

# ZALAAPÁTI KÖZSÉG EGÉSZSÉGTERVE

2018



## Tartalom

1.	Bevezető.....	4
1.1.	Módszer .....	4
1.2.	Az egészség fogalmáról.....	5
1.3.	Egészségfejlesztés .....	6
2.	Jogszabályi háttér.....	7
3.	Lakosság egészséget befolyásoló tényezők .....	8
3.1.	társadalmi-gazdasági helyzet.....	9
3.2.	Egészségmegtartás .....	10
3.3.	Dohányzási .....	10
3.4.	Alkoholfogyasztás .....	11
3.5.	Táplálkozás .....	13
3.6.	Fizikai aktivitás .....	15
3.7.	Testtömeg index .....	16
4.	Főbb egészségügyi problémák összefoglalása.....	16
4.1.	Demográfiai problémák .....	16
4.2.	7.2. Morbiditás, mortalitási problémák.....	17
4.3.	Gazdasági problémák.....	19
4.4.	Foglalkoztatottsággal kapcsolatos problémák .....	19
4.5.	Az egészségtudatos magatartás hiányából fakadó problémák.....	19
4.6.	Oktatás és képzés területén mutatkozó problémák .....	21
4.7.	Szociális téren mutatkozó problémák .....	22
4.8.	Sport, szabadidő, kultúra területén mutatkozó problémák.....	22
4.9.	Lakókönyezettel kapcsolatos problémák .....	22
4.10.	Társadalmi integrációval kapcsolatos problémák .....	23
4.11.	Mentalhygienes problémák .....	24
5.	A lakosság egészségi állapotának leírása .....	24
	Halálozás főbb jellemzői.....	24
6.	Település bemutatása .....	27
7.	Lakosság .....	29
7.1.	Demográfia, népmozgás .....	29
8.	Szociális, gazdasági helyzet, kommunális adottságok.....	33
8.1.	Zala megye gazdasági helyzete.....	33

8.2.	Vállalkozások megoszlása a térségben .....	36
9.	A település általános egészségügyi helyzetének bemutatása.....	38
9.1.	Környezeti tényezők.....	41
10.	Célok megfogalmazása.....	47
10.1.	Rövidtávú célok.....	48
10.2.	Középtávú célok .....	48
10.3.	Hosszútávú célok .....	48
11.	Prioritások és stratégiai javaslatok a népegészségügyi helyzet javítására.....	49
12.	Az egészségterv kommunikációja .....	49

## 1. BEVEZETŐ

Az egészségterv a település egészét érintő komplex program, aminek célja az itt élő lakosság egészségi állapotának, életminőségének és közérzetének javítása. Az egészségterv azzal a céllal készült, hogy bemutassa a település lakosságának halálozási, megbetegedési és környezetegészségügyi viszonyaiban bekövetkezett változásokat, és ráirányítsa a figyelmet a fennálló egészségügyi problémákra. A település lakosságának egészségi állapotának ismerete meghatározó jelentőségű nemcsak az egészségügyi/népegészségügyi intézkedések tervezése és ütemezése szempontjából, hanem a település fejlődése és teljesítőképességének megítélése és fejlesztése érdekében is.

Az egészségterv fogalmát a WHO (World Health Organization – ENSZ Egészségügyi Világszervezete) is felkarolta, a kezdeményezés ma már mozgalommá fejlődött. Magyarországon elsőként 1995-ben Pécs városa dolgozta ki egészségtervét a Fact Alapítvány által kidolgozott módszer felhasználásával.

### 1.1. Módszer

Az egészségterv kidolgozása több lépcsőben történt: - a községre és az itt lakókra vonatkozó fontos adatok gyűjtése, elemzése alapján készült a jelenlegi egészségkép. Ebben a gazdasági, társadalmi jellemzők mellett a lakosság demográfiai alakulását, az egészséget meghatározó életmódbeli tényezőket vizsgáltuk, elemeztük a betegségek alakulását, a halálozási adatok változásait. Számba vettük a jelenségek háttérében fennálló okokat. Leltárt készítettünk a probléma kezelésére jelenleg is rendelkezésre álló intézményi háttérrel, az egészségügy és szociális ellátást biztosító szolgáltatásokról.

A cselekvési program az itt élő emberek szükségleteinek meghatározásával készült. Felmérések, a civil szervezetek visszajelzései, rendezvényeink eredményei, egyéni vélemények alapján írtuk körül a lehetőségeket, jelöltük ki a legfontosabb egészség fejlesztést, egészség megtartást elősegítő akciókat, programokat. Figyelemmel voltunk arra, hogy az életkori különbségek, az egészségi állapot különbözőségei, az egyéni élethelyzetek miatt az igények eltérők. Így az egyes csoportoknak más és más programok tűnhetnek vonzóknak.

Az egészségterv egy folyamat, amiben fontos, hogy a dolgok változásait nyomon kövessük és az eredeti elképzeléseket az aktuális helyzethez igazítsuk. A folyamatos visszajelzések, az

eredmények és hatások mérése ezért nagyon fontos, erre ismert és bevált módszereket használunk. Reményeink szerint az Egészségterv nem csak egy öncélú dokumentum marad, hanem olyan lehetőségek forrása, amivel élve az itt lakók életminősége, egészségi állapota, mindennapi közérzete érezhetően javulni fog. Meggyőződésünk, hogy minden ember képes valamilyen szinten a saját sorsán javítani, az egészsége érdekében aktívan cselekedni. A program a közösség igényeire épül, a közös akaratot tükrözi, a sikere is közös ügyünk.

## 1.2. Az egészség fogalmáról

Az egészséget sokan, sokféleképpen határozzák meg. Más fogalmakat használnak a nemzetközi szervezetek, az egészségpszichológiában jártas kutatók, a mindennapi gyógyításban részt vevő orvosok, s másként közelítenek saját egészségükhöz a laikusok. Kinek a betegség hiánya, kinek a mindennapi tevékenységekre való képesség, kinek a jó erőnlét vagy éppen a jókedv, a boldogság állapota jelenti az egészséget. Egy biztos: egészségünk nem tekinthető statikus állapotnak, napról napra dinamikusan változik és számos tényező befolyásolja. Az egészség egyfajta adaptációs (alkalmazkodási) készségként is felfogható, amellyel a körülöttünk lévő változásokra reagálunk. A sikeres adaptáció csak jó egészséggel lehetséges.

Az egészség fogalmának e komplex jellege és felfogása ellenére a népesség egészségi állapotának értékelése során általában mégis azt mutatjuk be, hogy az emberek milyen bajokban, betegségekben szenvednek, valamint milyen társadalmi, közösségi, egyéni veszélyeztető tényezők következtében jönnek létre az egészséget romboló állapotok. Indikátorként tehát a betegségeket használjuk fel, és közülük is elsősorban azokat, amelyek viszonylag jól mérhetők (az orvosok által objektívnak tekintett vizsgálatok által). A mérhető állapotokhoz leggyakrabban a testi (szomatikus) megbetegedéseket soroljuk, s csak a vizsgálatok kisebb hányada foglalkozik a mentális, valamint a szociális megbetegedések, állapotok rögzítésével.

Az egészségi állapot értékelésekor az egészséget gyakran abszolút fogalomként kezeljük (azaz vagy egészségesnek, vagy betegnek minősítünk valakit). A mérés egységesítése, kezelhetősége érdekében nem is nagyon tehetünk egyebet.

Más a helyzet, ha a népesség különböző csoportjainak kívánunk segíteni abban, hogy egészségesebbek legyenek. Ezekben az esetekben *az egészséget csak relatív fogalomként értelmezhetjük*. Vagyis abban lehetünk az egyének és a közösségek segítségére, hogy jobb

egészségi állapotban éljenek, nem pedig abban, hogy az egészség egy specifikus általában szakértők által meghatározott szintjét éri el.

Gyakran megkülönböztetünk pozitív és negatív egészséget. A pozitív egészség a tényleges jóllétet és a fittség, az erőnlét magasszintjét jelenti, míg negatív egészségről akkor beszélhetünk, ha kellemetlen, nemkívánatos állapotokról, betegségekről, vagy akár súlyos korlátozottsággal járó állapotokról van szó.

Az egészség pozitív és negatív oldalai azonban csak hipotetikusan zárják ki egymást, az életben nem. Sokan vannak, akik együtt élnek egy kellemetlen állapottal, betegséggel, mégis fittek, és az egészség bizonyos fizikai, szomatikusdimenzióit leszámítva, egészségesnek tekinthetők. Aki születésétől kezdve fél vesével él, legfeljebb anatómiailag nem „tökéletes”. Akinek jól beállított és kezelt cukorbetegsége van, lehet teljesen fittés–minimális korlátozásokkal szinte teljes életet élni. A mozgáskorlátozott ha megfelelő munkával, otthonnal, közlekedési lehetőségekkel, s természetesen társadalmi-közösségi elfogadottsággal rendelkezik legfeljebb több segítségre szorul, mint e korlátozottsággal nem rendelkező társai, de élete harmonikus és boldog lehet. Ezekből is látható, hogy az egészség az ember testi, lelki állapotának és szociális helyzetének egyensúlya, s nem a „tökéletes egészség”.

Az egyén és a népesség egészségének pontos és komplex, minden szempontra kiterjedő meghatározása ezért szinte lehetetlen. Amikor tehát azt mondjuk, hogy javítjuk az egészségi állapotot, akkor az egészség, az élet minőségének javításáról beszélünk, amely természetesen magába foglalja a pozitív egészség növelését és a negatív egészség csökkentését.

### **1.3. . Egészségfejlesztés**

Az egészségfejlesztés célja, hogy az egyének, közösségek képessé váljanak az egészség feletti kontroll megszerzésére annak érdekében, hogy javuljon az egészségi állapotuk és az életminőségük.

Az egészségfejlesztés módszerei rendkívül sokfélék, a közoktatástól kezdve a speciális egészségi problémákkal küzdők számára fenntartott tanácsadó és segítő szolgáltatásokig terjednek. A hazai gyakorlatban az egészségfejlesztés ma még gyakran leszűkül az egészségnevelésre, amely egyedül az információk, a tudás átadása révén kíván szemléletváltozást elérni. Az egészségfejlesztésnek valóban fontos része az egészségnevelés, de ez csak egy módszer a többi mellett, s önmagában alkalmazva ritkán hatékony hosszabb távon.

Az egészségfejlesztés nem csak az egészségügyi szektor feladata. Hatékony egészségfejlesztés az egyének és a közösségek akarata, motivációja nélkül nem lehetséges, igaz, támogató társadalmi háttér nélkül sem.

Az elmúlt évtizedekben Magyarországon is egyre több figyelmet kapnak a megelőzhető betegségek és az elhalálozás olyan okai, amelyek elkerülhetők, kivédhetők. A hazai halálozási adatok alapján nem szorul különösebb magyarázatra. Nem lenne azonban teljesen igaz, ha azt állítanánk, csupán tudatos felismerés játszott szerepet abban, hogy ilyen fokú figyelmet kapott a betegségek megelőzése és az egészség megőrzése. A nyugat-európai és észak-amerikai életmódminták, modellek átvételének legalább ilyen jelentősége van bizonyos társadalmi és szakmai csoportok szemléletmódjának és tényleges cselekedeteinek változásában, mint az egyébként nyilvánvaló szükségszerűségnek.

Az egészségfejlesztés egyre inkább tudatos kormányzati, társadalmi törekvés és beavatkozás.

## **2. JOGSZABÁLYI HÁTTÉR**

Az 1949. évi XX. törvény, a Magyar Köztársaság Alkotmánya, valamint Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény az egészséghez való jogot rögzíti.

A helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény 8. §-a az alábbiak szerint rendelkezik: „A települési önkormányzat feladata a helyi közszolgáltatások körében különösen: a településfejlesztés, a településrendezés, az épített és természetes környezet védelme, a lakásgazdálkodás, a vízrendezés és a csapadékvíz elvezetés, a csatornázás, a köztemető fenntartása, a helyi közutak és közterületek fenntartása, helyi tömegközlekedés, a köztisztaság és településtisztaság biztosítása; gondoskodás a helyi tűzvédelemről, a közbiztonság helyi feladatairól; közreműködés a helyi energiaszolgáltatásban, a foglalkoztatás megoldásában; az óvodáról, az alapfokú nevelésről, oktatásról, az egészségügyi, a szociális ellátásról, valamint a gyermek és ifjúsági feladatokról való gondoskodás; a közösségi tér biztosítása, közművelődési, tudományos, művészeti tevékenység, sport támogatása; a nemzeti és etnikai kisebbségek jogai érvényesítésének a biztosítása; az egészséges életmód közösségi feltételeinek elősegítése.”

Az Önkormányzat feladata elsősorban tehát az egészséges életfeltételek biztosítása és az egészséget befolyásoló tényezők kedvező alakítása.

Az egészségügyhöz kapcsolódó jogszabályok jól körülhatárolóan szabályozzák a lakosság egészségi állapota érdekében eljáró szervek körét és a teendő intézkedéseket, feladatokat.

A jelenlegi helyzet megváltoztatása érdekében a Parlament a 46/2003. (IV. 16.) OGY határozata által elfogadott Népegészségügyi Program a lakosság egészségi állapotának további javítását tűzte ki célul.

A Program négy területen kíván fellépni:

- az egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása,
- az egészséges életmód programjai az emberi egészség rizikófaktorainak csökkentése,
- az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoság megelőzése,
- az egészségügyi és népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése.

Az országos egészségügyi program eredményességét a rögzített elvek mentén, a helyi szintekre lebontott konkrét tevékenységek alapozhatják meg. E célt szolgálja a Zalaapáti településére kidolgozott egészségterv.

### **3. . LAKOSSÁG EGÉSZSÉGET BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK**

A betegség és halálozási mutatók hazánkban lényegesen rosszabbak a környező EU-s országokhoz viszonyítva. Az egészségi állapotot az egyéni adottságok (genetikai tényezők) mellett döntően az életmódunk és a környezet hatásai befolyásolják. Az egészségügyi ellátó rendszer tevékenységének direkt befolyását mintegy 11 %-ra becsülik.

A lakosság egészének életmódjára nincsen rálátásunk. Az életmód, és az egészségi állapot kapcsolata jól ismert, de ennek részjelenségei nem, vagy nagyon korlátozott módon ítélnélők meg. A vonatkozó hazai vizsgálatok (Hungarostudy, Kopp M.) szerint a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet nem önmagában idézi elő a betegségeket, hanem az abból adódó élethelyzeti problémákkal való megküzdés elégtelensége vezet a betegség állapotokhoz. Külön kiemelhető a krónikus stresszek szerepe, ami a lemaradás, marginalizálódás szubjektív megélésén keresztül kezdetben súlyos szorongást idéz elő. Amennyiben a belső és külső erőforrások mozgósítása elégtelennek bizonyul, a helyzet kilátástalansága tartós depressziós tünetegyüttest idéz elő, a problémák megoldhatatlansága testi-lelki kimerültségbe torkollik. Az érzelmileg negatív megélés tartós kontrollvesztésben nyilvánul meg, a reménytelenség, a magára hagyottság érzése az élet minden területére áttérjed, és kimutatható élettani változásokkal jár.

### 3.1. társadalmi-gazdasági helyzet

Mivel a megye egészét tekintve az egészségügyi ellátórendszer állapota nem rosszabb az országos átlagnál, felvetődik, hogy a lakosság rossz egészségi állapotának hátterében döntően az egészségtudatossággal összefüggő tényezők állnak. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevehetősége, színvonala – elsősorban az aprófalvas településszerkezet következtében – területi egyenlőtlenségeket mutat a megyében. A helyzet felveti a kistelepüléseken igénybe vehető szolgáltatások fejlesztésének ösztönzésének igényét és az igénybe vehető pályázatok kistelepülési igényeket figyelembe vevő átalakításának szükségességét, pl. a háziorvosi rendelők felújításához.

A vidékies, aprófalvas térségek leszakadására tett kísérletek az elmúlt időszakban nem hoztak érdemi eredményt. A probléma orvoslása csak komplexen, az aprófalvak gazdasági létalapját biztosító gazdasági tevékenységek fejlesztésével, adott esetben célzott, a térség adottságaira épülő programokkal lenne lehetséges.

Ma Zala megye és egyben az ország egyik legsúlyosabb problémája a szegénységben élők helyzetének fokozatos romlása. A folyamat következménye a szegregáció, az élet különböző területeiről – oktatás, kultúra, foglalkoztatás és egészségügy – történő kirekesztettség, valamint az életkörülmények romlása a hátrányos helyzetű térségekben, a települések perifériáin. A folyamatosan romló helyzetű, legelmaradottabb térségek, települések dinamizálása a fejlesztéspolitika fontos és felvállalt feladata volt az Európai Unió 2007-2013-as programozási ciklusában is, ám a beavatkozások eddig nem voltak elegendők. Érdemi, jól érzékelhető javulás megyei szinten, csakúgy, mint országos viszonylatban e területen nem történt. A 2014-2020-as programozási időszakban tervezett fejlesztések minél hatékonyabb, és az eredményeket hosszabb távon fenntartani képes megvalósításához elengedhetetlen, hogy olyan metodikák kerüljenek alkalmazásra, melyek keretében biztosított mind a tág értelemben vett fizikai környezet rehabilitációja, mind a humán szféra felkészítése.

A társadalmi felzárkózás elősegítése érdekében kiemelt cél a szegénységben és kirekesztődésben élők számának csökkentése, újra termelődésének megakadályozása. Ennek keretében a foglalkoztatási szint növelése, a leszakadó társadalmi csoportok jövedelmi helyzetének stabilizálása, társadalmi integrációjának segítése, a munkaerőpiacon hasznosítható képzettség megszerzésének elősegítése.

### 3.2. Egészségmegtartás

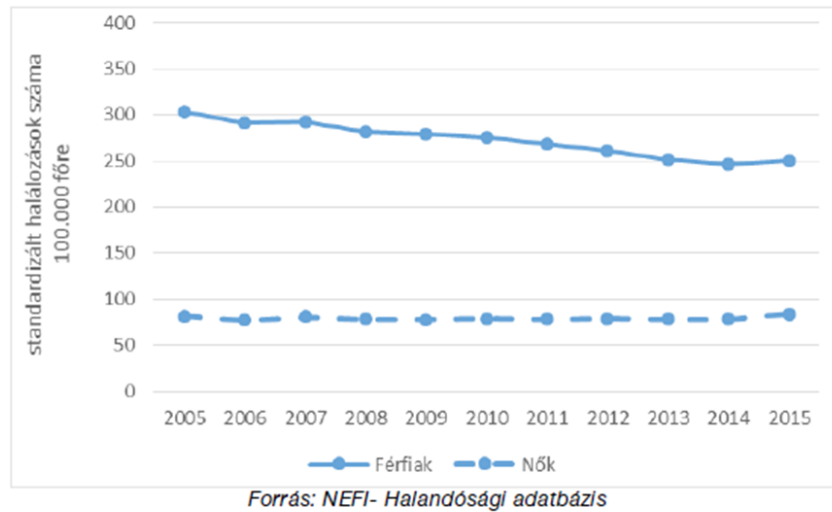
A lakosság egészségi állapota – legyen szó mentális vagy fizikai egészségről – alapvetően befolyásolja a gazdaság teljesítőképességét, hiszen a gazdasági versenyképesség elengedhetetlen feltétele, hogy megfelelő képességekkel – ide értve az egészségi állapotot is - rendelkező munkaerő rendelkezésre álljon. A rossz egészségi állapot nem csak nehezíti, de bizonyos esetekben ellehetetleníti a munkavállalást, ugyanakkor növeli a szociális, egészségügyi központi kiadásokat. Köztudott, hogy hazánk mutatói e tekintetben lényegesen elmaradnak az uniós átlagtól, de Zala megye szempontjából még inkább probléma, hogy az országos mutatók gazdasági fejlettségbeli helyzet szerint földrajzilag jelentős eltérést mutatnak, azaz a kedvezőtlen egészségi állapotúak lényegesen magasabb arányban vannak jelen a megye hátrányos helyzetű térségeiben, a kistelepüléseken vagy a városok szegregált területein élő hátrányos helyzetű (szegények, különösen roma) csoportok körében.

A hosszú, egészséges (és teljes) élet lehetőségének biztosítása, ezen keresztül a foglalkoztathatóság javítása és az aktív, munkával töltött évek növelése érdekében cél az egészségügyi és szociális ellátórendszer fejlesztése, hatékonyságának növelése és különösen a közszolgáltatásokhoz való egyenlő esélyű hozzáférés biztosítása a megye teljes területén. Az egészség megőrzése, az egészséges életvitel feltételeinek biztosítása érdekében célként lehet megfogalmazni továbbá a lakosság egészségmagatartásának fejlesztését és az egészségtudatosság növelését. Az infrastruktúrába, a szolgáltatásokba, valamint a szemlélet- és életmód programokba történő összehangolt beruházások a foglalkoztatás bővülésén keresztül erősítik a megye gazdaság területén megfogalmazott célkitűzéseit, és ezzel jelentős mértékben járulnak hozzá az elmaradott térségek felzárkóztatásához is

### 3.3. Dohányzási

A magyar felnőttek 26%-a dohányzott napi rendszerességgel 2014-ben, amely nem jelent számottevő változást a 2009-es adattal összevetve. A fiatal felnőtt nők körében megemelkedett a naponta dohányzók aránya az elmúlt 5 évben. A 15 évesek esetében a napi rendszerességgel dohányzók aránya mind fiúknál, mind lányoknál kétszerese az európai kortársakra jellemző értéknek.

## A dohányzásnak tulajdonítható halálozás alakulása Magyarországon, 2005-2015

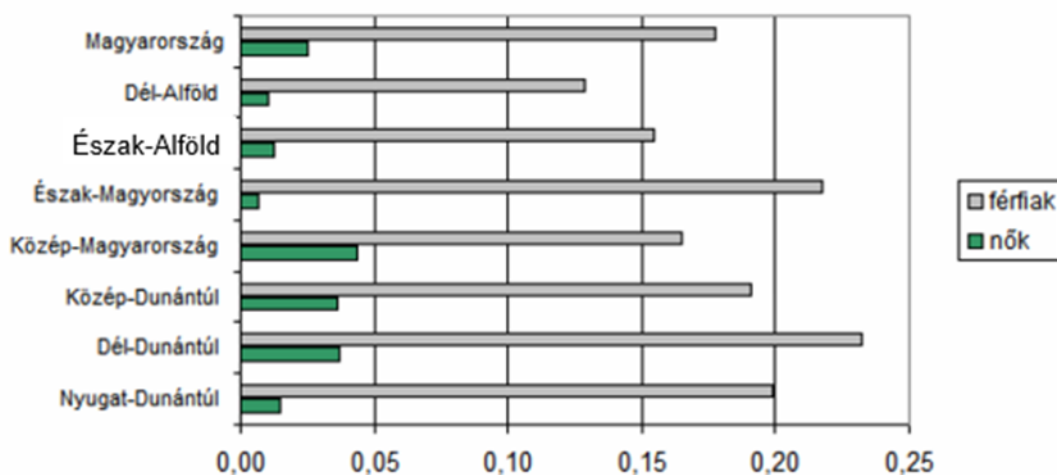


Megállapítható, hogy 2005 óta a férfiak körében csökkent, míg a nők körében enyhén növekedett a dohányzásnak tulajdonítható halálozás alakulása. A nők körében megfigyelhető emelkedés az ELEF2014 eredményei alapján megállapítható fiatal nők körében emelkedő naponta dohányzók arányával hozható összefüggésbe.

### 3.4. Alkoholfogyasztás

Az adatok elemzésekor fontos figyelembe venni, hogy önbevalláson alapulnak, így a nemzetközi tapasztalatoknak megfelelően alulteljesítés valószínűsíthető. A tanulmányok szerint a mértékletes ivás csökkenti a szív-és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát, a nagyivás, - azaz a nők esetében 7, férfiak esetében 14 egységnyi, illetve az azt meghaladó mennyiségű alkohol fogyasztását jelenti, vagy az egyszeri sokat ivást (ha az egy napra számított alkoholemennyiség nőknél meghaladja a 3, férfiaknál az 5 alkoholemennyiséget - jelentősen növeli az egyes betegségek gyakoriságát és korai halálozások számát.

### Nagyivók aránya a férfiak és nők között, Magyarországon és a régióban

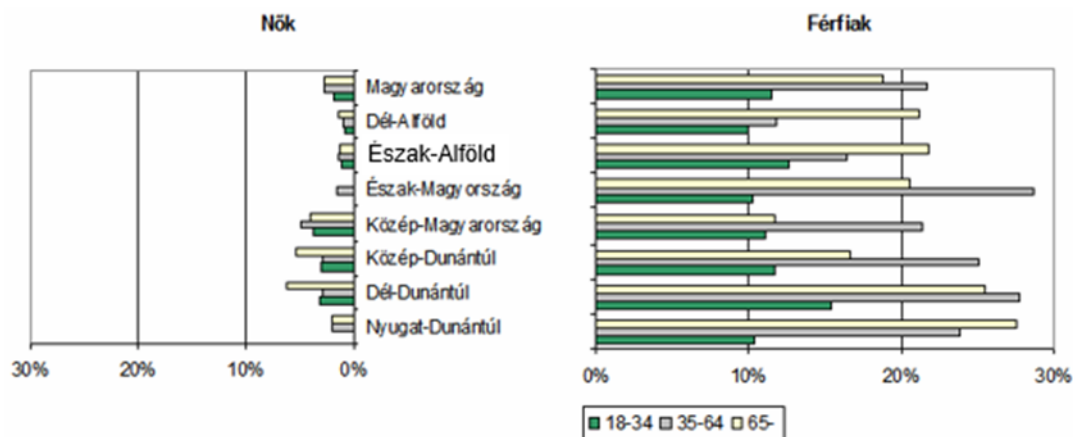


*Forrás: OLEF jelentés*

A fenti ábra azt mutatja, hogy a nagyivás a férfiakat érinti nagyobb arányban, bár ennek a jelenségnek a háttérében a nők esetében magasabb aluljelentés is valószínűsíthető, az azonban még ezt figyelembe véve is megállapítható, hogy a férfiak között a nőkhöz képest többszörös a nagyivók aránya. A nagyivásban nincs szignifikáns korosztályi különbség, vagyis valószínűsíthetően a nagyivás kultúrája az utóbbi évtizedekben változatlan.

Regionális összevetésben megállapítható, hogy a Nyugat-Dunántúl régióban a magas a férfi nagyivók aránya, de a nők körében is kiemelkedően magas a nagyivók aránya az ország más régiójához képest.

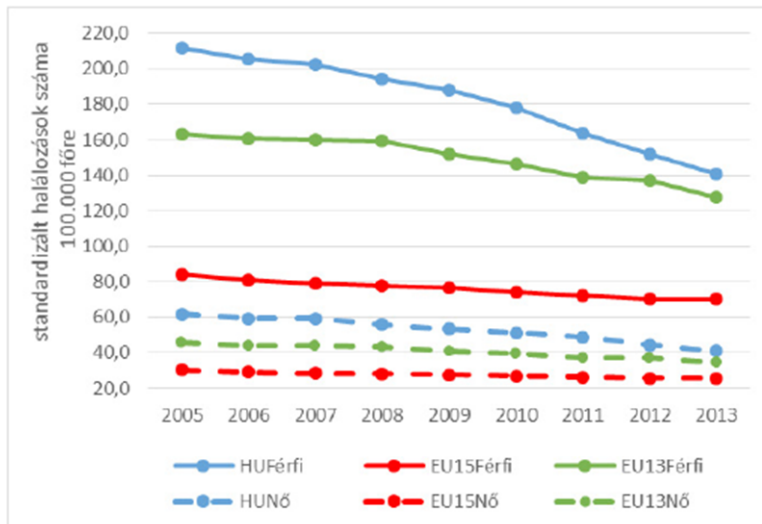
### Nagyivók aránya korcsoportonként a férfiak és nők között Magyarországon és régióban



*Forrás: OLEF adatbázisa*

Az alkoholfogyasztással összefüggő halálozás becslésekor megállapítható, hogy a 2005-ös viszonyokhoz képest komoly javulás figyelhető meg (WHO), azonban a magyar értékek továbbra is elmaradnak az EU15 vagy az EU13 országainak értékeitől.

### Az alkoholfogyasztással összefüggő halálozás Magyarországon, valamint az EU 15 és EU13 országokban, 2005-2013

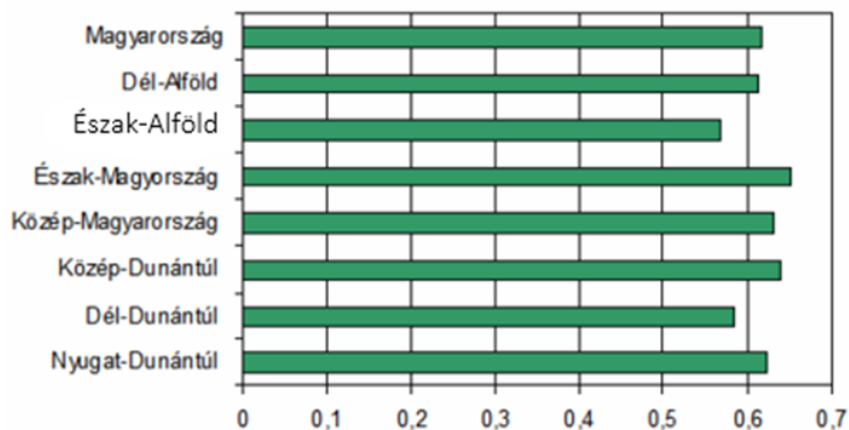


Forrás: HFA-DB

### 3.5. Táplálkozás

Nemzetközi, több országra kiterjedő vizsgálatok szerint a lakosság egészségi állapotának javulásában a táplálkozási szokásoknak, főleg az állati eredetű zsírok csökkenő, illetve a friss zöldségek és gyümölcsök növekvő fogyasztásának jelentős szerepe van.

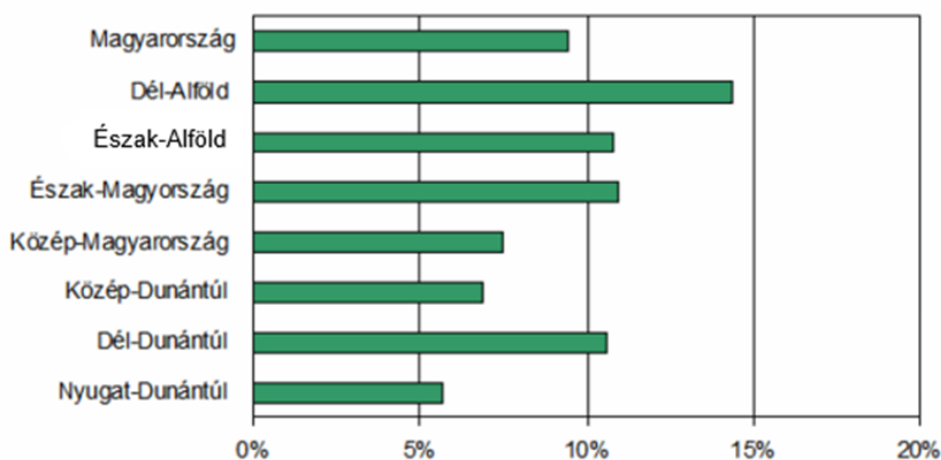
#### Napi friss zöldség- és gyümölcsfogyasztás aránya Magyarországon és a régióban



Forrás: OLEF jelentés

A Nyugat-Dunántúl esetén kapott érték az országos átlaggal közel azonos.

#### ***Kizárólag állati eredetű zsiradék használata régióként***

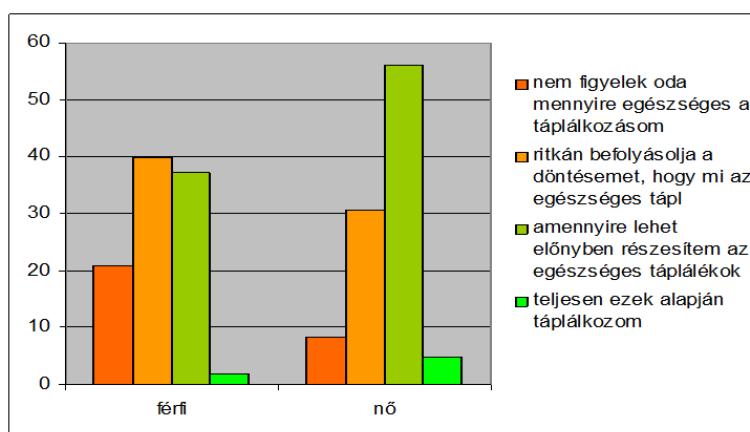


***Forrás: OLEF jelentés***

A főzéshez használt zsiradék típusát (kizárólagosan állati eredetű zsiradék/részben vagy egészben növényi eredetű) vizsgálva szignifikáns regionális különbségek vannak, és bár a Nyugat-Dunántúli régió jelentősen eltér az országos átlagtól, a egyértelműen a kedvezőbb helyzetben lévő régiók közé tartozik. Viszont itt is az idősebbek nagyobb arányban használnak kizárólag állati eredetű zsiradékot, amelyben a gasztronómiai tradíciók nagy szerepet játszanak. Az utóbbi időszakban azonban a kizárólagos állati eredetű zsírok felhasználásának csökkenése figyelhető meg, amely valószínűleg az egészséges életmód és táplálkozás egyre nagyobb népszerűségének köszönhető.

Az elhízás elsősorban életmódbeli okokkal magyarázható, a nem megfelelő táplálkozás (üdítő és energia italok, chips, édesség) és alacsony fizikai aktivitás következménye a folyamat. A magyar lakosság táplálkozási szokásaira összességében a túlzott energia, zsír, koleszterin, hozzáadott cukor és só, valamint elégtelen élelmi rost bevitel, zöldség és gyümölcs, valamint a kívánatosnál kevesebb teljes kiőrlésű gabonafogyasztás jellemző. A napi átlagos energia bevitel főleg a fiatalabb férfiaknál jóval meghaladja az optimális értéket, amihez az alkoholos italok fogyasztása is hozzájárul. A túlsúly és az elhízás számos betegség kockázati tényezője.

### Egészséges táplálkozás nemek szerinti bontásban

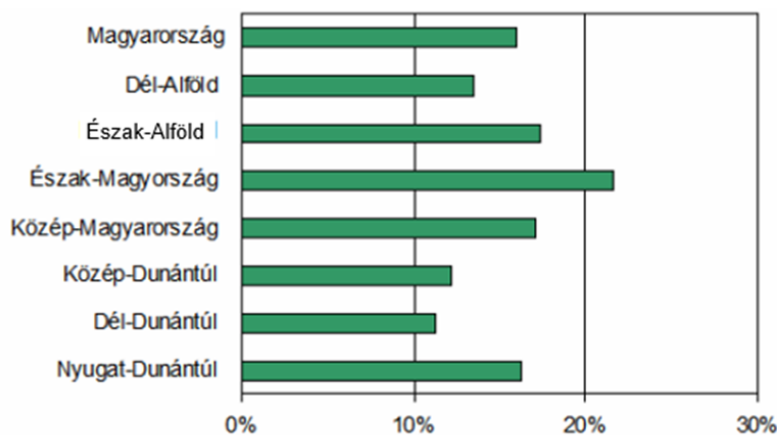


*Forrás: MikroLEF felmérés, 2014*

### 3.6. Fizikai aktivitás

A fizikai aktivitás a betegségmegelőzés vonatkozásában egyértelmű: a nem megfelelő mértékű fizikai aktivitás prevalenciája a krónikus nem fertőző betegségekkel szembeni veszélyeztetettség egyik indikátorának tekinthető. A rendszeres testmozgást nem végzők egyének arányait tekintve a régiók között szignifikáns különbségek találhatóak, és a Nyugat-Dunántúli régió szignifikáns különbséget mutat: a régiókkal összehasonlítva látható, hogy meglehetősen magas a nem megfelelő mértékű fizikai aktivitást végzők aránya, azaz ebből a szempontból kedvezőtlen helyzetben van. A Nyugat-Dunántúli arány a magyarországi átlaghoz közelít

*Nem megfelelő mértékű fizikai aktivitást végzők aránya, Magyarországon és a régióiban*



*Forrás: OLEF jelentés*

A testsúly jelentős mértékét a megfelelő testmozgás hiány is okozza. A lakosság harmada szinte egyáltalán nem végez fizikai mozgást, a fiatal nők harmada, és a férfiak ötöde is csak ritkábban, mint hetente végez testmozgást. A lakosság szabadidős fizikai aktivitása átlagosan nem haladja meg a napi tíz percet. Legkevesebben az aktív dolgozók közül mozognak, ami nagyrészt a szabadidő hiányával hozható összefüggésbe.

A felnőttek életmódjába ritkán épül be a rendszeres testmozgás. A munka nélkül állók a lehetőség és a sportolási igény hiánya miatt nem végeznek ilyen jellegű tevékenységet.

### **3.7. Testtömeg index**

A túlsúly és az elhízás számos betegség és kóros állapot tekintetében jelent kockázati tényezőt.

Az ELEF eredményei az elhízás mértékét az általánosan elfogadott testtömeg-index (TTI), azaz a kilogrammban mért testtömeg és a méterben mért magasság négyzetének hányadosával adják meg. A felmérés eredményei szerint a lakosság 54%-a túlsúlyos vagy elhízott kategóriába tartozott 2014-ben. A nemek között lényeges eltérést figyelhetünk meg: míg a nők 49%-ának, addig a férfiak 62%-ának volt magas a testtömegindexe 2014-ben. Korcsoportok szerint a fiatal nők 23%-a, míg a fiatal férfiak 39%-a volt túlsúlyos vagy elhízott. Az életkor előrehaladtával ez az arány egyre nőtt, a középkorú nők 53%-a, a férfiak 71%-a, valamint az idősebb nők 65%-a és az idősebb férfiak 72%-a volt túlsúlyos vagy elhízott.

Ez Zalaapáti településen sem mutat szignifikáns különbséget: az kor előrehaladtával nő a testtömegindex.

## **4. FŐBB EGÉSZSÉGÜGYI PROBLÉMÁK ÖSSZEFOGLALÁSA**

### **4.1. Demográfiai problémák**

- Előregedő lakosság, a hatvan év feletti növekvő aránya
- Születéskor várható átlagos élettartam messze elmarad az Európai Unió átlagától
- A családi struktúra előnytelen alakulása, a társ nélkül élők növekvő száma
- Alacsony születési szám
- Rossz halálozási mutatók
- Negatív természetes szaporulat
- Fiatalok elvándorlás

#### 4.2. 7.2. Morbiditás, mortalitási problémák

- A vizsgált betegségcsoportok szinte mindegyikében magasabbak voltak a halálozási mutatók az országosnál
- Az elkerülhető halálozás magas aránya
- A nők körében a kiemelt halálokok közül a szív érrendszeri betegségek, az agyérbetegségek és az idült alsó-légúti betegségek esetében haladják meg az országos szintet
- A lakosságot érintő betegségmegelőző, úgynevezett rizikó állapotok szintje
- Az orvos-beteg találkozások magas száma ellenére alacsony a szűrővizsgálatokon való részvétel, nem megfelelő a krónikus betegségek gondozása.
- Rossz gazdasági-munkaügyi helyzet összefüggése a lelki betegségekkel

*A gyakoribb krónikus betegségek előfordulása a felnőttek körében*

	<b>Nők (az adott csoport %-ában)</b>	<b>Férfiak (az adott csoport %-ában)</b>
Magas vérnyomás	37,2	35,8
Iszkémiás szívbetegség	10,2	12,8
Cerebrovaszkuláris betegségek	3,9	4,7
Cukorbetegség	7,8	7,4
Zsír anyagcsere zavarok	25,4	26,8
Krónikus légúti betegségek	2,87	5,03

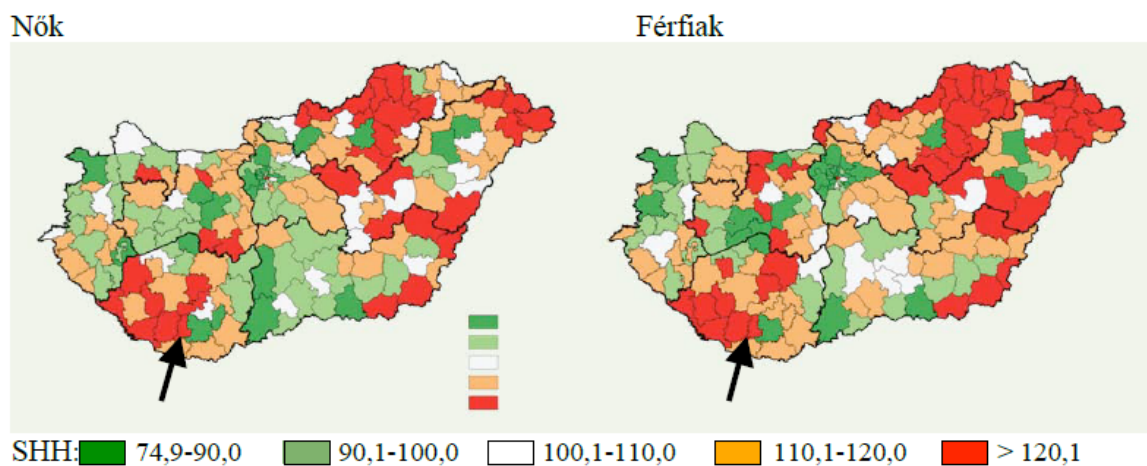
Az egyes betegség-féleségeknél tapasztalt eltérő értékek adódhatnak a populáció sajátosságaiból, de gyakori, hogy a betegség felismerése késik (rejtett morbiditás). Ezen a korcsoportonként előírt rendszeres szűrővizsgálatok mind szélesebb körű elvégzése javíthat. Az anyagcsere, a szív- és érrendszeri betegségek szűrése döntően a házi orvosok feladata. A daganatos betegségek szervezett szűrését az ÁNTSZ (Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat) koordinálja, az alapellátásnak itt mozgósító, motiváló szerepe van. A daganatos betegségek szűrésein tapasztalt alacsony részvételi arány, illetve a daganatos betegségek előfordulásának nagy száma, és az ebből adódó magas halálozás figyelmeztető jel, a megelőzés hiányosságaira utal.

Az úgynevezett kampány szűrések, amikor különböző rizikó faktorok alkalmi beazonosítására kerül sor, inkább figyelem felkeltők, mintsem eredményesek.

A felismert krónikus betegségek gondozása döntően az alapellátásban történik. A gondozás rendszerezett és folyamatos megvalósulása csökkentheti csak a szövődmények kialakulását, mérsékelheti a halálozást. A gondozási munka számos esetben interdiszciplináris, amikor több szakorvosnak is szerepe van a beteg ellátásában. Ennek szervezése, az eredmények átfogó értékelése, a szükséges életmódbeli, és gyógyszeres változtatások felügyelete szintén a háziorvosok kompetenciája.

A gondozás eredményességét nagymértékben befolyásolja az érintett személy együttműködési készsége. A kontroll vizsgálatokon való megjelenés, vagy több betegségnél az otthoni önellenőrzés megvalósulása, az előírások betartása, a gyógyszereszedés rendszeressége nagymértékben múlik a betegeken. Az együttműködést jelentősen javíthatja a beteg edukáció, aminek szervezett formái a betegszervezetek, helyi klubok segítségével biztosíthatók.

Az elkerülhető halálok kistérségi megoszlása Magyarországon (2006-2008)



Az elkerülhető halálozásnak nevezik azt, amikor az alapul szolgáló betegség időben történő felismerése és megfelelő kezelése esetén a halál bekövetkezése elkerülhető. Ezt az ellátás minőségi indikátorának is tekintik a fejlett országokban.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a magas – és egyre növekvő tendenciát mutató - halálozás a legnagyobb mortalitási probléma. Az elkerülhető halálozás aránya szintén magas. A lakosságot érintő betegségmegelőző, úgynevezett rizikó állapotok szintje szintén magas. Az orvos-beteg találkozások magas száma ellenére a szűrővizsgálatokon való részvételi arány alacsony, a krónikus betegségek gondozása nem megfelelő. A rossz gazdasági-munkaügyi helyzet lelki betegségek kialakulásához vezethet.

### **4.3. . Gazdasági problémák**

- Alacsony jövedelmi viszonyok
- Munkalehetőségek hiánya
- A mezőgazdasági és egyéb helyi vállalkozások alacsony gazdasági potenciálja, a termelés szintje nem képes eltartani a vele foglalkozót, így alkalmazott sincs
- Nagyon minimális az ipari, termelő jellegű vállalkozás

### **4.4. . Foglalkoztatottsággal kapcsolatos problémák**

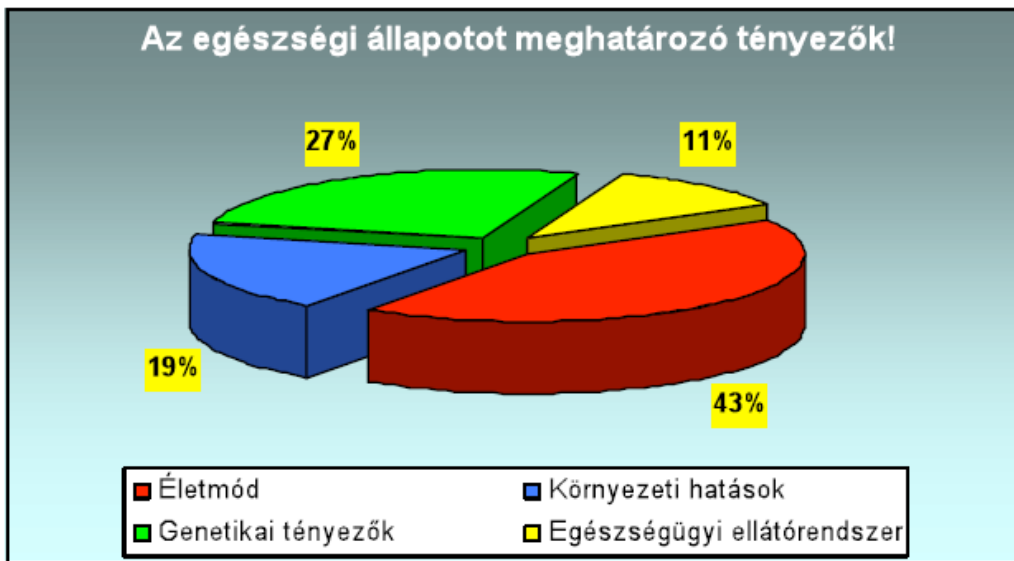
- Kevés a munkalehetőség
- Az iskolai végzettség hiánya
- Adott rétegeknél kérdéses a munkára való hajlandóság
- A munkalehetőségek alacsony száma miatt az ingázók aránya magas, de a munkahelyek ritkábban választanak bejáró dolgozókat
- Nincs összhangban a szakképzés és a munkaerő piaci igény
- Vállalkozási hajlandóság alacsony foka

### **4.5. Az egészségtudatos magatartás hiányából fakadó problémák**

Életmódbeli sajátosságok

A betegségek és halálozási mutatók hazánkban lényegesen rosszabbak az EU-s országokhoz viszonyítva. Az egészségi állapotot az egyéni adottságok (genetikai tényezők) mellett döntően az életmód és a környezet befolyásolja. Az egészségügyi ellátó rendszer tevékenységének direkt befolyását mintegy 11%-ra becsülik.

Az egészség determináns tényezői



*Forrás: Hungarostudy Egészség Panel felmérés*

A lakosság egészének életmódjára nincsen rálátásunk. Az életmód, és az egészségi állapot kapcsolata jól ismert, de ennek részjelenségei nem, vagy nagyon korlátozott módon ítélnél meg. Az idevágó hazai vizsgálatok (Hungarostudy, Kopp M.) szerint a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet nem önmagában idézi elő a betegségeket, hanem az abból adódó élethelyzeti problémákkal való megküzdés elégtelensége vezet a betegség állapotokhoz. Külön kiemelhető a krónikus stresszek szerepe, ami a lemaradás, marginalizálódás szubjektív megélésén keresztül kezdetben súlyos szorongást idéz elő. Amennyiben a belső és külső erőforrások mozgósítása elégtelennek bizonyul, a helyzet kilátástalansága tartós depressziós tünetegyüttest idéz elő, a problémák megoldhatatlansága testi-lelki kimerültségbe torkollik. Az érzelmileg negatív megélés tartós kontrollvesztésben nyilvánul meg, a reménytelenség, a magára hagyottság érzése az élet minden területére áttérjed, és kimutatható élettani változásokkal jár. Ezeket a hatásokat a társadalomban észlelhető visszaesések még tovább fokozzák. Az anómia érzése, miszerint a boldogulást csak a szabályok és törvények megszegésével érhetjük el súlyos értékzavart idéz elő, melynek a fiatalabb korosztály fokozottan van kitéve. Az élet céltalan és értékrend nélkülivé válik, az egyén sodródik az eseményekkel, „tanult tehetetlenségünknek” köszönhetően fokozottan vagyunk kitéve a negatív környezeti mintáknak. Ezek a folyamatok fokozottan érvényesülhetnek a kisebb közösségek, egyes korcsoportok, vagy különösen a hátrányos helyzetű (nép)csoporthoz esetében. Az értékrend, az anómia és az ezzel összefüggő értékvesztés szoros kapcsolatban áll

bizonyos betegség megelőző állapotokkal, amik a civilizációs betegségek alapját képezik. A „tanult tehetetlenség” lelki állapot ellentéte a „tanult forrásgazdagság” ami döntően azon a felismerésen alapul, hogy az életnek értelme van, a felmerülő nehézségek leküzdhetők.

Az említett Hungarostudy vizsgálatok arra is rámutattak, hogy szoros kapcsolat van az élet értelme érzés és az egészségi mutatók között. A koherencia érzés, magába foglalja a sikeres megküzdés, az erőforrások mozgósításának képességét, ami egy adott helyzet megoldásához kell.

A krónikus betegségekhez vezető leggyakoribb életmódbeli tényezők: a dohányzás, a nem megfelelő táplálkozás, a fizikai aktivitás alacsony szintje és az ezek miatti túlsúly, elhízás.

- Nincs meg a felismerés az életmód és az egészségi állapot összefüggése között
- Az egészséges életmód elemeinek ismerete és megvalósítása közti differencia
- Az életmód változtatás korlátai, támogatás hiánya
- Túlterheltség, a napi stresszhelyzetek kezelésének nehézségei
- Növekszik a dohányzó és rendszeresen alkohol fogyasztók száma

#### **4.6. . Oktatás és képzés területén mutatkozó problémák**

- Nem megfelelő az együttműködés az egészségügy egyes szintjei között
- Az egészségfejlesztő tevékenységhez, programokhoz nincs hozzárendelt megfelelő költségvetési forrás.
- Az egészségfejlesztésben közreműködő szakemberek tevékenységének módszertani támogatottsága, képzése hiányos.
- A dohányzás, az alkoholfogyasztás és a drogfüggőség egyre nagyobb arányú előfordulása. A leszokni vágyók támogatásának korlátai.
- Helytelen táplálkozás, mozgásszegény életmód, ami már a fiatalok körében is észlelhető
- Egyes betegségek (elhízás, diabetes, magas vérnyomás ...) előfordulásának magas aránya, a gondozás elégtelen szintje

#### 4.7. Szociális téren mutatkozó problémák

A település szerkezet, a munkahelyek elérhetősége szintén meghatározó e tekintetben.

Az alacsonyabb szociális nivó mellett élőknel az egészséget meghatározó életmódbeli tényezők is előnytelenül alakulnak. A rosszabb lakhatási körülményeken és higiénés viszonyokon túl gyakoribbak a különböző életvezetési zavarok, addikciók. Magasabb a fel nem ismert kórmegelőző állapotok, betegségek aránya. A krónikus betegségek gondozásánál gyakrabban fordulnak elő adherencia problémák, aminek egy része szintén visszavezethető szociális okokra. Összefoglalva elmondható, hogy a rászoruló emberek aránya nő, erőforrások és anyagi lehetőségek azonban csak korlátozottan állnak rendelkezésre. A leszakadókat azonban egyre nehezebb visszaállítani a normális társadalmi életbe.

- Egyre több a rászoruló ember
- Korlátozott erőforrások, anyagi lehetőségek
- A leszakadókat egyre nehezebb visszailleszteni a normális társadalmi életbe

#### 4.8. Sport, szabadidő, kultúra területén mutatkozó problémák

A településen meglehetősen korlátozottak a sportolási, kulturális és a szabadidő hasznos eltöltését célzó programok, lehetőségek. A sportolási lehetőségek behatároltak: a többi hasonló méretű és szerkezetű településhez hasonlóan jellemző a „foci-centrikusság”. Az egyéb, szervezett mozgásformára vágyók kénytelenek a környező nagyobb településekre utazni, ám ez anyagilag is megterhelő lehet, valamint a motivációt is jelentősen visszaveti.

- A sportolási lehetőségek behatárolt volta
- A meglévő sport lehetőség kihasználatlansága pénzügyi okok miatt (a „sportolás drága”)

#### 4.9. Lakókörnyezettel kapcsolatos problémák

- Az itt élők egy része nem teljesen elégedett a lakóhelyével
- A lakókörnyezet szépítése, javítása nagyobb figyelmet érdemel
- Az itt élők többsége szívesen tenne a lakóhely javításért (lehetőség hiánya ?)

A fentiek mellett szükséges célként megfogalmazni az egyenlő esélyű hozzáférés biztosítását az alapszükségletek és szolgáltatások területén, melynek keretében el kell érni:

- a hátrányos helyzetű gyermekek oktatáshoz, neveléshez való hozzáféréseinek javítását,

- a közszolgáltatásokhoz (különösen egészségügyi, szociális, gyerekjóléti) való hozzáférés esélyeinek javítását, valamint az egészségtudatos életmódra való áttérés elősegítését,
- a lakhatási körülmények közötti területi különbségek csökkentését,
- továbbá a társadalmi tőke erősítését, a társadalmi együttélés segítését a helyi közösségek bevonásával.

A társadalmi felzárkózási folyamat csak a szegénységben és hátrányos helyzetben élőkkel (kiemelten romák), az érintett közösségekkel folytatott párbeszéddel és az ő aktív részvételükkel tölthető meg valódi tartalommal. A társadalmi tőke, mint az emberi kapcsolatokban rejlő erőforrás, a kapcsolatok mennyiségének, minőségének és struktúrájának függvényében segítheti az egyén boldogulását, de egyúttal elősegítheti a kollektív cselekvést is, és ez által egy egészséges és prosperáló társadalom kialakítását, fenntartását.

#### **4.10. Társadalmi integrációval kapcsolatos problémák**

- A munkalehetőségek hiánya, rossz anyagi helyzet miatt leszakadók helyzete
- A közösségi életet elősegítő lehetőségek, helyszínek korlátozottak
- A fiatalok többsége kallódik, nincsenek meg a közösségi fórumok, megfelelő helyszínek

Helyzetelemzés által feltárt problémák összefoglalása

Az egészségterv önmagában nem képes a helyzetelemzés alapján kirajzolódó valamennyi probléma megoldására.

Az önkormányzat különböző fejlesztési terveiben foglaltak szerint, egy-egy részterületet érintő felvetődött problémákat, célzott koncepciója keretében lehet és kell kezelni. A cselekvési célok és programok meghatározása során ezekre a problémákra, illetve megoldási módjukra külön nem térünk ki, csak utalni fogunk.

Közreműködőkkel kötött együttműködési megállapodásokkal, illetve tevékenységük koordinálásával, valamint a nevelési-oktatási intézmények prevenciós tevékenységével lehet eredményeket elérni.

#### 4.11. Mentalhygienes problémák

A pszichés problémákkal küzdő emberek számáról nincsenek pontos adatok, de a háziorvosok jelzései alapján a tényleges pszichiátriai diagnózissal rendelkező betegek száma rohamosan nő, számuk a rendszerváltás óta megduplázódott. Hasonló tendenciák észlelhetők a családsegítő és gyermekvédelmi szolgálat szakembereinek éves statisztikáiban: egyre több az életvezetési nehézséggel, saját problémáival önállóan megbirkózni nem tudó személy.

Senki sem születik pszichiátriai betegnek, élete során válik azzá, - az önálló életvitelt és a cselekvőképességet is érintő „nagy kórképek” esetén legtöbbször fiatal felnőtt korokban. Éppen megkezdtek, vagy meg kellene kezdeniük „nagykorú” kompetens életpályájukat, amikor váratlanul megbetegednek, s ezáltal letérnek a hagyományos életről. Egyre növekszik azon betegségek száma is, melynek okaként a túlhajszolt élet, a stresszes mindennapok, a családi és a munkahelyi problémák, külső káros környezeti tényezők is megjelölhetők.

A mentális betegségekkel élőkkel kapcsolatban gyakoriak az előítéletek, negatív attitűdök. Ez a megítélés erősen negatív hatással van életvitelükre és társadalmi elfogadásukra. Az elmeműködés zavarai akadályozhatják az általánosan elfogadott normákhoz való alkalmazkodást. A „normálistól” való eltérés miatt a közvélemény a pszichiátriai betegeket csökkent értékűeknek tekinti, közvetve és közvetetten is kirekeszti a társadalomból. A pszichiátriai betegek döntő többsége otthon, családi környezetben él. Fontos feladatként jelentkezik ezért a közösségi pszichiátriai ellátás, illetve a nappali ellátást nyújtó intézményi ellátásuk megszervezése

### 5. A LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁNAK LEÍRÁSA

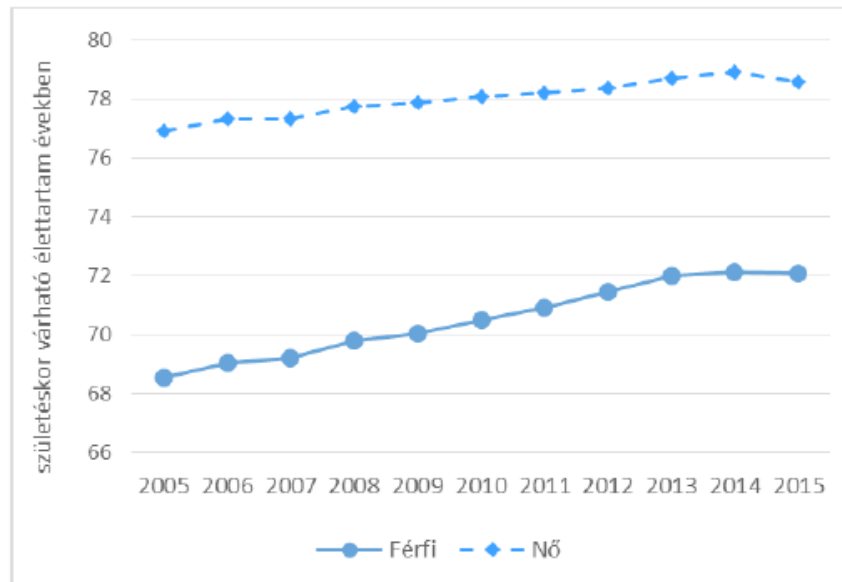
#### . Halálozás főbb jellemzői

A halálozás az egyik legtöbbet használt, hagyományos indikátora a lakosság egészségügyi állapotának.

2015-ben Magyarországon a nők születéskor várható élettartama 79, a férfiaké 72 év volt. A korábban megfigyelhető javulás 2015-ben megtört, mindkét nem értéke alacsonyabb volt az előző évinél. 2015-ben Magyarországon a nőknél minden 6., a férfiaknál minden 3. halálozás a

65 éves életkor előtt következett be. Az ún. korai halálozások kétharmadáért a daganatos betegségek és a keringési rendszer betegségei voltak felelősek.

#### *Születéskor várható élettartam Magyarországon, 2005-2015*



**Forrás: KSH - Tájékoztatási adatbázisa**

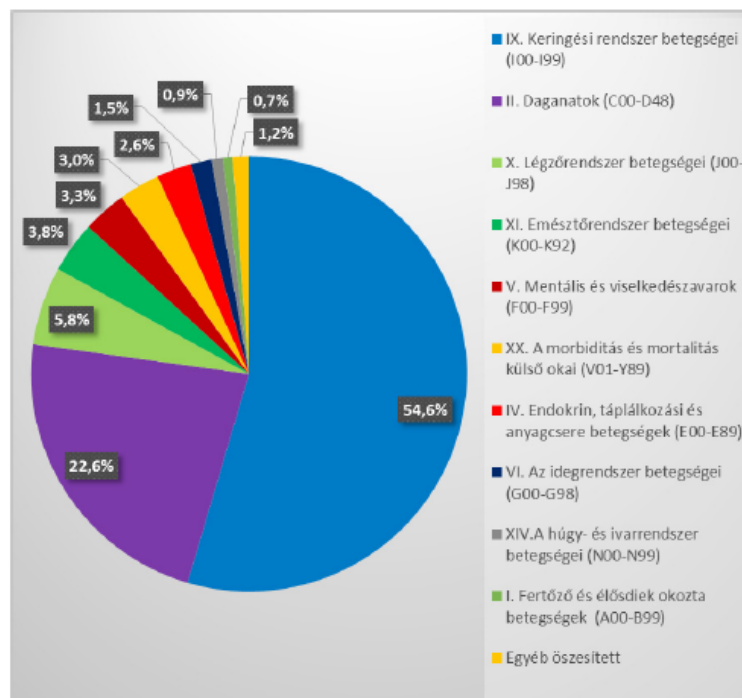
A 2016-os egészségjelentés szerint a halálozás 100.000 főre vetített aránya Magyarországon – a korábbi évekhez hasonlóan – 2005 után is csökkenő tendenciát mutat, azonban még így is több, mint másfélszer akkora, mint az EU15 országokban. A csecsemőhalálozás tekintetében is hasonlóan alakul a magyar helyzet. A munkaképes korú, 65 évesnél fiatalabb nők halálozási aránya közel kétszerese, a férfiaké több mint kétszerese az EU15 országokban tapasztaltnak. A daganatos betegségek közül a nőknél a tüdőrák, a férfiaknál a tüdőrák mellett a szájüregi valamint a vastag-és végbélrák okozta halálozás aránya többszöröse az EU-15-ben mért értékeknek. A keringési betegségek közül az iszkémiás szívbetegség és az agyérbetegség okozta halálozás aránya 3-4-szerese az EU15 országokban tapasztaltnak. A dohányzással összefüggő halálozás aránya az európai trendeknek megfelelően ugyan csökkenő tendenciát mutat, de az EU15-ös országok értékének még így is több, mint a 2,5-szerese. Az alkoholfogyasztással összefüggő halálozás arányára is hasonló megállapítások tehetők. A magyar lakosság egészségében hosszabb ideje megfigyelhető

javulást jelez a halálozás mellett a korlátozottságot is mérő elvesztett egészséges életevek mutató. Ugyanakkor az összes elvesztett egészséges életév Magyarországon 22%-kal haladta meg az EU-ban megfigyelhető értéket 2015-ben. A halandóság földrajzi egyenlőtlenségei

országosan, valamennyi járásra vetítve mérsékeltnek mondhatók, bar a kiugróan magas es alacsony járási értékek között sokszoros különbségek mutathatók ki. A legnagyobb egyenlőtlenség a csecsemőhalandóságban tapasztalható, ahol a legjobb es a legrosszabb járás között mintegy 12-szeres a különbség.

Jelentős különbségek figyelhetők meg a halálokok nemenkénti előfordulásában. 2015-ben a nők összes halálzásának legnagyobb részét a keringési betegségek tették ki, ezt követték a daganatok, majd a légzőrendszer és emésztőszervrendszeri betegségei.

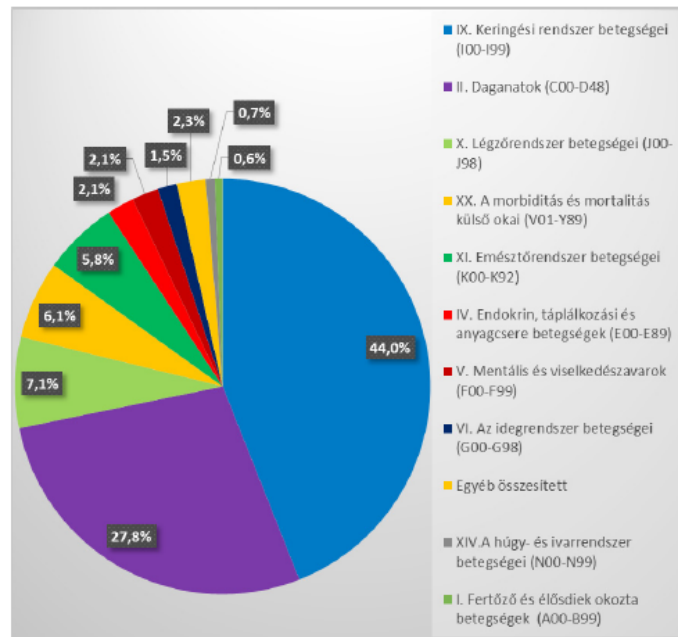
#### A nők halálzásának ok szerinti megoszlása Magyarországon, 2015



Forrás: KSH - Tájékoztatói adatbázis

A férfiak esetében az első két leggyakoribb halálokok nem különbözik a nőknél megfigyelttől, azaz itt is a keringési rendszer betegségei és a daganatok képviselték a legnagyobb részarányt. A harmadik leggyakoribb halálokok a légzőrendszer betegségei miatt bekövetkezett halálzás volt, majd ezt követte a morbiditás és mortalitás külső okai és az emésztőszervrendszer betegségei miatt bekövetkezett halálzás.

## A férfiak összes halálozásának ok szerinti megoszlása Magyarországon, 2015



Forrás: KSH- Tájékoztatási adatbázis

## 6. TELEPÜLÉS BEMUTATÁSA

Zalaapáti Község Zala megyében, a Keszthelyi járásban helyezkedik el. Területe 23,42 km<sup>2</sup>, teljes népessége 2015-ben 1671 fő, népsűrűsége 71.82 fő/ km<sup>2</sup>.

### Zalaapáti elhelyezkedése Magyarország térképén



## Zalaapáti elhelyezkedése



Zalaapáti, a Zala völgyében lévő 1700 lelket számláló település a Zala folyó jobb partján fekszik, melynek "kapujaként" működik az 1959-ben átadott Zala híd.

Kezdetektől az 1019-ben alapított Zalavári Bencés Apátság tulajdona volt, neve is azt tükrözi, hogy az "apáté" (ez a falu). Legkorábbi említéséről 1273-ban kelt oklevélből tudunk.

1715-ben az apátság a göttweigi bencés monostor tulajdona lett, Zalaapátit tették meg apátsági székhellyé. Templomot építettek 1777 és 1781 között a mai egytornyos, egy hajós, hegedűablakos apátsági templomot, melyet Szent Adorján tiszteletére szenteltek. Szentélyének freskóit Joseph Mölck, négy oltárképét Johann Martin Smidt festette. A templom orgonáját 1782-ben Jetter János Jakab kőszegi mester készítette. A templommal egybeépült a Bencés Rendház, az épületben ma Pszichiátriai Betegek Otthona működik.

Több más faluhoz hasonlóan itt is megtalálhatók a kőkeresztek (1769-ből, 1916-ból, és 1944-ből), egy Szentháromság-szobor, egy fakereszt, egy korpusz és egy Nepomuki Szent János szobor. A Jókai utcában található a régi kisnemesi kastély, melyet a Szentkirályi-család épített 1796-ban késő barokk stílusban. Az egyemeletes kastély öthektáros parkja természetvédelmi terület. Az államosítás után Magyarország egyetlen méhészeti szakiskolája működött benne 1990-ig. 1995-ben egy saarbrückeni illetőségű úr vette meg, és kialakította benne Magyarország egyik jelentős antik cserépkályha-gyűjteményét.

Zalaapáti kedvező fekvésénél és történelmi szerepénél fogva jelentős helyet foglal el megyénk falvai között. Kedvező fekvését nemcsak a találkozó utak jelzik, hanem Hévíz, Keszthely és

Kehidakustány közelsége. A közeljövőben megépülő kerékpárút lehetőséget kínál a biciklis turisták számára. A fürdőhelyek közelsége miatt dinamikusan fejlődött a község vendéglátóipara is.

## 7. LAKOSSÁG

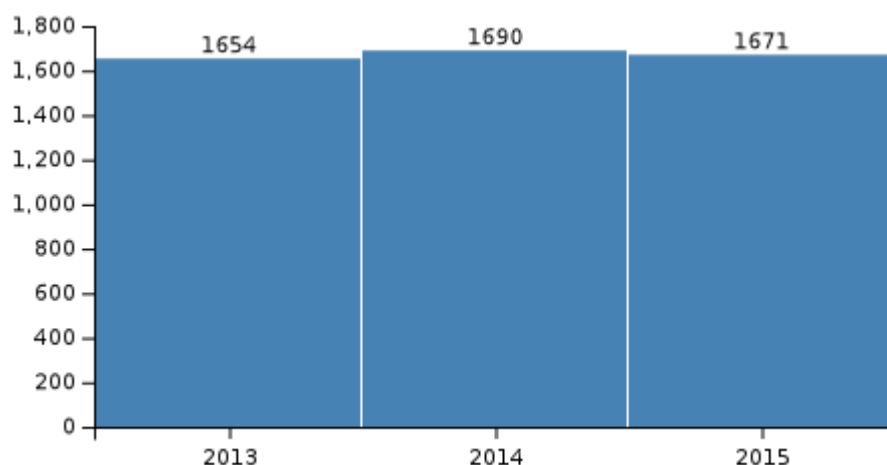
### 7.1. Demográfia, népmozgás

A magyar népesség nemzetközi összehasonlításban is rossz demográfiai mutatói, a magas halandóság hosszú ideje az egészségügy és a társadalom egyik legnagyobb terhe. Több mutató esetében a magyar érték az EU tagországok között a legrosszabbak között van, jóval a hasonló gazdasági fejlettségű országok szintje alatt. Általában Bulgária, Románia, Lettország és Litvánia legrosszabb értékeket képviselő csoportjában helyezkedünk el. A születéskor várható élettartamban 28 ország rangsorában a magyar férfiak a 24., a nők a 26. helyen állnak. 2014-ben a férfiak születéskor várható élettartama 72,2 a nőké 79,3 év volt. 65 éves korban a férfiak mutatójánál már három ország, a nőknél változatlanul két ország értéke rosszabb. Az EU országok átlagához viszonyítva kedvezőbbek és jelentősen javulóik a pozícióink a születéskor egészségesen várható élettartam tekintetében, 2014-ben a férfiak a 18., a nők a 17. helyen álltak. 2014-ben a születéskor egészségesen várható élettartam a férfiaknál 2. ábra: Születéskor várható élettartam és annak egészségesen várható része Magyarországon (2014) 3. ábra: Születéskor várható élettartam és annak egészségesen várható része az EU-ban (2014) Összefoglaló 51 . 5. ábra: Legfontosabb halálokok (2014) 59,2 év, nőknél 60,9 év volt. Azonban 65 éves korra az EU átlagtól való lemaradás emelkedik: a magyar értékek a többi mutatóhoz hasonlóan a rangsor végére, a 24, illetve 22. helyre kerülnek. A betegség miatti korlátozottság és az idő előtti halálozás következtében elveszített egészséges életek mutatójának, a 100 000 lakosra jutó összes korra standardizált egészséges életévvesztésnek az értéke 2014-ben 25,7 ezer év volt, ami a visegrádi országok között a legmagasabb egészségvesztést jelentette. 2014-ben a 10 000 főre jutó standardizált halálozási arány 143,1 volt, férfiaknál 185,2, nőknél 115,3. Ezek a mutatók az EU tagországok között összességében a 24., férfiaknál a 25., nőknél a 26. helyre szorítanak bennünket.

A leggyakoribb halálok a keringési rendszer megbetegedései miatt bekövetkezett halálozás volt (74,0 / 10 000 fő), ezt követte a rosszindulatú daganatos betegségek csoportja (34,9 / 10 000). A keringési rendszer betegségei közül az iszkémiás szívbetegség okozta halálozás (37,9 / 10 000) önmagában megelőzte a rosszindulatú daganatok csoportját. Az iszkémiás szívbetegségek okozta halálozásban a 26., a rosszindulatú daganatok miatt bekövetkezett halálozásban az EU-ban az utolsó helyen állunk. Bár hosszú évek óta csökken a csecsemőhalandóság, 2014-ben 4,6 volt ezer élve születésre számítva, a magyar értéknél öt tagország értéke rosszabb. Mindezen kedvezőtlen eredmények visszatükröződnek a lakosság önbevalláson alapuló egészségi állapotát kifejező mutatóban is, a vélt egészséggel kapcsolatban. Az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) 2014- es adatai alapján a 18 éves vagy annál idősebb magyar lakosok mintegy 60 százaléka vélte úgy, hogy az egészsége jó vagy nagyon jó. A magyar aránynál négy EU-tagország értéke rosszabb.

A 2011-es népszámlálás idején a nemzetiségi megoszlás a következő volt: magyar 92,3%, cigány 3,67%, német 2,68%, román 0,5%. A lakosok 65,1%-a római katolikusnak, 1,65% reformátusnak, 0,5% evangélikusnak, 8% felekezeten kívülinek vallotta magát (24,4% nem nyilatkozott).

#### **Lakónépesség alakulása 2013-2015 között (év eleji adatok)**



**Forrás: KSH adatbázisa**

A KSH legfrissebb, 2016-os adatai alapján a lakónépesség 2016-ban már mindössze 1647 fő volt. A 2000-hez képest, amikor a lakónépesség az év végén 1717 fő volt, ez 4,1%-os csökkenést jelent.

Zalaapáti fogyását több tényező együttes hatása eredményezte: e csökkenés a vándorlási különbözet alakulása és a születések számának csökkenése mellett az ezt meghaladó halálozási arányoknak tudható be.

### Lakónépesség nem szerinti megoszlása

Időszak	Lakónépességből a nők száma az év végén (a népszámlálás végleges adataib... (fő)	Lakónépességből a férfiak száma az év végén (a népszámlálás végleges ada... (fő)
2000. év		
2001. év	874	839
2002. év	865	839
2003. év	872	840
2004. év	847	800
2005. év	854	804
2006. év	848	783
2007. év	840	795
2008. év	855	798
2009. év	855	810
2010. év	857	813
2011. év	845	782
2012. év	845	809
2013. év	856	834
2014. év	846	825
2015. év	851	831
2016. év	830	817

*Forrás: KSH adatbázis*

A nemek arányát tekintve a nők aránya némiképp meghaladja a férfiak arányát: 2016 év végén 830 nő és 817 férfi alkotta a lakónépességet, azaz a férfi/nő arány 49,6/50,4%.

### Állandó népesség kor szerinti megoszlása

Állandó népesség kor szerinti megoszlása (2016)	
0-2 éves	36
3-5 éves	44
6-13 éves	108
14-17 éves	51
18-59 éves	972
60-x éves	495

*Forrás: KSH adatbázis adatai alapján szerkesztett táblázat*

A korosztály szerinti megoszlás megfelel az országos tendenciának: a 18 év alattiak száma 239 fő, ami a teljes lakosság mindössze 14,5%-át jelenti. Ehhez képest a 65 év felettiek száma a teljes lakónépességhez viszonyítva 30%, azaz a 18 év alatti lakosság arányának a duplája. Az

előregedési folyamat gyorsuló tendenciát mutat, és ma már jól érzékelhető a gyermekkorú népesség számának abszolút értékbeli és arányaiban megmutatkozó csökkenése.

### *Éveszületések és halálozások száma a 2000-2016 közötti időszakban*

Időszak	Éveszületések száma (fő)	Halálozások száma (fő)
2000. év	12	40
2001. év	10	31
2002. év	12	48
2003. év	10	29
2004. év	15	34
2005. év	9	31
2006. év	13	31
2007. év	14	25
2008. év	11	35
2009. év	11	37
2010. év	10	27
2011. év	10	39
2012. év	10	31
2013. év	22	26
2014. év	10	22
2015. év	15	38
2016. év	9	23

*Forrás: KSH adatbázisa*

### *Az állandó oda- és elvándorlások számának alakulása és egyenlege*

Az állandó oda- és elvándorlások számának alakulása és egyenlege										
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Odavándorlások száma	93	99	98	113	92	160	112	98	128	80
Elvándorlások száma	91	58	73	94	114	118	81	110	89	105
Egyenleg	2	41	25	19	-22	42	31	-12	39	-25

*Forrás: KSH adatbázisa alapján szerkesztett táblázat*

Az állandó oda- és elvándorlások számát vizsgálva megállapítható, hogy a település nincs kifejezetten előnytelen helyzetben, sőt, az átlagos falvakhoz képest az odavándorlási egyenlege jelentősen kedvezőbb, hiszen 2007 óta az esetek többségében az odavándorlások száma meghaladta az elvándorlások számát. A település népessége ugyanakkor ezzel együtt is csökkenő tendenciát mutat.

A népességcsökkenés tendenciája országos és regionális viszonylatban is jellemző, a városokat és falvakat sem kímélő, néhány kivétellel általánosnak tekinthető folyamat, melynek hatása –

egy-egy évtől eltekintve Zalaapáti települését tekintve is érezhető. A demográfiai adatokat összegezve megállapítható, hogy a lakossága csökkenésében a legnagyobb szerepet a természetes fogyás játssza. A lakosságon belül a fiatalabbak aránya szerényebbnek mondható, ami előre vetíti azt, hogy az elkövetkező évek során nem várható az összlakosság számát érintő csökkenő tendenciában komolyabb – pozitív irányba történő – elmozdulás, hacsak nem sikerül növelni az odavándorlások számát. A fent említett adatok a fiatalabb korosztály arányának csökkenésével párhuzamosan az idősebb korcsoport lakosságon belüli arányának emelkedését vetítik előre a jövőre vonatkozóan

## **8. SZOCIÁLIS, GAZDASÁGI HELYZET, KOMMUNÁLIS ADOTTSÁGOK**

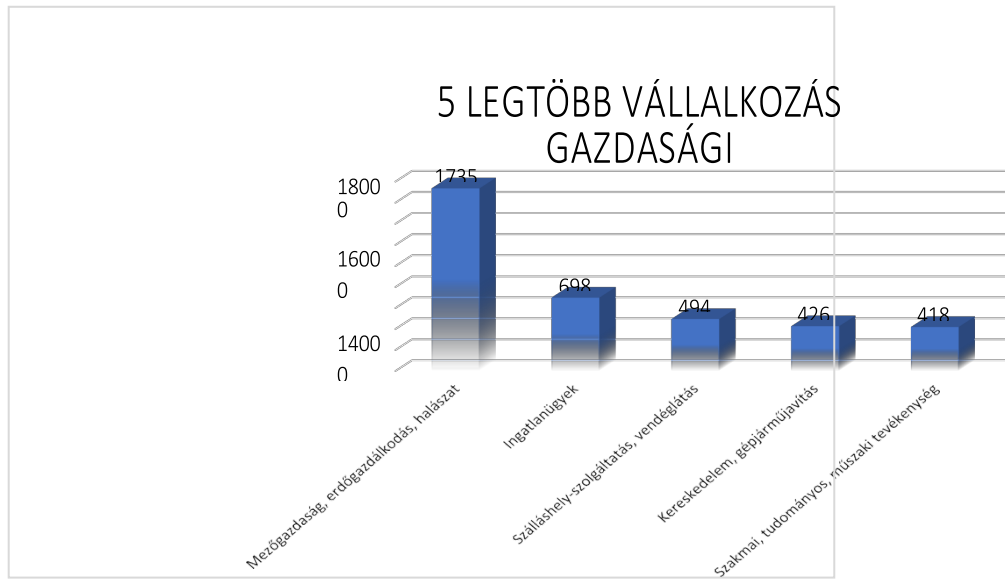
### **8.1. Zala megye gazdasági helyzete**

2018. I. negyedében Zala megyében a regisztrált gazdasági szervezetek száma 55.960 volt, amiből 10 051 társas vállalkozás, 41 392 önálló vállalkozás, valamint 3794 pedig nonprofit szervezet. A gazdasági szervezetek száma 1,8 %-kal magasabb volt, mint 2017 azonos időszakában. Míg a társas vállalkozások száma 1,1 %-kal és a nonprofit szervezetek száma 1,5 %-kal csökkent, az önálló vállalkozások száma 2,9 %-kal növekedett.

Gazdasági ágazatok tekintetében a legtöbb vállalkozás kimagaslóan a mezőgazdaság, erdőgazdálkodás, halászat területén volt (17 354 db), ezt követi az ingatlanügyek (6982 db), a szálláshely-szolgáltatás, vendéglátás (4919 db), kereskedelem, gépjárműjavítás (4260 db) és a szakmai, tudományos, műszaki tevékenységgel foglalkozó vállalkozások (4255 db).

A megye gazdaságának tőkevonzó képessége az elmúlt években jelentősen romlott, különösen igaz ez a külföldi működő tőkére. A beruházások mértéke önmagában növekszik, de ennek aránya az országos átlagoktól elmarad. A megye gazdaságát elsősorban gépipar, fémipar, élelmiszeripar húzza előre, de a termelés egészében a stagnálás, vagy egyes ágazatokban a visszaesés a jellemző folyamat. A mikro-vállalkozások megyei gazdaságban betöltött szerepe elsősorban a foglalkoztatásban, valamint a belpiaci értékesítésben jelentős.

A megye gazdaságának problémáit a bruttó hozzáadott érték gyengesége jellemzi. A termelés hatékonysága önmagában növekszik, ugyanakkor országos összehasonlításban inkább a lassú csökkenés, vagy stagnálás jellemző. Zala gazdaságában inkább a termelő-beszállítói

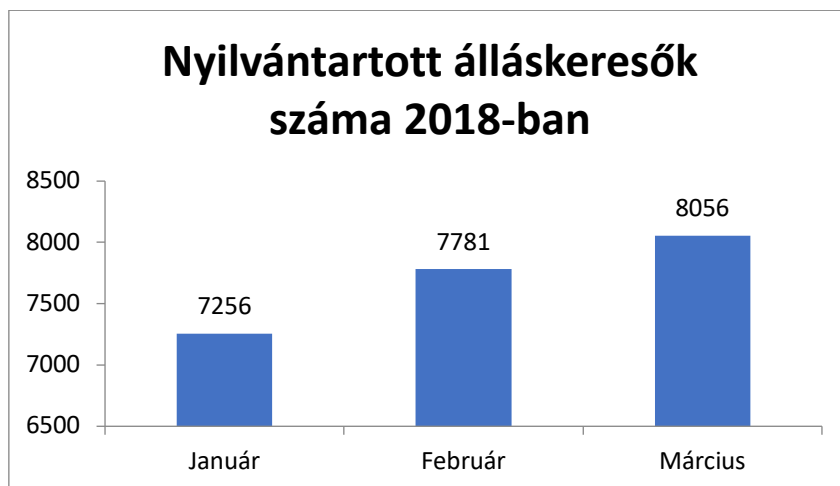


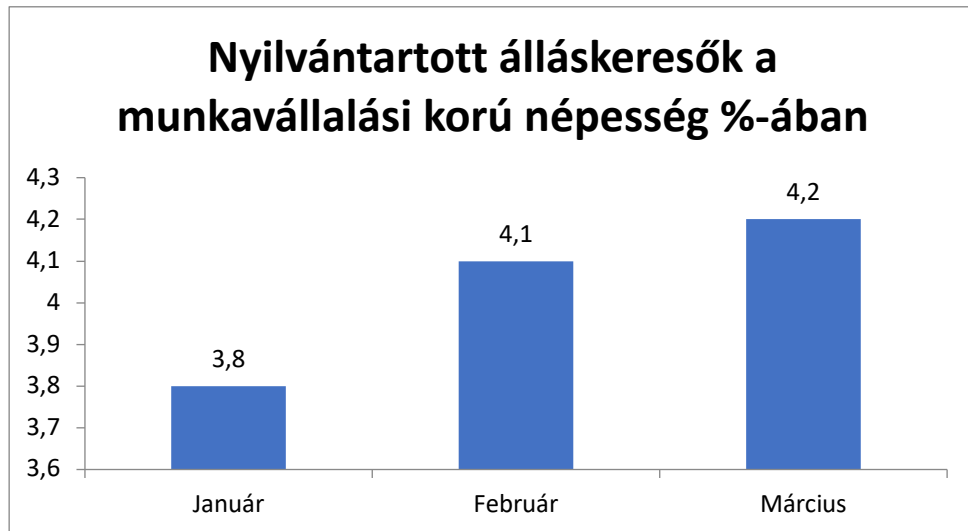
■ 5 legtöbb vállalkozás gazdasági ágazati

tevékenység dominál, amely lassú növekedési potenciáljával, kitettségével sok más tényezőt is meghatározza.

#### Nyilvántartott álláskeresők száma, aránya

Zala megyét tekintve 2018 januárjában a regisztrált álláskeresők száma 7256 fő, februárban 7781 fő, márciusban 8056 fő volt. A nyilvántartott álláskeresők számában jelentős emelkedés mutatkozott





Zalaapáti a Keszthelyi járásban található amely nem tartozik a kedvezményezett települések közé.

#### Nyilvántartott álláskeresők számának alakulása 2000-2006 közötti időszakban

Időszak	Nyilvántartott álláskeresők száma összesen (fő)	Nyilvántartott álláskeresők száma, férfi (fő)	Nyilvántartott álláskeresők száma, nő (fő)
2000. év	38	24	14
2001. év	37	24	13
2002. év	35	17	18
2003. év	41	23	18
2004. év	45	19	26
2005. év	58	34	24
2006. év	61	35	26
2007. év	64	39	25
2008. év	70	51	19
2009. év	79	57	22
2010. év	89	52	37
2011. év	98	54	44
2012. év	84	51	33
2013. év	82	56	26
2014. év	71	51	20
2015. év	48	30	18
2016. év	39	22	17

*Forrás: KSH*

A nyilvántartott álláskeresők száma 2016-ban 39 fő volt, ebből 22 fő férfi, 17 fő nő. A KSH adatai alapján 2016-ban az aktív foglalkoztatáspolitikai eszközzel támogatottak száma 53 fő volt. Ellátásban 19 fő nyilvántartott álláskereső, álláskeresési ellátásban 13 fő, míg szociális támogatásban 6 fő részesült.

### Nyilvántartott lakásállomány száma Zalaapátiban, 2001-2016 között

Időszak ▾	Lakásállomány (db) ▾
2000. év	
2001. év	580
2002. év	585
2003. év	592
2004. év	595
2005. év	598
2006. év	601
2007. év	604
2008. év	605
2009. év	604
2010. év	607
2011. év	604
2012. év	604
2013. év	604
2014. év	604
2015. év	604
2016. év	604

*Forrás: KSH adatbázis*

A lakásállomány a településen lassú fejlődést mutat. A 2001-es adatok szerint Zalaapátiban 580 db lakás volt, 2016-ra ez a szám 604 db-ra nőtt: ez több, mint 4%-os növekedést jelent. 2016-ban az egyszobás lakások száma 22 db, kétszobás lakásokból 191 db, háromszobásból 224 db, 4 és több szobás lakásból 167 db volt a településen.

## 8.2. Vállalkozások megoszlása a térségben

### Vállalkozói lekérdezések 2017. Zala megye

A vállalkozásokat a ZMKIK a megadott paraméterek alapján kereste meg, amelyek Zala megye foglalkoztatási képét jól reprezentálják. Ugyanis a megyében leginkább a mikro- és kisvállalkozások a jellemzők, és az egyéb statisztikai adatokból tudjuk, hogy számuk magas, és az általuk foglalkoztatottak száma is magas. A lekérdezések földrajzi helyét tekintve a megyeszékhely többsége indokolt, tekintettel arra, hogy a megye gazdasági ereje leginkább ide

összpontosul. A lekérdezés képet ad vállalkozók által keresett munkaerő típusáról, a pályakezdeők alkalmasságáról, és kompetenciáiról.

A vállalkozások jellege:

Foglalkoztatottak száma	Ipar	Szolgáltatás	Vendéglátás, kereskedelem	darab összesen
10 fő alatt	3	9	6	18
10-50 főig	9	5	9	23
50 fő felett	7	2	0	9
<b>Összesen</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>50</b>

A vállalkozások földrajzi elhelyezkedése:

	Ipar	Szolgáltatás	Vendéglátás, kereskedelem
Megyeszékhely	12	13	12
Megyei jogú város	1	2	
Egyéb város	3	1	1
Község	3		2
	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>15</b>

A foglalkoztatottak számának változása az elmúlt 1 évben:

Növekedett 15 vállalkozásnál, csökkent 5 vállalkozásnál, nem változott 30 vállalkozásnál

- A vállalkozások munkaerőhiányát fokozza a megyei belföldi elvándorlás magas szintje. Mindennek főbb okai a kistelepülései munkahelyek hiánya, a gazdaság városi koncentrációja, országos összehasonlításban alacsony átlagkeresetek, valamint a megyei képzési kínálat szűkössége. Mindezt fokozza a magas hozzáadott értékű munkahelyek hiánya.
- Aprófalvas településszerkezetből eredő hátrányos élethelyzet.
- A turizmus-vendéglátás erős szezonálisága.

## 9. A TELEPÜLÉS ÁLTALÁNOS EGÉSZSÉGÜGYI HELYZETÉNEK BEMUTATÁSA

Az egészségügyi ellátás 11%-ban befolyásolja az egészségi állapotot.

A település lakosságának egészségi állapota – legyen szó fizikai vagy mentális egészségről – alapvetően befolyásolja teljesítőképességüket, hiszen a munkaerőpiaci versenyképességük elengedhetetlen feltétele, hogy megfelelő képességekkel – ideértve az egészségi állapotot is – rendelkezzenek. A rossz egészségi állapot nem csak nehezíti, de bizonyos esetekben ellehetetleníti a munkavállalást, ugyanakkor növeli a szociális, egészségügyi központi kiadásokat. A településen Zalaapáti Önkormányzat Képviselő – testületének 11 /2016. (IX.23. ) önkormányzati rendelete alapján a település ellátási területén belül a 2 vegyes háziiorvosi, 2 védőnői és 1 vegyes fogászati körzet működik. A háziiorvosi, és a védőnői körzet ellátása Zalaapáti, Bókaháza, Esztergályhorváti és Gétye települések teljes közigazgatási területére kiterjed.

A Zalaapáti I. számú háziiorvosi körzet székhelye:8741 Zalaapáti,Szent István tér 5-6.

A Zalaapáti II. számú háziiorvosi körzet székhelye: 8741 Zalaapáti, Deák Ferenc u. 9.

A háziiorvosi ellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátást az önkormányzat feladat-ellátási szerződés útján biztosítja. Az ügyeleti ellátás helye: 8360 Keszthely, Ady Endre u. 2. szám alatti rendelő

A fogorvosi körzet ellátása Zalaapáti, Bókaháza, Esztergályhorváti, Gétye, Dióskál és Egeraracs települések teljes közigazgatási területére kiterjed. A körzet székhelye: Zalaapáti település. Fogorvosi rendelő címe: 8741 Zalaapáti, Szent István tér 5-6.

A fogorvosi ügyeleti ellátásról ellátási szerződés útján gondoskodik. Az ügyelet telephelye: 8900 Zalaegerszeg, Ola út 16/D. szám alatt lévő fogorvosi rendelő. Az iskola- egészségügyi ellátás a háziiorvos és védőnő együttes szolgáltatásából áll, melyet 8741 Zalaapáti , Szent István tér 5 – 6. szám alatti orvosi rendelőben biztosítanak

### Háziorvosok számának alakulása

Időszak ▾	Háziorvosok száma (fő) ▾
2000. év	2
2001. év	2
2002. év	2
2003. év	2
2004. év	2
2005. év	2
2006. év	2
2007. év	2
2008. év	2
2009. év	2
2010. év	2
2011. év	2
2012. év	2
2013. év	2
2014. év	2
2015. év	2
2016. év	2

*Forrás: KSH*

*A háziorvos ellátásban a megjelentek és meglátogatottak száma 2000 és 2016 között, Zalaapáti községben*

Időszak	A háziorvosi ellátásban a megjelentek és a meglátogatottak száma összesen (eset)
2000. év	15 493
2001. év	15 487
2002. év	15 783
2003. év	16 010
2004. év	16 682
2005. év	19 413
2006. év	21 002
2007. év	18 846
2008. év	19 125
2009. év	19 978
2010. év	21 398
2011. év	20 191
2012. év	19 742
2013. év	19 882
2014. év	19 936
2015. év	20 834
2016. év	20 635

*Forrás: KSH*

A KSH adatbázisa alapján megfigyelhető, hogy az elmúlt másfél évtizedben több mint 30%-kal nőtt az orvoslátogatási esetek száma.

Zalaapáti számára az célszerű lenne a kötelező, illetve önként vállalt pénzben és természetben nyújtott ellátások komplex biztosításával egy olyan többszintű támogatási rendszert megvalósítani, amellyel a rászorult családokat célzottan, az egyéni élethelyzetükhöz igazodóan lehet segíteni.

Az alábbi szociális ellátásokat nyújthatja a település a lakosai számára:

- rendszeres szociális segély,
- időskorúak járadéka,
- rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény,
- rendkívüli gyermekvédelmi támogatás,
- ápolási díj,
- rendkívüli szociális segély,

- temetési segély,
- mozgáskorlátozottak közlekedési támogatása,
- közcélú foglaltatás,
- lakásfenntartási támogatás,
- köztemetés,
- közgyógyellátás.

#### Az alapellátás szükséglet-orientált fejlesztése:

Amennyiben a településnek lehetőség nyílik az alapellátás fejlesztésére, az alábbi szociális szolgáltatásokat nyújthatja a rászoruló lakosok számára:

- étkeztetés
- házi segítségnyújtás
- jelzőrendszeres házi segítségnyújtás
- családsegítés
- közösségi ellátások által biztosított szolgáltatások (pl. szenvedélybetegek közösségi ellátása)
- támogató szolgálat
- nappali ellátás (p. idősek klubja)
- Célszerű a költségek előteremtéséhez uniós, valamint hazai munkaerő-piaci támogatások igénybevétele.

### **9.1. Környezeti tényezők**

A környezet védelme, a természeti értékek megőrzése napjainkra a társadalmi-gazdasági élet meghatározó részévé vált. Ennek alapvető oka egyrészt a hosszútávon nem fenntartható gazdálkodás következtében a természeti erőforrások egyre gyorsabb ütemű felhasználása, másrészt a gazdasági tevékenységek hatásaként a környezetbe kibocsátott szennyező anyagok növekvő mennyisége. A környezeti tényezők jelentős szerepet játszanak az egészségi állapot kialakulásában. Az alábbiakban az egyes környezeti tényezők alakulását ismertetjük Zalaapáti esetében.

## VÍZELLÁTÁS

A község vízellátása a Zalaszentgrót Körzeti Vízbázisról történik melynek üzemeltetője Zalavíz Kft.

## SZENNYVÍZELVEZETÉS

A településen pályázatból 2013 épült szennyviktisztító telep mely a település 437 ingatlanját tudja ellátni. A telepet szintén a Zalavíz Kft. üzemelteti.

## CSAPADÉKVÍZ ELVEZETÉS

Zalaapátiban csapadékvizeinek településen nincs megoldva teljes mértékben a csapadékvíz elvezetése. A probléma átfogó és végleges megoldása azonban nem egyszerű. A csapadék és vízvezető árkok ugyanis nem csak a szélsőséges időjárás miatt válnak alkalmatlanná feladatuk betöltésére. Hanem azért is, mert az elmúlt 25-30 évben a tulajdonosok számos ingatlan előtt elmulasztották az árkok karbantartását, vagy betemették őket. A burkolt szakaszok megfelelő állapotúak, a földmedrek viszont tisztításra, karbantartására szorulnak.

## TALAJ- ÉS VÍZVÉDELEM

A település ivóvízellátása regionális vízhálózatról történik, a területét sérülékeny üzemelő ivóvízbázis védő területe nem érinti.

## LEVEGŐ MINŐSÉG

Zalaapáti település levegő minőségi állapotát jellemzően a közlekedési eredetű légszennyezőanyag kibocsátás határozza meg. A település közigazgatási területe az 75. számú országos II. rendű főút mentén KNY-i irányban húzódva helyezkedik el. Jelentős környezetterhelő hatású légszennyezőanyag-kibocsátó a település belterületén nem található. A településen nincs bejelentés köteles légszennyezőanyag kibocsátó telephely.

A település levegő minőségi állapotára a közlekedésből származó gyakorolja a legnagyobb hatást a meghatározó és viszonylag nagy forgalmú közlekedési útvonalak miatt. A közlekedés légszennyező anyag kibocsátása az út mellett elhelyezkedő területeken észlelhető légszennyezőanyag-terhelés.

A levegő terheltségi szint határértékeit és a helyhez kötött légszennyező pontforrások kibocsátási határértékeit a 4/2011.(I. 14.) VM rendelet tartalmazza. A község jelenlegi

állapotának megfelelő, az alapállapotot jelentő levegő minőségi helyzetének megítéléséhez a terület légszennyezettségi paramétereit az egészségügyi határértékekkel kell összevetni.

#### A HULLADÉKGAZDÁLKODÁS HELYZETE

Jelenleg a településen megoldott a kommunális jellegű szilárd hulladékok engedéllyel rendelkező lerakóba való szervezett szállítása. A folyékony szennyvizek a helyi szennyvíztisztítóba kerülnek.

A településen keletkezett lakossági hulladék összetétele rendkívül inhomogén, nagy szervesanyag-tartalmú háztartási hulladék mellett tartalmaz még vegyes kerti és veszélyes hulladékot (növényvédőszeres göngyöleg, lejárt szavatosságú gyógyszer, használt elem, stb.) is, ezért elhelyezését rendkívüli gondossággal kell megoldani. A veszélyes hulladékok gyűjtésére, kezelésére, tárolására és ártalmatlanítására a 98/2001. (VI.15.) Kormányrendelet előírásai vonatkoznak. A veszélyes hulladék termelő köteles gondoskodni a hulladékok előírás szerű kezeléséről, melynek elsődleges célja, hogy megakadályozza a hulladék talajba, felszíni- és felszín alatti vízbe és levegőbe jutását.

#### ZAJ ELLENI VÉDELEM

Zalaapáti település közigazgatási területe az 75. számú országos II. rendű főút mentén KNY-i irányban húzódva helyezkedik el. A közlekedési eredetű zajforrások közül a közúti közlekedésből eredő zajkibocsátás terheli elsősorban a települési környezetet.

A közúti közlekedés által okozott zajterhelés alapvetően a járműforgalom nagyságától, összetételétől, azok haladási sebességétől és a környezet beépítettségétől függ. A kialakuló zajterhelés nagyságát befolyásolja továbbá az útpálya kialakítása, az útburkolat minősége, az út emelkedése, és a zaj terjedésére hatással levő egyéb körülmények. A települést érő, a közúti közlekedésből eredő terhelések nagysága, a zajkibocsátás mértéke számítással jól meghatározható. A település esetében megállapítható, hogy az 75. számú országos II. rendű főút mellett közvetlenül elhelyezkedő területeket a megadott irányértéknél sem a nappali, sem az éjszakai időszakban nem éri nagyobb mértékű terhelés a közúti forgalom által.

Az ipari jellegű zajforrások terhelő hatása kisebb területet érint, hatása azonban koncentráltabban jelentkezik. A gazdasági funkciójú területek a lakóterületektől nagy távolságban találhatóak, ezért az ott folytatott tevékenységek nem jelentenek terhelő hatást. A település teljes területén megengedett az 1-2 fős vállalkozások végzése, melyek igen nagy

számban található a lakóterületen (épületasztalos, kőműves, autószerelő). Ezek esetenként jelentenek kisebb mértékű zajterhelést a környezetükre. A település ingatlanjainak többségén magángazdálkodással foglalkoznak. Ezek zajhatása elhanyagolható. Összefoglalóan megállapítható, hogy a települési környezet zajhelyzete jelenleg kedvezőnek ítélnélhető.

Helyzetelemzés által feltárt problémák	Problémák kezelésének közvetlen és közvetett eszközei	Problémák kezelésére a részterületet érintő célzott koncepciók
<ul style="list-style-type: none"> <li>- A lakónépesség fogyása.</li> <li>- A népesség elöregedése.</li> <li>- A születéskor várható alacsony élettartam.</li> </ul>	<p>A foglalkoztatható lakosság egészségi és képzettségi szintjének növelésével, a létbiztonság megteremtésével javíthatók a</p>	<p>Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció, Sportkoncepció,</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- helytelen táplálkozási szokások,</li> <li>- mozgásszegény életmód.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intézményi étkeztetések reformja.</li> <li>- helyi szükségleteket kielégítő vállalkozások</li> </ul>	<p>Sportkoncepció Gazdasági program</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- mozgásszervi, szív- érrendszeri, daganatos megbetegedések.</li> <li>- káros szenvedélyek.</li> <li>-A levegőszennyezettség, elsősorban közlekedés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- környezetvédelmi programban és a terület fejlesztési programban rögzítettek teljesítésével kezelhető problémák.</li> </ul>	<p>Településfejlesztési Koncepció, Szociális Szolgáltatásszervezési Koncepció</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- foglalkoztatási lehetőségek szűkösége.</li> <li>- alacsony jövedelmek, és nyugellátások.</li> </ul>	<p>Munkaügyi Központtal történő szoros együttműködés révén időszakos foglalkoztatás, képzés és átképzés enyhíti a problémát.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- szélesebb körű nyilvánosságot adni a</li> </ul>	<p>Integrált Településfejlesztési Stratégia, Közfoglalkoztatási Program Szociális Szolgáltatásszervezési Koncepció,</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- dohányzók magas száma munkanélküliek, rossz anyagi körülmények között élők körében</li> <li>- a rendszeresen alkoholt fogyasztók száma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- életmód programok folyamatosabbá tétele,</li> <li>- a tömegsport igények feltérképezése, rendezvények propagálása, kiszélesítése.</li> </ul>	<p>Szociális Szolgáltatásszervezési Koncepció,</p>

<p>- egészségügyi szerek, szolgáltatók egészségfejlesztő tevékenysége nem működik kellő hatékonysággal.</p>	<p>-egészségkárosító magatartások visszaszorítása, -betegségek megelőzése, -az egészséges életmód népszerűsítése.</p>	<p>Szociális Szolgáltatásszervezési Konceptió, Gazdasági program,</p>
<p>-hiányos a segítő hálózat szereplői közötti információs kapcsolat, koordináció, együttműködés - pályázati források előre nem kiszámíthatóak - egészségfejlesztéshez szükséges humán erőforrás csak részben áll rendelkezésre</p>	<p>- segítő információs rendszerének kiépítése, rendszeres fórumok szervezése. - szak emberek, önkéntesek képzése továbbképzése. - pályázati lehetőségek igénybevétele és terjesztése.</p>	<p>Gazdasági program, Szociális Szolgáltatásszervezési Konceptió, Integrált Településfejlesztési Stratégia, Kulturális Konceptió</p>

## 10. CÉLOK MEGFOGALMAZÁSA

A társadalom megújulásának, de éppúgy a területi kiegyenlítésnek is feltétele, hogy a társadalmi különbségek csökkenjenek, a szegénységben és kirekesztettségben élők száma mérséklődjön, éppen ezért le kell küzdeni vagy át kell hidalni azokat az akadályokat, amelyek az élet különböző területeit alakító szolgáltatásokhoz való hozzáférésüket jelenleg gátolják. Az egészségügy mellett az oktatási, továbbá a tanulást és a társadalmi befogadást támogató kulturális intézményrendszer minőségi működése és az egyenlő esélyű hozzáférés biztosítása (neveléshez, oktatáshoz, képzéshez és információhoz) legalább olyan fontos a foglalkoztatás erősítése szempontjából. Mindemellett biztosítani kell, hogy a jelenleg a társadalom periferiáján élők kapcsolatai erősödjenek és kitáguljanak, ezáltal aktív részesei lehessenek a közösségi és társadalmi életnek, és rendelkezzenek az életüket befolyásoló döntés képességével. A megújulást elősegítendő a többségi társadalom vonatkozásában is célként kell, hogy megfogalmazódjon az állampolgári aktivitás, az egyéni és a közösségi öngondoskodás előmozdítása, a társadalmi felelősségvállalás, az aktív közösségi szerepvállalás és önkéntesség fejlesztése, a társadalmi tőke, illetve az értéktudatos és szolidáris helyi közösségek (önszerveződésének) megerősítése. Mindez lehetővé teszi az emberek együttműködését a különböző csoportokban és a csoportok között egyaránt. A célkitűzések megvalósulása nem csupán az átfogó cél megvalósulására lehet közvetlen hatással, hanem a fejlesztések révén hozzájárul a megyei kohézió erősítéséhez, a jelenlegi területi hátrányok mérsékléséhez, a ma még elmaradott térségekben élők életminőségének érdemi javításához is.

Az egészségi állapotot meghatározó tényezők települési szintű befolyásolására az település vezetősége néhány esetben közvetlenül képes, más feltételekre való ráhatása csak közvetett lehet, illetve vannak olyan tényezők, amelyek csak magasabb szintű, társadalompolitikai síkon kezelhetők.

Az egészségfejlesztési célok meghatározásánál a település vezetőségének is át kell gondolnia, hogy mit tud tenni, mivel tud hozzájárulni települési szinten mindazokhoz a tényezőkhöz, amelyek az élhetőbb élettér, az egészségesebb környezet, a lakosság egészségesebb életmódjának megvalósítását célozzák.

### **10.1. Rövidtávú célok**

- Az egészséges táplálkozás, illetve energia egyensúly megtartásának segítése, életmódbeli tanácsadás
- A lakosság rendszeres testmozgását elősegítő programok
- Dohányzást megelőző, és leszokást segítő komplex viselkedésterápiás csoport
- Öngondoskodás képességének fejlesztését célzó programok, életmód váltásra kényszerülő rizikó csoportok és betegcsoportok számára

### **10.2. Középtávú célok**

Az Egészségterv megvalósításának sikere döntően annak a függvénye, hogy a lakosság mind szélesebb körét aktív résztvevőként tudjuk bevonni. Ez a meglévő erőforrások hatékonyabb működtetése mellett az résztvevők együttműködési készségének javításával, és új szereplők bekapcsolásával érhető el. Erre a következő lehetőségek kínálóznak:

Nyilvánosság, megfelelő kommunikáció, lehetőleg kétirányú információ áramlással, ami lehetővé teszi a hatékony párbeszédet (ld. Az egészségterv kommunikációja)

Az egészségügyi és szociális ellátás együttműködésének javítása, bizonyos területek integrációjával, rendszeres feladat egyeztetéssel, folyamat kontrollal.

A civil szervezetek szélesebb körű bevonása a feladatok megosztása, a programok hatékony megvalósítása céljából. Rendszeres (évenkénti) egyeztetés a partnerekkel: munka- és programtervek, konszenzus kialakítása.

A pénzügyi alapok biztosítása: az egészségügyi ellátást, egészségfejlesztést támogató források kiegészítésére pályázatokon való részvétel.

### **10.3. Hosszútávú célok**

Az Egészségterv hosszú távon nemcsak a jelenlegi egészség mutatók javítását célozza, hanem a lakosság életminőségének jobbítása is megfogalmazódik benne. Mindezt úgy próbálja megvalósítani, hogy az egyén, és a közösség mindinkább képessé váljon a saját sorsának pozitív alakítására. Ez nemcsak az életmód megváltoztatására irányul, hanem az élettér, a lakókörnyezet fejlesztését is magában foglalja.

Olyan élhető környezet kialakítására irányul, ahol a polgárok közérzete, elégedettsége az egyik fő mérőszáma a település fejlettségének. Az együttes erőfeszítések kovácsolják valódi közösségé az itt lakó polgárokat, és az egymás iránti felelősség érzése az, ami átsegítheti a települést a mindennapok nehézségein, hogy ne feledkezzen meg egyetlen polgáráról sem, és nyújtson kezet a segítségre szorulóknak.

## **11. PRIORITÁSOK ÉS STRATÉGIAI JAVASLATOK A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI HELYZET JAVÍTÁSÁRA**

A település lakossága az egészségi állapotának és egészségmegtartásának rendszeres követése lehetővé teszi a problémák azonosítását, elemzését, megoldásukra programok kidolgozását. Szükséges, hogy a lakosság egészségi állapotára és az azt befolyásoló tényezőkre vonatkozó adatokat egységes szempontok szerint gyűjtsék, rögzítsék és feldolgozzák.

Kiemelten ajánlott a dohányzás és az alkoholfogyasztás csökkentése, illetve az egészséges táplálkozás és testmozgás előmozdítása:

- lakossági egészségmegőrző programok rendszeres szervezése
- iskolai egészség-megőrzési programok szervezése
- munkahelyi testmozgás feltételeinek javítása

A szűrővizsgálatok szervezése és elérhetővé tétele kiemelten fontos. A cukorbetegség, a zsíryanycsere-zavarok és a magasvérnyomás szűrése, és az e betegségekben szenvedő páciensek gondozási színvonalának javítása a háziorvos ellátás rendszerére építve szintén kritikus fontosságú.

## **12. AZ EGÉSZSÉGTERV KOMMUNIKÁCIÓJA**

Az egészségterv megvalósulása alapvetően azon múlik, hogy a kitűzött célokkal az itt lakók mennyire tudnak azonosulni, és mekkora hajlandósággal kapcsolódnak be azokba. Ezt részben a korábbi értékrendjük, az egészséggel kapcsolatos nézeteik és egészség magatartásuk szabja meg, másfelől azok az új információk, amiket a jelenlegi helyzetről, a megoldási lehetőségekről megismernek valószínűleg módosíthatják a lakosság attitűdjét az egészség megtartás vonatkozásában. Ezért a nyilvánosságnak kiemelt szerepe van.

Terveink szerint az egészségterv egésze hozzáférhető lesz az önkormányzat internetes honlapján. Rövidített, figyelem felkeltő változatát pedig nyomtatott formában eljuttatjuk minden a programokon résztvevő helyi családnak.

A program operatív akcióiról, az egészségmegtartást szolgáló foglalkozásokról, rendezvényekről folyamatosan tájékoztatjuk a lakosságot.

Az utóbbi célt szolgálnák az írott hirdetések, szórólapok, tematikus kiadványok, amikkel közvetlenül kerülhetünk kapcsolatba a polgárokkal. Ezeket az ismert hirdető helyek mellett az egészségügyi intézmények (orvosi rendelők, gyógyszertárak, védőnői hivatal), oktatási intézmények segítségével, illetve a civil szervezetek aktivistáinak közreműködésével terjesztenénk.

A folyamatos visszacsatolás a kommunikációban is hangsúlyozott, ez teszi lehetővé, hogy a „fogyasztók” visszajelzései alapján objektív képet kapjunk a folyamat mutatókról. Az egyes programelemek eredmény indikátorai között a részvételi arány, az aktivitási szint, a résztvevők elégedettsége meghatározó a programok sikerességét tekintve.

2018 . szeptember