

AZ ISKOLAI VÉGZETTSÉG ÉS AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT KAPCSOLATA

Egészségsszociológiai vizsgálat a lakosság egészségi állapotában
bekövetkező változások megismerésére a magyarországi társadalmi-
gazdasági átalakulás időszakában

Doktori (PhD) értekezés tézisei

Lampek Kinga

Témavezető: Dr. Tahin Tamás egyetemi docens

Alprogramvezető: Prof. Dr. Szabó Imre egyetemi tanár

Programvezető: Prof. Dr. Lénárd László egyetemi tanár

**Pécsi Tudományegyetem
Általános Orvostudományi Kar**

2004.

Tartalomjegyzék

| | | |
|---------|--|----|
| 1 | BEVEZETÉS..... | 3 |
| 2 | IRODALMI ÁTTEKINTÉS..... | 3 |
| 2.1 | Ross és Wu szociális oksági modellje..... | 3 |
| 2.1.1 | A munka és az anyagi körülmények..... | 4 |
| 2.1.2 | Pszichoszociális erőforrások..... | 4 |
| 2.1.3 | Az egészséges életstílus..... | 5 |
| 2.2 | A modellre ható hazai sajátosságok..... | 6 |
| 3 | A SAJÁT KUTATÁS ISMERTETÉSE..... | 8 |
| 3.1 | Kutatási célok..... | 8 |
| 3.2 | A kutatás módszere, az elemzési stratégia..... | 10 |
| 3.3 | A kutatási minta..... | 11 |
| 3.4 | A kutatás eredményei..... | 12 |
| 3.4.1 | Az iskolázottság és az egészségi állapot közötti kapcsolat az alapkutatásban..... | 12 |
| 3.4.1.1 | Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők..... | 12 |
| 3.4.1.2 | Az egészségi állapot és az egészségi állapotot befolyásoló főbb tényezők változása – a 2003. évi kutatás eredményei..... | 13 |
| 3.4.2 | Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők..... | 14 |
| 3.4.2.1 | Az egészségi állapot mutatói..... | 14 |
| 3.4.2.2 | Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők változása 1988/89 és 2003 között..... | 18 |
| 3.4.3 | Az iskolai végzettség és az egészségi állapot összefüggését magyarázó tényezők..... | 19 |
| 3.4.4 | Az egészségi állapot változását leíró modell..... | 23 |
| 3.4.5 | A regressziós modellek „jósló” képessége..... | 24 |
| 3.4.6 | A mortalitás alakulása és a mortalitást befolyásoló tényezők szerepe..... | 24 |
| 3.4.6.1 | A követett minta mortalitásának alakulása nem és korcsoportok szerint..... | 25 |
| 3.4.6.2 | A halálozás valószínűségét befolyásoló tényezők..... | 26 |
| 4 | KONKLÚZIÓ..... | 27 |
| | KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS..... | 29 |
| | A DOKTORI ÉRTEKEZÉS TÉMAKÖRÉBEN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK..... | 31 |

1 BEVEZETÉS

Az elmúlt két évtizedben számos kutatás irányult az iskolai végzettség és az egészség kapcsolatának feltárására, így napjainkban az egészségpszichológiai szakirodalomban általánosan elfogadott megállapítás, hogy az emberek egészségi állapotát, halandóságát jelentősen befolyásoló szociális tényező az iskolai végzettség. Kulfiöldi és hazai kutatások egész sora igazolta, hogy a magasabb iskolai végzettségű emberek egészségi állapota általában jobb, mint az alacsonyabb végzettségűeké. Rikáthban fordult elő körükben a betegség miatti átmeneti vagy tartós tevékenységkorlátozottság, alacsonyabb a morbiditásuk és a megrokkanságuk aránya, halálozásuk későbbi életszakaszban következik be. Az alacsonyabb iskolai végzettségűeknél gyakrabban fordulnak elő a fertőző betegségek, nagyobb körük az idült betegségekben szenvedők aránya, körükben a fatális kimenetelű betegségek gyorsabban vezetnek halálhoz és rövidebb a várható átlagos élettartamuk. Egészségüket önmaguk is negatívan értékelik, mint a magasabb iskolázottságúak (Feldman és mtsai 1989; Guralnik és mtsai 1993; Gutzwiler és mtsai 1989; Kaplan, Haan és Syme 1986; Liu és mtsai 1982; Syme és Berkman 1986; Winkelby és mtsai 1992).

Miért és hogyan hat az iskolai végzettség az egészségi állapotra? Melyek azok az egészségügyi pozitívan befolyásoló faktorok, szociális-gazdasági, pszichológiai és egyéni magatartásbeli tényezők, amelyek a magasabb iskolázottsággal járnak, és milyen negatív tényezők társulnak az alacsony iskolázottsághoz?

E kérdések felvetése azért is fontos, mivel a kilencvenes évek közepéig az egészségpszichológiai kutatások a fő figyelmet az iskolai végzettség - egészségi állapot közötti kapcsolat feltárására kintatására fordították. Még az igencsak bőséges amerikai szakirodalomban – Leight (1993) tanulmánya kivételével – sem foglalkoztak az iskolai végzettség egészségi állapotra gyakorolt hatásait közvetítő szociális oksági összefüggéssel. Elismerve a témakörben számos kutatás eredményességét, megállapíthatjuk, hogy az iskolai végzettség és az egészségi állapot közti kapcsolat sok tekintetben még tisztázatlan maradt, a mediátorokként szereplő faktorok csak részben ismertek, a közöttük lévő összefüggések feltárása nem történt meg teljes körben.

2 IRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1 Ross és Wu szociális oksági modellje

Az iskolai végzettséghez kapcsolódó szociális oksági modell kidolgozása és érvényességének első empirikus igazolása Ross és Wu (1995) nevéhez fűződik. Kutatásaitban azt vizsgálták, hogy az egyes faktor csoportok külön-külön és együttesen milyen mértékben felelősek az iskolai végzettség és az egészségi állapot közötti összefüggésért.

Ross és Wu az egészségi állapot és az iskolázottság közti oki összefüggéseket három kategóriáját nevezték meg: a munka és anyagi körülményeket, a pszichoszociális erőforrásokat és az egészséges életstílust.

2.1.1 A munka és az anyagi körülmények

Az iskolai végzettség alakítja a foglalkozást, a munkavállalást és az anyagi körülményeket. A magasabb iskolázottságúaknak kevesebb fenyegeti a munkanélküliség, az egészségi okok miatti nyugdíjazás (rokkantság), kevesebb köztük a munkaképes korú elhárított (nem foglalkoztatott), az egészséget kevésbé vagy egyáltalán nem veszélyeztető munkát végeznek; munkájuk inkább kielégíti őket, jobban megfelel várakozásainknak, mint az alacsonyabb iskolai végzettségűek. Jövedelmük kedvezőbben alakulhat és kevesebb kuszakódnak anyagi gondokkal. Ily módon a magasabb iskolai végzettségűek munkája és anyagi körülményei védő hatással lehetnek egészségre.

2.1.2 Pszichoszociális erőforrások

Az iskolázottság alakítja az olyan fontos pszichoszociális erőforrásokat, mint az *életirányítási képességet* és a *szociális támogatást*. A magasabb iskolai végzettségűek pszichoszociális erőforrásai gazdagabbak, és ez jobb egészségi állapotot eredményez (Ross és Wu 1995). A szociális, pszichológiai és személyes erőforrások megkülönböztetése a munka és anyagi körülményektől párhuzamos azzal, amit Max Weber (1987) státusz és osztály fogalom párral írt le, s ezek viszonylag elkülönülten hatnak az életesélyekre (DiMaggio és Mohr 1985).

Az a tudat, hogy az ember ellenőrizni képes saját életét, fontos láncszem lehet az iskolai végzettség és az egészség közötti kapcsolatban. Az észlelt hatalomnélküliség és kontrollhiány abban a hitben jut kifejezésre, hogy az egyén tevékenységei nem befolyásolják az őt érő hatásokat vagy saját helyzetét - ezeket inkább olyan rajta kívüli munkálkodó erők befolyásolják, mint a hatalommal rendelkezők, a szerencse, a sors vagy a véletlen. Ezzel szemben a személyes kontroll tudata azt a megantult várakozást jelenti, hogy az embert érő hatások az egyén saját választásaitól és tevékenységeitől is függenek - vagyis az ember képes uralni, ellenőrizni, irányítani és hatékonyan megváltoztatni környezetét, kapcsolatait.

A szociális támogatás annak érzése, hogy főrdőnek velünk és szeretnek bennünket, becsülnék és értékelnek, valamint, hogy részesei vagyunk egy olyan kommunikációs és kölcsönös kötelezettségi hálózatnak, amelyben számíthatunk másokra. A magasabb iskolai végzettségűek körében a szociális támogatás kedvezőbben alakul, mint a kevésbé iskolázottaknál (Ross és Mirowsky 1989). Így tehát, éppen azok az emberek, akik leginkább rászorulnának a szociális támogatásra, hogy megőrizzék hátrányos helyzetükkel, a legkevésbé kapják meg azt.

2.1.3 Az egészséges életstílus

A magasabb iskolai végzettségűek körében kevesebben *dohányoznak*, mivel valószínűleg nem is szoktak rá, vagy ha igen, abbahagyják (Miller és Wigle 1986; Shea és mtsai 1991; Wagenknecht és mtsai 1990; Winkleby és mtsai 1992). A dohányzás növeli az ischaemiás szívbetegség, az agyvérzés, az érelmeszesedés, az aneurizmák, a tüdő és egyéb dagados megbetegedések, az idült tüdőbetegségek, a májbetegség kockázatát, amelyek a halálozások kétharmadát okozzák.

A magasabb iskolázottság pozitívan függ össze a *szabadidős fizikai aktivitással*, s ez kedvező hatású az egészségre (Berkman és Breslow 1983). A mozgásszegény életmóddhoz viszonyítva, bármely fizikai aktivitás csökkenti a mortalitást (Ford és mtsai 1991; Helmer és mtsai 1989; Jacobsen és Thelle 1988; Leigh 1983; Shea és mtsai 1991). A testmozgás mérsékli a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát, a gerincfájdalmat, a csontritkulást, az érelmeszesedést, a vastagbélbetegségeket, a magas vérnyomást, az elhízást, a visszértágulást, a felmértkori cukorbetegség előfordulását, és javítja az egészségről alkotott szubjektív értékelést (Casperen, Bloembertg, Saris, Merritt és Kromhout 1992; Duncan, Gordon és Scott 1991; Paffenbarger és mtsai 1993).

A magasabb iskolázottságúak ritkábban és mértéktesebben fogyasztanak *szezes italt*, mint az alacsony iskolai végzettségűek. Az utóbbiak között valószínűbb az alkoholfogyasztás, de az absztinencia is gyakoribb (Darrow, Russell, Copper, Mudar és Frome 1992; Midanik, Klatsky és Armstrong 1990; Romelsjö és Diderichsen 1989). A kutatások U-alakú kapcsolatot tártak fel az alkoholfogyasztás és az egészségi állapot között. A nagyivóknak és az absztinenseknek egyenlően nagyobb a mortalitása és morbiditása, szemben a mérsékelt ivókkal (Berkman és Breslow 1983; Guralnik és Kaplan 1989; Midanik és mtsai 1990). A mérsékelt ivás az absztinenciával összehasonlítva, csökkenti az ischaemiás szívbetegség, az agyvérzés és a magas vérnyomás kockázatát, míg a mértéktelen szeszifogyasztás növeli e betegségek rizikóját (Gaziano és mtsai 1993; Stampfer, Colditz, Willet, Speizer és Hennekens 1988).

A *preventív célú egészségügyi ellátást* a magasabb iskolai végzettségűek gyakrabban veszik igénybe, mint az alacsony iskolázottságúak (Coburn és Pope 1974). Az előbbiek szociális hálózata is támogatja az egészségmegőrző magatartást. Kevés vizsgálat irányult azonban a preventív szolgáltatások tényleges használatának felmérésére, és azok sem mutatták ki az évente végzett ellenőrzétek és a jobb egészség közötti kapcsolatot (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination 1979, 1988; U.S. Preventive Services Task Force 1989). Mindazonáltal lehetséges, hogy az iskolai végzettség egészségvédő hatása mutatkozik a preventív szolgáltatások igénybevételének növekedésében.

2.2 A modellre ható hazai sajátosságok

A röviden bemutatott szociális oksági modell - összevetőit tekintve - változhat az egyes országok sajátosságai szerint (Hrabá és mtsai 1998). Különösen így lehet ez a volt szocialista országokban, így a magyar társadalomban is, ahol a történeti előzmények és az utóbbi másfél évtized társadalmi-gazdasági átalakulási folyamatai az oksági modell mindhárom összetevőjét sajátosan alakíthaták.

A magyar társadalomban történetileg a foglalkoztatás államilag garantált volt az iskolai végzettségről függetlenül, a munkabérek kevésbé függték a képzettségi szinttől, sőt néhány gazdasági ágban az alacsonyabb végzettségűek jelentősen magasabb bért kaptak. Az egészség szempontjából releváns különbségek inkább a végzett munkában, a munkakörülményekben, a munkarendben és az ingázásban jelentkeztek, valamint a második gazdaságban való részvételben (Andorka 1992; Kolosi 1987; Losonczi 1989). A munkaigénybevétel, a munkával járó egészséget veszélyeztető tényezők, a hivatalos és a nem hivatalos gazdaságban végzett többletmunka, az ezzel járó fizikai és mentális terhelés azok a faktorok, melyek az iskolai végzettség szerint valóban differenciáltak voltak. Természetesen voltak olyan csoportok is, melyek egyszerűen kiszorultak a második gazdaságban való részvételből. E csoportok energiáit szinte teljesen felemésztette a hivatalos gazdaságban végzett munka, nekik jutottak a rosszul fizetett, az egészséget leginkább veszélyeztető munkatevékenységek, maradék erejük további hasznosítására nem vagy alig volt lehetőségük, vagy nem voltak képesek arra. Ide tartozott az alacsony iskolai végzettségűek, szakképzéslenek, jelentős hányada (Ferge 1996; Gábor 1992; Kállai és Vadas 1986; Pórczi, Kócán, Tahin 1986).

A 90-es évek társadalmi-gazdasági változása folyamatai eltérően hatottak a különböző iskolázottságú emberek *foglalkoztatási és anyagi helyzetére*. A magasabb iskolai végzettségűek foglalkoztatási esélyei alig csökkentek, jelentős részük anyagi helyzete inkább javult vagy stabil maradt, különösen a privát szektorban (Andorka 1996; Kolosi és Sági 1996; Róbert és mtsai 1995). A második gazdaságban végzett tevékenységüket sokan vállalkozások formájában voltak képesek folytatni. A közfőretétegeket már inkább sűjtötte a munkanélküliség vagy annak veszélye, jóvédelmi pozíciójuk jelentősen romlott, lecsúszásukat csak kisebb mértékben tudták fékezni többletmunka vállalásával vagy saját vállalkozással. Az alsó rétegek, az alacsony iskolai végzettségű, segéd- és betanított munkások tömegesen vesztették el munkájukat, számukra a pusztá megéllés biztosítása lett a fő gond. A marginálizált csoportok évről-évre tovább bővültek (Ferge 1996; Kolosi és Sági 1998; Sik és Tóth 1998). Ennek a folyamatnak egyetlen előnye, hogy megszabadultak az egészségüket közvetlenül veszélyeztető munkától és munkakörülményektől. Ám helyükbe a munkanélküliségből eredő egészségre káros hatások léptek. Pontosabban, egyfelől tovább „cipelték” a korábbi helyzetükből adódó egészségi ártalmakat, másfelől ezeket súlyosbították és

kibővítették a megváltozott élethelyzetből eredő következmények. A közfőretétegek egészségi állapotát differenciáltan befolyásolta a jóvédelmi helyzetük romlásából eredő stressz, egzisztenciális bizonytalanságokkal járó feszültség, a kompenzatórikus túlmunka, azoknál, akiknek erre lehetőségük nyílt és élték is vele (Kopp és Skrabski, 1995; Makara 1995; Piko 1998).

A *pszichoszociális erőforrások* beszűkülése, mint a dezintegrációs folyamatok részjelensége, már a 80-as években megfigyelhető volt hazai viszonyaink között (Andorka 1994; Elekes és Lipray 1987; Kopp, Skrabski 1987; Jeges, Tahin és Tóth 1997). Miközben a XX. század második felétől a magyar lakosság életfeltételei sok szempontból jelentősen javultak, éppen a személyiségfejlődés szempontjából lényeges kapcsolatok, az ezekben elsajátítható szociális minták, értékek és normák átadásának rendje sérült meg alapvetően. Ehhez társultak a felgyorsult élettempó és az egyre kevésbé kiszámítható környezeti változások, fokozva a naponta megélt szorongató élethelyzetek számát. Az így megélt stressz nem önmagában egészségkárosító, ennek fokozott ereje akkor érvényesül, ha nem ismerjük az új szerű helyzetek megoldási módjait, vagy azért mert nem rendelkezünk elég információval, vagy azért mert nem érzünk magunkban elég erőt, képességet a felmerülő problémák megoldására (Kopp, Skrabski 1995; Piko 1997; Susánszky, Szánó, Kopp és Szednák 1997).

A szociális kohézió és az életirányítási képesség hiánya szinte törvénytörően vezet az ún. depressziós tünetegyüttes kialakulásához. Kopp Mária és munkatársai vizsgálataikban szoros kapcsolatot mutattak ki a szorongásos állapot és a korai halálozás között, magyarázatot találva a mortalitási viszonyok közép-európai paradoxonának nevezett jelenségére. A 90-es években végbement társadalmi-gazdasági változások során megfigyelhetővé vált, hogy az iskolázottság és a depressziós tünetegyüttes kapcsolata tovább erősödött: 1995-ben a 8 osztályt végzetek fele panaszkodott a depressziós tünetektől, a diplomások közül „csak” 17,6%. (Kopp, Skrabski 1998, Piko 2002).

Az oksági modell harnadik összetevője az *egészséges életstílus*. Az iskolai végzettség és az egészséges életstílus összevetőit közötti kapcsolatot hazai viszonyaink között számos vizsgálat is igazolta, s kimutatták ezek szerepét az egészségi állapot alakításában (Józsan 1994; Losonczi 1989; Makara 1995; Piko 1998). A magyar társadalomban az egészséges életstílus folytatásának elvi esélyei mindenki számára fennálltak. Azonban, elsődlegesen a magasabb iskolai végzettségűek körében jelentkezett erre igény és alakult ki tényleges lehetőség rendszeres testedzésre, egészséges táplálkozásra. Ők képviselték az egészség tudatosság viszonylag magasabb szintjét, akiknél az ismeret, beállítottság és cselekvés koherensen összekapcsolódott. Ezzel szemben a dohányzás és az alkoholfogyasztás, mint a feszültségekkel való megbirkózás vagy mint a társasági élet társadalmilag, szubkulturálisan jóváhagyott cselekvési módjai széles körben elterjedtek. A toleráns,

megengedő, a még nem értelmes tartományt széles sávon értelmező beállások, az ismerethiány a káros hatásokról, elősegítették ezen önkárosító tevékenységek gyakori előfordulását. Különösen az alacsonyabb iskolázottságú társadalmi csoportokban (Andorka 1994; Elekes, Lipity 1987).

Az elmúlt évtizedben nehezen megbecsülhető, hogy az alkoholfogyasztás okozta problémák gyakorisága, súlyossága erősödött-e vagy gyengült. A rendelkezésre álló statisztikai adatok alapján megállapíthatjuk, hogy az egy főre jutó alkoholfogyasztás a nyolcvanas évek közepétől csökkent, a kilencvenes években pedig stagnált, de a májzsugorban meghaltak száma az ezredfordulótól jelentősen nőtt. Továbbra is kérdéses marad azonban, hogy az elfogyasztott alkohol mennyiségének csökkenése eredményez-e majd számottevő változást az elkövetkező években vagy a mortalitásban jelentkező következmények hosszabb távon változatlanok maradnak-e (Elekes 2000). A dohányzás területén jelentős változás az elmúlt évtizedben nem volt tapasztalható, a férfiaknak továbbra is közel 40%-a, a nőknek 24%-a cigarettázik, „ellenállva” minden dohányzásellenes kampánynak (Csoboth 1997; Fact Intézet 1999).

Összességében az életstílus egészséget veszélyeztető összetevői azoknál a társadalmi csoportoknál váltak még kifejezettebbé, akik mind a pszichoszociális erőforrások, mind a munka és anyagi körülmények területén egyébként is hátrányos helyzetbe kerültek, az egészséget védő összetevők pedig az ellenkező póluson halmozódtak fel.

3 ASAJÁT KUTATÁS ISMERTETÉSE

3.1 Kutatási célok

PhD. dolgozatomban a Ross és Wu által kidolgozott ún. „három utas” modellt alkalmaztam, magyarországi feltevések között teszteltem a Baranya megyében zajló, 15 éves követéses lakossági vizsgálat eredményeinek segítségével.

- A kutatás fő célja, hogy egy Baranya megyei 1988/89-ben 20-59 éves reprezentatív lakossági mintán elkezdett és 15 év alatt további két alkalommal lebonyolított követéses vizsgálatnál nyert adatok alapján megállapítsa, vajon az iskolai végzettségnek az egészségi állapotra gyakorolt hatásai milyen faktorcsoportok közöttiek. Ezek a faktorok – a demográfiai tényezők kontrollja mellett – valóban oksági jellegűek-e hazai viszonyaink között, és ha igen, akkor e tényezőknél együttesen és külön-külön milyen szerepe van az egészségi állapot változásának alakításában.

- Fel kívánom tárni e faktorcsoportok közötti kölcsönhatásokat is. Nevezetesen azt, hogy összefüggnek-e és milyen mértékben az alapvizsgálat időpontjában, és hogyan módosultak a

végbement társadalmi-gazdasági változások hatására, és ennek eredményeképp mennyiben igazolható multiplikatív szerepük az egészségi állapot egyenlőtlenégeinek elmélyítésében.

- Konkrét képet kívánok alkotni arról is, hogyan változott az utóbbi közel másfél évtizedben az általános egészségi állapot megítélése, az egészségi ok miatti tartós tevékenységkorlátozottságok rajzolata, és a morbiditási struktúra. Markánsabbá váltak-e az iskolai végzettség különböző fokaihoz kapcsolódó eltérő munka- és anyagi körülmények, pszichoszociális erőforrások és életstílus jellemzők mentén a fatális és nem fatális betegségek megszűlése az alapvizsgálathoz viszonyítva?

- Választ keresem azokra a kérdésekre is, hogy kik, mikor, milyen betegségek következtében halnak meg a követés időszakai alatt, és a mortalitás rizikói mennyiben voltak előrejelezhetőek az alapvizsgálatban az egészségi állapottól és az azt alakító tényezőktől kapott adatok alapján.

- Az egészségpszichológiai szakirodalom szerint az egyes krónikus betegségek és a mortalitás előrejelzésében az általános egészségi állapot dummegítélésének igen jelentős prediktív szerepe van. (Idler és Kasl 1991; Idler és Benyamini 1997). A kutatás közvetlen célja volt az is, hogy ezt az állítást magyarországi viszonyok között ellenőrizzük.

- Vizsgálatunknak célja volt továbbá - a korrekciós egészségpszichológiai ismeretek megszerzésén túl - a hasonló jellegű vizsgálatok módszertani tárházának és a többváltozós matematikai-statisztikai modellek alkalmazási lehetőségeinek bővítése is.

A lakosság életkörülményeinek és egészségi állapotának 15 éves követése megkülönböztetett jelentőséggel bír, mivel ez a periódus egybeesett a magyarországi társadalmi-gazdasági és politikai rendszerváltozás első másfél évtizedével. Az ebben az időszakban végbement társadalmi-gazdasági folyamatok makro- és mikrokönyezeti hatásai átrendezték az emberek életfeltételeit (a munka- és anyagi körülményeket), társadalmi kapcsolatait (az ezekből adódó erőforrásokat és észlelést, a szociális támogatást és az életirányítási képesség értékelését) és az egészséges életstílus folytatásának lehetőségeit is. Mindezek feltehetően differenciáltak, és az 1988/89-es alapvizsgálatban tapasztalhatóhoz képest eltérő módon is befolyásolhatták az egészségi állapot alakulását. A szocio-démográfiai, a pszichoszociális, az életstílus tényezők és az egészség kapcsolatának finomabb elemzésére - a kauzalitással kapcsolatos módszertani megfontolások mellett - tehát ebből a szempontból is a lakossági minta utánvizsgálata, követése adhatja a legmegbízhatóbb ismereteket.

A kutatás az MTA, az ETT, az OTKA és a Soros Alapítvány támogatásával készült.

3.2 A kutatás módszere, az elemzési stratégia

A 2003. évi 15 éves követéses vizsgálat fő módszerei az alábbiakban foglalhatók össze:

- Kérdőíves interjúk készítése a célcsoportok élő és elérhető tagjaival.
- A halálzási dokumentumok elemzése.
- Interjúk készítése az elhunytak hozzátartozóival (esettanulmányok), bár ez a dolgozatban még nem került feldolgozásra.
- Az országos és a Baranya megyei halálzási statisztikák másodelemzése összehasonlítási lehetőséget teremtve a saját kutatáshoz.
- A kutatásból rendelkezésre álló adatok elemzési stratégiája a következő módon épült fel:

- A feldolgozás során először ellenőriznem kellett, egyrészt, hogy a vizsgált célcsoportokban valóban van-e hatása az iskolai végzettségnek az egészségre; másrészt, hogy a demográfiai tényezők kizárása után is a munka és anyagi körülmények, a pszichoszociális erőforrások és az életstílus változócsoportok összefüggnek-e az iskolai végzettséggel. Ennek érdekében megvizsgáltam, van-e szignifikáns eltérés az egyes változók átlagában az iskolai végzettség három szintjének megfelelő kategóriái között.
- Ezután ellenőriztem, hogy az iskolai végzettség és az egészségi állapot közötti kapcsolatot mennyiben lehetők „felelőse” a fenti változócsoportok. Ennek érdekében többszörös lépésenkénti lineáris regresszió elemzést végeztem, amelynek során a magyarázó változócsoportokat az elméleti modellnek megfelelő sorrendben építtem a modellbe. Először csupán az iskolai végzettséget, a nemet, az életkort és a családi állapotot szerepeltettem a modellben (1. modell), majd a munka és anyagi körülményeket, beleértve a foglalkoztatottsági státuszt, a háztartási jövedelmet, az anyagi gondokat (2. modell). Az előbbieket kibővítettem a pszichoszociális erőforrásokat mérő változókkal: az életirányítási képességgel, a szociális támogatottsággal (3. modell), végül a 4. egyenletben már az életstílus változói is szerepeltek: a testmozgás, a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a kimerültség, a testtömeg és az egészségi állapot ellenőrzöttsége (4. modell). A modellépítés mindegyik lépésében megvizsgáltam az újonnan bevitt változók, illetve változócsoportok hatását az egészségi állapotra, és azt, hogy az egészség és az iskolai végzettség közötti kapcsolat regressziós együtthatója milyen mértékben csökkent a változók modellben való szerepeltetésének hatására.
- Az egészségi állapot változását – a követett teljes mintában valamint annak a nem, az életkor és iskolai végzettség szerint homogén alcsoportjaiban – a két időpontbeli értékek különbségével

jellemzem. A különbségek szignifikanciáját az önkontrollos t-tesztel, illetve (ahol az eloszlások nem követék a normál eloszlást) a nem-paraméteres Wilcoxon-próbával vizsgáltam.

- A Ross és Wu modell érvényességét a követettek mintáján három keresztmetszeti vizsgálat (az 1988/89-es, az 1997/98-as, illetve a 2003-as) adatai alapján teszteltem. Ugyanazokat a változócsoportokat és ugyanolyan sorrendben vittem be a regressziós modellegyenletekbe, majd összehasonlítottam a változók szignifikanciáját, a parciális regressziós, illetve a többszörös determinációs együtthatókat.

- A változást befolyásoló tényezők hatását a többszörös lineáris regresszió analízis módszerével elemeztem, ahol a függő változót az egészség önértékelésének és a tevékenység-korlátozottságok számának változása jelenti 1988/89-től 2003-ra.

- Végül a tizenöt évvel ezelőtti modellel „jósolt” és a ténylegesen „mért” egészségi állapot összehasonlításával arra kerestem választ, hogy a modell mennyiben képes előrejelezni az egészségi állapotban bekövetkező változásokat

- Ahhoz, hogy a baranyai kutatás eredményeit még pontosabban értékelhessem, az adatok statisztikai megbízhatóságát alátámasztam, szükséges volt áttekinteni, hogyan alakult a halálzási országos illetve megyei szinten az vizsgált korcsoportokban. Ehhez a Demográfiai Évkönyvekben és a Baranya megyei Népegyenlítő Váltató Hivatal fellelhető adatbázisból végeztem szekunder elemzést.

- A halálzási valószínűségeket időbeli változását - különböző prediktor változók függvényében - a kumulatív túlélési ábrázoló grafikonokkal mutatom be. A halálzási befolyásoló demográfiai és pszichoszociális tényezők együttes és parciális hatásainak feltárására a Kaplan-Meier féle túlélésanalízist, a Cox-féle többszörös regresszióanalízist és a logisztikus regresszióanalízis módszereit alkalmaztam.

3.3 A kutatási minta

Az alapvizsgálatot a 20-59 éves, Baranya megyei állandó lakosság körében, többlépcsős kiválasztással nyert véletlen mintán végeztük el 1988-1989-ben, majd az eredeti adatfelvételt csaknem pontosan megismételtük 10 és 15 év múlva. A célcsoportok 1988/89-ben a következők voltak: a produktív életkorú pécsi, mohácsi és siklósi, valamint az utóbbi városok egészségügyi vonzaskörzetébe tartozó orvosi székelyközségi és tárasközségi lakosok.

A válaszadókkal való többszöri találkozással teljesített interjúk száma 1988/89-ben 3408, 1997/98-ban 2357, 2003-ban 2078 volt. A nők körében – mindkét követési fázisban – általában nagyobb

arányban készült ismételt interjú, kevesebben tagadták meg a választ. és alacsonyabb volt közöttük a meghaltak aránya is. Az elért arányokban a korcsoportok között nem volt lényeges különbség. A válaszolási arány a településtípusok rangsorában csökkent, minél nagyobb településről volt szó, annál kisebb arányban sikerült interjút készíteni. Ennek oka a nagyobb mortalitási és elköltözési arány vagy egyéb ok miatti elérhetetlenség volt. Mindazonáltal az elért eredményessége megfelel más országokban hasonló módszerekkel végzett követéssel vizsgálatoknál tapasztalhatónak (Folter és Benyamini 1997).

3.4 A kutatás eredményei

3.4.1 Az iskolázottság és az egészségi állapot közti kapcsolatot az alapkutatásban

Az alapkutatás eredményei alapján már megállapítható volt, hogy szignifikáns különbségek alakultak ki az egészségi állapot három mutatójában (egészségi állapot önértékelése, tevékenységkorlátozottság, idült betegségek) nem, életkor, iskolai végzettség szerint.

3.4.1.1 Az egészségi állapot mutatói

Hasonlóan más hazai és nemzetközi szociológiai kutatások eredményeihez azt tapasztalhatjuk, hogy az *egészségi állapot önértékelése* a nők körében kedvezőtlenebbül alakult, mint a férfiaknál, az életkor előrehaladtával egyre romló egészségi állapot változást figyelhetünk meg, valamint az alacsonyabb iskolai végzettségű csoportokban az egészségi állapot önértékelése szignifikánsan kedvezőtlenebb, az idült betegségek és a tevékenységkorlátozottságok átlagos száma pedig magasabb volt, mint az iskolázottabbaknál. Az iskolai végzettség szerepe akkor is meghatározó maradt, amikor az azonos nemű és életkorú, de különböző iskolai végzettségű csoportokat vizsgáltuk.

Az iskolai végzettség és az egészségi állapot közti kapcsolatot a *funkcionalitásban bekorlátozott korlátozottság* is jelezte. E téren az adatok azt igazolták, hogy az iskolai végzettségi szint szerint jelentősebbek a különbségek, mint az egészségi állapot önértékelésében. Mindezt nemet illetően és minden korcsoportban a betegségek miatt kialakult tevékenységkorlátozottságok átlagértékei nővekedtek a magas iskolai végzettségűektől az alacsony iskolai végzettségűek felé haladva. A férfiak egészségi állapotában jelentkező problémákat ez a mutató jelezte leginkább, hiszen a férfiak körében az egészségi problémák nem önmagában betegségként, hanem a napi tevékenységek akadályozójaként jelentek meg.

Iskolai végzettség szerinti *idült betegségek* átlagos száma az alacsony iskolai végzettségűek minden korcsoportjában a legmagasabb. Nemet szerint vizsgálva azonban csak a nőknél volt megfigyelhető ez a tendencia. A férfiaknál az iskolai végzettség azonban nem a várt módon differenciált, bár az idült betegségek átlagos száma a életkorral körülbírt is nővekszik. Az adatok szerint bármely korcsoportot tekintjük, mindentől a magasabb iskolai végzettségű csoporthoz tartozott több idült betegség. Mégsem állíthatjuk, hogy ez a ténylegesen rosszabb egészségi állapotot jelezné. Sokkal valószínűbb, hogy az iskolázottabb férfiak gyorsabban, érzékenyebben reagálnak a betegségre, pontosabban felismerik az egészségi problémákat, orvosi segítséget is előbb keresnek és maga a betegség is könnyebben „felvállalható”, mint az alacsonyabb iskolázottságú csoportban. Körülkében jellemző a tradicionálisabb, a fizikai erőben, a sérthetlenségben megtestesülő férfi szerep, így a betegséget csak már a mindennapi tevékenységeket gátló vagy jelentős mértékben korlátozó esetben ismerik el.

3.4.1.2 Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők

A továbbiakban azt ellenőriztem, hogy a munka- és anyagi körülmények, a pszichoszociális erőforrások és az életstílus változócsoporthoz tartozásuk-e az iskolai végzettséggel.

A *munka és az anyagi körülmények* szignifikánsan kedvezőtlenebbül alakultak a magasabb iskolai végzettségűek körében, mint a másik két csoportban. A 1988/89-ben még általános volt a teljes foglalkoztatottság, mégis a magas iskolai végzettségűek 95%-a, a közepes iskolázottságúak 94%-a, az alacsony iskolai végzettségűeknek 74%-a kapott helyet az akkori munkaerőpiacon. A rokkantnak megoszlása éppen fordított volt: a legmagasabb iskolázottságúak közt a 5,5% az arányuk, a másik két csoportban 11,6% illetve 12,4%.

Bár ennek az időszaknak nem volt jellemzője a széles sávon megjelenő *jövedelmi egyenlőtlenség*, mégis szignifikánsnak bizonyult a jövedelmek átlagában és az anyagi gondok előfordulásának gyakoriságában kialakult különbség is. Az iskolai végzettség vizsgálata mindkét tényező esetén a tanulatok kedvezőbb helyzetűről informált.

A *pszichoszociális erőforrások* tényezőcsoportja az, amely a legmarkánsabb különbségeket eredményezte az iskolai végzettség függvényében: a pszichoszociális erőforrásokhoz legkevésbé az alacsony iskolai végzettségűek jutottak, majd a közepes, leginkább pedig a magas iskolai végzettségűek. Akár az életirányítási képességet, akár a szociális támogatás mértékét tekintjük, minden esetben mindhárom iskolai végzettségű csoport szignifikáns mértékben különbözött egymástól.

Az *egészséges életmód* névre nem ilyen egyértelmű a kép. Az egészséges következtetésen szem előtt tartó életmód nem alakult ki egyértelműen egyik iskolai végzettségű csoportban sem, bár a magas iskolai végzettségűeknél követhető nyomom leginkább az egészséges életmóddal szemben, „összefonódás”. Ők voltak azok, akik a leggyakrabban túllépték szabaddíjüket aktív testmozgással, a legkevésbé dohányoztak, közel 60%-uk mértékletesen vagy ritkán fogyasztott alkoholt, köztük a legkisebb az aránya a túlsúlyosoknak vagy kövéreknek. A 9-11 osztály végzettség között viszonylag több volt a rendszeresen dohányzó, mint a másik két csoportban. Az alkoholfogyasztásban is hasonlóan alakult a helyzet. Viszonylag magas volt közöttük a gyakran ivók aránya. A legalacsonyabb iskolai végzettségűeknél azt láttuk, hogy közöttük található a legtöbb kövér és a legkevésbé normál testű ember, a dohányzók aránya szignifikánsan magasabbnak bizonyult a magas iskolai végzettségűekhez képest, de jelentősen alacsonyabb volt, mint a 9-11 osztály végzettségé. Közülükben az absztinensek és ritkán ivók, valamint a nagyon gyakran ivók aránya kiugró értéket mutatott a másik két csoporthoz képest. Más vizsgálatok is alátámasztják, de kutatásunk adatai is igazolják, hogy az alacsony iskolai végzettségűeknél a szélsőséges alkoholfogyasztás és az alacsonyabb arányú dohányzás egyrészt a nagyobb arányú női részvételnek, másrészt a már súlyosan megromlott egészségi állapotnak köszönhető, melynek következtében az alkoholfogyasztás és a dohányzás már orvosi tanácsra elhagyott szokás. Rossz és Wu modelljében az egészségi állapot ellenőrzése is jelentős hatásúnak bizonyult. Vizsgálatainkban azonban ez volt az egyetlen tényező, amely szerint az egyes iskolai végzettségű csoportok nem különböztek jelentősen egymástól.

3.4.2 Az egészségi állapot és az egészségi állapotot befolyásoló főbb tényezők változása – a 2003. évi kutatás eredményei

Az iskolai végzettség és az egészségi állapot kapcsolatának vizsgálatához meg kellett ismernünk, hogy a vizsgált minitában a 15 év alatt, hogyan változik az egészségi állapot mutatói és a mediátorokként megjelenő tényezők.

3.4.2.1 Az egészségi állapot mutatói

Az egészségi állapot mutatóinak 2003-ban nyert adatai egyértelműen jelzik a minitában bekövetkező egészségromlást. Az egészségi állapot önértékelésének kedvezőtlenebbé válása jelentős volt, az alapvizsgálathoz képest az általános egészségi állapotukat kiválónak minősítők aránya 15 év alatt felére csökkent, míg az azt rossznak minősítőké kétszeresére nőtt. Hozzávetőleg kétszeresére nőtt a tevékenységkorlátozottságok állagosa száma, és átlagosan kétfélével több idült betegségűről számoltak be a válaszadók. A nők összességében továbbra is minden egyes egészségi állapot mutatójánál

magasabb átlagértéket. A nők el, vagyis rosszabb egészségi állapotú számoltak be, mint a férfiak, de a tevékenységkorlátozottságban az eltérés nem bizonyult szignifikánsnak.

A minitában egészségi vonatkozó adatok azonban elfedhetnek összefüggéseket - hiszen az életkor, a nem és az iskolai végzettség hatásai egymást erősítve összemossódhatnak - ezért az adatokat ebben a kutatási ciklusban is részletesebb elemzésnek vettem alá.

2003-ban is az egészségi állapot önértékelése a különböző iskolai végzettségű csoportokban életkor és nem szerint jelentős eltéréseket mutatott. A legkevésbé iskolázottak közt a már ismert önértékelési különbségeket találunk férfiak és nők közt minden korcsoportban, vagyis a nők rosszabbnak ítélték meg egészségi állapotukat. Ezzel szemben a magas és közepes iskolai végzettségűeknél a két fiatalabb korcsoportban a nők jobb illetve azonos egészségi állapotról számoltak be, mint a férfiak, és csak az idősebb korcsoportokban bizonyult kedvezőtlenebbnek a nők egészségi állapota. A nők és férfiak azonos önértékelése 1988/89-ben csak a legfiatalabbakra és a legiskolázottabbakra volt érvényes, így ez a változás mindenképpen figyelemfelkeltő.

A jelenség magyarázata az lehet, hogy a két fiatalabb korosztály 2003-ban a 35-44 és 45-54 évesekből állt. A mortalitási adatokból ismert, hogy 35 éves kortól a férfiak „essendősege” már szignifikáns mértékben eltér a nőkéétől, 45 éves kortól pedig a halálhoz közelebbi különbség két-háromszoros mértékűt ér el. Az egészségi állapot önértékelése természetesen nem azonos a halálhoz közelebbi viszonyokkal, de a szokatlannak mondható eredmény afféle „előfutára” is lehet a gyors vagy tragikus egészségromlásnak.

A véletlen eredményt talán az is magyarázhatja, hogy a nők munkaerő-piaci ereje, jövedelemszerző képessége, olykor családfenntartói szerepe – különösen a magasabb iskolai végzettségűek körében - megteremtődhetett az elmúlt 15 évben, és a megváltozott, férfiasabbá vált szerepek és teljesítések magukkal hozhatják a betegségi magatartás területén is a változást. Ezt a hipotézist azonban majd mélyebb elemzésnek kell alávetni ahhoz, hogy igazoltnak tarthassunk.

A 2003. évi felmérés adatai alapján szembevetendő a férfiak és a nők egészségi állapotával kapcsolatos önértékelés változásának dinamikája. Az eredmények számottevő különbségeket jelöltek az iskolai végzettség szerinti csoportokban. A férfiak körében az alacsony iskolai végzettségűeknek már a legfiatalabb korcsoportban jelentős mértékben romlott saját megítélésük szerint az egészségi állapotuk. A magas és közepes iskolai végzettségűeknél 10 évvel későbbi életkorban jelenkezik az egészségromlás hasonló tünete, de a legiskolázottabbaknál még ekkor sem éri el a legkevésbé iskolázottak fiatal korcsoportjára jellemző értéket.

A legfiatalabb nőknél a változás nem mutatott szignifikáns különbséget az iskolai végzettség szerint és a romlás dinamikája is határozottan lassabb, mint a férfiaknál. A nők egészségi állapotának

változásban 10 évvel később jelent meg gyorsabb ütemű romlás, számol különbséget mutatva az egyes iskolai végzettségű csoportokban. Fontosnak tartom kiemelni, hogy a magas iskolai végzettséggel rendelkező nők egészségi állapotában csak a jelenleg 55-64 évesek között volt jelentős mértékű negatív irányú egészségi állapotváltozás.

A legidősebbek közt a legminimálisabb az egészségromlás. Magyaránként szolgálhat, hogy ebben a csoportban már a megelőző vizsgálatokban is jóval magasabb volt azok aránya, akik már 1988/89-ben is rossz egészségi állapotról számoltak be, így az egészségromlás körtükben 2003-ban nem volt „mérhető”, hiszen már akkor elérte a mértési „plafont”. Fontos adat az is, hogy ebből a csoportból halnak meg a legnagyobb arányban, amit nyilvánvalóan a „legrosszabb” egészségi állapot mutatónak tekinthetünk.

A *tevékenységkorlátozottság* növekedése a 15 év alatti szintén az egészségi állapot rosszabbodását mutatta, a különbségek jelentősek. 1988/89-ben a megkérdészetek 79%-a nem észlelt funkcionális zavaró problémát, 2003-ban ugyanez az arány már csak 67%. Jelentős mértékben megnövekedett a 3 vagy több mindennapi tevékenységükben korlátozottak aránya, 3,5%-ról 18%-ra. Ez a változás vélhetően életminőségromlást is eredményezett az érintetteknek.

A napi tevékenységeket akadályozó problémák száma átlagosan közel kétszeresére emelkedett, jelentős különbségeket mutatva az egyes életkori és iskolai végzettségű csoportokban. Az adatok szerint a legidősebbek átlagosan háromszor több tevékenységkorlátozottsággal kell, hogy megküzdjenek, mint a legfiatalabbak.

A 15 év alatt bekövetkezett változások a tevékenységkorlátozottságban mind a férfiak, mind a nők esetében jelentős. Az iskolai végzettségi csoportok szerint mindkét nemnél a két alacsonyabb iskolai végzettségű csoportban váltak szignifikánsan nagyobb mértékben mindennapi tevékenységeikben korlátozottakká a megkérdészetek. A nőknél – hasonlóan az egészségi állapot önértékelésben bekövetkezett változásokhoz – a magas iskolai végzettségűek megőrizték kedvezőbb állapotukat, sőt a kisebb mértékű változás miatt a csoportok közti különbségek megnövekedtek, különösen a legalacsonyabb iskolai végzettségűekhez képest. A férfiak korlátozottságánál az iskolai végzettség szerint kisebb különbségeket tapasztalunk, mint a nőknél. A 15 év alatt bekövetkező változásokról az mondható el, hogy a magas iskolai végzettségűek körében kevésbé romlott a funkcionális mértéke, de az összefüggés nem teljes mértékben konzisztens.

A tevékenységkorlátozottságok jelenlétét az iskolai végzettség most is erőteljesen differenciálta, ahogy 1988-89-ben is. Az alacsonyabb végzettségűek ebben a kutatási ciklusban is több korlátozottságról számoltak be minden életkori csoportban. Az adatok arra utalnak, hogy a kevésbé iskolázottak körében a fiatalabb korban kezdődő betegségek az idő előrehaladtával egyre inkább

érintetik korlátozó hatásokat, amelyek kiterjednek a mozgás és az önellátás területére is, és egyaránt negatívan befolyásolják a szociális és a fizikai funkcionálást. A korai megrokkánás expanziójáról van tehát szó, amely az élet minőségét lerontja.

Az elmúlt 15 évben a megkérdészetek körében az *idült betegségek* száma jelentős mértékben növekedett. Az 1988/89-es adatfelvétél idején a válaszadók több, mint 40%-ának nem volt tartósan fennálló betegsége, 2003-ra 16%-ra csökkent. Tovább csökkent az egy, nem változott a két idült betegségről beszámoló megkérdészetek aránya és minden esetben nőtt a 3 vagy annál több féle krónikus egészségi problémával küzdők aránya. Ennek következtében 2003-ban a minta 53%-ának volt 3 vagy több idült betegsége, szemben az alapvizsgálat 19%-ával.

2003-ban a nők átlagosan 3-4, a férfiak 2-3 idült betegségről számoltak be. Nem meglepő, hogy a korral emelkednek a prevalencia értékek és markánsabbá vált a polimorbiditás. A nők esetében - az életkor és a nemek szerinti kategóriákban - mindentűlt az alacsonyabb iskolai végzettségűek közti van több idült betegség, a férfiaknál azonban éppen fordított a trend: a magasabb iskolai végzettségűek több idült betegségről számoltak be. Valószínűleg esetükben most sem a rosszabb egészségi állapotról van szó, csak arról, hogy több krónikus betegségről tudnak, ezekkel éppen a további egészségromlást megelőzendő tudatosan foglalkoznak, orvoshoz fordulnak.

A legtöbb új idült betegség az alacsony iskolai végzettségű nők és férfiak esetében lépett fel, átlagosan kettő. A nőknél az új idült betegségek átlagértékének növekedése a legmagasabb iskolai végzettségűeknél csak a legidősebb korcsoportban határozott. Hasonló ütemű növekedés az alacsonyabb iskolai végzettségűek között már a 30-39 éves korban jelentkezik és fennmarad az azt követő életkori csoportokban is.

Az idült betegségek mindegyike tartósan fennálló betegségi állapotot eredményez, és nem elsősorban a gyógyulás a reális lehetőség, hanem a betegséggel való együttélést kell felkészülnie a betegnek. Az idült betegségek között mégis alapvető különbséget teremt az *egészségromlás fatális* vagy *nem-fatális jellege*. Így az idült betegségek két, minőségileg alapvetően különböző csoportját különítettük el, mely lehetővé tette az általános morbiditás kvalitatív elemzését is.

A kutatási ciklus tizenöt éve alatt az idült betegségek csoportján belül mind a fatális kimenetellel fenyegető, mind a nem-fatális megbetegedések átlagos száma - a követett mintia egészét tekintve - jelentősen megemelkedett.

A betegségek számának megnövekedése nem, életkor és iskolai végzettség szerint homogén csoportokon belül is kimutatható. A férfiak körében - különösen az 50. életévtől kezdve - jelentősen megnőtt a fatális jellegű megbetegedések száma, szignifikánsan meghaladja a hasonló korú nőknél tapasztalt szintet. Ez rávilágít a férfiak nagyobb korai halálozási kockázatának morbiditási hátterére.

Tendenciájában az iskolai végzettség hatása a fatális és nem-fatális jell¹ betegségek számának növekedésében is kimutatható: mindegyik - nem és kor szerint homogén - részintében az alacsonyabb iskolai végzettségűek kategóriájában magasabbak az értékek. Az idősebb, alacsony iskolázottságú férfiak szenvednek átlagosan a legtöbb fatális jellegű betegségben. Az ellenértés pólust mindkét szempontból a magasabb iskolázottságú fiatal férfiak és nők képezik.

A nem-fatális idült betegségek előfordulása igen nagy arányban emelkedett, különösen a fiatalabb korcsoportokban. Az iskolai végzettség hatása a nem-fatális betegségek előfordulását illetően a férfiak esetében nem egyértelmű. Bizonyos korcsoportokban az alacsonyabb végzettségűek körében lépett fel relatíve több, más korcsoportoknál éppen a magasabb végzettségűeknél. A nők körében viszont egyértelműen kirajzolódik az a tendencia, hogy a nem-fatális betegségek a magasabb iskolai végzettséghez társulnak inkább, míg a fatálisak az alacsonyhoz.

3.4.2.2. Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők változása 1988/89 és 2003 között

Az eddigi elemzések során sikerült igazolni, hogy a megkérddezettek egészségi állapota az elmúlt 15 évben jelentősen romlott. Most azt kell áttekintnünk, hogy az egészségi állapotot befolyásoló tényezők megváltoztak-e a két vizsgálati közti időszakban.

A demográfiai-társadalmi jellemzők közül az egészségi állapotot legerősebben determináló tényezők a nem és az életkor voltak. A nemek aránya a követelt minában nem módosult jelentősen, az életkor pedig 1-2 éves szórással 15 évvel nőtt meg.

A munka és anyagi körülmények közül szignifikánsan változott a foglalkoztatottság. Az aktív keresők aránya közel felére csökkent - 82,6%-ról 43%-ra - elsősorban a nyugdíjba vonulás miatt. A különböző jogcímenek nyugdíjazottak aránya 5,4%-ról 44,6 %-ra emelkedett. A saját vagy önzvegyi jogon nyugdíjba vonulók aránya 3,2-ről 28,8 %-ra, míg a rokkant nyugdíjasok aránya 2,2-ről 15,8%-ra nőtt. 2003-ban munkanélküli volt a megkérddezettek 5,8%-a. Az anyagi körülmények megítélése egyértelműen negatív irányba toldott el. Az anyagi gondok a megkérddezettek fele számára jelentett gyakori vagy állandó problémát az elmúlt években. A jövedelmi egyenlőtlenségek növekedését is jelzik az adatok, a magas iskolai végzettségűektől jelentősen leszakadt a másik két csoport.

A pszichoszociális erőforrások közül az életirányítási képesség terein a férfiakhoz képest a nők most is kevésbé érzik úgy, hogy képesek lennének alapvetően befolyásolni az életüket, különösen az alacsonyabb iskolai végzettségű csoportokban. A szociális támogatottság tekintetében negatív irányú változás tapasztalható. A nők érzékelik leginkább a szociális támogatottság hiányát, különösen a család részéről, s körükben nőtt relatíve a legnagyobb mértékben e probléma. A nők

körében kialakult² pszichoszociális erőforrások relatív „hiánya” és ez aláírásmaszthatja az ismert megállapítást, hogy betegekben, elesettekből is érzik magukat, mint a férfiak.

Az egészséges életmóddal szemben a fiatalabb nőknél némi javulás látszik. A dohányzóknak aránya szignifikánsan csökkent - elsősorban - a fiatalabb nőknél és a legidősebbek körében, valamint a fiatalabb, magasabb iskolázottságú férfiak körében. Az alkoholfogyasztást illetően is változott a kép, nőtt az absztinensek, a ritkán ivók és a mértékletesen ivók aránya és csökkent ugyan a nagyon gyakran ivóké, de ez utóbbi nem mondható jelentős mértékűnek. A 15 év alatt a megkérddezettek testülváltozásait nem mondhatjuk kedvezőnek. 1988/89-ben a nők 40 %-a volt túlsúlyos vagy kövér, és 44 %-a normál testűlű, a férfiaknál ugyanezek az arányok 51% és 45 % voltak. 2003-ban mind a nők, mind a férfiak körében megnövekedett a túlsúlyossal élők aránya: nők 56 %-a, férfiak 68%-a sorolható ebbe a csoportba. Ugyanakkor az eredmények azt is mutatják, hogy mindhárom iskolai végzettségű csoportban némileg csökkent a kövérek aránya, ami a betegségű kockázatok szempontjából fontos változás. A nők körében az iskolai végzettség határozott „minutázator” alakított ki: a magas iskolázottságúak mindegyik korcsoportjában a normál testűlűek aránya 40% feletti van, a közepes iskolai végzettségűeknél csak a két fiatalabb korcsoportban, az alacsony iskolázottságúak körében pedig csak a legfiatalabbakra jellemző a megfelelő testűlű. A követelt minában belüli preventív célú orvoshoz fordulás gyakorisága csökkent, vélhetően azért, mert a minta egyre nagyobb hányadának van már tartósan fennálló betegsége, így az orvoshoz fordulás okaként egyre inkább a gyógyítás, a gondozás jelenik meg.

3.4.3. Az iskolai végzettség és az egészségi állapot összefüggését magyarázó tényezők

A vizsgálatunk lehetővé tette, hogy megvizsgáljam, vajon az az összefüggés-láncolat, amelyet Ross és Wu az iskolai végzettség egészségi állapotra gyakorolt hatásánál igazolt, magyarországi körülmények közti is érvényes-e. Jóllehet az egyes változók tartalma többé-kevésbé más, s ennek hatása lehet a modellparaméterek értékeire, de ha a modellel kapott eredmények általános érvényűek, a változók szignifikanciájának nem szabad döntenem megváltozniuk.

Az életkor és az iskolai végzettség az 1. modell szerint valamennyi függő változó esetén erősen szignifikáns tényezőnek mutatkozott mind az 1988/89-es, az 1997/98-as, mind a 2003-as adatok alapján. Az életkor növekedésével természetesen rösszabbodott az egészségi állapot, növekedtek a tevékenységkorlátozottságok, a magasabb iskolai végzettséghez általában jobb egészségi állapot társult. A nemek egészségi állapotának eltérése háttérben gyakran a nemek eltérő iskolázottságának a hatása nyilvánult meg. Ezt bizonyítja, hogy az iskolai végzettség és az életkor kontrollja mellett (1. modell) a nem regressziós együtthatója általában szignifikánsan csökkent.

Fontosnak tartom azonban újra kiemelni, hogy a 2003-as vizsgálatban a nemi közti különbségek a magas iskolai végzettségű csoportban öszerszűkültek, sok esetben éppen a nők számoltak be jobb egészségi állapotról. Ezt a változást támaszja alá az is, hogy a legutóbbi felmérés adataiból készített többváltozós elemzések már nem mutattak ki a nemek között szignifikáns eltérést.

A családi állapotnak irodalmi adatok szerint szintén van hatása az egészségi állapotra, minálunkban ezt csak az 1997/98-as vizsgálat egészségi állapot önértékelésének modellje igazolta.

Az újabb és újabb változócsoporthoz modellebe léptetése (2., 3., 4. modell) során meghatározott többszörös determinációs együtthatók alapján azt a következtetést vonhatjuk le, hogy valamennyi változócsoporthoz a legjelentősebben az egészség önértékelésével, másodsorban a tevékenységkorlátozottsággal van kapcsolatban, majd ezeket követően az idült betegségek számával. Ez a sorrend mindhárom időpontban érvényes.

A 2. modell alapján mindkét – fűgő – változó esetében a foglalkoztatottság pozitív hatását kell kiemelni, amely az egyik legjelentősebb tényező az egész modellben. A foglalkoztatottság szerepét még hangsúlyosabbá teszi, ha figyelembe vesszük, hogy a modellben nem szerepelnek a rokkant nyugdíjasok, így az egészségi problémák halmozódása miatti szelektív hatás nem érvényesülhet a nem foglalkoztatottak csoportjában.

A jövedelmi adatok – hasonlóan más szociológiai vizsgálatokhoz – nem egyértelműen megbízhatók, így nem véletlen, hogy bár az irodalomból ismert a jövedelmi, vagyoni helyzet és az egészségi állapot összefüggése, kutatásunk ezt nem minden esetben tudta az adatok alapján igazolni. Annál „beszédesebbnak” mutatkozott a háztartásban előforduló megélhetési gondok gyakorlati ciklusban az egészségi állapot önértékelésénél és a tevékenységkorlátozottságnál is jelentősebb hatásának bizonyult, sőt szerepe folyamatosan nőtt. A legutóbbi vizsgálatban – szemben az 1988/89-es és 1997/98 évi kutatással – az életstílus változók mellett is megmaradt a tényező szignifikanciája a 4. modellben, vagyis ezek sem tudták kiváltani magyarázó erejét.

A 3. modellben a pszichoszociális erőforrások szerepét vizsgáltam. A magasabb szintű személyes kontroll, az életirányítási képesség érzete egyértelműen kedvezőnek bizonyult az egészségi állapot minden mutatójában. Azt látom igazoltnak, hogy a mindennapi teendőkben való jártasság, az általunk és velünk történő események alakíthatóságának tapasztalata az egészségi állapot területén is megbízhatóságot teremthet, az egészség megtartása, a betegségekkel való megküzdés folyamata sajátos döntési helyzeteket, felelősséget teremt, melyben nem a kiszolgáltatottságot, vagy a sorsszerűséget érezhetjük, hanem éppen az aktív cselekvési lehetőségeket.

A társas támogatás szerepe az egészségi állapot önértékelésében jelentős változáson ment keresztül eredményeink szerint. Az alapvizsgálathoz és az 1997/98-as vizsgálathoz képest a szociális kapcsolatok ereje felerősödött. A társas támogatás direkt hatása megnyilvánulhat közvetlen módon pl. abban, hogy a társas kohézió hatására veszünk fel vagy hagyunk el bizonyos egészségi támogató vagy éppen károsító szokásokat, de közvetlen is, hiszen a másokhoz való tartozás, a másokért érzett felelősség a „puffer-hatás” révén semlegesítheti elviselhetőbbé teheti a betegségek vagy más pszichoszociális stresszhatás okozta problémákat (Kaplan, Cassel, Gore 1977). Kutatásainkban egyértelműen igazolódott, hogy a társas kapcsolatok fontos pszichoszociális tényezők, és valószínűleg az életkor előrehaladával egyre határozottabb szerepet töltenek be az emberek életében az egészségi állapotának alakulásában.

A 4. modell elsősorban az életstílus változócsoporthoz hatásának feltárására irányult. Az aktív pihenés (testedzés) az egészség önértékelésére kedvezően, míg a dohányzás negatívan hat (ez utóbbi azonban csak az első vizsgálatban volt kimutatható). Továbbmenvően, az életmódot meghatározó mutatók közül a testi, lelki kimerültség, a testsúly és bizonyos alkoholfogyasztási szokások eredményezték még jelentős hatást az egészségi állapotra illetve a tevékenységkorlátozottságra. Az ély az alkoholfogyasztás káros vagy kedvező hatásait nem tudtuk igazolni több ivási kategóriában sem. Megjegyzem azonban, hogy a teljes, 3408 fős minában a mértékletes alkoholfogyasztás pozitív hatásának bizonyult, ami egybevégt a szívbetegségekkel, az agyvérzéssel, illetve a magasvérnyomással kapcsolatos külföldi vizsgálatok eredményével (Gaziano et al. 1993; Gill, Zetuka, Shipley, Gill és Beavers 1986; Stampfer, Colditz, Willet, Speizer és Hennekens 1988). A közvetlen minából – a halálokok tanulmányozása alapján joggal feltételezhető – éppen e betegségek valamelyikében meghaltak hiányoznak, s ezért nem mutatható ki e relatíve gyenge kapcsolat. (Lehetséges, hogy a dohányzás kedvezőtlen hatása is ugyanezért nem volt egyértelműen igazolható.) Figyelmezt érdemel, hogy a preventív célú orvoshoz fordulás az első vizsgálatban sem az egészség önértékelésében, sem a tevékenységkorlátozottság mértékében nem játszott szerepet.

Az első felméréshez képest az iskolai végzettség hatása az egészségi állapotra – a modell parciális regressziós együtthatói (B) szerint – felerősödött az egészségi állapot és a tevékenységkorlátozottság esetében is. Ha összehasonlítjuk, hogy a három vizsgálat idején milyen szerepet játszottak az iskolai végzettség hatásának kiváltásában a modellben szereplő különböző változócsoporthoz az egészségi állapot önértékelése, illetve a tevékenységkorlátozottság közötti összefüggésben, akkor azt tapasztaljuk, hogy az egészségi állapot esetében az anyagi és foglalkoztatási mértő változók szerepe 1997/98-ban volt a legértősebb. Ugyanis míg az első felmérés idején az iskolai végzettség és az egészség önértékelése közötti kapcsolat mintegy 21%-a volt tulajdonítható a 2. modellben szereplő változóknak, addig 1997/98-as felmérésben 55%-a, 2003-ban

pedig 42%-a. Ugyanez az érték a tevékenységkorlátozottság vonatkozásában, 1997/98-ban 60%-ra, 2003-ban 68%-ra emelkedett, vagyis itt a mediátorok szerepe folyamatosan nőtt. A társadalmi folyamatokból ismert, hogy az elmúlt másfél évtized társadalmi-gazdasági változásai a foglalkoztatottságot illetően elsősorban az alacsony iskolai végzettségeket érintette kedvezőtlenül. A munkanélküliség, kényszernyugalmasok anyagi gondjai nyilvánvalóan súlyosabban jelentkeznek, és ezek a problémák éreztetik hatásukat az egészségi állapot alakulásában, melyet legkifejezettebben az egészség önértékelésén keresztül mérhetünk le.

A pszichoszociális erőforrások - együttesen a megelőző modell változóival - az iskolai végzettség hatásából az egészség önértékelése esetén 1988/89-ben 37%-ot, 1997/98-ban 53%-ot, 2003-ban 54%-ot váltottak ki. A tevékenységkorlátozottságnál az értékek 1988/89-ben 60%, 1997/98-ban 67%, 2003-ban 79%. A pszichoszociális források mediátor szerepe - ha kisebb mértékben is, mint az anyagi életkörülményeké - növekedett az alapvizsgálathoz képest, hatása jelentősebbé vált, különösen a tevékenységeikben korlátozottak körében.

A keresztmetszeti vizsgálatok eredményeinek összefoglalásképp megállapítható, hogy a Ross és Wu féle modell mindhárom időpontban érvényesnek tartható magyarországi viszonyok között is, abban az értelemben, hogy a modellben szereplő változócsoporthoz az egészségi állapot és az iskolai végzettség közti kapcsolat jelentős részét „megmagyarázzák”. A követett mintán 1988/89-ban az iskolai végzettség parciális regressziós együtthatója a végső modell alapján az egészség önértékelésében 50%-kal, tevékenységkorlátozottságban 65%-kal csökkent, míg 1997/98-ban ugyanezek az értékek 80%, illetve 74%, 2003-ban 70% illetve 92%. Következésképpen az egészségi állapot és az iskolai végzettség közti összefüggést a harmadik felmérés idején 1997/98-hoz képest kevésbé, de 1988/89-hez képest erőteljesebben magyarázzák meg a vizsgálatba vont változócsoporthoz. A tevékenységkorlátozottság esetében azonban minden újabb vizsgálat egyre határozottabb összefüggést mutatott a felhasznált változókkal, a Ross és Wu modell tehát az idővel nemhogy veszített volna érvényességéből, hanem még további megerősítést nyert.

Megfigyelhető, hogy az 1997/98-as és a 2003-as mintában az egészségi állapot és a vizsgálatba vont változócsoporthoz köthető összefüggések szorosabbnak lettek, a többszörös determinációs együtthatók mindegyikéül függő változóra nézve meghaladják az 1988/89-es megfelelő értékeket. (Pl. az egészség önértékelésében az összes prediktor változó tartalmazó 4. modell esetén 24%-tól 43%-ra illetve 35%-ra nőtt, míg a tevékenységkorlátozottságnál ugyanez az érték 15%-ról 38%-ra illetve 39%-ra.) Ez úgy is értelmezhető, hogy az kedvezőtlenebb iskolai végzettségből származó hátrányok az elhízt időszakban még kedvezőtlenebb helyzetet teremtettek illetve a magasabb iskolázottság, ha nem is jobb, de „kevésbé rossz” életkörülményeket. Ennek pedig nyilvánvaló következménye, hogy az egészségi állapot társadalmi egyenlőtlenségei még kifejezettebbé váltak az elmúlt 15 évben.

3.4.4 Az egészségi állapot változását leíró modell

Az egészségi állapot elmúlt időszak alatti megváltozására ható tényezők longitudinális vizsgálatához, szintén a többszörös regresszió analízis módszerét választottam. Feltételezem, hogy a változás, azaz a megfelelő egészségi állapot-indikátorok két időpontban mért értékeinek különbsége az iskolai végzettség és a három magyarázó változócsoporthoz függvénye, kontrollváltozóként pedig mindegyik modellben szerepeltem az 1988/89-es felvételkor mért megfelelő egészségi állapot-indikátort.

Az *egészségromlás mértékét* a növekvő életkor és az alacsonyabb iskolai végzettség befolyásolták a leg erősebben, de 2003-ra szignifikáns tényezőknak mutatkoztak az egészség önértékelésének negatív irányú változásában a foglalkoztatottság megszűnése, az anyagi gondok gyakori jelenléte, mindkét pszichoszociális tényező hiánya vagy alacsony szintje (életvitányfáti képesség és a társas támogatás), az életstílus-csoportból pedig a testnedvesség elmaradása, a testi-lelki kimertlenség és a túlsúly is. A tevékenységkorlátozottság kedvezőtlen alakulása esetében - több, már említett változó mellett - a túlzott mértékű alkoholfogyasztásnak bizonyult jelentős hatása. Ezen tényezőik többsége szignifikáns volt az „aktuális” egészségi állapot megítélésben is. Hatásuk tehát jellemző egy már kialakult helyzetre, de ami ennél fontosabb, előrevetítik a jövőbeli állapotot is, hiszen magának a változás mértékének a becsléséhez is támpontot adnak.

A longitudinális és a keresztmetszeti vizsgálat összehasonlítása alapján beigazolódtott - amire a keresztmetszeti vizsgálat alapján már lehetett következtetni -, hogy az iskolai végzettség hatása hasonlóan jelentős az egészségi állapot változására, mint az aktuális helyzetre. (A standardizált parciális regressziós együttható végső értéke az egészségi állapot értékelésénél 67%, illetve a tevékenységkorlátozottságnál 74%). Ugyanakkor, 1988/89-es vizsgálathoz képest a nem szerepe csökkent, sőt az egészség önértékelésében már egyetlen esetben sem volt szignifikáns. Az iskolai végzettség hatásának erősödése tehát mintegy ennek rovására történt, ami úgy is értelmezhető, hogy a nem egészségi állapottal való összefüggését is végső soron az iskolai végzettség a „felelős”.

Figyelemre méltó, hogy a befolyásoló tényezők többszörös determinációs együtthatója az egészségi állapot önértékelésének keresztmetszeti vizsgálatban 2003-ban 35,3%, míg a longitudinálisban 48,5%, a tevékenységkorlátozottságnál 39,25 és 33,4%. Azaz a bevitt magyarázó változók együttesen éppúgy meghatározzák a függő változó alakulását a longitudinális, mint a keresztmetszeti vizsgálatban.

3.4.5 A regressziós modellek „jósló” képessége

Azt a hipotézist, mely szerint a lakosság általános egészségi állapotának változása a regressziós modell alkalmazásával előrebebecsülhető – ezzel a modell helyességét, valóságosságát is igazolni lehet – úgy kíséreltük meg igazolni, hogy az 1988/89-es regressziós egyenletekbe a 2003-as adatok kerültek behelyettesítésre, azaz meghatároztuk a modellek alapján becsült egészségi állapot-indikátorokat, majd összevetettük ezeket a 2003-as felmérésben ténylegesen nyert adatokkal.

Eredményeink igazolják, hogy a 15 év elteltével az általános egészségi állapot jelentős romlása előrebebecsülhető volt. Statisztikailag mindenképpen szignifikáns változásra számíthatunk, a tényleges egészségromlás azonban a vártnál is nagyobb mértékű lett. Ez is azt igazolja, hogy az egészségi állapotromlás hátterében elsősorban az elmúlt időszakban végbement társadalmi-gazdasági változások állnak. Elsősorban az alacsony iskolai végzettségű, munkahelyét elvesztő, s már korábban is kevésbé jó egészségi állapottal rendelkezők egészségének romlása miatt, illetve nagyobb ütemben. A tevékenységkorlátozottság alapján is igen nagy mértékben romlott az egészségi állapot és ebben az esetben az 1988/89-es modell ebben egészen pontos előrebecsülést adott.

Az egészségi állapot tehát az önértékelés alapján az 1988/89-es adatokra illesztett modellel a becsült adathoz képest, nagyobb mértékben romlott, míg a tevékenységkorlátozottság szerint pontosan olyan mértékben, amellyel várható is volt.

Ez utóbbi eredmény arra hívja fel a figyelmet, hogy az egészség önértékelése és a tevékenységkorlátozottság az egészségi állapot más-más dimenzióját helyezi előtérbe. Az egészség önértékelése nyilvánvalóan az egészségi állapot sokkal több társadalmi (és szubjektív) összetevőjét tartalmazza, mint a tevékenységkorlátozottság, amely az egészség, mondhatnánk, „objektívebb” mérője. Az egészség önértékelése ezért feltételezhetően érzékenyebben reagál a társadalmi-gazdasági változásokra, magába foglalva azokat az életérzéseket, melyek a 90-es évektől a magyar társadalomban felértékelődtek, és amelyek megértették az egyre individualizáltabb társadalmi környezetet.

3.4.6 A mortalitás alakulása és a mortalitást befolyásoló tényezők szerepe

Az idő előtti halálozás kockázati tényezőivel foglalkozó hazai kutatások többnyire aggregált szintű és főként keresztmetszeti vizsgálatokon alapulnak. Ez tulajdonképpen érthető, hiszen a halálozás tanulmányozása követéses vizsgálattal csak akkor lehetséges, ha a megfigyelt mintát a benne szereplők haláláig kövessük, ami természetesen sok évtizedes folyamat a lakossági minik esetében.

A halálozással összefüggésbe hozható pszichoszociális és demográfiai tényezők ugyanis bonyolult összetüregés-rendszer alkotnak, és az élettartam folyamán a különböző életszakaszokban hatásuk sem feltétlenül ugyanaz. Az időben változó hatások és kauzális láncolataik tanulmányozásához valamint az idő előtti halálozás okainak jobb megértéséhez a követéses vizsgálatok sokkal több lehetőséget kínálnak.

3.4.6.1 A követett minta mortalitásiának alakulása nem és korcsoportok szerint

Az alapvizsgálatban szereplő 3408 személy közül 2004. jan. 1-ig 358 fő (10,5 %) halt meg. A kutatás eredményei szerint a férfiak 14%-a, a nők 7,3%-a halt meg a 15 év alatt, ami azt jelenti, hogy a férfiak esélye 1988-ban a 2004-es év megélésére csaknem fele akkora volt, mint a nőké.

A halálozások életkor és nem szerinti megoszlásából az országos tendet látnunk igazolódik. Az 1988/89-ben 30 évesnél idősebb korosztálytól a férfiak halálozása legalább kétszerese a női mortalitásnak és ez a különbség az akkori 55 éves korosztályig kisebb ingadozásokkal meg is maradt. Az iskolai végzettség nem csak az élő népességben eredményezett szignifikáns különbséget, hanem a 15 év alatt bekövetkezett halálozás megoszlásában is. Mind a nők, mind a férfiak esetében a nem és életkor szerint homogén csoportokban az alacsony iskolai végzettségűek mortalitása szignifikánsan magasabb volt, mint a magas iskolázottságúaké, vagyis a József Péter által megfogalmazott „halál előtti egyenlőtlenség” a mi kutatásunkban is bebizonyosodott.

A halált okozó betegségcsoportokról is sikerült információkat szereznünk a korábbi megfigyeléshez hozzátartozóitól, a 358 halott közül 230 esetben sikerült megmondani a halál okát. A halálozások megoszlása nem teljes mértékben tükrözi az országos vagy megyei adatokat, amelyekben a megfigyelés a meglehetősen magas arányú információhiány a halálozás körülményeiről, mértékét a halálhírekkel a hozzátartozók, olykor a szomszédok számolták be, így nehéz megítélni, hogy a rendelkezésünkre álló információk mennyiben fedik a valóságot. Anélkül, hogy az eredmények alapján messzenemű követezésekkel vonnánk le, mégis érdemes kiemelni, hogy a férfiak halálozása a dagmatos megbetegedések kivételével minden csoportban nagyobb arányú, mint a nőké.

Ahogy azt már az elemzési stratégiában is jeleztem a halálozási valószínűségek időbeli változását - különböző prediktor változók függvényében - a kumulatív túlélési függvény számításával jellemzem. A túlélési analízis módszerek közül a Kaplan - Meier eljárást alkalmazom.

A halálozással kapcsolatos adatok feldolgozásában a kumulatív túlélés elemzési módszer is igazolta, hogy szignifikánsan eltérőek a nemek életésélyei, a nők jelentősen nagyobb eséllyel éltek meg a 15 év időtartamot, mint a férfiak.

A korcsoportok túlélési függvényei mindkét nemnél szignifikánsan különböztek egymástól újra jelezve, hogy már fiatalabb életkorban is a férfiak mortalitási esélye számottevően magasabb, mint a nőké. A 30-39 éves férfiak pl. olyan halálzási valószínűséggel jellemezhetők a mintánkban, mint a 40-49 éves nő.

3.4.6.2 A halálzás valószínűségét befolyásoló tényezők

A halálzást befolyásoló demográfiai és pszichoszociális tényezők együttes és parciális hatásainak felmérésére újra a Kaplan-Meier féle túlélésanalízist, a Cox-féle többszörös regresszióanalízist és a logisztikus regresszióanalízis módszereit alkalmaztunk.

A halálzást befolyásoló tényezők megismerésére a kutatásban alkalmazott modell változócsoportjait használtam fel, kiindulva abból, hogy ha ezek a tényezők hatással vannak az egészségi állapot alakulására, akkor bizonyára jelentős szerepet töltenek be a halálzás – különösen az idő előtti halálzás – bekövetkezésében is.

A 15 éves periódus túlélési valószínűségeinek eredményei azt jelzik, hogy az életkoron, mint független változón túl a legerősebb prediktor változó az iskolai végzettség volt. A fizikai aktivitás és az ételirányítási képesség szerepét a halálzási valószínűségek alakításában inkább a férfiaknál, a szociális támogatás hatását pedig a nőknél tudtuk igazolni, de mindkét nemnél jelentős hatású volt a foglalkoztatottság hiánya illetve a klasszikus kockázati tényezők: az alkoholfogyasztás és a dohányzás.

Az empirikus adatok - még folyamatosan levő - elemzése során a halálzási valószínűségek előrebecsléséhez újabb változókat vontunk be a vizsgálatba rendelkezésünkre álló adatállományból. Ezek a következők: az egészségről, betegségről való ismeretek szintje, illetve az egészséggel-betegséggel kapcsolatos beállítódás dimenzióit.

A tudás szintet trichotóm változónak definiálva, az egészségről-betegségről relatíve legjobban ismerettel rendelkezőkhöz képest a valamilyen kevesebbrel rendelkezők halálzási valószínűsége csaknem kétszeres, míg a legkevesebb ismerettel rendelkezőké négyszeres. Az iskolai végzettséggel kontrollálva ugyanezek a valószínűségi esélyhányadosok 1,7, illetve 3,5, továbbra is erősen szignifikánsak maradtak.

Vizsgálataink eredményei szerint a halálzás kockázatát az egészségről-betegségről meglévő tudás mértéke jelentősebben befolyásolja tehát, mint a már bizonyítottan szignifikáns iskolai végzettség vagy az egészség ünrétekelése. Sőt, a fatális kimenetellel fenyegető idült betegség megléte is kisebb halálzási kockázatot jelent, mint az egészségről - betegségről való tudás hiánya.

4 KONKLÚZIÓ

A Baranya megyei produktív életkorú lakosság körében 1988/89-ben, 1997/98-ban és 2003-ban végzett egészségpszichológiai felmérés adatai igazolták, hogy az iskolai végzettség és az egészségi állapot között hazai viszonyaink mellett is szoros pozitív kapcsolat van. A nyert eredmények azt mutatják, hogy Ross és Wu modellje hazai viszonyaink között is jól alkalmazható, azaz az iskolai végzettség és az egészségi állapot közötti összefüggést a modellben szereplő független változók nagyrészt megmagyarázzák. A modellben szereplő változók hatásának kiszűrése után azonban még mindig marad az összefüggésnek szignifikáns, megmagyarázatlan része. Ennek több oka lehet: a modellben nem szerepel az összes lehetséges magyarázó változó; szignifikáns változók szerepelnek ugyan, de operacionálizált meghatározásuk nem teljesen fedti le a tartalmukat; végül lehetséges, hogy az iskolai végzettség megszerzésére irányuló tanulási folyamatnak valóban van egy direkt hatása is az egészségre. Ahogy ugyanis az egyén előréjű az iskolázottságban, úgy mind nehezebb, bonyolultabb és aprótlekosabb problémákat old meg; ez a folyamat fejlesztésként járasságát és önbizalmát. Az oktatás beleneveli az emberkebe azt a szokást, hogy a problémákkal figyelmesen, gondolkodva, kiatóran és cselekedve foglalkozzunk és ez a mentális „edzési” folyamat éppúgy formában tartja az egyént, mint pl. a fizikai edzés.

A szokványos megközelítésben egyéntől függőnek tartott viselkedések, mint a testedzés, dohányzás, alkoholfogyasztás, nem alternatívái a materiális és kulturális javakban megjelenő szociálisan strukturált egyenlőtlenségeknek, hanem inkább összefüggnek egymással. Joggal állíthatjuk tehát: a magas iskolai végzettségűekhez hasonlítva az alacsony iskolázottságú emberek valószínűbben szorultak ki a munkaerőpiacról, ha foglalkoztatottak, nem egyenlően férnek hozzá a kielégítő, jól fizetett munkához, nagyobb anyagi nehézségeket tapasztalnak meg, melyek mindegyike összekapcsolódik azzal a vélekedéssel, hogy értetlenek életük és egészségük befolyásolásában, és ez összefügg az egészséges életstílussal is. Ha kitörési erőfeszítéseik haszontalannak bizonyulnak, ha az egészségről és a betegségről úgy vélekednek, mint amiket nem ellenőrizhetnek, akkor mi értelme lenne a testedzésnek, a dohányzás abbahagyásának vagy az ivás mérséklésnek? Más szavakkal, ha a jobb munka és életkörülményektől való megfosztottság megléte, a változtatási erőfeszítések kudarcra az alacsonyabb iskolázottságúak életébe „beködpöl” jellemzők, akkor ez valószínűleg vezet a gyenge kontrolludathoz, ami végül is – részben az életstílus révén, részben direktan – befolyásolja az egészséget. Így tehát a pszichoszociális erőforrások és az egészséges életstílus nem alternatívái a materiális viszonyok egyenlőtlenségeinek, inkább arról van szó, hogy összekapcsolják az iskolai végzettség, a munka és anyagi körülmények egyenlőtlenségeit az egészséggel.

További megállapítás, hogy az elmúlt 15 év alatt a lakosság általános egészségügyi állapota igen nagy mértékben romlott, ami nem magyarázható csupán azzal a ténnyel, hogy a vizsgálatba vontak idősekbe lettek. Erre a megállapításra – a már eddig leírtakon kívül - bizonyítékként szolgál a jelenleg 35-39, 40-49, illetve 50-59 évesek és a 15 évvel ezelőtti ugyanezekbe a korcsoportokba tartozók (mint fíleggelen minták) összehasonlításának az eredménye. 2003-ban ugyanis a 40 év feletiek körében mindegyik egészségügyi állapot-indikátor jelentősen rosszabb egészségügyi állapotot tükröz, mint az első adatfelvétel idején.

Bizonyítást nyert, hogy az egészségi állapotot befolyásoló tényezők többsége is megváltozott, illetve a változások mértéke és iránya az egyes társadalmi csoportokban nagymértékben különbözik. E folyamatok következményeként az egészségi állapot egyenlőtlenségei kifejezettebbé váltak, azaz a hátrányosabb helyzetűek egészségi állapota nagyobb mértékben romlott.

További feladatok

Tekintettel arra, hogy a többszörös regressziós modellekkel nyert eredmények részben az elemzés stratégiájának is függvényei, a modellalkotást koránsem tekinthetjük befejezettnak. Ez vonatkozik a szűkebb értelemben vett egészségmegtartás változásának részletesebb vizsgálataira is, amely azonban az eddig alkalmazott modelttől eltérő változócsoportok figyelembevételét igényli.

Mindenképpen célszerű lenne a hazai viszonyok között ritkán végzett követéses vizsgálatot öt év elteltével megismételni. Addig is elvégzendő feladat a válaszadók egészségi dokumentumainak hozzájárulásukkal való megismerése, és összekapcsolásuk a morbiditási és mortalitási adatokkal. A kiinduló állapotban és két tízéves periódus elttele után ugyanazokkal a személyekkel készült felmérés eredményeinek összevetése számos érdekes és új összefüggés feltárását tenné lehetővé.

Az elmúlt 15 évi mortalitás lehetséges rizikó tényezőinek vizsgálata olyan, nem várt erejű összefüggést hozott felszínre, amely kutatásunk irányát az egészség-betegség ismeretszint, az egészség-tudatosság és az egészség-érték kutatás irányába tereli, kiegészítve az eddig már felszínre került és igazolt magyarázó tényezőket.

A kutatók mindegyike a felsőoktatásban dolgozik, így aktív részesei lehetnek annak a képzési folyamataknak, melynek célja az egészségi állapot társadalmi meghatározottságát széles körben megismertetni.

A kutatás eredményeinek felhasználásával az egészségfejlesztő programok számára az eddigiektől eltérő ajánlásokat is tehetünk. Amíg az utóbbi évtizedekben a nők és a férfiak, a fiatalabb és idősebb korosztályok közti megkülönböztetés dominált, addig napjainkban hangsúlyozottabbá lehetne tenni a különböző iskolai végzettségű csoportokra fókuszáló egészségfejlesztő programokat.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A PhD fokozati megszerzésének folyamatában mindenki eljut egy olyan pontra, ahol nemcsak a kutatás munkája összeállítását végzi el, hanem bizonyára végiggondolja azt a folyamatot is, amelyben a munka megszületett. Nagy örömmel szolgál, hogy most itt tartok én is.

A dolgozathoz ismert, hogy hosszú évek során végzett vizsgálatok eredményei kerültek összegzésre. Az azonban nem, – bár e területen jártasságom számára teljes mértékben tudott – hogy a kutatások elvégzéséhez összehangolt csapatmunkára van szükség. Az évek során olyan csapat tagja lehettem, ahol az együttgondolkodás, a feladatok összefonódása, a szakmai viták a mindennapok részévé váltak. A magam részéről hálás vagyok minden munkatársamnak, mert sokat tanulhattam tőlük szakmailag éppúgy, mint az emberi hozzáállást tekintve.

Szeretettel és tisztelettel gondolok a „csapatkapitányra” dr. Tahn Tamás egyetemi docensre, témavezetőmre, aki széles körű elméleti és gyakorlati ismereteinek átadásával, türellemmel segítő szándékkal tanított, és vezetett a szociológia rejtelmeibe. Köszönetet mondok azért is, mert nemcsak szakmai vezetőmnek tudhatom őt, hanem bizalmat és barátságot is élvezhettem.

Köszönöm Dr. Buda Lászlónak, munkatársamnak és barátomnak, hogy a sok éve tartó közös munkánk során mindvégig társ volt ahhoz, hogy az oktatói és a kutatói feladatok teljesítésében fejlődjek, ezek nehézségeivel megküzdjek. Szakértelme, konstruktivitása folyamatosan elorientált a munkában, tisztessége, hitelessége mindig példátértékű számomra.

Köszönet illeti Dr. Jeges Sára, főiskolai tanárt, hogy végletes türelemmel tanított és tette érdekessé számomra a matematikai-statisztikai módszereket, melyek egy szociológus számára nélkülözhetetlenek. Kritikus szemléletével folyamatosan arra készítet, hogy a módszerek sokféleségét ismerjem meg és próbáljam ki annak érdekében, hogy a valósághoz legközelebb álló adatok, eredmények kerüljenek publikálásra.

Szeretném megköszönni dr. Törőcsik Mária, egyetemi tanárnak a lehetőséget, hogy szociológiai ismereteimet más tudományterületekkel ötvözhetem és eközben szüntelen új ismeretre, szakmai és kutatói tapasztalatra tehetek szert. Külön köszönöm, hogy erőltette bennem a hitet a tudományos előrelépés lehetőségeiben olykor túltelemes baráti szóval, amikor szigorú következetességgel.

Köszönetet mondok Dr. Füzési Zsuzsa egyetemi docensnek és Charles Levenstein professzornak, hogy a nemzetközi publikáció megjelenéséhez kutatási együttműködést és közlési lehetőséget biztosítottak és az ehhez vezető - nem egyszerű - úton határozottságukkal segítettek.

Szeretném megköszönni Nagyné Ébner Teréziának, Polecsák Andrásnénak, Jánigé Jánosnénak, hogy a dolgozat elkészítéséhez éppúgy, mint bármely más munkám teljesítéséhez adminisztratív háttérrel biztosítottak és mindig rendelkezésemre álltak, ha szükség volt a segítségükre.

Hálával tartozom Dr. Szabó Imre egyetemi tanárnak, mint korábbi, és Dr. Kállai János, egyetemi docensnek, mint jelenlegi munkahelyi vezetőmnek, hogy orthont biztosítottak oktatói és kutató munkámhoz.

Végül hadd mondjak köszönetet szüleimnek, férjemnek, gyermekeimnek és jó barátainak azért, hogy mindig megértették, ha a munkám miatt átmenetileg háttérbe szorultak. Szeretettelkél nap mint nap új erőt adtak és adnak, és bizom benne, hogy munkám sikerében éppúgy részükhöz lehet, mint ahogy ennek nehézségeit is vállalták, vállalják.

A DOKTORI JELEZÉS TÉMAKÖRÉBEN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK ANGOLNYELVŰ TANULMÁNY

1. *Lampék K.* - Füzési Zs. - Slatin C. - Levenstein Ch.: "Doctors by Fax" or Cleaner Production: The Problem of Prevention in Post-Communist Hungary. New Solutions Journal of Occupational and Environmental Health Policy (Közlésre elfogadva)
2. *Buda L.* - *Lampék K.* - *Tahin T.*: Alternative medicine: does demographic background and health status make a difference? Alternative medicine in Hungary In: Complex Bodies and Flexible Selves. Patients & Practitioners in Medical Pluralism (Eds: H. Johannessen & I. Lazar) Berghahn Books, NY, London (közlésre elfogadva)

KÖNYVRÉSZLET

3. *Tahin T.* - *Csanaky A.* - *Lampék K.* - Füzési Zs.: A munkával kapcsolatos beállítottságok - In: A Pécsi Janus Pannónius Tudományegyetem által végzett tudományos kutatómunka 1984. évi eredményeit tartalmazó tanulmánykötet. VIII. köt. (Szociológiai tárgyú tanulmányok). A Líász-program hatása Baranya megye társadalmi-gazdasági életére. Pécs, 1984. 125-178. p.
4. *Lampék K.* - *Csanaky A.* - *Tahin T.*: A fiatalok alkoholfogyasztásának jellemzői. In: Az ifjak felkészülése és felkészítése az önálló életkezdetre. (Szerk.: Mézeslós Ágnes, Székely György) Vall. Bp. 1986.

TANULMÁNY

5. *Lampék K.*: Néhány gondolat a fiatalok alkoholfogyasztási szokásairól egy szerződés vizsgálata alapján. Tájékoztató, 1988. 3. szám
6. *Lampék K.* - *Csanaky A.*: A fiatalok alkoholfogyasztásának jellemzői. *Alkohológia*, 1998/2
7. *Buda L.* - *Lampék K.* - *Tahin T.* - *Jeges S.*; *Alkoholizmus, kábítószer- és drogfogyasztás, és a kábítószer- és drogfogyasztás megelőzése*. *Egészségnevelés* 1997, 2(1) 2-7.
8. *Buda L.* - *Lampék K.*: *Az alternatív medicina egészség-gazdaságtudományi vizsgálata*. Komplementer Medicina 1998;2(9):24-27.
9. *Buda L.* - *Lampék K.* - *Karácsony J.*: Adatok a természetgyógyészat igénybevételéről Pécsen és Baranya megyei falvakban. In: Pannon almanach. (Szerk.: Hoóz I.) Fact Intezet, Pécs, 1998.
10. *Tahin T.* - *Jeges S.* - *Lampék K.*: Iskolai végzettség és egészségi állapot Demográfia 2000. 43. évf. 1.sz. 70-94
11. *Tahin T.* - *Jeges S.* - *Lampék K.*: Az iskolai végzettség és az egészségi állapot változása követéssel vizsgálata alapján Demográfia (2000. 2-3 sz.)
12. *Lampék K.* - *Németh J.* - *Lőkös A.* - *Balázs J.* - *Solymosi B.*: Roma felnőtt népesség egészségi állapota, egészségmagatartása, és a romák, valamint az egészségügyi szolgálatok közötti kapcsolat vizsgálata Kutatási beszámoló 2002. Egészségügyi Minisztérium
13. *Buda L.* - *Lampék K.* - *Tahin T.*: Az alternatív medicina, az egészségi állapot és az egészségügyi ellátás összefüggései Magyarországon. Orvosi Hetilap 2002; 143 (17):891-897.
14. *Lampék K.* - *Törőcsik M.*: A bispohosponat készítmények ... ahogy a betegek látják Magyar Onkológia 2002/4
15. *Lampék K.* - *Törőcsik M.*: A roma felnőtt népesség egészségügyi fogyasztásának néhány területe Egészségügyi Gazdasági Szemle 2003 június

ELŐADÁSOK NEMZETKÖZI TUDOMÁNYOS RENDEZVÉNYEKEN

1. *Lampék K.* - Tahin T. - Kóczan Gy. - Pörcei J. - Csanaky A.: Alcohol Consumption among Young People in Hungary. 34 th International Conference on the Prevention and Treatment of Alcoholism. ICAA, Paris, 1989. máj. 31-jun. 9.
2. *Lampék K.* - Csanaky A. - Tahin T.: The Motives of Alcohol Consumption among Hungarian Youth. Gyula Egészséges Városok Nemzeti Hálózata. - Munkatárs, 1989. május
3. Csanaky A. - *Lampék K.* - Tahin T.: Motives of Alcohol Consumption among Young People in Hungary. (Experiences of an empirical research). Egészséges Városok Nemzeti Hálózata - Munkatárs, Gyula, 1989. május 5-7.
4. Buda L. - *Lampék K.* - Csanaky A. - Tahin T.: Using alternative therapy and self-healing methods among adult population of the city of Pécs. EUPHA 1995. Annual Meeting, Budapest, 1995. december 14-16.
5. *Lampék K.* - Buda L. - Tahin T. - Jeges S.: Alternative health care: Who use it and why? European Society of Health and Medical Sociology 6th Biennial Conference, Budapest, 1996. augusztus 29-31. (Poster)
6. Buda L. - *Lampék K.*: Alternative medicine: attitudes, health-beliefs and value-preferences. European Society of Health and Medical Sociology 6th Biennial Conference. Budapest, 1996. augusztus 29-31.
7. Buda L. - *Lampék K.* - Tahin T. - Jeges S.: A természetgyógyászat hazai helyzete és a preventcióban betöltött szerepe empirikus vizsgálatok tükrében. IV. Nemzetközi Természetgyógyászati Konferencia. Budapest, 1996. június 7-9
8. Buda L. - *Lampék K.* - Tahin T. - Jeges S.: Complementary medicine - as people see it. An empirical study. EUPHA 1996. Annual meeting, London, 1996. december 14-16.
9. *Lampék K.* - Buda L. - Tahin T.: Health Beliefs, Health Consciousness and Health Behaviour of People Consulting Alternative Practitioners in Hungary. EUPHA 1997. Annual meeting, Paris/la, 1997. november 20-22.
10. *Lampék K.* - Buda L. - Tahin T.: Az egyéni és intézményi felelősségvállalás az egészségmegőrzésben. Szakemberek és szakmátsáig a mentálhigiénében Európában és Magyarországon. Nemzetközi Kongresszus, Szeged, 1998. július 3-5.
11. *Lampék K.* - Buda L. - Tahin T. - Jeges S.: Changes in general health status - changes in health behavior and health consciousness of people on the basis of a follow-up study in Pécs, Hungary. EUPHA Annual Meeting, Göteborg, 1998. december 10-12.
12. *Lampék K.* - Buda L. - Tahin T.: Alternative Medicine and Attitudes Toward It 15th Nordic Conference on Social Medicine, Reykjavik, 1999. Jun. 3-5.
13. Buda L. - *Lampék K.* - Tahin T.: Is Complementary Medicine an Alternative of Psychotherapy? Alps-Adria Conference on Psychology 1999. Szeptember 9-11.
14. *Lampék K.* - Tahin T. - Jeges S. - Buda L.: Increasing health inequalities in health status EUPHA 2000. Annual Meeting, Paris, 2000. December 14-16.
15. *Lampék K.* - Buda L. - Tahin T. - Jeges S.: Impact of the health behaviour on the changes of health in Hungary. EUPHA Annual Meeting, Brüsszel, 2001. december 11-13.
16. Buda L. - *Lampék K.* - Tahin T. - Jeges S.: Alternative medicine in Hungary: does health status count? Annual EUPHA Meeting, Brüsszel, 2001. december 11-13.
17. Buda L. - *Lampék K.* - Tahin T.: A second opinion in health care? A source of alternative consciousness? Alternative Medicine in Hungary. European Association on Social Anthropology 7th. Biennial Conference, Kopenhága, 2002. Augusztus 14-17.

18. *Lampék, Tört* Bisphosphonat készítmények ... ahogy a betegek látják Magyar Onkológiai Társaság Nemzetközi Konferenciája Budapest, 2002. nov. 21-23.
 19. Buda L. - *Lampék K.* - Tahin T.: Is alternative medicine a real alternative? An empirical study from Hungary. European Society for Health and Medical Sociology (ESHMS) Biennial International Congress, Groningen, 2002. Augusztus 28-31.
 20. *Lampék- Törtcsik*: The Lifestyle and Health of The Roma Population in Hungary. Annual EUPHA Meeting, Róma, 2003 nov 19-21.
 21. Levenstein, Fitzei, Haima, Stain, *Lampék*: "Doctors by Fax" or Cleaner Production: The Problem of Prevention in Post-Communist Hungary. Trade Union Technical Bureau (TUTB) Congress Health and Safety Conference in Brussels Brüsszel 2004. Január 29.
 22. M. Törtcsik - *K. Lampék*: The Education of the Romany in Hungary
2020 Visions and Strategies for Wider Europe 27-28th August 2004, Turku, Finland
New Europe
 23. *K. Lampék* - T. Tahin MD, Ph.D., - S. Jeges Ph.D. - L. Buda MD.: Increasing Inequalities of the Mortality and the Morbidity on the Basis of a Follow-up Study, in Hungary. Central and Eastern European Countries Satellite of the Eighth International Congress of Behavioural Medicine Budapest 2004. aug. 29-31.
 24. *K. Lampék* - M. Törtcsik: Health Status and Body Weight of Roma People in Hungary. Central and Eastern European Countries Satellite of the Eighth International Congress of Behavioural Medicine Budapest 2004. aug. 29-31.
 25. *K. Lampék* - T. Tahin MD, Ph.D., - S. Jeges Ph.D. - L. Buda MD.: Increasing Inequalities of the Mortality and the Morbidity on the Basis of a Follow-up Study in Hungary Annual EUPHA Meeting, Oslo, 2004 okt. 7-9.
 26. Buda, L., *Lampék K.*, Tahin, T.: The role of complementary/alternative medicine in the hungarian health care system Annual EUPHA Meeting, Oslo, 2004 okt. 7-9.
 27. Törtcsik M. - *Lampék K.*: Thin or Fat? - The Reasons and the Consequences of Unhealthy Nutrition among the Adult Roma Population, in Hungary Annual EUPHA Meeting, Oslo, 2004 okt. 7-9.
- ## ELŐADÁSOK HAZAI TUDOMÁNYOS RENDEZVÉNYEKEN
1. Csanaky A. - *Lampék K.*: Ifjúság és alkohol. (Egy empirikus vizsgálat tapasztalatai) Országos Ifjúságkutató Konferencia. 1988. szept.
 2. Csanaky A. - *Lampék K.* - Tahin T.: Az anómia jelensége és a fiatalok alkoholfogyasztási szokásai. - Orvostudományi Egyletnek Társadalomtudományi Intézetek III. Tudományos Konferenciája. Szeged, 1989. ápr. 5-7.
 3. *Lampék K.* - Csanaky A. - Tahin T.: A fiatalok alkoholfogyasztási szokásainak néhány jellemzője. - Egészséges Városok Nemzeti Hálózata munkatárs. Gyula, 1989. május 5-7.
 4. Buda L. - *Lampék K.* - Tahin T.: Természetgyógyászatról az attitűdök, hiedelmek és értékpreferenciák tükrében. NETT 1996. évi nagygyűlése, Szeged, 1996. április 25-27.
 5. *Lampék K.* - Buda L. - Tahin T.: Alternatív gyógyítási eljárások és öngyógyító módszerek igénybevétele Pécs város felnőtt lakosai körében. NETT 1996. évi nagygyűlése, Szeged, 1996. április 25-27.
 6. Buda L. - *Lampék K.*: Az alternatív medicina és az orvosi szakma. NETT 1998. évi nagygyűlése, Pécs, 1998. április 23-25.
 7. Buda L. - *Lampék K.* - Tahin T.: A természetgyógyászatról empirikus adatok tükrében. NETT 1998. évi nagygyűlése, Pécs, 1998. április 23-25. (poster)

8. *Lampék K.* - Buda L. - Tahin T.: Változások az egészségi állapotok - változások az egészségmagatartásban. NETT 1999. évi nagygyűlése, Sopron, 1999. Április 22-24
9. Buda L. - *Lampék K.* - Tahin: Kérdések és tennivalók az alternatív medicina és a pszichoterápia határán. NETT 1999. évi nagygyűlése, Sopron, 1999. Április 22-24
10. Tahin T. - *Lampék K.*: Az iskolai végzettség és az egészség. A Szegedi Akadémiai Bizottság Egészségfejlesztési Munkabizottságának felolvasó ülése 1999. június 23.
11. *Lampék K.*: Az egészségi állapot változása egy követéses vizsgálat alapján. I. Magatartástudományi Napok, Budapest, 2000. május 25-26
12. *Lampék K.*: Az aktív népesség egészségi állapotának változása és ennek társadalmi háttere az elmúlt 10 évben MTA Szegedi Akadémiai Bizottság Orvostudományi Szakbizottságának tudományos ülése 2000. november 8.
13. *Lampék K.*: A roma népesség egészségügyi intézményekkel való kapcsolata III. Magatartástudományi Napok, Debrecen, 2002. május 25-26
14. *Lampék K.* - Törboscik M.: Az egészségügyi rendszer hozzáférhetősége a roma feladatok számára IV. Magatartástudományi Napok, Pécs 2003. június 3-4
15. Jéges S. - Tahin T. - *Lampék K.*: A morálitást és morbiditást befolyásoló társadalmi tényezők követéses vizsgálata IV. Magatartástudományi Napok, Pécs 2003. június 3-4