egyenlőtlenség indexe |
| munkanélküliségi ráta | | |
| | nemek közötti egyenlőség | a nők és férfiak átlagos kereseti aránya |
| egészség | tápláltsági szint | a gyerekek tápláltsági szintje |
| | | 5 éves kor alatti halálozási arány |
| | halandóság | születéskor várható élettartam |
| | szennyvíz | megfelelő szennyvíz-elhelyezés |
| | ivóvíz | biztonságos ivóvíz-ellátás |
| | orvosi ellátás | alapfokú orvosi ellátás |
| | | fertőző gyermekbetegségek elleni védőoltások |
| | | a fogamzásgátlás elterjedtsége |
| oktatás | oktatási szint | az általános, ill. középiskolát elvégzők aránya |
| | írni-olvasni tudás | felnőttek írni-olvasni tudási aránya |
| lakás | lakáskörülmények | egy főre jutó lakásterület |
| biztonság | bűnözés | 100 ezer főre jutó regisztrált bűnesetek száma |
| népesség | a népesség változása | a népesség növekedési rátája |

| | | |
|---|--|--|
| | | városi népesség aránya |
| KÖRNYEZETI MUTATÓSZÁMOK | | |
| TÉMA | ALTÉMA | INDIKÁTOR |
| léggör | éghajlatváltozás | üvegház-hatású gázok kibocsátása |
| | ózonréteg csökkenése | ózonkárosító anyagok használata |
| | levegőminőség | légszennyező anyagok koncentrációja a városi területeken |
| föld | mezőgazdaság | művelhető és folyamatosan művelt terület |
| | | műtrágyák használata |
| | | mezőgazdasági növényvédőszer használata |
| | erdők | erdőterületek aránya |
| | | fakitermelés intenzitása |
| | elsivatagosodás | elsivatagosodás által fenyegetett területek |
| urbanizáció | városias települések területe | |
| óceánok, tengerek és tenderpartok | tengerparti zóna | algakonzentráció a tengerparti vizekben |
| | | tengerparti területeken élő lakosság aránya |
| | halászat | éves zsákmány a főbb fajokból |
| édesvíz | vízmenyiség | éves vízkivétel a felszíni és felszín alatti vizekből a rendelkezésre álló teljes mennyiség százalékában |
| | vízminőség | biológiai oxigén igény a víztestekben koli-konzentráció a vizekben |
| biológiai sokféleség | ökoszisztémák | a kiválasztott "kulcs" ökoszisztémák területe |
| | | a védett területek aránya |
| | fajok | a kiválasztott "kulcs" fajok gazdagsága |
| GAZDASÁGI MUTATÓSZÁMOK | | |
| TÉMA | ALTÉMA | INDIKÁTOR |
| gazdasági rendszer | gazdasági teljesítmény | egy főre jutó GDP |
| | | beruházások aránya a GDP-ben |
| | kereskedelem | árúk és szolgáltatások kereskedelmi egyensúlya |
| | pénzügyi helyzet | adósság a GNP arányában adott vagy kapott ODA a GNP százalékában |
| fogyasztási és termelési minták | anyagfelhasználás | az anyagfelhasználás intenzitása |
| | energiafelhasználás | egy főre jutó éves energiafogyasztás |
| | | megújuló energiaforrások felhasználási aránya |
| | | energiafelhasználási intenzitás |
| | hulladéktermelés és -gazdálkodás | ipari és lakossági szilárd hulladék mennyisége |
| veszélyes hulladék hulladék újrahasznosítás és újrahasználat | | |
| közlekedés | egy főre jutó utazási távolság közlekedési mód szerint | |
| INTÉZMÉNYI MUTATÓSZÁMOK | | |
| TÉMA | ALTÉMA | INDIKÁTOR |
| intézményi keretek | a fenntartható fejlődés stratégiai végrehajtása | Nemzeti Fenntartható Fejlődési Stratégia |
| | nemzetközi együttműködés | a ratifikált globális megállapodások végrehajtása |
| intézményi kapacitás | információhoz jutás | 1000 lakosra jutó Internet előfizetések száma |
| | kommunikációs infrastruktúra | 1000 főre jutó fő telefonvonalak száma |
| | tudomány és technológia | kutatás/fejlesztésre fordított összeg a GDP %-ában |
| | katasztrófa készültség | gazdasági és emberi veszteség természeti katasztrófák |

Források

- Központi Statisztikai Hivatal évkönyvei
- Health for All Database, WHO/Europe, 2005.
- Magyar Egészségadattár 1985-2003.
Országos Epidemiológiai Központ, Budapest 2003.
- Regionális Adattár 2000-2007
Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, Budapest 2007.
- Gyorsjelentés az Országos Lakossági Egészségfelmérésről 2003.
(OLEF2003) Országos Epidemiológiai Központ 2004.
- Statisztikai tükör IV. évfolyam 88.szám 2010/7