

Budapest VIII. kerület lakosai egészségi állapotának elemzése

Doktori értekezés

Dr. Kovács Aranka Katalin

Semmelweis Egyetem
Patológiai tudományok Doktori iskola



Témavezető: Dr. Domján Gyula egyetemi tanár, az orvostudományok
doktora CsS

Hivatalos bírálók: Dr. Paulik Edit Ph.D. egyetemi docens
Dr. Feith Helga Ph.D. főiskolai docens

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Kovács József Ph.D. egyetemi tanár
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Soósné Kiss Zsuzsanna Ph.D. főisk.doc.
Dr. Fritz Péter Ph.D. főisk.doc.

Budapest
2012

Tartalomjegyzék

1. Rövidítések jegyzéke.....	3
2. Bevezetés.....	4
2.1. Irodalmi kitekintés.....	6
2.2. A VIII. kerület általános jellemzői.....	9
2.3. Történeti alapok.....	11
2.4. Józsefváros szocio-ökonómiai jellemzői a Közép-Magyarországi Régió és a Főváros adataival történő összehasonlításban a 2001-es népszámlálási adatok alapján.....	15
2.5. Józsefváros egészségügyi ellátása.....	18
2.6. Józsefváros szocio-ökonómiai egységei a „negyedek”.....	21
2.6.1. Palota negyed.....	22
2.6.2. Népszínház negyed.....	24
2.6.3. Csarnok negyed.....	26
2.6.4. Józsefváros központ.....	28
2.6.5. Magdolna negyed.....	30
2.6.6. Orczy negyed.....	32
2.6.7. Tisztviselő telep.....	34
2.6.8. Ganz negyed.....	36
2.6.9. Kerepesi negyed.....	38
2.6.10. Százados úti negyed.....	40
2.6.11. Szigony negyed.....	42
3. Célkitűzések.....	44
4. Módszerek.....	46
4.1. Adatok.....	46
4.2. Az adatok feldolgozása.....	47
5. Eredmények.....	49
5.1. A „negyedek” összesítése.....	49
5.2. Józsefváros demográfiai adatainak viszonya a fővároshoz.....	54
5.3. Józsefváros halálzási adatainak viszonya a fővároshoz.....	56
5.4. A rendelkezésre álló szocio-ökonómiai adatok elemzése a negyedek relatív halálzási kockázatának tükrében.....	61
5.5. A negyedek halálzási adatainak halálközi elemzése.....	65
5.6. Térinformatikai elemzések értékelése Józsefváros negyedeinek relatív korai halálzási viszonylatában.....	68

5.7. A Magdolna negyed rehabilitációs vizsgálatának tömbszintű elemzése összevetve a térinformatikai módszerrel elemzett relatív korai halálozási kockázat tömbszintű elemzésével.....	71
5.8. Szűrési adatok elemzésének eredményei.....	74
5.9. Értékelés	78
5.10. Megbeszélés	82
6. Következtetések.....	96
7. Összefoglalás.....	102
8. Irodalomjegyzék	104
9. Saját publikációk	114
10. Köszönetnyilvánítás	115
11. Mellékletek	116
A kerület fontosabb intézményei, épületei	116
A kerületben található közfinanszírozott egészségügyi intézmények	118
A negyedek társadalmi – gazdasági adatai	125
Józsefváros haláloki statisztikája 1994-2001	127
A Framingham study eredményeit alkalmazó számítógépes program adatfelviteli felülete	129
Hajléktalan ellátó helyek 2011-ben a nyolcadik kerületben	131
A Józsefvárosi Önkormányzat kimutatása a kerületi kötődésű hajléktalanokról	132

1. Rövidítések jegyzéke

ÁNTSZ:	Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
CDC:	Centers for Disease Control and Prevention, USA
JESz:	Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat
KSH:	Központi Statisztikai Hivatal
MÁV:	Magyar Állami Vasutak
MÁVAG:	Magyar Királyi Állami Vas-, Acél- és Gépgyárak
OEP:	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
RIF:	Rapid Inquire Facility - Standardizált Halálozási Hányadosok (SHH)
SAHSU:	Small Area Health Statistics Unit (Kistérségi Egészségstatisztikai Csoport)
SatScan:	software for spatial, temporal and space-time scan statistics
SzVÉ:	Születéskor Várható Élettartam

2. Bevezetés

A jelenlegi egészségfejlesztés és egészségügyi szervezés egyik legnagyobb megoldandó problémája a szocio-ökonómiai egyenlőtlenséggel összefüggő egészségi állapot egyenlőtlenség. Ennek mértékét a különböző földrajzi, közigazgatási, illetve egyéb szempontok szerint kijelölt populációk születéskor várható élettartamának (SzVÉ) összehasonlítása jelzi. Magyarországon igen jelentős ez a probléma, a városok és kisebb települések közötti, a különböző megyék közötti egészségi állapot eltérés évtizedek óta kutatott kérdés [1]. Országon belüli viszonylatban a fővárosi halálozási arányok kifejezetten jóknak mondhatóak, viszont a fővároson belül a kerületek között is igen komoly egészségyenlőtlenség, korai halálozási kockázatbeli eltérés tapasztalható [2].

Az 1990-es években több kutató is felhívta a VIII. kerület, azaz Józsefváros, lakosságának a fővároson belüli elmaradott egészségi állapotára, tehát a kerületben tapasztalható magas korai halálozási kockázatra:

Józan Pétert idézve: „Annak a kisfiúnak, aki az ezredfordulón a főváros VII., VIII. kerületében született, nem jobbak az életkilátásai, mint líbiai kortársának, míg a II. kerületben világra jött csecsemő életésélyei hasonlóak egy dániai csecsemőéhez; a lepusztult Erzsébet- és Józsefvárosban élő férfiak születéskor várható élettartama 9,4 évvel marad el az elit által preferált II. kerületben lakó férfiakétól.” [3].

Klinger András pedig így jellemezte ezt az eltérést: „Budapest kerületei közül a legmagasabb halandóságot a VIII. kerületben találjuk, ahol a standardizált halandóság 25%-kal haladja meg a budapesti átlagot.” „Budapest halandósága csak 86%-a a vidéki átlagnak. De a fővároson belül – kerületenként – nagyobbak a különbségek, mint a vidéki kistérségekben.”

Józsefváros lakosainak egészség-hátrányát a lakosság alacsony jövedelmi helyzetével, rossz lakásviszonyokkal, szociális környezettel, alacsony iskolázottsággal és nagy munkanélküliséggel magyarázta a szakirodalom [4]. Közismert tényező az is, hogy a kerületben magas a cigány lakosság aránya, és igen sok a hajléktalan. Közszájon forog az is, hogy a kerületben magas a bűnözési ráta, elsősorban a kisebb vagyon elleni bűncselekmények, és itt igen sok csellengő cigány és nem cigány szegény ember látható [5,6,7].

Ez azonban csak elenyésző része Józsefvárosnak. Pest egyik legrégebbi részén az ország kultúrtörténetében fontos épületek, műemlékek sorakoznak (1. sz. melléklet), ottthont adva ma is fontos hivataloknak, múzeumoknak és oktatási és egészségügyi intézménynek. Nincs olyan kerület a fővárosban, ahol az egészségügy ilyen intenzíven képviseltetné magát, hiszen 19 nagy egészségügyi intézmény helyezkedik el Józsefvárosban (2. sz. melléklet). Oktatási intézményben sincsen hiány, hiszen 13 felsőoktatási intézmény és 3 jó hírű gimnázium öregbíti a kerület hírnevét. A kerületben történtek nagy felújítások, épültek bevásárló központok is.

Józsefvárosban tanulási, és munkalehetőséget találhatunk, mégis alacsony az iskolázottság és magas a munkanélküliség. A sok történelmi épület és a pozitív változások ellenére is leginkább a bűnözésnek, a szegénységnek és a prostitúciónak tanyájaként híresült el, különösen a népszerű animációs filmparódia, a „NYÓCKER” [8] nyomán.

Műhelybeszélgetésekből ismert érdekes jelenség, hogy a nyolcadik kerületben a Budapest hőségriasztásával kapcsolatos halálozási többletben is korábban megmagyarázhatatlan eltérés található. Páldy Anna és munkacsoportja kutatásai szerint a hőségriadóhoz kapcsolódó halálozási többlet jól kimutatható Budapest kerületeiben is, ám a VIII. kerületben a halálozási többlet és az aktuális klímaviszonyok [9] között nem látható következetesen az összefüggés.

Ezek az ellentmondások több kérdést is felvetnek:

Mi okozhatja ezt a nagyon rossz szociális és egészségi állapotot? A kerület egészére vagy csak egy részére jellemzőek ezek az igen rossz adatok? Nem torzította-e el valami, a nyolcadik kerületre jellemző sajátosság az elemzett adatokat?

A kutatáshoz szükséges szocio-ökonómiai adatokat a kerületi önkormányzat által készítettett, Józsefváros építészeti és szociális rehabilitációjának tervezése céljából készült felmérés adta [10]. Ez a felmérés az épület-történetileg homogénebb és a lakosság szempontjából is egységesebbnek tűnő városrészek meghatározása után ezeknek a városrészeknek (negyedek) szociológiai jellemzőit tárta fel (3. sz. melléklet).

Ennek a felosztásnak megfelelően próbáltam először morbiditási majd később mortalitási adatok elemzésével feltárni azokat az összefüggéseket, amelyek az ismert szakirodalmi tényekhez igazítva el tudnak vezetni az ellentmondások feloldásához, és remélhetőleg segítséget tudnak adni azok végleges megoldásához.

2.1. Irodalmi kitekintés

A világban egyre nagyobb figyelem fordul a szocio-ökonómiai helyzet eltéréseivel összefüggő egészség egyenlőtlenségekre, azok orvoslásának lehetőségeire, módszereire. Ennek a tevékenységnek a szempontjait a WHO ajánlások [11] mutatják meg, részben a fertőző betegségek megelőzése, részben a nem fertőző betegségek megelőzése, prognózisának javítása terén [12,13].

A földrajzi, közigazgatási szempontból elkülönült vidékek közötti egészségyenlőtlenségek kutatása viszonylag jól elérhető hivatalosan verifikált adatok alapján folyik [14]. A világon észlelhető SzVÉ különbség szinte egy emberöltőnyi (48 év) és ez elsősorban a földrészek illetve nemzetek eltérő nemzeti jövedelem, gazdasági fejlettségének számlájára írható [15,16].

Az egészséget meghatározó különböző tényezők, egészségdeterminánsok köre a gazdasági helyzettel, azzal összefüggésben bizonyított. A SzVÉ és egy adott vidék az egy főre eső jövedelem vásárlási értéke, de lényegében a gazdasági fejlettsége szoros összefüggésben van egymással [17,18].

A fejlettebb országokban az országokon belüli egészségyenlőtlenség [19,20,21] kutatása került előtérbe. Elsősorban a '90-es években végzett átfogó kutatások eredménye pedig egyértelműen az alacsony iskolázottságban és jövedelmi helyzetben, rossz szociális állapotban határozzák meg a lakosság körében tapasztalható egészség egyenlőtlenség hátterét [22,23,24,25,26].

Még a legfejlettebbnek és leggazdagabbnak számító országokban is jelentős ez a kérdés, sőt a földrajzi és közigazgatási határoktól függetlenül ugyanolyan okokra tűnik visszavezethetőnek [27]. Előtérbe helyezte ezeknek a kutatásoknak a szükségességét a gazdasági válság hatása is [28]. Jelenleg már azokat a matematikai összefüggéseket kutatják, amelyekkel a már ismert egészségdeterminánsok egészségbefolyásoló szintjét meg lehet állapítani egy adott populációban, és ez által a még maradó területi

egyenlőtlenségek okának mibenléte is pontosabban megállapíthatóvá válik [29,30, 31,32].

Hazánkban ez különösen jelentős szerepet kap, hiszen a gazdasági fejlettségünkhöz képest kalkulálható SzVÉ –hoz képest jelentős elmaradás tapasztalható Magyarországon [33,34]. Ez a jelenség, valószínűleg az országon belüli egyenlőtlenség következménye. Ennek az eltérésnek a kóroktani, területi és társadalmi differenciálása jelentős irodalommal rendelkezik Magyarországon is [35,36,37]. A tanulmányok általában a konkrét területekre vonatkozó demográfiai és egészség adatokat tudják felhasználni. Ismert tény ezek alapján, hogy viszonylag nagy az eltérés hazánkban a falu és város valamint az ország keleti és nyugati része között. Kiemelkedő helyzetben van azonban a Főváros. Nemcsak azért, mert Budapest a SzVÉ szempontjából a legjobb helyzetű térségek közé tartozik, hanem azért is, mert részletesebben nézve a fővároson belüli halandósági eltérés [38,39] legalább akkora, mint a legrosszabb és legjobb kistérség közötti eltérés.

Fontos része a kutatásoknak az, hogy az egészségügy elérhetősége hogyan befolyásolja a populáció egészségi állapotát. Első gondolat lehetne az, hogy a budapesti infrastruktúrát és az egészségügyi intézmények sokaságát ismerve, ezekről az egyenlőtlenségekről nem lehet beszélni. Azonban ez csak az egészségügyi szolgálat elérésének térbeli, időbeli nehézségeiről igaz, az országos kutatások szerint is a budapesti lakosok ellátásában inkább többlet lehetőség, mint hiányosság látható[40]. Körvonalazódik tehát, hogy az ellátáshoz való hozzáférés nehézségeit másfajta problémákhoz kell kötnünk. A földrajzi, közlekedési elhelyezkedésen kívül az ellátó igénybevételét befolyásolja az egyén(ek) iskolai végzettsége, műveltsége, tájékozottsága [41,42], és gazdasági helyzete [43,44,45] is. A főváros kerületeinek adataiban is felfedezhető az összefüggés a gazdasági helyzet, az iskolázottság és az egészségi állapot egyenlőtlenségek között.

A területek közötti eltérés jellemzi ugyan az adott terület populációjának egészségeltéréseit, de a területen élő populáció egészségfejlesztési stratégiáját csak egy meglehetősen nagy távlatból tudja tervezni, részletesebb elemzésekre kényszerülünk. A nagyobb része ezeknek a kutatásoknak a veszélyeztetett csoportok felkutatása és individuális kezelése a célja [46]. Ezekhez a sérülékeny csoportoknak (hajléktalanok, roma közösségek) sok egészségfejlesztési program nem jut el, és ez által az ő

lemaradásuk az egyenlőtlenség mélyüléséhez vezet [47]. Talán ez az egyenlőtlenség növekedés az oka annak a ténynek is, hogy a gazdasági fejlődés növekedésével az egészséghatás növekedése lassul [48].

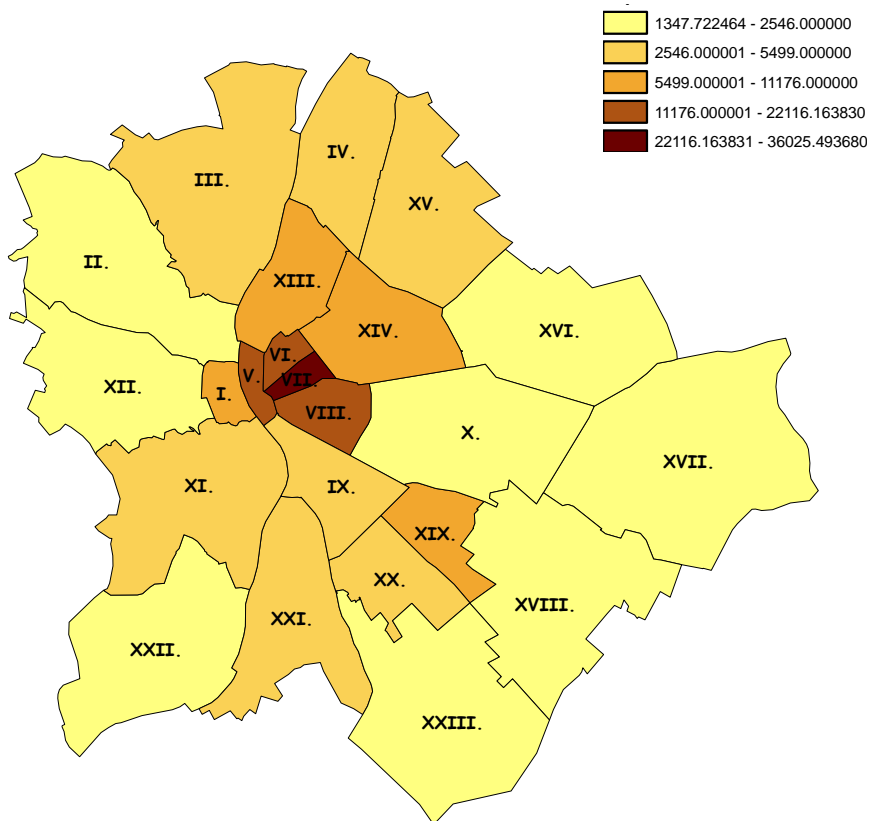
Magyarországon, a romák egészségi állapotának kutatása rendelkezik több adattal, ők a legsérülékenyebb populációt képviselik. A másik igen rossz egészségi állapotban lévő csoport a mélyszegénységben élők, vagy hajléktalanok csoportja. A roma csoportok kutatása nagyvárosokban illetve a fővárosban igen nehézkes, és, bár a hajléktalan lakosság látható számban jelen van, ezek elérése is problémás. Általában ezeknek a vulnerábilis csoportoknak az elérése akkor lehetséges, ha telepekben [49] élnek, vagy, ha ellátókhoz köthető a jelenlétük [50]. A kutatások szerint egyértelműen kiderül, hogy a mélyszegénységben élők közül is, a cigányok hátrányosabb egészségi állapotban vannak, és számukra az egészségügyi vizsgálatok igénybevétele is akadályozottabb, életmódbeli eltéréseik miatt sérülékenyebbek, magasabb a korai halálozási kockázatuk.

Gyukits és munkatársai az országot reprezentálандó, 1.599 fiatal nőt kérdeztek meg a szűrően való részvételi, illetve orvoshoz fordulási szokásaik felől. Mindenképpen nagyobb hátrányt tapasztaltak ez egészségügy szolgáltatásainak igénybevételében az alacsony iskolai végzettségűeknél, ezen belül a magukat romáknak vallók hátránya még nagyobb volt [51]. Vizsgálataik szerint valamivel nagyobb hátrányt jelent az, hogy ha valaki roma származású, ám a szerzők maguk is az alacsony esetszámot és a roma származásból eredő azonos iskolai végzettséghez társul(hat)ó alacsonyabb tudásszintet feltételezték ennek magyarázatául. Kósa Karolina és munkatársai [52] a magyarországi cigány lakosság egészségi állapotának vizsgálatában arra a következtetésre jutott, hogy bár a cigány lakosság születéskor várható élettartama 12-20 évvel kevesebb, mint a nem cigány lakosságé, ennek hátterében nem genetikai vagy biológiai tényezők, hanem társadalmi és gazdasági tényezők állnak. Ezek az eredmények a további epidemiológiai intervenció tárgyának az iskolázottságban, műveltségben, munkavállalásban és jövedelemszerző képességben meglévő hátrányok leküzdését adják meg. Aracsi és munkacsoportja, vizsgálódásai során a halmozottan hátrányos helyzetű katonakötelesek utánkövetéses vizsgálatánál a cigánysághoz tartozást, mint a depriváló tényezők egyik, de nem a legfontosabb, és főleg nem egyetlen faktorát vette figyelembe [53]. Balázs Péter [54] és munkatársai szülészeti adatok alapján hasonlították össze a roma és nem roma nők és újszülöttjeik egészségi állapotát. Megállapították a roma nők egészség

hátrányát, de a vizsgálatban nem különül el pontosan a nők jövedelmi helyzete, és életmódbeli sajátosságaik. A magyar szociológiai irodalomban a mélyszegénység fogalma igen gyakran összefonódik a cigány lakosság egy részének jellemzőivel [55,56].

2.2. A VIII. kerület általános jellemzői

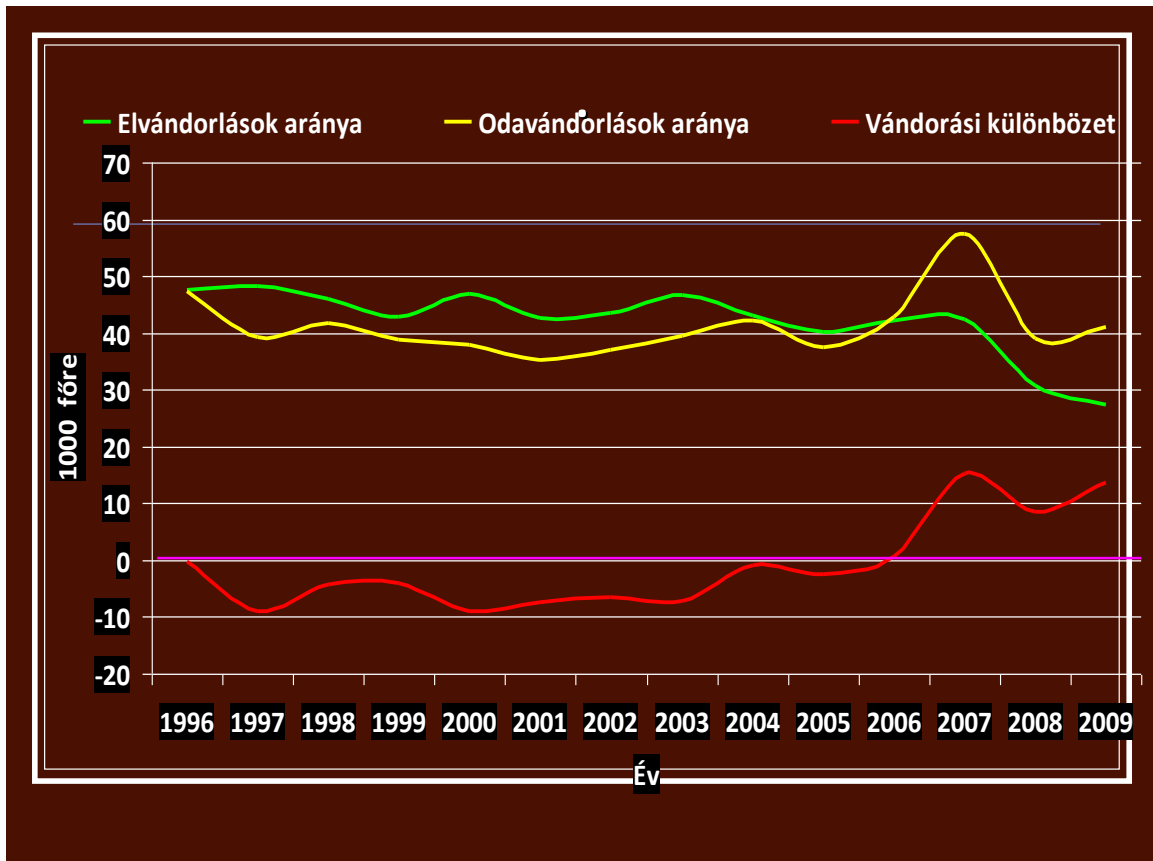
A VIII. kerület, amely 1977-ben nevét II. József után kapta. A főváros egy központi elhelyezkedésű, viszonylag kisebb területű kerülete, de a legnépesebbek egyike, ahogyan ez az 1. ábrán is látszik.



1. ábra *Budapest népsűrűsége (Forrás: KSH [57])*

6,8 négyzetkilométeren fekszik, állandó lakossága 73 ezer fő, ami nagyjából 38 ezer háztartást jelent. Kiemelkedően nagy (42%) az egyszemélyes háztartás aránya, sok az egyedülálló idős ember. A lakosság szám az utóbbi húsz évben folyamatosan csökken,

ahogyan más fővárosi kerületben is, és - részben emiatt - csökken a központi költségvetésből a kerületnek jutó összeg is. Ugyanakkor tény, hogy a belső pesti kerületek között - az új beköltözések eredményeként (2. ábra [58]) itt a legkisebb arányú a népességfogyás. A népesség összetétele igen változatos, sok esetben külföldi betelepülőkből áll [59].



2. ábra vándorlási különbözet a Józsefvárosban, 1996-2009;

(Forrás: TeIR|BPSTAR [58])

Központi fekvése miatt a kerület közlekedési csomóponttá vált. A Józsefvárosi pályaudvar a MÁV első pályaudvara volt, amelyet a társaság elődjének államosításakor, 1867-ben adtak át a forgalomnak. 1867-1885 között az államvasutak budapesti főpályaudvaraként működött, ezt követően adta át a helyét a szintén VIII. kerületben épült, nagyobb, korszerűbb Keleti pályaudvarnak. Tehát Pest, és később Budapest megközelítése vonattal józsefvárosi érkezéssel volt lehetséges, így a kerület az akkori közlekedés központjává vált. A Józsefvárosi pályaudvar egészen a 2005.-ben történt

bezárásáig Magyarország keleti és délkeleti részéről érkező személyforgalom fő érkezési helye volt. Ide, az Orczy térnél lévő pályaudvarra érkeztek a vidékről ingázók az ország fejletlenebb részeiről induló szerencsét próbálók is. Jelenleg a személyforgalom szerepe a Keleti Pályaudvarra hárult, ami ha nem is a kerület közepére, de a szélére hozza be ugyanezt a tömeget.

Mivel a kerület főútvonala a Dunával párhuzamosan futó Nagy és Kis Körút, amelyek nyomvonala a város igényeinek megfelelően a város ipari, kereskedelmi létesítményeinek kiszolgálására épült, az átmenő, lényegében a hidakat (Margit, Petőfi, Erzsébet –hidak) érintő autós és tömegközlekedési forgalom érinti a kerületet, nemcsak célpontként, hanem átmenő forgalomként is. A sugárirányban futó utak (Üllői, Kerepesi) a belvárosba, Buda középső részébe érkezőket hozzák be az autópályákról. Ennek megfelelően Józsefváros először az ipari, nagy- és kiskereskedelmi létesítmények, majd a szállodai szolgáltatások és országos intézmények színhelye lett. A forgalom a jó közlekedést, de a rossz parkolási lehetőségeket, zajos környezetet és a rossz levegőt is hozta. Az önkormányzat által kezdeményezett sétáló utcák kialakítása a parkolási lehetőségeket tovább ronthatja ugyan, de a forgalom zaját valamelyest mérsékli, közösségek kialakulását segíti, élhetőbb, lakhatóbb környezetet teremthet.

2.3. Történeti alapok [60,61]

A kerület az egyik legrégebbi része Pestnek: a Kiskörút és a sugárirányú Rákóczi út és Üllői út középkori eredetűek, míg a Hungária krt. nyomvonala csak az 1871-es városrendezési tervben jelenik meg. A török hódoltság után a város körüli kerteket az (az ún. „déli kertek) felosztották. Így alakult ki, a mai VI. és VII. kerülettel együtt, a mostani Józsefváros területének belvárosi része. Jórészt arisztokraták, és olyan katonatisztek kaptak itt parcellákat, akik a törökök elleni harcokban kitüntették magukat. A kertek egy részét később bérházak számára osztották fel, de maradt néhány egységes terület, melyen a Tudományegyetem, a Nemzeti Múzeum, és a Klinikák épülhettek fel.

A Múzeum klasszicista épülete idevonzotta a nagybirtokosok lakásépítő szándékát: aki adott valamit is magára a század eleji arisztokrata családok közül, az építtetett ide egy

palotát. Így épült fel a Nemzeti Múzeum mögötti részen a „mágnásfertyály”, a mai Palotanegyed.

Az iparosodás megindulása szintén nagy változást hozott. A Magyar Királyi Állami Vas-, Acél- és Gépgyárak (MÁVAG) a Magyar Királyi Államvasutak Gépgyára, a Kőbányai út, a Hungária körút, Vajda Péter utca, Orczy út által határolt kiterjedt ipari területen később mozdonyokkal és gördülőállománnyal ellátó, több ezer főt foglalkoztató állami ipari nagyvállalatként működött. A Csepel Művek mellett a hazai gépgyártás egyik legnagyobb üzemeként tartották számon. Első mozdonyát 1873-ban gyártotta, leghíresebb terméke, pedig az 1924-től gyártott 424-es gőzmozdony volt. Munkásai a Millennium előtt és körül érkeztek a Monarchia különböző területéről és a környező országok ipari vidékeiről. Ezek az emberek a „jó” középosztályt képviselték, szakképzett, jól fizetett munkások voltak. Maga a gyár és a hozzá tartozó lakótelep egy korábbi temető területén, a Kőbányai úton volt, és a gyár környezetében, a Delej utcában felépítették a **Mávag-kolóniát**, vagy mai szóval lakótelepet, ahol olcsó bérű szolgálati lakáshoz jutottak a munkások.

A német ajkú, a pesties beszéd kialakításában nagy szerepe játszó lakosság jó része itt telepedett le, a gyár vezetői pedig a szintén itt kialakított Tisztviselő telepen találtak maguknak otthont.

A lakótelep szinte önálló életet élt, közösségi szervezésű rendezvényekkel, biztonsági szolgáltatásokkal. Helyben volt az iskola is, zöldség, gyümölcs és hús is érkezett lovas kocsin, a lakosságnak még vásárolni sem kellett elhagyni a területet. Hétfvégén az itt lakók budaörsi kiskertjeikben, hétfvégi házukban pihentek. Az épületekben közös WC és közösségi fürdő üzemelt, amely mai szemmel szinte már elfogadhatatlan. A valaha ennek a lakosságnak épített Golgota téri kápolna ma már nem létezik, de a hozzá vezető egy-két stáció még látható a Rezső téri templomnál. A mostani lakosok átalakították, komfortosították ezeket a lakásokat.

A vasút (Józsefvárosi pályaudvar) ide vonzotta a Ruggyantagyárat, a későbbi Taurus Gumigyárat, ami szintén sok száz szakmunkásnak biztosított megélhetést.

Mind a Mávag, mind a Gumigyár szerencsésen túlélte a világháborúkat. A II. Világháború után még megmaradt az ipar fejlesztésének szándéka. de a Ganz és a MÁVAG egyesítése és a Május 1 Ruhagyár termelésbe állításával kialakult viszonyok mellé a lakóterületeket nem fejlesztették. A korábban épített lakótelepek a új

igényeknek nem feleltek meg. A tömegközlekedés, elsősorban a villamos közlekedés fejlődésével viszont már nem is volt feltétlenül szükséges, hogy a gyárak munkásai közel lakjanak. A Ganz-MÁVAG 1988.-ban bezárt, helyébe sok kis elszigetelt ipari létesítmény, majd raktárépületek, később a szürkegazdaságban érvényesülő könnyűipari üzemek és raktározási lehetőségek alakultak ki. Jelenleg a szemben lévő „Négy Tigris” kínai piac kulturáltabb és még nagyobb utódját tervezik és építik. A gumiipar a Michelin cégbe olvadva ma is létezik.

Tehát az ipari területek felbomlóban vannak, a szakmunkások száma sokkal kevesebb. Lakhelyükként egyáltalán nem jellemző, hogy a környéket választják, mivel már régóta nem épültek olyan házak, amelyek a modern igényeknek megfelelő lakások találhatóak, és a városban, sőt a város környékéről való közlekedés idő-léptéke is megváltozott. A rossz beosztású olcsó bérlakásokat az alacsonyabb társadalmi státuszú rétegek lakják, legalábbis bizonyos területeken.

A kerület másik lakó és ipari területe a **Százados úti lakótelep**, ahol a szomszédos X. kerületi ipari dolgozók laktak. Ez a terület szellősebben épült, sok helyen megőrizte a kertvárosi jellegét. A nagyon leromlott lakóépületek és ipari épületek helyén gördülékenyebben lehetett kényelmes, a mai igényeknek is megfelelő lakásokat építeni. Az 1911 és '13 között felépült, és azóta működő, jelenleg is kb. 40 művész családnak lakó és alkotóterületet biztosító **Művésztelep**, bár fényéből sokat veszített, megőrizte a polgári értékeket.

A lakótelepekkel egy időben a **Csarnok**, a **Központi** és a **Népszínház** negyedekben inkább tipikus pesti bérházak épültek, amelyekben a külső homlokzat felől a polgáris, nagyobb lakások, az udvar felől, hátul a szegényeknek épült szoba-konyhás lakások helyezkednek el. Ezek a lakások a környező üzletek tulajdonosainak, iparosoknak, jobb módú polgároknak adtak otthont. A lakók kisiparosok, a környező kis üzletek fenntartó pesti zsidó kiskereskedők, kisiparosok és a jó módú muzsikuskigányok [62,63], illetve a melléjük települt hangszerkészítő és javító műhelyek tulajdonosai. Szép példája alakult ki a különböző hagyományú, vallású és kultúrájú emberek békés egymás mellett élésének, sőt keveredésének. A pesti polgárok számára a környék jó esti és délutáni szórakozást is nyújtott, művészetet támogató kávéházaival, kertvendéglőivel, kis kocsmáival. A két világháború között új házak alig épültek, a betelepülés megállt.

A II. Világháborúban a házak 90% -a megsérült, de csak a romos házak lakhatóvá tétele történt meg, új házak nem épültek. A bérházakat államosították, a felújítást folyamatosan elhanyagolták. A '40-es évek végén, '50-es évek elején a polgári lakások nagy része felosztották, és a társbérleteket, vagy önálló szoba konyha jellegű lakásokat alakítottak ki. A József körúthoz közeli területeken, főleg a **Palotanegyedben**, tehát a körút Duna felé eső részén maradtak meg inkább nagyobb, polgáriasabb lakások. A házak homlokzatának felújítása ezeken a frekventált helyeken önkormányzati forrásból megtörtént, de a belső közös területek és a lakások a benne lakók szervezőképességének és pénztárcájának megfelelően alakultak. Sokan, főleg az egyedül maradt idős emberek nem voltak képesek a saját lakásukat felújítani vagy a társasházak a felújítási alap miatt emeltebb közös költségét fizetni. Jól látható az a tendencia, hogy ezekbe a lakásokba irodák települnek be, magán orvosi rendelők nyílnak, kiadó lakások, panziók alakulnak, sőt a romkocsmá intézménye is teret hódít. A jó közlekedési lehetőség és nagy forgalom már kevés embert vonz ide állandó lakosként. Itt az eladó lakások ára nagyjából még értéket képvisel, de a lakóközösség jóvátehetetlenül felbomlani látszik.

A kerület őslakosait képező kisiparosokat és kiskereskedőket és üzleteiket a Népszínház és Csarnok negyed, valamint a Józsefváros Központ, vagyis a József körút Dunától távolabb eső oldala őrizte a legtovább. Ma már a generációkról generációkra történő átörökítés megszakadni látszik. Sorra zárnak be a kis üzletek. Az ezredforduló után épült bevásárló központokkal szembeni gazdasági harcban vesztesként kikerülő boltocskák helyén rosszabb esetben elhagyottan tátongó helyiségek maradnak. Jobbik esetben, a használatba kerülő helyiségek közül a nagyobbak egy-két bankfiók vagy áruházlánc befogadására szolgálnak. Ez a fajta befektetői szándék a Körút túlsó (a Dunától távolabb eső) részein a Körúttól való távolsággal egyenes arányban csökken. Itt a városképet a sorra nyíló, megszűnő, elsősorban bazar, büfé-élelmiszer és használt ruhakereskedések tarkítják, melyeknek nagy része egy éven belül gazdát és profilt vált. A tulajdonosok és üzemeltetők jellemzően idegen ajkú bevándorlók, arabok, kínaiak, nigériaiak, akik az olcsó lakás lehetőséget is megtalálják itt. A legtöbben nem fáradnak sokat lakókörnyezetük szépítésével, karbantartásával, sőt még a lakóhely hivatalossá tételével, vagyis a bejelentkezéssel sem. A korábban kifejezetten a kínai piachoz köthető folyamatos bevándorlási jelenség területileg és a nemzetiségek palettáján is szélesedik. Jól látható ez a bölcsődék és óvodák (és a háttérben működő, engedély

nélkül gyermek megőrzők) és az iskolák nemzetiségi sokszínűségében is [64] Összességében csak a Tisztviselő negyedről mondható el igazán, hogy a lakók többsége itt született, és családi kötelék hozta ide és tartja itt.

2.4. Józsefváros szocio-ökonómiai jellemzői a Közép-Magyarországi Régió és a Főváros adataival történő összehasonlításban a 2001-es népszámlálási adatok alapján [4]

A József Péter szerkesztésében megjelent „A Közép-Magyarországi régió demográfiai atlasza” a 2001.-es népszámlálás adatai alapján, a népszámlálás eszmei pillanatára vonatkoztatva jellemzi ezt a területet.

Budapestet és az agglomerációs kistérségeket **népsűrűség** szempontjából összehasonlítva a legsűrűbben lakott terület, nem meglepő módon, a főváros, amelynek lakossága 1000 fő/km^2 szemben az egész Közép-Magyarországi, 414 fő/km^2 -es adattal. Budapesten belül a belvárosi kerületek, az V., VI., VII., és a VIII. kerületek népsűrűségi adatai meghaladják a 9000 fő/km^2 -t is. A szomszédos, a Duna két oldalát övező, városközponti elhelyezkedésükből és a hasonló népsűrűségükből arra következtethetnénk, hogy hasonlóak ezek a kerületek egyéb tekintetben is. [4:6.o.]

A pest megyei kistérségek és a főváros egésze illetve bármely kerülete közötti eltérés sok kategóriában olyan mértékű, hogy a továbbiakban, az agglomerációban lévő kistérségekkel való összehasonlítástól eltekintek, és a nyolcadik kerületet a hozzá elhelyezkedésben közel álló és népsűrűség szempontjából hasonló kerületekhez (V., VI., VII.) vagy a főváros egészéhez és annak kerületeihez hasonlítom.

Az **iskolai végzettséget** tekintve a 18 éves és idősebb népességből a legalább érettségizettek részaránya a fővárosban a legmagasabb, 55% felett van. Az előbb említett belvárosi kerületek is ezt az átlagot mutatják: az V. kerület 60% felett, a VI. és VII. 55 illetve 55 % felett maradnak, míg a VIII. kerület, pedig egyértelműen a legrosszabb, 50% alatti tartományban van. A 25 éves és ennél idősebb népességből a felsőoktatásban szerzett végzettségűek részaránya tekintetében, fővárosi viszonylatban a VIII. kerület a legrosszabbnál eggyel jobb kategóriába került: 20% alatt, de 15% felett van. Iskolai végzettségre nézve, tehát a kerület a hasonlóan sűrűn lakott belvárosi

kerületektől eltér, azoknál általában rosszabb. A felsőfokú végzettségűek kicsit jobb aránya utalhat arra, hogy a kerület lakossága kevésbé homogén.

A **természetes szaporodásra** utaló adatokat tekintve a főváros térképén kelet-nyugati irányban haladó és a belvárosi kerületekre fokozottan érvényes csökkenő tendencia látszik. A nyugati kerületek születés száma a budapesti átlagtól elmarad, a keleti kerületek születésszáma a fővárosi átlagot meghaladja. Józsefváros, bár belvárosi és nagy népsűrűségű kerület, mégis a keleti és külső kerületekhez hasonló, magasabb születés számot mutató kategóriában van, a budapesti átlag körüli születési számával (106-114). Markánsabbnak látszik a különbség, a környező kerületekhez képes: ha a házas hölgyeket nézzük, akkor a kerület már a budapesti (156) átlagot képviseli, és a 155 és 159 közötti születésszámú sávba esik, eltérve a belvárosi nagy népsűrűségű kerületektől. A száz családra jutó 15 évesnél fiatalabb gyermekek számában szintén kitűnik Józsefváros, hiszen az alacsony nyugat budapesti és belvárosi számokkal ellentétben a főváros átlagát (46) felülmúlja (50-54). [4:24.o.]. Itt a legmagasabb a teljes termékenységi ráta és az élve születési sorrendben is első helyen áll a kerület. [4:88.,91.o.] Az is tény viszont, hogy a kerület vezeti a 2500 gramm alatti születések számát is az 1999-2002. év átlaga alapján. [4:106.o.]. Sajnos kiemelkedő a csecsemőhalálozás és a korai újszülött halálozás aránya is. [4:214-215.o.]

Az **öregedési mutató** tekintetében a budapesti átlagot alulmúló, éppen az átmeneti zónában lévő Józsefvároshoz képest a fentebb említett hasonló földrajzi helyzetű kerületek a budapesti átlagot (1,38) a jóval meghaladó mezőnybe esnek. [4:19.o.]

Az **eltartottsági teher** (0-14 és 65 évesnél idősebb népesség és a 15-64 éves népesség hányadosa) tekintetében a középmezőnyben helyezkedik el a kerület, éppen meghaladja (0,45) a budapesti arányszámot (0,44) A budai belvárosi (I, II.) kerületek ennél magasabb (0,55-nél nagyobb), a szomszédos VI.,VII.,IX. kerületek pedig hasonló adatot mutat. [4:17.o.]. Eltérés azonban az, hogy a nyolcadik kerületben inkább a gyermek, a többi belső kerületben inkább a nyugdíjas, idős korosztály emeli az eltartottsági terhet.

A száz háztartásra jutó személyek számában és a száz háztartásra jutó **keresőképese** számában a fővárosi átlagot meghaladó (225 és 96) kerületek a külső kerületek, a belváros felé haladva egyre inkább közelít a mutató a budapesti átlaghoz, és Józsefváros mindkét esetben az „átmeneti zónában” van, az átlagost képviselve. [4:20-23.o.]

Feltűnően magas az élettársi, és az „egy szülő gyermekkel típusú” családok részaránya a kerületben és ebben a VI., VII. és IX, tehát a szomszédos kerületekre hasonlít. A fővárosban kiemelkedő a VIII. kerületben a háromnál több gyermeket nevelő családok részaránya a gyermekes családok között (11,5% felett).

A ténylegesen keresőtevékenységet folytatók részaránya szempontjából az összes belvárosi kerület az alacsony (40% alatti) kategóriát képviseli, a VI. kerületet kivéve. Ha ezt tovább bontjuk, a VI, VIII., és V. kerületekben a legmagasabb a keresőképesekre eső keresőtevékenyet nem folytatók, a VII.-ben az inaktív keresők aránya nagyobb, de összességében nézve az eltartottak és az inaktívak száma a belvárosi kerületekben, és ezen belül az V. és a VIII. kerületben a legmagasabb a fővárosban. Ezt a két kerületet összehasonlítva azonban feltűnően eltér a munkanélküliek aránya, hiszen a VIII. kerületben a vártak megfelelően a legmagasabb, 7% feletti, az V.-ben pedig a legalacsonyabb, 5,5% alatti kategóriába esik. [4: 39-43.o.].

Mindezek alapján nem meglepő, hogy az egész fővárosban az **egy főre eső adóköteles jövedelem** Józsefvárosban a legalacsonyabb, évi 562 ezer forint. [4:51.o.]

A **lakásviszonyokat** a belvárosra jellemző alacsony szobaszámú, alacsony lakóterületű és alacsony komfort fokozatú lakásokkal lehet jellemezni. Az előbb említett környező kerületekhez képest Józsefvárosban magasabb az egyedülálló idős emberek által lakott lakások részaránya [4:53.-80.o.].

A természetes népmozgalom mellett jelentős tényező a **népvándorlás**. Az 1999-2002 évek átlaga szerinti állandó jelleggel kivándorlók száma kissé meghaladja a bevándorlók számát, így a közel 1500 bevándorló és a közel 2000 kivándorló együttesen 520 negatív eltérést képvisel [4:145.o.], 2005-2006 év után ez a mérleg megfordul, a beköltözők száma nagyobb mint az elvándorlók száma (2. sz. ábra). Jelentős a kerületbe, a munkahelyre való ingázók száma, amely 2000 körül van, így a 4. helyet adja az összes kerület között.

A legnagyobb, sokat emlegetett eltérés a **korai halálozás kockázatában**, vagyis a születéskor, illetve az adott életkorban várható élettartam hosszúságában van. A nyolcadik kerületi férfiak születésükkor várhatóan 66,19 élettartamra számíthatnak, szemben a második kerületi 75,76 évvel. Ez a kicsit több mint 9 éves különbség (9,57) nem változik lényegesen (8,68) a 30 évet megélt férfiak várható élettartamában sem. Halálozási kockázat tekintetében Józsefváros az összes szomszédos kerületet megelőzi,

és az ezen fejezet elején a látszólag hasonló adottságú, de lényegesen magasabb jövedelmű V. kerülethez képest a skála ellenkező felén áll. (Az V. kerület a harmadik a főváros leghosszabb élettartamra számítható kerületei között.) Nők esetében a születéskor várható életkor viszonylatában „csak” a szintén nem örömteli 2. legrosszabb helyet kapja a kerület, de a 30 és 60 közötti halálozási valószínűségben a nők is első helyen vannak a fővárosban [4:173.-212.o.].

A halálóki táblázatokból a teljesség minden igénye nélkül emelem ki a férfiak légzőrendszer betegségei (J00-J98), a nők a máj rosszindulatú daganata (C22) és hörgő és tüdődaganata (C34) okozta halálozását, a férfiak erőszakos események (V01-Y89) és suicidium (X60-X84) okozta halálozását [4: 218.-269.o.]. Megítélésem szerint ezek az adatok a súlyosan egészségtelen életmódhoz, alkohol és dohányfogyasztáshoz köthetőek, és valószínűleg sokban rosszabbak a többi kerületben élők szokásainál.

2.5. Józsefváros egészségügyi ellátása

Józsefvárosban a hivatalosan illetékes fő fekvőbeteg ellátó a Péterfy Sándor utcai Kórház, a járó betegellátást az önkormányzat tulajdonában lévő Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat (a továbbiakban JESZ) szakrendelője végzi. A háziorvosi szolgálat hat különböző telephelyen működő felnőtt és három telephelyen működő házi gyermek orvosi telephelyből, funkcionálisan privatizált 46 felnőtt- 11 gyermekorvosi praxisból, és a JESZ által működtetett védőnői szolgálatból (iskolai és területi) áll.

Ahogy az egy 1958.-as középület felsorolás is mutatja, egészségügyi intézményben soha nem volt hiány a kerületben (1.sz melléklet). Az egyetemi intézmények, a progresszív betegellátás magasabb szintjét ellátva, hivatalosan és félhivatalosan is kivették a részüket a kerület lakosainak ellátásában, viszonylag függetlenül attól, hogy az aktuális egészségpolitika milyen szabályozásokat hozott. Jelenleg, azonban, finanszírozási nehézségek okán a klinikák visszavonulni igyekeznek a kerületi betegek rutinellátásából.

A rendszerváltás előtti időkben hivatalosan két, a kerületben lévő „közkórház”, vagyis önkormányzati tulajdonú kórház látta el a lakosokat fekvőbetegekként az Egyetem Klinikáinak részvállalása mellett.

Az egyik „közkórház” Pest legrégebbi kórháza, a Szent Rókus kórház ugyan a Pest megyei lakosság ellátását végezte, de időről időre kisebb nagyobb területet vagy bizonyos szakterületeket átvállalt a kerületi lakosok ellátásából. Jelenleg egy 2007-es kormánydöntés eredményeként már alig végez ellátást aktív, OEP által finanszírozott szolgálatban [65].

Józsefváros fő fekvőbeteg ellátója egészen az 1995.-ös megszüntetéséig a Balassa Kórház, vagyis a Vas utcai Balassa János Kórház volt. A szintén nagy múltú, a történelem viharában is részt vevő kórház alapvetően a józsefvárosi lakosok ellátását végezte. Megszüntetése egy országos 5000-s ágylétszámcsökkentés eredménye volt. Utódlását a VII. kerületben lévő Péterfy Sándor utcai Kórház vállalta fel, bár nem önként [66]. A kényszerházasság eredményeképpen igen sokszor cseréltek gazdát az egyes kerületszettek a kórház különböző belgyógyászati osztályai között.

2007 után, a Rókus Kórház intenzív osztályának és szülészeti tevékenységének megszűnésével illetve a Péterfy Sándor utcai Kórház szülészeti-nőgyógyászati kapacitásának kimerülése miatt, a IX. kerületben lévő, Egyesített Szent István és Szent László Kórház is vállalt (szintén nem önként) a kerületi lakosok ellátásában szerepet, elsősorban a nőgyógyászati és szülészeti ellátásban.

A járóbeteg ellátás feladata a célra rendeltetett tulajdonnal együtt a kerületi önkormányzat feladata, ezt a JESz útján működtetett szakrendelő intézet által látja el, eredetileg a palotanegyedi Trefort utcai telephelyen, majd a Csarnok-Népszínház-Magdolna negyed határán lévő Auróra utcai telephelyen. Bár felépült a 7 emeletes, a '80-as években modernnek számító rendelőintézet, a Trefort utcában lévő Hunyadi Palota épületében lévő szakrendelőt mégsem váltotta ki. A Trefort utcai épület fenntartása nem rentábilis, de mégis, a politikára nehezedő nyomás hatására majdnem két évtizedbe került, míg sikerült innen kivonulni, és hasznosítani a területet. Miközben a fájdalmas, lassú visszasorvasztás folyt, konszenzus híján sorra mentek el az egészségház építéséhez adódó lehetőségek mellett a döntéshozók. Nem mintha nem lenne elegendő egy szakrendelő intézet a kerület lakosainak, csakhogy a Nagy körúttól a Duna felé eső részen, a Palota negyedben élők nem nagyon szoktak átjönni a Körút másik oldalára, még orvoshoz sem. Akár tudomást veszünk róla, akár nem, az Auróra utca csak látszólag jól megközelíthető, valójában a Magdolna, Csarnok és Népszínház negyedek határán, az egyéb kerületszettekben már gyakran átszállással és várakozással

vagy gyaloglással közelíthető meg. Ha a közlekedési időt tekintjük, sőt, még a városrész hangulatát is hozzá vesszük, érthető, hogy a „jobb” negyedek lakossága hamar elcsábult egyéb szakrendelő vagy kórházi járóbeteg rendelés felé, melyből volt elegendő. Mi sem volt egyszerűbb a Palotanegyed házi orvosai számára, mint a Rókus Kórház szakrendeléseit igénybe venni. Az egyetemi klinikák is legalább annyira elérhetőek a teljes kerület számára, mint a szakrendelő, és jobban, mint a Péterfy Kórház. Csak az utóbbi időben válik egyre nehezkesebbé a nem területi betegek szakrendeléshez való jutása a környező rendelőkben. Ennek oka az, hogy a legtöbb intézmény a befagyasztott pénzügyi korlátok miatt kénytelen elküldeni a „nem területi” betegeket.

Az életvitelszerűen a kerületben lakók között igen magas a bejelentés nélkül itt élők aránya. Az ő ellátásuk szintén szerteágazó betegútvonalakat hoz.

Természetesen a hajléktalanok jelenléte közismert, vagy talán inkább hírhedt, bár az ő ellátásuk a Dankó utcai kórház és házi orvosi szolgálat és más intézmény által jobban megoldott, mint első feltételezésre gondolni lehetne.

A laborvizsgálatok és röntgenvizsgálatok tekintetében, azonban már nincsen saját forrásuk. A Korányi utcai, VIII. kerületi (egyébként az igazgatási szempontból a JESZ-hez tartozó) tüdőgondozó és tüdőszűrő állomás, illetve az Auróra utcai szakrendelő segíti ki őket ebben.

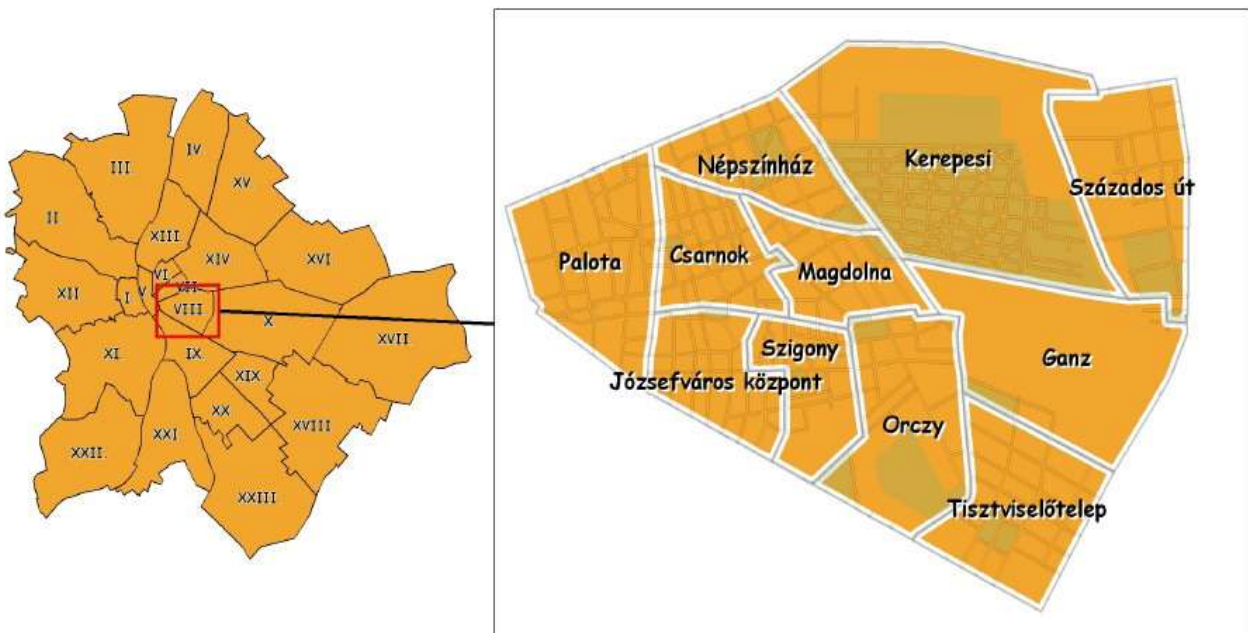
Senki sem gondol azonban arra, hogy az olcsó lakáslehetőség, a kiadó lakások tömkelege a kerületben életvitelszerűen tartózkodó, de bejelentett lakcímmel nem rendelkező, egyébként rendes polgári életet folytató, a közelben dolgozó emberek, és a felsőoktatásban tanuló diákok ezreit jelenti. Ezek az emberek pedig, logikusan, betegségük esetén a kerületben keresnek fel egészségügyi ellátást. Amikor a területi ellátási kötelezettségeket megállapítják, ezek, a nyugodtan mondhatjuk, tömegek a közigazgatás számára rejtve maradnak, hiszen semmilyen nyilvántartás szerint nincsenek a kerületben, ugyanakkor jelentős terhet rónak az ellátókra.

Ezeknek az embereknek a megjelenése az alapellátásban esetleges. Ha valakinek kicsi gyermeke van, mindenképpen a védőnőt és gyermek házi orvost igénybe kell vennie, tehát ez a réteg gyorsan megjelenik az ellátásban. A felnőttek inkább akkor jelentkeznek be a házi orvosnál, ha rendszeres gyógyszer ellátásra vagy betegállományra van szükségük. A gyakorlat inkább az, hogy lehetőség szerint csak ambuláns ellátásban keresik meg a kerületi, illetékes házi orvost, nem jelentkeznek át a vidéki orvostól.

Utalhat a nem bejelentett lakosság nagyságára az alábbi adat: a védőnők praxisában a nem állandó lakosként bejelentett gyermek kb. egyharmada a teljes praxisnak. A járóbeteg ellátás terheltségére utal a következő: „Józsefvárosban kb. 10-szer annyi a schisoid tünetekkel gondozott beteg, mint pl. egy azonos területet ellátó somogyi gondozóban.” [67]

2.6. Józsefváros szocio-ökonómiai egységei a „negyedek”

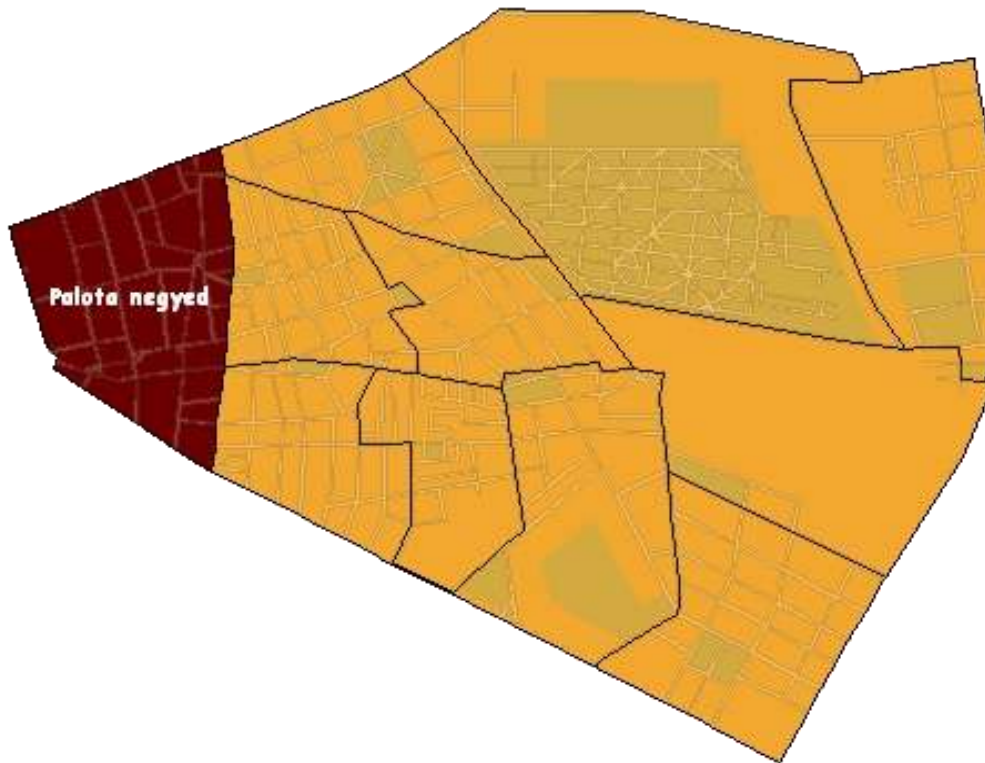
A kerület sok szempontból eltérő történelmi - társadalmi – gazdasági és építészeti sajátossággal rendelkező részeit nem ideális együtt kezelni. A városfejlesztési célok megfogalmazása szükségessé tette a negyedek elkülönített vizsgálatát mind városgazdálkodási mind pedig szociológiai szempontból [10].



3. ábra Józsefváros negyedek szerinti felosztása (Forrás: [10])

A következőkben a 11 kerületi negyed rövid jellemzése olvasható:

2.6.1. Palota negyed

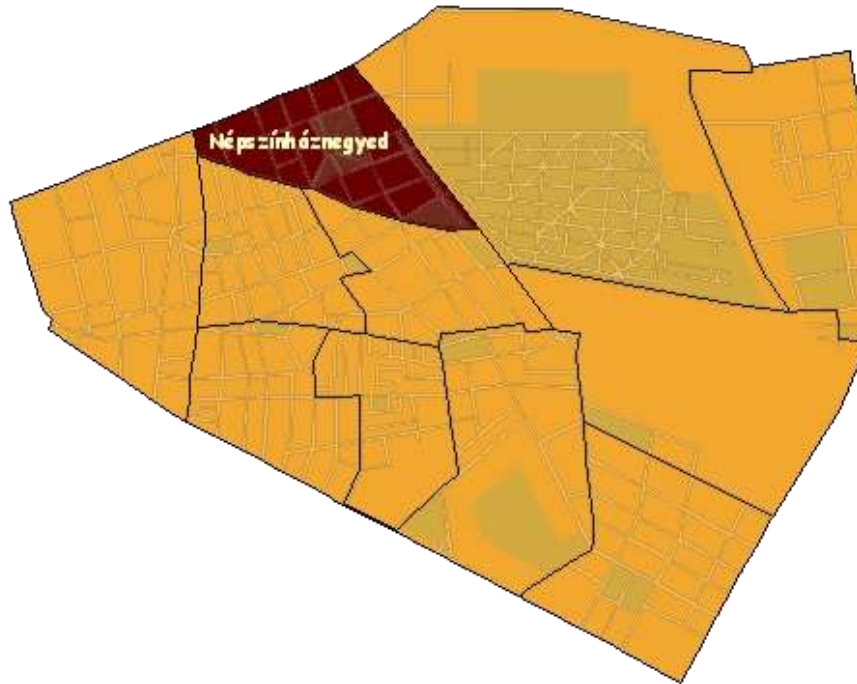


4. ábra a Palota negyed elhelyezkedése (Forrás: [10])

Palota negyed	
Határok	Múzeum körút – Rákóczi út – József körút – Üllői út
Múlt	„Mágnásfertály”, a XIX. század végéig épült ki. Több országos intézmény székháza e területen kapott otthont. József nádor rendelkezésére két fontos épületet építettek a negyedben: a Nemzeti Színházat (1837) és a Magyar Nemzeti Múzeumot (1847). Továbbá itt nyílt meg 1865-ben a Képviselőház (ma az Olasz Kultúra Intézete) is. Grófok, bárók, hercegek, valamint több arisztokrata család építtetett a korra jellemző stílusban palotát, amelyek a mai napig a Palota negyed büszkeségei.
Jelen	A József körüttől a Duna felé eső, „belvárosi” terület.
Szocio-ökonómiai karakter	Középületek oktatási épületek mellett polgári lakások találhatóak itt. A megürülő lakásokat előszeretettel választják nagy bankok vagy élelmiszerláncok üzlethelyiség létesítésére.
Népsűrűség Fő/km²	22.116,1
Fontos intézmények	<ul style="list-style-type: none"> - Andrássy Gyula Budapesti Német Nyelvű Egyetem - Eötvös Loránd Tudományegyetem (ELTE) Bölcsészettudományi Kar - Országos Rabbiképző – Zsidó Egyetem - Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar - Színház- és Filmművészeti Egyetem - ELTE Trefort Ágoston Gyakorlóiskola Hatévfolyamos Gimnázium - Vörösmarty Mihály Gimnázium - Fővárosi Szabó Ervin Könyvtár Központi Könyvtára, Fővárosi Szabó Ervin Könyvtár Zenei Gyűjteménye az ország legnagyobb nyilvános zenei könyvtára - Magyar Nemzeti Múzeum és a Múzeum-kert
Rehabilitációs állapot	Az épületek homlokzatát az önkormányzat felújította, a társasházak belső része csak akkor került felújításra, ha a társasház képes megteremteni ennek a pénzügyi háttérrel.

1. Táblázat: *Palota negyed*

2.6.2. Népszínház negyed

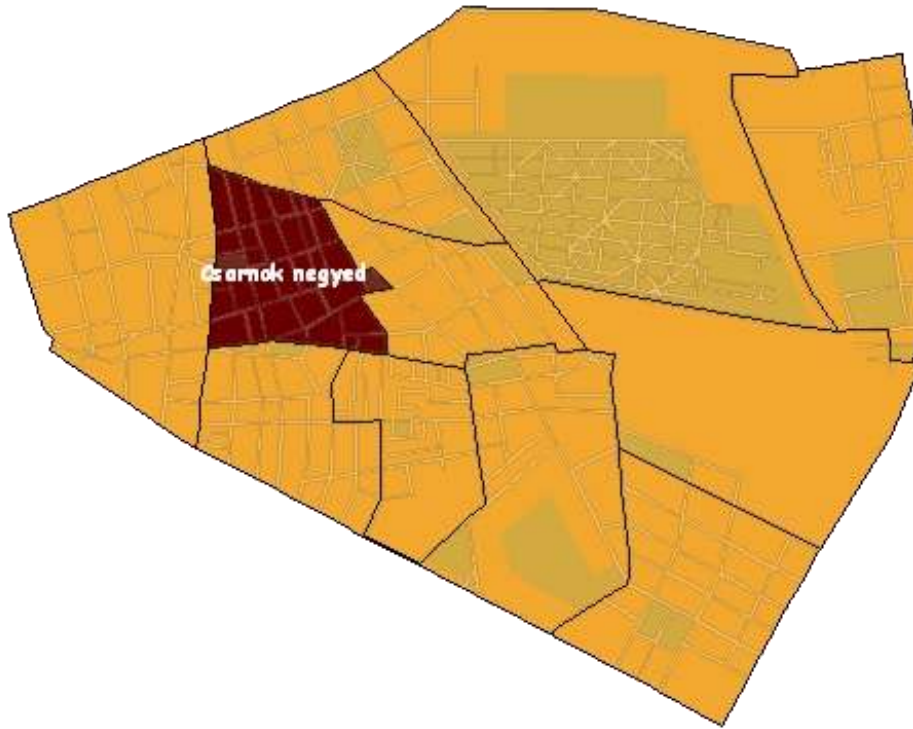


5. ábra a Népszínház negyed elhelyezkedése (Forrás: [10])

Népszínház negyed	
Határok	Rákóczi út – Fiumei út – Népszínház utca – József körút
Múlt	Épületállománya jellemzően 4-6 emeletes, közepes és jó állapotú, sűrűn beépített, bérházakból áll. Korábban helyi kis- és középpolgárok, a „pesti polgár” lakóhelye, elsősorban kisipari tevékenységgel, kézművességgel és kiskereskedelemmel foglalkoztak.[68]
Jelen	Ma a lakosság összetételére a változatosság, a sokszínűség, a vegyes társadalmi rétegződés a jellemző. A negyed jellegzetes színfoltja a Népszínház utca, a helyi kereskedők utcája, mely maradványaiban még őrzi a hagyományos üzleteit és vásárló közönségét.
Szocio-ökonómiai karakter	Középületek oktatási épületek mellett polgári lakások találhatóak itt. A jellemző kis üzletek ritkulnak. Az átmenő forgalom határozza meg a városrész hangulatát. Várhatóan a II. János Pál pápa térre épülő 4-es Metró állomása ezt az átmenő forgalmat, és a gazdasági fejlődést is emelni fogja.
Népsűrűség Fő/km²	20.028,5
Fontos intézmények	<ul style="list-style-type: none"> - A II. János Pál pápa tér (volt Köztársaság tér), a második legnagyobb összefüggő zöld terület a kerületben. - Az egykori Városi Színház, a mai Erkel Színház - Óbudai Egyetem Bánki Donát Gépész és Biztonságtechnikai Mérnöki Kar
Rehabilitációs állapot	Az épületek homlokzatát az önkormányzat felújította, a társasházak belső része csak akkor került felújításra, ha a társasház képes erre megteremteni a finansziális hátteret. A metró építés kapcsán a terület közlekedési vonalai változóban vannak

2. Táblázat: *Népszínház negyed*

2.6.3. Csarnok negyed

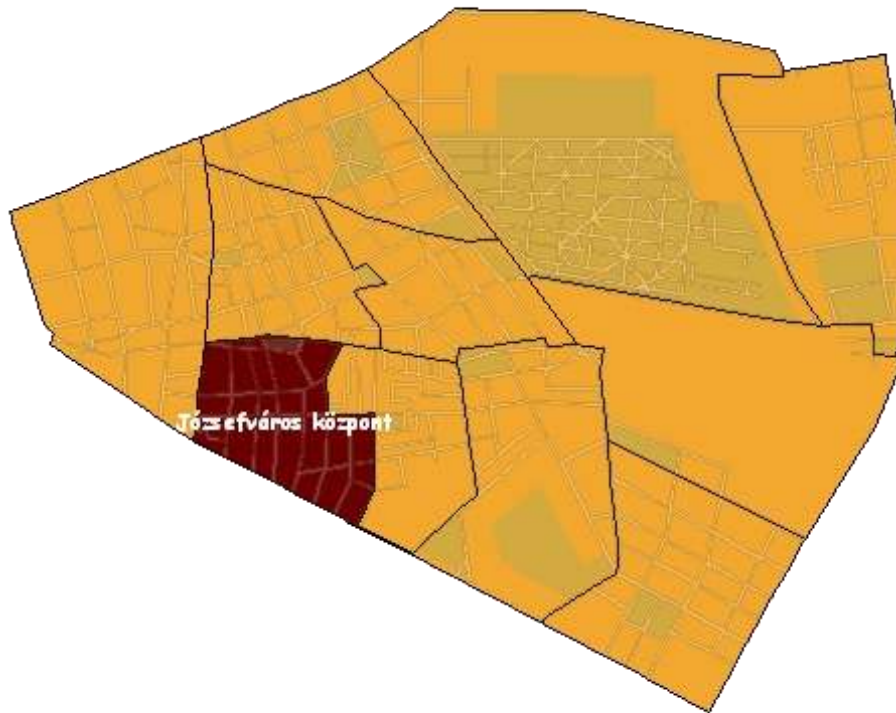


6. ábra a Csarnok negyed elhelyezkedése (Forrás: [10])

Csarnok negyed	
Határok	József körút – Népszínház utca – Nagyfuvaros utca – Koszorú utca – Baross utca
Múlt	Neve a Rákóczi téri piac és a hozzá kapcsolódó kiskereskedelemhez kapcsolódik, és zömében a piacon árulók lakhelyéül szolgált. Az épületek felújítása és újak építése is tapasztalható, nyilvánvaló.
Jelen	Változó, átalakuló és arcukat kereső mikro-társadalmikörnyezet jellemzi. Ma már a csarnoknak lényegesen kisebb jelentősége van a negyed életében. Az erősen leromlott épületek mellett néhány foghíjas telek beépítésre került, de jellemzően az elvesztett kereskedői réteget nem pótolta más, mint az elszegényedett bevándorlók.
Szocio-ökonómiai karakter	A rossz hír teremtésében annál nagyobb hatással volt az, hogy kialakult néhány utcában a hírhedt, de illegális vigalmi negyed, melynek kapcsán a szobáztatás is felvirágzott. A Rákóczi térről még ma is inkább ez jut eszébe a főváros lakosságának, pedig a kerületi rendőrkapitányság a térfigyelő kamerák telepítésével és a következetes beavatkozással kb. tizedére csökkentette a prostituáltak számát. [69] azonban, hogy a környék híre nem kedvez a lakásvásárlási kedvnek.
Népsűrűség Fő/km²	32.151,2
Fontos intézmények	<ul style="list-style-type: none"> - Rákóczi téri Csarnok - Óbudai Egyetem Kandó Kálmán Villamosmérnöki Kar - Zászlómúzeum
Rehabilitációs állapot	Az épülő 4-es Metró állomás a Rákóczi téren. Foghíjas telkek beépítése.

3. Táblázat: *Csarnok negyed*

2.6.4. Józsefváros központ

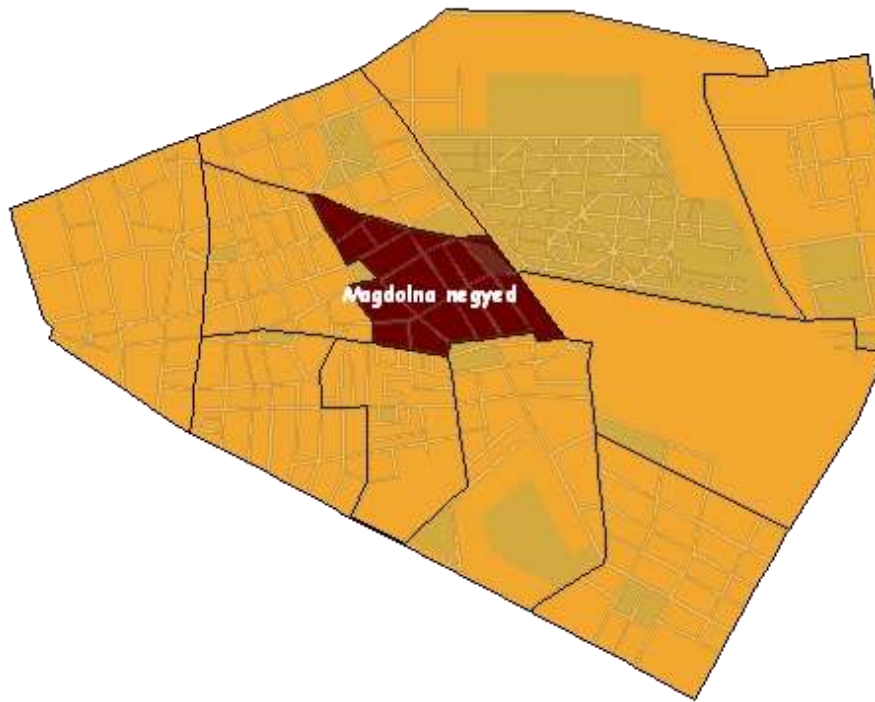


7. ábra Józsefváros Központ elhelyezkedése (Forrás: [10])

Józsefváros központ	
Határok	József körút – Baross utca – Leonardo da Vinci utca – Práter utca – Szigony utca – Üllői út
Múlt	A „Józsefváros központ” a kerület tradicionális központja.
Jelen	Az utóbbi évtizedekben sokat veszített társadalmi presztízséből. Az épületállomány erőteljes romlásnak indult, ami együtt járt a területen élők társadalmi leszakadásnak felerősödésével.
Szocio-ökonómiai karakter	Az épületromlás és a lakosság leszakadása főleg a Práter utcától délre eső területeken jelentkezett, ahol nagy számmal található komfort nélküli, kis alapterületű lakások, melynek többsége önkormányzati tulajdonú. A 2000-ben elindított rehabilitációs program keretében már történt javulás a lakásállományban [70].
Népsűrűség Fő/km²	27.181,6
Fontos intézmények	<ul style="list-style-type: none"> - Polgármesteri Hivatal - Fazekas Mihály Fővárosi Gyakorló Általános Iskola és Gimnázium - Ruttkai Éva Színház - Józsefvárosi Szent József Római Katolikus Plébánia - Józsefvárosi református templom
Rehabilitációs állapot	Elsősorban a Futó utca területén és a Corvin Projecttel kapcsolatosan új épületek, bevásárló központ és irodák létesítése [71].

4. Táblázat: *Józsefváros Központ*

2.6.5. Magdolna negyed

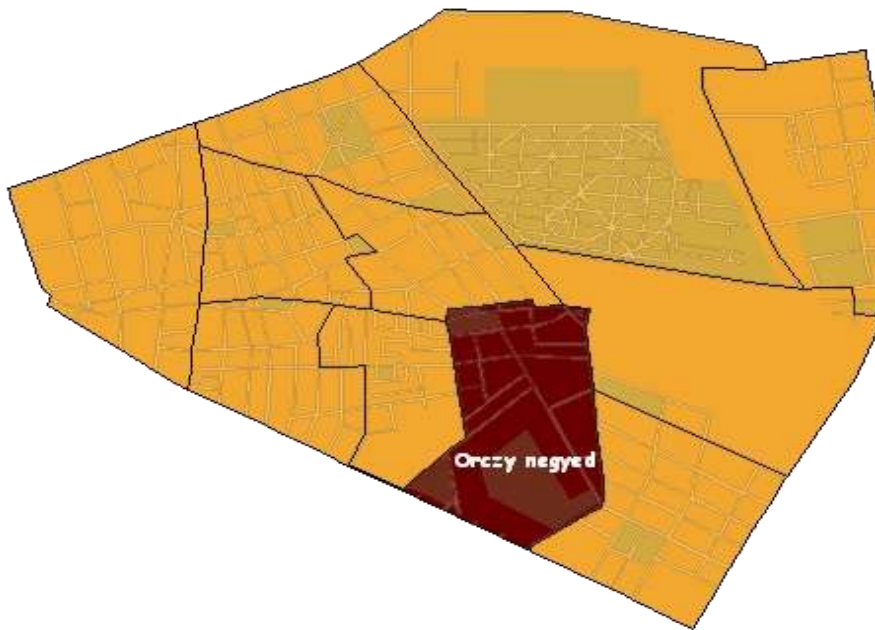


8. ábra a Magdolna negyed elhelyezkedése (Forrás: [10])

Magdolna negyed	
Határok	Nagyfuvaros utca – Népszínház utca – Fiumei út – Baross utca – Koszorú utca
Múlt	A Mátyás tér és környéke kifejezetten a muzsikus cigányok lakóhelyeként volt ismert. A század elején itt éltek, népes családjukkal. Számos tehetséges híres zenész került ki innen. Az akkori szórakozóhelyek és kisvendéglők hangulata ismert volt városszerte.
Jelen	Mára az őslakosság, a muzsikus cigányok munkájára való kereslet megváltozott, az esti szórakozóhelyeken már nem igénylik a hagyományos cigány zenét. Egy-két művész tengeri hajókon vállal munkát, ebből próbálja eltartani családját, de ez a lehetőség is csökken. Ezek közül az emberek közül sokan nem rendelkeznek más tudással, gyakran még a betűvetés is nehezen megy. Néhány tehetséges fiatal zenész elég kitartó volt és továbbtanult, és a jazz vagy a komolyzene jeles képviselője, de sokan nem tudtak váltani, nem képezték.
Szocio-ökonómiai karakter	Az elszegényedett muzsikus családok mellé olcsó lakáslehetőséget keresve beszivárogtak a vidékről feltelepedett munkanélküli cigány és nem cigány emberek, sokan csak úgy betelepelve egy-egy gazdátlan lakásba. Több hajléktalant ellátó intézmény vonzotta ide klienseit. Ez a tény nem kedvezett a környék társadalmi presztízsének és a befektetői, felújítási szándékoknak.[72] Ma a legsűrűbben, legrosszabb szociális helyzetű lakosság által lakott környék, ahol a bűnözés sem idegen a megélhetést keresőktől. Hajléktalan ellátó helyek előtt várakozók, élelmiszerboltoknál álcázott bögrecsárdák közönsége, és a mindig újratermelő hulladék és lom csúfítják el a környéket. „Olyan hely, ahol a szegények vasznak, a gazdagok gépeznek.” [73]
Népsűrűség Fő/km²	36.025,4
Fontos intézmények	- Wesley János Lelkészképző Főiskola
Rehabilitációs állapot	Itt zajlik a fővárosban egyedülként olyan városrehabilitációs program, melyet az EU is támogat. A Program lényege, hogy a lakosság megőrzésével, minimális épületbontással, a meglévő épületek megtartásával és a lakosság aktív részvételével próbálják fejleszteni a területet. Elsősorban a bűnmegelőzésre fókuszálva [74].

5. Táblázat: *Magdolna negyed*

2.6.6. Orczy negyed

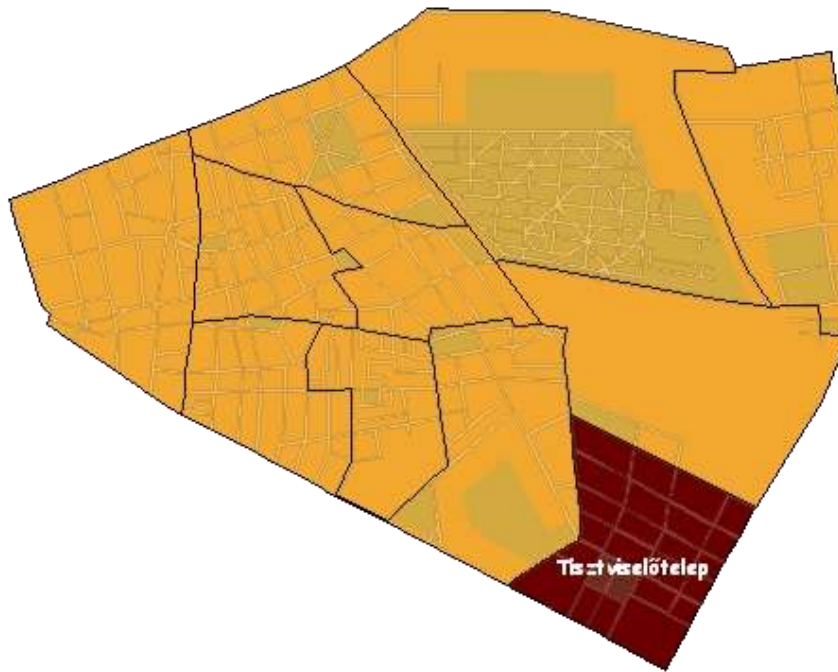


9. ábra az Orczy negyed elhelyezkedése (Forrás: [10])

Orczy negyed	
Határok	Üllői út – Orczy út – Baross utca – Illés utca – Korányi Sándor utca
Múlt	Kifejezetten a környező gyárakban dolgozó munkások számára építettek ide lakásokat. Az épületek közel 90%-a 1945 előtt épült és több mint a fele 1900 előtt. A lakások kb. 40%-a nem komfortos, ami mintegy négyszerese a fővárosi átlagnak.
Jelen	Az Orczy negyed - a Magdolna negyed mellett - a kerület társadalmi problémákkal leginkább veszélyeztetett városrésze. A terület épületállománya korszerűtlen összetételű és meglehetősen rossz állapotú.
Szocio-ökonómiai karakter	Nagy méretet öltött a bevándorlás, a jogcím nélküli lakásfoglalás is. Ráadásul a lebontásra szánt épületekben szívesen ütnek tanyát a drogos fiatalok is.
Népsűrűség Fő/km²	14.569,7
Fontos intézmények	- Orczy Kert
Rehabilitációs állapot	Az önkormányzati bérlakások aránya itt a legmagasabb a kerületben, a fővárosi átlag ötszöröse. A lakókörnyezet fenntartásában részt vevő elkötelezett rétegek már elhagyták a területet, és nagyrészt csak az a szegényebb réteg marad, akinek nem volt anyagi lehetősége az elköltözésre. Az Orczy kert, amely méretét tekintve a Főváros egyik legjelentősebb parkja lehetne, meglehetősen rossz állapotban van, a rendezetlen tulajdonviszonyok és a műemléki megkötések miatt valamint a finansziális háttér hiánya miatt a rehabilitáció nehézkes.

6. Táblázat: *Orczy negyed*

2.6.7. Tisztviselő telep

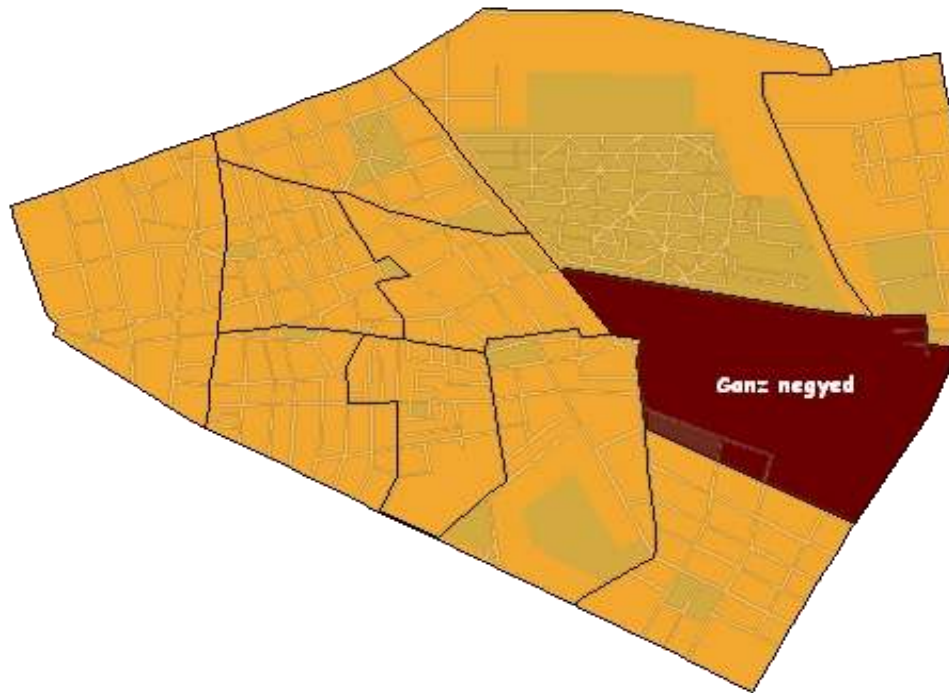


10. ábra a Tisztviselő telep elhelyezkedése (Forrás: [10])

Tisztviselő telep	
Határok	Vajda Péter utca – Könyves Kálmán körút – Üllői út – Orczy út
Múlt	A korábban kolera-barakk, helyőrségi kórház, katonai gyakorló- és lóvásártér helyére épült ki a telep. Az 1883-ban alakult Budapesti Tisztviselők Házépítő Egyesülete a Józsefváros közvetlen közelében megvásárolt egy 30 000 négyszögölnyi területet. Ösztönösen megalkották azokat a településrendezési terveket, amelyekhez hasonló a később, a századfordulón, az angol urbanisztikai szakemberek öntöttek írásba. (Ebenezer Howard (1850–1928) az egész világon nagy visszhangot kiváltott könyve „Garden of Cities Tomorrow” [75] című művéből ismert a gyűrűs rendszerben épülő kertés város eszménye).
Jelen	Ma is rendelkezik a városrész önálló civil szervezetekkel, mozgalommal, részönkormányzattal. Szerveznek a terület identitását megőrző, közösségformáló rendezvényeket.
Szocio-ökonómiai karakter	A Józsefvárosban szinte ez az egyedüli terület, ahol a dinasztikák érintetlenül maradtak. A területen kialakult erős, mikro-társadalmi környezet és az ezzel koherens erős identitás ma is szerepet kap.
Népsűrűség Fő/km²	18.194,5
Fontos intézmények	<ul style="list-style-type: none"> - Állami Pénzverde - Rezső téri, Magyarok Nagyasszonya templom - Heim Pál Gyermekkórház - Semmelweis Orvostudományi Egyetem
Rehabilitációs állapot	Jórész a lakosság saját erejéből tartja karban a területet. A kertváros rendezett külsejű. A lakásárak igen magasak, a fluktuáció csekély.

7. Táblázat: *Tisztviselő telep*

2.6.8. Ganz negyed

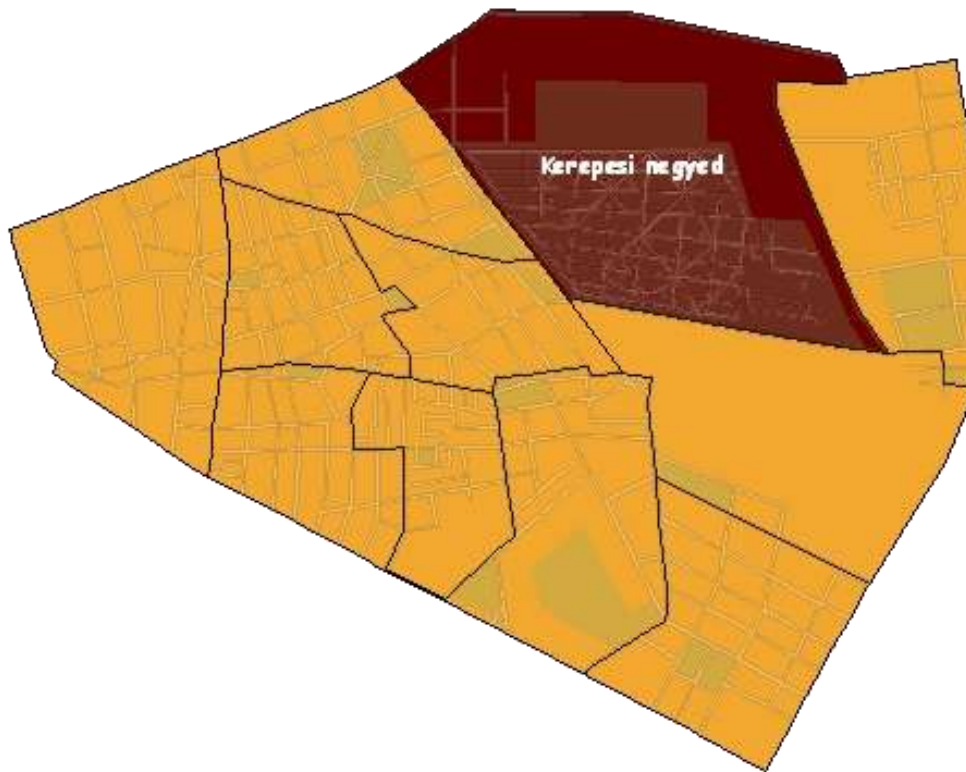


11. ábra a Ganz negyed elhelyezkedése (Forrás: [10])

Ganz negyed	
Határok	Vajda Péter utca – Orczy út – Salgótarjáni út – Hungária krt. – Könyves Kálmán krt.
Múlt	<p>A Józsefvárosi pályaudvar sokáig nagy jelentőséggel bírt a terület és az egész kerület fejlődésében.</p> <p>Korábban a [76] Ganz –Mávag ipari termelése, a hozzá csatlakozó infrastruktúra uralta a városrészt.</p> <p>1870 – Magyar Királyi Államvasutak Gép- és Kocsigyára</p> <p>1873 – Magyar Királyi Államvasutak Gépgyára röviden: MÁV Gépgyár</p> <p>1902 – Magyar Királyi Állami Vasgyárak</p> <p>1925 – Magyar Királyi Állami Vas-, Acél- és Gépgyárak röviden: MÁVAG</p> <p>1943 – Vitéz Horthy István Magyar Királyi Állami Vas-, Acél- és Gépgyárak</p> <p>1945 – Magyar Állami Vas-, Acél- és Gépgyárak</p> <p>1949 – MÁVAG Mozdony- és Gépgyár</p> <p>1959 – Ganz–MÁVAG Mozdony- Vagon- és Gépgyár (1988-ig)</p>
Jelen	Fekete és szürke gazdaság virágzása a piacon, néhány leromlott épületben ipari tevékenység és tervezett átalakítások.
Szocio-ökonómiai karakter	<p>Ez a szektor gyakorlatilag „újrahasznosítja” az ipar által „lelakott” fizikai környezetet. A jelenleg itt működő tőke a fizikai környezet megújítására, alkotásra, építésre nem vállalkozik, legfeljebb az előírt és szükséges karbantartást finanszírozza.</p> <p>A megszűnt Józsefvárosi pályaudvar és sok más terület lassan a lakosság és a környező vállalkozások szemétkeréke helyévé vált.</p>
Népsűrűség Fő/km²	3.270,0
Fontos intézmények	<ul style="list-style-type: none"> - Józsefvárosi Piac - Ganz Gyár utód épületei
Rehabilitációs állapot	<p>A terület átalakulása feltartóztathatatlan és alig befolyásolható a kaotikus tulajdonviszonyok miatt. Az itt zajló folyamatokra a spontaneitás és a nagyfokú koordinálatlanság jellemző. A még meglévő nehézipari termelés nem tűnt el teljes mértékben, de elhanyagolható méretűvé csökkent, helyette bizonytalan háttérű raktározások és a szürke gazdaságban is résztvevő könnyűipari tevékenység folyik. A terület egészének jelenlegi állapotára jellemző az általános leromlottság, a rossz utak, a környezeti károk, közlekedési és parkolási káosz.</p>

8. Táblázat: *Ganz negyed*

2.6.9. Kerepesi negyed

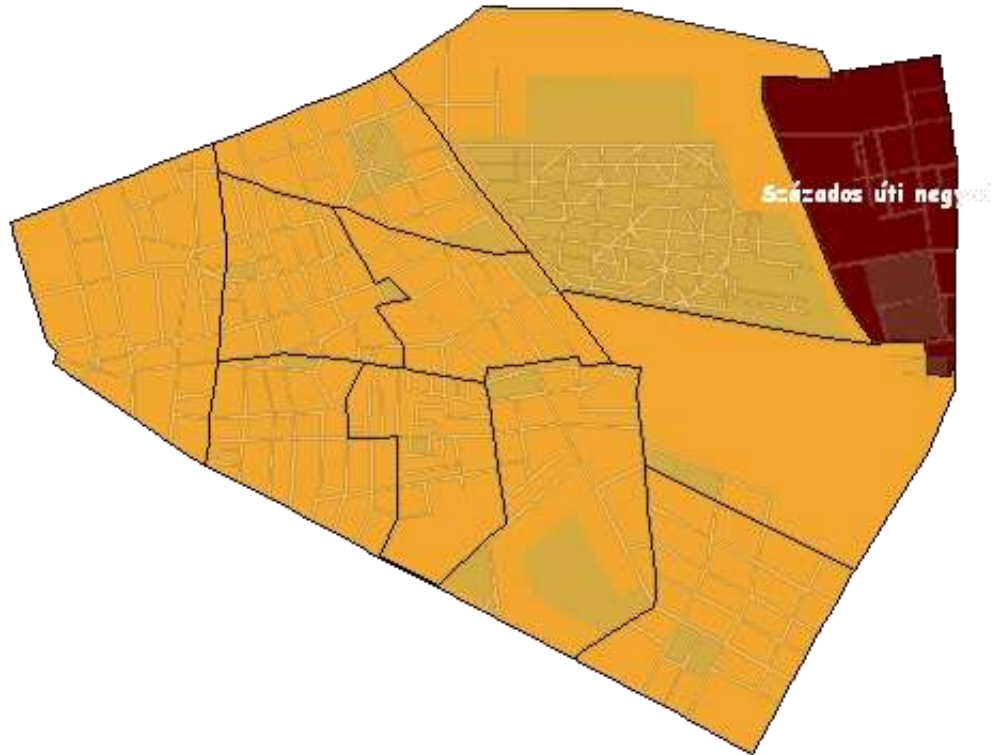


12. ábra a Kerepesi negyed elhelyezkedése (Forrás: [10])

Kerepesi negyed	
Határok	Fiumei út – Baross tér – Thököly út – Verseny utca – Dózsa György út – Asztalos Sándor utca – Salgótarjáni út
Múlt	Korábban a térség meghatározó elemei a Kerepesi úti temető, és az Ügető valamint a Keleti Pályaudvar voltak valamint a Keleti pályaudvar.
Jelen	2008-tól, az Ügető helyén kialakult bevásárló központ és irodaház változtatott a városképen, de ettől eltekintve változatlan az állapot.
Szocio-ökonómiai karakter	A „Kerepesi negyed” a kerület nagy kiterjedésű intézményekkel átszőtt része. A Kerepesi negyedre az intézményi, ipari, gazdasági funkciók a jellemzőek, lakófunkció csak a Baross tér melletti tömbökben található (5-600 lakás). Ennek köszönhetően a kerületben itt a legalacsonyabb a lakónépesség száma (1000 fő körüli). A terület nagy részét a Fiumei úti Temető foglalja el, ami a Nemzeti Pantheonnak ad helyet. [77]
Népsűrűség Fő/km²	1.347,7
Fontos intézmények	<ul style="list-style-type: none"> - Keleti pályaudvar - Kerepesi úti temető - Kegyeleti Szakgyűjtemény (Budapesti Temetkezési Intézet Zrt.) - Rendőrség-történeti Múzeum - Országos Pedagógiai Könyvtár és Múzeum
Rehabilitációs állapot	A bevásárlóközpont és az irodaépületek új építésűek, további átépítés nincs tervezve.

9. Táblázat: *Kerepesi negyed*

2.6.10. Százados úti negyed

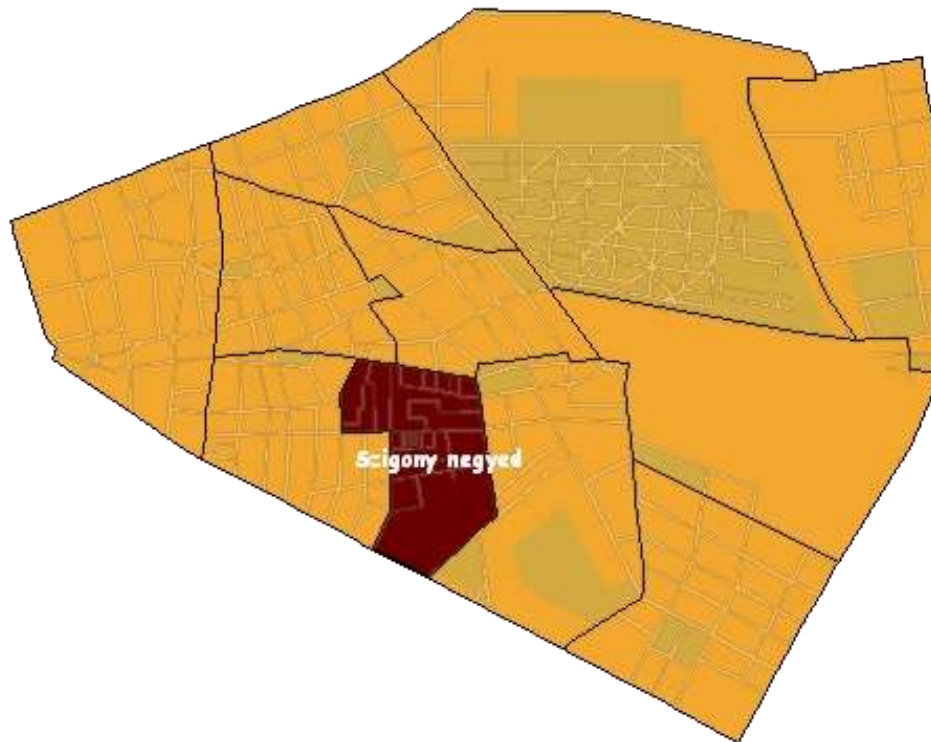


13. ábra a Százados úti negyed elhelyezkedése (Forrás: [10])

Százados úti negyed	
Határok	Asztalos Sándor utca – Kerepesi út – Hungária körút – Salgótarjáni út
Múlt	Meghatározó a fejlődésben az 1910.ben alakult Művésztelep, mely a Főváros első művésztelepe. A képzőművészeti közélet a millennium utáni évtizedek általános konjunktúrája utáni átalakítása kötődik ehhez a területhez. Az akadémizmus korábbi vezető szerepének meggyengülése után a főváros válik központjává az addig külföldre vagy vidékre kényszerülő új, modernebb művészeti irányzatoknak. Az 1894-ben megalakuló, a Képzőművészeti Társulat és a kezében lévő Műcsarnok egyeduralmát megtörő Nemzeti Szalon Egylet indította el azt a sort, majd a KÉSE (Magyar Képzőművészek és Iparművészek Egyesülete, 1907), a MIÉNK (Magyar Impresszionisták és Naturalisták Köre, 1908), a Magyar Képzőművészek Egyesülete (1908), a Magyar Grafikusok Egyesülete (1908) folytatta ezt a vonalat. [78]
Jelen	A Művész telep identitását és őslakosságát őrzi. Az újonnan épült lakótelep fiatal polgári lakosságot vonzott ide.
Szocio-ökonómiai karakter	A kerület egyik legvegyesebb funkciójú városrésze (ipar, üzlet, lakó, intézmény, sport, rekreáció).
Népsűrűség Fő/km²	1.759,3
Fontos intézmények	- Százados úti Művésztelep
Rehabilitációs állapot	A városrész képét alapvetően javította, hogy a rossz lakások és az elavult gyárépületek többségét már lebontották, és jelentős mennyiségű új lakás épült a területen. Ennek köszönhetően a terület lakásállománya a kerületi átlagot meghaladó minőségű.

10. Táblázat: *Százados úti negyed*

2.6.11. Szigony negyed



14. ábra a Szigony negyed elhelyezkedése (Forrás: [10])

Szigony negyed	
Határok	Szigony utca – Práter utca – Leonardo da Vinci utca – Baross utca – Illés utca – Korányi Sándor utca - Üllői út
Múlt	A városrész és az egész kerület kulturális szerepének fejlesztése során kiemelten jelentős a Szigony utcánál található tudományos intézmények (által határolt terület. A negyed másik része az 1970-es években kialakított Szigony – Tömő lakótelep, amely a tervezett és befejezetlenül maradt Szigony körút torzóként itt maradt része, magán viseli a meggondolatlan városfejlesztési beavatkozás minden káros jegyét.
Jelen	A Szigony negyed jellegzetességeit két eltérő arculatú rész határozza meg, a Szigony – Tömő lakótelep illetve a Szigony utcánál található tudományos jellegű intézmények. A terület adottságai, az országos jelentőségű tudományos intézmények területi koncentrációja és az intézmények között létrejött szoros kapcsolat lehetővé teszi, egy Tudásközpont kerüljön kialakításra a térségben. A 2005-ben elkezdődött Corvin-Szigony Project haladásával a terület értéke növekszik, de a lakók fluktuációja is.
Szocio-ökonómiai karakter	A lakótelepre jellemző a kerületi átlagot is lényegesen meghaladó magas népsűrűség, melyhez mérten nagyon kevés és leromlott állapotú közterület található az épületek között. A közterületek jelentős részét lefoglalják a parkoló autók, a maradék kevés zöldfelület pedig nem tudja megfelelően kielégíteni az általános igényeket. A rossz állapotú lakókörnyezetnek köszönhetően a Szigony –Tömő lakótelep a harmadik legolcsóbb lakáskínálatú lakótelep Budapesten. A Corvin-Szigony Project kapcsán növekszik a kis vállalkozások és szolgáltatások kialakítása itt. [72]
Népsűrűség Fő/km²	10.386,9
Fontos intézmények	<ul style="list-style-type: none"> - Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsészettudományi Kar - Pázmány Péter Katolikus Egyetem Információs Technológiai Kar - Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jog- és Államtudományi Kara - Semmelweis Orvostudományi Egyetem Klinikai tömjei - Fűvészkert – Az ELTE Botanikus Kertje - Magyar Természettudományi Múzeum - Bárka színház
Rehabilitációs állapot	A Corvin Szigony Project kapcsán felépült bevásárló központ az irodák, és vendéglátó egységek új szint visznek a leromlott városrészbe. Ugyanakkor az itt felépült és felépülő lakások jó része nem az állandó lakosok betelepülése felé irányította a figyelmet, hanem a kiadó, diákoknak, albérlőknek kiadható, befektetésre szánt lakások felé.

11. Táblázat: *Szigony negyed*

3. Célkitűzések

Kutatásom során a bevezetésben említett ellentmondásokat szeretném feltárni. Szeretném bizonyítani azt, hogy a nyolcadik kerület lakosainak hírhedten rossz egészségi állapota sokféle történelmi változás okán kialakult szélsőséges társadalmi egyenlőtlenség következménye, tehát a kerület nem kezelhető egészségvédelmi szempontból sem egységes egységként. Fő célkitűzésem az, hogy a kerület lakossága számára, hatékony egészségfejlesztési program készítése és megvalósítása váljon lehetővé. Bizonyítani szeretném azt is, hogy a kerület egészségének fejlesztése a kisebb egységek ismeretében, és azok lakossága szükségleteinek megfelelően végezhető.

1. Feltételezéseim szerint, ahogyan a kerület építészete, kultúrája sem homogén, úgy a rossz halálozási statisztika mögé is egy korántsem homogén, a fővárosnál nem egészében rosszabb egészségi állapotban lévő lakosságot kell látnunk. Azt feltételezem, hogy a negyedek lakosságának korai halálozási kockázatában jelentős eltérések vannak és ezek a különbségek kimutathatóan összefüggenek az adott lakosság szociális helyzetével és iskolázottságával.
2. Lehetnek olyan „gócok”, ahol rendkívül rossz a halálozási statisztika, és ezzel a valósághoz képest sokkal rosszabb halálozási kockázatot mutat az egész kerületről.
3. Az a véleményem, hogy a nyolcadik kerület gazdasági, szociális és kriminalisztikai szempontból való negatív megítélése, további negatív hatással van a rosszabb helyzetű területek helyzetére, és hátrányosan érinti még a kedvezőbb helyzetűekben bekövetkezett változásokat is.
4. Azt feltételezem, hogy nemcsak a lakosság egészségképének halálokok alapján való elemzése mellett a kerületben végzett önkéntes kardiovaszkuláris szűrővizsgálat elemzése is negyedenkénti eltérést mutat.

5. Véleményem szerint a nyolcadik kerület lakossága egy részének az egészségügyi ellátások igénybevétele annak ellenére is akadályokba ütközik, hogy hagyományos mértékkel mérve közlekedési akadályok nem merülhetnek fel ezen a területen. Ennek következtében az ellátásban való részvételük nehezen követhető, ezért egészségvédelmi ellátásuk nehezen követhető az egészségügyi ellátó rendszer bármely szintjéhez.

4. Módszerek

Kutatásom során a kerületben tapasztalt egészségyenlőtlenség okainak feltárására először a kerületben végzett kardiovaszkuláris megbetegedésre vonatkozó rizikó adatokat vizsgáltam, tekintettel arra, hogy az egyik legjelentősebb vezető halálok Magyarországon [79].

4.1. Adatok

A negyedek lakosságának halálozási adatait nem és korcsoport szerinti bontásban a 2005, 2006, 2007, 2008 évi hagyatéki adatokból összesítettem. Itt tartják nyilván mindazokat, akik, amikor meghaltak, a nyolcadik kerületben bejelentett lakással rendelkeztek. A halál bekövetkeztéhez képest az átlag hagyatéki feldolgozás általában hetekkel vagy hónapokkal később következik be, tehát, ha valakinek a hagyatéka valamiért nem kerül rendezésre, az kimaradhat az adott év anyagából. Ez azonban nem jelent nagy eltérést. Minél több évet dolgozunk fel, annál pontosabb az adatok illeszkedése a KSH adatokhoz, hiszen a feldolgozás a halál dátuma szerint történt. A KSH által feldolgozott adatokból ilyen típusú (lakcím szerinti) adatok nem hozzáférhetőek, mert az adatrögzítést csak kerület (irányítószám) alapján végzik, a továbbiakban a dokumentumokat megsemmisítik. Az irányítószám szerinti osztályozás is alkalmatlan lett volna a negyed beosztás azonosítására.

A negyedek szerinti beazonosítást lakcím szerint az Önkormányzat által rendelkezésemre bocsátott utcajegyzék alapján [10] végeztem. A dolgozatban szereplő nyolcadik kerületi részletes szocio-ökonómiai adatok (3. sz. melléklet) is a rehabilitációs tervről szóló dokumentumokból származnak.

A fővárosi adatokkal való összehasonlítást megalapozó népességi adatokat a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala adatai alapján az Országos Környezetegészségügyi Intézet bocsátotta rendelkezésemre. Ugyaninnen származnak a fővárosi kerületek szocio-ökonómiai adatai, melyek a 2001-es népszámlálás adatait tükrözik.

A morbiditási (kardiovaszkuláris rizikó) vizsgálatához szükséges vércukor, vér-lipid szint adatokat a kerületben járóbeteg ellátásban illetékes szakrendelő intézet (JESz) 2005 január-februári forgalmából készült lista alapján emeltem ki. A vizsgálatba mindenkinek az adata bekerült, akinek megvoltak az elemzéshez szükséges vércukor és vér-lipid (se koleszterin és triglicerid) értékei.

A labor lista alapján felkerestem a beküldő háziorvost, és a vele folytatott interjú során a kártonban meglévő adatok alapján a rizikóvizsgálathoz szükséges antropometriai (BMI, derékkörfogat), vérnyomás értéke, a betegre és a családjára vonatkozó kardiovaszkuláris anamnesztikai adatokat és a betegre vonatkozó életmódi adatokat (táplálkozási, dohányzási és alkoholfogyasztási szokások, stressz) illesztettem a laborleletekhez. A továbbiakban a kor, nem és a lakcím alapján való negyedbeli tartozás megmaradt, de a személyek beazonosítására alkalmas adatok megsemmisítésre kerültek.

4.2. Az adatok feldolgozása

Az adatok illesztésére személyes konzultáció során került sor a háziorvos saját rendelőjében. A vizsgálatba csak azok a betegek kerülhettek be, akiknek a teljes adatsoruk rendelkezésre állt. A vizsgált vérvételi időszak 2005 január és február hónapban a teljes laboranyag volt, a konzultáció 46, a kerületben dolgozó háziorvost érintett. A 1527 fő (944 nő és 583 férfit) beteg adatait dolgoztam fel.

A rizikószámítást a Framingham study [80] adatai alapján Prof. Dr. Berentey Ernő által készített Windows alapú program felhasználásával végeztem el, az adatok (laboradatok, vérnyomás, életmódbeli eltérések, antropometriai és anamnesztikai adatok összesítése alapján becsüli a 10 éven belül bekövetkező súlyos kardiovaszkuláris esemény bekövetkeztének esélyét (5. sz. melléklet). Ez alapján „alacsony”, „közepes” és „magas” rizikójú csoportokat alkot. A kapott adatok elemzése Excel program segítségével történt.

A szignifikancia szint illetve a területi reprezentáció megállapítása χ^2 próbával történt.

A mortalitási területi egyenlőtlenségek elemzését a Kistérségi Egészségstatisztikai Csoport (Small Area Health Statistics Unit SAHSU - Department of Epidemiology and Public Health, Imperial College London) által kifejlesztett és a Betegségellenőrzési és

Megelőzési Központ (Centers for Disease Control and Prevention CDC, USA) közreműködésével továbbfejlesztett Gyors Értékelő Eszköz (Rapid Inquire Facility - RIF) szoftver segítségével végeztem. A mortalitás területi egyenlőtlenségeinek elemzése hierarchikus (teljes) Bayes-bebecsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányadosok (SHH) segítségével történt, melyek a RIF „betegség térképezés” („disease mapping”) funkciójával kerültek meghatározásra [81,82].

Az épülettömb szerinti elemzés SatScan (software for spatial, temporal and space-time scan statistics) program alapján készült [83].

Az indirekt standardizálás során standardként a budapesti korspecifikus halálozási arányszámok (10 éves korcsoportos bontásban) kerültek alkalmazásra.

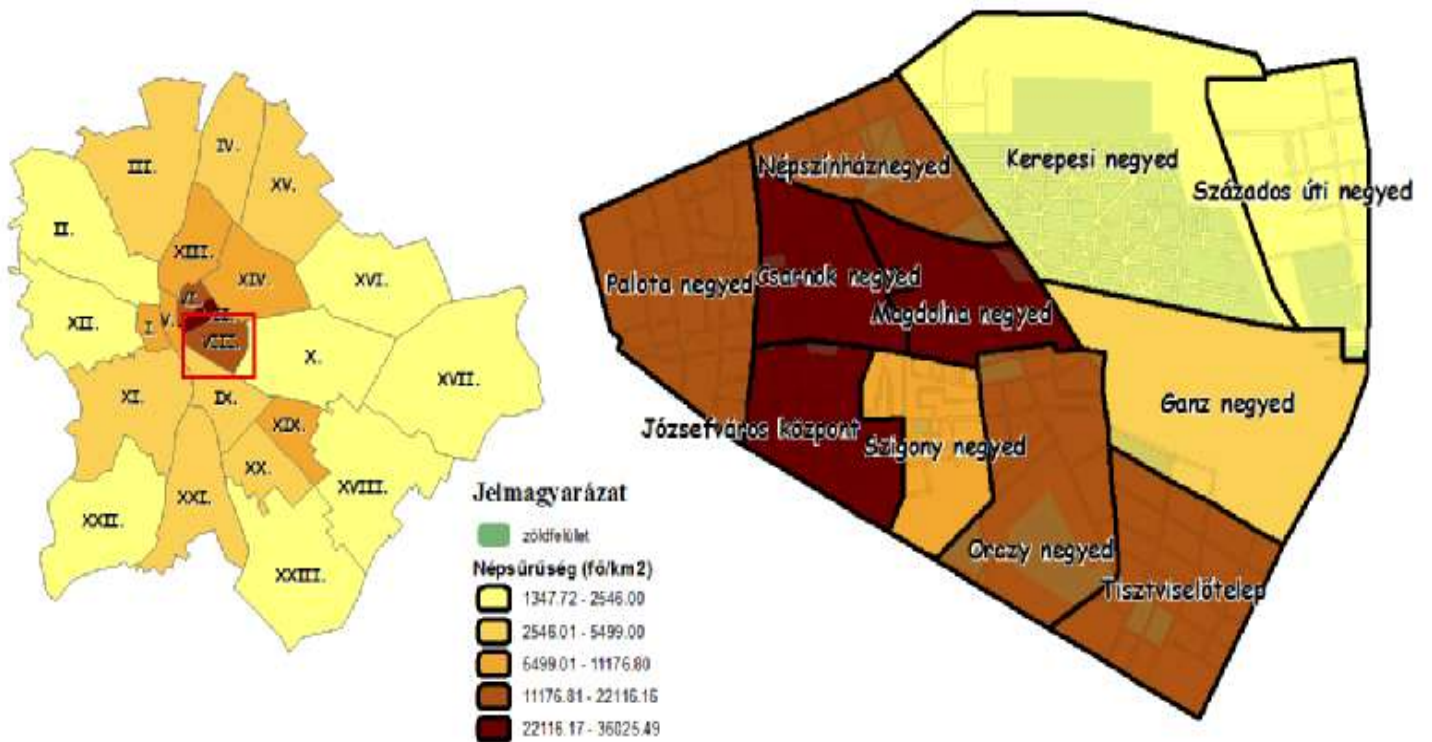
A térképes megjelenítés az ArcGIS elnevezésű térinformatikai rendszer és térképkezelő szoftver segítségével történt.

A vizsgálat eredményeit torzító tényezők, mint feltételezett statisztikai hibalehetőségek kiküszöbölésére végeztem el a halálozási adatok felülvizsgálatát. (Az egyes negyedekben elhelyezkedő hajléktalanszállókra, azaz egy bizonyos címre bejelentett feltűnően magas halálozási esetek szerinti korrekció.)

5. Eredmények

5.1. A „negyedek” összesítése

A 11 negyed történelmében, hagyományában, lakosságának összetételében, épületeinek minőségében lényegesen különbözik, és ezzel összefüggően a negyedek szocio-ökonómiai helyzete is különbözik. A 2001-es adatokat felhasználva néhány ábra szemlélteti a negyedek adatainak egymáshoz és Budapest egészéhez való viszonyítását:

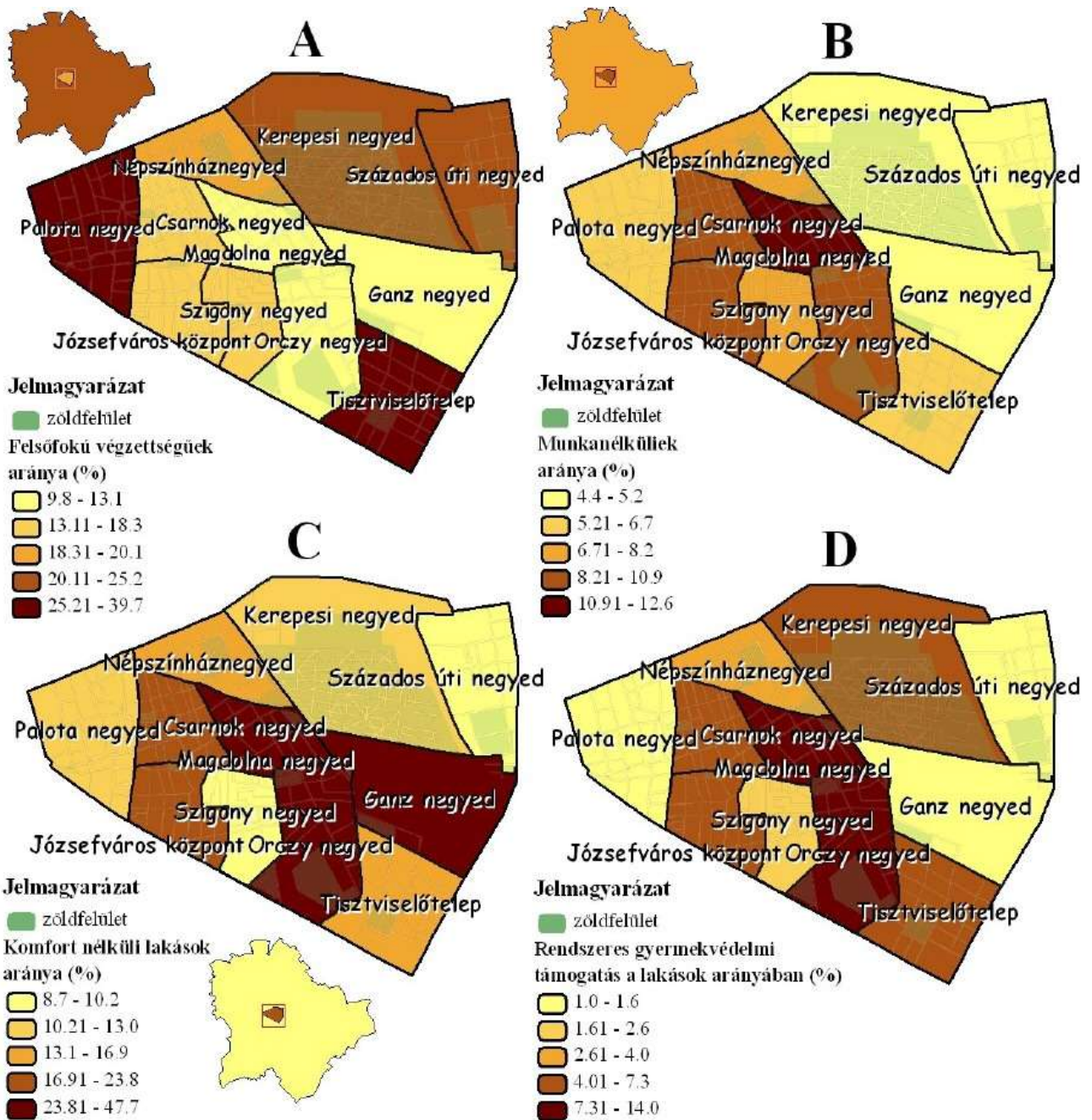


15. ábra a Főváros és Józsefváros népsűrűsége (Forrás: [84])

Kerület / Negyed	Népsűrűség (lakos / km ²)
I.	7.599,4
II.	2.546,0
III.	3.315,8
IV.	5.499,0
V.	11.176,8
VI.	18.545,0
VII.	30.687,6
VIII.	11.939,0
IX.	5.027,5
X.	2.487,8
XI.	4.315,5
XII.	2.315,8
XIII.	8.508,4
XIV.	6.812,5
XV.	3.162,6
XVI.	2119,
XVII.	1.458,9
XVIII.	2.495,5
XIX.	6.802,8
XX.	5.360,8
XXI.	3.144,9
XXII.	1.534,2
XXIII.	507,5
Kerepesi	1.347,7
Százados út	1.759,3
Ganz	3.270,0
Szigony	10.386,9
Orczy	14.569,7
Tisztviselőtelep	18.194,5
Népszínház	20.028,5
Palota	22.116,1
Józsefváros központ	27.181,6
Csarnok	32.151,2
Magdolna	36.025,4

12. Táblázat: népsűrűség a fővárosban és a VIII. kerületben (Forrás: [84])

Ahogy a 15. sz. ábra és a 12. tábláz is mutatja, Józsefváros népsűrűség tekintetében a második legsűrűbben lakott kategóriába tartozik a fővárosban. A negyedeket tekintve azonban látunk lényegesen sűrűbben lakott és a külvárosi kerületekhez hasonlóan ritkán lakott területeket is. A rendkívüli nagy népsűrűségű területek: a Józsefváros központ, a Magdolna és a Csarnok negyedek.



16. ábra: egyes szocio-ökonómiai mutatók területi eloszlása Budapesten és a VIII. kerületben (Forrás: [84])

A: A felsőfokú végzettségűek aránya a 25 éven felüliek között

B: A munkanélküliek aránya a gazdaságilag aktív korúakhoz viszonyítva

C: A nem komfortos lakások aránya

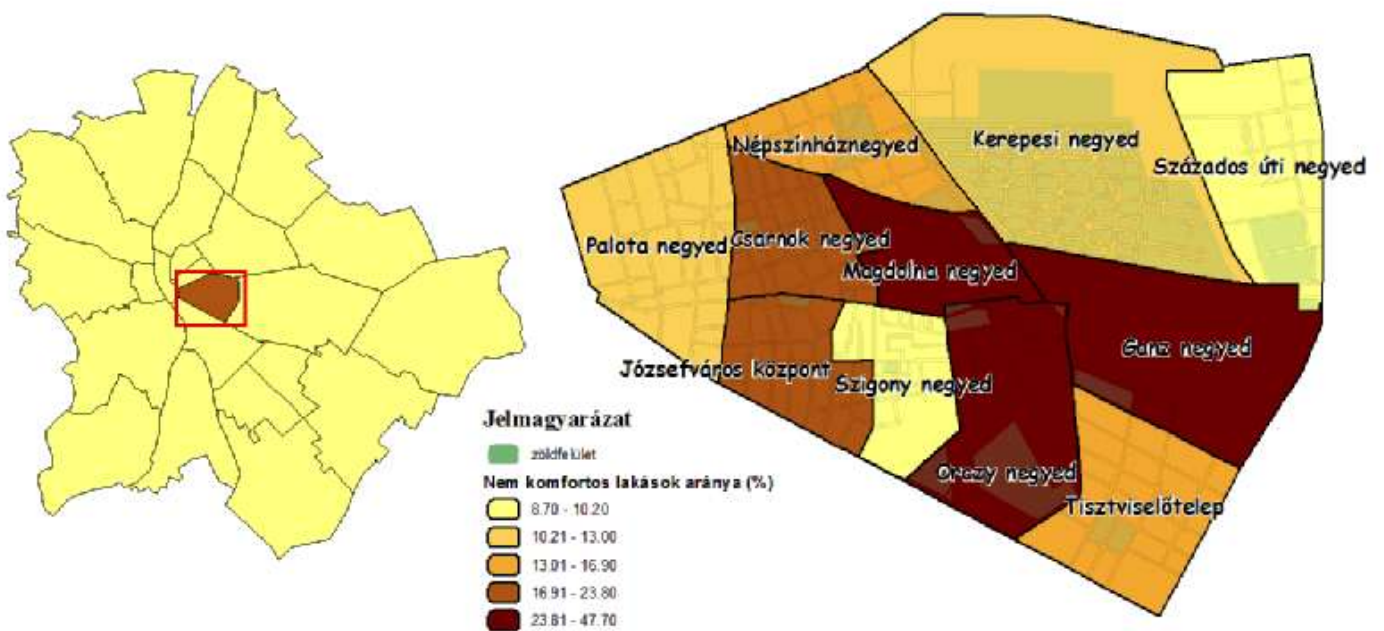
D: Rendszeres gyermekvédelmi támogatásban részesülők a lakások arányában

	felsőfokú végzettségűek aránya a 25 évnél idősebb korosztályban	munkanélküliek aránya a gazdaságilag aktív korosztályúak között	önkormányzati lakások aránya	komfort nélküli lakások aránya	szociális lakások aránya	szociális segélyben részesülők aránya	védelembe vett gyermekek aránya	üzleti vállalkozások száma
Palota	29.7	6.5	13.3	13	1.4	1.1	1.6	23.6
Népszínház	20.1	8.2	15	16.9	2.8	2	4	52.3
Csarnok	18.3	10	25.8	23.3	3.8	2.9	7.3	15.4
Józsefváros központ	18.2	9.3	38.9	23.8	2.7	2.2	5.8	72.0
Magdolna	9.8	12.6	42	37.3	5.5	5.1	14	143.6
Orczy	12.3	10.9	43.3	38.2	5.4	4.6	12.5	38.2
Tisztviselőtelep	33.1	6.7	6.8	15.2	3.6	2.1	5.5	141.9
Ganz	13.1	4.4	28.7	47.7	0.8	1.3	1	40.1
Kerepesi	23.1	4.9	2.3	11.8	2.2	0.9	6	5.5
Százados út	25.2	5.2	14.4	10.2	0.5	0.7	1.2	23.9
Szigony	17.6	7.7	13.1	8.7	2	1.3	2.6	28.2
Józsefváros	19.2	8.8	26.6	23.5	3.3	2.6	6.5	32.6
Budapest	24.9	6.3	8.5	9.8	na.	na.	na.	na.

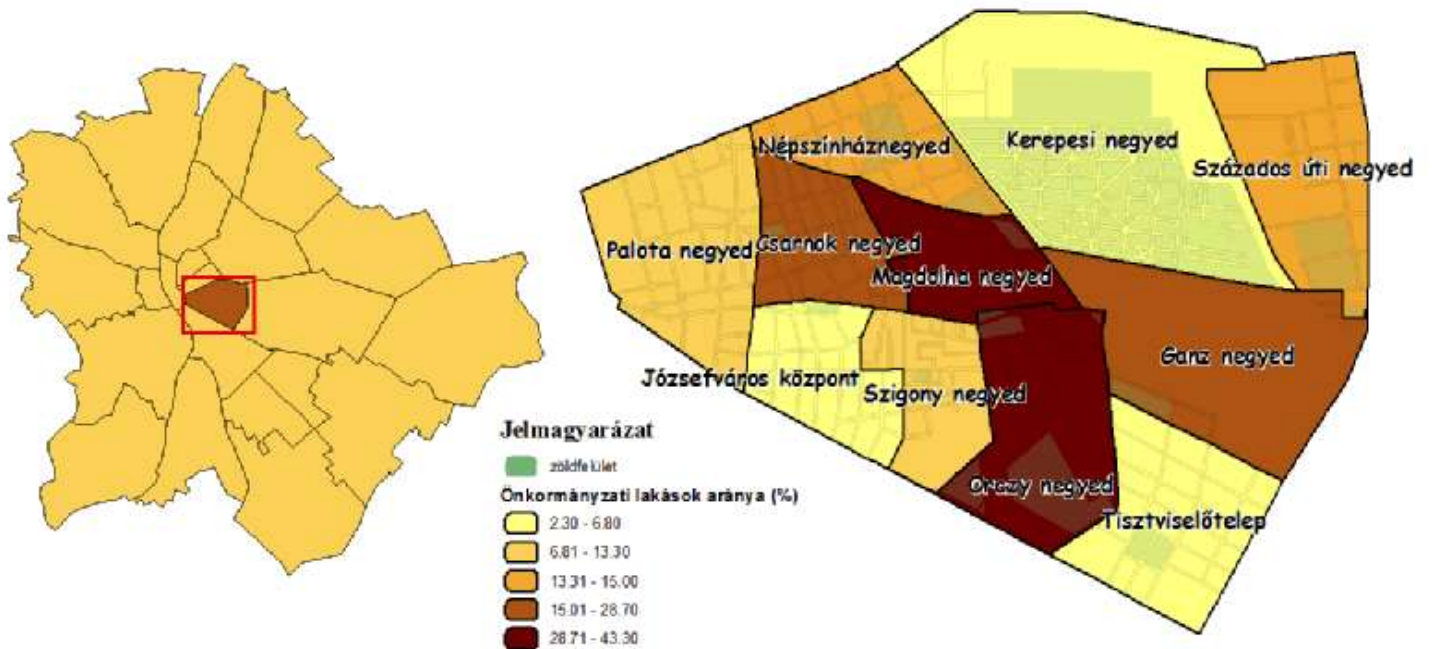
13. Táblázat: egyes szocio-ökonómiai mutatók Budapesten, a VIII. kerületben és a kerület negyedeiben (Forrás: [84])

A 16. sz. ábrán és a 13. táblázatban [84] láthatjuk, hogy a felsőfokú végzettségük tekintetében a kerület elmarad a fővárosi átlagtól, az aktív korú munkanélküliek aránya pedig magasabb, mint a fővárosi átlag [85]. A nem komfortos és ezzel egyforma elhelyezkedésben az önkormányzati tulajdonú lakások aránya magasabb Józsefvárosban. Tehát összességében a kerületre a rossz lakáskörülmények, alacsonyabb iskolai végzettség és magasabb munkanélküliség jellemző [86].

Azonban, ha a negyedeket külön vizsgáljuk, minden szempontból egyértelműen jobb adatokat látunk a fővárosi átlagnál a Palota negyedben és a Tisztviselőtelepen, a fővárosi átlaggal megegyező szintet a Népszínház és Csarnok negyedekben és egyértelműen rosszabb szintet a Magdolna negyedben. A 16. sz. ábra D részében az is látszik, hogy kerületi önkormányzat által veszélyeztetettnek látott, ezért védelembe vett gyermekek nagy része is ezekben a negyedekben lakik.



17. ábra nem komfortos lakások aránya a Fővárosban és Józsefvárosban
(Forrás: [84])

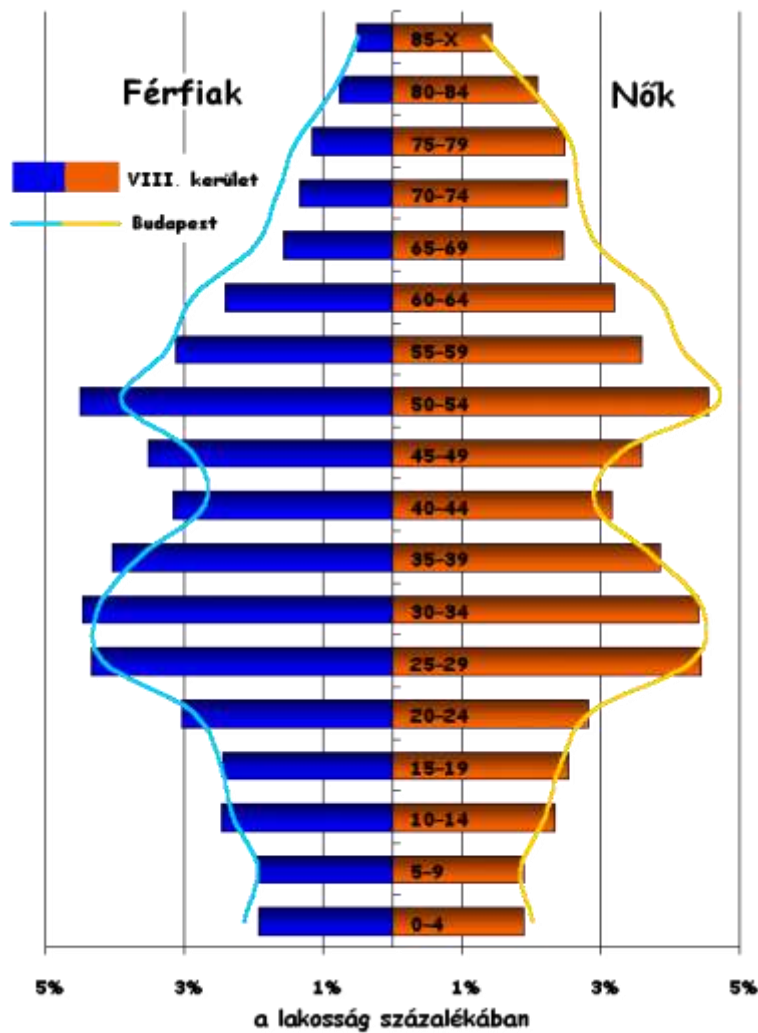


18. ábra önkormányzati lakások aránya a Fővárosban és Józsefvárosban
(Forrás: [84])

A 17. sz. és a 18. sz. ábrán látható, hogy magas arányú önkormányzati tulajdonú és egyben a legalacsonyabb komfortfokozatú lakások csak a Magdolna és az Orczy negyedekre jellemző. A „jobb” negyedekben, tehát a Palotanegyedben, a Tisztviselő telepen és a Százados úti negyedekben is a budapesti átlaghoz képest jobban alakul mindkét érték [4].

5.2. Józsefváros demográfiai adatainak viszonya a fővároshoz

„Az a kisfiú, aki az 1990-es évek közepén a főváros VIII. kerületében született, kilenc és fél évvel rövidebb életre számíthat, mint kortársa a II. kerületben.” (Józan Péter) [38]
2005-ben végzett számításaim alapján a józsefvárosi emberek a fővárosi átlagnál 7,6 évvel korábban halnak meg.

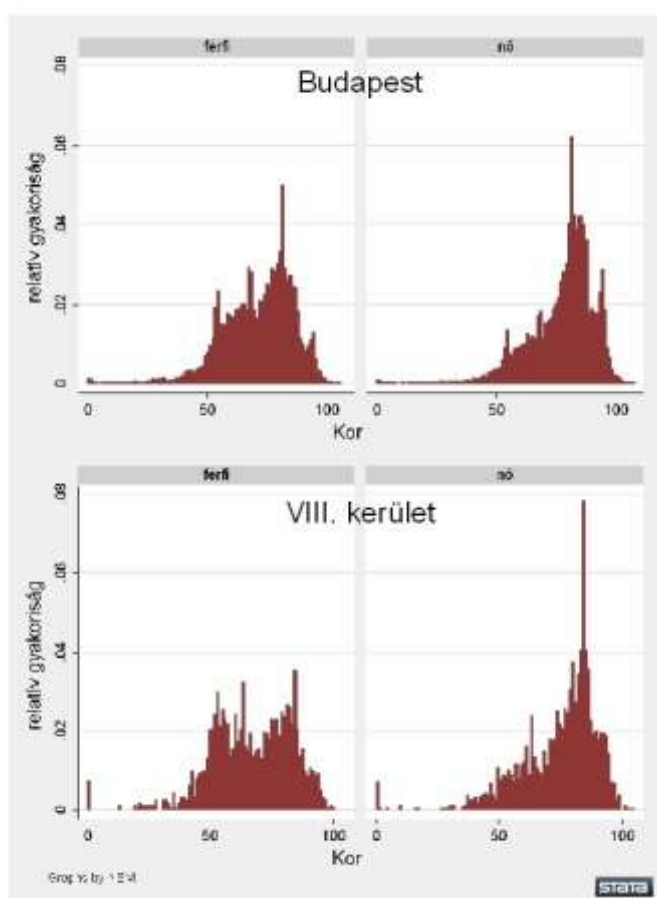


19. ábra Budapest és Józsefváros népességének korösszetétele 2005. év évközépi lakosságszám alapján, nemek és korcsoportok szerint (Forrás: [84])

A VIII. kerületi népesség kor és nem szerinti összetételét majdnem minden korcsoportban egyértelműen a női nem túlsúlya jellemezi. A fővároséhoz hasonlóan egy alapjánál elkeskenyedett „levél alakú” előregedő népességre jellemző korfát (19. sz. ábra) láthatunk a VIII kerület esetében is. A fővárosi korfától eltérően az 55 év feletti korosztály képviselete alacsonyabb mindkét nemből, kivéve a 80 év körüli nőket.

5.3. Józsefváros halálozási adatainak viszonya a fővároshoz

A 4. sz. melléklet Budapest haláloki statisztikát tartalmazó táblázata azt mutatja, hogy a haláloki statisztikájában a VIII. kerület 1994. és 2001 között kimagasló helyen van a keringési betegségek és a daganatok által okozott halálozások terén. A nyolcadik kerület haláloki statisztikájából kiemelendő a férfiak keringési halálozásban elfoglalt 1., a nők 2. helye, és mindkét nemben az összesített rosszindulatú daganatos halálozásban a 2. hely valamin a nők esetében a baleseti halálozásban a 2. hely [94].

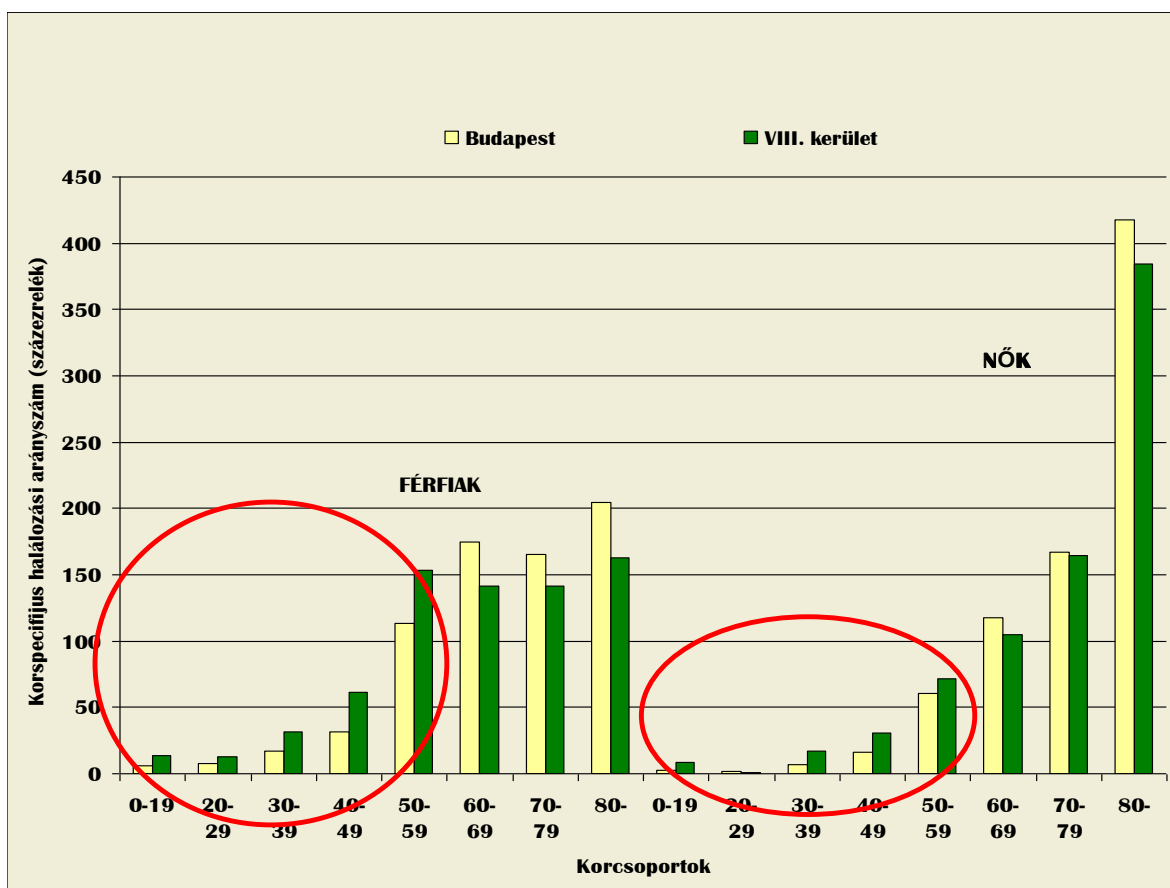


20. ábra Budapest és Józsefváros halálozási adatainak ábrázolása az elhalálozási kor szerint 2005-2007. (Forrás: [84])

A 20. ábrán látható, hogy a fővárosi férfiak halálozása az 50 évet meghaladók körében folyamatosan növekszik, és láthatóan 60 és 70 év között hal meg a legtöbb férfi, míg nők esetében a halálozási csúcs közelebb van a 70 évhez. Ehhez képest a VIII.

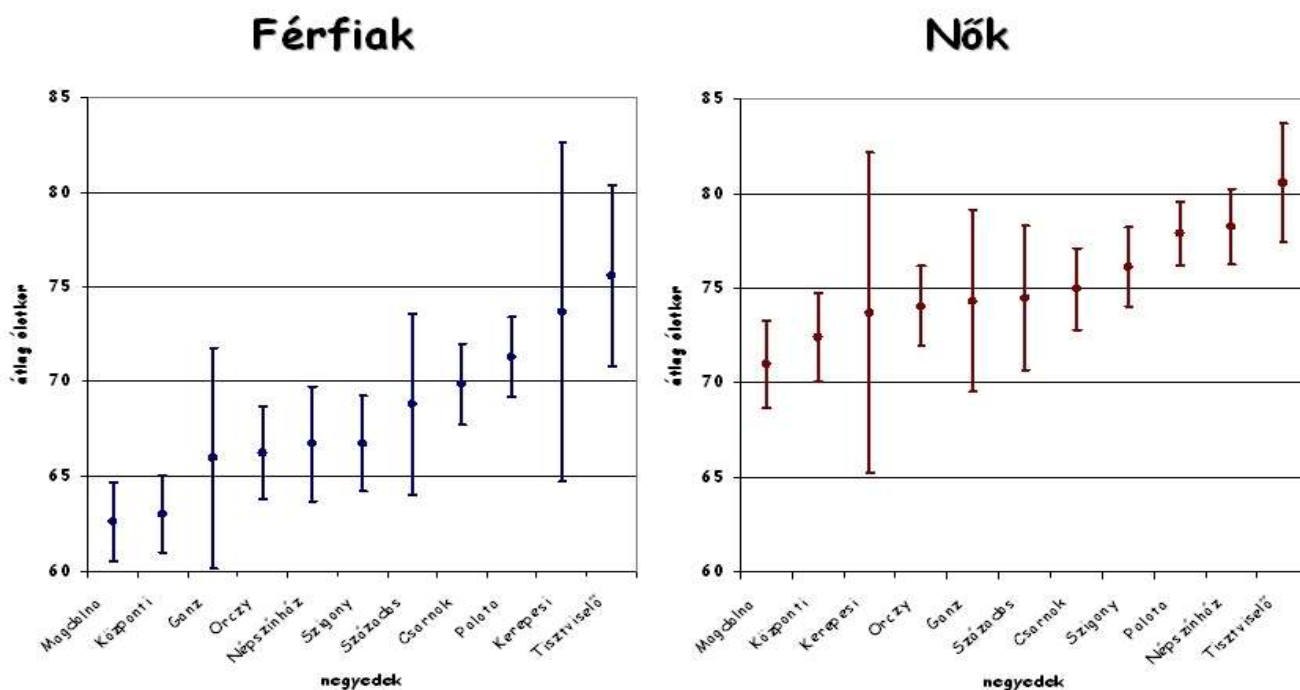
kerületben a férfiaknál egy korábbi életkorban kezd el növekedni a halálozás és a fővárosi, nagyjából egy csúcsú görbe helyett egy kétszűcsű görbét kapunk, ami azt tükrözi, hogy a VIII. kerületben egy észrevehető korai halálozási többlet van.

Pontosabban láthatjuk ezt az eltérést a 21. ábrán, ahol 10 éves korcsoportonkénti bontásban látható a főváros és a kerület korszpecifikus halálozása, melyet, természetesen a lakosság számának figyelembevételével, százezrelékben kifejezve vizsgáltunk. Itt pontosabban látszik, hogy a férfiak esetében 50-59 éves korig a kerületi férfiak halálozása minden korcsoportban meghaladja a főváros hasonló csoportját. Legintenzívebb az eltérés a 40-49 éves korcsoportban. Ugyanezen különbség nőknél is látható, de enyhébb eltéréssel.



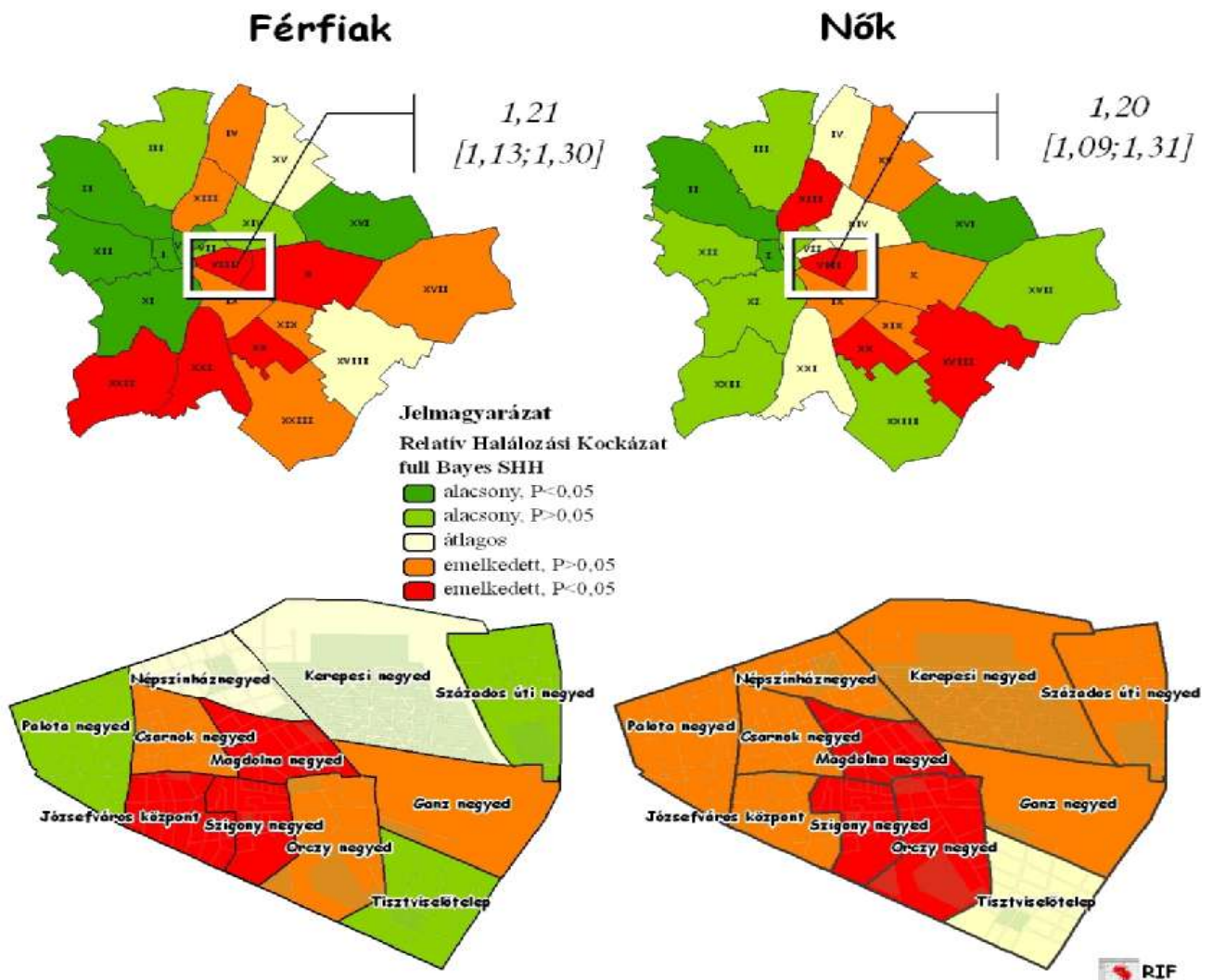
21. ábra Budapest és Józsefváros korszpecifikus halálozása 10 éves korcsoportonkénti bontásban, 2006-2008. (Forrás:[84])

A 22. ábrán negyedenként láthatjuk a mind a férfiak, mind a nők halálozáskor elért életkorát. Az ábra a negyedeket a bekövetkezett halálkor való életkor szerinti növekvő sorban szerepelteti. Látható az átlagéletkor mellett a szórás is, mely jelzi, hogy a Ganz és Kerepesi negyedekben lehetséges némi torzítás. Az esetszámok alacsony volta miatt (itt ugyanis alacsony a lakosság szám is) egyáltalán nem biztos, hogy a sorrendben a ezek a negyedek a helyes pozíciót foglalják el. A többi negyedben viszont nem tapasztalunk ilyen nagy szórást. A sor elején következetesen mindkét nemnél a Magdolna negyed és Józsefváros Központ van. A nagyon alacsony lakosság számú negyedeket nem számítva az Orczy negyed következik a sorban, mindkét nemnél míg a halálozáskor legmagasabb átlagéletkor a Palota negyedre és a Tisztviselő telepre jellemző. Férfiak esetében egyértelműen az utolsó két helyen szerepel a Tisztviselő telep és a Palota negyed. Nők esetében a Népszínház negyed megelőzi a Palota negyedet. Férfiak esetében a legjobb és legrosszabb negyed értékei között (76-63) 13 év, nők esetében (81-71) 10 év eltérés van. Ez nem tekinthető véletlennek. Tehát a kerületen belül is tapasztalható olyan mértékű eltérés, mint Budapest kerületei között, sőt a legjobb és a legrosszabb negyed között ez az érték még nagyobb is.



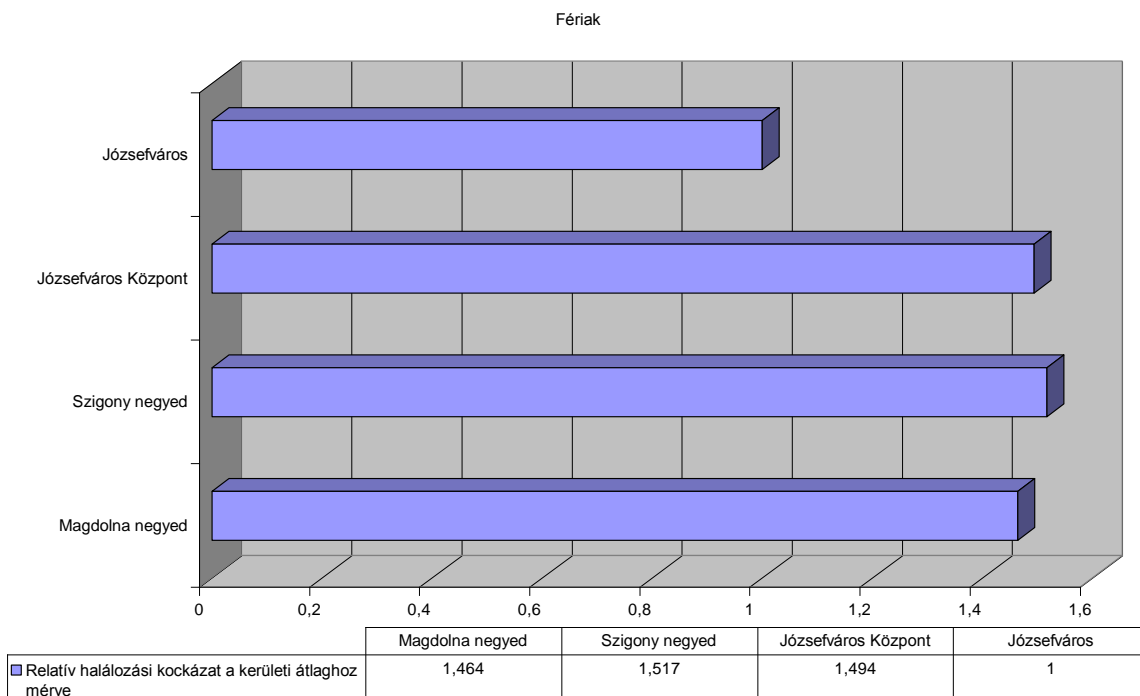
22. ábra a VIII. kerületben meghaltak átlagos életkora 2005-2007. (Forrás:[84])

Tekintettel arra, hogy a kerületben a többlethalálozás a 60 év alatti lakosságot érinti, a továbbiakban az idősebb korosztályt a bemutatott vizsgálataim nem tartalmazzák. A 24. sz. ábra már térinformatikai eszközökkel mutatja be a számolt relatív halálozási kockázatot, a fővárosban a KSH adatok és a kerületben a saját adatok alapján. Bár Józsefváros mindkét nemnél a legmagasabb halálozású (szignifikánsan az átlagos feletti) halálozású kerületek közé tartozik, a negyedek elemzésében viszont férfiak esetében csak a Józsefváros központ, a Magdolna negyed és a Szigony negyed tartozik a szignifikánsan emelkedett kockázatú részek közé, nők esetében pedig a Magdolna, a Szigony és az Orczy negyedek. Férfiak esetében három olyan negyed is van, amelyikben kifejezetten alacsony korai halálozási kockázat számítható: a Tisztviselőtelep, a Palota negyed és a Százados úti negyed.



23. ábra a Fővárosban és a VIII. kerületben számolt relatív halálozási kockázat (20-59) éves korosztály) 2005-2007. (Forrás: [84])

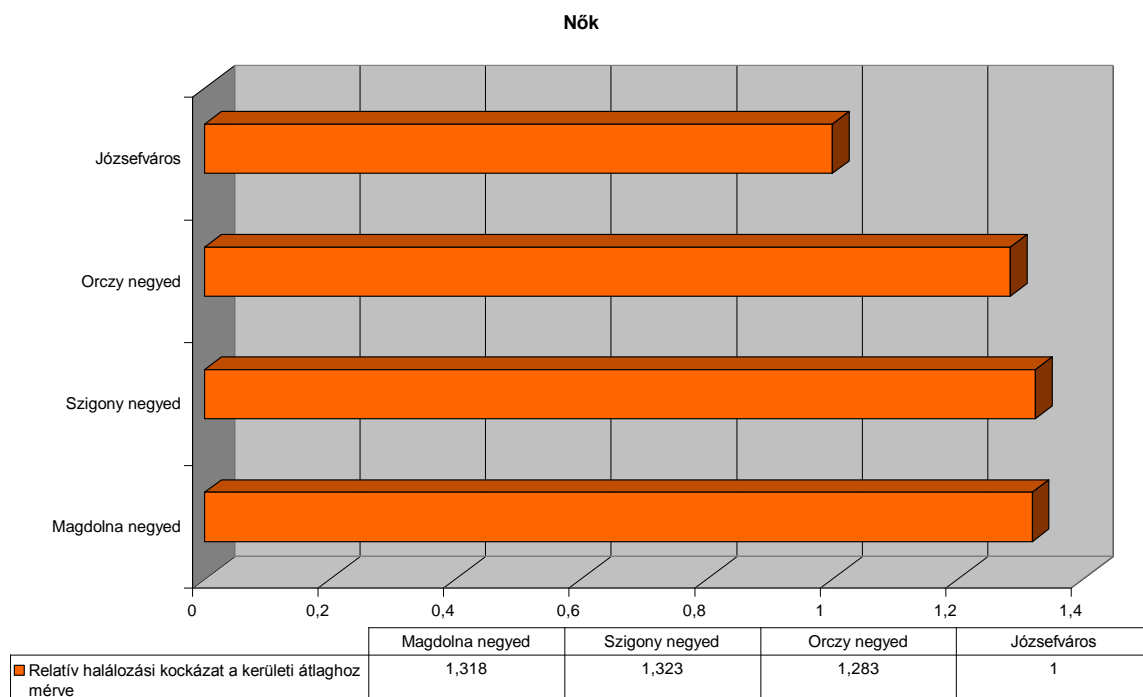
Bár mindkét nem halálózásának vizsgálata ismertetésre kerül, fontos az, hogy a női halálózás a viszonylag alacsony esetszám miatt több esetben mutathat torzítást, és markáns eltérések inkább a férfiaknál látszanak. Megállapítható, hogy a budapesti átlagot szignifikánsan meghaladó, piros jelzés ha a kerületeket elemezzük, a nyolcadik kerületet színezi, de, ha a negyedeket nézzük, csak a Magdolna, Orczy, és Szigony negyedekre jellemző. Kicsit meglepő a kerület ismerői számára a Józsefváros Központ emelkedett relatív halálózási kockázata. Igaz, nem homogén ez a kis terület sem, de mégiscsak a fejlődőben lévő területekhez tartozik, itt van a kerület igazgatási központja is. Első benyomásra nem tűnik olyan mélypontra levőnek, mint az előbb említettek.



24. ábra a fővárosi átlaghoz képest magas relatív halálózási kockázatú negyedek a VIII. kerületben a férfiaknál (Forrás: [84])

A 24. és 25. ábra kiemelten mutatja azokat a negyedeket, amelyek a relatív halálózási kockázat szempontjából szignifikánsan magas értéket mutat a budapesti átlaghoz képest. Tehát a halálózás tekintetében szignifikánsan emelkedett a korai halálózás kockázata vagy egyik vagy másik nemnél a Magdolna, Szigony, Orczy, és Józsefváros Központ negyedekben, mindkét nemnél a Magdolna és Szigony negyedekben. Férfiak

tekintetében alacsony relatív kockázatúnak számít - a fővárosihoz viszonyítva is - a Tisztviselő telep, a Palota negyed és a Százados úti negyed.



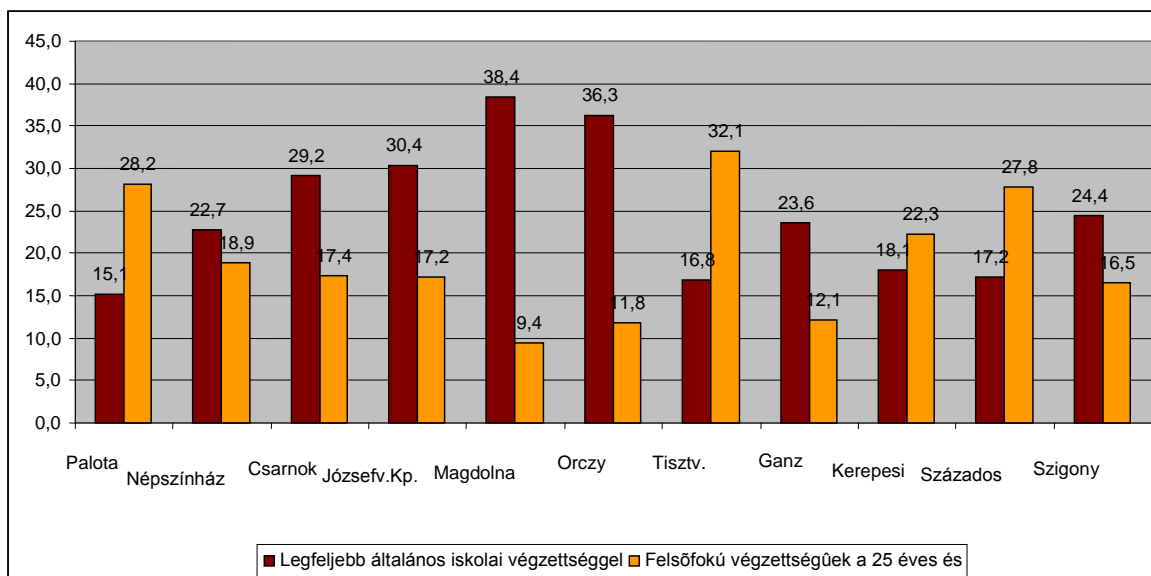
25. ábra a fővárosi átlaghoz képest magas relatív halálzási kockázatú negyedek a VIII. kerületben a nőknél (Forrás: [84])

5.4. A rendelkezésre álló szocio-ökonómiai adatok elemzése a negyedek relatív halálzási kockázatának tükrében

A továbbiakban ezeket az eltéréseket néhány rendelkezésre álló szocio-ökonómiai adattal vetem össze, melyek a 2. sz. mellékletben találhatóak, és Józsefváros rehabilitációs tervezéséhez szolgáltak háttéranyagul. A Kerepesi és Ganz negyedek minden ábrán szerepelnek, de, mivel ezekben a lakosság szám jelentősen alacsonyabb, mint a többi negyedben, a magas torzító tényezők miatt elemzésükre a szocio-ökonómiai adatokkal való összevetésnél nem térek ki.

A 26. ábra a negyedek lakosságának iskolai végzettségét hasonlítja össze. A vörös oszlopban a legfeljebb általános iskolai végzettségűek százalékos arányát láthatjuk a negyed felnőtt lakosságához képest. A legalacsonyabb ez az oszlop a Palota negyedben

(15,1%), alig tér el ettől a Tisztviselő telep (16,8%), amit szorosan követ a Százados úti negyed (17,2%). Az összes többi negyedben a legfeljebb csak általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya magasabb, 20 és 30 százalék között mozog, míg a Magdolna negyedben és az Orczy negyedben igen magas, (38,4 illetve 36,3%).

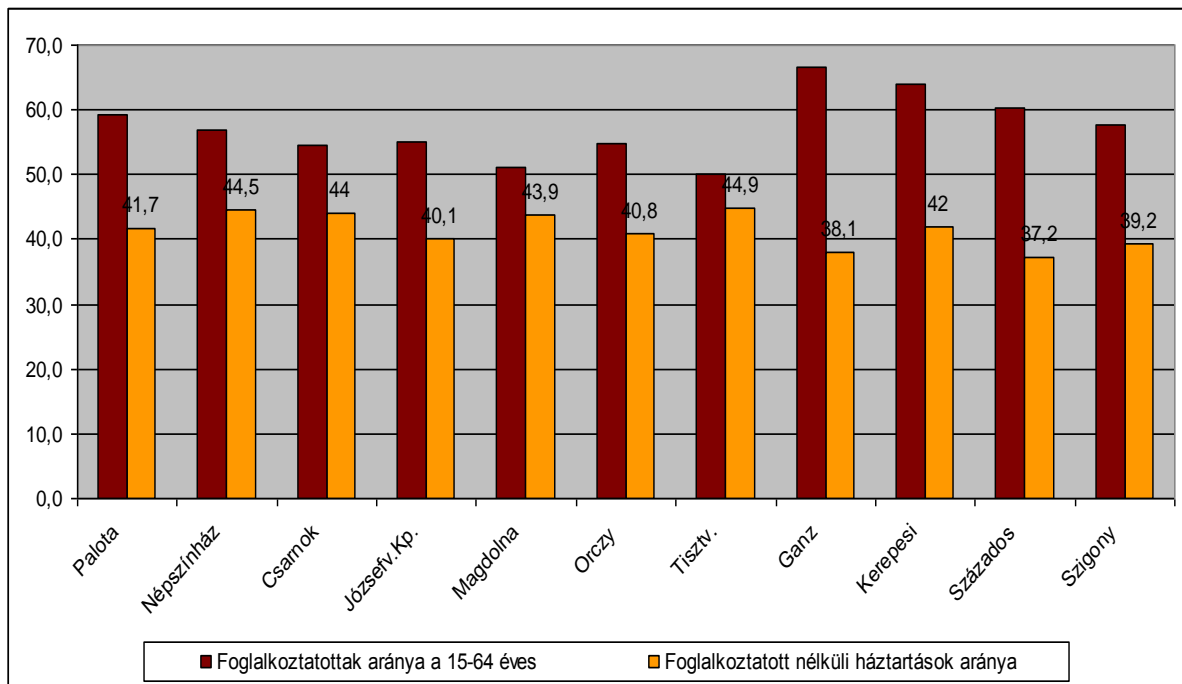


26. ábra Józsefváros negyedeinek összehasonlítása iskolai végzettség tekintetében (az adott negyed lakosságára számítva %-ban)

A felsőfokú végzettségűek aránya a Tisztviselő telepen (32,1%), a Palota negyedben (28,5%) és a Százados úti negyedben (27,8%) a legmagasabb. Az összes többi negyedben jóval alacsonyabb, de ezektől feltűnően elmarad a Magdolna negyed (9,4%) és az Orczy negyed (11,8%). Ha a 2001.-es népszámlálási adatok alapján a budapesti átlaghoz viszonyítunk (23,2%), akkor láthatjuk, hogy a budapesti felnőtt lakosság felsőfokú végzettségének arányához képest sokkal magasabb ez az érték a három alacsony halálózási kockázatú negyedben (Tisztviselő telep, Palota negyed, Százados úti negyed), valamivel elmarad a többi negyedben, és nagyon jelentősen elmarad a magas halálózási kockázatot képviselő negyedekben (Magdolna negyed, Orczy negyed). A 2001.-es népszámlálási adatok alapján budapesti viszonylatban szintén igen rossz a VIII. kerület minősítése abban, hogy milyen arányban van jelen a munkanélküliség, és

milyen a foglalkoztatási arány. A fővárosban az olyan családok aránya, ahol nincs foglalkoztatott 27,8% míg a VIII, kerületben 41,8 %.

A 27. ábra a negyedeket egyrészt a felnőtt lakosság (15-64 éves között) foglalkoztatottságának aránya alapján (vörös oszlop), másrészt a foglalkoztatott nélküli háztartások százalékban kifejezett aránya alapján, hasonlítja össze (sárga oszlop) Ebben a tekintetben az összes negyed valóban eltér a fővárosi átlagtól és nagyjából mindegyik negyedben a foglalkoztatott nélküli családok aránya a 40 % körül van.

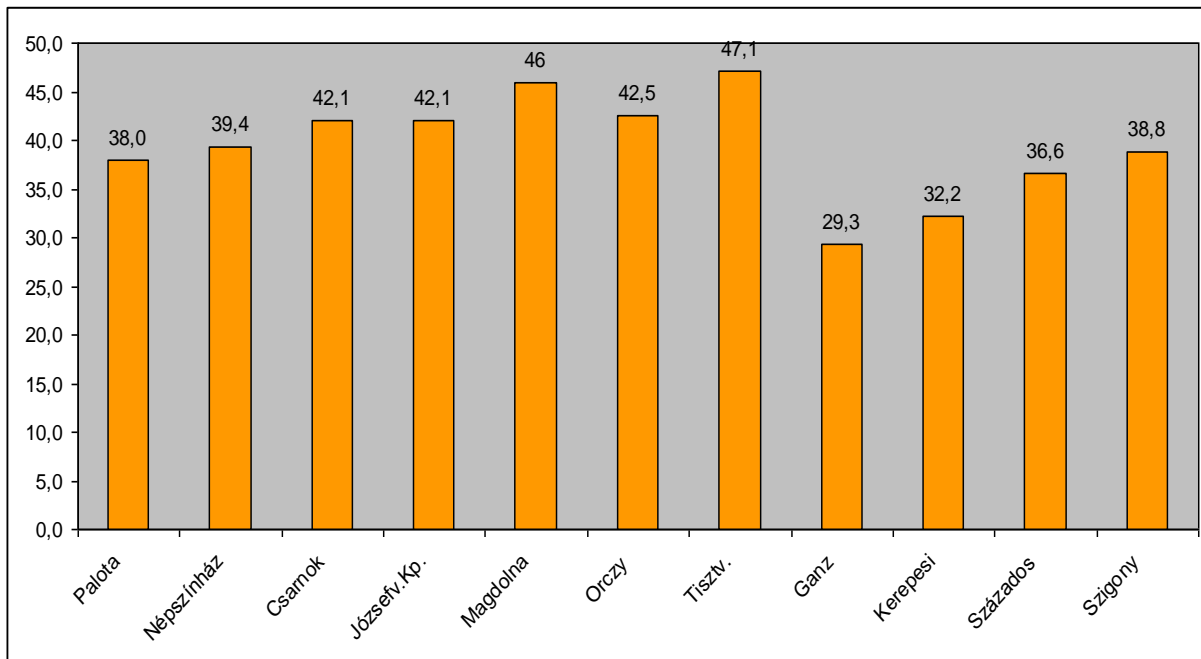


27. ábra Józsefváros negyedeinek összehasonlítása foglalkoztatottság szerint (az adott negyed lakosságára számítva %-ban)

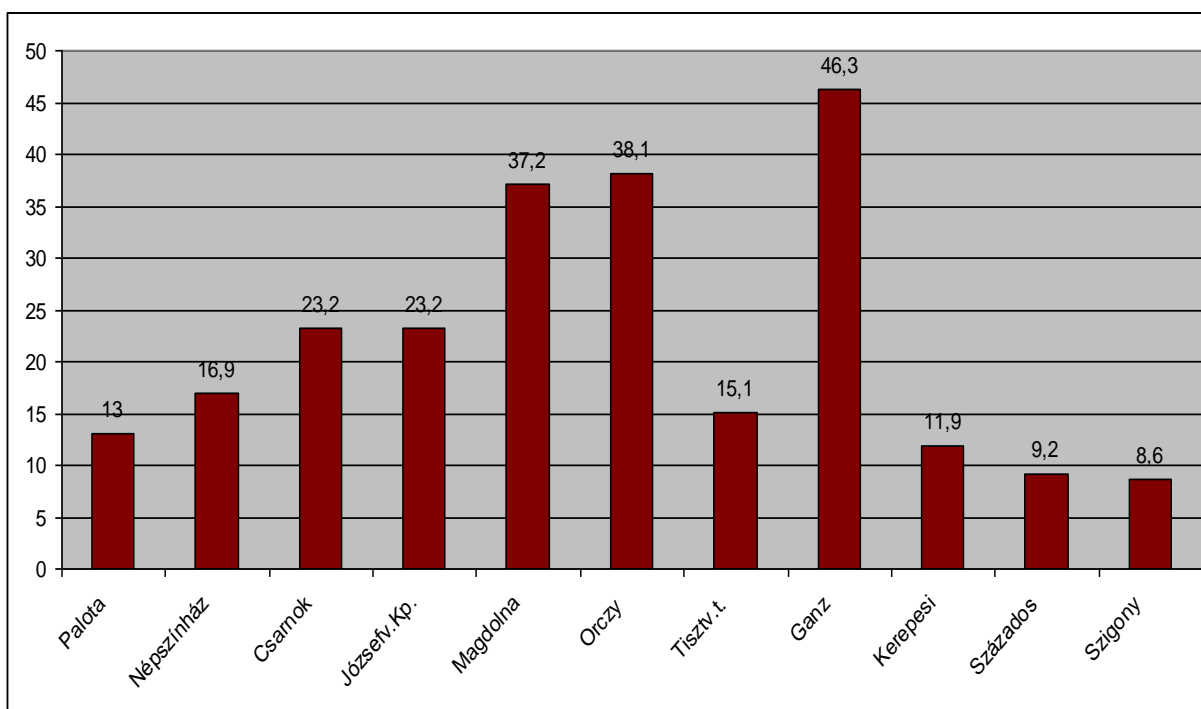
A munkaképes korú lakosság foglalkoztatottsága arányában sem látszik észrevehető különbség a negyedek között, mondhatni, hogy a halálozási kockázat szempontjából a „legjobb” (Tisztviselő telep- 44,9%) és a „legrosszabb” (Magdolna negyed – 43,9%) negyedben ugyanolyan a foglalkoztatott felnőttek aránya, és valóban jócskán meghaladja a fővárosi átlagot.

A 28. ábra a negyedeket a rendszeres munkajövedelmű felnőtt lakosság aránya alapján hasonlítja össze. Az előző ábra elemzése után nem meglepő, hogy ahol a

foglalkoztatottak aránya sem különbözött lényegesen ott, a munkajövedelemben sem látunk lényeges eltérést.



28. ábra Józsefváros negyedeinek összehasonlítása rendszeres munka jövedelemmel nem rendelkezők az adott negyed aktív korú lakosságára számítva %-ban)



29. ábra Józsefváros negyedeinek összehasonlítása a lakásállomány alacsony komfort fokozatának százalékos jelenléte alapján

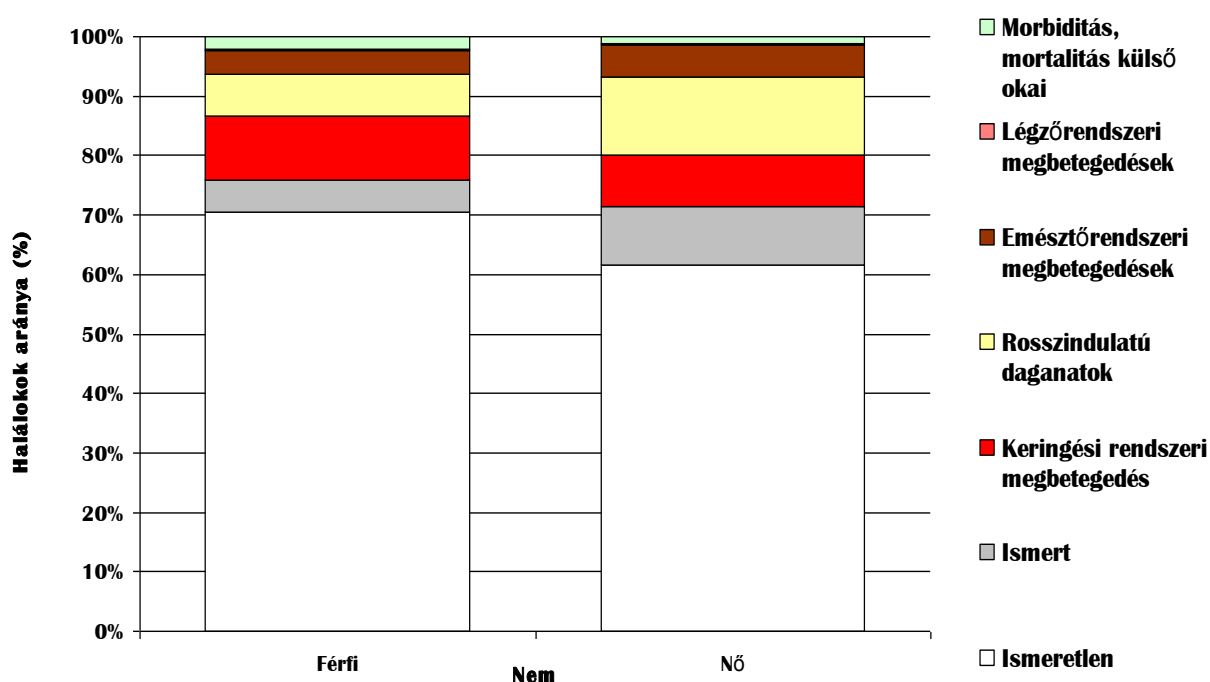
A 29. ábra a negyedekben lévő alacsony komfort fokozatú lakások arányát hasonlítja össze. A várakozásnak megfelelően az alacsony halálozási kockázatú városrészek, mint a Palota negyed (13%), a Tisztviselő telep (15,1%) és a Százados úti negyed (9,2%) alacsony komfortfokozatú lakásainak aránya messze elmarad a Magdolna(37,2%) és Orczy 38,2%) negyedekétől. Nagyjából a középtájon, a rosszabbak között foglal helyet a Józsefváros Központ (23,2%) és feltűnően jó a Szigony negyed (8,6%).

Összefoglalva a negyedek szerinti szocio-ökonómiai eltéréseket, összefüggést láthatunk negyedek magas korai halálozási kockázata és az alacsony iskolázottság között. Nem látszik összefüggés a halálozási kockázat és a foglalkoztatottság, illetve a munkajövedelem között. A magas halálozási kockázatú negyedek közül a Józsefváros Központ kissé, a Szigony negyed pedig erőteljesen kilóg a sorból. Bár várható módon az alacsony komfort fokozatú lakások arányával a magas halálozási kockázat együtt mozog (ezt igazolja a Magdolna, az Orczy negyedek, és pozitív példaként a Palota, a Százados úti negyed és a Tisztviselő telep) a Józsefváros Központ és a Szigony negyed helyzete magyarázatra szorul.

5.5. A negyedek halálozási adatainak halálloki elemzése

A következő, kézen fekvő lépés lenne a halálloki statisztikák elemzése.

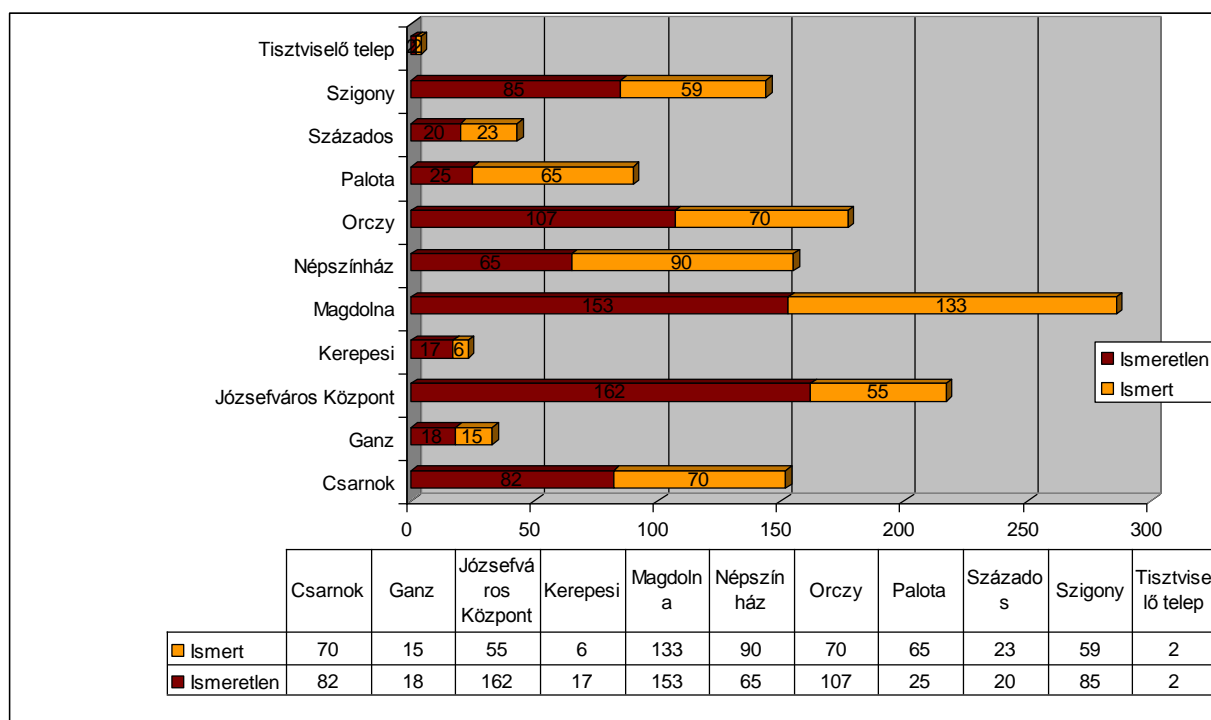
Mivel a hagyatéki hivatalban lévő halál megállapítási jegyzőkönyvek halálloki feljegyzést már nem tartalmaznak, abból indultam ki, hogy a lakhely szerinti házi orvosnak tudomása van arról, hogy miben halt meg a betege. Úgy szerzi meg ezt az információt, hogy sokszor ő maga, az, aki a halált megállapítja, sokszor a család tájékoztatása alapján. Ha nincs is közvetlen információ, az ismert betegségekből legalább kategóriákba tudom majd sorolni a házi orvossal folytatott személyes interjú alapján, név szerint visszaidézve a beteget, segítségül híva az archivált kartonját, ha szükség van rá. Meglepő volt az a tapasztalat, hogy az illetékes házi orvos előtt a férfiak 70, a nők 60%-ánál betegek halálloka, sőt legtöbb esetben maga a beteg is ismeretlen maradt, ahogyan ezt a 30. ábra mutatja. A halállokok olyan magas arányban ismeretlenek az illetékes házi orvos számára hogy ezt negyedenként nem érdemes elemezni.



30. ábra a vizsgált halálozások halál oka a házi orvosok ismeretei alapján

Felmerül a kérdés, van-e különbség a halálokok ismertsége, illetve ismeretlensége terén a negyedek között. Ezt elemzi a 33. ábra. A negyedenkénti elemzést az esetszámok alacsony volta miatt feltétlenül kritikusan kell kezelni, de az, mindenesetre, leszögezhető, hogy az ismert esetek száma alig néhány negyedben közelíti meg az esetek felét. Nyilván ez nem annyira, a negyed, inkább a kerületi alapellátás saját területéről való informáltságára utal. Mivel összehasonlítási alap nem áll rendelkezésre, nem tudjuk, hogy mennyire kerületi sajátosság ez a jelenség.

Ha mégis megpróbáljuk a negyedek szerinti összehasonlítást ezt mutatja a 31. ábra, és ha a nagyon kisszámú esetekkel bíró városrészeket kihagyjuk, feltűnő, hogy nagyon magas a házi orvos számára ismeretlen halálesetek aránya nagyon magas, eléri a 60%-ot a Magdolna negyedben, az Orczy negyedben, valamint a Szigony negyedben, tehát az amúgy is magas relatív halálozási kockázatot mutató területeken. Kiemelkedően magas ez az arány a Józsefvárosi Központban, ahol 74 %.



31. ábra a halálloki ismertség negyedek szerinti elemzése

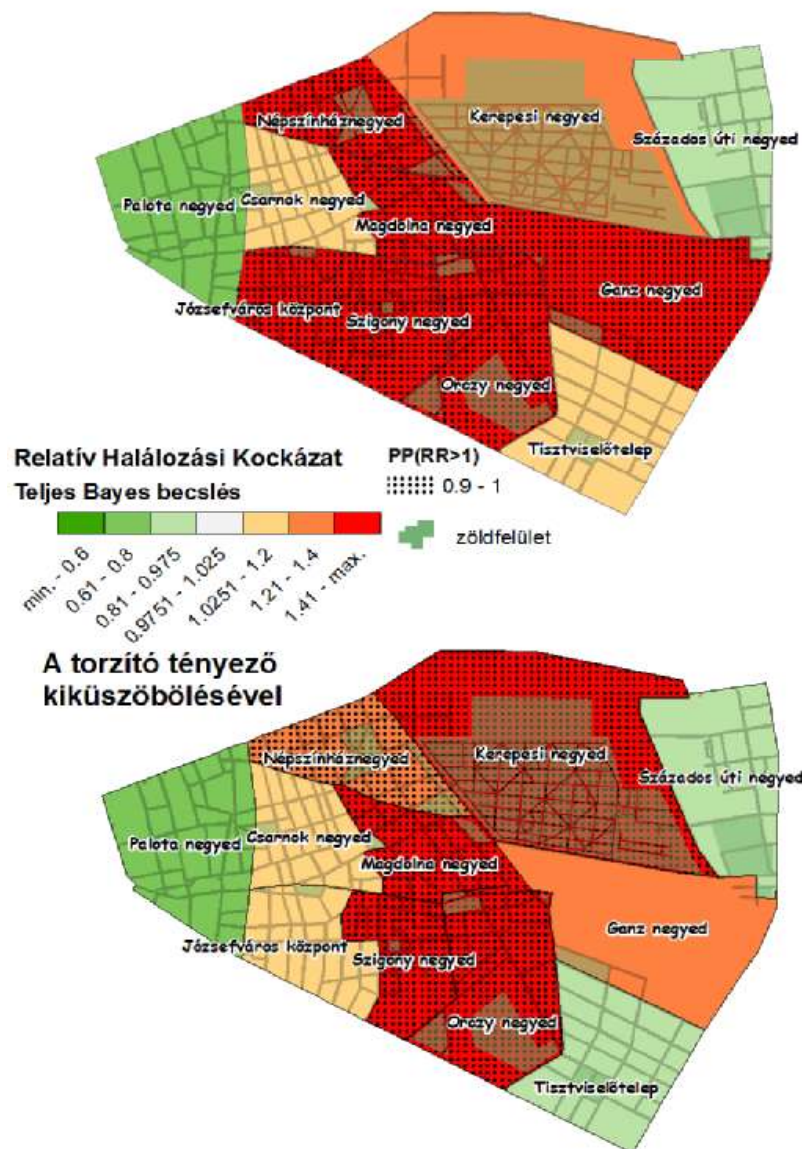
Fontos tudni, azonban, hogy a kerületben több szociális intézmény van, amely bejelentett szállást is biztosít kliensei számára. Ilyen a

- Budapest Módszertani Szociális Központ és Intézményei Átmeneti Szálló (Alföldi u. 6-8. – Népszínház negyed)
- A Menhely Alapítvány nappali és éjszakai ellátóhelye (Vajdahunyad u. 3. – Józsefváros Központ)
- Az Oltalom Karitatív Egyesület nappali és éjszakai ellátó helye (Dankó u. 9. – Magdolna negyed)
- A Napfény Otthon Alapítvány idősek lakó otthona (Illés u. 38. – Szigony negyed)
- Az Arany Alkony Kht. Idősek otthona (Mátyás tér 6.)

Nyilvánvaló, hogy az ezekhez a címekhez kapcsolt haláleseteket nem ismerheti a háziorvos. Ha megtekintjük, hogy milyen magas volt az esetszám a vizsgált címekhez kötve, akkor az is nyilvánvalóvá válik, hogy az adott intézmények torzító tényezőként szerepelhetnek a negyed relatív halálozási kockázatának megítélésében.

5.6. Térinformatikai elemzések értékelése Józsefváros negyedeinek relatív korai halálzásának viszonylatában [87]

A 32. ábra a 20 és 59 év között józsefvárosi férfiak halálzásának negyed-specifikus térinformatikai ábrázolását mutatja az előző fejezetben feltárt torzító tényezőkkel. Látható, hogy a fenti rizikótényezők kiküszöbölése után a Józsefváros Központ területe átcsúszik az alacsonyabb rizikójú kategóriába. Ugyanez történik a Népszínház negyeddel is.



32. ábra a negyedek relatív korai halálzásási kockázatának elemzése a hajléktalan ellátó szervezetek figyelembevételével, majd azok kiküszöbölése után (Forrás:[87])

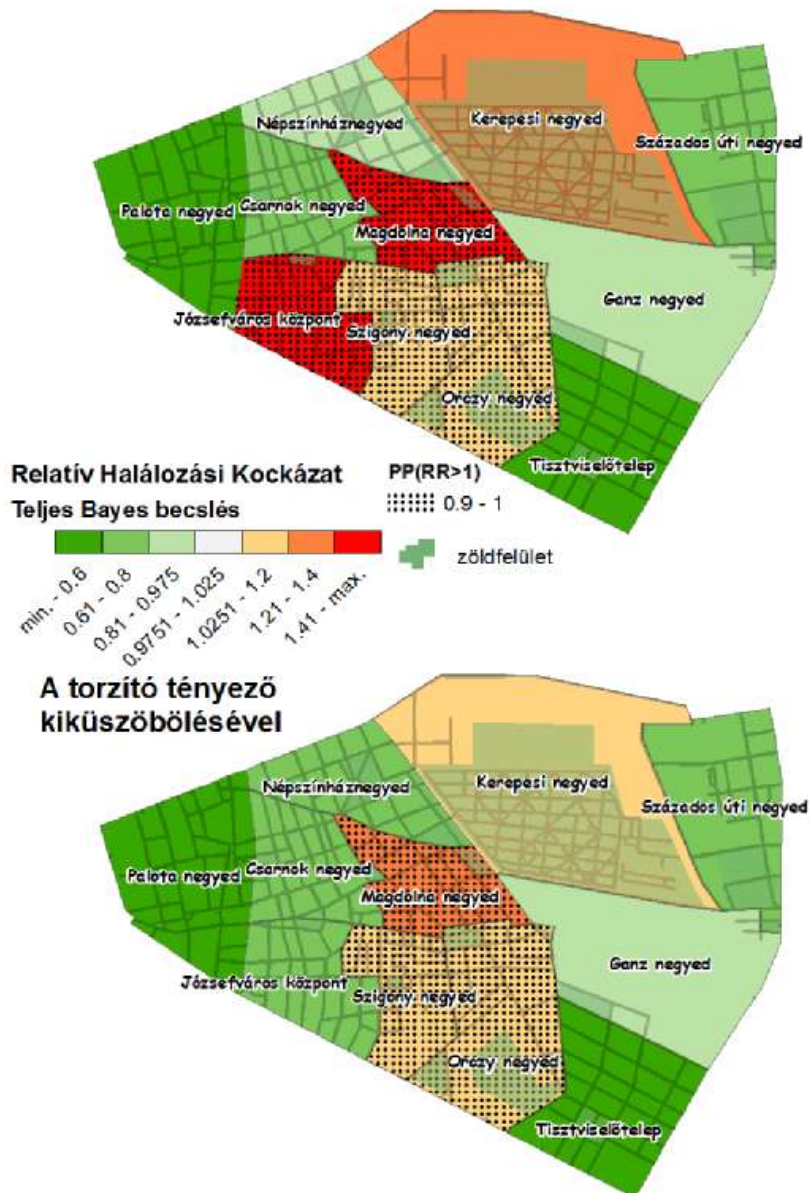
A 33. ábrán tehát, egyértelműen megmutatkozik, hogy ha a hajléktalan intézményekbe való bejelentettek halálozását kiszűrjük a korai halálozás jelentősen megváltozik, a Józsefváros Központban (Menhely Alapítvány) tapasztalt tragikus adatok kivilágosodnak, és belesimulnak a többi, közepes negyed közé, a Népszínház negyed (Budapest Módszertani Szociális Központ és Intézményei Átmeneti Szálló) is ugrik egy kategóriát lefelé, a Magdolna negyed (Oltalom Karitatív Egyesület) színezése viszont nem változik. A hajléktalan intézmény okozta torzító tényezőt kiszűrve a Józsefváros központ itt is kivilágosodik. Érdeemes megemlíteni azt, hogy korábban a Menhely Alapítvány több ezer hajléktalant jelentett be a Vajda P. u. 3 alatti kétszintes épületbe. Ezek az emberek nem laknak a nyolcadik kerületben életvitelszerűen, hiszen csak a bizonyos hivatalos ügyintézés céljából jelentették be oda őket, azóta az országban bárhol lehetnek. A Dankó utcában az Oltalom Karitatív Egyesület viszont, nem követte ezt a gyakorlatot, nem végzett ú.n. fiktív bejelentéseket, és egy-két (tízes nagyságrend) bejelentett lakón kívül, akik valószínűleg ténylegesen is ott laknak, nem történt bejelentés. Nagyjából ugyanez mondható el a BMSzKI Népszínház negyedbeli intézményéről. A két idős ellátó központ a 20 és 69 év közti halálozást nem befolyásolta, hiszen az itt bejelentettek idős emberek.

Az ezen intézményekhez kapcsolható halálesetek torzító tényezőnek számítanak, hiszen ők nem kerületi lakosok, nem születés, vagy beköltözés szerinti bejelentett lakhelyről van szó, hanem egy ellátó intézmény telephelyéről. A hagyatéki hivatal azonban az utolsó bejelentett lakhely alapján válik illetékesé, a KSH is eszerint vezeti a kerületi bontású halálozási statisztikát. Ez a torzító tényező tehát a hivatalos kerületi statisztikában benne marad, csak a lakcím szerinti elemzés alapján derülhet rá fény.

Még érdekesebbé válik a halálozási kockázat negyed szerinti térképe, ha a háziorvosok megkérdezése utáni nem ismert halálokok arányát is ismert torzító tényezőként kezeljük, ahogy azt 34. ábra mutatja. Ekkor a szignifikánsan emelkedett kategóriában csak a Magdolna negyed maradt.

Az ábra azt sejteti, hogy a Józsefvárosban bejelentett lakosok korai halálozási rizikója összefügghet azzal, hogy itt ismerik a háziorvosok a legkevésbé az elemzett eseteket. A Magdolna negyed szintén magas kockázata egyértelműen azzal párosult, hogy az elvileg illetékes családorvos nem ismerte a beteget. Itt azonban nincsen olyan intézmény, ahol fiktív bejelentések lehetnek. Az itteni korai halálozások magas arányára, illetve az

alacsony háziiorvosi tájékozottságra két magyarázat merül fel. Az egyik, ha nem is intézményesen, de itt is nagy a fiktív bejelentés, a másik, hogy, az itt lakók nagy része nem vesz igénybe háziiorvosi ellátást. Az utóbbi esetet valószínűsítve az is várható, hogy nemcsak az illetékes háziiorvosnál, de sehol az alapellátásban nem jelennek meg ezek az emberek.



33. ábra a negyedek relatív korai halálzási kockázatának elemzése a háziiorvosok által nem ismert halálalokok, mint torzító tényezőkkel kiküszöbölve (mindkét nem)
(Forrás:[87])

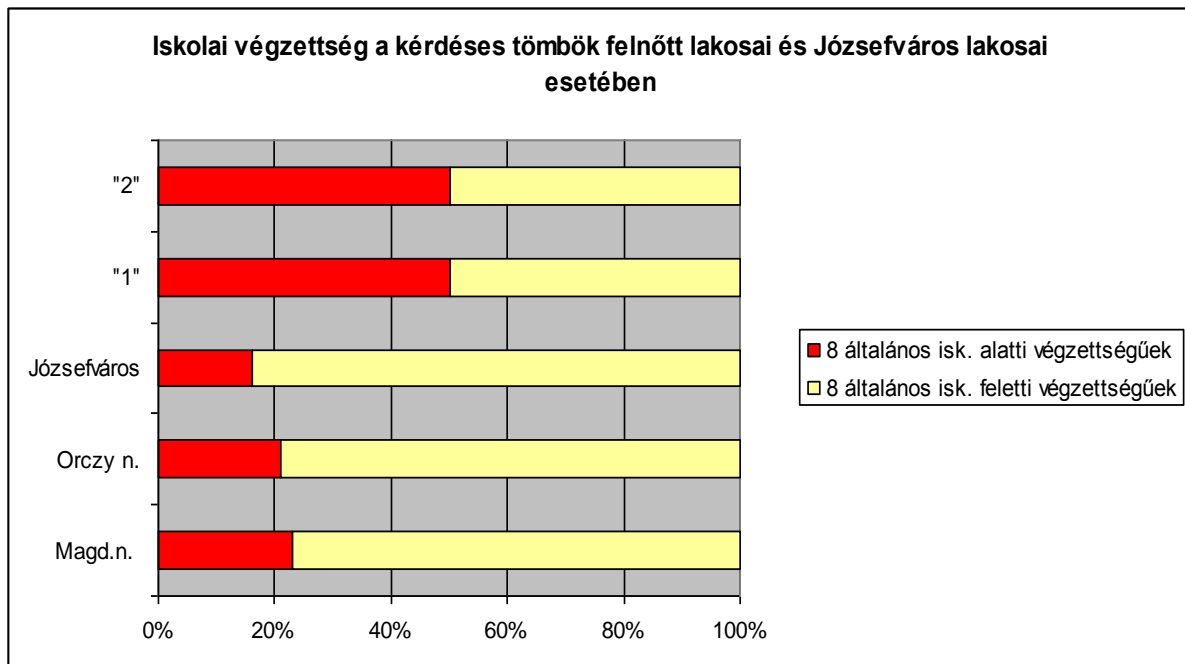
Az akkori (a vizsgálat időpontjában) „fiktív” hajléktalan bejelentések helyzetéről nincs hozzáférhető adatsor. Azonban a jelenlegi, már a „fiktíváltható”, tehát fiktívnek gondolt és (önkormányzati) visszaellenőrzéskor valótlán lakhelynek tapasztalt bejelentések törlése után is látható adatsor (6. sz. melléklet) feltétlenül azt a feltételezést támasztja alá, hogy Józsefváros korai halálozási rizikója statisztikailag egy kis területhez és a kerületben lévő hajléktalan ellátó intézmények ellátásainak igénybevevőjéhez kapcsolható.

5.7. A Magdolna negyed rehabilitációs vizsgálatának tömbszintű elemzése összevetve a térinformatikai módszerrel elemzett relatív korai halálozási kockázat tömbszintű elemzésével

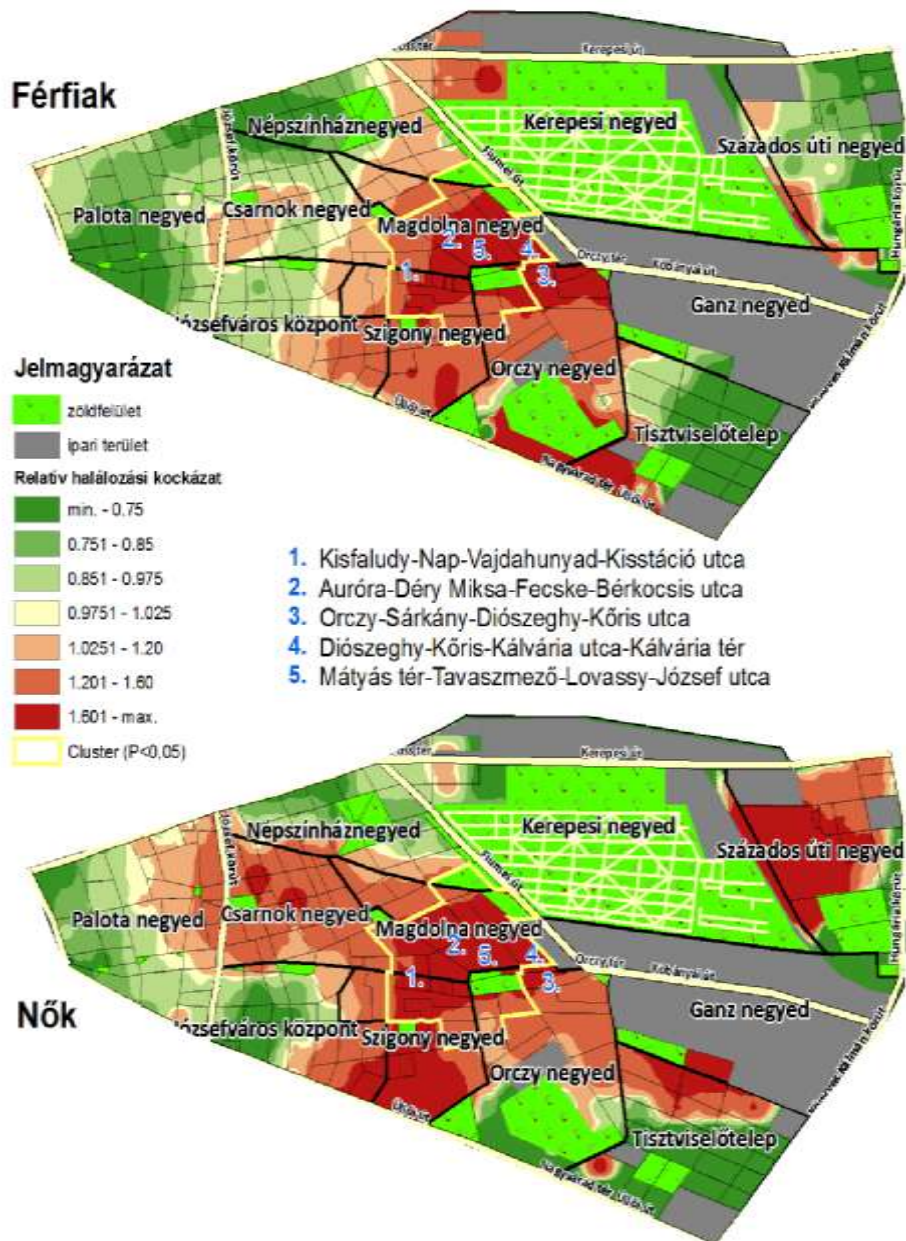
A Magdolna negyedben jelenleg is folyamatban van egy több lépcsős város rehabilitációs terv, mely az eredeti lakosság megőrzésével, az épületek döntő részének megtartásával és a lakosság önerejét is igénybevevő felújításával valósul meg. A terv, bár építészek tervezik, mégis elsősorban szociológiai alapokon nyugszik.

A Magdolna negyed az a terület, mely nemcsak a gyermekvédelmi, de a bűnmegelőzési és bűnüldöző hatóságoknak is gondot okozott, ezért a bűnmegelőzést tekintették a program vezérelvének, és Uniós pályázatot nyertek tevékenység támogatására. A tervezés stádiumában mélyinterjú készítésével választották ki azokat a tömböket, amelyek a leginkább rehabilitációra szorulnak. A rehabilitáció 5 tömb köré összpontosult, melynek két tagját, a mélyinterjú készítése során kapott adatok alapján kiemelték. Ezekben a tömbökben lakóknak még az amúgy is alacsony iskolázottsági mutatókkal rendelkező Magdolna negyeden belül is feltűnően alacsony az iskolázottsága. A két kiválasztott lakótömb az „1”. -Kisfaludy-Nap-Vajdahunyad-Kis Stáció u. és a „2”. -Auróra u.-Déri Miksa u.-Fecske u.-Béerkocsis u. által határolt lakóterületek. A 34. ábrán látható, hogy az „1” és „2” tömb iskolázottság tekintetében még a nagyon rossz területektől is elmarad. Az itt lakó felnőttek fele még az általános iskolát sem fejezte be. A korábban ismertetett relatív korai halálozási adatok háztömb szerinti csoportosításban is elemzésre kerültek.

Az ebből készült térképet a 35. ábra ismerteti. Fontos megjegyezni, hogy a technikából adódóan nem a térképet színezi át az eljárás, mint a korábbi, negyedbeli elemzésnél, hanem tömbökből rakja össze az ábrát, és a tömbben tapasztalt halálozási kockázat alapján a színekkel és az elszíneződés nagyságával is kifejezi a korai halálozás relatív kockázatának a nagyságát. A 35. ábrán az 5 épülettömb került megjelölésre, (kék számokkal), ahol a rehabilitációt tervezők tevékenységüket kifejtteni kívánták.

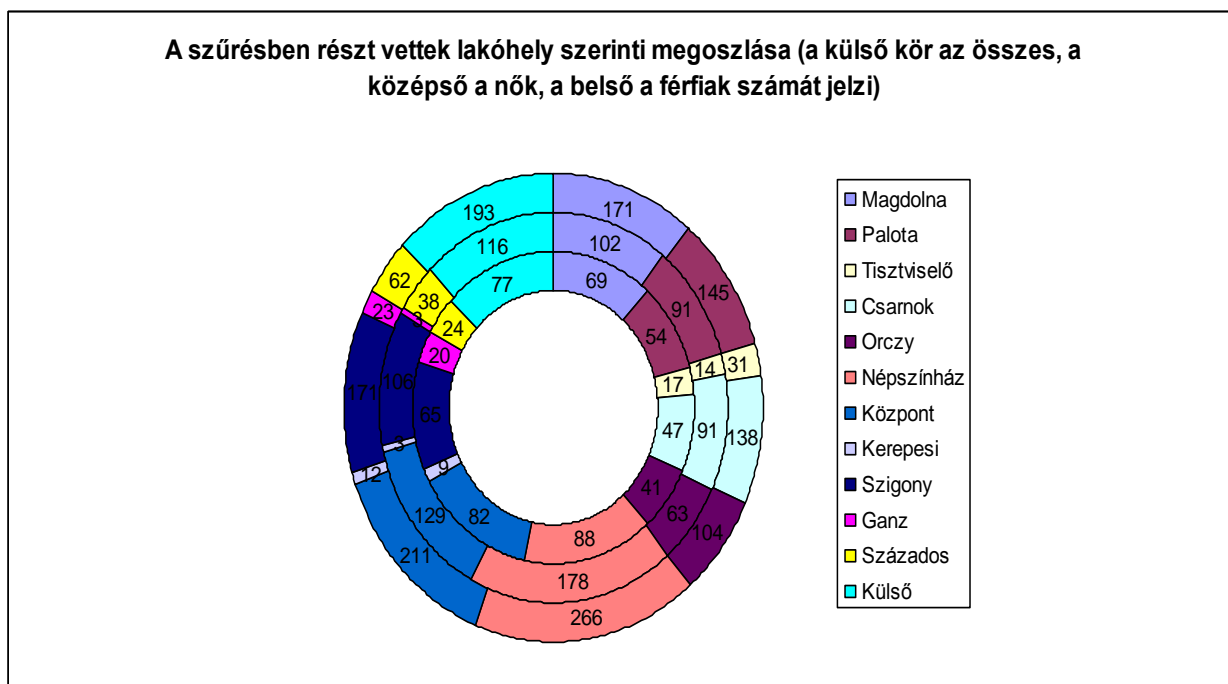


34. ábra a kiválasztott tömbök iskolai végzettségének összehasonlítása Józsefváros és két „rosszabb” negyed hasonló adataival (Forrás: [4])



35. ábra a korai (30-69 éves) halálzás területi egyenlőtlenségei a Józsefvárosban 2005-2008. (Forrás:[87])

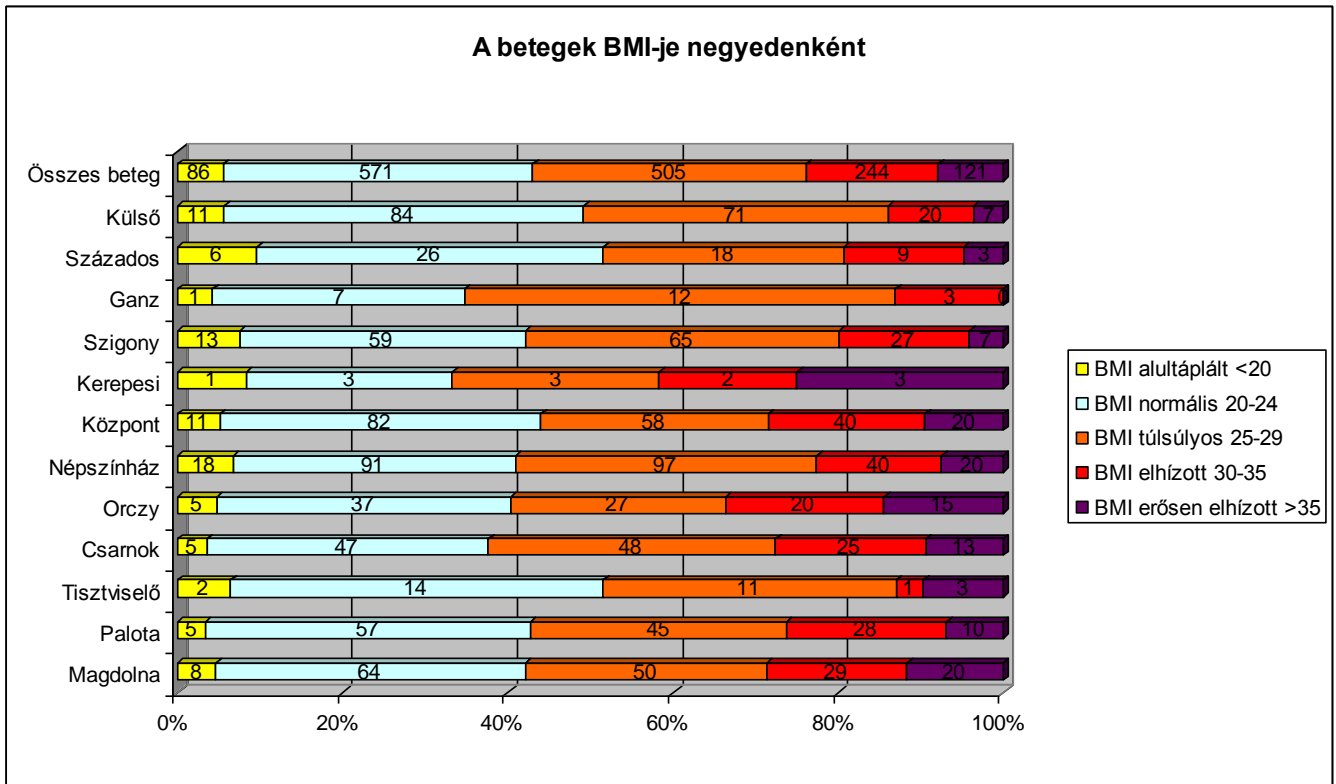
5.8. Szűrési adatok elemzésének eredményei



36. ábra a szűrésben részt vettek adatai

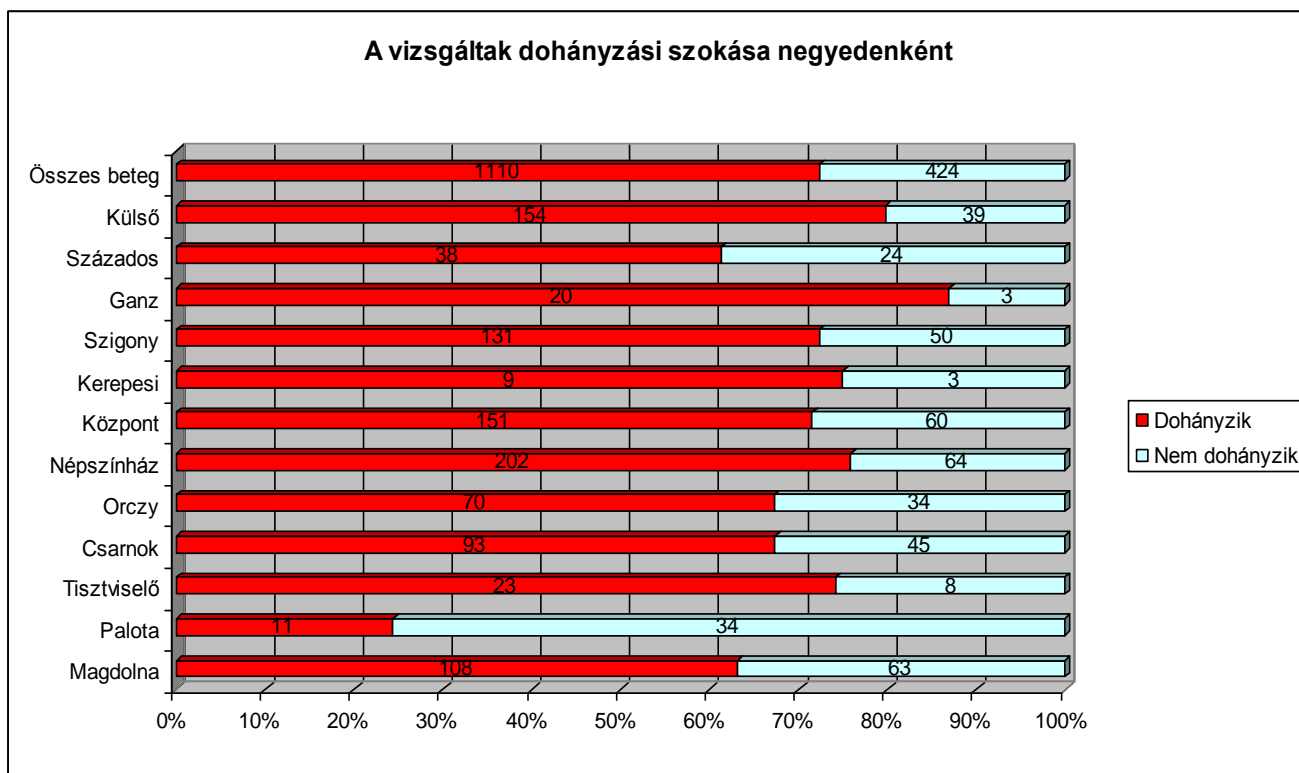
Magyarázatra szorul az utolsó kategória, a „külső” betegek kategóriája: ezek azok a betegek, akik ugyan kerületen kívüliek, de laboratóriumi leleteik alapján beleestek a vizsgált időszakba a beküldő háziorvos révén az egyéb szükséges adatuk is elérhető volt.

A rizikófaktorok közül kettőt emeltem ki, az egyik az elhízottság a másik a dohányzás kérdése. A Kerepesi, Magdolna, Orczy negyedekben viszonylagosan magas arányt képviselnek az erősen elhízottak, míg a legalacsonyabb ezek aránya a „külsősök” között. Szintén érzékelhetően kissé magasabb a szegényebb negyedekben a kórosan soványak aránya. Ez látható az alábbi, 37. ábrán.



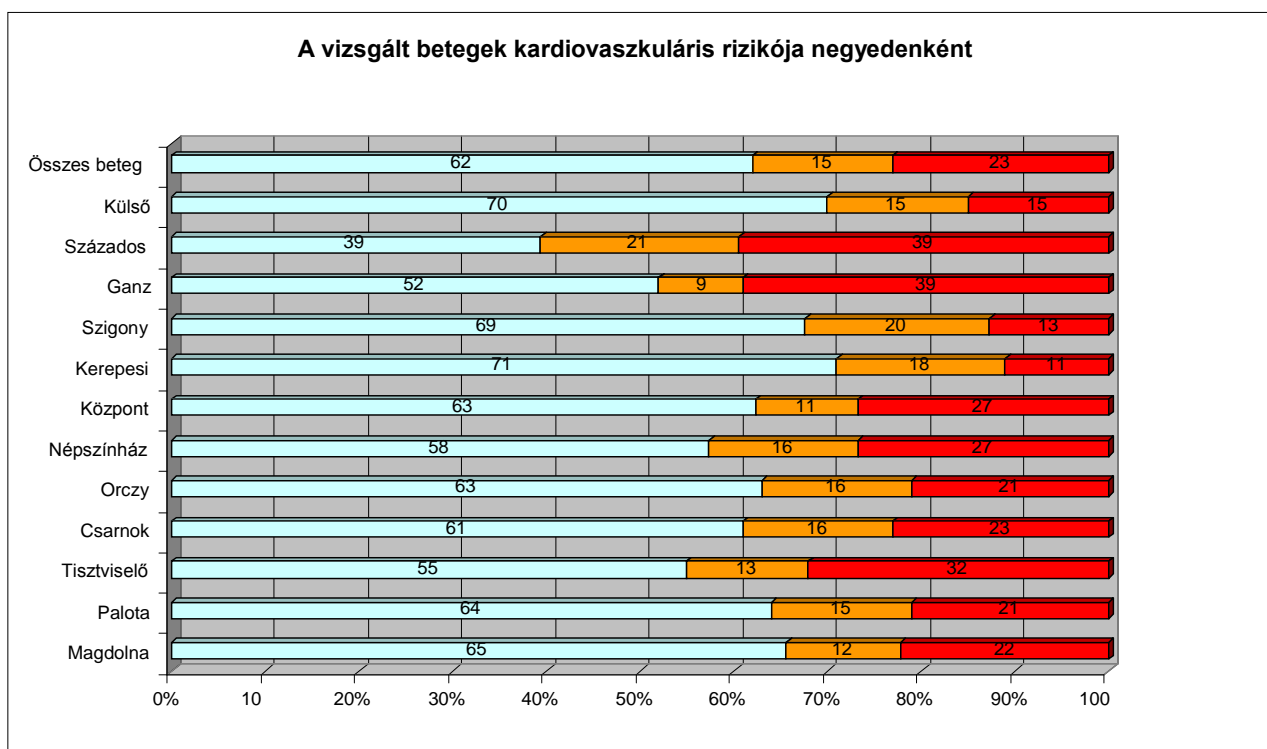
37. ábra a vizsgált betegek BMI megoszlása negyedenként

A 38. ábra a vizsgált betegek dohányzási szokásait vizsgálja, egymással és az összes vizsgált beteg szokásaival összehasonlítva a negyedeket. Az összes beteg több mint 70 %-a dohányzik, érzékelhetően alacsonyabb a Palota negyedben és a Százados negyedben a dohányzók aránya. Ebben a faktorban a „külsősök” rosszabbak az összesített adatokhoz képest és a Magdolna, Szigony és Orczy negyed lakóinál ez az arány alig vagy egyáltalán nem éri el a kerületi összesített arányt.



38. ábra a vizgált betegek dohányzási szokásai negyedenként összehasonlítva

A szűrés eredményeinek kardiovaszkuláris rizikó szempontjából történt értékelését az 39. ábrán láthatjuk. A rizikóbecslés a Framingham Study azaz, kor, nem, haskőrfogat, BMI, aktuális vérnyomás, aktuális vérzsír, vércukor érték, táplálkozási és dohányzási valamint alkoholfogyasztási szokások alapján készült, figyelembe véve a saját és a családi kardiovaszkuláris anamnézist is. Sajnos a vizsgálat nem mutatott ki a negyedek között szignifikánsnak mondható eltérést. Néhány jelzés értékű különbségre azonban szeretném felhívni a figyelmet.



39. ábra a vizsgálatban lévő összes beteg kardiovaszkuláris rizikója a Framingham Study szerinti elemzéssel, azt mutatja meg, hogy a 10 éven belül bekövetkező kardiovaszkuláris esemény kockázata a negyedekben vizsgáltak százalékában alacsony (kék), közepes (sárga) és magas (piros)

Az összes beteg átlagához képest a „külső” betegek alapvetően jobb prognózisnak örvendenek, de magas a kis rizikójú betegek aránya a Szigony, Kerepesi, Palota és Magdolna negyedben is. A Szigony és a Kerepesi negyedben a nagy rizikójú betegek aránya is kisebb, a Magdolna negyedben csak a kutatásomban vizsgált összes beteg arányát éri el a nagy rizikójúak aránya. Tehát a halálozási tekintetben magas kockázatú negyedekben tendenciájában sem tapasztalható a magas kardiovaszkuláris rizikó.

Érdeemes összevetni azonban ezeket az eredményeket azzal a ténnyel, hogy a „szűrt” betegek átlagéletkora a negyedekben kissé eltérő. Ez látható a 14. táblázatban. A külső, nem kerületi betegek átlag életkora (50 év) félszórásnyival alacsonyabb (8 év). A Magdolna, Kerepesi és Szigony negyedben a vizsgáltak átlagéletkora valamivel magasabb (55 év), a többi negyedben a hatvan éves átlagéletkor körül mozog. Itt fontos megjegyezni azt, hogy az életkor a Framingham study alapján számolt rizikót igen erősen befolyásolja.

Negyed	Átlag életkor	Szórás
Magdolna	54	17
Palota	58	18
Tisztviselő	55	16
Csarnok	55	17
Orczy	58	18
Népszínház	59	16
Józsefváros Központ	55	18
Kerepesi	55	18
Szigony	55	17
Ganz	60	16
Százados	54	17
Külső	50	16

14. Táblázat: *a negyedekben vizsgált betegek átlagéletkora*

Ezek az adatok természetesen a kis esetszám miatt elég óvatosan értékelendők, csupán jelzés értékűek.

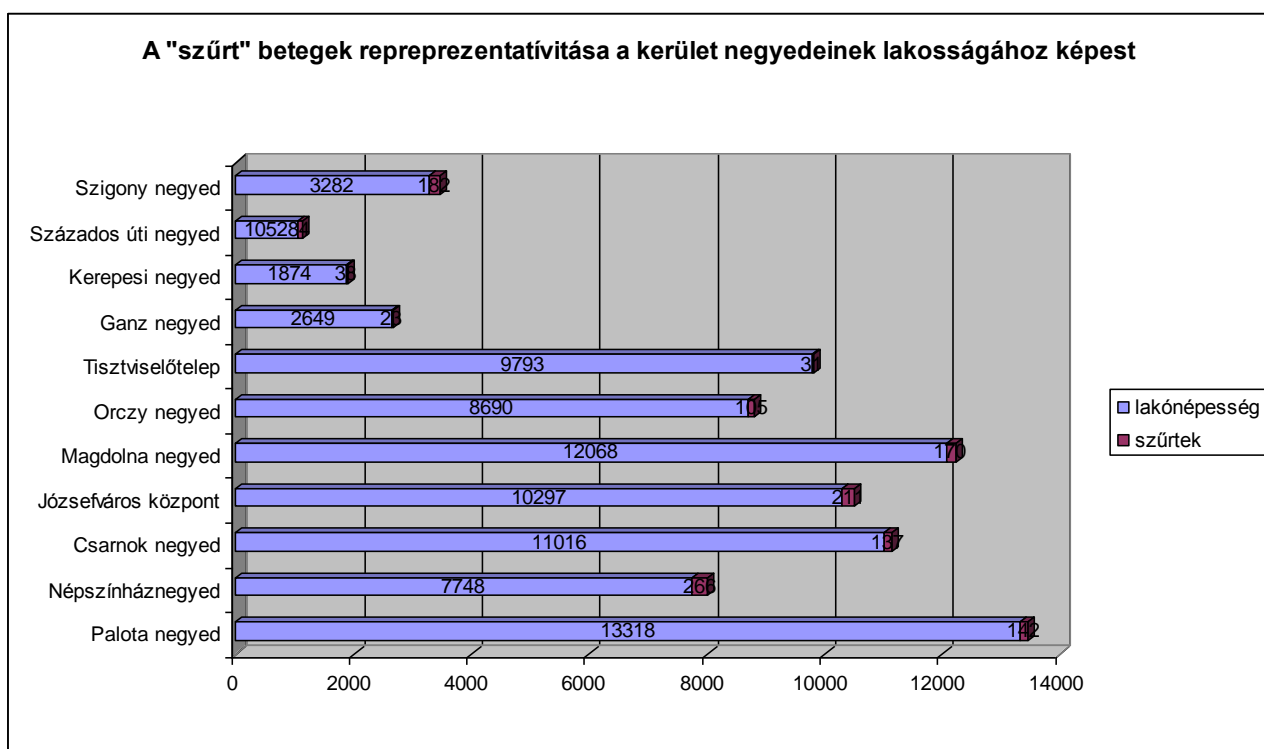
5.9. Értékelés

Vannak arra utalások, hogy a kardiovaszkuláris rizikó és a halálozási adatok nem teljesen egy irányba mutatnak, de figyelembe kell vennünk azt, hogy a mintavétel módszere alapján a mintába csak azok kerülhettek be, akik a háziorvoshoz fordultak az adott időszakban és a háziorvos laborvizsgálatot kért. Ennek oka lehet gondozás, aktuális rutin laborvizsgálat, jogosítvány megújítás, egyéb okból való vizsgálat. Fontos kérdésnek tűnik, hogy legalább szám szerint tarthatjuk-e reprezentatívnak a vizsgált betegeket.

Nem feltételezve azt, hogy a különböző negyedek háziorvosai más-más szűrési és laborvizsgálati szisztémát követnek, a labor kiemelt két hónapos forgalmában

egyformán, lakosságarányosan kell szerepelnie a vizsgáltaknak. A 40. ábrán a labor által vizsgáltak, tehát a mintavétel alapjául szolgáló betegek negyed szerinti megoszlását láthatjuk, a negyed lakosságának tükrében.

A Szigony, Százados és Népszínház negyedek szignifikánsan felül, a Tisztviselő Telep és a Palotanegyed pedig szignifikánsan alulreprezentáltak ($p < 0,05$) a lakosságszámhoz képest. A többi negyed benne marad a várható labormegjelenésben az össz-megjelenést véve alapul. Feltételezve, hogy a laborvizsgálatok kérését nem irányítja semmilyen évszakhoz vagy hónapokhoz kötődő beosztás, azt kell gondolnunk, hogy a Palota és Tisztviselő negyedek szívesebben mellőzik a JESz szolgáltatásait. Összeeseng ez azzal a szakrendelő helyszínét érintő konfliktussal, ami a bevezetésben (26.o.) került említésre.

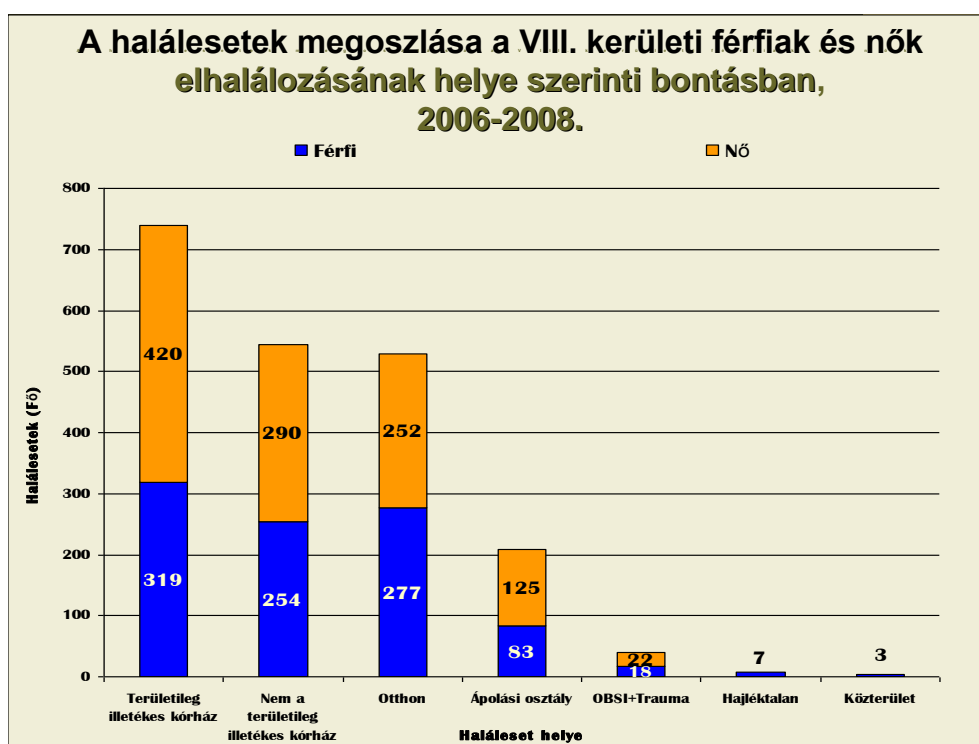


40. ábra a vizsgált betegek lakosság-arányhoz való viszonyítása

Már a halálozási adatok vizsgálatakor feltűnő volt, hogy a legrosszabb negyedekben a háziorvosok gyakrabban nem ismerik az illetékes területükön elhunyt betegek halálokat, sőt a leggyakrabban nem is hallottak a betegről. A rendelkezésre álló dokumentumok

alapján a halálokokat más forrásból nem tudván pontosítani, a halál-megállapítási jegyzőkönyvekből még kiszűrhető információkat megpróbáltam kategorizálni, annak vizsgálatára, hogy vajon a saját döntés alapján választott intézmények tekintetében van-e valamilyen tendencia.

A 41. ábra az elhunytak halálának színhelyét mutatja. A halál megállapításának helyszíneként a következő kategóriákat látszott célszerűnek meghatározni: otthon, területileg illetékes kórházban, nem területileg illetékes kórházban, valamely traumatológiai intézményben, ápolási osztályon. Az otthon elhalálozottak ilyen szempontból nem elemezendők, az illetékes és nem illetékes kórházban elhunytak igen. A traumatológiai intézményben elhunytak a baleset időpontja és helyszíne alapján kerülnek kórházba, kerületre vonatkozó területi bontás nincsen.

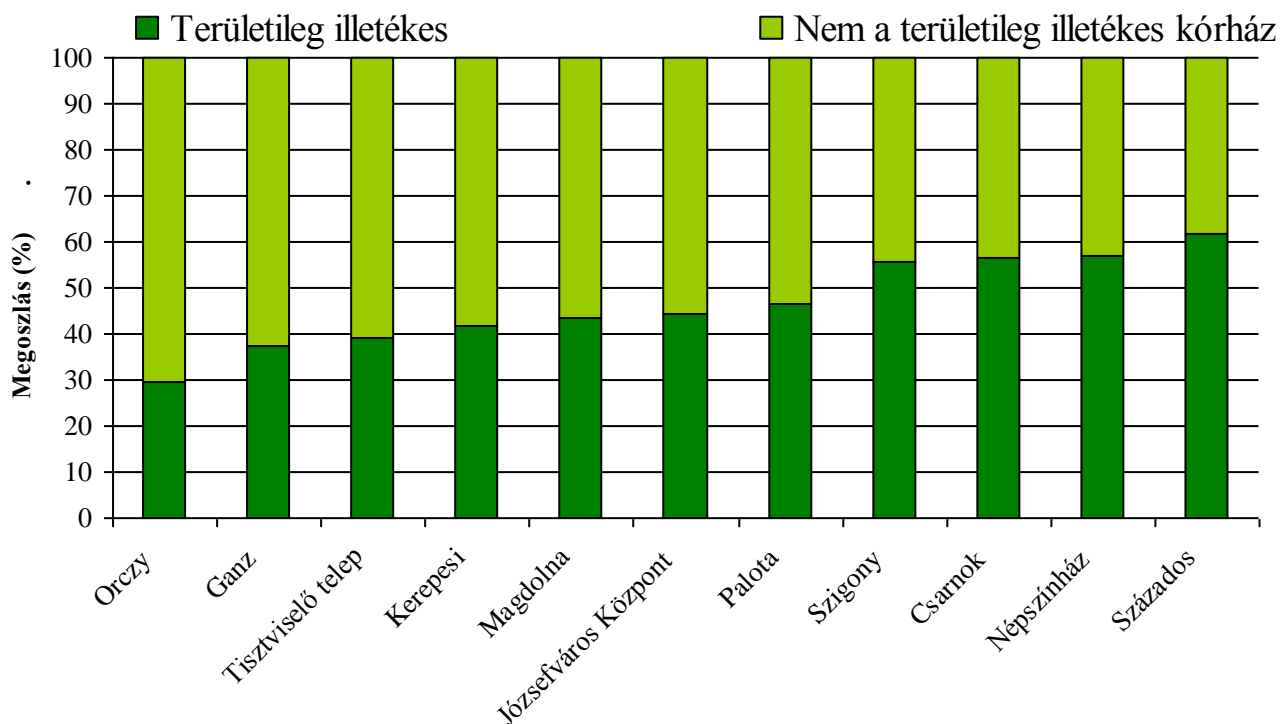


41. ábra az elhunytak elhalálozásának helyszíne

Maradt még a hajléktalan és közterület kategória, amely összesen 10 esetet jelent, és inkább értelmezendő közterületen bekövetkezett halálnak, csak a halált megállapító orvos 7 esetben fontosnak érezte jelölni, hogy hajléktalan volt az elhunyt.

A 42. ábrán annak elemzése látható, hogy van-e különbség a területileg illetékes kórházak igénybevétele szempontjából a negyedek között. Ebben az időben területileg illetékes kórháznak számított a Péterfy Sándor utcai Kórház és a Palota negyed bizonyos részei számára a Rókus kórház. Természetesen más elbírálás alá esik a fentebb említettek miatt a traumatológiai osztályok területi illetékessége, tehát ezek az esetek kikerültek az elemzésből.

A területileg illetékes kórház igénybevétele csak a Szigony, Csarnok, Népszínház és Százados úti negyedekben érte el, vagy haladta meg az 50%-ot, és csak az utóbbiban a 60%-ot, tehát ha a negyedek között szignifikáns különbség nem is látható, tovább erősödik a gyanú, hogy a területileg illetékes kórház igénybevétele valamiért háttérbe szorult.



42. ábra a halálesetek megoszlása a VIII. kerületi negyedekben az elhalálozás helye szerinti bontásban kórház illetékesség szerint 2006-2008.

Az elemzett adataink szerint, tehát a háziorvosi szolgálat igénybevétele a Magdolna negyedben a legrosszabb arányú. A területileg illetékes járóbeteg szakellátás igénybevételét tekintve, a negyedeket egymáshoz viszonyítva azt látjuk, hogy a belvárosi kerületrészt, a Palota negyedet, valamint a kertvárosi Tisztviselő telep lakói kevésbé veszik igénybe ezt a szolgáltatást. Ugyanők, valamint a Józsefváros Központ, a Magdolna, a Kerepesi, a Ganz és a Orczy negyedek a fekvőbeteg ellátásban is legalább 50%-ban nem területileg illetékes fekvőbeteg ellátót választottak.

5.10. Megbeszélés

Józan Péter [39] és Klinger András [2] kistérségek, városok, kerületek halálozási adatait vetették össze, tekintettel arra, hogy a Statisztikai Hivatal adatai ilyen bontásban állnak rendelkezésre. A KSH adatvédelmi szempontok miatt nem is tartja nyilván kerületinél kisebb egységekre lebontott lakcímek szerint a halálozási adatokat. E szerint az adatmerítés szerint, de a 2005-2008 halálozási (saját) adatok alapján is a Józsefvárosban megélhető életévek száma 7,6 évvel alacsonyabb, mint a főváros legjobb kerületében.

Ezért a negyedek halálozásának elemzéséhez a kerület hagyatéki hivatalának anyagát használtam, melyben torzító tényező lehet, hogy nem a halál időpontja, hanem a hagyatéki intézkedés alapján gyűjtötték az iratokat, azonban a halál időpontját rögzítettük, és a feldolgozott anyag 5 év volt, amely az ebből adódó torzító hatást enyhítette.

A negyedek lakosságának korai halálozásában jelentős eltérések vannak, nagyobbak, mint a főváros legjobb és legrosszabb kerületei között. A legrosszabb és a legjobb egészségi állapotú negyed között a férfiak esetében 13, a nők esetében 10 év volt a különbség. A kerület múltja egyáltalán nem homogén, különböző területein élő lakosainak egészségi állapota lényegesen különbözik egymástól [84].

Átfogóan nézve a nyolcadik kerület a legrégebb pesti kerületek közé tartozó városrész, mely éppen ezért a város, sőt az országban zajló történelmi viharok és akár erőszakos átalakítási kísérletek színtere volt. A területet történelmi gyökerekkel rendelkező, különböző eredetű, de alapvetően polgári életmódot folytató emberek lakták egészen a múlt (XX.) század elejéig. Józsefváros a polgárosodás kezdetén az akkori mércével még külvárosnak számított, de a mezőgazdaságban betöltött szerepét később lassan átvette az

ipari létesítésekben betöltött kulcsszerep. Körbe épültek az ipari létesítmények mellé a lakótelepek (Százados, Ganz, Szigony stb. negyedek), az akkoriban korszerű munkáslakótelepek mellett a vezető tisztviselők polgári lakásai is egy szomszédos lakótelepen tömörültek (Tisztviselő telep). A Népszínház negyedben a kiskereskedők, kisiparos szolgáltatók, a Magdolna negyedben, pedig a muzsikus cigányok és velük együtt a hangszerkészítő mesterek éltek és dolgoztak. Természetesen virágoztak a környéken a kis, hangulatos vendéglátó egységek is.

A jelenlegi főváros belső kerületének városképébe nem illenek be a nagyobb ipari létesítmények, a hozzájuk épült munkáslakások is rossz minőségűvé váltak, korszerűtlenek lettek. Azokon a területeken, ahol az épületek elhanyagolódtak, a lakosság lecserélődött. Sok helyen már megindult új épületek létrehozása, de az építkezés ideje alatt a lakatlan épületekben önkényes lakásfoglalók jelennek meg. Sok helyen tanyát tudnak ütni a kábítószer használók is (Orczy, Szigony negyedek, Józsefváros központ) [88,89]. A Magdolna negyedben korábban jómódban élő muzsikus cigányok munkájuk iránti kereslet csökkenésével elszegényedtek, lakóhelyeiket elhagyták, illetve melléjük vidéki, elsősorban mélyszegény cigánycsaládok telepedtek, az épületek karbantartása itt is elmaradt. A lakosság szegény, nem iskolázott, a népsűrűség nagy, a szegregáció hatalmas, a lakosság egészsége nagyon rossz, még a szomszédban lévő egészségügyi ellátóhoz sem mennek el, betegségtudat, bizalmatlanság, szorongás okán.

Józsefváros kezdettől fogva alapvető fontossággal bírt a Főváros megközelítésében a Duna keleti oldala felől. Ám ami korábban a fejlődés elősegítője volt, ma már nem feltétlenül előnyös a lakóterületek szempontjából. A XX. sz. második felében az addig fejlődő iparágak visszaszorultak, a századfordulóra pedig a szocializmust is túlélte kisiparos, kiskereskedő és polgári réteg létének alapjai is megromlottak. A század végére különböző társadalmi hatások befolyása alatt komplettálódott a kerület egyes részeinek gazdasági lemaradása, lakosságának elvándorlása. Ezeknek a kerületrészeknek az építészeti állagmegóvása is hagyott kívánni valót maga után [90].

A korábban a fejlődést, előnyt jelentő jó közlekedési viszonyok erőteljesen az átmenő forgalom irányába vezettek, és abba az irányba, hogy a fővárosba felvándorló, határozatlan elképzelésű, „szerencsét próbáló” tömegek oldaláról a kerület mintegy szűrőként viselkedett. A sok elhanyagolt, de nagy kiterjedésű kihasználatlan területekre

félleg legálisan betelepülő rétegek nem tudatosan alakították ki üzleti és lakóterületeiket. Mind a vállalkozások mind a lakóterületek hasznosítása inkább az ideiglenesség, mint a megtelepedés irányába haladtak. Ez a jelenség az olcsó, jó közlekedésű területeken sok menedéket kereső hajléktalant telepített le, egyes területeken igen alacsony értékűvé vált a bérelhető lakás és üzlethelyiség. Az ingatlanok rossz értékesíthetősége okán a szokásosnál nagyobb számban alakultak ki a hajléktalanokat ellátó intézmények (6. sz. melléklet). A folyamat önmagába visszatérő körré alakult [Ladányi]. A hajléktalan kérdést megoldandó, az Önkormányzat számba veszi azokat a hajléktalan embereket, akik az utolsó évtizedben valamilyen módon rendelkeztek nyolcadik kerületi lakásbejelentéssel. A jelenlévő hajléktalanoknak a töredéke az, aki valóban kötődik a kerülethez, itt vált hajléktalanná és nem akkor vándorolt ide, amikor már hajléktalan volt (6.-7. sz. melléklet). Valószínűleg ugyanez mondható el a túcsere programról, amely a „narkogettó” kifejezést ragasztotta Józsefvárosra [88].

A kerület magas bevándorlási tendenciája összetételében is változik. „Egyre gyakrabban emlegetik a városokat a tudásra alapozott gazdasági megújulás helyszínékként, de éppen a városokban jelentkeznek a legkoncentráltabban a társadalmi és környezeti problémák is.” [91], írja Kőszeghy Lea a városok migrációjának helyzetéről, hozzátéve azt, hogy elsősorban a főváros központi kerületeit, különösen a VIII, és a X. kerületet érinti a külföldiek bevándorlása. Jelenleg már nem a vidékről a fővárosba felletelezők, hanem a külföldről betelepülő dominálnak, itt is a magyar ajkúakkal szemben növekszik a más nyelvű és más kultúrájú országokból jobb megélhetés irányába törekvő, igen sokszor a helyi szokásokat nem elfogadó réteg.

A több ízben, okból betelepülő számának növekedése, a közösségek felbomlása, a szegénység és a népesség koncentrálódása a bűncselekmények mennyiségének növekedéséhez és minőségének változásához vezet. A kisebb lopások és erőszakos cselekmények dominálnak [5,6,74].

A spontán zajló folyamatok hatására a szegényebb rétegek egészség hátránya megnőtt, szinte a város közepén kialakult egy szegregálódott inhomogén közösség, melynek tagjai csak abban hasonlítanak egymáshoz, hogy rendkívül rossz szociális és egészségi állapotban vannak. Az ő számukra az egészségügyi ellátók sem elérhetőek, ezáltal nemcsak az életmódjuk veszélyezteti őket, hanem a kialakult betegségek kezelése sem megoldott számukra [92]. A kerület ettől különböző lakosainak egészségi állapota ettől

függetlenül a negyedik epidemiológiai korszakba érve [93] javul, így a szakadék egyre nő.

A leszakadó területeken lévő magas népsűrűségű, nagy korai halálozási kockázatú népessége mellett a kerület teljes egészére vonatkozó adatok többféle módon is torzulnak. A szegények spontán bevándorlása mellett az őket ellátó intézmények betelepődése is aránytalanul nagy méretet öltött, és úgy nevezett „fiktív” bejelentések révén a hajléktalan populáció magas korai halálozási kockázata torzítja. A „fiktív” bejelentések mögötti emberek, meglehet, sohasem voltak nyolcadik kerületi lakosok, nem itt születtek, lehet, hogy haláluk sem itt következett be, csupán annyi köti őket a kerülethez, hogy itt van az őket ellátó szociális intézmény, amely őket bejelentette. Ez alapvetően a Magdolna negyedre, és a Józsefváros központra jellemző.

A kerület megbélyegzettségének vannak egyéb hatásai is. A szociális ellátók, melyek gyakran alacsony küszöbű felvételi szisztémával (is) dolgoznak, ide vonzzák a társadalmilag marginalizálódott embereket. A hajléktalanok látható jelenléte pedig újabb és újabb leértékelődést hoz a terület megítélésében. A lakások elértéktelenedése a szegényeket tartja meg csupán, akik a környezetükre kevés gondot tudnak fordítani, az épített környezet tovább romlik, a túlszűfoaltság növekszik.

A többi negyedben is történtek változások a polgári családok megélhetési alapját adó kis boltok és kisebb szolgáltatók, melyek családról családra öröklődnek már nem kapnak helyet az új uralkodó kereskedelmi formák között. Ahogyan az országban másutt is [94] az üzletláncok, hipermarketek létesítése miatt az egyszemélyes, családi üzletek és szolgáltatások megszűnnek. A tulajdonos, tős-gyökeres polgári családok és utódjaik már nem kötődnek a területhez, egyre többen adják el a lakásukat, akár áron alul is, és szakadnak el a kerülettől. Addig is, amíg a kerületben maradnak, csak lakóhelyüknek tekintik, nem vállalnak közösséget a leszakadt elszegényedett populációval [95].

Azok a lakások, amelyek igen rossz állapotban vannak, és a rehabilitációs projektben érintettek, akár felújítják, akár szanálják őket, részben kiürültek. Ezek az épületek és üres üzlethelyiségek vonzzák a hajléktalanok, önkéntes lakásfoglalók hadát. A teljesen felszabaduló, még használható épületek sokszor nehezen értékesíthetők lakóterületként. Így az épületek egyik kézenfekvő értékesítési lehetősége valamely szociális intézmény oda telepítése. Ezt a jelenlegi önkormányzat már tudatosan gátolja,

nem kívánván a továbbiakban még nagyobb részt vállalni a hajléktalanok ellátásában az amúgy is aránytalanul nagy rész mellett[96].

Az utóbbi években a kerület önkormányzata időről időre próbál átszervezni ellátókat, de akik már jelen vannak a kerületben, és alku-pozícióban vannak. Az Önkormányzat törekvésének vezérelve, hogy a kerület értékeit megmentve ismét élhető polgárias arculatot kapjon Józsefváros. Ehhez kapcsolódik a Kékpont Alapítvány által működtetett tücsere program [88] áttelepítésének terve a Baross utcából (Józsefváros központ), illetve a Vöröskereszt nappali melegedőjének megszüntetése és áttelepítése a Népszínház negyedbeli Homok utcából a Magdolna negyedbeli Diószegi utcába. Ez azonban egy látszatomegoldás, a kellemetlenségek ledugottabb helyekre való transzponálása.

Alig tapasztalható másutt a fővárosban, hogy az épületek rehabilitációja - mint a Magdolna Projectben - a lakosság megtartásával, tudatos bevonásával történik. Európai Unió pályázatok kapcsán, a bűnmegelőzés jegyében szerveződik mindez, de, mivel pályázatok határidejéhez kötött, szakaszosan és több éven keresztül alakul. Előnye, hogy a lakosság megtartására és nem kitelepítésére törekszik, hátránya, hogy nem képes tartós egységes programokat kialakítani, tekintettel a szakaszos lefolyásra. Jellemző az is, hogy a program alapjainak kialakítása az egészségügy és a népegészségügy szakembereinek mellőzésével történt.

A nem teljesen deklasszációzott területek megbecsülését igyekszik újratemteni, elsősorban nem a lakosság megtartásával, hanem üzletközpontok és új lakások építésével, például a Corvin-Szigony Projectben [97]. Itt jellemző az elszegényedett lakosság kitelepítése, és új, igényes tulajdonosok vásárolnak lakást és létesítenek üzleti vállalkozást, bár legtöbbször nem a letelepedés, hanem a befektetés szándékával.

A vizsgálatok során a korai halálozási kockázatot mint a lakosság egészségi állapotára jellemző paramétert a lakosság által [10] elérhető szocio-ökonómiai paramétereivel vettem össze. Ebben adatvédelmi szempontokra tekintettel a lakosok jövedelmi viszonyaira vonatkozóan indirekt adatokat lehetett csak eredményesen gyűjteni. Konkrét jövedelmi adatok így nem álltak rendelkezésre. Tehát azt az elemzést, amit több szerző is használ [31,48], a jövedelem nagysága szerint felállítható öt kategóriát nem állt módomban használni. Más kutatók által is alkalmazott, egyéb, a jövedelem meglétével indirekt módon összefüggő mutatókat használtam, amely más munkákban is

[67] a szegénység kockázatának indikátoraként szerepelnek. Az indirekt rendelkezésre álló mutatók közül a lakások komfortfokozata és a munka vagy egyéb, korból vagy munkaképtelenségből adódó jövedelem léte vagy nemléte voltak elérhetőek. Szintén rendelkezésre álltak negyedenkénti bontásban a lakosság iskolázottságra vonatkozó adatai.

Összevetve ezt a saját adatgyűjtésből származó, a hagyatéki halálozási adatokat figyelembe vevő korai halálozási kockázattal, a negyedenkénti különbség alapján összefüggést találtam az alacsony iskolázottság és a magas korai halálozási kockázat között. Ez az összefüggés még tömb szinten is követhetőnek látszik.

Az indirekt szocio-ökonómiai helyzetet tükröző adatok közül nem látszott összefüggés a fix jövedelem hiánya és a magas korai halálozási kockázat között. Megítélésem szerint a foglalkoztatottság és a jövedelem származása felőli információk kérdőíves felmérésében pontatlanságot okoz az, hogy nem egyértelműek a kategóriák, valószínűleg a válaszolási készség sem feltétlenül jó.

Csak részben látszott összefüggés a rossz lakásviszonyok és a magas korai halálozási kockázat között. Ebben az eredményben a Szigony negyed sajátossága hozta a kivételt. Ennek indoka a következő lehet: a '70-es évek önkormányzati akarat, miszerint a Szigony körút létrehozása és a Szigony lakótelep kialakítása ezt a területet rehabilitálja létrehozott egy lakótelepet, melyben a zöld felület aránya minimális, a lakások hamar elavultak (panel), és jelenleg igen rossz állagúak, itt a slumosodás folytatódott [98]. A lakások, viszont az önkormányzati nyilvántartás szerint magas komfortfokozatúak, ezért a terület az alkalmazott adatfelvétel szerint jó lakóterületnek tűnik, pedig nem az.

Halálloki elemzést a hagyatéki hivatal adataiból nem lehet végezni, hiszen oda már egészségügyi adatok nem kerülnek. Az egyetlen lehetőség az volt, hogy a házi orvosoktól név szerint megpróbálom azonosítani a beteget és a halálának okát. A halállokok szerinti kutatás nem vezetett sikerre, mert kiderült az, hogy a házi orvosok az illetékes területükhöz kötött halottak halállokat, illetve magát a betegeket is csak igen töredékesen ismerték. Ez a jelenség a legmarkánsabban szintén a Magdolna negyedben mutatkozik akkor, ha a hajléktalan ellátó intézmények kihagyásával tisztítjuk az adatokat. Mindenképpen elgondolkodtató, hogy mi az lehet az ok, amely miatt a nyolcadik kerületi házi orvosok ennyire nem ismerik a kerületi betegek jelentős részét. Sajnálatosan nincsen olyan adata, amely alapján el lehetne dönteni, hogy ez csak a

kerületre vagy más kerületekre is jellemző. A halál helyszíne alapján az is megállapítható volt, hogy a betegek jelentős része nem a területileg illetékes kórházban kapott ellátást halála előtt. Ebben a tekintetben nem volt nagy különbség a negyedek között, valószínűleg a két szélsőséghez tartozó életmódú és gazdasági helyzetű emberek többféle ok miatt választanak ellátóhelyet.

Annak ellenére, hogy több irodalmi utalás is található, hogy a nyolcadik kerület lakosságának becslések szerint 25-40 %-a roma, nem állt rendelkezésre a kutatás során etnikai hovatartozásra vonatkozó elfogadható adatbázis. Úgy vélem azonban, hogy támaszkodhatok azoknak a kutatásoknak az eredményeire, melyek azt mutatták ki, hogy a roma lakosság magas korai halálozási kockázatában alapvetően nem valamilyen biológiai vagy genetikai eltérés, hanem az iskolázatlanságból és a munkához való jutás ellehetetlenüléséből fakadó szegénység a meghatározó tényező [52].

Úgy vélem, hogy a nyolcadik kerületben, és általában a nagyvárosi környezetben, a klasszikus értelemben vett roma közösségek nem olyan erőteljesek. A vidéki, egységes zárt közösségekhez képest sokkal kevésbé számíthatunk a közösség egységes fellépésére valamely vezető megnyerése útján. Nem számíthatunk mindarra az egységes hagyomány rendszerre, amely a vidéken élő, egyes roma közösségeket összefog. A nyolcadik kerület roma lakossága sem származásában, sem egyebekben nem homogén, köztük sok esetben jelentős társadalmi előítélet képez válaszfalat.

Az elemzett kardiovaszkuláris rizikó szűrési adatok melyek a lakosság egészségmagatartásáról lettek volna hivatva információt adni, nem adtak szignifikáns eltérést negyedekre vonatkozóan. Fontos megjegyezni, hogy ez a szűrés nem felel meg mindenben a kerület lakosságára vonatkozó reprezentativitás igényének. A vizsgálat kifejezett hátránya az, hogy a mintavétel csak az adott időszakban (2005. január, február) a laborban megjelent betegekre vonatkozik, tehát reprezentálhatja a kerület orvoshoz járó lakosait. Arra, hogy a legbetegebbek mégis a Magdolna negyedben lehetnek, az utalhat, hogy az ott lakó betegek átlagéletkora valamivel alacsonyabb volt a többi negyedbeli vizsgálatba eső beteg átlagéletkoránál.

A halálozási adatok vizsgálatánál egyértelműen kiderült, hogy a magas korai halálozási kockázatú betegek sorában magas annak az aránya is, hogy a házi orvos nem ismeri a beteget. Ennek oka sokféle lehet. Egy ok a statisztikai szűréssel is kimutatható volt, a hajléktalan intézmények fiktíven bejelentett lakosai. Ezen torzító tényező kiküszöbölése

után a korai halálozási kockázat következetesen magas a Magdolna, Orczy és Szigony negyedekben, pontosan azon a környéken ahol sikertelen vagy félbeszakadt épület rehabilitáció történt csak, és az ott lakók a legrosszabb szocio-ökonómiai helyzetben vannak. A Magdolna negyed rendelkezik még egy sajátossággal, itt volt a legnagyobb azoknak az aránya, akik úgy haltak meg, hogy nem is tudott róluk a házi orvos semmit.

Irodalmi adatok [könyv] szerint egészségi állapotunk meghatározó tényezői között szerepel az egészségügy ellátás hozzáférése mértéke is. Ez szintén függ a társadalmi helyzettől. Talán nincsen olyan modell, ami jobban mutathatná, hogy nem a közlekedéstől, térbeli távolságtól függ csak az ellátó elérhetőségének gátoltsága. A házi orvosi rendelő és a szakrendelő is pontosan a leghátrányosabb területen van. Ezeket az embereket inkább a társadalmi környezet, az iskolázottság, és általa a társadalomban való részvételnek, a szolgáltatások igénybevétele képességének hiánya gátolja meg az ellátás igénybevitelében. Az aluliskolázottság okán, egyszerűen az információhiány és az abból fakadó szorongás által [41]. Hazai kutatások szintén szorosabb összefüggéseket láttak [42,99] az iskolai végzettség és az egészségi állapot között. Nemcsak a korai halálozási kockázatot, hanem a kialakuló pszichés és szomatikus betegség korábbi megjelenését is igazolta cikkében Havasi Éva [44]. Igen nagy különbséget látott fiatal korban a szubjektíve érzett betegség tekintetében, az alacsony és a magasabb iskolai végzettségűek között, de a szomatikus betegségeket is korábban és többen szerzik meg az alacsonyabb társadalmi osztályok tagjai. Tokaji Károlyné [43] kérdőíves felmérései szerint a társadalom alsó, legszegényebb ötödének 13,6% -a, míg a legfelső ötödnek csak 7,4%-a utasítja el az egészségügyi ellátást szándékosan vagy tudatosan, annak költségességét hozva indokul.

Az általam elemzett adatok közül a legkövetkezetesebben az iskolázottság mértéke és a korai halálozás kockázata között volt látható összefüggés. Józsefváros 11 negyede közül három: a Tisztviselő telep, a Palota negyed és a Százados úti negyed a jobb fővárosi kerületekhez hasonlóan kedvező életkilátásokat mutatott. Ugyanitt a fővárosi átlaghoz képest is magas volt a felső oktatási végzettséggel rendelkezők aránya. A Szigony, Orczy és különösen a Magdolna negyedek kifejezetten magas korai halálozási kockázatot mutattak, az ennek megfelelő alacsony iskolázottsági szinttel. Különös lehetőség volt a tömb szerinti korai halálozási kockázat összevetése egy már meglévő háztömb szintű felméréssel. Ezekben a nagyon magas korai halálozási kockázatot

mutató tömbökben igen magas volt a még általános iskolát sem végzett lakosok aránya meghaladva az egész, egyébként a legkedvezőtlenebb helyzetű negyedek hasonló adatait is. A vizsgálatból nem derül ki, de gyanítható, hogy ezek az emberek vidékről, más városrészekből telepedtek ide.

Szintén nem derül ki a vizsgálatból, de aggodalomra ad okot, hogy a budapesti vetületben is átlagosnak mondható negyedek a Népszínház, és a Csarnok negyed szintén folyamatosan átalakul, általában elmondható ezekről a negyedekről, ha nem is a statisztikai adatok, hanem a folyamatos átalakulás és városképromlás, és anómia jelei okán gyors, tudatos beavatkozás nélkül ezek a városrészek is elsüllyedhetnek. Végül, pedig vannak olyan negyedek, mint a Kerepesi és a Ganz negyed, melynek lakossága igen csekély, a róluk származó adatokat igen óvatosan kell kezelnünk.

Gyakorlatilag nem sikerült összefüggést láttatni a negyedek közötti halálozási kockázat és a jövedelemmel kapcsolatos egyéb indirekt tényezők között. Annak ellenére, hogy elismert és közismert tény az, hogy a gazdasági jóllét befolyásolja a minőségben megélhető életéveket [16]. Direkt adat az egyén vagy család jövedelmét illetően nem állt rendelkezésre. A szocio-ökonómiai elemzésben a negyedekre használt, és általam is összevetésre kerülő adatok a foglalkoztatott nélküli háztartások aránya és a rendszeres munkajövedelemmel nem rendelkező aktív korúak aránya volt. Egyik tényezőnél sem találtam összefüggést a korai halálozási kockázattal. Valószínűleg itt is a szocio-ökonómiai adatfelvétel az, ami több, ugyanazzal a fogalommal jellemezhető, de különböző háttérű társadalmi státuszt összemoss. Ugyanabba a csoportba tartozik a munkanélküli, a rokkant nyugdíjas vagy szociális segélyből élő, mint a nem bérből, de akár magas egyéb jövedelemből élő, esetleg még iskolába járó, vagy háztartást vezető eltartott családtag. Tehát sem egyik, sem másik kategória nem tartozik feltétlenül a jövedelemmel együtt mozgó kategóriába.

Három olyan negyed is van a kerületben, ahol a korai halálozási kockázat a fővárosi adatoknál jobb. Ezek a Tisztviselő telep, a Százados úti negyed és a Palota negyed. Más háttérrel, múlttal és szokásokkal rendelkeznek, alig hasonlítanak egymásra. Csupán egy sejtetően közös tulajdonságuk van, lakosságuk túlnyomóan stabil, végleges lakóhelyének tekintheti a jelenlegi lakását. A Palota negyed és a Tisztviselő telep régi polgári eredetű lakossága még őrzi a korábbi értékeket. A legstabilabbnak látszik a Tisztviselőtelep, ahol a szomszédsági viszony szinte változatlan, ennek megfelelően a

legalacsonyabb kockázatú környék a kerületben. A sikeresen véghezvitt város-rehabilitáció és a művész negyed jelenléte a Százados úti negyedben is stabilá tehetta a társadalmi támogatottságot. Ez a negyed mindig kissé elhatárolódva fejlődött a kerület többi részétől, ami azt is jelentette, hogy a kerületet érintő rossz megítélések sem érintették nagyon. Összezseng ez Kopp és Skrabski kimutatásaival, akik a [100,101] szoros összefüggést látnak az egészség és a társas támogatottság között.

Miután a hajléktalanokat és a hajléktalan ellátó intézmények bejelentettjeit kiszűrtük, három szignifikánsan magas korai halálozási kockázatú negyed maradt. Ezekben a negyedekben a legalacsonyabb a főiskolát végzettek aránya és a legmagasabb a legfeljebb általános iskolát végzettek aránya.

Mivel a legrosszabb állapotban lévő Magdolna negyedben egy részletesebb, tömb szerinti iskolai végzettség felmérés is történt, alkalom nyílt az összehasonlítani a magas halálozási kockázatú épülettömbök térképével is. A különböző forrásokból származó adatok összezsengése nem meglepő módon vezet ugyanarra a következtetésre. Bizonyos épülettömbökben, Józsefváros középső részén, elsősorban a Magdolna negyedben olyan iskolázatlan, mélyszegénységben [55,56] élő lakosok élnek, akik számára, valószínűleg egészen más problémák megoldása jelentheti az egészségvédelmet, mint akár az átlag józsefvárosi lakosok számára nyújtott egészségvédelem.

Az a próbálkozás, miszerint behívásos alapon vagy önkéntes jelentkezéssel számot tevő képet lehetne kapni a józsefvárosi negyedek lakosságának egészségi állapotáról lényegében kudarcba fulladt. Az akkori, jogszabály szerinti „szűrendő” 21 éves korosztály [102] személy szerinti megszólításra sem jelent meg. A megjelentek nagy része, többnyire 60 feletti nők, tisztában volt azzal, hogy van valamilyen keringési betegsége. Így, az önkéntesen jelentkezők számára kínált szűrővizsgálat elemzése során nem kaptam értékelhető eredményt, a jelentkezők kis száma és magas életkora és azonos neme miatt.

Azokat az orvosuknál jelentkező betegeket vizsgáltam akiknél, valamilyen okból (rutinszűrés vagy célzott), vércukor és vérzsírok vizsgálatát végezték. Az egyéb a házi orvosoktól szerzett adatokat a laboratóriumi vizsgálat eredményeihez illesztve elemeztem kardiovaszkuláris rizikó szempontjából. Természetesen, ez a kiválasztási módszer önmagában is tartalmaz torzítást, elsősorban a már betegséggel rendelkezők

irányába tolja el a minták előfordulását, mégis elviekben a válogatás egy szélesebb korosztályban az összes negyedből véletlenszerűen történt.

Az összehasonlító vizsgálatok során szignifikáns eltérést nem találtam. Jelzésszerűen látszott, hogy a magas halálozási kockázatú negyedekben (Magdolna) nagyobb arányú a nők elhízása, és valamivel fiatalabb korosztály vette igénybe a szolgáltatást. Szintén jelzésszerűen volt látható, hogy a „külső”, tehát nem a nyolcadik kerületben lakó, de valamiért orvoshoz oda járó emberek össz kockázata kevesebb, az ő korosztályuk is valamivel fiatalabb, és figyelemre méltó, hogy a legmagasabb köztük a dohányzók aránya. Ezek többsége, vélhetően, a kerületben dolgozik és a munkahelyéhez közel választott háziorvost magának, jellemzően nem túl egészségtudatos „hajtós” életet folytatva. Számolnunk kell, egy olyan réteg jelenlétével is, aki bejelentés nélkül, albérletben lakik a kerületben, mert itt a közelben kapott munkát, és egészségtudatossága vagy egészségi állapota miatt a kerületben választ magának háziorvost.

Mivel a teljes nyolcadik kerület járóbeteg ellátására egyetlen szakrendelő intézmény lenne az illetékes, tehát, feltételezhettem, hogy a kerület negyedeinek lakosságával arányos módon találom meg a vizsgált személyek eloszlását. Eredményeim szerint azonban a Szigony és Százados úti negyedek, valamint a Népszínház negyed szignifikánsan felülreprezentáltak, míg a Palota és a Tisztviselő negyedek szignifikánsan alulreprezentáltak a kerület átlag reprezentáltságához képest.

Ennek az állításnak kerület-történeti háttere az, hogy a kerület egészségügyi ellátását a Palota negyedből a Magdolna negyedbe tették át, ami annyit jelent az „elitebb” lakosság számára, hogy más, nem kerületbeli szakrendelőt preferálnak. Ugyanakkor háziorvosaink praxisában és így a szakrendelő ellátásában is jócskán szerepelnek kerületen kívüli betegek, akiknek az ambuláns szakellátása részben a szakrendelőre hárul.

Mindez azt sugallja, hogy a területi egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás még ilyen kicsi területen is lehet egyenlőtlen. A vidéken távolságnak nem számító gyaloglások, vagy az egy-két villamos vagy buszmegálló mégis távolságnak számít a nyolcadik kerületben, illetve az ellátóhoz való földrajzi közelség nem elégséges ahhoz, hogy az alacsonyabb társadalmi helyzetű emberek igénybe tudják venni az egészségügyi szolgáltatót, még az alapellátás szintjén sem. Az egészségügyi ellátó rendszer

elérhetőségét józsefvárosi viszonylatban befolyásolja az is, hogy társadalmi rangja szempontjából odasorolja-e magát az illető, ahova járnia kellene, vagy attól eltérőnek ítéli meg magát. Tekintettel arra, hogy a kerületben és annak környezetében igen sok lehetőség van más szakrendelő vagy szakellátó választására, bizonyos lakóterületeken előszeretettel választanak külső szakellátót is. Egyre gyakrabban válik szükségessé, hogy az adott szakrendelő vizsgálatai igénybevételének feltételeként a háziorvost is elhagyja a beteg. Nagyjából ugyanez az elv érvényesül a fekvőbeteg gyógyintézmény kiválasztásánál is. Talán az ilyenhez hasonló jelenségek lehetnek az okai, hogy, amint Viktor és munkatársai is megállapították, a magyarországi hospitalizáció földrajzi eloszlása nem függ össze szorosan a lakosság egészségi állapotának területi egyenlőtlenségeivel [45].

A bejelentett lakók egy jelentős része is ismeretlen marad a területileg illetékes háziorvos számára. Fiatalok jellemzően csak akkor választanak orvost, amikor szükségük van rá, de gyakran előfordul, hogy akkor sem a területileg illetékes háziorvosra esik a választás. Ráadásul a szükség oka kétféle lehet – vagy gyógyításra vagy valamely egyéb juttatásra (táppénz, szociális juttatásokhoz igazolás) van szükség. Talán a gyermekorvoshoz való bejelentkezés gyakorisága mégis kicsit nagyobb, bár a vándorló családok még ezt sem biztosan teszik meg. Erre az összefüggésre utal Varga Hatos Katalin, amikor elemzése során arra az eredményre jut, hogy az egészségi állapotunkat alapvetően nem az egészségügyi ellátás határozza meg, ugyanakkor az egyéb tényezők, tehát a jövedelem, az iskolázottság erősen befolyásolják az egyén egészségügyi ellátóhoz való fordulási szokásait. Vagyis a szocio-ökonómiai tényezők befolyásolják azt, hogy fordul-e az egyén ellátáshoz [103].

Tehát a lakók jelentős része vagy másik ellátót választ, vagy egyáltalán nem kívánja az egészségének megfigyelését, javítását, gondozását. Ezek az emberek a háziorvos számára nem elérhetőek, nem ismertek. A klasszikus családorvos funkció nem tud érvényesülni. Ezzel szemben van egy olyan réteg, akinek pedig ellátást nyújtanak a józsefvárosi háziorvosok, de nem laknak, vagy nem bejelentve laknak a kerületben. Úgyis megfogalmazható ez a probléma, hogy amennyiben alacsony társadalmi réteghez tartozik a beteg, akkor a betegségtudat hiánya (az orvos-beteg kapcsolat negálása miatt), ha magasabb társadalmi helyzetben van, vagy érzi magát, akkor a „piaci kínálat” határozza meg az ellátó, vagy akár a háziorvos kiválasztását is. Utóbbi esetben az ellátás

megoldódik, viszont bizonyos rétegekben a kapcsolatfelvétel hiánya alapvetően meggátolja az ellátást, szűrést, az időben való kezelés, gondozás megindítását. A szocio-ökonómiai szempontból legrosszabb helyzetben lévő Magdolna negyedben és általában a rosszabb negyedekben jellemzőbb, hogy a házi orvosok nem ismerték azokat a betegeket, akik korán hunytak el, és itt a legnagyobb a korai halálozási kockázat is. A szűrővizsgálat számára elérhetetlenek, hiszen az önkéntes alapú, vagy személyes megszólítás alapján, de önkéntesen működhet. Mivel az egészségügyi szolgáltatásban nem vesznek részt, talán a szociális szférán keresztül felvehető velük a kapcsolat, bár ez sem bizonyos. Pontosan a legveszélyeztetettebb réteg veszik el az egészségügyi ellátás számára. Ezeknek az embereknek az elérése, egészségtudatos viselkedés felé terelése nem a házi orvosi hálózat igénybevételén keresztül lehetséges. Vitrai és munkatársai már több helyen leírták [33], hogy az elkerülhető halálozás kistérségi egyenlőtlensége szoros összefüggést mutat a kistérségek deprivációjával. „A leginkább deprivált kistérségekben a nők elkerülhető halálozása 40%-kal, a férfiak esetében 60%-kal haladta meg a legjobb helyzetű kistérségben élőkét.” Azt a következtetést, melyet Vitrai és munkatársai vontak le, miszerint az egészségügyi ellátás szakorvosi részét igénybevevők köre már jövedelemfüggő, és csak a házi orvosi hálózat hozzáférhető mindenki számára, kiegészíteném a következő megállapítással: A legszegényebb rétegek a házi orvosi szolgálatot sem veszik igénybe.

Ahogy az országban és Budapesten is jellemzőek a nagy területi különbségek, úgy a józsefvárosi halálozási statisztikában a kerület területének töredékét (bár nagy népsűrűségben) lakó rossz szociális körülmények között élő, alacsony iskolázott, alacsony munkaképességű népesség komoly súllyal helyeződik a mérlegre a maga igen rossz halálozási statisztikájával, elnyomva a nagyobb területen lakó átlag polgári életet élők – a fővárosi halálozási adatokhoz hasonló adatait. A Magdolna-, illetve az Orczy-negyedben a férfiak esetében a budapesti szint másfélszerese körüli halálozási többlet láthatunk. A Magdolna negyeden kívül a Józsefváros központban és a Szigony negyed esetében is ugyanez a helyzet. A női lakosság vonatkozásában szinte ugyanezek a negyedek az érintettek, mintegy 30%-os szignifikáns halálozási többlettel.

A „jobb negyedekben” élők egészségi állapotát valószínűleg nem befolyásolja a szokásosnál jobban az egészségügyi ellátásuk, de az ő egészségvizsgálatuk sem feltétlenül a házi orvoson keresztül közelíthető meg, mert a valódi lakosság és a

bejelentett lakosság között is lényeges különbség van, valamint a házi orvoshoz bejelentett lakosság sem azonos az önkormányzathoz bejelentett lakossággal, kb. 2/3 arányban.

A „rosszabb negyedekben” élők magas halálozási kockázatát, valószínűleg részben életmódjuk, de akár jelentős részben az egészségügyi ellátás hiányosságai is okozzák. Ezen hiányosságok pedig valószínűleg a saját választásuk alapján keletkeznek. Más kérdés, hogy nevezhető-e saját választásnak, ha valaki iskolázottság és információ hiányának okán nem választja az ellátást. Az egészségügyi ellátás hiánya tehát elsősorban úgy keletkezik, hogy habár az itt élőket nem választja el lényeges távolság az ellátótól, egyéb okok miatt, pl. bizalmatlanság, szegénység, más fajta szocializálódás, azok nem jutnak hozzá az ellátáshoz, akiknek a legnagyobb szükségük van rá [31,105].

6. Következtetések

Az első hipotézisem a következő volt:

Feltételezésem szerint, ahogyan a kerület építésze, kultúrája sem homogén, úgy a rossz halálozási statisztika mögé is egy korántsem homogén, a fővárosnál nem egészsében rosszabb egészségi állapotban lévő lakosságot kell látnunk. Azt feltételezem, hogy a negyedek lakosságának korai halálozási kockázatában jelentős eltérések vannak és ezek a különbségek kimutathatóan összefüggnek az adott lakosság szociális helyzetével és iskolázottságával. - Ezt igazolva látom.

Lényegesnek tartom ezt a megállapítást, és nemcsak mint a nyolcadik kerületi lakosok „védelmében” a megbélyegzés súlyát enyhítendő tényezőt, hanem sokkal inkább, mint az adequat egészségfejlesztési terv kiindulópontját. A terület egészségfejlesztési programjában fontos lenne figyelembe venni a nagyarányú egyenlőtlenségeket, szegmentálódást. Az a tevékenység, ami az egyik szegmensben eredményez komoly egészséghatást, a másik szegmensben felesleges nyüggé válhat az embereknek és a program végrehajtóinak is [93].

Második hipotézisemet, miszerint:

Lehetnek olyan „gócok”, ahol rendkívül rossz a halálozási statisztika, és ezzel a valósághoz képest sokkal rosszabb halálozási kockázatot mutat az egész kerületről.

Ezt az állítást két értelemben is igazolva látom:

- Egyrészt a kerület nem homogén és a nagy népsűrűségű kisebb terület igen magas korai halálozási kockázatát látjuk az összesítésben, nem az egész kerületre jellemző ez az adat.
- Másrészt a hajléktalanokat ellátó intézmények révén adminisztrációs okokból erre a területre esik olyan bejelentés is, amely bárhol másutt is lokalizálódhatna, itt viszont kumulálódik.

Harmadik hipotézisem:

Feltételezésem szerint a nyolcadik kerület gazdasági, szociális és kriminalisztikai szempontból való negatív megítélése, további negatív hatással van a rosszabb helyzetű területek helyzetére, és hátrányosan érinti még a kedvezőbb helyzetűekben bekövetkezett változásokat is. - Szintén igazoltnak tekintem.

Tekintettel arra, hogy a médiában és a tudományban a kerületet említik az összes dehonesztáló adat a kerületre vonatkozik, differenciálódás nélkül. Az épületek értéküket veszítették, a beruházó kedv csökkent, és a fővárosi szociális intézmények jelentős része ide települt, klientúrájuk látványosan igazolja a kerület rossz hírét.

Negyedik hipotézisem:

Azt feltételezem, hogy a lakosság egészségképének halálokok alapján való elemzése mellett a kerületben végzett önkéntes szűrővizsgálat is negyedenkénti eltérést mutat. – Nem igazolódtott.

A haláloki elemzés a házi orvosok információs hiányosságai miatt értékelhetetlen volt. A lakosság egészségére vonatkozó szűrési kísérletek nem mozdítottak meg megfelelő mennyiségű lakost, még akkor sem, amikor levélben hívtuk őket. A behívottak a szürendő 21 éves korosztály voltak, akik érdektelenség miatt nem jelentek meg.

A laborvizsgálatokon résztvevők mintái alapján végzett szűrés, ha nem is szignifikáns, de jelzett eltérést mutatott.

Eltérés volt azonban az ellátás igénybevételében a negyedek között.

Ehhez a kérdéskörhöz kapcsolódik az ötödik hipotézisem:

Véleményem szerint a nyolcadik kerület lakossága egy részének az egészségügyi ellátások igénybevétele annak ellenére is akadályokba ütközik, hogy hagyományos mértékkel mérve közlekedési akadályok nem merülhetnek fel ezen a területen. Ennek következtében az ellátásban való részvételük nehezen követhető, ezért egészségvédelmi ellátásuk nehezen követhető az egészségügyi ellátó rendszer bármely szintjéhez.

– Úgy vélem, ez a közvetett bizonyítékok alapján igaz.

A munkásnegyedek lezülése mellett a muzsikus cigányok negyedének számítható Magdolna negyed az effajta zenék iránti kereslet megszűnésével rohamosan leromlott, és itt is a vidékről felköltözők laknak többségben. A legtöbb család ideiglenesen költözik be, ha sorsuk jobbra fordul, elköltöznek. Ennek megfelelően a társadalom „slumosodását” és a magas halálozási kockázatot is itt tapasztaljuk a leginkább. Fejes Endre „ezerszer áldott nyolcadik kerület”-e átváltozott Gauder Áron „nyócker”-évé [8].

Az értékét és békéjét megőrző kerületrészek megpróbálnak nem tudomást venni a másik, lezüllött részről, amely, úgy látszik külső segítség nélkül folyamatosan

rosszabbodik. A látványos konfliktus helyzet mögött kimutatható tudásbeli, gazdasági és egészség egyenlőtlenség áll.

Biztosan más egészségfejlesztési terveket kell készíteni a „jó” és „rossz” állapotú negyedek lakói számára. De még ezt is megelőző feladat annak eldöntése, hogy a meglévő lakosság (akármelyik területen) megtartásával szeretnénk fejlődést látni, vagy csak egyszerűen a statisztikai mutatók fejlődését akarjuk. A kerület vezetésének nevesített célja az, hogy a lakók megtartására töreksszenek, de sajnos az egy-egy kisebb sikeres beavatkozás mögött nincsen egységes koncepció és nincsen meg a folyamatosság.

A Magdolna negyedbeli átalakítás mellett a Corvin Szigony Project szomszédságában a Baross utca mentén lévő Józsefváros Központ területén szintén tervezetten zajlik a város átalakítása. A Színház felújítása mellett az odatelepedett hajléktalan ellátó és ártalomcsökkentő tücsere program kiszorításával (új helyszín biztosításával) teszik lehetővé a polgári lakosság számára a környezetet.

A hajléktalanok elhelyezésének kerületen kívüli szorgalmazása jó ötlet volt, de megvalósítása nem egyszerű. Erre a kerületre ez az ellátás aránytalanul nagyobb terhet jelent a fővároson belül.

A muzsikus cigányok értékeinek felélesztésével is foglalkozik a kerület, keresletet próbál teremteni az igényes cigányzene számára.

A tervezett átalakítások azokat az értékeket próbálják megőrizni, amik még megmaradtak. Nem szabad elfelejtenünk azonban, hogy az irányító tényező a gazdasági helyzet marad, azzal szemben haladva igen nehéz tartósan a lakosság megőrzésével és az egészségi állapottal kapcsolatosan pozitív eredményt elérni. Ugyanakkor csupán egy nagyobb léptékű gazdasági, politikai, egészségpolitikai döntéssel, pl. az egészségügyi szolgáltatás átalakításával, ha a spontán alakuló társadalmi folyamatokat nem vesszük figyelembe, egészségi állapot rosszabbodást hozhatunk létre, melyet több tíz év alatt sem tudunk kijavítani.

Véleményem szerint ennek az egészségfejlesztési stratégiának mindenképpen az kell, legyen a célja, hogy az egyén és a közösség, a környezet viszonya fejlődjön, létrejőjjön egy támogató közösség, melyben az egyén helyesen ítéli meg önmagát és a környezetét. Ezen az alapon már át lehetne adni azt a lexikális tudásanyagot is, mely megfelelő

kompetenciákhoz juttathatja az egyéneket és bizonyos magatartás és életmódbeli választások előtérbe kerülhetnek (asszertív magatartás, egészségügyi és szociális szolgáltatások megfelelő elfogadása), bizonyosak pedig háttérbe kerülnének (agresszió, suicidium, elutasítás, szorongás) [50]. Mivel a különböző negyedek lakossága más és más problémákkal más szociális és szociológiai háttérrel rendelkezik, megítélésem szerint ez nem valósítható meg másként, csak kisebb területre (legalább negyedszintre) alkalmazott, a helyi lehetőségeket és szükségleteket figyelembe vevő tudatos egészségfejlesztési programmal. Az egészségmegőrzés komplex társadalmi feladat. Ennek értelmezéseként a helyes táplálkozás, a káros szenvedélyekhez való helyes hozzáállás és a testmozgás beépítése a mindennapi élet kultúrájába aktív cselekvéssel mozdíthatók elő. Ahhoz hogy ez a folyamat eredményes legyen, folyamatos ráhatás szükséges. „Az egészségmegőrzésben nagy szerepet játszhatnak az egyedi programok is, különösen, ha önkéntesen és személyes élményt nyújtva sikerül változatos korosztályokat megnyerni az egészséges életvitel híveinek.” írja Schmidt Péter [107]. Ahhoz azonban, hogy bizonyos korosztályokat, hitelesen megközelítsünk, hitelesnek kell lennünk. Ha a célcsoport nem alkot közösséget, nem találunk egy olyan felületet, amelyen kommunikálhatunk velük, és ahol lehetőségük van a kapott tudást egymással, mint hasonló sorsú emberrel megbeszélni, miért is várnánk, hogy nagyobb hatással leszünk rájuk, mint a média.

A háziorvostól, és egyáltalán az egészségügyi ellátástól csak azt várhatjuk, hogy elvégzi a szükséges vizsgálatot, egy adott problémára keres megoldást, választ. Azt semmiképpen nem várhatjuk el, hogy azoknak az embereknek is nyújtson ellátást, akik nem keresik meg. Megítéléseim szerint bizonyítható, hogy éppen a legveszélyeztetettebb, legmagasabb korai halálozású kockázatos lakosság réteg mindenféle egészségügyi ellátó számára mindaddig láthatatlan, amíg valamilyen maradandó vagy akár halált okozó betegség miatt nem kerül be valamelyik ellátóhoz. Ebben a stádiumban már, sajnos, nemhogy egészségfejlesztésre, de az elindult folyamat megállítására sincsen sok esély.

Nem szabad azt sem elfelednünk, hogy a megszokott egészségfejlesztési módszerek egészséghatása lényegesen nagyobb lesz a szocio-ökonómiai fejlettség alacsonyabb fokán, ugyanakkor a közép és a magasabb fokozaton álló emberekre való hatása nem lesz olyan kifejezett [47]. Létezik azonban az a réteg, amelyre azért nem lesz hatása,

mert nem ér el hozzájuk az információ, de még inkább azok a faktorok, amit az átlag programokban felhasználnak, nem jelent számukra vonzóerőt [101]. Ilyen kezdeményezésekre is szépen láthatunk példát a Józsefvárosban: A Solymosi és munkatársai által bevezetett Deszegregációs egészségfejlesztési modellprogram [108] konkrét lehetőség a felzárkóztatásra, a tanulási nehézségek megelőzésére, a lemaradás csökkentésére. Hiszen, ha egy kevésbé ügyes gyerek jó helyre születik, akkor a család automatikusan talál egy jó megoldást. Ám közösségekben azok a gyerekek, aki jelentősebben elmaradtak, nem biztosan fognak úgy fejlődni, hogy behozzák a hátrányukat. Minden esetben a kerületi óvodapedagógusok élen járnak abban, hogy a tudásanyagot egészségfejlesztési játékokkal egészítik ki, és azok módszertanát magas szinten terjesztik is [109].

Szintén értékes kezdeményezés az olyan programok bevezetése, amely a mentális egészséggel foglalkozik [110], illetve a lakosság és a házi orvosok számára közösségi pszichiátria nyújtása [111].

Megítélésem szerint Józsefváros hírhedten rossz halálozási kockázatát egy közép- és hosszú távú stratégia részeként a következő szempontok mentén lehetne javítani. A középtávon kivitelezhető egészségfejlesztés legfontosabb pillére azoknak az embereknek az időben történő bevonása az egészségügyi ellátásba, akik eddig motiváltság, megfelelő tudás hiányában szorongások miatt kerülték az ellátóhoz való fordulást. Ennek eredményeként az elkerülhető halálozás [112] visszaszoríthatóvá válna.

Hosszú távon, azonban a meglévő szociológiai eredmények alapján negyedenként különböző módon törekedni kellene olyan lakosság letelepedésére, amely lakosság sajátjának tekinti a lakóhelyét, tartósan szeretne ott élni. Ahogyan a Tisztviselő telep példája is mutatja, a stabil közösség, a kiszámítható életpálya, a bizonytalansági faktorok közösségen kívül tartása rendkívül nagy támaszték az egyén számára, többek között az egészségvédelem szempontjából is [113]. Nyilvánvaló azonban, hogy a jelenlegi nagyon rossz szociális helyzetben lévők helyzetének javítása és a további bevándorlások csökkenése is fontos feladat a kerületi szociálpolitikában és egészségfejlesztésben [55,91]. Ez utóbbi két szempont szintén negyedenként más-más súllyal és sajátossággal érvényesül, és kezelésük is más módszereket igényelhet. A

kerületben tapasztalt problémák és azok megoldási módszerei, vagy éppen azok hiányosságai alkalmasak lehetnek az egész országban tapasztalt, elsősorban a társadalmi egyenlőtlenségeken alapuló egészség-egyenlőtlenségek modellezésére is.

„A svéd népegészségügyi program első pontja a társadalmi tőke, a társadalmi kohézió erősítése és a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentése. Számos kitűnő nemzetközi példa mutatja, hogy a krónikus stressz, például a munkahelyi stressz megelőzésével jelentősen javíthatóak a középkorú népesség életkilátásai. Magyarországon is újfajta szemléletre van szükség ahhoz, hogy az idő előtti egészségromlás és halálozás krízisét leküzdjük.” írja Kopp Mária [101], és talán állíthatjuk, hogy a nyolcadik kerület számára ez még speciálisabb és még fontosabb szükséglet.

7. Összefoglalás

Józsefváros, azaz Budapest VIII. kerülete a fővároson belül kitűnik azzal, hogy itt a legkedvezőtlenebb a lakosság halandósági hányadosa, amely a budapesti átlagot 25 %-al haladja meg. Annak ellenére, hogy ebben a nagy történelmi múltú kerületben van a főváros legtöbb egészségügyi intézménye, számos oktatási intézet és egyéb kulturális értéket képviselő intézmény mellett, az itt élő lakosok korai halálzásának esélye sokkal magasabb, mint más kerület lakosaié, különösen a férfiaké. Emellett a kerületben a legalacsonyabb az adózott jövedelem, feltűnően alacsony az iskolázottság és magas a munkanélküliek aránya a főváros többi kerületeihez képest.

A kerület város-rehabilitációs programja 11 történelmileg, építészeti és szociológiailag elkülöníthető részre, úgy nevezett negyedekre osztja fel a kerületet. Ez adott alapot a kerület halandóságának részletes vizsgálatára. A korai halálzás összevetése a város-rehabilitációs program során feltárt szocio-ökonómiai eltérésekkel igazolja azt a feltevést, hogy a negyedek között igen nagy társadalmi és ebből következően hatalmas egészség egyenlőtlenség van. A Magdolna negyed lakói sokkal rosszabb életkilátással és szocio-ökonómiai háttérrel élnek, mint a kerület bármely része, míg a Tisztviselő negyed vagy a belvárosi Palota negyed vagy a viszonylag fiatal Százados úti negyed a budapesti átlagot meghaladó életkilátásoknak örvend.

A negyedekre jellemző építészeti sajátosságok azt is jelentik, hogy azokat hasonló sorsú, foglalkozású, társadalmi helyzetű emberek lakták, lakóközösségeket kialakítva. Azok a negyedek, amelyek képesek voltak megőrizni a stabil közösségüket, vagy újratehermenteni azt, sokkal jobb szocio-ökonómiai és egészségi állapotbeli státuszban vannak, mint a fővárosi átlag. Azokban a nagy múltú részekben, amelyekben a lakosság elvesztette a korábbi megélhetési formáját, az épületek állaga leromlott, az eredeti lakók helyett egyre több betelepülő él, ideiglenesnek tekintve jelenlegi otthonát, és így a közösségteremtő szándék is gyakran hiányzik. Ezek a negyedek vannak rosszabb státuszban, ezek közül is a Magdolna negyed emelhető ki, ahol a jómódú muzsikusság cigányok megfelelő munka híján elszegényedtek, és mélyszegénységben élnek együtt a területre vidékről feláramló elszegényedett rétegekkel. A korábbi, közlekedési

szempontból központi jelentőséget kapott kerületnek ez a központi elhelyezkedés jelenleg inkább hátrányára vált.

A leromlott, alacsony komfortfokozatú épületek hasznosítása lakóházként nehézkes volt, gyakran váltak ellátó szociális intézményekké. Részvételük a kerület életében újabb deklasszációhoz, és a lakóépületek elértéktelenedését hozta magával bizonyos negyedekben. A hajléktalanokkal foglalkozó szociális intézmények némelyike olyan mennyiségű fiktív lakót jelentett be a saját címére józsefvárosi lakosként, hogy ezek a köztudottan magas halálozási kockázattal rendelkező emberek korai halálozása a teljes kerület halálozási kockázatát is megemelik.

Annak ellenére, hogy a kerület egészségügyi ellátottsága, ha az intézmények számát tekintjük, a legjobb, alig néhány intézmény fogadja ténylegesen a nyolcadik kerületi betegeket. A korábbi, kifejezetten a nyolcadik kerületi lakókat ellátó fekvőbeteg intézmények megszűntek, vagy olyan profilátalakuláson estek át, hogy már nem tudják vállalni ezt a feladatot. Az önkormányzat tulajdonában lévő szakrendelő intézet is egy rosszabb hírű részre került, ezáltal a lakosság egy része nem veszi azt igénybe. Az egészségügyi ellátás alapellátási szinten sem fedi le teljesen a lakosságot, hiszen vizsgálataim szerint, a korán meghaltak között meglepően magas azoknak az aránya, akiket nem ismert a háziorvosuk. Ez a jelenség a fiktív bejelentések mellett arra hívja fel a figyelmet, hogy létezik egy réteg, amely rossz egészségi állapota ellenére sem vesz igénybe egészségügyi ellátást.

Mindebből következik, hogy a kerület egészségfejlesztési tervét nem egy egységes területre, hanem legalább negyedenként kellene meghatározni. A preventív tervek csak a meglévő egészségügyi ellátás rendszerére alapozni viszont azért nem szerencsés, mert még a háziorvosi hálózat sem tudja megtalálni azokat az embereket, akik a leginkább veszélyeztetettek.

8. Irodalomjegyzék

1. Csire A., Németh N.: A születéskor várható élettartam kistérségi egyenlőtlenségei az ezredforduló Magyarországon. Kormányzás, Közpénzügyek, Szabályozás. 2007; 2: 257–289.
2. Klinger A.: Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről (II). Demográfia, 2006. 49. 4: 342-365.
3. Józán P.: A halandóság alapirányzata a 20. században és az ezredforduló halálozási viszonyai. Magyar Tudomány 2002; 4: 419 -440.
4. Józán P.: Közép-Magyarország Régió demográfiai atlasza – Népeség és népesedés az ezredforduló és a 21. század első éveiben KSH-MTA, Budapest, 2007.
5. Uzzoli Annamária: A budapesti 14-19 év közötti korosztály életkörülményeinek vizsgálata esettanulmányok alapján Tér és társadalom 2000; 14: 2-3: 229-237.
6. Joó I. A Józsefváros mélyén - Drogüzérek, prostituáltak, szabolcsi keményfiúk kőhajításnyira a centrumtól, 2008; április 29 <http://barikad.hu/node/13693>.
7. Uzzoli Annamária (2001): A társadalmi konfliktusok bizonyítása az egészségföldrajz eredményeinek alkalmazásával. In: „A Magyar Földrajzi Konferencia tudományos közleményei” c. konferencia kiadvány, CD-ROM. Szeged 2001.
8. Nyócker Honlap <http://www.nyocker.hu/index.php>.
9. Páldy Anna, Bobvos J.: A 2007.évi magyarországi hőhullámok egészségi hatásainak elemzése - előzmények és tapasztalatok. Klíma 2008; 21(52):3-15.
10. Budapest, 1999. Budapest – Józsefváros Integrált Városfejlesztési Stratégia 2008. 04. 09. Rév8 Józsefvárosi Rehabilitációs és Városfejlesztési Zrt. Urbanrenewal & Development of Józsefváros Plc. http://www.jozsefvaros.hu/dokumentumok/ivs/jozsefvaros_ivs_1-4_kotet.pdf.

11. What we've achieved together : report of the Regional Director on the work of WHO in the European Region in 2010–2011. <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/what-weve-achieved-together-report-of-the-regional-director-on-the-work-of-who-in-the-european-region-in-2010-2011>.
12. WHO Healthy Cities in Europe: a compilation of papers on progress and achievements A working document for the 2003 International Healthy Cities Conference, Belfast 19-22 October (Eds. Agis D. Tsouros and Jill L. Farrington)WHO World Health Organization, Europe, 2003.
13. Investment for health: A discussion of the role of economic and social determinants Studies on social and economic determinants of population health, No. 1 WHO World Health Organization, Europe, 2002.
14. European Health for all database WHO Regional Office for Europe <http://data.euro.who.int/hfad/>.
15. Marmot M.: Social determinants of health inequalities Lancet 2005; 365: 1099–104.
16. Preston S. : "The changing relation between mortality and level of economic development". International Journal of Epidemiology 2007;36, 3: 502-503.
17. Davidson R. Gwatkin: Reducing health inequalities in developing countries 12.4, In Detels, Roger; Beaglehole, Robert; Lansang, Mary Ann; Gulliford, Martin: Oxford Textbook of Public Health 2009, Oxford University Press New Yorkhttp://ovidsp.tx.ovid.com/sp-.7.1b/ovidweb.cgi?&S=akonfpecjbddpfnencpkibmchcblaa00&Link+Set=S.sh.27%7c3%7csl_10.
18. Ádány Róza: A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón, Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2003.
19. Portz, K, Newell, R.Archibong U.:Rising Ambulance Life-Threatening Call Demand in High and Low Socioeconomic Areas, Journal Of Psychological Issues In Organizational Culture. 2012; 3(3):5-19.
20. Giulia Cesaroni, Nera Agabiti, F. Forastiere, Carla Ancona, C. A. Perucci: Socioeconomic differentials in premature mortality in Rome: changes from 1990 to 2001BMC Public Health. 2006; 6: 270.

21. Rosvall M, Chaix B, Lynch J, Lindström M, Merlo J.: Contribution of main causes of death to social inequalities in mortality in the whole population of Scania, Sweden. *BMC Public Health*. 2006; 28(3): 6-79.
22. Lehmann P, Mamboury C, Minder CE.: Health and social inequities in Switzerland. *Soc Sci Med*. 1990;31(3):369-86.
23. Smith GD, Bartley M, Blane D.: The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *BMJ*. 1990; 301:373-7.
24. Diderichsen F.: Health and social inequities in Sweden. *Soc Sci Med*. 1990;31(3):359-67.
25. Fukuda Y.: Cause-specific mortality differences across socioeconomic position of municipalities in Japan, 1973-1977 and 1993-1998: increased importance of injury and suicide in inequality for ages under 75, *International Journal of Epidemiology*. 2005;34(1): 100-109.
26. Klinger A.: A halandóság társadalmi különbségei Magyarországon a XXI. sz. elején *Demográfia*, 2007; 2-3: 252-281.
27. Martinson Melissa: Income Inequality in Health at All Ages: A Comparison of the United States and England, *American Journal of Public Health*. 2012;102(11):2049-2056.
28. Riva, Mylene Curtis, Sarah: Long-term local area employment rates as predictors of individual mortality and morbidity: a prospective study in England, spanning more than two decades., *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2012;66(10):919-926.
29. Asada Y.: A framework for measuring health inequity *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2005; 59(8): 700-705.
30. Merlo J.: A brief conceptual tutorial on multilevel analysis in social epidemiology: investigating contextual phenomena in different groups of people, *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2005;59(9). 729-736.
31. Vitrai J. Hermann D., Kabos S., Kaposvári Csilla, Lőw a. Páthy Á., Várhalmi Z.: Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon *Egészségmonitor KFT*, 2008 november <http://www.egeszsegmonitor.hu/publikaciok.php>.

32. Diez-Roux Ana V.: Ecologic Variables, Ecologic Studies, and Multilevel Studies in Public Health Research 6.2, In Detels, Roger; Beaglehole, Robert; Lansang, Mary Ann; Gulliford, Martin: Oxford Textbook of Public Health 2009, Oxford University Press New York http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.7.1b/ovidweb.cgi?&S=AKONFPECJBDDPFNENCPKIBMCHCBLAA00&Link+Set=S.sh.27%7c3%7csl_10.
33. Vitrai J., Bakacs Márta, Juhász A., Kaposvári Csilla, Nagy Csilla: Jelentés egy egészségben elmaradott országból... Egészségjelentés – 2010 – összefoglaló LAM 2010; 20(3–4):217–221.
34. Uzzoli Annamária: A magyar népesség egészségi állapota az európai országok körében – Földrajzi Közlemények, 2003;1-4: 131-156.
35. Józán P.: A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata 1980-1983. Demográfia 1986; 29:193-240.
36. Nagy Csilla, Juhász A., Páldy Anna, Bakacs Márta: A rosszindulatú daganatok miatti halandóság területi egyenlőtlenségei a budapesti nők körében, 1994-2003. Egészségtudomány, 2005;3:178-190.
37. Juhász A. Nagy Csilla, Páldy Anna: Dohányzással összefüggésbe hozható halálozás halmozódása és ennek szocioökonómiai kapcsolatai Budapesten, 1994-2004. Budapesti Népegészségügy, 2006;2:106-112.
38. Nagy Csilla, Juhász A., Páldy Anna: Néhány gazdasági-társadalmi tényező befolyása a túlzott alkoholfogyasztásra visszavezethető korai halálozás halmozódására Budapesten, 1994-2004. Budapesti Népegészségügy, 2006;2:113-119.
39. Józán P.: A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata 1980-1983. Demográfia 1986; 29:193-240.
40. Uzzoli Annamária at al.: Az egészségügyi ellátás területi egyenlőtlenségei Magyarországon – Comitatus, 2010; 10:27-35.
41. Kincses Gy., Borbás Ilona: Az egészséghatás értékelés szerepe az egészségügyben IME, 2009; 5:39-44.

42. Tóth Ildikó: Az egészségi állapot társadalmi meghatározottsága, in Népegészségtan, szerk.: Forgács I. Budapest, Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem, 1995.
43. Tokaji Károlyné: Az egészségügyi ellátáshoz való hozzájárulás társadalmi egyenlőtlenségei, Népegészségügy, 2011; 2:114-125.
44. Havasi Éva: A megtört egészség – a hazai lakosság egészségi állapotának egyenlőtlenségei, különös tekintettel a szegényekre, Népegészségügy, 2011; 2: 80-92.
45. Viktor P. Kiss J.P. Tipei A.: A survey of regional differences in health conditions of hungarian patients on the basis of hospital admissions, Magyar epidemiológia, 2006; 3:83-96.
46. Rose G.: Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol 1985;14:32–8 [Reprinted in Int J Epidemiol 2001;30:427–32].
47. Petticrew M., Tugwell P., Kristjansson Elizabeth , Oliver Sandy, Ueffing Erin, Welch Vivian : Damned if you do, damned if you don't: subgroup analysis and equity J Epidemiol Community Health 2012;66: 95-98
48. Kollányi Zsófia: A gazdasági fejlődés és az egészségi állapot elméleti összefüggései, Népegészségügy 2011; 2: 93-101.
49. Kósa Karolina, Molnár Ágnes, McKee M., Ádány Róza: Rapid health impact appraisal of eviction versus a housing project in a colony-dwelling Roma community, J. Epidemiol Community Health, 2007;61(11):960-965.
50. Kovács A, Csépanyi G, Kurucz S. Comparing health conditions of homeless clients in Budapest day-care centres, NEW MEDICINE, 2011; 14:(3):103-106.
51. Gyukits Gy, Csoboth Cs., Purebl Gy. Ürmös A., A fiatal roma nők szűrővizsgálatokon való megjelenése, Orvosi Hetilap, 2002;2077-2079.
52. Kósa Karolina Lénárt B. Ádány Róza.: Magyarországi cigány lakosság egészségi állapota, Orvosi Hetilap, 2002;43:2419-2426.
53. Aracsi L.: A halmozottan hátrányos társadalmi helyzet egészségkárosító hatásai, Magyar Epidemiológia, 2006; 3:107-121.

54. Balázs P. Foley Christie. Greczer Andrea, Rákóczi Ilona.: Roma és nem-roma népesség egyes demográfiai és szocio-ökonómiai jellemzői a 2009. éve születési adatok alapján, Magyar Epidemiológia, 2011; 8, 67-75.
55. Ferge Zsuzsa Elszabadult egyenlőtlenségek Esély 2002; 2107-117. Hilscher Rezső Alapítvány Budapest,
56. Lugosi Gy.: A (cigány) mélyszegénység szociológiája a kelet-európai újkapitalizmusban, Eszmelet folyóirat, Budapest, 2004;63: <http://www.freeweb.hu/eszmelet/63/lugosi63.html>.
57. Központi Statisztikai Hivatal honlapja: www.ksh.hu.
58. Országos Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer honlapja: <https://teir.vati.hu/>.
59. Kőszeghy Lea: Külföldiek magyarországi városokban, http://www.mtaki.hu/uj_intezeti_kiadvanyok/uj_intezeti_kiadvanyok_20100924_003318.html.
60. Pilinyi P.: Józsefváros története I-II., 1718-1948, 1849-1896 Főváros Józsefvárosi Önkormányzata, Budapest, 1999.
61. Turányi K.: A Józsefváros kialakulása in Tanulmányok Budapest múltjából, 1963. 15.sz.329-362., [epa.oszk.hu/02100/02120/00015/... /ORSZ_BPTM_TBM_15_329.pdf](http://epa.oszk.hu/02100/02120/00015/.../ORSZ_BPTM_TBM_15_329.pdf).
62. Békési Ágnes: Szocializációs minták átörökítése cigányzenész családokban, Educatio, Budapest, 2002:3.
63. Békési Ágnes.: A magyarországi muzsikus cigánycsaládok szocializációs stratégiái és kapcsolati hálózata, Kisebbségkutatás , 2002; 11.(1):26-52.
64. Klenner Z. Interjú Scheer Ferencnével, a Józsefvárosi Egyesített Bölcsődék vezetőjével <http://migransintegracio.hu/news/show/interju-scheer-ferencnevel>.
65. Uzzoli Annamária: A magyar egészségügyi ellátórendszer strukturális átalakításának területei vonatkozásai, Tér és Társadalom 2007;3:103-105 p.
66. Stefka I. Leépítik az 1956-os forradalom kórházát? Magyar Nemzet Online 2002.12.28 <http://www.magyar nemzet.hu/portal/120877?searchtext=péterfy>.

67. Bognár I., Csorbainé Weigert T., Divinyi P., Gluscevic L., Kotroczó Zs., Kovács J., Somhegyi A., Szarvas T.: Budapesti agglomeráció egészségfejlesztési kiemelt programja, végső eredmény dokumentáció, Vitaanyag, Budapesti Agglomerációs Fejlesztési Tanács egészségfejlesztési ad hoc szakmai bizottsága, 2006; www.terport.hu/webfm_send/119.
68. Ladányi J.: Gondolatok a Középső-Józsefváros rehabilitációjának társadalmi összefüggéseiről Tér és Társadalom 1992; 6:3-4,75-88.
69. Juhász Judit, Csíkvári Judit: Középpontban a prostituáltak alapvető jogai háttérkutatás az oktatási program és jogsegélyszolgálat előkészítéséhez Panta Rhei Társadalomkutató Bt. www.pantarhei.org.hu/res/Jelentes05-26.pdf.
70. Berényi B. Eszter: Történelmi városrészek átalakulásának társadalomföldrajzi vizsgálata Budapest belvárosában Doktori értekezés Budapest, 2010
71. Perczel Anna: a Közép-Józsefváros északi területére készülő Részletes Rendezési terv programja in tér és társadalom, 1992;6:3-4.89-162.
72. Alföldi Gy., 2008: Szociális rehabilitáció a Józsefvárosban, Falu Város Régió, 2008;2.
73. Tábori Z.: Magdolna negyed Osiris, Budapest, 2009.
74. ifj. Erdősy S.: Közbiztonság és városrehabilitáció a Magdolna-negyedben in Falu város régió 2009;2:54-63.
75. Parsons C. Shuyler D.: From Garden city to green city 2002. Baltimore Maryland, Johns Hopkins University Press epa.oszk.hu/02100/02120/00015/.../ORSZ_BPTM_TBM_15_329.pdf.
76. Ganz Mávag Mozdony- Vagon- és Gépgyár kiadó: Ganz Mávag Mozdony- Vagon- és Gépgyár, Budapest, 1969.
77. A fiumei sírkert története, <http://www.btirt.hu/temetok/fiumei.html#tortenet>
78. Szabó G.: A Művésztelep története, <http://www.artcolony.hu/html/hu/index.html>
79. Ádány Róza: A prevenció helyzete Magyarországon és viszonya a lakosság egészségi állapotából eredő prioritásokhoz, www.nefmi.gov.hu.letolt/kutat/tep/elet/adany.pdf.

80. A Framingham study honlapja <http://www.framinghamheartstudy.org/>.
81. Besag J, York J, Mollie A: Bayesian image restoration with two applications in spatial statisitics. *Ann Inst Statist Math*; 1991;43:1–59.
82. ArcView [computer program]. Verzió: 9.1. ESRI Inc. 2005.
83. WinBUGS [computer program]. Verzió: 1.4.3. UK: Imperial College and MRC 2007.
84. Kovács Aranka, Juhász A, Nagy Csilla: A lakosság korai halálozási viszonyai, valamint néhány társadalmi-gazdasági tényező által meghatározott egyenlőtlenség a Józsefváros negyedeiben élő népesség körében, 2001-2007., *EGÉSZSÉGTUDOMÁNY*, 2009; 53:(2): 33-49.
85. Bakos N. Brinszkyné Hidas Zs. Pásztor L. Budapest KSH Tájékoztatási Főoszt. Ter. Tájékoztatási Oszt. 2007 (Közlemények a budapesti agglomerációról, 0237-921X; 14. ISBN 978 963 235 151 3 OSZK: [link.oszk.hu /libriurl.php?LN=hu&DB=oszk&SRY=an&SRE=2718736](http://link.oszk.hu/libriurl.php?LN=hu&DB=oszk&SRY=an&SRE=2718736).
86. Klinger A.: A budapesti kerületek halandósági különbségei, *Demográfia*, 2003; 2-3: 177-202.
87. Kovács Aranka, Nagy Csilla. Juhász A.: Egy vizsgálat "utóélete", avagy a háziorvosi információszolgáltatás tapasztalatai a Józsefvárosban 2009., *BUDAPESTI NÉPEGÉSZSÉGÜGY*, 2009; 40:(3-4): 23-27.
88. Janecskó Kata: Narkógettó alakult ki a Józsefvárosban <http://www.origo.hu/itthon/20091130-drogpolitika-jozsefvaros-veszelyben-atucs-ere-program.html>.
89. Hegyi I.: Drog és túi- kontra rendezési tervek és egy bizonyítani akaró színház Józsefváros 2009;17: 2.
90. Ladányi J.: A Józsefváros mélyén...A Középső-Józsefváros rehabilitációjáról *Beszélő hetilap*, 1998;3 51–52. szám,
91. Kőszeghy Lea: Migránsok a világ nagyvárosaiban és Budapesten, 20 Falu Város Régió, Budapest, 2009;2., VÁTI Nonprofit Kft.
92. Nagy Csilla, Juhász A. Beale Linda, Páldy Anna: Mortality amenable to health care and its relation to socio-economic status in Hungary, 2004–08, *The European Journal of Public Health* 2011; 09: 30.

93. Józán P.: Rendszerváltozás és epidemiológiai korszakváltás Magyarországon, Orvosi Hetilap 2012; 153, 17. 662-677.
94. Karsai G.: A nehezen innen vagy túl? (Napjaink fogyasztási cikkkereskedelméről) Magyar Tudomány, 2009, 6: 657-667.
95. Tábori Z.: Iskola a térkép szélén Mozgó Világ online 2008(38 évf) <http://mozgovilag.com/?p=867>.
96. Kovács Aranka.: Bemutatkozik a Józsefváros, BUDAPESTI NÉPEGÉSZSÉGÜGY, 1995; 36:(1): 44-50.
97. Tomay Kyra : Slumosodás és városrehabilitáció Budapesten: Tér és Társadalom 20. évf. 2006; 1.. 93-107. p.
98. Somlyódy Nóra: Édes grundok – Ingatlanfejlesztés a Józsefvárosban Magyar Narancs, 2005/41 http://magyarnarancs.hu/belpol/edes_grundok_-ingatlanfejlesztes_a_jozsefvarosban-64658.
99. Klinger A.: Halandósági különbségek Magyarországon Iskolai végzettség szerint, Demográfia, 2001; 3-4, 227-259.
100. Kopp Mária, Skrabski Á. A magyar népesség életkilátásai, Magyar Tudomány, 2007;9, 1149-1154.
101. Kopp Mária, Skrabski Á.: Társadalmi tőke és egészségi állapot KSH 2009 http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/elefkal_kopp.htm.
102. 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról.
103. Varga-Hatos Katalin, Karner C.: A halandóság társadalmi különbségei Magyarországon a XXI. sz. elején., Egészségügyi Gazdasági Szemle 2008: 2, 25-33.
104. Tomcsányi P.: Az életmód-gazdaságtan alapvonásai, Magyar Tudomány 2011:1, 94-104.

105. Gulliford M.: Health services as determinants of population health 2.9: In Detels, Roger; Beaglehole, Robert; Lansang, Mary Ann; Gulliford, Martin: Oxford Textbook of Public Health 2009, Oxford University Press New York http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-7.1b/ovidweb.cgi?&S=AKONFPECJBDDPFNE NCPKIBMCHCBLAA00&Link+Set=S.sh.27%7c3%7csl_10.
106. Vitrai J.: A budapesti lakosság egészségének előrejelzése 2025-ig. Tanulmány <http://www.egeszsegmonitor.hu/publikaciok.php>.
107. Schmidt P., Fehér J.: Egyes preventív lehetőségek a népegészségügyi program megvalósítása érdekében, Magyar Tudomány, 2007:9, 1154-1159.
108. Solymosi J. B.: Deszegregációs egészségfejlesztési modellprogram <http://www.oefi.hu/ds2.html>.
109. Bukovicsné Nagy Judit: Egészséges életmódra nevelés játékosan – Mozgásfejlesztés játékosan Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2004.
110. Susánszky Éva: Depresszió stop – „Európai szövetség a depresszió ellen” A magyarországi program bemutatása és eredményei I. Magyar Epidemiológia 2007; 4, 37-41.
111. Harangozó Judit: Mi a közösségi pszichiátria? <http://ebredesek.hu/hu/node/41>.
112. Nagy Csilla, Juhász A., Páldy Anna: Az egészségügyi ellátáshoz köthető halálozás alakulása Magyarországon és a központi régióban LAM 2010;20(11):747–755.
113. Kopp Mária, Prékopa A.: Ember-környezeti játékelméleti modell Magyar Tudomány 2011: 6, 665-678.

9. Saját publikációk

1. Kovács Aranka, László Eszter.: Járványügyi intézkedések nehézségei Faddon és Józsefvárosban. ORVOSI HETILAP, 2011; 152(12): 481-484.
2. Kovács Aranka, Nagy Csilla, Juhász A, Papp Z: Territorial inequalities in premature mortality in Józsefváros (district VIII. of Capital City Budapest), 2006-2008 (level of blocks of flat), NEW MEDICINE, 2011; 14 (3): 99-102.
3. Kovács Aranka, Nagy Csilla, Juhász A.: Egy vizsgálat "utóélete", avagy a háziorvosi információszolgáltatás tapasztalatai a Józsefvárosban 2009; BUDAPESTI NÉPEGÉSZSÉGÜGY 40 (3-4): 23-27.
4. Kovács Aranka, Juhász A, Nagy Csilla: A lakosság korai halálozási viszonyai, valamint néhány társadalmi-gazdasági tényező által meghatározott egyenlőtlenség a Józsefváros negyedeiben élő népesség körében, 2001-2007., EGÉSZSÉGTUDOMÁNY, 2009; 53(2): 33-49.
5. Kovács Aranka: A közegészségügy: egy gyakorlatban dolgozó szakember szemével EGÉSZSÉGTUDOMÁNY, 2009; 53(4): 35-45.
6. Kovács Aranka: Bemutatkozik a Józsefváros, BUDAPESTI NÉPEGÉSZSÉGÜGY, 2005; 36(1): 44-50.
7. Kovács Aranka, Megyeri M. A VIII. kerületi lakosság egészségi állapotának egyes jellemzői, BUDAPESTI NÉPEGÉSZSÉGÜGY, 2001; 33(4): 347-358.
8. Kovács Aranka: Szemelvények a VIII. kerületi általános iskolások szájhygiénés felmérésének tapasztalataiból, Egészségnevelés, 2011; 52 (5-6.): 17-23.
9. Kovács Aranka, Csépanyi Gabriella, Kurucz Sarolta. Comparing health conditions of homeless clients in Budapest day-care centres, NEW MEDICINE, 2011; 14(3): 103-106.

10. Köszönetnyilvánítás

Mindazoknak köszönettel tartozom, akik segítettek munkámban. Az adatok megszerzését Józsefváros aljegyzője, Dr. Mészár Erika tette lehetővé. Az adatok felvitelében és kiegészítésében több VIII. kerületi népegészségügyi intézeti munkatársam és háziorvos kollégám segített, akár aktívan, akár csak úgy, hogy viselte a megszállott kérdezősködésemet, és megválaszolta a kérdéseimet.

Köszönöm Nagy Csillának, Juhász Attilának, Dr. Papp Zoltánnak és Toró Attilának, hogy az adatok feldolgozásának módszerében egyengették utamat.

Köszönöm Opricsné Orbán Margitnak a baráti tanácsokat, és az együttgondolkodást.

Külön köszönet Prof. Dr. Domján Gyulának és Prof. Dr. Forgács Ivánnak, akiknek elindítottak egy olyan úton, melyen egészségi állapot és gazdasági állapot közti mélyebb összefüggéseket lehet megismerni.

11. Mellékletek

M 1. A kerület fontosabb intézményei, épületei

Felsőoktatási Intézmények

- Andrássy Gyula Budapesti Német Nyelvű Egyetem (Palota negyed)
- Eötvös Loránd Tudományegyetem (ELTE) Bölcsészettudományi Kar (Palota negyed)
- Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsészettudományi Kar (Szigony negyed)
- Országos Rabbiképző – Zsidó Egyetem (Palota negyed)
- Óbudai Egyetem Bánki Donát Gépész és Biztonságtechnikai Mérnöki Kar (Népszínház negyed)
- Óbudai Egyetem Kandó Kálmán Villamosmérnöki Kar (Csarnok negyed)
- Óbudai Egyetem Keleti Károly Gazdasági Főiskolai Kar (Csarnok negyed)
- Pázmány Péter Katolikus Egyetem Információs Technológiai Kar (Szigony negyed)
- Pázmány Péter Katolikus Egyetem Hittudomány Posztgraduális Intézet (Szigony negyed)
- Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jog- és Államtudományi Kara (Szigony negyed)
- Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar (Palota negyed)
- Semmelweis Orvostudományi Egyetem (Szigony negyed)
- Színház- és Filmművészeti Egyetem (Palota negyed)
- Wesley János Lelkészképző Főiskola (Magdolna negyed)

Középiskolák

- Fazekas Mihály Fővárosi Gyakorló Általános Iskola és Gimnázium (Józsefváros Központ)
- ELTE Trefort Ágoston Gyakorlóiskola Hatévfolyamos Gimnázium (Palota negyed)

- Vörösmarty Mihály Gimnázium (Palota negyed)

Múzeumok

- Fővárosi Szabó Ervin Könyvtár Központi Könyvtára (Szabó Ervin tér 1.), a Budapest-gyűjtemény lelőhelye (Palota negyed)
- Fővárosi Szabó Ervin Könyvtár Zenei Gyűjteménye (Ötpacsirta u. 4.), az ország legnagyobb nyilvános zenei könyvtára (Palota negyed)
- Fűvészkert – Az Eötvös Loránd Tudományegyetem Botanikus Kertje (Szigony negyed)
- Gázmúzeum (Népszínház negyed)
- Kegyeleti Szakgyűjtemény (Budapesti Temetkezési Intézet ZRt.) (Kerepesi negyed)
- Magyar Természettudományi Múzeum (Szigony negyed)
- Országos Pedagógiai Könyvtár és Múzeum (Kerepesi negyed)
- Rendőrség-történeti Múzeum (Kerepesi negyed)
- Zászlómúzeum (József krt. 68.) (Csarnok negyed)
- Fűvészkert – Az Eötvös Loránd Tudományegyetem Botanikus Kertje (Szigony negyed)
- Magyar Nemzeti Múzeum és a Múzeum-kert (Palota negyed)

Színházak

- Erkel Színház (Népszínház negyed)
- Ruttkai Éva Színház (Józsefváros Központ)
- Bárka színház (Szigony negyed)

M 2. A kerületben található közfinanszírozott egészségügyi intézmények

a.) Budapest kórházai 1939.ben. A VIII. kerület kórházai kiemelve:

(Budapest képes lexicon. Szerk. Hell Lajos. Bp.

Kórházak 1939-ben

1939.)

kórház neve	kerület	utca, házsám	jelenlegi	
			kerület	utcanév
Gr. Apponyi Poliklinika		Szövetség u. 14.	VII.	
Bródy Adél gyermekkórház	VI.	Bókay-tér 1.	XIII.	
Bíró Dániel orth. Izr. Kórház		Városmajor u. 64-66.	XII.	
Charité Poliklinika	VI.	Csengery u. 69.		
Csecsemő- és Gyermekkórház	VI.	Madarász Viktor u. 14-16.	XIII.	
Fehérkereszt gyermekkórház		Tűzoltó u. 7.	IX.	
Ferenc József keresk. Kórház		Bethlen tér 1.	VII.	
Horthy Miklós közkórház	X.	Maglódi út		
Irgalmas rend kórháza	II.	Zsigmond u. 17.		Frankel Leó u.
Izr. Orth. Szeretetház	I.	Alma u. 2/b	XII.	
Járvány kórház		(cím nélkül)	147- 528	
Maros-uccai izr. Kórház	I.	Maros u. 16.		
Magdolna Főhg-nő Poliklinika		Zenta u. 5.	XI.	
Pasteur Intézet és kórház	IX.	Högyes Endre u. 7-9.		
Pesti Izraelita Kórház	VI.	Szabolcs u. 33.	XIII.	
Stefánia Gyermekkórház	VIII.	Üllői út 74.	VIII.	
Szemkórház	VIII.	Romanelli u. 15.	VIII.	Illés u.
Szent János közkórház	I.	Hieronymi út 1.	XII.	Határőr u.
Szt. Margit közkórház	III.	Bécsi út 132.		
Szt. Erzsébet női kórház	II.	Fő u. 41.		
Szt. Rókus közkórház	VIII.	Gyulai Pál u. 2.	VIII.	
Szfőv. Közp. Kórház	VII.(sic!)	Gyulai Pál u. 2.	VIII.	
Szeretet kórház (Izr.	XIV.	Amerikai út 35.		

Szentegylet)

Vörös kereszt egylet kórháza	I.	Győri út 17.	I. - XII.
Gondviselés Háza	III.	San Marco u. 50.	
Erzsébet Szeretetotthon			
Kórház	VII.	Alsóerdősor 7.	

Budapesten 1935-ben 95 kórház volt:

- ebből egyetemi klinika 16,
- egyéb állami kórház 12,
- Székesfővárosi Kórház 10,
- magánkórház 25,
- katonai kórház 4,
- tébolyda 6,
- szanatórium 21.

b.) Budapest kórházai 1958.ban. A VIII. kerület kórházai kiemelve:

Kórházak 1958-ban

(Budapest. Idegenforgalmi útmutató. Bp.Főv.

Idegenforg. Hivatal, 1958.)

név	kerület	cím
Egyetemi Baleseti Intézet	VIII.	Mező Imre út 17.
I. sz. belgyógyászati Klinika	VIII.	Korányi Sándor u. 2/a
II.sz. Belgyógyászati Klinika	VIII.	Szentkirályi u. 46.
III.sz. Belgyógyászati Klinika	VIII.	Mező Imre út 17.
Bőrgyógyászati Klinika	VIII.	Mária utca 41.
Elme- és Ideggyógyászati Klinika	VIII.	Balassa utca 6.
Fogászati Klinika	VIII.	Mária utca 52.
Fül-, Orr- és gégeklinika	VIII.	Szigony u. 36.
I. sz. Gyermekklinika	VIII.	Bókay utca 13.
II. sz. Gyermekklinika	IX.	Tűzoltó u. 7-9.
I. sz. Női Klinika	VIII.	Baross u. 27.
II. sz. Női Klinika	VIII.	Üllői út 78/a
Orthopéd Klinika	XI.	Karolina út 27.
Röntgen Klinika	VIII.	Üllői út 78/b
I. sz. Sebészeti Klinika	VIII.	Üllői út 78/a
II. sz. Sebészeti Klinika	VIII.	Baross u. 23-25.
III. sz. Sebészeti Klinika	VIII.	Mező Imre út 17.
IV. sz. Sebészeti Klinika	XII.	Városmajor u. 68.
I. sz. Szemészeti Klinika	VIII.	Illés u. 15.
II. sz. Szemészeti Klinika	VIII.	Mária u. 39.
Tüdőgyógyászati Klinika	XII.	Diósárok út 1.
Urológiai Klinika	VIII.	Üllői út 78/b.
Rudasfürdő Kórház	I.	Döbrentei tér 9.
Ferenc kórház	II.	Széher út 71-73.
József Attila kórház	II.	Palatinus u. 1.

Pesthidegkúti kórház	II.	Ady Endre u. 19-21. Vöröshadsereg útja
Orsz. Ideg- és Elmeagyógyintézet	II.	116.
Heine-Medin Utókezelő Kórház	II.	Bólyay u. 9.
Áll. Budagyöngyei Tüdő- és Szívbeteg Szanatórium	II.	Tárogató út 2-4.
Orsz. Reuma és Fürdőügyi Intézet	II.	Frankel Leó u. 17-19.
Hárshegyi Tüdőszanatórium és Gyógyiskola Pro Juventute	II.	Tárogató út 84-90.
Margit Kórház	III.	Bécsi út 132.
Károlyi Sándor kórház	IV.	Nyár u. 99.
Árpád kórház	IV.	Árpád út 126.
Szülő- és Nőbeteg kórház	IV.	Dózsa György út 69.
Városi kórház	IV.	Baross u. 69-71.
Benczur utcai kórház	VI.	Benczur u. 4.
MÁV kórház és Rendelőintézet	VI.	Rudas László u. 111.
Korányi Frigyes és Sándor kórház	VII.	Alsóerdősor u. 7.
Szövetség utcai kórház	VII.	Szövetség u. 14-16.
Csengery utcai kórház	VII.	Csengery u. 69.
Korvin Ottó kórház	VII.	Gorkij fasor 11/a
Péterfy Sándor utcai Kórház	VII.	Péterfy Sándor u. 8-20.
Kun utcai kórház	VIII.	Kun utca 4.
Kállai Éva utcai kórház	VIII.	Kállai Éva u. 6-8.
Heim Pál Gyermekkórház és Poliklinika	VIII.	Üllői út 86.
Balassa János kórház	VIII.	Vas u. 17.
Pest megyei Tanács Semmelweis kórház	VIII.	Gyulai Pál u. 2.
Gyáli úti kórház	IX.	Gyáli út 17.
István kórház	IX.	Nagyvárad tér 1.
Bakáts téri kórház	IX.	Bakáts tér 10.
Schöpf Merei Ágoston Koraszülő-Koraszülött kórház	IX.	Knézits u. 14.
László Fertőző Fővárosi kórház	IX.	Gyáli út 5-7.
Bajcsy-Zsilinszky kórház	X.	Maglódi út 89-91.
Tétényi úti kórház	XI.	Tétényi út 14-16.

János kórház	XII.	Diósárok u. 1.
Kútvölgyi úti állami kórház	XII.	Kútvölgyi út 4.
Sportkórház	XII.	Alkotás u. 48.
Orsz. Korányi TBC Intézet	XII.	Pihenő út 1.
Orsz. Onkológiai Intézet	XII.	Ráth György u. 5.
Szabadsághegyi TBC Szanatórium	XII.	Eötvös út 12.
Szamuely Tibor TBC Gyógyintézet	XII.	Budakeszi út 42/b
Szabadsághegyi Gyermek Szanatórium	XII.	Mártonhegyi út 6.
Fodor József Állami TBC Gyógyintézet	Budakeszi	97. utca 2.
Róbert Károly körúti kórház	XIII.	Róbert Károly krt. 82-84.
Madarász utcai csecsemő- és gyermekkórház	XIII.	Madarász u. 14-16.
Váci úti Hepatitis kórház	XIII.	Váci út 176.
Orvostovábbképző Intézet	XIII.	Szabolcs u. 33.
Uzsoki utcai kórház	XIV.	Uzsoki u. 29.
Szülő- és Gyermekkórház	XIV.	Május 1. út 53.
Nyomorék Gyermek Állami kórháza	XIV.	Mexikói út 62-64.
Izraeliták Szeretőkórháza	XIV.	Amerikai út 53.
Pestújhelyi kórház	XV.	Órjázat u. 1.
XVII. Ker. Tanács szülőkórháza	XVII.	Pesti út 24-26.
Kispesti Szakorvosi Rendelő kórháza	XIX.	Ady Endre u. 122-124.
Kispesti Szülőkórház	XIX.	Jáhn Ferenc u. 64.
Pesterzsébeti Szülő- és Nőbeteg kórház	XX.	Táncsics Mihály u. 91.
Pesterzsébeti Gyermekkórház	XX.	Vas Gereben u. 21.
Csepeli kórház	XXI.	Csepeli Gyártelep
Budafoki TBC kórház	XXII.	Pentz Károly u. 1-3.
Budatétényi szülőkórház	XXII.	Jókai Mór u. 19-21.

c.) A VIII. kerület szakellátó intézményei 2011.-ben a kistérségi intézet nyilvántartása szerint:

Közfinanszírozott szakellátó intézmények 2011-ben a nyolcadik kerületben (BFKH NEI nyilvántartás)

név	kerület	cím
Heim Pál Gyermekkorház	VIII.	1089 Bp. Üllői út 86.
Heim Pál Gyermek és ifj.pszich Péterfy Kórh. És Baleseti Kp.	VIII.	1089 Bp., Delej u. 9-11
Baleseti Kp.	VIII.	1081 Bp., Fiumei út 17.
Szent Rókus Kórh SE ÁOK I. sz.	VIII.	1085 Bp., Gyulai P. u. 2
Belgyógyászati Klinika	VIII.	1083 Bp., Korányi S. u. 2/a
SE ÁOK II. sz. Belgy. Klin	VIII.	1088 Bp., Szentkirályi u. 46
SE ÁOK Bőr-és Nemikórtani Klinika	VIII.	1085 Bp., Mária u. 41.
SE ÁOK Fül-orr Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika	VIII.	1083 Bp., Szigony u. 36.
SE ÁOK I. sz. Gyerm. Klinika	VIII.	1083 Bp., Bókay J. u. 53
SE ÁOK Neurológiai Klinika	VIII.	1083 Bp., Balassa u. 6
SE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika	VIII.	1083 Bp., Balassa u. 6
SE ÁOK Radiológiai és Onkoterápiás Klinika	VIII.	1082 Bp., Üllői út 78/a.
SE ÁOK I. sz. Sebészeti Klinika	VIII.	1088 Bp., Üllői út 78. 1083 Bp., Tömő u. 25.
SE ÁOK Szemészeti Klinika	VIII.	1085 Bp., Mária u. 39
SE Arc-Állcsont-szájsebészeti és Fogászati Klinika	VIII.	1085 Bp., Mária u. 52.

SE ÁOK I. sz. Szülészeti – Nőgyógyászati Klinika	VIII.	1088 Bp., Baross u. 27.
SE ÁOK II. sz. Szülészeti – Nőgyógyászati Klinika	VIII.	1082 Bp., Üllői út 78/a
SE ÁOK Transzplantációs Klinika	VIII.	1082 Bp., Baross u. 23-25
SE ÁOK Urológiai Klinika	VIII.	1082 Bp., Üllői út 78/b

Szakrendelő

Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat 1084 Bp. Auróra u. 22-28.

M 3. A negyedek társadalmi – gazdasági adatai**Társadalmi helyzetelemzés**

Negyedek	Palota	Népszínház	Csarnok	Józsefv.Kp.	Magdolna	Orczy	Tisztv.	Ganz	Kerepesi	Százados	Szigony
Lakónépesség (fő)	13318,0	7748	11016	10297	12068	8690	2649	1874	1052	3282	9793
0-14 év	9,8	11,7	13,4	14,6	17,4	17,3	12	13,2	12	17,6	10,4
15-59 év	64,0	63,1	63,6	65,4	64	64,4	61,9	66,4	60,5	63,7	68,4
60-x év	26,2	25,1	23	20,1	18,6	18,3	26,1	20,4	27,6	18,7	21,3
Legfeljebb általános iskolai végzettséggel	15,1	22,7	29,2	30,4	38,4	36,3	16,8	23,6	18,1	17,2	24,4
Felsőfokú végzettségűek a 25 éves és	28,2	18,9	17,4	17,2	9,4	11,8	32,1	12,1	22,3	27,8	16,5
Foglalkoztatottak aránya a 15-64 éves	59,2	56,9	54,6	55,1	51,1	54,8	50	66,5	64	60,3	57,8
Foglalkoztatott nélküli háztartások aránya	41,7	44,5	44	40,1	43,9	40,8	44,9	38,1	42	37,2	39,2
Rendszeres munka jövedelemmel nem rendelkezők aránya az aktív korúakon (15-59 évesek) belül	38,0	39,4	42,1	42,1	46	42,5	47,1	29,3	32,2	36,6	38,8

Gazdasági helyzetelemzés

Negyedek	Palota	Népszínház	Csarnok	Józsefv.Kp.	Magdolna	Orczy	Tisztv.t.	Ganz	Kerepesi	Százados	Szigony
Kiskereskedelmi üzletek száma	244		153	60	34	63	32	30	154	20	54
élelmiszerjellegű üzlet	31		24	17	9	22	5	4	4	6	24
ruházati jellegű	44		13	9	1	2	6	11	88	3	3
egyéb	169		116	34	24	39	21	15	62	11	27
Vendéglátóhelyek száma	76		24	26	16	16	5	6	27	4	8
Negyedben működő kerületi 10 legnagyobb vállalkozás	n.a.		n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.		n.a.	n.a.

Lakókörnyezet minőségére vonatkozó adatok

Negyedek	Palota	Népszínház	Csarnok	Józsefv.Kp.	Magdolna	Orczy	Tisztv.t.	Ganz	Kerepesi	Százados	Szigony
Lakásállomány	7125	4301	5267	4911	5556	4145	1119	968	570	1442	4542
Alacsony komfort fokozatú lakott lakások aránya (félkomfortos, komfort nélküli, szükséglakás)	13	16,9	23,2	23,2	37,2	38,1	15,1	46,3	11,9	9,2	8,6

Közzolgáltatások bemutatása

Negyedek	Palota	Népszínház	Csarnok	Józsefv.Kp.	Magdolna	Orczy	Tisztv.t.	Ganz	Kerepesi	Százados	Szigony
Bölcsődék száma	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2
Óvodák száma	2	1	3	2	2	1	2	1	0	1	2
Általános iskolák száma (gyógypedagógiai	1	1	2	3	1	1	1	1	0	0	1
Középiskolák száma (gimnázium és	6	2	1	3	1	3	3	1	1	1	2
Idősek nappali intézményeinek kapacitás kihasználtsága	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	100	100					n.a.

M 4. Józsefváros halálloki statisztikája 1994-2001**Férfiak halálloki statisztikája 1994-2001**

Betegségcsoport	Budapest	VIII. kerület	hely
Keringési rendszer betegségei (BNO-10: I00-I99)	100	139,68	1.
Ischaemias szívbetegségek (BNO-10: I20-I25)	100	125	2.
Akut miokardiális infarktus (BNO-10: I21)	100	125	3.
Összes rosszindulatú daganat (BNO-10: C00-C97)	100	115	2.
A hörgők és a tüdő rosszindulatú daganata (BNO-10: C34)	100	113	
A méhnyak rosszindulatú daganata (BNO-10: C53)	0	0	
Az emlő rosszindulatú daganata (BNO-10: C50)	0	0	
Idült alsólégúti betegségek (BNO-10: J40-J47)	100	121	
Alkoholos májbetegségek és májzsugor (BNO-10: K70)	100	104	
Öngyilkosság (BNO-10: X80-X84)	100	111	
Balesetszerű esések (BNO-10: W00-W19)	100	147	4.

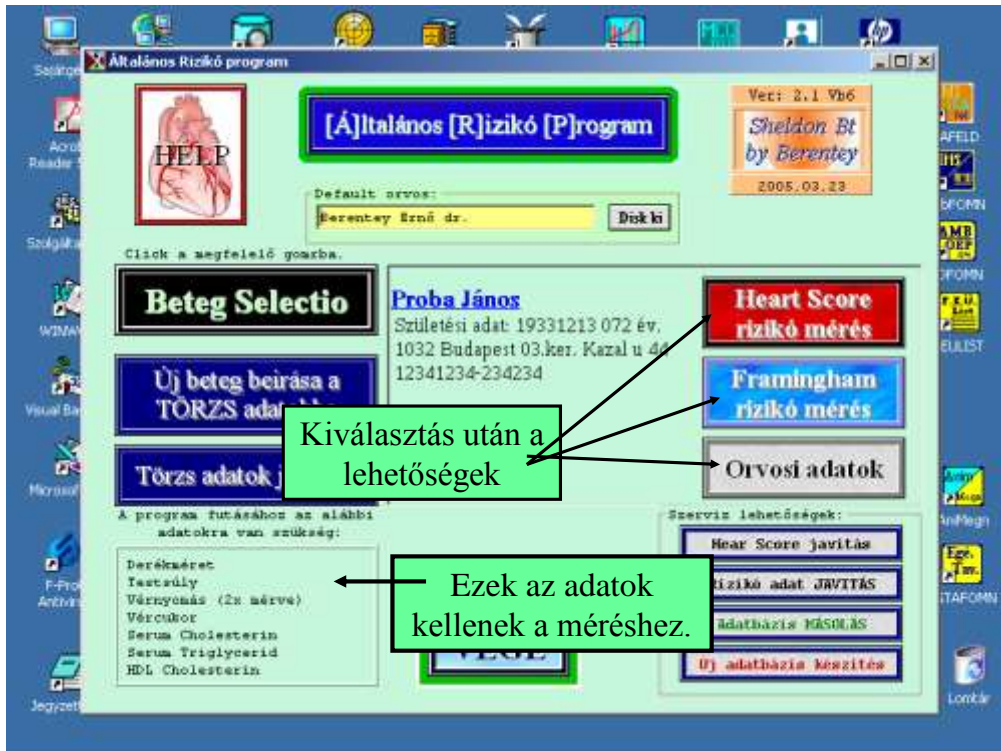
Forrás: Fővárosi ÁNTSz Nemfertőző Betegségek
Epidemiológiai Osztálya

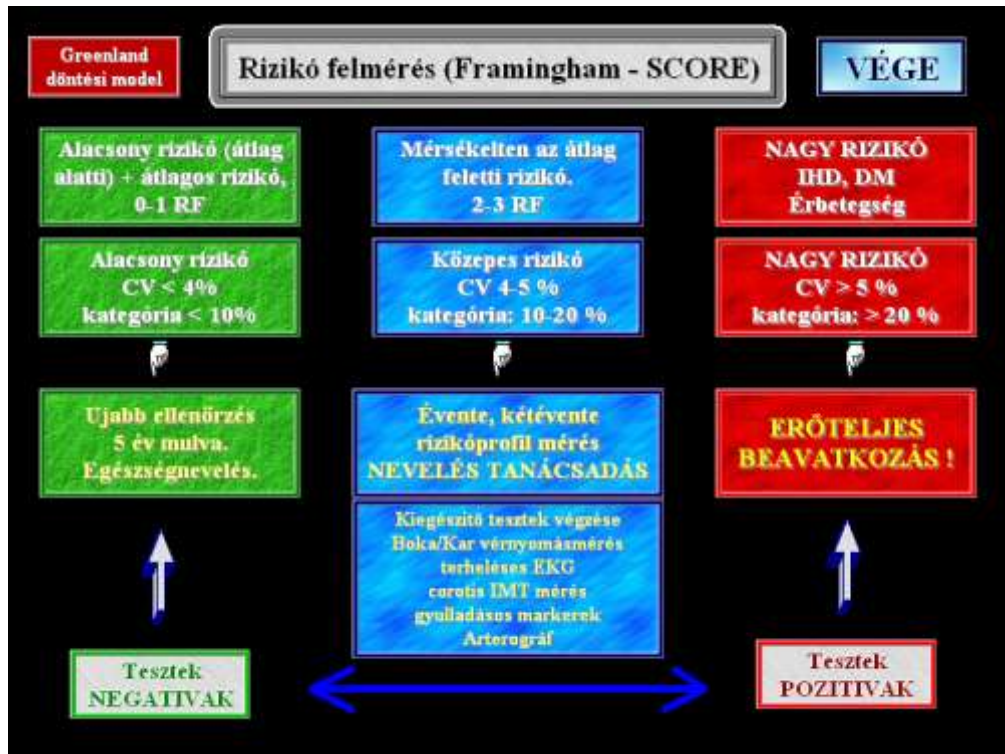
Nők haláloki statisztikája 1994-2001

Betegségcsoport	Budapest	VIII. kerület	hely
Keringési rendszer betegségei (BNO-10: I00-I99)	100	140	2.
Ischaemias szívbetegségek (BNO-10: I20-I25)	100	110	7.
Akut miokardiális infarktus (BNO-10: I21)	100	101	
Összes rosszindulatú daganat (BNO-10: C00-C97)	100	150	2.
A hörgők és a tüdő rosszindulatú daganata (BNO-10: C34)	100	216	2.
A méhnyak rosszindulatú daganata (BNO-10: C53)	100	167	5.
Az emlő rosszindulatú daganata (BNO-10: C50)	100	132	7.
Idült alsólégúti betegségek (BNO-10: J40-J47)	100	214	1.
Alkoholos májbetegségek és májzsugor (BNO-10: K70)	100	130	4.
Öngyilkosság (BNO-10: X80-X84)	100	179	5.
Balesetszerű esések (BNO-10: W00-W19)	100	234	2.

*Forrás: Fővárosi ÁNTSz Nemfertőző Betegségek
Epidemiológiai Osztálya*

M 5. A Framingham study eredményeit alkalmazó számítógépes program adatfelvételi felülete





M 6. Hajléktalan ellátó helyek 2011-ben a nyolcadik kerületben (BFKH NEI nyilvántartás)

név	cím
Hajléktalanok éjjeli menedékhelye:	
Budapesti Módszertani Szociális Központ Intézményei (BMSZKI) (Budapest)	Könyves Kálmán krt. 84 Budapest VIII., Vajdahunyad u. 3
Menhely Alapítvány Oltalom Karitatív Egyesület	VIII., Dankó u. 9.
Átmeneti hajléktalan-szállások:	
Budapesti Módszer-tani Szociális Központ Intézményei (BMSZKI)	Alföldi u. 6-8 , Kálvária u. 23
Szeretet Misszionáriusai Rend Üdvhadsereg Oltalom Karitatív Egyesület	Tömő 19. Dobozi u. 29 Dankó u. 9
Hajléktalanok nappali ellátását biztosító intézmények:	
Magyar Vöröskereszt Budapesti Szervezete Menhely Alapítvány Szenvedélybetegeket Mentő Szamaritánus Egyesület Oltalom Karitatív Egyesület Fűtött utca Oltalom Karitatív Egyesület Budapesti Módszer-tani Szociális Központ Intézményei (BMSZKI)	Diószeghy S. utca 5. Práter u. 29/a Őr u. 9. Dankó u. 15 Dankó u. 9. Könyves Kálmán krt. 84.

M 7. A Józsefvárosi Önkormányzat kimutatása a kerületi kötődésű hajléktalanokról

2011-11-01.én a VIII kerületbe bejelentett hajléktalanok száma

	állandó lakóhely	tartózkodási hely	
Vajdahunyad utca 3.	58	108	
Alföldi utca 6-8.	39	258	
Dankó utca 9.	33	305	
Dankó utca 15.	5	11	
Őr utca 9.	66	1	
Könyves Kálmán körút 84.	14	98	
Kálvária utca 23.	34	30	
Összesen	249	811	
Budapest VIII. kerület	722		
Összesen	971	811	1782