Egyetemi doktori (PhD) értekezés tézisei

VERSENYKÉPESSÉG ÉS EGÉSZSÉGKULTÚRA ÖSSZEFÜGGÉSEI REGIONÁLIS MEGKÖZELÍTÉSBEN

Készítette:

Dr. Balatoni Ildikó
doktorjelölt

Témavezető:

Prof. dr. Baranyi Béla
az MTA doktora

DEBRECENI EGYETEM
Kerpely Kálmán Doktori Iskola

Debrecen

2011

1. A DOKTORI ÉRTEKEZÉS ELŐZMÉNYEI, CÉLKITŰZÉSEI

Egy ország, egy régió *fejlődésének, gazdasági növekedésének, és így versenyképességének célja* az ott élők „jólétének”, életszínvonalának és életminőségének javítása. A regionális versenyképesség Lengyel (2003) féle piramis-modelljében központi kategória a megtermelt jövedelem (gazdasági kibocsátás), amely a régió gazdasági növekedését méri. A GDP a termelésből adódó jövedelmek mérésére alkalmas ugyan, de azt nem mutatja, hogy ebből a jövedelemből mennyi marad, mennyi fordítódik a régióban élők jólétére. Természetes módon mind a munkatermelékenység, mind a foglalkoztatottság közvetlenül hat a lakosság életminőségére is (*Lengyel*, 2003). Az *életminőség többdimenziós fogalom*, ami magába foglalja az egészségi állapot testi, lelki és szociális összetevőit. Az egészséggel összefüggő életminőség azon fizikai és pszichológiai jellemzők összessége, amelyek meghatározzák, hogy a személy mennyire érzi képesnek magát és talál örömet tevékenységeiben és életvezetésében (*Bácsy et al.*, 2004).

Magyarország gazdasági fejlettségéhez képest *a lakosság egészségi állapota* a nemzetközi adatokat figyelembe véve *rendkívül kedvezőtlen*, alacsony szintű az egészségtudatosság. Sokan rossz egészségi állapotuk miatt szorulnak ki a munkaerőpiacról. Egyes megbetegedések és halálokok tekintetében hazánk vezető helyet foglal el a nemzetközi statisztikákban. Ennek számos oka van, de ezen tényezők mindegyike a lakosság életmódjával függ össze (*Net1*). A legfontosabb rizikótényezők az életmóddal állnak kapcsolatban. Kiderült az is azonban, hogy számos kockázati tényező mélyen a társadalomban gyökerezik. Az életmód egyaránt tükrözi az egyén személyiségét, az adott közösség sajátosságait és a társadalmi struktúrában elfoglalt pozíciót. Szorosan összefügg az egyén személyiségjegyeivel, az életről alkotott felfogásával és a társadalom értékrendjével (*Pikó*, 2004). *Kopp és munkatársai* (1999) felméréseik adatai alapján megállapították, hogy a rosszabb szociális helyzet magasabb megbetegedési arányokkal jár együtt. Azonban a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet nem önmagában, hanem depressziós tünetegyüttes közvetítésével eredményez magasabb megbetegedési arányokat. Tehát a lemaradás szubjektív átélése az egyik leglényegesebb egészségügyi veszélyeztető tényező (*Kopp et al.*,1999). A *népesség egészségi állapotát*, halandóságát a fejlett országokban az életmód, a gazdasági, társadalmi és magatartásbeli tényezők, a

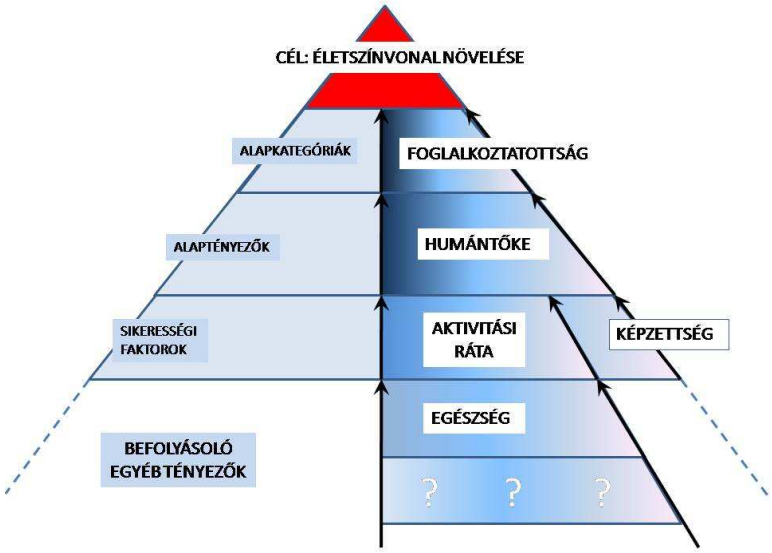
szűkebb és tágabb fizikai környezet állapota, valamint az egészségügyi szolgáltatások minősége és hozzáférhetősége határozza meg. A magyarországi régiókban társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek a lakosság egészségi állapotában is jelentős egyenlőtlenségeket eredményeznek (*Tokár et al.*, 2005).

Munkám során minőségirányítással és Európai Uniós pályázatok készítésével, megvalósításával foglalkozom. Ebből következően rendszeresen végzek elégedettségi vizsgálatokat és elemzéséket, mind az oktatás, mind a betegellátás területén, mind pedig a pályázati források felhasználásának következtében megvalósuló fejlesztések eredményeit illetően. A betegelégedettségi adatok áttekintésekor az évek alatt azt tapasztaltam, hogy a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumban (DE OEC) ellátott betegek 40–45%-a érkezik Debrecenből, a többiek pedig elsősorban a régió egyéb városaiból, településeiből. A pályázatokhoz készített elemzések (betegforgalom, hatékonyság, fenntarthatóság) során vizsgáltam a teljes, egy évre eső, DE OEC-ben ellátott betegek területi megoszlását kor szerint. A kapott értékeket csak bizonyos mértékben indokolták a területi ellátási kötelezettségből, illetve az életkorhoz kapcsolódó megbetegedési arányokból adódó magyarázatok. A lakosság kor, nem és lakóhely szerint különböző arányban fordult a DE OEC-hez, mint fekvőbeteg ellátó intézményhez.

Kutatásaim célja az volt, hogy megvizsgáljam, hogy a lakóhely, az életkor, a munkanélküliség befolyásolja-e a lakosság egészségi állapotát, és hogy a talált összefüggések két különböző régió - Észak-Alföld és Dél-Dunántúl - viszonylatában is fennállnak-e. Arra a kérdésre, hogy miért ezt a két régiót választottam, a következők szolgálnak magyarázatul: az Észak-alföldi régióban élek és a Debreceni Egyetemen dolgozom, így kíváncsi voltam a saját lakóhelyem adataira, eredményeire. Az összehasonlításhoz választható régiók közül Közép-Magyarországot elvetettem, annak sajátos, kiemelt helyzete és funkciója miatt. Szerettem volna Magyarország keleti részét a nyugati országrész gazdasági-társadalmi pozícióját tekintve hasonló helyzetű és szerepkörű régiójához viszonyítani, egy olyan térség kiválasztásával, amely – Debrecenhez hasonlóan – meghatározó szerepkörű egyetemi központtal rendelkezik. Ezek után „csak” Pécsre, illetve a Dél-dunántúli régióra eshetett a választás.

2. A KUTATÁS MÓDSZEREI

Vizsgálataimat megelőzően azt feltételeztem, hogy amennyiben a regionális versenyképesség kialakulásában és fenntartásában a foglalkoztatottság és a humán tőke fontos szerepet játszik, akkor a lakosság munkaképessége befolyásolja a régió versenyképességét. A munkaképességre az egészségi állapot jelentős hatással van, az egészségi állapotot viszont az életmód befolyásolja (*1. ábra*).



1. ábra

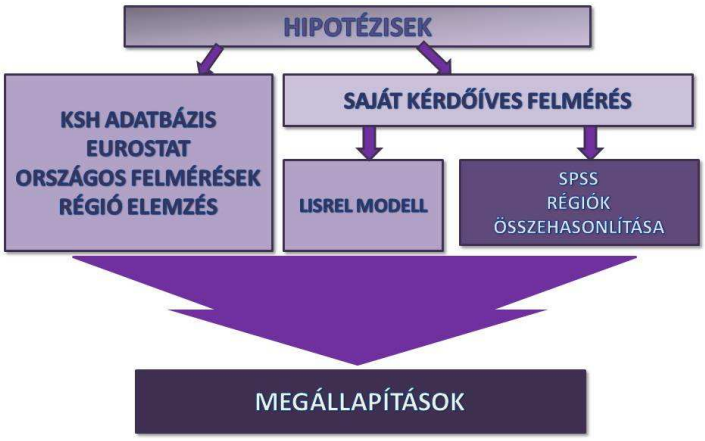
A régiók versenyképességét meghatározó humán tőke lehetséges befolyásoló tényezői

Forrás: Lengyel, 2003 alapján a kutatási célok modellezése.

Vizsgálataim során arra kerestem választ, hogy vannak-e, és ha igen, milyen *regionális különbségek a lakosság életmódjában, egészségkultúrájában, egészségi állapotában* és ezek a szocio-ökonómiai státusszal, az anyagi helyzettel, a munkalehetőségekkel milyen összefüggést mutatnak. Külön vizsgáltam, hogy a regionális egyetemi központok gyakorolnak-e hatást az egyén egészségkultúrájára. Felmérést végeztem Debrecenben és Pécsett. A két érintett régió – Észak-Alföld és Dél-Dunántúl – adatait elemeztem az elérhető, elsősorban KSH adatbázisok, a témához kapcsolódó megjelent tanulmányok (*Hajdú* szerk. 2006; *Baranyi*, 2008; szerk. 2008), valamint a kitöltött kérdőívek válaszainak feldolgozásával.

A kérdőíves felmérés megvalósítására a *Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum*, valamint a *Pécsi Tudományegyetem* betegellátó

szervezeti egységeiben került sor 2008-ban. A szervezeti egységek főnővérei a vizsgálat kéthetes időtartama alatt valamennyi bent fekvő beteg részére átadták a kérdőívet, amelynek kitöltése névtelen és önkéntes volt. Az adatok feldolgozása Excel táblázatkezelő program, a keresztösszefüggések vizsgálata pedig SPSS statisztikai program alkalmazásával történt. A régiós különbségek elemzésére Mann-Whitney és Chi-négyzet próbával, valamint Anova elemzéssel került sor. Az egyes faktorok között összefüggések vizsgálatát Lisrel modell (*Jöreskog and Sörbom*, 1982, *Jöreskog, Karl and Sörbom*, 2001) kidolgozásával végeztem el.



2. ábra

A kutatás három fő módszere

Forrás: Saját szerkesztés.

Mintánkban az alapsokaságot Dél-Dunántúl és Észak-Alföld lakossága adta. A mintát a két régió szerint arányosan rétegzett, egyszerű véletlen mintavétellel képeztem.

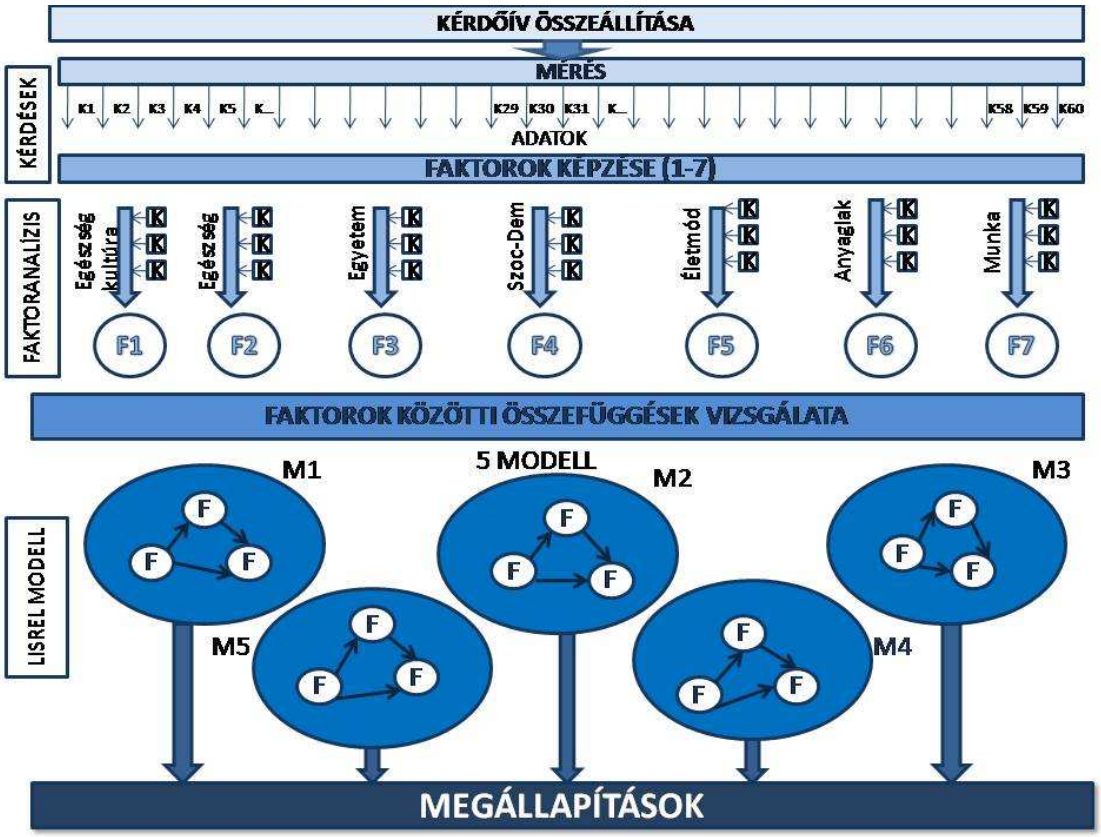
A kérdőív 59 kérdést tartalmazott, amelyek az alábbi témakörök vizsgálatára terjedtek ki:

- demográfiai adatok,
- lakóhely minősítése megadott szempontok alapján,
- munkával, jövedelemmel kapcsolatos kérdések,
- életmód, szokások,

– egészségi állapotra vonatkozó kérdések,
– egészségkultúrával kapcsolatos kérdések.

A *kitöltött kérdőívek száma* az Észak-alföldi régióban 791 db, a Dél-dunántúli régióban 482 db volt, amelyek mennyisége arányosan igazodott az egyes régiókban élők alkotta alapsokasághoz.

A Lisrel modellt azért alkalmaztam (*3. ábra*), mert olyan változókat kívántam mérni, mint például az egészségkultúra, egészség vagy az életmód, amelyek a valóságban nem léteznek (látensek), valamint ezek egymás közötti kapcsolatát is fel akartam tárni. A megfigyelések információit kevesebb számú latens változóba aggregáltam, amelyek egymással és a mért változókkal való kapcsolatai így már könnyebben feltárhatók voltak.



3. ábra

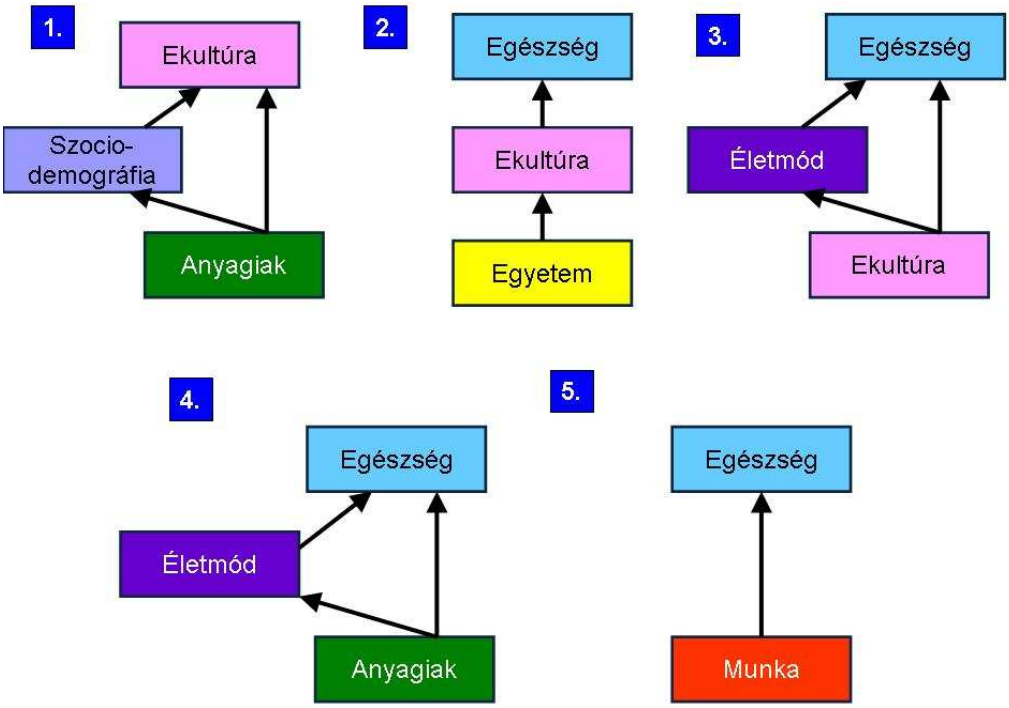
Lisrel modell alkalmazása a kutatásban

Forrás: Saját szerkesztés.

Az elemzés az alábbi 5 főbb témára fókuszált:

1. A szociális háttér kapcsolata az egészségkultúrával és az anyagi lehetőségekkel
2. Az egyetemi központok szerepe az egészségben, illetve az egészségkultúrában
3. Az életmód kapcsolata az egészségi állapottal és egészségkultúrával
4. Az anyagiak összefüggése az életmóddal és az egészségi állapottal
5. A munkaképesség és az egészségi állapot/magatartás kapcsolata

A fenti témakörökön belüli összefüggések elemzéséhez 7 faktor (egészségkultúra, egészség, egyetem, életmód, szocio-demográfiai adatok, munka, anyagiak) kiválasztására került sor. A statisztikai feldolgozás során 5 modellben az alábbi összefüggéseket vizsgáltam:



4. ábra

A munka során alkalmazott modellek (1-5.), az azokban szereplő faktorok és azok feltételezett kapcsolata. Az egyes faktorok közötti összefüggéseket (hipotézisek) az ábrán nyilakkal jelöltem.

Forrás: Saját szerkesztés.

3. AZ ÉRTEKEZÉS FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSAI

3.1. A Észak-alföldi és a Dél-dunántúli régió gazdasági-társadalmi viszonyai regionális összevetésben

A *régiók gazdasági adottságait tekintve* az Észak-alföldi régió 2004-től a hetedik, 2008-ban a hatodik, míg a Dél-dunántúli régió a negyedik helyet foglalta el a régiók sorrendjében az egy főre jutó GDP alapján. A külföldi érdekeltségű vállalkozások külföldi tőke szerinti megoszlásában 4% esik az Észak-alföldi és 1% a Dél-dunántúli régióra. A foglalkoztatási arány mindkét régióban az országos átlag alatti.

1. táblázat

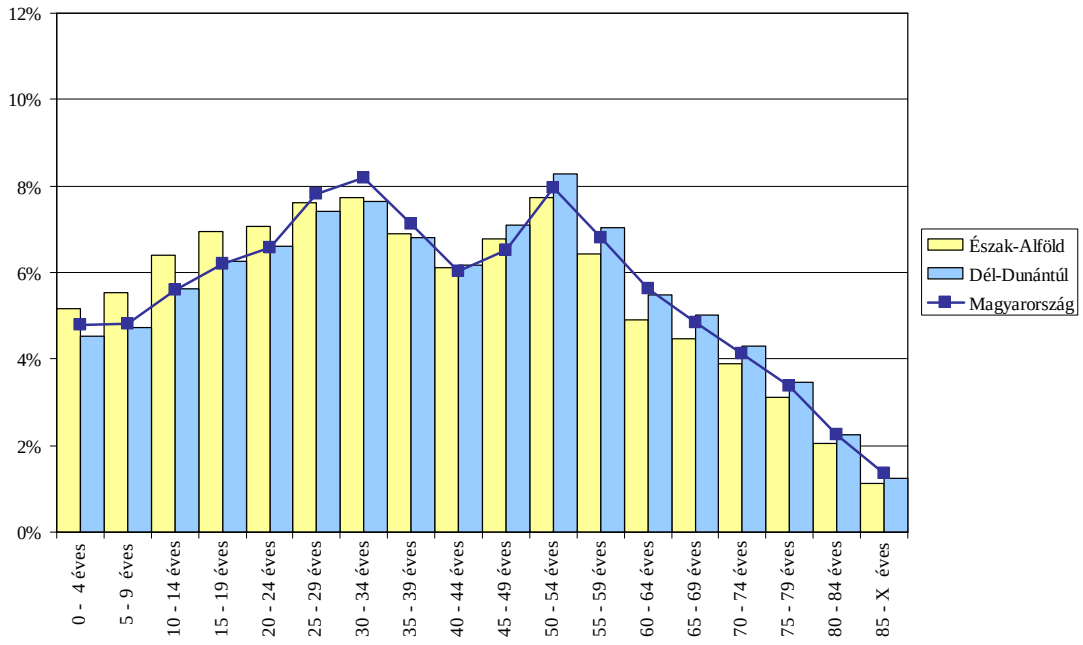
Regionális összehasonlító adatok

Mutatók	*Észak-alföldi régió*		*Dél-dunántúli régió*	
	Régiós érték	*Az országos érték százalé-kában*	*Régiós érték*	*Az országos érték százalé-kában*
Regisztrált vállalkozások száma, 2010, db	248 747	15,0	146 350	8,8
Vállalkozások népességhez viszonyított aránya, 2010, %	16,7	-	15,4	
Foglalkoztatottak száma, 2010, ezer fő	497,4	13,1	342,1	9,0
Foglalkoztatási ráta, 2010, %	44,1	-	47	-
GDP, 2008, millió Ft	2 499 135	9,3	1 746 031	6,5
Egy főre jutó GDP, 2008, ezer Ft	1 657	62,2	1 825	68,5
Egy főre jutó külföldi tőke, 2008, ezer Ft	371	-	182	-

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

A kutató-fejlesztő helyek megoszlása tekintetében 11,2% az Észak-Alföldön, 7,2% a Dél-Dunántúlon található. 2004 és 2009 között a Dél-dunántúli régió mintegy 253 milliárd Ft uniós támogatáshoz jutott, míg az Észak-alföldi régió közel 556 milliárd Ft uniós pályázati forrás fölött rendelkezett. A Dél-Dunántúl az ország legkisebb népsűrűségű régiója, itt található a legtöbb olyan kis falu, amelyben 500 főnél kevesebben élnek. Kor megoszlását tekintve az országos átlaghoz viszonyítva az idősek

nagyobb aránya jellemző. Az Észak-Alföld Magyarország legfiatalabb, második legnagyobb területű és második legnépesebb régiója (*5. ábra*).



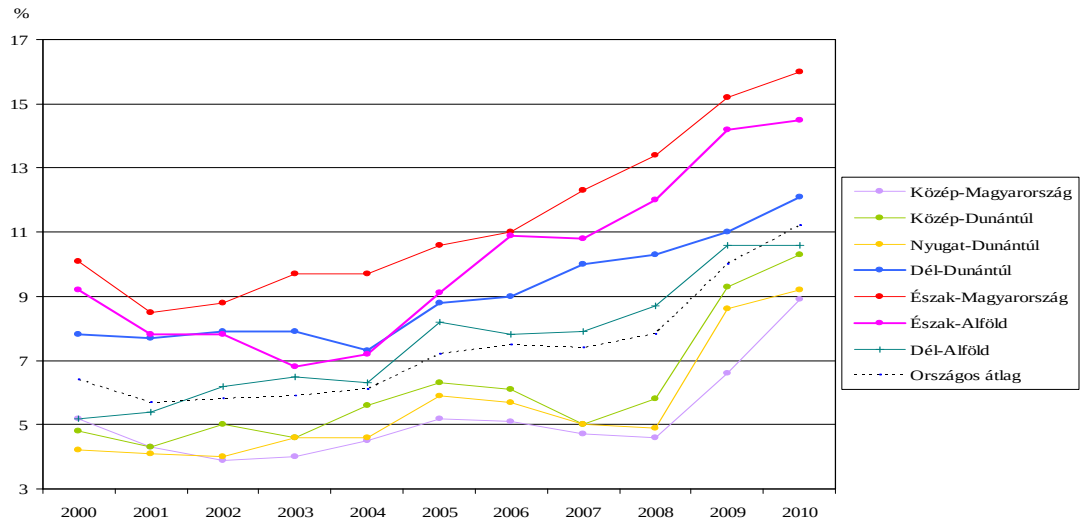
5. ábra

Magyarország, az Észak-alföldi régió és a Dél-dunántúli régió korösszetétele, 2007

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

A *Dél-Dunántúlon* él a magyarországi németek, valamint horvátok közel 30%-a. Mindkét régió demográfiai viszonyaira hatással van a cigány népesség aránya. Mindkét régió jelentős része kívül esik a gyorsforgalmi úthálózat 15, illetve 30 perces vonzáskörzetén, ami a települések megközelíthetősége szempontjából hátrányosan befolyásoló tényező. A regionális foglalkoztatási viszonyokat tekintve Észak-Magyarországot követően Észak-Alföldön dolgozott a legkevesebb ember (43,1%). A Dél-Dunántúl helyzete sem sokkal jobb, a foglalkoztatási arány 46,1% volt.

A munkanélküliek iskolai végzettség szerinti megoszlását vizsgálva mindkét régióban az országos átlagnál magasabb azoknak az aránya, akik az általános iskola 8 osztályával vagy annál kevesebb iskolai végzettséggel rendelkeznek. Országos viszonylatban az Észak-alföldi és a Dél-dunántúli régióban a legmagasabb (51%) a 25–64 éves korú inaktívak aránya. A háztartások egy főre jutó éves bevételét tekintve az Észak-Alföld áll az utolsó helyen.



6. ábra

A munkanélküliségi ráta alakulása régiónként 2000–2010

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

Az *életmódra, mint az egészségi állapotot befolyásoló tényezőre* hatással van a rendelkezésre álló szabadidő mennyisége is. Több tanulmány igazolta, hogy a magyar nők majdnem kétszer annyi időt fordítanak háztartási munkavégzésre, mint a férfiak, így jóval kevesebb a szabadidejük. A magyar lakosság egészségi állapotát vizsgálva megállapítható, hogy a férfiak születéskor várható élettartama tekintetében csak Észak-Magyarország adatai rosszabbak a vizsgált másik két régiónál. A halálozási okokat vizsgálva jól látszik, hogy valamennyi régióban emelkedik a daganatos megbetegedések miatti halálozási arány. Kiemelendő a keringési rendszer miatti halálozási arány az Észak-alföldi régióban (51,9%).

Mindkét régió tradíciókkal rendelkező egyetemi központot tudhat magáénak, amelyek mint kutatási potenciál, mint foglalkoztató intézmény, mint szellemi központ is jelentős szerepet töltenek be a térségek életében.

3.2. A kérdőíves felmérés adatainak elemzése Lisrel modell alkalmazásával

1. modell: A szociális háttér kapcsolata az egészségkultúrával és az anyagi lehetőségekkel

1.1. Hipotézisem az volt, hogy az objektív mutatókon és önbesoroláson alapuló anyagi helyzet összefügg a szocio-ökonómiai státusszal és alakítja az egészségkultúrát.

1.2. Azt feltételeztem, hogy a szocio-ökonómiai státusz hatással van az egyének aktivitására az egészségkultúrával összefüggő területeken.

Az 1. modell paraméterbecslései

Az *„Anyagi lehetőségek”* látens változót a k18, k19, k21–23 kérdések határozzák meg, amelyek kitérnek a megkérdezett ingatlanára, egy főre jutó átlagos havi nettó fizetésére, illetve arra, hogy az illetőnek van-e autója, számítógépe, és hogyan jön ki minden hónapban a fizetéséből. Az Anyagiak látens változó pozitív irányultságát csak két kérdés, a k21 és k23 okozza 0,481 és 0,265 paraméterértékkel. Mindkettő kategóriás változó, és a kisebb érték azt jelzi, hogy van számítógépe az illetőnek (k23), illetve hogy jobban kijön a fizetéséből havonta (k21). A nagyobb értékek természetesen azt jelzik, hogy kevésbé jön ki a megkérdezett a fizetéséből, és nincs számítógépe otthon. Amennyiben a válaszadó nagyobb értékekkel válaszolta meg ezt a két kérdést, úgy az pozitív irányba viszi az anyagi faktor értékét. A k18-as kérdésnek, azaz a lakóingatlan típusának nincsen szerepe ($p=0,072 > 0,05$), a k19-es jövedelemre vonatkozó és a k22-es autótulajdonra vonatkozó kérdés viszont igen fontos anyagi tényezőt jelent. Ezt mutatják a paraméterek nagy értékei is (-0,609 ;-0,407). Az anyagi tényezők okozzák a faktor negatív irányultságát. Minél magasabb értékkel válaszolt a megkérdezett ezekre a kérdésekre, annál kedvezőbb anyagi helyzetben van (több a fizetése, illetve még saját autóval is rendelkezik), és annál negatívabb az értéke az Anyagiak faktornak. Összefoglalva az anyagi faktor negatív irányultsága jó anyagi helyzetet, a pozitív irányultsága pedig kedvezőtlen anyagi helyzetet jelent. A lakóingatlan típusa nem meghatározó az anyagi helyzet tekintetében (*2. táblázat*).

A *szociális háttér mérésében* szerepet játszik az életkor (k2), a végzettség (k3), és a lakóhely (k5), valamint a beszélt idegen nyelvek száma (k8). A faktor értékeinek alakulására leginkább az életkor van kihatással, majd ezt követően kisebb súllyal a végzettség. Egyedül a beszélt idegen nyelvek száma kérdés viszi negatív irányba a faktort, pozitív irányultságát pedig az okozza, ha minél idősebb a válaszadó, illetve alacsonyabb az iskolai végzettsége, vagy nem városban, hanem községben, faluban, vagy tanyán lakik. Mindezek alapján az mondható el, hogy a válaszadó szociális

háttere kedvezőbb, ha a szociális faktor értéke alacsonyabb. Minél magasabb (pozitív) a faktor értéke, annál kedvezőtlenebb a megkérdezett szociális háttere.

2. táblázat

Az 1. modell paraméterbecslései

Lineáris kapcsolat Függő<---Független változó			Paraméter-becslés	Standard hiba	Szignifikancia
Szocdem	<---	Anyagiak	1,129	0,109	0,000
Ekultúra	<---	Szocdem	-0,138	0,065	0,032
Ekultúra	<---	Anyagiak	0,470	0,106	0,000
K2 – életkor	<---	Szocdem	4,468	0,403	0,000
K5 – lakóhely	<---	Szocdem	0,235	0,029	0,000
K3 – iskolai végzettség	<---	Szocdem	0,592	0,043	0,000
K8 – idegen nyelv ismerete	<---	Szocdem	-0,326	0,024	0,000
K42 – szűrővizsgálaton részvétel	<---	Ekultúra	0,095	0,012	0,000
K44 – szűrővizsgálatok ismerete	<---	Ekultúra	-0,148	0,026	0,000
K50 – egészségmegóvásra költött összeg	<---	Ekultúra	-0,662	0,039	0,000
K51 – egészségmegóvás	<---	Ekultúra	0,487	0,029	0,000
K52 – egészséges táplálkozás	<---	Ekultúra	0,459	0,034	0,000
K54 – egészséggel kapcs. műsorok	<---	Ekultúra	0,425	0,028	0,000
K18 – lakóingatlan	**<---**	**Anyagiak**	-0,072	0,041	**0,079**
K19 – egy főre jutó jövedelem	<---	Anyagiak	-0,609	0,035	0,000
K21 – anyagi körülmények megítélése	<---	Anyagiak	0,481	0,027	0,000
K22 – autó	<---	Anyagiak	-0,407	0,028	0,000
K23 – számítógép	<---	Anyagiak	0,265	0,015	0,000

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Az *egészségkultúra faktort* leginkább az határozza meg, hogy mennyit költ a megkérdezett havonta egészségének megóvására. Minél többet költ az illető, és minél tájékozottabb, annál negatívabb a faktor értéke (mivel -0,662 ;-0,148 a becsült paraméterek). Amennyiben kevésbé tájékozott, illetve kevesebbet költ egészségének megóvására, az pozitív irányba viszi a faktor értékét. Emellett a faktor pozitív irányultságát az adja, ha a k51, k52, k54-es kérdésre minél magasabb kategóriát jelölt meg, ami arra utal, hogy nem törődik igazán az egészségével, és nem érdeklik az ilyen jellegű írások, műsorok.

A faktorok elemzése után térjünk ki a faktorok közötti kapcsolatok elemzésére. Az anyagi faktor pozitív irányultsága kedvezőtlen anyagi helyzetet jelent, a szociális háttér pozitív irányultsága is a kedvezőtlen helyzetre utalt. Mivel a két faktor között pozitív szignifikáns kapcsolat áll fenn (1,129), ezért megállapíthatjuk, hogy a rossz anyagi helyzet kedvezőtlenül befolyásolja a szociális helyzetet (1.1. hipotézis). Az egészségkultúra pozitív irányultsága szintén kedvezőtlen helyzetet mutat, azaz az

egyén nem törődik igazán az egészségével, kevesebbet költ annak megóvására, és nem igyekszik tájékozódni. Mivel az anyagi és az egészségkultúra faktor között pozitív szignifikáns a kapcsolat (0,470), ezért igazolt, hogy a rossz anyagi helyzet kedvezőtlenül befolyásolja az egészségkultúrát (1.2. hipotézis).

2. modell: Az egyetemi központok szerepe az egészségben, illetve az egészségkultúrában

2.1. Feltételeztem, hogy a regionális egyetemi központok hatást gyakorolnak az egészségkultúra területeire.

2.2. Hipotézisem az volt, hogy az egészségkultúra hat az egyének egészségi állapotára és egészségmagatartására.

A 2. modell paraméterbecslései

Mivel az egészségkultúra faktort az 1. modell kapcsán részletesen bemutattam, s a 2. modell keretében is hasonló paraméterbecsléseket kaptam a faktorra, így további részlet közlésére nincs szükség. Az egészség faktor azonban még alapos vizsgálatot igényel. A faktor kialakításában nem játszott szerepet az, hogy az egyén hány napot tölt táppénzen, az összes többi tényező (táblázat) viszont igen. Az egészség faktor negatív irányultságát a k46 és k47 kérdésekben megfogalmazott tényezők okozzák, ezek szerepelnek negatív súllyal a faktoron (-0,281;-0,040).

Az a tény, hogy rendszeresen szed valamilyen gyógyszert, illetve a beszedett gyógyszereket orvosi javaslatra szedi inkább, akkor az egészség faktor értékét ez a negatív irányba viszi, ez egy egészségtudatosabb életmódra törekvést mutat. A pozitív irányultságot azok a tényezők okozzák, amelyek pozitív súllyal járulnak hozzá a faktorérték kialakításához (k35–37, k39, k40, k48). Ezek az adatok a rossz egészségi állapotról tanúskodnak, illetve hogy a megkérdezettnek emiatt többet kell havonta gyógyszerekre költenie. A faktor értékére csökkenően hat az is, ha a k35–37, k39, k40, k48 kérdésekre a megkérdezett alacsonyabb kategóriát jelöl meg, azaz jónak gondolja az egészségi állapotát. A faktort a legnagyobb súllyal az határozza meg, hogy egy évben a válaszadó hányszor járt orvosnál (0,842). Összességében véve a pozitív értékek rosszabb egészségi állapotra utalnak, a negatív, illetve alacsonyabb pozitív értékek jobb egészségi állapotot mutatnak (*3. táblázat*).

3. táblázat

A 2. modell paraméterbecslései

Lineáris kapcsolat Függő<---Független változó			Paraméterbecslés	Standard hiba	Szignifikancia
Ekultúra	<---	Egyetem	0,467	0,052	0,000
Egészség	<---	Ekultúra	-0,350	0,038	0,000
K42 – részvétel szűrővizsgálaton	<---	Ekultúra	0,088	0,011	0,000
K44 – szűrővizsgálatok ismerete	<---	Ekultúra	-0,124	0,025	0,000
K50 – egészségmegóvásra költött összeg	<---	Ekultúra	-0,740	0,038	0,000
K51 – egészségmegóvás	<---	Ekultúra	0,417	0,027	0,000
K52 – egészséges táplálkozás	<---	Ekultúra	0,393	0,032	0,000
K54 – egészséggel kapcs. műsorok	<---	Ekultúra	0,382	0,026	0,000
K35 – orvoshoz fordulás gyakorisága	<---	Egészség	0,842	0,035	0,000
K39 – egészségi állapot megítélése	<---	Egészség	0,723	0,025	0,000
K36 – mikor fordul orvoshoz	<---	Egészség	0,602	0,032	0,000
K37 – kórházi kezelés	<---	Egészség	0,828	0,058	0,000
K38 – táppénzen töltött napok	**<---**	**Egészség**	**0,144**	**0,419**	**0,731**
K40 – egészségi állapota kortársakhoz képest	<---	Egészség	0,554	0,025	0,000
K46 – gyógyszer szedése	<---	Egészség	-0,281	0,012	0,000
K47 – gyógyszerek orvosi javaslatra	<---	Egészség	-0,040	0,009	0,000
K48 – gyógyszerre költött összeg	<---	Egészség	0,605	0,025	0,000
K55 – egyetemi rendezvényen részvétel	<---	Egyetem	0,205	0,036	0,000
K56 – egyetemi kiadvány olvasása	<---	Egyetem	0,233	0,029	0,000
K57 – klinikán történt tájékoztatás	<---	Egyetem	1,210	0,067	0,000
K58 – klinikán kapott tájékoztató kiadvány	<---	Egyetem	0,564	0,032	0,000
K59 – egyetem szerepének megítélése	<---	Egyetem	0,262	0,023	0,000

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Az egyetemi befolyás faktort a k55–59 kérdések alkotják, amelyek mindegyike pozitív irányba viszi a faktor értékét. A legnagyobb súllyal a k57–58 kérdések szerepelnek a tényező meghatározásában, azaz, hogy a klinikákon való kezeléskor kaptak-e tájékoztatást az egészséges életmódról, vagy kaptak-e ilyen jellegű tájékoztatót. A kérdések szerkezete olyan, hogy a magasabb válaszkategória jelöli azt, hogy a megkérdezett nem kapott tájékoztatót, írásos anyagot, nem olvasott erről szóló egyetemi kiadványt, illetve nem tarja életmódja kialakításában fontosnak az egyetem szerepét. A faktor magasabb értékei tehát azt jelentik, hogy az egyén nem kapott ilyen tájékoztatót, vagy nem érdekelte ez, illetve nem játszik szerinte fontos szerepet az egyetem az egészséges életmódja kialakításában.

A faktorok közötti kapcsolatok elemzése szerint amennyiben kevésbé tájékozott, illetve kevesebbet költ valaki egészségének megóvására, illetve nem törődik igazán az egészségével, az egy kedvezőtlen egészségkultúrát tükröz. Ez pozitív kapcsolatban (0,467) van az egyetemi befolyás faktorral, ami azt jelenti, hogy ha az egyén számára nincs jelentős szerepe az egyetemnek az egészséges életmód kialakításában, illetve nem kapott tájékoztatót (esetleg nem érdekelte ilyen), akkor ez egy kedvezőtlen egészségkultúra kialakításával párosul. Ennek a fordítottja is fennáll, azaz ha valaki számára fontos az egyetem szerepe, illetve érdekelte és kapott is ilyen jellegű tájékoztatást, akkor az egészségére is többet költ, és tájékozottabb is (egészségkultúra faktor értéke alacsonyabb). Ezzel a 2.1 hipotézis igazolódott.

Az egészségkultúra faktor pozitív értékeire az egészség faktor negatív értékei adódnak az ellentétes irányú kapcsolat miatt (-0,350). Az egészség faktor negatív értékei a kedvezőbb egészségi állapotot jelzik, míg az egészségkultúra faktor pozitív értékei a kedvezőtlen helyzetre utalnak. A fentiek alapján az mondható el, hogy ha valaki nem törődik igazán az egészségével, és annak megóvásával (kedvezőtlen egészségkultúra), azért teszi, mert egészségesebbnek tartja önmagát. Azok pedig, akiknek az egészségi állapotuk rosszabb, többet is foglalkoznak az egészségükkel, és költenek is az egészség megőrzése érdekében. Ilyen értelemben az egészségkultúra kihatással van az egészségi állapotra és magatartásra (2.2. hipotézis).

3. modell : Az életmód kapcsolata az egészségi állapottal és egészségkultúrával

3.1. Azt vártam, hogy az életmód befolyásolja az egészségi állapotot és az egészségmagatartást.

3.2. Úgy véltem, hogy az egyének aktivitása az egészségkultúrával összefüggő területeken visszahat az életmódra.

A 3. modell paraméterbecslései

A modellbe új tényezőként került be az életmód, a másik két faktor (egészség és egészségkultúra) értelmezése a korábbi modellek során bemutatásra került.

Az életmód faktort a k24–27 és k34 kérdések alkotják. Ezek közül az alkoholfogyasztás (k26) nem volt szignifikáns, míg a többi igen. A kérdések kiterjednek a nyaralásra, sportolásra, dohányzásra, színházba, moziba járásra.

Amennyiben valaki volt nyaralni (belföldön, külföldön), rendszeresen, vagy pár alkalommal volt színházban, moziban, ritkábban, vagy egyáltalán nem dohányzik és rendszeresen, vagy naponta sportol, úgy ez pozitív irányba viszi az életmód faktor értékét. A negatív irányultságot ezeknek az ellenkezője okozza (*4. táblázat*).

4. táblázat

A 3. modell paraméterbecslései

Lineáris kapcsolat Függő<---Független változó			Paraméterbecslés	Standard hiba	Szignifikancia
Életmód	<---	Ekultúra	-0,409	0,056	0,000
Egészség	<---	Életmód	-1,075	0,121	0,000
Egészség	<---	Ekultúra	-0,915	0,118	0,000
K24 – nyaralás	<---	Életmód	0,389	0,028	0,000
K25 – dohányzás	<---	Életmód	0,101	0,024	0,000
K26 – alkohol fogyasztás	<---	Életmód	-0,029	0,017	**0,107**
K27 – sportolás	<---	Életmód	0,393	0,025	0,000
K34 – mozi, színház	<---	Életmód	0,527	0,037	0,000
K35 – orvoshoz fordulás gyakorisága	<---	Egészség	0,573	0,041	0,000
K36 – mikor fordul orvoshoz	<---	Egészség	0,417	0,033	0,000
K37 – kórházi kezelés	<---	Egészség	0,572	0,052	0,000
K38 – táppénzen töltött napok	<---	Egészség	0,049	0,289	**0,863**
K39 – egészségi állapot megítélése	<---	Egészség	0,512	0,034	0,000
K40 – égészségi állapota a kortársakhoz képest	<---	Egészség	0,391	0,028	0,000
K46 – gyógyszer szedése	<---	Egészség	-0,193	0,014	0,000
K47 – gyógyszerek orvosi javaslatra	<---	Egészség	-0,027	0,006	0,000
K48 – gyógyszerre költött összeg	<---	Egészség	0,417	0,030	0,000
K42 – részvétel szűrővizsgálaton	<---	Ekultúra	0,098	0,013	0,000
K44 – szűrővizsgálatok ismerete	<---	Ekultúra	-0,138	0,027	0,000
K50 – egészségmegóvásra költött összeg	<---	Ekultúra	-0,778	0,038	0,000
K51 – egészségmegóvás	<---	Ekultúra	0,495	0,028	0,000
K52 – egészséges táplálkozás	<---	Ekultúra	0,467	0,034	0,000
K54 – egészséggel kapcs. műsorok	<---	Ekultúra	0,418	0,027	0,000

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Mivel az életmód faktor pozitív értéke jelez egy egészségtudatosabb életmódot, s mivel az egészség faktorral ellentétes kapcsolatban van (-1,075), ezért a pozitív életmód faktor értékekhez negatív egészség faktor értékek párosulnak. Mivel az egészség faktor értéke negatív, illetve alacsonyabb pozitív érték esetén mutat egészségesebb állapotot, ezért kijelenthetjük, hogy egy egészségtudatosabb életmód (rendszeresebb sportolás, szórakozás, ritkább dohányzás) egészségesebb állapotot is jelent, ezzel igazoltam a 3.1. hipotézisemet.

Mivel az egészségkultúra faktor pozitív értéke egy negatív szemléletű egészségkultúrát jelez, s mivel az életmód faktorral ellentétes kapcsolatban van (-0,409), ezért a pozitív egészségkultúra faktor értékekhez negatív életmód faktor értékek párosulnak. Mivel az életmód faktor értéke negatív, illetve alacsonyabb pozitív érték esetén mutat kevésbé egészségtudatos életmódot, ezért kijelenthetjük, hogy egy negatív szemlélet az egészségkultúrában kevésbé egészségtudatos életmódot (sportolás hiánya, gyakori dohányzás, stb.) eredményez, ezzel igazoltam a 3.2 hipotézisemet.

4. modell : Az egészségi állapot összefüggése az életmóddal és az anyagiakkal

4.1. Feltételeztem, hogy az egyének anyagi helyzete alakítja az egyének életmódját.

4.2. Az anyagi helyzet meghatározza az egyének egészségi állapotát és az egészségmagatartását.

A 4. modell paraméterbecslései

A korábbiak alapján elmondható, hogy az életmód faktor pozitív értéke jelez egy egészségtudatosabb életmódot. Az egészség faktor pozitív értéke rosszabb egészségi állapotra utal, a negatív, illetve alacsonyabb pozitív érték jobb egészségi állapotot mutat a megkérdezett esetében. Az anyagiak faktor negatív irányultsága jó anyagi helyzetet jelent, a pozitív irányultsága pedig kedvezőtlen anyagi helyzetet jelent. A lakóingatlan típusa nem meghatározó az anyagi helyzet tekintetében (*5. táblázat*).

A faktorok közötti kapcsolatok jellemzése alapján megállapítható, hogy mivel az anyagiak faktor pozitív értéke kedvezőtlen anyagi helyzetet jelez, s mivel az életmód faktorral ellentétes irányú kapcsolatban van (-1,494), ezért a pozitív anyagiak faktor értékekhez negatív életmód faktor értékek párosulnak, s mivel az életmód faktor értéke negatív, illetve alacsonyabb pozitív érték esetén mutat kevésbé egészségtudatos életmódot, ezért kijelenthetjük, hogy a kedvezőtlen anyagi helyzet kevésbé egészségtudatos életmódot (sportolás hiánya, gyakori dohányzás stb.) von maga után, ezzel igazoltam a 4.1. hipotézisemet. Ehhez kapcsolódó további következtetés, hogy mivel az anyagiak faktor és az egészség faktor között nem adódott szignifikáns kapcsolat, ezért a 4.2. hipotézisemet nem tudtam statisztikai eszközökkel alátámasztani. Eszerint az anyagi helyzet nem szükségszerűen befolyásolja az egészségi állapotot és az egészségmagatartást.

5. táblázat

A 4. modell paraméterbecslései

Lineáris kapcsolat Függő<---Független változó		Paraméterbecslés	Standard hiba	Szignifikancia
Életmód	<--- Anyagiak	-1,494	0,202	0,000
Egészség	<--- Életmód	-0,370	0,082	0,000
Egészség	<--- Anyagiak	-0,080	0,154	**0,602**
K24 – nyaralás	<--- Életmód	0,267	0,031	0,000
K25 – dohányzás	<--- Életmód	0,040	0,015	0,006
K26 – alkohol fogyasztás	<--- Életmód	-0,032	0,011	0,003
K27 – sportolás	<--- Életmód	0,182	0,022	0,000
K34 – mozi, színház	<--- Életmód	0,374	0,043	0,000
K35 – orvoshoz fordulás gyakori-sága	<--- Egészség	0,730	0,035	0,000
K36 – mikor fordul orvoshoz	<--- Egészség	0,550	0,031	0,000
K37 – kórházi kezelés	<--- Egészség	0,752	0,055	0,000
K38 – táppénzen töltött napok	<--- Egészség	0,057	0,383	0,881
K39 – egészségi állapot megítélése	<--- Egészség	0,700	0,027	0,000
K40 – egészségi állapot kortársak-hoz viszonyítva	<--- Egészség	0,535	0,025	0,000
K46 – gyógyszer szedése	<--- Egészség	-0,248	0,012	0,000
K47 – gyógyszer orvosi javaslatra	<--- Egészség	-0,034	0,008	0,000
K48 – gyógyszerre költött összeg	<--- Egészség	0,535	0,025	0,000
K18 – lakóingatlan	<--- Anyagiak	-0,088	0,041	0,031
K19 – egy főre jutó jövedelem	<--- Anyagiak	-0,608	0,034	0,000
K21 – anyagi körülmények meg-ítélése	<--- Anyagiak	0,518	0,027	0,000
K22 – autó	<--- Anyagiak	-0,393	0,028	0,000
K23 – számítógép	<--- Anyagiak	0,255	0,015	0,000

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

5. modell: A munkaképesség és az egészségi állapot/magatartás kapcsolata

5.1. A munkalehetőségek és a munkakörülmények hatnak a lakosság egészségi állapotára és egészségmagatartására.

Az 5. modell paraméterbecslései

A munka faktor meghatározásában a k12-16 kérdések játszanak szerepet, azaz hogy van-e munkalehetőség a lakóhelyén, mennyi a munkába járása ideje, hány órát dolgozik a munkahelyén, van-e mellékállása, hány órát dolgozik otthon. Ezek közül a mellékállás, és a napi munkaidő nem volt szignifikáns tényező. A leginkább befolyásoló tényező az, hogy mennyit dolgozik otthon, és hogy van-e lakóhelyén munkalehetőség. A k13 és k16-os kérdések pozitív irányba viszik a munka faktor

értékét. Ez azt jelenti, hogy a válaszadónak több idejét veszi igénybe a napi munkába járás, illetve több órát dolgozik otthon naponta. A k12-es kérdés negatív irányultságot okoz a faktor értékében. Ez akkor következik be, amikor a válaszadó magasabb kategóriát jelölt meg erre a kérdésre válaszként. Amennyiben a válaszadót nem érinti a helyi munkalehetőség kérdése, mivel vállalkozó, vagy önálló gazdálkodó, úgy ez negatív irányba viszi a munka faktort. Amennyiben semmilyen álláslehetőség nincs, vagy nincs képzettségének megfelelő munka, az kevésbé csökkenti a faktor értékét.

6. táblázat

Az 5. modell paraméterbecslései

Lineáris kapcsolat Függő<---Független változó			Paraméter-becslés	Standard hiba	Szignifikancia
Munka	<---	Egészség	0,214	0,056	*0,000*
K12 - lakóhelyen munkalehetőség	<---	Munka	-0,500	0,074	*0,000*
K13 - munkába járás időigénye	<---	Munka	0,162	0,027	*0,000*
K14 - munkahelyi munkaidő	***<---***	***Munka***	***-0,007***	***0,027***	***0,808***
K15 - mellékállás	***<---***	***Munka***	***0,034***	***0,025***	***0,163***
K16 - otthoni munka ideje	<---	Munka	0,341	0,052	*0,000*
K35 - orvoshoz fordulás gyakorisága	<---	Egészség	0,878	0,036	*0,000*
K36 - mikor fordul orvoshoz	<---	Egészség	0,645	0,034	*0,000*
K37 - kórházi kezelés	<---	Egészség	0,883	0,061	*0,000*
K38 - táppénzen töltött napok	<---	Egészség	0,158	0,449	*0,724*
K39 - egészségi állapot megítélése	<---	Egészség	0,797	0,025	*0,000*
K40 - egészségi állapot kortársakhoz viszonyítva	<---	Egészség	0,613	0,026	*0,000*
K46 - gyógyszer szedése	<---	Egészség	-0,295	0,013	*0,000*
K47 - gyógyszer orvosi javaslatra	<---	Egészség	-0,042	0,010	*0,000*
K48 - gyógyszerre költött összeg	<---	Egészség	0,634	0,026	*0,000*

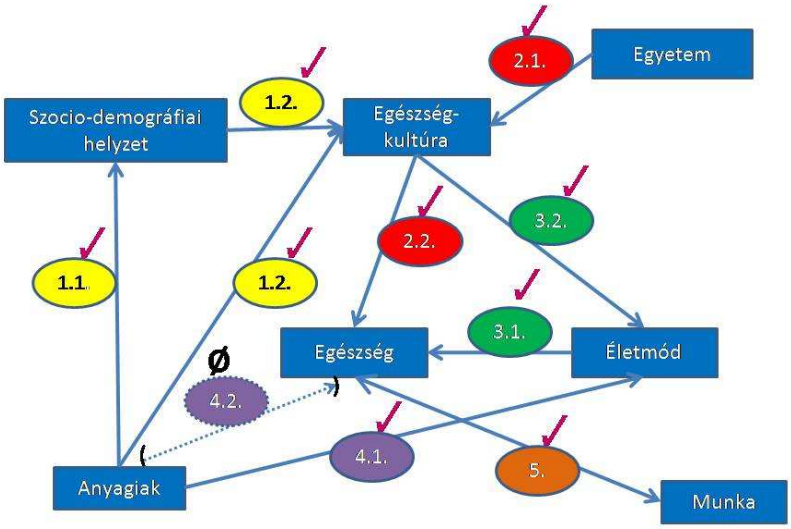
Forrás: Saját szerkesztés.

Összefüggés az egészség faktorral:

Mivel az egészség faktor pozitív értéke rosszabb egészségi állapotra utal, s mivel a munka faktorral azonos irányú kapcsolatban van (0,214), ezért a pozitív egészség faktor értékekhez pozitív munka faktor értékek párosulnak. A munka faktor értéke pozitív, illetve alacsonyabb pozitív érték esetén azt mutatja, hogy a megkérdezettnek vagy több időt vesz igénybe a munkába járás, vagy több időt kell otthon dolgoznia, illetve nehéz munkakörülmények között élhet (nincs munkalehetőség). Mindez összefügg az egészségi állapottal, hiszen ezért is vehet több időt a munkába járás, és tarthat tovább a ház körüli, illetve egyéb munka, vagy ezért

nincs munkalehetőség. A modell szignifikáns kapcsolatot mutatott ki a munka és az egészség faktorok között, ezzel az 5.1. hipotézisemet igazolni tudtam.

A fenti modellekhez kapcsolódó hipotéziseket egy kivételével sikerült igazolnom (ld. *7. ábra*). A faktor értékek különböző szempontok szerinti összehasonlításakor megállapítottam, hogy a Dél-Dunántúlon jobbak az anyagi körülmények, egészségesebb életmódot folytatnak és relatíve egészségesebb állapot jellemzi őket. Az anyagi lehetőségeket, valamint az életmódot vizsgálva is lényeges különbség adódott a városokban, illetve a községekben, falvakban élők között. Az emberek egészségi állapota is jobb a városokban, mint a községekben, falvakban. Az iskolai végzettség vonatkozásában igazoltam, hogy az egyetemi, főiskolai végzettségűek szemlélete az egészségkultúra területén eltér az alacsonyabb végzettségűekétől, jobban figyelnek és többet költenek az egészségükre.



7. ábra

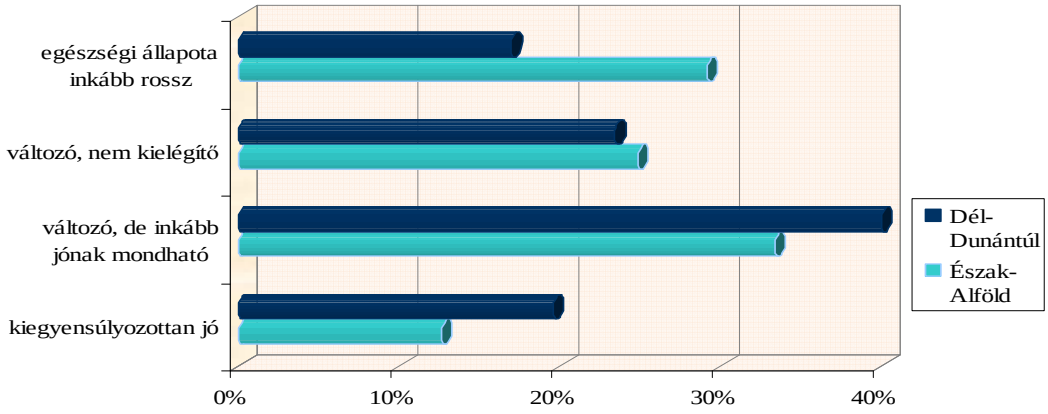
Igazolt hipotézisek

Forrás: Saját szerkesztés.

3.3. A régiók összehasonlítása a kérdőíves felmérés alapján

Mindkét régióra igaz, hogy a teljes munkaidőben foglalkoztatottak több mint 90%-a közép vagy felsőfokú végzettségű és hogy a 8 általánosnál alacsonyabb iskolai végzettségűek között nem volt olyan, aki teljes munkaidőben dolgozik. A Dél-Dunántúlon relatíve több idegen nyelvet beszélnek társalgási szinten. A Dél-dunántúli régió esetében 5%-kal többen vélekedtek úgy, hogy nincs a képzettségüknek

megfelelő állás. A Dél-dunántúli régió válaszadói pozitívabban látják anyagi helyzetüket és saját egészségi állapotukat (*8. ábra; 7–8. táblázat*).



8. ábra

Az egészségi állapot saját megítélése

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

7. táblázat

Saját anyagi helyzet megítélése jövedelmi kategóriánként az Észak-alföldi régióban, %

Jövedelem	*Gondtalan*	*Beosztással kijön*	*Éppen kijön*	*Anyagi gondok*	*Nélkülöz*	*Összesen*
< 50 e Ft		**11.37**	**46.92**	**29.38**	**12.32**	**100.00**
50–100 eFt	**3.31**	**28.84**	**55.08**	**11.11**	**1.65**	**100.00**
100–150 eFt	6.90	51.72	39.08	1.15	1.15	100.00
150–200 eFt	12.50	57.50	25.00	5.00		100.00
200–250 eFt	21.43	57.14	21.43			100.00
250–300 eFt	50.00	50.00				100.00
300 eFt <	16.67	66.67	16.67			100.00
Összesen	4.05	29.33	48.17	14.16	4.30	100.00

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

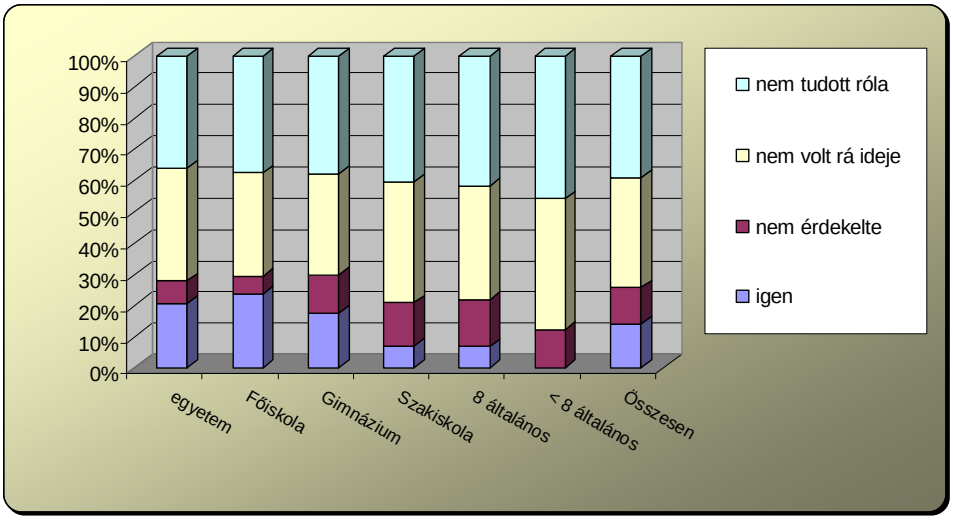
8. táblázat

Saját anyagi helyzet megítélése jövedelmi kategóriánként a Dél-dunántúli régióban, %

Jövedelem	*Gondtalan*	*Beosztással kijön*	*Éppen kijön*	*Anyagi gondok*	*Nélkülöz*	*Összesen*
< 50 e Ft	**0.91**	**15.45**	**53.64**	**23.64**	**6.36**	**100.00**
50–100 eFt	**2.69**	**37.31**	**49.23**	**8.85**	**1.92**	**100.00**
100–150 eFt	7.25	52.17	39.13	1.45		100.00
150–200 eFt	33.33	33.33	23.81	9.52		100.00
200–250 eFt	20.00	40.00	40.00			100.00
250–300 eFt	42.86	42.86	14.29			100.00
300 eFt <	66.67	16.67	16.67			100.00
Összesen	6.00	34.16	46.58	10.77	2.48	100.00

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Az Észak-alföldi régióban magasabb azoknak az aránya, akik rendszeresen szednek valamilyen gyógyszert és akik többet költenek gyógyszerre. A Dél-dunántúli régióban nagyobb azoknak az aránya, akik úgy érzik, hogy sokat, vagy nagyon sokat tesznek egészségük megőrzése érdekében. A 8 általánosnál alacsonyabb iskolai végzettségűek többségét nem érdeklik az egészség-betegség témakörével foglalkozó írások, műsorok, rendezvények.



9. ábra

Egészséggel-betegséggel foglalkozó egyetemi rendezvényen való részvétel iskolai végzettség szerinti megoszlása, %

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

A Dél-dunántúli régióban a válaszadók nagyobb arányban vettek részt egészséggel-betegséggel foglalkozó egyetemi rendezvényeken, és többen olvastak ilyen jellegű egyetemi kiadványt. Mindkét régióban magas azoknak az aránya (40–50%), akiknek nem volt tudomása az egyetemi rendezvényekről, illetve nem találkozott a témával foglalkozó egyetemi kiadvánnyal.

A véleményezők iskolai végzettség szerinti megoszlását tekintve azt láthatjuk, hogy míg a Dél-dunántúli régióban leginkább a magasabb iskolai végzettségűek tartják fontosnak az egyetemek lakosság egészséges életmódjának kialakításában vállalt szerepét, addig az Észak-alföldi régióban a válaszadók iskolai végzettségtől függetlenül fontosnak ítélik azt.

3.4. A faktorértékek elemzése nem parametrikus módszerekkel

Az adott ismérvek (nem, végzettség, régió, lakóhely, családi állapot) mentén almintákat képeztem, majd az egyes faktorértékek almintánkénti átlagainak az összehasonlítására két alminta esetén a nem paraméteres eljárások közül a Mann-Whitney, több alminta esetén Kruskal-Wallis elemzést alkalmaztam. A nemek és a régió szerinti különbségeket Mann-Whitney próbával mutattam ki, a végzettség, lakóhely, családi állapot szerinti különbségeket pedig Kruskal-Wallis elemzéssel. Paraméteres elemzéseket (t-próba; varianciaelemzés) azért nem lehetett használni, mert a Kolmogorov-Smirnov normalitás teszttel 5%-os szignifikancia-szinten nem igazolható egyik tényező normalitása sem.

A faktorértékek elemzése régiónként

A sárgával jelölt cellák jelzik mely faktorérték különbözött szignifikánsan az egyes régiókban. Ezek alapján elmondható, hogy különbség adódott az anyagi, az életmód és az egészség faktorban. Dél-Dunántúlon jobbak az anyagi körülmények, egészségesebb életmódot folytattak, és az egészség faktor alacsonyabb pozitív értéke mutatja, hogy relatíve egészségesebb állapot jellemzi őket (*9. táblázat*).

9. táblázat

A faktorértékek elemzése régiónként

Régió	*EKULTÚRA*	*ANYAGIAK*	*MUNKA*	*ÉLETMÓD*	*EGYETEM*	*EGÉSZSÉG*
Észak-Alföld	0.037	0.079	-0.128	-0.021	0.115	1.029
Dél-Dunántúl	0.057	-0.145	-0.059	0.089	0.053	0.565
Összesen	0.044	-0.008	-0.099	0.021	0.092	0.864
Szignifikancia	0.515	0.001	0.270	0.021	0.494	0.007

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

4. AZ ÉRTEKEZÉS ÚJ ÉS ÚJSZERŰ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEI

1. A regionális versenyképességet befolyásoló tényezőkkel kapcsolatban elsőként készült az egészségkultúrára vonatkozó összehasonlító komplex, témaspecifikus vizsgálat, elméleti és empirikus elemzés, megalapozott tudományos módszerekkel és a statisztikatudomány korszerű eljárásaival, regionális dimenziókban két, sok szempontból hasonló adottságú, gazdasági-társadalmi és foglalkoztatottsági viszonyait tekintve egyaránt hátrányos helyzetű, ugyanakkor kiemelkedően jelentős felsőoktatási, innovációs és egészségügyi potenciállal rendelkező nagyrégióban, az észak-alföldi és a dél-dunántúli térségben.

2. Az értekezésben elvégzett empirikus vizsgálatok eredményeként igazolódott az a hipotézis, hogy a regionális (területi) versenyképesség szempontjából kiemelkedően fontos jelentőséggel bírnak a humánerőforrás minőségét meghatározó szempontok, köztük az egészségkultúrát, a népesség egészségi állapotát, az életmódot és az életminőséget befolyásoló, a hétköznapi és a tudományos közgondolkodásban is eddig meglehetősen elnagyoltan kezelt kérdések.

3. Az Észak-alföldi és a Dél-dunántúli régióra vonatkozó tudományos elemzés általános érvénnyel, mindkét régióra egyaránt jellemző módon igazolta, hogy az adott gazdasági, társadalmi és kulturális viszonyrendszer, valamint az objektív mutatókon és önbesoroláson alapuló anyagi helyzet szorosan összefügg az egyén szocioökonómiai státuszával és közvetlenül is alakítja az egészségkultúrát.

4. A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, valamint a Pécsi Tudományegyetem betegellátó szervezeti egységeiben végzett empirikus vizsgálatok egyértelműen alátámasztották, hogy a regionális nagy egyetemi központok jelentős hatást gyakorolhatnak a lakosság egészségkultúrájára, ezáltal hozzájárulhatnak az egészséges életmód fontosságának szélesebb körben való megismertetéséhez és elfogadtatásához, valamint az ilyen irányú igények gyakorlatba történő átültetéséhez.

5. Az Észak-alföldi és a Dél-dunántúli régiók példáján regionális dimenziókban sikerült kimutatni a mindenkori gazdasági-társadalmi viszonyok, a hátrányos helyzet, az elmaradottság és a foglalkoztatási gondok közötti szoros kölcsönhatásokat, s ezzel összefüggésben bizonyítani az egészséges életmód iránt megnövekedett igények, az egészségkultúrát pozitívan befolyásoló képzési tartalmak és tevékenységek harmonizációjának szükségességét.

6. A kutatás eredményeként az a konkrét tapasztalat és következtetés is bizonyítást nyert, hogy a két régió viszonyát tekintve a Dél-dunántúli régió népességét összességében relatíve egészségesebb állapot jellemzi, az itt élők általában egészségesebb életmódot folytatnak és biztatóbb életkilátásokkal rendelkeznek, mint az Észak-alföldi régióban élők. Következésképpen a Lisrel modell alkalmazása regionális összefüggésekben alátámasztotta a törvényszerű összefüggést, amely szerint az egészségtudatosabb életmód eleve egészségesebb testi és mentális állapotot jelent, míg az alacsony egészségkultúra kevésbé tudatos egészségmagatartással társul. Ezzel a következtetéssel pedig a jövőre irányuló legfontosabb teendőkre is sikerült ráirányítani a figyelmet.

7. A tudományos elemzéseket megalapozó empirikus (kérdőíves) vizsgálat eredménye is igazolta, hogy a Lisrel modell alkalmas és megbízható eljárás az egészséggel, egészségkultúrával, életmóddal, mint látens változókkal kapcsolatos elképzeléseink tesztelésére és validálására.

8. A tudományos kutatás végső soron azokra az új kihívásokra is felhívta a figyelmet, hogy az egészségkultúra kérdéseinek kezelése az egészségügyi, a szociális és oktatási intézményrendszeren túl folyamatos és hatékony egészségmarketing és propaganda, tevékenységet valamint egészségnevelést és ismeretterjesztést feltételez.

5. AZ EREDMÉNYEK GYAKORLATI HASZNOSÍTHATÓSÁGA

Az értekezésben elvégzett elméleti és empirikus vizsgálatok eredményei a jövőben ráirányíthatják a figyelmet a humánerőforrás minőségének fontosságára a regionális (területi) versenyképesség szempontjából, közvetlenül pedig az egészségkultúrát, a népesség egészségi állapotát, az életmódot és az életminőséget befolyásoló tényezőkre, amelyek a hétköznapi és a tudományos közgondolkodásban ez ideig meglehetősen elnagyolt kérdésként jelentkeztek.

A kutatási eredmények egyértelműen igazolták azt a tudományos hipotézist is, hogy a vizsgálat tárgyát képező régiók hasonló, egyszersmind eltérő gazdasági, társadalmi adottságai jelentős hatást gyakorolnak az ott élők életmódjára és ezen keresztül közvetve vagy közvetlenül a lakosság egészségi állapotára. Ennek eredményeképpen Magyarország régiói között jelentős regionális különbségek mutatkoznak témaspecifikus összefüggésekben is. Tekintettel arra, hogy mind az Észak-alföldi, mind pedig a Dél-dunántúli régió is Magyarország szegényebb és hátrányosabb helyzetű térségei közé tartozik, a jövőre vonatkozóan is egyértelműen megállapítható, hogy az egyenlő esélyek biztosítására tett bármilyen gazdasági-társadalmi intézkedés csak akkor érheti el igazi céljait, ha azok nemcsak elvont elméleti összefüggésekben, szabályzatok betűiben vagy statisztikák mutatóiban, hanem a gyakorlatban, a hétköznapokban is ténylegesen jelen vannak, érvényesülnek és jótékony hatásukat kifejtik.

Az esélyegyenlőségi követelmények gyakorlati alkalmazásának fontos feltétele, hogy kiépüljenek és bővüljenek az azok megvalósítására képes személyi és infrastrukturális feltételek. Ehhez nem nélkülözhető, hogy a mindenkori kormányzat, az érintett intézményi szféra és a civil szervezetek nagy gondot fordítsanak az esélyegyenlőségi szemlélet társadalmi elterjesztésére, mindenekelőtt céltudatos és hatékony humánerőforrás tervezés révén. A társadalmi szemlélet formálásában az köz- és felsőoktatás szerepe alapvetően meghatározó tényező, amelyet a jövőre vonatkozóan is igyekezett az értekezés megvilágítani.

A Debreceni Egyetem, valamint a Pécsi Tudományegyetem klinikáinak betegi körében végzett empirikus (kérdőíves) vizsgálatok tapasztalatai elősegíthetik, hogy a regionális egyetemi központok az eddigieknél jelentősebb hatást gyakorolhassanak a

lakosság egészségkultúrájára, hozzájárulhassanak a feltárt elméleti és tapasztalati ismeretek birtokában az egészséges életmóddal kapcsolatos kérdések szélesebb körben való megismertetéséhez, elfogadtatásához, valamint az ilyen irányú igények gyakorlatba történő átültetéséhez. Fontos következtetés tehát, hogy az egyetemi központok – így a *Debreceni Egyetem és a Pécsi Tudományegyetem* – kulturális életben betöltött szerepük, kisugárzó hatásuk, a lakosság életmódjában való szerepvállalásuk révén hozzájárulnak az életminőség javításához és a társadalmi kohézió erősítéséhez.

Az *iskolai végzettség a munkanélküliség alakulása tekintetében* meghatározó jelentőségű differenciáló tényező. A demográfiai adatok alapján mind az Észak-alföldi, mind a Dél-dunántúli régióban kifejezett figyelmet kell fordítani a hátrányos helyzetűekre, esélyegyenlőségük biztosítására. Ugyanakkor az Európai Unió támogatási forrásainak ilyen célokra történő felhasználásakor szem előtt kell tartani a hátrányos helyzet többdimenziós jellegét, mert csak a helyzet komplex kezelését szem előtt tartó és lehetővé tevő támogatási program járulhat hozzá a hátrányos helyzetű régiók esélyeinek növeléséhez és felzárkóztatásuk biztosításához.

Végül, de nem utolsó sorban az értekezés felhívta a figyelmet azokra az új kihívásokra, amelyekre a megfelelő válasz az egészségkultúra kérdéseinek átfogó értelmezése és kezelése, ami viszont az egészségügyi, a szociális és oktatási intézményrendszeren túl folyamatos és hatékony egészségmarketing és propaganda, tevékenységet, valamint egészségnevelést és ismeretterjesztést feltételez. A tudományos kutatás a lakosság egészségkultúrájának fejlesztéséhez és az ezzel kapcsolatos egészségnevelés elmélyítéséhez nyújthat a jövőben felhasználható elméleti és módszertani alapokat.

6. PUBLIKÁCIÓK AZ ÉRTEKEZÉS TÉMAKÖRÉBEN

1. *Baranyi B.* 2008: Észak-alföldi régió a „régiók Európájában”. [In: Baranyi B. (szerk.): Észak-Alföld.] Pécs–Budapest: MTA Regionális Kutatások Központja – Dialóg Campus Kiadó. (Kárpát-medence régiói, 8. kötet. – Sorozatszerk.: Horváth Gy.) 23–50.
2. *Baranyi B. (szerk.)* 2008: Észak-Alföld. Pécs–Budapest: MTA Regionális Kutatások Központja – Dialóg Campus Kiadó. (Kárpát-medence régiói, 8. kötet. – Sorozatszerk.: Horváth Gyula.)
3. *Bácsy E. – Mikola I.* 2004: Civilizáció és egészség. MTA Társadalomkutató Központ. Budapest.
4. *Hajdú Z. (szerk.)* 2006: Dél-Dunántúl. Pécs–Budapest: MTA Regionális Kutatások Központja – Dialóg Campus Kiadó. (Kárpát-medence régiói, 3. kötet. – Sorozatszerk.: Horváth Gyula)
5. *Jöreskog K. – Sörbom D.* 1982: Recent Development in Structural Equation Modelling. *Journal of Marketing Research.* 19. (4.) 404–416.
6. *Jöreskog K. – Sörbom D.* 2001: LISREL VIII. User’s Guide. Lincolnwood. Scientific Software International.
7. *Koncz K.* 2006: Diszkrimináció a munkahelyen I. *Munkaügyi Szemle.* 1. 11–14.
8. *Kopp M. – Skrabski Á. – Szedmák S.* 1999: A testi és lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján. *Demográfia.* XLII. 1–2. 88–119.
9. *Lengyel I.* 2003: Verseny és területi fejlődés: térségek versenyképessége Magyarországon. JATEpress, Szeged.
10. *Pikó B.* 2004: A pozitív pszichológia missziója a modern társadalomban. Paradigmaváltás a társadalomtudományokban? *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika.* 5. 289–299.
11. *Pulay Gy. – Benkő J.* 2008: Összegző, helyzetfeltáró tanulmány. A magyarországi cigányság helyzetének javítására és felemelkedésére a rendszerváltás óta fordított támogatások mértékéről és hatékonyságáról. [Báger G. (szerk.)]; Állami Számvevőszék Fejlesztési és Módszertani Intézet, 2008. április.
12. *Tokár Zs. – Kohut Zs. – Ragó M.* 2005: Észak-Alföldi Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005. Országos Epidemiológiai Központ. Országos Tisztifőorvosi Hivatal. Budapest. http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Eszak-Alfold-web.pdf

Internetes hivatkozás

1. Net1: 46/2003. (IV.16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról. http://www.oefi.hu/nepeuprg.pdf (2011.04.11)

7. A JELÖLTNEK AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN SZÜLETETT PUBLIKÁCIÓINAK LISTÁJA, AZOK ÖSSZES SZERZŐJÉNEK FELTÜNTETÉSÉVEL

Tudományos közlemény idegen nyelvű, hazai, lektorált folyóiratban:

1. *Balatoni, I.* 2011: The effect of health culture on regional competitiveness – description of an analysis model Acta Agraria Debreceniensis. University of Debrecen Journal of Agricultural. [Közlésre elfogadva.]
2. *Balatoni, I.* 2011: Equal opportunities and regional inequalities. Acta medicinae et sociologiae. [Közlésre elfogadva.]

Idegen nyelvű lektorált konferencia kiadvány:

3. *Balatoni, I.* 2010: The role of regional university centers in developing a healthy lifestyle; Regional responses and Global Shifts: Actors. [In: Institutions and Organisations Annual International Conference 2010.] Pécs. Hungary. 24th-26th May. 15. ISBN 978-1-897721-36-0;

Magyar nyelvű lektorált konferencia kiadvány:

4. *Balatoni I.* 2009: Az egyetemi központok szerepe a régiók versenyképességének növelésében. [In: 15th „Building Services, mechanical and Building Industry Days" International Conference.] Debrecen. 2009. október 15–16.; 280-289. ISBN 978-963-473-315-7;

Magyar nyelvű nem lektorált konferencia kiadvány:

5. Vargáné Szűcs E. – *Balatoni I.* 2008: Minőség és versenyképesség. III. Debreceni Kiválóság Konferencia. Debrecen. 2008. május 21–23.

Magyar nyelvű absztrakt:

6. Molnár P. – *Balatoni I.* 2007: Betegelégedettség: ami a számok mögött van. ISO 9000 Fórum XIV. Nemzeti Konferencia: „Versenyképesség – fenntartható fejlődés". Balatonfüred. 2007. szeptember 13–14.