

Klimó Attila

PÉTERRÉVE LAKOSSÁGÁNAK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA
AZ 1977-TŐL 1992-IG TERJEDŐ DEMOGRÁFIAI
VÁLTOZÁSOK TÜKRÉBEN

Bevezetés

Az orvosi hivatás gyakorlói közül leginkább a falusi általános orvos van magára utalva. Ahhoz, hogy a gyakorlatban minél eredményesebben megvalósíthassa az egy település egészségügyi ellátásáról szóló korszerű elgondolásokat, feltétlenül ismernie kell a hatáskörébe tartozó település lakosainak élet- és munkakörülményeit, valamint a demográfiai vonatkozású adatokat.

A lakosság egészségvédelméről való gondoskodásával egyidejűleg a családokra is ki kell terjesztenie figyelmét, hogy fokozatosan megismerje a település lakóinak életmódját, szokásait, az egészséggel kapcsolatos felfogásait, hiedelmét stb. A szerzett ismeretek birtokában felfedheti azokat a környezeti ártalmakat, amelyek a lakosság legelterjedtebb betegségeinek okozói. A tapasztalati ismereteken kívül azonban a leggyakoribb betegségek okainak felderítéséhez az egészségügyi vonatkozású statisztikai adatok begyűjtésére, feldolgozására és elemzésére is szüksége van, a statisztikai módszer alkalmazása ugyanis módot nyújt az egyes jelenségek részletes vizsgálatára: elemezhetők lesznek az adott jelenségek korábbi megjelenési formái, gyakoriságuk, elterjedtségük, okaik, s ezen ismeretek alapján előrejelezhetők esetleg felbukkanásaik. A statisztikai módszerrel jórészt kizárható: „... a megfigyelés alá vont jelenségek szubjektív, esetleg részrehajló megítélésének lehetősége. Viszont a statisztika híján nem zárhatók ki a véletlenek, hiszen felmérések nélkül nincs pontos információ, pontos információ nélkül pedig nem hozható ésszerű döntés” (1.sz. mű, 11.o.). Természetesen a statisztika sem tekinthető olyan eszközhöz, amellyel minden bizonyítható, de a mindennapi munka során való hasznosíthatósága vitathatatlan.

Péterrève demográfiai vonatkozású adatainak elemzése

A Közép-Bácska keleti részében fekvő Péterrève lakossága nemzetiségi tekintetben vegyes összetételű. A lakosság legnagyobb része (82%-a) földműveléssel foglalkozik, mint a következő statisztikai adatok is igazolják:

Év	1981	1991
Mezőgazdasággal foglalkozó háztartások száma:	2019	1655

A mezőgazdasággal foglalkozó háztartások számának csökkentését jelző adatok egyenes arányban állnak a falu lakosságának számbeli fogyatkozását tükröző adatokkal. Fokozatos regresszió jellemző tehát az 1977-től 1992-ig terjedő időszakra. E jelenséget az utóbbi három évtized népszámlálási adatai egyértelműen igazolják.

A lakosság nemzetiségi megoszlása a következő:

Év	1971	1981	1991
Szerb	–	1518	1346
Magyar	–	6899	6012
Cigány	–	295	368
Összesen: megközelítőleg	10 000	8959	7951

A Vajdaság népességi adatai a Jugoszláv SZSZK összlakosságának szármarányához mérten regresszív irányzatot mutatnak. Ezt támasztják alá Péterrève adatai is.

A falu lakosságának *életkor szerinti megoszlását* a korszpecifikus és a korra standardizált halálozási arányokkal összevetve (6a és 6b táblázat), megállapíthatjuk, hogy Sündbergnek az emberi közösségeket *biológiai típusokra* osztó csoportosítása szerint (amelyben progresszív, stagnáló és regresszív kategóriákat különböztet meg) Péterrève a stagnáló típusba sorolható, és nem mentes a regresszív tendenciáktól sem. Ez a jelenség a következőkben jut kifejezésre: a falu összlakosságán belül növekvőben van a 65 éves és az ennél magasabb korosztályokba tartozó személyek száma. Ebből a tényállásból viszont az a következtetés vonható le, hogy változtatásokat kell eszközölni az egészségügyi szolgálatban, azaz nagyobb figyelmet kell fordítani a patronázs-szolgálatra és a házi gyógykezelésre. Az egészségügyi szolgáltatásoknak a lakossági igényekhez való igazításával, továbbá korszerűbb egészségvédelemmel elérhető az életkor meghosszabbítása, de ha nem emelkedik a születések száma, a kialakult helyzet tartóssá válik, illetve a magasabb életkorú lakosok arányának további

növekedésével kell számolnunk. A vázolt helyzet súlyos szociális és gazdasági problémákat von maga után, mert az egyre kiterjedtebb egészségvédelem és szociális gondoskodás jelentős anyagi ráfordítást követel meg a lakosság gazdaságilag aktív részétől.

A lakosság *nemek szerinti megoszlása* ma az egészségügy anyagi vonatkozása szempontjából kisebb jelentőségű, mint régen (bár a nők száma emelkedést jelez, ami a múltban az eltartott személyek számbeli növekedését jelentette volna), mert a foglalkoztatottság tekintetében a nők arányszáma kedvezőbben alakult a munkaviszonyban lévő férfiakéhoz mérten, tehát a jövedelemszerzésben is új, megfelelőbb viszonyok alakultak ki.

A lakosság nemek közötti arányos megoszlásáról maga a természet gondoskodik: általában több fiúgyermek jön a világra, mint lány. A férfiak és nők arányának (maszkulinitás, illetve feminitás) kimutatásához az 1000 nőre jutó férfiak számát szokás alapul venni. A negatív maszkulinitás (azaz: a pozitív feminitás) egyike a lakosság jó egészségi állapotát jelző tényezőknél.

A lakosság körében észlelhető mozgások változások

Egy adott földrajzi terület vagy település lakosságát a maga dinamikus voltában kell megfigyelni, olyan létezőként, amely az emberi sajátosságoknak megfelelően szüntelen mozgásra, változásra hajlamos. Az állandó mozgás, változékonyság abszolút értékekben is kifejezhető, de a populáció összes sajátosságát magában foglaló szerkezeti elemek vizsgálatával is kimutatható. A lakosság létszámát érintő változások visszavezethetők *természetes okozókra*, amelyeket a *natalitás* (születések száma) és a *mortalitás* (halálozások száma) határoz meg; valamint *mechanikus okozókra* (migráció). A migráció „egyil.” azoknak az indikátoroknak, amelyek ismerete nélkül nem, vagy csak igen nehezen magyarázhatók meg a települőket befogadó térség lakosságának egészségi állapotában hirtelen beálló változások” (3.sz. mű, 59.o.). A migrációt illetően megkülönböztetünk: *külsőt* (a lakosság országok, illetve kontinensek közötti mozgása) és *belső*t (a lakosság országon belüli mozgása). A külső migráció lehet kitelepülés (emigráció) és betelepülés (immigráció), míg a belső migráció lehet községi, községközi és köztársaságközi. A lakosság számának gyarapodása közvetlen összefüggésben áll a natalitással és az immigrációval, és kizáró ellentétben van a mortalitással és az emigrációval. A lakosság számának általános növekedése szempontjából döntően fontos a mortalitás csökkenése és a natalitás növekedése. A statisztikának azt az ágát, amely követi és kimutatja a természetes változásokat, VITALITÁS-STATISZTIKÁNAK nevezzük.

1. A natalitás

„A natalitás pozitív tényező a lakosság természetes szaporulatát illetően, és a populáció vitalitására, életerejére utal. Természetesen maga is több tényező hatása alatt áll. Közülük a legfontosabbak a következők: a szociális-gazdasági mozzanatok (ezeken belül: életviteli és egyéb szokások, műveltségi szint, a vallás hatásfoka stb.), a fertilis nők száma, a megkötött házasságok száma” (3.sz.mű, 59.o.). A natalitás fogalmán az egy év alatt egy meghatározott földrajzi területen vagy településen élve született gyermekek számát értjük. Az egy évben és adott térségben született gyermekek abszolút száma azonban nem a legmegfelelőbb natalitás-mutató, hiszen nagyobb lélekszámú településeken természetesen magasabb a születések száma is. A kérdéskör eredményesebb tanulmányozása érdekében a *születési arányszám* használatos, amely az élve született gyermekek számát 1000 lakoshoz mérten mutatja ki. Az Egyesült Nemzetek Szövetsége által elfogadott WHO-adatok és -mérések szerint a magas és alacsony natalitás határvonalát a 30‰ képezi. Péterrévé természetes szaporulata, főleg a vizsgált időszak utolsó hat évében (1. táblázat), messze elmarad a jelzett érték mögött, az egyik legalacsonyabb a Vajdaságban, amelynek natalitása a legalacsonyabb Jugoszlávia viszonylatában, s még további csökkenést is jelez, noha így is a legalacsonyabbak között jegyzik Európában.

A natalitás nagyarányú csökkenése elsősorban a következő okokkal magyarázható:

1. az egészségvédelem szintjének emelkedésével csökken a csecsemőhalandóság, s ezáltal semlegesítőleg hat az ösztönös fajfenntartásra, amely természetesen magasabb számú utód, a több gyermek világrahozatalában jut kifejezésre;

2. a szülők azon törekvésével, hogy a magukénál magasabb életszínvonalat biztosítsanak gyermekeiknek, amit legegyszerűbb és legkönnyebb akkor elérni, ha kevesebb a gyermek a családban;

3. a nagyon bizonytalan vagy teljesen új társadalmi-gazdasági viszonyokkal.

Az adatok tanúsága szerint a Vajdaságban magasabb az élve született fiúgyermek száma, mint a leánygyermeké, ami természeti szükségszerűség, a fiúgyermek magasabb születési száma ugyanis természetes szabályozóként hat a populáció nemek szerinti megoszlásának egyensúlyára, tekintve, hogy a fiúgyermek több olyan veszéllyel van terhelve, amely megghiúsíthatja életben maradását. A csecsemőhalandóság tehát gyakoribb a fiúgyermek esetében. Később is a férfiak a veszélyeztetettebbek mert olyan foglalkozásokat űznek, amelyek nagymértékben károsítják egészségüket.

Péterrévén az újszülött fiú- és lánygyermek száma azonos. Ezt megbomlott aránynak is minősíthetjük, ugyanis a szóban forgó időszak utolsó kilenc évében csak eggyel több fiúgyermek született, mint leány (1. táblázat).

2. A mortalitás

A mortalitás az a tényező, amely negatív hatással van a különböző térségek és települések lakosainak számbeli alakulására. A gazdaságilag fejlettebb országok, illetve földrajzi övezetek esetében a mortalitás arányszámának csökkenése a lakosság egészségi állapotát és vitalitását mutató tényezőként nem annyira kifejezett, mint a fejletlen országok, övezetek esetében. A halálozás gyakorisága (intenzitása) településenként abszolút számokkal is jelölhető, de az ilyen kimutatás nem megbízható, mert a nagyobb lélekszámú településeken természetesen nagyobb a halálozás is. A mortalitás kérdése sokkal könnyebben és megbízhatóbban követhető, illetve tanulmányozható a halálozási arányszám alapján.

A mortalitás arányszámának alakulására és a halálokok struktúrájára leginkább a következő tényezők hatnak: a különböző korosztályokba tartozó személyek egészségi állapota, a település lakosságának korosztályok szerinti megoszlása, az általános és egyéni életszínvonal, a műveltségi szint, az egészségügyi kultúra színvonala, az életfeltételek, az életmód, az egészségügyi szokások és a velük kapcsolatos hiedelmek stb.

A mortalitásra vonatkozó adatok valamely település természetes szaporulatának mutatóiként, azaz specifikus mortalitási arányszámokként is vizsgálhatók, pl: *nemek, korosztályok és halálokok* szerint.

Péterréve mortalitási mutatói igen közel állnak a Vajdaság azonos időszakára vonatkozó mortalitási mutatókhoz (2. táblázat). Eltérést tapasztalunk azonban, ha a nemek szerinti specifikus és nemekre standardizált mortalitási arányszámokat vizsgáljuk (2. táblázat). A lakosság nemek szerinti arányos megoszlásának biztosítása szempontjából a férfiak halálozási arányszáma magasabb kellene hogy legyen, mivel több fiúgyermek is születik. A falu idevágó adatainak tanúsága szerint azonban a férfiak és nők halálozási arányszáma majdnem azonos. Ennek a jelenségnek a magyarázatát a falu asszonyainak, lányainak életmódjában kell keresni. Mivel a vidék lakosságának nagy többsége földműveléssel foglalkozik, amelyből a családok férfitagjaival szinte azonos módon veszik ki részüket a nők, jóval több és nehezebb fizikai munkát végeznek városi környezetben élő nőtársaiknál, következésképp táplálkozásuk is hasonló a falu férfiaiéhoz, vagyis több ételmet fogyasztanak, így az elhízás és az ennek következményeként fellépő betegségek az ő esetükben is dominánsak, mint ahogy ez a falu morbiditásában észlelhető.

A *halálokok struktúrájából* kitűnik (3. táblázat és 1. diagram), hogy az idült decompensált szívelégtelenség (keringési elégtelenség) a leggyakoribb halálok a faluban (az általános mortalitási adatok szerint 28%, a specifikus mortalitás adatai szerint pedig 47,8%. E halálok-csoportban tartjuk számon mindazokat az elhalálozottakat, akik ischaemias cardiomyopathiában (CMP), alkoholos CMP-ben, vírusos myocarditisban, idiopathias dilatált CMP-ben, systemás hypertóniában, valamint veleszületett és szerzett szívbillentyűhibában szenvedtek. Ha a szív-érrendszeri betegségeket külön-külön szemléljük, és egy-egy betegségcsoportot más halálo-

kozó betegségekkel állítunk szembe, azt tapasztaljuk, hogy a stroke (agyi acut vascularis laesio) az elhalálozottak 18%-ánál volt halálok, a specifikus mortalitási index szerint 30,7%-énél, aránya majdnem teljesen megegyezik a rosszindulatú daganatok okozta halálesetek arányszámával (17%, illetve 29,5%).

A malignus daganatokra vonatkozó adatokból arra következtethetünk, hogy előfordulásuk egyenletesen növekvő irányzatú (4. táblázat). A halált okozó malignus betegségek gyakoriságát jelző kimutatásból kitűnik (4. táblázat), hogy Péterrévén a vizsgált időszakban legtöbbször bronchuscarcinomában haltak meg (22%), továbbá gyomorrákban (15,7%), emlőrákban (11,4%) és vastagbélrákban (10,2%). Szervrendszerenként elemezve a rosszindulatú daganatok mortalitását, megállapítható, hogy leggyakrabban a tápcsatorna-carcinoma okozta halál (32,5%), majd a légzőszervek malignus daganatai (26,6%) és a női nemiszervek malignitásai okozta elhalálozás (18,4%). A malignus betegség miatti elhalálozás 37,6%-át a bronchuscarcinoma és a gyomorrák okozta.

Péterrévén a halált okozó betegségek gyakorisága szerint a negyedik helyen az ischaemiás szívbetegség áll (az elhalálozottak 7,5%-át vitte el, a specifikus mortalitás kimutatása szerint pedig 13,1% az arányszáma). Ez a betegség mint halálok tendenciózus növekedést jelez (3. táblázat), főképpen a férfiakat sújtja, akik esetében az utóbbi nyolc évben a 40–49. életévre korlátozódott, míg a nők közül az utóbbi négy évben a 60 évnél idősebbeket ragadja el (7. táblázat).

A halál okait kimutató táblázaton a magasnak számító ötödik helyet az erőszakos cselekmények miatt bekövetkezett halálnem foglalja el (a halálesetek 5,6%-a, a specifikus mortalitás szerint pedig 8,7%-e). Ezen belül az öngyilkosság 95%-ot tesz ki (3. táblázat). Az öngyilkosok többsége akasztással vetett véget életének. Legtöbbször a nyári (25-en), legkevesebben (9-en) a téli hónapokban végeztek magukkal. Hónaponként vizsgálva legtöbbször márciusban (12-en), legkevesebben februárban (1) lettek öngyilkosok. A falu lakosságának magyar nemzetiségű tagjai közül majdnem tízszer annyian emeltek kezét magukra (az öngyilkosságot elkövetők 90,6%-a, azaz a magyar nemzetiségű lakosság 1,03%-a), mint a szerbek (az öngyilkosok 9,3%-a, illetve a szerb nemzetiségű lakosság 0,5%-a).

A halálokok nemek szerinti kimutatásának (5a és 5b táblázatok) tanúsága szerint Péterrévén a férfiaknál a leggyakoribb halálokozó betegség az idült decompensált szív(keringési)elégtelenség, ezt követik a malignus betegségek, majd a cerebrovascularis betegségek. A nőknél is az idült decompensált szívelégtelenség a leggyakoribb halálok, majd pedig a cerebrovascularis betegségek és a rosszindulatú daganatok.

Péterréve lakossága elöregedett, ebből adódóan a halálozás a hajlottkorúak között a leggyakoribb. Ami a mortalitást illeti, a vizsgált másfél évtizedben a leginkább veszélyeztetett a 75–79. életévükben járók csoportja (6a és 6b táblázat). A 30. életévig, tehát a gyermekkorúak, serdülő- és fiatalok csoportjának halálozási százaléka megfelelően alacsony,

0,8%. Felnőtt korban, hatvanadik életévükig az adott időszakban a lakosok 11,74%-a halt meg, míg az összes elhalálozottak többi 81%-át a további hat életkor-kategóriába tartozók képezték.

A *mortalitás proporcionalis indexének* nevezett kimutatás is a falu előregedettségét bizonyítja. Az idevonatkozó táblázat az ötvenedik életévüket betöltött elhalálozottaknak az összes elhunytak számához viszonyított arányát mutatja. Ha egy országban vagy régióban az arány 75% vagy ennél több, az ötvenedik életévüket be nem töltöttekre nézve ez egészen kedvező. A péterrévei vonatkozású indexet a 8. táblázaton tüntetjük fel.

Az elemzett tizenöt év folyamán bekövetkezett halálesetek hónaponkénti megoszlásából kitűnik, hogy legtöbbször a decembertől áprilisig terjedő időszakban hunytak el. A legkevesebben szeptemberben és novemberben haltak meg, a legtöbbször viszont januárban és márciusban. Egészében véve az 1990. évben a legkisebb a halálesetek száma, a legnagyobb pedig 1985-ben (1–3. sz. grafikon). Ezekből az adatokból az a következtetés vonható le, hogy a téli és tavaszi időszakban az idős emberek fokozott preventív tevékenység révén és a geriátriai ismeretek birtokában óvhatók meg, különösképpen az influenzától és szövődményeitől, éspedig a házi gondozás, továbbá a nővéri szolgálat fejlesztésével.

3. A vitalitás indexe

Egy régió természetes úton bekövetkező létszámváltozásának intenzitását az a mutatószám jelzi, amelyet az egy meghatározott időszakra eső élveszületések számának az ugyanezen időegységben bekövetkező halálozások számához való arányítása révén nyerünk. Ha az élve születettek száma megegyezik az elhunytakéval, akkor a lakosság száma változatlan. Péterréven az elemzés alá vont másfél évtized hét esztendőjében (1979, 1984–89 és 1991) az elhunytak száma magasabb volt az élve született gyermekekénél (9. táblázat). A lakosság számbeli fogyatkozásának ez az egyik fő oka. A Vajdaságban ez az index állandó csökkenést mutat, s változatlanul alacsonyabb Jugoszlávia más vidékeinek mutatószámainál.

4. A természetes szaporulat

Hasonló a helyzet a természetes szaporulat vonatkozásában is. A natalitási index az élveszületések és a halálozások száma közötti különbséget egy adott település vagy régió lakosságának számához arányítva fejezi ki, éspedig ezer lakoshoz viszonyítva.

Jugoszláviában a természetes szaporulat csökkenő irányzatú. Ez a jelenség azonban igen kiegyensúlyozatlanul érvényesül tájegységként, így ezek mutatói között jelentős eltérések vannak. Továbbra is a Vajdaság természetes szaporulata a legalacsonyabb, 1972-ben 15 vajdasági község (járásnak megfelelő közigazgatási egység) nem jegyzett természetes szaporulatot, vagyis ezekben *denatalitás* állt be. További három községben a természetes szaporulat 1,0‰-et vagy ennél kisebb számot tett ki, jóllehet ezekben a községekben élt a Vajdaság lakosságának 26%-a. Az 1981. évi népszámlálás adatai már 18 olyan községet mutatnak ki, amelyekben

nincs természetes szaporulat, és hét olyan, amelyben a natalitási index 1,0‰, vagy ez alatt mozgott, pedig ekkor ezekben a községekben tömörült a Vajdaság lakosságának 41,48%-a.

Péterréve a *denatalitású* települések közé tartozik (10. táblázat). Az 1977-es, 1978-as, 1981-es és 1982-es éveket kivéve, amelyekben a természetes szaporulat arányszáma 1,0% felett volt, a denatalitás lesújtó számértékekben fejeződik ki.

Önként adódik a kérdés: mi következik az 1977-től 1992-ig terjedő időszak demográfiai változásainak elemzéséből Péterréve egészségügyi szolgálatára nézve?

A lakossága egészségi állapotáról szóló demográfiai adatok a következő sajátságokra utalnak:

- a lakosság számának folyamatos csökkenése;
- a nők olyan fokú számbeli gyarapodása, amely a férfiak létszámával való kiegyenlítődés méretét öltötte, s megbontja a nemek közötti természetes számarányt;
- a mezőgazdasággal foglalkozó lakosság számának stagnálása;
- a lakosság kifejezett elöregedése;
- a natalitás számarányának csökkenése;
- az általános mortalitás arányszámának stagnálása;
- a természetes szaporulat arányszámának olyan mérvű csökkenése, amely már kifejezetten denatalitásra utal;
- az elhalálozás szükségszerűen bekövetkező növekedése.

Szerény igényekkel készült elemzésünkben arra törekedtünk, hogy felfedjük: „... ma a nagyobb emberi közösségek krónikus nem fertőző betegségei hatalmas gondot okoznak a társadalomnak, aminek következtében ezeket a betegségeket joggal emlegetik korunk járványaiként. Szociológiai-egészségügyi eredetre vall elterjedtségük, megjelenésük, krónikus lefolyásuk, a csökkenő munkaképesség, az életminőség romlása, az egészségügy megterheltsége, a növekvő fogyasztás, rokkantság és az idő előtti halál” (2. sz. mű, 193.o.). Vizsgálódásomban ezért is folyamodtam e problémák statisztikai megközelítésének módszeréhez.

A Péterréve aktuális demográfiai változásaiból következően az alábbi feladatok hárulnak az orvosra:

1. Az egészségügyi nevelőmunka

Ma az általános orvos munkájában ismét elnyerte létjogosultságát az egészségügyi nevelőmunka, mint az egyik leghatásosabb terápiai lehetőség. E tevékenységet azonban gyakran tévesen azonosítják az egészségügyi-orvostudományi ismeretterjesztő munkával, amelynek sokkal alacsonyabb a hatásfoka, mert nem serkenti a beteget az egészségről alkotott helyes felfogások elfogadására, sem pedig az egészségnek ártó rossz szokások elhagyására, illetve az egészségét szolgáló új szokások kialakítására. Az orvostudományi ismeretek terjesztése csak láncszeme lehet annak a cselekménysornak, amelynek célja a hasznos, egészségővő szokások meghonosítása.

Az egészségügyi nevelőmunka során nem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy a terápia eredménye gyakran csalódást vált ki betegben és orvosban egyaránt. Siker mindaddig nem érhető el, amíg a beteget meg nem győzzük egyrészt arról, hogy egészségének ártó szokásaitól meg kell szabadulnia, a helyükbe olyanokat átvennie, amelyek az egészségét szolgálják; másrészt pedig arról, hogy gyógyulásában magának is aktívan kell részt vennie testileg-lelkileg. „Igen nehéz annak az ellentétnek a feloldása, amely valaminek a tudása és az arra való készség között feszül, hogy e tudásra alapozódjék az egészséges életmód. Lényegében véve az e szakadék áthidalása képezi az egészségügyi nevelőmunkát” (2.sz. mű, 35.o.).

2. Korunk legelterjedtebb nem fertőző betegségeinek *megelőzése és gyógyítása*.

A naponként orvosi vizsgálatra jelentkező betegeknek több mint kétharmadát az idült betegségekben szenvedők alkotják, akiknek az élete betegségük folytán állandóan veszélyben forog. Bármelyiküknél legalább három-négy súlyosbító tényezőt (rizikófaktort) kimutathatunk. A krónikus betegségben szenvedők prevenciója és gyógykezelése a következő néhány megoldás alkalmazását teszi szükségessé:

– a lakosság olyan egészségóvó szokásainak kialakítása, amelyek a súlyosbító tényezők (rizikófaktorok) kifejlődésének feltételeit megszüntetik (Péterrévén a súlyosbító tényező a túlméretezett táplálkozás, különösen az állati eredetű magas tápértékű ételek nagy mennyiségű fogyasztása, a túlzott dohányzás, valamint a tömény szeszes italok nagymértékű fogyasztása);

– a súlyosbító tényezők kiszorítására való törekvés;

– a rossz szokások, helytelen életmód és téves felfogások kiküszöbölése, megfelelők kialakítása;

– a betegségek korai felfedése, a felsejlő tünetek megfigyelése;

– a diagnosztizált betegségek folyamatos kezelése, beleértve a terminális állapotúakat is.

3. *Az idős személyek* egészségvédelmének magasabb szintre való emelése

Ennek érdekében a következő tennivalók hárulnak az egészségvédelem gyakorlati problémáit megoldó szolgálatra:

– *házi gyógykezelés* előnyben részesítése, továbbá a *családi orvos* fogalmában foglaltak kifejlesztése, valamint az egészségügyi nővérek *patronázs-szolgálatának* serkentése.

A NATALITÁSALAKULÁSA
PÉTERRÉVÉN ÉS A VAJDASÁGBAN
1977-től 1992-ig

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
AZ ÉLVE SZÜLETETT:															
GYERMEKEK	112	114	110	111	109	106	107	97	105	94	88	73	88	93	74
ABSZOLUT SZÁMA:															
NEMEK	I: 52 49 58 52 41 36 46 46 36														
SZERINTI	N: 55 48 47 42 47 37 42 53 38														
MEGOSZLÁS															
PÉTERRÉVE															
NATALITÁSÁNAK	12.20	12.40	12.09	12.33	12.17	12.00	12.22	11.20	12.27	11.12	10.53	8.90	10.80	11.55	9.31
ARÁNYSZÁMA:															
A VAJDASÁG															
NATALITÁSÁNAK	14.30		14.30		13.00	12.80		12.71							
ARÁNYSZÁMA:															

I. TÁBLÁZAT

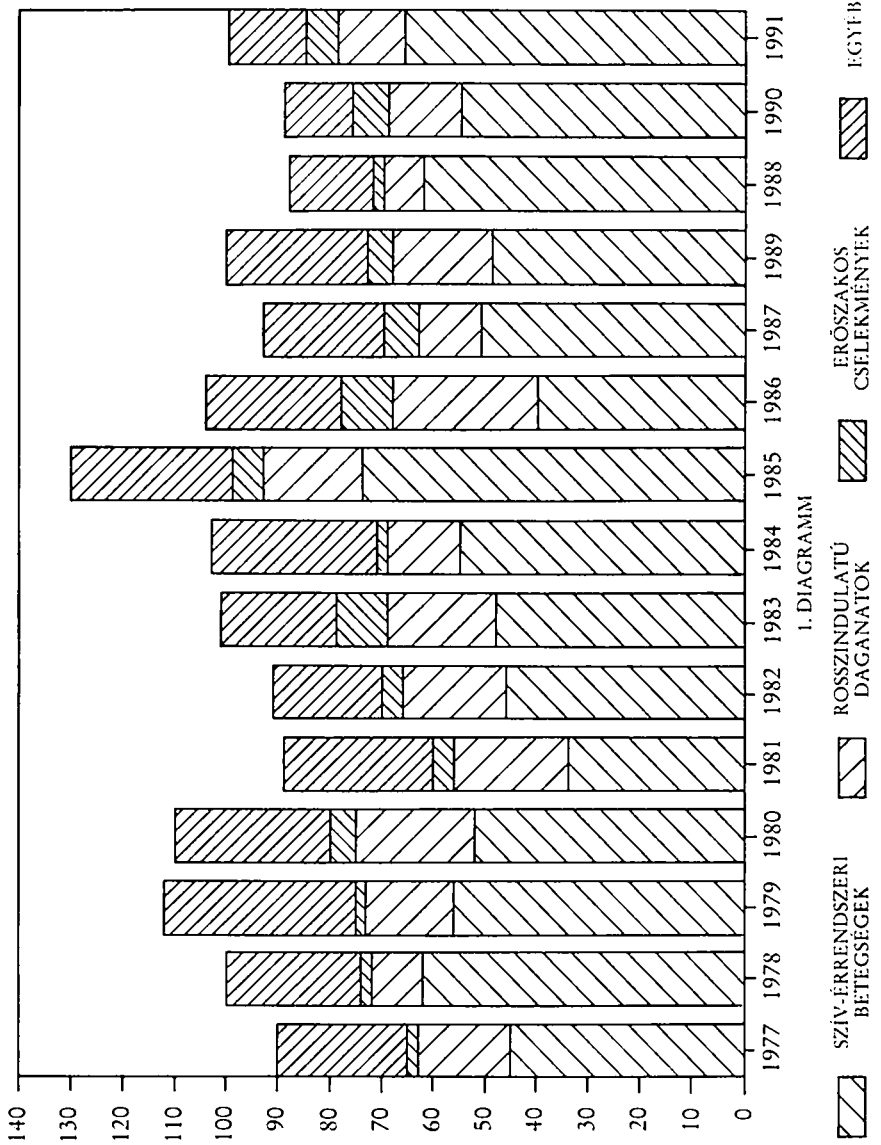
* A TÁBLÁZATBAN ÜRESEN HAGYOTT HELYEK AZ ADATOK HIÁNYÁRA UTALNAK

**A MORTALITÁS ALAKULÁSA
(NEMEKRE SPECIFIKUS ÉS A NEMEKRE STANDARDIZÁLT HALÁLOZÁSI ARÁNYOK)
PÉTERRÉVÉN ÉS A VAJDASÁGBAN 1977-TŐL 1992-IG**

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
PÉTERRÉVE.															
MORTALITÁSÁNAK ARÁNSZÁMA	9.7	10.9	12.3	12.2	9.9	10.4	11.6	11.9	15.3	12.4	11.1	12.4	10.7	10.9	12.7
A VAJDASÁG															
MORTALITÁSÁNAK ÁLTAL. ARÁNSZÁMA	10.3	10.3	10.7	11.4	11.5	11.7									
AZ ELHALÁLOZOTTAK ABSZOLÚT SZÁMA	89	100	112	110	89	92	102	103	131	105	93	102	87	88	101
NEMEK SZERINTI MEGOSZLÁS															
F:	39	54	59	51	37	46	60	50	61	63	50	43	47	45	48
N:	50	46	53	59	52	46	42	53	70	42	43	59	40	43	53
NEM SZERINTI SPECIFIKUS MORTALITÁSI ARÁNSZÁM	F: 4.24	5.86	6.48	5.66	4.12	5.20	6.85	5.78	7.13	7.50	6.00	5.21	5.80	5.60	6.04
N:	5.44	5.00	5.82	6.55	5.80	5.20	4.80	6.12	8.18	4.50	5.20	7.14	4.91	5.34	6.70

2. TÁBLÁZAT
* A TÁBLÁZATBAN ÜRESEN HAGYOTT HELYEK AZ ADATOK HIÁNYÁRA UTALNAK

AZ ELHALÁLOZOTTAK ABSZOLÚT SZÁMA ÉS A LEGGYAKORIBB HALÁLOKOK PÉTERÉVÉN 1977-TŐL 1992-IG



A LEGGYAKORIBB HALÁLOKOK ABSZOLÚT SZÁMADATAI
ÉS SPECIFIKUS ARÁNYSZÁMA
PETERREVEN 1977-től 1992-ig

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
CHRONICUS															
DECOMPENSALT	32	46	27	28	20	17	20	31	36	20	18	23	29	33	33
SZÍVELÉGTELENSÉG	3.50	5.00	3.00	3.11	2.23	1.92	2.30	3.60	4.21	2.40	2.15	2.80	3.60	4.10	4.15
CEREBROVASCULARIS	10	14	24	18	13	13	21	20	25	17	20	19	20	14	17
BETECSÉGEK	1.10	1.63	2.64	2.00	1.50	1.50	2.40	2.31	3.00	2.01	2.40	2.30	2.45	1.74	2.14
ACUT ISCHAEMIAS	3	1	5	6	1	6	7	5	13	4	13	8	14	9	18
SZÍVBETECSÉGEK	0.33	0.11	0.55	0.66	0.11	0.70	0.80	0.60	1.52	0.50	1.60	1.00	1.72	1.12	2.30
KARDIOVASCULARIS															
ROSSZINDULATÚ	17	11	16	22	22	20	21	12	21	23	12	20	9	16	13
DAGANATOK	1.85	1.20	1.80	2.44	2.50	2.30	2.40	1.40	2.50	2.71	1.44	2.42	1.10	2.00	1.64
ÉRŐSZAKOS															
CSELEKMÉNYEK	3	1	2	5	4	6	11	3	6	9	8	5	1	6	5
(ÖNGYILKOSSÁGOK)	0.33	0.11	0.22	0.55	0.50	0.70	1.30	0.40	0.70	1.10	1.00	0.61	0.12	0.75	0.63
A TÚDÓ															
KERINGÉSI	12	6	4	6	4	6	2		3	2	4	8	4	6	
BETECSÉGEI	1.30	0.70	0.44	0.70	0.50	0.70	0.23		0.40	0.24	0.50	1.00	0.50	0.80	
T B C	2		1	1	1										
BETECSÉGEK	0.22		0.11	0.11	0.11										
URÉMÁS	1	2			1	1		4	2		3	2	1	2	1
ÁLLAPOTOK	0.11	0.22			0.11	0.11		0.50	0.23		0.40	0.24	0.12	0.25	0.13

3. TÁBLÁZAT

* AZ ÜRES HELYEK ARRÁ UTALNAK, HOGY AZ ADOTT BETEGSÉGBEN NEM VOLT ELHALÁLOZÁS A JELZETT ÉVBEN

A ROSSZINDULATÚ DAGANAT MINT HALÁLOK PÉTEERRÉVÉN 1977-TŐL 1992-IG

	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	ÖSSZESEN	SPECIFIKUS ARÁNYSZÁM
AZ AGY- ÉS IDEGSZÖ- VET ROSSZINDULATÚ DAGANATAI (R. D.)		1										1				X X	0.8
NYIROK- ÉS VÉRKÉPZŐ- SZÖVET R. D.		2		1			2	1	1					1		X X	3.1
A BŐRNEK ÉS TARTOZÉKAINAK R. D.							1	1	1	2						X 1 X	2.4
A TÁMASZTÖSZÖVET R. D.		2		1	1					1						X X	2
AZ ÉMÉSZTŐSZERVRENDELŐZŐ ROSSZINDULATÚ DAGANATAI											1		1			X X	X X
A SZÁJÜREG R. D.																X	X
A NYELŐCSŐ R. D.							1					1				X X	X X
A GYOMOR R. D.		4		3	4	5	2	2	2	3	4	6		2	3	X X	X X
A MÁJ ÉS EPEUTAK R. D.		1		1	2		1		2	5	1			1		X X	X X
A HASNYÁL- MIRIGY R. D.					1	3					1	1	1	1		X X	X X
A VASTAGBÉL R. D.		1		4	2	1		1	1	6	2	1	2	2	2	1 X X	X X
A GÉGE R. D.			2		1			3	1	2						X X	X X
A HÖRGŐK R. D.		3	1	5	6	8	3	4			9	4	2	2	6	3 X X	X X
AZ ÉMLŐ R. D.		1	2	1	3	6	1	4	3	2		2	2		1	1 X X	X X
A MÉH R. D.			2		1	1	4		1	1						X 1 X	X X
A PÉTEFÉSZEK R. D.		1				1	1		1				2			X X	X X
A VESE R. D.					2					1		1	1			X X	X X
A HÜGYHŐ- LYAG R. D.		1	1	2										1		X X	X X
A DÜLMIRIGY R. D.		1	2	2	1		2	3		1	1				1	2 X X	X X

4. TÁBLÁZAT

A LEGGYAKORIBB HALÁLOKOK NEMEK SZERINTI MEGOSZLÁSA
PÉTERREVÉN 1977-től 1992-ig

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
CHRONICUS DECOMPENSALT SZÍVELEGTELENSÉG	F: 13	21	14	10	7	9	9	18	13	14	7	7	15	15	12
	N: 19	23	13	18	13	8	11	13	23	12	11	18	14	18	21
ACUT ISCHAEMIÁS SZÍVBETEGSÉGEK	F: 3	1	5	4	1	4	5	4	10	4	12	4	9	4	13
	N: 3	7	16	7	6	7	9	5	15	11	10	10	10	3	7
CEREBROVASCULARIS BETEGSÉGEK	F: 7	7	8	11	7	6	12	15	10	6	10	13	10	11	11
	N: 8	6	9	11	7	10	14	6	6	17	7	9	4	12	8
ROSSZINDULATÚ DAGANATOK	F: 9	5	7	11	15	10	7	6	15	6	5	11	5	4	5
	N: 8	4	3	4	3	6	2	3	1	4	7	2	2	5	5
A TÚDÓ KERINGÉSI BETEGSÉGEI	F: 4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
	N: 4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1

5/a TÁBLÁZAT

		ÖSSZESEN	NEM SZERINTI MEGOSZLÁS	A SPECIFIKUS MORTALITÁS NEM SZERINTI ARÁNYSZÁMA
KARDIOVASCULARIS BETEGSÉGEK	CHRONICUS DECOMPENSALT SZÍVELEGTELENSÉG	F: 413 N:	265 148	64.2 35.8
	ACUT ISCHAEMIAS SZÍVBETEGSÉGEK	F: 113 N:	83 30	73.5 26.5
CEREBROVASCULARIS BETEGSÉGEK		F: 265 N:	126 139	47.5 52.5
	ROSSZINDULATÚ DAGANATOK	F: 255 N:	134 121	52.6 47.4
A TÜDŐ KERINGÉSI BETEGSÉGEI		F: 67 N:	52 15	77.6 22.4
				6 1.7

5/b TÁBLÁZAT

AZ ELHALÁLOZOTTAK ÉLETKORCSOPORTOK SZERINTI MEGOSZLÁSA
(ABSZOLÚT SZÁM ÉS A SPECIFIKUS MORTALITÁSI ARÁNSZÁMA)
PETERREVÉN 1977-től 1992-ig

ÉLETKOR- CSOPORTOK	ABSZ. SZÁM	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
0-4				1	0.9				
5-14									
15-19	1	1.1		1	0.9				
20-24	2	2.2							
25-29				1	0.9		2	1.9	
30-34									
35-39									
40-44	1	1.1	1	1.0	0.9		1	0.9	1.9
45-49	1	1.1	1	1.0	0.9	2	2.2	1.9	2
50-54	4	4.4		3	2.6	1	1.1	3.9	1
55-59	2	2.2	6	6	5.3	2	2.2	5.8	2
60-64	5	5.6	9	7	6.2	5	6.7	3.9	4
65-69	12	13.4	13	13.0	10.9	6	6.5	3.9	3
70-74	6	6.7	26	17	15.4	13	14.6	8.8	10
75-79	25	28.1	15	15.0	20.0	19	21.3	19.6	20
80-84	16	17.9	14	14.0	18.1	16	17.9	20.5	28
85>	14	15.7	15	15.0	19.0	21	23.5	13.7	14
								14.7	18
									17.4

6/a TÁBLÁZAT

* AZ ÜRES HELYEK ARRÁ UTALNAK, HOGY AZ ADOTT ÉVBEN NEM VOLT ELHALÁLOZÁS.

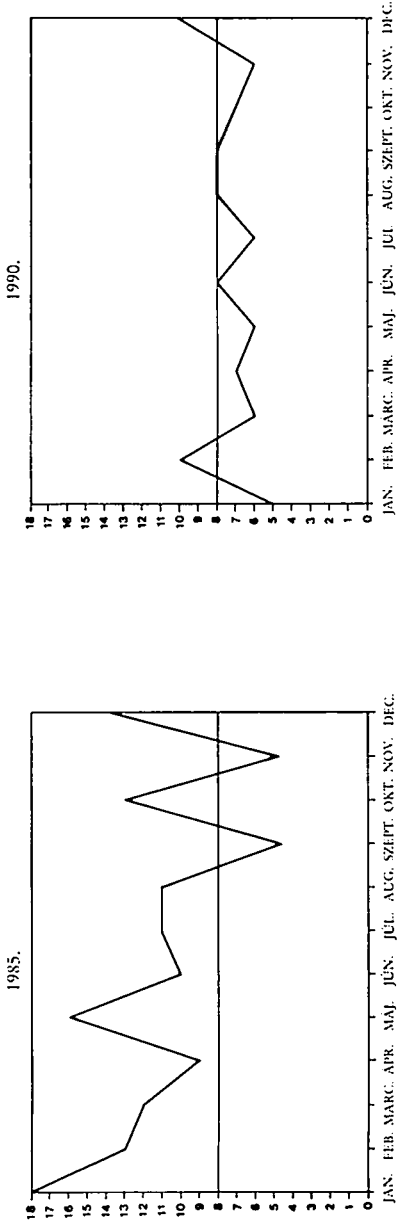
AZ ELHALÁLOZOTTAK ÉLETKORCSONPORTOK SZERINTI MEGOSZLÁSA
(ABSZOLÚT SZÁM ÉS A SPECIFIKUS MORTALITÁSI ARÁNY SZÁMA)
PÉTERFÉVÉN 1977-től 1992-ig

ÉLETKOR- CSOPORTOK	ABSZ. SZÁM	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
0-4								
5-14								
15-19								
20-24							2	2.2
25-29								
30-34				1	1.0			
35-39	1	0.9	2	2.1			1	1.0
40-44	2	1.9	2	2.1	0.9	2	1	1.1
45-49	2	1.9	2	2.1	0.9	2	1	0.9
50-54	5	3.8	2	2.1	1.9	2	1	0.9
55-59	5	3.8	1	0.9	2.9	3	2	0.9
60-64	10	7.6	4	3.8	5.8	4	4	0.9
65-69	8	6.1	12	11.4	7.8	6	5	4.9
70-74	7	5.3	6	5.7	8	6	4	3.9
75-79	21	16.0	15	14.2	14	13	11	10.8
80-84	26	19.8	20	19.0	16	16	12	11.8
85 >	31	23.6	24	22.8	22	21.5	17	16.8
	18	13.7	18	17.1	14	13.7	18	17.8
						20.7	14	15.9

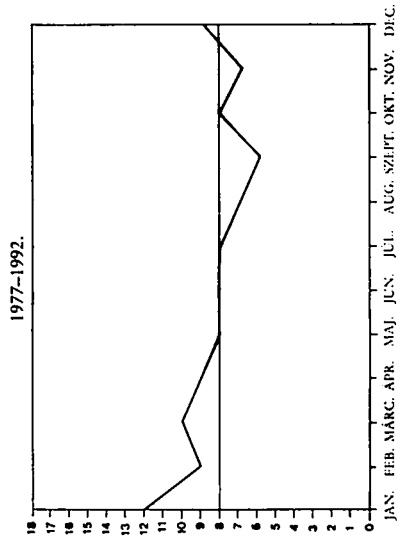
6/b TÁBLÁZAT

* AZ ÜRES HELYEK ARRÁ UTALNAK, HOGY AZ ADOTT ÉVBEN NEM VOLT ELHALÁLOZÁS.

A HALÁLOZÁS HAVONKÉNTI KIMUTATÁSA
(PÉTERRÉVE, 1977-1992)



2. GRAFIKON



3. GRAFIKON

ISCHAEMIÁS SZÍVBETEGSÉGEK A HALÁLOKOK STRUKTÚRÁJÁBAN
PÉTERRÉVÉN 1977-től 1992-ig

ÉLETKOR- CSOPORTOK		77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91
30-39	F:							1								1
	N:															1
40-49	F:	1			2				2	2	1	3	3	1	1	
	N:									1				1		
50-59	F:		1	2			3	1	1	2		4				
	N:							1	1	2					1	
60 >	F:	2		3	2	1	1	3	1	5	3	5	3	6	2	13
	N:	2			2		2	1		1		1	5	4	3	4

7. TÁBLÁZAT

* AZ ÜRES HELYEK AZT JELZIK, HOGY AZ ADOTT ÉVBEN ELHALÁLOZÁS NEM VOLT

PÉTERRÉVE ÉS A VAJDASÁG MORTALITÁSÁNAK
PROPORCIONÁLIS INDEXE 1977-től 1992-ig

	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91
PÉTERRÉVE MORTALITÁSÁNAK PROPORCIONÁLIS INDEXE	95	98	96	94	95	99	91	96	96	95	95	97	95	93	95%
A VAJDASÁG MORTALITÁSÁNAK PROPORCIONÁLIS INDEXE	86	86	86	88											%

8. TÁBLÁZAT

* AZ ÜRES HELYEK AZ ADATOK HIÁNYÁRA UTALNAK

PÉTERRÉVE ÉS A VAJDASÁG
VITALITÁSI INDEXE 1977-től 1992-ig

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
PÉTERRÉVÉN	125.8	114	101.8	100.9	122.5	115.2	104.9	94.2	80.2	89.5	94.6	71.6	101.2	105.7	73.3
A VAJDASÁGBAN	139.4	139.2	131.3	123.5	117.7	116.2									

9. TÁBLÁZAT

A TERMÉSZETES SZAPORULAT ARÁNYSZÁMA
PÉTERRÉVÉN ÉS A VAJDASÁGBAN 1977-től 1992-ig

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
PÉTERRÉVÉN	2.50	1.50	-0.22	0.11	2.23	1.58	0.57	-0.70	-3.04	-1.30	-0.50	-3.51	0.12	0.62	-3.40
A VAJDASÁGBAN	4.1	4.2	3.4	2.7	2.0	1.9			1.2						

10. TÁBLÁZAT

* A TÁBLÁZATOKBAN AZ ÜRES HELYEK AZ ADATOK HIÁNYÁRA UTALNAK

SZAKIRODALOM:

1. Milosavljević, N.: *Opšta demografska i zdravstvena statistika, udžbenik: 2 – Medicinski fakultet u Novom Sadu, Novi Sad, 1984.*
2. Žigić, D. i saradnici: *Opšta medicina. Beograd, 1992.*
3. Mićović, P., Cucuč, V., Janjić, M.: *Socijalna medicina IV. Preštampano izdanje. Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1986.*
4. *Medicinska enciklopedija VI. Jugoslavenski leksikografski zavod, Zagreb, 1970.*
5. Steven A. Schroeder, Marcus A. Krupp, Lowrenc M. Tierney, Jr. Stephen J. McPhee: *Korszerű orvosi diagnosztika és terápia 1990. Officina Nova Kiadó, Budapest, Appleten/Lange Norwalk, Connecticut/San Mateo, California, 1990.*

Az e munkában felhasznált adatok a Péterrévei Egészségügyi Állomásnak, valamint Péterréve Helyi Hivatalának anyakönyveiből valók.

*Számtógépes feldolgozás:
Morvai György, okl. műszaki informatikus*

Rezime

Zdravstveno stanje stanovnika Bačkog Petrovog Sela u svetlu demografskih promena od 1977 do 1992

U nizu glavnih zadataka u radu lekara opšte medicine, neophodno je pored ostalog da se upoznaju uslovi pod kojima stanovništvo jedne teritorije živi i radi (demografsko kretanje stanovništva), primenom statističke metodologije. Na taj način dobijamo dragocene podatke, koji nam ukazuju na prisustvo štetnih uticaja sredine, uslovljavajući postojanje hroničnih masovnih nezaraznih oboljenja date sredine, sa pravom nazivanih – epidemijom savremenog doba. Ovim radom je prezentovano jedno tipično vojvodansko ruralno naselje sa glavnim karakteristikama demografskih kretanja i zdravstvenog stanja stanovništva. Ključne reči: demografsko kretanje i zdravstveno stanje stanovništva, hronična masovna nezarazna oboljenja, statistička metodologija.

Summary

The State of Health in the Township of Péterréve Mirrored in the Demographic Changes in the Period 1977–1992

Among the duties of a general practitioner one of the basic tasks is that he should get to know the conditions of life and work of the population in his area by using statistics. In this way precious data is obtained pointing to the harmful effects of the environment which are a precondition for chronic non-infectious mass diseases of a given region, which are, with good reason, often referred to as the epidemics of the present age. This work presents a typical rural settlement in Voivodina and deals with the health and demographic movements of its population. Key words: demographic movement and health condition of the population, chronic non-infectious diseases, statistics.