
JOHAN BÉLA ORSZÁGOS EPIDEMIOLÓGIAI KÖZPONT

Epinfo

Epidemiológiai Információs Hetilap

A felnőtt magyar lakosság funkcionálitása az OLEF2000 alapján	361
Fertőző betegségek adatai	370
Aerobiológiai jelentés	374

HAZAI INFORMÁCIÓ

A FELNŐTT MAGYAR LAKOSSÁG FUNKCIONALITÁSA AZ OLEF2000 ALAPJÁN

Háttér

Az egészségfelmérések egyik fő célja, hogy információt szolgáltatassanak a lakosság egészségi állapotáról. Ugyanakkor, attól függően, hogy az egészség fogalmát hogyan definiáljuk, a lakosság egészsége többféleképpen jellemezhető. A biomedikálisnak nevezett hagyományos egészség-modell mellett, amely az egészséget a betegségek hiányaként értelmezi, napjainkra a népegészségügyben egy másfajta szemléletet tükröző modell, a **funkcionális modell** is teret nyert. E modell szerint egy személy egészségét annak alapján lehet megítélni, hogy mennyire tud különböző tevékenységeket végrehajtani, részt venni a társadalom életében – beleértve a szűkebb és tágabb közösséget –, harmonikusan alkalmazkodni a környezetéhez. A népegészségügyi kutatásokban az egészségnek a funkcionális modell szerinti jellemzése igen előnyös, mert a lakosságtól megbízható információ nyerhető arra vonatkozóan, hogy milyen tevékenységeket képes ellátni, illetve könnyen értelmezhető az állapot jelentette betegségteher.

A funkcionális-csökkenés ugyan bármely életkorban jelentkezhet, legnagyobb mértékben azonban az időseket érinti. A fejlett társadalmak

népegészségügyének egyik legjelentősebb problémája a segítségre szoruló idősök népességén belüli arányának folyamatos növekedése.

A népegészségügyi problémák megoldásához megbízható adatokra van szükség:

- (a) az akadályozottság, korlátozottság gyakoriságáról, annak alakulásáról,
- (b) az akadályozottság és a korlátozottság súlyosságának megoszlásáról és
- (c) a segítség iránti szükséglet nagyságáról.

Az irodalmi adatok arra utalnak, hogy a korlátozottság összefügg a jövedelemmel, az iskolázottsággal és a foglalkozással.

Az International Classification of Functioning, Disability and Health által használt korszerű egészség-modellben a funkcionalitás csökkenésének három kategóriája különböztethető meg:

- **zavar** (*impairment*)¹: a test anatómiai szerkezetét és/vagy valamely funkcióját érintő probléma,
- **tevékenység akadályozottsága** (*activity restriction*)²: valamely (fizikai vagy mentális) tevékenység végrehajtásában jelentkező probléma,
- **részvétel korlátozottsága** (*participation restriction*)³: a társadalmi szerep betöltésében, a társadalmi életben való részvételben megnyilvánuló probléma.

Kissé egyszerűsítve, a zavar a szervezetben magában, az akadályozottság a tevékenységben, a korlátozottság pedig a társadalmi életben való részvétel során jelentkező problémákat jelenti. A három fogalom megkülönböztetését jól példázhatja a súlyos memóriazavar esete, amely **akadály** a tanulásban és így **korlátot jelent** az iskolai képzés során.

A zavar és az akadályozottság elkülönítése fontos, hiszen a kettő eltérő megközelítést igényel. A zavar olyan funkciócsökkenést jelent, amelyet az egyén valamilyen alkalmazkodásra alkalmas magatartásminta kialakításával, esetleg segédeszköz igénybevételével kompenzálhat, ennek hiányában a

¹Egyes magyar szakértők a „károsodás” kifejezést javasolják. Véltetően hamarosan kialakul egy konszenzuson alapuló magyar terminológia. Véleményünk szerint sem a károsodás, sem a zavar nem ideális fordítás, mert az előbbi inkább az anatómiai, az utóbbi inkább az élettani problémákra utal.

²A továbbiakban a kifejezést rövid formájában, „akadályozottság”-ként használjuk.

³A továbbiakban a kifejezést rövid formájában, „korlátozottság”-ként használjuk.

zavar akadályozhatja valamely tevékenységében. A korlátozottságot gyakran tévesen azonosítják mások segítségének igénybevételével. Amint azonban a korlátozottság fenti definíciójából következik, a kettő nem azonos: a segítség igénybevétele a korlátozottság súlyos fokaként értelmezhető. A segítség igénybevételével járó állapotok már jelentős betegségterhet jelentenek, mert alapvetően befolyásolják az életminőséget, illetve a rászorulóknak az ellátása mind a családok, mind az ellátó rendszer számára jelentős terhet jelent.

A funkcionális egészségmodellnek megfelelő osztályozási rendszer kialakítása, illetve a mérésére alkalmas kérdőíves eszközök fejlesztése a közelmúltban kerültek a népegészségügyi kutatás és az egészségmonitorozás homlokterébe. Jelenleg még nem áll rendelkezésre általánosan elfogadott, hiteles eszköz a funkcionalitás mérésére az egészségfelmérésekben. A közeljövőben ezen a területen jelentős fejlődés és nemzetközi harmonizáció várható.

Az OLEF2000-ben alkalmazott funkcionális modellnek megfelelő, hasonló eszközt használó hazai vizsgálatról közlemény nem jelent meg.

Egy 1989-90-es és 1996-os Baranya megyei egészségfelmérésben, a KSH 1994-es és a TÁRKI 1998-as vizsgálatában szerepeltek a funkcionalitás témakörére vonatkozó kérdések. A Baranya megyei felmérésben a tevékenység-korlátozottsággal járó napok számára kérdeztek. A KSH felmérésében a tartós egészségkárosodást mérték fel – „Van-e tartós egészségkárosodása, fogyatékosága?”. A TÁRKI felmérésében a következő kérdést tették fel: „Az egészségi állapota mennyiben korlátozza Önt a fizikai teherbírásban (a pénzkeresésben), abban, hogy azt tegyen amit akar (a mindennapos házimunkában), a szórakozásban (emberi, baráti kapcsolatainak fenntartásában), az önellátásban?”.

A funkcionalitás osztályozására és mérésére az OLEF2000-ben a WHO által ajánlott klasszifikációs rendszert alkalmazták.

Eredmények

Populációs becslések

A nők több mint 30, a férfiak 17%-ának volt legalább enyhe **látászavara**. Az idősek körében a közepes és súlyos látászavar gyakorisága meghaladta a 10%-ot.

A nők 11%-a, a férfiak majd 14%-a szenvedett **hallászavarban**. A közepes, vagy súlyos hallászavar ritka volt, a felnőtt lakosság kevesebb, mint 1%-át érintette. 65 év felett legalább enyhe hallászavara volt a nők negyedének, a férfiak harmadának.

A **vizelettartás zavara** igen gyakori volt, különösen az idősek és a nők körében. Minden negyedik nőnek volt valamilyen fokú vizelettartási zavara, minden tizediknek közepes vagy súlyos fokú. Az időskorúak körében a vizelettartási zavar a nők majd felét, a férfiak majd harmadát érintette.

A nők 23, a férfiak 10%-a volt **akadályozott** valamilyen tevékenységben.

A válaszok alapján egészségproblémái miatt a társadalmi életben való részvételben tartósan **korlátozott** volt a felnőtt magyar lakosság több mint 20%-a, a középkorú felnőttek negyede, az idősek majd fele. A mindennapi élethez majd minden 10. otthonélő időskorú embernek segítséget kellett igénybe vennie, közülük minden 4. segítség nélkül az ágyból sem tudott felkelni.

Összefüggés-elemzések

Az elemzés során azt vizsgálták, hogy milyen kapcsolatban áll a korlátozottság az életkorral, a nemmel, az iskolai végzettséggel, az anyagi helyzettel, a lakáskörülményekkel, a foglalkozással, a beosztással, a munkaviszonnyal, a régióval, a település nagyságával, a társas támogatottsággal és a munkaintenzitással. Az összefüggés-elemzésben a **korlátozottság esélyét** a korlátozottak és az ép funkcionalitással jellemzettek számának hányadosaként képezték. Az akadályozottak nem szerepeltek az elemzésben, mert így a funkcionalitás csökkenés nagyobb kontrasztját lehetett vizsgálni, ugyanakkor megfelelő számú megfigyelés állt rendelkezésre az elemzéshez.

A korlátozottság a vizsgált tényezők közül kapcsolatban volt a korrallal, az iskolázottsággal, az anyagi helyzettel, a munkaviszonnyal, a beosztással, a munkaintenzitással, a régióval és a településnagysággal.

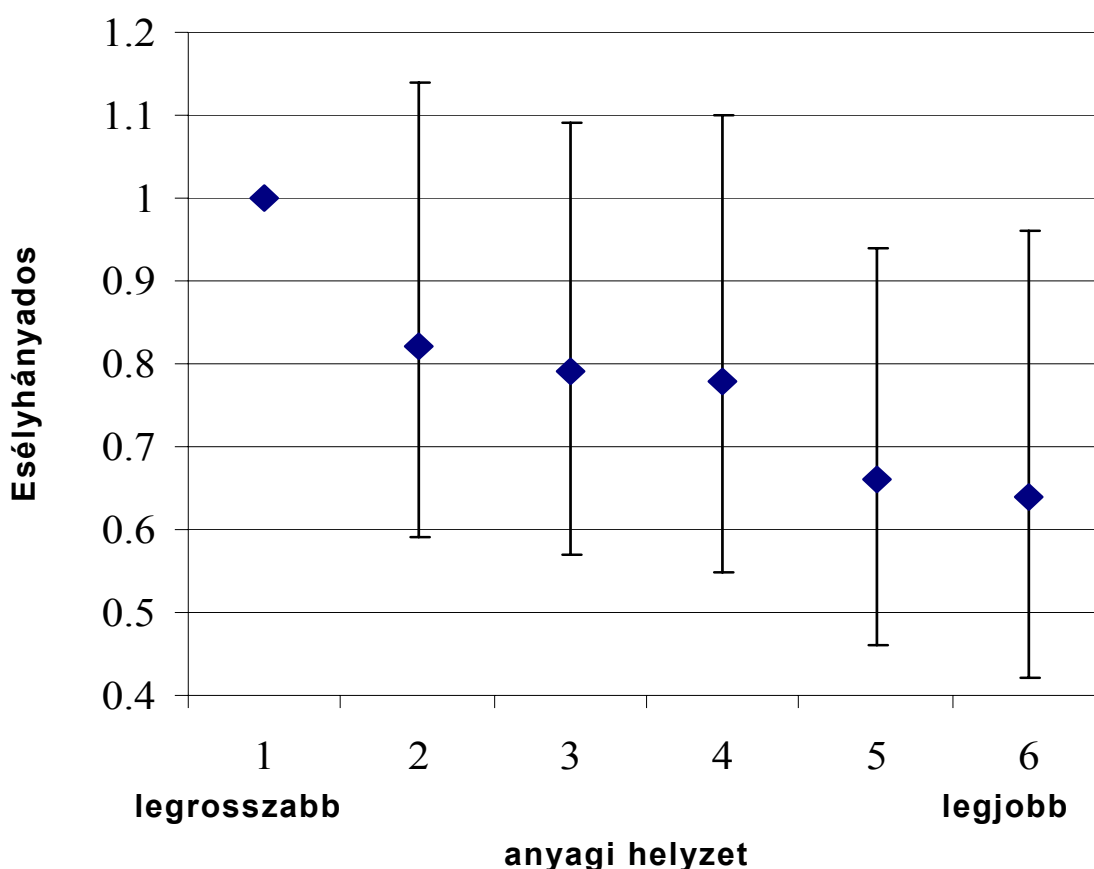
A többi tényező hatását kiszűrve, az életkorral folyamatosan növekedett a **korlátozottság esélye**. A **monoton emelkedő trend a 60-69 éves korosztályban megtört**, majd onnan kezdődően az idősebb korosztályokban ismét hasonló trend szerint emelkedett a korlátozottság esélye, mint a 18-59 évesek körében. Hozzájárulhat a trend megtöréséhez, hogy a nyugdíjas kor

elején hirtelen lecsökken a környezet elvárása, kevesebb igénynek kell megfelelni, és ezért az emberek talán átmenetileg nem érzik olyan súlyosnak funkcionalitás-problémájukat.

A legalább **érettségivel** rendelkezők körében – a többi tényező hatását kiszűrve – a **korlátozottság esélye 50-60%-a** volt a 8 általános iskolai végzettségűeknél becsült értéknek. Az eredmény a felsőfokú végzettségűek esetében kis létszámuk miatt 5%-os szinten statisztikailag nem szignifikáns.

Összevetve az anyagi helyzet kategóriáit, megfigyelhető, hogy **az anyagi helyzet javulásával csökkent a korlátozottság esélye**: a legjobb anyagi helyzetben lévők körében a korlátozottság esélye 64% volt a legrosszabb anyagi helyzetben lévőkéhez viszonyítva.

A korlátozottság és az anyagi helyzet kapcsolata



A tartósan **munkaképtelenek** körében a korlátozottság esélye 22-szeres, a nyugdíjasok körében 6,22-szeres, a tartósan **munkanélküliek** körében pedig 1,65-szörös volt a dolgozókéhoz viszonyítva.

A **vezetők** körében a korlátozottság esélye mintegy 70%-a volt az **önállóknak**. (Az önállóak kategóriájába azok tartoznak, akik nem beosztottak és nekik sincsenek beosztottjaik, tehát munkájukat önállóan szervezik és végzik.)

Az átlag alatti munkaintenzitással jellemzettek körében a korlátozottság esélye 2,7-szeres volt az intenzív munkaterhelésnek kitettekhez viszonyítva.

Összevetve a társas támogatottság kategóriáit, megfigyelhető, hogy **a társas támogatottság javulásával csökkent a korlátozottság esélye**: a megfelelő társas támogatottsággal rendelkezők korlátozottságának esélye 42%-a volt a társas támogatottság súlyos hiányával jellemzettekének.

A többi tényező hatását kiszűrve, a nyugat-dunántúli régióhoz viszonyítva az összes régióban magasabb volt a korlátozottság esélye, Észak-Magyarországon pedig meghaladta a nyugat-dunántúli érték 2,5-szeresét.

Az aprófalvakban (lélekszám ≤ 1000 fő) a korlátozottság esélye magasabb volt, mint bármely egyéb településnagyság kategóriában. Ugyanakkor jelentős mértékű eltérés a korlátozottság esélyében – mintegy 25-35%-kal csökkent esély – ezekhez a településekhez viszonyítva csak az 1001-10000 fős településeken volt észlelhető.

Megbeszélés

Ugyan a bevezetésben említett hazai felmérések az OLEF2000-től teljesen eltérő módszertannal dolgoztak, érdemes megemlíteni, hogy a KSH által rendelkezésre bocsátott adatokon elvégzett elemzés szerint a KSH 1994-es felmérése alapján a 18-34 éves nők 2,0, a férfiak 3,8, a 35-64 éves nők 6,4, a férfiak 9,3%-ának volt tartós egészségkárosodása vagy fogyatékosága. A TÁRKI 1998-as felmérése szerint a 14 évesnél idősebbek 25%-a nagyon, 20,4%-a kicsit volt korlátozott a kérdezett tevékenységek valamelyikében.

Az egyszerű gyakorisági becslések **jelentős problémákra** hívják fel a figyelmet: az időskorúak körében az érzékszervi **zavarokra**, a vizelettartási zavarokra, és a mindennapi tevékenységekben segítségre szorulóknak nagy arányára, a nők körében a vizelettartási panasz magas prevalenciájára, a középkorúak körében pedig a korlátozottság jelentős mértékére.

Ahogy az eddigi hazai és nemzetközi népegészségügyi kutatások igazolták, **igen erős a kapcsolat a társadalmi-gazdasági helyzet és az egészség között**. Az elemzések – a többi tényező hatását kiszűrve is – egyértelmű, jelentős kapcsolatokat igazoltak az iskolázottság, az anyagi helyzet, a beosztás, és a korlátozottság között. A társas támogatottság és az egészségi állapot közötti kapcsolat felhívja a figyelmet a **pszicho-szociális meghatározó tényezők jelentőségére**, mely különösen fontos, ha

figyelembe vesszük a társas támogatottság és az egyéb meghatározó tényezők között az OLEF2000-ben feltárt kapcsolatokat.

Az életkor és a korlátozottság kapcsolatát jellemző trend érdekes megtörése a véletlen ingadozás esetleges szerepén túl valószínűleg egyrészt azzal magyarázható, hogy a legsúlyosabb állapotok az idősebb korosztályokban magas halálozási arányt eredményeznek, másrészt a súlyosan korlátozottak jelentős része intézményben él, így a felmérés számára nem volt elérhető, illetve ha otthonában élt, nehezebben tudott, vagy kevésbé akart részt venni a felmérésben.

A régió és a településnagyság erős kapcsolatban állt a korlátozottsággal, a vizsgált egyéb tényezők hatását kiszűrve is. Ez arra utal, hogy a vizsgáltakon kívül jelentős eltérések vannak a régiók között további, általunk nem vizsgált, az egészséggel kapcsolatban álló tényezők – egyéb társadalmi, kulturális, stb. jellemzők – gyakoriságában.

A munkaviszony, illetve a munkaintenzitás korlátozottsággal való kapcsolatának jellege felhívja a figyelmet a keresztmetszeti vizsgálatokból levonható következtetésekkel kapcsolatos óvatosságra. A kapcsolatok **kétirányúsága** ezekben az esetekben egyértelmű. Minden valószínűség szerint az alacsonyabb munkaintenzitással együtt járó magasabb korlátozottság esély jelentős részben annak köszönhető, hogy a korlátozottsággal bíró személyek kevésbé képesek dolgozni. Ugyanez a helyzet a munkaképtelenség esetében is.

A megbeszélés elején említett módszertani problémák ellenére az eredmények arra utalnak, hogy az alkalmazott módszerrel hiteles kép nyerhető a lakosság funkcionalitásáról.

Tekintettel az említett problémákra, valamint a jelenleg is folyó nemzetközi fejlesztésekre, és arra, hogy az akadályozottság mérése csak a mozgásra, önellátásra és a mentális állapotra terjedt ki, ezen a területen a későbbi felmérések **további módszertani fejlesztést** igényelnek.

Az eredmények felhasználhatósága

A funkcionalitás csökkenésére vonatkozó mérési eredmények jól használhatók a lakosság egészségének jellemzésére. A korlátozottság előfordulásának nagy aránya, összhangban más egészségindikátorokkal, mint például a korai halálozás, azt mutatja, hogy jelentős társadalmi problémáról van szó.

A korlátozottságnak a társadalmi-gazdasági tényezőkkel való szoros összefüggése azt jelzi, hogy az **oktatásra, munkahelyteremtésre fordított összegek az egészségfejlesztésre költött forrásként is felfoghatók.** A felmérés egyértelműen azonosította azokat a társadalmi **csoportokat, melyekre kitüntetett egészségpolitikai figyelemnek kell irányulnia:** az alacsony iskolázottságúak, szegények, munkanélküliek, munkaképtelenek, közülük is különösen az elmaradott térségekben élők, valamint az időskorúak, akiknek jelentős része számára a mindennapi tevékenységek is nehézséget jelentenek.

Az eredmények közül bizonyára több is jól hasznosítható egészségfejlesztési szakemberek számára. Ezek közül két kérdéskört emelünk ki:

- A **vizelettartási zavaroknak a nők körében** észlelt magas prevalenciája arra utal, hogy igen sok embert érintő problémával van dolgunk. Ugyanakkor a kérdés intim jellege valószínűsíti, hogy sokan nem fordulnak ezzel megfelelő szakemberhez. A színvonalas tájékoztatást célul kitűző egészségfejlesztési programok vélhetően hatékonyan hozzájárulhatnak a probléma okozta társadalmi terhek csökkentéséhez.
- Ugyan az egyén egészségi állapota jelentősen hat a társas kapcsolataira, mégis valószínűsíthető, hogy a társas támogatottság és a korlátozottság között észlelt jelentős kapcsolat legalább részben annak köszönhető, hogy a megfelelő **társas támogatottság** kedvezően hat az egészségre. E kapcsolat mechanizmusának mélyebb ismerete nélkül is – a pszichoszociális tényezők és az egészségi állapot közötti kapcsolat mechanizmusa jelenleg is intenzív kutatás tárgya – érdemes ezt az összefüggést **felhasználni a kis közösségekre irányuló egészségfejlesztési programok tervezésekor.**

Felhasznált irodalom:

1. Goldberg M., Dab W., Chaperon J., Fuhrer R., Grémy F.: Indicateurs de santé et "sanométrie" : les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé d'une population. Rev Epidem Santé Publique 1979; 27:51-68 (Première partie).
2. Goldberg M., Dab W., Chaperon J., Fuhrer R., Grémy F.: Indicateurs de santé et "sanométrie": les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé d'une population. Rev Epidem Santé Publique 1979; 27:133-152 (Seconde partie).

3. World Health Organization. International Classification of Functioning and Disability (ICIDH 2-Beta 2). Geneva: World Health Organisation, 1999.
4. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. <http://www.who.int/icf/icftemplate.cfm>
5. World Health Organization. The World Health Report 1998. Geneva: World Health Organization, 1998.
6. Regidor E., Navarro P., Dominguez V., Rodriguez C.: Inequalities in income and long-term disability in Spain: analysis of recent hypotheses using cross sectional study based on individual data. *BMJ* 1997; 315:1130-1135.
7. Adler N.E., Boyce W.T., Chesney M.A., Folkman S., Syme L.: Socioeconomic inequalities in health. *JAMA* 1993; 269:3140-3145.
8. Amaducci L., Maggi S., Langlois J., Minicuci N., Baldereschi M., Di Carlo A., Grigoletto F.: Education and the risk of physical disability and mortality among men and women aged 65 to 84: the Italian Longitudinal Study on Aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998; 53:M484-490.
9. Li CY, Wu SC, Wen SW.: Longest held occupation in a lifetime and risk of disability in activities of daily living. *Occup Environ Med.* 2000; 57:550-554.
10. WHODASII. <http://who.who.int/icidh/whodas/>
11. de Bruin A., Picavet H.S.J., Nossikov A.: Health interview surveys towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1996.
12. Robine J.M., Jagidi C., Egidi V.: A first step towards a user's guide to health expectancies for the European Union. Montpollier: Euro-Reves, 2000. (nem közzölt)
13. Tahin T., Jeges S., Csanaky A.: Az egészségi állapot és az orvoshoz fordulást befolyásoló demográfiai és társadalmi tényezők. *Demográfia* 1993; 4:427-453.
14. Jeges S., Tahin T., Tóth Á.: Az egészségi állapot változása 1989-1996 között Baranya megyei falvakban és Pécssett követéses egészségpszociológiai vizsgálat alapján. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 1997; 35:202-217.
15. Lechmann H., Polonyi G.: Kórkörkép: Látens és diagnosztizált betegségek. Budapest: TÁRKI, 1998.
16. Központi Statisztikai Hivatal: Egészségi Állapotfelvétel. KSH Budapest 1996.

A tájékoztatást adta: dr. Vokó Zoltán adjunktus, DOTE Népegészségügyi Iskola, valamint az OEK Egészségmonitorozás és nemfertőző betegségek epidemiológiai osztályának munkatársai.

A HAZAI JÁRVÁNYÜGYI HELYZET ÁLTALÁNOS JELLEMZÉSE

A **2002. július 29 – augusztus 4. közötti** időszakban bejelentett heveny fertőző megbetegedések alapján az ország járványügyi helyzete az alábbiakban foglalható össze:

Az enterális fertőző betegségek közül az előző hetihez képest mérsékelten emelkedett a **salmonellosis** bejelentések száma, ugyanakkor kevesebb **campylobacteriosis** és **enteritis infectiosa** került a nyilvántartásba. A salmonellosis járványügyi helyzete nem változott lényegesen, a dysenteria és campylobacteriosis helyzete kedvezőbben alakult, mint az előző év azonos hetében. Az enteritis infectiosa heti és év eleje óta nyilvántartott esetszáma meghaladta a 2001. év megfelelő időszakában regisztráltat.

A héten három közösségi gastroenteritis járványról érkezett jelentés:

Decsen (Tolna megye), egy 86 fős szeretetotthonban augusztus 1-4. között 27 gondozott betegedett meg 38°C feletti láz és többszöri hasmenés tüneteivel. A betegek székletéből **S.Enteritidist** izoláltak. Ugyanezt a kórokozót mutatták ki a július 31-én 101 adagban ebédre kiszolgált, nem kellően hőkezelt tojásfehérjével dúsított krémes ételmintájából is.

Szarvason (Békés megye), egy 50 fős táborban augusztus 3-5. között 26 középiskolás betegedett meg gastroenteritisben. A jellemző tünet a rossz közérzet, hányás, hasmenés, hőemelkedés, és a néhány esetben maximum 38,5°C-ig emelkedő láz volt. Mivel a betegek elkülönítését helyben nem tudták megoldani, 15 személy kórházi felvételre került. Augusztus 7-ig négy beteg székletének vizsgálata történt meg, kórokozó baktériumot nem mutattak ki. A fertőzés terjesztésével az augusztus 3-án vacsorára fogyasztott kaszinótojást, majonézes burgonyát és stefánia vagdaltat gyanúsítják, ezen ételek mintáiból kórokozó baktériumot nem sikerült izolálni. A járvány kivizsgálása folytatódik.

Csányban (Heves megye), a 86 fős idősek otthonában augusztus 4-7. között 25 gondozottnál és egy dolgozónál jelentkezett hányinger, hányás, hasmenés, emellett hét esetben hőemelkedés ill. öt betegnél 38,5°C-ig terjedő láz is előfordult. A betegek gyorsan gyógyultak, kórházi ellátásra nem volt szükség. Hét székletminta augusztus 7-ig elvégzett bakteriológiai, adeno- és rotavírus vizsgálata negatív eredménnyel járt. Az otthon saját főzőkonyháján elkészített ételek nem gyanúsíthatók a kórokozó terjesztésével. A virológiai vizsgálatok még nem fejeződtek be.

Nem változott a **hepatitis infectiosa** megbetegedések száma az előző hetihez képest, a bejelentések fele Borsod-Abaúj-Zemplén megyéből érkezett. Mind a heti, mind az év eleje óta regisztrált esetek száma meghaladta az előző év megfelelő adatait, de a járványügyi helyzet így is kedvezőbb volt, mint az 1996-2000. közötti időszakban.

Sajószentpéteren (Borsod-Abaúj-Zemplén megye) május 3-án kezdődött, és a 29. héten (**Epinfo** 9. évf. 29; 342-343.) már ismertetett **HAV** okozta járványhoz tartozó megbetegedések száma **18 főre** emelkedett. A betegek kétharmada 14 éven aluli gyermek, 6 személy a 15-29 évesek korcsoportjába tartozik. A romák által lakott területen kialakult hepatitis A járvány miatt a telepen élő óvodai és iskolai közösségbe járó mintegy 450 gyermek augusztus hónapban hepatitis A elleni aktív immunizálásban részesül.

A Borsod-Abaúj-Zemplén megyei **Edelény** városban (11 500 lakos) 2002. május 12. és augusztus 5. között **kilenc fő** betegedett meg akut vírushepatitisben, hat esetben a szerológiai vizsgálatok a **HAV** kóroki szerepét igazolták. A megbetegedések – kettő kivételével – a 14 év alatti korosztályokban fordultak elő. A kilenc beteg közül öt fő ugyanazon alapítványi általános iskolát és intézményt látogatta. A megbetegedések a romák által lakott három településrészen jelentkeztek, ahol a lakosságszám összesen 936 fő. Augusztus 6-ig 312 fő részesült gamma-globulin védelemben.

A légúti fertőző betegségek közül a **scarlatina** és a **varicella** bejelentések száma az előző hetihez képest kb. felére csökkent. **Morbillit** nem jelentettek, egy **rubeola** ill. három **mumpsz** eset került a nyilvántartásba.

Az **idegrendszeri fertőző megbetegedések** száma csökkent az előző hetihez képest, kevesebb meningitis serosa ill. encephalitis infectiosa került a nyilvántartásba, mint a korábbi évek azonos hetében. Az öt meningitis purulenta eset négy területen fordult elő.

Az előző hetinél kétharmaddal több **Lyme-kór** megbetegedés került a nyilvántartásba. A heti esetszám 40%-kal haladta meg az előző év azonos hetében regisztráltat. Az esetek közel 60%-a a fővárosban, Borsod-Abaúj-Zemplén ill. Pest megyében fordult elő.

EGÉSZSÉGÜGYI, SZOCIÁLIS ÉS
CSALÁDÜGYI MINISZTERIUM
Eng.sz.: 87104/1975

MINISTRY OF HEALTH,
SOCIAL AND FAMILY AFFAIRS
OF THE HUNGARIAN REPUBLIC

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon (+)
Notified cases of communicable diseases in Hungary (+)

31/2002.sz.heti jelentés (weekly report)

(2002.07.29 – 2002.08.04.)

Betegség Disease	a 31. héten (week)			az 1 – 31. héten (week)		
	2002.07.29- 2002.08.04.	2001.07.30- 2001.08.05.	Medián 1996- 2000	2002.	2001.	Medián 1996- 2000
Typhus abdominalis	-	-	-	1	-	1
Paratyphus	-	-	-	-	-	-
Salmonellosis	229	221	445	3898	3843	10110
Dysenteria	8	11	18	160	171	549
Dyspepsia coli	4	-	4	42	61	105
Egyéb E.coli enteritis	-	1	•	36	57	•
Campylobacteriosis	119	138	•	3382	3615	•
Yersiniosis	1	1	•	61	66	•
Enteritis infectiosa	736	651	•	24724	20728	•
Hepatitis infectiosa	28	26	34	494	442	979
AIDS	-	-	-	17	12	18
Poliomyelitis	-	-	-	-	-	-
Acut flaccid paralysis	1	-	•	17	8	•
Diphtheria	-	-	-	-	-	-
Pertussis	-	-	-	5	1	1
Scarlatina	7	11	21	1817	2581	3439
Morbilli	-	5	1	1	23	21
Rubeola	1	-	2	51	68	104
Parotitis epidemica	3	4	3	95	134	195
Varicella	86	121	•	26553	31204	•
Mononucleosis inf.	25	21	16	854	808	762
Legionellosis	2	-	•	25	51	•
Meningitis purulenta	5	1	•	142	176	•
Meningitis serosa	2	4	3	66	78	68
Encephalitis infectiosa	1	3	6	80	69	75
Creutzfeldt-J.-betegség ^Δ	1	-	•	10	8	•
Lyme-kór	82	58	•	650	675	•
Listeriosis	-	-	•	3	4	•
Brucellosis	-	-	-	-	2	1
Leptospirosis	1	-	-	15	42	22
Tularemia	3	-	-	58	24	67
Tetanus	-	-	1	-	2	8
Vírusos haemorrh. láz	-	-	•	1	5	•
Malaria*	-	-	-	3	11	9
Toxoplasmosis	5	2	6	132	112	180

(+) előzetes, részben tisztított adatok (preliminary, partly corrected figures)

(*) importált esetek (imported cases)

(^Δ) 2001. június 1-től jelentendő (notifiable since 01.06.2001)

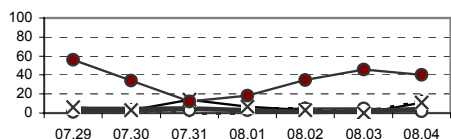
(•) nincs adat (no data available)

A statisztika készítés ideje: 2002.08.06.

"Fodor József" Országos Közegészségügyi Központ Országos Környezetegészségügyi Intézete
Budapest, 1097 Gyáli út 2-6. Tel/Fax: 476-1215 email: farkas@oki1.joboki.hu

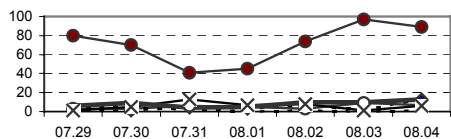
Az ÁNTSZ Aerobiológiai Hálózatának jelentése 2002. 31. hét

Budapest-OKI



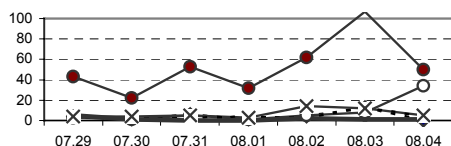
Dátum	Amb	Art	Chen	Plant	Poa	Urt	Alt	Cla
07.29	2	1	6	1	4	56	**	***
07.30	3	2	3	2	4	34	*	**
07.31	3	3	14	0	5	12	*	*
08.01	5	3	7	0	3	18	*	*
08.02	5	5	3	1	1	35	**	**
08.03	2	5	0	4	2	46	***	*
08.04	12	2	11	4	4	40	***	*

Budapest-Svábhegy



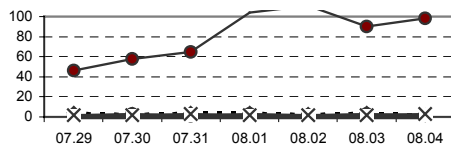
07.29	2	3	1	4	6	80	****	****
07.30	1	3	5	5	9	70	***	***
07.31	4	6	13	2	4	41	**	**
08.01	3	5	7	0	5	45	*	***
08.02	6	3	8	1	10	74	****	****
08.03	2	9	1	0	10	97	***	***
08.04	13	7	6	1	13	89	****	***

Békéscsaba



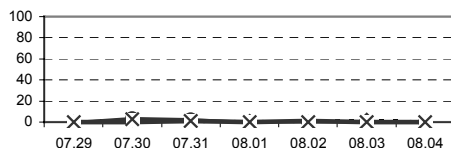
07.29	4	3	4	4	5	43	***	****
07.30	1	1	4	1	1	22	*	**
07.31	6	5	5	3	0	53	****	****
08.01	1	1	3	4	0	32	****	****
08.02	4	5	14	2	2	62	****	****
08.03	13	8	12	13	1	107	****	****
08.04	0	34	5	4	1	50	****	****

Debrecen



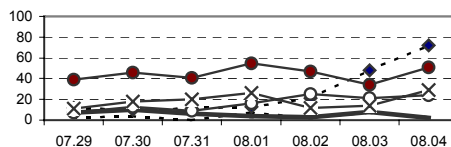
07.29	4	2	2	0	0	46	***	*
07.30	3	3	2	0	0	58	***	*
07.31	4	1	3	0	0	65	***	*
08.01	4	3	2	0	0	104	***	*
08.02	3	2	2	0	0	111	***	*
08.03	4	3	2	0	0	90	***	*
08.04	2	2	3	0	0	98	***	*

Győr



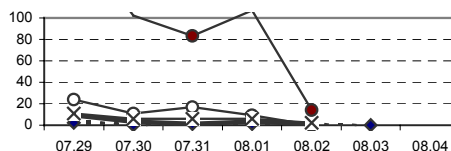
07.29	0	0	0	0	0	29	*	**
07.30	2	4	3	0	0	45	**	**
07.31	0	3	1	1	1	21	**	***
08.01	1	0	0	0	0	11	*	**
08.02	0	0	0	1	1	7	****	***
08.03	2	0	0	0	0	10	*	**
08.04	0	0	0	1	0	12	*	**

Kecskemét



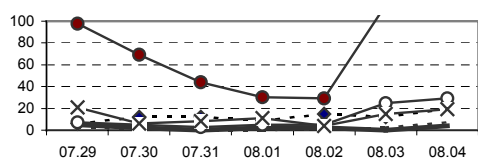
07.29	12	7	11	2	7	39	**	*
07.30	10	13	18	4	10	46	***	**
07.31	11	9	20	0	6	41	**	*
08.01	13	16	26	7	4	55	**	**
08.02	21	25	12	2	3	47	**	**
08.03	48	21	14	7	8	34	***	*
08.04	72	24	29	3	2	51	***	**

Miskolc



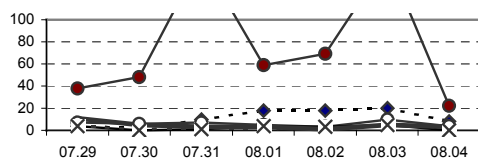
07.29	2	24	11	4	9	178	*	**
07.30	0	11	6	1	3	102	*	*
07.31	1	17	6	1	1	83	**	*
08.01	1	9	6	3	3	107	***	***
08.02	1	0	2	0	1	14	*	*
08.03	Technikai hiba							
08.04								

Nyíregyháza



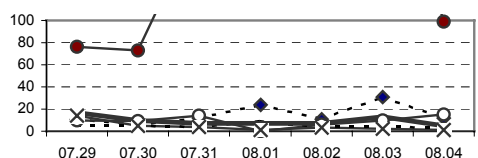
Dátum	Amb	Art	Chen	Plant	Poa	Urt	Alt	Cla
07.29	6	7	21	3	5	98	****	**
07.30	12	5	6	1	2	69	*	*
07.31	12	3	8	0	0	44	*	*
08.01	9	5	11	0	2	30	***	*
08.02	15	5	4	1	2	29	***	**
08.03	12	25	15	2	0	115	****	**
08.04	19	29	19	7	4	200	***	**

Pécs



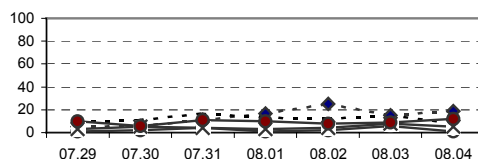
07.29	4	7	4	4	11	38	****	*
07.30	2	6	0	1	5	48	***	*
07.31	10	7	1	2	3	155	****	*
08.01	18	5	4	1	3	59	***	*
08.02	18	3	3	2	1	69	**	*
08.03	20	10	5	5	5	154	****	*
08.04	8	4	0	2	3	22	**	*

Szekszárd



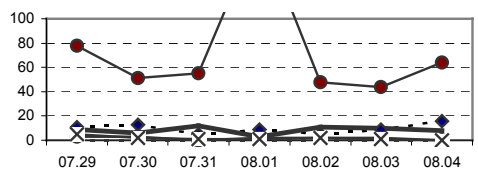
07.29	11	10	14	5	17	76	***	***
07.30	6	9	5	5	10	73	****	****
07.31	12	14	4	4	7	190	***	**
08.01	24	0	1	9	7	182	***	**
08.02	11	6	3	4	7	273	***	***
08.03	31	10	2	4	13	295	**	*
08.04	12	15	1	3	5	99	**	*

Szolnok



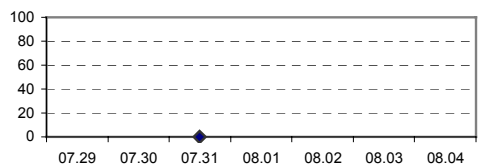
07.29	5	1	3	2	9	10	**	***
07.30	6	2	5	5	11	6	*	**
07.31	11	4	4	3	17	11	***	**
08.01	17	1	3	4	13	10	**	***
08.02	25	2	4	2	12	8	*	***
08.03	15	6	8	3	15	9	**	***
08.04	19	1	5	4	8	12	*	***

Zalaegerszeg



07.29	11	3	5	0	9	78	****	**
07.30	13	3	2	0	6	51	****	***
07.31	5	0	1	0	12	55	****	*
08.01	9	2	1	0	3	174	***	*
08.02	5	2	2	0	11	48	***	**
08.03	9	2	1	0	10	44	**	*
08.04	16	0	0	0	8	64	**	*

Veszprém



07.29	
07.30	
07.31	Nincs adat
08.01	
08.02	
08.03	
08.04	

---◆--- Amb —○— Art —x— Chen Plant ——— Poa —●— Urt

A parlagfű (Ambrosia) pollenje sok helyütt már közepes koncentrációban fordul elő, de a csapdák Debrecenben, Győrött és Miskolcon még alacsony koncentrációban regisztrálták erősen allergén virágpor-szemeit. Az egyéb nyári allergén gyomok – az üröm (Artemisia), a libatop (Plantago) és az útifűfélék (Chenopodiaceae) – virágporának mennyisége is emelkedést mutat. A kisebb záporok időszakosan kimosásák ugyan a pollentömeget a levegőből, de a meleg idő hatására fokozódó pollenszórás várható. Az allergén penészgombák spórakoncentrációja továbbra is rendkívül magas hazánkban.

A szegedi állomás pollenadatai megtekinthetők a www.aeropollen.ini.hu honlapon.

A „Johan Béla” Országos Epidemiológiai Központ (OEK) kiadványa.

A kiadványban szereplő közlemények szakmai egyeztetést követően jelennek meg, ennek megfelelően az országos jellegű összeállítások, illetve a szerkesztőségi megjegyzésben foglaltak az Országos Epidemiológiai Központ és az országos tisztifőorvos szakmai véleményét és javasolt gyakorlatát tartalmazzák.

A kiadványt a „Johan Béla” Országos Közegészségügyi Intézet és a **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)** a Magyar-Amerikai Közös Alapnál elnyert pályázat által biztosított együttműködés révén fejlesztették ki.

Az **Épinfo** minden héten pénteken kerül postázásra és az Internetre.

Internet cím: www.antsz.hu/oeke

A kiadvánnyal kapcsolatos észrevételekkel, közlési szándékkal szíveskedjék az **Épinfo** főszerkesztőjéhez fordulni:

„Johan Béla” Országos Epidemiológiai Központ

1966 Budapest, Pf. 64. Telefon: 476-1153, 476-1194

Telefax: 476-1223

A heti kiadványban szereplő anyagok szabadon másolhatók és felhasználhatók, azonban a kiadvány forrásként való használatánál arra hivatkozni kell.

Megbízott országos tisztifőorvos:

Prof. dr. Ungváry György

Épinfo szerkesztősége

Alapító főszerkesztő:

Dr. Straub Ilona

Főszerkesztő: Dr. Melles Márta

Szerkesztők:

Dr. Csohán Ágnes

Dr. Krisztalovics Katalin

Dr. Böröcz Karolina

Technikai szerkesztők:

Lendvai Gyuláné

Kissné Sponga Zsuzsanna

Nyomda vezetője:

Vizinger Ferenc

ISSN 1419-757X