PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

DOKTORI ISKOLA VEZETŐ: PROF. DR. BÓDIS JÓZSEF PHD, DSC

4. PROGRAM (PR-4)
PERINATÁLIS EGÉSZSÉGTUDOMÁNY
PROGRAMVEZETŐ: PROF. DR. SULYOK ENDRE PHD, DSC

(P-14)

A pre-, peri- és posztnatális egészség területi egyenlőtlenségeinek és különbségeinek hosszú idősoros elemzése (1997-2019)

Doktori (PhD) értekezés

MORAVCSIK-KORNYICKI ÁGOTA

TÉMAVEZETŐ: RUSINNÉ DR. HABIL. FEDOR ANITA

PÉCS

2021

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS – A TÉMA AKTUALITÁSA 4

1. TUDOMÁNYELMÉLETI MEGKÖZELÍTÉSEK 9

1.1 AZ EGÉSZSÉG MEGHATÁROZÁSA, FOGALMÁNAK ÉRTELMEZÉSE 9
1.2 AZ EGYÉN ÉS TÁRSADALOM EGÉSZSÉGÉT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK, EGÉSZSÉGDETERMINÁNSOK 12
1.3 AZ EGÉSZSÉG KOMPLEX SZEMLÉLETE 16
1.3.1 Az egészség biomedikális modellje 16
1.3.2 Az egészség bio-pszicho-szociális (funkcionális) modellje 17
1.3.3 Az egészség társadalmi-gazdasági-kulturális-környezeti modellje 18
1.3.4 Az egészség társadalmi modellje 20
1.3.5 MEIKIRCH-az egészség és a jóllét összefüggésének dinamikus modellje 22
1.4 AZ EGÉSZSÉGEGYENLŐTLENSÉG 24
1.4.1 Az egészség egyenlőtlenségei a társadalmi különbségek kontextusában 24
1.4.2 Az egészség egyenlőtlenségei az etnikai kisebbség kontextusában 26
1.4.3 Az egészség egyenlőtlenségei a területi (regionális) különbségek kontextusában 28
1.4.4 Az egészségegyenlőtlenség mutatói 31
1.5 BARKER-ELMÉLET (DOHAD-THEORY) -MÁR SZÜLETÉSKOR EGÉSZSÉGHÁTRÁNYBAN? A PRE ÉS PERINATÁLIS ÉLETSZAKASZ ÉS A FELNŐTTKORI EGÉSZSÉG ÖSSZEFÜGGÉSE 33
1.5.1 Barker-elmélet előzményei 33
1.5.2 Barker-elmélet 34
1.5.3 Barker-elmélet a független kutatások tükrében 35

2. A MAGYAR LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA 36

2.1 A MAGYAR LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA, AZ EGÉSZSÉGEGYENLŐTLENSÉGEK MUTATÓINAK ALAKULÁSA, A TERÜLETI KÜLÖNBSÉGEK FÓKUSZÁBAN 36
2.1.1 Népesség, népmozgalom mutatói 36
2.1.2 A várható élettartam mutatói 38
2.1.3 Mortalitási (halálozási) mutatók 42
2.1.4 Az egészséget meghatározó társadalmi-gazdasági mutatók 50
2.2 A PRE-, PERI- ÉS POSZTNATALIS EGÉSZSÉGIÁLLAPOT MUTATÓI 55
2.2.1 Prenatális (méhen belüli, születés előtti) egészség és jellemzői 55
2.2.2 Perinatális (születés időszaka körüli) egészség és jellemzői 60
2.2.3 Posztnatális (szülés utáni) egészség és jellemzői 64

3. VÉDŐNŐI HÁLÓZAT-A VÁRANDÓSOK ÉS GYERMEKEK EGÉSZSÉGVÉDELMÉNEK SZOLGÁLATÁBAN 66

3.1 A MAGYAR VÉDŐNŐI SZOLGÁLAT MEGALAKULÁSA, TÖRTÉNETE, FEJLŐDÉSE 66
3.2 A VÉDŐNŐI ELLÁTÁS HELYE ÉS SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁSI MUNKÁBAN 68
3.2.1 Területi védőnő 69
3.2.2 Ifjúsági védőnő-Iskola védőnő 69
3.2.3 Kórházi védőnő 69
3.2.4 Családvédelmi Szolgálat (CSVSZ) védőnő 70
3.2.5 A védőnői munka szakmai felügyelete 70
3.3 VÉDŐNŐI VÁRANDÓSGONDOZÁS 71
3.3.1 Védőnő feladatai a várandósgondozás során 71
3.4 VÉDŐNŐI CSECSEMŐGONDOZÁS 73
3.4.1 Védőnő feladatai az újszülött és csecsemgondozás során 74

4. A KUTATÁS CÉLJA, KUTATÁSI KÉRDÉSEK, A VIZSGÁLAT HIPOTÉZISEI 77

5. A KUTATÁS MÓDSZERTANA 78

5.1 AZ ADATOK FORRÁSA 78
5.2 AZ ADATGYŰJTÉS MÓDSZERTANA, IDŐTARTAMA 78
5.3 VIZSGÁLT ADATOK KÖRE, ELEMZETT INDIKÁTOROK 79
5.4 ADATOK ELEMZÉSE, ALKAMAZOTT STATISZTIKAI MÓDSZEREK 81
5.5 A VIZSGÁLAT ÉS AZ ADATELEMZÉS KORLÁTAI 82
5.6 A VIZSGÁLAT MODELLJE 84

6. EREDMÉNYEK 85

6.1 PRENATÁLIS KOR (VÁRANDÓS ANYÁK) EGÉSZSÉG MUTATÓI, IDŐBELI ÉS TERÜLETI KÜLÖNBSÉGEK ... 85
6.1.1 Várandós anyák egészségi állapotát jellemző indikátorok 85
6.1.2 Védőnői várandósgondozás adatai 91
6.2 PERINATÁLIS KOR (ÚJSZÜLÖTTEK) EGÉSZSÉG MUTATÓI, IDŐBELI ÉS TERÜLETI KÜLÖNBSÉGEK 97
6.2.1 Újszülöttek egészségi állapotát jellemző indikátorok 97
6.2.2 Védőnői újszülöttgondozás adata 100
6.3 POSZTNATÁLIS KOR (0-11 HÓ, ELSŐ ÉLETÉVET BETÖLTÖTT CSECSEMŐK) EGÉSZSÉG MUTATÓI, IDŐBELI ÉS TERÜLETI KÜLÖNBSÉGEK 101
6.3.1 Csecsemők (0-11 hó) egészségi állapotát jellemző indikátorok 102
6.3.2 Első életévüket betöltött csecsemők egészségi állapotát jellemző indikátorok 105
6.3.3 Csecsemők anyatejes táplálására vonatkozó indikátorok 111
6.3.4 Védőnői csecsemőgondozás adatai 115
6.4 ÖSSZEFÜGGÉS ELEMZÉS AZ ANYAI ÉS CSECSEMŐ EGÉSZSÉG MUTATÓI ÉS A VÉDŐNŐI ÁLLÁSHELYEK TÜKRÉBEN 117

7. MEGBESZÉLÉS, KÖVETKEZTETÉS 120

7.1 A KUTATÁS EREDMÉNYEINEK ÖSSZEFOGLALÁSA 120
7.2 A KUTATÓI KÉRDÉSEK ÉS A HIPOTÉZISEK ÖSSZEVETÉSE AZ EREDMÉNYEKKEL 126

8. A KUTATÁS ÚJ EREDMÉNYEI- JAVASLATOK MEGFOGALMAZÁSA 130

MELLÉKLETEK 133

RÖVIDÍTÉSJEGYZÉK 133
ÁBRAJEGYZÉK 134
TÁBLÁZATJEGYZÉK 136
TÁBLÁZATOK 137
ADATKÉRŐ LEVÉL ÉS VÁLASZLEVÉL 173
DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT EREDETISÉGÉRŐL 176
TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEK ÉS KONGRESSZUSI ELŐADÁSOK JEGYZÉKE 177
KÖSZÖNETNYÍLVÁNÍTÁS 183

IRODALOMJEGYZÉK 184

BEVEZETÉS – A TÉMA AKTUALITÁSA

Általánosan ismert, hogy a közép-kelet-európai térség egészében – így hazánkban is –, a népesedési mutatók, demográfiai folyamatok az utóbbi évtizedekben kedvezőtlenül alakultak. Az ország népessége 1981 óta folyamatosan csökken, évről évre kevesebben születnek, mint ahányan meghalnak. A hazai korfa egy fogyó, elöregedő népességről árulkodik, mindemellett jó hír, hogy jelentősen nőtt a születéskor várható átlagos élettartam, bár nemzetközi összehasonlításban továbbra is van még lemaradásunk. Magyarországon (továbbiakban: MO) a népességszám szorosan összefügg a magyar lakosság egészségi állapotával, mely megállapítás nem csak a hazai, de a közép-kelet-európai térség lakosságára is igaz. Hazánk társadalmának egészségi állapota a legrosszabbak közé sorolható az Európai Unió (továbbiakban: EU) viszonylatában, és különösen igaz ez a férfiakra és a sérülékeny csoportokra. Az Európai Bizottság által koordinált Háztartási Költségvetési és Életkörülmények Adatfelvétel (továbbiakban: HKÉF) 2017. évi mutatóit (European Union Statistics on Income and Living Conditions [továbbiakban: EU-SILC]) alapul véve az EU tagországainak átlagához képest Magyarországon kedvezőtlenebb az egészségi állapot szubjektív megítélése, 24. helyen szerepel a rangsorban. Hazánkban, hasonlóan a nemzetközi adatokhoz, a férfiak jobbnak ítélik egészségi állapotukat, mint a nők. A 2017. évi adatok szerint a férfiak 63,5%-a számol be jó vagy nagyon jó egészségi állapotról, míg az arány a nők esetében 55,5% [1]. Az önminősített egészség mellett az egészségi állapot objektív jellemzői esetén (a születéskor várható átlagos élettartam, megbetegedési és halálozási adatok) is kedvezőtlen helyre szorul a magyar lakosság a nemzetközi mutatókhoz viszonyítva. A születéskor várható átlagos élettartam a hazai női társadalmat vizsgálva 2019-ban 79,7 év volt, míg a férfiaké 73,1 év. Férfiak esetén a 2001-es mutatószámhoz viszonyítva +4,9, míg nők esetén +3,0 évnyi emelkedést látunk. Ámbár az EU-hoz viszonyított számadat (EU_{2019}:81,3 év vs. MO_{2019}:76,5 év) tekintetében még mindig jelentős lemaradásunk mutatkozik. A különbség az országon belül (Kelet–Nyugat) és a nemek (férfi–nő), a társadalmi-gazdasági csoportok között és az alacsonyabb iskolázottság fokát/mértékét tekintve továbbra is fennáll. A haláloki struktúrában az elmúlt 5 évet figyelembe véve továbbra sincs tendenciózus változás. A keringési rendszer betegségei miatti és a szív- és érrendszeri betegségekre visszavezethető halálozás volt messze a legmagasabb vezető halálok egyike Magyarországon. Az adatok szerint e két halálozási ok sokkal gyakrabban fordult elő Magyarországon a lakosságszámhoz viszonyítva, mint a legtöbb Uniós tagországban. Noha az ischaemiás szívbetegségből eredő halálozás az egész EU-ban több mint 40%-kal esett vissza 2000 és 2018 között, ez a csökkenés jóval mérsékeltebb volt Magyarországon, ahol a mortalitás mindössze 12%-kal lett alacsonyabb. Az agyi érkatasztrófával összefüggő halálozás gyorsabb ütemben csökkent ugyanezen időszakban, de így is lényegesen meghaladja az Uniós átlagot. Szembetűnő, hogy Magyarországon volt a legmagasabb, a rák okozta mortalitás 2018-ban az Unióban. A rákos megbetegedésekkel összefüggő halálozások leggyakoribb okai pedig a tüdőrák, a vastagbélrák és az emlőrák, ami részben a szűrési és népegészségügyi programokba történő invesztálás alacsony fokáról tanúskodik.

Sajnos nemcsak a felnőttkori egészségi állapot szubjektív megítélése és objektív mutatói tekintetében vagyunk jelentősen kedvezőtlenebb helyzetben, hanem a korai életszakaszt jellemző paramétereket vizsgálva is. Az elérhető legfrissebb összehasonlítható adatok szerint, az okok és a mutatók aránya is meghaladja az Európai Unió tagországainak átlagát [2], ha a csecsemőhalálozás [MO_{2015}: 5,0 vs. EU_{2015}: 3,69 fő /1000 élveszületés], az alacsony születési súllyal (<2500g) született csecsemők arányát [MO_{2016}: 8,5% vs. EU_{2016}: 7,6%] és az anyai halálozást [MO_{2014}: 7,0 vs. EU_{2014}: 5,0 fő/100.000 élveszületés] vesszük górcső alá. A korai életszakaszt jellemző paraméterek tekintetében a 29 fejlett ország közül a csecsemőhalálozás Magyarországon az 5., az alacsony születési súly pedig a 2. legmagasabb[3].

Az egészségi állapotot jól ismerten számos különböző: öröklött, biológiai, életmóddal összefüggő, valamint társadalmi és gazdasági hatásokból eredeztethető tényező befolyásolja [4,5]. Az ok keresésénél a genetikai eredetű megbetegedések mellett egyre nagyobb figyelem vetül azokra a társadalmi folyamatokra és társadalmi háttérváltozókra, amelyek nagymértékeben befolyásolják az egyének egészségi állapotát. A koragyermekkori egészségi állapotot meghatározza a várandós életmódja: táplálkozása, káros szenvedélyei, ezen belül is dohányzása [6,7,8,9,10]. Az azonban kevésbé ismert, hogy ezen tényezők egy része nemcsak keresztmetszetileg – jelen időben –, hanem a fogantatástól és a méhen belüli fejlődés idejétől kezdve, hosszú időtávon is meghatározó jelentőségű a felnőttkori egészségre és munkavégző képességre, társadalmilag pedig végső soron a népesség egészség minőségére. A magas csecsemőhalálozás súlyosbítja a népességfogyást, a alacsony testtömeggel való születés pedig nemcsak a korai túlélés szempontjából jelent hátrányt [11], hanem David James Purslove Barker epidemiológus orvosprofesszor által megalkotott, és számos bizonyítékkal alátámasztott elmélete szerint [12], jelentős kockázati tényezője bizonyos, felnőttkorban jelentkező krónikus betegségeknek [13], így pédául a magasvérnyomásnak és cukorbetegségnek, azaz a metabolikus szindrómát okozó komponensbetegségeinek [14,15].

Az elmúlt években megjelent vizsgálatok eredményei bizonyították, hogy az alacsony születési súlyt és a koraszülést – az anyai életmódtényezőkön kívül – szignifikánsan befolyásolja az anya társadalmi-pozíciója [16,17]. Úgymint az anya alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzete, a foglalkoztatottsága, jövedelme, iskolázottsága hiszen ezek a rétegképző változók. Az Egyesült Nemzetek Szervezetének (továbbiakban: ENSZ) Gyermekalapja (United Nations Children's Fund, továbbiakban: UNICEF) 2013. évi felmérése alapján a vizsgált 29 fejlett ország közül a magyar gyermekek depriváltságának arányát 31.9%-ra állapította meg (rangsor: 27. hely). Ezzel a mutatóval sajnos egyike vagyunk azon öt országnak, ahol a deprivált gyermekek nemzeti arányszáma meghaladja a 25%-ot [18]. A felmérés szerint az országos rangsorban a gyermekek jóllétének öt dimenzióját (anyagi jóllét, egészség és biztonság, oktatás, viselkedési és kockázati tényezők, lakás és környezet) vizsgálva és az átlagot tekintve, a szintén nem előkelő 20. helyet foglaljuk el (pontszám: 18,4) [19].

A méhen belüli fejlődést gátló kockázati tényezők csökkentése, és minden magzat optimális fejlődésének biztosítása nemcsak egyéni, hanem össztársadalmi, egészségpolitikai és tásadalompolitikai érdek is [20]. A kora gyermekkornak a populáció hosszútávú

egészségére gyakorolt hatását figyelembe véve, az ezredfordulón megalkotott Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program (továbbiakban: ENNP) egyik nemzeti célja volt az egészséges fejlődés feltételeinek biztosítása a felnövekvő generáció számára a fogantatástól a felnőttkorig. A 2011-ben megjelent Semmelweis-terv is célul tűzte ki a gyermek-egészségügyi ellátás fejlesztését és a területi egyenlőtlenségek csökkentését. A cél elérésének alapfeltétele viszont a fennálló egyenlőtlenségek ismerete [21]. A hazai egészségi állapotot pozitív irányba mozdítani kívánó korábbi program az „Egészséges Magyarország 2014–2020" és a legújabb az „Egészséges Magyarország 2021−2027" Egészségügyi Ágazati Stratégiában is központi célként szerepel. Ezek közül talán a legfontosabb és az értekezés kutatását is alátámasztó felismerés, hogy közösségi szinten segíteni kell a szükségletek szerinti ellátási kompetenciák és kapacitások differenciált kialakítását, amelyben kiindulási pont a területi egyenlőtlenségek figyelembevétele [22]. Másfelől pedig a Magyar Kormány által 2019-ben jóváhagyott intézkedések nyomán tervezett beavatkozások (fejlesztési programok), illetve az ágazatot érintő jogszabályalkotási feladatok olyan egységes keretrendszerbe foglalása, amelynek alapját a Kormány által a 1722/2018. (XII. 18.) Korm. határozattal elfogadott öt Nemzeti Egészségügyi Program céljai teljesülhetnek. A programok tervezetten a daganatos, a mozgásszervi, a keringési, a mentálhigiénés és a gyermekeket érintő betegségekre és azok megelőzésére fókuszálnak [23].

Az Európai Uniós és a hazai társadalompolitika az ismert adatok alapján az elmúlt években igyekezett feltárni és programokat rendelni a felzárkóztatáshoz. A stratégiai tervezetek ugyan használták az aktuális statisztikai adatokat, azonban a hosszútávú egészségi állapotot tükröző adathalmaz mutatókkal nem mindig tudtak szinkronba kerülni. Az okok komplexitása miatt a regionális különbségek differenciált stratégiákat igényelnének. Ez kiemelten igaz a várandósok és a gyermekek egészségi állapotát jellemző paraméterekre vonatkozóan, hiszen a korai életszakaszt jellemző mutatók bizonyítottan képet adnak egy lakosság jövőbeni egészségi állapotáról. A koragyermekkori egészségi állapotra vonatkozóan a legfontosabbak az élveszületés, a csecsemőhalálozás, a koraszülöttség, az alacsony születési súly gyakorisága, a veleszületett fejlődési rendellenességek mely számarányok kedvező irányú csökkenésében/csökkentésében az egészségügyi alapellátás részét képező védőnői ellátás is szerepet játszik. Hazánkban azonban az egyre csökkenő születésszám mellett a koraszülési arány nem mutat javulást, így még inkább felértékelődik a várandósgondozás, azaz az a cél, hogy a lehető legtöbb magzat időre és egészségesen jöjjön a világra.

Hazánkban a kora gyermekkori fejlődés biztosítására jól működő, szervezett és szakfelügyelettel kiépített rendszer áll rendelkezésre, mely az egészségügyi alapellátásban dolgozó védőnőkre épít. A területi védőnők a gondozotti körüket tekintve elsősorban várandósokat és 0-6 éves korúakat látnak el, és a koragyermekkori állapotra vonatkozóan számos adatot (köztük például a kis súllyal születettek-, koraszülöttek-, fokozottan gondozott várandósok és csecsemők számát) jelentenek éves és/vagy havi ütemezéssel. Így a rendszeresen gyűjtött adatok időnkénti áttekintése és elemzése révén lehetőség van a várandósokra és kisgyermekekre vonatkozó területi egyenlőtlenségek és különbségek feltérképezésére, ami előfeltétele a szükséges intervenciók pontos meghatározásának. A védőnők által kötelezően jelentett adatok, több mint két évtizede rendelkezésre állnak, azok

szisztematikus elemzésére és felhasználásukra azonban eddig nem került sor. A védőnői adatszolgáltatás eredményeit sem a jelenleg dolgozó védőnők, sem az egészségügy szervezői nem használják kellő hatékonysággal [24].

Az értekezés célja és struktúrája

A disszertáció a hazai alapellátás keretében, az 1997 és 2019 közötti időszakban gyűjtött és évente közzétett védőnői jelentésekből származó, a várandós nőkre és újszülöttekre, valamint csecsemőkre vonatkozó legfontosabb országos adatok időbeni változásának leíró vizsgálatát, a területi egyenlőtlenségek és különbségek mértékének feltérképezését és azok összefüggésének elemzését és magyarázatát tűzte ki célul. Az országon belüli földrajzi lehatárolásban elemzett egészségi állapotot vizsgáló koragyermekkori mutatók jól összehasonlíthatók az egészséget meghatározó társadalmi-gazdasági-szociális determinánsokkal, így magyarázva azok ok-okozati összefüggéseit, lehetővé téve az egészségegyenlőtlenségek hátterében álló társadalmi különbségek figyelembevételét is. A kutatási kérdéskör elsősorban a különbségek konkrét meghatározására vonatkozik.

Jelen vizsgálat célja annak jellemzése, hogy milyen a pre-, peri és posztnatális egészségi állapot hzánkban az elmúlt 23 évet figyelembe véve, észlelhető-e javulás, ha igen, milyen mértékű, valamint van-e jelentős megyei, regionális különbség a vizsgált paramétereket illetően. Dolgozatom további célja annak bizonyítása, hogy a várandóság alatti (prenatális) egészségi állapotot tükröző mutatók összefüggésben állnak-e a születéskori (perinatális) és utáni (posztnatális) egészégparaméterekkel, meghatározva a hosszútávú életminőségbeli kilátásokat. Bizonyítani kívánom, hogy a szociokulturális és szocioökonómiai viszonyok (korábbi más kutatócsoportok által végzett, vizsgálatokból nyert területi adatokat felhasználva) a mintázatot tekintve, feltételezhetően összefüggésbe hozhatók-e az általam vizsgált populáció területi jellemzőivel. Amennyiben feltételezésem igazolódnak, szükségesnek tartom, hogy a kapott eredményeim alapján javaslatot tegyek arra vonatkozóan, hogy melyek a legsürgősebb teendők. A fentiekből következően ez az alábbiakra vonatkozhat: az optimális méhen belüli fejlődés biztosítása, a megelőzhető kockázati tényezők monitorozása és kezelése érdekében kialakítandó fejlesztések. A népesség egészségi állapotának folyamatos követése, egészségi állapotában fennálló hazai egyenlőtlenségek vizsgálata és ismerete kulcsfontosságú minden modern állam számára a megalapozott döntéshozatalhoz. A kutatómunkámat ehhez szükségesnek és hiánypótlónak tekinthető, mivel a várandósok és gyermekeik egészségi állapotának hosszú idősoros elemzése a nyers adatok megléte mellett mindezidáig elmaradt. A vizsgálat kiindulópontjaként egy, a vizsgált populációra teljes értékű, egybefüggő, komplex adatbázis került létrehozásra, mely lehetőséget teremt arra, hogy az eddig évente táblázatban közzétett nyers adatok hosszú idősoros elemzése megtörténjen. Az adatbázis létrehozásának, a disszertáció elkészítésének és a kutatási elemzés lefolytatásának átfogó célja, hogy hozzájáruljon a jelenleg is prioritást élvező hazai gyermek-egészségügyi fejlesztések meghatározásához, az ehhez szükséges egészség- és társadalompolitikai döntések meghozatalához.

A dolgozat elméleti és kutatási kereteit interdiszciplináris megközelítés jellemzi, hiszen alapvetően egészségtudományi ihletésű a témafelvetés, azonban társadalompolitikai vetülete megkérdőjelezhetetlen. A disszertációnak demográfiai, egészségszociológiai és a regionális tudományokhoz kapcsolódó vetületei is vannak. Az elméleti és kutatási kereteit elsősorban az egészségtudomány és a szociológia tudományterületen fellelhető modellek, teóriák és kutatási módszerek adják.

Az elméleti megközelítés első fejezete taglalja az egészség fogalmát, a fogalom meghatározását, értelmezését, az értelmezésben időben bekövetkezett változásokat, az egészség-betegség szemléletét, az egészséget meghatározó determinánsok részletezését, az egészséget befolyásoló társadalmi-gazdasági meghatározók bemutatását, továbbá részletezésre kerül az egészség egyenlőtlenségek tudományterülete a társadalmi mutatók és a területi különbségek kontextusában, valamint a Barker-teória ismertetése is.

A második fejezet célja, hogy szemléltesse a hazai lakosság egészségi állapotának legfrissebb mutatóit, valamint az egészségi állapotban mutatkozó hazai regionális egyenlőtlenségeket. A fejezet külön kitér a várandósok és csecsemők, azaz a korai életszakaszt meghatározó egészségi állapotot bemutatni hivatott indikátorok feltérképezésére és részletezésére is.

A harmadik fejezet szól a hazai alapellátási struktúráról, annak leginkább a védőnői ellátás vonatkozásairól, a várandósok és kisgyermekekkel foglalkozó védőnői hálózat munkájának és módszertanának részleteit ismerteti.

A negyedik fejezet részletesen bemutatja és tartalmazza a kutatáshoz tartozó elméleti célokat és bizonyítani kívánt kutatási kérdéseket, valamint a felállított hipotéziseket.

Az ötödik fejezet mutatja be a teljes kutatási módszertant. A vizsgált indikátorok körét, az adatok és az adatbázis készítés módszertanát, az adatelemzést, valamint a vizsgálat korlátait és a vizsgálati modellt.

A hatodik fejezet taglalja az eredményeket, országos és megyei, valamint régiós területi kontextusban, időben előrehaladó (longitudinális) módon. A fejezet része továbbá az anyai és csecsemő paraméterek összefüggés elemzés eredményeinek bemutatása.

A disszertáció megbeszélés, azaz hetedik fejezete összegzi a kutatási kérdések bizonyítását vagy cáfolását az eredmények fejezet értékelése alapján. Majd megpróbál magyarázattal szolgálni a reflektációt célul kitűzve, keresve a területi egyenlőtlenségek és az egészségi állapot mutatószámai hátterében álló magyarázó változókat.

A kutatás újszerű eredményeit a javaslat fejezet (nyolcadik) bemutatja be, és taglalja a gyakorlati hasznosíthatóságát. Megkísérli megfogalmazni mindazon jövőbeli tennivalókat, melyek az eredmények fejezet adatainak alátámasztásával, nagy valószínűséggel a várandósok és kisgyermekek egészségi állapotát javítják és így hozzájárulnak, hogy egy egészségesebb nemzedék nevelkedjen.

Jelen értekezésemben a fent megfogalmazott felismeréseimnek hatására a hazai állapotok javítása érdekében, a hosszútávú egészségi állapotot tükröző adathalmazokat úgy kívánom feldolgozni, bemutatni, hogy alkalmasak legyenek a legjellemzőbb trendek felismerésére, és a jövőbeli stratégiai célok pontos megfogalmazására segítve a területileg differenciálható programok minél hatékonyabb kidolgozását.

„Az egészség nem minden,
de egészség nélkül minden semmi.”
Arthur Schopenhauer
(1788. február 22. - 1860. szeptember 21.)

1. TUDOMÁNYELMÉLETI MEGKÖZELÍTÉSEK

1.1 Az egészség meghatározása, fogalmának értelmezése*

Az egészség fogalmának meghatározása és értelmezése nem könnyű feladat, mert ahány ember él a világban annyi elképzelés, priorizálás létezik az egészség megfogalmazását célozva, hiszen az egészségről alkotott véleményt számos egyéni tényező befolyásolja. Az egészség fogalma változó, fejlődő fogalom, ezért nem meglepő, hogy az idők során számos kísérlet született az egészség definiálására melyek magas számban fellelhetőek a szakirodalomban [25].

Az archaikus társadalmak (archaikus időszak: Kr. e. 7. sz. végétől 480-ig, az európai feudális társadalmak előtti időszak) a betegséget, a fájdalmat valamilyen természetfeletti jelenségnek tulajdonították, ezért a gyógyítást és a gyógyulást is a szellemvilágtól várták [26]. A testben zajló folyamatokról az akkori orvoslás fejlettsége még nem állt kész evidencia alapú orvoslással (’evidence based medicine’, továbbiakban: EBM) nyilatkozni, ezért a társadalom tagjai gyógyulást remélve papokhoz, varázslókhoz, kuruzslókhoz fordultak és a misztikumban vagy a vallásban keresték a megoldást.

A XIX. századi ipari társadalmakban az egészség fogalma az orvostudomány és a gazdaság fejlődésének hatására új jelentést kapott. A gazdasági fejlődés, stagnálás és zsugorodás szignifikánsan meghatározza a társadalmi életviszonyokat, ezen belül is az egészségi állapotot, vallotta Karl Marx (1818-1883), akit a szociológia alapító atyjai között tartunk számon. Herbert Spencer (1820-1903) korabeli szociológus-biológus szerint az egészség az, amikor a szervezet tökéletesen alkalmazkodik a környezetéhez.

Az orvostudomány gyors ütemű fejlődése lehetővé tette, hogy korábban gyógyíthatatlannak tűnő és vélt betegségekből az adott egyén meggyógyult. Ez azt a perspektívát erősítette az orvostudományban, hogy a betegek döntő többségét valamilyen orvosi beavatkozással, vagy gyógyszerkészítmények adásával meg lehet gyógyítani. A hagyományos megközelítés szerint a medikális szemléletet követve az egészség a betegség hiányát jelenti, azaz az számít egészségesnek, aki nem beteg. Ezt követően vált elterjedtté a biomedikális szemlélet az orvostudományban. A felfogást/modellt képviselő szakemberek az adott egyén környezeti faktorjait tették elsősorban felelőssé a betegségek kialakulásában, a terápia pedig az orvostudományból származott, a társadalmi hatásokat egyáltalán, vagy szinte alig gondolták befolyásolónak.

Az egészséget, össztársadalmi szinten, széleskörűen elfogadott módon, első ízben az Egészségügyi Világszervezet (továbbiakban: EVSZ, World Health Organization, azaz

*Az értekezés fejezetének alapjául szolgáló szerzői közlemény: **Moravcsik-Kornyicki, Á.,** & R. Fedor, A. (2021). Az egészség komplex megközelítése, mint az egészség-szociológiai vizsgálatok elméleti kerete. ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA, 12(32), 21–46. https://doi.org/10.19055/ams.2021.05/31/2

WHO) 1946-ban történő megalakulásakor definiálta az alábbiak szerint: *„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity"* [27] [magyar fordítás: *Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jól-lét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya*].

A fogalom megalkotása gondolkodásmód változást hozott, hiszen tartalmazta annak az addig követett hagyományos szemléletnek a paradigma váltását, mely szerint az egészséghez betegség-központú megfogalmazásban közelítsünk. Az egészség nem csupán a betegség hiányát jelenti, annál többről van szó, a fogalom kihangsúlyozza, hogy az egészséghez szükség van a testi egészségen túl a mentális és társadalmi jóllétre is, de még inkább arra, hogy ez a hármas, teljességgel jelen legyen az adott egyénnél. Az egészség fogalmának megalkotásakor azonban joggal tehetjük fel a kérdést, mely szerint leírható-e az egészség egymondatos fogalomkörben, ugyanis a meghatározói számos területről érintettek [28]. Az alapvető hármas (testi, lelki, szociális) teljességének megbomlása már az egészség elvesztését jelentené? A fogalom, szó szerinti értelmezésénél a válasz: igen. Azonban azt is látnunk kell, hogy gyakran billen ki valamelyik pillérünk, mégsem valljuk magunkat egészségtelennek. Ebben a gondolkodásmódban joggal mondhatjuk, hogy a több, mint 70 éve megalkotott egészség definíció nem realisztikus. A szakmai közmegegyezés szerint azonban a grémium vezető testület mai napig előszeretettel használja ezt a megközelítést az egészség fogalmának meghatározásakor.

Napjainkban is elfogadott Joseph Stokes és mtsi (1982) által megfogalmazott egészség meghatározás, mely szerint: anatómiai integritással jellemzett állapot; személyes teljesítőképesség és alkalmasság különböző szerepek betöltésére a családban, a munkahelyen és a társadalomban egyaránt; -fizikai, -biológiai képesség a társadalmi stressz kezelésére; jó közérzet, továbbá mentesség a megbetegedés és az idő előtti halálozás fenyegetésétől [29].

Ugyanezt a szemléletet tükrözi Talcott Parsons 1948-ban közel 40 évvel korábbi egészség definíciója, mely kimondja, hogy az egészség az egyén optimális teljesítőképességének állapotát jelenti, ezáltal azoknak a szerepeknek és feladatoknak a betöltésére teszi képessé, melyekre szocializálódott. Az egészség akkor adott, ha az egyén szociálisan integrálódott, a változó terhelésekhez alkalmazkodni tud, individuális önállóságát megőrzi, megteremti az összhangot a biogenetikai, a fizikai, a pszichológiai és a szociális lehetőségei között [30].

Az egészségfejlesztés alapdokumentumában, az Ottawai Chartában (1986) a megfogalmazás szerint az egészségnek vannak bizonyos alapfeltételei, úgymint béke, lakás, oktatás, élelem, jövedelem, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság és egyenlőség, amelyeket az egészség javításához biztosítani kell. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészséget tehát, mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig mint életcélt kell értelmezni [31].

David Seedhouse és mtsa 1989-es egészségmeghatározása alapján, az egészség optimális állapota egyenlő azon feltételek összességével, amelyek megléte esetén az egyén kibontakoztathatja a számára adott lehetőségek összességét. Seedhouse az egészségre, mint képességre tekint. Az emberek valós potenciáljának eléréséhez szükséges alap, mely lehetővé teszi, hogy akiben megvan, valóra váltsa a benne rejlő célokat [32]. Ez az újfajta megközelítés rávilágít arra, hogy egyénileg mást és mást tartsunk egészségesnek és így máshogyan gondolkozzunk az egészség fogalmáról.

A globalizáció hatására az egészség fogalmának kompetenciaköre egyre nőtt, látszott, hogy széles spektrumú alkotóeleme jelenik meg. Megállapítást nyert, hogy az egészség a funkcionalitás megfelelőnek ítélt szintje az egyén által. Az Egyészségügyi Világszervezet által megalkotott és számos szakirodalomban sokszor említett és hivatkozott klasszikus fogalom a jelenleg is nagy elismerésnek örvendő hazai szakmai grémium megítélése szerint is idealisztikussá vált, hiszen a teljes tökéletes egészségi állapot a gyakorlatban igen ritkán van jelen az egyénnél. Alapvetően döntő, a saját (vélt) egészségünk meghatározásánál, hogy milyen mértékben vagyunk elégedettek a testi, lelki és szociális állapotunkkal, azaz mennyire értékeljük jónak saját funkcionális teljesítőképességünket [6]. A reális megfogalmazás alapján ugyanakkor azt is látni kell, hogy az egészség objektíven sohasem határozható meg, mert az egészségről alkotott társadalmi kép mindig szubjektív, azaz egy adott társadalom aktuális elvárásai szerint alakul. Libicki és R. Fedor (2020), valamint R. Fedor (2019) a szubjektív egészségi állapotot fókuszba állító tanulmányában pontosan arra világít rá, hogy ezek a vizsgálatok igénylik a multidiszciplináris megközelítést [33,34]. Merész, de realista megközelítéssel tehát az egészség fogalma a lakosság általános egészségi állapota, valamint az orvostudomány fejlettsége alapján alakul ki, figyelembe véve az egyén korát, korcsoportos besorolását, egészségképről alkotott ismereteit (korcsoportonként változó), így egészséges az, akinek az egészségi állapota nem rosszabb, mint az így kialakított társadalmi elvárás. Az egészség megítélése a funkciók működésén (képességek, korlátozottságok), a fájdalom létén, jellegén, és mindennek az egyén általi mentális feldolgozásán (elfogadásán) alapul [35].

Látható, hogy az egészségfelfogás, az egészségről alkotott vélemények igen szerteágazóak, jelentősen módosultak a társadalmi, gazdasági, térbeli és időbeli kontextusban. Azonban közelebbről megvizsgálva az egyes definíciók tartalmi elemeit azt látjuk, hogy az egészség definíció egy irányba mutat, vagyis, hogy az egészség megítélésében nem nélkülözhetőek azok a társadalmi, gazdasági, kulturális és tudományos szempontok, amelyek együttesen alakítják az egészségről való gondolkodást, és amelyben ugyanúgy megjelennek az objektív, mint a szubjektív szempontok. Ezt illusztrálja a 1. számú táblázat.

1. sz. táblázat: Az egészségről való gondolkodás fogalmi értelmezése és annak változása

EGÉSZSÉG DEFINÍCIÓT ALAKÍTÓ KORSZAKOK/SZAKEMBEREK/ SZERVEZETEK/; ÉVSZÁMOK	EGÉSZSÉG FOGALMI ÉRTELMEZÉSE ÉS VÁLTOZÁSA
archaikus időszak (Kr. e. 7. sz. végétől 480-ig)	a betegség, a fájdalom valamilyen természetfeletti jelenség
Karl Marx (1818-1883)	a gazdasági fejlődés, stagnálás és zsugorodás meghatározza a társadalmi életviszonyokat
Herbert Spencer (1820-1903)	az egészség rugalmasság, a szervezet tökéletes alkalmazkodása a környezetéhez
World Health Organization-WHO (1946)	az egészség a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya
Talcott Parsons (1948)	az egészség az egyén optimális teljesítőképességének állapotát jelenti
Joseph Stokes (III.) és mtsi. (1982)	az egészség anatómiai integritással jellemzett állapot, képesség és alkalmasság életünk során különböző szerepek betöltésére, jó közérzet, továbbá mentesség a megbetegedés és az idő előtti halálozás fenyegetésétől
Ottawai Charta (1986)	az egészség a mindennapi élet erőforrása, nem életcélként tekinthető
David Seedhouse (1989)	azon feltételek összességével, amelyek megléte esetén az egyén kibontakoztathatja a számára adott lehetőségek összességét
Borbás Ilona és mtsi. (2008)	a társadalom aktuális elvárásai alapján határozható meg
Ádány Róza (2011)	az egészség a vélt (szubjektív) egészségünk leképződése/tükrőződése, melyet befolyásol a saját funkcionális teljesítőképességünk megítélése

Forrás: (saját szerkesztés)

1.2 Az egyén és társadalom egészségét meghatározó tényezők, egészségdeterminánsok*

Egészségdeterminánsok alatt azokat az alapvető tényezőket és hatásokat értjük, melyek az egyén és tágabb értelmezésben egy közösség, egészségi állapotát meghatározzák, befolyásolják.

*Az értekezés fejezetének alapjául szolgáló szerzői közlemény: **Moravcsik-Kornyicki, Á**., & R. Fedor, A. (2021). Az egészség komplex megközelítése, mint az egészség-szociológiai vizsgálatok elméleti kerete. Acta Medicinae Et Sociologica, 12(32), 21–46. https://doi.org/10.19055/ams.2021.05/31/2

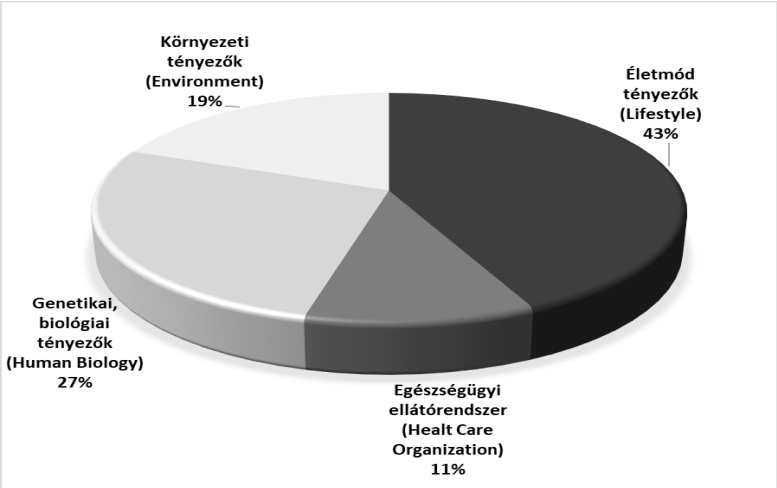
Az egészség egyéni meghatározói

Marc Lalonde kanadai egészségügyi és népjóléti miniszter 1974-ben közreadott egy kiadványt (Lalonde riport), mely összegezte, hogy a környezet (strukturális megközelítés) és az emberi magatartás (életmód megközelítés) jobbítása, a megbetegedés és idő előtti halálozás jelentős csökkenését eredményezné [36]. Ezen egészséget meghatározó tényezőket az adott egyén szempontjából vizsgálva Marc Lalonde négy fő csoportba sorolta – életmód, genetika, környezet, egészségügyi ellátórendszer – melyek különböző arányban járulnak hozzá az egészség alakításához és fenntartásához. A négy kategóriából a különböző tényezők arányát McGinnis a következőképpen adta meg 2002-ben:

a) életmód 40% (étkezési szokások, fizikai aktivitás, dohányzás, alkoholfogyasztás),
b) genetika, biológiai faktorok 30% (életkor, nem, genetikai adottság, fogékonyság),
c) környezeti tényezők 5% (lakáskörülmények, levegőszennyezettség, foglalkozási ártalmak),
d) társadalmi – gazdasági tényezők 15%,
e) egészségügyi ellátás 10% [37].

Más szakemberek véleménye szerint az életmódbeli tényezők 43%-ban (30-60%), a genetikai tényezők 27%-ban (15-30%) a környezeti tényezők 19%-ban (15-25%) és az egészségügyi ellátórendszer és az ellátás (mennyiségi és minőségi mutatói) csupán 11%-ban (10-15%) határozza meg az adott egyén aktuális egészségi állapotát (1. sz. ábra). Az egészség meghatározásában a különböző egészséget befolyásoló tényezők (egészségdetermináns csoportok) súlya tehát nem azonos. A jó egészség elsősorban nem az egészségügyi ellátórendszer milyenségén (felszerelés, szakembergárda, elérhető szolgáltatás) vagy az orvoson (felkészültség, tudás) múlik. Egészségi állapotunkat elsődlegesen mindennapi döntéseink (életmód), közvetlen környezetünk, a család, az iskola, a munkahely, a lakóhely, valamint a genetikai állományunk határozza meg. Ezek az arányszámok az egyes országokat vizsgálva, eltérően alakulhatnak, így természetesen Magyarországon is.

1. sz. ábra: Az egyéni egészségi állapotot meghatározó tényezők csoportjai és megoszlásuk (%)



Forrás: Lalonde Riport, 1974. (saját szerkesztés)

Az egészségi állapot alakításához hozzájáruló százalékos megoszlásokat tekintve az országok között lehetnek eltérések, azonban kétség kívüli tény, hogy a megoszlások alapján vett sorrendiségüket tekintve megegyezőek az eredmények. Kiemelt szerep jut az arányelosztás tekintetében az életmód tényezőknek, mely esetén evidencia, hogy társadalmilag, gazdaságilag és kulturálisan meghatározottak. Az egészséget jelentősen befolyásolja a szociális státusz, amely az anyagi helyzetnek és a társadalmi kapcsolatoknak köszönhetően a társadalmi erőforrásokhoz való hozzáférést határozza meg [38].

Az egyéni egészségi állapotot meghatározó csoportok részletezése

- az életmód tényezők csoportját képezi a mindennapi rutin részévé vált negatív és pozitív hatással bíró cselekedeteink sora (pl: az étkezési szokásaink, a fizikai aktivitás megléte vagy épp hiánya, magatartási tényezők, a rizikómagatartások megléte [dohányzás, alkoholfogyasztás]);
- a genetikai, biológiai faktorok csoportja nem befolyásolhatók az egyén által, de az életmódbeli tényezők erősíthetik vagy gyengíthetik a hajlam és a kockázati tényezők megjelenését a különböző betegségek kialakulása kapcsán (pl: életkor, nem, genetikai adottság, fogékonyság különböző betegségek kialakulására a szervezetben, egészséges fejlődés);
- a környezeti tényezők csoportja szintén meghatározott és korlátozott a ráhatási lehetőség az egyént tekintve, az viszont minden szakmai állásfoglalás szerint is elfogadott, hogy két részre osztható, szűkebb és tágabb környezetre. Melyből a szűkebb környezeti tényezők befolyásolása elérhető az egyén által (pl: iskolázottság, társas kapcsolat), de a tágabb környezeti tényezők a genetikai meghatározókhoz hasonlóan kevésbé befolyásolhatók (pl: éghajlat, levegőszennyezettség, foglalkozási ártalmak fennállása, kulturális sajátosságok, társadalmi támogatottság);
- az egészségügyi ellátás minősége és annak elérhetősége és fejlettsége Mc Ginnis és munkacsoportja által kialakított struktúra szerint is csupán 10%-ban határozza meg az egészségi állapot milyenségét [37] és az egyén szempontjából szintén kevésbé befolyásolható.

A közösség egészségét meghatározó tényezők

Az egyén egészségi állapota meghatározza és hozzájárul a közössége egészségének megítéléséhez, minél egészségesebbek a közösség egyéni tagjai, annál jobb a közösség együttes egészsége. Az egyénen kívüli külső tényezők nem csak az egyénre, hanem a benne élő közösségek együttes egészségére is hat. Megjelenésük és hatásuk a társadalmi-gazdasági környezet függvényében változik. A közösség egészségét meghatározó egészségdeterminánsok csoportjait három fő kategóriába sorolhatjuk: egyéni sajátosságok, társadalmi környezet, fizikai környezet. (2. sz. ábra)

- Az egyéni sajátosságok csoportja magában foglalja az egyén öröklött genetikai-, magatartási tényezőit és jellemzőit, a tanult készségeit és értékrendjét, de a lelki egyensúlyát is;

- A társadalmi környezet csoport, a neveltetésen át magába foglalja a családi-, baráti-, munkahelyi-, és szociális környezetet, de tartalmazza az egészségügyi ellátást és a szabadidős tevékenységet;
- A fizikai környezet csoport részét képezi a természetes és mesterséges környezeti tényezők. (2. sz. ábra)

2. sz. ábra: Az egészségét meghatározó tényezők csoportjai, egészségdeterminánsok

Forrás: Ádány Róza (szerk): Megelőző orvostan és népegészségtan. 2011. /I-9. ábra Egészségdeterminánsok/

Az egészségdeterminánsok ismerete nem kizárólag az egészség meghatározottságának és az egészségmodellek értelmezéséhez szükségesek, de az egészségi állapot javítását célzó intervenciók támadáspontjának meghatározásához is nélkülözhetetlen. A Lalonde riport hangsúlyozta, hogy a különböző színtéren tervezett interakció előtt meg kell vizsgálni azokat a tényezőket és azok mutatószámainak alakulását, melyek befolyásolják egy ország, közösség lakosainak és az adott egyén egészségi állapotát. Az egészségdeterminánsok kedvező befolyásolásával az egyén és a közösség egészségi állapota javítható [6]. A Lalond riportban említett négy egészséget meghatározó terület csoportkategórián belül számos mutató, úgynevezett egészségdetermináns befolyásolja az egészségi állapotot.

Az egészség dimenziói

Az egészség meghatározásakor a hollisztikus egészségszemlélet különböző dimenziók mentén értékeli az egyén tartalékkapacitását, annak halmozódását és szükség esetén az alkotódimenziók kibillenése esetén, ezen tartalékok bevethetőségét.
A dimenziók az alábbiak:

- *biológiai egészség*: a szervezetünk megfelelő működése,
- *lelki egészség*: személyes világnézetünk, magatartásbeli alapelveink, illetve a tudat nyugalmának és az önmagunkkal szembeni békének a jele,
- *mentális egészség*: a tiszta és következetes gondolkodásra való képesség,
- *emocionális egészség*: az érzések felismerésének, illetve azok megfelelő kifejezésének a képessége,
- *szociális egészség*: másokkal való kapcsolatok kialakításának egészsége.

1.3 Az egészség komplex szemlélete*

Az egészségmodelleket döntően három tényező határozza meg. Az első, hogy miként gondolkodik a megalkotója az egészség definíciójáról (ld. első fejezet). A második kulcstényező az egészséget meghatározó (egyéni és közösségi) tényezők, azaz az egészségdeterminánsok köre, amelyekre az egészségmodell kiterjed (ld. második fejezet). A harmadik a determinánsok között feltételezett kapcsolatrendszer és annak erőssége.

1.3.1 Az egészség biomedikális modellje

A ma is erős hagyományokkal rendelkező gyógyító (kuratív) szemléletmód a biomedikális vagy biomedicinális modellen alapul, melynek megalkotását a XIX. századtól a természettudományok fejlődése erősítette meg. A modell legrészletesebb leírását Seedhouse alkotta meg. A modellnek számos jellemzője van, melyek az alábbiak:

1. Akkor van egészség, ha nincs betegség,
2. Az egészség árucikk,
3. Az orvostudomány a tudása birtokában az emberi szervezethez nem élőlényként, hanem szerkezetként viszonyul,
4. A betegséget legjobb kezelni azzal a módszertannal, hogy a legkisebb alkotóelemére bontjuk,
5. Az egészség mérhető, mennyiségileg kifejezhető, mégpedig úgy, hogy a jellemző paramétereket populációkra, csoportokra vagy egyénekre megadott normákhoz (normálértékekhez) viszonyítjuk,
6. Az orvoslás mérnöki típusú tevékenység [39].

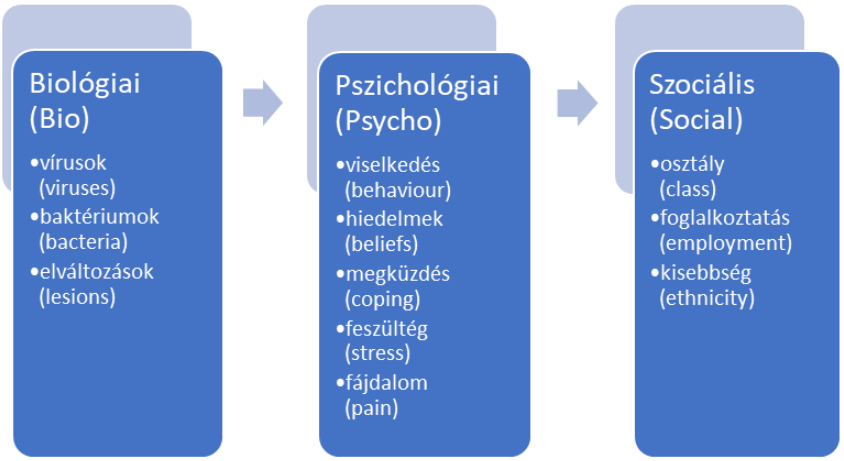
Ez a modell a biológiai tudományok eredményeit véli meghatározónak, e terület zavarainak korrekcióját célozza, azaz azt a felfogást, hogy az adott egyén akkor rendelkezik egészséggel, ha szervei (teste) jól működnek, abban zavar nem mutatkozik. A pszichológiai jelenségek mögött is elsősorban a biológiai (testi) összetevők szerepét vizsgálja. Vannak azonban olyan egészségi állapotot befolyásoló zavarok (pl. pszichiátriai elváltozások), amelyek erősen függenek a kulturális, társadalmi, de még a gazdasági hatásoktól is, amelyek döntően egyfajta komplex miliőben fordulnak elő és megjelenésük és egészségi állapot befolyásolásuk nehezen magyarázható csupán a testi tünetek jelenlétével. A gyakorlat szempontjából igen fontos, hogy ez a modell betegség-centrikus és hibaorientált, kevéssé képes figyelembe venni az egyén vagy környezete erőforrásait, azokat a sajátosságokat, amelyek felhasználhatók a pozitív irányú változás előmozdításában és egy erőforrás tartalék képzésében. A mai szemlélet viszont éppen arra törekszik, hogy a pozitívumok kapjanak nagyobb szerepet a betegségek megelőzésében és kezelésében.

*Az értekezés fejezetének alapjául szolgáló szerzői közlemény: **Moravcsik-Kornyicki, Á.**, & R. Fedor, A. (2021). Az egészség komplex megközelítése, mint az egészség-szociológiai vizsgálatok elméleti kerete. ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA, 12(32), 21–46. https://doi.org/10.19055/ams.2021.05/31/2

1.3.2 Az egészség bio-pszicho-szociális (funkcionális) modellje

A biomedikális modell túlhaladása olyan paradigmaváltást jelentett az orvoslásban, amely a bio-pszicho-szociális, azaz a holisztikus szemlélet meghonosodását jelentette. A bio-pszicho-szociális orvoslás fogalma George L. Engel amerikai pszichiáter nevéhez fűződik, aki 1977-ben alkotta meg téziseit, szembe menve az akkor uralkodó biomedikális nézetekkel. Azaz a természettudományos meghatározottságot a lelki jelenségek vizsgálatával, valamint a társadalmi szempontok bevonásával egészítette ki, létrehozva egy holisztikus szemléletet. Az egészség, a betegség és a fogyatékosság ennek következtében az egyes hierarchikus szinteken lévő rendszerek viszonylagos épsége és funkcionalitása mentén kerül meghatározásra [40] (3. sz. ábra).

3. sz. ábra: Az egészség és betegség bio-pszicho-szociális modellje



Forrás: George L. Engel, 1977., 1980. (saját szerkesztés)

- Biológiai (BIO)- Alapvető felfogása az evidence based medicine használata, azaz a tényeken alapuló orvoslás szemlélete. A szakmai felkészültség elsődleges feltétele, hogy a már ismert tudományos tényeknek megfelelően kezeljük az adott egyént. A tudományos tények alatt olyan kidolgozott protokollrendszerből álló gyógyítási folyamatot értünk, amely megfelelő tudományos bizonyítékok alátámasztásával, az eredmények tényszerű (evidencia) kritikus szemléletével és kiértékelésével készülnek, majd ezen evidenciák összesítését következtetés levonását (feedback) is magában foglalja. Ezen ismereteknek bitokában dől el a lehetséges diagnózis felállítása, valamint az, hogy mi a legmegfelelőbb kezelés az egyén számára betegségre irányultan. Ez adja az alapját, az orvosi munkának. A bio- az egyén testi elváltozásaival (a betegséggel) és annak gyógyításával foglalkozik, azt véve alapul, hogy ha valamelyik szerv megbetegszik, annak meggyógyításával az egyén egészsége helyreáll [41].
- Pszichologiai (PSYCHO)- A betegségek szempontjából az elsődleges az EBM szerinti gondolkodás, de ez önmagában nem elég. Engel felismerte azt a hiányt a biomedikális felfogásban, amit önmagában a biomedikális orvoslás nem tud kielégíteni. Napjainkban a gyakorlat több esetben sajnos még mindig azt mutatja, hogy nem követjük azt az egyébként gyógyításban előbbre mutató szemléletet, mégpedig, hogy ne a betegséget, hanem a beteget kezeljük. Tovább gondolva, a

tökéletes cél az lenne a felfogás szerint, hogy ne beteget gyógyítsunk és kezeljünk, hanem az embert. Ennek a gondolkodásmódnak a vezérfonala, hogy az egyén nem csak a testi elváltozások által veszítheti el az egészségét, hiszen számos a lelki jóllétet befolyásoló tényezők miatt is sorra kerülhet ez a kedvezőtlen egészségi állapot még akkor is, ha a nyugati orvoslás szerint kimutathatóan semmilyen testi elváltozás nem igazolható az egyénnél. Engel ezen modell megalkotásakor azt kívánta sugallni, hogy az adott egyén egészségét nem csupán a testi jóllét, de a lelki is meghatározza. A betegeségek kezelése kapcsán tehát erre komplex módon kell reagálni és ezt a modern orvoslási szemléletbe is be kell építeni, elrugaszkodva a korábbi évtizedekben követett biomedikális modell szemlélettől [40].

- Szociális (SOCIAL)- Ha már említést nyert a modellben a testi és a lelki egészség Engel modellje azt is kiemeli és tartalmazza ebben a hármas pillérben, hogy az egyén egészségi állapotát a szociális, kulturális, társadalmi háttere is alapvetően meghatározza. Itt egyértelműen az egyént mindenképp szükséges vizsgálni, hiszen a környezetétől nem választható el [40].

Összességében és egyszerűen fogalmazva, ez egy egyén központú modell, amely figyelembe veszi a személyt, az egészségi problémáját, melyet az adott személy társadalmi kontextusában vizsgál. A biológiai: a fizikai egészségi állapotra utal. A pszichológiai: elismeri, hogy a személyes/pszichológiai tényezők is befolyásolják működését. A társadalmi: felismeri a társadalmi környezet fontosságát, a működésre nehezedő nyomást és korlátokat. A bio-pszicho-szociális modell képezi az Alapját az Egészségügyi Világszervezet Működésének, Fogyatékosság és Egészség Nemzetközi Osztályozásának (továbbiakban: FNO-ICF), amelyet ma már széles körben elfogadnak a fogyatékosság és a rehabilitáció keretéül [42].

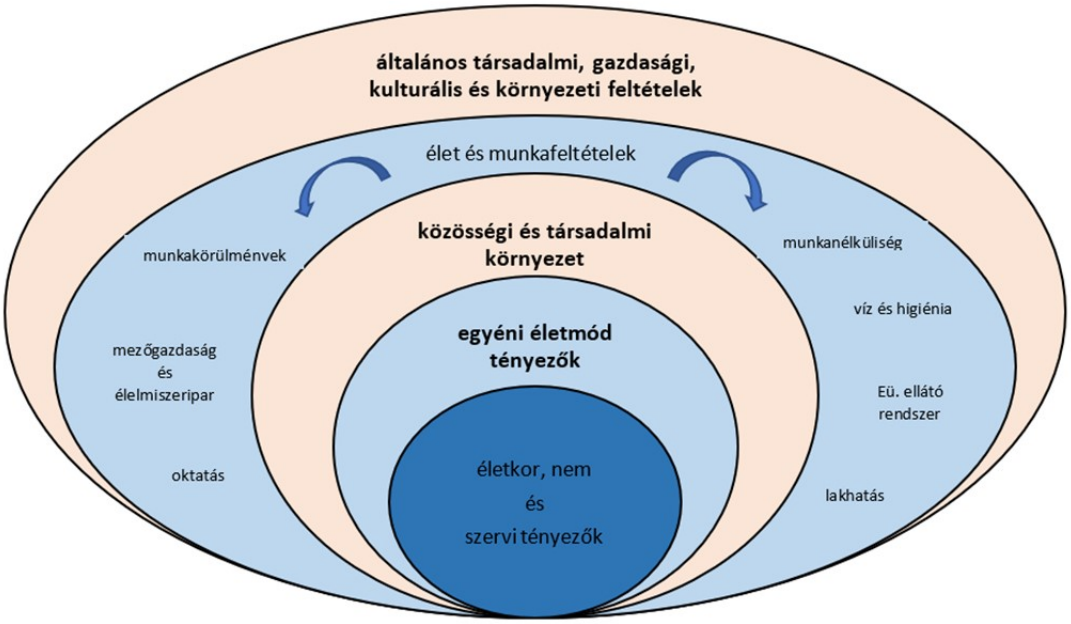
1.3.3 Az egészség társadalmi-gazdasági-kulturális-környezeti modellje

A XIX. századtól elfogadottá vált az az álláspont, hogy mely tényezők, határozzák meg az össztársadalmi egészséget. Egy évszázaddal később megjelent az egészségi állapotot meghatározó „szivárvány" modell ('Rainbow' model of the determinants of health), Dahlgren és Whitehead alkotta meg [43,44]. A modell rávilágított arra a XX. század végén, hogy az egészségi állapot kialakulásának addig kevésbé előtérbe kerülő társadalmi-gazdasági-környezeti-kulturális egyéni meghatározó tényezőinek mekkora jelentősége van az egészség kimenetelében. Hangsúlyozta, hogy a társadalmi-gazdasági szempontrendszer részletes ismerete és vizsgálata is szükséges az egyéni és társadalmi egészség megítélésében.

A 4. sz. ábra az egészség fő meghatározóit mutatja be, mint befolyásrétegeket, egymás felett. Középpontba helyezve az egyént, annak betöltött életkorával, nemi jellegével és szervi (testi) tényezőivel, mint a genetikai állománya, és amelyek mindent kizárható kétség nélkül befolyásolják egészségi potenciálját, de nehezen befolyásolhatóak az egyén által. Az adott egyént körülvevő befolyásrétegek, azok, amelyek teljes egészében függenek az egyén ráhatásától. Ide tartozik mindazon befolyás, melyet összefoglaló névvel életmódnak fogalmaztak meg a szerzők. A legelső réteg az egyének által alkalmazott

személyes viselkedés és életmód, amely olyan tényezőket tartalmaz, mint a dohányzási szokások és a fizikai aktivitás megléte vagy hiánya, egészséges táplálkozási irányelvek követési magatartása, alvási szokásai stb. Az egyének nem léteznek azonban légüres (egyedüli) térben, hiszen folyamatos és kölcsönös kapcsolatba lépnek barátaikkal, rokonaikkal és közvetlen közösségükkel, és a következő rétegben képviselt társadalmi és közösségi hatások alá kerülnek. Minél szélesebb kör következik, melyek az egyén egészségi állapotára bizonyítottan hatást gyakorolnak, ezek többsége az egyén egészsége fenttartásához szolgálnak segítségül (egészségmegőrző hatással bírnak). A harmadik rétegben ábrázolt tágabb hatások: az élet- és munkakörülményeket, az élelmiszer-ellátást, valamint a legfontosabb javakhoz és szolgáltatásokhoz való hozzáférés. Összességében a társadalom egészét jellemző gazdasági, kulturális és környezeti feltételek tartoznak bele az ábrán jelzett legkülső rétegbe [6] (4. sz. ábra).

4. sz. ábra: Az egészség fő meghatározói



Forrás: Dahlgren és Whitehead, 1991. (Saját szerkesztés)

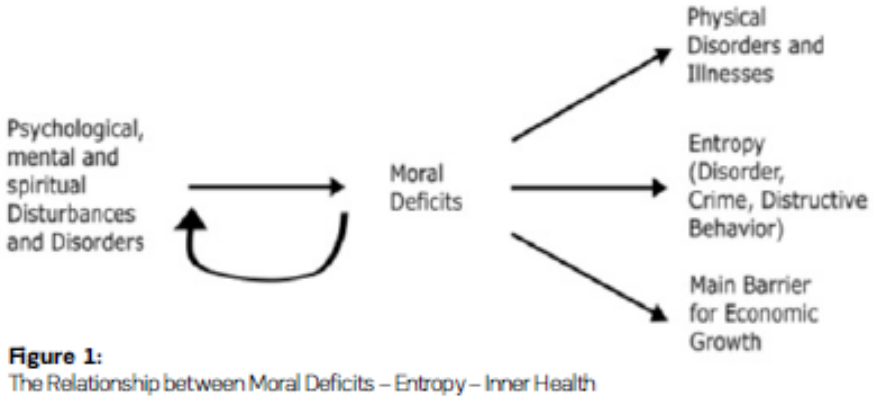
A társadalmi, politikai, gazdasági és kulturális tényezők és az egészségi állapot közötti kapcsolat számos tanulmány tárgyát képezte az elmúlt időszakban. A fent részletezett modell fontossága és a benne szereplő állítások ma már evidenciaként értelmezhetők. Ennek felismerése és empirikus bizonyítása azonban meglehetősen újnak nevezhető. A tágabb, felsőbb szintű egészségmeghatározók hatásának a társadalmi egyenlőtlenségek leképződésének vizsgálata több esetben elmarad. A probléma feltérképezése és a beavatkozások értékelése általában csak a meghatározott alsóbb szinteken történő determinánsok hatására vonatkozik. Ezért fokozott erőfeszítéseket kell tenni annak érdekében, hogy bármikor lehetséges legyen azonosítani és számszerűsíteni, a különböző nemzetgazdasági növekedést segítő stratégiák jövedelemre gyakorolt hatásait, elsősorban az egyenlőtlenséget elszenvedett alacsony társadalmi-gazdasági csoportokban, és ezen csoportok egészségi állapotára gyakorolt hosszútávú hatásait is vizsgálni érdemes [45,46].

1.3.4 Az egészség társadalmi modellje

A társadalmi tényezők és az adott egyén társadalomban elfoglalt helye bizonyítottan alakítja az adott egyén egészségét. A legfontosabb tudományos dokumentum ezzel összefüggésben az 1980-ban megjelent Black Report (1980) volt, amit Peter Townsend és Nick Davidson készített. A kutatási jelentés részletesen beszámol arról, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek, a társadalomban betöltött különböző pozíciók eltérő módon határozzák meg az individuum egészségi státuszát. Minél alacsonyabb presztízzsel rendelkező társadalmi réteget vizsgáltak, annál rosszabb egészségi állapotú egyénekkel találkoztak. A betegségek előfordulásának gyakorisága csökkent és a betegségstruktúra is megváltozott, amikor magasabb jövedelemmel és vagyonnal rendelkező csoportokat elemeztek. Az egészségi állapot egyik meghatározó determinánsai között szerepel a társadalmi faktor és a társadalomban betöltött szerepe és annak körülményei [47].

A magyarországi rendszerváltás idején fogalmazták meg a világ legismertebb közgazdászai azt a trendet, ami a hatodik Kondratyev ciklusként [48] jelent meg a nemzetközi szakirodalomban. (5. sz. ábra) Az előre jelzésük szerint a 21. században az egészség megőrzésének a képessége nagymértékben felértékelődik, mivel az egészséges humánerő megléte határozza majd meg a gazdasági növekedést Leo Nefiodow [49] szerint, és ezt a hosszú gazdasági hullámot nevezte el új Kondratyev ciklusnak, sorrendben a hatodiknak, amelyre a következő évtizedekben új iparág, a biotechnológiai fog kialakulni.

5. sz. ábra: A várható kapcsolat a lelki egészség és a fenntartható fejlődés között



Forrás: Leo A. Nefiodow (2014): Health: The Economic Growth Engine of the 21st Century

Koncepcióját az ezredforduló idején már érzékelt problémák, sőt válságok alapozták meg. Az emberiség szemben találta magát olyan gazdasági, társadalmi gondokkal, amelyből – legalábbis a közgazdászok szerint – egy új iparág, az egészségipar fejlődése jelenthet kilábalást. Amint iparról esik szó, máris a gazdasági okokra gondolunk, de ennél többről van szó. Ha a klasszikus PEST és Porter-féle elemzéssel [49] megvizsgáljuk a társadalmi, a környezeti, technológiai és politikai tényezőket is, látjuk, hogy a Föld népességének megnövekedése számos új problémát hozott világszerte. Elöregedő társadalmak, új technológiák megjelenése, a fenntartható fejlődés gondja, a digitális kultúra jelentőségének a növekedése különösen megnöveli az egészségnek, az életminőség megőrzésének a jelentőségét. A 21. századot meghatározó innovációnak a sikerét alapvetően nem a

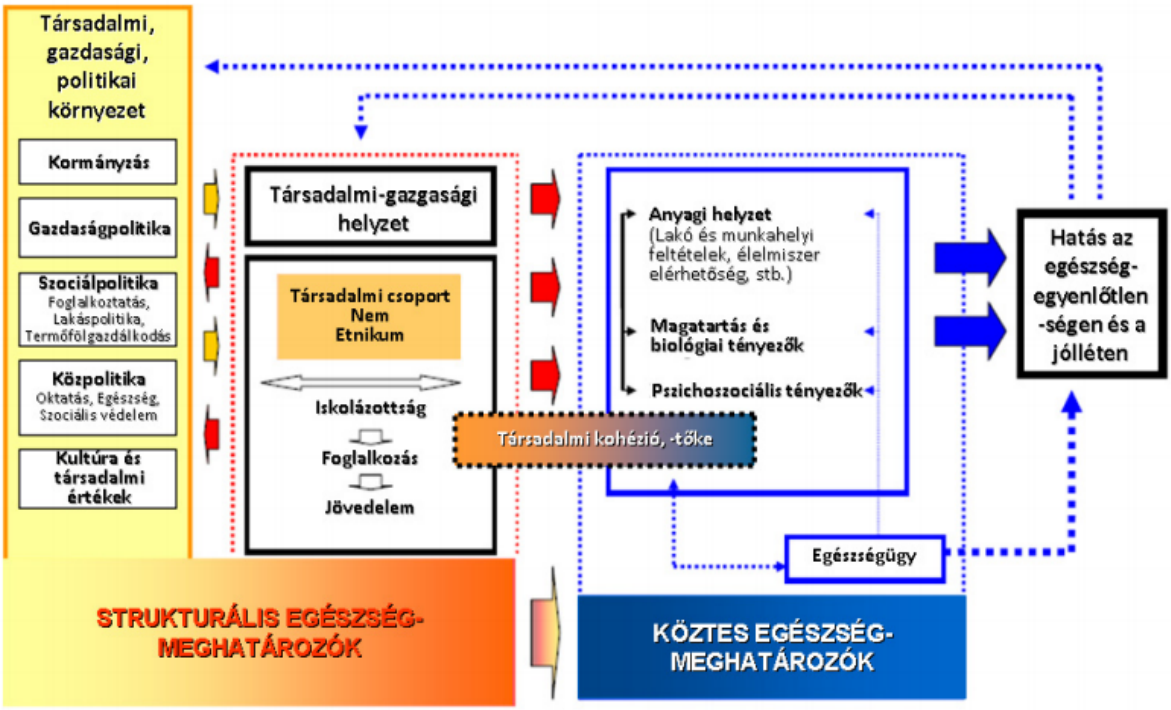
technológiától, az innovációtól tette függővé, hanem az emberek lelki és testi egészségétől. Mondandójának a jelentőségét több szempontból vizsgálhatjuk, hiszen az információrobbanás következményeivel és az életkor meghosszabbodásával már a mai kor embere komoly megfelelési kényszerbe került, és az aktivitását is kénytelen tovább megőrizni [49].

Az egészségre ható társadalmi tényezők jelentőségét felismerve, az Egészségügyi Világszervezet 2005-ben bizottságot hozott létre (Commission on the Social Determinants of Health, továbbiakban: CSDH) azzal a feladattal, hogy az egészségi egyenlőtlenségek csökkentésére javaslatokat tegyen. A bizottság zárójelentését 2008. évben hozták nyilvánosságra a CSDH munkájának elvi alapját képező modellel együtt [45] (6. sz. ábra). Ismert ugyanis, hogy a társadalmi rétegződés arányaiban is meghatározza a társadalmi osztályhoz tartozók egészségi állapotát, így a társadalmi osztályhoz tartozó egyének egészségét is. Azokban az országokban, ahol a legalacsonyabb az egy főre jutó nemzeti jövedelem, ott a legalacsonyabb az ország lakosságának születéskor várható átlagos élettartama, illetve a legmagasabb a csecsemőhalálozás mely mutatók egy ország lakosságának egészségéről szolgáltatnak információkat. Pusztán e két globális mutatót tekintve is egyértelmű, hogy azok az országok, ahol a szegénység általános, komoly egészségi állapotbéli okozatokkal is meg kell küzdeni és mely alapvetően terheli az adott ország egészségügyi ellátórendszerét az alapellátástól a szakellátáson át a kórházi ellátásig egyaránt. Hiszen a rossz szociális helyzet következménye, hogy problémák lehetnek az életmódtényezőkkel: a táplálkozással, a zavartalan pihenéssel és a személyi higiéné biztosításával is. Azokban az országokban, ahol az évszakok között előfordul a hideg tél (egészséget meghatározó környezeti tényező), még fűtési és öltözködési problémák is csökkentik a hátrányos szociális helyzetű közösségek betegségekkel szembeni ellenálló képességét, így nő a fertőző megbetegedések incidenciája, gyakoribbak és súlyosabbak a járványok előfordulása hozzájárulva más társadalmi egészségi állapotot tükröző mutatók (mortalitás, morbiditás) kedvezőtlen alakulásához.

A kidolgozott modell alapján a Bizottság megvizsgálta az egyenlőtlenség csökkenéséhez vezető beavatkozási lehetőségeket, és összegyűjtötte az azokra vonatkozó tapasztalatokat, az un. „jó gyakorlatokat". Az ezek alapján készített, a kormányok számára szánt ajánlásait a WHO 2008 őszén tette közzé [45].

A 6. sz. ábra szemlélteti az egészség és az egészségegyenlőtlenségre ható WHO-CSDH által kidolgozott komplex modellt, melynek magyar nyelvű elkészítése Vitrai J. munkája. Az ábra szemlélteti, hogy a befolyásoló tényezők két csoportra osztottak strukturális és köztes egészség meghatározókra. A strukturális blokk részét képezi a társadalmi-, gazdasági-, politikai környezet, valamint az egyén társadalmi-gazdasági helyzete, mely társadalmi kohéziót és tőkét képez a köztes egészségmeghatározók között. A köztes befolyásolók része az egyén anyagi helyzete, magatartási és biológiai és pszichológiai tényezői. Egyéntől függetlenül, de szerepel a modellben az egészségügy is, mint köztes determináns az egészségre és az egészségegyenlőtlenség közvetlen befolyásoló tényezőjeként. A modell jól szemlélteti, hogy a meghatározók között szoros és közvetlen kapcsolat áll fennt (6. sz. ábra).

6. sz. ábra: Az egészséget meghatározó strukturális és köztes tényezők és kölcsönhatásaik



Forrás: Solar és Irwin 2007., WHO-CSDH 2008. Magyar nyelvű ábra forrása: Vitrai, 2011.

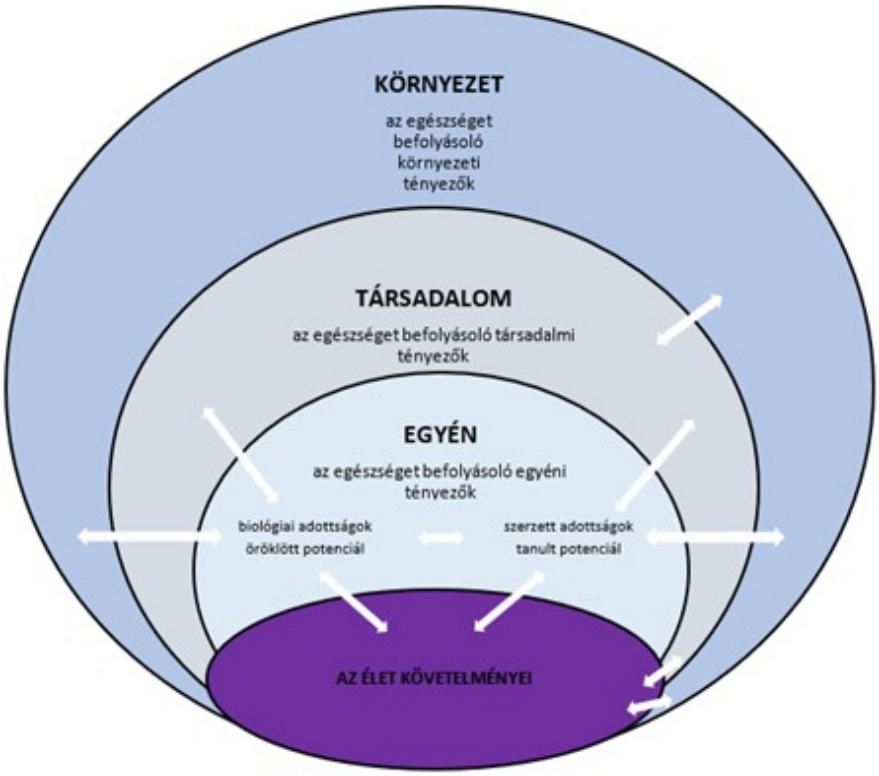
1.3.5 MEIKIRCH-az egészség és a jóllét összefüggésének dinamikus modellje

A Meikirch modell szerint az egészség a jóllét állapota, amely az egyéni képességek, az életút során keletkező kihívások, valamint a társadalmi és környezeti befolyásoló tényezők közötti kölcsönhatások eredménye [50,51]. A modell szerint egészségről akkor beszélhetünk, ha az egyén képességei, a társadalmi és környezeti tényezők egyensúlyba kerülnek az életút során keletkező kihívásokkal. Ezek a kihívások lehetnek élettani, pszichoszociális, vagy környezeti vonatkozásúak; az egyén helyzetétől és a körülményektől függenek, de minden esetben az egyensúly megbomlása az egészség megromlásához vezet. A 7. sz. ábra grafikusan ábrázolja a modellt, amely szerint az egészség alkotóelemei a következők:

1. a személyes meghatározó tényezők, amelyek magukba foglalják az élet folyamán jelentkező szükségleteket és kihívásokat; az egyén biológiai potenciálját, amelyek az előbb említett kihívásokra adott válaszok;
2. az egészség társadalmi meghatározó tényezői;
3. a környezeti meghatározók.

Ezek a tényezők egymással kölcsönhatásban vannak, befolyásolhatják a kihívásokra adott megfelelő válaszokat és a potenciálokat. A korábbi hasonló elméleti modellekkel ellentétben a Meikirch modell arra is rávilágít, hogy az egymáshoz szorosan kapcsolódó rétegek közötti hatás nem csak a közvetlenül mellette lévő rétegre, de mindegyikre kihatással és ráhatással van és a hatás oda-vissza értendő [52].

7. sz. ábra: MEIKIRCH-modell grafikus ábrázolása



Forrás: Bircher és Hahn 2016. (saját szerkesztés)

"Az igazságtalan egyenlőtlenség nem egyenlőséggel, hanem igazságos egyenlőtlenséggel orvosolható."
Nikolás Gómez Dávila
(1913. május 18. - 1994. május 17.)

1.4 Az egészségegyenlőtlenség

Az egészségegyenlőtlenségek szakmailag is elfogadott és használt értelmezésére sokféle fogalommagyarázat ismert főként amiatt, hogy különböző tudományágak képviselői eltérő megközelítéssel vizsgálják a jelenséget [53]. Egyenlőtlenségnek (*inequality*) írjuk le azokat az eltéréseket melyek különféle javak birtoklását vagy jellemzők eloszlását tekintve fennállnak egyének vagy társadalmi csoportok között. Abban az esetben, ha egészség állapot jelenséget vizsgálunk egyészségegyenlőtlenségekről beszélünk. Az egészségegyenlőtlenség (*health inequity; health inequality*) fogalma az egészségi állapotban mutatkozó olyan egyenlőtlenségekre is utal, melyek ok-okozati összefüggés láncolatában a biológiai adottságokon túl a társadalmi tényezők is megjelennek [54]. A WHO meghatározása szerint akkor tekinthetjük az egészségi állapot különbségeit egyenlőtlenségeknek, ha azok a társadalom különböző csoportokhoz tartozó tagjai között szisztematikusan jelentkeznek, és megfelelő beavatkozások révén elkerülhetők, megelőzhetők lennének [55].

Az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek témája már évtizedek óta az egészségszociológiai kutatások középpontjában áll. Az egészségszociológusok érdeklődése manapság különösen arra fókuszál, hogy ezek az egyenlőtlenségek mikor és hogyan keletkeznek és maradnak fenn az életciklus folyamán. A nagy érdeklődés oka, hogy bár a modern társadalomban az egészségi állapot terén jelentős javulásokat sikerült elérni – elég, ha csak a születéskor várható élettartamnak az utóbbi évtizedben végbemenő növekedésére gondolunk –, a társadalmi helyzet okozta differenciálódás egyre nagyobb mértékben tükröződik az egészségi állapot különböző mutatóiban.

Az empirikus vizsgálatok rendszerint lényeges különbségeket találnak a morbiditási (megbetegedési) és mortalitási (halálozási) adatokban. A születéskor várható élettartam jelentősen kisebb az alacsonyabb iskolai végzettség, jövedelem és foglalkozási presztízs szerint, azaz a társadalmi-gazdasági helyzet mélyrehatóan befolyásolja az egészséget. Újabb kutatás [56], felhívja a figyelmet arra, hogy az egyenlőtlenségek mértéke erősen függ bizonyos szociodemográfiai változóktól, így például jelentősen befolyásolja az életkor, a nem, az etnikai hovatartozás [57, 58, 59]és a földrajzi hely [60].

1.4.1 Az egészség egyenlőtlenségei a társadalmi különbségek kontextusában

Az egyenlőtlenségek tudományos vizsgálata a második világháborút követően került célkeresztbe Simon Kuznets (1901-1985) munkásságával. Kuznets 1971-ben közzétette az Amerikai Egyesült Államok (United States of America; továbbiakban: USA) nemzeti jövedelmének hosszú idősoros nyers adatait, standardizált módon meghatározva a nemzeti jövedelem (továbbiakban: GDP, 'gross domestic product'-bruttó hazai termék) változásait. Fontos megállapítása volt a Nobel-díjjal kitüntetett kutatónak, hogy a szegényebb országokban a gazdasági növekedés növeli, a fejlett országokban pedig csökkenti a jövedelemkülönbségeket [61]. Az első széles körben ismert, az egészségegyenlőtlenséget a

társadalmi helyzet szerint vizsgáló kutatás a Black-riport (1980) volt. A Riport szerint az egészségi állapot különbségei mögött döntően nem az ellátás működési problémái, mint inkább az egészséget befolyásoló társadalmi- foglalkoztatás, jövedelem, iskolázottság, lakhatási és munkakörülmények- egyenlőtlenségek állnak [62].

Az egészség társadalmi meghatározóinak epidemiológiai megközelítéseit illetően három fő irányt különböztethetünk meg [63]. Az egyik az egészség-egyenlőtlenségeket elsősorban a pszichoszociális faktorok eloszlásával magyarázza, a másik az egészség előállításának politikai gazdaságtani jelentőséget tulajdonítani, azaz strukturális jellemzőket tartja elsődlegesnek, a harmadik megközelítés a biológiai és társadalmi tényezők szempontjának integrálását célozza.

A társadalmi meghatározók és az egészség közötti kapcsolat három perspektíváját különbözteti meg. A „társadalmi kiválasztódás" nézőpontja tulajdonképpen az egészség és a társadalmi/gazdasági jellemzők közötti fordított irányú kauzalitást feltételezi, vagyis az a kiindulópontja, hogy nem a körülmények okoznak valamilyen egészséget, hanem az egészség tesz elérhetővé valamilyen körülményeket. A második perspektíva az ellenkező irányú kauzalitást feltételezi. A harmadik, az úgynevezett életciklus perspektíva az ok-okozati összefüggések időzítésének, és általában véve az időfaktornak a jelentőségét hangsúlyozza az egészség alakulásában [63].

Bár nagy számú empirikus elemzés született már az egészségi állapot társadalmi meghatározóinak témakörében, azonban az oksági kapcsolat természete még mindig nem tökéletesen tisztázott. A szakirodalom és a korábbi empirikus munkák alapján azonban jól látható, hogy az egészségegyenlőtlenség öt forrásból eredeztethető:

1. a társadalmi-gazdasági körülmények egyenlőtlenségéből;
2. az egészségre káros rizikófaktoroknak való eltérő kitettségből;
3. az eltérő sérülékenységből; -még azonos mértékű kitettség esetén is-
4. az egészségügyi rendszer eltérő hozzáférhetőségéből, illetve szolgáltatásaiból, és az ebből eredő eltérő kimenetekből; valamint
5. az egészségi állapot eltérő hatásaiból [64].

Bár különböző szakmai állásfoglalások szerint ezek a források elméletileg függetlenek egymástól, gyakorlatilag sokszor igen összefüghetnek: a rosszabb társadalmi-gazdasági körülmények között élők gyakran nagyobb mértékben kitettek bizonyos rizikófaktoroknak (Black Riport; Acheson Riport; Machenbach Riport, Wold Inequality Report), sérülékenyebbek is lehetnek ezek hatásaival szemben, rosszabb lehet az egészségügyhöz való hozzáférésük, és erőteljesebbek lehetnek az egészségi állapotukból fakadó hatások [65].

A társadalmi egyenlőtlenségek megnyilvánulásai az egészségi állapotban, a nemek szociológiájának egészségügyi kihatásai, a szociális stressz, a szorongás és az adaptáció szociológiája, a társas támogatás és a társas integráció szerepe az egészségfejlesztésben, a vallási-etikai normák, attitűdök és egészség kapcsolatának egészségszociológiája, az életmód és a kockázatészlelés társadalmi meghatározottsága mind szerves része az egészség és az egészségfejlesztési törekvéseknek [66].

*1.4.2 Az egészség egyenlőtlenségei az etnikai kisebbség kontextusában**

A kisebbség társadalmi értelemben egy adott társadalmon belül többé-kevésbé elkülöníthető, sajátos azonosságtudattal rendelkező (például etnikai, vallási vagy egyéb) csoport. Magyarországon a roma lakosság alkotja az ország legnagyobb hivatalosan elismert kisebbségét. A magyarországi nemzetiségek közül a romák, nem rendelkeznek anyaországgal, ezért nem nemzeti kisebbségként, hanem etnikai kisebbségként határozzák meg őket. Magyarországon hivatalosan az az ember cigány, aki magát -a népszámláláson, a szavazásnál, az iskolában, az önkormányzatnál- cigánynak vallja, mivel az 1992-es adatvédelmi törvény (1992. évi LXIII. törvény a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról) [67] alapján az etnikai hovatartozást az érintett írásos beleegyezése nélkül nem lehet nyilvántartani. A fővárosi cigányság lélekszámát 80-100 ezer körülire becsülték, több mint 25 évvel ezelőtt [68]. Vidéken a három északi megyében legnagyobb a népességük. Egyes felmérések szerint a magyarországi cigányság népessége jócskán meghaladja a hivatalosan közzétett adatokat. A hivatalos források 205 720 főt jelöltek 2001-ben [69] de ismertek a 394 000 és 2 000 000 fő közötti népességről szóló kutatási eredmények is [70, 71]. Az ezer lakosra jutó élveszületések száma 1971-ben a romáknál 32 volt, az ország teljes lakosságánál 15 [72]. A cigányság magas fertilitása következtében néhány térségben egyre nagyobb népesség arányt képvisel [70]. Korábban Kemény majd Pénzes és mtsi elemzése is rámutat arra, hogy hazánkban a Roma népesség száma az Északkelet- és Délnyugat-Magyarországon mutat halmozódást [71, 72]. A népszámlálás szerint Magyarország 3200 települése közül 2000-ben élnek cigányok.

Blas és mtsa által leírt (2010) az egészségegyenlőtlenségek kialakulásában szerepet játszó öt tényező/forrás (ld. 1.4.1 fejezet) mindegyike érinti a magyar Roma etnikumot.

1. A a társadalmi-gazdasági körülmények, a jövedelmi szegénység mértéke szoros összefüggést mutat a romák települési koncentrációjával. A szegénységi küszöb alatt élő romák aránya azon a környéken a legmagasabb, ahol a megítélés szerint „kizárólag" vagy „többségében", telepszerű körülmények között roma lakosok élnek [71, 73**Hiba! A könyvjelző nem létezik.**]. A hátterében, az alacsony iskolázottság [74] következtében kialakuló jelentős munknélküliség megjelenése áll. Az alacsony foglalkoztatottsági helyzet pedig befolyásolja a Roma családok anyagi helyzetét, életkörülményeit és lehetőségeit [75, 76]. A KSH 2013 óta vizsgálja a szegénység alakulását a roma népesség körében. Körükben a szegénység vagy társadalmi kirekesztődés kockázatának kitettek aránya 2019-ben 52,9% volt, 37 százalékponttal alacsonyabb, mint 2013-ban, de arányuk még így is háromszorosa az országos átlagnak. A roma népesség jelentősen csökkenő,

---

*Az értekezés fejezetének alapjául szolgáló közlemények:
1. Fiatal, Szilvia; Tóth, Réka; **Moravcsik-Kornyicki, Ágota;** Kósa, Zsigmond; Sándor, János; McKee, Martin; Ádány, Róza. High Prevalence of Smoking in the Roma Population Seems to Have No Genetic Background. NICOTINE AND TOBACCO RESEARCH 18: 12 pp. 2260-2267. 8 p. (2016)
2. Diószegi J, Fiatal S, Tóth R, **Moravcsik-Kornyicki Á,** Kósa Z, Sándor J, McKee M, Ádány R: Distribution Characteristics and Combined Effect of Polymorphisms Affecting Alcohol Consumption Behaviour in the Hungarian General and Roma Populations., ALCOHOL AND ALCOHOLISM 52: (1) pp. 104-111.
3. Kósa, Zs; **Moravcsik-Kornyicki, A;** Diószegi, J; Roberts, B; Szabó, Z; Sándor, J; Ádány, R. Prevalence of metabolic syndrome among Roma: A comparative health examination survey in Hungary. EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 25: 2 pp. 299-304. 6 p. (2015)

legnagyobb hányadát, 30,9%-át a három részmutató közül a súlyos anyagi nélkülözés kockázata érintette [77].

2. Az egészségre káros rizikófaktoroknak való kitettség magasabb arányban van jelen a magyar Roma populációban a többségi társadalomhoz viszonyítva. Kósa és mtsai 2007-ben megjelent tanulmányukban ismertetik, hogy a rendszeresen dohányzók aránya -mindkét nemben-, a dohányzás életprevalenciája, az alkoholfogyasztási szokások, a táplálkozási szokások -naponta zöldséget-gyümölcsöt fogyasztók aránya- tekintetében kedvezőttlenebb eredmények mutatkoznak. Így elmondható, hogy a magyar Roma lakosság egészségmagatartása kedvezőtlenebb, még a többségi társadalom ugyanolyan anyagi helyzetben lévő lakosssági csoport eredményeihez viszonyítva is [78]
3. Eltérő sérülékenységség jellemzi a Roma lakossági csoportot Magyarországon. Fónai és mtsai eredményei igazolták azt az állítást, mely szerint a „szegénység etnicizál", de az underclassba nem kizárólag csak romák sorolhatók [79].
4. A roma népesség esetében mindig számolnunk kell azokkal a nézőpontokkal, melyek meghatározzák a romák és az egészségügyi ellátórendszer kapcsolatát. A romáknak az egészségügyi ellátórendszerből való részesedésében nagy különbség észlelhető [80]. Az egészségügyi rendszer és szolgáltatásainak igénybevétele alacsony a Roma lakosság körében. Jelentősen alacsonyabb a fiatalabb Roma populációban és a nemeket vizsgálva a férfiak esetében [78].
5. A különböző vizsgálatok egybehangzóan amellett szólnak, hogy a Roma lakosság egészségi állapota lényegesen kedvezőtlenebb, mint az általános populációé [81, 82]. A hazai Roma lakosság egészségi állapotbéli különbségeit vizsgáló kutatócsoport, Ádány R. vezetésével több értékes megállapítást is tett az elmúlt évtizedben az Észak-kelet Magyarországi roma lakosság egészségi állapotáról és egyenlőtlenségeiről [73] A metabolikus szindróma, mely különböző nem fertőző betegségek legnagyobb kockázatának tekinthető komponenseinek gyakoriságának meghatározására a munkacsoport által kivitelezett komparatív egészségiállapot-felmérés keretében megállapították, hogy a telepszerű körülmények között élő 20–64 éves Roma népesség minden korcsoportjában az emelkedett éhomi vércukorszint vagy a 2. típusú cukorbetegség [83] és a csökkent HDL-C-szint vagy kezelt lipidháztartási zavar szignifikánsan gyakrabban fordul elő, mint az általános magyar népességben. Ezzel szemben a centrális elhízás és a magas vérnyomás előfordulási gyakorisága szignifikánsan alacsonyabb volt a romák körében [57]. Korcsoportos bontásban elvégzett elemzéssel a kutatócsoport megállapította, hogy ezen két rendellenesség (emelkedett éhomi vércukorszint vagy cukorbetegség és az alacsony HDL-C-szérumkoncentráció vagy kezelt lipidháztartási zavar) előfordulási gyakorisága minden korcsoportban szignifikánsan magasabb volt a romák körében. Ez a tény felveti annak lehetőségét, hogy az alacsony HDL-C-szint és az emelkedett éhomi vércukorszint nagy gyakoriságának hátterében genetikai tényezők állnak [57]. Fiatal és mtsai megállapították, hogy a roma lakosság káros dohányzási magatartását nem lehet a genetikai hajlamnak tulajdonítani; ezért a dohányzás megelőzését és leszokását célzó beavatkozásoknak a kulturális és környezeti tényezőkre kell összpontosítaniuk [59]. Diószegi és mtsai arra a követleztetésre jutottak kutatói munkájuk során, hogy az

alkoholfogyasztási szokások közötti különbségek a magyar és a roma mintapopulációban nem a genetikai fogékonysághoz, mint inkább a viselkedés és a környezeti-kulturális tényezőkhöz köthetők. A magas alkoholfogyasztás és annak következményeire reflektálva azonban népességalapú intézkedésekre van szükség a fogyasztás alapvető mozgatórugóinak kezelésére, amelyek figyelembe veszik a kulturális elfogadhatóságot, a roma lakosság káros alkoholfogyasztásának csökkentése érdekében [84]. A szakirodalomban a magasabb csecsemőhalandóságra, a korai-és késői halálozásokra, a koraszülésekre, és a művi vetélések magasabb számban való előfordulására hívják fel a figyelmet – ezeket részben strukturális okokkal, pl. a szegénységgel, lakásviszonyokkal, részben kulturális okokkal, pl. a terhességre, a gyerekszülésre, és a gyereknevelésre vonatkozó etnikai normákkal, valamint a roma nők életmódjával és egészségmagatartásával magyarázzák. A fertőzés és a járványok előfordulása is viszonylag gyakori a romák között, így pl. a hepatitis A, és a dizentéria (vérhas), amit a nem megfelelő higiénés körülmények magyaráznak [85]. A kulturális különbségekre és azok következményeire koncentráló kutatók az etnikai csoportok esetében a társadalmi különbségeket, az egészségi állapot eltéréseit, az egészségre ható életmódot és például az egészségképet, testképet vizsgálva az eltéréseket gyakran csak a kulturális különbségekre vezetik vissza [79].

1.4.3 Az egészség egyenlőtlenségei a területi (regionális) különbségek kontextusában

Az országokon belüli regionális egyenlőtlenségek empirikus, területi statisztikai alapú összehasonlító elemzésének máig gyakorta idézett klasszikus munkája Williamson 1965-ben megjelent tanulmánya [86], amely elsőként vizsgálta széles bázison a regionális tagoltság fejlettségtől való függését. A magyar társadalomföldrajz utóbbi évtizedekben zajló átalakulásának talán egyik legszembetűnőbb jelensége, hogy olyan témák is felkeltették a szakemberek és elemzők érdeklődését mely az egészséggel és az egészségüggyel kapcsolatos társadalmi-gazdasági problémák térbeli vetületével foglalkozik [87]. Általánosan jellemző az, hogy a foglalkoztatási és demográfiai, korszerkezeti tényezők a magasabb gazdasági hatékonyságú régiók előnyét tovább növelik [88]. Az iskolázottság várható hatásai nagyon erőteljesen jelen vannak, a területi tagolódás hatótényezői listájában [89, 90]. E kutatások eredményei minden esetben azt mutatták, hogy a népesség a munkához és jövedelemhez jutás esélyeit illetően erősen regionalizált, nem mozaikszerűen, hanem határozott térstruktúrák szerint, jól megfogható területi mintázatot mutat.

Az iskolázottság és azon belül a felsőfokú végzettségűek területi eloszlását vizsgáló korábbi hazai kutatásban arra világítottak rá, hogy a rendszerváltás óta Magyarországon csökkent a területi egyenlőtlenség, országos szinten mérséklődött a felsőfokú végzettségűek térbeli koncentráltsága [91]. Ám Németh és Dövényi munkájából kiderül [92] az is, hogy a felsőfokú végzettségűek arányának 2001-ről 2011-re történő változása nem egységesen érinti a hazai földrajzi területeket, a változás mértéke jelentős mozaikos képet mutat. Azon megyékben, ahol jellemzőbb az aprófalvas megoszlás, alacsonyabb a felsőfokú végzettségűek száma és arányuk lassabban növekedett az elmúlt években, ugyanakkor összességében a koncentráció mértéke határozottan javult [92]. Ilyen megyék Szabolcs-Szatmár-Bereg, Borsod-Abaúj-Zeplén, Heves, Nógrád, Baranya, Somogy és Zala valamint

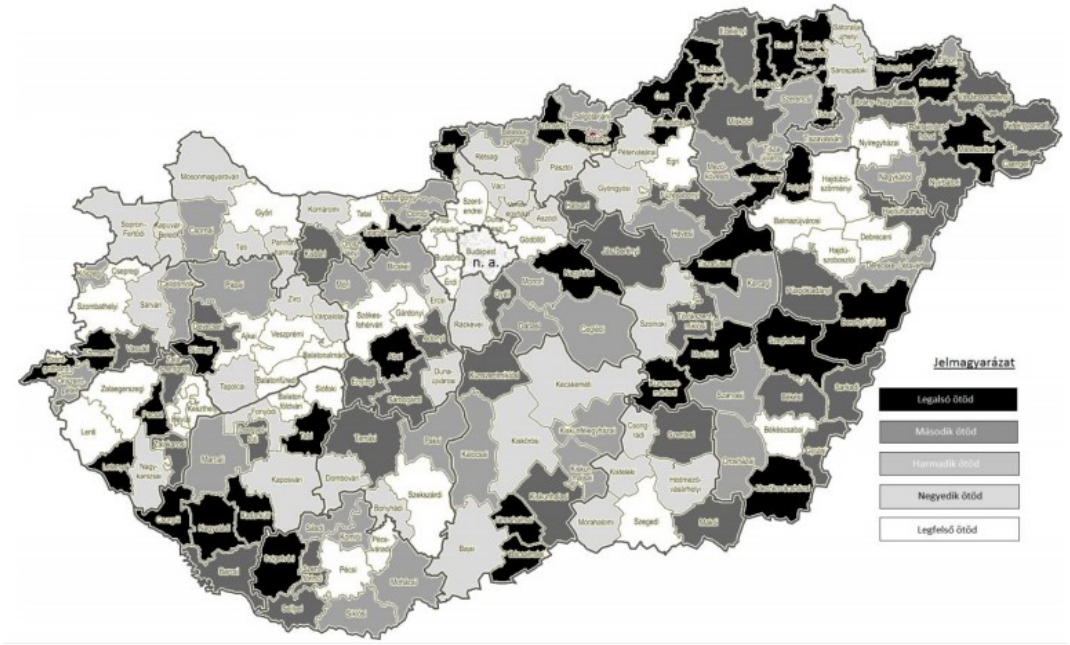
Veszprém. A területi egyenlőtlenségek csökkentését akadályozza, hogy napjaink társadalmának, gazdaságának egyik legnagyobb problémája a halmozottan hátrányos helyzetű térségek fiataljainak az alacsony szintű iskolázottsága [93], mely probléma további az életmód, életvitel és égészségmagatartás egyes mutatói is meghatározza.

Az eredmények térbeli mintázata rávilágít arra a nemzetközi kutatásokból ismert adatra, mely szerint a gazdaságilag kiemeltebb helyzetű – régiók, megyék és járások, -főleg közép- és nyugat-magyarországi- területek esetén- kedvezőbben alakulnak a csecsemőegészségi állapotot meghatározó indikátorok, míg a rosszabb helyzetű, gazdaságilag elmaradottabb térségek mutatói alacsonyabbak [94]. Ezen fentebb részletezett eredmény összefüggést mutathat azon területi megoszlással, mely a hátrányos helyzetű térségek lefedettségét prezentálja [95]. Leghátrányosabb helyzetű, komplex programmal fejlesztendő térségnek minősítik azokat a járásokat (összesen 36 járás), amelyeknek a komplex mutatója kisebb, mint az összes térség komplex mutatójának átlaga és a népesség aránya az országos átlag 10%-ának felel meg [96]. Érintett régiók az Észak-Alföldi Régió (Szabolcs-Szatmár-Bereg {9}, Jász-Nagykun-Szolnok {2}, Hajdú-Bihar {4}); Észak-Magyarországi Régió (Borsod-Abaúj-Zemplén {8}, Heves {1}, Nógrád {1}); Dél-Alföldi Régió (Békés {2}, Bács-Kiskun {2}); Dél-Dunántúli Régió (Baranya {2}, Tolna {1}, Somogy {2}); továbbá Veszprém megye {1} és Fejér megye {1} [96] is (9. sz. ábra).

A magyar lakosság egészségi állapot hazai helyzetéről képet adó korábbi évtizedekben végzett idősoros elemzésekből kiderül, hogy hazánkban bizonyítottan területi egyenlőtlenség mutatkozik, mely a tévhittel ellentétben nem földrajzi egyenlőtlenséget, mind inkább társadalmi, gazdasági viszonyok által meghatározott egészségiállapot-egyenlőtlenségek geográfiai vetületét mutatja meg, lehetőséget teremtve az egyenlőtlenségek csökkentésére. Az egészségi állapot egyenlőtlenségei, az egészségi állapot társadalmi viszonyokban gyökerező meghatározó tényezőinek térbeli eloszlását követve, nagy mértékű területi egyenlőtlenségekben is megnyilvánulnak (8. sz. ábra). A további területi bontásban végzett vizsgálatok pedig láthatóvá teszik a megyéken belüli területi egyenlőtlenségek növekedését [97], bár megyénként eltérő mértékben. Az is kiábrázolódik, hogy azokban a megyékben, ahol a belső egyenlőtlenség kisebb mértékben növekedett, ez elsősorban azért következett be, mert az országos átlaghoz képest a területi egyenlőtlenségek lejtőjén a megye lejjebb csúszott. Mindebben a helyi társadalom státusz-összetétele és ennek közvetlen következményei mellett a munkaerőpiaci lehetőségeknek, az emberek életmódjának és fizikai, szociális és pszichés életkörülményeinek, és a terület egészségi állapotra hatással levő erőforrásokkal való ellátottságának volt döntő szerepe. Utóbbi körben nagy szerepe lehetett például az egészségügyi rendszer helyi „sűrűségének", elérhetőségének és minőségének [65].

Az előbb felsorolt tényezők ugyanakkor nem tekintendők adottnak: alakulásukat – rövidebb vagy hosszabb távon – közpolitikai beavatkozásokkal, infrastrukturális fejlesztésekkel alapjaiban lehet befolyásolni. A területi és a gazdasági társadalmi egyenlőtlenségek összefonódása rendkívül összetett jelenség; nem értelmezhető egyik a másik nélkül. Az egészségi állapot egyenlőtlenségei pontosan követik a két dimenzió szerinti törésvonalakat, és mint látható, a megfelelő adatok birtokában általuk olyan összefüggésekre is fényt deríthetünk, melyek különben rejtve maradnának [65].

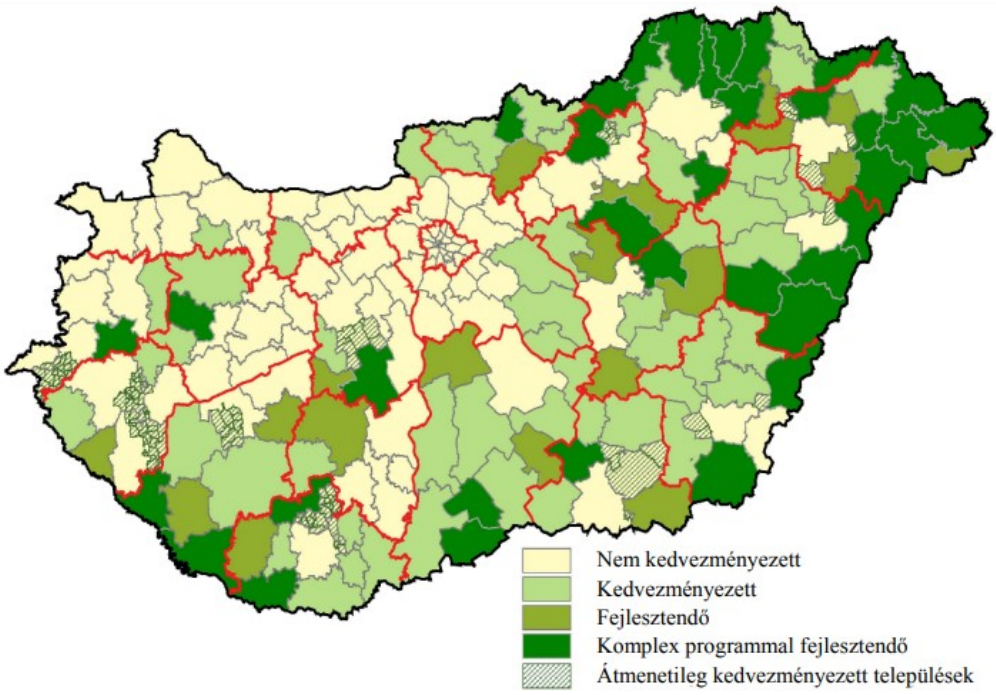
8. sz. ábra: A kistérségek várható élettartamok szerinti kvintilisei (2014)



Magyarázat: Várható élettartam-tartományok az ötödökben: Legalsó ötöd – 69,9-73,4; Második ötöd – 73,4-74,3; Harmadik ötöd: 74,3-75,1; Negyedik ötöd – 75,2-76,2; Legfelső ötöd – 76,3-78,3.

Forrás: Kollányi Zsófia Katalin (2016): Az egészségi állapot társadalmi és gazdasági összefüggésrendszere Doktori disszertáció, Budapest. 2016. április, 37.o.

9. sz ábra: A járások kedvezményezettségi kategóriák szerint 2015. január 1-jén a 290/2014-es (XI.26.) kormányrendelet alapján



Forrás: Pénzes J: A kedvezményezett térségek lehatárolásának aktuális kérdései. TERÜLETI STATISZTIKA, 2015, 55(3): 206–232. 211. o.

1.4.4 Az egészségegyenlőtlenség mutatói

Az egészségegyenlőtlenségek feltárásánál leggyakrabban használt mutatók:

- a várható élettartam mutatók
  születéskor várható átlagos élettartam: azon évek száma, amelyet az adott évben születettek – feltéve, hogy minden, a halálozási viszonyokat befolyásoló körülmény változatlan marad – átlagosan megélhetnek az adott év korspecifikus halálozási viszonyai mellett. Másként fogalmazva, a születéskor várható élettartam az az átlagos évmennyiség, amit az újszülöttek remélhetnek, feltételezve, hogy a körülmények semmit nem változnak és rájuk mindig a kiszámítás évének korspecifikus halálozási mutatói érvényesek.

  egészségben eltöltött életévek száma: a várható élettartam mellett figyelembe veszi az életminőséget is, ily módon a jóllét egyik alapvető mérőszáma. Az indikátor értéke azt fejezi ki, hogy egy újszülött az adott év halandósági viszonyai között (korspecifikus halálozási valószínűségek mellett) átlagosan hány évi egészséges élettartamra számíthat.

- halálozási mutatók
  halálozási arányszám (halálozási ráta vagy nyers halálozási ráta): az ezer lakosra jutó elhunytak száma egy adott évben (halálozások száma osztva az évközépi népességszámmal, és ez szorozva ezerrel). Az egész népességre számítják, így azokban az országokban, ahol jelentős arányban vannak jelen a magas mortalitású korcsoportok (idősek) magasabb a halálozási ráta.

  okspecifikus halálozási arányszám: az arányszám (ráta) egy meghatározott ok (betegség, baleset stb.) következtében meghaltakra nézve adja meg a halálozási arányszámot, általában, de nem minden esetben 100.000 főre vetítve. A mutatószám a halálozás okspecifikus összetételének elemzésére alkalmas. A halálokok az egyes országokban nagymértékben eltérhetnek egymástól, de változhatnak időben is, mivel sok tényező befolyásolhatja őket, beleértve az általános közegészségügyi és környezeti jellemzőket.

  korspecifikus halálozási arányszám: a korcsoportok szerinti halálozások ezer megfelelő korú népességre jutó száma, évközepi népességre számítva. A korspecifikus halálozási ráta a különböző korúak halálozási arányainak összehasonlítására alkalmas mutató. Mivel a halálozás nemenként különbözik, a korspecifikus halálozási arányszámokat a férfiakra és a nőkre általában külön-külön készítik el és publikálják.

  csecsemőhalálozási arányszám: a csecsemőhalandóság egy speciális korspecifikus halandósági ráta. A mutató minden, az élveszületést követően, de az egyéves kor betöltése előtt bekövetkezett haláleset figyelembe vesz. A halva születettek és a születésük évfordulóján meghalt gyermekek viszont nem számítanak bele a mutatóba. A csecsemőhalálozási arányszám az ezer élveszülöttre jutó, de egy éven aluli meghaltak arányát mutatja meg. A legfontosabb különbség az egyéb kor-specifikus rátákhoz képest az, hogy a csecsemőhalálozási ráta kiszámításakor nem az adott korcsoport „átlagos" népességét (tehát az adott év elején és végén életben lévők számának átlagát) veszik

figyelembe, hanem az összes megszületettet. A csecsemőhalandóság az egyes országok fejlettségének egyik fontos mérőszáma.

- egészséget meghatározó társadalmi mutatók
  iskolázottság: az iskolázottságot a legmagasabb befejezett iskolai végzettséggel írhatjuk le egyénekre, társadalmi csoportokra vagy egész ország népességére vonatkoztatva.
  jövedelem: a háztartás tagjainak összes személyes bruttó jövedelme. A jövedelem jóléti mutatóként való alkalmazását elsősorban az indokolja, hogy a többi indikátorhoz képest könnyen mérhető. A jövedelmi tételek zömét a háztartások eleve pénzben kapják.
  foglalkoztatottság (foglalkoztatási arány vagy foglalkoztatási ráta): a munkában állóknak a teljes munkaképes korú népességhez viszonyított százalékos aránya, egy adott gazdaság munkaerőpiacának fontos jelzőszáma. A foglalkoztatottságot nem csak egy teljes gazdaságra lehet megadni, vizsgálni lehet egyes korcsoportok, illetve a nemek foglalkoztatottságát is.

„Szeresd egészségedet, mert ez a jelen. Védd a kisgyermeket, mert ez a jövő.
Őrizd szüleid egészségét! – mert a múlton épül fel a jelen és a jövő.”
Bárczi Gusztáv /Kratina Gusztáv/
(1890. szeptember 13. - 1964. augusztus 9.)

1.5 BARKER-ELMÉLET (DOHaD-theory) -Már születéskor egészséghátrányban? A pre és perinatális életszakasz és a felnőttkori egészség összefüggése

1.5.1 Barker-elmélet előzményei

A mai gyógyító (kurrens) felfogás szerint a szívkoszorúér-betegség a nyugati országok felnőtt lakosságára jellemző egészségtelen életmódból, valamint a genetikai öröklésből származó összesített hozzájárulásból eredeztethető. Azonban már az 1980-as évek végén földrajzi vizsgálatok (10-11. sz. ábra) adták az első bizonyítékot arra, hogy a betegség a méhen belüli fejlődés során erősen megalapozódik. David James Purslove Barker angol orvos és epidemiológus, a Barker-hipotézis kezdeményezője, egy térképstatisztikát használó vizsgálódás során kimutatta, hogy Angliában és Walesben a szív-érrendszeri betegség miatti halálozás eltérései (10. sz. ábra) szorosan összefüggnek az újszülöttek halálozási arányának (11. sz. ábra) korábbi különbségeivel [98,99]. A Barker-elmélet a szakmai grémium között „DOHaD-theory”-ként (’developmental origin of health and disease’-’az egészség és a betegség fejlődési eredete) lett ismert. Barker további vizsgálódásának elméleti alapját adta a fentebb leírt esemény, majd a következő 40 évben arra a kutatói kérésre kereste a választ, hogy a „megzavart” méhen belüli fejlődésnek lehetnek-e hosszú távú következményei.

10.sz. ábra: 35-74 év közötti férfiak koszorúér betegség okozta halálozása, Angliában és Walesben 1968 és 1978 között

Fig. 1.2 Standardised mortality ratios (SMR) for coronary heart disease in England and Wales among men aged 35–74 years during 1968–78.

11.sz. ábra: Csecsemőhalálozás Angliában és Walesben 1901 és 1910 között

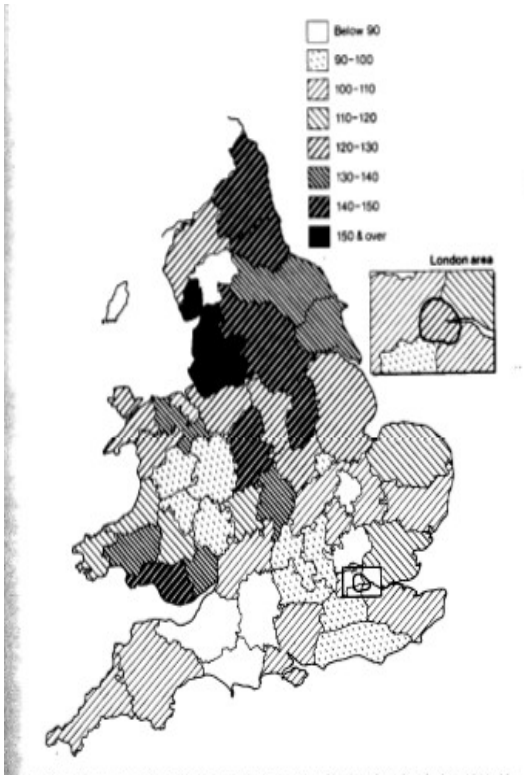


Fig. 1.3 Infant mortality rates per 1000 births in England and Wales during 1901–10.

Forrás: Barker DJ [1994]: Mothers, Babies and Disease in Later Life, London, ISBN 0 7279 0835 9 LondoPublishing Group, 1994

*1.5.2 Barker-elmélet**

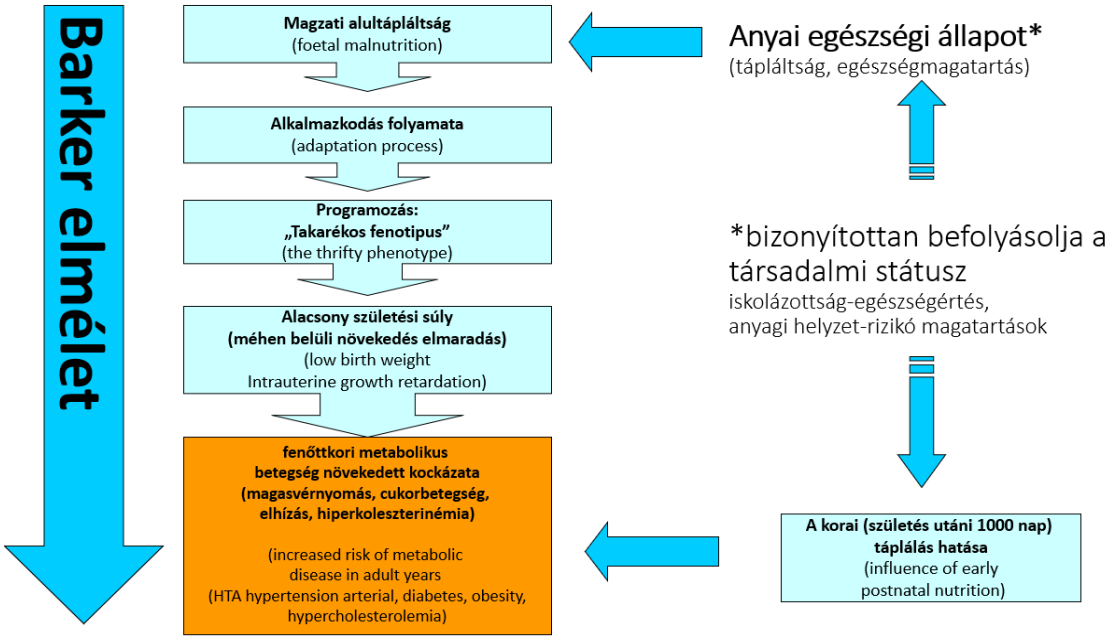
Az első kutatási eredmény szerint Barker és mtsai összefüggést találtak a magzati fejlődés és a felnőttkori koszorúér-betegség, a bronchitis, a gyomorrák és reumás szívbetegség okozta halálozás közt az Anglia és Wales területét érintő adatok alapján.

Ez az eredmény ahhoz a hipotézishez vezetett, hogy a méhen belüli alultápláltság véglegesen megváltoztatja a test szerkezetét, működését és anyagcseréjét olyan módon, amely a későbbi életben koszorúér-betegséghez vezet.

A felnőttkori betegségek magzati eredetének kapcsolata

Az intrauterin retardáltság a tartósan fennálló, döntően anyai eredetű magzati alultápláltság következménye. Az alultápláltsághoz alkalmazkodva a magzatban méhen belül úgynevezett „takarékos fenotípus" alakul ki, mely a születés előtt az adaptációt szolgálja, születés után azonban, felnőtt korban ugyanez a fenotípus, a normál mennyiségű tápanyagbevitel mellett fokozza a kockázatot a szív- érrendszert is megbetegítő alapbetegségek kialakulására, mint pédául az elhízásra és a metabolikus szindróma tünetegyüttes (centrális elhízás, magasvérnyomás (Barker 2006, Eriksson, Forsén és mtsai 2007), cukorbetegség, magas koleszterin szint) megjelenésére [100,101]. Az alacsony születési súly és a szívkoszorúér-betegség közötti kapcsolatot férfiak és nők körében világszerte végzett longitudinális vizsgálatok eredményei igazolták [102,103]. Az elmélet szerint a kis súllyal születés tehát önmagában kockázati tényezője a felnőttkori egészségi állapotnak [100,104]. A betegség eredetének fejlődési modellje (12. sz. ábra) új utat kínált a gyógyító és megelőző munkában.

12. sz. ábra: Barker-elmélet: A betegségek magzati eredetének fejlődési modellje



Forrás: Moravcsik-K. Á, 2021. (saját szerkesztés- a Barker-elmélet alapján)

*Az értekezés fejezetének alapjául szolgáló szerzői közlemény: **Moravcsik-Kornyicki, Á.**, Kósa, Z., Jávorné Erdei, R., Gyulai, A., Sándor, J., Kósa, K.: Health status of pregnant women in Szabolcs-Szatmár-Bereg county of Hungary between 2010 and 2012. *ACTA MED. SOCIOL.* 8 (24), 9-22, 2017.

1.5.3 Barker-elmélet a független kutatások tükrében

David JP. Barker professzor (MD, Ph.D., orvos, epidemiológus és kutató), a Southamptoni Egyetemen 1989-ben újszerű megfigyelést tett: minél alacsonyabb a gyermek születési súlya, annál nagyobb a koszorúér-betegség kockázata felnőttkorban [105] Kutatásait folytatva azt a következtetést és eredményt is publikálta, mely szerint az alacsony születési súly nemcsak a koszorúér-betegség, hanem az obesitas [106], a 2-es típusú diabetes mellitus [107,108], a magas vérnyomás és a stroke [109,110], valamint a magas koleszterinszint előfordulásának [108] kockázatát is növeli felnőttkorban.

A mai napig is számtalan, a tézis megalkotójától független kutatás igazolja a Barker által felállított elméletet. Az ezredforulón megjelent, ikreket vizsgáló tanulmányok eredményei igazolták, hogy az alacsony születési súly befolyással van a felnőttkorban megjelenő anyagcserebetegségek [111] és azon belül a cukorbetegség gyakoriságával [112,113,114]. Az alacsonyabb születési súly számos nem kívánt intrauterin környezetben fordul elő, beleértve az anyai alultápláltságot [115], a dohányzást [116,117], az alkoholfogyasztást vagy a stresszt [118,119].

Az epigenetikai vizsgálatok [120] legújabb előrehaladása szerint erős genetikai asszociációt tártak fel a hormonális szabályozás és az epigenetikai módosítások között, hiszen azoknak fontos szerepük van a szervek megfelelő fejlődésében és fiziológiai funkcióiban. A hajlam molekuláris mechanizmusának feltételezhető, hogy az epigenetikai háttere is van és így összefüggés mutatkozhat a betegségre való fogékonyság, mint tulajdonság elsajátításával [121,122].

A legújabb kutatások felvetették annak lehetőségét, hogy a gasztrointesztinális mikroorganizmusok (mikrobiota) természetét és mennyiségét az étrend megváltoztathatja. Mivel a mikrobiota nagyrészt az anyától öröklődik, táplálkozásának, egészségi állapotának módosítása a terhesség előtt és alatt, valamint a szülés módja befolyásolhatja a gyermek mikrobiotáját, további lehetőségeket vezetve be a megelőzés, a szövődmények csökkentése, valamint az alultápláltság és az anyagcsere kezelésében szindróma [120].

2. A MAGYAR LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

2.1 A magyar lakosság egészségi állapota, az egészségegyenlőtlenségek mutatóinak alakulása, a területi különbségek fókuszában

Számos kutatás bizonyítja mindezidáig, hogy a magyar lakosság egészségi állapota kedvezőtlenül alakult, lemaradásunk - a legfontosabb egészségi mutatókat tekintve - (születéskor várható átlagos élettartam, korai halálozás, mortalitás, morbiditás) más európai országhoz képest számottevő [123,124] és jelentős országon belüli egészség egyenlőtlenségek is mutatkoznak.

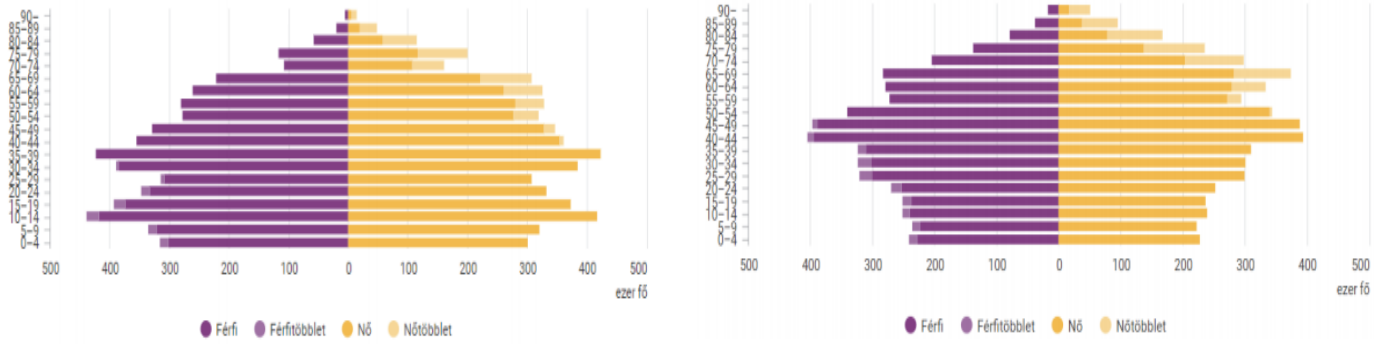
2.1.1 Népesség, népmozgalom mutatói

Magyarország népesedésére a XX. században a folyamatos változékonyság, demográfiai csúcsok és hullámvölgyek váltakozása volt jellemző. A magyar népesség száma 1981-től csökkenő tendenciát mutat, a rendszerváltás óta felgyorsult a népesség csökkenése. Az ország népességének becsült lélekszáma 2021. január 1-jén 9 millió 730 ezer 772 fő (48%-a ffi) volt, 39,6 ezer fővel kevesebb mint a korábbi évben [125], amely a születések alacsony (92.338 fő), és a halálozások magas száma miatt (2020. év adata 141.002 fő), struktúráját tekintve elöregedő, azaz fogyó nemzetről tanuskodik. A természetes fogyás 48 667 főt tett ki, ami 20%-kal meghaladta az egy évvel korábbit. A természetes fogyás 2020. évi száma ezer lakosra vetítve: -5,0, míg 1941-es népszámlálás szerint ez az érték: 5,7 volt. Az öregedési index* 1941. évi számához viszonyítva (26,9), az elmúlt évtizedben meredeken emelkedik, 2020-ban 136,6 volt. A teljes népesség átlag életkorának növekedése is magyarázza az elöregedő társadalmat, míg 1941-ben 31,6 év volt (ffi: 31,0 év; nő: 32,1 év), addig 2021. január 1.-ei állapot szerint folyamatos emelkedő trendet követően már 42,8 év (ffi: 40,6 év; nő: 44,8 év) volt és a nemek közötti különbség is emelkedést mutat. A teljes termékenységi arányszám, mely megmutatja, hogy ha az adott év termékenységi adatai állandósulnának, akkor egy nő élete folyamán átlagosan hány gyermeknek adna életet, negatív tendenciózus változáson ment keresztül az elmúlt 80 évben. Míg 1941-ben 2,48, addig 2020-ban csupán 1,56 volt az arányszám [125]. Azonban a teljes termékenységi arányszám az előző évi 1,49-ról (2019. év adata), 1,56-ra (2020. év adata) nőtt. A születésszám emelkedését kizárólag a gyermekvállalási kedv növekedése eredményezte, mivel a szülőképes korú nők létszámának hosszabb távú csökkenése tovább folytatódott. A 2020. év népmozgalmi eseményeit nagymértékben befolyásolta a koronavírus okozta járvány, ami különösen a halálozások számának alakulását érintette. A járvány következtében a halálozások száma jelentősen emelkedett, és ez felgyorsította a természetes fogyás ütemét is. A nemzetközi vándorlás az előző évinél jóval kisebb többlete csak enyhe mértékben tudta ellensúlyozni a népesség természetes fogyását. Emiatt a népesség tényleges fogyása 39,6 ezer fő volt (2020. év adata), mely számadat drasztikusan kedvezőtlenebb arányú az egy évvel korábban mért 3,2 ezer fős tényleges fogyásnál [126].

*öregedési index: A népesség idősödésének egyik gyakran használt mérőszáma az öregedési index, amely egyben a jövőbeni tendenciákat vetíti előre. Az öregedési index a 14 éves és ennél fiatalabb népességre jutó idősek (65 évesek és annál idősebbek) arányát mutatja (forrás: KSH, Népességtudományi Kutatóintézet).

A népesség korösszetételében (13. sz. ábra) történt változásokat három nagy életkori csoport létszámadataival, illetve arányával lehet jellemezni leginkább. A 0–14 éves gyermekkorúak száma az előző évhez viszonyítva csak kismértékben csökkent, az össznépességen belüli aránya pedig 14,6%-ot tett ki. A 15–64 éves aktív korúak létszáma 68 ezer fővel lett kevesebb, és az arányuk is csökkent, 65,6-ről 65,1%-ra. A 65 éves és annál idősebb lakosok száma közel 34 ezer fővel emelkedett, a népességen belüli arányuk pedig az egy évvel korábbi 19,9-ről 20,3%-ra nőtt. Ezen fentebb részletezett adatok egy év alatt bekövetkezett változásai is megerősítik a tényt, azaz az elöregedő magyar társadalom meghatározását [126]. A gyermek népesség eltartottsági rátája 2018 óta alig változott (2018: 22,0; 2020: 22,4). Az idős népesség eltartottsági rátája azonban ezen időszakban is emelkedett (2018: 29,3; 2020: 31,2). Így az összesített eltartottsági ráta emelkedéséhez (2018: 51,3; 2020: 53,6) az idős népesség rátájának emelkedése döntő többségben hozzájárult [125].

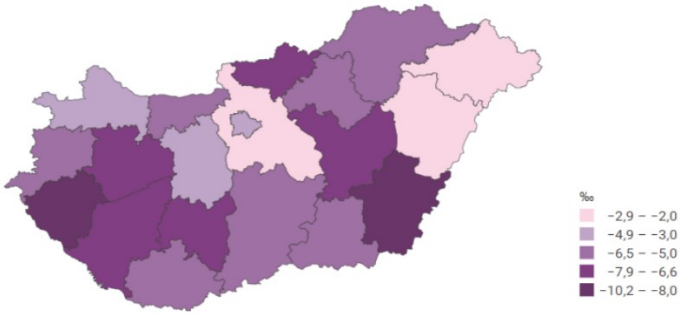
13. sz. ábra: A magyar népesség nem és korcsoport szerinti megoszása és változása 1990. január 1. valamint 2021. január 1. (KORFA)



Forrás: Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban: KSH), 2021.

A természetes fogyás mértéke nem egyenlő arányban érintette a magyarországi megyéket. Az országos átlagtól (5,0 ezrelék) jelentősen magasabb fogyási arányt (-8,0 és -10,2 ezrelék közötti) Békés és Zala megyékben tapasztalhattunk. A magyarázata, az alacsonyabb születés mellett a magasabb halálozási ráta. Kiemelkedően alacsony, -2,0 és -2,9 ezrelék közötti, a legkisebb természetes fogyás következett be 2020-ban, Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Pest megyében, a viszonylag magas születési és alacsony halálozási arány következtében (14. sz. ábra).

14. sz. ábra: Természetes fogyás ezer lakosra vetítve, megyénként, 2020.



Forrás: KSH, 2021.

A legnagyobb belföldi vándorlási nyereséget ezer lakosra számítva 2020-ban Pest megye könyvelhette el +11,5 ezrelékkel, mellette Veszprém és Somogy megyében volt

jelentősebb belföldi vándorlási többlet +8,7, illetve +8,3 ezrelékkel. A legnagyobb mértékű belföldi elvándorlást Budapest mellett Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megye szenvedte el, de jelentős volt a belföldi elvándorlásból eredő népességcsökkenés Tolna és Békés megyében is [126].

2.1.2 A várható élettartam mutatói

A várható átlagos élettartam kifejezi, hogy az adott év halandósági viszonyai mellett a különböző életkorúak még hány évi élettartamra számíthatnak átlagosan és mely mutató közvetett módon szintetikus indikátora a lakosság egészségi állapotának, életmódjának, életkörülményeinek, az egészségügyi ellátórendszer fejlettségének és környezet állapotának, amelyek a halandósági viszonyok legfontosabb tényezői [127]. Ezen mutatón belül az adott naptári évre vonatkoztatott születéskor várható átlagos élettartam azon életévek száma, amelyek születéstől kezdve átlagosan megélhetők lennének az adott évi korspecifikus halálozási arányszámok jövőbeni változatlan érvényesülése esetén.

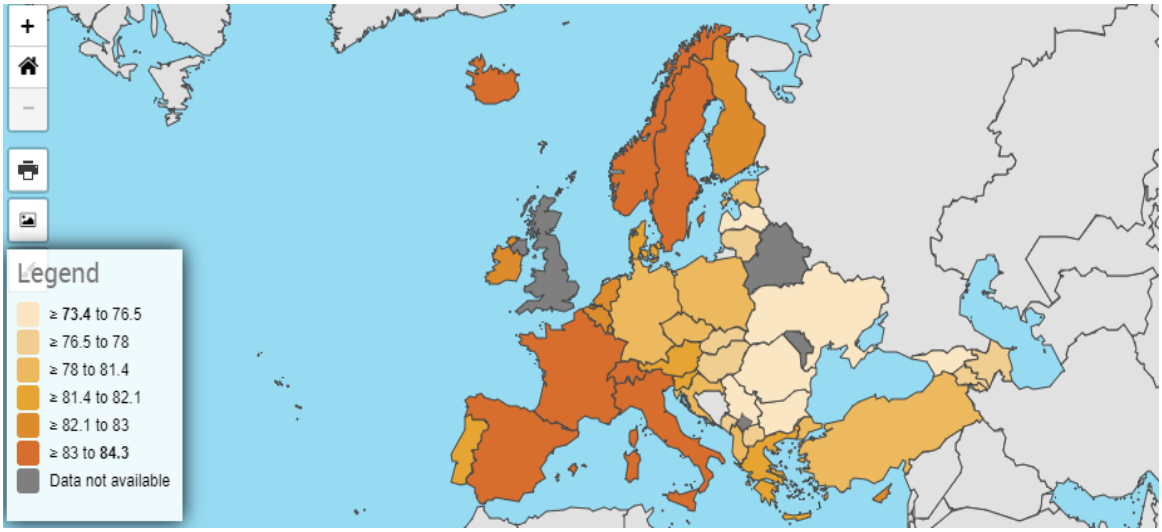
A születéskor várható átlagos élettartam

Magyarországon a népességszám szorosan összefügg a magyar lakosság egészségi állapotával. A születések számát a gyermekvállalási kedv és a szülőképes korú nők létszámának alakulása határozza meg. A születések száma hosszan tartó csökkenő irányzat után 2011-ben érte el 88 ezer újszülöttel a történelmi minimumát (a mai országterületre és népességre vonatkoztatva), ami nagyságrendjét tekintve kevesebb mint a fele volt az 1970-es évtized közepét jellemző születésszámnak. Innen indult meg egy ingadozásokkal tarkított, lassú emelkedés, aminek az eredményeként 2016-ban a születésszám 93 ezer újszülöttel elérte a maximumát. Az ezt követő újabb csökkenés következtében 2019-ben mindössze 89,2 ezer gyermek jött a világra. A 2020-at jellemző emelkedő trend már az előző év decemberében megjelent és változó mértékben folytatódott. Az előző évhez képest 2020-ban 3,4%-kal, több mint háromezerrel, 92 200-ra nőtt a születések száma.

A lakosság kedvezőtlen egészségi állapotát jól jelzi azonban a születéskor várható átlagos élettartam mutató, mely ugyan az elmúlt években jelentősen emelkedett, de még mindig jelentősen elmarad az Európai Unió 27 (továbbiakban: EU_{27}) tagországának átlagához viszonyítva. Figyelemreméltó az European Statistical System (továbbiakban: EUROSTAT) jelentése [128], melyben közreadja, hogy 2020-ban az EU_{27} tagállamának többségében 2019-ről 2020-ra jelentősen csökkent a születéskor várható élettartam. Az 1960-as évektől kezdve évtizedenként átlagosan két évvel nőtt a várható élettartam az EU-ban, az utóbbi időszakban azonban leginkább stagnálás, illetve csökkenés figyelhető meg, és ezt a tendenciát tovább erősítette, az elemzők szerint legfőképp a 2020-ban kitört koronavírus-járvány is. A vizsgált országok közül a leginkább a Spanyolországban (-1,6 év) csökkent a várható élettartam, majd Bulgária (-1,5 év), Litvánia, Lengyelország és Románia (egyaránt -1,4 év) következik. A skála másik végén Norvégia (+0,3) Dánia és Finnország áll (+0,1). 2020-ban mindhárom országban enyhe mértékű növekedés látható a születéskor várható átlagos élettartamban, Lettországban és Cipruson pedig stagnált. Magyarországon a felmérés szerint szintén csökkenés volt megfigyelhető 76,5 évről (2019. évi adat) -0,8 évvel csökkent (2020: 75,7 év) [128].

Érdemes azonban figyelmet fordítani, hogy mekkora különbség van a kiindulópontok között: míg a spanyolok várható élettartama 2019-ben 84 év volt, a bolgároké 75 év, ráadásul a spanyol eredmény még a csökkenéssel együtt is az egyik legmagasabb az EU-ban, addig a magyarok várható átlagos élettartama 76,5 évvel 2019-ben a második legalacsonyabb tagországi adatok sorában, csupán Bulgáriát (75,1 év) előzzük meg (15. sz. ábra). A visegrádi országok [Csehország: 78,3 év; Szlovákia: 76,9 év; Lengyelország 76,6 év; Magyarország 75,7 év)] illetve Románia (74,2 év) közül 2020-ban Csehországban volt a legmagasabb a születéskor várható élettartam, de ez is egy évvel kevesebb, mint 2019-ben. Romániában majdnem négy évvel rövidebb ideig élnek az emberek, ráadásul ez az érték egy kicsivel még alacsonyabb is, mint 2019-ben. A régió és a többi EU-s ország (2019: 81,3 év) közötti különbséget jól jelzi, hogy 2019-ben Magyarországon és Romániában az uniós átlagnál 5-6 évvel volt alacsonyabb a várható élettartam [129]. Sajnos e statisztika alapján Magyarország az európai rangsor végén foglal helyet, ahogy a legtöbb keleti blokkból származó tagállam – ebben a tekintetben elég éles határvonal rajzolódik ki az EU keleti és nyugati országai között. (15. sz. ábra).

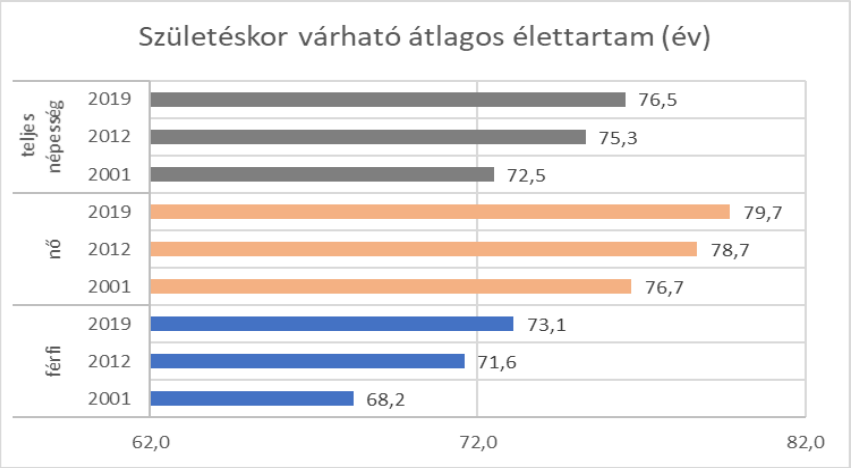
15. sz. ábra: Születéskor várható átlagos élettartam (év) az Európai Régióban, 2019.



Forrás: EUROSTAT-GISCO, 2019.

A hazai születéskor várható átlagos élettartam mutató négy évvel emelkedett 2001 és 2019 között (2001: 72,5 év; 2019: 76,5 év) az emelkedés meredeksége jóval elmarad az EU_{27} tagországokban tapasztaltaktól. Magyarországon a férfiak átlagosan csaknem hét évvel rövidebb (2001: -8,5 év; 2012: -7,1; 2019: -6,6 év) ideig élnek, mint a nők [130] (16. sz. ábra) – ennek legfőbb oka az, hogy a férfiak nagyobb mértékben ki vannak téve az egészséget fenyegető kockázati tényezőknek, úgymint a dohányzás, a káros alkoholfogyasztás és a fizikai inaktivitás és az egészségtelen táplálkozás következtében kialakuló elhízás.

16. sz. ábra: A születéskor várható átlagos élettartam mutató alakulása Magyarországon, 2001, 2012, 2019.



Forrás: KSH/STADAT, 2021.; saját szerkesztés

Azonban, ha a hazai mutatót az országon belüli területi (megyei) lefedettségben vizsgáljuk, még inkább kritikus képet kapunk, hiszen az országos adatok és az Unió összehasonlításán túl egyes országrészek még tovább különbségeket mutatnak. Észak-Magyarország mindhárom megyéjében látható az elmaradás az országos adatokhoz képest (2001: 72,31 év; 2012: 74,92 év; 2020: 75,48 év), mely folyamatosan negatív irányú többletet mutat az elemzett évek előrehaladtával (2001: 71,50 [-0,8] év; 2012: 73,47 [-1,5] év; 2020: 73,75 [-1,7] év). Jelentős a lemaradása az Észak-Alföldi régiónak is (2001: 71,60 [-0,7] év; 2012: 74,64 [-0,2] év; 2020: 74,81 [-0,7] év), mely terület két megyéjének negatív tendenciózus adata (JNSZ: 2001: 71,84 [-0,5] év; 2012: 74,09 [-0,8] év; 2020: 74,08 [-1,4]); SZSZB: 2001: 70,76 [-1,6] év; 2012: 74,16 [-0,8] év; 2020: 74,10 [-1,4] év) jelentősen kedvezőtlen pozícióba sorolja a térséget. További megyék tendenciózusan kedvezőtlen adatát a régiós elemzésben a területhez tartozó más megyék kedvezőbb adata elfedi, ezek közé tartozik Közép-Dunántúli régió, Komárom-Esztergom megye adata (KE: 2001: 72,10 [-0,2] év; 2012: 73,92 [-1,0] év; 2020: 74,55 [-0,9]), valamint Dél-Alföldi régió, Bács-Kiskun megye adata (BK: 2001: 72,07 [-0,2] év; 2012: 74,59 [-0,3] év; 2020: 75,07 [-0,4]). Míg a férfiak esetében a Dunántúli terület összesített adata szerint az országos átlaghoz képest 2020-ban egyáltalán nem mutatkozott különbség ($\text{Országos}_{2020\text{ffi}}$: 72,21 év vs. $\text{Dunántúl}_{2020\text{ffi}}$: 72,21 év), addig az Alföld és az Észak országrészekben élő férfiak, 1,02 évvel kevesebb ($\text{AlföldÉszak}_{2020\text{ffi}}$: 71,19) életévre számíthattak. Nők esetében is megfigyelhető az ország kettéosztott területéből adódó különbség, mely -0,8 életév volt ($\text{Országos}_{2020\text{nő}}$: 78,74 év vs. $\text{Dunántúl}_{2020\text{nő}}$: 78,89 év vs. $\text{AlföldÉszak}_{2020\text{nő}}$ 78,09 év) [131] [melléklet/táblázatok/2. sz. táblázat].

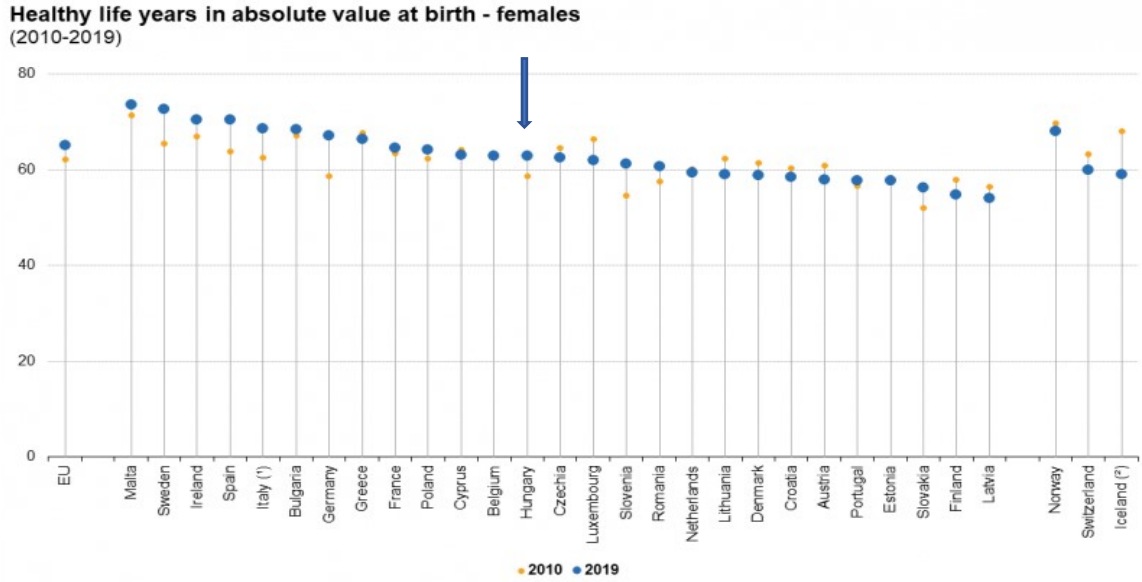
A születéskor várható egészségben eltöltött életévek

Az egészségben eltöltött életévek (healthy life years [továbbiakban: HLY]) száma a lakosság egészségi állapotának meghatározása szempontjából lényeges és fontos mutató. Hiszen a születéskor várható átlagos élettartam mutatón felül megadja azt is, hogy az adott évben születettek hány évre számíthatnak, úgy, hogy az egészségi állapotukban nem szenvednek jelentős veszteséget. Az elmúlt években bár a várható élettartam mutató emelkedett, az egészségben eltöltött életévek száma nem követte egyenes arányban ezt az

emelkedést. 2019-ben a születéskor várható az egészséges életévek számát a nők esetében 65,1 évre, a férfiaknál 64,2 évre becsülték az EU-ban, ez a nők és férfiak teljes várható élettartamának körülbelül 77,5% -át és 81,8% -át tette ki.

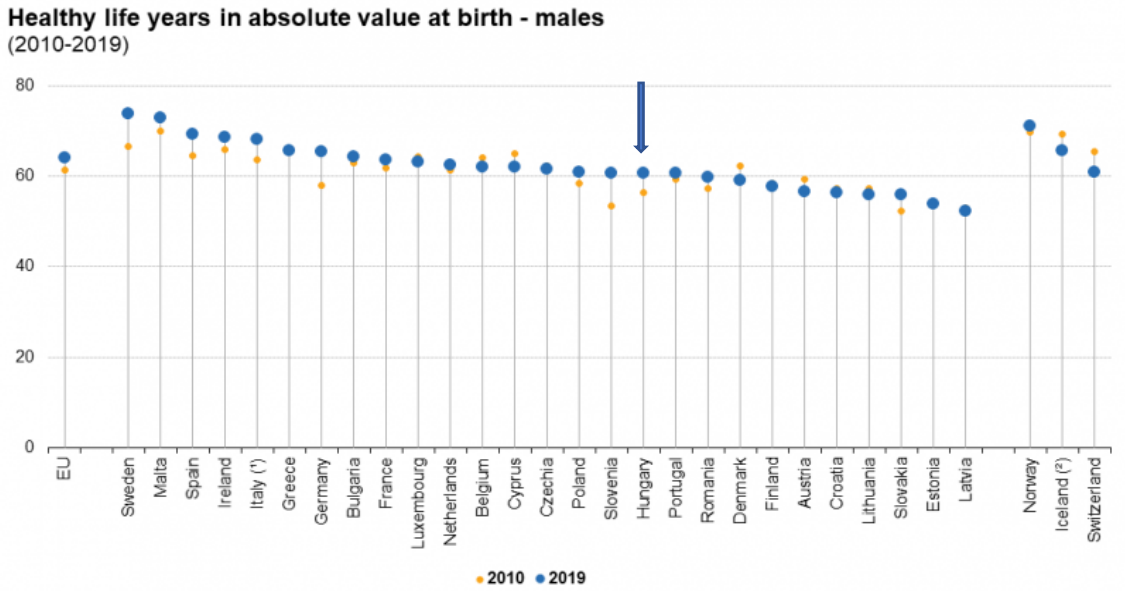
A nők várható élettartama az EU-ban átlagosan 5,5 évvel volt hosszabb, mint a férfiaké 2019-ben. Ezeknek a további éveknek a többségét azonban tevékenységkorlátozások jellemzik. Valójában a nők javára mindössze 0,9 év különbség mellett a nemek közötti különbség az egészséges életéveket tekintve lényegesen kisebb volt, mint az átlagos várható élettartam esetében. A férfiak ezért valamivel rövidebb életük nagyobb részét tudják eltölteni tevékenységkorlátozásoktól mentesen. Az EU-tagállamokban a nők születéskor várható egészségben eltöltött élettartama 2019-ben Máltán (73,5 év) volt, míg férfiak esetében az első helyet a svédek birtokolják (73,8 év). Magyarország a rangsorban nők esetében a tizenharmadik helyet foglalja el (62,8 év), míg a férfiak kissé hátrébb szorulva a listában a tizenhetedik helyen szerepelnek (60,7 év), a nemek közötti differencia 2,1 év volt. A 17. számú és 18. számú ábrákból jól látható, hogy a hazai mutató a korábbi 2010-es évek számához viszonyítva, mind a férfiak, mind a nők tekintetében javult, négy évvel magasabb egészségben eltöltött életévre számíthattak a lakosok 2019-ben. A kimutatás szerint mind a férfiak, mind a nők esetében javuló tendencia látszódik 2010 óta: míg akkor a férfiak mindössze 56,3 egészségben eltöltött évvel számolhattak, addig most már ez 60,7 az esetükben, a nőknél pedig 58,6 évről 62,8 évre nőtt ez a szám.

17. sz ábra: Egészséges életévek száma abszolút értékben születéskor – nők (2010, 2019)



Forrás: EUROSTAT, 2021. március

18.sz. ábra: Egészséges életévek száma abszolút értékben születéskor – férfiak (2010, 2019)



Forrás: EUROSTAT, 2021. március

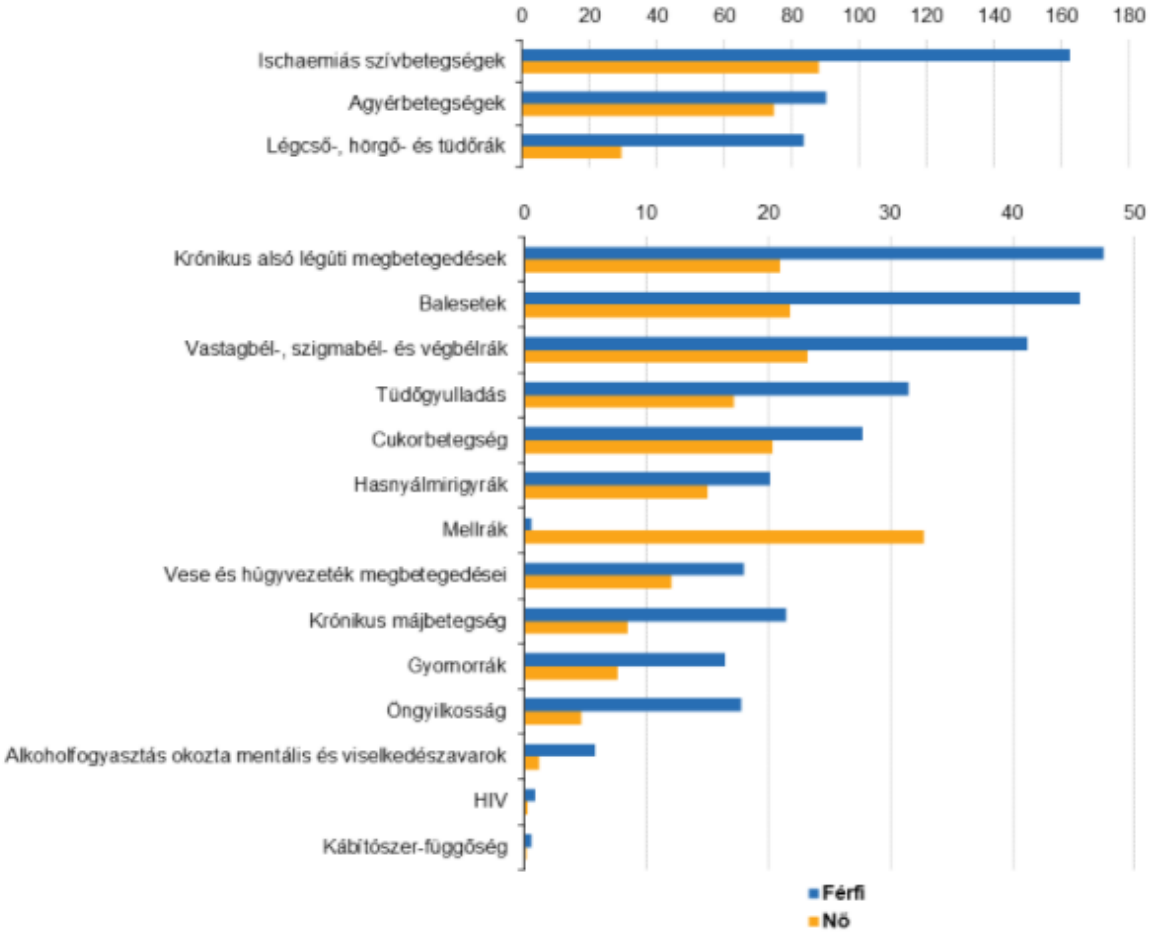
2.1.3 Mortalitási (halálozási) mutatók

A halálozási adatok a lakosság egészségi állapotának leírásában jelentős szereppel bírnak. A halálozás a születésekhez hasonlóan a népmozgalomnak alapvető fontosságú jelensége. A halálesetek és a mögöttes halálokok összekapcsolása révén felmérhető a különböző konkrét betegségek és egyéb okok által előidézett halál kockázata. A halálokokra vonatkozó statisztika az egyik legrégebb óta készülő egészségügyi statisztika, amely tájékoztatást nyújt az időbeli alakulásról, valamint a halálokok terén az országok között megfigyelhető különbségekről. E statisztika kulcsszerepet játszik az európai uniós, egy nemzethez tartozó polgárok egészségi állapotával kapcsolatos általános információs rendszerben, ugyanis az adatokból következtetni lehet arra, hogy mely megelőző és orvosi-gyógyászati intézkedésekkel vagy kutatási beruházásokkal növelhető a népesség várható élettartama.

Okspecifikus halálozás

A legfrisebb felmérés szerint az okspecifikus standardizált halálozási arány tekintetében (19. sz. ábra) a keringési rendszer betegségei (EU_{27}: 370,5) és a rák (EU_{27}: 257,1) (rosszindulatú daganatok) jelentették messze a leggyakoribb halálokot az EU_{27}-ben 2017-ben. A vezető daganatos megbetegedések között első helyen szerepel a légcső-, hörgő- és tüdőrák (EU_{27}: 52,9); második a vastagbél-, szigmabél- és végbélrák (EU_{27}: 30,7); harmadik a hasnyálmirigyrák és a negyedik leggyakoribb halálok nők esetében a mellrák (EU_{27}:32,7).

19. sz ábra: Halálokok EU_{27}-Standardizált halálozási arány (100.000 fő) nemenként, 2017.

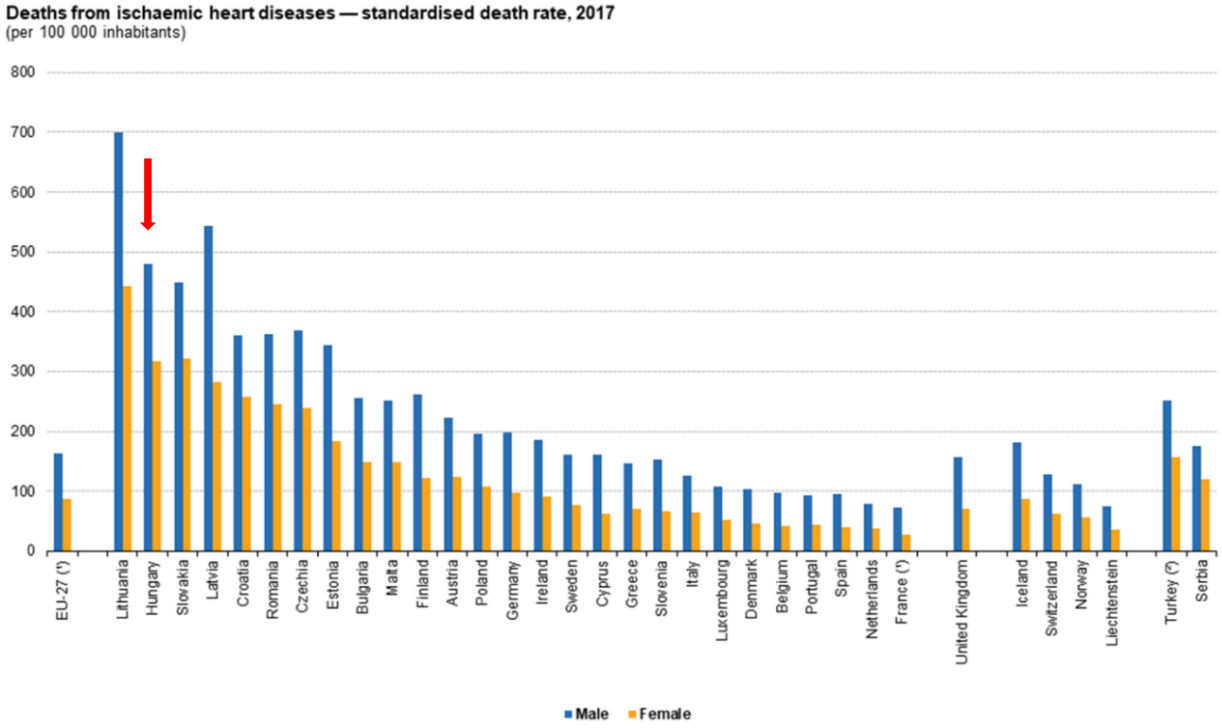


Megjegyzés: a sorrendiség a férfiakra és a nőkre vonatkozó adatok átlagát tükrözi. Az ábra két részében eltérő skálázást alkalmaztunk.

Forrás: EUROSTAT, 2020. november

Az EU_{27} a keringési rendszer okozta halálozás tekintetében a standardizált halálozási arány Litvániában (536,2), Magyarországon (381,2), Szlovákiában (375,3) és Lettországban (369,8) volt a legmagasabb. Ezekben az országokban a 100 000 lakosra jutó halálozások száma 369,8 és 536,2 között volt 2017-ben. A skála másik végén Franciaország (2016-os adatok 46,6), Hollandia (55,0), Spanyolország (63,7), Portugália (64,6), Belgium (65,4), Dánia (70,1), Luxemburg (74,4) és Olaszország (89,9) található, ahol 2017-ben 100 000 lakosra kevesebb mint 100 ilyen halálozás jutott. Ugyanez volt a helyzet Liechtenstein (50,2), Norvégia (79,8) és Svájc (89,0) esetében is. A leggyakoribb keringéssel összefüggő halálokok az ischaemiás szívbetegségek és a cerebrovascularis betegségek (agyérbetegség) (20. sz. ábra). A keringési rendszer betegségeit előidézheti többek között a magas vérnyomás, a magas koleszterinszint, a cukorbetegség és a dohányzás.

20. sz ábra: Az ischaemiás szívbetegségek miatti halálesetek száma az a férfiak és a nők körében EU_{27} tagországaiban -standardizált halálozási arány (100.000 fő), 2017.



Forrás: EUROSTAT, 2020. július

A rák az uniós tagállamokban jelentős halálok volt 2017-ben: minden 100 000 lakosra átlagosan 257,1 ezzel összefüggő halálozás jutott az EU_{27}-ben. A rák leggyakoribb – 100 000 lakosonként több mint 10,0 halálozást túllépő standardizált halálozási arányt eredményező – formája a légcső, a hörgő és a tüdő, a vastagbél, a szigmabél és a végbél találkozási pontja, a végbél, a végbélcsatorna és a végbélnyílás, a mell, a hasnyálmirigy, a prosztata, valamint a gyomor, a máj és az epevezeték rosszindulatú daganata volt. Rákbetegségben Magyarországon (342,1), Horvátországban (323,3), Szlovákiában (314,9) és Szlovéniában (308,1) hunytak el a legtöbben – ezekben az országokban 100 000 lakosra vetítve 308,1 felett volt a halálozási arány 2017-ben. A tüdőrák-eredetű standardizált halálozási arány 2017-ben Magyarországon volt messze a legmagasabb az uniós tagállamok között (100 000 lakosra 89,2 halálozás); ezt követte Horvátország (100 000 lakosra 68,4 halálozás), Lengyelország és Dánia (100 000 lakosra 67,0 és 66,8 halálozás); Szerbiában ugyancsak viszonylag magas volt a standardizált halálozási arány (69,3 halálozás 100 000 lakosra vetítve). A vastagbélrák standardizált halálozási aránya szintén Magyarországon volt a legmagasabb 2017-ben (100 000 lakosra 53,1 halálozás). Emellett Horvátország 100 000 lakosra vetítve 48,4 halálesetről, Szlovákia pedig 100 000 lakosra vetítve 46,9 halálesetről számolt be. Az EU_{27} arányszáma: 52,9 és 30,7 volt.

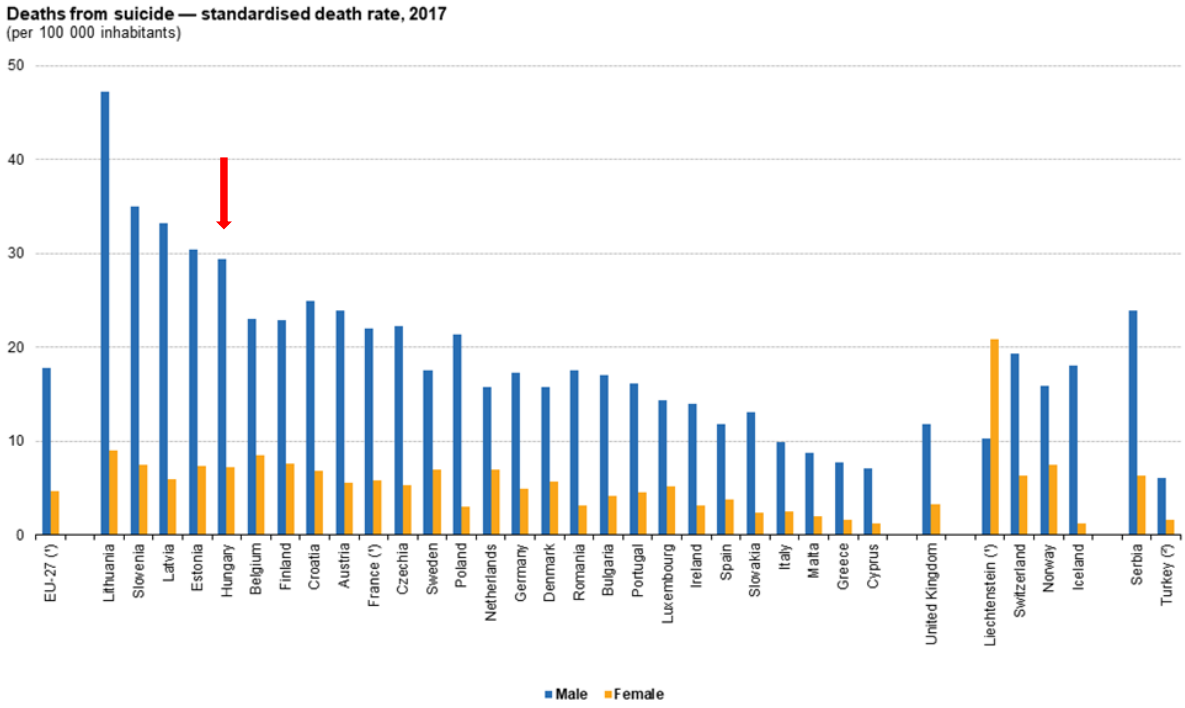
Az EU_{27} tagállamaiban 2017-ben a keringési rendszer betegségei és a rák után a harmadik leggyakoribb halálokot a légzőszervi betegségek adták (100 000 lakosra átlagosan 75,0 halálozás). A halandóság leggyakoribb okai e betegségcsoporton belül a krónikus alsó légúti megbetegedések voltak, amelyeket az egyéb alsó légúti megbetegedések és a tüdőgyulladás követett. A légzőszervi betegségek összefüggésben vannak az életkorral,

mivel az e betegségek okozta halálozások túlnyomó többsége a 65 éves és annál idősebb népesség körében következik be. A légzőszervi betegségekkel összefüggő standardizált halálozási arány 2017-ben Írországban volt a legmagasabb az uniós tagállamok között (100 000 lakosra 135,5 halálozás). Írországot Dánia (100 000 lakosra 123,5 halálozás), Ciprus és Portugália követte (100 000 lakosra 116,3 és 116,2 halálozás). Törökországban (100 000 lakosra 158,6) és az Egyesült Királyságban (100 000 lakosra 136,0) ugyancsak magas volt ez az arány.

A külső halálokok kategóriájába (EU_{27}: 40,3 vs Magyarország: 23,7) többek között a szándékos önártalom (öngyilkosság, EU_{27}: 10,8 vs Magyarország: 16,7) (21. sz. ábra) és a közlekedési balesetek okozta halálozások (EU_{27}: 6,0 vs Magyarország: 8,5) tartoznak. Noha az öngyilkosság nem tartozik a vezető halálokok közé, és valószínű, hogy egyes EU_{27}-tagállamok adatai a ténylegesnél alacsonyabb értékűek, azonban bejelentésük miatt nem tükrözik a valóságot, ez a halálok általában társadalmi szinten fontos problémák jelzőjének tekinthető.

2017-ban 100 000 lakosra vetítve átlagosan 10,8 haláleset történt öngyilkosság eredményeképpen az EU_{27}-ben. Az öngyilkosságok esetében 2017-ben a legalacsonyabb standardizált halálozási arányról Ciprus (100 000 lakosra 4,1 halálozás), Görögország és Málta (100 000 lakosra 4,5 illetve 4,6) számolt be. Magyarországon az ötödik legmagasabb a férfiak és nők körében elkövetett öngyilkosság (16,7), jelentős férfi (29,6) terheltséggel. Az öngyilkosság tekintetében a halálozási arány Litvániában kiemelkedően magas 2,4-szerese (100 000 lakosra 25,8 halálozás) volt az EU_{27} átlagának (21. sz. ábra).

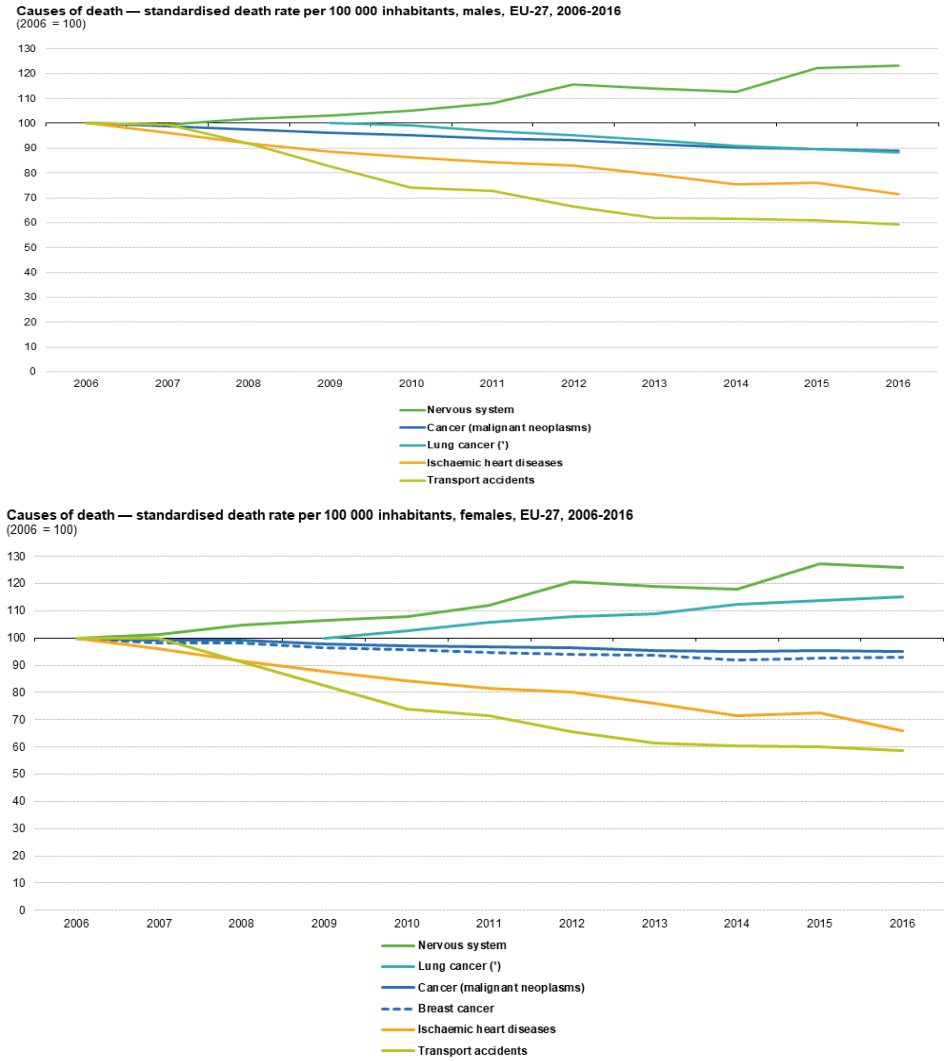
21. sz. ábra: Öngyilkosság miatti halálesetek száma az a férfiak és a nők körében EU_{27} tagországaiban - standardizált halálozási arány (100.000 fő), 2017.



Forrás: EUROSTAT, 2020. július

2016-ban a standardizált halálozási arány az EU_{27}-ben szinte valamennyi fő halálok (ischaemias szívbetegségek, agyérbetegségek, légcső-, hörgő- és tüdőrák) tekintetében magasabb volt a férfiak, mint a nők körében. 2006 és 2016 között a férfiak esetében 11,1%-kal, a nők esetében 5,1%-kal csökkent az EU_{27}-ben a rákos megbetegedésekkel összefüggő standardizált halálozási arány. Ennél nagyobb mértékű csökkenés volt tapasztalható az ischaemiás szívbetegségek miatti halálozások terén – itt a férfiaknál 28,4%-kal, a nőknél 34,2%-kal esett vissza a halálozási arány. Ezt is meghaladta a közlekedési balesetek miatti halálozások arányszámának csökkenése, ez a férfiaknál 40,7%, a nőknél 41,3% volt. A mellrákkal összefüggő standardizált halálozási arány 6,9%-kal csökkent a nőknél, azaz gyorsabb ütemben, mint az összes női rákos megbetegedésre vonatkozó, átfogó arányszám (5,1%). Ezzel szemben az idegrendszeri megbetegedésekkel összefüggő halálozási arány a férfiaknál 23,2%-kal, a nőknél 25,7%-kal emelkedett. 2009 és 2016 között a tüdőrák (beleértve a légcső- és a hörgőrákot is) standardizált halálozási arányszáma a férfiak esetében 11,7%-kal csökkent, a nők esetében pedig 15,2%-kal nőtt (22. sz. ábra).

22. sz. ábra: Halálesetek száma a haláloki főcsoportok szerint a férfiak és a nők körében EU_{27} tagországaiban -standardizált halálozási arány (100.000 fő), 2006 és 2016 között



Forrás: EUROSTAT, 2020. július

Az országos halálozások száma több mint három évtized után először 2011-ben csökkent 130 ezer fő alá, majd az ezt követő években – három év kivételével – e szint alatt maradt. 2020-ban számottevően emelkedett az elhunytak száma. A 140 900 fős halálozás 8,7%-kal – több mint 11 000 fővel – meghaladta az egy évvel korábbit [126], mely számadatot alakította a 2019. év végén kitört COVID világjárvány és annak következménye. A halálozások száma a fővárosban, illetve a megyék több mint felében csökkent (0,1–4,0%-kal), a legnagyobb mértékben Győr-Moson-Sopron és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. A legszámottevőbb növekedést (3,7%-ot) Jász-Nagykun-Szolnok megyében regisztrálták. A születések és a halálozások egyenlege az ország valamennyi megyéjében és Budapesten is népességfogyáshoz vezetett.

2019-ben a magyar lakosság 48%-a számolt be arról, hogy van krónikus, legalább 6 hónapja fennálló, vagy vélhetőleg a későbbiekben legalább ugyanennyi ideig tartó betegsége. A nők közül többen küzdenek ilyen betegséggel (51%), mint a férfiak (44%). A krónikus betegek aránya az életkorral párhuzamosan emelkedik: a 15–17 évesek egyötödének, a 65 évesek és annál idősebbek 77%-ának volt krónikus, hosszantartó egészségi problémája. A krónikus betegek aránya a 15–17 évesek kivételével mindegyik korcsoportban a nők körében magasabb volt, mint a férfiaknál [132]

Megvizsgálva a lakosság haláloki struktúráját, régiós és megyei viszonylatban elmondhatjuk, hogy a mortalitási struktúrában nincs nagy eltérés ám a standardizált halálozási adatokat vizsgálva nagy területi különbségek mutatkoznak mind az országos, mind az Észak-Alföldi régió és ezen belül Szabolcs-Szatmár-Bereg megye adatait vizsgálva. A lakosság több mint 50%-a keringési rendszer okozta megbetegedés következtében, majd rosszindulatú daganatok okozta megbetegedésekben (25%) hal meg. A szív és érrendszeri megbetegedések és az általuk okozott halálozás kockázati tényezői között szerepel a magasvérnyomás-betegség, a cukorbetegség, a zsíranyagcsere- betegség, az elhízás, a dohányzás és az alkoholizmus, valamint az egészségtelen táplálkozás, és a mozgásszegény életmód [133].

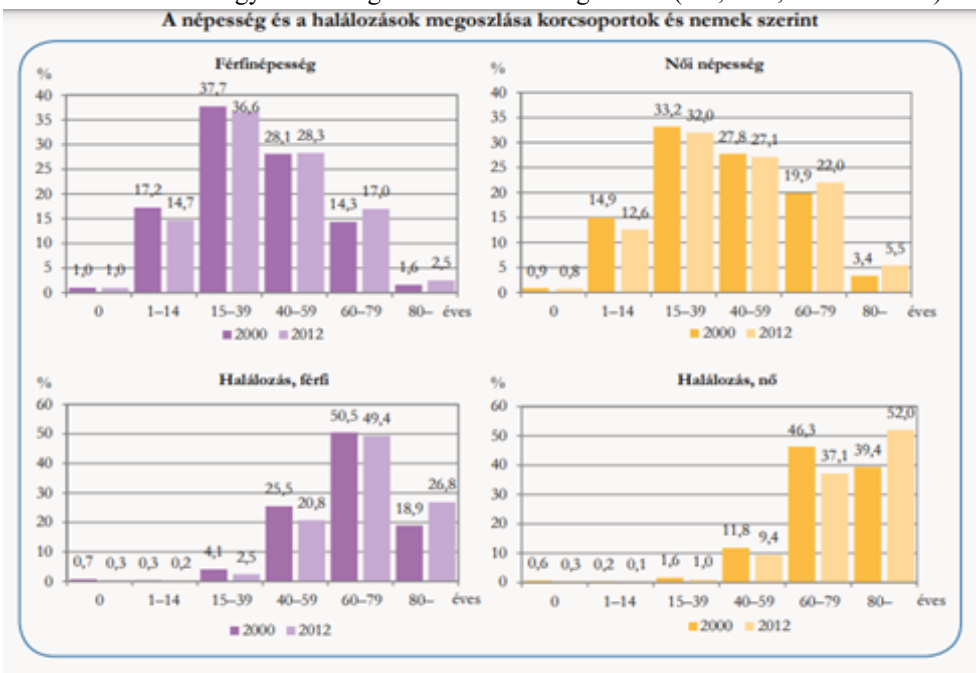
Korspecifikus halálozás

Az életkor, mint biológiai és demográfiai tényező jelentős mértékben befolyásolja a halálozások korcsoportok szerinti alakulását. Ha a korspecifikus mortalitási rátákat vizsgáljuk, a férfiak halandósága minden korcsoportban meghaladja a nőkét, de ez a különbség az egyes életkorokban jelentős differenciáltságot mutat. 2000-ben a legnagyobb különbség 15 és 59 éves kor között volt, ugyanis a férfi mortalitás több, mint két és félszeres aránnyal haladta meg a nőkét. 2012-ben is ugyanazon korcsoportokban volt a legjelentősebb a férfi többlet, de a differencia csökkenő tendenciát mutat a két és félszeres szint alá csökkent. A 15–59 éves nők és férfiak halandóságának arányszáma a vizsgált időszakban (2000-2012 között) közeledett egymáshoz. Ennek hátterében részben az idősebb nők férfiakéhoz egyre inkább hasonló életmódja, életvitele és munkatempója állhat, részben pedig az a jelenség, miszerint a megfigyelési időszakban a férfiak halandósága mind abszolút, mind relatív mértékben jobban csökkent, mint a nőké. 2012-ben a férfi elhunytak több mint ötöde vesztette életét 40 és 59 éves kor között, ezzel szemben a nőknél minden kb. tizedik halott tartozott ehhez a korcsoporthoz. Nagy a különbség a 60–79 évesek

korcsoportjában is. Míg minden második férfi meghalt, aki ehhez a korosztályhoz tartozott 2012-ben, addig a nőknél lényegesen kisebb ez az arány: 40 százalék. 80 év fölött már női dominancia látható a halálozások megoszlásában. A 2012-ben elhunyt férfiak mindössze negyedét, a nők felét érte szépkorban a halál [134] (23. sz. ábra).

2015-ben végzett kutatási jelentés - az Észak-Magyarországi regionális népegészségügyi helyzetről- szerint megállapítást nyert, hogy a korai halálozás (0-64) esetében a daganatok okozta halálozások súlya a férfiak körében elérte, a nők esetében pedig meghaladja a keringési rendszer eredetű halálesetek által jelentett terhet. Kisebb haláloki súllyal szerepeltek mindkét nemnél az emésztőrendszer betegségei, melyet férfiaknál a külső okok, nők esetében pedig a légzőrendszer betegségei követtek [135], ez a trend a korai halálozást illetően, országosan is helytálló.

23. sz ábra: A magyar lakosság halálozásának megoszlása (kor, nem, 2000 és 2012)



Forrás: KSH, 2014. május

Csecsemőhalálozás

Egy terület lakosságának egészségi állapotát első megközelítésben a halálozások mértéke és a haláloki struktúra jellemzi és határozza meg. Ezen belül sajátos csoportot képvisel az első életév során bekövetkező halálozásokon alapuló csecsemőhalálozás. A korcsoport önmagában nem képvisel jelentős szerepet az összes halálozásban, mégis kiemelkedő fontosságú ez a mutató, hiszen egy ország egészségügyi fejlettségének, a terhesgondozás és az újszülött-ellátás színvonalának nemzetközileg számontartott, fontos mérőszáma, felhívja a figyelmet a fokozottan veszélyeztetett élveszületettek kiemelt ellátásának jelentőségére [136]. Minden egyes haláleset egyedi okokra vezethető vissza, melyek örökletesek, veleszületettek, vagy szerzettek, de a mutató össztársadalmi szintjét valójában az ország gazdasági, kulturális adottságai, és az egészségügyi ellátás színvonala határozza meg [137].

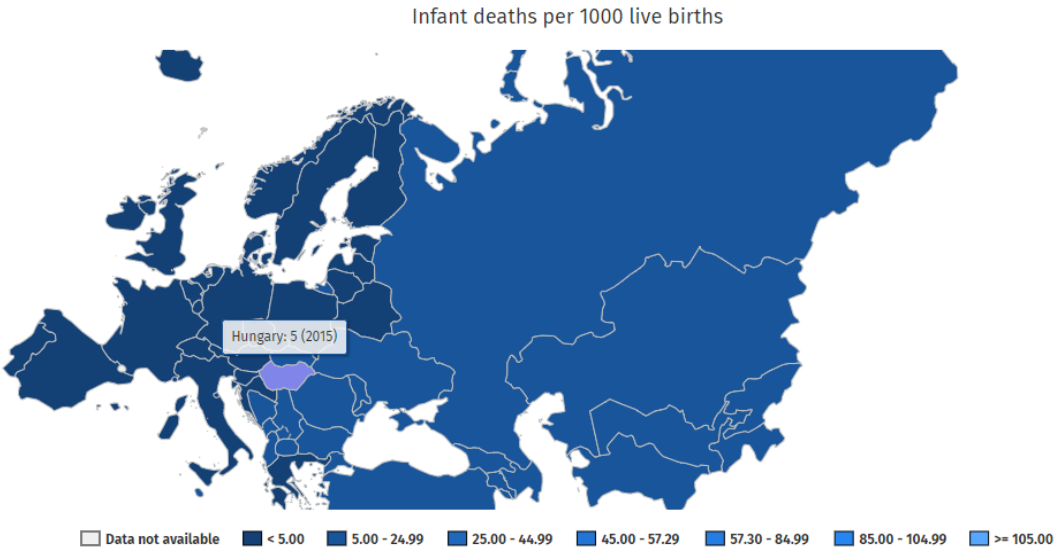
Az élveszületés utáni első életév folyamán jellegzetes időszakok különíthetők el a csecsemőhalálozás kor szerinti halmozódása alapján:

a) az újszülöttkori (neonatális vagy korai) csecsemőhalálozás 0–27 napos korban; ezen belül is szokás elkülöníteni:
   - a 0–6 napos (korai neonatális);
   - a 7–27 napos (késői neonatális) újszülöttkori halálozást
b) a késői (posztneonatális) csecsemőhalálozás a 28 napos kortól az 1 éves kor betöltése előtti halálozás (az első születésnap már nem tartozik a csecsemőkorhoz).

A fejlett országokban az első életévi halálozás az újszülöttkorban, sőt azon belül is az első heti halálozásban, azaz a korai neonatális periódusban mutat halmozódást [6].

A XX. század folyamán a csecsemőhalálozás folyamatosan és igen nagymértékben csökkent. A csecsemőhalandóság meghatározása a KSH 1999-es definíciója szerint: "az élveszületést követően az egyéves kor betöltése előtt bekövetkezett halálozás", felhasználásával számolt arányszám. A hazai csecsemőhalálozási arányszám, mely az ezer élveszülöttre jutó egy éven aluli meghaltak számát mutatja meg –1999-ben 8,4 ezrelékre redukálódott, ez az érték 64 százalékkal alacsonyabb volt az 1980. évi értéknél (23,2 ezrelék), és 43 százalékkal kisebb, mint az 1990-es mutató (14,8 ezrelék) [138]. 2000-ben meghaladta a 9 ezreléket (9,2), 2007-ben már 6 ezrelék alatt (5,9) az EU átlagánál (4,6‰) magasabb mutatószám volt. 2011-ben folytatódott a csecsemőhalálozás javuló irányzata és demográfiai történelmünk folyamán először csökkent öt ezrelék alá az ezer újszülöttre számított 4,9-es arányszám 0,4 ezrelékponttal volt alacsonyabb az egy évvel korábbinál [139]. 2014-ben egy kis mértékű növekedés után újra 5 ezrelék alá csökkent (4,6 ezrelék), majd a legfrissebb adatok szerint (2015.) újra 5 ezrelékre emelkedett, az EU_{27} átlag 3,6 ezrelék volt [140] (24. sz. ábra).

24. sz. ábra: Ezer élveszülöttre jutó csecsemőhalálozási arányszám az Európai Régióban, 2015.

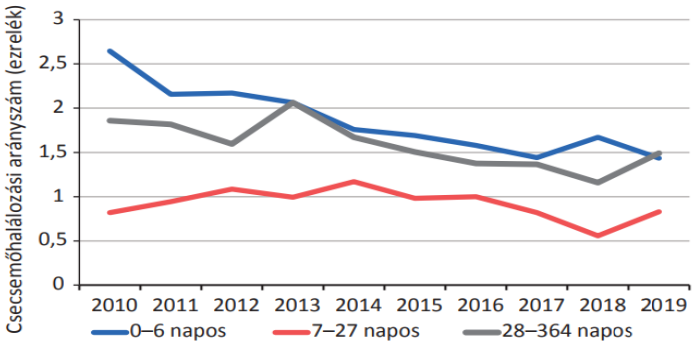


Forrás: WHO- HFA-DB, European Health Information Gateway, 2018. június

A csecsemőhalálozások haláloki struktúrájára jellemző, hogy a halálozások nagy része két haláloki főcsoportba sorolható: a perinatális (születéskörüli) szakban keletkező állapotokba és a veleszületett rendellenességekbe. Ezeket endogén halálokoknak nevezzük, amelyek a terhesség alatt alakulnak ki, és a halálozás jellemzően az első 28 nap (perinatális

kor) alatt következik be. A halálozások fennmaradó részét exogén halálokok okozzák, amelyek külső tényezők – pl. valamilyen fertőzés – hatására keletkeznek és a posztnatális szakaszban következnek be [6].

25. sz. ábra: A csecsemőhalandóság alakulása a meghalt csecsemők kora szerint, 2010–2019



Forrás: Valek A. és mtsi; 2021; 162. évfolyam, 21. szám, 832. old.

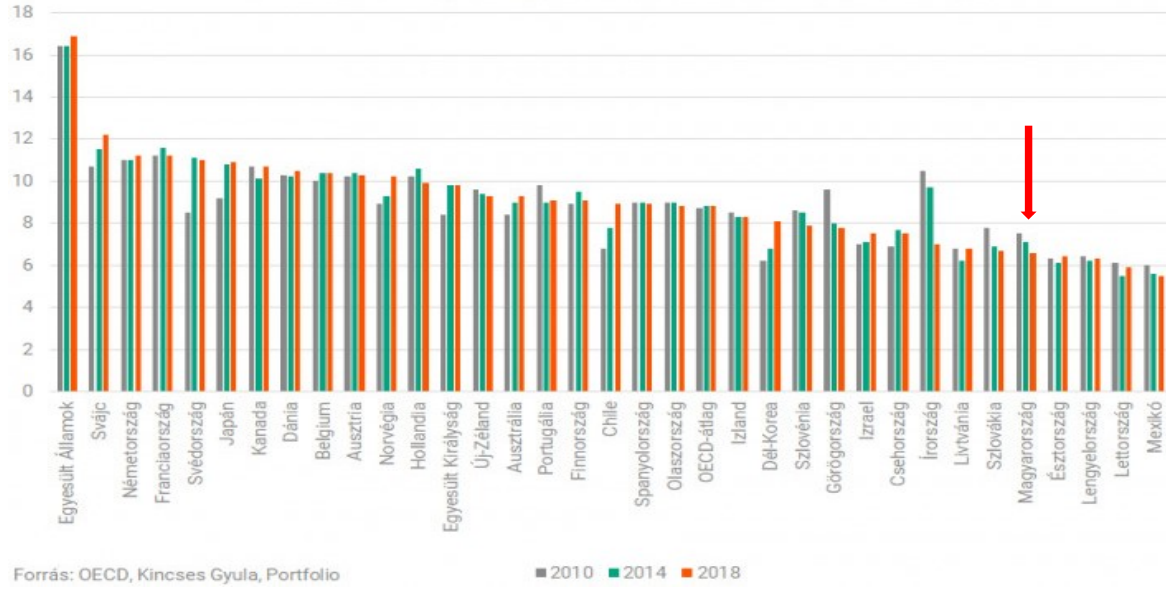
A csecsemőhalálozás területi vizsgálatánál fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a születések számának hosszabb távú csökkenésével párhuzamosan jelentősen visszaesett az ezer élveszületésre jutó újszülöttkori halálozások száma, és ennek eredményeként 1990 és 2017 között csaknem hatodára esett az elhunyt csecsemők abszolút száma is. Országon belül jelentős eltérések figyelhetőek meg, a csecsemőhalandóság tekintetében. Az 1990. évi 1863 esettel szemben 2017-ben 332 halálozás történt (25. sz. ábra). 2014-ben a csecsemőhalandóság mértéke –2017-ben a legmagasabb halandósággal rendelkező megyék közé Bács-Kiskun és Nógrád megye tartozott, és az elmúlt évtizedekben változatlan maradt Szabolcs-Szatmár-Bereg – mint a csecsemőhalandóság szempontjából a legkedvezőtlenebb területi egységek közé tartozó – megye helyzete. A 2017. évi országos rekordalacsony csecsemőhalandóságot tekintve feltűnő Veszprém megye 1,0 ezrelékes és Baranya megye 1,6 ezrelékes halandósága, ami történelmi minimumot jelent mindkét megye tekintetében. A 2017. évi alacsony értékek miatt lényegesen, közel 7-szeresére emelkedett a két szélsőértékű megye (Veszprém és Bács-Kiskun megye) közötti különbség, ami a jelenleginél jóval magasabb csecsemőhalandóság mellett korábban soha nem fordult elő [141] [melléklet/táblázatok/3. sz. táblázat].

2.1.4 Az egészséget meghatározó társadalmi-gazdasági mutatók

A XXI. század egészség-gazdaságtani tanulmányai bizonyítják, hogy a lakosság egészségi állapotának javulása nem pusztán következménye egy ország társadalmi gazdasági fejlődésének, de elengedhetetlen feltétele is. A társadalmi indikátorok vagy társadalmi jelzőszámok rendszerének kialakítása a XX. század közepén kezdődött. Az egyik legismertebb társadalmi mutató az ENSZ fejlesztési programjában kidolgozott ’human development index’ (továbbiakban: HDI). Az ENSZ által rendszeresen közzétett társadalomfejlődési riportok ezen HDI mutatóra alapozva rangsorolják az országokat és tesznek ajánlásokat a stratégiaalkotók számára. Ennek ellenére az országok többsége ma is a ’gross domestic product’ (bruttó hazai termék, továbbiakban: GDP) alapú számítást alkalmazza, melynek elsődleges oka, hogy a HDI kiszámítása egy több dimenziós, több indikátoron alapuló rendszerben fogható fel. A HDI-nek ugyanis három dimenzionálás

összetevője van, (egészségügy-oktatás-életszínvonal) melynek mérésére rendkívül összetett [142]. A 2019-es HDI index országos rangsorában Magyarország a 189 ország közül a 40. helyet foglalja el (mutatószám: 0,854), lemaradva a V4 országoktól is (Szlovákia 39. hely [mutatószám: 0,860], Lengyelország 35. hely [mutatószám: 0,880], Csehország 27. hely [mutatószám: 0,900]). Az egy főre jutó bruttó nemzeti jövedelem 'gross national income' (továbbiakban: GNI) tekintetében még hátrébb sorolódunk a 44. helyre (mutatószám: 31,329 PPP $) [143] (26. sz. ábra).

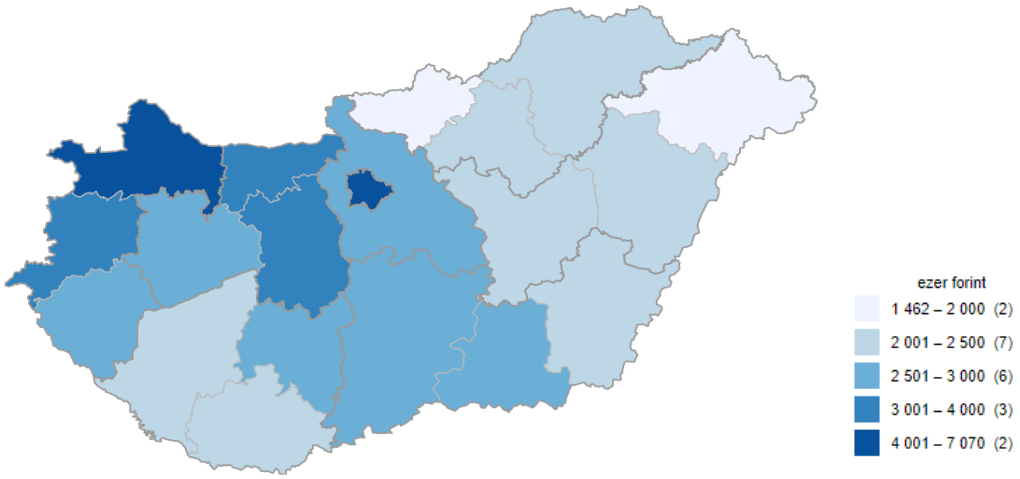
26. sz. ábra: A GDP-arányos egészségügyi kiadások mértéke és változása az OECD-tagállamokban (%), 2010., 2014., 2018



Forrás: OECD/Kincses Gyula-Portfolio, 2019. szeptember

Egy lakosra jutó bruttó hazai termék megyei megoszlását vizsgálva láthatóvá válik az ország keleti és nyugati területei közötti óriási szakadék. Míg Győr-Moson-Sopron megyében 4566 ezer forint jutott 2015-ben, és a fővárosban ennek közel kétszeres értéke 7070 ezer forint, addig Nógrád megyében (1462 ezer forint) és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (1870 ezer forint), a mutató csupán a fővárosi érték ötöde volt (27. sz. ábra).

27. sz. ábra: Egy lakosra jutó bruttó hazai termék megyei megoszlása, (GDP/fő, ezer forint), 2015.



Forrás: KSH/interaktív térképek, 2018.

Az OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development, továbbiakban: OECD) 2018-es adatsora szerint az adattal rendelkező 36 országból csak Törökországban, Luxemburgban, Mexikóban, Lettországban, Lengyelországban és Észtországban, költenek kevesebbet az egészségügy kiadásaira, GDP arányosan, mint Magyarországon. A 2018-as adatok is, és tavaly már csak 6,6%-os volt az egészségügy részesése a bruttó nemzeti össztermékből. Ez az érték 1997 óta a legalacsonyabb. Általános trend, hogy a szegényebb országok a GDP arányában is kevesebbet költenek az egészségügyre, valamint a gazdagabb országok zömmel növelték az egészségügyi kiadások arányát az elmúlt időszakban, a szegényebbek csökkentették. A visegrádi országok közül a csehek állnak a legjobban. 7,5% a GDP arányos egészségügyi kiadás, és a közkiadás is 5,9%, a magánfinanszírozás aránya így csak 1,6%, és az egészségügyi kiadásokon belül csak 14,8% a közvetlen fizetés aránya. A szlovákok már a magyar értékhez hasonlóan költenek egészségügyre (6,7%), de ezen belül magasabb a közkiadás aránya, (5,45%), ami 0,8 %-al nagyobb, mit Magyarország esetében. A szlovákoknál 18,7% a közvetlen fizetés aránya, ami még mindig viselhető. Magyarország adataiból itt most csak a kifejezetten magas közvetlen fizetési arányt emelném ki (26,9%). A lengyelek adatai hozzánk hasonlóak: kicsit alacsonyabb mind az összköltség, mind az összkiadás aránya, és 22,9% a közvetlen fizetésé. A magánfinanszírozás aránya a GDP%-ban mérve Magyarországon a legmagasabb (2%) és a szlovákoknál a legalacsonyabb (1,3%) [144].

Iskolázottság

Már az 1980-as évek végén számos kutatás irányult az iskolai végzettség és az egészség kapcsolatának feltárására, így napjainkban az egészségszociológiai szakirodalomban általánosan elfogadott megállapítás, hogy az emberek egészségi állapotát, halandóságát jelentősen befolyásoló szociális tényező az iskolai végzettség. Külföldi és hazai kutatások egész sora igazolta, hogy a magasabb iskolai végzettségű emberek egészségi állapota általában jobb, mint az alacsonyabb végzettségűeké. Ritkábban fordul elő körükben a betegség miatti átmeneti vagy tartós tevékenységkorlátozottság, alacsonyabb a morbiditásuk és a megrokkanásuk aránya, halálozásuk későbbi életszakaszban következik be. Az alacsonyabb iskolai végzettségűeknél gyakrabban fordulnak elő a fertőző betegségek, nagyobb köztük az idült betegségekben szenvedők aránya, körükben a fatális kimenetelű betegségek gyorsabban vezetnek halálhoz és rövidebb a várható átlagos élettartamuk. Egészségüket önmaguk is negatívabban értékelik, mint a magasabb iskolázottságúak [145].

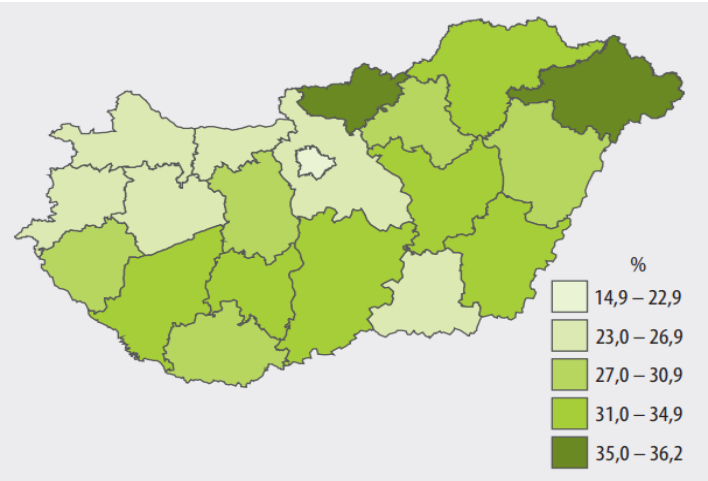
1920-ban a 15 év feletti népesség túlnyomó része legfeljebb alapfokú végzettséggel rendelkezett (96,2%). Addig 1980-ban először haladta meg az érettségizett nők arány a férfiakét. A rendszerváltozás utáni időszak hozta az iskolázottságban a legnagyobb változást, az oktatás kiterjedését közép- és felsőfokú szinten egyaránt. A szakmunkás, szakiskolai oklevéllel rendelkezők aránya megnégyszereződött, az érettségizetteké megháromszorozódott, a diplomásoké pedig majdnem hatszorosára nőtt az elmúlt negyedszázadban. 2016-ban 2 millió 217 ezren rendelkeztek alapfokú vagy annál alacsonyabb iskolai végzettséggel, vagyis a 15 éves és annál idősebbek 26,5%-a legfeljebb az általános iskola 8 osztályát végezte el. A 2011-es népszámlálás óta arányuk 5 százalékponttal tovább csökkent. A mérséklődést az alacsony végzettségű vagy iskolázatlan

időskorúak létszámának csökkenése okozta. Szakmunkásképző vagy szakiskolai végzettséggel rendelkezett a 15 év feletti lakosság 20,9%-a, ez 1 millió 750 ezer főt jelentett. Az érettségivel rendelkező középfokú végzettségűek száma és aránya az utóbbi évtizedekben töretlenül emelkedett. 2011-ben a 18 éves vagy annál idősebb népesség 31, 2016-ban 33%-ának érettségi volt a legmagasabb iskolai végzettsége. A mikrocenzus időpontjában 1 millió 716 ezren rendelkeztek felsőfokú befejezett iskolai végzettséggel. A 20 éves és annál idősebb népességben a diplomások aránya 4 százalékponttal emelkedett a 2011. évi népszámlálás óta, 2016-ban minden ötödik embernek volt diplomája [146].

2016-ban a férfiak 30, a nők 36%-a legfeljebb alapfokú végzettségű volt, ami abból adódott, hogy a nők korösszetétele idősebb, és az idősek között gyakoribb az alacsony iskolázottság. Az érettségi nélküli szakmai oklevél az az iskolai végzettségi szint, ahol a férfiak aránya továbbra is jelentősen meghaladta a nőkét. 2016-ban a férfiak 31, míg a nők 35%-ának volt az érettségi a legmagasabb végzettsége. Először 1980- ban haladta meg az érettségizett nők aránya a férfiakét. Az 1960-as évekig a diplomások 80–90%-a férfi volt. 2001-ben ez az arány kiegyenlítődött, míg 2016-ban a diplomások több mint fele (56%) nő volt [146].

Az iskolázottság és azon belül a felsőfokú végzettségűek területi eloszlását vizsgáló korábbi hazai kutatásban arra világítottak rá, hogy a rendszerváltás óta Magyarországon csökkent a területi egyenlőtlenség, országos szinten mérséklődött a felsőfokú végzettségűek térbeli koncentráltsága [147]. Ám Németh és Dövényi munkájából kiderül az is, hogy a felsőfokú végzettségűek arányának 2001-ről 2011-re történő változása nem egységesen érinti a hazai földrajzi területeket, a változás mértéke jelentős mozaikos képet mutat. Azon megyékben, ahol jellemzőbb az aprófalvas megoszlás, alacsonyabb a felsőfokú végzettségűek száma és arányuk lassabban növekedett az elmúlt években, ugyanakkor összességében a koncentráció mértéke határozottan javult [92]. A 15 éves és annál idősebb fővárosiak 15, a megyeszékhelyeken élők 19%-a legfeljebb alapfokú végzettségű volt, a községekben élők 37%-ának nem volt általános iskolánál magasabb végzettsége. (28. sz. ábra) Budapest után Győr-Moson-Sopron és Pest megyében (23, illetve 24%) volt a legalacsonyabb, míg Szabolcs-Szatmár-Bereg és Nógrád megyében (egyaránt 36%) jóval az országos átlag feletti volt a legfeljebb általános iskolát végzettek aránya [146].

28. sz. ábra: A legfeljebb alapfokú végzettségűek aránya a 15 éves és annál idősebb népességben, 2016



Forrás: KSH/MIKROCENZUS, 2017.

Gazdasági aktivitás-foglalkoztatottság

A népesség gazdasági aktivitás szerinti összetétele a legutóbbi népszámlálás óta (2011) jelentősen változott. A 2016-os Microcenzus felmérése alapján megállapítható, hogy nőtt a gazdaságilag aktívak csoportjába tartozók száma, ezen belül a foglalkoztatottaké 14%-kal emelkedett, miközben a munkanélkülieké 56%-kal csökkent. Kóti (2020) megjelent tanulmányában beszámol arról, hogy minél kisebb, illetve minél messzebb helyezkedik el egy település a központtól, annál magasabb munkanélküliség kumulálódik [148].A hazai nagyvárosok – utóbbi években mutatott – gazdasági expanziója (a foglalkoztatottsági ráta növekedése) [149,150] mellett a támogatott közfoglalkoztatási programok egyaránt fontos tényezői a vizsgált időszakban egyre csökkenő munkanélküliségnek [148,151]. A magyar közmunkaprogram legnagyobb kritikusa Kertesi G., aki úgy véli a közfoglalkoztatás sem a romákat, sem pedig más, a mélyszegénységben élő embereket nem emeli ki a társadalom alatti lét viszonyaiból. Bár a rendkívül alacsony szintû roma foglalkoztatottság fenntartása ma már csak e programok mellett lehetséges [152]. Az ellátásban részesülő inaktívak száma a nyugdíjkorhatár emelkedése miatt 7,5%-kal csökkent, és kismértékben csökkent az eltartottak köre is. 2016-ban a népesség 46%-a volt foglalkoztatott és 2,6%-a munkanélküli, 28% tartozott az ellátásban részesülő inaktívak és 24% az eltartottak csoportjába [146].

A népesség iskolai végzettségének változása és az iskolázottság szerkezetében történő strukturális átrendeződések közvetlen hatással vannak a foglalkoztatottságra, a foglalkoztatás módjára és formáira.

A KSH munkaerő-felmérése alapján 2019 IV. negyedévében az ország 15–74 éves népességének 63,0%-a, 4,7 millió fő tartozott a gazdaságilag aktívak közé. Országosan 38 ezer fővel dolgoztak többen, mint 2018 IV. negyedévében, a munkanélküliek száma 12 ezer fővel csökkent. A foglalkoztatási ráta országosan egy év alatt 0,6 százalékponttal 61,0%-ra nőtt. A foglalkoztatottak aránya a megyék többségében emelkedett. A legmagasabb foglalkoztatási arány Győr-Moson-Sopron megyében (65,3%), a legalacsonyabb Somogy megyében (53,0%) volt. A munkanélküliségi ráta országosan az egy évvel korábbi 3,6-ről 3,3%-ra csökkent. A legfrissebb területi adatok szerint a munkanélküliek aránya a gazdaságilag aktív népességen belül 12 megyében mérséklődött, 7 megyében és a fővárosban pedig emelkedett. A legnagyobb – 1,5 illetve 1,2 százalékpontos – növekedés Tolna és Bács-Kiskun megyékben következett be. A munkanélküliségi ráta értéke 1,1 és 7,9% között szóródott. A legalacsonyabb (2,0% vagy az alatti) Komárom-Esztergom (1,1%), Győr-Moson-Sopron (1,2%), Pest (1,8%), Zala és Vas megyékben (2-2%), a legmagasabb (6,0% feletti) Szabolcs-Szatmár-Bereg (7,9%), Baranya (7,8%) és Nógrád (6,1%) megyékben volt, az Országos átlag 3,3% volt [153].

Jövedelem

2019-ben a teljes munkaidőben alkalmazásban állók havi bruttó átlagkeresete 368 ezer forintot, míg adókedvezmények nélküli nettó átlagkeresete 244.609 ezer forintot tett ki. Átlagosan a budapesti székhelyű szervezeteknél dolgozók keresték a legtöbbet (305.924 ezer forint; az országos átlag közel 1,3-szeresét), a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyeiek a legkevesebbet (167.766 forint, illetve héttizedét) a nettó átlagkereset vonatkozásában.

Közfoglalkoztatottak nélkül számolva a bruttó átlagkereset 378 ezer, a nettó átlagkereset 251 ezer forintra emelkedett. A bruttó és a nettó átlagkeresetek – a közfoglalkoztatottakkal együtt számítva – országosan egyaránt 11,4%-kal emelkedtek az egy évvel korábbihoz képest. A növekedés mértéke Nógrád és Vas megyében volt a legkisebb (egyaránt 9,5%), Győr-Moson-Sopronban pedig a legnagyobb (12,6%). A fizikai foglalkozásúak bruttó átlagkeresete 270, a szellemieké 471 ezer forintot mutatott. A szellemi foglalkozásúak keresete a fővárosban volt a legnagyobb (556 ezer forint), Békés megyében pedig a legkisebb (334 ezer forint). A fizikai foglalkozásúak esetében a két szélsőérték Győr-Moson-Sopron (336 ezer forint) és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (200 ezer forint) mutatkozott [153]

2.2 A pre-, peri- és posztnatalis egészségiállapot mutatói

Mivel a csecsemőhalálozás arányát nem a teljes populációra számoljuk, hanem az élveszületésekre, ezért az élveszületettekre jellemző állapotokat (koraszülöttség, érettség, alacsony születési testtömeg stb.) vizsgálva kell megtenni, a változással kapcsolatos megállapításokat. Az élveszületettek számának évről-évre történő ingadozása -az egyes környezeti, szociális, társadalmi indikátorok (többszörösen hátrányos térségek, területi egyenlőtlenségek, fertilitási mutató, reprodukciós ráta); a szülő nők egyes jellemzői (etnikum, kor, uralkodó életmódbeli szokások) - befolyással vannak az élveszületettekre jellemző állapotok mutatószámainak alakulására.

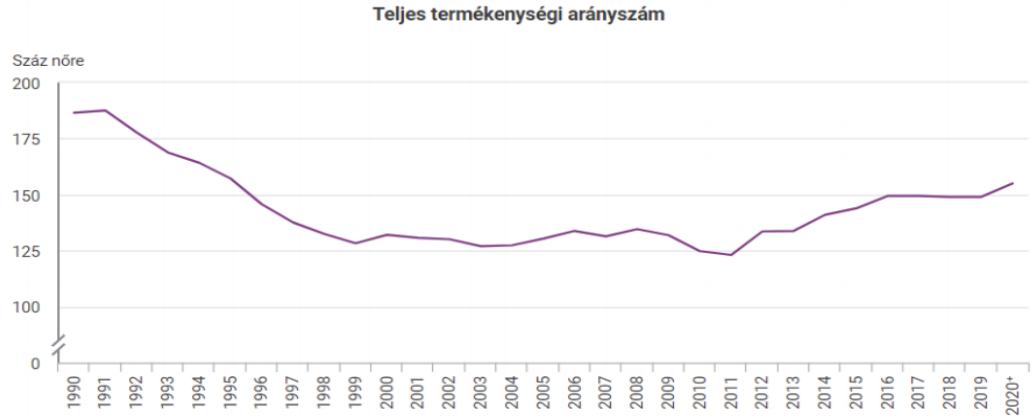
2.2.1 Prenatális (méhen belüli, születés előtti) egészség és jellemzői

Termékenységi ráta

A születések számát alapvetően két tényező, a termékenység szintje és a szülőképes korú nők létszáma határozza meg. A termékenység több évtizedes, alapvetően csökkenő irányzata miatt egyre kisebb létszámú női nemzedékek lépnek szülőképes korba és haladnak át a propagatív életkor egyes szakaszain, ezzel párhuzamosan nagyobb létszámú korosztályok hagyják el a szülőképes kort. A születésszám évenkénti változásának iránya és mértéke elsősorban attól függ, hogy a termékenység szintje, a gyermekvállalási kedv milyen mértékben tudja ellensúlyozni a szülőképes korú nők létszámának csökkenését. 2020-ban valamennyi női korcsoportban emelkedett a termékenység szintje, és ez sikerrel ellensúlyozta a szülőképes korú nők létszámának közel 21 ezer fős csökkenését. Az egyes női korcsoportok termékenysége és létszámváltozása eltérő mértékben járult hozzá a születésszám mintegy háromezer fős emelkedéséhez. A szülőképes korú nők létszámának csökkenése ellenére emelkedő születésszám a gyermekvállalási hajlandóság erősödését jelzi. A 2020. évi termékenységi szint mellett száz nő 155 gyermeket hozna a világra élete folyamán, ez 4,3%-os emelkedést és számszerűen 6 gyermekkel többet jelent az előző évi 149- es teljes termékenységi arányszámhoz (továbbiakban: TTA*) képest (29. sz. ábra).

* teljes termékenységi arányszám (TTA): megmutatja, hogy ha az adott év termékenységi adatai állandósulnának, akkor egy nő élete folyamán átlagosan hány gyermeknek adna életet.

29. sz. ábra: Száz nőre vetített teljes termékenységi arányszám (TTA) alakulása 1990 és 2020 között



Forrás: KSH, 2021.

A 2011. évi történelmi mélypontot (a mai országterület népességére vetítve) jelentő száz nőre számított 123 gyermekkel szemben a 2020. évi 155 gyermek 26%-os termékenységemelkedést jelent. A 2011. évi termékenységi szint fennmaradása esetén 2020-ban 73 ezer gyermek született volna, 19,2 ezerrel kevesebb a ténylegesnél. A szülőképes korú nők év közepi lélekszáma viszont közel 175 ezer fővel, 7,4%- kal csökkent 2011 és 2020 között. A 2011. évi változatlan női népességszám mellett 2020- ban közel 111 ezer gyermek jött volna világra, 18,6 ezer gyermekkel több, mint amennyi ténylegesen született. A fentiek értelmében a 2020. évi születési többlet túlnyomó többsége, mintegy 91%-a két korosztálytól, a 25–29 és 30–34 éves életkorú nőktől származik. 2020-ban a gyermekek közel 70%-a született házasságból és 30%-a házasságon kívül [126].

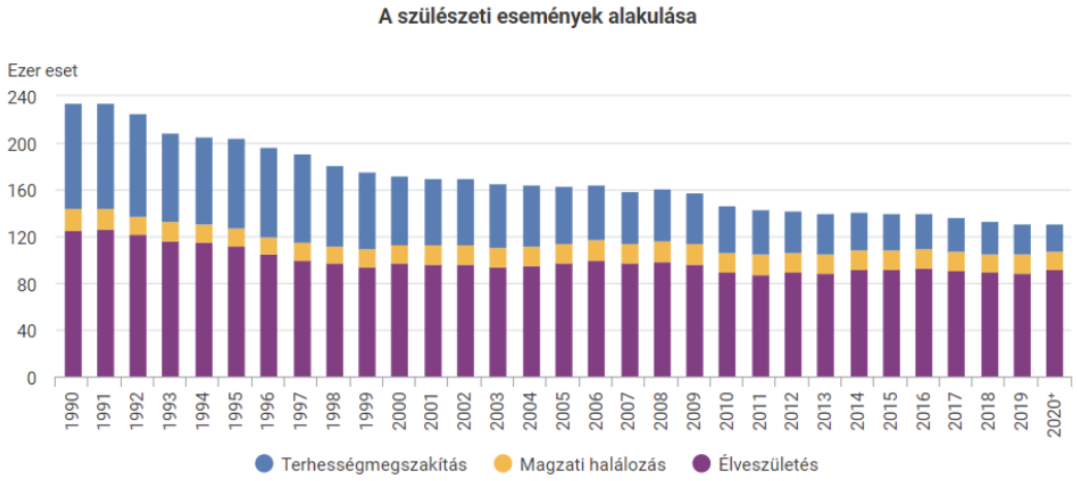
Terhességmegszakítás, elveszített életek

A KSH definíciója szerint: "a terhesség szándékos beavatkozással – művi úton – történő megszakítása." A terhesség művi megszakítása (ideértve a mesterségesen kiprovokált vetélést is) két indokból történhet:

- egészségügyi indokból (amikor vagy az anya életét, egészségét veszélyezteti súlyosan a terhesség, vagy megfelelő vizsgálatokkal a magzat súlyos károsodása mutatható ki),
- nem egészségügyi indokból, ami jellemzően az anya kérésére végzett terhesség-megszakítást jelenti.

Kedvező jelenség, hogy évek óta csökken a terhességmegszakítások száma és így 2020-ban is jellemző volt a csökkenő irányzat. A terhességmegszakítások mellett a magzati halálozások száma is csökkent. A 2020. évi 23,9 ezer beavatkozás csaknem 1900-zal, azaz 7,3%-kal kevesebb volt, mint egy évvel korábban. Ezer szülőképes korú nőre 10,8 művi vetélés jutott, szemben az egy évvel korábbi 11,6 műtéttel. A csökkenő irányzat a nők valamennyi korcsoportjában megfigyelhető. 2019-hez képest a művi vetélések száma lényegesen csökkent, a születéseké viszont emelkedett, ennek eredményeként 2020-ban száz élveszületésre 25,9 terhességmegszakítás jutott, szemben az előző évi 28,9-del (30. sz. ábra).

30. sz. ábra: Szülészeti események (élveszületés, magzati halálozás, terhességmegszakítás) 1990 és 2020 között



Forrás: KSH, 2021.

Prenatális (magzati) halálozások

A magzati halálozások a korai és középidős magzati halálozások (spontán vetélések), valamint a halvaszületések együttes számát jelenti. Prenatalis, intrauterin veszteség, azaz középidős vagy korai vetélés a 24. gesztációs hét előtti időszakban bekövetkezett magzati halálozás, illetve, ha a magzat kora nem állapítható meg, testtömege kevesebb, mint 500 g, testhossza pedig nem éri el a 30 cm-t. A 2020-ra becsült 15,4 ezer magzati halálozás 6,6%-os csökkenést jelent a 2019. évihez képest. A magzati halálozásoknál nehéz egyértelmű irányzatot meghatározni, mivel az elmúlt évtizedben a számuk évről évre jelentősen ingadozott. A 2020. évi adatok viszont egyértelmű csökkenést jeleznek, a 15,4 ezer magzati halálozás 1999 óta a legalacsonyabb esetszám. Mivel 2020-ban a születések száma emelkedett, a száz élveszületésre jutó magzati halálozás a 2019. évi 18,5-ről 16,7-re mérséklődött. A magzati halálozások potenciális tartalékot jelentenek a születésszám emelkedéséhez, hiszen az esetek döntő többségében kívánt fogamzásokról van szó, ahol az anyák akaratuk ellenére veszítik el a magzatukat.

A magzati halálozások és művi vetélések együttesen teszik ki a magzati veszteségeket. Ezek száma közel 3 ezer esettel, 7,0%-kal csökkent, így a száz élveszületésre jutó magzati veszteségek értéke is mérséklődött. 2017-ben 49,3 magzati veszteség jutott száz élveszületésre, amely igen magas érték, minden harmadik várandósság magzati veszteséggel végződött. 2020-ban száz élveszületésre 42,6 magzati veszteség jutott, szemben az előző évi (2019) 47,4-del. Ez még mindig magas érték, mivel azt jelenti, hogy közel minden második élveszületésre jutott egy magzati veszteség.

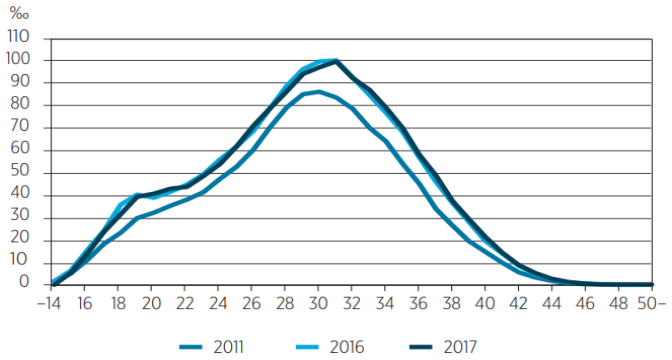
A várandós nők életkora, korspecifikus termékenységi arányszám

A magzat életkilátásait az anya életkora is befolyásolja, a túl fiatalon vagy a túl idős korban vállalt gyermekeknél nő az esélye a perinatális halálozásnak, a koraszülésnek, a fejlődési rendellenesség előfordulási gyakoriságának és egyéb prenatális események előfordulásának. A születésszám csökkenésével párhuzamosan az anyák egyre későbbi

életkorban vállalják első és további gyermekeiket. 2011-ben a szülő nők átlagos életkora 30 év volt, első gyermekeiket pedig 28 évesen hozták világra az anyák. Ez utóbbi életkor 5 évvel volt magasabb az 1990. évinél. Az anyák életkora és a perinatális halandóság értékei között egy enyhe „U" alakú összefüggés figyelhető meg, miszerint a legalacsonyabb értékek a 25–34 éves nőknél található, a legmagasabb pedig a 40 év felett gyermeket vállaló anyáknál.

A születések életkor szerinti megoszlását a megfelelő korú nők számához viszonyítva megkapjuk a korspecifikus termékenységi arányszámokat (31. sz. ábra). Ezeket 2011 és 2016 között elemezve láthatjuk, hogy a fiatalok gyermekvállalása évről évre fokozatosan emelkedett, mígnem elért egy olyan szintet, mely már az arányszámokat szemléltető ábrán látványos kidudorodást mutat. A korosztályon belül elsősorban a fiatal, de már felnőtt, 18 és 19 éves nők gyermekvállalása emelkedett számottevően [154].

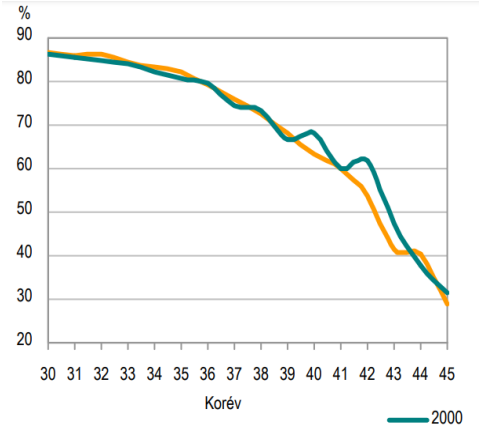
31. sz. ábra: Korspecifikus termékenységi arányszám



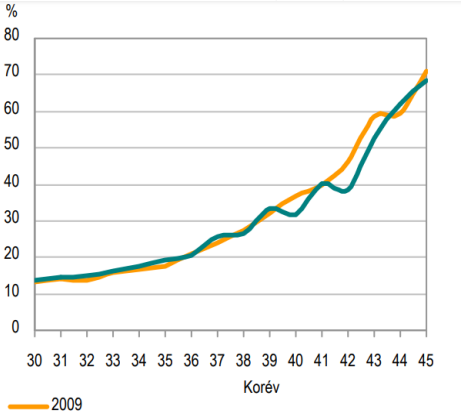
Forrás: demografia.hu/korfa 2019. június XIX. évfolyam 1. szám. 2. old.

30 év felett a nők fogamzó képessége kezdetben lassan, 35 év felett egyre gyorsuló ütemben csökken, és a terhesség is egyre bizonytalanabb kimenetelű. A 30 év feletti kívánt fogamzások kimenetelét tekintve egyértelmű, hogy az életkor előre haladásával csökken az élveszületések és emelkedik a vetélések aránya. A 2009. évi adatok szerint 30 éves életkorban még nagy az esélye annak, hogy a kívánt fogamzás szüléssel végződik (87%). Ez az arány 36 éves életkorban 80%-ra, 41 éves életkorban pedig 60%-ra esik vissza [155] (32-33 sz. ábra).

32. sz. ábra: Kívánt fogamzásból az élveszületés, anyai életkor szerinti változása, 2000, 2009



33. sz. ábra: Kívánt fogamzásból a magzati halálozással végződők aránya, anyai életkor szerinti változása, 2000, 2009



Forrás: KSH, 2011.

Várandósok egészsége

A várandós nők egészségi állapotát taglaló hazai kutatások száma meglehetősen alacsony. A várandósság hónapjai során a nő szervezete felkészül az új élet világra hazotalára, miközben a méhében fejlődő magzat is napról napra fejlődik, növekszik. Mindezen folyamatok jelentősen átalakítják a leendő anya életmódját. Ideális esetben az erre való felkészülés már a fogamzást megelőzően elkezdődik. Az egészségmegőrző táplálkozás minden életkorban fontos, ugyanakkor ezen időszak alatt a születendő gyermek későbbi életére is jelentős hatással bír a kismama táplálkozása [156,157,158] és életmódja. A várandós nő étrendje jelentősen befolyásolja saját egészségét, valamint magzata fejlődését is, de mint az a korábbi fejezetben bemutattuk a Barker-elmélet rávilágított arra, hogy a felnőttkori egészségi állapotot is meghatározza. A helyes táplálkozás egyrészt csökkenti az anyai és magzati szövődmények (pl. gesztációs diabétesz, preeklampszia, méhen belüli növekedési elmaradás; továbbiakban: IUGR), spontán vetélés, szülés utáni depresszió) kockázatát, másrészt pozitív hatással van a következő generáció életminőségére is [159]. A termékenységet befolyásoló tényezők közül a várandós nő testtömeg és testmagasság viszonyának mutatószáma (testömeg index, továbbiakban: TTI) a legmeghatározóbb. Mind a túlsúly és az elhízás, mint pedig az alultápláltság negatív hatással van a női termékenységre. Emellett bizonyos tápanyagok hiánya - már a fogantatás előtti időszakban - negatív hatással lehetnek az anyai és később a magzati egészségre [160]. A gyermeket váró nők étrendje is az egészséges táplálkozási irányelveken nyugszik. A kiegyensúlyozott (megfelelő energiát, fehérjét, vitaminokat és ásványi anyagokat biztosító) étrend változatosan tartalmazza a következő élelmiszereket is: zöld és narancssárga zöldségek, húsok, halak, hüvelyesek, olajos magvak, teljes kiőrlésű gabonák és gyümölcsök [161]. A várandósság alatti hiányállapotok a nők több, mint 38%-át érintik világszerte, különösen a vas, a folsav és az A-vitamin tekintetében [162]. A várandósság során megváltozik a D-vitamin-anyagcsere, az anya szervezetében megnő az aktív D-vitamin mennyisége. Hiánya számos várandóssági szövődmény és a császármetszés kockázatát is növeli [163,164]. Az alkohol és a koffein, csakúgy, mint a gyógyszerek, az anabolikus szteroidok és a kábítószerek, átjutnak a placentán, ezáltal káros hatásuk a magzathoz elérve is érvényesül. A koffeinfogyasztást korlátozni javasolt (300 mg/nap), de napi 1-2 kávé elfogyasztása nem okoz kockázatnövekedést. A koffeinbevitelbe beleszámít a fekete és zöld tea, kakaó, csokoládé és a kóla fogyasztása is [159]. A várandósság alatti alkoholfogyasztás növeli a vetélés és a halvaszülés kockázatát, valamint magzati alkohol szindrómát okozhat [165], ezért nincs olyan alkoholmennyiség, amelyről kijelenthető volna, hogy biztonságos a gyermekvárás idején.

A fejlődési rendellenességek megelőzése kiemelt feladat hazánkban, ahol az alacsony reprodukciós ráta súlyos demográfiai problémákat vetít előre. A megelőzés eszközei a fertőzések kivédésén túl a legális és illegális szerek mellőzéséből, illetve a megfelelő vitamin-, ezen belül folsav-bevitelből állnak. Bödecs T. és mtsi (2010) kutatásában a várandós nők egészségmagatartásának, az azzal kapcsolatos ismereteinek, továbbá az ismeretek forrásai iránti nyitottságot, végül az ezek közötti összefüggések feltárását célozták meg [166]. A kutatásban a válaszadók 76,4%-a tervezte, készült a várandósságára. Hasonló arányban, 75,3%-ban nem dohányoztak, és 80,6%-ban nem, vagy

csak elvétve fogyasztottak alkoholt. A minta 50,0%-a szedett magzatvédő vitaminokat, 17,8%-a szedett folsav-tablettát, és 26,6% szedett egyéb vitaminokat. Összességében a válaszadók 49,6%-a részesült folsav-szupplementációban. A várandósok egészségmagatartás ismereteinek magasabb szintje a kutatás megállapítása szerint növelte a magzatvédő vitaminok szedésének esélyét, és egyenes arányban, de negatív irányba, csökkentette a dohányzás esélyét. Akik az infomációt elsősorban a szakkönyvekből és/vagy az internetről gyűjtötték be, nagyobb arányban tervezték várandóságukat, és szedtek magzatvédő-, vagy multivitaminokat, illetve folsav tablettát, és kisebb eséllyel dohányoztak. Egyéb epidemiológiai és klinikai vizsgálatok melyek megállapították, hogy a várandós anyák rosszabb parodontalis statusa bizonyosan negatív hatással van a magzati fejlődésre és a születési testsúlyra, valamint fokozza a koraszülés, a praeeclampsia és a halvaszületés incidenciáját [167].

A szakirodalmi áttekintés után kevés olyan tudományos alapokra épített kutatás lelhető fel az elmúlt évtizedekben, mely a várandósok egészségi állapotát taglalja valamilyen társadalmi és környezeti szempontok mentén. Kutasi D. és kutatócsoportja, 2016-ben közzétett kutatási eredményei, mely a várandósok egészségmagatartását vizsgálta a lakóhely és az aktivitás szerint az alábbi megállapításokat tette: „A Magyarországon élő nők várandósságuk idején a legkevesebb időt sportolással töltötték, továbbá csak kis arányuk vett részt kismamatornán. Táplálkozási szokásaik iskolai végzettség és lakhely szerint mutattak eltérést. Ezen eredmények a várandósok adekvát felvilágosítását és tornaprogramba való bevonását teszik szükségessé.” [168]. Magyarországon a roma és nem roma várandós nők egészségi állapotbéli különbségeinek feltérképezését célzó, Balázs P. és mtsi által végzett kutatási eredmények [116,117] 2012 és 2014 között jelentek meg. A kutatócsoport vizsgálati eredményei felhívták a várandósgondozást végző szakemberek figyelmet arra, hogy a várandósok rizikómagatartása, azon belül a dohányzás megléte jelentős befolyással van a születendő gyermek születési súlyára és annak alakulására, valamint szignifikánsan befolyásolja a születéskor betöltött gesztációs idő hosszát is.

Kutatás bizonyítja, hogy a magasabban képzett anyák nagyobb arányban kezdik el a szoptatást és többen folytatják hosszabb ideig, mint alacsonyabban képzett társaik [169]. A gyermekek egészségi állapotára, a csecsemőkori táplálásra, az anyatejes táplálásra hatással van a szülői, anyai egészségműveltség, továbbá az egészséggel és egészségüggyel kapcsolatos ismeretek szintje. Az anya egészségkompetenciája szignifikánsan összefügg a gyermek egészségi állapotával. Egy korlátozott egészségműveltségű anya gyermeke nagyobb valószínűséggel szenved valamely krónikus betegségben, mint azé, akinek egészségértése megfelelő [170]. Az egészségműveltség mindemellett kapcsolatban áll a gyermekgondozási időszakban az anyák csecsemőkre fordított minőségi idejének mennyiségével (időinvesztáció), mely statisztikailag releváns összefüggést mutat az anyák iskolázottságával, társadalmi hátterével [171,172].

2.2.2 Perinatális (születés időszaka körüli) egészség és jellemzői

A termékenység alakulása a demográfiai folyamatok egyik legfontosabb tényezője. A népesség jövőbeni nagyságát és kormegoszlását nagymértékben befolyásolja az élveszületések alakulása, amit a szülőképes korú nők számán kívül a termékenység szintje

határoz meg. A perinatális kórképek kialakulásáért számos tényező tehető felelőssé. Ilyenek a társadalmi, a gazdasági és a higiénés körülmények, az iskolázottság és a környezetkárosítás állapota, a táplálkozási szokások vagy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés aránya. Ezek egy része a várandós anya rajta kívül álló okai miatt következnek be másrészről a várandós által befolyásolt életmód miatt alakul ki, mint pl: táplálkozás, káros szenvedélyek-alkohol, pszichoaktív szer-, dohánytermékek fogyasztása, stresszes életmód (nem csak az aktív, de a passzív dohányzás is befolyással van), egészségügyi alapellátás és szakellátással történő komplience. A koraszülés fontos determinánsa között a dohányzás megléte a leggyakoribb kockázati tényező [8,7,10]. Az egyik legfontosabb rizikófaktorként is számon tartják, hiszen a születendő gyermek egészségromlásának és a későbbi értelmi fejlődésbeni lemaradásnak egyik fő okozója.

Élveszületések száma

A KSH definíciója szerint (összhangban az ENSZ ajánlásával) az "*Élveszületés minden olyan magzat világrajövetele, aki az életnek valamilyen jelét (mint légzés vagy szívműködés, illetőleg köldökzsinór-pulzáció) adja, tekintet nélkül arra, hogy mennyi ideig volt az anya méhében és mennyi ideig élt*." [173].

A születések száma hosszan tartó csökkenő irányzat után 2011-ben érte el 88 ezer újszülöttel a minimumát, ami nagyságrendjét tekintve kevesebb mint a fele volt az 1970-es évtized közepét jellemző születésszámnak. Innen indult meg egy ingadozásokkal tarkított, lassú emelkedés, aminek az eredményeként 2016-ban a születésszám 93 ezer újszülöttel elérte a maximumát. Az ezt követő újabb csökkenés következtében 2019-ben mindössze 89,2 ezer gyermek jött a világra. Az előző évhez képest 2020-ban 3,4%-kal, több mint háromezerrel, 92 200-ra nőtt a születések száma (Bővebben ld.: „Népesség, népmozgalom mutatói" fejezet!).

Perinatális halálozás

A születés körüli halálozás ('perinatal mortality', továbbiakban: PNM) a késői magzati halálozásból (halvaszületés) és a korai csecsemőhalálozásból (0–6 napos korban meghaltak) tevődik össze. A perinatális halálozás szintjét a terhesgondozás, a szülésvezetés és az újszülöttellátás minősége egyaránt befolyásolja. A késői magzati halálozásnak nevezzük a fogamzás azon kimenetelét, amikor a magzat az anya testétől történt elválasztás után az élet semmilyen jelét nem adta, és a fogamzástól számított 24 teljes hétnél (1996-ig teljes 28 hétnél) hosszabb idő eltelt. A korai csecsemőhalálozás esetén pedig az élve születést követő egy héten belüli halálozásról beszélünk. Így indokolt meghatározni, hogy a fogamzás milyen kimenetelét is tekintjük élve születésnek. A magyar gyakorlat a nemzetközi ajánlásokat követve élve szülöttnek tekinti a magzatot, ha az anya testétől történő elválasztása után az életnek bármilyen jelét (mint légzés vagy szívműködés, illetőleg köldökzsinór-pulzáció) adja, tekintet nélkül arra, hogy mennyi ideig volt az anya méhében és mennyi ideig élt [174]. A születés körüli halálozásokat a magzat, illetve újszülött súlya szerint vizsgálva jellemzően három csoportra osztjuk:

- extrém kis születési súlyú (1000 grammon aluli);
- igen kis súlyú (1000–1499 gramm) és
- kis súlyú (1500–2499 gramm) csecsemők halálozása.

A születés körüli halálozás elsősorban a társadalmi-gazdasági fejlettségtől, az egészségügy, azon belül is a szülészeti, valamint a terhes ellátás színvonalától függ. Kiemelkedő jelentősége van az ultrahang-technika fejlődésének, ami az 1970-es évektől kezdődően lehetővé tette a magzat állapotának, szívműködésének folyamatos vizsgálatát az újszülött világra jövetelét megelőzően – már a terhesség alatt is. Folyamatosan nyomon követhetővé vált a magzat fejlődése, kondíciója, illetve annak változása.

A 20. század első felében Magyarországon még igen magas volt a születés körüli halálozás aránya, 1920-ban ezer születésre 62 perinatális halott jutott, amelyből 27 volt késői magzati halálozás és 35 a korai csecsemőhalálozás. A születés körüli halálozás aránya folyamatosan javult, 1990-ben 14 ezrelékre csökkent és 2011-ben már 7 ezrelék alatt volt (582 eset) ebből 392 esetben késői magzati halálozás (halvaszületés) és 190 korai csecsemőhalálozás volt. 2011-ben a születés körüli halálozások több mint egyharmada, (35,7%) extrém kis súllyal és rövid, 32 betöltött terhességi hét előtt következett be. Összességében a születés körül meghaltak 37 százaléka volt extrém kis súlyú, 12 százaléka igen kis súlyú és 24 százaléka kis súlyú, ez a születés körüli halálozás 74 százalékát tette ki 2011-ben [174]. 2017-ben 1000 születésre (halva és élve születésre) 6,2 perinatalis halálozás jutott, 435 volt a halva szülöttek, 132 a 0–6 napos korban meghaltak száma.

A területi különbségeket az alacsony esetszámból adódó esetlegességek elkerülése végett az utolsó három év átlaga alapján vizsgálták a 2009 és 2011-es időszakban, ennek megfelelően a perinatális halandóság országos értéke 7,1 volt 2009–2011 átlagára számítva. Zala megyében volt a legalacsonyabb a születés körüli halandóság, az 5 ezrelék alatti arányszám, több mint 2 ezrelékponttal kedvezőbb az országos átlagnál. Az élmezőnyhöz tartozott a főváros, Komárom-Esztergom és Pest megye is az átlagnál jóval kedvezőbb értékeikkel. A legmagasabb arányszámok Borsod-Abaúj-Zemplén és Heves megyében adódtak, ahol ezer születésre több mint 10 perinatális halálozás jutott, ez 3-4 ezrelékponttal magasabb az országos átlagnál. Az átlag feletti megyék közül ki kell még emelni Tolna és Nógrád megyét, ahol a születés körüli halandóság közel 2 ezrelékponttal haladta meg az országos értéket a legutolsó vizsgált időszak elemzési adatai szerint [174].

Koraszülés (idő előtti), alacsony testtömegű (kis súlyú) születés

A koraszülés (’preterm birth’ -időelőtti szülés, továbbiakban: PTB) és az alacsony testtömeggel születés fontos egészségügyi probléma világszerte a neonatális morbiditás és mortalitás vezető oka. A gesztációs kor meghatározása a koraszülöttség megállapításának legfontosabb kritériuma. A születés optimális időpontja a megtermékenyülés vélhető időpontjától számított 40. terhességi héten történik. Ennek értelmében koraszülött minden újszülött (tekintet nélkül a születési súlyra), aki a betöltött 37. terhességi hét előtt születik [175]. Magzat méhen belüli fejlődésének elmaradása (’intrauterin growth retardation’-intrauterin retardált, továbbiakban: IUGR) következtében az újszülött alacsony születési tesstömeggel (’low birth weight’, továbbiakban: LBW) jön világra, testtömege 2500 gramm alatt marad [176].

A koraszülöttek a méhen belül eltöltött idő szerint az alábbiak szerint osztályozhatók:

- extrém koraszülött; a betöltött 28. gesztációs hét előtt világra hozott csecsemő;

- nagyon koraszülött; a betöltött 28. gesztációs hét a betöltetlen 32. gesztációs hét között világra hozott csecsemő);
- közepesen kései koraszülött; a betöltött 32. gesztációs hét a betöltetlen 37. gesztációs hét között világra hozott csecsemő);

Az újszülött fejlettségének, biológiai érettségének megállapításához a születés pillanatában a magzat fejlődési korát, vagyis a terhesség időtartamát és a magzat súlyát használják. A terhességi hét és a születési súly együttes értékelése alapján négy kategóriába sorolhatók az újszülöttek:

- érett koraszülött, aki a 37. terhességi hét előtt, de legalább 2500 grammal született;
- kis súlyú koraszülött, aki a 37. terhességi hét előtt és 2500 grammnál kisebb súllyal jött világra;
- kis súlyú, időben született, aki a 36. terhességi hét után, de 2500 grammnál kisebb súllyal született;
- érett, időben született, aki a 36. terhességi hét után és legalább 2500 grammal született.

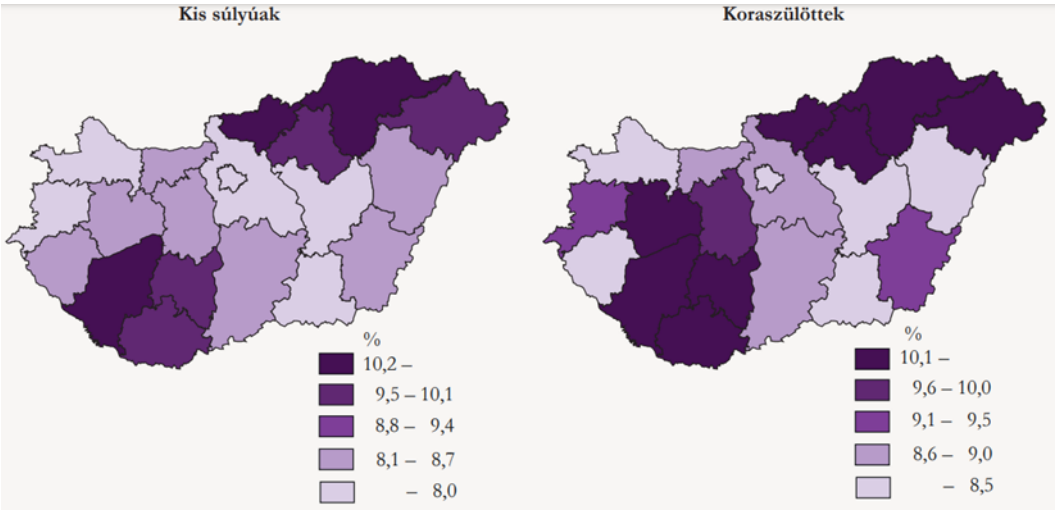
A perinatális folyamatok alakulása során ugyan nagyon pozitív a csecsemőhalálozás arányának folyamatos csökkenése 3,6‰-re (2017. évi adat), mégsem lehetünk elégedettek, mert a koraszülések száma (8000-8200 fő/év), illetve aránya az elmúlt 10 évben alig csökkent, 8,7-9% között mozog azaz a koraszülöttségi arány nem mutatott érdemi javulást az elmúlt évtizedekben. A koraszülöttséghez kapcsolódó zavarok alkotják a csecsemőhalandóság 4. vezető okát. A teljes születés körüli halálozás 80%-a, a koraszülött csecsemőket sújtja. Halálozásuk az élet első napjaiban és a csecsemő korban 7,5%-ra tehető. Az érett újszülöttek* halálozása ezzel szemben csupán 0,37%. Az ismeretlen okú, váratlan koraszülések a szülések mintegy 4%-át teszik ki [177].

Magyarországon nemzetközi összehasonlításban is magas a koraszülöttek aránya. Hazánkban olyan magas a koraszülések száma, hogy nemcsak az európai átlagot haladja meg, hanem a hazai szakemberek már népbetegségként emlegetik. Hazánkban az Egészségügyi Világszervezet által közzétett adatok szerint a koraszülés és az alacsony testtömegű születés aránya fokozatosan csökkent a 90-es években, a 1990-2010 között viszont évente átlagosan 0,5 százalékkal emelkedett. A 2009-es 8,7 illetve 8,4%-ról 2013-ban 9,0 illetve 8,8%-ra emelkedett [178,179]. Hazánkban körülbelül minden 10. élveszületés (9%) a 37. gesztációs hét előtt következik be. Az Unióban csak Bulgáriában (8,9%) és Romániában (8,4%) történik a hazainál arányaiban több koraszülés. Különösen kedvezőtlen volt az elmúlt években a helyzet Északkelet Magyarországon, ahol a negatív LBW rangsor első három helyét Nógrád (12,1%), Borsod-Abaúj-Zemplén (12,0%) valamint Szabolcs-Szatmár-Bereg megye (10,8%) foglalta el. A koraszülések és kis súlyú születések gyakorisága 2016-ban jellegzetes és hasonló területi megoszlást mutat. A dél-dunántúli és az észak-magyarországi megyékben az országos átlagnál magasabb az előfordulásuk, míg a nyugat-dunántúli és az alföldi megyékben alacsonyabb. A kis súlyú születéseket 1990-ben is hasonló területi különbségek jellemezték, a koraszülések területi megoszlása azonban

*érett újszülött (maturus): az az újszülött, aki a betöltött 37. gesztációs hét után, legalább 2500 g súllyal jön a világra, és a szülést követő 48 órán belül alkalmazkodik a megváltozott körülményekhez.

némileg átalakult. A kis súlyú születések aránya az időszak elején és végén is Győr-Moson-Sopron és Vas megyében volt a legalacsonyabb, míg a legmagasabb Borsod-Abaúj-Zemplén, Somogy, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Nógrád megyében. 2016-ban a koraszülések előfordulása Hajdú-Bihar, Győr és Jász-Nagykun-Szolnok megyében volt a legritkább, Somogy, Tolna és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében pedig a leggyakoribb. A kis súlyú születések esetében lényegesen, a koraszülések esetében pedig kismértékben növekedtek a területi különbségek a vizsgált időszak folyamán, amire az egyes megyék adatainak országos átlagtól való átlagos eltérésének a növekedése utal [180] (34. sz. ábra).

34. sz. ábra: A kis súlyú születések és a koraszülöttek aránya és eltérése megyénként, 2016



Forrás: KSH, 2017.

2.2.3 Posztnatális (szülés utáni) egészség és jellemzői

A koraszülöttek 10-20%-a valamilyen súlyos neurológiai deficittel él. Irodalmi adatok is azt támasztják alá, hogy a túlélés javulása mellett, az alacsony gesztációs korú újszülöttek között növekszik a fogyatékkal élő gyermekek aránya.

Fejlődési rendellenesség

A Magyarországon működő Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása és Felügyelete (továbbiakban:VRONY) jelentéseiben olvasható definíció szerint a veleszületett rendellenességek (‘congenitalis anomalia’, továbbiakban: CA) olyan, a magzati életben kialakuló alaki, biokémiai és működésbeli fejlődési zavarok, amelyeket születéskor (esetleg már a magzati életben) vagy a születés utáni hónapok során észlelnek. Ezek kialakulásában a genetikai okok mellett külső hatások (betegség, környezeti ártalmak, kémiai anyagok, életmódbeli hatások) is keresendők. Az esetek nyolcadában azonban nem derül fény a pontos okokra. Azt a rendellenességet nevezhetjük gyakorinak, amely ezer újszülöttből több mint egy esetben fordul elő. Hazánkban tíz kórkép tartozik ide: ajak- vagy szájpadhasadék (a köznyelvben: nyúlajak, farkastorok), Down-szindróma, veleszületett csípőficam, velőcsőzáródási rendellenesség (nyitott gerinc), rejtettheréjűség, húgycsőhasadék, kamrai szívsövénydefektus, (hypospadiasis), veleszületett gyomorkimenet-szűkület (hypertrophiás pylorus stenosis), dongaláb, veleszületett lágyéksérv.

A súlyosság szerinti osztályozásnál a túlnyomó többséget az úgynevezett minor anomáliák jelentik. Ezek tulajdonképpen olyan, az életminőséget nem befolyásoló, jelentősebb egészségügyi következménnyel nem járó, apró, esetleg szokatlan morfológiai megjelenések, amelyeket (izolált előfordulás esetén) akár a „normális" egyedi jelleg, az egyéni „külalak" variánsaként is felfoghatunk. Klinikai jelentőségük akkor van, hogy több ilyen elem együttes, csoportos előfordulásakor a diagnoszta figyelmét egy súlyosabb kórképre irányítják, aminek ezek a jelek kísérői, vagy – egy szindróma esetén – részei lehetnek. Az enyhe és súlyos anomáliákat lehet a gyógyításukhoz (a helyreállításhoz) szükséges beavatkozás nagysága alapján is osztályozni.

A WHO adatai alapján 33 újszülöttből egy érintett valamilyen veleszületett fejlődési rendellenességgel. Évente mintegy 3,2 millió születés során ismernek fel fejlődési rendellenességet, és a becslések szerint 270 000 újszülött életének első hónapja előtt meghal a súlyosabb veleszületett rendellenességek miatt. A hazai adatok alapján évente mintegy 5000 várandósság/születés során észlelnek fejlődési rendellenességet, melyeknek közös jellemzője, hogy kezelésük során a teljes gyógyulás ritka: nagy részük hosszú távú rokkantságot okoz, és amellett, hogy hatásuk jelentős nemcsak az érintet egyén, de a teljes család életére, érintik az egészségügyi kapacitásokat is. A leggyakoribb súlyos veleszületett anomáliák a szívfejlődési és velőcsőzáródási rendellenességek, a kromoszómaártalmak közül pedig a Down-szindróma, kialakulását genetikai és/vagy környezeti eredetű tényezők befolyásolják, de legtöbbször több tényező együttes hatására jönnek létre. Rendkívül fontos hangsúlyozni, hogy a veleszületett fejlődési rendellenességek egy része megelőzhető: a védőoltásokkal, megfelelő anyai táplálkozással és kiegészítő folsav, igény szerint jód bevitellel. A megelőzés alapjának a felelős gyermekvállalást és a terhesgondozást kell tekinteni.

A fejlődési rendellenességek gyakorisága hazánkban 6-7 százalék. Ezen belül a súlyosak vagy a halálos kimenetelűek mintegy 2,3 százalékot tesznek ki. Ezek a rendellenességek csecsemőhalálozások második legfontosabb okai. A korai vetélések közel 15, az érett halvaszülések 50 százalékában igazolható valamilyen magzati fejlődési rendellenesség. A szelekciót túlélő magzatoknál is rendszeres az adaptációs zavar, aminek gyakran a méhen belüli növekedési elégtelenség az oka.

Posztnatális pszichiátriai problémák

Az élet folyamán minden egyén életében vannak olyan kritikus pontok, melyek odafigyelést, a társadalomtól fokozott törődést igényelnek, ha azt akarjuk, hogy az egészség meghatározóan ne károsodjon. Ilyen a magzati fejlődés folyamata és a szülés körülményei. Az Egészség Évtizede Népegészségügyi Program prioritásai közül, az egyik a mentális betegségek megelőzése. A mentális betegségeken belül további prioritást jelent a depresszió, és a szorongásos zavarok elleni küzdelem. Riasztó, de ismert tény, hogy a felnőtt lakosság közel fele, élete folyamán legalább egyszer átesik, súlyos tüneteket produkáló depresszión. Ez nőknél háromszor gyakoribb [181]. A szülést követő időszak pszichiátriai problémáit három fő kategóriába soroljuk [182].

- Szülést követő lehangoltság (Postpartum blues): a szülő nők 50-85%-nál jelentkezik a szülést követő 1 héten belül. Átmeneti állapot, kezelést nem, de a környezet fokozott odafigyelését igény.
- Szülés utáni (Postpartum/postnatalis) depresszió ('postnatal depression' továbbiakban: PND): 10-20% -os gyakoriságú, sokszor fel nem ismert állapot. Kezelés nélkül súlyos szövődményei is lehetnek. Korábbi szorongásos vagy depressziós probléma, vagy ennek előfordulása a családban növeli a kockázatát.
- Súlyos pszichiátriai zavar (Postpartum pszichózis): ritka (0,1- 0,2%), kezelés nélkül az anya és a gyermek élete is veszélybe kerülhet. 1000 szülő nőből egyet érint.

Az újdonsült kismamák szerepkonfliktusokkal is szembetalálhatják magukat. A szerepkonfliktus az egyén által betöltött különböző szerepek összeütközését jelenti, például amikor egy nő egyszerre próbál megküzdeni mind az anya-, mind a feleség, mind a barát-szereppel. Ezzel a konfliktussal stressz jár, mely tényezője a hangulati zavarok kialakulásának. Nagyobb a szülés utáni depresszió kialakulásának esélye, ha az anya nagyon fiatal, egyedülálló, házassági konfliktusai vannak, a terhesség előtt vagy alatt drogot fogyasztott, vagy dohányzott [183].

3. VÉDŐNŐI HÁLÓZAT-A VÁRANDÓSOK ÉS GYERMEKEK EGÉSZSÉGVÉDELMÉNEK SZOLGÁLATÁBAN

3.1 A Magyar Védőnői Szolgálat megalakulása, története, fejlődése

A Magyar Védőnői Szolgálat a világon szinte egyedülálló. A védőnő tevékenysége középpontjában az általa gondozott családok egészségvédelme, a betegségek kialakulásának megelőzése, valamint az egészségfejlesztés áll.

A védőnői szolgálat megalakulása több, mint 105 évvel ezelőttre nyúlik vissza. Az első világháború kitörésével, az amúgy is magas csecsemőhalálozási arányszám tovább romlott, csökkent a születések száma, számos járvány lépett fel. Az egyre rosszabbodó egészségügyi viszonyok ösztönözték a haladó gondolkodású politikusokat, orvosokat, hogy 1915. június 13-án Budapesten, az Újvárosháza közgyűlési termében az ünnepélyes alakuló ülést követően megalapítsák az Országos Stefánia Szövetséget, az anyák és a csecsemők védelmére, a kezdeményezők között volt Dr. Bárczy István, Budapest székesfőváros polgármestere és Dr. Madzsar József orvos, szociálpolitikus is. A szövetség névadását és védnökségét gróf Lónyai Elemérné Stefánia (a belga királyi családból származó) hercegasszony vállalta [184].

A századforduló Magyarországának társadalmi, gazdasági és demográfiai változásai hívták életre a védőnői hálózatot. Megalakulásakor a csecsemőhalandóság csökkentése és a nemzet számbeli erősítése volt a cél. A védelem alapelvei szerint az anya nem kerülhetett rosszabb gazdasági helyzetbe azért, mert új embernek adott életet. 1917. november 14-én kelt Ugron Gábor belügyminiszter 135.840 számú rendelete az "anya- és csecsemővédelmi intézmény szervezéséről", mellyel országos, kötelező hálózattá alakult a védőnői szolgálat. A szövetség megállapította, hogy a védelemnek fokozatosan az egész országra ki kell

terjednie és először a leginkább veszélyeztetett helyeken kell kezdeni a kiépítését. Hazánkban, dr. Tauffer Vilmos szülész az anyavédelem, dr. Bókay János és dr. Heim Pál gyermekgyógyász professzorok pedig a csecsemővédelem kialakítását támogatták, amelyben a főszerepet az elméletileg és gyakorlatilag képzett védőnőknek szánták. 1915 novemberétől kéthetes tanfolyam keretében elindult a Stefánia védőnőképzés, amely 1918-tól három hónapos, majd 1921-től egy éves képzési időt vett igénybe. A stefániás védőnők feladata volt a terhes és gyermekágyas anyák, valamint az újszülöttek, a csecsemők és hároméves korig a kisgyermekek gondozása a védőintézetekben és a családok otthonában [184]

1927-ben Johan Béla, az Országos Közegészségügyi Intézet igazgatója a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat keretein belül vidéken is megszervezte ezt az egészségvédő munkát. Megteremtette a közegészségügyi szakemberek presztízsét, mert tudta, hogy ez a közegészségügy társadalmi megítélésének a kulcsa. Bizonyítati kivánta, a Szolgálat megalakításával, hogy a népesség megfelelő egészségi állapotáról való gondoskodás egy modern állam legfontosabb kötelessége kell legyen. A szolgálatban tevékenykedői kívánó védőnők 1930-tól kezdődően kettős képesítésű képzésben részesültek, ápolónői és védőnői oklevelet kaptak. A kettős képzéssel az volt a cél, hogy az otthoni gondozás során az ápolással kapcsolatos problémák megoldására is reflektálni tudjanak a képzett védőnők [184]. A zöldkeresztes védőnők tevékenységi köre: anya-, csecsemő- és kisgyermekvédelem; óvoda- és iskola-egészségügyi munka; nemi betegségek és tuberkulózis elleni küzdelem; szegény betegek otthoni ápolásának megszervezése; és a szociális gondozás volt. 1927 és 1940 között a fentebb említett és létrejött szolgálatok egymás mellett párhuzamosan működtek, majd a Stefánia Szövetség beolvadt a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálatba. A Magyar Királyi Belügyminiszter 1941. január 1-jétől az anya- és csecsemővédelmet országosan az általános egészségvédelmi (zöldkeresztes) szolgálat feladatává tette, megszüntetve ezzel az Országos Stefánia Szövetséget. A Rendelet a budapesti intézményre nem vonatkozott. A Fővárosi Közgyűlés határozata Budapest területén az anya- és csecsemővédelmet – a Székesfővárosi Anya -, Csecsemő-, és Kisdedvédelmi Intézet keretébe utalta. Tevékenységét 1946. évig, az egészségügy államosításáig végezte.

A második világháborúban az egészségügyi intézmények is súlyos károkat szenvedtek. Az egészségvédelmi szolgálatok és az ott dolgozó védőnők száma is erősen megfogyatkozott. A háború befejezésével az egészségügyben is elkezdődött az újjáépítés időszaka. 1945-től az egészségügy irányítása a Népjóléti Minisztériumhoz tartozott, az egészségvédelmi munka újjászervezése az Országos Közegészségügyi Intézet (továbbiakban: OKI) feladata lett, a korábbi Zöldkeresztes rendszer alapján. Az igen nehéz körülmények ellenére már 1945 második félévében 364 egészségvédelmi körben 536 védőnővel megkezdődött a munka. A második világháború után egy új rendszer létrehozására került sor megalakult a Egészségvédelmi Szolgálat, amely állami keretek között működött és működik a mai napig. Szolgálati helyükre történő kinevezésüket a Népjóléti Minisztérium irányította. A védőnők feladata hasonló volt a zöldkeresztes egészségvédelemben végzett tevékenységekkel. 1950-ben megalakult az Egészségügyi Minisztérium (továbbiakban: EüM), amelynek feladata az egészségügy központi irányítása,

ellenőrzése volt, többek között a védőnői munka és a képzés is a felügyelete alá tartozott. 1950-ben megalakult az Egészségügyi Minisztérium, amelynek feladata az egészségügy központi irányítása, ellenőrzése volt, többek között a védőnői munka és a képzés is a felügyelete alá tartozott [184].

A körzeti védőnői munkáról 1961-ben miniszteri utasítás jelent meg. A védőnő feladata továbbra is a terhes anyák, a csecsemők, a kisgyermekek és az iskoláskorúak gondozása maradt. Az utasítás megszüntette a védőnő általános családgondozási feladatait. Kiemelt feladatként került meghatározásra többek között az „Anyák Iskolája" tanfolyam szervezése, az anyatejes táplálás népszerűsítése, a kötelező védőoltások fontosságának tudatosítása, a D-vitamin profilaxis, illetve a nevelőszülőkhöz kiadott kisgyermekek gondozásának fokozott figyelemmel kísérése. Az egészségügyi miniszter az 1973-ban kiadott körzeti védőnők szervezeti és működési szabályzatában rögzítette, hogy a védőnői tevékenység alapelve a megelőzés, módszere a gondozás. A védőnő feladatait családlátogatáskor, a terhes anyák munkahelyi látogatásakor, valamint általános és szaktanácsadáson teljesítette. A tanulók ellátását iskola-egészségügyi feladatai közben végezte. A védőnő az orvos beosztott munkatársa volt. A szakmai munka irányítása, segítése, ellenőrzése a vezető védőnő feladatai közé tartozott. 1975-ben a védőnői képzés során 3 éves képzésben részesültek a védőnőként dolgozni vágyók, erről rendelkezett a Minisztertanács 1046/1973.sz. határozata. 1989-től főiskolai szintre emelkedett, az orvosi egyetemek (Debreceni, Szegedi, Miskolci, és a Budapesti-Semmelweis Egyetem) Egészségtudományi Karain négyéves képzésben, diplomát adó képzésben részesítik a szakembereket.

3.2 A védőnői ellátás helye és szerepe az egészségügyi alapellátási munkában

A magyar védőnők képzettsége kiemelkedően magas fokú és feladata széles körű. Védőnők a gyógyító-megelőző ellátásban, preventív feladatokra képzett elsősorban az alapellátásban, mint területi védőnők és iskola-védőnők, valamint néhányan (országosan körülbelül 100 és 150 fő) a szakellátásban, mint kórházi védőnő és mint családvédelmi szolgálat munkatársa tevékenykednek.

A védőnő megtalálható területi védőnőként körzetben (védőnői tanácsadóban; orvosi rendelőben gyermekorvos és háziorvos mellett), alapfokú oktatási intézményben iskolavédőnőként, középfokú oktatási intézményben ifjúsági védőnőként. Vannak, akik fekvőbeteg intézetekben kórházi védőnőként (újszülött osztályon, gyermekosztályon) dolgoznak, vagy várandósgondozásban tevékenykednek. Védőnőként lehetőség van elhelyezkedni gyermekjóléti szolgálatnál is vagy családsegítő központban, illetve a képzettség bővítését követően gyámhivatalban. Mások - akik a versenyszférában szeretnének dolgozni - tápszerek, babakozmetikumok forgalmazásával foglalkozó cégek képviselőjeként (orvos- és patikalátogató) vállalhatnak munkát. Oktatóként (babamasszázs tanfolyam, szülésre felkészítő tanfolyam, csecsemőgondozás tanfolyam, babysitter-képzés, életmód tanácsadás, elsősegélynyújtó tanfolyam) is el tudnak helyezkedni a képzés befejezését követően [185].

3.2.1 Területi védőnő

A települési önkormányzatok - az egészségügyi alapellátás körében- gondoskodnak a védőnői ellátás biztosításáról. A területi védőnői ellátás feladatait a 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet szabályozza [186]. A területi védőnő kompetenciájába a várandósgondozás, csecsemőgondozás, nővédelem és számos más színtéren elátott prevenciós munka is szerepel, ezek közül a várandósgondozást külön rendelet szabályozza (33/1992. (XII. 23.) NM) [187]. Területi védőnői ellátást az egészségügyi főiskolai karon védőnői oklevelet szerzett vagy azzal egyenértékűnek elismert oklevéllel rendelkező védőnő (a továbbiakban: védőnő) nyújthat. A védőnő ellátási területe az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvényben [188] foglaltak szerint megállapított védőnői körzetre terjed ki. A védőnő, a védőnői szolgáltatás nem választható.
A területi védőnő főbb feladatai [189]:

- a várandós és gyermekágyas anyák gondozása;
- a gyermekek (0-6 éves korúak) gondozása;
- komplex családgondozás;
- a nővédelem.

3.2.2 Ifjúsági védőnő-Iskola védőnő

Az iskola-védőnői tevékenységet ellátók a 6-18 évesek, valamint a 18 év feletti, középfokú nappali rendszerű iskolai oktatásban résztvevők megelőző iskola-egészségügyi ellátásában vesznek részt. Az iskolában dolgozó védőnők közreműködnek az előírt orvosi vizsgálatok, szűrővizsgálatok, védőoltások szervezésében, elvégzik az általuk végezhető szűrővizsgálatokat, részt vesznek az iskolai helyiségek, és környezet, az étkeztetés higiénés ellenőrzésében. Fontos feladatuk a fokozott gondozást igénylők nyilvántartása, támogatása, állapotuk nyomon követése, továbbá az egészségnevelés, a pályaválasztás segítése, szükség esetén az elsősegélynyújtás. Feladatuk ellátásában szorosan együttműködnek az iskolát ellátó orvossal, a pedagógusokkal, a szülőkkel, a gyermekekkel és más illetékes szakemberekkel, civil szervezetekkel.
Az Ifjúsági védőnő-Iskola védőnő főbb feladatai:

- a gyermekek szűrése (tanulók egészségi állapota, alkalmassági vizsgálatok);
- közegészségügyi és járványügyi, illetve környezet-egészségügyi feladatok;
- részt vesz a nevelési-oktatási intézmény egészségnevelő tevékenységében
- sz.e. elsősegélynyújtás;

3.2.3 Kórházi védőnő

A kórházi védőnők jellemzően a szülészeteken, újszülött osztályokon dolgoznak és a várandós- és gyermekágyas anyák és a születés utáni újszülött gondozási feladatok ellátásában tevékenykednek. Az intézményi védőnői feladatokat felsőfokú védőnői végzettséggel rendelkező, az alapnyilvántartásban szereplő, működési regisztrációba felvett védőnő láthat el, mely a helyettesítésre is vonatkozik. Főállású védőnőt kell alkalmazni a 30 ágynál nagyobb, illetve 1500 szülést meghaladó szülészeti-nıgyógyászati osztályokon [190].
Kórházi védőnő főbb feladatai:

- a szoptatás- és csecsemőtáplálás segítése;
- az anya- és újszülöttjének hazabocsátásának előkészítése;
- a korai-agya-gyerek; szülő-csecsemő kapcsolat és kötődés kialakulásának segítése;
- postpartum depresszió felismerése, prevenciója;
- az gyermekágyas feladatok egészségnevelésében való részvétel.

3.2.4 Családvédelmi Szolgálat (CSVSZ) védőnő

A Családvédelmi Szolgálatok (továbbiakban: CSVSZ), felváltva a sokakban rossz emlékként élő abortusz bizottságokat, biztosítva az intimitást, a négyszemközti találkozást a válsághelyzetbe került nőkkel. Ezen szolgálatokban kezdték meg működésüket a védőnő végzettséggel rendelkező szakemberek az abortuszok számának csökkentése és a családtervezési ismeretek széleskörű átadása érdekében 1993. január 2-val – a magzatvédelemről szóló 1992. évi LXXIX törvény [191] valamint a 32/1992. (XII. 23.) NM rendelet [192] alapján végzi.
Családvédelmi Szolgálat (CSVSZ) védőnő főbb feladatai:

- tanácsadás, válsághelyzet esetén segítség a feloldásához;
- az oktatási intézményeken kívüli, a családtervezéssel kapcsolatos ismeretek terjesztése;
- segítségnyújtás a felelős életvezetést, a tudatos családtervezéshez;
- előadások, csoportfoglalkozások tartása (témakörök: családtervezési ismeretek, fogamzásgátlási módszerek és a gyermek vállalása esetén igénybe vehető állami és nem állami támogatások);
- szoros szakmai kapcsolatot szülész-nőgyógyász szakorvosokkal, a szülészeti-nőgyógyászati osztályok dolgozóival, a területi és iskola védőnőkkel;
- jó együttműködés kialakítása az önkormányzatok szociális osztályaival, a családsegítő szolgálatokkal, gyermekjóléti szolgálatokkal, Vöröskereszttel és különböző civil szervezetekkel.

3.2.5 A védőnői munka szakmai felügyelete

A Nemzeti Népegészségügyi Központ (továbbiakban: NNK) -Népegészségügyi Szakigazgatási Szerveiben dolgozó vezető védőnők végzik a védőnői munka szakmai felügyeletét. Feladatuk közreműködni a védőnői ellátás hatékony, az egészségtudomány mindenkori színvonalának megfelelő működésében, az egészségügyi ágazati jogszabályok érvényesülésének elősegítésében, a szakmai irányelvek, minőségi követelmények közvetítésében, és mindezek együttes megvalósításának ellenőrzésében és folyamatos nyomon követésében. A védőnői szolgálat szakfelügyeletét az országos, megyei (fővárosi), járási és városi (fővárosi kerületi) vezető védőnő látja el. Az országos vezető védőnő szakfelügyeli a megyei vezető védőnőt, a megyei vezető védőnő szakfelügyeli a járási vezető védőnőt és a megyében található fekvőbeteg intézmények (kórházak, klinikák) kórházi védőnőjét, valamint a családvédelmi szolgálatban dolgozó védőnőket, a járási vezető védőnő pedig szakfelügyeli a területi-, iskola védőnőket. Tehát a megyei és járási vezető védőnők a

védőnői munka szakfelügyeletét végzik a Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv szervezeti keretein belül, az országos vezető védőnő irányításával.

3.3 Védőnői várandósgondozás

A várandósgondozás célja a várandós nő egészségének megőrzése, a magzat egészséges fejlődésének és egészségesen történő megszületésének elősegítése, a veszélyeztetettség és a szövődmények megelőzése, illetve megfelelő időben történő felismerése, valamint a szülésre, a gyermek korai kötődésére, a szoptatásra és a csecsemőgondozásra való felkészítés. Az egészségügyi ellátórendszer egy igen fontos ellátási formája, a várandósgondozás, 2014. július 1-jétől megváltozott szabályozás szerint működik [193,194,195,196].

A várandósgondozás olyan komplex egészségügyi szolgáltatás, amely a védőnő, a háziorvos, a szülész-nőgyógyász szakorvos, a várandós választása esetén a szülésznő, valamint, a várandós együttműködésén alapul. Fontos ismertetni, hogy az egészségügyben dolgozó és a várandósgondozást végző szakemberek csupán felajánlják a szolgáltatást, és a gyermeket váró család dönt arról, hogy él-e a lehetőséggel és igénybe veszi-e, illetve hol melyik területen veszi igénybe az ellátást.

A várandósság tényét a szülész-nőgyógyász szakorvos állapítja meg. A várandósgondozás akkor kezdődik, amikor a szülész-nőgyógyász szakorvos a méhen belüli várandósságot megállapítja, a rizikó-besorolást elvégzi és erről a várandós részére igazolást ad. A várandósgondozás a szülés megindulásáig vagy a várandósság megszakadásáig tart.

- alacsony rizikójú várandósság esetén a szülész-nőgyógyász szakorvos vagy szülésznő,
- magas rizikójú várandósság esetén kizárólag a szülész-nőgyógyász szakorvos végzi a védőnő és a háziorvos együttműködésével.

3.3.1 Védőnő feladatai a várandósgondozás során

A méhen belüli várandósság megállapításáról szóló igazolás benyújtásával egyidejűleg a várandóst a lakóhelye vagy a tartózkodási helye szerint területileg illetékes védőnő gondozásba veszi. Ennek keretében:

- kiállítja és kiadja a várandósgondozási könyvet,
- nyilvántartásba veszi a várandóst a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet (a továbbiakban: területi védőnői rendelet) 7. számú melléklete szerinti Várandós nyilvántartó és Várandós anya törzslapja dokumentumok vezetésével,
- elvégzi a 2. melléklet 1. pontja alapján a szükséges vizsgálatokat és azokat a várandósgondozási könyvben dokumentálja,
- tájékoztatást nyújt a várandós részére a várandósgondozás folyamatáról, a kötelező vizsgálatokról, az őt a várandóssága okán megillető szociális kedvezményekről, a kedvezményeket biztosító intézményekről, szervezetekről, szükség szerint a munkavédelemről szóló törvény várandósokra vonatkozó előírásairól,

- tájékoztatja a várandóst a várandósság alatt követendő egészséges életmódról, különös tekintettel a dohányzás, az alkohol- és kábítószer fogyasztás várandósságra gyakorolt káros következményeiről,
- szükség szerint tájékoztatja a várandóst a dohányzásról, az alkohol- és kábítószer fogyasztásról történő leszokást támogató programokról és alkalmazza a minimális intervenció szakmai irányelvben foglalt módszerét,
- tájékozódik a várandós szociális, családi és munkakörülményeiről, valamint
- rögzíti a várandósgondozási könyvben az igazolás vagy az annak alapját képező szakorvosi lelet alapján a várandóssági hét meghatározását és a rizikó-besorolást, és a várandós gondozására területi ellátási kötelezettséggel rendelkező egészségügyi szolgáltató nevét, címét.
- a védőnő a várandósgondozási könyvben és az általa vezetett dokumentumokban rögzíti, hogy az előírt, kötelező vizsgálatokról szóló tájékoztatást a várandósnak megadta. A várandós aláírásával igazolja, hogy a tájékoztatást megkapta.
- vezeti a várandósok nyilvántartását, egészségügyi dokumentációját és gondozási tervet készít,
- a területi védőnői rendelet szerint családlátogatást végez,
- saját megállapításait rögzíti a várandósgondozási könyv megfelelő rovataiban,
- szükség esetén járóbeteg-szakellátás vagy fekvőbeteg-szakellátás igénybevételét kezdeményezi,
- igény és lehetőség szerint szervezi a várandós szülésre felkészítő tanfolyamon való részvételét és szülésre felkészítő tanfolyamot tart,
- kiemelt figyelmet fordít a szoptatás szorgalmazására és tájékoztatja a várandóst arról, hogy ha a szoptatással kapcsolatban nehézségek lépnének fel, kitől kaphat segítséget,
- felkészíti a várandóst a szülésre, az újszülött fogadására,
- felhívja a várandós figyelmét az újszülött kori kötelező szűrővizsgálatokra és a szülők ezzel kapcsolatos felelősségére, valamint
- kiadja az anyasági támogatás igénybevételéhez szükséges igazolást.

A védőnő a gondozás során tudomására jutott mindazon körülményekről tájékoztatja a felelős személyt, amelyek befolyásolhatják a magzat egészséges fejlődését. A védőnő a várandósság 34. hetéig rögzíti a várandósgondozási könyvben a várandós nyilatkozata alapján a várandós által választani tervezett házi gyermekorvos vagy a gyermekellátást végző háziorvos (a továbbiakban együtt: házi gyermekorvos) nevét és elérhetőségét. Ha a várandós a 34. hétig nem választ házi gyermekorvost vagy választásáról nem nyilatkozik, a védőnő az illetékes, területi ellátási kötelezettséget vállalt házi gyermekorvos nevét és elérhetőségét rögzíti a várandósgondozási könyvben.

A várandós anyák korai gondozásba vétele és gondozása kiemelt jelentőségű a területi védőnői munkában. A területi védőnő alapfeladata az elsődleges prevenció, melynek fundamentumát az áldott állapotban lévő nő egészségének megőrzése, a magzat egészséges fejlődésének és egészségesen születésének elősegítése, a veszélyeztetettség és a

szövődmények megelőzése, illetve megfelelő időben történő felismerése, ezen túl a szülésre, a szoptatásra és a csecsemőgondozásra való felkészítés adja.

A modern társadalom igénye a várandós nők és a magzatok egészségi állapotának megóvására, az egészséges utódok világra segítése fokozatosan nő, így a terhesgondozás szakmai színvonalának, minőségének emelése és szinten tartása alapvető követelménye a modern szülészeti-nőgyógyászati gyakorlatnak. Habár a szakemberek mindent megtesznek ezen követelmények teljesítésének, mégis a legtöbbet a várandós édesanya tehet annak érdekében, hogy egészséges újszülöttet hozzon a világra. Az életmóddal összefüggő tényezők általában az egészségre ártalmas szokások (pl. dohányzás, alkohol-és drogfogyasztás, egészségtelen táplálkozás) révén vezetnek a betegségek kialakulásához, amelyek együttes előfordulása a veszélyeztetettség mértékét megsokszorrozza. A kora gyermekkori egészségi állapotot döntően befolyásolja a várandós egészségi állapota, mely elsősorban függ az életviteltől, táplálkozástól, káros szenvedélyektől, ezen belül is legfőképp a dohányzástól. Az idő előtti szüléshez gyakran jól azonosítható anyai és magzati kórképek vezetnek. Amennyiben az idő előtti szüléshez nem az anyai, vagy az újszülött fennálló betegsége vezet, leggyakrabban a dohányzás a lgfőbb kiváltó további okok egyik. Egyéb szocioökonómiai háttér is felfedezhető, mint az alkohol, a táplálkozás, vagy éppen a családi háttér és életkörülmények tehetők felelőssé, amelyek előidézhetik a koraszülés és növelik annak gyakorisági előfordulását. A dohányzó várandós veszélyezteti saját és a születendő gyermeke egészségét. A várandós időszak alatti dohányzás következményeként gyakoribb a magzati halálozás, vetélés, koraszülés, és a szülés körüli halálozás. Regionálisan a legmagasabb a dohányos terhesek aránya Észak-Magyarországon [7, 197]. A 2006 és 2008 között készült hazai kutatás [104] adatai alátámasztották azt a rég ismert tényt, hogy a várandós nő dohányzása negatívan befolyásolja a születési súlyt és a testi fejlettséget. Ezért is létfontosságú a védőnők egészségnevelő munkája, hisz ezen indikátorok pozitív irányba történő elmozdítása fő célkitűzés kell, hogy legyen, nemzetstratégiai szinten is.

Napjainkban Magyarországon, a várandósgondozás területén számos átalakulás is bekövetkezett, ami magában foglalja az anyai és magzati veszélyállapotok korai szűrésének és felismerésének [198], valamint a szövődményes terhességek kezelésének új szemléletmódját [199 és több korszerű vizsgálati eljárás és módszer gyakorlati alkalmazását.

Nehéz olyan mutatót, indikátort megnevezni, amely egyértelműen, objektíven a védőnői ellátás eredményességét méri. A védőnői tevékenység eredményessége jellemzően hosszú távon és populációs szinten mérhető és értékelhető, melynek egyik fontos tényezője a gondozott személyek, pl. a gyermekek egészségi állapotának alakulása. A várandósgondozás eredményességének mérésére különböző indikátorok felállításával van lehetőség, melyet a Védőnői Szakmai Kollégium dolgozott ki 2010-ben [200].

3.4 Védőnői csecsemőgondozás

A kötelező egészségbiztosítás keretében jogszabály írja elő és szakmai irányelvek segítik az életkorhoz kötött orvosi és védőnői vizsgálatok és kiegészítő szűrővizsgálatok elvégzését csecsemőkorban. A csecsemőgondozás a területi védőnői kompetenciakörébe tartozó feladat, melyet a területi védőnői ellátás feladatait szabályozó 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet [186] részletezi.

Csecsemőkornak azaz csecsemőnek nevezünk minden megszületett gyermeket az első életévének betöltéséig, azaz 0 és 12 hónapos vagy a 0 és 52 hetes kora közötti időszakban [201] A hónapok/hetek használata esetében célszerű pontosítani, hogy megkezdett vagy betöltött hónapról/hétről van-e szó. A csecsemőkoron belül újszülöttnek nevezzük -az orvosi szövegkörnyezetben- azokat a csecsemőket, akik egy hónaposnál nem idősebbek, azaz a születéstől és a betöltött 4 hetes korig tartó életszakaszt. A védőnői gondozásban azonban újszülöttkornak a születéstől a hatodik hét végéig terjedő időszakot tekintjük. A védőnői gyermekgondozás az újszülött kortól a tanulói jogviszony megkezdéséig tart, így beleértve a fent említett életszakaszokat is.

3.4.1 Védőnő feladatai az újszülött és csecsemgondozás során

- a csecsemő törvényes képviselőjével előzetesen egyeztetett gondozási terv alapján a családlátogatás, védőnői tanácsadás keretében célzott és szükséglet szerinti gondozás végez, továbbá a harmonikus szülő-gyermek kapcsolat kialakulását, a csecsemő nevelésének és szocializációjának segítését, valamint a fejlődéséhez igazodóan az egészséges életmódhoz szükséges ismereteket átadja;
- az újszülöttek, a koraszülöttek, a kissúllyal születettek, valamint az egészségi és környezeti ok miatt fokozottan gondozott vagy már jelzést igénylő veszélyeztetett csecsemők pszichoszomatikus fejlődését fokozott figyelemmel kíséri és segíti;
- a szoptatást és az anyatejes táplálást fokozott figyelemmel kíséri, az anyatejjel való táplálást ösztönzi -különösen a születés utáni első 6 hónapban-, az anyát tanítja a szoptatás helyes technikájára, a tejelválasztás fokozására és fenntartásának módjaira;
- ellenőrzi a 0-4 napos életkorban elvégzendő szűrővizsgálatok meglét, tájékoztatja a csecsemő törvényes képviselőjét az életkorhoz kötött - külön jogszabályban meghatározott [202,186] - kötelező vizsgálatokról. Az észlelt eltérésről/eltérésekről írásban értesíti a csecsemő házi gyermekorvosát, illetve a háziorvosát;
    - a jogszabály által meghatározott szűrővizsgálatok szervezése és végzése:
        - 1, 2, 3, 4 és 6, 9 hónapos korban:

          – pszichomotoros és mentális fejlődés vizsgálata,
          – érzékszervek működésének vizsgálata (látás, kancsalság, hallás);
          -rizikószűrés a hazaadást követően 1 hónapon belül és az életkörülményekben történő egészségi, környezeti változás esetén,
        - 1 éves életkorban:

          – testmagasság (hossz), testtömeg,
          – mellkörfogat mérése, fejkörfogat mérése (szükség szerint),
          – a fejlődés és tápláltsági állapot értékelése,
          – pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés vizsgálata,
          – érzékszervek működésének vizsgálata (látás, kancsalság, hallás) és beszédfejlődés vizsgálata,
          – mozgásszervek/mozgásfejlődés vizsgálata;

- a csecsemő fejlődését veszélyeztető tényező/k észlelésekor a háziorvos, illetve a gyermekjóléti szolgálat munkatársait haladéktalanul értesíti, a veszélyeztetett gyermek és családjának szükség szerinti fokozott gondozásba vételét kezdeményezi;
- a család felkészíti a beteg csecsemő otthoni ápolására és az ezzel kapcsolatos teendőkre;
- az egészségi ok miatt fokozott gondozást igénylő, a krónikus beteg, a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény 4. §-ának a) pontja szerinti [203] fogyatékossággal élő csecsemő és családja életvezetéséhez segítséget és tanácsadást nyújt együttműködve a háziorvossal és szükség esetén más illetékes szakemberekkel;
- a családokat tájékoztatja az életkorhoz kötött védőoltások fontosságáról, a védőoltásokat szervezi; nyilvántartást, jelentést készít [204];
- családgondozás keretében a gondozott családban előforduló egészségi, mentális és környezeti veszélyeztetettség megelőzése, felismerése érdekében segítséget nyújt a helyes életvitelhez, a harmonikus, szerető családi környezet kialakításához;
- szükség esetén soron kívüli családlátogatás végez;
- a család- és gyermekjóléti szolgálat, a fővárosi és megyei kormányhivatal népegészségügyi feladatkörében eljáró járási (fővárosi kerületi) hivatala és a háziorvos, házi gyermekorvos írásos értesítése, ha a cselekvőképes vagy cselekvőképtelen kiskorú gondozója és törvényes képviselője a védőnővel nem működik együtt a fentebb említett pontban meghatározott feladatok ellátása sorá;, illetve hatósági eljárást kezdeményez a csecsemő bántalmazása, súlyos elhanyagolása, vagy egyéb súlyos veszélyeztető ok fennállása esetén;
- tájékoztatást nyújt az állami, civil karitatív családtámogatási formákról és lehetőségekről;
- tájékoztatást nyújt a csecsemő jogairól, az egészségügyi ellátáshoz való jogairól és a törvényes képviselő ez irányú feladatairól, kötelezettségeiről;
- a gyermekvédelemmel kapcsolatos tevékenységéről évente írásos tájékoztatót készít az illetékes gyermekjóléti szolgáltató számára, és másolatát megküldi a szakfelügyeletet ellátó vezető védőnő részére;
- részt vesz a gyermekjóléti szolgálat éves tanácskozásán, eseti megbeszélésein;
- szükség esetén, felkérésre - illetékességi körén kívüli körzetben - eseti gyámságot lát el;

Csecsemő-, gyermek-, ifjúsági tanácsadást, teljes munkaidő (40 óra/hét) esetén legalább heti 1 alkalommal, minimum 2 órában, egyéb esetben a munkaidő arányában végzi. Ha a minimálisan meghatározott tanácsadási idő nem elegendő a feladat ellátására, a tanácsadási idő növelésére a szakmai felügyelet véleményét figyelembe kell venni. A területi védőnő által kötelezően felajánlott családlátogatások gyakorisága újszülött és csecsemőgondozás során az alábbiak szerint történik:

- újszülött (0-6 hét): az első látogatás időpontja a hazaadást követő 48 órán belül - szombat, vasárnap vagy munkaszüneti nap esetében az azt követő első munkanap -, majd ezt követően az első 6 hétben legalább hetente.
- csecsemő (6 hét-1 éves kor): havonta, fokozott gondozást igénylők esetében havonta és szükség szerint.
- A védőnő a fentebb részletezett feladatokat a fenntartó/tulajdonos által biztosított tanácsadó helyiségben (a továbbiakban: tanácsadó) és a családok otthonában végzi.

4. A KUTATÁS CÉLJA, KUTATÁSI KÉRDÉSEK, A VIZSGÁLAT HIPOTÉZISEI

A kutatás átfogó célja

A disszertáció a hazai alapellátás keretében, az 1997 és 2019 közötti időszakban gyűjtött és évente közzétett védőnői jelentésekből származó, a várandós nőkre és újszülöttekre, valamint csecsemőkre vonatkozó legfontosabb országos adatok időbeni változásának leíró vizsgálatát, a területi egyenlőtlenségek és különbségek mértékének feltérképezését és azok összefüggésének elemzését és magyarázatát tűzte ki célul.

Kutatási kérdések

1. Tapasztalható-e, regionális/megyei eltérés a vizsgált paraméterek vonatkozásában hazánkban, ha igen, milyen mértékű.
2. A hosszú idősoros elemzések alapján van-e változás a vizsgált mutatók területi, földrajzi összefüggéseiben.
3. Érvényesül-e összefüggés az újszülöttek és a felnőtt lakosság egészségi állapot területi egyenlőtlenségei között.
4. Van-e, összefüggés a várandósok egészségét meghatározó magatartás mutatók és a csecsemők születéskörüli állapotbeli adatai között.

Vizsgálat hipotézisei

1. Feltételezem, hogy a vizsgált években (1997 és 2019 közötti időszak) a várandósok egészségi állapotát tükröző országos adatok arányszámaiban bekövetkező pozitív változás ellenére a regionális különbségek megmaradtak az elmúlt évtizedben a várandósgondozás területén bekövetkezett jelentős fejlesztések mellett is.
2. Feltételezem, hogy az alacsonyabb iskolázottsági, és magasabb munkanélküliségi rátával rendelkező megyékben a védőnő által környezeti ok miatt fokozottan gondozott várandósok és csecsemők száma szignifikánsan magasabb a többi megye átlagarányszámaihoz viszonyítva és a megyék közötti különbség mértéke növekedett az elemzési időszakban.
3. Feltételezem, hogy a koraszülöttség arányszáma jelentősen eltér az ország megyéiben az adott évi országos viszonyszámokhoz képest, elsősorban azokban a megyékben magasabb, ahol a lakosság általános egészségi állapot mutatója (születéskor várható átlagos élettartam) rossznak vagy nagyon rossznak mondható, a feltételezés hátterében az áll, hogy a koraszülöttség alakulásában visszatükröződik a népesség általános egészségi állapotbéli eltérése (hivatkozva a Barker-teóriára).
4. Feltételezem, hogy a dohányzó várandósok száma, valamint a későn várandósgondozásba kerültek száma összefüggést mutat a koraszülöttek számával, valamint a csecsemők egy éves korban mért igen alacsony (3 alatti) és alacsony testtömeg percentilis (3 és 10 közötti) értékével.

5. A KUTATÁS MÓDSZERTANA

5.1 Az adatok forrása

A Magyarországon dolgozó közel négyezer területi védőnő mindegyike jogszabály szerint [204] központilag meghatározott [205], évente összesen 134 adatot jelent [206,207] az ágazati informatikai rendszerben, ebből 121 adatot havi rendszerességgel [208]. A területi védőnői adatszolgáltatás statisztikai céllal történik. Az éves jelentésekbe minden újonnan védőnői gondozásba vett várandós anya, valamint minden újonnan gondozásba vett újszülött adatai, valamint a folyamatos gondozás alatt álló 0-6 éves gyermekek adatai bekerülnek. 1997 és 2005 között a területi védőnői adatok gyűjtéséért, nyilvánosságra hozataláért a Központi Statisztikai Hivatal volt a felelős, feldolgozásuk után az intézmény papír alapon évkönyvekbe jelentette meg. 2006-tól 2011-ig az Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ (továbbiakban: OSzMK), 2012-től a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (továbbiakban: GYEMSZI) gyűjtötte; az adatok az egészségügyi statisztikai évkönyvekben nyomtatott formában, illetve 2006 és 2014 között az OSZMK, jelenleg a GYEMSZI honlapján (Országos Kórház Főigazgatói, továbbiakban: OKFŐ jogutódlás) elektronikus formában is nyilvános közlésre kerültek [209], majd később az Állami Egészségügyi Ellátó Központ [20] látta el ezt a feladatot. 2015-től az adatok gyűjtéséért és a nyers adatok közzétételéért az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (továbbiakban: OTH) jelenleg NNK (Nemzeti Népegészségügyi Központ, továnniakban NNK jogutódlás) Védőnői Módszertani Osztály (továbbiakban: VMO) a felelős. Jelenleg (2015-től) a védőnői jelentésekben foglaltak, a Gyermek-alapellátási Információs Portál honlapján, elektronikus formában kerülnek nyilvános közlésre. Az adatok tizenkilenc megyéből és a fővárosból (Budapest) érkező védőnői jelentésekből származnak.

5.2 Az adatgyűjtés módszertana, időtartama

A kutatási adatbázis a területi védőnői jelentések tábláiból készült. Az adattáblákat az 1997 és 2019 közötti esztendők védőnői jelentéseire vontakoznak. Az 1997 és 2005 közötti éves jelentések adattábláit a Központi Statisztikai Hivatal Népesedési és Szociális Védelmi Statisztikai Főosztály, hivatalos megkérés után (melléklet/Adatkérő levél és válaszlevél) bocsájtotta feldolgozás céljából rendelkezésemre, 4600-153/1/2011 iktatószámú levél csatományaként 2011 márciusában. Ezen adattáblák egy részét, az 1997 és 2000 közötti jelentéseket, Microsoft Office Word míg a további öt év adatát már Microsoft Office Excel formátumban is biztosította az Osztály számomra. 2010 augusztusában első ízben vált nyilvánosan elérhetővé, online Microsoft Office Excel formátumban a 2006, 2007 és 2008. évre vonatkozó adattáblák. Ezen táblák letöltése után megkezdődött az évente közölt adatok összefűzése és az idősoros adatelemzéshez szükséges adattábla elkészítése. Az adatelemzéshez szükséges adattábla első körös munkafolyamata 2010 szeptemberétől 2010 december haváig tartott. Ezen idő alatt nemcsak az adatábla összefésülése, de a több körös adatellenőrzés és karbantartás is megtörtént.

A 2011 tavaszán a korábban véglegesített adatbázis második lépésben további évekkel történő feltöltésére 2011 április és 2011 augusztus közötti időszakban került sor. Ekkor újabb évvekkel (1997- től 2012-ig bezárólag) egészült ki az elemzésre szánt adatbázis.

Harmadik lépésként 2020 április és 2020 december között kerültek az adatbázisba szerkesztve az újabb elérhető éves adattáblák (2013-tól 2019-ig bezárólag), és az adatbázis optimalizálási feladatai is megtörténtek. Az adatbázis elkészítésének minden nemű feladatát - az adatok megkérését és/vagy letöltését követően, az adatbázis összefűzését, preparálási, tisztítási, kódszótár készítési, több körös ellenőrzési folyamatait- az értekezés szerzője végezte. Az adatbázis elemzése előtt a jelentésekben fellelhető számszaki hibák [20] korrigálását követően került sor az elemzésre. Az adattáblák több, mint 10 éves folyamatos karbantartása és megyei bontású preparációja lehetőséget teremt/teremtett arra, hogy az elemzett két évtizedben górcső alá vett indikátorokban mutatkozó, a hazai térségi egyenlőtlenségek és azok időbeli változásai kirajzolódjanak.

Adattáblák és az adatbázis nagysága

Az adatbázis és az ezzel járó munkafolyamat nagyságát leginkább a benne szereplő adattartalom nagysága szemlélteti. Az adattábla 134 féle tartalomra szolgáltat számszerű adatot, mindezt régiós és megyei bontásban. A vizsgált 23 évre (1997-2019) vetítve összesen 23 word és/vagy Excel dokumentumot, évente 11 adattáblát, mindösszesen 253 adattábla összefűzését, szerkesztését és ellenőrzését, valamint a folyamatos karbantartását jelentette.

Az elkészített kutatási adatbázis összefűzött és preparált adatai jelenleg mindösszesen 56776 adatponton szolgáltatnak adatot, mely adatbázis minden az elmúlt 23 évben védőnői gondozásba került várandós és gyermekegészségi állapotot tükröző, valamint a védőnői gondozás mennyiségi és minőségi munkáját szemléltető adatokat magába foglalja, így tehát elmondható, hogy teljeskörű az érintett csoportokra és a védőnői ellátásra vonatkozóan az 1997 és 2019 közötti időszakban.

A vizsgálat típusa

Rétegzett, leíró, hosszú idősoros (longitudinális) vizsgálat régiónként és megyénként a várandósok, újszülöttek és csecsemők legfontosabb egészségproblémáiról és egészségkockázati tényezőiről és azok összefüggéseiről.

5.3 Vizsgált adatok köre, elemzett indikátorok

A 2019. évben 131 db indikátor került jelentésre a területen dolgozó védőnők által, de az indikátorok száma a korábbi években, 1997 és 2019 között is meghaladta a százat. A területi védőnői éves jelentések adatai 4 nagy csoportba sorolhatóak: várandósok; gyermekek (újszülött, csecsemő, kisded, gyermek); védőnői ellátás; védőnői állás.

Prenatális kor

Az adatok közül 16 db vonatkozik a várandós és szült anyákra, melyekből az alább felsoroltak kerültek elemezésre az 1997 és 2019 közötti évekre vonatkozóan:

Várandósok és szült anyák egészségi állapota

1. az év folyamán nyilvántartott várandós anyák száma /aránya/ megyei, régiós bontásban,

2. szült anyák száma /aránya /megyei, régiós bontásban,
3. fokozott gondozást igénylő várandósok* száma /aránya/ az év folyamán nyilvántartott várandós anyák számához viszonyítva megyei és régiós bontásban,
    A. fokozott gondozást igénylő várandósok közül egészségi ok miatt gondozott várandósok száma /aránya/ megyei és régiós bontásban,
    B. fokozott gondozást igénylő várandósok közül környezeti ok miatt gondozott várandósok száma /aránya/ megyei és régiós bontásban,
    C. fokozott gondozást igénylő várandósok közül egészségi és környezeti ok (mindkét ok együttesen) miatt gondozott várandósok száma /aránya/ megyei és régiós bontásban,
4. dohányzó várandósok száma /aránya/ az év folyamán nyilvántartott várandós anyák számához viszonyítva megyei és régiós bontásban,

Várandósgondozás minősége

5. gondozásban nem részesült, de szült anyák /száma/ aránya megyei, régiós bontásban,
6. időben (12. gesztációs hétig) gondozásba került várandósok száma /aránya/ az év folyamán újonnan nyilvántartásba vett gondozott várandósok számhoz viszonyítva megyei és régiós bontásban
7. későn/késve (13.-28. gesztációs hét között) gondozásba került várandósok száma /aránya/ az év folyamán újonnan nyilvántartásba vett gondozott várandósok számhoz viszonyítva megyei és régiós bontásban.
8. igen későn (28. gesztációs hét után) gondozásba került várandósok száma /aránya/ az év folyamán újonnan nyilvántartásba vett gondozott várandósok számhoz viszonyítva megyei és régiós bontásban.
9. védőnői tanácsadáson megjelent várandós
10. védőnői várandóslátogatás
11. védőnői gyermekágyas látogatás

Perinatális kor

Az indikátorok közül 38 db vonatkozik az adott évben született (újszülöttek) vagy nyilvántartott csecsemőkorúakra (0-11 hó), melyekből az alább felsoroltak kerültek elemzésre az 1997 és 2019 közötti évekre vonatkozóan:

Újszlött indikátorok

1. az év folyamán nyilvántartott újszülöttek száma /aránya/ megyei és régiós bontásban,
2. az év folyamán született csecsemők közül koraszülöttek megoszlása megyénként és régiós bontásban
3. az év folyamán született csecsemők közül intrauterin retardáltak aránya megyei és régiós bontásban,
4. az év folyamán született csecsemők közül fejlődési rendellenességgel születettek aránya megyei és régiós bontásban,

*fokozott gondozást igénylő várandós: akinek várandóssága ideje alatt valamilyen őt és magzatát veszélyeztető korábbi (várandósság előtti) és/vagy áldott állapotában is fennálló egészségi, környezeti, vagy együttesen mindkét ok fennáll.

Újszülöttgondozás minősége

5. védőnő által végzett újszülöttlátogatás

Posztnatális kor

Csecsemő indikátorok

1. 0-11 hónapos nyilvántartott csecsemők aránya megyei és régiós bontásban
2. fokozottan gondozott 0-11 hónapos csecsemők aránya megyei és régiós bontásban
   A. fokozott gondozást igénylő csecsemők közül egészségi ok miatt gondozottak száma /aránya/ megyei és régiós bontásban,
   B. fokozott gondozást igénylő csecsemők közül környezeti ok miatt gondozottak száma /aránya/ megyei és régiós bontásban,
   C. fokozott gondozást igénylő csecsemők közül egészségi és környezeti ok (mindkét ok együttesen) miatt gondozottak száma /aránya/ megyei és régiós bontásban,
3. 1 éves korban szűrt csecsemők
4. mozgás, beszéd, mentális-szociális elváltozás
5. alacsony tápláltsági állapot

Csecsemők táplálására vonatkozó indikátorok

6. születéstől 4 hónapos kizárólag női tejet kapó csecsemők száma /aránya/ megyei és régiós bontásban,
7. születéstől 6 hónapos kizárólag női tejet kapó csecsemők száma /aránya/ megyei és régiós bontásban,
8. 12 hónapos korban még anyatejet kapó csecsemők száma /aránya/ megyei és régiós bontásban.

Csecsemőgondozás minősége

1. védőnői tanácsadáson csecsemőmegjelés
2. védőnői csecsemőlátogatás
3. betöltetlen területi védőnői álláshelyek

5.4 Adatok elemzése, alkamazott statisztikai módszerek

A rendszerint évente 11 Microsoft Excel munkalapon közölt adatokat egyetlen táblázatba való illesztést és ellenőrzést követően került sor a vizsgált indikátorok elemzésére Microsoft Office Excel 2017 és Data Analysis and Statistical Software 13.0 (továbbikban: $STATA_{13.0}$) programcsomagok segítségével. A programok alkalmazásának segítségével éves megyei, valamint országos leíró elemzéshez arányszámokat, átlagok, viszonyszámok kerültek számításra. A megyei adatokat az időbeni trend bemutatása, valamint az adott évi országos átlaggal való eltérés összehasonlítása céljából, matrix formátumú táblázatokba rendezve kerülnek bemutatásra. A 23 éves országos és megyei átlagarányszámok, az átlag hibájának (továbbiakban: SD) figyelembevételével számított megbíthatósági tartomnyok (MT) feltüntetésével, ábrák formájában kerültek a megértés segítését célozva szemléltetésre.

$STATA_{13.0}$ programcsomag segítségével két mintás t próba került alkalmazásra egyes indikátorok esetében a kiválasztott ref. év (többségében 1997. év) országos átlaga és a többi év országos átlaga közötti eltérések statisztikai bizonyítására, ahol $\alpha<0,05$ esetén

tartottuk szignifikánsnak az eltérést. A 23 éves megyei átlagarányszámok és a p-értékek mátrix táblázatba kerültek feltüntetésre a könnyebb érthetőséget segítve.

Az összefüggés vizsgálat elemzéséhez használt magyarázó és a kimeneti változók kiválasztását követően, egyváltozós Poisson regresszió számítás került alkalmazásra $STATA_{13.0}$ programcsomag segítségével, amellyel a különböző mutatók egymásra való hatását vizsgálam. Elemeztem továbbá, hogy milyen irányú a hatásmagyarázó egységnyi emelkedése, kivált-e csökkenést vagy növekedést a kimeneti változóban. Eredményeimet akkor tekintettem szignifikánsnak, ha az adott statisztikai eljárásból származó p-értékek kisebb volt, mint 0,05. Az eredményeket bemutató táblázatokban a kimeneti és magyarázó változókon túl, jelölésre kerültek a regressziós együtthatók, azaz a meredekség (b), a megbízhatósági tartományok, a vizsgálat erősségének mutatószám (R^2), valamint a szignifikancia szintet jelölő p-értékek (p).

5.5 A vizsgálat és az adatelemzés korlátai*

A védőnők a havi jelentéseket az OSZIR/eFORM (https://www.antsz.hu/oszir/eFORM_2018) weboldalán található jelszóval és felhasználónévvel védett web felületen tárolt nyomtatványon keresztül töltik ki. Maga a nyomtatvány és annak kitöltése érthető, de a beírandó adatok összesítése és számolása kissé időigényes és nagyon pontos előzetes dokumentációt igényel.

A legtöbb országban gyűjtik a várandósokra és csecsemőkre vonatkozó legfontosabb egészségi állapotot tükröző adatokat. Ezek ellenére nincsenek egységesen használt fogalmak, módszerek, illetve nem létezik egy egész Európára érvényes adatgyűjtési rendszer sem, így a védőnői jelentésekben szereplő adatok Európai szintű összehasonlítása a szakmai hungarikumai miatt is nehézkes. Magyarországon jelen adatot a védőnők az 1997-es esztendő óta az anya-csecsemő páros kórházból való hazatérése után rögzítik.

További probléma, hogy az anyák sokszor az általuk vélt elvárásokhoz igazodnak, így előfordulhat, hogy az adatok közlésekor nem tesznek említést például az anyatej melletti folyadékkiegészítésről [210], mely az adatok validitásának és így a pontosságának jelentős befolyásoló tényezője.

A védőnői jelentésben fontos mérföldkőnek tekinthető a 2004-es esztendő, hiszen ekkor szigorodtak az adatfelvételére vonatkozó szabályok, pl: a korábbiakkal ellentétben ettől kezdve már nem tekintendők kizárólag szoptatott csecsemőknek azok, akik tea- vagy gyümölcslépótlást is kaptak. E változás hatása a kizárólag anyatejjel táplált csecsemők arányának csökkenésében mutatkozott meg jelentős csökkenés. További fordulópont volt 2009, amikor a védőnők éves adatszolgáltatási kötelezettsége a 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet értelmében [186] ütemezett, havi adatjelentésekre módosult [211]. Az ennek bevezetését követő első pár évben az éves jelentések nyers adatait az összesített havi értékek adták, és nem a göngyölített értékek [20]. Ezért a kutatási adatainkat eszerint kellett korrigálnunk az átlag- és prevalenciaszámítások előtt.

---

*Az értekezés fejezetének alapjául szolgáló szerzői közlemények:
1.**Moravcsik-Kornyicki Á**, Daragó L, Kósa K. Egészségügyi adatok minőségbiztosítása: jogszabályi kötelezettség vagy eszköz a társadalmi fejlődés elősegítésére.? DEMOGRÁFIA. 2014;57:(2-3) 213-225.
2. **Moravcsik-Kornyicki, Ágota**; R., Fedor Anita. A csecsemőkori anyatejes táplálás időbeli alakulása és térségi egyenlőtlenségei. STATISZTIKAI SZEMLE, 99 (8), pp. 759-782. 24 p (2021)

A védőnői jelentések az érintett területek/lakosok egyéni társadalmi, gazdasági, demográfiai, illetve egyéb egészségügyi adataira vonatkozóan nem szolgáltatnak információt. Így azok az elemzett adatok (gyakoriságok, arányok) hátterében álló, korábban már részletezett ok-okozati összefüggések feltárására nem alkalmasak; viszont összevethetők más adatforrásokból gyűjtött, területi statisztikai adatokkal.

Számszaki hibák*

A védőnők által nyilvántartott várandós nők száma 1997 és 2008 között egyetlen évben sem csökkent 143 ezer alá, és nem haladta meg a 169 ezret. 2009-ben azonban a rendelkezésre álló adatok szerint drámai emelkedés következett be: a várandósok 2008-ban észlelt száma a következő évben több mint négyszeresére emelkedett, de ezt nem követte a tanácsadáson való megjelenések és azon nők számának emelkedése, akik megszülték gyermeküket. Ugyanezen adatforrás alapján arra a következtetésre juthatunk, hogy a 7 éven aluli gyermekek számában több mint 12-szeres emelkedés következett be 2005-ről 2006-ra. A védőnői ellátásban részesülő családok száma a nyilvántartás szerint a 2005. évben jelentetthez képest 2009-re több mint 9-szeresére emelkedett. A gondozott családokban észlelt gyermek-elhanyagolás 1997-től 2008-ig folyamatosan csökkent, majd 2009-ben több mint ötszörösére emelkedett, és napjainkig csak kismértékben csökkent. Az oktatási intézménybe nem járó 7-18 éves gyermekek száma 2011-ben 16,5-szeresen haladta meg a 2008-ban nyilvántartott adatot. Az adatszolgáltatás minőségével kapcsolatos, a fenti adatok által tükrözött súlyos problémák okának felderítése és rendezése sürgető feladat, a 0-6 éves korosztályt érintő beavatkozások tervezésének és elindításának alapfeltétele [20].

Az általam használt adatok megbízhatóságára vonatkozóan ugyan nincsenek információk, de a védőnői adatszolgáltatás jogilag kötelező, az adatszolgáltatás rendszere több mint tíz éves múltra vezethető vissza, és nincs okunk kételkedni abban, hogy az adatok ne lennének validak.

A területi védőnői összesített jelentések nyers számaiban mutatkozó, a várandósok, csecsemők adataira vonatkozó számszaki hibák [20] ellenére a gyűjtött adatok alkalmasak az földrajzi területi egyenlőtlenségek bemutatására az arányszámok és a viszonyszámok használata mellett.

*Az értekezés fejezetének alapjául szolgáló szerzői közlemény: **Moravcsik-Kornyicki Á**, Daragó L, Kósa K. Egészségügyi adatok minőségbiztosítása: jogszabályi kötelezettség vagy eszköz a társadalmi fejlődés elősegítésére.? DEMOGRÁFIA. 2014;57:(2-3) 213-225.

5.6 A vizsgálat modellje

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

6. EREDMÉNYEK

6.1 Prenatális kor (várandós anyák) egészség mutatói, időbeli és területi különbségek*

6.1.1 Várandós anyák egészségi állapotát jellemző indikátorok

Várandósok és a szült anyák száma és változása

A védőnők által nyilvántartott várandós nők száma 1997 és 2019 között egyetlen évben sem haladta meg a 169 ezret (max_{1997}), és nem csökkent 124 ezer (min_{2013}) alá. Az országosan nyilvántartott várandósok legnagyobb része -több, mint egynegyede; 17,73%- a fővárosban, több mint 12%-uk (12,62%) Pest megyében, több mint 8%- uk (8,01%) Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, közel 7%-uk (6,30%) pedig Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében került védőnői gondozásba. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében igen jelentősen, harmadával (42%), Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 11%-kal, Békés megyében 10%-kal csökkent a várandósok számaránya a teljes országoshoz viszonyítva a vizsgált időszakban. Ezzel szemben a fővárosban (+23%) és Pest megyében (+37%) élő várandósok számaránya nagymértékben emelkedett 1997-ről 2019-re. Ezen megyéken kívül - a várandósok számának részarányában - szintén emelkedés figyelhető meg Baranya (+19%), Fejér (+17%), Győr-Moson-Sopron (+31%), Bács-Kiskun (+12%) és Tolna (+7%) megyékben. Megmagyarázhatatlan okok miatt, negyedére csökkent a várandósok arányszáma 1997-ről 1998-ra Komárom-Esztergom megyében [melléklet/táblázatok/4. sz. táblázat].

Az év folyamán szült anyák számát tekintve – melyről 2005 óta szolgáltatnak adatot a területen dolgozó védőnők – az elmúlt 15 évben csökkenés volt megfigyelhető. Míg 2005-ben 95362 fő várandós szült, addig 2019-ben ennél 9,6%-kal kevesebb, összesen 86956 fő várandóst regisztráltak, ezzel szemben 2019-ben 88305 fő újszülöttet rögzítettek a védőnők. A különbség okai (+1349 fő) között szerepel az iker szülések száma, valamint az előző évi várandósrögzítés, de a gesztációs idő miatti következő évi szülési esemény bekövetkezte is.

Az országosan nyilvántartott szült anyák közül -több, mint egynegyedük- 17,66% a fővárosban volt nyilvántartva, 14%-uk (13,93%) Pest megyében, közel 8%-uk (7,57 %) Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, több, mint 6%-uk (6,29%) pedig Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében volt védőnője által szült anyaként regisztrálva. Csökkenés figyelhető meg a szült anyák arányában 1997-ről 2019-re Békés (-17%), Csongrád-Csanád (-8,9%), Somogy (-14%), Zala (-21%), Veszprém (-7,5%), Tolna (-8,5%), Baranya (-5,8%) megyékben és emelkedés látható Budapesten (+4%), Pest (+9%), Komárom-Esztergom (+3%) és Győr-Moson-Sopron (+8%) megyékben [melléklet/táblázatok/5. sz. táblázat].

Az adott évben szült nők aránya az összes nyilvántartásba szereplő várandós gondozotti létszámhoz viszonyítva országosan 61,99 % (min[2009]: 59,01; max[2013]:

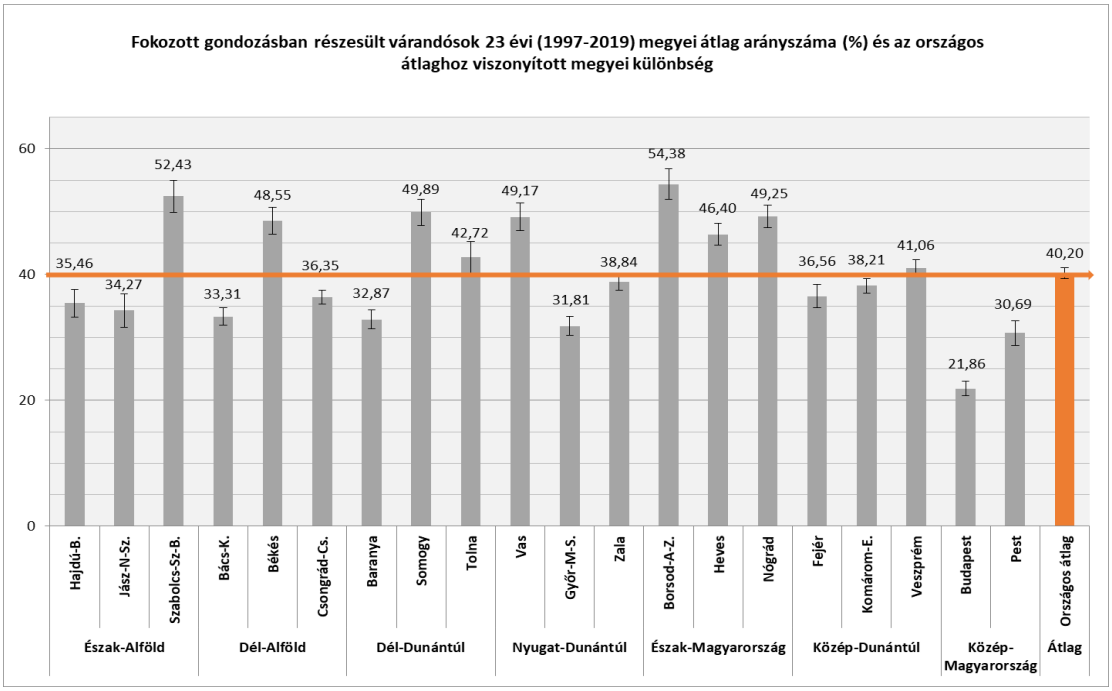
*Az értekezés fejezetének alapjául szolgáló szerzői közlemények:
1. **Ágota, Moravcsik-Kornyicki**; Zsigmond, Kósa; Erdei, Renáta Jávorné; Anikó, Gyulai; János, Sándor; Karolina, Kósa. Health status of pregnant women in Szabolcs-Szatmár-Bereg county of Hungary between 2010 and 2012. ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA 8: 24 pp. 9-22. 14 p. (2017)
2. **Moravcsik-Kornyicki, Ágota**; Kósa, Zsigmond; Gyulai, Anikó; Jávorné, Erdei Renáta; Kósa, Karolina Területi egyenlőtlenségek hosszú idősoros elemzése a várandós nők egészségi állapotát vizsgálva ORVOSI HETILAP 158: 29 pp. 1131-1142. 12 p. (2017)

67,90) volt. Az arányszám esetében a fennmaradt százalékban (38%) a nyilvántartott várandósok nem a regisztrált évben, hanem a következő évben hozzák világra gyermeküket. Ennek hátterében a gesztációs időtartam áll (40 hét, 9 hónap), ezen várandós állapotok fogantatás időpontjai az április- december hónapra tehetők. Legalacsonyabb a szült nők 23 évi átlagos megyei arányszáma a nyilvántartott várandósszámhoz képest Győr-Moson-Sopron (58,57%), legmagasabb Jász-Nagykun-Szolnok megyében (66,93%) [melléklet/táblázatok/6. sz. táblázat].

A fokozottan gondozott várandósok aránya, időbeli és térbeli különbségek

A várandósok közül a fokozott gondozásra szorulók aránya az elmúlt 23 évben országosan 40,20 % volt (min[2007]: 36,98%, max[2014]: 52,40 %), vagyis országosan a gravidák több mint harmada fokozott gondozásra szorult várandóssága ideje alatt valamilyen őt és magzatát veszélyeztető korábbi vagy áldott állapotában is fennálló egészségi, környezeti, vagy együttesen mindkét ok fennállása miatt. A fokozott gondozást igénylők aránya 1997-től 2007-ra közel 8%-kal csökkent, majd 2014. évig erőteljes emelkedő tendencia (+30%) volt megfigyelhető. 2014. évben (52,40%) a nyilvántartott várandósok több, mint fele volt fokozottan gondozott, mely szignifikáns emelkedés ($p<0,001$) az 1997. évi országos adatokhoz viszonyítva (ref. 40,08%). 2015. évtől 2019-ig egy enyhe mértékű csökkenés figyelhető meg a fokozottan gondozott várandósok számában (2019: 37,21%) [melléklet/táblázatok/8. sz. táblázat]. A 2008 és 2014 között megjelenő fokozott védőnői ellátást igénylő várandósok arányszámának emelkedését eredményezheti a várandósgondozás és azon belül a fokozott gondozás szükségességét és módszertanát meghatározó jogszabály megjelenése és beépülése a védőnői munkába.

35. sz. ábra: Fokozott gondozásban részesült várandósok megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT)

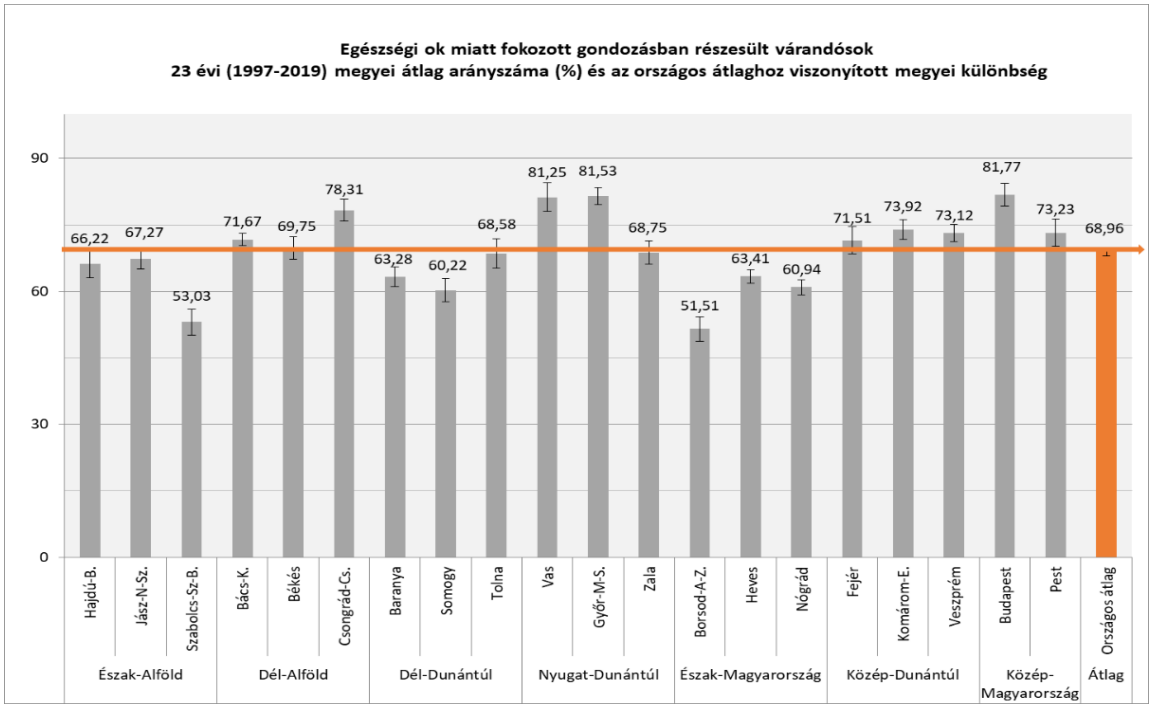


Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

Az országosan sem túl kedvező adatok jelentős megyei különbségeket takarnak. A 23 év átlagát vizsgálva az országos mutatóhoz (40,20%) képest, magasabb volt a fokozott gondozásra szoruló várandósok aránya Észak-Magyarország mindhárom megyéjében ([Borsod-Abaúj-Zemplén (54,38%;)]; [Heves (46,40)]; [Nógrád (49,25%]) továbbá Szabolcs-Szatmár-Bereg (52,43%); Békés (48,55); Somogy (49,89%) és Vas (49,17) megyékben. Az országos átlaghoz viszonyítva hasonlóan alakult a fokozott védőnői figyelmet igénylő várandósok aránya Tolna (42,72%); Zala (38,84%); Veszprém (41,06%); és Komárom-Esztergom (38,21%); valamint Fejér (36,56) megyékben. Alacsonyabb ezen várandósok aránya az alábbi megyékben: Hajdú –Bihar (35,46%); Jász-Nagykun-Szolnok (34,27%); Bács-Kiskun (33,31%); Csongrád-Csanád (36,35%); Baranya (32,87%); Győr-Moson-Sopron (31,81%) valamint Pest (30,69%). Kiemelendő, hogy a fővárosban a fokozott gondozást igénylő várandósok aránya csupán csak a fele a 23 évi országos arányszámnak (21,86%) [melléklet/táblázatok/8. sz. táblázat] (35. sz. ábra).

A védőnői ellátási terület, és a gondozotti egészségi állapotról is képet kapunk, ha megvizsgáljuk, a fokozott várandósgondozás szükségességének oki tényezőit (egészségi, környezeti, mindkettő) annak fennállását és azt, hogy hogyan változik az elemzett 23 év periódusában. A fokozott gondozás oki csoportjait vizsgálva legnagyobb arányt az egészségi ok miatt fokozottabban gondozott várandósok részaránya teszi ki, az összes fokozott gondozott várandós 68,96 %-os arányszámában [melléklet/táblázatok/9. sz. táblázat] (36. sz. ábra).

36. sz. ábra: Egészségi ok miatt fokozott gondozásban részesült várandósok megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT)



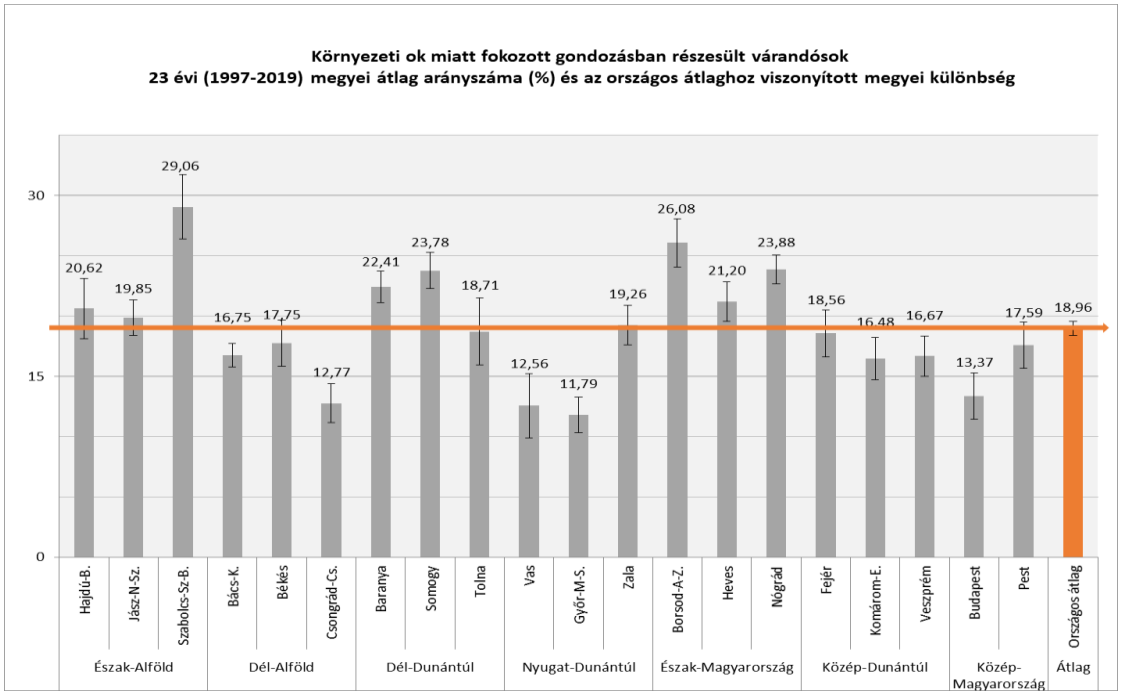
Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

Magasabb volt a 23 év átlagos arányszáma az egészségi állapot miatti intenzívebb gondozás tekintetében Csongrád-Csanád (78,31%); Vas (81,25%); Győr-Moson-Sopron (81,53%); Komárom-Esztergom (73,92%); Veszprém (73,12%); Pest (73,23%) megyék és

Budapest (81,77%) arányszámai az országostól (68,96%, ref.). Alacsonyabb arányszámban kerültek fokozott gondozásra a várandósok az egészségi állapotuk miatti okok szerint Szabolcs-Szatmár-Bereg (53,03); Baranya (63,28%); Somogy (60,22%); Borsod-Abaúj-Zemplén (51,51%); Heves (63,41%); Nógrád (60,94%) megyében [melléklet/táblázatok/9. sz. táblázat] (36. sz. ábra).

Kiemelten kezelendő azonban, hogy a fentebb említett hat érintett megye adatát vizsgálva a környezeti okok miatt fokozottan gondozotti létszám erős eltérést mutat a megyék (Sz-Sz-B: 29,06%; Baranya: 22,41%; Somogy: 23,78%; B-A-Z: 26,08%; Nógrád: 23,88%;) többlet terhére az országos részátlaghoz (18,96%, ref.) viszonyítva (37. sz. ábra, táblázat). Mely megerősíti azt a tényt, hogy a fokozott gondozott várandósok nagyobb arányszáma inkább a környezeti és vagy egészségi és környezeti részarányokat emelik. A környezeti ok miatt fokozottabb gondozási arányszám 1997-től (26,39%) 2019 ig (9,82%) jelentősen, közel harmadára csökkent évenként átlagosan 1,5%-kal, 2011-ben megfigyelhető töréssel, amikor is az előző év (2010:16,97%) tendenciája ellentétes irányban megtört (17,44%) és a környezeti okok miatti gondozás enyhe mértékben, de emelkedést mutat, 2012-ben (18,20%) és 2013-ban (19,17 %) is. 2004 ben csökkent elősször az arányszám 20% alá (19,83), mely csökkenés szignifikáns ($p<0,001$) a ref. évnek számtó 1997-es esztendő adataihoz viszonyítva. A 2011 és/vagy2012 és/vagy 2013-as évi csúcsérték és tendenciózus növekedés mind a 19 megyei részaránysámra és a fővárosi adatokra is enyhébb mértékben, de jellemző [melléklet/táblázatok/10. sz. táblázat].

37. sz. ábra: Környezeti ok miatt fokozott gondozásban részesült várandósok megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT)

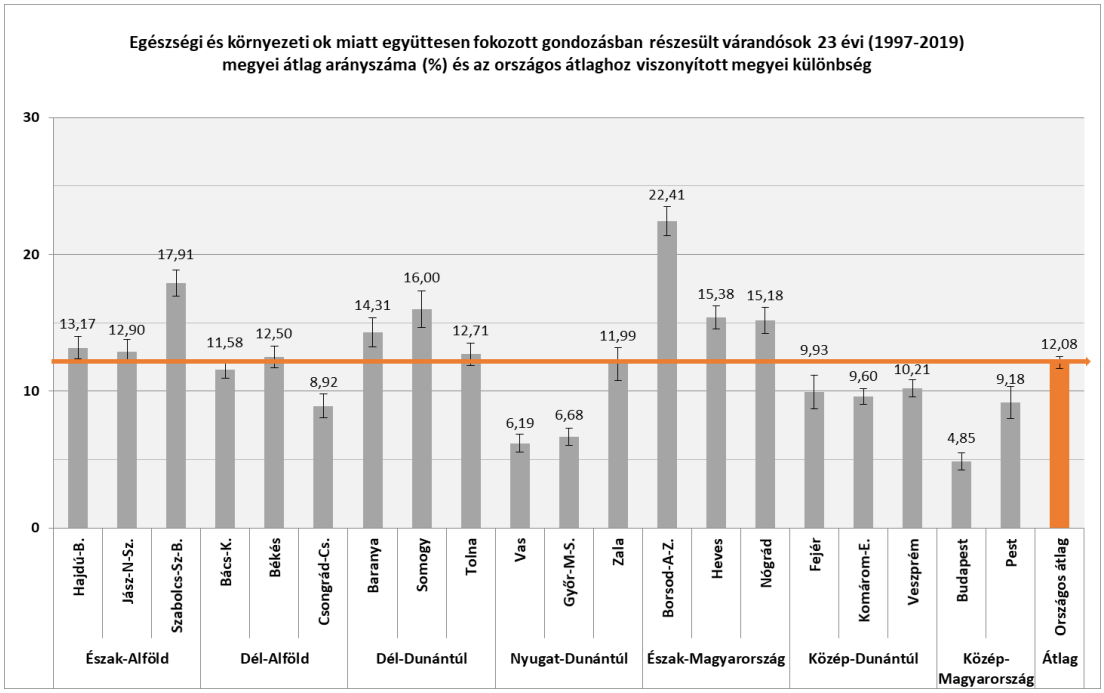


Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

Jelentős figyelmet igényel, hogy az egészségi és környezeti okok együttes jelenléte (országosan: 12,08%, ref.) miatti fokozottabb várandósgondozás is ezen megyékben (Sz-Sz-B: 17,91%; Baranya: 14,31%; Somogy: 16,00%; B-A-Z: 22,41%; Heves: 15,38%; Nógrád:

15,18%;) fordul elő magasabb arányszámban (38. sz. ábra). Az országos adatokat vizsgálva jelentős szignifikáns csökkenés ment végbe 1997 (ref. 13,97%) -től 2019-ig (7,93%, p<0,001). Az országos csökkenés tendenciózusan minden megyében megfigyelhető egy megye, Heves megye kivételt képez (1997: 15,29%; 2019: 17,32%) valamint enyhébb mértékű a csökkenés Szabolcs-Szatmár- Bereg (1997: 12,90; 2019:12,48%) megyében is [melléklet/táblázatok/11. sz. táblázat].

38. sz. ábra: Egészségi és környezeti ok együttes jelenléte miatt fokozott gondozásban részesült várandósok megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT)



Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

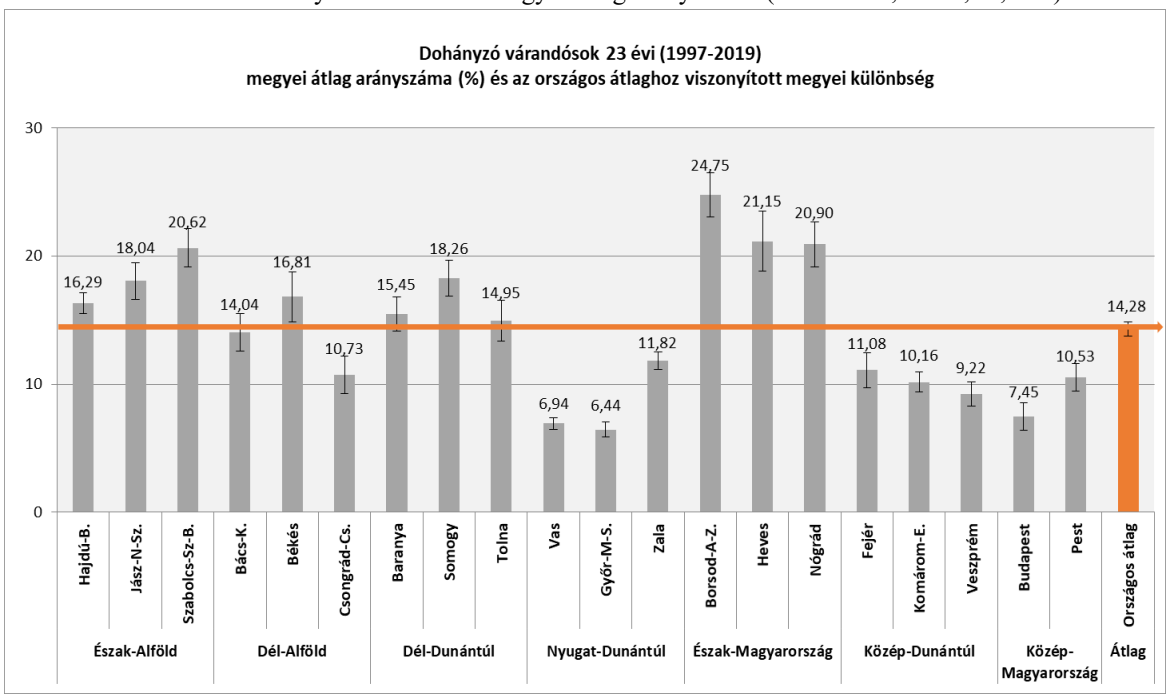
Kiemelten magas a környezeti ok (környezeti ok és egészségi és környezeti ok együttesen) miatt fokozott gondozást igénylő várandósok arányszáma Szabolcs-Szatmár-Bereg (együttesen: 46,97) és Borsod-Abaúj Zemplén (egüttesen: 48,49%) megyékben mindkét megye esetén az elmúlt 5 évben jelentősen csökkent az oki tényező részaránya, mind a környezeti ok mind az egészségi és környezeti ok miatt együttes tényezők esetében és nőtt a kizárólag egészségi ok miatt fokozottan gondozottak részaránya. Ez a tendenciózus változás az országos adatok és a megyei részarányok időbeli változására is jellemző [melléklet/táblázatok/8-11. sz. táblázat].

A dohányzó várandósok aránya, időbeli és térbeli különbségek

A magzati méhen belüli optimális fejlődés és korai minőségi életkezdet kimeneteli szempontjaiból igen fontos determináns a várandós pozitív dohányzási szokásai. Arányszámát tekintve jelentős területi különbségek mutatkoznak az országon belül. A várandósok több mint egytizede dohányzik; arányuk azonban az elmúlt 23 éves tendencia alapján 32,7%-kal csökkent 1997-től (17,50%) 2019-re (13,18%). A 23 év átlagát tekintve a dohányzó várandósok aránya az országoshoz viszonyítva (14,28%, ref.) magasabb volt a következő megyékben: Jász-Nagykun-Szolnok (18,04 %); Szabolcs-Szatmár-Bereg (20,62

%); Békés (16,81 %); Somogy (18,26%); Észak-Magyarországi teljes régiójában, azaz Borsod-Abaúj-Zemplén (24,75%); Heves (21,15%); Nógrád (20,90%) megyékben. Nincs jelentős különbség a dohányzó várandósok arányában a 23 éves országos átlagot (14,28%, ref.) figyelembe véve és a következő megyék átlagai között: Hajdú-Bihar (16,29%); Bács-Kiskun (14,04%); Baranya (15,45%); Tolna (14,95%) megyékben. Alacsonyabb volt a dohányzó terhesek aránya a 23 év összesített országos átlagához képest Csongrád-Csanád (10,73%); Vas (6,94%); Győr-Moson-Sopron (6,44%); Zala (11,82%); Fejér (11,08%); Komárom-Esztergom (10,16%); Veszprém (9,22%) valamint Pest megyében (10,53%) és a fővárosban Budapesten (7,45%). Kiemelendő, hogy az elmúlt öt évet figyelembe véve tendenciózusan magasabb az országos aránynál legalább +6%-kal a dohányzó várandósok aránya Észak–Magyarország mindhárom (Borsod-Abaúj-Zemplén, Nógrád, Heves) megyéjében, valamint Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. Ezeken a területeken minden száz várandós nő közül 20-25 fő dohányzik a várandóssága alatt a védőnők által jelentett adatok szerint. Kiemelt jelentőségű eredmény továbbá, hogy míg a többi megye követi az országos tendenciózus csökkenést az elemzett 23 év időtartamában, addig két megyében nem csökkenés mind inkább emelkedés figyelhető meg az elemzett arányszámban. Ez a két megye Heves (1997: 19,29%; 2019: 20,82%) valamint Nógrád megye (1997: 21,88%; 2019: 24,24%). Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod- Abaúj Zemplén megyékben ugyan a 2019-es adatok kedvezőbb értéket mutatnak az 1997-es mutatószámnál, azonban folyamatos stagnálás, majd 2010 és 2016 között egy jelentős emelkedés figyelhető meg a dohányzó várandósok arányszámában. A 2014-es esztendő adatai (szinte minden megyei adatot érintően) jelentős kiugrást mutatnak ez előző és a következő évhez képest, felmerül a kérdés, hogy országosan számszakilag megfelelően van-e összesítve a 2014-es esztendő jelentési tábla. [melléklet/táblázatok/12. sz. táblázat] (39. sz. ábra).

39. sz. ábra: Dohányzó várandósok megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT)



Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

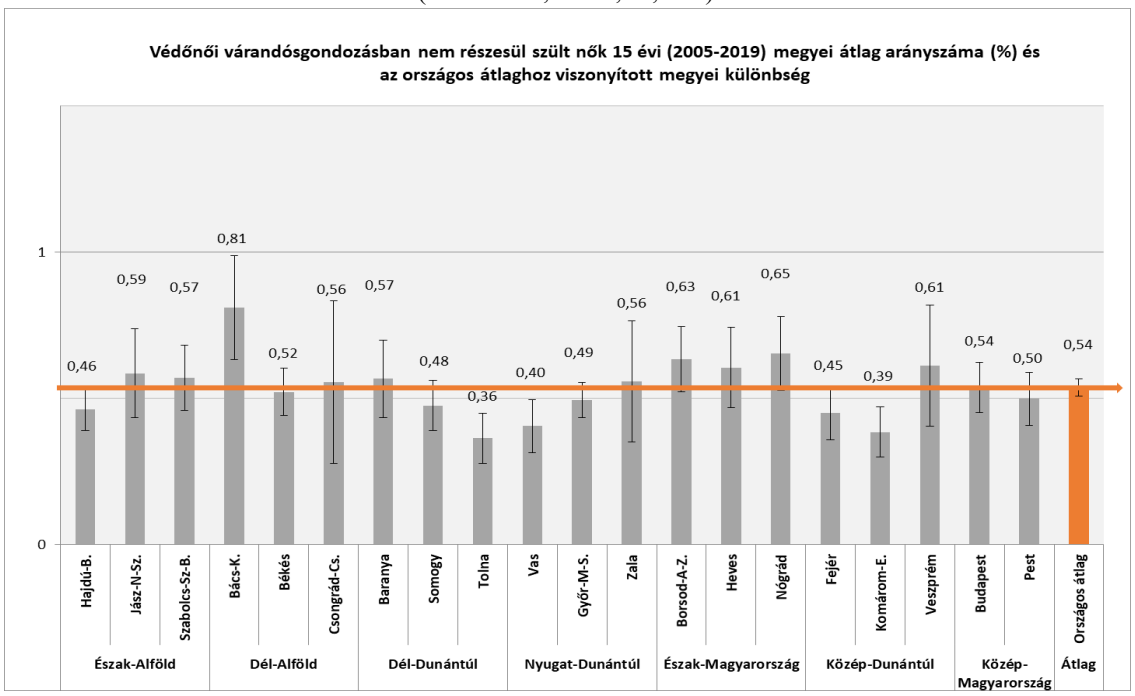
6.1.2 Védőnői várandósgondozás adatai

Védőnői várandósgondozásban nem részesült szült nők aránya

Országosan az év folyamán szült anyák közül, védőnői gondozásban nem részesült a várandósok kevesebb, mint 1%-a (0,54%; min[2018]: 0,35%, max[2010]: 0,70%), ami összességében a szült anyák magatartásáról, a nem kívánt várandósságról továbbá a védőnői ellátás elérhetőségéről és országos lefedettségéről is szolgáltathat információt, a védőnői jelentések adattábláiban nyers adat 2005. évtől áll rendelkezésre. A melléklet/táblázatok/ 7. sz. táblázat adataiból világosan kiderül, hogy országon belül megyei szinten eltérések vannak a vizsgált paraméter tekintetében, ugyanis, míg Bács-Kiskun (0,81%), Borsod-Abaúj-Zemplén (0,63%) és Nógrád (0,65%) megyék 15 évét megvizsgálva legalább 10 évben kedvezőtlenül meghaladták az országos évi átlagot, addig Somogy (0,48%) , Tolna (0,36%) Vas (0,40%), Győr-Moson-Sopron (0,49%), Fejér (0,45%) és Komárom-Esztergom (0,39%) megyék rendszerint legalább 10 évben kedvezően alulmaradtak a referenciaként szolgáló országos arányszámtól (0,54%, ref) (40. sz. ábra).

Az elemzett 15 év orszságos arányszámai rámutatnak a csökkenő tendencia meglétére (2005: 0,60%; 2019: 0,37%), melynek mértéke: 23%. A legmagasabb volt az arányszám 2011-ben (0,66%) legalacsonyabb 2018-ban (0,35%) [melléklet/táblázatok/ 7. sz. táblázat]. A gondozásban nem részesült de szült várandósok közé a jogszabályváltozásig azok a várandós nők is bele tartoztak, akik nem kérték és/vagy megtagadták a várandósgondozást. Ez az adat valamelyest torzító a mutatószámot tekintve, hiszen a gondozatlan -nem kívánt terhesség-, és a védőnői gondozást nem kérő, tervezett várandósság között a szakmai megítélés szerint és a csecsemők korai életszakaszának egészségmutatóit tekintve is jelentősek a különbségek.

40. sz. ábra: Szült nők közül védőnői gondozásban nem részesültek megyei átlag arányszáma (2005-2019; 23 év; %; MT)

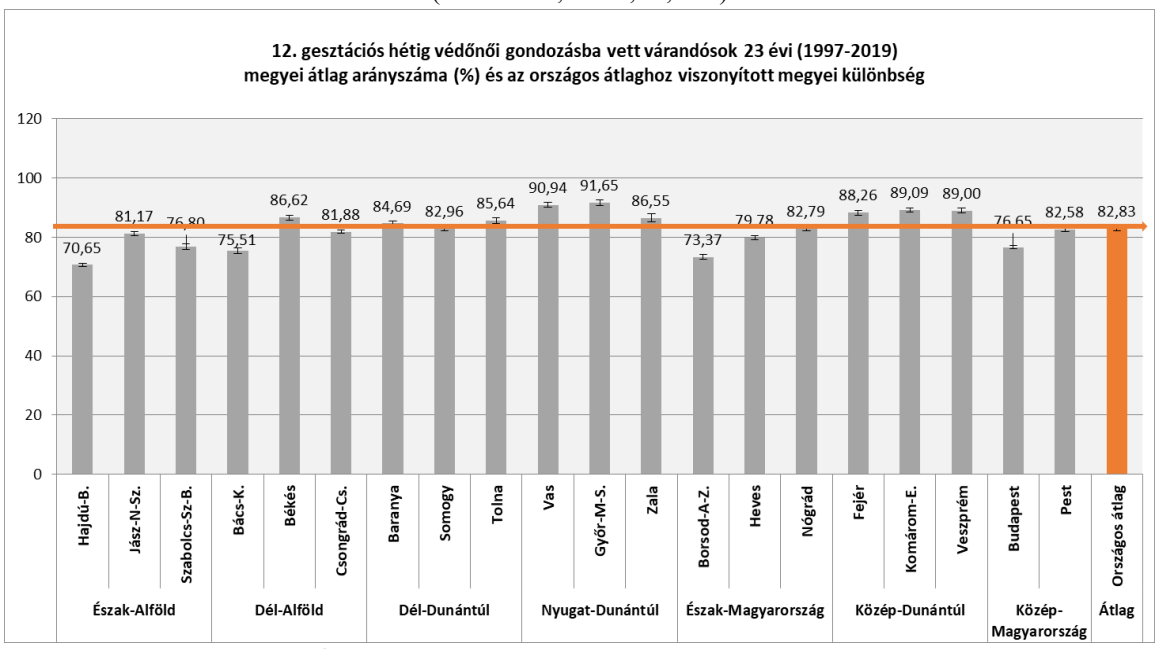


Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

Védőnői várandósgondozásba vétel időpontja

A várandósgondozás mennyiségi és minőségi munkavégzését meghatározza, hogy a várandós a gesztációs korának melyik szakaszában kerül a védőnő látókörébe. Az elemzett 23 éves adatok alapján- szerencsés módon- a várandósok több, mint 80%-a (82,83%; ref.) a betöltött 12. gesztációs hetéig vagy az előtt kerül védőnője által gondozásbakerülés okán felvételre. Az elemzett megyei adatok közül kiemelkedően jó arányszámmal rendelkezik a korai (azaz az időben történő) gondozásba vételt tekintve Vas (90,94%), Győr-Moson-Sopron (91,65%) megyék, ahol a regisztrált várandósok csupán 9 vagy az alatti %-a kerül a 12. gesztációs hete után védőnői gondozásba (41. sz. ábra). Kiemelten magas arányszámmal rendelkezők még Békés (86,62%), Tolna (85,64%), Zala (86,55%), Fejér (88,25%), Komárom-Esztergom (89,09%), Veszprém (89,00%) megyék, ahol az vizsgált mutató szignifikánsan meghaladja az országos arányt. Alacsonyabb arányszámmal rendelkeznek az elemzett indikátor esetében az országos összesített átlagadatnál Hajdú-Bihar (70,65%), Szabolcs-Szatmár-Bereg (76,80), Bács-Kiskun (75,51%), Borsod-Abaúj-Zemplén (73,37%) megyék, valamint a főváros Budapest (76,65%) is. A várandósgondozás kedvező alakulásáról és a várandósok a védőnővel történő komplience-ük fejlődéséről tanúskodik, hogy az időben védőnői gondozásba vett várandósok arányszáma 1997-ől (78,67%) 2019-ig (85,69%) jelentősen javult. A tendenciózus javuláshoz nem minden megye egységesen járult hozzá. Legnagyobb mértékben javult a mutatószám az elmúlt 23 év éves megyei adatait vizsgálva Szabolcs-Szatmár-Bereg (1997: 73,8%; 2019: 81,06%), Bács-Kiskun (1997: 73,46%; 2019: 82,16%), Somogy (1997: 78,46%; 2019: 87,32%), Tolna (1997: 80,47%; 2019: 88,19%), Győr-Moson- Sopron (1997: 85,13; 2019: 94,65%), Zala (1997: 76,65%; 2019: 89,95%) megyékben [melléklet/táblázatok/ 13. sz. táblázat].

41. sz. ábra: Időben (12. gesztációs hétig) védőnői gondozásba vett várandósok megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT)



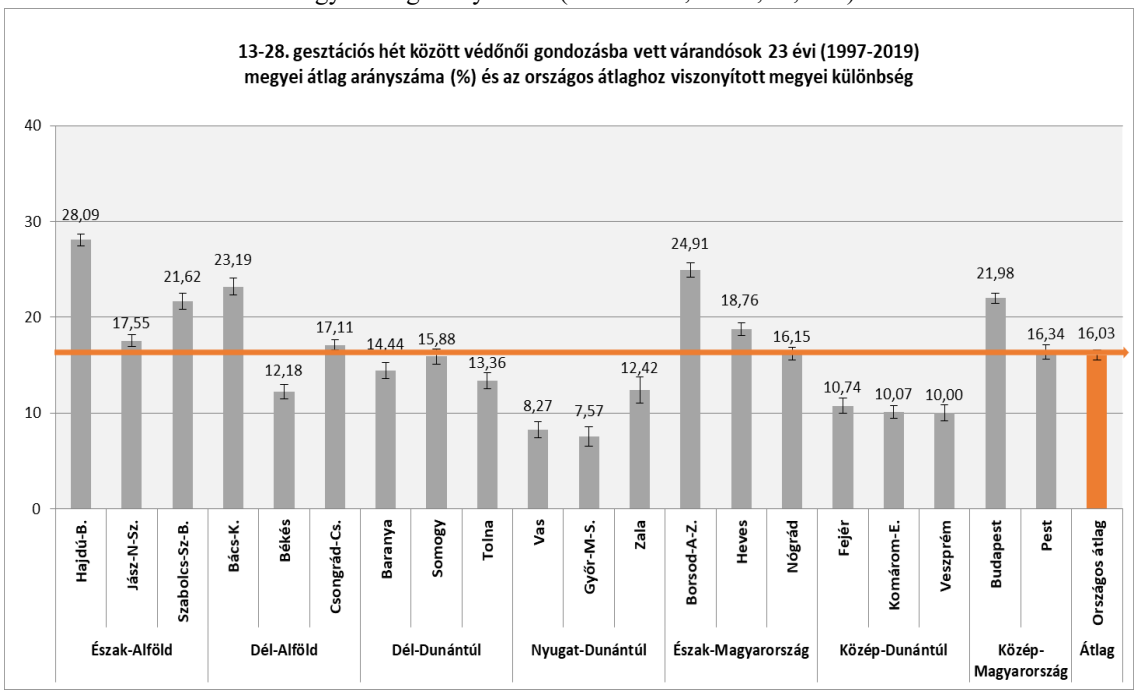
Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

Fontos mérőszáma, a gondozott várandós áldott állapotához való viszonyának és a védőnői várandósgondozásnak egyaránt, a késve (13.-28. gesztációs hét között) és az igen

későn, tehát a 28. terhességi hét után várandósgondozásba kerültek aránya, amely rendszerint magasabb az észak-keleti régió megyéiben az országos átlaghoz viszonyítva, és alacsonyabb az észak-nyugati megyékben.

Magasabb a késve (13.-28. gesztációs hét között) gondozásba vett várandósok aránya a vizsgált 23 év országos részarányához (16,03% ref.) viszonyítva, Borsod-Abaúj-Zemplén (24,91%), Szabolcs-Szatmár-Bereg (21,62%), Heves (18,76%), Bács-Kiskun (23,19%) és Hajdú-Bihar (28,09%) megyékben és Budapesten (21,98%). Jelentős különbség nem látható Jász- Nagykun-Szolnok (17,55%), Csongrád- Csanád (17,11%), Baranya (14,44%), Somogy (15,88), Nógrád (16,15%) és Pest megyében (16,38%). Alacsonyabb az országos arányhoz képest a késve gondozásba kerültek aránya hét megyében, Békés (12.18%), Tolna (13,36%), Vas (8,27%), Győr-Moson-Sopron (7,57%), Zala (12,42%), Fejér (10,74%), Komárom-Esztergom (10,07%) [melléklet/táblázatok/14. sz. táblázat] (42. sz. ábra).

42. sz. ábra: Késve (13.-28. gesztációs hét között) védőnői gondozásba vett várandósok megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT)



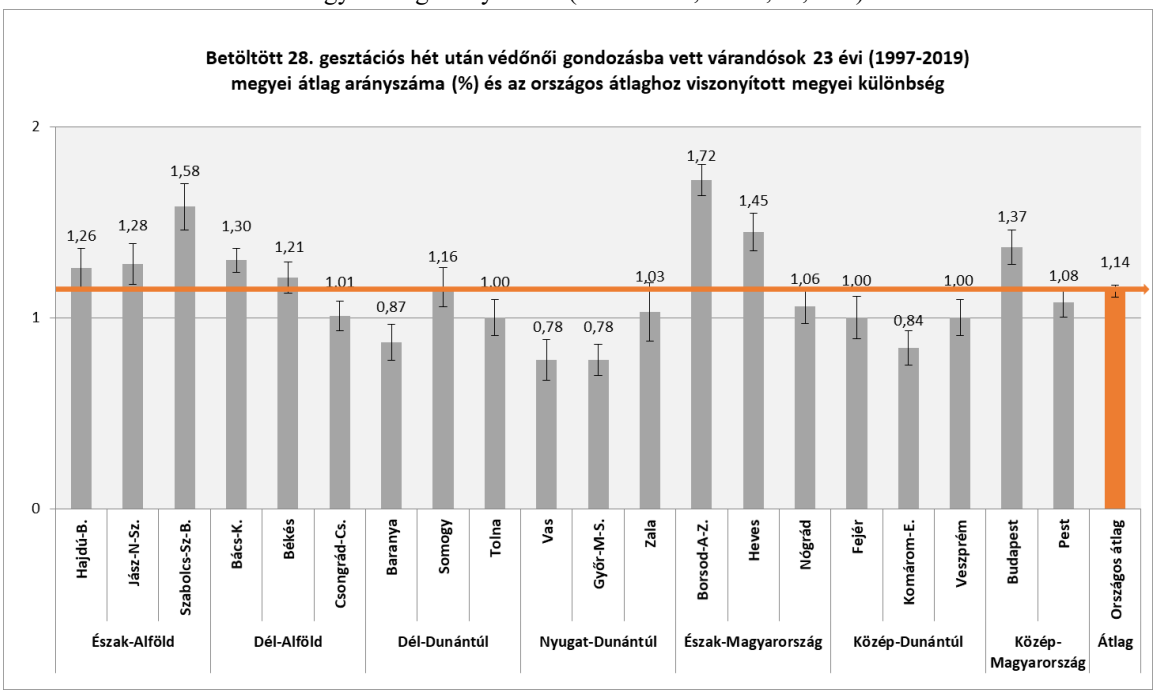
Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

Jelentősen magasabb az igen későn (28. terhességi hét után) gondozásba vett várandósok aránya a vizsgált 23 év országos átlagához (1,14% ref.) viszonyítva, Borsod-Abaúj-Zemplén (1,72%), Szabolcs-Szatmár-Bereg (1,58%), Heves (1,45%) és Bács-Kiskun (1,30%), Jász-Nagykun-Szolnok (1,28%) megyékben és Budapesten (1,37%). Különbség nem látható Hajdú-Bihar (1,29%), Békés (1,21%), Somogy (1,16%), Zala (1,03%), Tolna (1,00%), Nógrád (1,06%), Veszprém (1,00%) és Pest (1,08%) megyékben. Alacsonyabb az országos arányhoz képest a késve gondozásba kerültek aránya Baranya (0,87%), Vas (0,78%), Győr-Moson-Sopron (0,80%), Fejér (1,00%) és Komárom-Esztergom (0,87%), megyékben (43. sz. ábra).

A késve gondozásba került várandósok részaránya kedvezően alakult országos szinten az elemzett 23 év során (1997: 1,44%; 2019: 0,99; $p<0,001$), mely kedvező tendencia

a várandósok komplience-éről és a várandósgondozás minőségi javulásáról ad tanúbizonyságot. Ám a megyei 2019-es év adatait figyelembe véve jelentős a megyék közötti eltérések. Kiemelten magas az igen későn gondozásba vett várandóok arányszáma Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyékben, ahol az arányszám 50%-os többletet mutat [melléklet/táblázatok/15. sz. táblázat].

43. sz. ábra: Igen későn (28. gesztációs hét után) védőnői gondozásba vett várandósok megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT)

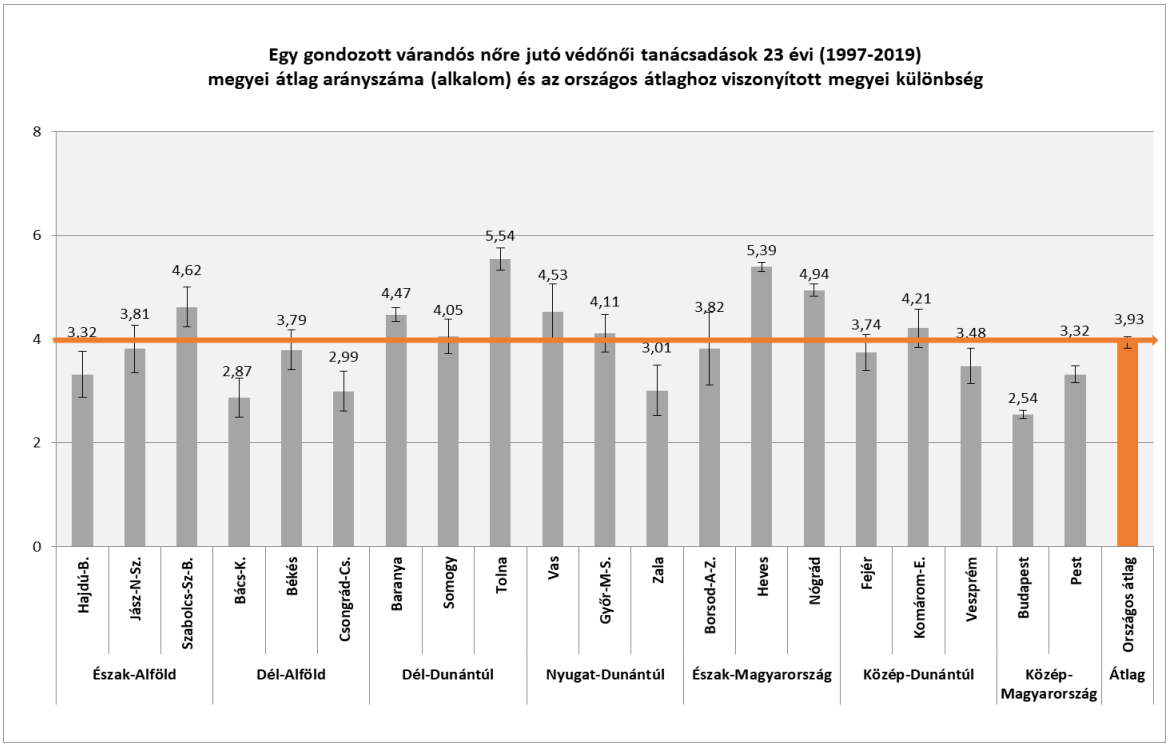


Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

Védőnői várandóstanácsadás

A vizsgált 23 év országos átlagát tekintve, egy gondozott várandós nőre 3,93 alkalomnyi védőnő által végzett várandóstanácsadás jutott. Tehát, közel minden gondozásba vett várandós egy év alatti gondozás során 4 alkalommal találkozik védőnőjével tanácsadás céljából. Ez a mutatószám jelentősen emelkedett (közel 2 találkozással) 1997-től, amikor is az értéke csupán 2,41 alkalom volt míg 2019-ben 4,22 alkalom. A védőnői tanácsadáson való várandós megjelenés 2005- ben érte el a 4 alkalomnyi mutatószámot (4,15) [melléklet/táblázatok/16. sz. táblázat], mely azért jelentős, hiszen ez az első év amikor érezhető a hatása a 49/2004. (V.21) ESzCsM rendeletnek, mely szabályozza a területi védőnői ellátást. A mutatóban jelentős eltérések mutatkoznak, mely hátterében a gondozott várandósok állapotbéli különbségei, valamint a fokozottabb gondozás szükségessége és így a találkozások gyakoribb volta állhat. Magasabb a védőnői tanácsadáson megjelent, egy várandós nőre jutó alkalom száma Szabolcs-Szatmár-Bereg (4,62), Baranya (4,47), Tolna (5,54), Vas (4,53), Heves (5,39), Nógrád (4,94) megyékben. Alacsonyabb az egy várandósra jutó tanácsadáson való megjelenés száma Hajdú-Bihar (3,32), Bács-Kiskun (2,87), Csongrád- Csanád (2,99), Zala (3,01) és Pest megyében (3,32) és Budapesten (2,54) az elemzett 23 év átlagát tekintve (44. sz. ábra).

44. sz. ábra: Egy várandós nőre jutó védőnő által nyújtott tanácsadáson való megjelenés megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; alkalom; MT)



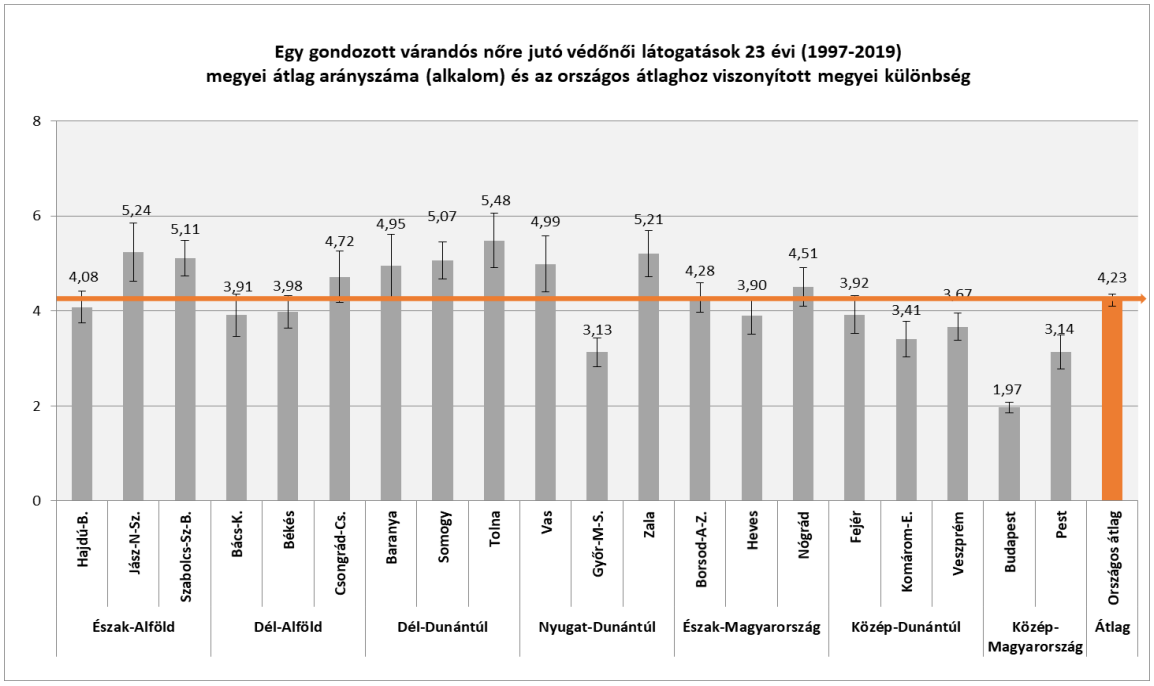
Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

Védőnői látogatás (várandós-, gyermekágyas anya)

A vizsgált 23 év országos átlagát tekintve, egy gondozott várandós nőre 4,23 alkalomnyi védőnő által végzett várandóslátogatás jutott. Tehát minden gondozásba vett várandós egy évi gondozási időtartam során 4 alkalommal talákozik védőnőjével az otthonában. Ez a mutatószám jelentősen csökkent (2 találkozással). 1997-ben az értéke több, mint 5 találkozás volt (5,31) majd lecsökkent 2019-ben 2,66 alkalomra. A védőnői látogatások száma 2005- ben csökkent először 5 találkozás alá (4,78) pontosan abban az évben amikor a tanácsadáson való megjelenések száma meghaladta a 4 alkalmat (ld. korábbi 44. sz. ábra).

A mutatóban jelentős eltérés tapasztalható, ha a megyei számarányokat nézzük. Magasabb a védőnői egy várandós nőre jutó védőnői látogatások alkalomszámaránya: Jász-Nagykun-Szolnok (5,24); Szabolcs-Szatmár Bereg (4,11), Baranya (4,95), Somogy (5,07), Tolna (5,48), Vas (4,99) és Zala (5,21) megyékben. Alacsonyabb az egy várandósra jutó látogatások arányszáma: Győr-Moson-Sopron (3,13), Komárom-Esztergom (3,41) és Pest megyében (3,14) és Budapesten (1,97) az elemzett 23 év átlagát tekintve [melléklet/táblázatok/17. sz. táblázat] (45. sz. ábra).

45. sz. ábra: Egy várandós nőre jutó védőnő által nyújtott látogatás megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; alkalom; MT)



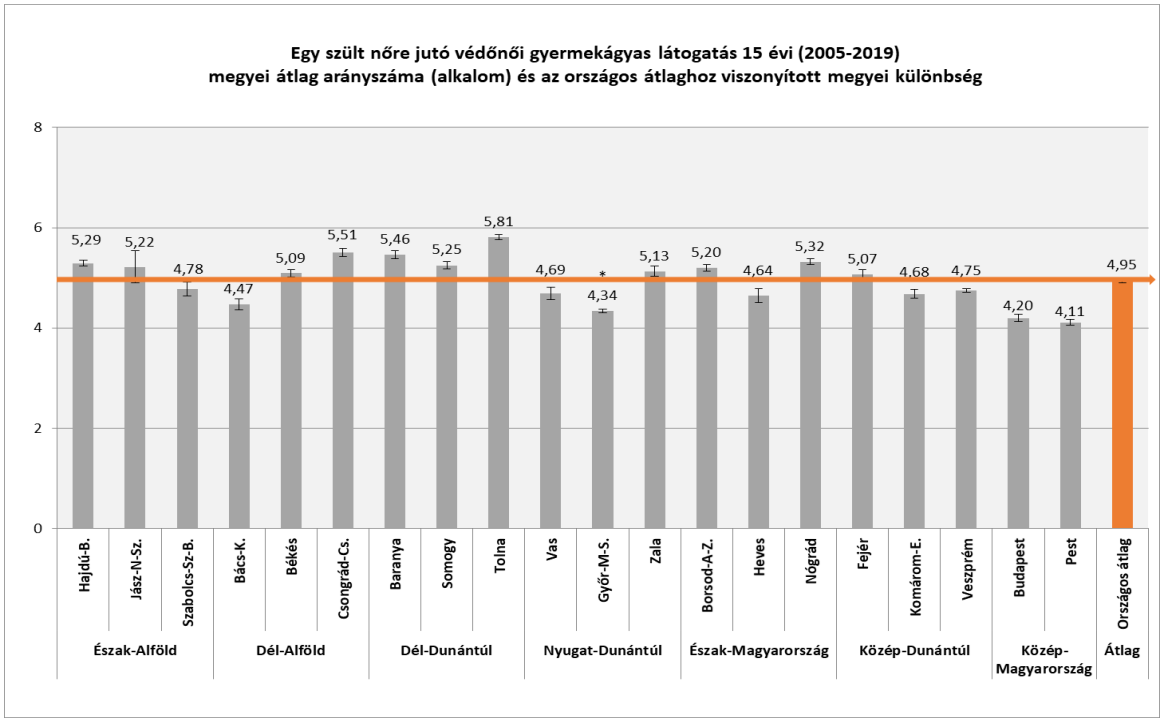
Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

A területi védőnői várandósgondozás része, hogy a szült nőt a védőnő a gyermekágyas időszakban (szülést követő 6 hét) heti egy alkalommal meglátogassa otthonában. Az egy szült nőre jutó védőnői gyermekágyas látogatás arányszámában (alkalom) a vizsgált időintervallum (2005-2019) az országos éves adatok nem mutatnak jelentős eltérést. Míg 2005-ben közel ötször (4,80) látogatta a védőnő a gyermekágyas anyát átlagosan, addig 2019-ben is (4,88) és a 23 évi országos arányszám is közelít ehhez (4,95) [melléklet/táblázatok/18. sz. táblázat]. Ám az országos átlagokhoz hasonlítva megyebéli eltéréseket tükröz a mutató értéke. Magasabb volt a védőnői látogatások aránya a gyermekágyas időszakban a Hajdú-Bihar (5,29), a Jász-Nagykun-Szolnok (5,22), a Csongrád-Csanád (5,51), a Baranya (5,46), a Somogy (5,25), a Tolna (5,81), a Borsod-Abaúj-Zemplén (5,20), a Nógrád (5,32) megyében a dolgozó területi védőnők általi jelentésben szereplő nyers számadatokból képzett indikátor alapján (46. sz. ábra).

A kedvezőbb helyzetben lévő megyék közül öt, egyik elemzett évben sem (2005-2019) csökkent öt alá az indikátorszámot tekintve, azaz minden vizsgált éveben a gyermekágyas látogatások száma egy szült várandós esetében legalább 5 alkalom volt az adott vizsgált egy éves időintervallumban. Ezek a megyék: Hajdú-Bihar, Csongrád-Csanád, Baranya, Tolna, Nógrád.

Az elemzett mutatókban (védőnői tanácsadás, védőnői várandóslátogatás) jelentős megyei eltérések láthatók, mely hátterében a gondozott várandósok állapotbéli különbségei, a tanácsadó helyiség és a lakóhely közötti távolság, közlekedési nehezítettség problémaköre, valamint a fokozottabb gondozás szükségessége és így a találkozások gyakoribb volta (jogszabályban meghatározottan) állhat.

46. sz. ábra: Egy szült nőre jutó védőnő által nyújtott gyermekágyas látogatás megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; alkalom; MT)



Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

6.2 Perinatális kor (újszülöttek) egészség mutatói, időbeli és területi különbségek

6.2.1 Újszülöttek egészségi állapotát jellemző indikátorok

Újonnan nyilvántartásba vett adott évi újszülöttek száma

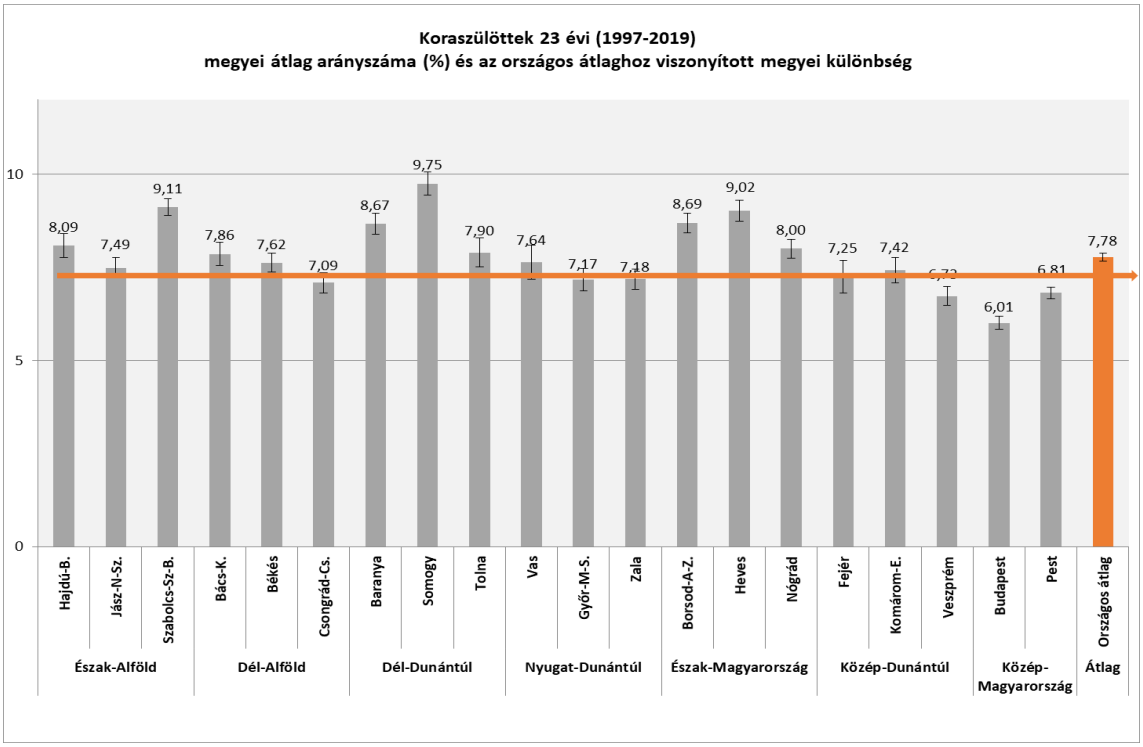
A nyilvántartott újszülött csecsemők száma 23 évet figyelembe véve egyik évben sem haladta meg a 100 ezret (max.:1997. év 99.264 fő) és nem csökkent 86 ezer alá (min.: 2011. év 86.493 fő). A nyilvántartott adott évi újszülött csecsemők száma 2010-ben csökkent először 90 ezer alá (88.700 fő). Ettől az évtől kezdve, már csak 2015-ben (91.378 fő), 2016-ban (92.525 fő) és 2017-ben (90.763 fő) sikerült elérni a 90 ezer fős határértéket. 2019-ben 88 ezer 305 fő volt.

Koraszülöttek aránya

Az év folyamán született csecsemők közül, a 23 év országos átlag arányszámot nézve koraszülött 7,78 % volt. A védőnői jelentések alapján nyilvántartott koraszülöttek arányszáma egyik vizsgált évben sem csökkent 7% alá. Legalacsonyabb volt a koraszülöttek aránya 1998-ban (7,20%) és legmagasabb 2014-ben amikor meghaladta a 8%-ot (8,39%). A koraszülési arányszám az elmúlt 23 vizsgált esztendőben nem mutat egyértemlű javulást, bár az utolsó elemzett három év adatai szerint 8 % alá esett vissza (2017: 7,52%; 2018: 7,98%; 2019: 7,86%). Az országos 23 évi átlagos koraszülési számadattól (7,78 ref.) a megyei

arányok megyénkként eltérőek. Ennél magasabb volt a koraszülöttek aránya Szabolcs-Szatmár-Bereg: 9,11%, Baranya: 8,67%, Somogy: 9,75%, Borsod-Abaúj-Zemplén: 8,69% és Heves: 9,02% megyékben. Kedvezőbben alakultak a mutatószámok Csongrád-Csanád: 7,09%, Győr-Moson-Sopron: 7,17%, Zala: 7,18%, Fejér: 7,25%, Veszprém: 6,73% és Pest megyében: 6,01% (47. sz. ábra).

47. sz. ábra: Koraszülöttek megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT)



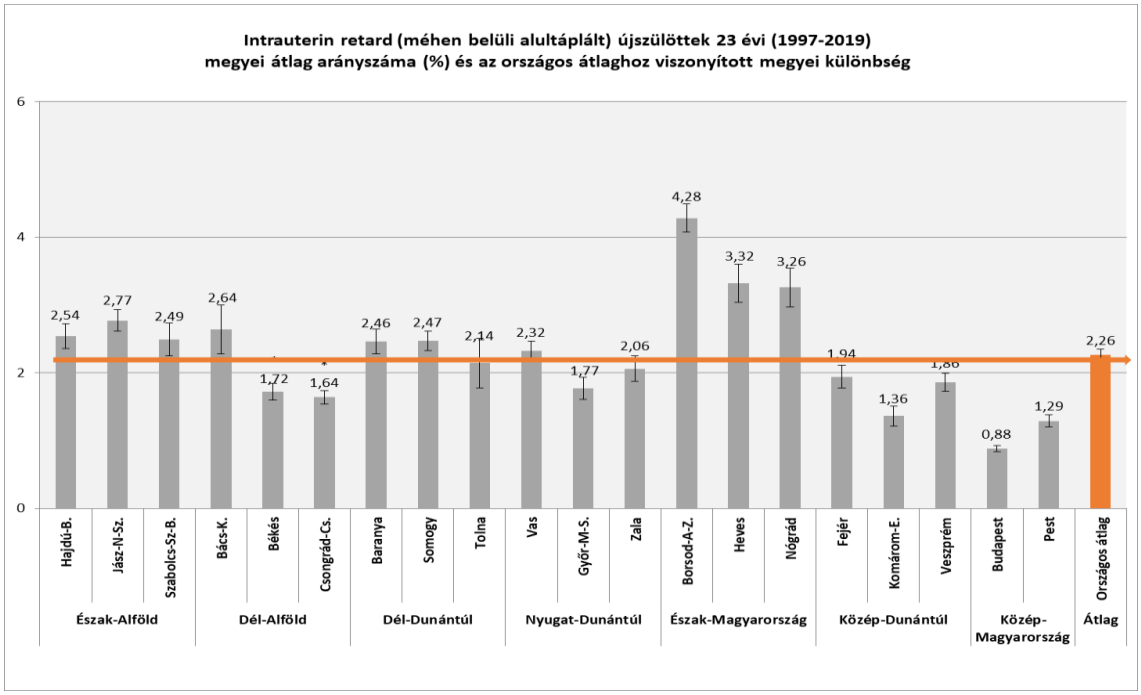
Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

Kiemelt eredmény, hogy Szabolcs-Szatmár-Bereg, Somogy, Heves megyékben a 23 éves átlagaránszám eléri a 9%-ot. Míg Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a 23 évből két évben (2007, 2011), Baranya és Heves megyékben 1-1 évben (2009, 2009), addig Somogy megyében 10 elemzett évben (1997, 1999, 2003, 2004, 2007, 2009, 2011, 2012, 2013, 2016) eléri az aránszám a 10%-os határt, tehát minden 100 újszülött esetén 10 csecsemő koraszülöttként jött a világra [melléklet/táblázatok/19. sz. táblázat].

Méhen belüli alultáplált (intrautarin retard) újszülöttek aránya

Az év folyamán született csecsemők közül méhen belüli alultápláltság (az újszülött születési súlya 2500g alatt marad, függetlenül a gesztációs héttől) diagnózisával jött a világra a védőnői jelentések alapján a 23 év átlagát nézve 2,26 %-uk. Ennél magasabb volt az intrauterin retardáltak aránya Jász-Nagykun-Szolnok: 2,77%, Bács- Kiskun: 2,64% valamint Észak- Magyarország mindhárom megyéjében, Borsod-Abaúj-Zemplén: 4,28%, Heves: 3,32%, Nógrád: 3,26%. Kedvezőbb mutatóval rendelkezett a főváros, ahol harmad annyi volt a méhen belüli alultápláltság aránya (0,88%), továbbá Békés (1,72%), Csongrád-Csanád (1,64%), Győr-Moson-Sopron (1,77%), Komárom-Esztergom (1,36%), Veszprém (1,86%) és Pest megyében (1,29%).

48. sz. ábra: A méhen belüli alutápláltság megyei átlag arányszáma
(1997-2019; 23 év; %; MT)



Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

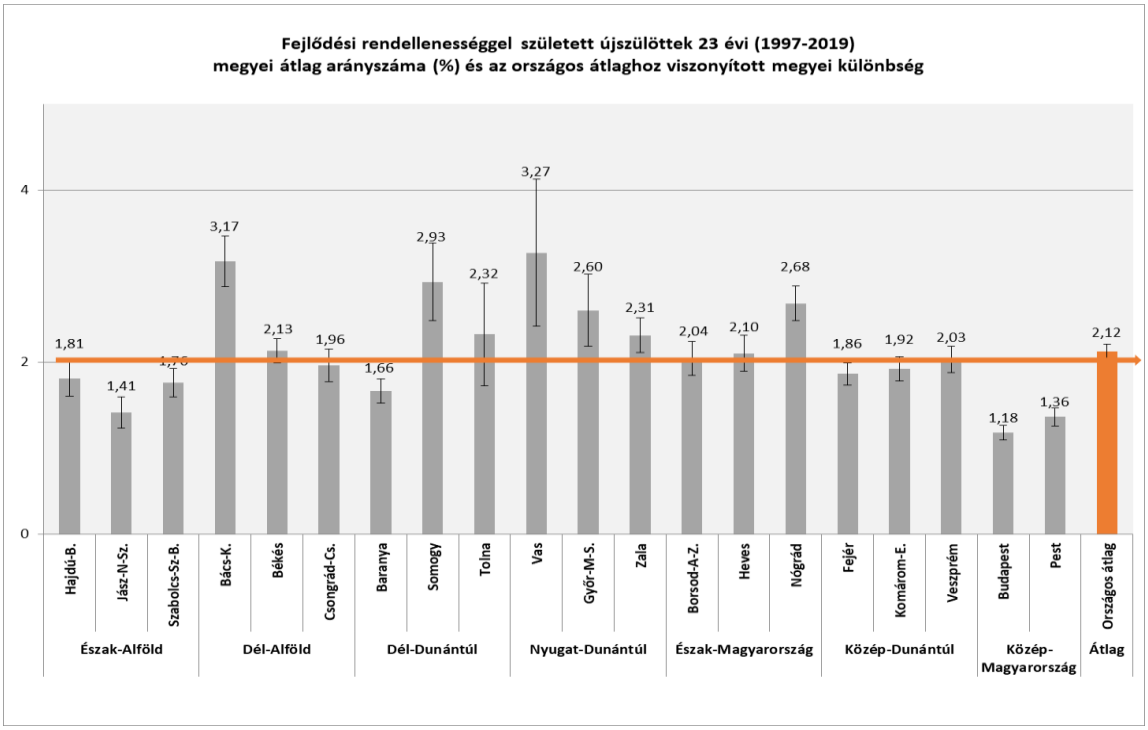
A méhen belüli alultápláltak arányszáma a vizsgált 23 évből csupán három évben csökkent 2% alá (2003:1,98; 2004:1,97; 2006:1,99). A további években 2,01% (2008) és 2,59 % (2014) között ingadozott. 2006-tól tartósan 2% fölötti a mutató értéke az utolsó három évben nem csökkent 2,45% alá (2017). Az országos arányszám egyik vizsgált évben sem érte el a 3%-os arányt, ami azt jelentette, hogy a legrosszabb statisztikájú évben sem jutott 100 újszülött csecsemőre három méhen belüli alultáplált újszülött.

Kiemelt figyelem illeti a vizsgált indikátor tekintetében Bács-Kiskun (4 év: 2011, 2012, 2013, 2014), Heves (2 év: 2004, 2005) és Nógrád (4 év: 2000, 2001, 2002, 2014) megyét, ahol az arányszám elérte több évben is a kritikus 4%-os határértéket. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a 23 vizsgált év, több mint felében volt az érték 4% fölött (összesen16 évben: 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2003, 2004, 2005, 2007, 2010, 2011, 2012, 2013, 2016, 2017, 2018) [melléklet/táblázatok/20. sz. táblázat].

Fejlődési rendellenességgel született újszülöttek aránya

Az év folyamán született csecsemők közül valamilyen fejlődési rendellenesség diagnózisával jött a világra a védőnői jelentések alapján a 23 év átlagát nézve 2,12 %-uk. Ennél magasabb volt a fejlődési rendellenességgel született csecsemők arányszáma Bács-Kiskun: 3,17%, Somogy: 2,93%, Vas: 3,27% és Nógrád: 2,68% megyében. Kedvezőbb mutatóval rendelkezett a főváros, ahol fele annyi volt a fejlődési rendellenességgel diagnosztizáltak aránya a születéskor (1,18%). Majd követte a megyék sorát Pest: 1,36%, Jász-Nagykun-Szolnok: 1,41% és Baranya: 1,66% adata (49. sz. ábra).

49. sz. ábra: Fejlődési rendellenességgel született újszülöttek megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT)



Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

A fejlődési rendellenességgel született újszülöttek arányszáma a vizsgált 23 évből csupán hat évben csökkent 2% alá (1999:1,93, 2000:1,82, 2011:1,97; 2012:1,93, 2013: 1,94, 2014:1,93). A további években 2,01% (2007) és 2,59 % (2001) között ingadozott. 2015-től tartósan 2% fölötti, az utolsó három évben azonban nem csökkent 2,21% alá (2018). Az országos arányszám egyik vizsgált évben sem érte el a 3%-os arányt, ami azt jelentette, hogy a legrosszabb statisztikájú évben sem jutott 100 újszülött csecsemőre három fejlődési rendelleneséggel született újszülött [melléklet/táblázatok/21. sz. táblázat].

6.2.2 Védőnői újszülöttgondozás adata

Védőnői újszülöttlátogatás

Jelenleg is érvényben lévő, a területi védőnői ellátást szabályozó rendelet (49/2004. (V.21) ESzCsM rendelet) meghatározza az újszülöttek látogatásának rendszerességét. A rendelet szabályozása szerint „*az újszülöttek, a koraszülöttek, a kissúllyal születettek, valamint az egészségi és környezeti ok miatt saját kompetencia keretében fokozottan gondozott vagy már jelzést igénylő veszélyeztetett csecsemők és gyermekek pszichoszomatikus fejlődésének fokozott figyelemmel kísérése és segítése*” a védőnői gondozás fontos feladata. Az újszülött csecsemőt a védőnő, jogszabály szerint köteles a hazaadást követő 48 órán belül (szombat, vasárnap vagy munkaszüneti nap esetében az azt követő első munkanap) meglátogatni, majd a látogatást legalább hetente elvégezni a születés első hat hetében.

A védőnői újszülöttlátogatási részarány szerint az országos adatokban enyhe mértékű csökkenő tendencia figyelhető meg a 23 év távlatában. Míg 1997 ben a nyilvántartott újszülöttek közül mindenki látogatásra került (1,01) volt újszülöttlátogatás az összes, addig ez a szám 2019-ben 1 alkalom alá csökkent (0,99). Az arányszám 2005-ben érte el a legalacsonyabb értékszintet (0,86), majd a következő évben emelkedett és nem csökkent 0,95 alá (2007: 0,95). Az utolsó négy vizsgált évben 0,97 fölött maradt (2016: 0,98; 2017: 0,98; 2018: 0,97; 2019: 0,99). Így elmondható, hogy ezekben az években minden újönnan nyilvántartott csecsemőnél a jogszabály szerint az újszülött látogatás megtörtént a hazabocsájtást követően.

Megyénként vizsgálva a mutatószámot eltéréseket tapasztalunk a 23 éves megyei arányszámokban az országos arányszámhoz viszonyítva, ami 0,98 (ref.) volt. Minimálisan de kevesebb újszülöttlátogatás jutott a nyilvántartott csescemőkhöz viszonyítva Jász-Nagykun-Szolnok (0,93), Baranya (0,93), Békés (0,96) és Zala megyékben (0,96) magasabb arányú látogatás jutott az újszülöttekre Somogy (1,02), Győr-Moson-Sopron (1,0), Heves (1,0), Nógrád (1,0) és Pest megyében (1,0) és a fővárosban (1,0) [melléklet/táblázatok/22. sz. táblázat].

Mivel a jelentés szerint az újszülöttlátogatásokat a hazabocsájtás követő első látogatás megtörténte szerint kell jelenteni és csak egyszer, így ezt a számadatot befolyásolja az adott évben és megyében születettek számaránya, hiszen minnél magasabb az újszülöttek száma annál magasabb lesz a jelentett nyers mutatószám.

6.3 Posztnatális kor (0-11 hó, első életévet betöltött csecsemők) egészség mutatói, időbeli és területi különbségek

Az újonnan nyilvántartásba vett csecsemők száma

Az újonnan nyilvántartásba vett 0-11 hónapos csecsemők megyei átlagos száma a vizsgált 23 év (1997-2019) vonatkozásában 4652 fő volt [Min:1570 fő-Max: 17141 fő]. Hajdú-Bihar megye 23 év átlaga 5426 fő, Jász-Nagykun-Szolnok 3654 fő, Szabolcs-Szatmár-Bereg 6140 fő, Bács-Kiskun 4784 fő, Békés 3014 fő, Csongrád-Csanád 3611 fő, Baranya 3397 fő; Somogy 2787 fő, Tolna 2030 fő, Vas 2168 fő, Győr-Moson-Sopron 4061 fő, Zala 2216 fő, Borsod-Abaúj-Zemplén 7246 fő, Heves 2834 fő, Nógrád 1828 fő, Fejér 3901 fő, Komárom-Esztergom 2867 fő, Veszprém 3084 fő, Pest megye 12395 fő, Budapest 15599 fő [23. sz. táblázat]

23. sz. táblázat: Az újonnan nyilvántartásba vett csecsemők 23 évi (1997-2019) megyei, régiós átlaga (fő)

TERÜLET (régió; megye)/(1997-2019)		Összesített megyei átlag adatok	
		fő	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	5426,44	436,88; [4781-6390]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	3654,74	341,48; [3122-4257]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	6140,17	670,63; [5214-7750]
Dél- Alföld	Bács-Kiskun	4784,74	297,29; [4251-5253]
	Békés	3014,48	415,24; [2509-3696]
	Csongrád-Csanád	3611,00	276,90; [3186-3995]
Dél-Dunántúl	Baranya	3397,96	327,14; [2874-3850]
	Somogy	2787,87	308,38; [2358-3368]
	Tolna	2030,52	178,26; [1765-2330]
Nyugat- Dunántúl	Vas	2168,26	136,31; [1848-2395]
	Győr-Moson-Sopron	4061,17	190,86; [3717-4356]
	Zala	2216,91	209,84; [1825-2560]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	7246,57	668,08; [6344-8716]
	Heves	2834,00	208,37; [2495-3155]
	Nógrád	1828,74	204,49; [1570-2151]
Közép- Dunántúl	Fejér	3901,35	165,20; [3447-4132]
	Komárom-Esztergom	2867,82	141,16; [2578-3125]
	Veszprém	3084,70	228,47; [2740-3532]
Közép-Magyarország	Budapest	15599,57	1053,65; [13827-17141]
	Pest	12395,78	915,18; [10698-13941]
23 évi országos átlag adat (fő)		**4652,64**	**3466,55; [1570-17141]**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

6.3.1 Csecsemők (0-11 hó) egészségi állapotát jellemző indikátorok

Fokozottan gondozott csecsemők* időbeli és térbeli különbségek

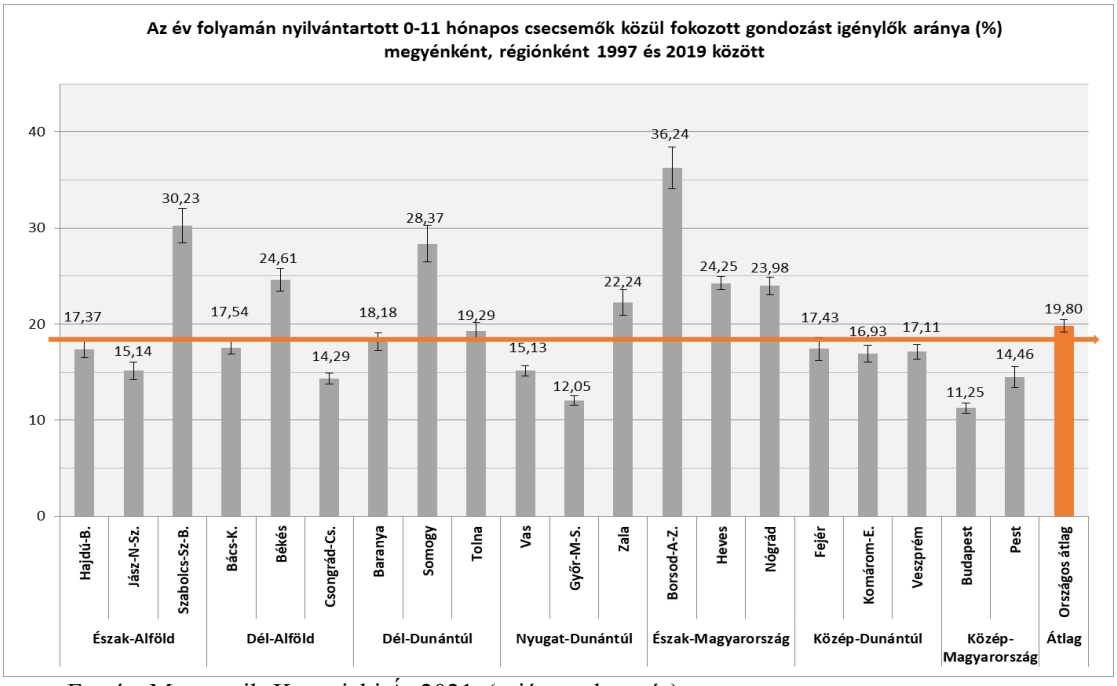
A 0-11 hónapos csecsemők közül a fokozott gondozásra szorulók aránya az elmúlt 23 évben országosan 19,80% volt (min[2019]: 13,83%, max[2014]: 21,64%), vagyis országosan a csecsemők közel ötöde fokozott gondozásra szorult az első életévében, valamilyen egészségi és környezeti vagy mindkét ok együttes fennállása miatt. A fokozott gondozást igénylők aránya 1997 és 2004 között ingadozott, majd először 2005-ben csökkent 20% alá (19,58%). A 2010-es évekig 20% alatt maradt, majd a 2011. év adata egy újabb emelkedést ereményezett a mutatószámban, mely 2014-ig folytatódot. 2017-ben csökkent újra 20% alá (17,06%). Az utolsó elemzett két évben a mutató jelentősen csökkent (2018: 14,91%; 2019: 13,83%) [melléklet/táblázatok/24. sz. táblázat].

Az országosan sem túl kedvező adatok jelentős megyei különbségeket takarnak. A 23 év átlagát vizsgálva az országos mutatóhoz (19,80%, ref.) képest magasabb volt a fokozott gondozásra szoruló csecsemők aránya Észak-Magyarország mindhárom megyéjében Borsod-Abaúj-Zemplén (36,24%); Heves (24,25%); Nógrád (23,98%); továbbá Szabolcs-Szatmár-Bereg (30,23%); Békés (24,61%) és Somogy (28,37%) megyékben. Az országos átlagnak megfelelően alakult a fokozott védőnői figyelmet igénylő csecsemők aránya Hajdú-Bihar (17,37%), Bács-Kiskun (17,54%), Baranya (18,18%), Tolna (19,29%),

*fokozottan gondozott csecsemő, akit védőnője (és/vagy az alapellátási team egyéb tagja (pl: gyermekorvos, házi gyermekorvos, vegyes praxisú háziorvos jelzése alapján) egészségi és környezeti vagy mindkét ok együttes előfordulása miatt, -saját kompetencia keretében- fokozott gondozásba veszi és látja el a területileg illetékes védőnő.

Zala (22,24%), Veszprém (17,11%) és Fejér (17,43%) megyékben. Alacsonyabb ezen csecsemők aránya az alábbi megyékben: Jász-Nagykun-Szolnok (15,14%), Csongrád-Csanád (14,29%), Vas (15,13%), Győr-Moson-Sopron (12,05%), Komárom-Esztergom (16,93%) és Pest (14,46%) és a fővárosban (11,25%) [melléklet/táblázatok/24. sz. táblázat] (50. sz. ábra).

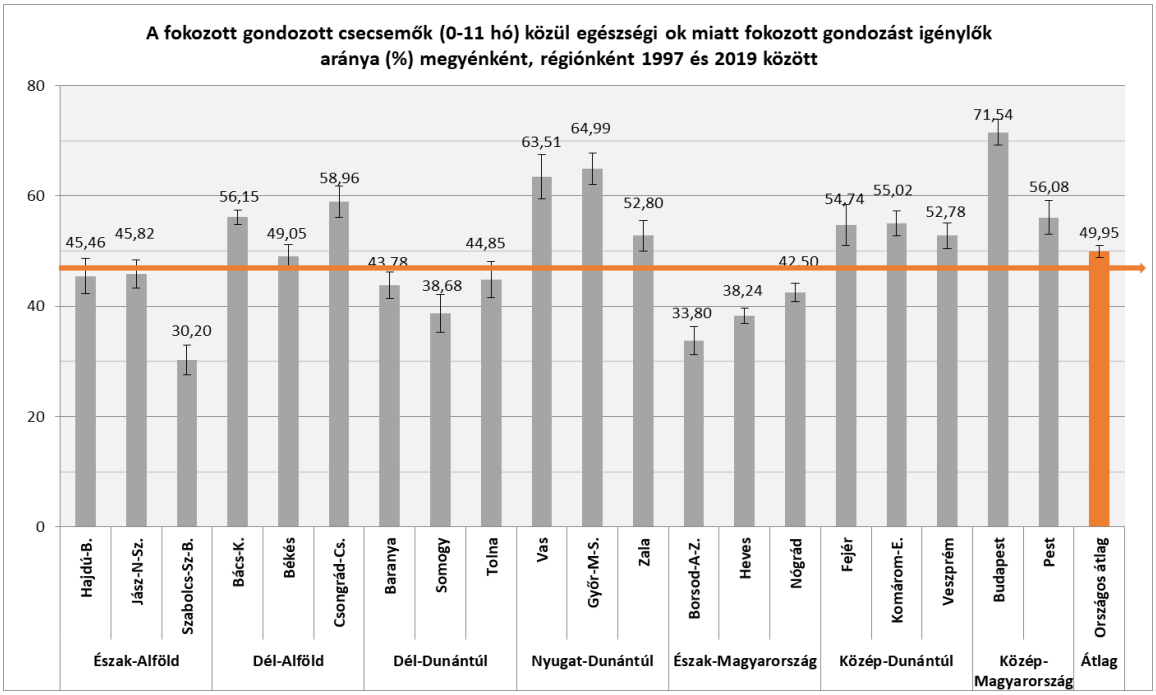
50. sz. ábra: Fokozott gondozásban részesült csecsemők megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT)



Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

A védőnői ellátási terület, és a csecsemőkorú gondozottak állapotról is képet kapunk, ha megvizsgáljuk, a fokozott csecsemőgondozás szükségességének oki tényezőit (egészségi, környezeti, mindkettő), annak fennállását, és azt, hogy hogyan változik az elemzett 23 év periódusában. A fokozott gondozás oki csoportjait vizsgálva legnagyobb arányt az egészségi ok miatt fokozottabban gondozott csecsemők részaránya teszi ki, az összes fokozott gondozott csecsemő 49,95%-os (ref.) arányában. Magasabb volt a 23 év átlagos arányszáma az egészségi állapot miatti intenzívebb gondozás tekintetében az országos mutatószámtól Bács-Kiskun (56,15%), Csongrád-Csanád (58,96%), Vas (63,51%), Győr-Moson-Sopron (64,99%), Komárom-Esztergom (55,02%) és Pest (56,08%) megyékben és Budapest esetében (71,54%). Alacsonyabb arányban kerültek fokozott gondozásra a csecsemőkorúak az egészségi állapotuk miatti okok szerint Szabolcs-Szatmár-Bereg (30,20%), Baranya (43,78%), Somogy (38,68%), Tolna (44,85%), Borsod-Abaúj-Zemplén (33,80%), Heves (38,24%), Nógrád (42,50%) megyében [melléklet/táblázatok/25. sz. táblázat] (51. sz. ábra).

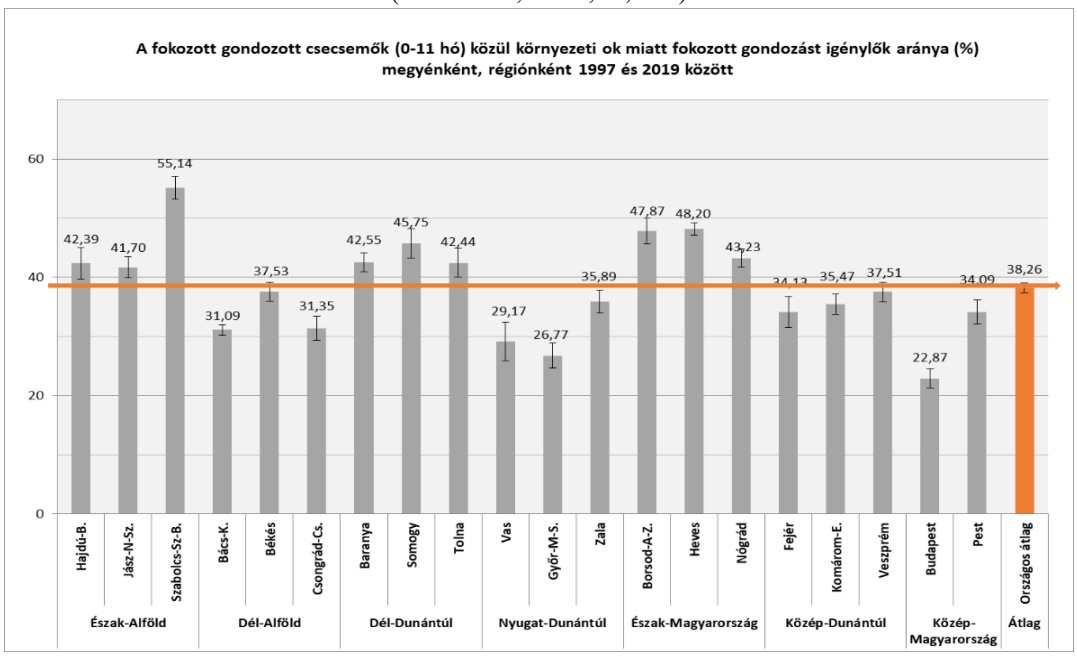
51.sz. ábra: Egészségi ok miatt fokozott gondozásban részesült csecsemők megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT)



Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

Kiemelten kezelendő azonban, hogy a fentebb említett hét kedvezőbben érintett megye a környezeti okok miatt fokozott gondozotti létszámadat tekintetében fordított mutatóval rendelkezik, azaz megye adata kedvezőtlenebb képet mutat a többlet terhére (Sz-Sz-B: 55,14%; Baranya: 42,55%; Somogy: 45,75%; Tolna: 42,44%; B-A-Z: 47,87%; Heves: 48,20; Nógrád: 43,23%) az országos részátlaghoz (38,26%, ref.) viszonyítva (52. sz. ábra; melléklet/26. sz. táblázat).

52. sz. ábra: Környezeti ok miatt fokozott gondozásban részesült csecsemők megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT)

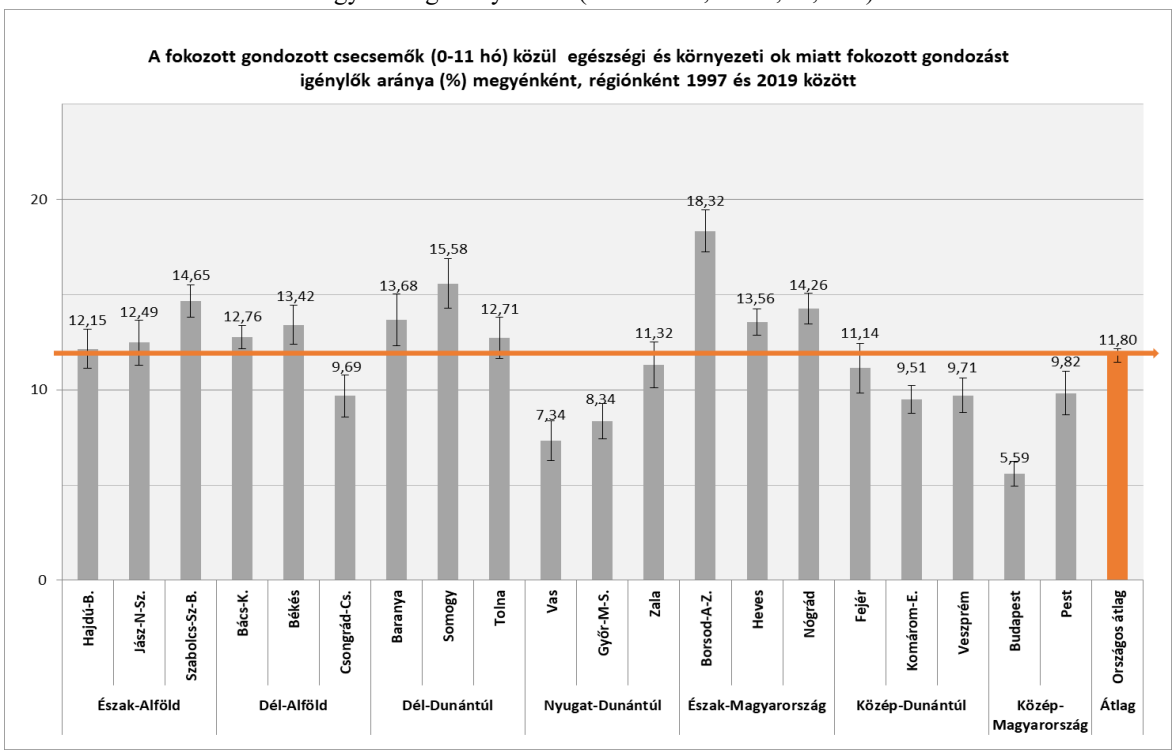


Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

A környezeti ok miatt fokozottabb gondozási arányszám 1997-től (41,65%) 2016-ig (38,79%) ingadozott [Min_{2010}: 36,93%; Max_{1997}:41,65%]. Az utolsó három elemzett évben közel -10%-os csökkenés figyelhető meg, leginkább az utolsó évek jelentősen kedvezőbb adatai miatt, 2017-ben 33,74%, 2018-ban 29,55%, míg 2019-ben csupán 25,81% volt a mutató [melléklet/táblázatok/26. sz. táblázat].

A fokozott gondozott csecsemők (0-11 hó) közül egészségi és környezeti ok miatt együttesen fokozott gondozást igénylők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között jelentősen eltérnek. Jelentős figyelmet igényel, hogy az egészségi és környezeti okok együttes jelenléte (országosan: 11,80%, ref.) miatti fokozottabb csecsemőgondozást mutató arányszám szintén már azon említett megyékben magasabb, ahol az egészségi okok miatti gondozási számok kedvezőbben, de a környezeti okok miatti számok ellentétesen kedvezőtlenebbül alakultak az országos átlagokhoz képest. Jelen indikátor esetében az alábbi megyékre jellemző az emelkedettebb mutatószám: Sz-Sz-B: 14,65%; Békés: 13,42%; Baranya: 13,68%; Somogy: 15,58%; B-A-Z: 18,32%; Heves: 13,56%; Nógrád: 14,26%. (53. sz. ábra). Az országos adatokat vizsgálva jelentős csökkenés ment végbe, felére csökkent a mutató 1997 (ref. 15,04%) -től 2019-ig (7,27%) [melléklet/táblázatok/27. sz. táblázat] (53. sz. ábra).

53. sz. ábra: Egészségi és környezeti ok együttes jelenléte miatt fokozott gondozásban részesült csecsemők megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT)



Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

6.3.2 Első életévüket betöltött csecsemők egészségi állapotát jellemző indikátorok

Az első életévüket betöltött csecsemők

Az első életévüket betöltöttek megyei átlagos száma a vizsgált 23 év (1997-2019) vonatkozásában 4588 fő volt. Hajdú-Bihar megye 23 év átlaga 5373 fő, Jász-Nagykun-

Szolnok 3653 fő, Szabolcs-Szatmár-Bereg 6131 fő, Bács-Kiskun 4766 fő, Békés 3027 fő, Csongrád-Csanád 3554 fő, Baranya 3363 fő; Somogy 2765 fő, Tolna 2034 fő, Vas 2165 fő, Győr-Moson-Sopron 4007 fő, Zala 2236 fő, Borsod-Abaúj-Zemplén 7142 fő, Heves 2826 fő, Nógrád 1823 fő, Fejér 3883 fő, Komárom-Esztergom 2829 fő, Veszprém 3101 fő, Pest megye 12420 fő, Budapest 14660 fő (28. sz. táblázat).

28. sz. táblázat: Az első életévüket betöltött csecsemők 23 év összestett átlagos száma országosan, régiónkként, megyénkként Magyarországon

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		Összesített megyei átlag adatok (1997-2019)		
		fő	SD; [MIN-MAX]	p érték*
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	5373,35	436,48; [4644-6268]	0,258
	Jász-Nagykunk-Szolnok	3652,96	345,68; [3010-4376]	0,179
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	6130,65	732,47; [5059-7719]	0,027
Dél- Alföld	Bács-Kiskun	4766,65	306,04; [4212-5467]	0,797
	Békés	3027,00	405,35; [2499-3862]	0,025
	Csongrád-Csanád	3554,26	272,46; [3185-4197]	0,137
Dél-Dunántúl	Baranya	3363,12	313,65; [2881-3985]	0,078
	Somogy	2765,57	295,45; [2322-3304]	0,009
	Tolna	2033,83	181,05; [1728-2451]	0,000
Nyugat- Dunántúl	Vas	2164,91	156,12; [1851-2618]	0,001
	Győr-Moson-Sopron	4007,30	209,07; [3579-4357]	0,403
	Zala	2236,00	209,95; [1914-2703]	0,001
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	7141,70	675,10; [6062-8639]	0,000
	Heves	2826,35	214,09; [2441-3230]	0,011
	Nógrád	1823,48	210,76; [1540-2239]	0,000
Közép- Dunántúl	Fejér	3882,67	173,19; [3458-4289]	0,310
	Komárom-Esztergom	2829,39	153,21; [2355-3088]	0,012
	Veszprém	3101,10	234,27; [2746-3672]	0,033
Közép-Magyarország	Budapest	14659,52	1067,77; [12856-16117]	0,000
	Pest	12419,61	1005,23; [10709-14076]	0,000
23 évi országos átlag adat (fő) (SD; [MIN-MAX])		4587,97	3323,70; [1540-16117]	ref.

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

Az első életévüket betöltött és védőnői (státusz) vizsgálatban részesült csecsemők

Az első életév betöltésekor jogszabály írja elő az életkorhoz kötött státuszvizsgálat elvégzését a területi védőnői feladatkörben, meghatározva az elvégzendő vizsgálatokat. Ennek részeként a védőnő az antropometriai vizsgálatok mellett a mozgásfejlődés és beszédfejlődést, valamint a csecsemő mentális-szociális fejlődését is vizsgálja. Az egy éves kori státusz minden védőnői körzetben regisztrált csecsemő számára kötelezően elvégzendő. Megtekintve a vizsgálat kivitelezésének arányszámait elégedettek lehetünk. Az adott évben az első életévet betöltött csecsemők közül -figyelembe véve a 23 év átlagát-, a védőnők az érintettek 98,84%-át részesítették státuszvizsgálatban. Kiemelten magas a 23 évi arányszám Vas (99,85%), Csongrád-Csanád (99,73%), Nógrád (99,48%) és Somogy (99,30%) megyében. A Zala megyei adat meghaladja a 100%-ot, mely abból adódhat, hogy 2017. évben a megyében nyilvántartott egy éves életkort betöltöttek száma 2068 fő volt, de a védőnői vizsgálatban részesültek száma 2276 fő, így az éves arányszáma: 110,06 %, ami a 23 éves megyei arányszámot jelentősen torzítja. (29. sz. táblázat).

29. sz. táblázat: Az első életévüket betöltött és védőnői vizsgálatban részesült csecsemők 23 évi aránya (%)

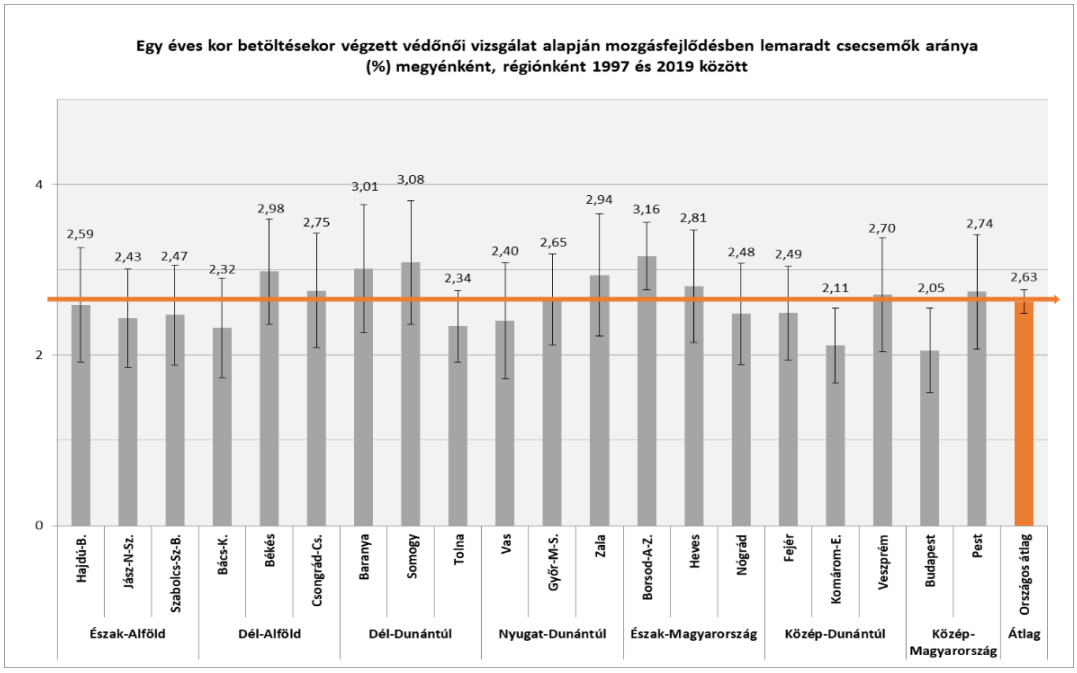
TERÜLET (régió; megye)/(1997-2019)		Összesített megyei átlag	
		%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	97,47	1,21; [93,79- 99,25]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	98,23	0,94; [96,75-100,06]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	98,94	0,88; [96,62-100,23]
Dél- Alföld	Bács-Kiskun	98,21	1,70; [94,31- 99,72]
	Békés	97,92	1,50; [93,09- 99,73]
	Csongrád-Csanád	99,73	1,12; [97,97-104,01]
Dél-Dunántúl	Baranya	99,03	0,57; [97,49- 99,83]
	Somogy	99,30	0,42; [98,57- 99,92]
	Tolna	99,11	0,80; [97,10- 99,95]
Nyugat- Dunántúl	Vas	99,85	0,41; [98,95-100,97]
	Győr-Moson-Sopron	98,86	0,72; [97,18- 99,89]
	Zala	100,19	2,17; [98,93-110,06]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	98,01	0,94; [96,14- 99,31]
	Heves	98,81	0,79; [96,82- 99,80]
	Nógrád	99,48	0,50; [98,08-100,00]
Közép- Dunántúl	Fejér	98,94	0,70; [96,41- 99,82]
	Komárom-Esztergom	98,91	0,68; [97,53- 99,80]
	Veszprém	99,06	0,72; [97,17-100,32]
Közép-Magyarország	Budapest	98,68	1,60; [95,52-103,24]
	Pest	97,98	1,88; [90,25- 99,73]
23 évi országos átlag adat (fő)		**98,84**	**1,30; [90,25-110,06]**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

Mozgásfejlődésben elmaradt csecsemők

Csecsemőkorban kiemelt jelentőségű a gyermek optimális egészségi állapota és a megfelelő ütemű fejlődése szempontjából a mozgás és fejlődési ütemének követése. Az első életév betöltésekor vizsgált csecsemők esetén mozgásfejlődés elmaradást tapasztalt a védőnő 2,63%-uk (ref.) esetében, a 23 éves országos arányszám szerint. A megyei átlagadatok nem mutattak szignifikáns eltérést, de kiemelt figyelmet érdemel Somogy és Baranya megye, ahol az mutató értéke meghaladta a 3%-os szintet (Somogy: 3,08%, Baranya: 3,01%) (54. sz. ábra).

54. sz. ábra: Az első életév betöltésekor vizsgáltak körében észlelt elváltozás: mozgásfejlődés, megyei átlag arányszám (1997-2019; 23 év; %; MT)



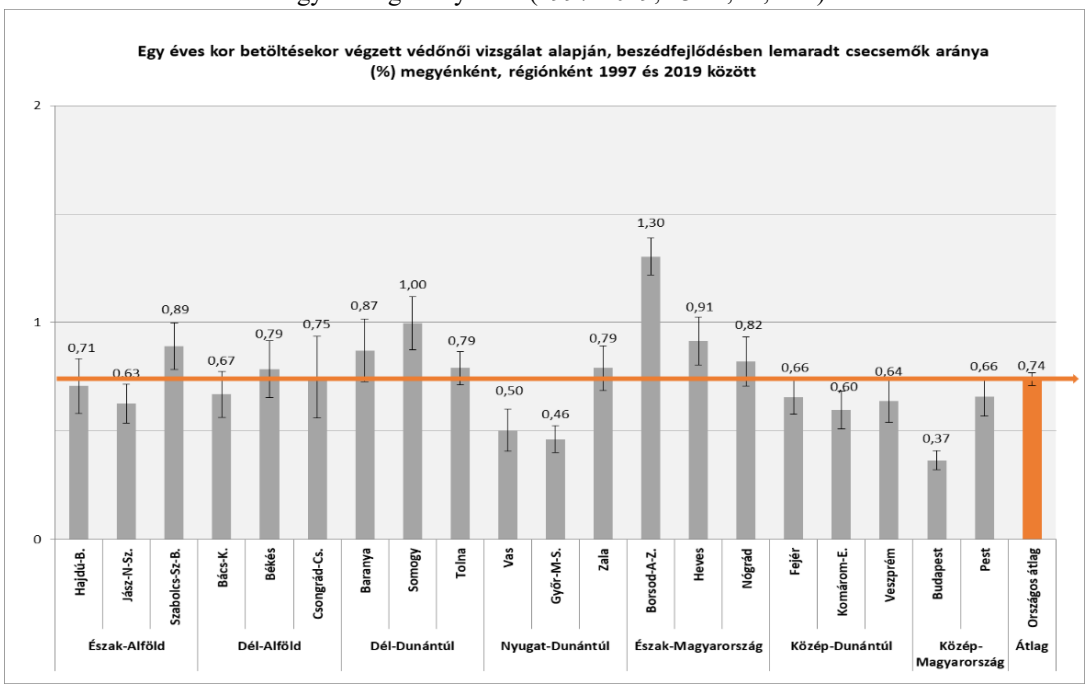
Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

A longitudinális országos arányszámok megmutatták, hogy a mozgáselmaradással kiszűrt csecsemők száma emelkedett a vizsgált évek előrehaladtával. Ugyanis míg 1997-ben 1,27% volt, addig az vizsgált utolsó évben, 2019-ben már 4,50%, több, mint háromszorosa volt. Az arányszám vizsgálatakor meg kell állapítani, hogy nem számszaki hibárol van szó. A jelentési adatok szerint nem a szűrtek száma, hanem a kiszűrtek nyers mutatója adja a drasztikus emelkedést, mely arról informál, hogy a védőnői mozgásfejlődés modszertanában országosan bevezetett és vagy rendeletben szabályozott vizsgálati metódus került egységesítésre ezzel növelve a korai felismerést [melléklet/táblázatok/30. sz. táblázat].

Beszédfejlődésben elmaradt csecsemők

A beszédfejlődés elmaradása a jelenlegi jogszabályi keretek között is szubjektíven megítélhető adatbekérés alapján. A védőnő a hangadást a hangok, szavak, szótagok ejtését értékeli értékeli. Sajnálatos módon nincs egységesen kidolgozott rendszer (szakmai standard) arra vonatkozóan, hogy melyek azok a konkrét eltérések, melyek hiányában vagy épp meglétében a csecsemőt szakellátásba való irányításba küldi. Ebben az életkorban még nagyon tág határok között tudják a beszéd fejlettségét megítélni a szakemberek, ezért a legtöbb esetben csak az egészséges fejlődésben „leírt" átlagához tudnak viszonyítani. A jelentésben viszont csak a megkésett „beszédfejlődést" írják be a védőnők, ami ebben az életkorban még ritkán kimondott diagnózis. Ebből kifolyólag a mutatószám értéke is enyhe marad, mely a fentebb említettek miatt ebben a korban még nem tükrözi a tényleges eltérés objektív számadatát. Országosan, a vizsgált évek mutatója: 0,74% volt. Ez azt jelentette, hogy 100 gyermek esetén kevesebb, mint egy gyermek vizsgálata mutatott beszédbeli eltérést a védőnői vizsgálat alkalmával. Ettől magasabb az arányszám, közel kétszerese az országosnak Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (1,30%), további megyékben 1% körüli értéket mutatott (Sz-Sz-B: 0,89%; Somogy: 1,00%, Heves: 0,91%) (55. sz. ábra).

55. sz. ábra: Az első életév betöltésekor vizsgáltak körében észlelt elváltozás: beszédfejlődés, megyei átlag arányszám (1997-2019; 23 év; %; MT)



Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

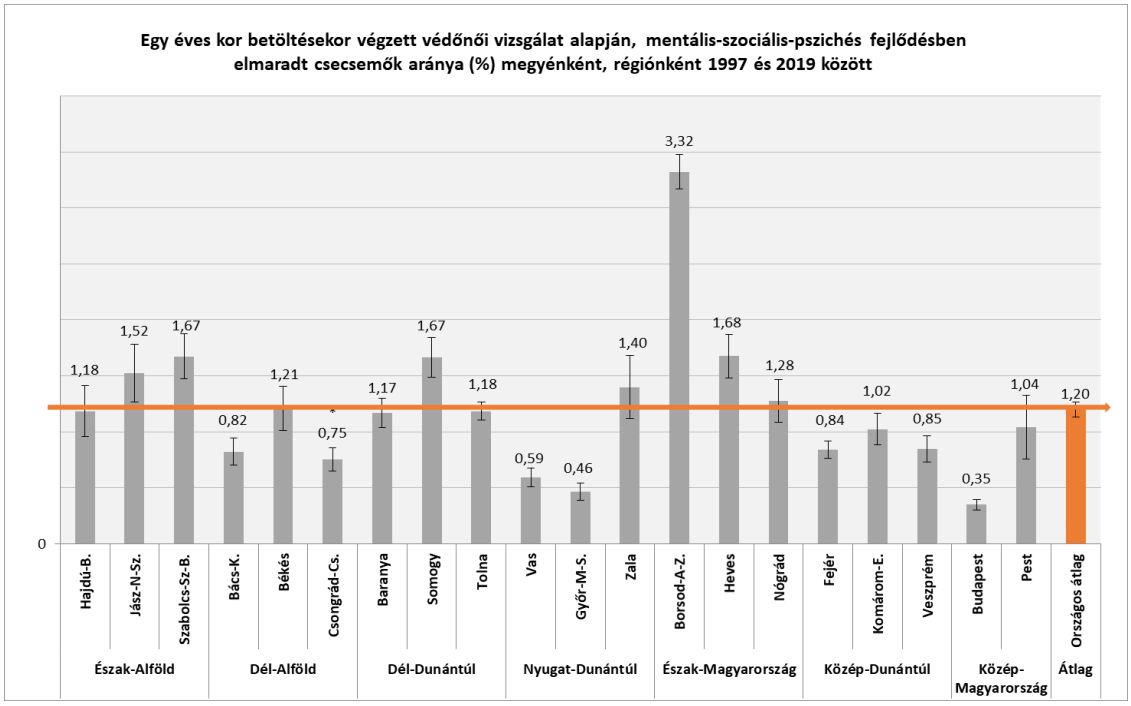
1997 és 2019 között az arányszám kisebb mértékben ingadozott, csupán 2017-ben érte el az 1%-os határt (1,01%). Legalacsonyabb volt 1998 és 2001-ben mindkét évben 0,50% [melléklet/táblázatok/31. sz. táblázat].

Mentális-szociális-pszichés fejlődésben elmaradt csecsemők

A védőnő a vizsgálat alkalmával értékeli a csecsemő szociális fejlettségét. Abban az esetben, ha a gyermek szociálisan sivár (elhanyagoló) környezetben nevelkedik nem fejlődik megfelelő ütemben a szociális készsége. Az anya viselkedése, kommunikációja, mentális és lelki állapota meghatározó a gyermek korai szociális fejlődésében. Csecsemőkorban a fejlődést az segíti a leghatékonyabban, ha az anya érzékeny és válaszkész a csecsemő jelzéseire, szükségleteire. A szociális zavar problémaköre a vizsgált 23 év vonatkozásában nem ölt drasztikus képet az egy éves kort betöltők körében, az arányszám: 1,20% volt. 1997 és 2019 közötti években enyhe mértékben ingadozott, de nem haladta meg egyik évben sem az 1,67%-os arányt és nem csökkent 0,87% alá [melléklet/táblázatok/32. sz. táblázat].

Megyei területi felosztásban vizsgálva a mutatót láthatjuk, hogy jelentős különbségeket fed el az országos arányszám. Míg a legmagasabb értékkel bíró Borsod-Abaúj- Zemplén megyében az arányszám kétszer magasabb (3,32%), addig a fővárosban élő csecsemők mutatója harmada (0,35%) az országos arányszámnak. Igen kedvezőbb helyzetben voltak a korai szociális, mentális állapot mutatóját tekintve a Vas, a Győr-Moson-Soporon megyei csecsemők. Hasonlóan Borsod-Abaúj-Zemplén megye adatához, kedvezőtlenebb volt a szociális fejlődés mutatója Szabolcs-Szatmár-Bereg (1,67%), Somogy (1,67%), Heves (1,68%) és Jász-Nagykun- Szolnok (1,52%) megyében (56. sz. ábra) is.

56. sz. ábra: Az első életév betöltésekor vizsgáltak körében észlelt elváltozás: szociális, megyei átlag arányszám (1997-2019; 23 év; %; MT)



Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

Alacsony testtömegpercentilis értékkel (3 alatti; 3 és 10 közötti) rendelkező csecsemők

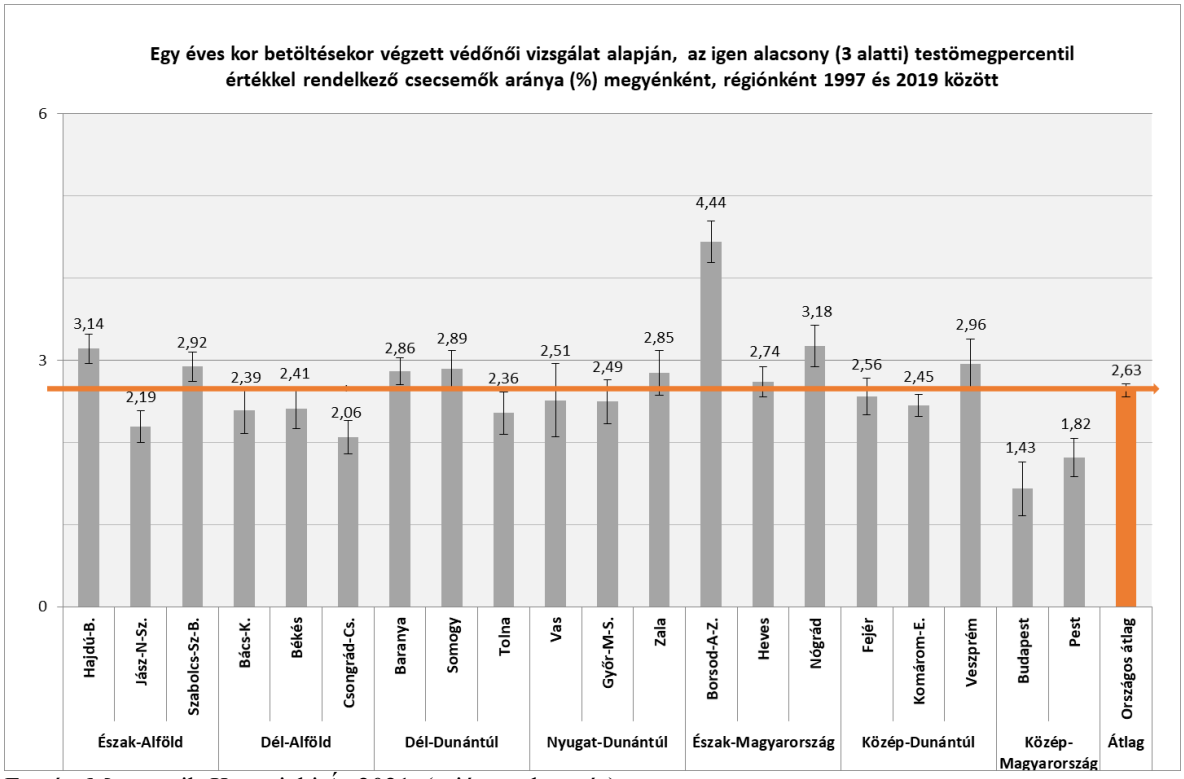
A percentilis görbe segítségével a védőnők grafikus formában tudják nyomon követni a gyermek hossz- és súlyfejlődését. A kapott adatok lehetővé teszik az azonos korú gyerekek fejlődésének összehasonlítását, a legfontosabb mégis az, hogy mindenkit önmagához viszonyítsunk.

Testsúly percentilis kategóriák:

- A fejlettségi szinten túl a táplálkozási szokásokat is meg kell vizsgálni, amennyiben egy gyerek percentilis értéke az azonos életkorúak átlagértékéhez képest 3% vagy az alatt van. Ez ugyanis már komoly súlyhiányra utalhat.
- A 3 – 10% közötti érték arra utal, hogy a gyermek sovány. Ilyen esetben a táplálékok mennyiségét, minőségét, összetételét, valamint az étkezések gyakoriságát kell ellenőrizni.
- Megfelelően tápláltnak az a gyermek mondható, akinek a percentilis értéke a 10 – 75% közé esik.
- Túltápláltságra, helytelen táplálkozásra és súlyfeleslegre a 75 – 90% közötti adatok utalnak. 97% fölött egyértelműen túlsúlyos állapotról beszélhetünk.

A csecsemőkorúak két legalsó percentilis értékbe tartozó adatokat górcső alá véve, megállapítható, hogy a csecsemők összesítetten közel 10%-a, vagy komoly súlyhiányos állapotban (3percentilis alatti testömeggel rendelkezik a 2,63%-uk) vagy a tápanyag összetétele, minősége és mennyisége miatt alultápláltsággal (3 és 10 percentilis közöttiek 5,27%) küzd [melléklet/táblázatok/33.-34. sz. táblázat] (57.-58. sz. ábra).

57. sz. ábra: Az első életév betöltésekor vizsgáltak körében észlelt komoly súlyhiányos állapot, (3 percentilis alatti) megyei átlag arányszám (1997-2019; 23 év; %; MT)

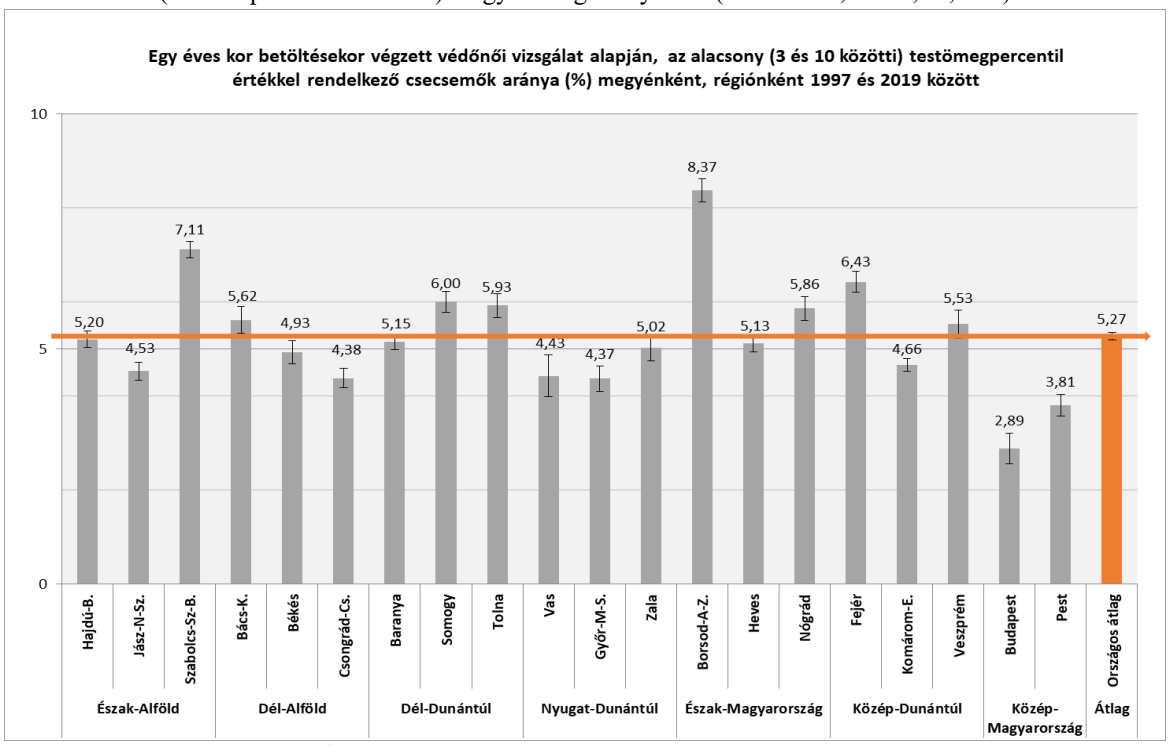


Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

A korai életszakasz (születést követő első 1000 nap) az optimális súlyfejlődés meglétének szempontjából igen kiemelt terület, hiszen a korai életminőség elengedhetetlen a pozitív irányú felnőttkori egészségi állapot kialakításához. Sőt a Barker-hipotézis ('DOHaD-theory') szerint nem pusztán védő, mint inkább kockázati tényezője, bizonyos felnőttkori betegségek (metabolikus x szindróma) kialakulásának.

Az egy éves kor betöltésekor vizsgált csecsemők tápláltsági mutatóinak megyei eltérését tekintve, különösen kiemelendő Borsod-Abaúj-Zemplén (4,44%; 8,37% össz: 12,81) és Szabolcs-Szatmár-Bereg (2,92%; 7,11%, összesen: 10,3%) megye, ahol a vizsgált két mutató összértéke meghaladja a 10%-ot. Így elmondható, hogy minden 100 vizsgált egy éves gyermek közül közel 10-13 főnek volt problémásan alacsony a tettömege [melléklet/táblázatok/33-34. sz. táblázat] (57.-58. ábra).

58. sz. ábra: Az első életév betöltésekor vizsgáltak körében észlelt sovány/alultáplált állapot, (3 és 10 percentilis között) megyei átlag arányszám (1997-2019; 23 év; %; MT)



Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

*6.3.3 Csecsemők anyatejes táplálására vonatkozó indikátorok**

Az anyatejjel hónapokig táplált csecsemők mentális és fizikális fejlődése kedvezőbben alakul, mint más gyermekeké, amiről több hazai [212, 213] és nemzetközi tanulmány [214]is beszámol. Pécsi (2011) az „Anyatej – több mint eledel" című írásában *Gou és Hendricks* (2008) [215] szerzőpárosra hivatkozva arra hívja fel a figyelmet, hogy vannak kutatók, akik az anyatejet biológiai folyadékként tekintik, mivel az sok olyan anyagot tartalmaz, amely nemcsak tápanyagként hasznosul, de jelentős biológiai hatást is

* Az értekezés fejezetének alapjául szolgáló szerzői közlemények:
1. **Moravcsik-Kornyicki, Ágota**; R., Fedor Anita. A csecsemőkori anyatejes táplálás időbeli alakulása és térségi egyenlőtlenségei. STATISZTIKAI SZEMLE, 99 (8), pp. 759-782. 24 p (2021)

kifejt. Jakobik és mtsai (2011) [214] öt európai ország csecsemőtáplálással kapcsolatos irányelveit tekintették át, és kiemelték közülük a szoptatás előnyeire fókuszáló megállapításokat. Ezek mindegyike arra világít rá, hogy a szoptatás védőhatással bír a fertőzésekkel, a cukorbetegséggel és az allergiával szemben is.

A születéstől négy hónapos korig kizárólag női tejet kapó csecsemők

Az év folyamán első életévüket betöltöttek közül születéstől négy hónapos korig (0-119 nap) kizárólag szoptatott/női tejet kapó csecsemők arányának változását vizsgálva a 1997 és 2019 közötti időszakban, fűrészfogszerű tendencia látható.

Országosan az első életévet betöltött csecsemők közül az elmúlt 23 évet figyelembe véve a csecsemők 54,65%-a volt négy hónapos korig kizárólagosan anyatejjel táplált. Legmagasabb az arány az indikátort tekintve 2003-ban, ahol az országos arány közel 65% (64,57%), legalacsonyabb 2017-ben, amikor 47% alatt maradt (46,35%). A vizsgált 23 év első hét évében, 2003-ig (64,57%) növekvő tendencia igazolódik a vizsgált indikátor országos arányában, amiben a 2004. év adata (57,25%) egy törést eredményez, ez a csökkent tendencia 2005-ben is fennáll (59,23%) majd a következő két évben egy újbóli folyamatos emelkedés figyelhető meg (2006: 60,00%; 2007: 61,77%). 2008. évtől (56,97%) újbóli csökkenő tendencia következik be 2017-ig (46,36%), mely évet a két elemzett utolsó év minimális növekedése követ (2018: 47,00%; 2019: 47,39%).

Megyei bontásban vizsgálva az indikátort több, mint 20 vizsgált évben elmarad az adott évi országos átlaghoz (ref.) képest Bács-Kiskun (mind a 23 évben; átlag: 50,87%), Heves (mind a 23 évben; átlag: 48,23%), Szabolcs-Szatmár-Bereg (21 évben; átlag: 49,78%) megyék átlagadata. További négy, Békés (18 évben; átlag: 49,19%), Hajdú-Bihar (17 évben; átlag: 53,57%), Somogy (16 évben; átlag: 52,10%), Vas (15 évben; átlag: 52,79%) megye a vizsgált időszak legalább 15 évében hozott kedvezőtlenebb arányszámot, mint az adott évi országos átlagok.

Az országos éves átlagarányszámoktól (ref.) kiemelkedően kedvezőbb mutatóval rendelkezett, azaz legalább 20 év vonatkozásában felülteljesítette az országos referencia adatot, a négy hónapos korban kizárólag női tejet kapók arányát vizsgálva, Győr-Moson-Sopron (mind a 23 évben; átlag: 61,35%), Zala (mind a 23 évben, átlag: 59,50%), Komárom-Esztergom (mind a 23 évben; átlag: 59,09%), Fejér megye (22 évben; átlag: 58,81%), és a főváros Budapest (mind a 23 évben; átlag: 63,28%), továbbá kiemelendő Pest megye adata (18 évben, átlag: 58,16%) is.

Longitudinálisan vizsgálva a megyék éves arányszámait, - referencia évnek tekintve a 1997. évi megyei arányszámokat-, a 20 vizsgált terület (19 megye és a főváros) közül mindegyik esetén jellemzően tendenciózus emelkedés figyelhető meg a négy hónapos korig kizárólag anyatejes táplálás viszonyszámában egészen 2008-ig, majd a 2009-es évektől egy drasztikus csökkenés írható le minden földrajzi elemzett terület adatát illetően 2019-ig. Kiemelt figyelmet igényel Jász-Nagykun-Szolnok, Békés, Csongrád-Csanád megyék, ahol az országos arányszámhoz viszonyított többlet 2008-ban eltűnik és a bekövetkező drasztikus negatív tendencia 2019-ig megmarad.

Megvizsgálva a 23 év megyei átlagokat statisztikailag bizonyíthatóan kedvezőbben teljesített a 23 év országos átlagarányszámánál (57,57%; ref.) a vizsgált indikátor

tekintetében (azaz, a négy hónapos korig kizárólag anyatejjel táplált csecsemők arányszáma) Győr-Moson-Sopron (61,36%), Zala (59,50%), Fejér (58,81%), Komárom-Esztergom (60,95%) és Pest megye (58,17%) valamint a főváros (Budapest; 63,28%). Kedvezőtlenebb helyzetű terület Jász-Nagykun-Szolnok (50,41%), Szabolcs-Szatmár-Bereg (49,78%), Bács-Kiskun (50,87%), Békés (49,19%), valamint Heves megye (48,23%). Hajdú-Bihar (53,57%), Csongrád-Csanád (53,87%), Baranya (53,77%), Somogy (52,10%), Tolna (53,89%), Vas (52,80%), Borsod-Abaúj-Zemplén (54,44%), Nógrád (55,10%), Veszprém (54,65%) megye [melléklet/táblázatok/35. sz. táblázat].

A születéstől hat hónapos korig kizárólag női tejet kapó csecsemők

Az év folyamán első életévüket betöltöttek közül születéstől hat hónapos korig (0-179 nap) kizárólag szoptatott/női tejet kapó csecsemők éves országos arányszámokat tekintve változó tendencia látható 1997 és 2019 közötti időszakban.

Országosan az első életévet betöltött csecsemők közül az elmúlt 23 évet figyelembe véve a csecsemők 34,20%-a volt hat hónapos korig kizárólagosan anyatejjel táplált. Legmagasabb az arány az indikátort tekintve 2003-ban, ahol az országos arány közel 43% volt, legalacsonyabb 1997-ben, amikor nem érte el a 25%-os arányt sem (23,38%). A vizsgált 23 év első hét évében, 2003-ig (1997: 23,38%, 2003: 39,70%) évről-évre növekvő tendencia igazolódik a vizsgált indikátor országos arányában, amiben a 2004. év adata (33,73%) egy törést eredményez, ez a csökkent tendencia 2005-ben is fennáll (37,97%,) majd a következő két évben egy újbóli folyamatos emelkedés látható (2006: 41,21%; 2007: 42,45%). 2008. évtől (35,73%) szintén csökkenő tendencia következik be 2016-ig (31,96%), mely évet a három elemzett utolsó évben minimális növekedés követ (2017: 32,55%; 2018: 33,91%; 2019: 34,40%).

Megyei bontásban vizsgálva az indikátort több, mint 20 vizsgált évben elmarad az adott évi országos átlaghoz képest Szabolcs-Szatmár-Bereg (mind a 23 évben; átlag: 28,58%), Bács-Kiskun (mind a 23 évben; átlag: 34,41%), Borsod-Abaúj-Zemplén (mind a 23 évben; átlag: 28,20%), Heves (mind a 23 évben; átlag: 25,14%), Jász-Nagykun-Szolnok (21 évben; átlag: 28,15%) megyék adata. További három, Hajdú-Bihar (17 évben; átlag: 32,41%), Békés (18 évben; átlag: 28,67%), Somogy (16 évben; átlag: 32,45%) megye a vizsgált időszak alatt legalább 16 évében hozott kedvezőtlenebb arányszámot, mint az adott évi országos átlag.

Az országos éves átlagarányszámoktól (ref.) kiemelkedően kedvezőbb mutatóval rendelkezett, azaz legalább 20 év vonatkozásában felülteljesítette a referencia adatot a hat hónapos korban kizárólag női tejet kapók arányát vizsgálva Győr-Moson-Sopron (mind a 23 évben; átlag: 40,15%), Zala (21 évben, átlag: 36,95%), Komárom-Esztergom (22 évben; átlag: 38,80%), Fejér megye (22 évben; átlag: 38,16%), és a főváros Budapest (mind a 23 évben; átlag: 43,10%), továbbá Nógrád megye (21 évben, átlag: 38,65%).

Longitudinálisan vizsgálva a megyék éves arányszámait, -referencia évnek tekintve a 1997. évi megyei arányszámokat-, a 20 vizsgált terület (19 megye és a főváros) közül mindegyik esetén jellemzően tendenciózus emelkedés figyelhető meg a hat hónapos korig kizárólag anyatejes táplálás viszonyszámában egészen 2007-ig, majd a 2008-as évektől egyes megyék esetén (pl. Jász-Nagykun-Szolnok; Szabolcs-Szatmár-Bereg, Békés,

Csongrád-Csanád, Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád, Budapest) drasztikus csökkenés látható az elemzett arányszámban.

Megvizsgálva a 23 év megyei átlagokat kedvezőbben teljesített az országos átlagnál (34,20%; ref.) a vizsgált indikátor (azaz, a hat hónapos korig kizárólag anyatejjel táplált csecsemők aránya) tekintetében Győr-Moson-Sopron (40,15%), Nógrád (38,65%), Fejér (38,16%), Komárom-Esztergom (38,80%) és Pest megye (39,31%) valamint a főváros Budapest (43,10%). Kedvezőtlenebb helyzetű terület Jász-Nagykun-Szolnok (28,15%), Szabolcs-Szatmár-Bereg (28,58%), Békés (28,67%), valamint Borsod-Abaúj-Zemplén (28,20%) és Heves (25,14%) megye arányszámai. Hajdú-Bihar (32,41%), Bács-Kiskun (31,41%), Csongrád-Csanád (33,67%), Baranya (35,88%), Somogy (32,45 %), Tolna (35,38%), Vas (34,81%), Zala (36,95%) és Veszprém (34,08%) megye az országos átlaghoz nagyon közelítő adattal rendelkezett [melléklet/táblázatok/36. sz. táblázat].

Az egy éves kor betöltésekor még szoptatott/női tejet kapó csecsemők

Az év folyamán első életévüket betöltöttek közül tizenkét hónapos korban még anyatejet kapó csecsemők arányára 1997 és 2019 között drasztikusan csökkenő tendencia jellemző 1997 és 2019 közötti időszakban. A 12 hónapos korban még szoptatott/női tejet kapó csecsemők 23 évi megyei átlagos száma 1794 fő volt. Hajdú-Bihar megye 23 év átlaga 2204 fő, Jász-Nagykun-Szolnok 1194 fő, Szabolcs-Szatmár-Bereg 2094 fő, Bács-Kiskun 1646 fő, Békés 1030 fő, Csongrád-Csanád 1392 fő, Baranya 1349 fő, Somogy 1109 fő, Tolna 780 fő, Vas 785 fő, Győr-Moson-Sopron 1714 fő, Zala 1038 fő, Borsod-Abaúj-Zemplén 2823 fő, Heves 974 fő, Nógrád 728 fő, Fejér 1572 fő, Komárom-Esztergom 1079 fő, Veszprém 1166 fő, Pest megye 4860 fő, Budapest 6339 fő.

Az éves országos arányszámokat tekintve változó tendencia látható 1997 és 2019 között a 12 hónapos korban még szoptatott/női tejet kapó csecsemők arányában. Országosan az első életévet betöltött csecsemők közül az elmúlt 23 évet figyelembe véve a csecsemők 38,45%-a volt még szoptatott/anyatejjel táplált csecsemő. Legmagasabb az arány az indikátort tekintve 2004-ben, ahol az országos arány közel 53% (52,37%), legalacsonyabb 2005-ben, amikor nem érte el a 30%-os arányt (28,59%). A vizsgált 23 év első hét évében, 2004-ig (1997: 8,70%, 2004: 52,37%) évről-évre növekvő tendencia igazolódik a vizsgált indikátor országos arányában, amiben a 2005. év adata (28,59%) egy törést eredményez. 2006-os (31,68%) évtől egy újbóli növekedés figyelhető meg az indikátor arányában, mely növekedés kisebb eltérésekkel (2-3%/év) megtartottá válik 2019-ig (35,63%).

Megyei bontásban vizsgálva az indikátort több, mint 20 vizsgált évben elmarad az adott évi országos átlaghoz képest Jász-Nagykun Szolnok (mind a 23 év; átlag: 32,30%), Szabolcs-Szatmár-Bereg (mind a 23 évben; átlag: 33,80%), Bács-Kiskun (mind a 23 évben; átlag: 34,37%), Vas (mind a 23 évben; átlag: 36,17%), Heves (mind a 23 évben; átlag: 34,38%) megyék adata. További két megyében, Veszprém (20 évben; átlag: 37,51%), Békés (19 évben; átlag: 33,10%) megyékben, a vizsgált időszak legalább 19 évében mutatott kedvezőtlenebb arányszámot, mint az adott évi országos átlag.

Az országos éves átlagarányszámoktól (ref.) kiemelkedően kedvezőbb mutatóval rendelkezett, azaz legalább 20 év vonatkozásában felülteljesítette a referencia adatot az első életév betöltésekor még szoptatott/női tejet kapók arányát vizsgálva, Győr-Moson-Sopron

(mind a 23 évben; átlag: 42,97%), Zala (mind a 23 évben, átlag: 46,31%), Fejér megye (22 évben; átlag: 40,52%), és a főváros Budapest (22 évben; átlag: 43,51%).

Longitudinálisan vizsgálva a megyék éves arányszámait, -referencia évnek tekintve a 1997. évi megyei arányszámokat-, a 20 vizsgált terület (19 megye és a főváros) közül mindegyik esetén jellemzően tendenciózus emelkedés figyelhető meg a hat hónapos korig kizárólag anyatejes táplálás viszonyszámában egészen 2004-ig, majd a 2005-ös évektől minden elemzett terület esetén drasztikus csökkenés látható az arányszámban. Ez a jelentős csökkenési ütem csupán enyhe mértékben emelkedett a további években 2019-es évig, de tendenciózusan egyik megyei eredmény sem tudta elérni a 2004-es arányszámokat.

Megvizsgálva a 23 év megyei átlagokat, kedvezőbben teljesített a 23 év országos átlagánál (38,45%; ref.) a vizsgált indikátor (azaz, az egy éves korban még szoptatott/női tejet kapó csecsemők aránya) tekintetében Győr-Moson-Sopron (42,97%), Zala megye (46,31%) és a főváros (43,51%). Kedvezőtlenebb helyzetű terület Jász-Nagykun-Szolnok (32,30%), Szabolcs-Szatmár-Bereg (33,80%), Bács-Kiskun (34,37%), Békés (33,10%), Heves megye (34,38%) adata. Hajdú-Bihar (40,77%), Csongrád-Csanád (38,85%), Baranya (40,00%), Somogy (39,98%), Tolna (38,42%), Vas (36,17), Borsod-Abaúj-Zemplén (39,17%), Nógrád (39,48%), Fejér (40,52%), Komárom-Esztergom (38,11%), Veszprém (37,51%) megye az országos átlaghoz nagyon közelítő adattal rendelkezett [melléklet/táblázatok/37. sz. táblázat].

6.3.4 Védőnői csecsemőgondozás adatai

Védőnői csecsemőtanácsadás

A vizsgált 23 év országos átlagát tekintve, egy gondozott csecsemőre 4,46 alkalomnyi védőnő által végzett tanácsadás jutott. Tehát minden gondozásba vett csecsemő egy év alatti gondozás során közel 5 alkalommal találkozott a védőnővel tanácsadás céljából. Ez a mutatószám jelentősen, négyszeresére emelkedett 1997-től, amikor is az értéke csupán 1,97 alkalom volt míg 2019-ben 7,40 alkalom. A védőnői tanácsadáson való csecsemő megjelenés 2008- ben érte el a 4 alkalomnyi mutatószámot (4,00) [melléklet/táblázatok/38. sz. táblázat], mely azért jelentős, hiszen ez az első év amikor érezhető a hatása a 49/2004. (V.21) ESzCsM rendeletnek, mely szabályozza a gyermekek számára hirdetett területi védőnői önálló tanácsadás tartását.

A mutatóban jelentős megyei eltérések láthatók, mely hátterében a gondozott csecsemők állapotbéli különbségei, a tanácsadó helyiség és a lakóhely közötti távolság, közlekedési nehezítettség problémaköre, valamint a fokozottabb gondozás szükségessége és így a találkozások gyakoribb volta állhat. Magasabb az egy csecsemőre jutó védőnői tanácsadáson megjelenések alkalom száma Szabolcs-Szatmár-Bereg (5,82), Vas (5,40), Győr-Moson-Sopron (6,45), Heves (6,25), Nógrád (6,17) és Fejér (5,15) megyékben. Alacsonyabb az egy csecsemőre jutó tanácsadáson való megjelenés száma Hajdú-Bihar (3,77), Jász- Nagykun-Szolnok (3,64), Bács-Kiskun (3,98), Zala (3,26) és Pest megyében (3,56) és Budapesten (2,03) az elemzett 23 év átlagát tekintve [melléklet/táblázatok/38. sz. táblázat].

Védőnői csecsemőlátogatás

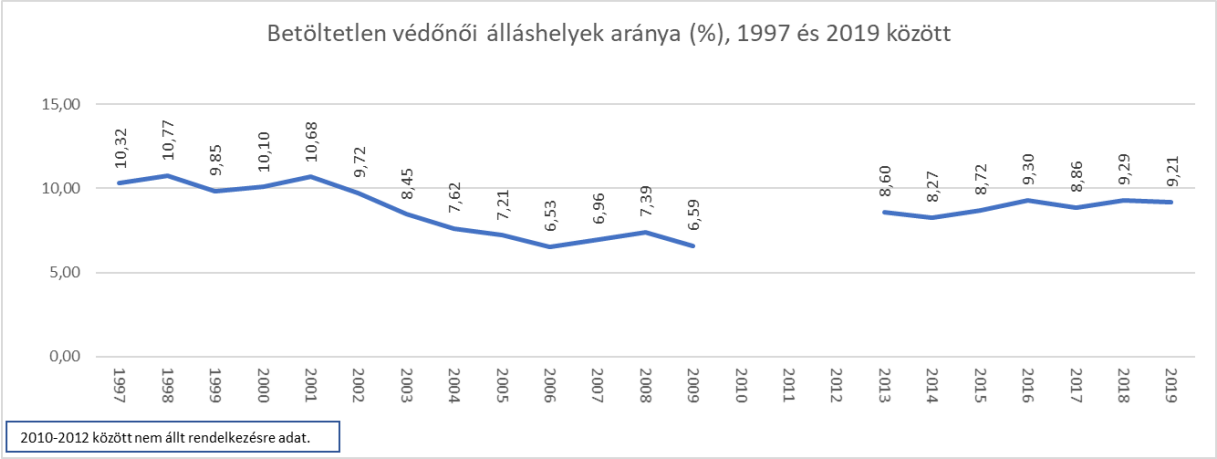
Jelenleg is érvényben lévő, a területi védőnői ellátást szabályozó rendelet (49/2004. (V.21) ESzCsM rendelet) meghatározza az csecsemők (6 hét-1 éves kor közötti időszak) látogatásának rendszerességét. A rendelet szabályozása értelmében „havonta, fokozott gondozást igénylők esetében havonta és szükség szerint" a csecsemőlátogatás a védőnői gondozás fontos feladatává válik.

Egy nyilvántartott csecsemőre a 23 év távlatában 16,30 alkalommal történő látogatás jutott. Míg 1997 ben 17,43 alkalom addig ez a szám valamelyest csökkent 2019-re, de még ekkor is meghaladta a 13 alkalmat/csecsemő (13,90. Az arányszám 2017-ben csökkent le 15 alkalom alá (14,74), majd az utolsó két vizsgált évben tovább csökkent (2018: 14,13; 2019: 13,90%). Megyénként vizsgálva a mutatószámot eltéréseket tapasztalunk a 23 éves megyei arányszámokban az országos arányszámhoz viszonyítva (16,30; ref.). Kevesebb otthoni látogatás jutott egy csecsemőre Hajdú-Bihar (14,62 alkalom/csecsemő), Bács-Kiskun (14,72), Békés (14,77), Győr-Moson-Sopron (14,67), Heves (14,72), Komárom-Esztergom (14,86) és Pest (12,86) megyében és Budapesten (13,12). Többször látogatják meg a védőnők a nyilvántartott csecsemőket Szabolcs-Szatmár-Bereg (18,11), Jász-Nagykun-Szolnok (17,48), Tolna (19,23), Zala (19,05), Nógrád (17,33) megyében. [melléklet/táblázatok/39. sz. táblázat]. A csescemőlátogatások összesített arányszáma esetén a látogatás magába foglalja a gyermekágyas időszakban végzett csecsemőlátogatások (újszülöttlátogatások) számát is (születést követő 6 hétben hetente) így ha az első látogatást kivonjuk és további öt feltételezett újszülöttlátogatást is elveszünk a mutatószámból, akkor tükröződik, hogy melyik megyében tesznek eleget a csecsemőlátogatási gyakoriságnak ami jogszabály szerint 1 alkalom/hó. Azon megyék esetében, ahol az arányszám 13 alatti ott a jogszabály szerinti minimum látogatási alkalom nem teljesül [(Pest (12,86); Budapesten (13,12)].

Betöltetlen területi védőnői állás

Mind a pre, -peri-és posztnatális egészségi állapot mutatókat befolyásolja, ha a várandós nő és vagy csecsemő lakóhely szerinti területen nincs főállású védőnő elérhető időpontban és helyszínen. Éppen ezért fontos a betöltetlen területi védőnői álláshelyek számának vizsgálata. A vizsgált 23 évben a betöltetlen álláshelyek aránya nem csökknet 6,53% alá (2006-os adat) és nem volt 10,77% fölött (1998). 2014 és 2019 között a betöltetlen állások arányszáma nem érte el a 10%-ot, de nem csökkent 8% alá. Az utóbbi évek statisztikai adatai szerint is kb. évente 300-350 között mozgott, azaz ennyi védőnői terület maradt üresen. (59. sz. ábra). A vizsgált évek előrehaladtával a mutató kedvezően csökkent.

59. sz. ábra: Betöltetlen területi védőnői álláshelyek aránya, 1997 és 2019 között (%)



Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

Megyei bontásban az alapellátási rendszerből a legtöbb területi védőnő Hajdú-Bihar (12,46%), Jász-Nagykun-Szolnok (14,38), Békés (10,60%), Borsod-Abaúj-Zemplén (10,04%), Heves (11,22%) és Nógrád (-kiemelten kritikus értékkel 20%) megyékből hiányzik [melléklet/táblázatok/40. sz. táblázat].

6.4 Összefüggés elemzés az anyai és csecsemő egészség mutatói és a védőnői álláshelyek tükrében*

Az összefüggések elemzése során górcső alá került, hogy egy adott magyarázó változó egységnyi növekedése okoz-e változást (növekedést vagy csökkenést) a kimeneti (eredmény) változó becsült értékében, miközben az összes többi magyarázó változó értéke változatlan marad.

A várandósgondozást alapvetően meghatározza az, hogy egy nő a várandóságának melyik szakaszában kerül be a gondozási, ellátási rendszerbe, ezen kívül a várandós a saját megváltozott állapotához való „hozzáállását" és annak irányát is tükrözi. Összefüggés mutatkozik az igen későn (28. geszt hét után) gondozásba került várandósok száma és a koraszülöttek (R^2=0,7313; p<0,001), intrauterin retardáltak (R^2=0,3306; p<0,001) és a fejlődési rendellenességgel világra jött (R^2=0,492; p<0,001) csecsemők száma között. Ha 10000-rel növeljük a későn gondozásba vett várandósok számát az 25,4 fővel emeli meg a koraszülöttek, 55,4 fővel a méhen belüli alultápláltak és 104 fővel a fejlődési rendellenességgel születettek számát. A védőnői gondozás nélkül szültek száma, mint magyarázó változó hasonló eredményeket hozott a kimeneti változókat vizsgálva. 10000 fővel növelve a magyarázó változót pozitív irányú növekedést eredményez a koraszülöttek (R^2=0,5519; p<0,001, 22,6 fő), a méhen belüli alultápláltak (R^2=0,2632; p<0,001, 62,8 fő), és a fejlődési rendellenességgel születettek (R^2=0,4091; p<0,001, 109,4fő) számában. Mind a későn gondozásba kerülés, mind a gondozás nélkül szültek száma a fejlődési rendellenességgel született csecsemők számát emeli legnagyobb mértékben. A betöltetlen területi védőnői álláshelyek száma pozitív előjelű összefüggést mutat (p<0,001) a

*Az értekezés fejezetének alapjául szolgáló szerzői közlemény: **Kornyicki, Á;** Kósa, K.A várandós nők jellemzői országosan és régiónként 2006 és 2008 között. NÉPEGÉSZSÉGÜGY 88: 1 pp. 50-54. 5 p. (2010)

koraszülöttek, az intrauterin retardáltak (p<0,001) és a fejlődési rendellenességgel születettek csecsemők számával (41. sz. táblázat).

41. sz. táblázat: A várandósok állapotát tükröző (magyarázó) és koraszülöttek, méhen belüli alultápláltak és a fejlődési rendellenességgel születettek (kimeneti) változók összefüggése

MAGYARÁZÓ/KIMENETI VÁLTOZÓK	koraszülött (fő)			R2	méhen belüli alultáplált (fő)			R2	fejlődési rendellenességgel született (fő)			R2
	Coef (b)	p	95% [MT]		Coef (b)	p	95% MT		Coef (b)	p	95% MT	
Igen későn (>28. hét) gondozásba vett várandós (fő)	0,00254	<0001	[0,0025051-0,002583]	0,7313	0,00554	<0001	[0,0054191-0,0056556]	0,3306	0,01040	<0001	[0,0102004-0,0105997]	0,492
Fokozott gondozott várandós (fő)	0,00175	<0001	[0,0017474-0,0017595]	0,7428	0,00480	<0001	[0,0047857-0,0048224]	0,5516	0,00705	<0001	[0,0070203-0,0070811]	0,5053
Dohányzó várandós (fő)	0,00183	<0001	[0,0018196-0,0018395]	0,5404	0,00582	<0001	[0,0057963-0,0058523]	0,6018	0,00749	<0001	[0,0074387-0,0075389]	0,3803
Szült nő-védőnői gondozás nélkül (fő)	0,00226	<0001	[0,0021907-0,0023323]	0,5519	0,00628	<0001	[0,0059965-0,0065653]	0,2632	0,01094	<0001	[0,0105278-0,0113546]	0,4091
Betöltetlen területi védőnői álláshely	0,00151	<0001	[0,0014444-0,0015836]	0,1078	0,00415	<0001	[0,0039403-0,004356]	0,0828	0,00461	<0001	[0,0042699-0,0019554]	0,0438

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

A különböző szakirodalmakban fellehető kutatások eredményei egyértelműen állítják, hogy a várandós dohányzása alapvetően meghatározza a született gyermek testsúlyát. Az összefüggés elemzéseink azonban azt is bizonyították, hogy nemcsak a perinatális (születéskori) testsúllyal hozható összefüggésbe, de a későbbi első életév betöltésekor mért alacsony testömegpercentilis érték között is szignifikáns kapcsolódás mutatkozik. Amint, az a 42. sz. táblázatban látható mind a dohányzó, a későn gondozásba került várandós nők száma, a gondozás nélkül szültek száma és a fokozott gondozásban részesültek száma összefügg a testi fejlődésben jelentősen elmaradt (3 alatti, illetve 3 és 10 percentilis közötti) egyévesek számával, a p-értékek minden esetben p<0,001. A regressziós együttható (b) értéke pedig mutatja, hogy ha 10000 fővel nőne azon várandósok száma, akik dohányoznak a terhesség alatt, akkor az 47,6 fővel (R^2=0,5013) emelné meg azon csecsemők számát, akiknek a testömeg percentilis értéke egy éves korban 3 alatti, további 16,8 fővel (R^2=0,4221) emelkedne azon csecsemők száma, akiknek 3 és 10 közötti a percentilis értékük ugyanezen életkor betöltésekor. Hasonló metódusú és nagyságrendileg megegyező erősségű összefüggést látunk az igen későn (a 28. gesztációs hét után) védőnői gondozába vett, a fokozottan gondozott várandós nők és a gondozás nélkül szültek esetében is eltér, az alkalmazott módszertan összefüggés erőssége (42. sz. táblázat).

42. sz. táblázat: A várandósok állapotát tükröző mutatók (magyarázó) és az egy éves korban mért alacsony tápláltsági állapot (3 alatti, valamint 3 és 10 percentilis közötti) (kimeneti) változóinak összefüggése

MAGYARÁZÓ/KIMENETI VÁLTOZÓK	3 alatti testtömeg percentilis (fő)			R2	3 és 10 közötti testtömeg percentilis (fő)			R2
	Coef (b)	p	95% [MT]		Coef (b)	p	95% MT	
Igen későn (>28.hét) gondozásba vett várandós (fő)	0,00539	<0001	[0,0052848-0,0054919]	0,4285	0,00181	<0001	[0,0017773-0,0018487]	0,336
Fokozott gondozott várandós (fő)	0,00444	<0001	[0,0044232-0,0044553]	0,6391	0,00154	<0001	[0,0015318-0,0015434]	0,4984
Dohányzó várandós (fő)	0,00476	<0001	[0,0047369-0,0047891]	0,5013	0,00168	<0001	[0,0016667-0,001685]	0,4221
Szült nő-védőnői gondozás nélkül (fő)	0,00477	<0001	[0,0045638-0,0049753]	0,2800	0,00345	<0001	[0,003325-0,0035698]	0,4292
Betöltetlen területi védőnői álláshely	0,00656	<0001	[0,0063093-0,0068046]	0,1489	0,00126	<0001	[0,0011952-0,0013314]	0,064

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

Fontos mutatószáma a csecsemők egészségi állapotának az egy éves korban végzett védőnői státuszvizsgálat eredménye. A Barker-hipotézis szerint ugyanis a méhen belüli fejlődés megrekedése nemcsak a születés körüli, de a későbbi csecsemőkort is meghatározhatja. Így érdemes megvizsgálni azon összefüggést mely bizonyítani kívánja, hogy az anyai (várandós) állapotbeli mutatók kihatnak a csecsemőkorban észlelt elváltozásokra, fejlődésbeli lemaradásra (mozgás, beszéd, szociális-társas). Az összefüggés elemzés táblája (43. sz. táblázat) jól szemlélteti, hogy minden, a korábban már bemutatott várandós indikátor esetén összefüggés mutatkozik a mozgás (minden magyarázó esetén a $p<0,001$) a beszédfejlődés (minden magyarázó és a mentális-társas fejlődés esetén (minden magyarázó esetén a $p<0,001$). Az igen későn gondozásba került (R^2=3123; 31 fő), a fokozott gondozott várandósok (R^2=3616; 23,3 fő), a védőnői gondozás nélkül szült nők esetén (R^2=0,2840; 29,5 fő), de még a dohányzó várandósok száma (R^2 = 18,64; 21,1 fő) pozitív irányba mozdítja egységnyi emelkedést követően az egy éves korban észlelt mozgás fejlődési hátrányokkal küzdő csecsemők számát. A dohányzó várandós nők száma a többi magyarázó változó hatásával együtt jelentősen befolyásolja a beszédfejlődésben elmaradt csecsemők számát (169,8 fő; 142,9 fő; 147,5 fő; 157,6 fő értékű emelkedést mutat, minden esetben a p érték: <0,001). A fokozott gondozás megléte a beszédfejlődés elmaradására van leginkább kihatással (10000 fő emeléssel, 142,9 fő a meredekség; R^2=0,6070). A dohányzó várandósok is jelentősen emelik a beszédfejlődésben elmaradt csecsemők számát (147,5 fő; R^2=50,53). A betöltetlen védőnői álláshelyek és az egy éves kori státuszvizsgálat eredményei összefüggnek, ha egy álláshellyel emeljük a betöltetlen álláshelyek számát az a mozgásfejlődés elmaradást 0,00284 fővel; a beszédfejlődés elmaradást 0,01404 fővel; a szociális fejlődésben való elmaradást 0,00516 fővel emeli az összfüggés szignifikáns ($p<0,001$) (43. sz. táblázat).

43. sz. táblázat: A várandósok állapotát tükröző mutatók (magyarázó) és az egy éves korban észlelt fejlődésbeli lemaradás (mozgás, beszéd, szociális) (kimeneti) változóinak összefüggése

MAGYARÁZÓ/KIMENETI VÁLTOZÓK	mozgásfejlődésben elmaradt csecsemők (fő)			R2	beszédfejlődésben elmaradt csecsemők (fő)			R2	mentális-szociális-pszichés fejlődésben elmaradt csecsemők (fő)			R2
	Coef (b)	p	95% [MT]		Coef (b)	p	95% MT		Coef (b)	p	95% MT	
Igen későn (>28.hét) gondozásba vett várandós (fő)	0,00310	<0001	[0,0030341-0,0031704]	0,3123	0,01698	<0001	[0,0166291-0,0173326]	0,3812	0,00515	<0001	[0,0050066-0,0052875]	0,2048
Fokozott gondozott várandós (fő)	0,00233	<0001	[0,0023193-0,0023415]	0,3616	0,01429	<0001	[0,0142392-0,0143468]	0,6070	0,00495	<0001	[0,004935-0,0049767]	0,4478
Dohányzó várandós (fő)	0,00211	<0001	[0,0020903-0,0021284]	0,1864	0,01475	<0001	[0,0156611-0,0158351]	0,5053	0,00587	<0001	[0,0058345-0,0058988]	0,4611
Szült nő-védőnői gondozás nélkül (fő)	0,00295	<0001	[0,0028291-0,0030779]	0,2840	0,01576	<0001	[0,015096-0,0164174]	0,3072	0,00427	<0001	[0,003917-0,004555]	0,1125
Betöltetlen területi védőnői álláshely	0,00284	<0001	[0,0027195-0,0029514]	0,1172	0,01404	<0001	[0,013452-0,0145203]	0,1250	0,00516	<0001	[0,0049469-0,0053807]	0,1119

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

7. MEGBESZÉLÉS, KÖVETKEZTETÉS

7.1 A kutatás eredményeinek összefoglalása

A magyar Védőnői Szolgálat és a védőnők által végzett várandós és csecsemőgondozási munka régi büszkesége a magyar alapellátási rendszernek, hiszen nincs Európában még egy hasonló hálózat, mely a fogantatás utáni rövid időszaktól kezdődően egészen a 6. életév betöltéséig (területi védőnői ellátandó korcsoport esetén) szakmai figyelemmel kíséri a gyermek fejlődését, és segíti egészségének megtartását és megóvását. A jogszabályi előírások szerint a védőnők rendszeresen és szabályozottan jelentik munkájuk eredménymutatóit, sajnálatos azonban, hogy közel 4000 területi védőnő havi (2009. évtől) jelentésre fordított ideje, nem látszik megtérülni, hiszen az adatok feldolgozása, és így a jelentést készítők felé való folyamatos és hatékony visszacsatolása mindezidáig elmaradt. Az 1997 óta szisztematikusan jelentett nyers adatok a feldolgozást követően értékes mutatószámokká válnak mind a szakmai mind a gyakorlati megvalósítók számára, de még a politikai döntéshozók részére is, hiszen a magyarországi várandósok és csecsemőkorúak egészsége és az abban fellelhető területbeli és időbeli különbségek feltérképezése egy nemzetstratégia tervezés előtt nélkülözhetetlen. Ezt az állítást mi sem támasztja jobban alá, mint a jelen disszertációban bemutatott eredmények fejezetben olvasottak

Prenatális egészségi állapot területi különbségeinek eredményei

A fogantatás utáni, de még a szülés előtti magzati életszakasz jelentősen kihat egyrészt a koragyermekkor egészség minőségére, de számos tanulmány bizonyította, hogy a felnőttkori egészségi állapotot is meghatározza. A védőnői rendszer egyik kiemelt feladata ezen időszak teljeskörű ellátása a várandósgondozás révén. A védőnői jelentésben számos adat felelhető, mely a várandósok egészségéről és a várandósgondozás fokozottabb szükségességéről szolgáltatnak információt területi felosztásában. A születés előtti indikátorok kutatási eredményei rávilágítottak arra, hogy a prenatális kor egészsége szempontjából leginkább kritikus terület ma Magyarországon az elmúlt 23 évet figyelembe véve Borsod-Abaúj-Zemplén megye, amely megye adatai a vizsgált tizennégy indikátorból tíz esetében a legkedvezőtlenebb megyék egyike volt, az első három dobogós hely valamelyik fokára való fellépésével. Így tehát a kutatással megállapítottuk, hogy itt a legsűrgetőbbek a beavatkozások és a téma szerinti fejlesztések mielőbbi elkezdése. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a legmagasabb a fokozott gondozott várandósok aránya országos viszonylatban, továbbá itt a lagmagasabb az egészségi és környezeti ok miatt fokozottan gondozott várandósok mutatószáma is. Első helyet foglalja el a megyei rangsorban a dohányzó várandósok arányszámát vizsgálva. További négy indikátor esetében a második legkedvezőtlenebb helyen szerepel, ezek a következők: környezeti ok miatt fokozott gondozott várandósok arányszáma, az időben gondozásban vett várandósok arányszáma és a késve gondozásba vett várandósok arányszámát tekintve. További három indikátor esetében pedig a legkedvezőtlenebb harmadik a rangsorban: az év folyamán nyilvántartott várandós anyák és szült anyák száma, mely a gondozotti létszám nagyságával nehezíti meg a területi védőnői körzetek munkafeladat ellátását. Továbbá a gondozásban nem részesült, de szült anyák aránya pedig a gondozás minőségének és mennyiségének fokozását igényli.

A második a rangsorban Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, ahol a 14 vizsgált indikátor esetében hét esetében a megye mutatója bekerül a legkedvezőtlenebbek közé. Szabolcs-Szatmár-Bereg megye a 23 év vonatkozásában a dobogó legfelső fokán helyezkedik el (első helyen van) a környezeti ok miatt fokozottan gondozott várandósok mutatószámát és az igen későn, csupán az utolsó trimeszter idején védőnői gondozásba került várandósokat vizsgálva. Igen nehezített helyzetbe hozza a megyében dolgozó védőnőket mindkét fentebb ismertetet mutatószám, hiszen a későn gondozásba kerülés meghatározza nemcsak a várandósok magatartását, de a későbbi gondozotti complience-t is. Kiemelt helyen szerepel a dohányzó várandósok arányszámát vizsgálva is, ahol többszörösen magasabb a dohányos terhesek száma az országos arányhoz képest, mely szintén meghatározza - a kutatásunk szerint is- a születéskörüli egészségi állapotot és a megszületett csecsemők későbbi életminőségét és kilátásait, ezzel pedig a védőnői ellátásra fokozottabb gondozási feladatokat ró (44. sz. táblázat).

44. sz táblázat: A prenatális egészség leíró elemzésének összefoglaló táblázata

indikátor csoportok		elemzett mutatók	legmagasabb/legkedvezőtlenebb mutatószámmal rendelkező megyei területek rangsora
Prenatális kor	*várandósok és szült anyák egészségi állapot mutatói*	az év folyamán nyilvántartott várandós anyák	Budapest (főváros) Pest m. Borsod-Abaúj-Zemplén m. Szabolcs-Szatmár-Bereg m.
		szült anyák	Budapest (főváros) Pest m. Borsod-Abaúj-Zemplén m. Szabolcs-Szatmár-Bereg m.
		fokozott gondozást igénylő várandósok	Borsod-Abaúj- Zemplén m. Szabolcs-Szatmár Bereg m. Somogy m.
		fokozott gondozás: egészségi ok miatt gondozott várandósok	Budapest (főváros) Győr-Moson-Sopron m. Vas m.
		fokozott gondozás: környezeti ok miatt gondozott várandósok	Szabolcs-Szatmár- Bereg m. Borsod-Abaúj- Zemplén m. Nógrád m. Somogy m.
		fokozott gondozás: egészségi és környezeti ok (mindkét ok együttesen) miatt gondozott várandósok	Borsod-Abaúj-Zemplén m. Szabolcs-Szatmár-Bereg m. Somogy m.
		dohányzó várandósok	Borsod-Abaúj- Zemplén m. Heves m. Nógrád m. Szabolcs-Szatmár-Bereg m.
	várandósgondozás minősége	gondozásban nem részesült, de szült anyák	Bács-Kiskun m. Nógrád m. Borsod-Abaúj-Zemplén m. Heves m. Veszprém m
		időben (12. gesztációs hétig) gondozásba került várandósok *(fordított sorrend)*	Hajdú-Bihar m. Borsod-Abaúj-Zemplén m. Bács-Kiskun m.
		későn/késve (13.-28. gesztációs hét között) gondozásba került várandósok	Hajdú-Bihar m. Borsod-Abaúj-Zemplén m. Bács-Kiskun m.
		igen későn (28. gesztációs hét után) gondozásba került várandósok	Szabolcs-Szatmár-Bereg m. Borsod-Abaúj-Zemplén m. Heves m.
		védőnői tanácsadáson megjelent várandósok *(fordított sorrend)*	Bács-Kiskun m. Csongrád-Csanád m. Budapest (főváros)
		védőnői várandóslátogatás *(fordított sorrend)*	Budapest (főváros) Pest m. Győr-Moson-Sopron m.
		védőnői gyermekágyas látogatás *(fordított sorrend)*	Budapest (főváros) Pest m. Győr-Moson-Sopron m.

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

A prenatális egészség mutatóinak rangsorában harmadik helyen négy megye is helyet kapott: Heves, Somogy, Bács-Kiskun és Nógrád megye az érintett. Ugyan az elemzett 14

indikátor rangsorban csupán Bács-Kiskun megyének sikerült az első helyre sorolódni (indikátorok: gondozásban nem részesült, de szült nők aránya, védőnői tanácsadáson megjelent várandósok aránya) de a további három megyével egyenrangúan második és/vagy harmadik helyen szereplő megyék táborát is erősítik. Heves megye második legkedvezőtlenebb helyen szerepel a dohányos várandósok arányszámában, megjelenik az elsők között a gondozás nélkül szült anyák tekintetében és az igen későn gondozásba jelentkezett várandósok arányszámának vizsgálatakor is. Somogy megye a fokozott gondozást igénylők esetében és azon belül a környezeti és az egészségi és környezeti (mindkét) ok miatti fokozott gondozási sorrendben foglal el előkelő helyet. Bács-Kiskun megye az időben és a késve gondozásba került mutatószámok esetén került hátrányba, míg Nógrád megye a dohányzó várandósok, a gondozás nélkül szültek és a környezeti ok miatt fokozott gondozás tekintetében került gorcső alá.

Ugyan a főváros (Budapest) és Pest megye mutatószámait tekintve is sokszor látjuk az első-második helyen való szereplésben. Ám jellemzően azon indikátorok esetén, melyek a gondozotti létszám és a terület nagysága miatt nehezítik meg a területi védőnői munkafolyamatokat, és nem a prenatális korban megjelenő egészségi állapotbeli eltérések miatti fokozottabb odafigyelést kívánják meg. Jellemző indikátormutatók: a nyilvántartott várandósok, a szült anyák aránya, a védőnői várandóslátogatás, a védőnői gyermekágyas látogatás. A legkedvezőttlenebb mutatószámmal rendelkező megyei listában olvashatjuk egy-egy indikátor esetében megjelenni Csongrád-Csanád, Győr-Moson-Sopron, Vas és Veszprém megyék neveit is.

Prenatális egészségi állapot időbeli eltéréseinek eredményei

A nyilvántartott várandósok számában csökkenés figyelhető meg az elemzett 23 évben. A szült anyák száma és trendjében visszatükröződik a várandósok létszámadat változása. Adott évben a nyilvántartott várandós nők 62%-a szüli meg a várandósnyilvántartásba vétel évében gyermekét a 38 %-uk a következő évben szül.. A fokozottan gondozott várandósok arányszáma csökkenő (de nem szignifikáns) trendet mutat, míg 1997-ben a várandósok több, mint 40%-volt kiemelten gondozott, addig 2019-ben lecsökkent 37 %-ra. A fokozottan gondozott várandósok közül egészségi okok miatt kiemelt figyelmet igénylők részaránya jelentősen (statisztikailag is bizonyíthatóan) emelkedett a vizsgált időszakban, több mint 20%-al (1997: 59%; 2019: 82%). A környezeti ok miatt fokozottan gondozott várandósok arányszáma a fentebb ismertetett mutatóval ellentétben jelentősen csökkent, több, mint 50%-al (1997: 26%, 2019: 9%). A fokozott gondozás harmadik oki tényezői csoportja magában foglalja az egészségi és környezeti okokat egyszerre, ez a mutató is jelentős csökkenő tendenciát mutatott az elemzett évek előrehaladtával (1997: 13%, 2019: 8%). A dohányzó várandósok aránya szerencsés módon szintén csökkenő tendenciát tükröz a vizsgált években, míg 1997-ben 17,50%-os nyers mutatót regisztráltak a védőnők, addig 2019-ben az arány csupán 13 % volt. A védőnői gondozásban nem részesült, de szült nők aránya jelentős mértékben nem csökkent. A vizsgált időszak egyes éveinek mutatószáma fellélegzésre adhatott okot, de a csökkenő tendencia sajnos nem volt tartós. A védőnői várandósgondozás megkezdése fontos feladata az ellátásnak, mely nem, csupán a nyújtott szolgáltatás színvonalán, mint inkább a gondozott nő kompliencén múlik. A mutatószámban látható növekedés megnyugtatásra adhat okot, de még mindik van 15-17 százaléknyi rés, az időben regisztráltak hátrányára. A késve gondozásba vétel esetén is megfigyelhető némi csökkenés az előző indikátor

valószínűsíthető emeledett részarányának javára. Míg 1997-ben közel 20 %-át vették gondozásba a védőnők a várandósoknak késve, addig 2019-ben a mutatószám 14% alatt maradt. Az igen későn gondozásba kerülés az egyik legkiemeltebb mutatója a várandósok állapotának, hiszen ekkor már jelentős vizsgálatokat mulasztottak el a szűlni kívánó anyák. Szerencsére az eddig is alacsony mutatószámban enyhe mértékű, de csökkenés figyelhető meg. 2019-ben a várandósok 1%-a jelentkezett igen későn (harmadik trimeszterben) védőnői gondozásba. Egy gondozott várandósra közel négy, a védőnő által nyújtott tanácsadási szolgáltatási alkalom jutott. A mutatószámban jelentős statisztikailag is bizonyítható emelkedést láthatunk. Míg 1997-ben közel három alkalommal jelent meg egy várandós a védőnői tanácsadóban, addig 2019-ben már több mint négyszer. A védőnői látogatások számában a tanácsadási számok növekedésével tendenciózusan ellentétes csökkenés figyelhető meg. A mutató értéke a referencia évnek számító 1997-es esztendőtől (5,31) napjainkig közel felére csökkent (2019: 2,66). Az egy szült nőre jutó gyermekágyas látogatások számában a viszgált években nem volt érdemi változás. Az adat 2005-től áll rendelkezésre, amikoris 4,80 látogatás jutott egy gyermekágyas anyára, addig 2019-ben 4,88 volt a mutató értéke.

Perinatális egészségi állapot területi különbségeinek eredményei

A születés körüli egészségi állapot egyrészt eredeztethető a korábban bemutatott várandós anya egészségi állapotának meglétéből vagy negatív tendenciózus hiányából, másrészt fontos mutatószáma a méhen belüli életciklusnak. A perinatális kor egészségének újszülöttkori paramétereit vizsgálva elmodhatjuk, hogy nem látszik egyértelmű kedvezőttlen tendencia. Kiemelt, hogy Szabolcs-Szatmár -Bereg megye két indikátor listáján is szerepel kedvezőtlen pozicióban. Amíg, az év folyamán született csecsemők közül koraszülötti kategóriát nézve a második helyen szerepel, addig az újszülöttlátogatás arányszámában a harmadik legkedvezőtlenebb a listában. Somogy megye paraméterei is Szabolcs-Szatmár-Bereg megye adataival megegyező tendenciájúak. Azzal a megjegyzéssel, hogy a korszülöttek arányszáma Somogy megyében volt a legmagasabb a 23 év vonatkozásában, majd az előkelő harmadik helyet is elfoglalja az év folyamán született csecsemőkre vetített fejlődési rendellenességgel született újszülötti arányszámban. Kiemelt, hogy az előbb említett két megye mintájára Heves megye, a korszülöttek arányszáma valamint az év folyamán született csecsemők közül intrauterin retardáltak arányszáma magasabb. További megyék az említett rangsorból: Borsod-Abaúj-Zemplén megye (első hely az intrauterin retardáltak mutatószámát tekintve), Nógrád megye (3. hely), Vas megyében volt a legmagasabb a fejlődési rendelleneséggel születettek mutatószáma majd követi Bács-Kiskun megye a második helyen szerepelve. Zala és Tolna megyék az újszülöttlátogatás kedvezőtlen mutatószáma miatt kerültek gorcső alá (45. sz. táblázat)

45. sz táblázat: A perinatális egészség leíró elemzésének összefoglaló táblázata

indikátor csoportok		elemzett mutatók	legmagasabb/legkedvezőtlenebb mutatószámmal rendelkező megyei területek rangsora
Perinatális kor	*Újszlött indikátorok*	az év folyamán született csecsemők közül koraszülöttek	Somogy m. Szabolcs- Szatmár-Bereg m. Heves m.
		az év folyamán született csecsemők közül intrauterin retardáltak	Borsod-Abaúj-Zemplén m. Heves m. Nógrád m.
		az év folyamán született csecsemők közül fejlődési rendellenességgel születettek	Vas m. Bács-Kiskun m. Somogy m.
	Újszülöttgondozás minősége	védőnő által végzett újszülöttlátogatás *(fordított sorrend)*	Zala m. Tolna m. Szabolcs-Szatmár-Bereg m.

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

Perinatális egészségi állapot időbeli eltéréseinek eredményei

Az újszülöttnyilvántartásba vett csecsemők közül koraszülés diagnózissal világra jöttek időbeli alakulásában jelentős változás nem tapasztalható, annak ellenére sem, hogy az újszülöttek arányszáma jelentősen csökkent az elmúlt 10 évben. A koraszülési mutató azonban nem változott (1997: 7,37%; 2019: 7,86%), a védőnők által jelentett nyers mutatószámok alapján. Az intrauterin retardáltságban (méhen belüli alultápláltság) szenvedő újszülöttek aránya sem változott, sőt a vizsgált 23 év egy részében enyhe mértékben de emelkedett, majd 2015-től újra csökkent. Jelenleg az értéke a 2019-es adatok szerint országosan 2,29% volt. A fejlődési rendellenességgel született csecsemők számában szintén nem mutatkozik változás. Enyhe mértékű fűrészfogra jellemző ingadozással 2019-ben 2,29 % volt. A hazaadást követően jelentős védőnői gondozási feladat az újszülött otthonában történő rendszeres látogatás, mely mutatószám nőtt az elmúlt időszak éveiben. Legmagasabb volt az elemzett utolsó négy évben, ahol meghaladta a 7 alkalmat/újszülött adatszámot.

Posztnatális egészségi állapot területi különbségeinek eredményei

A posztnatális egészséget tükröző paraméterek megyei bontású adatait vizsgálva újra meg kell állapítanuk, hogy leginkább két megye érintett a legkedvezőtlenebb megyei kategóriák összesítésében: Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye. A vizsgált 16 paraméter felénél, azaz nyolcban érintett Borsod-Abaúj-Zemplén megye. A megye a legkedvezőtlenebb számadatokat hozta az alábbi indikátorok esetében: fokozottan gondozott 0-11 hónapos csecsemők, a fokozott gondozást igénylő csecsemők közül környezeti ok miatt gondozottak, továbbá egészségi és környezeti (mindkét ok) miatt gondozott csecsemők, a beszédfejlődésben elmaradt, a szociális-társas fejlődésben elmaradtak, az alacsony testtömeggel rendelkezők (3 alatti, 3 és 10 közötti percinlilie érték). Kiemelt eredmény, hogy az utolsó négy felsorolt indikátor esetén az első helyet foglalta el a megyei rangsorban. Továbbá kedvezőtlenebb a helyzete a 6 hónapos korig kizárólag szoptatott/női tejjel táplált csecsemőkori arányszámot tekintve is. Szabolcs-Szatmár-Bereg megye szintén 8 vizsgálati kérdéskörben érintett, a megye hátrányos pozíciója miatt. Az alábbi indikátorok tekintetében érdemes a megyei adatokat áttekinteni: fokozott gondozott csecsemők, környezeti ok miatt kiemelt figyelmet igénylők, egészségi és környezeti ok miatt fokozott gondozást igénylők, beszédfejlődés és a mentális-szociális fejlődés szempontjából,

az alacsony testtömeg percentilis (3 és 10 közötti) értékkel rendelkezők, születéstől négy hónapos korig kizárólag anyatejjel tápláltak, továbbá 12 hónapos korban még anyatejet/női tejet kapó csecsemők esetében. Kedvezőtlenebb helyzetben van Somogy (5 indikátor esetében) Heves (6 indikátor esetében), Hajdú-Bihar (3 indikátor esetében) és Békés (4 indikátor esetében) megye.

A legkedvezőttlenebb mutatószámmal rendelkező megyei listában egy-egy indikátor esetében megjelenni látjuk Győr-Moson-Sopron, Vas, Pest, Baranya, Nógrád, Fejér és Zala megyék neveit is. (46. sz. táblázat)

46. sz táblázat: A posztnatális egészség leíró elemzésének összefoglaló táblázata

indikátor csoportok		elemzett mutatók	legmagasabb/legkedvezőtlenebb mutatószámmal rendelkező megyei területek rangsora
Posztnatális kor	*Csecsemő indikátorok*	fokozottan gondozott 0-11 hónapos csecsemők	Borsod-Abaúj-Zemplén m. Szabolcs-Szatmár-Bereg m. Somogy m.
		fokozott gondozást igénylő csecsemők közül egészségi ok miatt gondozott	Budapest (főváros) Győr-Moson-Sopron m. Vas m.
		fokozott gondozást igénylő csecsemők közül környezeti ok miatt gondozott	Szabolcs-Szatmár-Bereg m. Borsod-Abaúj-Zemplén m. Heves m.
		fokozott gondozást igénylő csecsemők közül egészségi és környezeti ok miatt gondozott	Borsod-Abaúj-Zemplén m. Somogy m. Szabolcs-Szatmár-Bereg m.
		1 éves korban szűrt csecsemők	Hajdú-Bihar m. Békés m. Pest m.
		mozgásfejlődésben elmaradtak	Somogy m. Baranya m. Békés m.
		beszédfejlődésben elmaradtak	Borsod-Abaúj- Zemplén m. Somogy m. Szabolcs-Szatmár-Bereg m. Heves m.
		mentális-szociális feljődésben elmaradtak	Borsod-Abaúj- Zemplén m. Heves m. Szabolcs-Szatmár-Bereg m. Somogy m.
		alacsony tápláltsági állapot <3	Borsod-Abaúj- Zemplén m. Nógrád m. Hajdú-Bihar m.
		alacsony tápláltsági állapot (3-10 közötti)	Borsod-Abaúj-Zemplén m. Fejér m. Szabolcs-Szatmár-Bereg m.
	Csecsemők táplálására vonatkozó indikátorok	születéstől 4 hónapos kizárólag női tejet kap	Heves m. Szabolcs-Szatmár-Bereg m. Békés m.
		születéstől 6 hónapos kizárólag női tejet kap	Heves m. Jász-Nagykun-Szolnok m. Borsod-Abaúj-Zemplén m.
		12 hónapos korban még anyatejet kap	Jász-Nagykun-Szolnok m. Szabolcs-Szatmár-Bereg m. Békés m.
	Csecsemőgondozás minősége	védőnői tanácsadáson csecsemőmegjelés	Budapest (főváros) Zala m. Pest m.
		védőnői csecsemőlátogatás	Pest m. Komárom-Esztergom m. Hajdú-Bihar m.
		betöltetlen területi védőnői álláshelyek	Nógrád m. Jász-Nagykun-Szolnok m. Heves m. Hajdú-Bihar m.

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

Posztnatális egészségi állapot időbeli eltéréseinek eredményei

A fokozott gondozást igénylő 0-11 hónapos csecsemők arányszámában az elemzett 23 év távlatában jelentős csökkenés figyelhető meg, hiszen 1997-ben 20,88 %-a volt fokozottan gondozott a csecsemők közül, addig 2019-ben a mutató már csak 13%-ot mutat. A csökkenés az utolsó három évben (2017-től) következett be. Az egészségügyi okokra hivatkozva fokozott gondozásban részesült csecsemők arányszáma szintén jelentős mértékben nőtt (1997: 43,31% vs. 2019: 66,92%). A környezeti ok miatt kiemelt figyelmet igénylő csecsemők adatainak változásában eltérő tendenciózus mutatókat vizsgáltunk. A mutató értéke jelentés csökkenésen ment keresztül az elmúlt 23 évet figyelve, míg 1997-ben 41,65°%, addig 2019: 25,81%, közel felére csökkent.

A mozgásfejlődésben elmaradt csecsemők arányszáma, bár általánosságban elmondható, hogy a mutató értéke alacsony, az elemzett 23 évben duplájára elmelkedett (1997: 1,27% vs 2019: 4,50%). A beszédfejlődés lemaradásra már nem jellemző a markáns tendenciózus változás, azonban enyhe mértékben de az elmúlt években a mutató száma emelkedett. Ugyanezt a változást láthatjuk az igen alcsony (<3 percentilis) testtömeg értékkel rendelkezőek esetén, valamint a 3 és 10 percentilis értékkel rendelkezők szempontjából is. Sajnálatos módon a négy hónapos korig kizárólag anyatejjel tápláltak mutatószámában is eltérést tapasztalhatunk 1997 és 2019 között, melynek mutatóértéke (1997) 50,18%-ról 47,39%-ra csökkent. A hat hónapos korban még anyatejjel táplált csecsemők arányszáma az elmúlt 23 évben kismértékben emelkedett, kb +10%-al. A 12 hónapos korban még anyatejet kapó csecsemők arányszáma fűrészfog jelleget öltött, hiszen egyes években kimelkedően magas, míg más években alacsony értékű volt. 1997-ben a csecsemőket még egy éves korukban is 38,70%-uk táplálta anyatejesen, míg 2019-ben ugyanezen mutatószám értéke: 35,63%. Jelentősen emelkedett a csecsemőtanácsadáson megjelent csecsemők száma és így az aránya. A vizsgált évek előrehaladtával növekvő tendenciát mutat. Míg 1997-ben 1,97 volt a csecsemőtanácsadási arányszám, addig 2019-ben már 7,40. Ezzel ellentétesen a csecsemőlátogatások arányszáma pedig csökkent 17,43 alkalomról visszazuhant 13,90 alkalomra.

A betöltetlen védőnői állások száma jelentős mozaikos képet mutat. 2014 és 2019 között a betöltetlen állások arányszáma nem érte el a 10%-ot, de nem csökkent 8% alá.

7.2 A kutatói kérdések és a hipotézisek összevetése az eredményekkel

Kutatói kérdésekre kapott válaszok az eredmények kontextusában

A dolgozatom vizsgálati céljához illesztve, a legfontosabb kérdésként arra kerestem a választ, hogy milyen mintázatot mutatnak az általam, védőnői jelentésekből nyert pre-, peri-és posztnatális egészségmutatók. Megállapítást nyert, hogy minden vizsgált paraméter tekintetében van eltérés a megyei szintú adatokban, melyek elsősorban Borsod-Abaúj Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyét érintik. Az eltérések mértéke a vizsgált indikátorok függvényében az indikátor országos alapszámához viszonyítva széles spektrumon mozgott, egészen az elenyésző különbségektől az igen nagy mértékű leszakadásokig. Vannak bizonyos mutatószámok ahol a megyék közötti eltérésben további növekedések is megfigyelhetőek az elmúlt időszakban. Főként azokat a megyéket érintette, amelyek más-társadalmi gazdasági mutatók tekintetében is elmaradtak és elmaradnak az

országos adatoktól (pl. Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád, Szabocs-Szatmár-Bereg, Békés, Bács-Kiskun, Somogy).

További kutatói kérdésemre a választ keresve, megvizsgáltam az indikátorok longitudinális alakulását, főként azokat, amelyek kedvezőtlen irányt mutattak (növekedtek vagy csökkentek). Legjelentősebb és kedvezőtlen irányú változás következett be a gondozott várandósok és 0-11 hónapos csecsemők fokozott gondozottsági oki tényezők struktúrájában. Míg mindkét gondozotti csoportban az egészségi okok miatt bekövetkező fokozott gondozási mutató jelentősen növekedett 1997-től 2019-ig, addig a környezeti ok miatti gondozási mutató, ezzel ellentétesen, de hasonló mértékben csökkent a vizsgált 23 évben. További jelentős változás történt egységesen mindkét fentebb említett gondozotti csoport esetében a védőnői tanácsadáson való megjelenések számában, mely jelentősen emelkedett, addig a védőnő által végzett otthoni látogatások száma egyenes arányban csökkent. Kiemelendő eredmény, hogy az egy éves korban végzett státuszvizsgálat alapján kiszűrt mozgásfejlődésben elmaradt csecsemők száma is jelentősen emelkedet a vizsgált időszakban.

Azon kutatói kérdésre, mely a regionális és megyei párhuzamba állítását célozta meg olyan paraméterek alapján, mint például a társadalmi-gazdasági regionális egyenlőtlenségek is kerestem a választ. A disszertáció egészségegyenlőtlenségét bemutató elméleti rész/alfejezet foglalkozik a társadalmi egyenlőtlenségek feltérképezésével és azok területi megjelenésével. Ebben a fejezetben részletezésre került, hogy egyes mutatószámok súlyozása szerint országosan azonosítva lettek azon területek, melyek fejlesztendőek, vagy kiemelten kezelendők a jövőben, az alacsony gazdasági státusz miatt elszenvedett hátrányok javítását célozva. A vizsgálódásom szemponjából a párhuzam állítása azért is jelentős mert, a társadalmi helyzet okozta differenciálódás egyre nagyobb mértékben tükröződik az egészségi állapot különböző mutatóiban. Területi megoszlásban a legérintettebb megyék, azaz leghátrányos helyzetű, komplex programmal fejlesztendő térségek (összesen 36 járás), amelyeknek komplex mutatója kisebb, mint az összes térség komplex mutatójának átlaga, és a népesség aránya az országos átlag 10%-ának felel meg [216]: az Észak-Alföldi Régió (Szabolcs-Szatmár-Bereg {9}, Jász-Nagykun-Szolnok {2}, Hajdú-Bihar {4}); Észak-Magyarországi Régió (Borsod-Abaúj-Zemplén {8}, Heves {1}, Nógrád {1}); Dél-Alföldi Régió (Békés {2}, Bács-Kiskun {2}); Dél-Dunántúli Régió (Baranya {2}, Tolna {1}, Somogy {2}); továbbá Veszprém megye {1} és Fejér megye {1} [96] is. Kutatásom adatai is igazolják, hogy a legnagyobb súlyozású Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye adatai a legkedvezőtlenebbek, ott ahol a legtöbb járási szintű komplex programmal fejlesztendő térség rajzolódik ki.

Az utolsó kutatói kérdéskör arra vonatkozott, hogy megpóbáljam megkísérelni alkalmazott vizsgálati módszertan mellett, hogy van-e összefüggés a várandósok egészségi állapotát, egészségmagatartását tükröző adatok és a csecsemők születés körüli állapotmutatói között. Az általam végzett regressziós vizsgálat eredményei bizonyították, hogy a magyarázó változók és a kimeneti változók között szignifikáns összefüggés mutatkozott, azzal a megjegyzéssel hogy a regressziós meredekségének és összefüggésének erőssége nem volt egységes minden lefutatott egyváltozós Poisson regresszió elemzés esetében. Legjelentősebb eredmények a következők: Összefüggés mutatkozik az igen későn (28. geszt hét után) gondozásba került várandósok száma és a koraszülöttek (R^2=0,7313;

p<0,001), intrauterin retardáltak (R^2=0,3306; p<0,001) és a fejlődési rendellenességgel világra jött (R^2=0,492; p<0,001) csecsemők száma között. A védőnői gondozás nélkül szültek száma, mint magyarázó változó hasonló eredményeket hozott a kimeneti változókat vizsgálva. Mind a későn gondozásba kerülés, mind a gondozás nélkül szültek száma a fejlődési rendelenességgel született csecsemők számát emeli legnagyobb mértékben.

Hipotézisek vizsgálata az eredmények kontextusában

Feltételeztem, hogy a vizsgált években (1997 és 2019 közötti időszak) várandósok egészségi állapotát tükröző országos adatok arányszámaiban bekövetkező pozitív kimenetelű változás ellenére, a regionális különbségek megmaradtak az elmúlt évtizedben a várandósgondozás területén bekövetkezett jelentős fejlesztések mellett is. Arra reflektálva állítottam fel ezen hipotézisemet, hogy az elmúlt időszakban jelentős mértékben került fejlesztésre a várandósgondozás és a koragyermekkori gondozás. A hipotézisem részben igazolódott. A dohányos várandósok aránya jelentősen csökkent az elmúlt években, jelenleg 13% körüli értékkel. A fokozott gondozott várandósok aránya ugyan jelentős mértékben nem csökkent, de az okozati struktúrája átalakult. A védőnők az utóbbi években a várandósok esetén inkább alkalmazzák az egészségügyi ok miatti gondozásba vételt és kevésbé jelennek meg a rendszerben a környezeti ok miatt kiemelt figyelmet igénylők. Ennek hátterében az állhat, hogy az egészségi okok miatti fokozottan gondozás jobban szabályozott a védőnői munkában, mint a sokszor szubjektív döntésre bízott környezeti besorolás. Az egészség és környezeti okok miatti gondozásba vétel a vizsgált időszak utolsó három évében jelentősen csökkent, hátterében a fentebb említett okokat feltételezem. A védőnői gondozásban nem részesült, de szült anyák arányában érdemi változás (csökkenés/növekedés) nem történt. Nőtt azonban az időben gondozásba vett várandósok számaránya és csökkent az elkésett/késve jelentkezettek aránya, ezzel párhuzamosan. A korábbiakban már említést kapott, hogy jelentősen nőtt az egy várandósra jutó tanácsadáson való megjelenések száma, de ezzel párhuzamosan csökkent az otthoni védőnői látogatások száma. A felállított hipotézisem csak részben igazolódott.

Feltételeztem, hogy az alacsonyabb iskolázottsági, és magasabb munkanélküliségi rátával rendelkező megyékben a védőnő által környezeti ok miatt fokozottan gondozott várandósok és csecsemők száma magasabb a többi megye átlagarányszámaihoz viszonyítva, és a megyék közötti különbség mértéke növekedett az elemzési időszakban. A hipotézisem bizonyításához szükségem volt olyan, a vizsgálati adatbázisomban nem felelhető adatok gyűjtésére is, melyek alapját képezik feltételezésemnek (iskolázottsági adatok, munkanélküliségi ráta). A KSH 2020. évi IV. negyedévének munkanélküliségi megyei rátája alapján meghatározható volt melyek azok a megyék, melyek mutatói a legmagasabbak voltak az elemzett időszakban az országban. Ezek: 1. Szabolcs-Szatmár- Bereg; 2. Nógrád, 3. Jász-Nagykun-Szolnok, 4. Baranya, 5. Békés, 6. Borsod-Abaúj-Zemplén. A 2016. évben közzétett Mikrocenzus adataiból kiderül, hogy az aluliskolázottságot jól tükröző mutató, a legfeljebb 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya. Szabolcs-Szatmár-Bereg és Nógrád megyében (egyaránt 36% volt) jóval az országos átlag feletti volt a legfeljebb általános iskolát végzettek aránya. A várandósok környezeti ok miatt fokozott gondozásban való részesítése a legmagasabbnak volt mondható: 1. Szabolcs-Szatmár- Bereg, Borsod-Abaúj-Zemplén és Nógrád megyékben. A csecsemők esetén legmagasabb volt a megyék

között az arány: Szabolcs-Szatmár-Bereg, Heves, Borsod-Abaúj-Zemplén, és Nógrád megyében. A mutatószám mindkét elemzett csoportban jelentősen csökkent (kedvező irányban), azonban a megyék közötti különbség enyhén nőtt. Ezen adatok tekintetében a hipotézisem bizonyítása mellett a hipotézist fenntartom.

Feltételeztem, hogy a koraszülöttség arányszáma jelentősen eltér az ország megyéiben az adott évi országos viszonyszámokhoz képest. Elsősorban azon megyékben emelkedettebb, ahol a lakosság általános egészségi állapot mutatója (a születéskor várható átlagos élettartam) rossznak vagy nagyon rossznak mondható. A feltételezés hátterében az megállapítás áll, mely szerint a koraszülöttség alakulásában visszatükröződik a népesség általános egészségi állapotbéli eltérése (hivatkozva a Barker-teóriára). A koragyemekkori és prenatális kor egyik legjelentősebb mutatója a koraszülöttség. A védőnői jelentésekben fellehetőek ezek az adatok. A koraszülöttség legmagasabb arányú volt: Szabolcs-Szatmár-Bereg, Somogy és Heves megyében, Borsod-Abaúj-Zemplén, Baranya megyékben. A születéskor várható átlagos élettartam mutató férfiak vonatkozásában legalacsonyabb volt: Borsod-Abaúj-Zemplén, Komárom-Esztergom, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Nógrád megyékben. A nők vonatkozásában pedig a legalacsonyabbnak mutatkozott: Borsod-Abaúj-Zemplén, Nógrád és Jász-Nagykun-Szolnok és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. A hipotézisemet részben igazoltnak tekintem.

Feltételeztem, hogy a dohányzó várandósok száma, valamint a későn várandósgondozásba kerültek száma összefüggést mutat a koraszülöttek számával, valamint a csecsemők egy éves korban mért igen alacsony (3 alatti) és alacsony testtömeg percentilis (3 és 10 közötti) értékével. A dohányzó várandósok számának emelésével szignifikánsan emelkedik a 3 percentil alatti testsúllyal rendelkező egyévesek száma, továbbá a három és tíz percentilis értékkel rendelkezőké is. A koraszülések száma között is összefüggés mutatkozik, a kimeneti változó esetén emelkedést eredményez. A igen későn, csupán a betöltött 28. hét után jelentkezett várandósok száma is összefüggésben áll, mind a testsúlyfejlődés mind a koraszülések számával. Így ez a hipotézis is bizonyítást nyert, ezért megtartom.

8. A KUTATÁS ÚJ EREDMÉNYEI- JAVASLATOK MEGFOGALMAZÁSA

Az utóbbi néhány évtizedben az európai országokban a lakosság egészségi állapota jelentős mértékben javult, az idő előtti elhalálozások száma pedig jelentősen csökkent. Az élet- és munkakörülmények, az egészségtudatosabb gondolkodás mindenképpen hozzájárult az élethossz megnövekedéséhez, de a legnagyobb szerepe vélhetően az egészségügyi ellátás fejlődésének van.

A kutatás újszerűségét elsősorban az adja, hogy a védőnői jelentésekből készített hosszú idősoros elemzését – ilyen széleskörű megközelítésből, objektív tényezőket figyelembe vevő módon – tudomásunk szerint még nem végezték el mindezidáig. A védőnői ellátásban évente és havonta keletkező óriási és potenciálisan igen értékes adathalmaz úgy gyarapodik, hogy szakmai hasznosítása nem történik meg (pedig a havi adatgyűjtés szükségességét a szakvezetés arra hivatkozva támogatta 2009-ben, hogy lehetővé váljon a beavatkozást igénylő térségek gyors azonosítása, akár egy éven belül is). Az adatsor, adatbázis elkésztése lehetőséget teremt a kutatók és a gyakorlati megvalósító szakemberek számára, a különböző szempontú, de helyi sájátoságokat tartalmazó megyei adatok áttekintésére.

Az adatok részletes hosszú idősoros elemzése ráirányította a figyelmet arra, hogy olykor a jogszabályban meghatározott jelentések is tartalmazhatnak számszaki hibákat, melyek felismerése és korrigálása a részletes elemzés hiányában hosszú évekig rejtve maradnak. Az adatok kezelése és az adatbázisba való illesztése során fellelhető számszaki hibákra való figyelemfelhívás és javításának megkísérlése az adatok rendezésének gyakorlati jelentőségét szolgálják. Ezzel is segítve egy átlátható, hosszútávon alkalmazható egyszerűen kivitelezhető elemzési stratégia kidolgozását.

Mindezek mellett az adatok javítása és korrekciójának megtétele után az 1997 óta változatlan formában és módszertannal jelentett adattartalom felülbírálata lenne szükséges. Hiszen az éves védőnői jelentések beltartalma nem követi a rendeletekben és a jogszabályokban meghatározottakat. Az empirikus munkámban azt is tapasztaltam, hogy a védőnői jelentések és a jogszábályi környezet illesztési hézagot tartalmaz, melyet érdemes lenne áttekinteni és a jelentési adatokat, a szolgáltatott adatok körét ennek megfelelően megváltoztatni.

A védőnői jelentések kevésbé informatív és nem adekvát paramétereinek felülbírálata lenne szükséges. Ilyen gyűjtött adatok, melyek a jelenlegi elemzés kapcsán nem voltak jelentősen informatívak, így azok havi rendszerességű gyűjtése nem indokolt.

A teljesség igénye nélküli felsorolásban említve például:

- nővédelmi védőnői látogatások száma (évente egyszeri jelentése indokolt)
- nővédelmi tanácsadáson a megjelenések száma (évente egyszeri jelentése indokolt)
- orvossal tartott tanácsadáson a 0-11 hónapos csecsemők száma (egyszerű kivonással orvosolható)

- az év folyamán első életévüket betöltöttek száma összesen (45. rovat megegyezik a 34-es rovattal, valamint megegyezik a 46+47+48+49. továbbá az 50+51+52+53. rovatok összegével (háromszorosan bekért adat a jelentés szerint)
- begyűjtött anyatej mennyisége: anyatejgyűjtő (évente egyszeri jelentése indokolt)
- begyűjtött anyatej mennyisége: háztól-házig (évente egyszeri jelentése indokolt

Gyakorlati szempontból is jelentős, további nyers mutatók beépítése elengedhetetlen a további korrekt elemzési munkák elvégzéséhez. Ilyen paraméterek lehetnének azok a területi védőnői gyakorlatban képződő adatok, melyek jelenleg a jelentésekben nem tükröződnek vissza, mint pl: szociokulturális, szocioökonómiai, szociodemográfiai adatok beemelése, iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, gyermekvállalás (háttérinformációi).

A vizsgálódás további újszerű eredményei, hogy rámutattak azokra a területekre nemcsak földrajzi, de szakmai értelemben is, amelyek esetében a legégetőbbek a beavatkozások, hiszen olyan területekről van szó, melyek differenciálódnak, regionális és megyei szinten. A kutatási eredmény – az elemzett indikátorok tekintetében – felhívja a figyelmet az egyébként is hátrányos helyzetű megyék további hátrányokat növelő adataira, ahol rendszerint általánosságban ismert, hogy beavatkozási stratégia lefolytatása nélkül konzerválódnak, újratermelődnek a problémák.

A várandósok egészségi állapotát tükröző mutatók idősoros területi elemzésének eredményeképpen megállapítható, hogy a nyilvántartott várandósok száma évről évre rohamosan csökken. Ezt az eredményt magyarázhatja egyrészről, hogy a termékenység jelenleg közepesen magas Magyarországon európai viszonylatban, másrészről, hogy a reprodukciós korban lévő nők egyre később, csak a harmincas éveikben járva vagy azon túl vállalják első gyermeküket. A kitolódott anyai életkor mellett – amely az alacsony születési súllyal világra jött csecsemők arányát befolyásolja és a jövőbeni várandósgondozás irányvonalát meghatározza – jelentős és tényszerű adat, hogy a 2010-es évektől kezdődően az élveszületésre jutó 20 év alatti életkorban szült nők arányszáma tendenciózusan emelkedik hazánkban (2014: 6,61%), ami plusz terhet ró az alapellátás mellett a szakellátásra is, és sürgeti a célzott beavatkozások kidolgozását, elindítását.

A dohányzó várandósok és az igen későn, csak a 28. terhességi hét után védőnői gondozásra jelentkezett várandósok arányában enyhe mértékű, de szerencsésen javuló tendencia figyelhető meg, ám ezen országos javulás mellett egyre nagyobb megyei területi egyenlőtlenség alakult ki, jellemzően azokban a megyékben, ahol a társadalmi-gazdasági állapotot tükröző indikátorok is a legalacsonyabbnak mutatkoznak. Kiemelt jelentőségű a társadalmi-gazdasági tényezők és a dohányzás együttes vizsgálata, hiszen ismert tény, hogy az alacsony státusznak, iskolázottságnak következménye az egészséget károsító magatartás, például dohányzás. A dohányzó terhesek jellemzőinek feltárására irányuló vizsgálatok kimutatták a demográfiai és társadalmi-gazdasági determinánsok egyértelmű hatását és annak mértékét [8]. Fónai és Pénzes (2006) az északkeleti magyarországi romák egészségi állapotát vizsgálva arra az eredményre jutott, hogy a vizsgált populációban nemek szerinti bontásban, a dohányzók körében többségben vannak a nők (2/3) a férfiakhoz képest (1/3). Az alkoholfogyasztásnál ennek fordítottját tapasztalták [217].

A védőnői állások alakulását tekintve veszélybe kerül az ismeretek átadása, a korai észlelés, jelzés, és ahol szükséges lenne a fokozott gondozás nem tud megvalósulni. Ennek hosszútávon kedvezőtlen, visszafordíthatatlan hatásai lehetnek a gyermekek egészségi állapotára. Ez a veszély kiemelten a halmozottan hátrányos települések esetében jelenik meg, mivel a „nehéz körzetek" betöltésére a legnehezebb védőnőt találni. A területi védőnői ellátás igénybevételét nehezítik az alábbi tényezők is: több település ellátása; tartós helyettesítés; vegyes körzet (körzet, óvoda, iskola); magas/alacsony létszámot ellátó területi védőnői álláshelyek.

A hosszútávú cél, hogy a betöltetlen álláshelyek miatti ellátáshoz való hozzáférésben mutatkozó méltánytalan egyenlőtlenséget mielőbb csökkenteni lehessen a betöltetlen területi védőnői állások hathatós felszámolásával, az állandó ellátás biztosításával, helyben az érintett településeken. Kiemelt figyelmet kell fordítani a nagy létszámú, hátrányos helyzetű térségekre, mind a finanszírozás, mind a humánerőforrás területén javítani az ellátást.

A védőnői ellátáshoz való egyenlő hozzáférési esély megoldása érdekében a feltételek javítása elengedhetetlen (személyi, képzési, továbbképzési tárgyi, közlekedési, stb.), melyekhez a vonatkozó jogszabályok újragondolására, változtatására, valamint többletforrás biztosítására van szükség. A halmozottan hátrányos települések védőnői ellátásának vonzóvá tétele, a védőnők megtartása mielőbb intézkedésekkel, a jövő nemzedék egészségét és így a társadalom humánerőforrásának minőségét javítja. Az évek óta helyettesített körzetekben meghírdetett ösztöndíjprogram bevezetésével, lehetne motiválni a frissen végzett diplomások elhelyezkedési kedvét.

A védőnői szolgálat fejlesztése kiemelt feladat. Számos újítás indokolt, ami alapján továbbra is életképes lenne ez az egyedülálló hivatás. Nagyon fontos lenne elsősorban a jelenlegi feladatok magasabb színvonalon történő végzése. Korszerű módszerek alkalmazása,- számítógép, internet hozzáférhetőség- mivel több védőnői körzetben, kiemelten a hátrányos helyzetű megyékben papíralapú könyvelés történik a mai napig, így az adminisztrációs terhek növekednek, ami nagymértékben befolyásolja a védőnői gondozás eredményességét.

Az indikátorok függvényében fontos lenne a várandósok és a csecsemők szüleinek mielőbbi edukálása figyelembe véve a tapasztalt különbségeket, ott szükséges mielőbb elkezdeni a munkát, ahol ezt a a mutatószámok jelzik.

Szükséges lenne továbbá, a jelentéssel leterhelt védőnők felé kieépíteni egy visszacsatolási rendszert, motiváltá tenni őket a jelentés fontosságában és így az adatok validitása is növelhetővé válna.

Jelen disszertáció célja, hogy több kutatási igényre is rámutasson, melyhez nélkülözhetetlen – az infrastruktúra és az egységes módszertan megkövetelésén túl – egy jól kidolgozott adatgyűjtési stratégia, továbbá az alapellátásban keletkező hatalmas mennyiségű, a gyermekek egészségi állapotát mutató adatok egységes, központi adatbázisba történő vezetése.

MELLÉKLETEK

RÖVIDÍTÉSJEGYZÉK

CA	‘congenitalis anomalia’
CSDH	Commission on Social Determinants of Health
CSVSZ	Családvédelmi Szolgálat
DOHaD	’developmental origin of health and disease’
EBM	’evidence based medicine’
EBM	Evidence Based Medicine
ENNP	Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program
ENSZ	Egyesült Nemzetek Szervezete
ESzCsM	Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium
EU	Európai Unió
EU27	Európai Unió 27 tagállama
EUROSTAT	European Statistical System
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
EüM	Egészségügyi Minisztérium
EVSZ	Egészségügyi Világszervezet
FNO-ICF	Fogyatékosság és Egészség Nemzetközi Osztályozása
GDP	’gross domestic product’
GISCO	Geographical information system of the Commission
GYEMSZI	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet
HDI	’human development index’
HKÉF	Háztartási Költségvetési és Életkörülmények Adatfelvétel
HLY	’healthy life years’
IUGR	Intrauterine Growth Restriction
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
LBW	’low birth weight’
MD	medical doctor
MO	Magyarország
NEP	Nemzeti Egészségügyi Program
NM	Népjóléti Minisztérium
NNK	Nemzeti Népegészségügyi Központ
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OKI	Országos Közegészségügyi Intézet
OSzMK	Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ
OTH	Országos Tisztifőorvosi Hivatal
PND	’postnatal depression’
PNM	‘perinatal mortality’
PTB	’preterm birth’
STADAT	’összefoglaló statisztikai táblák’
STATA	Data Analysis and Statistical Software
TTA	teljes termékenységi arányszám
TTI	testömeg index
UNICEF	United Nations Children's Fund
USA	United States of America
VMO	Védőnői Módszertani Osztály
VRONY	Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása és Felügyelete
WHO	Word Health Organization

ÁBRAJEGYZÉK

1. sz. ábra	Az egyéni egészségi állapotot meghatározó tényezők csoportjai és megoszlásuk (%)	13.oldal
2. sz. ábra	Az egészségét meghatározó tényezők csoportjai, egészségdeterminánsok	15. oldal
3. sz. ábra	Az egészség és betegség bio-pszicho-szociális modellje	17. oldal
4. sz. ábra	Az egészség fő meghatározói	19. oldal
5. sz. ábra	A várható kapcsolat a lelki egészség és a fenntartható fejlődés között	20. oldal
6. sz. ábra	Az egészséget meghatározó strukturális és köztes tényezők és kölcsönhatásaik	22. oldal
7. sz. ábra	MEIKIRCH-modell grafikus ábrázolása	23. oldal
8. sz. ábra	A kistérségek várható élettartamok szerinti kvintilisei (2014)	30. oldal
9. sz. ábra	A járások kedvezményezettségi kategóriák szerint 2015. január 1-jén	30. oldal
10. sz. ábra	35-74 év közötti férfiak koszorúér betegség okozta halálozása, Angliában és Walesben 1968 és 1978 között	33. oldal
11. sz. ábra	Csecsemőhalálozás Angliában és Walesben 1901 és 1910 között	33. oldal
12. sz. ábra	Barker-elmélet: A betegségek magzati eredetének fejlődési modellje	34.oldal
13. sz. ábra	A magyar népesség nem és korcsoport szerinti megoszása változása 1990. január 1. valamint 2021. január 1. (KORFA)	37. oldal
14. sz. ábra	Természetes fogyás ezer lakosra vetítve, megyénként, 2020.	37. oldal
15. sz. ábra	Születéskor várható átlagos élettartam (év) az Európai Régióban, 2019	39. oldal
16. sz. ábra	Születéskor várható átlagos élettartam mutató alakulása Magyarországon, 2001, 2012, 2019.	40. oldal
17. sz. ábra	Egészséges életévek száma abszolút értékben születéskor – nők (2010, 2019)	41. oldal
18. sz. ábra	Egészséges életévek száma abszolút értékben születéskor – férfiak (2010, 2019)	42. oldal
19. sz. ábra	Halálokok EU_{27}-Standardizált halálozási arány (100.000 fő) nemenként, 2017.	43. oldal
20. sz. ábra	Az ischaemiás szívbetegségek miatti halálesetek száma az a férfiak és a nők körében EU_{27} tagországaiban -standardizált halálozási arány (100.000 fő), 2017.	44. oldal
21. sz. ábra	Öngyilkosság miatti halálesetek száma az a férfiak és a nők körében EU_{27} tagországaiban -standardizált halálozási arány (100.000 fő), 2017.	45. oldal
22. sz. ábra	Halálesetek száma a haláloki főcsoportok szerint a férfiak és a nők körében EU_{27} tagországaiban -standardizált halálozási arány (100.000 fő), 2006 és 2016 között	46. oldal
23. sz. ábra	A magyar lakosság halálozásának megoszlása (kor, nem, 2000 és 2012)	48. oldal
24. sz. ábra	Ezer élveszülöttre jutó csecsemőhalálozási arányszám az Európai Régióban, 2015.	49. oldal
25. sz. ábra	A csecsemőhalandóság alakulása a meghalt csecsemők kora szerint, 2010–2019	50. oldal
26. sz. ábra	A GDP-arányos egészségügyi kiadások mértéke és változása az OECD tagállamokban (%), 2010., 2014., 2018	51. oldal
27. sz. ábra	Egy lakosra jutó bruttó hazai termék megyei megoszlása, (GDP/fő, ezer forint), 2015.	51. oldal
28. sz. ábra	A legfeljebb alapfokú végzettségűek aránya a 15 éves és annál idősebb népességben, 2016	53. oldal
29. sz. ábra	Száz nőre vetített teljes termékenységi arányszám (TTA) alakulása 1990 és 2020 között	56. oldal
30. sz. ábra	Szülészeti események (élveszületés, magzati halálozás, terhességmegszakítás) 1990 és 2020 között	57. oldal
31. sz. ábra	Korspecifikus termékenységi arányszám	58. oldal
32. sz. ábra	Kívánt fogamzásból az élveszületés, anyai életkor szerinti változása, 2000, 2009	58. oldal
33. sz. ábra	Kívánt fogamzásból a magzati halálozással végződők aránya, anyai életkor szerinti változása, 2000, 2009	58. oldal
34. sz. ábra	A kis súlyú születések és a koraszülöttek aránya és eltérése megyénként, 2016	64. oldal
35. sz. ábra	Fokozott gondozásban részesült várandósok megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	86. oldal

36. sz. ábra	Egészségi ok miatt fokozott gondozásban részesült várandósok megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	87. oldal
37. sz. ábra	Környezeti ok miatt fokozott gondozásban részesült várandósok megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	88. oldal
38. sz. ábra	Egészségi és környezeti ok együttes jelenléte miatt fokozott gondozásban részesült várandósok megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	89. oldal
39. sz. ábra	Dohányzó várandósok megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT, p-érték)	90. oldal
40. sz. ábra	Szült nők közül védőnői gondozásban nem részesültek megyei átlag arányszáma (2005-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	91. oldal
41. sz. ábra	Időben (12. gesztációs hétig) védőnői gondozásba vett várandósok megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	92. oldal
42. sz. ábra	Késve (13.-28. gesztációs hét között) védőnői gondozásba vett várandósok megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	93. oldal
43. sz. ábra	Igen későn (28. gesztációs hét után) védőnői gondozásba vett várandósok megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	94. oldal
44. sz. ábra	Egy várandós nőre jutó védőnő által nyújtott tanácsadáson való megjelenés megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; alkalom; MT; p-érték)	95. oldal
45. sz. ábra	Egy várandós nőre jutó védőnő által nyújtott látogatás megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; alkalom; MT; p-érték)	96. oldal
46. sz. ábra	Egy szült nőre jutó védőnő által nyújtott gyermekágyas látogatás megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; alkalom; MT; p-érték)	97. oldal
47. sz. ábra	Koraszülöttek megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	98. oldal
48. sz. ábra	A méhen belüli alutápláltság megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	99. oldal
49. sz. ábra	Fejlődési rendellenességgel született újszülöttek megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	100. oldal
50. sz. ábra	Fokozott gondozásban részesült csecsemők megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	103. oldal
51. sz. ábra	Egészségi ok miatt fokozott gondozásban részesült csecsemők megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	104. oldal
52. sz. ábra	Környezeti ok miatt fokozott gondozásban részesült csecsemők megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	104. oldal
53. sz. ábra	Egészségi és környezeti ok együttes jelenléte miatt fokozott gondozásban részesült csecsemők megyei átlag arányszáma (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	105. oldal
54. sz. ábra	Az első életév betöltésekor vizsgáltak körében észlelt elváltozás: mozgásfejlődés, megyei átlag arányszám (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	107. oldal
55. sz. ábra	Az első életév betöltésekor vizsgáltak körében észlelt elváltozás: beszédfejlődés, megyei átlag arányszám (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	108. oldal
56. sz. ábra	Az első életév betöltésekor vizsgáltak körében észlelt elváltozás: szociális, megyei átlag arányszám (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	109. oldal
57. sz. ábra	Az első életév betöltésekor vizsgáltak körében észlelt komoly súlyhiányos állapot, (<3 percentilis) megyei átlag arányszám (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	110. oldal
58. sz. ábra	Az első életév betöltésekor vizsgáltak körében észlelt sovány/alultáplált állapot, (3 és 10 percentilis között) megyei átlag arányszám (1997-2019; 23 év; %; MT; p-érték)	111. oldal
59. sz. ábra	Betöltetlen területi védőnői álláshelyek aránya, 1997 és 2019 között (%)	117. oldal

TÁBLÁZATJEGYZÉK

1. sz. táblázat	Az egészségről való gondolkodás fogalmi értelmezése és annak változása	12. oldal
2. sz. táblázat	Születéskor várható átlagos élettartam, nem, megye és régió szerint, 2001, 2012, 2020	137. oldal
3. sz. táblázat	Ezer élveszülöttre jutó csecsemőhalálozási arányszám, megye és régió szerint, 1990, 2000, 2010, 2017	138. oldal
4. sz. táblázat	A nyilvántartott várandósok számának megoszlása (%) megyénként és régiónként 1997 és 2019 között	139. oldal
5. sz. táblázat	A szült anyák számának megoszlása (%) megyénként és régiónként 2005 és 2019 között	140. oldal
6. sz. táblázat	Az adott évben szült nők aránya (%) az összes nyilvántartásba szereplő várandós gondozotti létszámhoz viszonyítva, megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	141. oldal
7. sz. táblázat	Védőnői várandósgondozásban nem részesül szült nők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	142. oldal
8. sz. táblázat	A fokozottan gondozott várandósok aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	143. oldal
9. sz. táblázat	A fokozottan gondozott várandósok közül egészségi ok miatt gondozottak aránya (%) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között	144. oldal
10. sz. táblázat	A fokozottan gondozott várandósok közül környezeti ok miatt gondozottak aránya (%) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között	145. oldal
11. sz. táblázat	A fokozottan gondozott várandósok közül egészségi és környezeti ok miatt gondozottak aránya (%) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között	146. oldal
12. sz. táblázat	A dohányzó várandósok aránya (%) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között	147. oldal
13. sz. táblázat	Az újonnan nyilvántartásba vett várandós nők közül 12. gesztációs hétig védőnői gondozásba vettek aránya (%) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között	148. oldal
14. sz. táblázat	Az újonnan nyilvántartásba vett várandós nők közül 13-28. gesztációs hétig között védőnői gondozásba vettek aránya (%) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között	149. oldal
15. sz. táblázat	Az újonnan nyilvántartásba vett várandós nők közül 28. gestatios hét után védőnői gondozásba vettek aránya (%) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között	150.oldal
16. sz. táblázat	Egy gondozott várandós nőre jutó védőnői tanácsadáson való megjelenés arányszáma (alkalom) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között	151.oldal
17. sz. táblázat	Egy gondozott várandós nőre jutó védőnői látogatások arányszáma (alkalom) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között	152. oldal
18. sz. táblázat	Egy szült nőre jutó védőnői gyermekágyas látogatások arányszáma (alkalom) megyénként, régiónként 2005 és 2019 között	153. oldal
19. sz. táblázat	Újonnan nyilvántartásba vett újszülött csecsemők közül koraszülöttek aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	154. oldal
20. sz. táblázat	Újonnan nyilvántartásba vett újszülött csecsemők közül intrauterin retardáltak aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	155. oldal
21. sz. táblázat	Újonnan nyilvántartásba vett újszülött csecsemők közül fejlődési rendellenességgel születettek aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	156. oldal
22. sz. táblázat	Védőnői csecsemőlátogatások közül az újszülött csecsemőlátogatások aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	157. oldal
23. sz. táblázat	Az újonnan nyilvántartásba vett csecsemők 23 évi (1997-2019) megyei, régiós átlaga (fő)	102. oldal
24. sz. táblázat	Az év folyamán nyilvántartott 0-11 hónapos csecsemők közül fokozott gondozást igénylők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	158. oldal
25. sz. táblázat	A fokozott gondozott csecsemők (0-11 hó) közül egészségi ok miatt fokozott gondozást igénylők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	159. oldal
26. sz. táblázat	A fokozott gondozott csecsemők (0-11 hó) közül környezeti ok miatt fokozott gondozást igénylők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	160. oldal
27. sz. táblázat	A fokozott gondozott csecsemők (0-11 hó) közül egészségi és környezeti ok miatt (együttesen) fokozott gondozást igénylők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	161. oldal
28. sz. táblázat	Az első életévüket betöltött csecsemők 23 év összestett átlagos száma országosan, régiónkként, megyénkként Magyarországon	106. oldal
29. sz. táblázat	Az első életévüket betöltött és védőnői vizsgálatban részesült csecsemők 23 évi aránya (%)	107. oldal
30. sz. táblázat	Egy éves kor betöltésekor végzett védőnői vizsgálat alapján mozgásfejlődésben lemaradt csecsemők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	162. oldal
31. sz. táblázat	Egy éves kor betöltésekor végzett védőnői vizsgálat alapján, beszédfejlődésben lemaradt csecsemők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	163. oldal
32. sz. táblázat	Egy éves kor betöltésekor végzett védőnői vizsgálat alapján, mentális-szociális-pszichés fejlődésben elmaradt csecsemők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	164. oldal
33. sz. táblázat	Egy éves kor betöltésekor végzett védőnői vizsgálat alapján, az igen alacsony (< 3) testtömegpercentil értékkel rendelkező csecsemők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	165. oldal
34. sz. táblázat	Egy éves kor betöltésekor végzett védőnői vizsgálat alapján, az alacsony (3 és 10 közötti) testtömegpercentil értékkel rendelkező csecsemők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	166. oldal
35. sz. táblázat	Az első életévet betöltött csecsemők közül a 4. hónapig kizárólag anyatejjel tápláltak aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	167. oldal
36. sz. táblázat	Az első életévet betöltött csecsemők közül a 6. hónapig kizárólag anyatejjel tápláltak aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	168. oldal
37. sz. táblázat	Az első életévet betöltött csecsemők közül a 12 hónaposan még anyatejet kapók aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	169. oldal
38. sz. táblázat	Egy gondozott csecsemőkorúra jutó védőnői tanácsadási arányszám (alkalom), megyénként, régiónként 1997 és 2019	170. oldal
39. sz. táblázat	Egy gondozott csecsemőkorúra jutó védőnői által végzett csecsemőlátogatási arányszám (alkalom), megyénként, régiónként 1997 és 2019	171. oldal
40. sz. táblázat	Betöltetlen területi védőnői állások aránya az összes területi állás viszonylatában (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között	172. oldal
41. sz. táblázat	A várandósok állapotát tükröző (magyarázó) és koraszülöttek, méhen belüli alultápláltak és a fejlődési rendelenességgel születettek (kimeneti) változók összefüggése	118. oldal
42. sz. táblázat	A várandósok állapotát tükröző mutatók (magyarázó) és az egy éves korban mért alacsony táplháltsági állapot (3 alatti, valamint 3 és 10 percentilis közötti) (kimeneti) változóinak összefüggése	118. oldal
43. sz. táblázat	A várandósok állapotát tükröző mutatók (magyarázó) és az egy éves korban észlelt fejlődésbeli lemaradás (mozgás, beszéd, szociális) (kimeneti) változóinak összefüggése	119. oldal
44. sz. táblázat	A prenatális egészség leíró elemzésének összefoglaló táblázata	121. oldal
45. sz. táblázat	A perinatális egészség leíró elemzésének összefoglaló táblázata	124. oldal
46. sz. táblázat	A posztnatális egészség leíró elemzésének összefoglaló táblázata	125. oldal

TÁBLÁZATOK

2. sz. táblázat: Születéskor várható átlagos élettartam, nem, megye és régió szerint, 2001, 2012, 2020

Területi egység	Születéskor várható átlagos élettartam								
	férfi			nő			teljes népesség		
	2001	2012	2020	2001	2012	2020	2001	2012	2020
Budapest	69,28	73,58	74,34	76,52	79,23	79,85	72,90	76,41	77,10
Pest	68,68	71,94	72,74	76,54	78,22	78,83	72,61	75,08	75,79
Közép-Magyarország	**69,10**	**72,92**	**73,64**	**76,53**	**78,85**	**79,44**	**72,82**	**75,89**	**76,54**
Fejér	68,54	71,47	72,38	76,41	78,36	78,42	72,48	74,92	75,40
Komárom-Esztergom	67,95	70,27	70,73	76,25	77,57	78,36	72,10	73,92	74,55
Veszprém	69,01	71,70	72,41	76,08	79,11	79,15	72,55	75,41	75,78
Közép-Dunántúl	**68,53**	**71,22**	**71,93**	**76,24**	**78,39**	**78,64**	**72,39**	**74,81**	**75,29**
Győr-Moson-Sopron	69,48	71,95	73,08	78,04	78,71	79,44	73,76	75,33	76,26
Vas	68,84	70,66	71,61	77,12	78,25	79,20	72,98	74,46	75,41
Zala	68,24	71,84	72,33	76,83	78,96	79,15	72,54	75,40	75,74
Nyugat-Dunántúl	**68,93**	**71,57**	**72,51**	**77,44**	**78,67**	**79,32**	**73,19**	**75,12**	**75,92**
Baranya	68,20	70,99	72,45	75,63	78,12	79,14	71,92	74,56	75,80
Somogy	67,28	70,29	71,72	75,39	78,07	78,33	71,34	74,18	75,03
Tolna	67,96	71,88	72,32	76,57	78,85	78,42	72,27	75,37	75,37
Dél-Dunántúl	**67,83**	**70,97**	**72,18**	**75,79**	**78,27**	**78,70**	**71,81**	**74,62**	**75,44**
Dunántúl	**68,43**	**71,26**	**72,21**	**76,48**	**78,45**	**78,89**	**72,46**	**74,86**	**75,55**
Borsod-Abaúj-Zemplén	66,59	68,95	69,66	76,10	76,76	77,10	71,35	72,86	73,38
Heves	66,77	70,78	71,11	76,78	78,03	78,10	71,78	74,41	74,61
Nógrád	67,14	70,47	70,38	75,97	77,71	76,90	71,56	74,09	73,64
Észak-Magyarország	**66,73**	**69,68**	**70,16**	**76,26**	**77,25**	**77,34**	**71,50**	**73,47**	**73,75**
Hajdú-Bihar	68,04	71,83	72,37	76,63	79,23	79,75	72,34	75,53	76,06
Jász-Nagykun-Szolnok	67,43	70,55	70,55	76,25	77,62	77,61	71,84	74,09	74,08
Szabolcs-Szatmár-Bereg	65,78	70,05	70,70	75,74	78,26	77,50	70,76	74,16	74,10
Észak-Alföld	**67,03**	**70,83**	**71,27**	**76,17**	**78,44**	**78,34**	**71,60**	**74,64**	**74,81**
Bács-Kiskun	67,41	70,96	71,79	76,73	78,22	78,34	72,07	74,59	75,07
Békés	68,84	71,06	71,21	76,60	77,54	77,87	72,72	74,30	74,54
Csongrád-Csanád	68,68	71,50	73,21	76,56	78,78	79,22	72,62	75,14	76,22
Dél-Alföld	**68,21**	**71,13**	**72,05**	**76,64**	**78,20**	**78,48**	**72,43**	**74,67**	**75,27**
Alföld és Észak	**67,32**	**70,57**	**71,19**	**76,36**	**77,99**	**78,09**	**71,84**	**74,28**	**74,64**
Ország összesen (ref.)	**68,15**	**71,45**	**72,21**	**76,46**	**78,38**	**78,74**	**72,31**	**74,92**	**75,48**

Forrás: KSH/STADAT, 2021; saját szerkesztés

3. sz. táblázat: Ezer élveszülöttre jutó csecsemőhalálozási arányszám, megye és régió szerint, 1990, 2000, 2010, 2017

Területi egység	1990	2000	2010	2017
Budapest	13,2	10,0	3,8	2,2
Pest	15,8	8,5	5,1	3,2
Közép-Magyarország	**14,5**	**9,3**	**4,5**	**2,7**
Fejér	15,8	8,9	3,5	2,7
Komárom-Esztergom	14,2	8,8	4,6	2,5
Veszprém	12,8	7,8	5,8	1,0
Közép-Dunántúl	**14,3**	**8,5**	**4,6**	**2,1**
Győr-Moson-Sopron	11,5	10,7	5,5	4,5
Vas	15,0	7,6	7,4	3,3
Zala	12,2	11,2	3,2	5,4
Nyugat-Dunántúl	**12,9**	**9,8**	**5,4**	**4,4**
Baranya	14,4	9,8	6,2	1,6
Somogy	14,9	8,0	5,9	4,6
Tolna	14,6	11,8	5,9	4,2
Dél-Dunántúl	**14,6**	**9,9**	**6,0**	**3,5**
Dunántúl	**14,0**	**9,4**	**5,2**	**3,2**
Borsod-Abaúj-Zemplén	16,3	9,6	6,4	4,6
Heves	11,6	6,2	3,8	3,5
Nógrád	12,8	6,1	4,8	6,8
Észak-Magyarország	**13,6**	**7,3**	**5,0**	**5,0**
Hajdú-Bihar	15,6	8,5	5,9	2,8
Jász-Nagykun-Szolnok	15,7	8,7	8,7	4,2
Szabolcs-Szatmár-Bereg	17,6	11,7	7,5	5,4
Észak-Alföld	**16,3**	**9,6**	**7,4**	**4,1**
Bács-Kiskun	14,1	9,3	6,0	6,9
Békés	17,7	8,6	4,6	4,7
Csongrád-Csanád	15,1	8,1	4,4	2,3
Dél-Alföld	**15,6**	**8,7**	**5,0**	**4,6**
Alföld és Észak	**15,2**	**8,5**	**5,8**	**4,6**
Ország összesen (ref.)	**14,6**	**9,0**	**5,5**	**3,8**

Forrás: KSH, 2019; saját szerkesztés

4. sz. táblázat: A nyilvántartott várandósok számának megoszlása (%) megyénként és régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió;megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Megyei Átlag
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	5,11	5,80	5,52	5,83	6,01	5,59	5,55	5,45	4,88	5,37	5,56	5,53	5,11	5,19	5,18	5,05	5,65	5,48	5,53	5,74	5,69	5,80	5,75	5,49
	Jász-Nagykunk-Szolnok	3,87	3,95	3,82	3,83	3,81	3,77	3,76	3,65	3,48	3,87	3,61	3,80	3,67	3,59	3,56	3,69	3,80	3,53	3,75	3,87	3,63	3,69	3,72	3,73
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	6,78	7,28	7,18	6,84	6,83	6,73	6,75	6,53	6,18	6,01	5,93	5,12	5,86	5,75	5,77	5,98	6,22	6,38	6,40	6,20	6,13	6,04	6,09	6,30
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	4,62	5,20	5,10	5,30	5,36	5,18	5,10	5,50	5,05	5,17	5,02	5,17	5,04	4,89	4,71	4,72	5,39	5,34	4,99	5,02	5,17	5,32	5,23	5,11
	Békés	3,49	3,97	3,84	3,92	3,83	3,77	3,58	3,55	3,45	3,28	3,23	3,22	3,19	3,13	3,12	3,12	3,18	3,18	2,99	3,05	2,99	2,95	2,91	3,35
	Csongrád-Csanád	3,63	4,19	3,87	3,94	3,96	4,10	4,09	4,04	3,82	3,92	3,81	3,92	3,89	3,75	3,78	3,76	3,94	3,65	3,63	3,78	3,79	3,66	3,65	3,85
Dél-Dunántúl	Baranya	2,73	3,01	2,92	2,90	3,08	3,00	2,92	2,95	3,04	3,85	3,63	3,73	3,64	3,64	3,63	3,49	3,25	3,40	3,43	3,27	3,36	3,33	3,39	3,29
	Somogy	2,82	3,21	3,15	3,25	3,08	3,06	2,99	2,82	2,79	3,07	2,92	2,72	2,75	2,76	2,76	2,78	2,96	3,32	2,74	2,73	2,78	2,68	2,77	2,91
	Tolna	1,89	2,15	2,03	2,12	2,12	2,12	2,12	2,00	1,95	2,06	2,10	2,12	2,17	2,05	2,10	2,18	2,25	2,08	2,12	2,14	2,09	2,12	2,04	2,09
Nyugat-Dunántúl	Vas	2,26	2,41	2,37	2,45	2,51	2,56	2,46	2,41	2,42	2,37	2,18	2,31	2,50	2,34	2,38	2,53	2,48	2,19	2,34	2,41	2,37	2,44	2,37	2,39
	Győr-Moson-Sopron	3,62	4,15	4,12	4,21	4,33	4,47	4,64	4,66	4,62	4,86	4,62	4,69	4,76	4,70	4,67	4,67	4,55	4,66	4,67	4,78	5,00	5,15	5,23	4,60
	Zala	2,19	2,54	2,40	2,51	2,62	2,56	2,55	2,62	2,53	2,57	2,55	2,54	2,44	2,32	2,40	2,34	2,35	2,32	2,26	2,20	2,21	2,17	2,05	2,40
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	10,73	9,03	8,60	9,00	8,82	8,47	8,51	8,37	8,54	8,30	7,55	7,40	7,02	7,06	7,10	7,08	7,57	7,35	7,42	7,52	7,64	7,65	7,51	8,01
	Heves	2,80	3,14	3,13	3,25	3,22	3,17	3,10	3,16	3,37	3,02	2,98	3,02	2,91	2,95	2,88	2,75	3,27	3,06	2,97	2,87	2,96	2,78	2,81	3,02
	Nógrád	1,92	2,18	2,00	2,18	2,16	2,19	2,11	2,07	1,96	1,91	1,79	1,77	1,82	1,83	1,75	1,79	1,95	1,80	1,77	1,78	1,81	1,79	1,82	1,92
Közép-Dunántúl	Fejér	3,55	3,92	3,89	4,24	4,29	4,56	4,31	4,37	4,00	3,46	4,19	4,33	4,20	4,21	4,33	4,37	3,57	4,31	4,48	4,35	4,31	4,23	4,32	4,17
	Komárom-Esztergom	12,25	3,13	2,94	3,23	3,36	3,46	3,31	3,37	3,14	3,22	3,34	3,23	3,30	3,15	3,17	3,33	3,46	2,84	3,06	3,10	3,17	3,13	3,12	3,60
	Veszprém	3,15	3,54	3,37	3,40	3,49	3,73	3,67	3,56	3,92	3,50	3,58	3,44	3,51	3,35	3,33	3,33	3,32	3,28	3,34	3,14	3,17	3,18	3,08	3,41
Közép-Magyarország	Budapest	13,77	17,13	19,14	15,34	15,94	15,99	16,45	16,84	18,77	17,17	18,02	18,18	18,37	18,95	19,05	19,32	18,45	18,82	18,87	18,72	18,25	18,16	18,07	17,73
	Pest	8,82	10,08	10,59	12,27	11,17	11,51	12,03	12,06	12,09	13,01	13,37	13,76	13,83	14,41	14,34	13,71	12,38	12,99	13,26	13,37	13,49	13,73	14,08	12,62
Országos %; (fő)		100 (168760)	100 (145298)	100 (150148)	100 (148653)	100 (146593)	100 (146046)	100 (143884)	100 (147555)	100 (153567)	100 (154557)	100 (155986)	100 (155762)	100 (158372)	100 (145449)	100 (144878)	100 (143772)	100 (124060)	100 (143567)	100 (139799)	100 (145520)	100 (146199)	100 (141522)	100 (144642)	100,00

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

5. sz. táblázat: A szült anyák számának megoszlása (%) megyénként és régiónként 2005 és 2019 között

TERÜLET (régió;megye)/ÉV		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Megyei Átlag
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	5,85	5,41	5,74	5,61	5,42	5,42	5,47	5,39	5,62	5,90	5,69	5,77	5,70	5,88	5,88	5,65
	Jász-Nagykunk-Szolnok	3,83	6,93	3,63	3,79	3,87	3,61	3,66	3,76	3,93	3,71	3,77	3,91	3,80	3,77	3,82	3,99
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	6,64	6,12	6,47	6,33	6,13	5,90	5,99	6,16	6,20	6,47	6,51	6,59	6,27	6,16	6,37	6,29
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	5,05	5,02	5,10	5,11	5,09	4,97	4,94	4,96	5,09	5,00	5,10	5,06	5,15	5,33	5,11	5,07
	Békés	3,35	3,04	3,12	3,05	3,09	2,84	3,01	3,01	2,97	3,09	3,00	2,90	2,91	2,90	2,85	3,01
	Csongrád-Csanád	4,14	3,74	3,98	3,87	3,76	3,72	3,80	3,74	3,78	3,78	3,67	3,71	3,82	3,59	3,80	3,79
Dél-Dunántúl	Baranya	3,45	3,79	3,83	3,71	3,73	3,75	3,67	3,53	3,49	3,60	3,43	3,17	3,32	3,26	3,26	3,53
	Somogy	3,09	2,90	2,90	2,82	2,80	2,80	2,85	2,80	2,78	3,00	2,78	2,78	2,80	2,75	2,71	2,84
	Tolna	2,17	2,06	2,17	2,10	2,17	2,06	2,04	2,13	2,15	2,25	2,12	2,10	2,01	2,07	2,00	2,11
Nyugat-Dunántúl	Vas	2,30	2,22	2,33	2,26	2,25	2,26	2,14	2,26	2,27	2,25	2,28	2,30	2,31	2,35	2,34	2,28
	Győr-Moson-Sopron	4,46	4,31	4,28	4,35	4,50	4,51	4,54	4,59	4,42	4,56	4,47	4,43	4,69	4,87	4,85	4,52
	Zala	2,51	2,45	2,47	2,53	2,39	2,35	2,42	2,31	2,29	2,35	2,17	2,24	2,22	2,20	2,07	2,33
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	7,73	7,60	7,54	7,45	7,39	7,42	7,40	7,46	7,40	7,50	7,57	7,55	7,56	8,25	7,70	7,57
	Heves	3,05	2,94	3,04	3,05	3,07	3,10	3,17	2,91	2,85	3,02	2,95	3,40	3,06	3,03	2,92	3,04
	Nógrád	1,97	1,92	1,90	1,85	1,86	1,83	1,83	1,77	1,90	1,84	1,78	1,83	1,86	1,87	1,90	1,86
Közép-Dunántúl	Fejér	4,20	3,72	4,22	4,21	4,15	4,21	4,29	4,38	4,33	3,97	4,25	4,34	4,22	4,21	4,27	4,20
	Komárom-Esztergom	3,06	2,91	3,13	3,04	3,15	3,18	3,10	3,21	3,08	2,97	3,09	3,08	3,38	3,00	3,15	3,10
	Veszprém	3,40	3,22	3,32	3,35	3,31	3,22	3,22	3,27	3,23	3,26	3,33	3,14	3,10	3,08	3,16	3,24
Közép-Magyarország	Budapest	16,53	16,53	17,14	17,37	17,69	18,35	18,16	18,59	18,48	18,05	18,28	17,89	17,37	17,21	17,19	17,66
	Pest	13,20	13,15	13,68	14,15	14,17	14,50	14,31	13,76	13,73	13,42	13,75	13,81	14,44	14,22	14,65	13,93
Országos %; (fő)		100 (95362)	100 (100045)	100 (95038)	100 (96776)	100 (93574)	100 (87661)	100 (85289)	100 (87344)	100 (85497)	100 (85869)	100 (89294)	100 (90910)	100 (89749)	100 (87574)	100 (86956)	**100,00**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

6. sz. táblázat: Az adott évben szült nők aránya (%) az összes nyilvántartásba szereplő várandós gondozotti létszámhoz viszonyítva, megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag adatok	
																	%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	74,50	65,26	62,84	63,01	62,68	62,93	62,26	64,82	68,53	64,43	65,73	62,83	61,51	62,65	61,47	64,36	3,36; [61,47-74,50]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	68,47	115,81	61,36	62,00	62,33	60,57	60,53	61,93	71,31	62,85	64,31	63,06	64,31	63,26	61,81	66,93	13,83; [60,52-115,80]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	66,66	65,88	66,49	76,70	61,83	61,82	61,02	62,54	68,73	60,62	65,00	66,41	62,73	63,09	62,89	64,83	4,08; [60,02-76,70]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	62,09	62,87	61,90	61,35	59,67	61,31	61,68	63,73	65,08	56,07	65,32	62,96	61,17	61,99	58,79	61,73	2,34; [56,07- 65,32]
	Békés	60,41	59,94	58,96	58,99	57,22	54,74	56,82	58,69	64,45	58,26	64,00	59,55	59,86	60,73	58,94	59,44	2,47; [54,74-64,45]
	Csongrád-Csanád	67,32	61,75	63,68	61,32	57,08	59,87	59,17	60,32	66,12	61,90	64,62	61,29	61,88	60,75	62,64	61,98	2,64; [57,08-67,32]
Dél-Dunántúl	Baranya	70,49	63,68	64,18	61,78	60,57	61,99	59,56	61,44	74,03	63,27	63,91	60,63	60,64	60,49	57,84	62,97	4,20; [57,84-74,03]
	Somogy	68,72	61,15	60,54	64,52	60,21	61,17	60,64	61,30	64,57	54,04	64,82	63,62	61,78	63,59	58,76	61,96	3,32; [54,04-68,72]
	Tolna	68,91	64,80	62,97	61,60	59,01	60,31	57,34	59,26	65,70	64,68	63,91	61,31	59,13	60,23	58,94	61,87	3,19; [57,34-68,91]
Nyugat-Dunántúl	Vas	59,10	60,79	65,00	60,87	53,28	58,40	52,96	54,42	63,15	61,54	62,22	59,63	59,86	59,56	59,46	59,35	3,45; [52,96-65,00]
	Győr-Moson-Sopron	59,96	57,32	56,36	57,57	55,92	57,92	57,30	59,69	66,97	58,49	61,18	57,92	57,60	58,59	55,74	58,57	2,76; [55,74-66,97]
	Zala	61,68	61,58	58,91	61,97	57,85	61,09	59,24	59,88	67,20	60,37	61,47	63,75	61,61	63,02	60,83	61,36	2,23; [57,85-67,20]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	56,21	59,33	60,88	62,61	62,16	63,30	61,37	63,97	67,38	60,98	65,22	62,72	60,78	66,79	61,65	62,36	2,82; [56,21-67,38]
	Heves	56,25	62,99	62,17	62,62	62,23	63,34	64,93	64,43	60,15	59,11	63,47	74,05	63,53	67,45	62,49	63,28	3,94; [56,25-74,05]
	Nógrád	62,40	65,19	64,73	64,83	60,33	60,17	61,45	60,06	67,37	61,21	64,21	64,27	63,07	64,76	62,65	63,11	2,17; [60,06-67,37]
Közép-Dunántúl	Fejér	65,18	69,71	61,35	60,44	58,31	60,24	58,29	60,95	83,52	55,05	60,57	62,39	60,01	61,62	59,41	62,47	6,68; [55,05-83,52]
	Komárom-Esztergom	60,60	58,48	57,06	58,37	56,48	60,85	57,46	58,71	61,26	62,47	64,53	62,09	65,54	59,25	60,69	60,26	2,65; [56,48-65,54]
	Veszprém	53,94	59,60	56,45	60,43	55,69	58,10	56,86	59,64	67,13	59,36	63,73	62,50	60,08	59,93	61,56	59,67	3,31; [53,94-67,13]
Közép-Magyarország	Budapest	54,67	62,31	57,95	59,38	56,88	58,37	56,12	58,46	69,01	57,37	61,86	59,72	58,45	58,63	57,18	59,09	3,37; [54,67-69,01]
	Pest	67,81	65,46	62,33	63,91	60,54	60,68	58,79	60,96	76,40	61,79	66,24	64,57	65,72	64,07	62,55	64,12	4,21; [58,79-76,39]
adott évi országos átlag adatok (%) SD;		**63,27**	**65,19**	**61,31**	**62,21**	**59,01**	**60,36**	**59,19**	**60,76**	**67,90**	**60,19**	**63,82**	**62,76**	**61,46**	**62,02**	**60,31**	**61,99**	**4,92; [52,96-115,80]**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

7. sz. táblázat: Védőnői várandósgondozásban nem részesül szült nők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag adatok	
																	%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	0,39	0,48	0,40	0,52	0,73	0,72	0,64	0,42	0,50	0,37	0,24	0,42	0,43	0,37	0,29	0,46	0,14; [0,24-0,73]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	0,60	0,23	0,75	0,57	0,75	1,39	0,80	0,79	0,54	0,63	0,21	0,39	0,35	0,45	0,33	0,59	0,30; [0,21-1,39]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	0,52	0,64	0,72	0,70	0,78	0,99	0,57	0,82	0,62	0,56	0,33	0,35	0,46	0,15	0,34	0,57	0,22; [0,15-0,99]
Dél- Alföld	Bács-Kiskun	0,81	1,71	0,62	0,71	0,78	0,67	1,12	0,99	1,33	0,74	0,75	0,50	0,39	0,41	0,63	0,81	0,35; [0,39-1,71]
	Békés	0,66	0,49	0,51	0,61	0,48	0,68	0,58	0,57	0,67	0,75	0,19	0,34	0,57	0,28	0,44	0,52	0,16; [0,19-0,75]
	Csongrád-Csanád	0,43	0,72	0,61	0,53	0,48	0,74	0,62	1,01	0,62	0,34	0,61	0,50	0,44	0,32	0,36	0,56	0,55; [0,18-1,01]
Dél-Dunántúl	Baranya	0,49	0,45	0,88	0,33	1,06	0,49	0,99	0,62	0,87	0,23	0,26	0,45	0,44	0,46	0,49	0,57	0,26; [0,23-1,06]
	Somogy	0,37	0,62	0,54	0,48	0,27	0,73	0,58	0,73	0,59	0,54	0,36	0,28	0,24	0,54	0,25	0,48	0,17; [0,24-0,73]
	Tolna	0,48	0,63	0,48	0,34	0,35	0,50	0,29	0,65	0,49	0,31	0,21	0,21	0,11	0,17	0,23	0,36	0,17; [0,11-0,65]
Nyugat- Dunántúl	Vas	0,59	0,45	0,27	0,69	0,38	0,55	0,49	0,40	0,67	0,31	0,39	0,38	0,14	0,05	0,29	0,40	0,18; [0,05-0,69]
	Győr-Moson-Sopron	0,49	0,56	0,54	0,43	0,50	0,63	0,67	0,50	0,66	0,33	0,48	0,25	0,43	0,56	0,38	0,49	0,12; [0,25-0,67]
	Zala	1,17	0,37	0,98	0,12	0,27	1,02	1,41	0,60	0,82	0,40	0,52	0,25	0,20	0,26	0,00	0,56	0,41; [0,11-1,41]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	0,68	0,72	0,78	0,55	0,85	0,77	0,59	0,71	1,15	0,47	0,69	0,32	0,47	0,36	0,39	0,63	0,22; [0,32-1,15]
	Heves	0,52	0,61	1,45	0,47	0,38	0,77	0,67	0,47	0,70	0,73	0,34	0,52	0,51	0,34	0,59	0,61	0,27; [0,34-1,45]
	Nógrád	0,43	0,68	1,00	0,61	0,81	0,88	0,64	0,78	1,23	0,51	0,50	0,42	0,24	0,49	0,61	0,65	0,25; [0,24-1,23]
Közép- Dunántúl	Fejér	0,52	0,40	0,32	0,34	0,70	0,35	0,25	0,73	0,51	0,41	0,45	0,43	0,18	0,84	0,30	0,45	0,18; [0,18-0,84]
	Komárom-Esztergom	0,48	0,41	0,47	0,75	0,58	0,29	0,49	0,25	0,19	0,43	0,33	0,43	0,13	0,11	0,44	0,39	0,17; [0,11-0,75]
	Veszprém	0,77	0,59	0,63	0,40	0,52	0,78	0,62	0,49	0,33	1,93	0,57	0,28	0,75	0,19	0,33	0,61	0,41; [0,19-1,93]
Közép-Magyarország	Budapest	0,60	0,45	0,37	0,37	0,83	0,57	0,68	0,80	0,80	0,48	0,46	0,35	0,53	0,39	0,39	0,54	0,17; [0,35-0,83]
	Pest	0,95	0,54	0,55	0,49	0,74	0,50	0,56	0,47	0,60	0,53	0,33	0,32	0,32	0,30	0,28	0,50	0,18; [0,28-0,95]
adott évi országos átlag adatok (%) (SD; [MIN-MAX])		**0,60**	**0,59**	**0,64**	**0,50**	**0,61**	**0,70**	**0,66**	**0,64**	**0,69**	**0,55**	**0,41**	**0,37**	**0,37**	**0,35**	**0,37**	**0,54**	**0,25; [0,05-1,93]**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

8. sz. táblázat: A fokozottan gondozott várandósok aránya (%) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	31,06	32,02	31,50	29,87	31,07	31,42	31,78	32,94	31,46	31,41	29,08	31,96	31,78	35,80	36,04	38,85	40,07	45,26	44,86	44,70	43,56	40,68	38,37	35,46	5,38; [29,10-45,26]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	31,93	34,04	31,68	29,60	30,27	30,60	31,18	31,24	30,28	27,91	29,27	34,10	32,81	35,09	34,74	35,26	40,67	57,82	45,77	36,94	33,06	32,62	31,32	34,27	6,45; [27,91-57,82]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	48,09	53,76	47,48	51,85	52,49	51,82	52,89	50,88	52,87	53,11	49,59	58,77	51,69	54,74	54,95	53,35	56,14	72,60	58,68	49,54	46,22	43,62	40,74	52,43	6,15; [40,74-72,60]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	31,92	32,78	32,93	33,93	36,82	32,32	34,43	30,53	30,88	32,96	30,95	30,18	29,44	30,62	32,18	31,62	33,59	45,30	37,87	37,41	34,20	33,08	30,10	33,31	3,47; [29,44-45,30]
	Békés	47,21	46,55	44,50	43,56	49,51	49,37	47,75	49,97	44,27	44,71	43,40	47,24	44,81	44,69	43,85	45,27	47,95	64,03	57,19	56,46	53,68	50,95	49,67	48,55	5,16; [43,40-64,03]
	Csongrád-Csanád	37,50	36,61	36,79	37,38	38,57	37,40	37,83	36,54	36,92	35,95	35,95	34,63	32,26	32,53	32,35	32,05	35,47	44,26	38,97	36,77	34,82	35,65	38,83	36,35	2,69; [32,05-44,26]
Dél-Dunántúl	Baranya	37,98	34,78	37,51	39,40	34,36	34,88	35,04	34,12	28,72	30,67	27,53	29,82	28,08	30,54	31,67	31,56	34,82	38,65	35,74	35,18	29,97	26,85	28,15	32,87	3,79; [26,85-39,40]
	Somogy	54,16	51,99	50,34	48,60	51,55	48,77	51,07	48,94	48,56	48,33	50,87	51,95	48,67	51,43	51,17	51,29	52,14	61,24	55,12	51,07	46,32	39,52	34,45	49,89	5,09; [34,45-61,24]
	Tolna	41,20	37,49	38,43	36,06	41,05	39,35	38,57	38,46	40,96	41,88	39,51	42,42	39,44	39,98	43,42	41,87	44,36	65,55	47,89	52,49	47,56	43,00	41,54	42,72	6,20; [36,06-65,55]
Nyugat-Dunántúl	Vas	45,16	44,35	45,12	44,00	46,42	47,02	48,28	48,13	45,67	45,63	47,93	53,31	45,72	47,45	49,44	51,41	50,99	69,80	49,68	52,18	50,69	51,13	51,43	49,17	5,26; [44,00-69,80]
	Győr-Moson-Sopron	34,28	34,50	34,87	31,34	34,08	31,60	31,54	31,06	30,23	33,02	28,84	28,48	25,49	26,63	26,06	27,67	28,30	34,85	38,56	32,37	35,12	37,19	35,46	31,81	3,63; [25,49-38,56]
	Zala	43,55	47,53	41,53	40,54	39,02	40,05	37,96	37,99	37,52	36,96	34,16	34,97	37,84	37,88	37,50	37,33	40,13	42,99	41,39	40,75	36,91	35,61	33,20	38,84	3,26; [33,20-47,53]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	50,81	49,13	50,03	50,75	53,31	51,39	52,41	51,24	49,71	51,70	54,77	56,28	55,62	58,11	58,42	59,50	62,86	71,62	61,25	59,37	52,08	46,83	43,47	54,38	6,07; [43,47-71,62]
	Heves	41,03	45,82	44,62	45,80	45,42	50,10	47,44	44,53	47,23	44,32	40,15	40,72	46,44	45,38	46,05	45,90	44,64	58,95	51,26	52,36	50,52	45,60	42,92	46,40	4,15; [40,15-58,95]
	Nógrád	46,00	45,47	49,38	48,54	51,97	52,43	50,18	48,59	45,24	44,47	43,86	48,97	47,46	48,43	49,71	46,51	51,72	61,91	57,59	54,18	48,49	46,09	45,44	49,25	4,31; [43,86-61,91]
Közép-Dunántúl	Fejér	39,66	39,37	40,28	37,07	38,97	34,98	37,50	35,34	34,24	39,48	34,56	31,78	29,20	30,60	33,43	32,99	46,72	46,74	37,45	38,79	33,98	33,62	34,07	36,56	4,42; [29,20-46,74]
	Komárom-Esztergom	41,56	43,07	40,03	40,21	41,40	37,90	39,15	40,97	41,08	36,35	36,02	34,04	32,55	34,74	34,90	35,94	37,22	36,91	40,38	41,66	39,90	37,75	35,02	38,21	2,92; [32,55-43,07]
	Veszprém	43,79	44,95	44,13	42,03	42,59	40,00	39,74	39,65	37,25	39,36	37,76	37,76	37,79	39,55	38,09	40,60	41,89	50,01	44,94	44,46	40,50	38,72	38,82	41,06	3,16; [37,25-50,01]
Közép-Magyarország	Budapest	22,51	22,00	20,88	20,96	22,10	20,72	20,71	21,35	18,56	19,00	18,70	19,65	18,44	19,00	20,48	21,07	22,22	29,07	26,62	25,24	25,05	24,44	23,97	21,86	2,77; [18,44-29,08]
	Pest	32,13	32,11	34,12	28,18	31,79	31,07	30,66	30,66	29,48	29,73	26,81	26,68	26,73	26,69	27,79	29,02	31,66	50,47	34,49	31,39	28,57	28,27	27,29	30,69	4,90; [26,68-50,47]
adott évi országos átlag adatok (%) SD; [MIN-MAX]		**40,08 7,78; [22,51-54,16]**	**40,42 8,09; [22,00-53,76]**	**39,81 7,52; [20,88-50,34]**	**38,98 8,29; [20,96-51,85]**	**40,64 8,63; [22,10-53,31]**	**39,66 9,01; [20,72-52,43]**	**39,81 8,82; [20,71-52,89]**	**39,16 8,51; [21,35-51,24]**	**38,06 8,86; [18,56-52,87]**	**38,35 8,62; [19,00-53,11]**	**36,98 9,35; [18,70-54,77]**	**38,69 10,83; [19,65-58,77]**	**37,11 10,02; [18,44-55,62]**	**38,49 10,26; [19,00-58,11]**	**39,11 10,14; [20,48-58,42]**	**39,45 9,89; [21,07-59,50]**	**42,18 9,91; [22,22-62,86]**	**52,40 12,99; [29,07-72,60]**	**45,29 9,41; [26,62-61,25]**	**43,67 9,44; [25,24-59,37]**	**40,56 8,60; [25,05-53,68]**	**38,56 7,57; [24,44-51,13]**	**37,21 7,32; [23,98-51,43]**	**40,20**	**9,55; [18,44-72,60]**
p- érték (t-test)		**ref.**	**0,8933**	**0,9118**	**0,6697**	**0,8299**	**0,8760**	**0,9184**	**0,7235**	**0,4481**	**0,5095**	**0,2628**	**0,6435**	**0,3029**	**0,5857**	**0,7379**	**0,8256**	**0,4605**	**0,0008**	**0,0640**	**0,1977**	**0,8532**	**0,5360**	**0,2381**		

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

9. sz. táblázat: A fokozottan gondozott várandósok közül egészségi ok miatt gondozottak aránya (%) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	55,51	56,44	56,82	56,07	58,91	61,01	62,44	63,10	65,00	66,44	62,01	66,79	68,36	69,44	69,41	67,72	65,69	68,74	70,95	69,59	75,77	81,54	85,27	66,22	7,63; [55,51-85,27]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	59,40	59,74	60,56	62,43	59,53	64,27	63,19	65,64	65,74	66,41	65,31	66,98	71,42	71,17	68,39	68,53	66,06	69,77	70,73	69,77	76,07	76,56	79,51	67,27	5,47; [59,40-79,51]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	48,33	46,96	45,51	46,25	46,33	46,56	46,58	47,34	49,59	51,13	51,86	49,93	54,84	55,63	56,08	53,32	49,63	56,49	56,27	57,94	65,16	67,01	70,89	53,03	7,03; [45,51-70,90]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	65,50	65,78	67,90	69,78	71,51	71,15	71,76	70,27	70,37	73,67	70,82	69,90	74,56	74,61	73,09	71,96	68,76	68,60	73,15	71,55	76,18	76,97	80,62	71,67	3,50; [65,50-80,62]
	Békés	64,86	65,24	65,16	64,18	66,26	66,08	63,63	70,07	68,54	67,56	68,50	66,46	71,23	68,76	68,69	67,34	63,51	71,60	73,15	74,63	79,58	82,10	87,03	69,75	6,08; [63,51-87,03]
	Csongrád-Csanád	72,22	71,30	72,59	71,01	69,30	72,66	71,85	73,53	77,93	78,57	81,13	76,95	79,57	80,64	81,82	78,62	79,02	81,46	82,23	82,70	87,04	87,05	92,05	78,31	5,90; [69,30-92,05]
Dél-Dunántúl	Baranya	52,91	55,35	58,04	57,42	57,68	61,56	61,70	60,59	61,70	63,89	61,95	63,99	68,13	66,84	64,87	62,52	62,68	63,31	62,92	66,35	74,15	74,33	72,46	63,28	5,46; [52,91-74,33]
	Somogy	49,50	52,50	55,17	55,07	55,86	55,94	60,63	60,70	59,98	59,28	58,24	63,57	63,70	59,31	60,71	60,49	58,98	63,39	58,47	58,00	61,69	74,25	79,71	60,22	6,37; [49,50-79,71]
	Tolna	54,98	61,59	62,12	59,68	57,59	57,33	63,36	65,61	65,55	68,29	71,04	66,62	73,22	74,30	71,07	69,47	70,38	68,47	71,70	73,82	83,72	83,99	83,43	68,58	8,11; [54,98-83,99]
Nyugat-Dunántúl	Vas	62,44	67,61	70,95	74,39	74,05	76,69	77,06	78,12	79,20	79,23	81,42	82,58	85,69	87,34	84,32	85,81	84,70	85,97	86,82	87,09	90,50	92,46	94,32	81,25	7,90; [62,44-94,32]
	Győr-Moson-Sopron	71,48	74,49	74,99	75,20	77,30	77,28	81,24	81,52	80,99	83,21	82,31	79,40	82,89	83,52	83,22	82,88	80,39	84,88	85,82	86,32	87,81	87,08	90,87	81,53	4,77; [71,48-90,87]
	Zala	61,52	63,70	63,79	64,86	62,49	60,36	66,59	65,10	64,67	63,85	66,05	64,91	72,65	71,18	71,92	72,29	68,23	66,67	69,89	76,69	80,69	81,03	82,22	68,75	6,38; [60,36-82,22]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	47,22	47,91	46,63	48,02	46,29	47,46	48,12	48,87	49,57	49,98	49,05	46,94	52,99	52,00	51,24	49,39	47,44	51,12	50,96	50,91	61,39	69,07	72,10	51,51	6,80; [46,29-72,10]
	Heves	56,28	59,78	58,36	60,49	58,74	62,87	61,80	65,11	66,18	65,09	65,06	64,79	67,77	68,74	65,32	60,44	58,18	60,49	62,56	64,94	68,07	68,21	69,21	63,41	3,80; [56,28-69,21]
	Nógrád	54,93	57,00	56,28	58,48	55,10	59,02	57,89	59,25	60,01	62,12	61,71	63,61	62,95	62,89	64,34	62,94	60,77	58,15	61,67	61,24	59,97	67,98	73,41	60,94	4,14; [54,93-73,41]
Közép-Dunántúl	Fejér	59,71	60,43	64,20	62,64	63,36	65,75	65,48	70,47	70,21	70,76	73,73	71,78	73,72	72,47	72,73	72,00	70,03	71,13	75,23	79,37	86,14	86,53	86,80	71,51	7,67; [59,71-86,79]
	Komárom-Esztergom	64,62	64,52	65,95	66,46	68,33	70,15	73,39	74,59	76,78	75,57	76,00	75,01	76,30	79,82	77,88	76,09	71,96	70,17	74,86	77,53	77,83	82,01	84,31	73,92	5,38; [64,52-84,31]
	Veszprém	64,63	66,83	67,07	68,03	69,11	69,56	68,44	70,74	71,61	73,99	71,73	74,31	75,93	74,99	74,90	75,90	74,25	73,07	75,83	76,44	81,13	81,24	82,09	73,12	4,71; [64,63-82,10]
Közép-Magyarország	Budapest	67,57	69,74	76,33	73,63	74,95	77,21	79,17	80,94	81,35	81,84	82,88	81,86	86,87	85,29	85,69	85,22	83,82	84,14	85,61	86,15	89,28	89,87	91,33	81,77	6,18; [67,57-91,33]
	Pest	59,16	59,77	63,01	65,69	65,33	66,21	67,64	71,45	71,28	75,17	73,65	75,16	77,71	76,71	78,44	79,05	73,95	76,62	75,44	78,49	83,08	83,90	87,37	73,23	7,53; [59,16-87,37]
adott évi országos átlag adatok (%)		**59,64**	**61,33**	**62,57**	**62,99**	**62,90**	**64,46**	**65,60**	**67,15**	**67,81**	**68,80**	**68,72**	**68,58**	**72,03**	**71,78**	**71,21**	**70,10**	**67,92**	**69,71**	**71,21**	**72,48**	**77,26**	**79,66**	**82,25**	**68,96**	**10,36; [45,51-94,32]**
SD; [MIN-MAX]		**7,21; [47,22-72,22]**	**7,31; [46,96-74,49]**	**8,27; [45,51-76,33]**	**8,07; [46,25-75,20]**	**8,70; [46,29-77,30]**	**8,75; [46,56-77,28]**	**8,93; [46,58-81,24]**	**9,11; [47,34-81,52]**	**9,07; [49,57-81,35]**	**9,17; [49,98-83,20]**	**9,66; [49,05-82,88]**	**9,23; [46,94-82,58]**	**8,93; 52,99-86,87]**	**9,43; [52,00-87,34]**	**9,27; [51,24-85,69]**	**9,98; [49,39-85,81]**	**10,14; [47,44-84,70]**	**9,56; [51,12-85,97]**	**9,99; [50,96-86,82]**	**10,18; [50,91-87,09]**	**9,60; [59,97-90,50]**	**7,59; [67,01-92,46]**	**7,52; [69,21-94,32]**		
p- érték (t-test)		**ref.**	**0,4645**	**0,2394**	**0,1741**	**0,2045**	**0,2045**	**0,0257**	**0,0063**	**0,0031**	**0,0012**	**0,0017**	**0,0015**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0001**	**0,0005**	**0,0050**	**0,0006**	**0,0002**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**		

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

10.sz. táblázat: A fokozottan gondozott várandósok közül környezeti ok miatt gondozottak aránya (%) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	30,67	28,85	28,70	29,17	27,06	26,16	23,22	21,94	19,69	20,83	20,62	21,04	19,69	18,46	18,70	19,26	19,89	18,11	16,24	16,76	12,75	9,28	7,08	20,62	6,09; [7,08-30,67]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	25,22	24,60	24,64	24,09	23,73	22,73	23,00	21,64	20,41	17,43	20,72	19,90	17,78	16,97	19,20	19,74	20,00	18,88	17,47	17,78	14,25	14,04	12,29	19,85	3,58; [12,30-25,22]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	38,78	35,39	37,54	35,87	36,58	34,98	33,78	34,03	31,64	28,92	31,21	31,72	27,84	27,23	25,42	27,06	28,98	23,36	23,29	21,20	17,59	19,42	16,63	29,06	6,53; [16,63-38,78]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	21,87	20,65	20,10	18,06	17,08	17,06	16,16	16,38	17,59	16,64	17,71	16,94	14,86	15,48	15,86	17,38	18,87	18,04	14,54	14,94	13,50	14,13	11,47	16,75	2,37; [11,47-21,87]
	Békés	22,09	19,72	20,40	20,53	20,91	22,75	23,20	17,43	18,91	20,49	19,09	22,01	16,69	18,11	17,86	18,78	21,42	16,62	14,81	12,23	9,04	8,88	6,27	17,75	4,64; [6,27-23,20]
	Csongrád-Csanád	16,80	16,82	15,58	16,83	19,05	16,86	16,43	16,74	13,25	12,62	12,13	15,05	12,35	10,60	11,26	12,31	12,10	10,44	9,82	8,65	7,62	6,45	3,85	12,77	3,90; [3,85-19,05]
Dél-Dunántúl	Baranya	27,51	28,50	25,26	25,97	24,39	22,33	22,72	22,86	22,58	22,19	24,47	22,16	19,77	18,52	20,77	23,27	22,36	23,08	25,48	21,40	16,49	16,75	16,59	22,41	3,23; [16,49-28,50]
	Somogy	32,84	28,91	25,48	25,34	26,79	25,84	22,35	20,95	21,60	25,30	21,92	22,69	22,76	24,29	23,98	23,32	25,26	22,01	24,88	24,78	24,55	17,14	13,84	23,78	3,70; [13,84-32,84]
	Tolna	32,78	27,12	23,72	26,06	27,62	27,76	23,32	20,14	20,85	18,89	16,45	18,69	11,77	14,00	16,03	17,14	15,66	18,67	16,30	13,98	8,00	7,81	7,67	18,71	6,79; [7,67-32,78]
Nyugat-Dunántúl	Vas	27,79	22,79	21,63	19,94	18,22	16,49	16,62	15,27	14,32	14,06	12,45	12,00	8,27	7,41	10,32	8,98	8,73	8,33	6,77	6,67	5,80	3,80	2,21	12,56	6,55; [2,21-27,80]
	Győr-Moson-Sopron	17,58	16,17	17,42	16,58	14,24	14,97	11,73	12,63	13,84	12,20	11,78	13,73	11,77	10,80	10,23	10,44	12,91	9,38	6,99	6,93	6,58	7,68	4,66	11,79	3,61; [4,66-17,58]
	Zala	23,66	20,32	22,58	21,77	23,58	23,26	19,90	17,89	20,82	22,87	23,59	23,44	16,28	17,08	16,47	17,05	20,84	22,52	19,16	14,03	12,43	11,73	11,59	19,26	4,02; [11,59-23,66]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	31,94	31,40	31,16	30,31	30,44	28,87	29,06	27,87	26,04	27,03	28,91	28,46	24,31	22,64	25,15	27,15	27,23	26,05	24,29	24,95	18,75	14,95	12,94	26,08	4,92; [12,94-31,94]
	Heves	28,42	24,39	24,45	24,23	27,32	21,72	23,26	18,80	20,41	22,34	20,79	21,70	19,96	20,28	20,98	24,00	24,97	22,29	19,30	16,11	13,88	14,61	13,47	21,20	3,95; [13,47-28,42]
	Nógrád	27,97	26,63	26,18	25,71	27,64	24,79	25,02	24,48	25,53	23,09	25,06	23,67	25,93	24,07	24,26	24,15	22,74	24,36	20,67	21,48	21,57	19,69	14,55	23,88	2,91; [14,55-27,97]
Közép-Dunántúl	Fejér	26,51	25,22	23,57	23,66	21,90	22,23	21,93	19,04	18,24	18,15	16,41	19,17	17,76	18,18	18,59	18,78	19,79	20,26	16,92	13,45	9,75	8,60	8,88	18,56	4,79; [8,60-26,51]
	Komárom-Esztergom	23,41	24,69	23,02	21,72	20,39	19,21	17,22	16,02	14,74	16,42	16,02	14,77	15,27	12,70	14,23	15,83	18,15	18,54	14,43	12,09	12,66	9,09	8,41	16,48	4,27; [8,41-24,70]
	Veszprém	21,79	21,76	20,12	20,53	21,77	20,95	20,94	20,58	19,82	18,45	16,98	16,95	14,01	15,29	14,99	14,66	14,97	14,63	12,30	13,08	9,75	9,01	10,11	16,67	4,12; [9,01-21,79]
Közép-Magyarország	Budapest	23,98	22,04	17,77	20,59	18,82	16,06	15,28	13,75	13,81	13,03	13,18	12,48	10,07	11,73	10,83	11,03	11,97	11,40	9,97	9,32	7,83	6,80	5,87	13,37	4,72; [5,87-23,98]
	Pest	26,12	25,79	23,82	21,90	23,08	22,86	21,79	18,19	18,55	15,53	17,40	16,83	14,22	15,55	13,68	13,70	16,51	15,67	16,27	15,07	12,71	11,23	8,08	17,59	4,73; [8,08-26,12]
adott évi országos átlag adatok (%)		**26,39**	**24,59**	**23,66**	**23,44**	**23,53**	**22,39**	**21,35**	**19,83**	**19,63**	**19,32**	**19,34**	**19,67**	**17,07**	**16,97**	**17,44**	**18,20**	**19,17**	**18,13**	**16,50**	**15,25**	**12,77**	**11,55**	**9,82**	**18,96**	**6,38; [2,21-38,76]**
SD; [MIN-MAX]		**5,37; [16,80-38,78]**	**4,78; [16,17-35,39]**	**4,97; [15,58-37,54]**	**4,72; [16,58-35,87]**	**4,72; [16,58-35,87]**	**4,94; [14,97-34,98]**	**4,97; [11,73-33,78]**	**4,95; [12,63-34,03]**	**4,61; [13,25-31,64]**	**4,78; [12,20-28,92]**	**5,41; [11,78-31,21]**	**5,10; [12,00-31,72]**	**5,30; [8,27-27,84]**	**5,09; [7,41-27,23]**	**4,93; [10,23-25,42]**	**5,41; [8,98-27,15]**	**5,39; [8,73-28,98]**	**5,17; [8,33-26,05]**	**5,58; [6,77-25,48]**	**5,42; [6,67-24,95]**	**5,06; [5,80-24,55]**	**4,54; [3,80-19,70]**	**4,18; [2,21-16,63]**		
p- érték (t-test)		**ref.**	**0,2703**	**0,1033**	**0,0735**	**0,0954**	**0,0192**	**0,0038**	**0,0003**	**0,0001**	**0,0001**	**0,0002**	**0,0002**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0001**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**		

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

11. sz. táblázat: A fokozottan gondozott várandósok közül egészségi és környezeti ok miatt gondozottak aránya (%) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	13,82	14,70	14,48	14,76	14,02	12,83	14,35	14,95	15,32	12,73	17,37	12,17	11,95	12,10	11,90	13,02	14,41	13,14	12,81	13,65	11,48	9,19	7,65	13,17	2,04; [7,65-17,37]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	15,39	15,65	14,80	13,47	16,75	13,00	13,81	12,72	13,85	16,17	14,28	13,12	10,79	11,86	12,42	11,73	13,94	11,35	11,80	12,45	9,69	9,40	8,19	12,90	2,17; [8,19-16,75]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	12,90	17,65	16,95	17,88	17,09	18,46	19,63	18,63	18,77	19,94	16,93	18,35	17,33	17,14	18,50	19,61	21,39	20,14	20,45	20,86	17,25	13,57	12,48	17,91	2,36; [12,48-21,39]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	12,63	13,58	12,01	12,15	11,41	11,78	12,08	13,35	12,04	9,69	11,47	13,16	10,59	9,91	11,05	10,65	12,37	13,37	12,31	13,51	10,32	8,91	7,91	11,58	1,52; [7,91-13,58]
	Békés	13,06	15,04	14,44	15,29	12,83	11,17	13,17	12,50	12,55	11,94	12,41	11,53	12,08	13,13	13,45	13,88	15,07	11,78	12,05	13,14	11,38	9,02	6,70	12,50	1,91; [6,70-15,29]
	Csongrád-Csanád	10,97	11,88	11,83	12,16	11,65	10,48	11,72	9,72	8,82	8,81	6,74	8,00	8,08	8,76	6,92	9,07	8,88	8,11	7,95	8,65	5,34	6,50	4,10	8,92	2,18; [4,10-12,16]
Dél-Dunántúl	Baranya	19,58	16,15	16,70	16,61	17,94	16,11	15,58	16,54	15,72	13,92	13,58	13,85	12,10	14,64	14,36	14,21	14,96	13,61	11,60	12,25	9,36	8,93	10,94	14,31	2,61; [8,93-19,58]
	Somogy	17,66	18,59	19,34	19,59	17,35	18,22	17,02	18,35	18,42	15,42	19,84	13,73	13,54	16,41	15,31	16,19	15,76	14,60	16,65	17,23	13,76	8,61	6,45	16,00	3,27; [6,45-19,84]
	Tolna	12,24	11,29	14,16	14,26	14,79	14,91	13,32	14,25	13,60	12,82	12,51	14,69	15,00	11,70	12,90	13,39	13,96	12,86	12,00	12,20	8,28	8,20	8,90	12,71	1,99; [8,20-15,00]
Nyugat-Dunántúl	Vas	9,77	9,59	7,42	5,67	7,73	6,82	6,32	6,61	6,48	6,70	6,13	5,43	6,04	5,24	5,36	5,21	6,56	5,69	6,40	6,24	3,70	3,74	3,46	6,19	1,55; [3,46- 9,77]
	Győr-Moson-Sopron	10,94	9,34	7,60	8,21	8,46	7,75	7,03	5,85	5,17	4,59	5,91	6,87	5,34	5,68	6,55	6,67	6,70	5,74	7,19	6,75	5,61	5,24	4,47	6,68	1,55; [4,47-10,94]
	Zala	14,82	15,98	13,63	13,37	13,92	16,38	13,51	17,01	14,50	13,27	10,36	11,65	11,07	11,74	11,61	10,66	10,93	10,81	10,96	9,28	6,88	7,24	6,20	11,99	2,90; [6,20-17,01]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	20,84	20,69	22,21	21,67	23,27	23,67	22,81	23,26	24,39	22,99	22,03	24,60	22,70	25,36	23,60	23,45	25,33	22,83	24,75	24,15	19,87	15,98	14,96	22,41	2,61; [14,96-25,36]
	Heves	15,29	15,83	17,19	15,28	13,94	15,41	14,94	16,10	13,42	12,57	14,15	13,51	12,27	10,98	13,70	15,56	16,85	17,23	18,13	18,95	18,05	17,18	17,32	15,38	2,08; [10,98-18,95]
	Nógrád	17,10	16,37	17,54	15,81	17,25	16,19	17,09	16,27	14,45	14,79	13,22	12,72	11,12	13,04	11,40	12,91	16,49	17,49	17,66	17,27	18,46	12,33	12,04	15,18	2,32; [11,12-18,46]
Közép-Dunántúl	Fejér	13,78	14,35	12,23	13,69	14,75	12,02	12,60	10,49	11,54	11,09	9,86	9,05	8,53	9,36	8,69	9,22	10,18	8,61	7,84	7,17	4,11	4,87	4,32	9,93	3,03; [4,11-14,75]
	Komárom-Esztergom	11,96	10,79	11,03	11,82	11,27	10,65	9,39	9,39	8,48	8,02	7,98	10,22	8,43	7,49	7,89	8,08	9,89	11,30	10,72	10,38	9,52	8,91	7,27	9,60	1,45; [7,27-11,96]
	Veszprém	13,58	11,42	12,81	11,44	9,12	9,49	10,61	8,68	8,57	7,56	11,29	8,75	10,06	9,72	10,11	9,44	10,79	12,30	11,87	10,48	9,12	9,75	7,80	10,21	1,56; [7,56-13,58]
Közép-Magyarország	Budapest	8,45	8,22	5,90	5,78	6,23	6,74	5,55	5,32	4,84	5,14	3,94	5,66	3,06	2,98	3,47	3,75	4,21	4,47	4,43	4,52	2,89	3,33	2,79	4,85	1,58; [2,79- 8,45]
	Pest	14,72	14,45	13,17	12,41	11,59	10,93	10,57	10,35	10,18	9,30	8,94	8,01	8,08	7,75	7,88	7,26	9,54	7,71	8,29	6,44	4,21	4,86	4,55	9,18	2,88; [4,21-14,72]
adott évi országos átlag adatok (%)		**13,97**	**14,08**	**13,77**	**13,57**	**13,57**	**13,15**	**13,06**	**13,02;**	**12,56**	**11,87**	**11,95**	**11,75**	**10,91**	**11,25**	**11,35**	**11,70**	**12,91**	**12,16**	**12,29**	**12,28**	**9,96**	**8,79**	**7,93**	**12,08**	**4,64; [2,79-25,36]**
SD; [MIN-MAX]		**3,12; [8,45-20,84]**	**3,28; [8,22-20,69]**	**4,02; [5,90-22,21]**	**4,02; [5,67-21,68]**	**4,10; [6,23-23,27]**	**4,29; [6,74-23,67]**	**4,29; [5,55-22,81]**	**4,74; 5,32-23,26]**	**4,84; [4,84-24,39]**	**4,68; [4,59-22,99]**	**4,74; [3,94-22,03]**	**4,48; [5,43-24,60]**	**4,32; [3,06-22,70]**	**4,90; [2,98-25,36]**	**4,66; [3,47-23,60]**	**4,79; [3,75-23,45]**	**5,04; [4,21-25,33]**	**4,80; [4,47-22,83]**	**5,06; [4,43-24,75]**	**5,28; [4,52-24,15]**	**5,22; [2,89-19,87]**	**3,74; [3,33-17,18]**	**3,91; [2,80-17,32]**		
p- érték (t-test)		**ref.**	**0,9200**	**0,8599**	**0,7216**	**0,7258**	**0,4911**	**0,4426**	**0,4551**	**0,2773**	**0,1028**	**0,1184**	**0,0766**	**0,0140**	**0,0424**	**0,0433**	**0,0829**	**0,4273**	**0,1632**	**0,2130**	**0,2234**	**0,0054**	**0,0000**	**0,0000**		

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

12. sz. táblázat: A dohányzó várandósok aránya (%) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	20,90	20,34	17,70	17,44	17,92	16,45	16,86	16,61	16,05	14,46	14,64	14,68	13,73	13,77	14,26	14,52	16,18	19,65	15,71	16,52	15,27	15,70	15,28	16,29	1,99; [13,73-20,90]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	19,09	20,07	18,17	17,41	18,72	15,80	16,34	15,90	14,77	15,21	15,84	15,06	15,04	16,44	16,17	16,91	19,04	31,87	19,37	19,86	19,10	19,11	19,66	18,04	3,50; [14,77-31,87]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	20,12	21,69	17,91	17,61	18,78	17,25	18,73	18,78	18,99	20,36	18,07	21,77	19,64	20,67	20,28	19,68	24,09	34,70	25,34	21,37	19,61	20,44	18,32	20,62	3,64; [17,25-34,70]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	17,65	15,91	14,53	13,55	14,40	12,24	14,09	11,12	12,05	12,90	12,95	11,95	11,65	12,69	12,51	12,26	26,08	22,67	12,32	12,26	12,64	11,88	12,52	14,04	3,61; [11,12-26,08]
	Békés	17,64	18,09	14,90	14,83	16,62	16,65	16,30	18,43	13,72	15,27	16,16	15,55	14,34	14,16	14,31	14,76	17,46	38,03	16,77	15,29	16,66	14,98	15,67	16,81	4,80; [13,72-38,03]
	Csongrád-Csanád	14,58	13,64	14,14	12,31	12,44	10,01	9,39	10,29	9,73	10,10	9,69	9,91	8,16	8,19	7,58	8,93	2,72	22,73	11,70	10,03	10,88	10,82	8,71	10,73	3,61; [2,72-22,73]
Dél-Dunántúl	Baranya	21,79	18,84	18,67	18,47	18,73	17,82	17,93	16,75	14,40	13,58	12,72	13,34	12,79	13,01	13,22	13,63	6,78	18,60	17,63	15,10	13,74	13,81	14,11	15,45	3,24; [6,78-21,79]
	Somogy	22,61	21,30	20,28	18,07	18,77	18,42	17,90	16,43	17,66	15,68	20,41	15,69	14,83	16,15	15,84	15,83	17,12	30,78	20,13	17,37	16,39	16,87	15,50	18,26	3,42; [14,83-30,78]
	Tolna	22,59	14,40	15,34	13,81	16,99	17,11	16,32	16,31	15,71	12,65	11,62	13,52	10,75	11,93	11,72	12,73	13,44	28,60	14,33	14,71	12,86	13,87	12,55	14,95	3,90; [10,75-28,60]
Nyugat-Dunántúl	Vas	9,22	7,74	9,03	6,99	7,07	6,55	7,60	7,38	6,30	5,71	6,67	7,68	5,42	6,17	5,97	5,46	6,48	9,28	6,67	7,45	5,68	6,34	6,83	6,94	1,12; [5,42- 9,28]
	Győr-Moson-Sopron	9,29	7,74	7,72	8,01	7,69	7,40	6,34	6,80	5,79	5,75	6,92	6,22	5,08	5,17	4,43	4,66	6,27	9,66	5,94	4,89	5,25	5,33	5,85	6,44	1,42; [4,44- 9,66]
	Zala	13,61	13,56	12,95	14,06	14,22	15,21	14,24	12,95	11,66	11,90	11,27	11,61	9,90	10,27	10,49	9,30	10,34	11,84	11,04	10,09	10,41	10,70	10,22	11,82	1,69; [9,30-15,21]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	24,85	25,82	25,71	24,11	24,51	23,53	23,12	21,93	20,04	20,84	24,14	24,42	21,32	22,36	22,29	23,14	26,10	41,68	27,84	26,12	25,13	26,69	23,47	24,75	4,18; [20,04-41,68]
	Heves	19,29	22,06	20,61	17,37	21,13	19,60	18,12	18,45	21,00	21,07	17,71	17,31	18,75	19,58	19,79	19,78	20,35	46,45	23,45	22,31	21,89	19,48	20,82	21,15	5,75; [17,31-46,45]
	Nógrád	21,88	17,03	17,73	19,26	22,36	20,80	18,90	20,65	18,65	19,42	19,44	19,96	15,32	20,04	17,78	19,05	20,40	37,94	20,86	21,96	23,98	23,13	24,24	20,90	4,30; [15,32-37,94]
Közép-Dunántúl	Fejér	19,94	13,93	12,40	13,32	13,40	12,03	12,32	10,96	11,21	11,08	10,59	11,52	7,79	7,73	8,48	8,70	9,67	18,81	9,32	9,60	7,03	7,28	7,67	11,08	3,34; [7,03-19,94]
	Komárom-Esztergom	11,33	12,29	11,50	11,13	10,59	12,12	10,42	10,09	9,00	10,87	13,36	11,29	8,48	9,00	9,60	8,43	3,25	11,65	9,71	9,58	9,56	10,31	10,17	10,16	1,96; [3,25-13,36]
	Veszprém	14,13	10,07	10,44	9,42	10,03	8,73	9,93	9,07	8,06	8,78	8,38	8,54	7,82	7,90	8,03	8,04	4,32	16,39	9,47	9,75	8,72	8,31	7,78	9,22	2,30; [4,32-16,39]
Közép-Magyarország	Budapest	13,45	11,75	9,22	11,61	9,66	10,73	8,51	9,09	6,46	5,93	5,81	5,56	5,00	4,86	4,95	5,54	6,59	9,21	5,82	5,98	5,44	5,14	4,98	7,45	2,62; [4,86-13,45]
	Pest	16,15	13,17	11,77	10,91	12,19	12,40	10,07	10,50	9,43	8,72	7,92	8,34	7,72	7,78	8,25	8,04	11,06	17,68	10,81	9,21	10,21	10,71	9,17	10,53	2,57; [7,72-17,68]
adott évi országos átlag adatok (%) SD; [MIN-MAX]		**17,50 5,59; [9,22-24,85]**	**15,97 4,99; [7,74-25,82]**	**15,04 5,60; [7,72-25,71]**	**14,48 4,25; [6,99-24,11]**	**15,31 4,91; [7,07-24,51]**	**14,54 4,59 [6,55-23,53]**	**14,17 4,59; [6,34-23,12]**	**13,93 4,60; [6,80-21,93]**	**13,03 4,78; [5,79-21,00]**	**13,01 4,88; [5,71-21,07]**	**13,22 5,06; [5,81-24,14]**	**13,20 5,05; [5,56-24,42]**	**11,68 4,88; [5,00-21,32]**	**12,39 5,42 [4,86-22,35]**	**12,30 5,25; [4,43-22,29]**	**12,47 5,41; [4,66-23,14]**	**13,39 7,68; [2,72-26,10]**	**23,91 11,63; [9,21-46,45]**	**14,71 6,53; [5,82-27,84]**	**13,97 6,04; [4,89-26,12]**	**13,52 6,11; [5,25-25,13]**	**13,55 6,02; 5,14-26,69]**	**13,18 5,84; [4,98-24,24]**	**14,28**	**6,11; [2,72-46,45]**
p- érték (t-test)		**ref.**	**0,3186**	**0,0971**	**0,0374**	**0,1530**	**0,0485**	**0,0273**	**0,0185**	**0,0046**	**0,0048**	**0,0078**	**0,0075**	**0,0004**	**0,0027**	**0,0019**	**0,0030**	**0,0466**	**0,0275**	**0,1260**	**0,0442**	**0,0253**	**0,0248**	**0,0130**		

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

13. sz. táblázat: Az újonnan nyilvántartásba vett várandós nők közül 12. gesztációs hétig védőnői gondozásba vettek aránya (%) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	68,85	69,12	70,11	71,28	68,19	68,96	70,16	69,29	71,59	72,83	72,79	74,39	71,39	69,55	69,60	69,11	68,83	70,31	71,48	72,58	71,55	70,86	72,11	70,65	1,62; [68,19-74,39]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	77,66	80,12	82,30	83,07	81,20	81,42	82,20	82,71	83,52	84,28	83,05	81,60	79,78	81,28	79,07	80,92	79,66	80,63	79,90	79,33	79,99	81,27	81,96	81,17	1,60; [77,66-84,28]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	73,08	72,52	73,93	75,79	74,99	76,87	76,74	77,88	79,71	80,05	77,43	76,96	75,93	75,72	77,42	75,50	77,25	75,93	76,05	77,70	78,87	79,04	81,06	76,80	2,12; [72,52-81,06]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	73,46	73,27	75,00	75,30	73,47	74,74	75,92	73,32	73,84	73,66	76,95	75,76	75,39	75,46	73,64	73,90	74,22	74,93	76,53	78,64	77,91	79,22	82,16	75,51	2,24; [73,27-82,16]
	Békés	82,14	83,18	83,65	85,85	85,25	85,62	85,56	84,83	86,72	87,74	87,39	87,30	86,88	86,27	87,04	86,73	87,05	88,91	87,82	89,07	88,94	88,28	89,98	86,62	1,95; [82,14-89,98]
	Csongrád-Csanád	80,52	83,70	81,25	83,95	82,53	82,73	82,23	83,66	83,29	82,86	84,82	83,47	81,11	79,95	81,24	81,53	80,19	81,18	80,37	81,72	80,41	79,62	80,91	81,88	1,46; [79,62-84,82]
Dél-Dunántúl	Baranya	80,82	79,60	81,98	82,74	82,14	83,24	83,74	83,48	84,98	86,58	85,76	84,85	84,96	84,75	86,24	85,33	85,48	86,07	85,35	87,19	87,80	87,17	87,70	84,69	2,18; [79,60-87,80]
	Somogy	78,46	78,96	80,08	80,92	81,12	81,88	83,04	83,95	84,95	84,72	83,99	83,91	83,21	82,43	83,63	82,14	82,44	83,31	83,38	85,50	83,65	85,11	87,32	82,96	2,09; [78,46-87,32]
	Tolna	80,47	82,24	83,07	83,99	83,25	84,11	85,63	85,12	87,01	85,14	87,78	85,32	85,99	83,95	86,28	86,81	85,44	88,05	87,46	88,19	88,23	87,94	88,19	85,64	2,15; [80,47-88,23]
Nyugat-Dunántúl	Vas	86,19	86,23	88,33	88,14	89,76	91,02	90,41	91,93	91,19	91,46	91,22	90,83	91,37	89,94	90,14	90,33	91,55	92,93	93,45	94,18	92,96	94,13	93,96	90,94	2,23; [86,19-94,18]
	Győr-Moson-Sopron	85,13	86,38	88,68	88,59	90,59	90,48	90,44	90,98	90,15	92,52	93,18	91,87	92,72	93,00	93,48	92,93	92,55	94,38	91,75	94,11	94,82	94,46	94,65	91,65	2,59; [85,13-94,82]
	Zala	76,65	78,86	81,31	82,99	84,26	85,66	85,52	86,61	87,75	87,24	88,93	88,36	88,26	86,91	88,15	89,83	88,07	89,87	87,34	89,44	90,27	88,37	89,95	86,55	3,58; [76,65-90,27]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	69,90	69,70	69,71	71,96	72,05	72,64	73,54	73,84	75,85	75,04	72,44	73,60	73,08	71,73	73,44	73,78	73,39	74,75	74,64	75,15	75,12	75,70	76,48	73,37	1,92; [69,70-76,48]
	Heves	76,89	77,60	77,35	78,98	79,08	79,97	80,66	81,63	82,65	81,10	81,98	80,89	79,86	77,23	79,91	78,72	81,15	79,52	77,12	80,77	80,92	79,42	81,65	79,78	1,69; [76,89-82,65]
	Nógrád	78,02	82,93	82,68	81,73	81,87	83,15	82,69	83,44	84,77	86,36	82,86	83,27	82,22	82,50	81,30	81,45	81,61	83,55	80,55	83,96	84,16	84,17	84,97	82,79	1,70; [78,02-86,36]
Közép-Dunántúl	Fejér	83,61	85,43	84,56	86,78	85,82	85,81	88,32	86,87	88,02	88,54	89,76	89,70	89,71	87,93	89,07	88,79	89,80	89,68	90,16	90,28	90,41	89,36	91,58	88,26	2,09; [83,61-91,57]
	Komárom-Esztergom	84,54	86,26	86,90	87,94	87,59	88,08	87,53	88,51	88,87	89,99	90,10	90,03	90,13	88,64	90,05	90,56	91,03	91,23	89,91	90,02	89,54	90,00	91,71	89,09	1,73; [84,54-91,71]
	Veszprém	84,22	85,65	86,10	86,70	87,51	88,19	88,44	88,90	90,50	90,70	89,86	89,31	89,51	87,62	89,36	88,13	87,75	90,40	89,94	90,88	91,87	92,61	92,89	89,00	2,17; [84,22-92,89]
Közép-Magyarország	Budapest	75,42	75,87	76,56	77,12	77,61	77,30	78,33	76,51	77,49	77,28	79,43	77,88	76,38	75,61	75,46	74,77	74,10	75,32	74,75	76,17	77,22	77,62	78,79	76,65	1,36; [74,10-79,43]
	Pest	77,36	79,66	80,59	81,65	81,32	81,52	82,03	81,53	82,73	82,73	84,00	84,01	81,86	82,32	82,68	82,50	82,44	83,64	83,28	85,15	85,08	85,40	85,79	82,58	1,93; [77,36-85,79]
adott évi országos átlag adatok (%)		**78,67**	**79,86**	**80,71**	**81,77**	**81,48**	**82,17**	**82,66**	**82,75**	**83,78**	**84,04**	**84,19**	**83,66**	**82,99**	**82,14**	**82,86**	**82,69**	**82,70**	**83,73**	**83,06**	**84,50**	**84,49**	**84,49**	**85,69**	**82,83**	**6,13; [68,19-94,82]**
SD; [MIN-MAX]		**4,94; [68,85-86,19]**	**5,47; [69,12-86,38]**	**5,46; [69,71-88,68]**	**5,23; [71,28-88,59]**	**5,91; [68,19-90,59]**	**5,81; [68,96-91,02]**	**5,52; [70,16-90,44]**	**6,00; [69,29-91,93]**	**5,58; [71,59-91,19]**	**5,86; [72,83-92,52]**	**5,95; [72,44-93,18]**	**5,65; [73,60-91,87]**	**6,36; [71,39-92,72]**	**6,32; [69,55-93,00]**	**6,61; [69,60-93,48]**	**6,73; [69,11-92,93]**	**6,72; [68,83-92,55]**	**6,98; [70,31-94,38]**	**6,56; [71,48-93,45]**	**6,43; [72,58-94,18]**	**6,51; [71,55-94,82]**	**6,45; [70,86-94,46]**	**6,18; [72,11-94,65]**		
p- érték (t-test)		**ref.**	**0,4732**	**0,2242**	**0,0612**	**0,1110**	**0,0471**	**0,0211**	**0,0242**	**0,0040**	**0,0033**	**0,0029**	**0,0051**	**0,0216**	**0,0606**	**0,0289**	**0,0379**	**0,0371**	**0,0118**	**0,0219**	**0,0027**	**0,0029**	**0,0028**	**0,0003**		

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

14. sz. táblázat: Az újonnan nyilvántartásba vett várandós nők közül 13-28. gesztációs hétig között védőnői gondozásba vettek aránya (%) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	29,19	29,35	28,62	27,52	30,24	29,78	28,92	29,67	27,54	26,20	25,90	24,58	26,97	29,08	29,23	29,44	30,04	28,33	27,35	26,16	27,25	28,08	26,75	28,09	1,52; [24,58-30,24]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	20,74	18,73	16,31	15,68	17,60	16,92	16,64	16,01	15,25	14,49	16,17	17,37	18,61	17,08	19,14	18,26	19,04	18,12	19,10	19,38	18,59	17,59	16,82	17,55	1,52; [14,49-20,74]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	25,66	25,73	24,49	22,77	23,45	21,78	21,76	20,81	19,35	18,69	21,21	21,48	21,63	22,81	21,02	22,63	21,17	22,10	22,06	20,60	19,32	19,28	17,51	21,62	2,05; [17,51-25,73]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	24,99	25,36	23,42	23,21	25,10	23,75	22,77	25,50	25,00	25,11	21,78	22,96	23,38	23,18	25,15	24,92	24,60	23,71	22,31	20,29	20,60	19,68	16,60	23,19	2,21; [16,60-25,50]
	Békés	16,43	15,41	14,86	12,94	13,41	13,15	13,21	13,81	12,27	10,79	11,48	11,56	11,68	12,69	11,99	12,17	11,50	10,21	11,13	10,01	10,15	10,41	8,76	12,18	1,84; [8,76-16,43]
	Csongrád-Csanád	18,25	15,19	17,58	15,34	16,53	16,45	16,65	15,61	15,77	16,21	14,27	15,75	17,59	18,96	17,64	17,82	18,46	17,64	18,71	17,29	18,55	19,12	18,20	17,11	1,36; [14,27-19,12]
Dél-Dunántúl	Baranya	18,08	19,46	16,50	16,19	16,79	16,09	15,46	15,79	14,33	12,85	13,56	14,60	14,10	14,50	12,92	13,80	13,77	12,66	13,86	11,97	11,44	11,69	11,59	14,44	2,11; [11,44-19,46]
	Somogy	20,23	19,16	18,37	17,74	17,75	16,77	15,98	14,85	14,04	14,37	15,14	15,12	15,71	16,11	15,12	16,89	16,34	15,84	15,31	13,40	15,23	14,08	11,73	15,88	1,92; [11,73-20,23]
	Tolna	18,58	16,65	16,01	15,17	15,92	14,73	13,27	13,66	11,92	13,67	11,29	13,02	13,18	14,81	12,67	12,20	13,39	11,15	11,74	11,06	10,81	11,13	11,33	13,36	2,09; [10,81-18,58]
Nyugat-Dunántúl	Vas	12,52	12,68	10,75	11,00	9,25	8,05	8,80	7,08	8,22	8,02	8,05	8,08	7,89	8,83	9,07	9,10	7,71	6,62	6,23	5,38	6,24	5,32	5,41	8,27	2,05; [5,32-12,68]
	Győr-Moson-Sopron	13,68	12,60	10,65	10,56	8,81	8,67	8,34	8,43	8,95	6,93	6,00	7,56	6,61	6,49	5,82	6,03	6,74	4,84	7,45	5,03	4,28	4,95	4,74	7,57	2,50; [4,28-13,68]
	Zala	21,80	18,87	17,47	15,73	14,85	13,35	13,49	12,68	11,45	11,97	9,88	10,49	10,44	12,19	10,74	9,56	11,03	9,35	11,55	9,47	8,85	10,89	9,63	12,42	3,33; [8,85-21,80]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	28,13	28,42	28,49	26,35	26,40	25,41	24,77	24,35	22,89	23,40	25,88	24,44	25,16	26,14	25,08	24,42	24,99	23,48	23,79	23,43	23,19	22,58	21,78	24,91	1,83; [21,78-28,49]
	Heves	21,42	20,72	21,07	19,54	19,62	19,14	18,14	16,98	15,90	17,39	16,55	17,74	18,34	21,52	18,53	20,00	17,54	19,47	21,17	17,69	17,77	18,79	16,55	18,76	1,67; [15,90-21,52]
	Nógrád	20,87	16,49	16,27	17,20	16,97	15,87	15,97	15,76	14,31	12,60	16,33	15,48	16,54	16,04	17,75	17,31	17,23	15,47	18,06	14,97	14,97	15,09	13,92	16,15	1,64; [12,60-20,87]
Közép-Dunántúl	Fejér	14,77	13,48	13,84	11,96	13,09	12,97	10,69	11,92	11,37	10,53	9,44	9,40	9,21	11,12	10,30	10,40	9,41	9,50	9,08	8,94	8,71	9,31	7,64	10,74	1,89; [7,64-14,77]
	Komárom-Esztergom	14,11	12,73	11,95	11,15	11,38	10,84	11,63	10,72	10,61	9,28	9,40	9,11	9,06	10,32	9,50	8,50	8,10	8,08	9,46	9,21	9,53	9,12	7,73	10,07	1,58; [7,73-14,11]
	Veszprém	14,70	13,22	13,10	12,09	11,38	10,58	10,25	10,29	8,69	8,42	9,15	9,76	9,67	10,89	9,90	10,57	11,19	8,38	9,16	8,08	7,19	6,62	6,58	10,00	2,07; [6,58-14,70]
Közép-Magyarország	Budapest	22,72	22,34	22,09	21,50	21,11	21,39	20,44	22,25	21,40	21,63	19,58	21,01	22,07	22,79	23,27	23,74	24,32	23,26	23,88	22,31	21,55	21,02	19,82	21,98	1,23; [19,58-24,32]
	Pest	20,93	19,17	18,32	17,21	17,62	17,29	16,62	17,65	16,36	16,23	15,20	15,08	17,19	16,68	16,22	16,36	16,52	15,23	15,44	13,88	13,82	13,50	13,38	16,34	1,83; [13,38-20,93]
adott évi országos átlag adatok (%)		**19,89**	**18,79**	**18,01**	**17,04**	**17,36**	**16,65**	**16,19**	**16,19**	**15,28**	**14,94**	**14,81**	**15,23**	**15,75**	**16,61**	**16,05**	**16,21**	**16,15**	**15,17**	**15,84**	**14,43**	**14,40**	**14,41**	**13,32**	**16,03**	**5,91; [4,28-30,24]**
SD; [MIN-MAX]		**4,76; [12,52-29,19]**	**5,22; [12,60-29,35]**	**5,27; [10,65-28,62]**	**5,05; [10,56-27,52]**	**5,70; [8,81-30,24]**	**5,64; [8,05-29,78]**	**5,43; [8,34-28,92]**	**5,84; [7,08-29,67]**	**5,47; [8,22-27,54]**	**5,68; [6,93-26,20]**	**5,75; [6,00-25,90]**	**5,47; [7,55-24,58]**	**6,04; [6,61-26,97]**	**6,09; [6,49-29,08]**	**6,37; [5,82-29,23]**	**6,49; [6,03-29,44]**	**6,52; [6,74-30,04]**	**6,70; [4,84-28,33]**	**6,28; [6,23-27,35]**	**6,19; [5,03-26,16]**	**6,29; [4,28-27,25]**	**6,22; [4,95-28,08]**	**5,89; [4,74-26,75]**		
p- érték (t-test)		**ref.**	**0,4894**	**0,2429**	**0,0743**	**0,1362**	**0,0567**	**0,0275**	**0,0343**	**0,0071**	**0,0049**	**0,0042**	**0,0066**	**0,0209**	**0,0653**	**0,0371**	**0,0475**	**0,0452**	**0,0142**	**0,0271**	**0,0034**	**0,0035**	**0,0034**	**0,0004**		

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

15. sz. táblázat: Az újonnan nyilvántartásba vett várandós nők közül 28. gesztációs hét után védőnői gondozásba vettek aránya (%) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	1,96	1,52	1,27	1,20	1,57	1,27	0,92	1,04	0,87	0,97	1,32	1,02	1,64	1,37	1,17	1,46	1,14	1,36	1,17	1,26	1,20	1,06	1,14	1,26	0,25; [0,87-1,96]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	1,60	1,15	1,39	1,25	1,21	1,67	1,16	1,27	1,23	1,23	0,78	1,03	1,61	1,64	1,79	0,82	1,30	1,26	1,00	1,29	1,42	1,14	1,22	1,28	0,26; [0,78-1,79]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	1,25	1,75	1,58	1,44	1,56	1,36	1,50	1,31	0,94	1,27	1,37	1,56	2,43	1,47	1,56	1,87	1,58	1,97	1,89	1,70	1,81	1,68	1,43	1,58	0,30; [0,94-2,43]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	1,55	1,37	1,58	1,48	1,44	1,51	1,31	1,18	1,16	1,23	1,27	1,28	1,23	1,36	1,21	1,18	1,18	1,36	1,16	1,07	1,49	1,10	1,24	1,30	0,15; [1,07-1,58]
	Békés	1,44	1,41	1,49	1,21	1,34	1,22	1,23	1,36	1,01	1,47	1,14	1,14	1,43	1,04	0,97	1,10	1,45	0,88	1,05	0,92	0,91	1,31	1,26	1,21	0,20; [0,87-1,49]
	Csongrád-Csanád	1,23	1,11	1,17	0,72	0,94	0,82	1,12	0,73	0,94	0,93	0,91	0,78	1,29	1,09	1,12	0,66	1,34	1,18	0,92	0,98	1,04	1,26	0,89	1,01	0,19; [0,66-1,34]
Dél-Dunántúl	Baranya	1,10	0,95	1,52	1,07	1,07	0,68	0,80	0,73	0,69	0,57	0,68	0,55	0,94	0,75	0,83	0,87	0,75	1,27	0,80	0,84	0,76	1,15	0,72	0,87	0,23; [0,55-1,52]
	Somogy	1,30	1,88	1,55	1,34	1,13	1,34	0,98	1,20	1,01	0,91	0,87	0,98	1,08	1,45	1,25	0,96	1,22	0,85	1,30	1,09	1,12	0,81	0,95	1,16	0,25; [0,81-1,88]
	Tolna	0,95	1,11	0,93	0,84	0,83	1,16	1,10	1,22	1,07	1,20	0,94	1,67	0,83	1,24	1,05	0,99	1,17	0,81	0,81	0,75	0,96	0,93	0,48	1,00	0,23; [0,48-1,67]
Nyugat-Dunántúl	Vas	1,29	1,09	0,92	0,86	0,98	0,93	0,79	0,99	0,59	0,52	0,73	1,09	0,74	1,23	0,78	0,57	0,74	0,45	0,32	0,44	0,79	0,55	0,63	0,78	0,26; [0,32-1,29]
	Győr-Moson-Sopron	1,18	1,02	0,67	0,85	0,60	0,85	1,22	0,59	0,90	0,55	0,82	0,57	0,68	0,50	0,70	1,04	0,71	0,78	0,80	0,86	0,90	0,60	0,61	0,78	0,20; [0,50-1,22]
	Zala	1,55	2,27	1,22	1,28	0,88	0,99	0,99	0,71	0,81	0,79	1,19	1,14	1,30	0,90	1,11	0,61	0,90	0,78	1,10	1,09	0,88	0,74	0,42	1,03	0,37; [0,42-2,27]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	1,97	1,89	1,80	1,69	1,56	1,95	1,69	1,81	1,26	1,56	1,68	1,96	1,76	2,13	1,48	1,81	1,63	1,76	1,57	1,42	1,69	1,73	1,73	1,72	0,20; [1,26-2,13]
	Heves	1,69	1,68	1,58	1,49	1,30	0,89	1,20	1,39	1,45	1,51	1,47	1,37	1,80	1,25	1,56	1,28	1,32	1,01	1,71	1,54	1,32	1,79	1,81	1,45	0,24; [0,89-1,81]
	Nógrád	1,11	0,58	1,05	1,07	1,16	0,99	1,34	0,80	0,91	1,03	0,81	1,25	1,24	1,46	0,94	1,24	1,16	0,99	1,39	1,07	0,87	0,74	1,11	1,06	0,22; [0,58-1,46]
Közép-Dunántúl	Fejér	1,62	1,09	1,61	1,26	1,08	1,22	0,99	1,21	0,62	0,93	0,81	0,90	1,08	0,95	0,63	0,81	0,80	0,82	0,76	0,78	0,88	1,33	0,79	1,00	0,27; [0,62-1,62]
	Komárom-Esztergom	1,35	1,01	1,15	0,90	1,03	1,07	0,84	0,77	0,52	0,73	0,50	0,86	0,81	1,03	0,45	0,94	0,87	0,69	0,63	0,77	0,93	0,88	0,56	0,84	0,22; [0,45-1,35]
	Veszprém	1,07	1,13	0,80	1,20	1,11	1,23	1,31	0,81	0,81	0,88	0,98	0,93	0,82	1,49	0,74	1,30	1,06	1,22	0,91	1,04	0,94	0,77	0,53	1,00	0,23; [0,53-1,49]
Közép-Magyarország	Budapest	1,86	1,79	1,35	1,38	1,28	1,31	1,22	1,24	1,12	1,09	0,99	1,11	1,56	1,60	1,27	1,48	1,58	1,42	1,37	1,52	1,23	1,36	1,40	1,37	0,22; [0,99-1,86]
	Pest	1,71	1,18	1,09	1,14	1,06	1,20	1,34	0,82	0,91	1,03	0,81	0,91	0,96	1,00	1,10	1,14	1,04	1,13	1,28	0,97	1,11	1,11	0,83	1,08	0,19; [0,81-1,71]
adott évi országos átlag adatok (%)		**1,44**	**1,35**	**1,29**	**1,18**	**1,16**	**1,18**	**1,15**	**1,06**	**0,94**	**1,02**	**1,00**	**1,11**	**1,26**	**1,25**	**1,09**	**1,11**	**1,15**	**1,10**	**1,10**	**1,07**	**1,11**	**1,10**	**0,99**	**1,14**	**0,34; [0,32-2,43]**
SD; [MIN-MAX]		**0,30; [0,95-1,97]**	**0,41; [0,58-2,27]**	**0,31; [0,67-1,80]**	**0,26; [0,72-1,69]**	**0,26; [0,60-1,57]**	**0,30; [0,68-1,95]**	**0,23; [0,79-1,69]**	**0,31; [0,59-1,81]**	**0,24; [0,52-1,45]**	**0,31; [0,52-1,56]**	**0,30; [0,50-1,68]**	**0,35; [0,55-1,96]**	**0,44; [0,68-2,43]**	**0,36; [0,50-2,13]**	**0,34; [0,45-1,79]**	**0,36; [0,57-1,87]**	**0,29; [0,71-1,63]**	**0,37; [0,45-1,97]**	**0,38; [0,32-1,89]**	**0,31; [0,44-1,70]**	**0,30; [0,76-1,81]**	**0,36; [0,55-1,79]**	**0,41; [0,42-1,81]**		
p- érték (t-test)		**ref.**	**0,4290**	**0,1209**	**0,0064**	**0,0028**	**0,0107**	**0,0018**	**0,0003**	**0,0000**	**0,0001**	**0,0000**	**0,0024**	**0,1494**	**0,0761**	**0,0014**	**0,0030**	**0,0033**	**0,0029**	**0,0031**	**0,0005**	**0,0014**	**0,0027**	**0,0003**		

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

16. sz. táblázat: Egy gondozott várandós nőre jutó védőnői tanácsadáson való megjelenés arányszáma (alkalom) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	2,11	2,26	2,31	2,20	2,53	2,42	2,33	2,54	3,08	2,72	2,76	2,78	2,76	2,74	3,23	4,29	5,43	5,35	4,96	4,67	4,38	4,35	4,15	3,32	1,10; [2,11-5,43]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	1,49	2,04	2,30	2,56	2,70	2,70	2,80	2,80	4,43	4,62	4,43	4,14	4,14	4,23	4,68	4,79	5,61	4,94	4,69	4,41	4,50	4,31	4,23	3,81	1,11; [1,49-5,61]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	2,72	3,05	3,08	3,40	3,73	3,95	3,95	4,30	4,75	5,00	5,02	5,90	4,89	5,21	5,37	5,31	6,13	5,30	5,34	5,28	4,89	4,75	4,82	4,62	0,93; [2,72-6,13]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	1,17	1,44	1,56	1,78	1,82	1,86	1,93	1,99	3,10	3,33	3,49	3,09	3,23	3,48	3,64	3,63	3,92	3,46	3,84	3,69	3,62	3,48	3,44	2,87	0,91; [1,17-3,92]
	Békés	2,27	2,56	2,40	2,39	2,72	2,77	2,94	2,91	3,99	4,22	4,41	4,67	4,33	4,46	4,76	4,70	5,31	4,51	4,52	4,34	4,08	3,95	4,08	3,79	0,93; [2,27-5,31]
	Csongrád-Csanád	1,30	1,49	1,67	1,74	1,89	1,77	1,93	2,61	3,16	3,33	3,77	3,77	3,86	3,80	3,80	3,83	4,08	3,81	3,75	3,37	3,32	3,40	3,28	2,99	0,94; [1,30-4,08]
Dél-Dunántúl	Baranya	3,89	4,12	4,27	4,44	4,48	4,68	4,76	4,74	4,53	4,11	4,24	4,15	4,27	4,40	4,52	4,50	5,49	4,77	4,62	4,65	4,37	4,39	4,34	4,47	0,32; [3,89-5,49]
	Somogy	2,72	2,86	2,83	2,95	3,19	3,20	3,43	3,41	5,52	5,03	4,91	4,36	3,98	4,21	4,40	4,35	4,66	3,88	4,41	4,56	4,71	4,86	4,66	4,05	0,81; [2,72-5,52]
	Tolna	4,18	4,61	4,76	5,17	5,27	5,48	5,74	6,26	6,19	6,04	5,78	5,86	5,38	5,65	5,63	5,62	6,15	6,19	5,97	5,59	5,37	5,28	5,18	5,54	0,53; [4,18-6,26]
Nyugat-Dunántúl	Vas	2,20	2,53	2,65	2,76	2,97	3,05	3,19	3,48	4,54	4,85	5,58	5,71	5,38	5,48	5,37	5,45	6,12	6,10	5,54	5,34	5,28	5,27	5,23	4,53	1,31; [2,20-6,12]
	Győr-Moson-Sopron	2,22	2,55	2,70	2,85	3,08	3,54	3,80	4,06	4,62	4,87	4,80	4,78	4,59	4,65	4,69	4,65	5,56	4,70	4,60	4,43	4,34	4,18	4,19	4,11	0,88; [2,22-5,56]
	Zala	1,56	1,63	1,69	1,63	1,76	1,69	1,66	1,79	2,40	2,60	2,46	2,73	3,07	3,80	4,11	4,25	5,02	4,30	4,26	4,41	4,20	3,98	4,18	3,01	1,20; [1,56-5,02]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	1,48	1,52	1,59	1,63	1,56	1,61	1,81	1,85	3,68	4,02	4,26	4,83	5,01	5,27	5,37	5,44	6,06	5,35	5,48	5,16	4,95	4,96	5,07	3,82	1,71; [1,48-6,06]
	Heves	4,85	5,19	5,03	5,15	5,36	5,64	5,49	5,45	5,12	5,60	5,56	5,71	5,36	5,45	5,44	5,61	5,75	5,18	5,46	5,43	5,34	5,45	5,40	5,39	0,22; [4,85-5,75]
	Nógrád	4,17	4,41	4,85	5,01	5,00	5,01	5,00	4,94	5,07	5,34	5,17	5,28	4,84	4,98	5,09	5,06	5,50	5,11	4,96	4,97	4,77	4,61	4,56	4,94	0,29; [4,17-5,50]
Közép-Dunántúl	Fejér	2,27	2,53	2,56	2,77	2,83	3,02	3,28	3,42	4,59	5,18	4,34	4,33	4,17	4,19	4,21	4,15	5,82	3,68	3,89	4,01	3,58	3,67	3,55	3,74	0,86; [2,27-5,82]
	Komárom-Esztergom	0,69	3,22	3,44	3,63	3,83	3,86	4,38	4,44	4,94	4,96	4,79	4,88	4,62	4,75	4,73	4,65	4,85	4,69	4,60	4,49	4,19	4,08	4,15	4,21	0,91; [0,69-4,96]
	Veszprém	1,94	2,14	2,22	2,47	2,59	2,60	2,70	2,74	3,25	4,13	4,17	4,28	3,91	3,93	4,10	4,12	4,69	4,20	4,05	4,10	3,89	3,90	3,94	3,48	0,84; [1,94-4,69]
Közép-Magyarország	Budapest	2,37	2,26	2,04	2,60	2,54	2,61	2,64	2,61	2,35	2,56	2,48	2,50	2,42	2,45	2,49	2,51	3,11	2,57	2,77	2,66	2,62	2,63	2,62	2,54	0,20; [2,04-3,11]
	Pest	2,58	2,81	2,71	2,55	3,20	3,23	3,29	3,35	3,74	3,57	3,51	3,50	3,34	3,29	3,31	3,36	4,36	3,58	3,63	3,46	3,34	3,27	3,28	3,32	0,39; [2,55-4,36]
adott évi országos átlag adatok (%)		**2,41**	**2,76**	**2,83**	**2,98**	**3,15**	**3,23**	**3,35**	**3,48**	**4,15**	**4,30**	**4,30**	**4,36**	**4,18**	**4,32**	**4,45**	**4,51**	**5,18**	**4,58**	**4,57**	**4,45**	**4,29**	**4,24**	**4,22**	**3,93**	**1,19; [0,69-6,26]**
SD; [MIN-MAX]		**1,11; [0,69-4,85]**	**1,07; [1,44-5,19]**	**1,10; [1,56-5,03]**	**1,14; [1,63-5,17]**	**1,14; [1,56-5,36]**	**1,22; [1,61-5,64]**	**1,22; 1,66-5,74]**	**1,23; [1,79-6,26]**	**1,04; [2,35-6,19]**	**1,02; [2,56-6,04]**	**0,98; [2,46-5,78]**	**1,06; [2,50-5,90]**	**0,87; [2,42-5,38]**	**0,90; [2,45-5,65]**	**0,85; [2,49-5,63]**	**0,80; [2,51-5,62]**	**0,83; [3,11-6,15]**	**0,91; [2,57-6,19]**	**0,78; [2,77-5,97]**	**0,76; [2,66-5,59]**	**0,74; [2,62-5,37]**	**0,74, [2,63-5,45]**	**0,74; [2,62-5,40]**		
p- érték (*t-test)		**ref.**	**0,3138**	**0,2321**	**0,1144**	**0,0435**	**0,0308**	**0,0146**	**0,0061**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**		

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

17. sz. táblázat: Egy gondozott várandós nőre jutó védőnői látogatások arányszáma (alkalom) megyénként és régiónkként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	5,27	5,03	4,93	4,74	4,95	4,90	4,84	4,83	5,14	4,37	4,06	3,95	3,73	3,65	3,72	3,70	3,85	3,55	3,23	3,09	2,82	2,78	2,80	4,08	0,82; [2,78-5,27]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	6,29	7,27	7,09	7,23	7,04	6,80	6,85	6,73	6,73	5,52	5,56	4,98	4,42	4,32	4,28	4,12	4,66	3,95	3,76	3,47	3,37	3,07	2,94	5,24	1,51; [2,94-7,27]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	5,73	5,69	5,54	5,91	6,00	5,75	5,73	5,94	5,94	5,74	5,65	6,33	4,94	4,98	5,09	4,74	5,17	4,29	4,15	4,03	3,58	3,43	3,25	5,11	0,91; [3,25-6,33]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	5,41	5,62	5,42	5,40	5,07	4,95	4,83	4,30	4,25	4,15	3,93	3,76	3,52	3,42	3,52	3,45	3,53	2,83	3,01	2,82	2,40	2,20	2,13	3,91	1,08; [2,13-5,63]
	Békés	4,87	4,99	4,97	4,94	5,04	4,83	4,89	4,69	4,37	4,23	4,11	4,07	3,61	3,55	3,57	3,47	3,77	3,16	3,19	3,04	2,86	2,64	2,62	3,98	0,83; [2,62-5,04]
	Csongrád-Csanád	6,41	6,22	6,54	6,35	6,25	5,96	6,13	6,09	5,51	5,14	5,09	4,51	4,22	3,96	3,83	3,76	3,82	3,53	3,39	3,14	3,02	2,87	2,80	4,72	1,33; [2,80-6,54]
Dél-Dunántúl	Baranya	7,42	7,50	7,12	7,00	6,75	6,78	6,67	6,58	5,32	4,45	4,36	4,12	3,96	3,75	3,89	3,88	4,64	3,76	3,45	3,35	3,09	2,99	2,95	4,95	1,62; [2,95-7,50]
	Somogy	6,18	6,10	6,12	5,93	6,31	5,87	6,13	6,17	6,09	5,20	4,98	5,26	4,70	4,60	4,56	4,53	4,75	3,76	4,32	4,03	3,83	3,81	3,48	5,07	0,95; [3,48-6,31]
	Tolna	7,04	7,07	6,94	7,47	7,11	7,30	7,16	7,18	6,17	5,69	5,24	5,11	4,54	4,58	4,64	4,60	4,84	4,61	4,20	3,97	3,63	3,51	3,41	5,48	1,40; [3,41-7,47]
Nyugat-Dunántúl	Vas	6,52	6,98	6,66	6,44	6,57	6,34	6,53	6,47	5,93	5,34	5,82	5,24	4,48	4,29	4,05	3,76	4,05	4,00	3,40	3,23	3,11	2,87	2,81	4,99	1,43; [2,81-6,98]
	Győr-Moson-Sopron	4,38	4,21	4,02	3,93	3,97	3,95	3,70	3,66	3,60	3,35	3,22	3,05	2,87	2,72	2,61	2,44	2,90	2,43	2,46	2,36	2,20	2,02	2,03	3,13	0,75; [2,02-4,38]
	Zala	7,37	7,07	6,96	6,57	6,13	5,80	5,94	6,20	5,90	5,75	5,30	5,01	4,76	4,67	4,54	4,29	4,82	4,04	3,82	3,89	3,70	3,56	3,66	5,21	1,19; [3,56-7,37]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	3,98	5,28	5,22	5,04	4,98	4,97	4,95	4,84	4,48	4,62	4,70	4,67	4,32	4,30	4,22	4,19	4,48	3,64	3,53	3,25	2,96	2,86	2,85	4,28	0,76; [2,85-5,28]
	Heves	5,54	5,57	5,23	5,13	4,89	4,84	4,65	4,51	3,98	4,22	3,85	3,60	3,36	3,37	3,31	3,39	3,39	2,99	3,09	3,01	2,67	2,63	2,49	3,90	0,97; [2,49-5,57]
	Nógrád	5,83	5,71	5,96	5,86	5,33	5,23	5,16	5,02	4,94	4,98	4,79	4,90	4,47	4,33	4,18	4,02	4,07	3,63	3,44	3,32	2,94	2,86	2,69	4,51	1,00; [2,69-5,96]
Közép-Dunántúl	Fejér	5,24	5,57	5,36	5,18	4,91	4,47	4,69	4,51	4,22	4,43	3,86	3,72	3,37	3,37	3,22	3,09	4,32	2,78	2,95	3,02	2,72	2,63	2,52	3,92	0,97; [2,52-5,57]
	Komárom-Esztergom	1,13	4,92	4,78	4,54	4,31	3,97	4,06	3,83	3,95	3,90	3,56	3,63	3,36	3,35	3,35	3,16	3,29	3,02	2,82	2,78	2,39	2,21	2,11	3,41	0,91; [1,13-4,92]
	Veszprém	4,74	4,64	4,61	4,59	4,47	4,30	4,31	4,27	3,59	3,94	3,76	3,70	3,28	3,29	3,29	3,29	3,68	3,13	3,01	2,88	2,68	2,52	2,51	3,67	0,72; [2,51-4,74]
Közép-Magyarország	Budapest	2,29	2,12	1,83	2,34	2,23	2,25	2,24	2,17	1,96	2,20	2,07	2,13	2,00	1,94	1,92	1,88	2,18	1,68	1,70	1,65	1,54	1,49	1,41	1,97	0,28; [1,41-2,34]
	Pest	4,66	4,67	4,30	3,82	4,10	3,95	3,79	3,75	3,60	3,32	3,18	3,05	2,72	2,56	2,56	2,52	3,20	2,42	2,30	2,21	1,99	1,86	1,77	3,14	0,88; [1,77-4,67]
adott évi országos átlag adatok (%)		**5,31**	**5,61**	**5,48**	**5,42**	**5,32**	**5,16**	**5,16**	**5,09**	**4,78**	**4,53**	**4,35**	**4,24**	**3,83**	**3,75**	**3,72**	**3,61**	**3,97**	**3,36**	**3,26**	**3,13**	**2,88**	**2,74**	**2,66**		
SD; [MIN-MAX]		**1,57; [1,13-7,42]**	**1,27; [2,12-7,50]**	**1,29; [1,83-7,12]**	**1,27; [2,34-7,47]**	**1,22; [2,23-7,11]**	**1,20; [2,26-7,30]**	**1,24; [2,24-7,16]**	**1,29; [2,17-7,18]**	**1,18; [1,96-6,73]**	**0,93; [2,20-5,75]**	**0,97; [2,07-5,82]**	**0,97; [2,13-6,33]**	**0,78; [2,00-4,94]**	**0,78; [1,94-4,98]**	**0,78; [1,92-5,09]**	**0,75; [1,88-4,74]**	**0,76; [2,18-5,17]**	**0,71; [1,68-4,61]**	**0,65; [1,70-4,32]**	**0,61; [1,65-4,03]**	**0,59; [1,54-3,84]**	**0,59; [1,49-3,81]**	**0,57; [1,41-3,66]**	**4,23**	**1,36; [1,13-7,50]**
p- érték (t-test)		**ref.**	**0,5146**	**0,7172**	**0,8167**	**0,9885**	**0,7293**	**0,7356**	**0,6177**	**0,2348**	**0,0609**	**0,0252**	**0,0130**	**0,0005**	**0,0003**	**0,0002**	**0,0001**	**0,0014**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**	**0,0000**		

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

18. sz. táblázat: Egy szült nőre jutó védőnői gyermekágyas látogatások arányszáma (alkalom) megyénként, régiónként 2005 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag	
																	%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	5,21	5,30	5,35	5,36	5,40	5,41	5,49	5,35	5,26	5,21	5,31	5,23	5,23	5,10	5,16	5,29	0,11; [5,10-5,49]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	5,53	3,05	5,96	5,48	5,53	5,60	5,43	5,27	5,30	5,24	5,17	5,27	5,32	5,08	5,00	5,22	0,64; [3,05-5,96]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	4,23	4,42	4,42	4,52	4,75	4,85	4,95	4,84	4,87	4,75	4,82	4,97	5,18	5,12	5,00	4,78	0,27; [4,23-5,18]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	4,59	4,41	4,52	4,45	4,58	4,60	4,68	4,54	4,61	4,56	4,54	4,50	4,40	4,01	3,98	4,47	0,21; [3,98-4,68]
	Békés	4,66	5,00	5,03	5,28	5,14	5,22	5,22	5,09	5,11	5,12	5,18	5,23	5,11	5,01	4,97	5,09	0,15; [4,66-5,28]
	Csongrád-Csanád	5,17	5,30	5,36	5,62	5,78	5,73	5,51	5,52	5,47	5,40	5,51	5,56	5,61	5,62	5,45	5,51	0,16; [5,17-5,78]
Dél-Dunántúl	Baranya	5,45	5,15	5,41	5,27	5,38	5,54	5,59	5,75	5,59	5,52	5,32	5,51	5,56	5,42	5,46	5,46	0,15; [5,15-5,75]
	Somogy	5,10	4,92	4,98	5,26	5,38	5,26	5,28	5,40	5,40	5,36	5,40	5,36	5,25	5,24	5,21	5,25	0,15; [4,92-5,40]
	Tolna	5,81	5,64	5,85	5,86	5,81	5,93	5,87	5,72	5,73	5,67	5,88	5,93	5,86	5,74	5,80	5,81	0,09; [5,64-5,93]
Nyugat-Dunántúl	Vas	4,28	4,27	4,33	4,67	4,66	4,65	5,10	4,88	4,93	4,89	4,81	4,70	4,84	4,65	4,65	4,69	0,24; [4,27-5,10]
	Győr-Moson-Sopron	4,20	4,26	4,36	4,41	4,32	4,42	4,37	4,24	4,32	4,31	4,43	4,49	4,39	4,31	4,28	4,34	0,08; [4,20-4,48]
	Zala	4,76	4,78	4,87	4,93	5,12	5,20	5,26	5,20	5,34	5,21	5,24	5,06	5,26	5,31	5,38	5,13	0,20; [4,76-5,38]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	5,17	5,25	5,27	5,32	5,29	5,33	5,28	5,15	5,31	5,20	5,12	5,11	5,20	4,83	5,15	5,20	0,13; [4,83-5,33]
	Heves	5,06	4,88	4,85	4,85	4,71	4,68	4,47	4,75	4,88	4,64	4,73	4,02	4,48	4,36	4,30	4,64	0,27; [4,02-5,06]
	Nógrád	5,15	5,07	5,25	5,40	5,37	5,35	5,51	5,38	5,46	5,37	5,46	5,28	5,34	5,31	5,16	5,32	0,12; [5,07-5,51]
Közép-Dunántúl	Fejér	4,68	4,93	4,95	5,01	5,02	5,09	5,08	4,94	5,21	5,29	5,04	5,35	5,20	5,14	5,19	5,07	0,17; [4,68-5,35]
	Komárom-Esztergom	4,42	4,46	4,51	4,86	4,78	4,73	4,91	4,83	4,84	4,71	4,80	4,89	4,41	4,52	4,54	4,68	0,18; [4,41-4,91]
	Veszprém	4,66	4,79	4,84	4,79	4,75	4,77	4,79	4,82	4,82	4,80	4,72	4,78	4,62	4,56	4,70	4,75	0,08; [4,56-4,84]
Közép-Magyarország	Budapest	3,90	3,90	4,05	4,19	4,24	4,27	4,35	4,32	4,35	4,19	4,24	4,31	4,35	4,18	4,12	4,20	0,15; [3,90-4,35]
	Pest	3,94	3,92	3,97	4,06	4,15	4,08	4,13	4,21	4,20	4,16	4,28	4,26	4,11	4,17	4,08	4,11	0,11; [3,92-4,28]
adott évi országos átlag adatok (%)		**4,80**	**4,68**	**4,91**	**4,98**	**5,01**	**5,04**	**5,06**	**5,01**	**5,05**	**4,98**	**5,00**	**4,99**	**4,99**	**4,88**	**4,88**		
SD; [MIN-MAX]		**0,54; [3,90-5,18]**	**0,61; [3,05-5,64]**	**0,55; [3,97-5,96]**	**0,49; [4,06-5,86]**	**0,49; [4,15-5,81]**	**0,50, [4,08-5,93]**	**0,47; [4,13-5,87]**	**0,46; [4,21-5,75]**	**0,44; [4,20-5,73]**	**0,44; [4,16-5,67]**	**0,44; [4,24-5,88]**	**0,49; [4,02-5,93]**	**0,50; [4,11-5,86]**	**0,51; [4,01-5,74]**	**0,52; [3,98-5,80]**	**4,95**	**0,50; [3,05-5,96]**
p- érték (*t-test)		**ref.**	**0,5373**	**0,5283**	**0,2689**	**0,2013**	**0,1570**	**0,1038**	**0,1863**	**0,1099**	**0,2488**	**0,1966**	**0,2456**	**0,2536**	**0,6048**	**0,6261**		

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

19. sz. táblázat: Újonnan nyilvántartásba vett újszülött csecsemők közül koraszülöttek aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	6,52	6,38	7,42	8,39	7,82	7,85	9,30	7,86	8,75	8,42	7,17	7,98	9,39	8,87	8,82	7,86	9,14	8,53	8,22	8,00	7,66	8,07	7,71	8,09	0,78; [6,38- 9,39]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	7,28	6,46	7,70	6,32	6,90	7,34	7,46	8,08	6,54	7,26	6,83	8,24	7,67	8,88	7,27	7,65	7,51	8,01	7,32	7,37	8,35	8,43	7,42	7,49	0,65; [6,32- 8,88]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	8,94	8,66	8,51	8,63	9,38	9,22	9,52	8,89	8,72	8,70	10,20	9,70	8,41	9,38	10,18	9,79	9,62	9,55	8,79	8,53	8,51	8,75	9,02	9,11	0,55; [8,41-10,20]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	7,30	6,90	6,96	7,41	6,78	7,14	6,51	8,35	7,64	8,53	7,47	9,25	7,81	8,35	8,02	8,78	9,05	8,80	8,45	8,15	7,47	7,62	7,98	7,86	0,76; [6,51- 9,25]
	Békés	7,33	7,72	7,62	7,31	6,83	6,90	7,62	7,04	6,95	6,93	8,33	8,85	7,76	8,02	7,27	7,23	8,14	7,83	8,60	8,25	6,48	7,99	8,25	7,62	0,62; [6,48- 8,85]
	Csongrád-Csanád	6,43	6,48	5,76	6,83	6,88	6,78	7,03	6,18	6,72	6,22	7,58	7,23	7,10	7,79	7,81	7,39	8,35	7,27	6,91	8,01	7,36	6,78	8,22	7,09	0,67; [5,76- 8,35]
Dél-Dunántúl	Baranya	9,45	8,13	8,02	8,56	7,06	8,67	8,38	8,58	8,12	7,92	8,39	9,05	10,40	8,79	9,52	8,33	8,62	8,98	8,31	9,73	8,27	8,87	9,26	8,67	0,70; [7,06-10,40]
	Somogy	11,25	9,34	10,18	9,70	9,28	8,92	10,26	10,32	8,78	8,95	10,40	9,66	10,86	9,82	10,26	10,48	10,03	9,84	9,83	10,27	8,07	8,47	9,20	9,75	0,78; [8,07-11,25]
	Tolna	6,70	6,16	7,69	7,49	7,98	7,81	7,76	7,25	9,18	6,48	6,84	8,05	7,73	7,37	8,22	6,97	9,55	9,02	8,74	9,17	7,63	9,62	8,20	7,90	0,97; [6,16- 9,62]
Nyugat-Dunántúl	Vas	6,35	6,98	7,40	7,80	7,00	6,44	8,22	6,10	6,33	6,17	6,52	7,95	7,41	8,41	7,58	8,02	7,42	8,06	8,27	9,56	8,03	10,56	9,16	7,64	1,13; [6,10-10,56]
	Győr-Moson-Sopron	6,60	6,25	6,16	6,38	7,39	6,35	7,21	6,08	6,83	7,11	6,90	7,73	7,80	8,72	7,41	8,15	7,19	8,47	6,24	6,87	7,83	7,62	7,58	7,17	0,75; [6,08- 8,72]
	Zala	7,15	7,58	6,55	6,90	6,69	7,14	7,90	7,94	7,15	6,35	6,24	7,57	7,86	8,20	8,47	7,97	7,12	7,09	6,93	6,23	6,43	6,76	6,85	7,18	0,65; [6,23- 8,47]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	8,35	7,96	8,59	8,86	8,08	8,67	8,52	8,19	7,39	7,75	8,53	9,44	9,26	9,24	9,51	9,54	9,76	9,17	8,66	9,26	8,51	8,74	7,97	8,69	0,63; [7,39- 9,76]
	Heves	8,98	9,34	8,00	7,61	9,42	8,65	8,52	8,22	9,26	9,14	8,88	9,47	10,49	8,49	9,78	8,74	9,50	9,50	8,10	9,89	9,53	9,15	8,84	9,02	0,68; [7,61-10,49]
	Nógrád	7,92	7,62	8,52	8,09	8,60	6,97	8,03	8,02	7,49	7,16	7,86	6,96	8,81	8,87	7,13	8,03	8,21	7,90	9,06	8,55	7,67	8,72	7,81	8,00	0,61; [6,96- 9,06]
Közép-Dunántúl	Fejér	6,32	6,68	6,09	5,64	5,75	5,77	6,14	6,65	7,31	7,63	7,15	6,73	7,22	7,63	7,70	7,49	8,46	9,54	9,26	8,65	7,64	7,62	7,66	7,25	1,07; [5,64- 9,54]
	Komárom-Esztergom	6,57	6,92	6,49	6,48	5,76	7,17	7,85	7,58	7,28	7,50	7,79	8,18	6,96	8,44	7,17	7,72	8,43	9,35	8,71	7,58	7,03	7,09	6,72	7,42	0,83; [5,76- 9,35]
	Veszprém	5,61	6,30	6,92	6,34	6,21	7,03	6,90	6,45	6,10	6,27	6,98	6,49	6,36	7,38	7,37	7,88	7,52	7,09	6,62	8,03	5,84	6,42	6,70	6,73	0,62; [5,61- 8,03]
Közép-Magyarország	Budapest	5,64	5,58	5,55	5,35	5,81	5,49	5,39	6,13	5,77	6,37	5,56	6,07	6,44	6,12	6,12	6,62	6,74	6,57	6,31	6,19	5,83	6,20	6,33	6,01	0,42; [5,35- 6,74]
	Pest	6,72	6,60	7,10	6,80	7,47	6,94	7,25	6,93	6,72	6,86	6,90	6,64	6,75	7,03	6,75	7,37	7,30	7,19	5,96	6,64	6,21	6,19	6,25	6,81	0,39; [5,96- 7,47]
adott évi országos átlag adatok (%)		**7,37**	**7,20**	**7,36**	**7,34**	**7,35**	**7,36**	**7,79**	**7,54**	**7,45**	**7,39**	**7,63**	**8,06**	**8,12**	**8,29**	**8,12**	**8,10**	**8,38**	**8,39**	**7,97**	**8,25**	**7,52**	**7,98**	**7,86**	**7,78**	**1,15; [5,35-11,25]**
SD; [MIN-MAX]		**1,41; [5,61-11,25]**	**1,06; [5,58-9,34]**	**1,12; [5,55-10,18]**	**1,13; [5,35-9,70]**	**1,15; [5,75-9,42]**	**1,04; [5,49-9,22]**	**1,16; [5,39-10,26]**	**1,12; [6,08-10,32]**	**1,04; [5,77-9,26]**	**0,97; [6,17-9,14]**	**1,22; [5,56-10,40]**	**1,14; [6,07-9,70]**	**1,34; [6,36-10,86]**	**0,88; [6,12-9,82]**	**1,19; [6,12-10,26]**	**0,96; [6,62-10,48]**	**1,01; [6,74-10,03]**	**0,99; [6,57-9,84]**	**1,12; [5,96-9,83]**	**1,19; [6,19-10,27]**	**0,97; [5,83-9,52]**	**1,18; [6,19-10,56]**	**0,95; [6,25-9,26]**		
p- érték (*t-test)		**ref.**	**0,6693**	**0,9805**	**0,9470**	**0,9668**	**0,9833**	**0,3118**	**0,6738**	**0,8389**	**0,9664**	**0,5452**	**0,0966**	**0,0913**	**0,0180**	**0,0784**	**0,0637**	**0,0127**	**0,0120**	**0,1481**	**0,0411**	**0,7075**	**0,1459**	**0,2097**		

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

20. sz. táblázat: Újonnan nyilvántartásba vett újszülött csecsemők közül intrauterin retardáltak aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	2,42	2,58	2,26	2,46	1,88	1,88	1,87	1,78	2,37	2,17	2,52	2,31	2,54	2,58	2,81	3,37	2,75	3,07	2,86	2,75	3,11	3,24	2,79	2,54	0,44; [1,78-3,37]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	3,10	3,53	2,77	2,83	2,88	2,11	2,83	2,88	2,80	1,87	2,49	3,10	3,06	2,85	3,20	2,92	3,09	3,10	2,49	2,64	2,48	2,31	2,47	2,77	0,38; [1,87-3,53]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	2,58	2,24	2,17	1,88	2,06	1,99	1,72	1,42	2,57	1,22	2,38	2,70	2,82	3,51	3,57	2,91	2,57	2,75	2,63	2,78	3,05	2,84	2,89	2,49	0,59; [1,22-3,57]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	1,63	2,17	2,15	1,75	1,82	1,60	2,02	2,02	2,39	1,98	2,06	2,58	3,01	2,26	4,07	4,58	4,08	4,00	3,41	3,27	3,11	2,59	2,14	2,64	0,88; [1,60-4,58]
	Békés	2,16	2,17	1,79	1,17	1,66	1,40	1,14	1,69	1,75	1,59	1,13	1,50	1,62	1,98	1,80	1,92	2,20	1,86	1,87	1,72	1,85	1,75	1,75	1,72	0,30; [1,13-2,20]
	Csongrád-Csanád	1,20	1,66	1,85	1,45	1,46	1,51	1,60	1,55	1,78	1,63	1,35	1,58	1,66	1,47	1,88	1,67	1,61	1,33	1,52	2,01	1,78	1,91	2,30	1,64	0,24; [1,20-2,30]
Dél-Dunántúl	Baranya	3,09	2,32	2,33	2,29	2,60	2,61	2,04	2,12	1,96	2,03	1,89	2,84	2,20	3,35	3,39	2,56	2,69	2,15	2,77	2,25	2,65	2,59	1,84	2,46	0,44; [1,84-3,39]
	Somogy	3,21	2,22	2,40	2,27	2,18	2,44	2,47	2,11	2,27	2,31	1,75	2,51	2,63	2,93	2,16	2,92	2,87	2,51	3,17	2,17	2,21	2,47	2,71	2,47	0,36, [1,75-3,21]
	Tolna	2,15	1,19	1,67	1,45	1,71	1,21	1,25	1,18	1,45	1,44	1,41	1,02	1,97	1,70	2,95	2,80	3,40	2,89	2,76	3,38	3,43	3,37	3,45	2,14	0,89; [1,02-3,45]
Nyugat-Dunántúl	Vas	1,59	1,84	2,32	2,58	2,51	2,32	2,55	2,29	1,94	2,29	1,97	1,98	2,98	2,19	2,33	2,48	2,24	3,27	2,16	2,47	2,34	2,56	2,15	2,32	0,36; [1,59-3,27]
	Győr-Moson-Sopron	1,68	1,87	1,94	1,56	1,15	1,63	1,15	1,11	1,60	1,43	1,52	1,22	2,15	2,07	2,07	1,97	1,97	2,02	2,05	2,07	2,10	2,64	1,67	1,77	0,39; [1,11-2,64]
	Zala	2,54	2,17	2,05	2,32	1,98	2,49	2,27	1,68	2,15	1,87	2,04	2,15	2,02	3,45	2,13	1,77	1,73	2,03	1,47	2,08	1,91	0,97	2,03	2,06	0,45; [0,97-3,45]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	5,68	4,99	4,28	4,07	4,97	3,90	4,46	4,18	4,26	3,87	4,17	3,79	3,34	4,17	4,38	4,87	4,61	3,88	3,89	4,02	4,25	4,54	3,80	4,28	0,51; [3,34-5,68]
	Heves	1,94	3,69	2,43	2,57	3,30	2,81	3,12	4,80	4,46	3,93	3,67	3,16	3,45	3,94	3,14	3,20	3,37	3,97	3,96	2,51	3,34	2,77	2,76	3,32	0,68; [1,94-4,80]
	Nógrád	2,08	3,41	3,21	4,70	4,52	4,06	3,04	3,14	2,21	3,30	3,11	2,23	2,99	3,16	3,06	2,61	3,41	4,23	2,61	3,83	3,95	2,93	3,13	3,26	0,70; [2,08-4,70]
Közép-Dunántúl	Fejér	2,05	1,87	1,68	1,33	1,71	2,15	1,53	1,60	2,02	1,82	1,65	1,21	1,65	1,56	2,26	2,02	2,47	2,93	2,47	2,34	2,01	2,20	2,15	1,94	0,41; [1,21-2,93]
	Komárom-Esztergom	2,02	2,04	1,51	1,12	0,83	0,98	1,00	0,77	1,28	0,91	1,25	1,00	1,38	1,12	1,81	1,43	1,16	1,51	1,86	1,69	1,48	1,55	1,56	1,36	0,37; [0,77-2,04]
	Veszprém	1,93	1,76	1,83	1,77	1,81	1,51	1,73	1,41	1,87	2,07	2,36	1,52	1,69	2,48	2,19	1,95	2,50	1,97	2,18	1,99	1,52	1,35	1,47	1,86	0,33; [1,35-2,50]
Közép-Magyarország	Budapest	1,15	0,96	0,93	0,72	0,88	0,71	0,73	0,81	1,02	0,98	0,77	0,74	0,94	0,74	0,82	0,87	0,84	0,90	0,79	0,85	0,94	0,97	1,11	0,88	0,12; [0,71-1,16]
	Pest	1,87	1,43	1,32	1,12	1,15	1,09	1,01	0,93	1,20	1,16	1,13	1,00	1,37	1,21	1,29	1,35	1,65	1,39	1,24	1,28	1,48	1,41	1,51	1,29	0,22; [0,93-1,87]
adott évi országos átlag adatok (%) SD; [MIN-MAX]		**0,98; [1,15-5,68] ref.**	**2,31 [0,96-4,99]**	**2,15 [0,93-4,28]**	**2,07 [0,72-4,70]**	**2,15 [0,83-4,97]**	**2,02 [0,71-4,06]**	**1,98 [0,73-4,46]**	**1,97 [0,77-4,80]**	**2,17 [1,02-4,46]**	**1,99 [0,91-3,93]**	**2,03 [0,77-4,17]**	**2,01 [0,74-3,79]**	**2,27 [0,94-3,44]**	**2,44 [0,74-4,17]**	**2,57 [0,82-4,38]**	**2,51 [0,87-4,87]**	**2,56 [0,84-4,61]**	**2,59 [0,90-4,23]**	**2,41 [0,79-3,96]**	**2,40 [0,85-4,02]**	**2,45 [0,94-4,25]**	**2,35 [0,97-4,54]**	**2,29 [1,11-3,80]**	**2,26**	**0,91; [0,71-5,68]**
p- érték (*t-test)			**0,9927**	**0,5651**	**0,4607**	**0,6505**	**0,3422**	**0,2843**	**0,3162**	**0,6521**	**0,2936**	**0,3585**	**0,3166**	**0,9152**	**0,6666**	**0,3846**	**0,5177**	**0,4043**	**0,3620**	**0,7150**	**0,7208**	**0,6223**	**0,8773**	**0,9490**		

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

21. sz. táblázat: Újonnan nyilvántartásba vett újszülött csecsemők közül fejlődési rendellenességgel születettek aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	1,49	1,22	1,67	1,21	1,46	1,98	2,57	2,64	3,16	2,46	1,58	1,53	1,71	1,92	1,64	2,28	1,42	1,59	2,21	1,63	1,57	1,50	1,19	1,81	0,52; [1,19-3,16]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	2,56	1,30	1,56	1,57	1,48	1,53	1,69	1,80	1,16	0,99	1,27	1,42	1,88	1,08	0,86	1,39	2,31	0,89	1,26	1,22	1,44	0,92	0,83	1,41	0,44; [0,84-2,56]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	1,66	1,19	1,45	1,23	1,53	1,79	1,34	1,60	2,21	2,42	2,20	1,94	2,08	2,75	2,26	2,12	1,41	1,53	1,51	1,71	1,54	1,54	1,44	1,76	0,41; [1,19-2,75]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	2,89	3,00	3,15	3,06	4,23	4,04	4,72	3,55	4,33	3,98	3,56	3,26	2,72	2,70	3,08	2,39	2,31	2,01	2,07	3,10	3,18	3,06	2,54	3,17	0,72; [2,01-4,72]
	Békés	2,25	2,31	2,05	2,15	2,76	2,74	2,20	2,29	1,85	2,38	2,37	2,06	1,79	1,98	1,88	1,43	1,81	1,49	2,17	2,09	2,70	2,30	1,91	2,13	0,35; [1,43-2,76]
	Csongrád-Csanád	1,58	1,74	2,27	1,40	2,05	1,53	1,24	1,07	2,05	1,55	1,54	1,74	1,83	1,77	2,45	2,48	2,56	2,11	2,21	2,07	2,82	2,51	2,45	1,96	0,47; [1,07-2,82]
Dél-Dunántúl	Baranya	1,43	1,63	1,83	1,60	2,73	1,96	1,82	1,72	2,05	1,68	1,35	1,97	1,69	1,93	1,79	1,44	1,57	1,28	1,19	1,57	1,32	1,41	1,22	1,66	0,34; [1,19-2,73]
	Somogy	2,17	1,91	2,05	2,11	3,25	2,74	2,24	1,93	2,37	3,21	2,31	3,23	7,14	2,57	3,26	2,92	2,58	4,60	2,81	3,57	3,30	2,71	2,50	2,93	1,11; [1,91-7,14]
	Tolna	2,49	2,39	2,50	1,36	8,70	2,38	2,97	2,05	2,75	2,35	1,46	1,70	1,82	1,70	2,27	1,85	1,78	1,29	1,92	2,05	1,80	2,05	1,70	2,32	1,46; [1,29-8,70]
Nyugat-Dunántúl	Vas	1,92	2,10	1,59	1,60	2,72	2,15	1,56	2,34	2,44	1,90	1,74	1,84	2,42	2,72	2,71	2,23	2,84	4,03	6,06	7,46	5,02	7,39	8,37	3,27	2,09; [1,56-8,37]
	Győr-Moson-Sopron	1,57	1,79	1,94	2,52	2,14	1,73	4,34	1,98	1,60	2,40	1,95	2,27	2,05	2,39	1,76	2,04	2,46	2,40	3,11	4,36	4,23	3,67	5,07	2,60	1,02; [1,57-5,07]
	Zala	2,62	2,09	2,84	2,66	3,18	3,01	2,45	3,00	2,19	2,77	2,59	2,71	1,93	2,30	1,42	1,97	1,93	1,59	2,23	1,79	1,86	1,84	2,14	2,31	0,49; [1,42-3,18]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	2,11	2,59	2,30	2,31	3,02	2,64	2,63	2,43	2,18	1,91	2,13	1,94	2,27	1,81	1,99	1,41	2,34	1,42	1,39	1,70	1,57	1,31	1,41	2,04	0,48; [1,31-3,02]
	Heves	2,27	1,83	2,00	1,24	1,62	1,78	1,73	3,48	2,18	1,55	1,84	2,15	2,94	2,69	2,51	2,15	1,88	1,75	1,98	2,55	2,62	1,84	1,75	2,10	0,51; [1,24-3,48]
	Nógrád	2,97	2,80	3,42	2,46	2,33	1,72	2,14	2,99	3,00	2,83	3,33	2,39	2,48	2,54	2,17	2,80	2,07	2,74	3,97	2,69	2,65	2,39	2,70	2,68	0,49; [1,72-3,97]
Közép-Dunántúl	Fejér	2,30	1,52	2,04	2,02	1,96	1,50	2,06	1,75	1,80	1,19	1,80	1,91	1,29	1,77	1,74	1,89	1,96	1,83	2,65	1,77	2,24	1,93	1,86	1,86	0,31; [1,19-2,65]
	Komárom-Esztergom	1,98	1,87	1,95	1,49	1,66	2,32	2,31	1,72	1,58	1,49	2,18	1,87	1,88	1,75	1,55	1,75	1,76	1,59	2,03	2,28	2,35	2,00	2,87	1,92	0,34; [1,49-2,87]
	Veszprém	2,38	2,06	2,62	1,93	2,03	2,24	2,48	1,72	3,13	1,58	2,33	1,88	2,07	2,31	1,62	1,82	1,71	2,11	1,56	1,85	1,77	1,72	1,86	2,03	0,38; [1,56-3,13]
Közép-Magyarország	Budapest	1,55	1,64	1,53	1,31	1,37	1,28	1,32	1,17	1,19	1,19	1,18	1,27	1,03	1,03	1,01	1,16	1,02	1,10	1,04	0,97	0,99	0,89	0,86	1,18	0,21; [0,86-1,64]
	Pest	1,75	1,57	1,44	1,11	1,54	1,94	1,62	1,51	1,53	1,33	1,43	1,26	1,57	1,09	1,45	1,12	1,04	1,29	1,04	1,33	1,24	1,15	1,01	1,36	0,25; [1,01-1,94]
adott évi országos átlag adatok (%)		**2,10**	**1,93**	**2,11**	**1,82**	**2,59**	**2,15**	**2,27**	**2,14**	**2,24**	**2,06**	**2,01**	**2,02**	**2,23**	**2,04**	**1,97**	**1,93**	**1,94**	**1,93**	**2,22**	**2,39**	**2,31**	**2,21**	**2,29**	**2,12**	**0,94; [0,83-8,70]**
SD; [MIN-MAX]		**0,47; [1,43-2,97]**	**0,50; [1,19-3,00]**	**0,56; [1,44-3,42]**	**0,57; [1,11-3,06]**	**1,63; [1,37-8,70]**	**0,65; [1,28-4,04]**	**0,91; [1,24-4,72]**	**0,70; [1,07-3,55]**	**0,76; [1,16-4,33]**	**0,77; [0,99-3,98]**	**0,64; [1,18-3,56]**	**0,55; [1,26-3,26]**	**1,24; [1,03-7,14]**	**0,56; [1,03-2,75]**	**0,63; [0,86-3,26]**	**0,51; [1,12-2,93]**	**0,50; [1,02-2,84]**	**0,93; [0,89-4,60]**	**1,16; [1,04-6,06]**	**1,44; [0,97-7,46]**	**1,04; [0,99-5,02]**	**1,41; [0,89-7,39]**	**1,72; [0,83-8,37]**		
p- érték (*t-test)		**ref.**	**0,2756**	**0,9367**	**0,0978**	**0,2029**	**0,7630**	**0,4507**	**0,8325**	**0,4832**	**0,8464**	**0,6129**	**0,6249**	**0,6554**	**0,7337**	**0,4761**	**0,2940**	**0,3140**	**0,4830**	**0,6601**	**0,3985**	**0,4081**	**0,7441**	**0,6397**		

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

22. sz. táblázat: Védőnői nyilvántartott újszülettekre jutó újszülöttkori csecsemőlátogatások (első) aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	megyei átlag
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	1,02	1,01	1,02	1,02	1,01	1,02	1,01	0,99	0,87	0,96	1,02	0,98	0,92	0,95	0,97	0,97	0,96	1,01	1,00	1,02	0,99	0,98	0,98	**0,99**
	Jász-Nagykunk-Szolnok	1,02	0,98	1,03	1,01	1,03	1,02	1,01	0,90	0,40	0,96	0,60	1,01	0,92	1,00	0,96	0,98	0,97	0,95	0,97	0,98	0,97	0,78	1,01	**0,93**
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	1,01	0,99	1,00	0,99	1,01	1,00	1,01	1,00	0,99	0,97	0,92	0,94	0,87	0,90	0,93	0,89	0,94	0,95	0,97	1,01	0,97	0,98	0,99	**0,97**
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	1,01	1,01	1,02	1,02	1,02	1,01	1,01	1,02	1,00	1,00	0,99	1,02	1,00	0,99	0,96	0,97	0,97	0,97	0,95	0,98	0,93	0,95	0,98	**0,99**
	Békés	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02	1,01	1,01	1,01	0,22	1,02	1,02	0,96	0,96	0,93	0,97	0,99	0,93	0,97	0,99	1,01	1,01	1,00	1,00	**0,96**
	Csongrád-Csanád	1,02	1,00	1,02	1,01	1,02	1,02	1,02	1,03	1,02	1,00	0,94	1,01	1,00	0,96	0,98	0,95	0,98	0,97	0,95	1,00	0,99	0,94	1,00	**0,99**
Dél-Dunántúl	Baranya	1,03	1,03	1,02	1,04	1,00	1,03	1,02	1,02	0,65	0,90	0,81	0,89	0,93	0,95	0,87	0,87	0,84	0,87	0,93	0,95	0,95	0,88	0,93	**0,93**
	Somogy	1,01	1,00	1,01	1,01	1,01	1,03	1,03	1,02	1,02	1,03	1,01	1,02	1,01	1,03	1,03	1,01	1,03	1,03	1,00	0,95	1,04	1,03	1,01	**1,02**
	Tolna	0,97	0,94	1,03	1,02	1,02	1,02	1,02	1,10	0,99	0,98	0,97	0,94	0,95	0,93	0,95	0,97	1,00	1,01	0,94	1,02	1,02	1,00	1,01	**0,99**
Nyugat-Dunántúl	Vas	1,01	1,01	1,03	1,02	1,01	1,02	1,01	1,06	0,73	1,01	0,92	1,00	0,97	0,97	1,02	1,02	1,00	1,01	1,01	1,00	1,00	1,01	1,00	**0,99**
	Győr-Moson-Sopron	1,02	1,02	1,02	1,03	1,02	1,02	1,04	1,03	1,00	0,98	1,00	1,01	0,95	0,97	0,98	0,98	0,99	0,97	1,00	1,01	1,01	0,98	1,01	**1,00**
	Zala	1,00	1,01	1,01	1,00	1,01	1,01	1,02	1,03	0,95	1,01	0,99	0,99	0,95	0,91	0,97	0,95	0,88	0,83	0,86	0,88	0,96	0,95	0,95	**0,96**
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	1,00	1,01	1,03	1,03	1,03	1,01	1,03	1,03	0,96	0,99	1,02	0,98	0,94	0,96	0,94	0,85	0,93	0,90	0,90	0,95	0,87	0,91	0,94	**0,97**
	Heves	0,96	1,02	1,02	1,04	1,02	1,02	1,02	1,03	0,97	0,99	1,02	1,01	0,95	0,96	1,03	1,01	0,99	0,96	1,00	0,96	1,02	1,01	0,98	**1,00**
	Nógrád	1,01	1,01	1,01	1,02	1,01	1,00	1,02	1,02	0,91	1,01	1,01	1,01	0,95	1,03	1,01	1,03	0,99	0,96	1,02	0,99	0,98	1,02	1,02	**1,00**
Közép-Dunántúl	Fejér	1,01	1,02	1,02	1,03	1,02	1,02	1,02	0,95	1,01	0,91	0,89	0,96	0,93	0,93	0,90	0,92	0,96	0,95	1,00	0,99	1,01	1,01	1,01	**0,98**
	Komárom-Esztergom	1,02	1,03	1,02	1,02	1,07	1,00	1,02	1,01	1,01	0,99	0,93	1,01	0,96	1,03	0,97	0,91	0,96	1,01	1,00	0,97	0,99	0,96	1,01	**1,00**
	Veszprém	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02	1,01	1,02	1,02	1,02	1,01	1,00	1,01	0,97	0,99	0,99	0,98	0,91	1,03	0,95	0,97	0,99	1,01	0,97	**1,00**
Közép-Magyarország	Budapest	1,00	1,01	1,01	1,01	1,01	1,00	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01	1,00	0,99	0,99	0,99	1,00	0,98	1,00	1,00	0,99	1,01	0,99	0,99	**1,00**
	Pest	1,01	1,00	1,00	1,02	0,99	1,01	1,01	1,01	0,51	1,01	1,01	0,99	0,95	0,94	0,96	0,93	0,92	0,94	1,04	1,01	0,97	0,98	1,00	**0,97**
adott évi országos átlag		**1,01**	**1,01**	**1,02**	**1,02**	**1,02**	**1,01**	**1,02**	**1,01**	**0,86**	**0,99**	**0,95**	**0,99**	**0,95**	**0,97**	**0,97**	**0,96**	**0,96**	**0,97**	**0,97**	**0,98**	**0,98**	**0,97**	**0,99**	**0,98**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

24. sz. táblázat: Az év folyamán nyilvántartott 0-11 hónapos csecsemők közül fokozott gondozást igénylők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag adatok	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	15,22	16,68	16,47	16,99	17,88	17,09	16,93	17,14	16,97	15,98	16,14	16,64	17,91	19,27	19,07	20,21	20,60	20,39	19,76	19,57	16,51	13,81	12,21	17,37	2,09; [12,21-20,60]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	15,55	16,07	14,89	15,50	16,09	15,46	15,17	15,81	14,36	14,16	13,69	15,67	15,16	17,09	16,63	17,43	16,37	18,86	17,30	15,34	11,32	10,91	9,30	15,14	2,18; [9,30-18,86]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	29,56	29,26	30,45	30,78	31,34	30,87	30,87	30,65	31,12	31,06	34,92	31,25	32,01	32,91	34,70	34,71	34,10	34,96	31,49	27,29	22,00	19,86	19,15	30,23	4,39; [19,15-34,96]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	17,11	18,17	18,66	18,79	18,20	18,12	17,51	18,32	17,57	16,97	15,78	16,46	17,62	17,68	19,09	19,64	19,06	19,57	19,07	18,09	14,99	13,47	13,54	17,54	1,71; [13,47-19,64]
	Békés	24,42	24,88	24,14	24,02	26,30	26,87	26,00	26,17	26,21	24,03	24,53	24,70	25,72	25,50	26,01	24,54	27,42	26,59	25,62	27,25	22,05	18,02	14,92	24,61	2,89; [14,92-27,42]
	Csongrád-Csanád	15,10	15,65	15,84	14,30	15,70	14,90	15,62	14,52	15,32	13,10	13,24	13,46	13,90	14,84	14,60	15,55	15,48	15,33	13,36	14,08	12,57	12,05	10,25	14,29	1,40; [10,25-15,84]
Dél-Dunántúl	Baranya	20,41	20,77	19,54	19,77	20,23	18,98	18,12	17,89	16,65	16,07	15,79	13,53	18,40	19,85	19,34	19,37	20,69	19,56	19,10	19,44	16,10	14,80	13,78	18,18	2,20; [13,53-20,76]
	Somogy	30,81	31,39	31,71	31,18	31,08	30,12	29,27	29,30	28,56	28,90	16,48	27,08	29,68	28,63	31,09	30,73	32,70	30,79	31,34	29,96	27,29	17,72	16,65	28,37	4,73; [16,48-32,70]
	Tolna	19,94	20,75	19,27	20,02	21,85	21,09	20,75	20,91	19,73	18,44	18,87	17,65	18,80	18,90	20,10	20,57	20,89	19,90	21,28	20,54	14,88	14,66	13,83	19,29	2,17; [13,83-21,85]
Nyugat-Dunántúl	Vas	15,40	15,93	15,44	15,77	15,69	14,75	14,60	14,38	12,86	13,28	12,88	12,99	15,04	15,95	14,97	15,00	16,12	14,00	16,17	18,64	16,17	15,98	15,98	15,13	1,34; [12,86-18,64]
	Győr-Moson-Sopron	13,75	13,83	13,27	13,36	13,57	13,73	13,65	11,64	11,19	11,09	10,61	10,71	12,26	12,62	12,70	12,26	11,42	11,69	11,47	11,04	10,15	9,96	11,06	12,05	1,25; [9,96-13,84]
	Zala	23,10	26,31	25,46	25,55	23,87	24,48	23,84	21,55	21,79	22,89	22,51	24,36	22,11	23,47	25,56	23,29	23,34	22,50	21,60	19,05	16,16	14,86	13,81	22,24	3,32; [13,81-26,31]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	35,60	35,41	35,16	35,30	36,85	37,68	37,01	36,67	35,89	36,05	35,77	38,25	38,79	40,39	41,44	41,58	42,81	41,30	39,29	38,26	30,42	23,03	20,63	36,24	5,32; [20,62-42,81]
	Heves	22,24	25,87	26,32	24,35	24,63	25,38	25,51	25,57	23,67	23,01	21,73	22,94	23,46	24,27	24,16	26,82	25,49	25,42	25,81	24,99	23,75	22,10	20,17	24,25	1,66; [20,17-26,82]
	Nógrád	22,67	22,86	23,67	23,80	23,74	24,32	23,34	24,77	22,55	21,87	22,33	23,93	23,16	25,40	24,45	23,81	25,60	27,70	26,75	29,18	25,64	21,42	18,59	23,98	2,20; [18,59-29,18]
Közép-Dunántúl	Fejér	23,35	22,69	21,10	20,34	19,25	18,54	18,68	17,84	17,09	15,95	15,51	15,73	15,34	16,05	18,03	18,12	18,06	18,65	17,19	17,62	12,50	11,98	11,33	17,43	3,02; [11,33-23,35]
	Komárom-Esztergom	20,34	20,20	18,50	18,59	18,69	18,57	17,51	16,91	16,78	15,91	13,84	16,02	15,26	17,00	16,67	16,45	17,51	18,38	18,69	17,81	15,31	12,61	11,79	16,93	2,16; [11,79-20,34]
	Veszprém	19,23	19,37	19,52	18,80	17,16	17,52	17,39	16,24	17,13	15,65	16,86	16,86	16,19	17,58	17,86	17,67	18,48	19,57	17,38	17,60	13,96	13,20	12,24	17,11	1,91; [12,24-19,57]
Közép-Magyarország	Budapest	14,45	13,15	13,08	12,08	12,32	11,91	11,99	10,27	11,34	11,18	10,74	11,01	10,75	10,91	11,24	11,37	11,19	12,17	10,29	10,82	9,41	8,67	8,52	11,25	1,37; [8,52-14,45]
	Pest	19,32	18,88	14,79	17,07	17,56	16,98	16,57	15,45	14,83	14,14	14,07	13,63	13,56	13,70	13,96	13,99	14,48	15,47	13,68	12,44	10,07	9,05	8,91	14,46	2,69; [8,91-19,32]
adott évi országos átlag adatok (%)		**20,88**	**21,41**	**20,86**	**20,82**	**21,10**	**20,87**	**20,52**	**20,10**	**19,58**	**18,99**	**18,31**	**19,14**	**19,75**	**20,60**	**21,08**	**21,16**	**21,59**	**21,64**	**20,83**	**20,45**	**17,06**	**14,91**	**13,83**	**19,80**	**6,84; [8,52-42,81]**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

25. sz. táblázat: A fokozott gondozott csecsemők (0-11 hó) közül egészségi ok miatt fokozott gondozást igénylők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag adatok	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	38,79	36,58	37,02	39,88	42,20	40,94	45,89	45,83	45,91	44,85	47,30	44,92	47,63	44,87	45,13	42,13	43,74	40,86	43,95	43,38	48,44	62,63	72,77	45,46	7,86; [36,58-72,77]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	44,58	41,88	40,44	42,99	45,89	46,53	43,37	42,28	47,94	43,61	44,02	46,79	47,08	46,05	41,30	40,11	40,56	41,16	41,25	45,27	55,88	62,67	62,36	45,82	6,29; [40,11-62,67]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	24,87	24,67	24,12	25,08	26,27	25,04	26,31	25,85	26,31	26,94	27,61	28,74	29,88	31,94	32,02	30,95	28,10	29,64	30,54	34,96	41,73	44,57	48,56	30,20	6,55; [24,12-48,56]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	53,11	52,46	54,06	54,83	55,50	55,94	57,80	57,40	55,71	56,60	56,44	57,59	57,12	56,84	57,23	55,25	51,78	51,63	54,81	55,37	55,88	61,88	66,16	56,15	3,12; [51,63-66,16]
	Békés	47,25	48,72	46,81	45,02	47,94	47,07	45,63	47,88	47,64	46,93	50,30	48,51	50,62	51,95	47,63	45,16	42,32	42,82	48,72	51,26	50,97	61,03	66,05	49,05	5,24; [42,32-66,05]
	Csongrád-Csanád	53,07	52,23	50,58	52,03	54,96	56,82	52,73	49,82	54,55	59,42	56,42	58,63	59,54	62,54	61,59	62,20	60,96	58,37	59,45	62,12	66,00	71,64	80,38	58,96	7,01; [49,82-80,38]
Dél-Dunántúl	Baranya	35,71	36,73	36,95	41,15	39,89	41,13	42,03	43,60	40,25	42,02	41,12	41,94	46,23	47,56	45,47	45,82	38,45	42,46	46,89	44,23	49,76	55,92	61,52	43,78	5,97; [35,71-61,52]
	Somogy	31,00	32,44	32,83	34,91	35,97	34,16	37,72	38,28	36,57	37,72	40,02	39,60	39,99	37,50	34,77	34,96	35,89	36,88	33,76	34,38	42,74	60,64	66,79	38,68	8,42; [31,00-66,79]
	Tolna	36,61	38,77	39,22	39,60	39,36	37,58	39,57	42,41	42,18	42,43	38,97	44,20	43,14	45,43	45,22	44,31	43,72	46,75	45,06	46,68	59,70	63,20	67,46	44,85	8,00; [36,61-67,46]
Nyugat-Dunántúl	Vas	44,79	54,47	57,51	55,80	55,65	56,56	55,56	58,75	61,30	58,47	56,95	60,25	63,15	66,05	66,49	70,52	66,38	62,24	69,98	71,17	81,87	81,26	85,48	63,51	9,81; [44,79-85,48]
	Győr-Moson-Sopron	51,65	51,41	56,25	56,26	57,01	60,19	62,13	66,96	64,67	66,53	67,59	67,12	69,10	71,18	67,62	68,16	64,48	61,86	68,55	70,15	74,46	74,80	76,57	64,99	6,97; [51,41-76,57]
	Zala	47,31	47,55	48,77	48,59	45,61	42,29	44,72	50,00	49,56	47,47	49,53	52,26	53,31	54,93	58,74	53,68	53,84	54,52	53,05	61,57	62,77	64,69	69,69	52,80	6,83; [42,29-69,69]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	34,04	33,11	34,33	32,76	34,13	31,74	33,66	33,46	32,44	32,17	33,18	32,73	32,81	33,34	31,71	29,96	29,89	27,11	26,25	28,26	36,74	50,02	53,65	33,80	6,20; [26,25-53,65]
	Heves	40,37	36,73	35,35	31,87	37,58	36,97	35,81	38,84	38,04	37,37	40,28	40,53	43,67	42,06	37,82	37,81	34,41	34,43	35,17	36,34	39,43	43,98	44,76	38,24	3,29; [31,87-44,76]
	Nógrád	43,29	42,19	44,07	45,93	42,15	40,12	42,15	45,01	44,83	45,58	43,91	42,27	43,57	43,91	41,52	40,58	35,44	40,22	39,97	36,78	36,80	41,72	55,48	42,50	3,97; [35,44-55,48]
Közép-Dunántúl	Fejér	45,11	46,31	49,42	45,89	46,69	47,50	48,06	50,85	50,81	51,67	55,27	53,87	54,88	53,48	50,70	53,49	55,43	55,46	56,94	60,75	74,40	75,63	76,34	54,74	9,12; [45,11-76,34]
	Komárom-Esztergom	47,62	49,50	48,18	48,98	46,69	51,44	53,91	55,19	55,26	55,93	55,58	58,03	58,68	57,45	59,36	53,12	55,31	53,66	54,42	55,76	55,89	66,72	68,79	55,02	5,37; [46,69-68,79]
	Veszprém	44,52	43,54	44,69	46,58	49,27	49,65	50,96	49,12	51,08	51,38	55,21	58,92	58,82	56,24	52,58	54,74	51,53	51,87	52,93	51,64	62,58	60,88	65,25	52,78	5,71; [43,54-65,25]
Közép-Magyarország	Budapest	57,69	60,28	63,72	67,19	65,75	67,11	69,36	69,58	71,38	74,95	76,04	74,35	75,58	75,82	75,15	74,19	72,42	73,53	73,58	73,20	78,00	78,64	77,83	71,54	5,63; [57,69-78,64]
	Pest	44,74	46,65	45,94	46,90	48,92	47,93	48,43	52,19	55,97	57,72	57,50	60,63	60,67	59,62	60,04	61,45	58,56	54,93	55,19	57,94	66,15	69,30	72,56	56,08	7,56; [44,74-72,56]
adott évi országos átlag adatok (%)		**43,31**	**43,81**	**44,51**	**45,11**	**45,87**	**45,83**	**46,79**	**48,16**	**48,62**	**48,99**	**49,66**	**50,59**	**51,77**	**51,94**	**50,60**	**49,93**	**48,16**	**48,02**	**49,52**	**51,06**	**57,01**	**62,59**	**66,92**	**49,95**	**12,31; [24,12-85,48]**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

26. sz. táblázat: A fokozott gondozott csecsemők (0-11 hó) közül környezeti ok miatt fokozott gondozást igénylők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag adatok	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	47,82	49,54	49,14	43,71	43,42	44,83	38,91	39,10	40,83	41,22	39,98	44,96	42,26	42,13	42,22	46,59	45,81	49,25	45,73	46,22	40,88	29,79	20,63	42,39	6,43; [20,63-49,54]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	41,19	42,21	44,08	41,19	39,21	39,05	41,29	43,01	41,01	42,29	43,37	40,70	39,88	40,87	45,18	47,55	47,05	46,80	48,35	45,63	36,30	31,77	31,03	41,70	4,43; [31,03-48,35]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	58,22	59,19	60,22	59,15	56,56	58,10	57,33	58,05	57,78	58,91	57,84	57,77	55,18	53,46	52,71	54,80	56,27	55,23	55,53	52,27	46,38	44,62	42,76	55,14	4,70; [42,76-60,22]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	32,82	32,69	31,85	31,67	29,36	30,16	30,17	29,27	32,28	30,14	30,35	30,21	30,99	31,75	29,84	32,20	34,76	33,81	31,60	33,90	32,42	28,09	24,71	31,09	2,15; [24,71-34,76]
	Békés	35,41	35,29	36,85	36,93	36,51	36,85	40,53	38,80	40,21	39,04	38,29	39,63	36,03	36,00	38,76	42,32	42,33	42,89	38,76	37,76	38,79	30,41	24,79	37,53	3,90; [24,79-42,89]
	Csongrád-Csanád	32,85	34,38	34,16	34,32	32,85	33,92	36,36	39,52	35,19	31,86	33,69	31,70	33,43	29,59	27,19	29,15	30,87	33,96	33,46	29,66	25,84	22,13	15,03	31,35	5,11; [15,03-39,52]
Dél-Dunántúl	Baranya	46,49	45,88	44,51	41,85	40,56	41,85	40,67	42,81	45,80	45,43	46,23	44,29	40,46	39,21	41,15	42,90	48,99	44,61	42,24	44,89	41,67	35,89	30,28	42,55	3,93; [30,28-48,99]
	Somogy	51,80	48,41	48,10	44,30	44,39	47,68	44,98	45,03	47,11	46,75	45,69	46,04	44,87	45,48	49,24	49,49	49,21	48,49	52,46	51,05	44,72	31,60	25,38	45,75	6,02; [25,38-52,46]
	Tolna	48,88	49,36	45,87	46,53	44,33	47,35	43,40	41,52	41,94	45,08	46,78	42,87	44,53	43,41	41,85	43,42	45,12	42,23	43,00	42,60	31,90	28,04	26,03	42,44	5,94; [26,03-49,36]
Nyugat-Dunántúl	Vas	40,36	35,23	33,43	34,53	33,88	36,73	38,01	33,44	31,51	37,21	35,16	32,97	28,79	25,62	27,90	21,96	26,26	29,97	24,83	23,78	13,08	13,85	12,35	29,17	7,99; [12,35-40,36]
	Győr-Moson-Sopron	36,45	33,71	31,85	35,39	34,74	29,91	28,31	25,65	28,05	26,78	24,48	25,51	24,51	21,63	24,57	22,94	27,85	29,08	23,87	22,21	19,85	20,67	17,72	26,77	5,14; [17,72-36,45]
	Zala	36,71	36,40	38,59	38,81	38,73	42,46	41,32	35,44	37,48	39,71	40,88	39,65	36,55	34,72	31,78	36,80	37,11	35,35	37,13	28,54	29,45	28,46	23,37	35,89	4,69; [23,37-42,46]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	44,81	45,82	44,74	45,73	45,15	45,21	46,78	47,40	48,52	50,02	49,14	50,26	49,61	47,88	49,43	51,23	51,26	55,02	57,69	56,15	47,60	38,73	32,89	47,87	5,26; [32,89-57,69]
	Heves	46,09	49,45	47,73	53,33	49,16	49,94	50,27	48,04	48,67	52,85	48,22	47,81	44,04	45,12	47,68	47,43	50,98	50,89	48,68	47,57	46,80	43,14	44,71	48,20	2,57; [43,14-53,33]
	Nógrád	38,82	40,97	41,37	39,25	39,08	43,48	45,04	41,96	41,61	39,86	44,18	44,05	44,10	43,12	44,91	46,95	48,25	45,00	44,39	51,37	48,81	44,09	33,57	43,23	3,81; [33,57-51,37]
Közép-Dunántúl	Fejér	39,71	37,12	36,61	39,82	38,04	38,70	37,92	37,29	35,75	36,63	33,62	36,19	35,07	37,31	37,69	36,18	35,67	34,20	33,05	31,49	19,99	18,84	18,04	34,13	6,34; [18,04-39,82]
	Komárom-Esztergom	37,78	39,00	40,69	40,22	41,68	38,63	35,35	34,01	36,84	36,02	34,47	33,73	32,73	33,80	32,76	37,96	36,49	38,48	37,18	33,64	34,86	26,38	23,20	35,47	4,26; [23,20-41,68]
	Veszprém	42,65	42,79	41,88	40,57	38,32	38,19	40,46	39,96	40,83	39,17	35,28	31,54	33,73	34,86	37,15	36,53	39,10	38,36	39,52	40,54	30,14	32,60	28,53	37,51	3,99; [28,53-42,79]
Közép-Magyarország	Budapest	33,53	30,80	28,12	25,45	27,19	26,11	24,70	23,55	22,98	20,18	19,76	21,21	19,99	20,15	20,22	20,84	22,84	21,41	20,88	21,99	18,22	17,03	18,89	22,87	4,09; [17,03-33,53]
	Pest	40,67	39,86	39,86	39,34	38,33	39,89	39,24	36,16	33,87	32,58	32,91	31,01	30,22	32,55	32,44	30,57	32,87	36,29	36,58	34,50	27,21	24,88	22,30	34,09	4,99; [22,30-40,67]
adott évi országos átlag adatok (%)		**41,65**	**41,41**	**40,98**	**40,60**	**39,57**	**40,45**	**40,05**	**39,00**	**39,41**	**39,59**	**39,02**	**38,60**	**37,35**	**36,93**	**37,73**	**38,89**	**40,45**	**40,57**	**39,75**	**38,79**	**33,74**	**29,55**	**25,81**	**38,26**	**9, 21; [12,35-60,22]**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

27. sz. táblázat: A fokozott gondozott csecsemők (0-11 hó) közül egészségi és környezeti ok miatt (együttesen) fokozott gondozást igénylők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag adatok	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	13,39	13,88	13,84	16,41	14,39	14,23	15,20	15,06	13,26	14,04	12,72	10,12	10,10	13,00	12,65	11,28	10,44	9,90	10,31	10,40	10,68	7,58	6,60	12,15	2,49; [6,60-16,41]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	14,24	15,91	15,48	15,83	14,90	14,42	15,34	14,71	11,05	14,29	12,61	12,51	13,05	13,08	13,52	12,34	12,38	12,04	10,40	9,10	7,82	5,56	6,60	12,49	2,90; [5,56-15,91]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	16,91	16,14	15,66	15,76	17,17	16,87	16,36	16,10	15,91	14,21	14,54	13,50	14,94	14,60	15,27	14,25	15,63	15,13	13,93	12,77	11,89	10,82	8,68	14,65	2,05; [8,68-17,17]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	14,07	14,85	14,08	13,50	15,15	13,90	12,02	13,33	12,00	13,26	13,21	12,20	11,89	11,41	12,93	12,55	13,46	14,55	13,59	10,73	11,69	10,03	9,13	12,76	1,52; [9,13-15,15]
	Békés	17,34	15,98	16,34	18,05	15,56	16,08	13,84	13,33	12,15	14,02	11,41	11,85	13,34	12,05	13,62	12,52	15,35	14,29	12,52	10,98	10,24	8,56	9,16	13,42	2,51; [8,56-18,05]
	Csongrád-Csanád	14,08	13,39	15,26	13,65	12,20	9,27	10,91	10,66	10,27	8,73	9,89	9,67	7,03	7,87	11,23	8,65	8,17	7,67	7,09	8,21	8,16	6,23	4,59	9,69	2,70; [4,59-15,26]
Dél-Dunántúl	Baranya	17,79	17,40	18,54	16,99	19,54	17,03	17,30	13,59	13,95	12,55	12,65	13,77	13,31	13,24	13,38	11,28	12,56	12,93	10,87	10,88	8,57	8,20	8,20	13,68	3,29; [8,20-19,54]
	Somogy	17,20	19,15	19,06	20,79	19,64	18,16	17,30	16,69	16,32	15,59	14,29	14,36	15,14	17,02	15,99	15,55	14,90	14,62	13,77	14,57	12,54	7,76	7,83	15,58	3,19; [7,76-20,79]
	Tolna	14,52	11,86	14,91	13,87	16,30	15,07	17,02	16,07	15,88	12,56	14,25	12,93	12,33	11,16	12,92	12,27	11,16	11,02	11,94	10,72	8,40	8,76	6,52	12,71	2,66; [6,52-17,02]
Nyugat-Dunántúl	Vas	14,84	10,30	9,07	9,67	10,47	6,71	6,43	7,81	7,19	4,65	7,89	6,78	8,07	8,34	5,61	7,52	7,37	7,78	5,19	5,05	5,05	4,89	2,17	7,34	2,57; [2,17-14,84]
	Győr-Moson-Sopron	11,90	14,88	11,90	8,35	8,25	9,91	9,56	7,39	7,28	9,00	7,93	7,37	6,39	7,19	7,80	8,90	7,67	9,06	7,58	7,63	5,69	4,53	5,71	8,34	2,25; [4,53-14,88]
	Zala	15,98	16,05	12,64	12,60	15,66	15,25	13,95	14,56	12,96	13,00	9,59	8,09	10,14	10,35	9,49	9,52	9,05	10,13	9,82	9,88	7,78	6,85	6,94	11,32	2,94; [6,85-16,05]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	21,15	21,07	20,93	21,51	20,72	23,05	19,56	19,14	19,04	17,81	17,68	17,01	17,58	18,78	18,86	18,81	18,85	17,87	16,06	15,59	15,66	11,25	13,46	18,32	2,70; [11,25-23,05]
	Heves	13,54	13,82	16,92	14,80	13,26	13,09	13,93	13,13	13,29	9,78	11,50	11,66	12,30	12,82	14,50	14,77	14,61	14,68	16,15	16,09	13,77	12,88	10,53	13,56	1,72; [9,78-16,92]
	Nógrád	17,89	16,84	14,55	14,82	18,77	16,40	12,81	13,03	13,56	14,32	11,91	13,68	12,33	12,97	13,57	12,47	16,31	14,77	15,64	11,85	14,39	14,20	10,95	14,26	1,99; [10,95-18,77]
Közép-Dunántúl	Fejér	15,17	16,57	13,97	14,29	15,27	13,80	14,02	11,86	13,44	11,70	11,11	9,94	10,05	9,20	11,61	10,33	8,90	10,34	10,01	7,76	5,61	5,53	5,62	11,14	3,16; [5,53-16,57]
	Komárom-Esztergom	14,60	11,50	11,13	10,80	11,63	9,93	10,74	10,79	7,89	8,05	9,95	8,24	8,59	8,75	7,89	8,92	8,20	7,87	8,40	10,59	9,25	6,90	8,01	9,51	1,77; [6,90-14,60]
	Veszprém	12,82	13,66	13,44	12,85	12,41	12,15	8,58	10,92	8,09	9,45	9,51	9,54	7,45	8,89	10,28	8,72	9,37	9,78	7,55	7,82	7,28	6,52	6,22	9,71	2,25; [6,22-13,66]
Közép-Magyarország	Budapest	8,78	8,92	8,16	7,36	7,06	6,79	5,94	6,87	5,64	4,87	4,20	4,44	4,42	4,03	4,63	4,97	4,74	5,06	5,54	4,81	3,78	4,33	3,28	5,59	1,61; [3,28-8,92]
	Pest	14,58	13,49	14,20	13,76	12,75	12,18	12,33	11,65	10,16	9,70	9,59	8,36	9,11	7,82	7,52	7,99	8,56	8,78	8,24	7,56	6,65	5,81	5,14	9,82	2,77; [5,14-14,58]
adott évi országos átlag adatok (%)		**15,04**	**14,78**	**14,50**	**14,28**	**14,55**	**13,71**	**13,16**	**12,83**	**11,97**	**11,58**	**11,32**	**10,80**	**10,88**	**11,13**	**11,66**	**11,18**	**11,38**	**11,41**	**10,73**	**10,15**	**9,25**	**7,86**	**7,27**	**11,80**	**3,82; [2,17-23,05]**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

30. sz. táblázat: Egy éves kor betöltésekor végzett védőnői vizsgálat alapján mozgásfejlődésben lemaradt csecsemők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag adatok	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	0,90	1,03	0,98	1,10	0,80	0,71	1,23	1,19	1,40	1,96	1,86	1,83	1,76	3,48	4,59	4,21	4,44	2,84	3,81	5,74	3,61	5,31	4,70	2,59	1,64; [0,71-5,74]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	1,03	1,13	0,84	1,06	1,02	0,83	1,17	1,62	1,47	1,99	1,99	1,92	2,40	3,70	3,95	3,09	3,66	3,77	2,81	2,12	4,03	5,86	4,49	2,43	1,40; [0,83-5,86]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	1,09	0,71	1,11	1,04	1,24	1,40	1,17	1,42	1,30	1,27	1,48	1,92	2,01	3,27	3,59	4,42	4,48	4,77	2,89	3,24	4,23	4,07	4,63	2,47	1,43; [0,71-4,77]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	0,85	1,38	1,08	0,78	0,94	1,15	1,12	1,24	1,37	1,31	1,70	1,83	2,23	2,68	4,65	3,51	3,16	3,43	2,58	2,63	3,10	6,17	4,41	2,32	1,42; [0,78-6,17]
	Békés	1,50	1,49	1,25	1,12	1,65	1,91	1,73	1,55	2,03	2,37	2,20	2,65	2,47	5,53	3,05	5,02	5,71	3,73	3,37	3,89	3,79	5,37	5,15	2,98	1,51; [1,12-5,71]
	Csongrád-Csanád	0,78	0,93	0,99	0,97	0,94	0,91	1,59	1,53	1,59	3,79	1,59	2,66	2,18	3,55	4,85	3,99	3,69	4,65	4,95	3,34	2,97	6,08	4,82	2,75	1,64; [0,78-6,08]
Dél-Dunántúl	Baranya	1,21	1,47	0,91	1,13	0,98	1,40	1,17	1,51	2,06	1,93	1,49	1,94	3,42	6,01	4,59	4,76	5,95	2,86	4,95	4,35	4,50	5,22	5,46	3,01	1,83; [0,91-6,01]
	Somogy	2,09	1,12	1,25	1,36	1,22	1,34	1,49	2,10	1,82	2,25	2,09	2,38	2,75	5,01	4,06	3,96	4,43	3,61	4,84	3,49	5,23	8,12	4,94	3,08	1,77; [1,12-8,12]
	Tolna	1,39	1,14	1,13	1,27	1,53	1,82	1,76	1,74	1,82	2,20	1,63	1,90	2,07	3,22	3,15	2,14	3,20	2,80	2,34	2,66	3,72	5,23	3,91	2,34	1,02; [1,13-5,23]
Nyugat-Dunántúl	Vas	0,73	1,14	0,68	0,92	0,90	1,06	1,00	1,09	1,34	1,16	0,93	0,69	1,53	4,05	4,38	4,07	4,80	3,16	4,43	3,64	4,95	4,51	4,15	2,40	1,67; [0,68-4,95]
	Győr-Moson-Sopron	0,76	0,99	1,37	1,47	2,50	1,71	1,93	1,92	1,73	1,73	1,99	2,10	2,22	4,39	5,05	4,80	4,42	2,72	3,48	2,20	3,20	4,82	3,40	2,65	1,30; [0,76-5,05]
	Zala	1,49	1,54	0,91	0,87	1,45	1,05	1,32	1,67	2,18	2,03	1,11	2,09	2,61	4,57	3,63	5,14	4,32	6,29	5,04	3,71	6,24	4,46	3,88	2,94	1,76; [0,87-6,30]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	2,28	2,29	1,88	2,12	2,25	2,18	2,04	2,27	2,67	2,53	3,15	2,80	3,22	4,12	4,33	3,60	4,31	4,02	4,38	2,70	4,73	4,25	4,56	3,16	0,97; [1,88-4,73]
	Heves	1,34	1,25	1,14	1,26	0,93	1,46	1,63	1,76	1,25	1,29	1,44	2,55	2,77	4,87	5,82	3,46	4,24	3,24	4,47	4,12	4,04	4,70	5,49	2,81	1,61; [0,93-5,82]
	Nógrád	1,75	1,50	1,14	1,30	0,76	1,09	0,93	1,29	1,13	1,19	1,84	1,90	2,24	3,81	5,40	4,14	4,52	2,25	2,83	5,04	3,84	3,12	4,07	2,48	1,45; [0,76-5,40]
Közép-Dunántúl	Fejér	1,36	1,29	1,03	1,20	1,06	1,18	1,15	1,18	1,38	1,17	1,75	2,78	2,34	3,91	3,48	4,27	3,29	4,29	3,10	2,80	3,83	4,17	5,26	2,49	1,35; [1,03-5,26]
	Komárom-Esztergom	1,39	1,10	1,29	1,19	0,76	0,90	1,31	1,26	1,70	1,80	1,30	1,29	1,94	3,10	3,63	3,74	2,41	2,23	4,56	2,15	3,11	3,72	2,69	2,11	1,07; [0,76-4,56]
	Veszprém	1,50	0,96	1,35	1,11	1,02	1,35	1,25	1,31	1,22	1,55	1,71	1,93	2,10	4,83	4,79	4,03	3,94	3,73	3,03	3,96	6,31	4,77	4,44	2,70	1,63; [0,96-6,31]
Közép-Magyarország	Budapest	0,94	0,88	0,96	0,77	0,85	0,94	0,86	1,01	1,15	1,23	1,11	1,91	1,56	3,13	3,13	3,37	3,77	2,60	2,28	3,03	3,82	3,60	4,31	2,05	1,21; [0,77-4,31]
	Pest	1,10	1,05	0,75	0,98	0,86	1,06	1,34	1,27	1,69	1,70	1,61	2,20	2,32	4,25	4,42	4,25	4,76	4,52	3,96	4,52	4,28	4,84	5,31	2,74	1,65; [0,75-5,31]
adott évi országos átlag adatok (%)		**1,27**	**1,22**	**1,10**	**1,15**	**1,18**	**1,27**	**1,36**	**1,50**	**1,61**	**1,82**	**1,70**	**2,06**	**2,31**	**4,08**	**4,23**	**4,00**	**4,17**	**3,57**	**3,70**	**3,47**	**4,18**	**4,92**	**4,50**	**2,63**	**1,49; [0,68-8,12]**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

31. sz. táblázat: Egy éves kor betöltésekor végzett védőnői vizsgálat alapján, beszédfejlődésben lemaradt csecsemők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag adatok	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	0,71	0,49	0,37	0,57	0,31	0,37	0,57	0,49	0,69	0,91	0,82	0,74	0,79	0,84	0,67	0,47	0,56	0,91	1,86	0,70	0,79	0,82	0,83	0,71	0,31; [0,31-1,86]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	0,45	0,44	0,56	0,34	0,51	0,30	0,47	0,62	0,62	0,66	1,08	1,11	0,76	0,79	0,58	0,70	0,97	0,24	0,49	0,60	0,68	0,77	0,68	0,63	0,22; [0,24-11,11]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	0,81	0,52	0,71	0,47	0,52	0,69	0,57	0,73	0,79	0,79	1,13	1,19	0,85	0,74	1,48	1,14	1,15	1,02	1,11	1,19	0,96	0,96	0,97	0,89	0,26; [0,47-1,48]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	0,35	0,34	0,51	0,21	0,43	0,42	0,42	0,43	0,65	0,68	0,81	0,64	0,92	0,56	0,97	0,67	0,80	0,64	0,94	0,95	1,16	0,94	0,97	0,67	0,26; [0,21-1,16]
	Békés	0,45	0,43	0,23	0,44	0,49	0,94	0,62	0,95	0,75	0,82	0,77	1,31	0,73	0,36	0,87	1,04	0,79	0,61	1,15	1,31	1,43	0,88	0,69	0,79	0,32; [0,23-1,42]
	Csongrád-Csanád	0,29	0,39	0,40	0,58	0,37	0,69	0,46	0,60	0,42	2,62	0,51	0,83	0,86	0,72	0,95	0,63	0,87	0,94	0,72	0,80	0,83	0,96	0,79	0,75	0,46; [0,29-2,62]
Dél-Dunántúl	Baranya	0,36	0,86	0,61	0,52	0,42	0,56	0,51	0,49	0,94	0,97	0,71	0,56	0,79	0,93	1,02	1,14	1,17	1,00	1,04	0,96	1,50	1,32	1,67	0,87	0,35; [0,36-1,67]
	Somogy	1,11	0,53	0,62	0,76	0,90	0,62	0,71	0,99	1,09	1,06	0,86	1,14	0,93	1,22	0,83	1,25	0,62	0,87	1,65	1,10	1,57	1,44	1,08	1,00	0,30; [0,53-1,65]
	Tolna	0,80	0,44	0,80	0,90	0,67	1,03	0,86	0,72	1,00	0,78	0,84	0,83	0,84	0,87	0,96	0,23	0,54	0,66	0,73	1,10	0,93	0,72	0,94	0,79	0,19; [0,23-1,10]
Nyugat-Dunántúl	Vas	0,31	0,21	0,18	0,39	0,50	0,18	0,17	0,27	0,37	0,42	0,44	0,37	0,56	0,95	0,85	0,70	0,91	0,66	0,50	0,87	0,65	0,56	0,57	0,50	0,24; [0,17-0,95]
	Győr-Moson-Sopron	0,41	0,16	0,46	0,48	0,27	0,37	0,69	0,53	0,36	0,36	0,55	0,39	0,43	0,65	0,43	0,28	0,56	0,42	0,43	0,52	0,54	0,89	0,46	0,46	0,15; [0,17-0,89]
	Zala	0,56	0,43	0,70	0,39	0,68	0,67	0,53	0,88	0,80	0,82	0,66	0,64	0,66	1,28	0,85	0,88	1,05	0,63	0,96	0,85	1,27	1,30	0,66	0,79	0,25; [0,39-1,30]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	1,42	1,22	1,10	0,96	0,91	1,27	0,98	1,30	1,28	1,12	1,40	1,46	1,52	1,12	1,05	1,49	1,41	1,58	1,29	1,55	1,51	1,59	1,46	1,30	0,21; [0,91-1,59]
	Heves	0,37	0,93	0,64	0,99	0,60	0,75	0,58	0,70	1,03	0,78	0,69	1,15	1,32	0,94	0,90	1,07	1,02	1,14	0,95	1,47	1,16	0,63	1,21	0,91	0,27; [0,37-1,47]
	Nógrád	0,85	0,77	0,62	0,78	0,67	0,55	0,74	0,77	0,51	0,49	1,16	0,84	0,98	0,88	0,64	0,59	1,16	0,64	0,92	0,56	1,04	0,96	1,76	0,82	0,28; [0,49-1,76]
Közép-Dunántúl	Fejér	0,63	0,56	0,50	0,48	0,60	0,38	0,41	0,42	0,51	0,46	0,66	0,81	0,81	0,85	0,79	0,80	1,19	0,65	0,57	0,79	0,64	0,70	0,88	0,66	0,19; [0,38-1,19]
	Komárom-Esztergom	0,40	0,28	0,61	0,41	0,31	0,41	0,38	0,48	0,73	0,81	0,46	0,95	0,83	0,61	0,61	0,57	0,88	0,60	0,65	0,63	1,06	0,57	0,49	0,60	0,21; [0,27-1,06]
	Veszprém	0,94	0,29	0,46	0,59	0,32	0,48	0,49	1,03	0,19	0,50	0,57	0,82	0,41	0,63	0,95	0,51	0,66	0,73	0,70	1,03	0,86	0,81	0,68	0,64	0,24; [0,19-1,03]
Közép-Magyarország	Budapest	0,28	0,28	0,22	0,27	0,26	0,23	0,30	0,27	0,35	0,29	0,33	0,40	0,43	0,44	0,29	0,58	0,47	0,43	0,41	0,41	0,63	0,49	0,33	0,37	0,11; [0,22-0,63]
	Pest	0,52	0,37	0,35	0,45	0,32	0,41	0,43	0,49	0,71	0,57	0,65	0,65	0,76	0,64	0,87	0,63	0,72	0,98	0,88	0,99	1,06	0,97	0,73	0,66	0,22; [0,32-1,06]
adott évi országos átlag adatok (%)		**0,60**	**0,50**	**0,53**	**0,55**	**0,50**	**0,57**	**0,54**	**0,66**	**0,69**	**0,80**	**0,75**	**0,84**	**0,81**	**0,80**	**0,83**	**0,77**	**0,87**	**0,77**	**0,90**	**0,92**	**1,01**	**0,91**	**0,89**	**0,74**	**0,33; [0,16-2,62]**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

32. sz. táblázat: Egy éves kor betöltésekor végzett védőnői vizsgálat alapján, mentális-szociális-pszichés fejlődésben elmaradt csecsemők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag adatok	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	1,30	0,70	0,58	0,62	0,58	0,62	0,88	0,67	0,97	0,82	0,80	1,18	1,25	1,08	1,13	1,05	1,69	2,29	2,34	1,40	1,67	2,41	1,19	1,18	0,56; [0,59-2,41]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	1,15	1,25	0,77	0,80	0,86	0,83	1,15	1,46	1,36	1,91	2,07	1,75	1,58	2,23	1,81	2,48	2,60	2,16	1,94	2,42	0,96	0,47	1,01	1,52	0,63; [0,47-2,59]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	1,42	1,30	1,05	1,10	1,17	1,09	0,85	1,03	1,40	1,74	1,93	1,90	2,06	1,94	2,14	2,35	2,20	2,27	2,47	2,05	1,70	1,88	1,45	1,67	0,49; [0,85-2,47]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	0,66	0,76	0,83	0,35	0,69	0,68	0,58	0,45	0,71	0,74	0,61	0,79	1,18	0,67	0,92	0,97	0,64	0,89	1,55	1,08	1,42	1,14	0,61	0,82	0,29; [0,35-1,55]
	Békés	0,72	0,89	0,58	0,59	0,99	1,15	1,15	0,95	1,28	1,46	1,20	2,16	1,16	0,98	0,82	1,52	1,22	1,18	1,99	2,02	2,14	1,07	0,58	1,21	0,48; [0,57-2,16]
	Csongrád-Csanád	0,92	0,49	0,64	0,81	0,59	0,67	0,43	0,49	0,50	0,72	0,54	0,94	0,72	0,72	0,95	0,44	0,99	1,19	1,37	0,74	0,94	1,02	0,50	0,75	0,25; [0,43-1,37]
Dél-Dunántúl	Baranya	0,95	1,00	1,22	0,84	0,78	1,20	0,85	0,58	1,12	0,80	1,14	0,79	1,59	1,13	1,18	1,60	1,37	1,65	1,71	1,43	1,57	1,05	1,25	1,17	0,32; [0,58-1,71]
	Somogy	2,12	1,58	1,31	1,16	1,22	1,11	1,29	1,47	1,40	1,67	1,71	1,28	1,67	1,53	1,00	1,71	1,70	2,35	2,07	2,11	2,44	2,56	1,83	1,67	0,44; [0,99-2,56]
	Tolna	1,09	1,36	1,31	1,41	0,81	0,75	0,95	1,06	1,58	1,17	1,28	1,17	1,08	1,28	1,29	1,22	1,09	1,15	1,14	1,04	1,55	1,21	1,21	1,18	0,20; [0,75-1,58]
Nyugat-Dunántúl	Vas	0,92	0,46	0,45	0,83	0,59	0,53	0,22	0,32	0,42	0,84	0,66	0,41	0,56	0,95	0,70	0,70	0,50	0,41	0,90	0,73	0,51	0,66	0,38	0,59	0,20; [0,22-0,95]
	Győr-Moson-Sopron	0,38	0,29	0,71	0,60	0,46	0,37	0,64	0,37	0,36	0,22	0,46	0,34	0,45	0,53	0,35	0,39	0,38	0,32	0,35	0,32	1,08	0,77	0,51	0,46	0,19; [0,22-1,08]
	Zala	1,15	1,89	1,03	0,87	1,16	0,79	0,75	0,79	1,42	0,60	0,87	0,85	0,95	1,63	1,51	1,32	2,06	1,62	3,37	1,70	2,24	2,70	0,87	1,40	0,69; [0,60-3,37]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	3,17	3,11	3,58	3,63	3,01	3,78	3,84	3,35	3,29	3,48	3,44	3,28	3,44	3,04	2,93	3,68	3,86	3,19	3,28	2,94	3,86	2,96	2,29	3,32	0,38; [2,29-3,86]
	Heves	0,90	1,77	1,27	1,06	0,73	1,37	1,32	1,62	1,85	1,70	1,72	2,58	2,01	1,46	1,93	1,91	1,39	2,15	1,94	2,42	2,06	2,11	1,29	1,68	0,47; [0,73-2,58]
	Nógrád	1,71	1,35	0,81	0,83	0,81	0,65	1,08	1,03	1,13	0,81	1,26	1,73	1,67	1,00	1,02	1,31	1,35	0,71	1,29	1,49	2,50	1,98	1,82	1,28	0,46; [0,65-2,50]
Közép-Dunántúl	Fejér	1,25	0,86	1,21	0,75	0,96	0,69	0,56	0,68	0,80	0,58	0,71	0,83	0,72	0,85	1,12	0,83	1,11	0,80	0,81	0,84	0,72	1,02	0,64	0,84	0,19; [0,56-1,25]
	Komárom-Esztergom	0,80	0,58	0,79	0,70	0,41	0,76	1,00	0,74	0,76	1,31	0,78	1,25	1,25	0,99	0,68	1,03	1,50	1,12	1,29	1,48	1,94	1,18	1,21	1,02	0,35; [0,41-1,94]
	Veszprém	1,27	0,58	1,48	1,24	0,76	0,87	0,73	0,87	1,25	1,03	0,51	0,92	0,44	0,76	0,99	0,47	0,38	0,77	0,60	0,67	0,96	0,77	1,15	0,85	0,29; [0,38-1,48]
Közép-Magyarország	Budapest	0,36	0,42	0,28	0,26	0,24	0,23	0,27	0,22	0,29	0,23	0,30	0,38	0,35	0,34	0,29	0,43	0,30	0,40	0,64	0,43	0,40	0,66	0,30	0,35	0,12; [0,22-0,66]
	Pest	0,73	0,71	0,56	0,56	0,61	0,62	0,68	0,53	0,77	0,63	0,67	0,62	0,83	0,54	0,98	1,04	1,12	1,63	1,66	1,82	2,79	3,04	0,80	1,04	0,70; [0,53-3,04]
adott évi országos átlag adatok (%)		**1,15**	**1,07**	**1,02**	**0,95**	**0,87**	**0,94**	**0,96**	**0,93**	**1,13**	**1,12**	**1,13**	**1,26**	**1,25**	**1,18**	**1,19**	**1,32**	**1,37**	**1,41**	**1,64**	**1,46**	**1,67**	**1,53**	**1,04**	**1,20**	**0,74; [0,22-3,86]**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

33. sz. táblázat: Egy éves kor betöltésekor végzett védőnői vizsgálat alapján, az igen alacsony (< 3) testtömegpercentil értékkel rendelkező csecsemők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag adatok	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	2,78	2,75	2,84	3,02	2,40	2,84	2,45	3,30	2,68	2,87	3,23	3,03	3,43	3,10	3,18	3,32	3,62	3,40	3,39	4,06	4,05	3,35	3,14	3,14	0,43; [2,40-4,06]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	2,25	1,57	2,27	0,99	1,73	1,67	1,72	2,40	1,93	1,88	1,91	2,58	2,87	2,32	2,82	2,11	2,66	2,12	2,89	2,59	1,95	2,55	2,61	2,19	0,48; [0,99-2,89]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	4,43	3,38	3,34	3,13	3,06	2,88	2,78	3,06	2,52	3,20	2,48	2,98	2,88	3,02	2,67	3,08	2,49	2,33	2,81	2,65	2,81	2,48	2,68	2,92	0,44; [2,33-4,43]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	2,24	2,24	1,54	1,71	1,47	1,49	1,36	2,06	1,85	1,84	1,80	1,89	2,66	3,02	2,72	3,04	3,11	2,89	3,36	3,23	3,45	3,12	2,82	2,39	0,69; [1,36-3,45]
	Békés	2,35	1,71	1,45	1,41	1,48	2,15	1,62	2,15	2,43	2,09	2,47	2,54	2,62	2,44	3,01	3,09	2,48	2,92	3,60	3,37	2,63	2,69	2,84	2,41	0,60; [1,41-3,60]
	Csongrád-Csanád	2,07	1,50	1,49	1,47	1,68	1,60	1,32	1,96	1,70	1,88	1,51	1,80	2,40	2,52	2,46	2,55	2,82	2,48	2,99	2,56	2,48	2,27	1,92	2,06	0,49; [1,32-2,99]
Dél-Dunántúl	Baranya	3,22	3,64	2,88	3,19	2,54	2,49	2,82	2,67	2,75	2,39	2,28	2,73	2,92	2,76	3,22	3,19	3,14	2,58	2,91	2,69	3,45	2,10	3,34	2,86	0,39; [2,10-3,64]
	Somogy	3,10	2,70	2,56	2,39	2,38	2,48	2,31	2,47	2,88	2,05	2,47	2,27	2,60	3,71	2,90	3,37	3,80	3,48	3,03	3,57	3,69	3,72	2,62	2,89	0,55; [2,05-3,80]
	Tolna	2,94	2,46	2,82	4,20	1,88	2,28	1,89	1,69	1,24	2,24	2,02	2,05	2,12	2,51	3,15	2,38	2,17	2,31	2,39	3,34	2,01	1,87	2,21	2,36	0,62; [1,24-4,20]
Nyugat-Dunántúl	Vas	1,53	1,48	1,82	1,80	1,45	1,37	1,40	1,90	1,43	1,67	1,81	1,74	2,59	3,29	2,89	3,00	3,23	2,85	3,84	4,12	4,20	3,20	5,16	2,51	1,09; [1,37-5,16]
	Győr-Moson-Sopron	1,40	2,01	1,75	1,82	1,77	1,79	2,08	2,24	2,09	2,09	1,77	2,47	2,60	3,50	2,84	3,54	2,80	3,46	3,02	3,27	3,37	2,93	2,78	2,49	0,66; [1,40-3,54]
	Zala	2,94	2,84	3,09	2,05	2,40	2,05	2,51	3,04	2,00	1,90	1,82	1,92	2,61	3,56	3,53	2,94	2,86	3,62	3,22	4,11	3,38	3,41	3,67	2,85	0,67; [1,81-4,11]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	5,54	4,27	4,98	4,33	4,31	4,47	3,89	4,16	4,35	3,34	3,28	4,25	3,87	4,77	4,60	5,00	4,81	4,68	5,11	5,24	5,09	3,30	4,43	4,44	0,62; [3,28-5,54]
	Heves	3,60	3,24	2,75	2,45	1,87	2,44	2,24	2,60	2,35	1,94	2,27	2,83	2,49	2,74	2,55	2,94	3,06	2,86	3,01	3,21	2,95	3,26	3,26	2,74	0,45; [1,87-3,60]
	Nógrád	2,96	2,90	3,72	2,55	3,10	2,98	2,25	2,88	2,37	2,44	2,21	3,30	3,27	3,46	4,07	3,81	4,00	3,85	3,02	3,92	3,60	2,40	4,00	3,18	0,62; [2,21-4,07]
Közép-Dunántúl	Fejér	2,19	2,05	2,53	2,03	1,79	2,00	2,17	1,81	2,63	2,16	1,80	3,03	3,06	3,14	3,31	3,31	2,24	2,57	2,92	3,35	3,41	2,60	2,70	2,56	0,55; [1,79-3,41]
	Komárom-Esztergom	2,55	2,06	1,65	2,04	2,24	2,31	2,07	2,44	2,22	2,05	2,29	2,68	2,67	2,76	2,77	2,59	2,45	2,75	2,76	2,71	3,00	2,83	2,46	2,45	0,33; [1,65-3,00]
	Veszprém	2,88	2,52	2,21	2,74	2,07	2,35	2,62	2,37	1,80	2,36	2,12	2,44	2,44	3,69	4,26	3,88	3,83	3,98	3,42	3,79	3,50	3,09	3,62	2,96	0,74; [1,79-4,26]
Közép-Magyarország	Budapest	1,35	1,12	0,96	0,73	0,76	0,68	0,83	0,73	0,73	0,95	0,87	0,99	0,89	1,17	1,28	1,45	1,71	1,87	2,79	2,46	2,66	2,82	3,19	1,43	0,80; [0,68-3,19]
	Pest	1,88	1,52	1,42	1,17	1,30	1,55	1,40	1,05	1,25	1,34	1,41	1,26	1,76	1,67	1,94	2,04	2,38	2,62	2,79	2,83	2,68	1,98	2,54	1,82	0,57; [1,05-2,83]
adott évi országos átlag adatok (%)		**2,71**	**2,40**	**2,40**	**2,26**	**2,08**	**2,19**	**2,09**	**2,35**	**2,16**	**2,13**	**2,09**	**2,44**	**2,64**	**2,96**	**3,01**	**3,03**	**2,98**	**2,98**	**3,16**	**3,35**	**3,22**	**2,80**	**3,10**	**2,63**	**0,84; [0,68-5,54]**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

34. sz. táblázat: Egy éves kor betöltésekor végzett védőnői vizsgálat alapján, az alacsony (3 és 10 közötti) testtömegpercentil értékkel rendelkező csecsemők aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag adatok	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	5,98	5,95	5,93	5,41	4,39	4,78	5,19	6,07	6,03	5,16	4,91	4,64	5,21	4,63	5,56	5,89	6,17	5,84	5,45	4,40	5,47	4,01	2,60	5,20	0,84; [2,60-6,17]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	6,57	5,58	4,39	4,65	4,07	5,13	4,38	3,64	5,48	4,06	3,71	5,05	4,59	4,64	4,34	4,23	3,75	5,24	4,48	4,18	4,51	3,58	3,86	4,53	0,72; [3,58-6,57]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	15,59	18,35	14,12	9,07	7,61	6,90	6,93	5,90	5,51	5,54	6,00	5,50	5,21	5,62	5,51	5,36	5,20	5,75	4,93	5,84	5,10	3,91	4,13	7,11	3,74; [3,91-18,35]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	4,45	4,29	3,94	3,33	4,10	3,38	3,07	3,28	4,00	4,10	4,19	5,28	5,72	7,13	7,51	7,52	6,72	7,22	9,02	8,86	8,02	7,29	6,74	5,62	1,94; [3,07-9,02]
	Békés	6,12	6,06	4,41	5,79	4,38	3,68	3,76	5,09	4,50	5,06	5,71	4,88	4,62	5,57	4,45	4,90	5,43	5,52	5,10	6,21	4,80	3,68	3,61	4,93	0,80; [3,61-6,21]
	Csongrád-Csanád	5,45	4,38	5,24	4,36	3,87	2,86	4,02	4,17	4,21	4,40	3,74	4,27	5,30	4,96	4,42	4,78	4,72	3,84	4,42	4,73	4,48	4,48	3,72	4,38	0,58; [2,86-5,45]
Dél-Dunántúl	Baranya	10,73	8,50	7,74	5,57	5,30	4,48	4,92	4,29	5,65	4,01	3,58	4,19	4,47	4,85	5,15	5,37	5,35	4,47	4,14	4,52	4,91	2,95	3,27	5,15	1,74; [2,95-10,73]
	Somogy	8,23	7,07	4,99	4,89	4,64	5,73	6,45	6,15	6,52	5,09	5,17	5,90	5,27	6,00	5,31	7,45	6,53	6,87	6,87	5,64	6,49	6,04	4,78	6,00	0,93; [4,64-8,23]
	Tolna	17,27	12,71	8,73	8,86	9,65	7,41	5,40	6,09	5,36	4,25	3,35	4,63	4,77	4,40	4,44	4,46	4,61	3,84	3,74	3,40	3,72	2,42	2,81	5,93	3,51; [2,42-17,27]
Nyugat-Dunántúl	Vas	4,39	3,41	4,00	3,94	3,30	3,06	3,32	3,67	3,00	2,88	3,44	3,71	4,53	4,29	4,68	5,03	6,31	5,50	6,18	7,17	6,12	4,93	5,01	4,43	1,20; [2,88-7,17]
	Győr-Moson-Sopron	4,80	4,65	4,31	4,31	3,51	3,48	3,47	4,03	3,51	3,56	4,05	4,37	5,15	4,44	5,25	5,60	5,03	5,20	5,04	5,05	4,40	3,51	3,75	4,37	0,68; [3,47-5,60]
	Zala	6,52	5,28	5,57	4,63	4,32	4,52	3,75	5,07	4,93	4,58	4,29	3,59	4,76	5,36	5,84	5,58	5,67	5,82	5,89	7,11	4,53	3,36	4,49	5,02	0,92; [3,36-7,11]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	20,19	10,86	8,95	10,65	9,14	8,04	8,53	8,31	8,43	7,12	6,96	7,23	8,36	7,84	7,55	7,19	7,42	6,90	8,20	7,57	6,81	5,05	5,27	8,37	2,91; [5,05-20,19]
	Heves	6,06	5,62	5,60	4,46	4,60	5,40	5,15	7,06	5,48	3,98	3,82	4,50	6,47	5,58	5,78	4,81	4,24	4,68	4,79	6,08	5,16	5,00	3,56	5,13	0,86; [3,56-7,06]
	Nógrád	8,08	7,68	8,20	7,76	4,86	5,12	6,47	5,40	6,13	4,66	4,83	4,92	4,37	5,16	5,79	6,83	6,58	8,22	6,28	4,67	3,90	4,56	4,43	5,86	1,38; [3,90-8,22]
Közép-Dunántúl	Fejér	11,64	10,83	7,08	8,88	6,65	6,70	7,75	3,38	3,83	3,81	5,24	3,91	6,19	6,43	5,53	6,45	6,36	6,00	7,69	5,78	6,11	5,63	5,93	6,43	2,02; [3,38-11,64]
	Komárom-Esztergom	5,01	5,02	4,09	4,19	4,24	4,37	4,45	4,96	4,33	4,77	6,17	4,13	6,66	4,81	5,60	5,38	5,26	3,86	3,84	5,16	5,29	2,90	2,69	4,66	0,92; [2,69-6,66]
	Veszprém	6,31	7,36	5,32	6,27	6,21	6,21	5,08	5,26	3,50	3,82	6,02	7,73	5,61	6,06	6,62	5,04	4,84	4,82	5,74	5,39	5,08	4,52	4,40	5,53	1,03; [3,50-7,73]
Közép-Magyarország	Budapest	3,23	3,16	2,03	1,52	1,90	2,10	2,07	1,64	1,88	2,22	1,42	1,76	2,83	2,91	2,80	3,21	4,18	4,38	3,59	4,68	4,62	4,04	4,29	2,89	1,08; [1,42-4,68]
	Pest	6,64	4,53	3,72	2,80	3,05	2,85	3,47	3,44	3,44	2,88	2,99	2,95	3,91	3,75	3,75	4,26	4,24	4,20	4,29	4,51	4,86	3,22	3,85	3,81	0,86; [2,80-6,64]
adott évi országos átlag adatok (%)		**8,16**	**7,06**	**5,92**	**5,57**	**4,99**	**4,81**	**4,88**	**4,85**	**4,79**	**4,30**	**4,48**	**4,66**	**5,20**	**5,22**	**5,29**	**5,47**	**5,43**	**5,41**	**5,48**	**5,55**	**5,22**	**4,25**	**4,16**	**5,27**	**2,03; [1,42-20,19]**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

35. sz. táblázat: Az első életévet betöltött csecsemők közül a 4. hónapig kizárólag anyatejjel tápláltak aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag adatok	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	48,35	52,08	56,06	57,16	59,38	62,60	64,16	59,66	61,59	59,73	58,09	56,96	57,12	52,39	50,33	49,96	47,38	46,31	45,01	44,04	47,80	48,54	47,47	53,57	6,16; [44,04-64,16]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	52,83	59,94	63,37	66,05	65,57	63,90	66,86	60,88	61,86	64,42	62,31	53,50	47,82	42,82	41,25	41,16	40,06	37,44	38,12	36,30	35,66	29,22	27,99	50,41	13,16; [27,99-66,86]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	43,75	48,11	50,67	53,37	57,06	57,96	60,15	58,46	59,76	60,87	61,64	53,32	51,20	49,56	48,45	45,37	43,24	43,01	39,98	40,03	39,58	39,37	40,14	49,78	7,80; [39,37-61,64]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	46,44	50,78	53,94	53,53	56,65	58,82	61,33	50,96	54,18	55,75	55,85	53,59	52,47	54,52	50,82	49,74	47,50	45,90	44,03	43,18	42,33	43,87	43,88	50,87	5,93; [42,33-61,33]
	Békés	55,88	58,81	60,73	64,68	61,69	61,75	64,40	50,20	53,15	53,69	55,56	52,39	49,90	47,98	45,74	43,68	41,99	36,52	35,82	31,51	32,38	34,71	38,26	49,19	10,67; [31,51-64,68]
	Csongrád-Csanád	60,23	63,82	68,32	66,45	69,68	69,73	71,99	60,53	61,48	63,78	64,44	60,60	52,43	44,02	43,07	42,42	41,04	42,05	43,83	34,14	39,55	37,48	37,90	53,87	12,72; [34,14-71,99]
Dél-Dunántúl	Baranya	45,14	50,39	52,63	54,99	57,02	58,32	61,05	50,87	56,13	58,53	60,50	55,28	56,19	55,37	54,63	54,53	51,68	52,80	52,63	50,13	48,18	48,93	50,81	53,77	3,98; [45,14-61,05]
	Somogy	45,49	49,25	52,95	52,31	55,56	59,01	59,50	53,85	49,93	55,66	54,22	54,43	53,86	51,24	50,78	50,39	53,12	49,83	48,67	49,19	49,37	50,54	49,21	52,10	3,37; [45,49-59,50]
	Tolna	47,00	48,07	54,79	55,71	55,91	58,65	59,98	51,64	56,16	54,73	59,67	55,48	56,92	59,16	56,65	56,25	55,67	52,23	51,25	49,77	47,15	51,64	45,05	53,89	4,29; [45,05-59,98]
Nyugat-Dunántúl	Vas	42,06	47,51	52,89	56,94	58,88	60,80	61,62	57,38	60,11	63,21	62,54	56,22	54,99	55,68	53,66	49,70	51,89	50,25	47,27	45,01	39,74	42,24	43,77	52,80	7,12; [39,74-63,21]
	Győr-Moson-Sopron	55,72	60,87	62,42	65,52	66,29	66,13	70,14	61,85	63,57	66,21	67,36	62,48	63,50	64,38	62,09	59,83	61,00	56,09	56,22	54,72	54,30	55,22	55,29	61,36	4,67; [54,30-70,14]
	Zala	57,31	57,73	57,50	61,34	65,70	68,85	67,88	64,37	65,26	65,64	67,34	60,26	59,67	58,43	57,80	54,68	53,11	52,09	53,97	52,10	53,92	55,20	58,35	59,50	5,34; [52,10-68,85]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	45,11	53,36	57,39	58,55	62,05	63,71	65,17	62,49	63,02	65,43	63,86	58,40	54,88	55,46	52,33	51,32	48,05	45,71	45,22	46,05	43,98	44,84	45,75	54,44	7,69; [43,98-65,43]
	Heves	45,63	51,04	49,48	54,79	57,78	55,42	58,94	46,38	50,81	52,73	56,23	49,98	46,17	46,09	44,80	44,44	44,95	43,42	40,82	42,17	40,95	44,00	42,28	48,23	5,56; [40,82-58,94]
	Nógrád	61,01	61,83	62,78	64,79	64,21	65,60	67,40	55,93	59,90	59,57	61,87	55,33	53,13	56,37	53,64	48,96	50,19	46,46	44,80	45,54	42,94	42,75	42,37	55,10	8,18; [42,37-67,40]
Közép-Dunántúl	Fejér	54,12	58,75	61,73	62,44	62,66	63,43	66,65	59,08	57,76	62,47	63,98	61,49	60,29	58,53	59,54	59,24	58,10	56,51	52,80	53,01	53,15	52,69	54,29	58,81	4,04; [52,69-66,65]
	Komárom-Esztergom	56,31	58,13	60,42	62,13	64,98	66,46	65,86	58,97	62,87	64,58	63,99	57,74	59,97	58,84	57,73	56,25	56,02	57,83	52,70	50,17	54,78	56,16	56,26	59,09	4,28; [50,17-66,46]
	Veszprém	41,83	49,79	51,91	52,43	56,06	60,46	61,71	54,13	57,20	60,43	61,65	56,40	58,33	55,15	54,47	56,40	54,47	52,77	52,26	52,87	51,22	51,47	53,59	54,65	4,42; [41,83-61,71]
Közép-Magyarország	Budapest	53,89	58,31	61,69	64,62	68,54	70,17	71,69	65,98	67,84	66,78	68,24	63,98	64,27	63,63	62,40	61,26	60,42	61,27	59,84	59,94	59,91	60,22	60,64	63,28	4,25; [53,89-71,69]
	Pest	45,44	50,51	54,05	57,04	61,09	63,48	65,00	61,33	62,05	65,80	66,02	61,50	61,66	63,14	61,06	59,75	57,86	57,48	56,36	51,47	50,29	50,99	54,53	58,17	5,65; [45,44-66,02]
adott évi országos átlag adatok (%) SD; [MIN-MAX]		**50,18 6,19; [41,83-61,01]**	**54,45 5,29; [47,51-63,82]**	**57,29 5,12; [49,48-68,32]**	**59,24 (5,01; [52,31-66,45]**	**61,34 4,47; [55,56-69,68]**	**62,76 4,16; [55,42-70,17]**	**64,57 4,01; [58,94-71,99]**	**57,25 5,29; [46,38-65,98]**	**59,23 4,75; [49,93-67,84]**	**61,00 4,54; [52,73-66,78]**	**61,77 4,14; [54,22-68,24]**	**56,97 3,76; [49,98-63,98]**	**55,74 5,00; [46,17-64,27]**	**54,64 6,21; [42,82-64,38]**	**53,06 6,23; [41,25-62,40]**	**51,77 6,22; [41,16-61,26]**	**50,89 6,43; [40,06-61,00]**	**49,30 6,86; [36,52-61,27]**	**48,08 6,62; [35,82-59,84]**	**46,57 7,23; [31,51-59,94]**	**46,36 7,20; [32,38-59,91]**	**47,00 7,89; [29,22-60,22]**	**47,39 8,20; [27,99-60,64]**	**54,64**	**7,99; [27,99-71,99]**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

36. sz. táblázat: Az első életévet betöltött csecsemők közül a 6. hónapig kizárólag anyatejjel tápláltak aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag adatok	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	23,73	25,44	29,12	30,26	34,25	36,37	38,38	34,08	38,63	42,34	43,30	35,55	34,76	34,55	30,75	26,70	25,51	26,43	27,31	28,35	32,85	33,70	33,14	32,41	5,38; [23,73-43,30]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	22,69	29,97	31,24	32,86	34,15	32,72	36,71	33,57	36,11	38,26	38,24	26,39	27,21	23,97	23,66	25,24	24,89	22,92	23,48	23,73	23,05	19,09	17,23	28,15	6,21; [17,23-38,26]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	20,38	23,83	26,59	26,52	29,33	31,08	34,74	35,45	35,76	38,24	38,91	27,22	26,41	29,30	27,97	27,84	25,89	24,94	25,77	24,62	25,78	25,00	25,71	28,58	4,87; [20,38-38,91]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	22,10	24,80	26,28	27,17	29,52	31,41	36,31	28,65	34,22	37,03	37,95	33,66	33,92	36,50	34,02	33,36	30,44	29,40	30,34	29,04	30,74	33,04	32,52	31,41	4,02; [22,10-37,94]
	Békés	31,46	32,80	34,13	37,33	34,81	35,86	40,42	26,58	31,52	34,00	35,51	29,08	27,79	26,50	26,69	24,19	24,02	19,73	21,07	18,97	19,43	22,11	25,47	28,67	6,28; [18,97-40,42]
	Csongrád-Csanád	32,14	38,70	39,01	37,90	43,39	42,83	47,44	33,78	40,94	45,61	46,10	39,88	35,40	30,12	25,09	25,87	23,38	24,12	25,05	21,95	25,40	23,85	26,37	33,67	8,55; [21,95-47,44]
Dél-Dunántúl	Baranya	19,52	24,46	26,56	31,00	34,02	35,02	38,44	29,65	38,02	42,18	45,20	38,71	39,73	40,51	39,39	39,25	37,11	38,59	37,12	36,46	36,45	37,84	40,01	35,88	5,99; [19,52-45,20]
	Somogy	21,13	24,38	26,78	26,91	28,41	31,68	34,01	28,56	28,78	35,23	34,85	33,42	36,08	35,54	34,38	35,71	38,07	36,30	33,38	33,21	35,07	37,32	37,26	32,45	4,56; [21,16-38,07]
	Tolna	22,11	25,38	28,07	29,32	30,73	34,43	36,61	29,48	35,27	35,87	44,02	38,58	40,05	42,76	42,04	40,68	39,14	36,18	36,71	37,45	34,45	39,92	34,40	35,38	5,65; [22,11-44,02]
Nyugat-Dunántúl	Vas	11,88	19,97	21,99	26,46	29,87	31,75	38,51	36,73	41,46	43,66	44,29	39,62	39,70	43,41	41,11	38,63	40,42	38,90	36,05	35,08	32,04	34,71	34,51	34,81	8,19; [11,88-44,29]
	Győr-Moson-Sopron	25,54	29,92	31,97	36,38	39,01	40,65	46,18	34,88	42,52	46,34	49,06	41,49	46,70	48,31	45,37	43,07	41,06	39,17	39,17	38,82	36,79	39,79	41,36	40,15	5,85; [25,54-49,06]
	Zala	23,53	29,25	28,48	31,11	38,20	40,80	41,66	40,53	43,61	45,00	45,78	36,67	38,31	38,04	35,22	36,00	35,12	34,12	35,68	34,77	37,96	39,37	40,53	36,95	5,34; [23,53-45,78]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	16,38	20,80	23,76	25,68	28,87	31,22	33,25	33,11	35,64	39,24	38,37	28,97	28,20	32,01	29,23	27,36	25,58	24,07	23,13	25,55	25,15	25,85	27,18	28,20	5,43; [16,38-39,24]
	Heves	18,33	20,49	20,45	23,82	26,29	25,69	31,84	23,24	28,13	29,01	32,02	25,75	24,97	24,75	25,30	24,76	24,35	22,29	21,95	24,32	25,31	26,78	28,35	25,14	3,35; [18,33-32,02]
	Nógrád	35,77	38,12	39,65	40,82	43,71	43,68	46,72	37,15	43,44	46,11	46,11	37,52	38,31	42,70	38,70	35,65	33,99	33,27	32,19	34,32	32,83	34,51	33,74	38,65	4,67; [32,19-46,72]
Közép-Dunántúl	Fejér	28,26	32,17	34,93	37,74	40,49	40,85	44,69	34,96	36,12	41,84	43,56	38,78	39,91	40,18	40,46	41,06	39,45	36,50	35,84	35,94	37,26	37,87	38,94	38,16	3,66; [28,26-44,69]
	Komárom-Esztergom	29,34	29,89	31,82	33,76	36,92	39,63	42,56	38,28	40,90	45,49	42,41	37,13	40,65	42,45	41,41	38,14	38,91	42,63	37,96	36,49	41,17	42,56	41,89	38,80	4,27; [29,34-45,49]
	Veszprém	15,85	19,45	23,40	24,46	26,93	32,19	34,36	31,38	37,77	42,93	43,93	38,78	38,33	39,31	37,85	37,59	36,84	34,67	36,32	36,69	36,27	38,87	39,78	34,08	7,32; [15,85-43,93]
Közép-Magyarország	Budapest	26,25	31,14	34,48	37,33	41,97	45,33	49,58	45,23	48,36	48,18	50,46	45,34	45,57	46,44	45,44	43,63	41,73	42,15	41,79	43,81	44,37	46,38	46,27	43,10	5,84; [26,25-50,46]
	Pest	21,16	25,34	28,31	30,49	35,00	39,29	41,56	39,22	42,25	47,59	48,90	42,13	43,07	45,82	43,69	43,53	42,03	41,70	41,82	39,65	38,68	39,63	43,26	39,31	6,92; [21,16-48,90]
adott évi országos átlag adatok (%) SD; [MIN-MAX]		**23,38; [11,88-35,77]**	**27,32; 5,57; [19,45-38,70]**	**29,35; 5,29; [20,45-39,65]**	**31,37; 5,16; [23,82-40,82]**	**34,29; 5,51; [26,29-43,71]**	**36,12; 5,25; [25,70-45,33]**	**39,70; 5,20; [31,84-49,58]**	**33,73; 5,18; [23,24-45,23]**	**37,97; 5,13; [28,13-48,36]**	**41,21; 5,17; [29,01-48,18]**	**42,45; 5,06; [32,02-50,46]**	**35,73; 5,62; [25,75-45,34]**	**36,25; 6,40; [24,97-46,70]**	**37,16; 7,36; [23,97-48,31]**	**35,39; 7,18; [23,66-45,44]**	**34,41; 6,90; [24,19-43,63]**	**33,40; 7,01; [23,38-42,03]**	**32,40; 7,47; [19,73-42,63]**	**32,11; 6,79; [21,07-41,82]**	**31,96; 6,85; [18,97-43,81]**	**32,55; 6,61; [19,43-44,37]**	**33,91; 7,57; [19,09-46,38]**	**34,40; 7,47; [17,23-46,27]**	**34,20**	**7,36; [11,88-50,46]**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

37. sz. táblázat: Az első életévet betöltött csecsemők közül a 12 hónaposan még anyatejet kapók aránya (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Összesített megyei átlag adatok	
																									%	SD; [MIN-MAX]
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	41,24	43,32	46,02	45,87	49,31	49,57	53,00	57,37	31,04	32,21	33,35	36,76	38,05	36,60	37,14	40,03	37,54	36,53	38,55	36,85	40,00	39,07	38,35	40,77	6,65; [31,04-57,37]
	Jász-Nagykunk-Szolnok	36,45	38,58	38,39	38,83	40,76	40,66	45,21	48,24	24,95	25,25	27,45	31,20	28,08	31,68	30,16	29,86	27,60	27,18	26,44	26,21	27,03	26,82	25,76	32,30	6,99; [24,95-48,24]
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	35,25	35,50	39,90	42,05	42,11	42,36	44,60	47,52	27,06	29,63	27,96	32,21	33,14	34,00	34,55	32,20	31,26	28,99	28,02	26,95	27,78	27,36	26,97	33,80	6,38; [26,95-47,52]
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	35,50	38,12	39,00	39,36	40,43	45,07	47,67	49,53	25,09	29,11	29,06	29,70	31,61	33,12	33,20	30,79	28,55	28,84	29,60	31,13	33,54	31,47	31,02	34,37	6,48; [25,09-49,53]
	Békés	41,25	40,77	42,21	44,74	46,15	44,99	48,88	48,90	21,60	25,65	31,42	28,23	29,65	31,62	30,57	28,49	28,43	24,57	24,74	23,16	23,67	25,35	26,35	33,10	9,21; [21,60-48,90]
	Csongrád-Csanád	43,41	44,89	47,04	47,43	50,07	48,02	53,79	58,81	30,57	32,73	32,49	34,10	33,54	35,69	38,83	32,86	31,21	31,96	32,38	33,93	33,18	32,46	34,19	38,85	8,36; [30,57-58,81]
Dél-Dunántúl	Baranya	37,04	39,78	41,60	44,43	46,89	47,66	50,41	49,67	30,49	34,79	36,24	38,71	37,58	38,63	39,21	39,83	37,97	37,84	38,92	37,68	38,70	37,58	38,28	40,00	4,80; [30,49-50,41]
	Somogy	37,20	39,09	44,17	43,22	47,33	49,63	48,04	51,03	31,22	33,46	32,46	38,16	39,38	38,44	36,35	39,18	40,31	38,24	37,38	36,68	39,00	40,30	39,17	39,98	5,17; [31,22-51,03]
	Tolna	34,07	33,35	39,00	40,47	42,32	43,50	44,59	47,30	24,38	28,85	34,58	37,31	37,11	40,94	42,15	41,84	41,44	39,77	38,32	38,81	37,63	39,27	36,59	38,42	5,05; [24,38-47,30]
Nyugat-Dunántúl	Vas	32,89	35,34	37,62	40,69	43,83	43,90	49,80	50,95	27,61	31,26	31,20	33,94	36,08	37,57	36,41	33,87	34,69	33,96	30,83	31,66	32,23	31,67	33,98	36,17	5,98; [27,61-50,95]
	Győr-Moson-Sopron	43,74	47,12	49,87	51,72	52,53	54,88	57,28	59,63	28,88	37,98	38,67	38,71	40,70	42,84	39,86	39,02	39,62	37,25	37,62	35,40	36,52	38,48	39,91	42,97	7,83; [28,88-59,63]
	Zala	45,62	45,88	46,44	49,17	53,12	56,94	58,82	59,25	36,34	40,81	42,29	43,55	45,37	48,32	45,03	43,71	43,49	43,31	44,22	41,21	42,60	44,10	45,52	46,31	5,74; [36,34-59,25]
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	40,75	43,25	45,47	47,35	49,02	50,85	51,73	52,90	29,77	32,84	33,07	36,08	36,63	38,36	37,13	36,64	36,09	33,80	33,31	34,31	35,33	33,44	32,89	39,17	7,01; [29,77-52,90]
	Heves	34,71	35,27	36,00	38,02	40,70	39,90	42,82	45,08	26,30	28,20	28,82	31,74	33,58	32,60	33,33	34,99	35,77	31,09	32,21	33,40	31,48	32,49	32,22	34,38	4,55; [26,30-45,08]
	Nógrád	42,65	42,84	44,31	46,28	47,98	47,14	49,85	51,04	34,55	34,32	34,40	36,35	37,97	41,12	36,99	35,58	36,43	34,09	36,11	35,32	32,22	34,75	35,79	39,48	5,77; [32,22-51,04]
Közép-Dunántúl	Fejér	40,10	41,38	44,96	45,66	48,01	47,85	50,77	54,63	29,54	30,25	33,27	36,38	38,35	38,99	40,68	40,21	39,05	38,00	39,22	38,61	38,54	37,74	39,71	40,52	5,99; [29,54-54,63]
	Komárom-Esztergom	39,51	42,04	42,56	44,54	45,31	48,27	50,05	51,74	29,12	30,44	30,72	33,49	36,47	37,54	37,47	36,25	35,13	37,15	33,77	31,66	33,90	34,70	34,62	38,11	6,38; [29,12-51,74]
	Veszprém	36,38	38,81	41,22	39,90	46,09	47,93	49,86	51,23	26,72	30,60	31,15	35,09	35,06	35,76	36,66	36,37	34,57	34,56	33,31	33,94	34,90	36,31	36,25	37,51	6,12; [26,72-51,23]
Közép-Magyarország	Budapest	41,54	43,48	45,94	48,48	52,22	53,55	57,09	51,23	28,06	33,95	34,04	37,89	40,89	40,81	39,77	41,63	41,55	41,72	42,27	42,67	43,21	45,09	45,90	43,17	7,18; [28,06-58,96]
	Pest	34,67	37,42	39,71	42,78	44,98	48,38	49,57	51,23	28,50	31,32	32,27	36,33	37,94	38,88	38,11	39,78	39,53	36,73	37,67	38,58	38,87	38,48	39,04	39,16	5,69; [28,50-53,52]
adott évi országos átlag adatok (%) SD; [MIN-MAX]		**38,70 3,73; [32,89-45,62]**	**40,31 3,83; [33,35-47,12]**	**42,57 3,69; [36,00-49,87]**	**44,05 3,78; [38,02-51,72]**	**46,46 3,95; [40,43-53,12]**	**47,55 4,44; [39,90-56,94]**	**50,19 4,30; [42,82-58,82]**	**52,37 4,42; [45,08-59,63]**	**28,59 3,43; [21,60-36,34]**	**31,68 (3,73; [25,25-40,81])**	**32,74 (3,54; [27,45-42,29])**	**35,30 (3,58; [28,23-43,55])**	**36,36 (4,02; [28,08-45,37])**	**37,68 (4,10; [31,62-48,32])**	**37,18 (3,64; [30,16-45,03])**	**36,66 (4,30; [28,49-43,71])**	**36,01 (4,64; [27,60-43,49])**	**34,78 (4,87; [24,57-43,31])**	**34,75 (5,18; [24,74-44,22])**	**34,41 (4,97; [23,16-42,67])**	**35,02 (5,11; [23,67-43,21])**	**35,35 (5,34; [25,35-45,09])**	**35,63 (5,54; [25,76-45,90])**	**38,43**	**7,26; [21,60-59,63]**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

38. sz. táblázat: Egy gondozott csecsemőkorúra jutó védőnői tanácsadási arányszám (alkalom), megyénként, régiónként 1997 és 2019

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	megyei átlag
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	1,56	1,73	1,83	1,87	1,95	2,04	2,23	2,46	2,47	2,78	2,81	3,33	3,66	4,16	4,43	4,61	5,03	6,00	5,67	5,85	6,40	6,93	6,93	**3,77**
	Jász-Nagykunk-Szolnok	1,21	1,48	1,62	1,74	1,70	1,87	1,91	1,87	2,08	2,30	2,73	3,80	4,32	4,85	4,92	4,86	4,91	5,96	5,18	5,41	5,95	6,59	6,54	**3,64**
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	2,66	3,07	3,09	3,20	3,30	3,37	3,70	4,09	4,28	4,32	5,37	5,01	6,37	7,40	7,65	7,38	7,54	9,62	8,66	7,99	8,16	8,75	8,83	**5,82**
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	1,43	1,72	1,90	2,37	2,12	2,07	2,21	2,50	2,81	2,81	2,85	2,88	3,88	4,47	5,12	5,04	5,31	6,22	6,01	6,01	6,74	7,59	7,55	**3,98**
	Békés	2,29	2,69	2,54	2,58	2,66	2,91	3,03	3,15	3,61	4,17	4,03	4,19	4,92	5,55	5,79	5,81	6,02	6,67	6,93	7,35	7,91	8,60	8,36	**4,86**
	Csongrád-Csanád	1,81	1,95	1,89	2,02	2,03	2,22	2,26	2,40	2,65	3,01	3,12	3,02	4,28	4,90	5,35	5,14	5,21	5,84	6,03	6,39	6,52	7,61	7,77	**4,06**
Dél-Dunántúl	Baranya	2,58	2,74	2,67	3,01	3,12	3,11	2,91	3,21	3,40	3,45	3,44	2,95	3,98	4,36	4,69	4,98	5,19	6,10	5,85	5,98	6,25	6,66	6,81	**4,24**
	Somogy	2,19	2,47	2,42	2,46	2,42	2,54	2,66	2,53	2,73	2,98	1,95	3,14	3,74	4,54	5,63	5,86	6,02	6,34	5,84	6,08	6,23	6,88	7,03	**4,12**
	Tolna	2,18	2,79	2,72	3,19	3,25	3,33	3,34	3,66	4,01	3,67	3,84	4,03	4,12	4,62	4,82	5,03	4,70	5,02	5,40	5,46	5,50	6,54	6,41	**4,25**
Nyugat-Dunántúl	Vas	1,45	1,74	1,94	1,98	2,14	2,15	2,25	2,42	4,14	6,65	6,00	6,48	6,91	7,39	7,96	7,93	7,64	7,56	7,48	7,39	7,70	8,50	8,41	**5,40**
	Győr-Moson-Sopron	2,37	2,96	3,38	3,69	3,74	4,12	4,83	5,11	5,20	5,55	5,54	5,82	6,47	6,77	6,71	6,63	6,70	22,03	7,42	7,56	8,07	8,85	8,89	**6,45**
	Zala	1,44	1,53	1,57	1,82	1,72	1,55	1,78	1,74	1,94	2,12	2,40	2,21	3,02	3,65	4,09	4,31	4,52	5,00	5,00	5,09	5,36	6,28	6,90	**3,26**
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	0,85	0,79	0,86	0,91	0,96	1,17	1,31	1,33	1,58	1,80	2,06	2,50	3,33	3,65	4,23	4,31	4,40	5,07	4,53	4,53	5,01	5,54	5,52	**2,88**
	Heves	2,67	3,47	3,61	4,17	4,07	4,59	4,70	4,54	4,71	5,03	4,87	5,48	6,16	7,33	7,74	7,95	8,24	8,82	8,55	9,14	9,25	9,31	9,37	**6,25**
	Nógrád	3,78	3,69	3,91	3,93	4,24	4,58	4,44	4,51	5,08	5,76	5,70	5,94	6,46	7,03	7,35	7,20	7,62	7,83	7,89	8,24	8,77	8,97	8,94	**6,17**
Közép-Dunántúl	Fejér	2,24	2,84	2,53	2,64	2,64	2,64	2,62	2,93	4,16	4,77	4,66	5,60	5,98	6,26	6,60	6,59	6,81	7,36	7,40	7,56	7,69	7,82	8,06	**5,15**
	Komárom-Esztergom	2,74	3,15	3,27	3,25	3,45	3,65	3,67	3,81	3,88	3,80	3,88	4,46	5,09	5,44	5,78	5,72	6,03	6,24	6,14	6,10	6,22	6,61	6,72	**4,74**
	Veszprém	1,49	1,64	1,80	1,98	2,15	2,54	2,46	2,41	2,98	3,79	4,14	4,49	5,23	5,95	6,48	6,65	6,73	6,65	6,84	7,10	7,34	8,18	8,30	**4,67**
Közép-Magyarország	Budapest	0,93	0,94	1,11	1,09	1,18	1,31	1,31	1,09	1,43	1,43	1,41	1,48	1,69	2,03	2,30	2,37	2,51	3,77	2,70	2,82	3,22	4,20	4,35	**2,03**
	Pest	1,59	1,70	1,54	1,89	1,86	2,05	2,10	2,17	2,58	2,55	2,75	3,14	3,37	3,94	4,37	4,48	4,67	6,09	5,21	5,27	5,74	6,54	6,36	**3,56**
adott évi országos átlag adatok (%)		**1,97**	**2,25**	**2,31**	**2,49**	**2,54**	**2,69**	**2,79**	**2,90**	**3,29**	**3,64**	**3,68**	**4,00**	**4,65**	**5,21**	**5,60**	**5,64**	**5,79**	**7,21**	**6,24**	**6,37**	**6,70**	**7,35**	**7,40**	**4,46**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

39. sz. táblázat: Egy gondozott csecsemőkorúra jutó védőnői által végzett csecsemőlátogatási arányszám (alkalom), megyénként, régiónként 1997 és 2019

TERÜLET (régió; megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	megyei átlag
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	14,38	14,98	15,31	14,99	15,11	15,29	15,44	16,05	15,41	15,39	15,28	15,03	14,83	14,95	15,26	14,94	14,87	16,47	14,50	14,29	14,06	13,60	13,57	**14,96**
	Jász-Nagykunk-Szolnok	21,28	21,42	21,10	21,56	21,19	20,53	20,95	20,99	17,78	17,64	16,79	16,63	15,86	16,01	15,94	15,89	15,68	18,21	15,27	15,47	15,87	14,98	14,24	**17,88**
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	18,55	18,70	19,29	19,37	19,91	19,00	19,66	20,12	19,72	19,05	20,73	18,39	18,18	18,34	18,80	17,70	17,38	20,87	18,06	17,35	16,37	16,41	15,75	**18,60**
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	16,90	17,91	18,11	17,70	16,89	16,44	16,09	16,49	15,74	14,73	14,35	14,36	14,24	14,18	14,60	14,26	14,57	15,54	14,33	13,77	12,96	11,61	10,95	**15,08**
	Békés	15,70	16,17	16,41	16,24	15,86	15,59	15,54	15,71	15,33	15,20	14,99	14,60	14,78	15,30	15,35	14,70	14,51	14,98	14,55	14,93	14,28	13,32	12,96	**15,09**
	Csongrád-Csanád	18,35	18,83	18,51	18,23	17,66	17,54	17,82	17,77	17,23	16,96	16,70	16,40	16,62	16,87	16,75	16,32	16,09	15,98	15,80	16,05	16,14	15,59	15,83	**16,96**
Dél-Dunántúl	Baranya	19,26	19,56	19,02	19,34	19,46	18,57	18,40	18,49	17,52	17,21	16,74	12,59	16,09	16,19	16,72	16,77	16,67	17,47	16,16	16,20	16,21	15,45	15,75	**17,21**
	Somogy	18,15	18,94	19,04	19,30	18,55	18,17	18,44	18,90	18,31	17,25	9,99	17,45	16,95	16,97	17,05	16,89	16,80	17,46	16,51	16,51	16,05	15,51	15,62	**17,17**
	Tolna	20,39	20,93	20,99	22,09	21,87	21,47	21,68	21,92	21,23	19,84	19,73	19,74	18,78	19,00	19,25	18,82	18,31	18,89	17,62	18,02	17,10	16,95	16,43	**19,61**
Nyugat-Dunántúl	Vas	19,03	19,46	19,94	19,58	19,65	19,32	19,19	19,55	18,13	17,76	16,74	17,19	16,50	16,12	16,30	15,71	15,35	14,57	14,93	14,83	14,43	13,73	13,71	**17,03**
	Győr-Moson-Sopron	14,77	14,88	14,77	14,79	14,66	14,73	14,84	14,71	14,48	14,30	13,87	13,54	13,38	13,71	13,53	12,93	12,93	39,61	12,99	13,34	12,87	11,78	11,76	**14,92**
	Zala	22,63	23,28	23,47	22,61	21,37	21,00	21,04	20,07	19,05	19,68	17,71	19,10	18,56	18,75	18,87	18,20	17,99	18,34	17,93	17,81	17,52	17,23	17,64	**19,56**
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	17,07	17,82	17,95	17,57	17,61	17,65	18,02	18,24	17,69	18,00	16,98	17,07	16,52	16,54	16,54	16,05	16,17	17,89	15,22	15,20	15,35	15,14	14,82	**16,83**
	Heves	14,09	16,87	17,47	16,89	16,30	16,30	16,50	16,85	16,11	15,49	14,82	15,01	14,73	14,76	14,69	14,72	14,86	14,82	14,59	14,54	13,63	13,36	12,52	**15,21**
	Nógrád	18,81	19,46	19,94	20,45	19,24	19,26	19,04	19,47	19,18	18,76	17,46	18,18	18,00	17,39	17,29	16,88	16,31	16,50	15,66	15,75	15,76	15,17	14,55	**17,76**
Közép-Dunántúl	Fejér	17,70	19,84	17,34	18,05	17,28	17,09	17,20	16,86	16,01	15,65	15,29	14,96	14,46	14,74	14,86	14,28	15,13	15,94	14,70	15,24	14,53	13,95	13,95	**15,87**
	Komárom-Esztergom	16,81	16,83	16,98	16,66	16,43	16,60	16,54	16,11	15,44	14,68	13,47	14,54	14,08	14,19	14,54	14,38	14,24	14,41	13,29	14,06	13,20	12,12	12,29	**14,86**
	Veszprém	15,47	15,85	16,41	16,73	16,22	16,66	16,52	16,31	16,24	16,26	15,80	15,52	14,63	15,06	15,29	15,33	15,22	14,90	14,56	14,71	14,02	13,20	13,47	**15,41**
Közép-Magyarország	Budapest	14,52	13,81	14,35	13,89	13,78	13,59	13,70	11,84	12,85	12,71	12,45	12,76	12,37	12,43	12,81	12,75	12,59	17,76	12,33	12,58	12,49	12,14	11,24	**13,12**
	Pest	14,74	14,58	12,03	13,80	13,19	13,25	13,16	13,08	13,33	13,02	12,52	12,50	12,20	12,25	12,49	12,45	12,49	15,65	12,63	12,23	11,93	11,35	10,96	**12,86**
adott évi országos átlag		**17,43**	**18,01**	**17,92**	**17,99**	**17,61**	**17,40**	**17,49**	**17,48**	**16,84**	**16,48**	**15,62**	**15,78**	**15,59**	**15,69**	**15,85**	**15,50**	**15,41**	**17,81**	**15,08**	**15,14**	**14,74**	**14,13**	**13,90**	**16,30**

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

40. sz. táblázat: Betöltetlen területi védőnői állások aránya az összes területi állás viszonylatában (%) megyénként, régiónként 1997 és 2019 között

TERÜLET (régió;megye)/ÉV		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Megyei átlag
	Hajdú-Bihar	16,17	16,46	17,43	16,53	19,92	12,45	11,07	12,76	12,04	11,30	12,45	9,80	9,13	n.d	n.d	n.d	9,01	9,50	10,36	11,26	9,91	10,41	11,31	**12,46**
	Jász-Nagykunk-Szolnok	11,62	12,24	10,70	12,23	12,57	10,27	10,96	8,51	14,03	16,02	2,61	17,05	15,43	n.d	n.d	n.d	20,11	20,47	19,53	21,30	19,53	16,57	15,79	**14,38**
Észak-Alföld	Szabolcs-Szatmár-Bereg	10,44	11,45	11,45	9,43	10,44	9,43	6,31	3,28	2,62	3,96	18,50	4,53	2,66	n.d	n.d	n.d	7,09	5,19	7,43	5,51	5,86	5,90	4,43	**7,30**
	Bács-Kiskun	10,97	10,97	10,50	8,82	11,86	12,29	6,33	8,40	7,34	5,58	6,51	4,23	6,03	n.d	n.d	n.d	3,72	3,49	4,25	5,09	5,53	5,99	5,96	**7,19**
	Békés	16,20	14,37	13,14	11,98	14,89	14,89	16,49	12,17	9,80	6,54	9,80	7,95	7,28	n.d	n.d	n.d	10,32	7,61	8,05	11,49	8,16	5,44	5,48	**10,60**
Dél- Alföld	Csongrád-Csanád	3,48	2,49	4,95	5,42	4,88	3,90	3,74	5,00	3,35	2,79	3,35	2,25	1,99	n.d	n.d	n.d	5,92	3,26	4,14	2,30	1,72	2,29	1,71	**3,45**
	Baranya	13,30	12,94	9,55	13,57	12,56	14,14	11,94	11,94	7,91	7,30	5,75	7,69	6,43	n.d	n.d	n.d	5,99	2,99	7,78	8,98	7,83	7,98	5,52	**9,10**
	Somogy	10,34	11,38	8,98	9,52	10,12	10,12	8,93	5,19	5,42	7,83	7,93	5,56	5,56	n.d	n.d	n.d	4,46	5,73	7,01	9,49	8,28	7,59	8,28	**7,89**
Dél-Dunántúl	Tolna	7,63	4,24	2,54	7,56	6,72	10,17	10,57	7,38	7,14	7,27	8,18	5,56	3,74	n.d	n.d	n.d	1,87	0,93	0,93	0,93	2,78	6,48	6,48	**5,46**
	Vas	7,80	7,14	9,22	8,45	7,04	7,04	4,23	4,93	4,07	4,13	5,08	7,69	7,08	n.d	n.d	n.d	3,54	2,68	2,68	2,68	2,68	2,68	2,68	**5,18**
	Győr-Moson-Sopron	10,15	9,45	6,44	6,86	5,85	4,88	6,73	7,21	3,55	4,73	3,53	7,10	7,65	n.d	n.d	n.d	7,65	7,65	5,26	5,81	4,65	7,51	4,62	**6,36**
Nyugat- Dunántúl	Zala	6,25	8,97	6,25	6,29	9,03	9,09	9,79	4,90	6,86	3,68	4,41	5,93	5,22	n.d	n.d	n.d	6,62	5,97	7,46	9,09	8,27	7,52	8,27	**6,99**
	Borsod-Abaúj-Zemplén	17,13	17,22	17,68	15,58	14,67	11,38	8,51	7,45	6,20	4,88	3,79	5,79	4,32	n.d	n.d	n.d	9,22	9,83	7,80	10,95	8,96	9,17	10,32	**10,04**
	Heves	5,16	8,33	9,68	9,09	9,74	9,82	4,91	3,07	4,90	3,55	7,86	9,29	9,86	n.d	n.d	n.d	18,31	18,44	19,29	18,57	17,86	18,57	18,12	**11,22**
Észak-Magyarország	Nógrád	14,42	16,35	14,42	12,50	13,46	13,46	15,24	20,00	18,28	18,28	18,28	18,68	18,48	n.d	n.d	n.d	21,74	23,66	23,66	29,03	29,03	30,11	34,41	**20,17**
	Fejér	9,19	8,33	9,95	11,05	9,38	7,29	6,81	4,71	9,58	6,63	6,06	6,83	3,82	n.d	n.d	n.d	5,52	6,71	5,49	4,91	3,66	5,45	4,85	**6,81**
	Komárom-Esztergom	9,49	16,30	11,76	11,94	11,94	9,70	7,46	9,09	9,66	5,88	2,52	5,17	3,48	n.d	n.d	n.d	11,97	11,16	11,11	7,69	13,56	14,41	10,17	**9,72**
Közép- Dunántúl	Veszprém	11,80	11,36	10,67	10,11	11,80	10,11	9,66	7,30	6,67	4,70	4,70	8,16	6,90	n.d	n.d	n.d	5,04	4,35	6,52	6,52	6,47	7,25	7,25	**7,87**
	Budapest	9,31	9,51	8,66	10,54	10,59	10,18	6,81	6,25	1,50	1,09	2,17	3,21	1,70	n.d	n.d	n.d	4,18	5,51	3,73	3,07	3,48	5,91	7,62	**5,75**
Közép-Magyarország	Pest	5,56	5,90	2,99	4,50	6,11	3,87	2,58	2,89	3,31	4,43	5,72	5,44	5,05	n.d	n.d	n.d	9,73	10,24	11,93	11,25	9,02	8,61	11,02	**6,51**
Országos arány ˙(%)		**10,32**	**10,77**	**9,85**	**10,10**	**10,68**	**9,72**	**8,45**	**7,62**	**7,21**	**6,53**	**6,96**	**7,39**	**6,59**				**8,60**	**8,27**	**8,72**	**9,30**	**8,86**	**9,29**	**9,21**	**8,72**

Magyarázat: n.d: no data (nincs adat)

Forrás: Moravcsik-Kornyicki Á. 2021. (saját szerkesztés)

ADATKÉRŐ LEVÉL ÉS VÁLASZLEVÉL

Gmail

Ágota Moravcsik-Kornyicki <koragota@gmail.com>

adat kérés
5 üzenet

Ágota Kornyicki <koragota@gmail.com> 2011. február 22. 15:04
Címzett: informaciosszolgalat@ksh.hu, ksh@ksh.hu

Tisztelt Hölgyem/Uram!

Azzal a kéréssel fordulok Önhöz, hogy megkérjem Öntől a védőnői jelentés Excel tábláit, 1997-től 2005-ig, megyei bontásban.
A védőnői jelentés egy általam végzett kutatási elemzéshez szükségesek.
Odor Andrea országos vezető védőnő megküldte számomra a jelentések (fentebb említett időszak) országos összesített tábláit, de szükségem van a további elemzés céljából a megyei bontású táblákra is.

Kérem tájékoztatását és segítségét abban, hogyan tudom ezeket megszerezni és elérni.

Válaszát előre is köszönöm,

Kornyicki Ágota
tudományos segédmunkatárs
Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum
Népegészségügyi Kar
Megelőző Orvostani Intézet

Cím: 4028 Debrecen
Kassai út 26.

Mobil: 06-70-945-2141

E-mail: koragota@gmail.com

Gmail

Ágota Moravcsik-Kornyicki <koragota@gmail.com>

(nincs tárgy)
3 üzenet

Boros Julianna <Julianna.Boros@ksh.hu> 2011. március 1. 10:36
Címzett: koragota@gmail.com
Másolatot kap: Bartháné Kuti Éva <KutiEva.Barthane@ksh.hu>

Kedves Ágota!

Szeretném megkérdezni, hogy pontosan milyen mutatókra vonatkozó adatokra lenne szüksége a védőnői jelentésekből.

Válaszát előre is köszönöm,

Üdvözlettel,

Boros Julianna

Központi Statisztikai Hivatal

Társadalmi szolgáltatások statisztikai főosztálya

Egészségügyi osztály

Tel: 345-6217

Gmail

Ágota Moravcsik-Kornyicki <koragota@gmail.com>

adatok
1 üzenet

Ágota Kornyicki <koragota@gmail.com> 2011. március 1. 11:50
Címzett: julianna.boros@ksh.hu

Kedves Júlianna,

Megküldöm a kért változókat.
Az alábbiakon kívül ha (idő közben) más változóra is szükségem lenne, fordulhatok Önhöz?

I. Anyai indikátorok:

Nyilvántartott várandós anyák száma
Újonnan nyilvántartásba vettek száma
a 12. hétig újonnan nyilvántartásba vettek száma
12-28. hét közt újonnan nyilvántartásba vettek száma
28. hét után újonnan nyilvántartásba vettek száma
Nyilvántartottak közül fokozott gondozást
Nyilvántartottak közül fokozott gondozást igénylők környezeti ok miatt
Nyilvántartottak közül fokozott gondozást igénylők eü ok miatt
Nyilvántartottak közül fokozott gondozást igénylők körny+eü ok miatt
Nyilvántartottak közül dohányzó várandósok
Későn gondozásba kerülők
Tárgyévben születek száma összesen
Tárgyévben születek közül védőnői gondozásban nem részesültek

II. Gyermeki indikátorok:

1 évesen 3 percentilis alattiak
1 évesen 3-10 percentilis közöttiek
1 évesen 10 percentilis alattiak
1 évesen szűrtek
1 évesen fokozott gondozást igénylők összesen és megoszlásban az alábbiak szerint: mozgás-, beszéd-, szociális fejlődés, látási, hallási okok miatt
0-11 hónaposak közül: koraszülöttek, intrauterin retardáltak, fejl. rendellenességgel születettek

III. Ellátási indikátorok:

Ellátott családok száma
Családlátogatások száma
Szaklátogatások száma
Védőnői várandós látogatások száma
Védőnői várandós látogatásokból a fokozott gondozottak száma
Fokozott gondozást igénylők száma
Védőnői tanácsadáson megjelent várandósok száma
Védőnői gyermekágyas látogatások száma
Nővédelmi védőnői tanácsadáson megjelentek száma
Nővédelmi védőnői látogatások száma
0-11 hónapos ellátottak száma
12-35 hónapos ellátottak száma
3-6 éves ellátottak száma

Önzetlen segítségét köszönöm,

Üdvözlettel:

Kornyicki Ágota
tudományos segédmunkatárs

Gmail

Ágota Moravcsik-Kornyicki <koragota@gmail.com>

FW: Védőnői adatok, adatkérés
1 üzenet

nesz <nesz@ksh.hu> 2011. március 16. 15:34
Címzett: koragota@gmail.com
Másolatot kap: Dénes Szilvia <Szilvia.Denes@ksh.hu>, Bartháné Kuti Éva <KutiEva.Barthane@ksh.hu>

Népesedési és szociális védelmi statisztikai főosztály
Iktatószám: 4600-153/1/2011.

Kornyicki Ágota
tudományos segédmunkatárs

Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum
Népegészségügyi Kar
Megelőző Orvostani Intézet

Tisztelt Kornyicki Ágota!

Mellékelten megküldöm a védőnői (országos és megyei bontású) adatok tábláit az 1997-2005. évi Egészségügyi statisztikai évkönyvből. (Az 1997 és 2000 közötti évekre csak word változatban készültek.)

Üdvözlettel:

Bartháné Kuti Éva
osztályvezető

KSH, Népesedési és szociális védelmi statisztikai főosztály
Egészségügyi statisztikai osztály
e-mail: kutieva.barthane@ksh.hu
Tel: 345-6017, fax: 345-6678

14 melléklet

védőnői_adatok_2005.xls
371K

védőnői_adatok_1997.doc
1905K

védőnői_adatok_1998.doc
1412K

védőnői_adatok_1999.doc
1300K

védőnői_adatok_2000.doc
1597K

védőnői_adatok_2001.doc
75K

védőnői_adatok_2001.xls
480K

védőnői_adatok_2002.doc
776K

védőnői_adatok_2002.xls
250K

védőnői_adatok_2003.doc
149K

védőnői_adatok_2003.xls
253K

védőnői_adatok_2004.doc
229K

védőnői_adatok_2004.xls
261K

védőnői_adatok_2005.doc
197K

Gmail

Ágota Moravcsik-Kornyicki <koragota@gmail.com>

adatok
1 üzenet

Ágota Kornyicki <koragota@gmail.com> 2011. március 17. 8:53
Címzett: kutieva.barthane@ksh.hu

Kedves Bartháné Kuti Éva!

Az e-mailt megkaptam a csatolt adatokkal együtt.

Segítségét és fáradozását köszönöm.

Tisztelettel:
Kornyicki Ágota
tudományos segédmunkatárs
Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum
Népegészségügyi Kar
Megelőző Orvostani Intézet

Cím: 4028 Debrecen
Kassai út 26.

Mobil: 06-70-945-2141

E-mail: koragota@gmail.com

DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT EREDETISÉGÉRŐL

Alulírott név: Moravcsik-Kornyicki Ágota

Születési név: Kornyicki Ágota

Anyja neve: Kovács Olga Imrejevna

Születési hely, idő: Lipovo (Hetyen), Szovjetunió; 1986.10.12.

A pre-, peri- és posztnatális egészség területi egyenlőtlenségeinek és különbségeinek hosszú idősoros elemzése (1997-2019)

című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom a(z) Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola Perinatális Egészségtudomány (PR-4) Programjához/témacsoportjához
Témavezető(k) neve: Rusinné Dr. habil. Fedor Anita

Egyúttal **nyilatkozom**, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet
- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljesek, az értekezés elkészítésénél hamis vagy hamisított adatokat nem használtam.

Dátum: 2021.08.03.

Moracsik-Kornyicki Ágota
doktorjelölt aláírása s.k.

Rusinné Dr. habil Fedor Anita
témavezető aláírása s.k.

TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEK ÉS KONGRESSZUSI ELŐADÁSOK JEGYZÉKE

Tudományos folyóiratcikkek listája

Összesített IF: 13.55
Hirsch index: 3

Moravcsik-Kornyicki, Ágota; R., Fedor Anita. A csecsemőkori anyatejes táplálás időbeli alakulása és térségi egyenlőtlenségei. STATISZTIKAI SZEMLE, 99 (8), pp. 759-782. 24 p (2021)

Moravcsik-Kornyicki, Ágota, R. Fedor, Anita. Az egészség komplex megközelítése, mint az egészség-szociológiai vizsgálatok elméleti kerete.
ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA, 12(32), 21–46. 26 p (2021)

Diószegi, J; Fiatal, S; Tóth, R; **Moravcsik-Kornyicki, Á**; Kósa, Z; Sándor, J; McKee, M; Ádány, R
Distribution Characteristics and Combined Effect of Polymorphisms Affecting Alcohol Consumption Behaviour in the Hungarian General and Roma Populations.
ALCOHOL AND ALCOHOLISM 52: 1 pp. 104-111. 8 p. (2017)

Ágota, Moravcsik-Kornyicki; Zsigmond, Kósa; Erdei, Renáta Jávorné; Anikó, Gyulai; János, Sándor; Karolina, Kósa
Health status of pregnant women in Szabolcs-Szatmár-Bereg county of Hungary between 2010 and 2012
ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA 8: 24 pp. 9-22. 14 p. (2017)

Moravcsik-Kornyicki, Ágota; Kósa, Zsigmond; Gyulai, Anikó; Jávorné, Erdei Renáta; Kósa, Karolina
Területi egyenlőtlenségek hosszú idősoros elemzése a várandós nők egészségi állapotát vizsgálva
ORVOSI HETILAP 158: 29 pp. 1131-1142. 12 p. (2017)

Fiatal, Szilvia; Tóth, Réka; **Moravcsik-Kornyicki, Ágota**; Kósa, Zsigmond; Sándor, János; McKee, Martin; Ádány, Róza
High Prevalence of Smoking in the Roma Population Seems to Have No Genetic Background
NICOTINE AND TOBACCO RESEARCH 18: 12 pp. 2260-2267. 8 p. (2016)

Kósa, Zs; **Moravcsik-Kornyicki, A**; Diószegi, J; Roberts, B; Szabó, Z; Sándor, J; Ádány, R
Prevalence of metabolic syndrome among Roma: A comparative health examination survey in Hungary
EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 25: 2 pp. 299-304. 6 p. (2015)

Moravcsik-Kornyicki, Ágota; Daragó, László; Kósa, Karolina
Egészségügyi adatok minőségbiztosítása: jogszabályi kötelezettség vagy eszköz a társadalmi fejlődés elősegítésére
DEMOGRÁFIA 57: 2-3 pp. 213-225. 13 p. (2014)

Kornyicki, Á ; Kósa, K
A várandós nők jellemzői országosan és régiónként 2006 és 2008 között.
NÉPEGÉSZSÉGÜGY 88: 1 pp. 50-54. 5 p. (2010)

Konferenciaközlemények (folyóiratban vagy konferenciakötetben) listája

Ágota, Moravcsik-Kornyicki , Anita, R. Fedor
Inequalities of district nurse care in Hungary
In: Rusinné, Fedor Anita; Balla, Petra (szerk.) Magyar Tudomány Ünnepe 2020 „Jövőformáló Tudomány – Generációk Egymásért" Kutatási innovációk és új eredmények: Absztraktfüzet
Nyíregyháza, Magyarország: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar (2020) 28 p. p. 24

A.I., Fogarasi; M., Benczik; **Á., Moravcsik-Kornyicki**; A., Kocsis; A., Gyulai; Zs., Kosa
High-risk HPV prevalence in Hungary: a population-based, geographically-representative, cross-sectional study
In: S.n. (szerk.) IPVC 2020 ABSTRACTS
Barcelona, Spanyolország: International Papillomavirus Society p. 958 (2020), 1 p

Moravcsik-Kornyicki, Ágota ; Kósa, Zsigmond ; Jávorné, Erdei Renáta ; Gyulai, Anikó ; Rusinné, Fedor Anita
Várandós nők és újszülöttek egészségi állapotában mutatkozó területi egyenlőtlenségek vizsgálata
In: Tőzsér, Anett (szerk.) II. Interdiszciplináris konferencia a Kárpát-medencei magyarság társadalmi és gazdasági helyzetéről
Budapest, Magyarország: Nemzetstratégiai Kutatóintézet pp. 12-13. (2020), 2 p.

Gyulai, Anikó; Fogarasi, István András; Benczik, Márta; Kocsis, Adrienn Nikoletta; **Moravcsik-Kornyicki, Ágota**; Kósa, Zsigmond János
A népegészségügyi méhnyakszűrés irányelvének fejlesztése, a HPV fertőzés reprezentatív epidemiológiai vizsgálata Magyarországon
In: Rusinné, Fedor Anita; Balla, Petra (szerk.) XIII. Nyíregyházi Doktorandusz Konferencia: Absztraktfüzet
Nyíregyháza, Magyarország: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar 58 p. pp. 27-28. (2019), 2 p.

Moravcsik-Kornyicki, Ágota
Az Egészségfejlesztési Irodák szerepe a munkahelyi egészségfejlesztésben
ÁPOLÁSÜGY: A MAGYAR ÁPOLÁSI EGYESŰLET TOVÁBBKÉPZŐ ÉS TÁJÉKOZTATÓ KIADVÁNYA 33: pp. 14. (2019), 1 p.

Moravcsik-Kornyicki, Ágota ; Szondi, Zita
Az Egészségfejlesztési Irodák céljai, szerepük az alapellátásban
In: Ujváriné, Siket Adrienn; Sárváry, Attila (szerk.) XIII. Főiskolát és Egyetemet Végzett Ápolók Országos Kongresszusa: részletes program és előadás kivonatok
Nyíregyháza, Magyarország: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, pp. 31 p. (2019), 1 p.

Moravcsik-Kornyicki, Ágota
Partnerségek az egészségfejlesztésben
In: „Közös nyelven a tudományról, három határ mentén" Tudományos ülés – A Magyar Tudomány Ünnepe 2018: absztraktok; Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar pp. 19 p. (2018), 1 p.

Gyulai, Anikó ; Kósa, Zsigmond ; **Moravcsik-Kornyicki, Ágota** ; Jávorné, Erdei Renáta ; Sárváry, Andrea ; Takács, Péter
A védőnők méhnyakszűrési hajlandóságát befolyásoló tényezők vizsgálata
NÉPEGÉSZSÉGÜGY 95: 2 pp. 131-132. (2017), 2 p.

Jávorné, Erdei Renáta ; Gyulai, Anikó ; **Moravcsik-Kornyicki, Ágota**

Óvodai és iskolai egészségfejlesztési színtér programok - gyakorlati tapasztalatok megosztása
In: S n (szerk.) III. Közegészségügyi Konferencia: Ifjúság és egészség
Nagyvárad, Románia: Sapientia - EMTE, pp. 7. (2017), 1 p.

Kósa, Zsigmond ; **Moravcsik-Kornyicki, Ágota**
A méhnyakszűrés fejlesztési lehetőségei
NÉPEGÉSZSÉGÜGY 95: pp. 127 (2017), 2 p.

Moravcsik-Kornyicki, Ágota ; Kósa, Karolina ; Kósa, Zsigmond ; Sándor, János ; Ádány, Róza
A koherencia-érzés változása telepi lakosok körében 2011 és 2016 között
NÉPEGÉSZSÉGÜGY 95: pp. 141 (2017), 2 p.

Moravcsik-Kornyicki, Ágota
A fiatal várandósok tendenciája és hatása az egészségügyi alapellátási munkára Magyarországon
In: S n (szerk.) III. Közegészségügyi Konferencia: Ifjúság és egészség
Nagyvárad, Románia: Sapientia - EMTE, pp. 12-13. (2017), 2 p.

Sándor, János; Kósa, Zsigmond ; **Moravcsik-Kornyicki, Ágota** ; Ádány, Róza
Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram szolgáltatásainak hatékonysága romák körében
NÉPEGÉSZSÉGÜGY 95: . pp. 148 (2017), 2 p

Jávorné, Erdei Renáta ; **Moravcsik, Kornyicki Ágota** ; Takács, Péter ; Füzesi, Zsuzsanna
Életminőség és egészségi állapot Nyíregyháza város egyes körzeteiben
NÉPEGÉSZSÉGÜGY 94: pp.122 (2016), 3 p.

Moravcsik-Kornyicki, Ágota ; Kósa, Zsigmond ; Jávorné, Erdei Renáta ; Gyulai, Anikó ; Rákóczi, Ildikó ; Nagy, Józsefné ; Kósa, Karolina
A várandós nők egészségi állapota Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében
In: S n (szerk.) X. Jubileumi Nyíregyházi Doktorandusz Konferencia
Nyíregyháza, Magyarország: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar p. 9 (2016), 1 p.

J, Diószegi; S, Fiatal; R, Tóth; **Á, Moravcsik-Kornyicki**; Z, Kósa; J, Sándor; R, Ádány
Polymorphisms affecting alcohol consumption behaviour in the general Hungarian and Roma populations
EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 25: 3 Paper: ckv172.021 ,. (2015), 1 p.

Sz, Fiatal; V, Tomori; P, Pikó; **Á, Moravcsik-Kornyicki**; B, Soltész; A, Nagy; J, Sándor; R, Ádány
Evaluation of genetic risk related to high fasting glucose level in the Hungarian Roma population:
EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 25: 3 Paper: ckv171.021 (2015), 1 p.

Fiatal, Szilvia; Tóth, Réka; **Moravcsik-Kornyicki, Ágota** ; Kósa, Zsigmond ; Ádány, Róza
Dohányzáshoz köthető kockázati allélterheltség összehasonlítása a magyar és roma populációkban
NÉPEGÉSZSÉGÜGY 93: 2 pp. 84-85. (2015) 2 p.

Soltész, Beáta; Fiatal, Szilvia; **Moravcsik-Kornyicki, Ágota** ; Kósa, Zsigmond ; Ádány, Róza
Investigation of polymorphisms associated with essential hypertension in the Hungarian general and Roma populations
NÉPEGÉSZSÉGÜGY 93: 2 pp. 131-132., (2015), 2 p.

Moravcsik-Kornyicki, Ágota ; Pál, Éva; Kósa, Karolina
A védőnői ellátás helyzete és az újszülöttek egészségi állapota
NÉPEGÉSZSÉGÜGY 92: p 82., (2014), 2 p.

Pikó, Péter; **Moravcsik-Kornyicki, Ágota**; Fiatal, Szilvia; Kósa, Zsigmond; Ádány, Róza
Examination of HDL cholesterol level affecting polymorphisms among general Hungarian and Roma population
NÉPEGÉSZSÉGÜGY 92: 2 pp. 124-125., (2014), 2 p.

Tomori, Valéria; Kósa, Zsigmond; **Moravcsik-Kornyicki, Ágota**; Fiatal, Szilvia; Nagy, Attila; Ádány, Róza
Az éhomi vércukorszintet befolyásoló génvariánsok vizsgálata az általános magyar lakosság és telepszerű körülmények között élők körében
NÉPEGÉSZSÉGÜGY 92: 110 (2014), 2 p.

Tóth, R; **Moravcsik-Kornyicki, A.**; Fiatal, S; Kósa, Z.; Adany, R.
High Prevalence of Smoking in the Roma Population Seems to Have No Genetic Background
EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 24: 2. suppl. pp. 255-256., (2014), 2 p.

Moravcsik-Kornyicki, Ágota
A várandós nők egészségi állapota
EGÉSZSÉGCENTRUM: A DEBRECENI EGYETEM ORVOS- ÉS EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI CENTRUMA ISMERETTERJESZTŐ LAPJA 10: 4 p. 12 (2013), 1 p.

Diószegi, Judit; Fiatal, Szilvia; Tóth, Réka; **Moravcsik-Kornyicki, Ágota**; Sándor, János; Ádány, Róza
Alkoholfogyasztási szokásokat befolyásoló génváltozatok vizsgálata a magyar lakosság és a telepszerű körülmények között élők körében
NÉPEGÉSZSÉGÜGY 91: 189 (2013), 3 p.

Kósa, Zsigmond; **Moravcsik-Kornyicki, Ágota**; Diószegi, Judit; Bayard, Roberts; Sándor, János; Ádány, Róza
A metabolikus szindróma és komponenseinek prevalenciája az északklet-magyarországi roma lakosság körében
NÉPEGÉSZSÉGÜGY 91: 3 pp. 207-208., (2013), 2 p.

Moravcsik-Kornyicki, Ágota ; Kósa, Karolina
Health status of pregnant women and infants in Hungary between 1997 and 2012
In: Somkúti, István (szerk.) Archives of the Hungarian Medical Association of America p. 38 (2013), 1 p.

Kornyicki, Ágota
Koherencia-érzés vizsgálata telepi lakosok körében a magyarországi többséghez viszonyítva
In: Debreceni Egyetem OEC Egészségtudományok Doktori Iskola PhD hallgatóinak 2013. évi szimpóziuma Debrecen, Magyarország: Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum 36 pp.15., (2013), 1p.

Kornyicki, Ágota
A várandós nők és újszülöttek egészségi állapota 1997-2008 között
In: Debreceni Egyetem OEC Egészségtudományok Doktori Iskola PhD hallgatóinak 2012. évi szimpóziuma: program, előadáskivonat
Debrecen, Magyarország p. 15 (2012), 1 p.

Kornyicki, Ágota
Health status of pregnant women and infants in Hungary between 1997 and 2010
In: European Medical Students' Conference (EMESCO 2012)
University of Debrecen, Medical and Health Science Center p. 32 (2012), 1 p.

Kornyicki, Ágota ; Ádány, Róza ; Kósa, Karolina
Health status of pregnant women and infants in Hungary between 1997 and 2008
NÉPEGÉSZSÉGÜGY 90 : 3 pp. 189-190. (2012), 2 p.

Kornyicki, Ágota ; Kósa, Karolina ; Kósa, Zsigmond ; Sándor, János ; Ádány, Róza
A koherencia-érzés különbségei telepi körülmények között élők és a többségi populáció viszonylatában Magyarországon
NÉPEGÉSZSÉGÜGY 90 : 152 (2012), 3 p.

Tóth, Réka ; Sándor, János ; Nagy, Attila ; Kósa, Zsigmond ; **Kornyicki, Ágota** ; Ádány, Róza
A dohányzás genetikai hátterének vizsgálata az általános magyar és a telepszerű körülmények között élő lakosság körében
NÉPEGÉSZSÉGÜGY 90 : 3 pp. 147-148. , (2012), 2 p.

Kornyicki, Ágota ; Ádány, Róza ; Kósa, Karolina
A várandós nők jellemzői országosan és megyénként 1997-2009 között
NÉPEGÉSZSÉGÜGY 89 : 253 (2011), 3 p.

Kornyicki, Ágota
A várandós nők jellemzői országosan és régiónként 2006 és 2008 között
CSAKOSZ Hírlevél 9 : 1 pp. 2-3. , (2010), 2 p.

Kornyicki, Ágota
A várandós nők jellemzői országosan és régiónként 2006 és 2008 között
In: Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostudományi Intézet, Egészségfejlesztési Tanszék, TDK konferencia
Debrecen, Magyarország : Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar p. 136 (2008), 1 p.

További tudományos művek (előadások) listája

Moravcsik-Kornyicki, Ágota
Az Egészségfejlesztési Irodák, mint Lelki Egészség Központok -a lakosság mentális egészségét támogató hálózat? (2020)
A Pszichiátriai Szakdolgozók XXI. Országos kongresszusán elhangzott előadás., Nagykálló, 2020.10.5-7.,

Gyulai, Anikó ; Nagy, Attila ; **Moravcsik-Kornyicki, Ágota** ; Kósa, Zsigmond ; Takács, Péter ; Vokó, Zoltán
Az alapellátás szerepe a méhnyakszűrés hatékonyságának növelésében (2019)
A Magyar Nőorvos Társaság Cervixpathológia XXIII. Tudományos és Továbbképző Ülésén elhangzott előadás., Hajdúszoboszló, 2019.03.29 - 2019.04.02.,

Kósa, Zsigmond ; **Moravcsik-Kornyicki, Ágota**
Reprezentatív magas rizikójú HPV prevalencia vizsgálat Magyarországon (2019)
A Magyar Nőorvos Társaság Cervixpathológia XXIII. Tudományos és Továbbképző Ülésén elhangzott előadás., Hajdúszoboszló, 2019.03.29 - 2019.04.02.,

Moravcsik-Kornyicki, Ágota
Egészségfejlesztési Irodák munkája a születendő gyermekek egészségének védelmében (2019)
A "Várandósság hete" című szakmai napon elhangzott előadás., Nyíregyháza, 2019. május 9-10.,

Moravcsik-Kornyicki, Ágota
Nagykállói EFI szakmai együttműködései (2018)
EFI Információs és Továbbképző napon elhangzott előadás., Budapest, 2018.10.02.,

Gyulai, Anikó ; **Moravcsik-Kornyicki, Ágota** ; Takács, Péter ; Jávorné, Erdei Renáta ; Sárváry, Andrea ; Kósa, Zsigmond
A védőnők méhnyakszűrés hajlandóságát befolyásoló tényezők (2017)
A Magyar Tudomány Ünnepe alkalmából szervezett, „Ember a társadalomban és az egészségügyben” c. tudományos ülésen elhangzott előadás., Nyíregyháza, 2017. november 29.,

Kósa, Zsigmond ; **Moravcsik-Kornyicki, Ágota**
Hogyan tovább szervezett, népegészségügyi méhnyakszűrés? (2017)
A Magyar Tudomány Ünnepe alkalmából szervezett "Ember a társadalomban és az egészségügyben" c. tudományos ülésen elhangzott előadás., Nyíregyháza, 2017. november 29.,

Moravcsik-Kornyicki, Ágota
A telepi körülmények között élők koherencia-érzés mértékének változása és annak hátterében álló tényezők feltérképezése (2017)
A Magyar Tudomány Ünnepe alkalmából szervezett "Ember a társadalomban és az egészségügyben" c. tudományos ülésen elhangzott előadás., Nyíregyháza, 2017. november 29.,

Moravcsik-Kornyicki, Ágota
A csecsemők anyatejes táplálásának területi különbségei Magyarországon (2013)
MAVE WHO Szoptatás Világhete „Természetesen ANYATEJJEL” országos védőnői továbbképző konferencián elhangzott előadás., Kaposvár, 2013.09.13 -2013.09.14.,

Kornyicki, Ágota
A várandós nők és újszülöttek egészségi állapota 1997 és 2011 között (2012)
"Együttműködési területek a krónikus betegek ellátásában és gondozásában" című konferencián elhangzott előadás., Nyíregyháza, 2012. szeptember 28.,

KÖSZÖNETNYÍLVÁNÍTÁS

Hálával a szívemben mondok köszönetet témavezetőmnek, Rusinné Dr. habil. Fedor Anitának, akinek a segítsége nélkül a bemutatott kutatómunka disszertációba öntve nem jött volna létre. Köszönöm támogató együttműködését, szakmai jótanácsait. Olykor elgyengült állapotomban adott bátorító telefonbeszélgetéseit. *Hálás vagyok és leszek neked Anita, hogy a legváratlanabb időben segítő kezet nyújtottál, szakmailag építettél és végigkísértél ezen az olykor hosszúnak és nehéznek érzett úton!*

Köszönöm Dr. Kósa Karolina Professzor Nőnek, hogy a kutatói munkám kezdetén, tapasztalt kutatóként segítségemre volt, egyengette utamat. Köszönettel tartozom korábbi munkahelyi vezetőimnek, Prof. Dr. Ádány Rózának és Dr. Kósa Zsigmondnak, akik a tudománykodás alapjait tanították meg számomra és mindig volt felém egy-két építő, biztató, bátorító szavuk. *Köszönöm!*
Hálával tartozom jelenlegi munkahelyi vezetőmnek, Dr. Szondi Zitának, aki a munkahelyemen megteremtette számomra azt a pozitív légkört és az önálló munkavégzés lehetőségét, amely előremozdította a kutatói munkámat. Tette ezt úgy, hogy nem a kutatói területen, mint inkább a gyakorlati megvalósításban dolgozó kiváló szakember. *Hálásan köszönöm Főigazgató Nő támogató hozzáállásod!*

Nemcsak a tudománykodás területén nyújtott szakmai segítségért, de a barátságukért is köszönetet mondok Jávorné Dr. Erdei Renátának és Dr. Gyulai Anikónak, akik a legnehezebb időszakban álltak lelkileg mellettem. Bíztattak és motiváltak, hogy kutatómunkámat ne fejezzem be és folytassam. Munkájukkal és kutatói példamutatásukkal engem is inspráltak a doktori disszertációm megírásában. *Kimondhatatlan köszönettet érzek irányotokba Anikó és Renáta!*

Férjem, Gergő és fiaim, Áron nyugodt családi hátteret biztosító szeretetéből, támogatásából sem volt hiányom. Férjem életvezetésben nyújtott segítsége, a gyermekgondozási feladatok ellátása/átvállalása és a sokszor éjszakába nyúló munka iránt mutatott türelme nélkül az értekezés nem készülhetett volna el. Fiam, Áron pozitív személyisége és ragaszkodó szeretete pedig átsegített a nehéz időszakokon. *Gergő! Újra és újra igazolódik, az élet minden területén megerősítést nyer, hogy a legjobb helyen vagyok melletted és egy nagyszerű gyermeknek lehetünk a szülei! Köszönöm Nektek!*

Magyarként, nem magyar földön születni? Már a születéskor hátrányban? *Anyu és Apu, már kislánykoromban erőn felüli munkával, rettentő sok lemondással, hozzásegítettetek és megteremtettétek számomra azt a lehetőséget, hogy „határtalanul" tanulhassak, fejlődhessek és egészen a doktori fokozatszerzésig juthassak. A Ti kitartásotok, elhatározásotok, nevelésetek és szeretetek nélkül ez minden bizonnyal nem sikerülhetett volna. A legnagyobb hálával tartozom Nektek, amit csak egy gyermek érzehet a Szülei Irányába. Köszönöm!*

Nem utolsó sorban köszönettel tartozom, azon területi védőnőknek, akik 1997 és 2019 között a jelentési kötelezettségüknek eleget tettek és hozzájárultak ezáltal ahoz, hogy jelen munka alapját képező adatbázis elkészülhessen. Az Ő munkájuk nélkül ez a kutatás és értekezés most nem létezne. *Köszönöm!*

Jelen kutatás és disszertáció megírás eddigi tudományos életutam legnagyobb kihívását jelentette, ezért is kimondhatatlan köszönettel tartozom minden, a fent név szerint nem említett családtagnak, barátnak és kollégának, akik nem elsősorban a tudománykodásban, mind inkább a mindennapi élet megkönnyítésében voltak segítségemre. Szeretetüket és támogatásukat érezve hozzásegítettek, hogy nyogodt és kiegyensúlyozott kutatóként dolgozhassak a disszertációm megírásán. *Hálás a szívem, köszönöm Nektek!*

Utoljára pedig köszönettel tartozom a Jó Istennek, aki az életem során mindig arról adott jelet számomra, hogy mellettem áll, segíti utamat. *Deus, tu mecum es, gratias tibi!*

IRODALOMJEGYZÉK

1 European Commission- EUROSTAT. European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). Letöltés helye: https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/egeszsegallapot1617.pdf; [Megtekintés ideje: 2021.07.19.]

2 World Health Organization Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB), WHO/EUROPE Letöltés helye: https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/; [Megtekintés ideje: 2021.01.26.]

3 United Nations Children's Fund (UNICEF). Child well-being in rich countries. A comparative overview. Innocenti Report Card 11, UNICEF Office of Research, Florence, 2013.
Letöltés helye: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_eng.pdf; [Megtekintés ideje: 2017.01.12]

4 European Community Health Indicators - to the ECHI-2 report [2005]. Az egészség koncepcionális modelljei. Európai Közösség Egészségi Indikátorok. [Conceptual models of health. European Community Health Indicators (ECHI)]. Letöltés helye: http://www.healthindicators.org/ICHI/(50tqd54550o0aq45cfrfzb45)/PDF/ECHI%20Conceptual%20models%20(annex%202).pdf; [Megtekintés ideje: 2014.01.21]

5 Commission on Social Determinants of Health (CSDH) [2007]. Generációs szakadék: Az egészség társadalmi meghatározói az egészségtőkén keresztül. [Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Letöltés helye: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html; [Megtekintés ideje: 2014.01.21]

6 Ádány R. (szerk.). Megelőző orvostan és népegészségtan. 2. átdolgozott kiadás. [Preventive Medicine and Public Health.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2012.

7 Fogarasi-Grenczer A, Balázs P. A dohányzás és a környezeti dohányfüstártalom kapcsolata a koraszülésekkel. Orv Hetilap. 2012 ;153(18):690-694. doi: 10.1556/OH.2012.29325.

8 Balázs P, Rákóczi I, Grenczer A, Foley KL. Risk factors of preterm birth and low birth weight babies among Roma and non-Roma mothers: a population-based study. Eur J Public Health. 2013;23(3):480-485. doi: 10.1093/eurpub/cks089. Epub 2012 Jul 18.

9 Moravcsik-Kornyicki Á. A várandós nők egészségi állapota. Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum ismeretterjesztő lapja. Egészségcentrum X. évfolyam 4. szám (2013.tél)

10 Rákóczi I, Fogarasi-Grenczer A, Takács P, Balázs P. The impact of secondhand smoke on neonatal biometric outcomes and gestational age in Hungary. New Medicine. 2016;20:(2) 37-41.

11 Vida G, Sárkány I, Funke S, Gyarmati J, Storcz J, Gaál V, Vincze O, Ertl T. Extrém alacsony gestatiós korú koraszülöttek életkilátásai. Orv Hetil. 2007;148(48):2279-84.

12 Barker DJP. Mothers, babies and health in later life. Churchill Livingstone.1994.

13 Barker DJP. In utero programming of chronic disease. Clin Sci 1998;95: 115- 28.

14 Barker DJ. Mothers, babies and health in later life. Churchill; Livingstone: Edinburgh. 1998.

15 Leon D. A vérnyomás magzati programozottságának ikervizsgálatai. BMJ magyar kiadás 2000, 2:71-72.
Letöltés helye: http://www.lam.hu/folyoiratok/bmj/0002/4.htm; [Megtekintés ideje: 2013.06.24]

16 Blumenshine P, Egerter S, Barclay CJ, Cubbin C, Braveman PA. Socioeconomic disparities in adverse birth outcomes: a systematic review. Am J Prev Med, 2010;39(3):263-279.

17 Hajdu T, Kertesi G. Statisztikai jelentés a gyermekegészség állapotáról Magyarországon a 21. század második évtizedében. CERS-IE WORKING PAPERS | KRTK-KTI MŰHELYTANULMÁNYOK. CERS-IE WP – 2021/8 2021 február

18 United Nations Children's Fund (UNICEF) (szerzők: Chris de Neubourg, Jonathan Bradshaw, Yekaterina Chzhen, Gill Main, Bruno Martorano and Leonardo Menchini): Child deprivation, multidimensional poverty and monetary poverty in Europe
Letöltés helye: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp_2012_02.pdf; [Megtekintés ideje: 2021.01.12]

19 United Nations Children's Fund (UNICEF) (szerk. Peter Adamson). Child well-being in rich coutries. Acomparative overview. Inncenti Report Paper, UNICEF 2012.
Letöltés helye: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_eng.pdf; [Megtekintés ideje: 2021.01.12]

20 Moravcsik-Kornyicki Á, Daragó L, Kósa K. Egészségügyi adatok minőségbiztosítása: jogszabályi kötelezettség vagy eszköz a társadalmi fejlődés elősegítésére.? Demográfia. 2014;57:(2-3) 213-225.

21 Nemzeti Erőforrás Minisztérium-Egészségügyért Felelős Államtitkárság. Újraélesztett Egészségügy-Gyógyuló Magyarország-Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére- Szakmai Koncepció. 2011. május 11. Letöltés helye: https://2010-2014.kormany.hu/download/5/e7/30000/Semmelweis%2520Terv%2520az%2520eg%25C3%25A9szs%25C3%25A9g%25C3%25BCgy%2520megment%25C3%25A9s%25C3%25A9re%2520-%2520Szakmai%2520koncepci%25C3%25B3.pdf; [Megtekintés ideje: 2021.06.10]

22 Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI): „Egészséges Magyarország 2021−2027" Egészségügyi Ágazati Stratégia, Budapest, 2021. január. Letöltés helye: https://mok.hu/public/media/source/Transzparencia/Allasfoglalasok/Eg%C3%A9szs%C3%A9ges%20Magyarorsz%C3%A1g%202021%E2%88%922027%20Eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi%20%C3%81gazati%20Strat%C3%A9gia.pdf; [Megtekintés ideje: 2021.06.10]

23 Magyarország Kormánya. A Kormány 1886/2016. (XII. 28.) Korm. határozata az „Egészséges Magyarország 2014–2020" Egészségügyi Ágazati Stratégia 2017–2018 évekre vonatkozócselekvési tervéről. Magyar közlöny; 2016.

24 Gábor K. A menedzsment egyes kiemelt területei oktatásának jelentősége és lehetőségei az egészségügyi felsőoktatásban. (PhD disszertáció tézisei) [2008]. Letöltés helye: http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/gaborkatalin.m.pdf; [Megtekintés ideje: 2014.01.21].

25 Székely L, Simon T, Vergeer F. Az „egészség" fogalmának újraértelmezése I. Egészségfejlesztés, 2007; 48, (4-6), 37–47.

26 Kapitány Á, Kapitány G. Egészség-betegség, mint szimbolikus társadalmi konstrukció. In Kapitány, Á., Kapitány, G. (szerk.): A mindennapi élet jelrendszereiről. Szocio-szemiotikai tanulmányok. Budapest, Loisir Könyvkiadó 2014, (pp. 507–525.).

27 World Health Organization (WHO). Constitution of the world health organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. Letöltés helye: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf; [Megtekintés ideje: 2021.03.17.]

28 Wylie CM. The definition and measurement of health and disease. Public Health Reports 1970; 85:100–104.

29 Stokes J, Noren J, Shindell S. Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine. J Community Health 1982; 8, 33–41. https://doi.org/10.1007/BF01324395.

30 Parson T. Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure. (2rid Ed.). New York, Free Press of Glencoe. 1948.

31 Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK). Egészségtudományi fogalomtár. 2021. Letöltés helye: https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Eg%C3%A9szs%C3%A9gfejleszt%C3%A9s; [Megtekintés ideje: 2021.03.17.]

32 Seedhouse D, Cribb A. Changing Ideas in Health Care. Alan Cribb Wiley., 21.June 1989.

33 Libicki É, R. Fedor A. A szubjektív egészségi állapot kutatási hátterének többszintű megközelítése a társadalmi egyenlőtlenségek tükrében. ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA. 2020; 11: 31 pp. 13-25.

34 R. Fedor A. A szubjektív egészségi állapot egészségszociológiai aspektusai. EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS 2019; 60: 5 pp. 99-110.

35 Borbás I, Gődény S, Juhász J, Kincses Gy, Mihalicza P, Pékli M, Varga E. Egészségtudományi fogalomtár. Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság. 2008.

36 Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians, a working dokument. Government of Canada. 1981 Letöltés helye: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf; [Megtekintés ideje: 2021.03.17.]

37 McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. Health Aff (Millwood). 2002; 21(2):78-93.

38 Vitrai J, Mihalicza P. „Egészségi állapot": in: Társadalmi riport 2006, Kolosi Tamás, Tóth István György, Vukovich György (szerk.). Budapest: TÁRKI 2006; p. 138–150.

39 Seedhouse D. Health: The Foundations for Achievement, 2nd Edition, 2001; ISBN: 978-0-471-49011-1

40 Engel G. L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science, 1977; 196(4286): 129–136.

41 Kőmüves S. Az engeli biopszichoszociális modell. METSZETEK 2017; 6 (2): 98-123. DOI 10.18392/metsz/2017/3/10

42 Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. British Medical Bulletin; 2006; 77 and 78: 55–69. DOI: 10.1093/bmb/ldl008

43 Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategiesto Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.

44 Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health – levelling up part 2 (WHO report, PDF) 2006. Letöltés helye: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf, [Megtekintés ideje: 2021.03.17.]

45 World Health Organization (WHO). Closing the gap in a generation. Report of the Commission on Social Determinants of Health., 2008. Letöltés helye: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=BBD25D688D8665BC515160F56DEDE6D1?sequence=1; [Megtekintés ideje: 2021.03.17.]

46 Eikemo T. A, Bambra C, Huijts T, Fitzgerald R. The First Pan-European Sociological Health Inequalities Survey of the General Population: The European Social Survey Rotating Module on the Social Determinants of Health. European Sociological Review 2016; 33(1): jcw019

47 Townsend P, Davidson N. Inequalities in Health: the Black Report, Penguin, London. 1982.

48 SCHUMPETER, J. A [1980]: A gazdasági fejlõdés elmélete: Vizsgálódás a vállalkozói profitról, a tõkérõl, a hitelrõl, a kamatról és a konjunktúraciklusról. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.

49 Leo A. Nefiodow (2014): Health: The Economic Growth Engine of the 21st Century,, https://healthmanagement.org/c/healthmanagement/issuearticle/health-the-economic-growth-engine-of-the-21st-century. A PEST elemzés felépítése In: Medvéné dr. Szabad Katalin (2013): A fenntartható fejlődés gazdaságtana, https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/0007_a4_1049_1051_fenntarthatofejl_2/a_pest_elemzes_felepitese_mXbVrE0k7nomA948.html

50 Bircher J, Hahn EG. Understanding the nature of health: New perspectives for medicine and public health. Improved wellbeing at lower costs [version 1]. F1000 Research, 5. 167. 2016 Feb 12 (5):167. doi: 10.12688/f1000research.7849.1.

51 Bircher J, Kuruvilla S. Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: New opportunities for health care and public health. Journal of Public Health Policy, 2014; 35 (3) 363–386.

52 Csizmadia P. Kísérlet az egészség fogalmának újradefiniálására. A Meikirch modell. Egészségfejlesztés, 2018; 59. (1): 45-51. DOI:http://dx.doi.org/10.24365/ef.v59i1.239

53 Graham H. Unequal Lives: Health and Socioeconomic Inequalities, Open University Press, McGraw-Hill Education, Maidenhead, 2007.

54 Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up. Part 1. WHO European Office for Investment for Health and Development, 2006. Letöltés helye: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf; [Megtekintés ideje: 2021.07.22]

55 Blas E, Kurup AS. Equity, social determinants and public health programmes. Genf: WHO. 2010. Letöltés helye: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf; [Megtekintés ideje: 2021.07.22]

56 Fejes, M., Varga, B., & Hollódy, K. (2021). A betegség és a szociodemográfiai háttér hatása a cerebralis bénulásban szenvedő gyermekek életminőségére, Orvosi Hetilap OH, 162(7), 269-279. Retrieved Jul 29, 2021, from https://akjournals.com/view/journals/650/162/7/article-p269.xml

57 Kósa Zs, Moravcsik-Kornyicki A, Diószegi J, Roberts B, Szabó Z, Sándor J, Ádány R: Prevalence of metabolic syndrome among Roma: A comparative health examination survey in Hungary, EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 25: (2) pp. 299-304.

58 Vokó Z, Csépe P, Németh R, Kósa K, Kósa Zs, Széles Gy, Ádány R: Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary?, JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY AND COMMUNITY HEALTH 63: (6) pp. 455-460.

59 Szilvia Fiatal, Réka Tóth, Ágota Moravcsik-Kornyicki, Zsigmond Kósa, János Sándor, Martin McKee, Róza Ádány: High Prevalence of Smoking in the Roma Population Seems to Have No Genetic Background, NICOTINE AND TOBACCO RESEARCH 18: (12) pp. 2260-2267.

60 Kovách I. (szerk). Társadalmi integráció Az egyenlőtlenségek, az együttműködés, az újraelosztás és a hatalom szerkezete a magyar társadalomban. MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézet Belvedere Meridionale Kiadó. 2017.

61 Kuznets S. Economic Growth of Nations: Total Output and Production Structure, Harvard University Press, Cambridge (USA), 1971.

62 Davidson N, Townsend P, Davidson N. Inequalities in Health: The Black Report (Pelican S.) Paperback – 24 Jun. 1982 Nick

63 Solar OI. A Conceptual framework for action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Debates, Policy & Practice, Genf: WHO. 2010.

64 Blas E, Kurup AS. Equity, social determinants and public health programmes. Genf: WHO. 2010. Letöltés helye: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf; [Megtekintés ideje: 2021.07.22]

65 Kollányi Zs. K. Az egészségi állapot társadalmi és gazdasági összefüggésrendszere Doktori disszertáció, 2016. április, Pécs. 2016.

66 Pikó B. Egészségszociológia. Budapest: Új Mandátum, 2002. (szerk. Susánszky É. - Szánthó Zs.) Orvosi Szociológia. Budapest: Semmelweis Kiadó. 2006

67 1992. évi LXIII. törvény a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról. Letöltés helye: https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99200063.TV; [Megtekintés ideje: 2021.08.30]

68 Demeter Zayzon M. A budapesti népesség nemzeti, etnikai arculata. Budapest, 1994., ISBN 963-450-526-0

69 1.1.10 Population by languages spoken with family members or friends,affinity with nationalities' cultural values and sex. Letöltés helye: https://www.webcitation.org/5mq7Guq5t?url=http://www.nepszamlalas.hu/eng/volumes/06/00/tabeng/1/load01_10_0.html [Megtekintés ideje: 2021.07.22]

70 Hablicsek L. A magyarországi cigányság demográfiája.Letöltés helye: https://web.archive.org/web/20080528174057/http://www.romaweb.hu/doc/konyvtar/hablicsek_magyarorszagi_ciganysag_demografiaja.pdf. [Megtekintés ideje: 2021.07.22]

71 Pénzes J.,Tátrai P., Pásztor IZ.. A roma népesség területi megoszlásának változása Magyarországon az elmúlt évtizedekben. Területi Statisztika, 2018, 58(1): 3–26; DOI: 10.15196/TS580101

72 Kemény I. Beszámoló a magyarországi cigányok helyzetével foglalkozó 1971-ben végzett kutatásról. Budapest 1976.

73 Adany R., Sandor J. Az északkelet-magyarországi telepszerű körülmények között élő cigány lakosság egészség-magatartása és egészségi állapota (2019).Magyar Tudomány 2019/11 [Digitális kiadás.] Budapest: Akadémiai Kiadó. Letöltve: https://mersz.hu/hivatkozas/matud_f31075_p2#matud_f31075_p2, [Megtekintés ideje: 2021.07.22]

74 UNDP/World Bank/EC – FRA 2012: The situation of Roma in 11 EU Member States – Survey results at a glance. Luxembourg: Publications Office of the European Union. http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/2099-FRA-2012-Roma-at-aglance_EN.pdf

75 Egedy T. Szegregáció és társadalmi kirekesztés a Nagyvárosi lakótelepeken. Tér és Társadalom. 2001. Letöltés helye: https://www.eukn.eu/fileadmin/Lib/files/HU/2010/93-egedy_havanna_p9.pdf. [Megtekintés ideje: 2021.08.30]

76 Vokó, Z ; Csépe, P ; Németh, R ; Kósa, K ; Kósa, Zs ; Széles, Gy ; Ádány, R Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary? JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY AND COMMUNITY HEALTH 63 : 6 pp. 455-460. , 6 p. (2009)

77 Magyarország Kormánya. Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia 2030. Munkapéldány, 2020. december 1. Letöltés helye: http://romagov.hu/wp-content/uploads/2020/12/MNTFS2030_1201-tervezet.pdf. [Megtekintés ideje: 2021.08.30]

78 Kosa, Z ; Szeles, G ; Kardos, L ; Kosa, K ; Nemeth, R ; Orszagh, S ; Fesus, G ; McKee, M ; Adany, R ; Voko, Z A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 97 : 5 pp. 853-859. , 7 p. (2007)

79 FÓNAI M, FÁBIÁN G, FILEPNÉ NAGY É, PÉNZES M. Szegénység, egészség és etnicitás: északkelet-magyarországi kutatások empirikus tapasztalatai. Szociológiai Szemle 2007/3–4, 53–81

80 Khetanipe for the Roma Unity Association. Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség. Madrid 2007. I.S.B.N.: 978-84-690-6450-4. Letöltés helye: https://www.gitanos.org/publichealth/HealthGuide/Hungaro.pdf. [Megtekintés ideje: 2021.08.30]

81 Gyurkits Gy. A krónikus betegségek gyakorisága a roma lakosság körében. In: Lege Artis Medicinae, 2001. Március 11.évf. 3. Szám, 237-239.

82 Fónai M.–Pénzes M. (2006): A roma lakosság szociális helyzetének és egészségi állapotának néhány mutatója. Szabolcs-Szatmár-Beregi Szemle, 2: 123–148.

83 Sz Fiatal, V Tomori, P Pikó, Á Moravcsik-Kornyicki, B Soltész, A Nagy, J Sándor, R Ádány: Evaluation of genetic risk related to high fasting glucose level in the Hungarian Roma population:, EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 25: (3) Paper ckv171.021. 1 p.

84 Diószegi J, Fiatal S, Tóth R, Moravcsik-Kornyicki Á, Kósa Z, Sándor J, McKee M, Ádány R: Distribution Characteristics and Combined Effect of Polymorphisms Affecting Alcohol Consumption Behaviour in the Hungarian General and Roma Populations., ALCOHOL AND ALCOHOLISM 52: (1) pp. 104-111.

85 Fónai M. A romák társadalmi helyzete és egészségi állapota Északkelet-Magyarországon. Habilitációs értekezés. Debrecen 2008.

86 Williamson JG. Regional Inequality and the Process Of National Development: A Description of the Patterns. Economic Development and Cultural Change, 4. sz. 1965.

87 Pál V. Egészségünk földrajza - területi különbségek a hazai egészségi állapotban. MAGYAR TUDOMÁNY 2017; 178:(3) pp. 311-321.

88 Nemes Nagy J, Németh N. Az átmeneti és az új térszerkezet tagoló tényezői. Letöltés helye: http://econ.core.hu/doc/KTI_books/kti6_4.pdf; [Megtekintés ideje: 2021.07.22]

89 Forray RK. Az iskolázás regionális különbségei és a fejlődés lehetőségei a kilencvenes években. Megjelent: Enyedi György (szerk.): Társadalmi-területi egyenlőtlenségek Magyarországon. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1993; 257–273. o.

90 Nemes Nagy J. A fekvés és az iskolázottság hatása a területi egyenlőtlenségekre Magyarországon. In: Cseres-Gergely, Zs., Fazekas, K., Koltay, j. /szerk./: Közelkép. Munkaerő-piaci egyenlőtlenségek és földrajzi mobilitás Magyarországon. Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaságtudományi Intézet - Országos Foglalkoztatási Közalapítvány. 2004

91 Sánta É. – Szakálné Kanó I. – Lengyel I.Csökkennek az iskolázottság területi egyenlőtlenségei? A felsőfokú végzettségűek területi eloszlása a népszámlálások adatai alapján, 1990–2011. Területi Statisztika. 2015; 55. évf. 6. sz. 541–555. old.

92 Németh Á. – Dövényi Z. „Kiművelt emberfők" a térben – A diplomások területi eloszlása valóban a kiegyenlítődés irányába mutat? Területi Statisztika. 2018; 58. évf. 2. sz. 129–150. old. https://doi.org/10.15196/TS580201

93 Láczay, Magdolna (2017): A humánerő fejlesztésének kérdőjelei a halmozottan hátrányos térségekben. A Virtuális Intézetek Közép-Európa Kutatások Közleményei. Taylor Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Folyóirat, 9(2), 129-137.

94 Gibbs, B. G. – Forste, R. Socioeconomic status, infant feeding practices and early childhood obesity. Pediatric Obesity. 2014; Vol. 9. No. 2.pp. 135–146. https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2013.00155.x.

95 KSH (Központi Statisztikai Hivatal) [2015a]: Területi atlasz – Kedvezményezett települések a 105/2015. (IV. 23.) Korm. rendelet alapján. Budapest. https://www.ksh.hu/docs/teruletiatlasz/kedv_telepulesek.pdf

96 KSH [2015b]: Kedvezményezett járások a 290/2014. (xi. 26.) korm. rendelet alapján. Budapest. https://www.ksh.hu/docs/teruletiatlasz/kedv_jarasok.pdf

97 Moravcsik-Kornyicki Á, Kósa Z, Jávorné Erdei R, Gyulai A, Sándor J, Kósa K. Health status of pregnant women in Szabolcs-Szatmár-Bereg county of Hungary between 2010 and 2012. Acta Med. Sociol. 2017; 8 (24), 9-22.

98 Barker DJ, Winter PD, Osmond C, Margetts B, Simmonds SJ. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. Lancet. 1989; 2(8663):577-80.

99 Barker DJ. Mothers, Babies and Disease in Later Life ISBN 0 7279 0835 9 London: BMJ Publishing Group, 1994

100 Barker DJ. The origins of the developmental origins theory. J Intern Med. 2007; 261(5):412-7.

101 Barker DJ, Osmond C, Forsén TJ, Kajantie E, Eriksson JG. Trajectories of growth among children who have coronary events as adults. N Engl J Med. 2005; 353(17):1802-9.

102 Morley R, McCalman J, Carlin JB. Birthweight and coronary heart disease in a cohort born 1857–1900 in Melbourne, Australia. Int J Epidemiol. 2006; 35:880–885.

103 Curhan GC, Willett WC, Rimm EB, Spiegelman D, Ascherio AL, Stampfer MJ. Birth weight and adult hypertension, diabetes mellitus, and obesity in US men. Circulation. 1996 Dec 15;94(12):3246-50. doi: 10.1161/01.cir.94.12.3246. PMID: 8989136.

104 Kornyicki Á, Kósa K. A várandós nők jellemzői országosan és régiónkként 2006 és 2008 között. Népegészségügy, 2010; 88 1 pp 50-54.

105 Barker DJ. Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. Lancet. 1986;1(8489):1077–81. 80.

106 Eriksson J, Forsén T, Tuomilehto J, Osmond C, Barker D. Size at birth, childhood growth and obesity in adult life. Int J Obes Relat Metab Disord. 2001;25(5):735–740.

107 Hales CN, Barker DJ. Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus: the thrifty phenotype hypothesis. Diabetologia. 1992;35(7):595–601.

108 Roseboom TJ, van der Meulen JH, Ravelli AC, Osmond C, Barker DJ, Bleker OP. Effects of prenatal exposure to the Dutch famine on adult disease in later life: an overview. Mol Cell Endocrinol. 2001;185(1–2):93–98.

109 Barker DJ, Osmond C, Golding J, Kuh D, Wadsworth ME. Growth in utero, blood pressure in childhood and adult life, and mortality from cardiovascular disease. BMJ. 1989;298(6673):564–7

110 Barker DJ, Bull AR, Osmond C, Simmonds SJ. Fetal and placental size and risk of hypertension in adult life. BMJ. 1990;301(6746):259–62. 79.

111 Gluckman PD, Lillycrop KA, Vickers MH, Pleasants AB, Phillips ES, Beedle AS, Burdge GC, Hanson MA. Metabolic plasticity during mammalian development is directionally dependent on early nutritional status. Proc Natl Acad Sci U S A. 2007;104(31):12796–12800.

112 Bo S, Cavallo-Perin P, Scaglione L, Ciccone G, Pagano G. Low birthweight and metabolic abnormalities in twins with increased susceptibility to Type 2 diabetes mellitus. Diabet Med. 2000;17(5):365–70. 82.

113 Baird J, Osmond C, MacGregor A, Snieder H, Hales CN, Phillips DI. Testing the fetal origins hypothesis in twins: the Birmingham twin study. Diabetologia. 2001;44(1):33–9.

114 Junien C, Nathanielsz P. Report on the IASO Stock Conference 2006: early and lifelong environmental epigenomic programming of metabolic syndrome, obesity and type II diabetes. Obes Rev. 2007;8(6):487–502.

115 Haugen G, Hanson M, Kiserud T, Crozier S, Inskip H, Godfrey KM. Fetal liver-sparing cardiovascular adaptations linked to mother's slimness and diet. Circ Res. 2005;96(1):12–14.

116 Balázs P, Rákóczi I, Fogarasi-Grenczer A, Foley KL.Várandósok egészségi állapota Magyarországon, roma és nem roma populációban végzett epidemiológiai kutatás alapján. Népegészségügy 2012; 90:4:253-263.

117 Rákóczi I, Fogarasi-Grenczer A, Balázs P. A várandósság alatt dohányzó nők szocio-ökonómiai hátterének jelentősége a leszokás támogatásában; Védőnő. ISSN 1586-1538. 2014; 24:4: 28-31.

118 Entringer S, Wust S, Kumsta R, et al. Prenatal psychosocial stress exposure is associated with insulin resistance in young adults. Am J Obstet Gynecol. 2008;498(5):498.e1–7.

119 Entringer S, Kumsta R, Nelson EL, Hellhammer DH, Wadhwa PD, Wüst S. Influence of prenatal psychosocial stress on cytokine production in adult women.

120 Edwards M. (2017) The Barker Hypothesis. In: Preedy V., Patel V. (eds) Handbook of Famine, Starvation, and Nutrient Deprivation. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-40007-5_71-1

121 Arima Y, Fukuoka H. Developmental origins of health and disease theory in cardiology. J Cardiol. 2020 Jul;76(1):14-17. doi: 10.1016/j.jjcc.2020.02.003. Epub 2020 Feb 27. PMID: 32115330.

122 Csaba G. DOHaD (Barker-hipotézis): egy betegségorientált, korszakalkotó, brit eredetű teória, magyar gyökerekkel [DOHaD: a disease-oriented, epoch-making, British-originated theory with Hungarian roots]. Orv Hetil. 2020 Apr 1;161(16):603-609. Hungarian. doi: 10.1556/650.2020.31713. PMID: 32323964.

123 WHO: European Health for All Database (HFA-DB)

124 Magyar Egészségvédő Liga, 2004., Letöltés helye: http://www.datanet.hu/pharma/phorient/144/144liga.htm

125 Központi Statisztikai Hivatal (KSH). 22.1.1.1. A népesség, népmozgalom főbb mutatói Letöltés helye: http://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0001.html; [Megtekintés időpontja: 2021.07.15]

126 Központi Statisztikai Hivatal (KSH): Népmozgalom, 2020-Összefoglaló: Letöltés helye: https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepmozg/nepmozg20/nepmozgalom_2020.pdf [Megtekintés időpontja: 2021.07.15]

127 Központi Statisztikai Hivatal (KSH): A társadalmi haladás mutatószámrendszere, 2009-2012.

Letöltés helye: http://www.ksh.hu/thm/2/indi2_8_1.html; [Megtekintés időpontja: 2021.07.15]

128 European Commission-EUROSTAT: Life expectancy decreased in 2020 across the EU. PrintLife expectancy decreased in 2020 across the EU; 07/04/2021. Letöltés helye: https://ec.europa.eu/eurostat/documents/4187653/11581503/Life_expectancy_change_2020.jpg; [Megtekintés időpontja: 2021.07.15]

129 EUROSTAT-GISKO. Life expectancy by age and sex; Letöltés helye: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MLEXPEC/bookmark/map?lang=en&bookmarkId=eb24a8d3-8cc6-483a-b320-b7b0f55064f9, [Megtekintés időpontja: 2021.07.16.]

130 Központi Statisztikai Hivatal (KSH). 22.1.3.9. Születéskor várható átlagos élettartam – összesen [év]; Letöltés helye: http://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0060.html, [Megtekintés időpontja: 2021.07.16.]

131 Központi Statisztikai Hivatal (KSH). 22.1.2.6. Születéskor várható átlagos élettartam, átlagéletkor nem, megye és régió szerint. Letöltés helye: http://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0039.html; [Megtekintés időpontja: 2021.07.16.]

132 Központi Statisztikai Hivatal (KSH). Tehetünk az egészségünkért. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html, [Megtekintés időpontja: 2021.07.16.]

133 Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége (MOTESZ): A szív és érrendszeri betegségek megelőzésének és gyógyításának nemzeti programja, 2006.
Letöltés helye: http://www.motesz.hu/docs/SZEBprogram.pdf, [Megtekintés időpontja: 2021.07.16.]

134 Központi Statisztikai Hivatal (KSH). A haláloki struktúra változása Magyarországon, 2000-2012. Letöltés helye: https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/halalokistruk.pdf, [Megtekintés időpontja: 2021.07.20.]

135 Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) (szerk: Snellenperger T.; Papp Z.; Katkó O.) Észak-Magyarországi Regionális Népegészségügyi Jelentés 2015. Letöltés helye: https://www.kormanyhivatal.hu/download/9/3a/72000/Regionalis_Nepegeszsegugyi_Jelentes_2015.pdf, [Megtekintés időpontja: 2021.07.20.]

136 Valek A. Demográfia, csecsemő- és gyermekhalálozás; Országos Gyermekegészségügyi Intézet. Letöltés hele: https://docplayer.hu/5539672-Demografia-csecsemo-es-gyermekhalalozas-dr-valek-andrea-orszagos-gyermekegeszsegugyi-intezet.html; [Megtekintés időpontja: 2021.07.20.]

137 Gárdos É. A csecsemőhalandóság térben és időben, KorFa Népesedési Hírlevél, 3. évfolyam, Budapest, 2002, 3-4. oldal.

138 Szauer E. A csecsemőhalandóság és a terhesgondozás területi alakulása a ’90-es években Központi Statisztikai Hivatal-Népességtudományi Kutatóintézet, Demográfia-2000; Kiadványok; 1. oldal

139 Központi Statisztikai Hivatal (KSH). Statisztikai Tükör, Csecsemőhalandóság Magyarországon, V. évfolyam, 70. Szám, 2011, 3. oldal

140 WHO-European Health Information Gateway, HFA-DB. Infant deaths per 1000 live births. 2021. Letöltés helye: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_74-1110-infant-deaths-per-1000-live-births/visualizations/#id=21538, [Megtekintés időpontja: 2021.07.20.]

141 Központi Statisztikai Hivatal (KSH). Statisztikai Tükör, Csecsemőhalandóság.2019. február 22. Letöltés helye: http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/csecsemohalalozas.pdf, [Megtekintés időpontja: 2021.07.21.]

142 Köpeczi-Bócz T. Társadalmi indikátorok, Bp. 2011. Letöltés helye: https://dtk.tankonyvtar.hu/xmlui/bitstream/handle/123456789/3261/14_tarsadalmi_indikatorok.pdf?sequence=1&isAllowed=y , [Megtekintés időpontja: 2021.07.21.]

143 Human Developement Report Office. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME-Human Development Reports-2020 Human Development Index Ranking. 2020. Letöltés helye:http://hdr.undp.org/en/content/latest-human-development-index-ranking, [Megtekintés időpontja: 2021.07.21.]

144 Kincses Gy. Huszonkét éve nem volt ilyen mélypont a magyar egészségügyben. Portfolio-Gazdaság. 2019. szeptember 18. Letöltés helye: https://www.portfolio.hu/gazdasag/20190918/huszonket-eve-nem-volt-ilyen-melypont-a-magyar-egeszsegugyben-401201, [Megtekintés időpontja: 2021.07.21.]

145 Tahin T, Jeges S, Lampek K. Iskolai végzettség és egészségi állapot. Demográfia, 2000/1. 70–93.

146 Központi Statisztikai Hivatal (KSH). Mikrocenzus 2016 évi adatok /4. Iskolázottsági adatok/A magyar népességiskolázottsága. Bp. 2017.

147 Sánta É, Szakálné Kanó I, Lengyel I. Csökkennek az iskolázottság területi egyenlőtlenségei? A felsőfokú végzettségűek területi eloszlása a népszámlálások adatai alapján, 1990–2011. Területi Statisztika 2015; 55 (6): 541–555.

148 Kóti T.A munkanélküliség és a közfoglalkoztatás területi különbségei, összefüggései Magyarországon.Területi Statisztika, 2020, 60(5): 517–547; DOI: 10.15196/TS600501

149 Molnár, E. – Dézsi, GY. − Lengyel, I. M. – Kozma, G. Vidéki nagyvárosaink gazdaságának összehasonlító elemzése Területi Statisztika 2018, 58 (6): 610–637. https://doi.org/10.15196/TS580604

150 Rechnitzer, J. Nagyvárosok a magyar területi politikában és területfejlesztésben a rendszerváltozástól napjainkig Tér és Társadalom 2019, 33 (1): 1–26. https://doi.org/10.17649/TET.33.1.3069

151 Váradi, M. M. Értékteremtő közfoglalkoztatás perifériкus vidéki terekben Esély. 2016, 27 (1): 30–56.

152 Kertesi G. Roma foglalkoztatás az ezredfordulón – A rendszerváltás maradandó sokkja –. Szociológiai Szemle 2005. 2, 57–87.

153 Központi Statisztikai Hivatal (KSH). Fókuszban a megyék – 2019. I–IV. negyedév/Térségi összehasonlítás; Letöltés helye: https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/megy/194/index.html; [Megtekintés időpontja: 2021.07.21.]

154 Központi Statisztikai Hivatal (KSH)-Népességtudományi Kutatóintézet. Fiatalkori gyermekvállalás Magyarországon. Korfa 2019. június XIX. évfolyam 1. szám. 1-4. old.

155 Központi Statisztikai Hivatal (KSH). Gyermekvállalás és gyermeknevelés. 2011. április. Letöltés helye: https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/gyemekvallalasneveles.pdf; [Megtekintés időpontja: 2021.07.22]

156 Pulai Zsófia Kata; Gimes Gábor; Ács Nándor; Melczer Zsolt. Várandósok táplálkozási szokásainak elemzése; Magyar Nőorvosok Lapja. - ISSN 0025-021X. - 2020. 83. évf. 1. sz., p. 22-33.

157 Pécsi Tibor Várandósság és étkezés. Új Diéta. - ISSN 1587-169X. - 2011. 20. évf. 1. sz., p. 12-13.

158 Schmidt J. A várandós nők táplálkozása. Családorvosi Fórum. 2010. 10. évf. 9. sz., p. 27-29. - ISSN 1585-8529.

159 Ádám J, Shenker-Horváth K. Perinatális dietetika. In: Varga K, Andrek A, Molnár JE. A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében. Budapest: Medicina; 2019.

160 Schmidt J. Családtervezés és egészséges táplálkozás. Új Diéta. 2007; 3-4, 34–35

161 Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége. Női egészség és várandósság. Táplálkozási Akadémia/Hírlevél, 13.ÉVF/3.SZÁM.p. 1-10. 2020.

162 World Health Organization. The global prevalence of anaemia in 2011. Geneva: World Health Organization; 2015.

163 Aghajafari F, Nagulesapillai T, Ronksley P, Tough S, O'Beirne M, Rabi D. (2013). Association between maternal serum 25-hydroxyvitamin D level and pregnancy and neonatal outcomes: systematic review and meta-analysis of observational studies. Br. Med. J. 2013; 346(mar26 4), f1169-f1169. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f1169

164 Robinson S, Nelson-Piercy C, Harvey NC, Selby P, Warner JO. Vitamin D in Pregnancy. Scientific Impact Paper No. 43., London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2014.

165 Streissguth AP, Bookstein FL. et al. Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. Developmental and Behavioral Pediatrics, 2004; 5(4), 228-238.

166 Bödecs T, Horváth B. A várandósággal kapcsolatos ismeretek, az ismeretek forrásai iránti nyitottság, és a periconcepcionális egészségmagatartás összefüggéseinek vizsgálata hazai mintán; Egészség-akadémia. 2010. 1. évf. 2. sz., p. 89-98. - ISSN 2061-2850, eISSN 2063-8140.

167 Gera I. A várandós nő parodontalis egészségi állapota és a terhességi komplikációk közötti kapcsolat [The association between maternal periodontal health and adverse pregnancy outcomes.] Orvosi Hetilap, 2018; 159 (25). pp. 999-1007. ISSN 0030-6002

168 Kutasi D, Gubicskóné Kisbenedek A, Nagyné Czibor É, Magyar Z, Hock M. Várandósság alatti életmód vizsgálata magyar nők körében Védőnő. 2016. 26. évf. 6. sz., p. 4-8.- ISSN 1586-1538.

169 Heck KE, BraVema NP, Cubbin C, Chávez GF, Kiely JL. Socioeconomic status and breastfeeding initiation among California mothers. Public Health Rep. 2006; 121. évf. 1. sz. 51–59. old. doi: 10.1177/003335490612100111

170 Sántha Á, Nagy M, Erdei RJ. The Health Literacy of Ethnic Hungarian Mothers in Eastern Europe. Italian Journal of Sociology of Education, 2020; 12 évf. 3. sz. 91-111. old. DOI: 10.14658/pupj-ijse-2020-3-5

171 R. Fedor A. Egyensúlyban? - A munkaerő-piaci karriertől a familiarizmusig. Debrecen, Magyarország: Debreceni Egyetemi Kiadó 2015.

172 R. Fedor A, Toldi A. Labour market opportunities of women with young children after childbirth. KONTAKT 2017; 19 : 3 pp. 236-243.

173 Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság: Egészségtudományi Fogalomtár; Élveszületés. Letöltés helye: http://fogalomtar.eski.hu/index.php/%C3%89lvesz%C3%BClet%C3%A9s Utolsó elérés időpontja: 2013.09.22.

174 Központi Statisztikai Hivatal(KSH). Statisztikai Tükör, Születéskörüli halálozások Magyarországon 2011; 2012/88., 2012. november 12. Letöltés helye: http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/szuleteshalalozas11.pdf; [Megtekintés időpontja: 2021.07.22]

175 Klinikai Irányelvek, Szülészeti Nőgyógyászati Útmutató; Koraszülöttek Neonatalis ellátása, Nőorvos Társaság, 2008; 1. oldal

176 World Health Organization (WHO): Media Centre, Preterm Birth. Letöltés helye: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/ Megtekintés időpontja: 2013.10.25

177 Aszmann, A., 2006, A nő-, anya-, csecsemő- és gyermek-egészségvédelem. In: Ádány R. (szerk.) Megelőzőorvostan és népegészségtan. Medicina, Bp, 483-484.o.

178 Borbás I., Mihalicza P.: Egészségügyi Évkönyv 2011; II. rész- Számok a magyar egészségügyről, GYEMSZI,2012;26. oldal

179 Blencowe H., Cousens S., Oestergaard M., Chou D., Moller A-B., Narwal R., Adler A., Garcia C., Rohde S., Say L., Lawn J.: National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends for selected countries since 1990, Estimates for World Health Organisation,The Lancet, 2012. Letöltés helye: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon_countryranking.pdf Megtekintés időpontja: 2013.10.26.

180 Központi Statisztikai Hivatal (KSH). Koraszülöttek és kis súlyú újszülöttek Magyarországon. 2017. Letöltés helye: http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/koraszul16.pdf; [Megtekintés ideje: 2021.07.22.]

181 Tringer R. (szerk). A pszichiátria tankönyve. 5. átdolgozott kiadás, Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió. 2019. ISBN: 9789633314913

182 Egészségügyi Minisztérium-Védőnői Szakmai Kollégium. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja A szülést követő időszak pszichés változásai Védőnők szerepe, lehetősége, kompetenciája a szülés körüli hangulatzavarok felismerésében

183 Cox JL. Postnatal depression: A guide for health professionals. Edinburgh: Churchill Livingstone. 1996

184 Magyar Védőnők Egyesülete (MAVE). 100 éves a Védőnői Szolgálat. 2015. https://mave.hu/uploads/file/100%20eves%20vedonoi%20szolgalat.pdf. [Megtekintés ideje: 2021.07.22.]

185 A 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről. Letöltés helye: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99200079.TV Utolsó elérés időpontja: A jogszabály a (2013.X.23.) hatályos állapota [Megtekintés ideje: 2021.07.22.]

186 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról. Letöltés helye: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0400049.ESC; [Megtekintés ideje: 2021.07.22.]

187 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhesgondozásról. Letöltés helye: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99200033.NM; [Megtekintés ideje: 2021.07.22.]

188 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról. Letöltés helye: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1500123.tv. [Megtekintés ideje: 2021.07.22.]

189 Központi Statisztikai Hivatal: Születéstől az iskoláig az Észak-magyarországi régióban; 2011. 5. oldal

190 Nemzeti Erıforrás Minisztérium- Védınıi Szakmai Kollégium. Szakmai protokoll a kórházi védőnői feladatokról a szülészeti és újszülött ellátásban 2011. EüK. 18. szám NEFMI közlemény 15 (hatályos: 2011.09.16 -). Letöltés helye: https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/903/fajlok/szakmai_iranyelve_vedono.pdf,; [Megtekintés időpontja: 2021.07.28.]

191 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről. Letöltés helye: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99200079.tv; [Megtekintés ideje: 2021.07.22.]

192 32/1992. (XII. 23.) NM rendelet a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény végrehajtásáról. Letöltés helye: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99200032.nm; [Megtekintés időpontja: 2021.07.28.]

193 Csordás Ágnes Katalin: Várandósgondozás az új jogszabály tükrében, Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle - 2014. 19. évf. 3. sz.

194 Pap Károly: A várandósgondozás múltja és jövője : mi változik 2014. július 1. után? Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle. - ISSN 1585-4396. - 2014. 19. évf. 3. sz., p. 116-117.

195 Zöldi Tóth Andrea: Várandósgondozás napjainkban az alapellátás és a szakellátás kapcsolata; Védőnő. - ISSN 1586-1538. - 2016. 26. évf. 1. sz., p. 19-28

196 Sztrilich András Péter, Maráczi Ferenc, Tóth Szabolcs Péter: A várandósgondozásért felelős személy szerepének jogi háttere IME. - ISSN 1588-6387, eISSN 1789-9974. - 2015. 14. évf. 10. sz., p. 29-30.

197 Moravcsik-Kornyicki, Ágota; Kósa, Zsigmond; Gyulai, Anikó; Jávorné, Erdei Renáta; Kósa, Karolina: Területi egyenlőtlenségek hosszú idősoros elemzése a várandós nők egészségi állapotát vizsgálva
ORVOSI HETILAP 158: 29 pp. 1131-1142. 12 p. (2017)

198 Kereki J. A kora gyermekkori intervenciós rendszer működése és fejlesztési lehetőségei az egységes ellátási út tükrében. Doktori disszertáció. Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Neveléstudományi Doktori Iskola. Budapest. 2020.

199 Moravcsik-Kornyicki Ágota, Szőllősi Gergő József. Rizikótanulmány. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal. 2014

200 Védőnői Szakmai Kollégium: Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja, A védőnőfeladatai a várandós gondozásban. 1 módosított változat. 2010. Letöltés helye: http://www.kk.pte.hu/servlet/download?type=file&id=596 Megtekintés időpontja: 2013.10.15.

201 Koletzko, B., Bauer, C. P., Brönstrup, A., Cremer, M., Flothkötter, M., Hellmers, C., & . & Vetter, K. (2013). Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter. Monatsschrift Kinderheilkunde, 161(3), 237–246.

202 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról. Letöltés helye: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700051.nm; [Megtekintés időpontja: 2021.07.28.]

203 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról. Letöltés helye: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800026.tv; [Megtekintés időpontja: 2021.07.28.]

204 19/2005. (VI. 7.) EüM. Rendelet az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról szóló 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet módosításáról.

205 ÁNTSZ (OTH). Védőnői Szakfelügyeleti Iránymutatás. A „védőnői jelentés összesítője" havi elektronikus (on-line) adatgyűjtéssel kapcsolatban (1. módosítás). 2013.
Letöltés helye:
https://www.antsz.hu/data/cms43588/Vedonoi_Szakfelugyeleti_iranymutatas___vedonoi_adatgyujtes__jelentes_2013.pdf
Utolsó elérés ideje: 2017. 03. 31.

206 Egészségügyi Minisztérium. Védőnői Jelentés adatlap. 2009. http://193.225.50.35/dokumentum/Agazati_2009/R1003-09-v2_090801_Vedonoi_Jelentes_adatlap.pdf
Utolsó elérés ideje: 2017.01.12.

207 ÁNTSZ. Védőnői jelentés összesítője modul eForm Felhasználói kézikönyv. 2015.
Letöltés helye: https://www.antsz.hu/data/cms72104/eForm_Vedonoi_jelentes_osszesitoje_modul_20151218.pdf
Utolsó elérés ideje: 2017. 03. 31.

208 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról.

209 GYEMSZI Minőségügyi Főosztály Informatika, Szekszárd.
Letöltés helye: http://193.225.50.35/webgy/regbe/belepes.php
Utolsó elérés ideje: 2017.01.12.

210 Török Sz. J. – Kun J. G. [2012]: A szoptatás szociokulturális vonatkozása, Fejezetek a laktációs szaktanácsadó képzés anyagához. Budapest.
http://www.szoptatasportal.hu/fejezetek_a_laktacios_szaktanacsado_kepzes_torzsanyagahoz/a_szoptatas_szociokulturalis_vonatkozasai

211 Ántsz (Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat) – Oth (Országos Tisztifőorvosi Hivatal) [2013]: Védőnői szakfelügyeleti iránymutatás – A „Védőnői jelentés összesítője" havi elektronikus (on-line) adatgyűjtéssel kapcsolatban (1.

módosítás). OTH 2294-3/2013. https://www.kaposvarigesz.hu/wpcontent/uploads/2017/01/ vedonoi_szakfelugyeleti_iranymutatas.pdf

212 Pécsi T. [2011]: Anyatej – több mint eledel. Új Diéta. 20. évf. 5. sz. 11–13. old.

213 Arató A. – Szalai K. – Tausz I. – Szőnyi L. [1996]: Az anyatejes táplálás és a késői tehéntejfehérje-bevitel kedvező hatása a csecsemőkori allergiára utaló tünetek megelőzésében. Orvosi Hetilap. 137. évf. 36. sz. 1979–1982. old.

214 Jakobik V. – Martin-Bautista, E. – Gage, H. – Von Rosen-Von Hoewel, J. – Laitinen, K. – Schmid, M. –Williams, P. Campoy, C. – Koletzko, B. – Raats, M. – Decsi T. [2011]: Az anyatejes táplálás hosszú távú hatásainak megjelenése a csecsemőtáplálási irányelvekben Magyarországon. Orvosi Hetilap. 152. évf. 41. sz. 1641–1647. old. https://doi.org/10.1556/OH.2011.29220

215 GUO, M., HENDRICKS, G. M.: Chemistry and biological properties of human milk. Curr. Nutr. Food Sci., 4, 305–320, 2008

216 KSH [2015b]: Kedvezményezett járások a 290/2014. (xi. 26.) korm. rendelet alapján. Budapest. https://www.ksh.hu/docs/teruletiatlasz/kedv_jarasok.pdf

217 Fónai Mihály-Pénzes Mariann (2006): A cigány népesség egészségi állapotának összetevői Északkelet Magyarországon. In. Fónai M., Pénzes M., Vitál A. (szerk). Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? Krúdy Kiadó-Socio East Egyesület.

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT EREDETISÉGÉRŐL

Alulírott név: Moravcsik-Kornyicki Ágota

Születési név: Kornyicki Ágota

Anyja neve: Kovács Olga Imrejevna

Születési hely, idő: Lipovo (Hetyen), Szovjetunió; 1986.10.12.

A pre-, peri- és posztnatális egészség területi egyenlőtlenségeinek és különbségeinek hosszú idősoros elemzése (1997-2019)

című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom a(z) Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola Perinatális Egészségtudomány (PR-4) Programjához/témacsoportjához
Témavezető(k) neve: Rusinné Dr. habil. Fedor Anita

Egyúttal **nyilatkozom**, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet
- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljesek, az értekezés elkészítésénél hamis vagy hamisított adatokat nem használtam.

Dátum: 2021. 09. 03.

Moravcsik-Kornyicki Ágota

Moracsik-Kornyicki Ágota
doktorjelölt aláírása s.k.

Rusinné Dr. habil Fedor Anita
témavezető aláírása s.k.