

## TARTALOM

<b>Bevezetés</b> .....	<b>7</b>
<b>I. Az egészségi állapot méréséről</b> .....	<b>11</b>
1. <i>Egészségi állapot és akadályozottság alapvető demográfia ismérvek szerint</i> .....	15
2. <i>„Inkonzisztens” válaszok</i> .....	24
<b>II. Alapszintű elemzések</b> .....	<b>27</b>
1. <i>Egészség és társas kapcsolatok</i> .....	27
Családi állapot.....	30
Partnerkapcsolatok és élettársi kapcsolatok, háztartástípus	33
A rokonság, szomszédság és a barátok .....	40
Magányosság, elidegenedettség .....	46
Státusinkonzisztencia .....	50
Etnikai hovatartozás .....	53
Lakóhely .....	57
3. <i>Társadalmi egyenlőtlenségek és az egészségi állapot egyenlőtlenségei</i> .....	59
Iskolai végzettség.....	62
Jövedelem.....	68
Depriváció.....	72
Szegénység.....	77
Munkaerő-piaci helyzet .....	84
<b>III. Az egészségi állapotot meghatározó társadalmi tényezők relatív fontossága</b> .....	<b>91</b>

<b>IV. Az egészségi állapot és a társadalmi struktúra jellemzői közötti összefüggések – a többváltozós elemzés tanulságai</b> .....	<b>101</b>
1. <i>A fiatal középkorú (25–54 éves) népesség körében mutatkozó összefüggések</i> .....	106
A családi és a társas kapcsolatok jelentősége az egészségi állapot alakulásában.....	106
Családi kapcsolatok és háztartásszerkezet .....	107
Magányosság és státusinkonzisztencia .....	117
Etnikai hovatartozás .....	121
A lakóhely .....	123
2. <i>Az iskolai végzettség, a jövedelem, a depriváció és a foglalkozás kapcsolata az egészségi állapottal a 25–54 éves népesség körében</i> .....	131
Iskolai végzettség.....	131
Jövedelem.....	136
Depriváció.....	140
Foglalkozás .....	143
Munkaerő-piaci helyzet és egészség.....	146
3. <i>Az iskolai végzettség, a jövedelem, a depriváció és a foglalkozás kapcsolata az egészségi állapottal az 55–75 éves népesség körében</i> .....	149
Összefoglalás .....	164
Irodalom .....	167
Melléklet.....	171

## BEVEZETÉS

Tanulmányunk a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet által 2001-ben – az „Életünk fordulópontjai” című demográfiai panelvizsgálat első hullámában – felvett adatainak az egészségi állapotot középpontba állító elemzésére vállalkozik. Az egészség-esélyeket elsősorban a társadalmi rétegződés különféle dimenziói mentén vizsgáljuk majd, ugyanakkor – élve az adatbázisunk által nyújtott lehetőségekkel – kitérünk a társas kapcsolatok és az egészség közötti összefüggések bizonyos kérdéseire is. Érdeklődésünk középpontjában ugyanakkor a társadalmi rétegződés és az egészség kapcsolata áll: fő célunk, hogy bemutassuk a társadalmi rétegződés különféle dimenzióinak jelentőségét az egészségi állapot alakulásában, valamint, hogy ezeknek a dimenzióknak – az egészségi állapot szempontjából értékelt – egymáshoz viszonyított fontosságát tisztázzuk.

Adatbázisunkban az egészségi állapotot néhány komplex információ jellemzi, amelyeket a társadalmi és demográfiai státusra vonatkozó adatok sokaságával hozhatunk kapcsolatba. Nem szolgálhatunk tehát információkkal az egészségi állapot különféle összetevőit illetően, még kevésbé tudjuk majd bemutatni az egészségmagatartás különféle összetevőit. Tanulmányunk ilyen értelemben inkább kiegészíti a társadalmi rétegződés dimenzióit kevésbé előtérbe helyező, az egészségmagatartás és az egészségi állapot szempontjából azonban részletező egészségfelméréseket.

A vizsgált minta 16 394 fő nagyságú és a 18 és 75 év közötti népességre vonatkozóan reprezentatív korcsoport, valamint a lakóhely régiója és településnagysága szerint (részletesebben lásd Kapitány, 2003).

A tanulmány a társadalmi struktúrában elfoglalt pozíció egyenlőtlenségei és az egészségi állapot egyenlőtlenségei közötti összefüggések vizsgálatára helyezi a hangsúlyt. Ezen belül azt igyekszik felderíteni, hogy mely társadalmi csoportokban különösen nagy a rossz egészségi állapot kialakulásának esélye, másodsorban pedig – az előzőekkel összefüggésben – azt, hogy hol vannak, a társadalmi pozíció valamely

dimenziója mentén azok a törésvonalak, amelyek lényegesen különböző egészségi állapotú társadalmi csoportokat választanak el egymástól.

A társadalmi pozíció különféle dimenziói mentén mért mortalitás- és egészségi állapotbeli különbségek minden olyan országban, ahol ezt vizsgálat tárgyává tették, jelentősnek bizonyultak. A nyugat-európai országok többségében – néhány évtizedre visszatekintve – különösen a nyolcvanas évek során nőttek ezek az egyenlőtlenségek, míg a kilencvenes években a legtöbb országban a már kialakult egyenlőtlenségek nagysága változatlan maradt, vagy csak kisebb ütemben növekedett tovább. A hazai halandósági adatok szerint Magyarországon is a nyolcvanas évek során növekedtek meg az egyes társadalmi csoportok közötti esélykülönbségek. A különbségek nálunk már a nyolcvanas évek során bizonyos szempontból jelentősebbekké váltak, mint a nyugat-európai országokban, s e tekintetben a kilencvenes évek sem hoztak enyhülést. A mortalitási adatok tanúsága szerint a kilencvenes évek során tovább romlott a különösen alacsony végzettségű csoportok halandósága, és nem következett be lényeges javulás (sem abszolút, sem pedig relatív értelemben) a nyolc általánost végezettek halandósági esélyeit illetően sem. Annak ellenére, hogy ezek az adatok közismertek, mindmáig egyetlen egészségpolitikai koncepció sem tűzte ki célul az egészségi állapot- vagy mortalitásbeli egyenlőtlenségek csökkentését. Munkánkat, a társadalmi mechanizmusok iránti érdeklődésen túl, az is motiválta, hogy ismétlem ráirányítsa a figyelmet bizonyos társadalmi csoportok egészségi állapot tekintetében mutatkozó leszakadására.

Míthogy a vizsgálat alapadatainak az egészségi állapotot illetően ez az első feldolgozása, ezért nagy figyelmet fordítottunk a mérési technikák értékelésére és az egészségi állapotot leíró változók más változókkal való kapcsolatainak alapszintű bemutatására. A méréssel kapcsolatos kérdéseket az I. fejezetben tekintjük át. A II. fejezet ismerteti az alapszintű, keresztábrák segítségével feltárható összefüggéseket, külön tárgyalva a társas kapcsolatokra, illetve a strukturális egyenlőtlenségekre vonatkozó témaköröket. A IV. fejezetben, a II. fejezet logikáját követve, a sokváltozós elemzések eredményeit foglaltuk össze.

Munkánkat az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium támogatta. Köszönettel tartozunk továbbá mindazoknak, akik a tanulmány első változatának a Minisztériumban illetve a KSH Népeségtudományi Kutatóintézetben rendezett vitáin részt vettek és megjegyzéseikkel hozzájárultak tanulmányunk végleges formájának kialakításához.



## I. AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT MÉRÉSÉRŐL

---

Az egészség korántsem ugyanazt jelenti mindenki számára. Herzlich (1973) napjainkra már klasszikussá vált tanulmányában – a francia népesség körében végzett kutatásai alapján – az egészségesség jelentéstartalmának három fontos dimenzióját különböztette meg. Elsőként az egészség negatív módon definiált aspektusát (azaz a betegség hiányát), amelyet ő „vákuum komponensnek” nevezett; ezen túl a mindennapi tevékenységek ellátására való képességet (a funkcionalitást); valamint azt a kiegyensúlyozottság-érzésnek is nevezhető általános állapotot, amelyben a test, a személyiség és környezete harmóniában áll egymással. A későbbi – elsősorban britek körében végzett vizsgálatokon alapuló – kutatási eredmények általában véve megerősítették az egészségfogalom felépítettségére vonatkozó első eredményeket (Blaxter, 1990). Bizonyos társadalmi csoportokban azonban az egészség jelentéstartalma nem foglalta magában a fent „pozitív”-nak minősített aspektusokat: egyes hátrányos helyzetű társadalmi csoportokban a betegség hiánya és a mindennapi feladatok ellátására vonatkozó képesség együttesét tekintették egészségnek (Blaxter-Peterson, 1982).

Más szerzők szerint az egészségesség azonosítása a funkcionalitással a középosztály gondolkodásmódjára jellemző, és ezek egyértelmű összekapcsolása ritkább az alacsonyabb végzettségűek körében. Ismét mások a funkcionalitás és az egészség összekapcsolásának variációiban a kor és nem szerinti különbségeket látták döntőnek. A rossz egészségi állapotúak és a mindennapi életben akadályozottak országonkénti arányait egybevetve Egidi arra a következtetésre jutott, hogy az idős emberek akadályozottságuk esetén is gyakran elégedettek egészségi állapotukkal, valamint hogy a funkcionalitás erőteljesebben befolyásolja a férfiak, ezen belül pedig az idősebbek egészségi állapotértékelését, mint a nőkéét (Egidi, 2003).

Az „Életünk fordulópontjai” vizsgálat két, közvetlenül az egészségi állapotra vonatkozó kérdést tartalmaz. Ezek egyike a funkcionalitásra irányuló kérdés, amely azt tudakolja, hogy gátolja-e a válaszadót mindennapi tevékenységeiben valamilyen egészségi probléma, betegség

vagy rokkantság. A másik kérdés az egészségi állapot értékelésére vonatkozik, ahol a válaszadók egy 0 és 10 közötti skálán értékelték egészségi állapotukat.

Közvetettebben vonatkozik az egészségi állapotra (az orvos által felírt) gyógyszereszedést tudakoló, illetőleg a rokkantnyugdíjas státusra vonatkozó kérdés. Tágabb értelemben idetartozónak tekinthetnénk a kérdőív számos olyan kérdését is, amelyek a kérdezett lelki egyensúlyára, környezetével való harmonikus vagy kevésbé harmonikus viszonyára irányulnak, ezeket azonban majd csak az egészségi állapotra közvetlenül vonatkozó kérdésekre adott válaszok összefüggésében vesszük szemügyre.

A megkérdezettek az egészségi állapotukkal való megelégedettségüket tehát egy 0-tól 10-ig terjedő skálán értékelték. Ezt az értékelést szinte minden válaszadó elvégezte, válaszhiány mindössze a minta 0,4%-ban fordult elő.

Egészségi állapotukkal az emberek leggyakrabban „teljesen elégedett”-ek: a válaszadók közel 20%-a választotta a „10”-es értéket mutató kártyát. Ugyanakkor hasonlóan gyakori volt a „8”-as és igen gyakori az „5”-ös értékek választása is. A válaszadók hozzávetőleg 85%-a az átlagosnak tekinthető „5”-re vagy annál jobbra értékelté egészségi állapotát (I.1. ábra).

Az átlagosnál rosszabb egészségi állapotban lévőket (azokat, akiknek egészségértékelése a 0-4-es sávba esik) tekintjük a továbbiakban „rossz egészségi állapotú”-aknak.

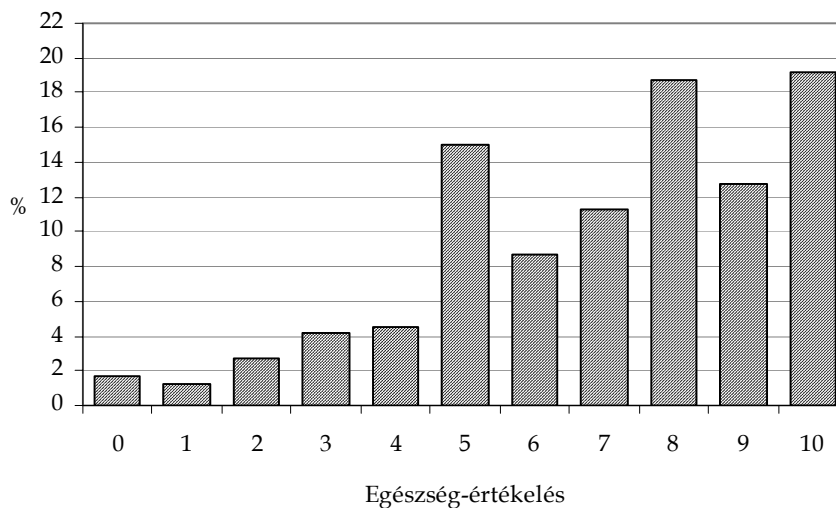
Válaszadóink hozzávetőleg 30%-a jelezte, hogy mindennapi tevékenységekben való akadályozott, ezen belül 8,5%-uk súlyosabb, 13,8%-uk enyhébb, 8,8%-uk pedig változó súlyosságú egészségi problémáról, betegségről, rokkantságról számolt be. A későbbiekben mindazokat, akik ilyen problémákat említettek, „akadályozott”-nak fogjuk nevezni.

Rendszeres gyógyszereszedőnek bizonyult a megkérdezettek 36%-a.



I.1. ábra

Egészségi állapot értékelés (11 fokú skálán) minden korcsoport, férfiak és nők együtt



Összevetve az egészségi állapot értékelését az életvitelt akadályozó egészségproblémák előfordulásával összességében koherens képet kapunk. Az életvitelt akadályozó betegséggel nem rendelkezők leggyakrabban teljes mértékben elégedettek egészségi állapotukkal, s igen gyakran választják a majdnem teljes elégedettséget jelző „9”-es és „8”-as értékeket is. A rosszabb egészségértékelések gyakorisága fokozatosan csökken a mérsékeltebb elégedettséget jelző értékek felé haladva. A szabályosság alól csupán a középre eső „5”-ös érték választása a kivétel, amelyet válaszadóink hozzávetőleg kétszer olyan gyakran választottak, mint azt az alacsonyabb értékek valamiféle szabályosság szerint csökkenő gyakoriságú választásai indokolnák.

Az életvitelt enyhébb fokban akadályozó betegségekkel élők között a leggyakoribb választás az „5”-ös szám volt. Az ennél rosszabb és jobb egészségi állapotot jelző értékek választásának gyakoriságai a skála végpontjai felé haladva egyaránt folyamatosan csökkennek. A jobb egészségi állapotot jelző, magasabb pontértékek választása azonban jóval gyakoribb.

A „változó” súlyosságú egészségproblémák esetében szintén az „5”-ös értéket jelölték meg a legtöbben, de az ötnél alacsonyabb, rossz

egészségi állapotot jelző értékelések gyakorisága már kismértékben meghaladja az ötnél magasabb pontszámok előfordulását.

Az életvitelt súlyosan befolyásoló egészségi probléma, betegség, fogyatékoság fennállása esetén ugyancsak az „5”-ös a leggyakoribb értékelés az egészségi állapotot illetően, ugyanakkor ennél az – a korábbiak alapján átlagosnak is nevezhető – értéknél magasabb pontszámok választása már igen ritka, az öttől különböző értékelések túlnyomó része a 0-4-ig terjedő intervallumba esett.

Az egészségi állapot értékelése és az akadályozottságra vonatkozó válaszok összességében tehát viszonylag konzisztens képet mutatnak. Az alapvető eloszlások azt sugallják, hogy az egészségi állapot értékelése „magában foglalja” az akadályozottság dimenzióját. Más szavakkal, úgy tűnik, hogy az egészségi állapot skálán való értékelése során válaszadóink tág és komplex egészségképzet alapján értékelik helyzetüket, amelynek egyik – jelentős – meghatározója a funkcionalitás. A rendelkezésünkre álló két változó alapeloszlásainak vizsgálata természetesen nem adhat választ arra, hogy az egészségi állapot értékelése milyen más dimenziókat foglal magában.

Amellett azonban, hogy az értékelések alapján egy aránylag koherens kép bontakozik ki előttünk, fontos felhívni a figyelmet arra a tényre is, hogy a vizsgálat során – kis számban ugyan, de – inkoherens válaszok is előfordultak. Több mint száz válaszadónk az átlagosnál jobbra értékelte egészségi állapotát, bár életét súlyosan akadályozó betegségről, egészségi problémáról, illetve fogyatékoságról számolt be.

A megromlott egészséghez kapcsolódó állapotokat ezért – az inkonzisztencia később elemzendő jellegétől függetlenül – a következőkben az egészséggel való megelégedettség és az akadályozottság egyfajta kombinációjának segítségével is jellemezzük majd. A rossz egészségi állapotot jelzőkhöz hozzászámítjuk azokat, akik életüket súlyos mértékben akadályozó betegségről számoltak be, így körülhatárolhatjuk az olyan helyzeteket, amelyekben az egészség valamely komponense kritikus állapotban van. Az ilyen helyzetben lévő válaszadókat tekintjük a továbbiakban „egészségproblémákkal” rendelkezőknek.

Az átlagosnál rosszabb egészségértékelések és az akadályozottság között (annak minden fokát együtt kezelve) a korreláció közepesnek minősíthető ( $R^2=0,505$ ). Szintén nem mutatkozik erősebb összefüggés a

rossz egészségi állapot és a gyógyszereszedés ( $R^2=0,408$ ), valamint az akadályozottság és a gyógyszereszedés között ( $R^2=0,505$ ) sem.

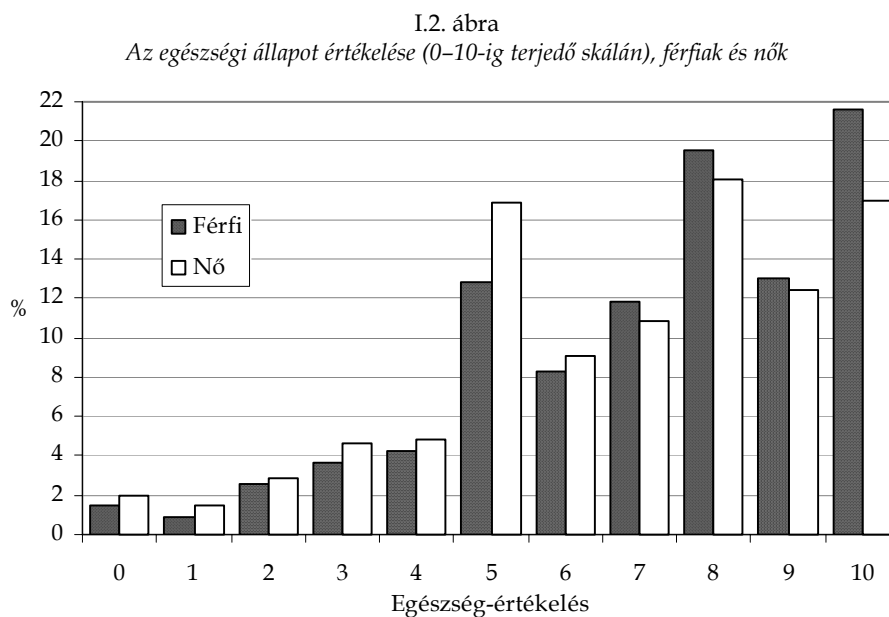
## 1. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS AKADÁLYOZOTTSÁG ALAPVETŐ DEMOGRÁFIA ISMÉRVEK SZERINT

Az egészségi állapotot alapvetően meghatározza az életkor. Ez akkor is igaz, ha az idős kort egyáltalán nem kívánjuk feltétlenül a betegség és az elesettség életszakaszként jellemezni. Általánosan elterjedt nézet az is, hogy a nők egészségi állapota – alacsonyabb halandóságuk ellenére – rosszabb a férfiakénál. Ezért mielőtt szemügyre vennénk a rossz egészségi állapot és a különféle társadalmi-strukturális jellemzők kapcsolatát, alapvető demográfiai jellemzők, azaz nem és kor szerint vizsgáljuk meg az egészségértékelést, valamint az egészségproblémák és az akadályozottság esélyeinek alakulását.

Az egészségi állapot életkor és nem szerinti alakulásának vizsgálatát szokásos az egyéb társadalmi ismérvek hatásának elemzését megelőzve elvégezni, akkor is, ha például a nemi különbségeket elsősorban társadalmi jellegű különbségekkel magyarázzuk. Elemzésünkben nemcsak a demográfiában kialakult szokások miatt követjük ezt a tradíciót, hanem azért is, mert az életkor szerinti vizsgálódás alaposabban rávilágít az egészséget, illetve rossz egészséget jellemző változóink között mutatkozó összefüggések jellegére.

A nemzetközi tapasztalatok és a magyar mortalitási adatok alapján az egészségi állapottal való megelégedettséget tekintve igen nagy különbségekre számítottunk a férfiak és nők között. Folytonos egészségváltozónk átlagos értékei valóban majdnem minden korcsoportban magasabbak – azaz jobb egészségi állapotra utalnak – a férfiak, mint a nők körében. Ezek a különbségek azonban a vártnál jóval kisebbek. A nők egészségértékeléseit tükröző pontszámok a fiatalok, a középkorúak és fiatal-idősek között 95–100%-át teszik ki a férfiak által adott pontszámoknak, azaz a nők egészségértékelése csak néhány tizedponttal alacsonyabb, mint a férfiaké. Az 55–64 évesek körében lényegében nincsenek különbségek a férfiak és a nők között. Jelentős eltérések

csupán a legidősebb korosztályban mutatkoznak, amelyben a férfiak egészségértékelése átlagosan 0,4 ponttal haladja meg a nőket (I.2. ábra, I.1. táblázat).



I.1. táblázat  
Az egészségi állapot értékelése nem szerint, korcsoportonként

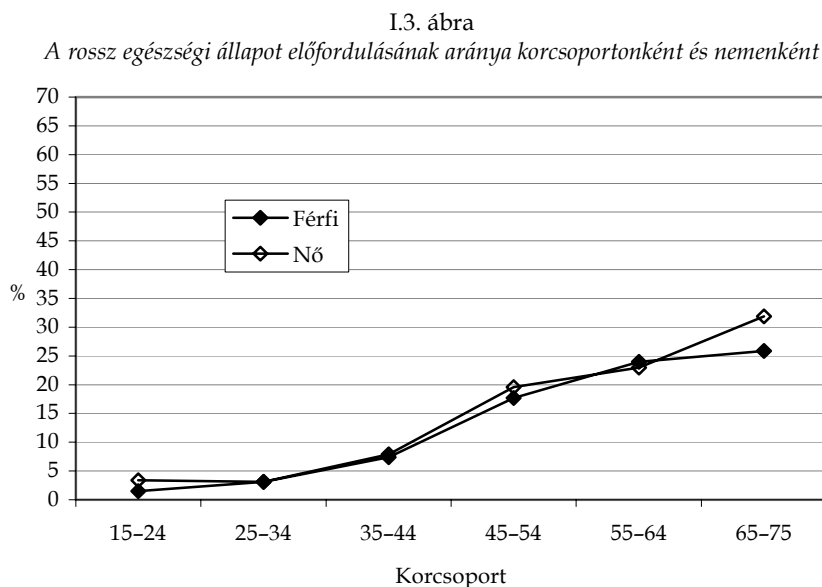
Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0-10-es skálán) nem szerint	
	férfi	nő
25-34 éves	8,42	8,27
35-44 éves	7,63	7,44
45-54 éves	6,61	6,29
55-64 éves	5,87	5,86
65-75 éves	5,73	5,18
Összesen <sup>1</sup>	7,21	6,81

<sup>1</sup> Kor szerint standardizált mutatókat elemzésünknek első, keresztábrákra alapuló részében nem közlünk, hiszen ezeket a későbbiekben bemutatott többváltozós elemzésekben a regressziós együtthatók nagyrészt helyettesítik.

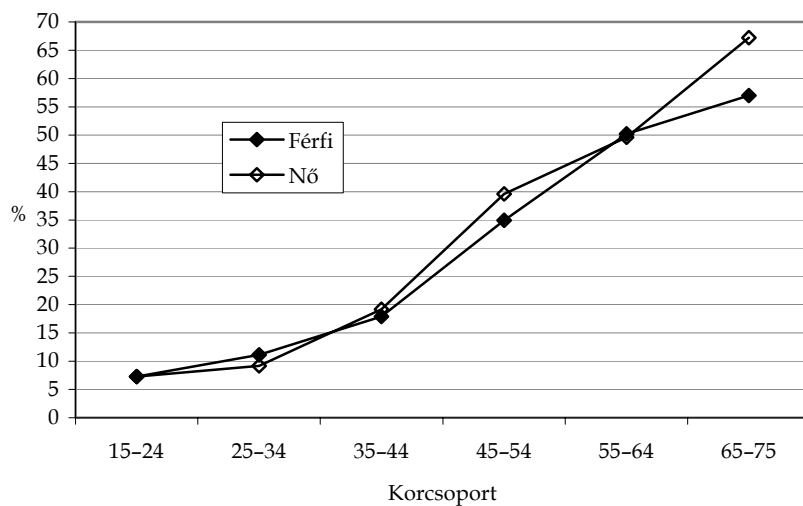
A kor előrehaladtával az egészségi állapot értékelése, a várakozásoknak megfelelően, folyamatosan romlik. Az egészségromlás folyamata 45 és 55 év között a leggyorsabb, 55 év felett valamennyire lelassul. Ennek a tendenciának, valamint a férfiak és a nők között mutatkozó – illetve az 55–64 évesek között éppen nem mutatkozó – különbségek kialakulásában feltételezhetően nagy szerepe van a középkorú férfiak magas halandóságának, de ennek a hatásnak a számszerűsítése meghaladná tanulmányunk kereteit.

A rossz egészségi állapot és az akadályozottság gyakorisága – a várakozásoknak megfelelően – az életkor előrehaladtával folyamatosan nő (I.3. ábra, I.4. ábra).

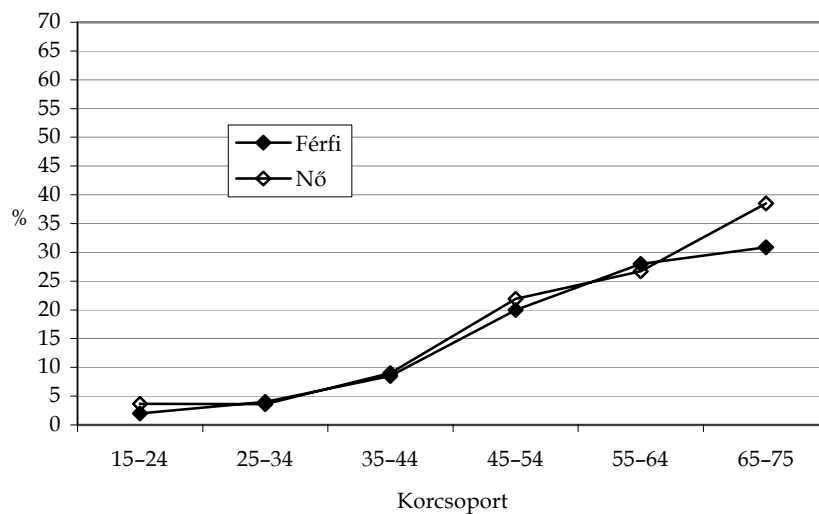
A rossz egészségi állapot és a súlyos akadályozottság kombinációjának tekintendő egészségprobléma megjelenési gyakorisága szintén az életkorral együtt nő, és hasonlóan az előzőekhez, a gyakoriság legintenzívebb növekedését 44 és 55 év között lehet tapasztalni (I.5. ábra).



I.4. ábra  
Az akadályozottság (az életvitelt gátló egészségi probléma) aránya  
korcsoportonként és nemenként



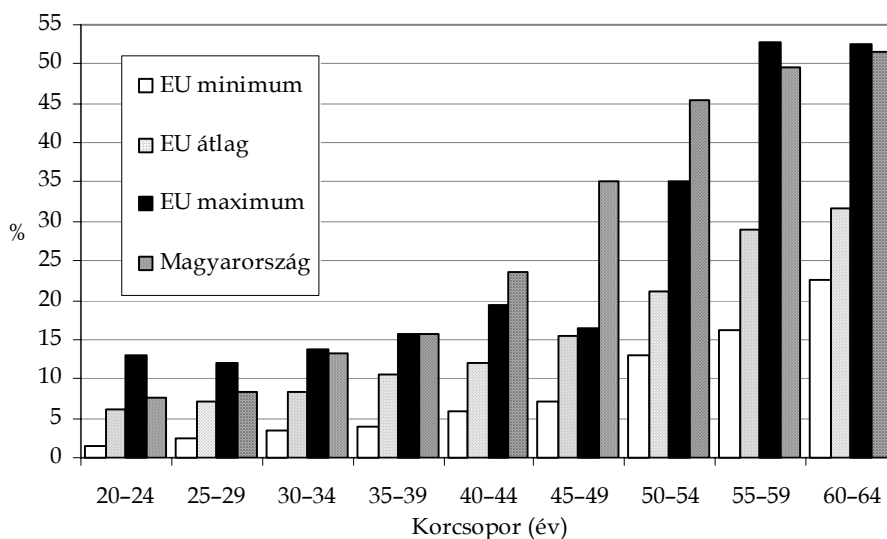
I.5. ábra  
Az egészségproblémák aránya korcsoportonként és nemenként



Abban, hogy a fenti arányokat magasnak vagy alacsonynak értékeljük, a leginkább mérvadónak a más országokban tapasztalt eredmények

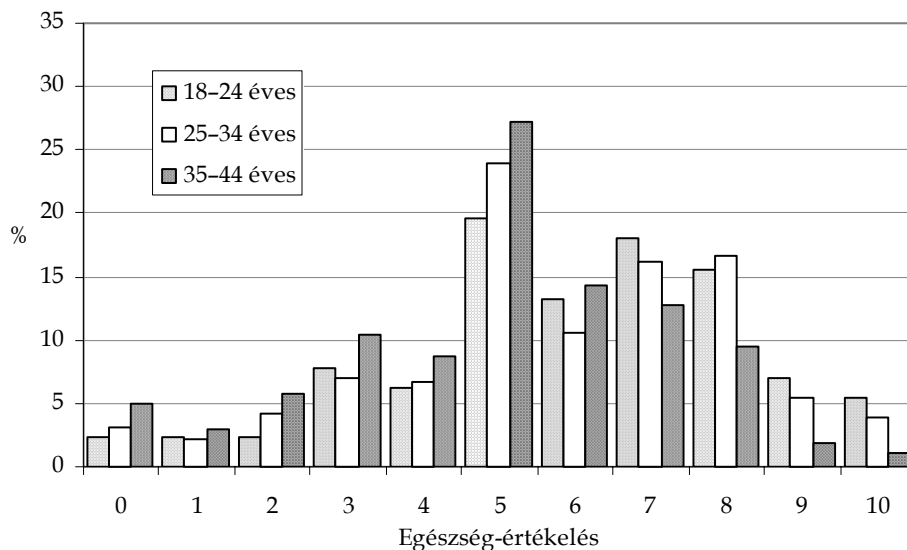
nyeket tekinthetjük. Az általunk használt egészség-mértékek közül van is olyan - a mindennapi életvitelben való akadályozottságra vonatkozó - kérdésünk, amely teljes mértékben megfeleltethető több nemzetközi adatfelvételben, köztük az Európai Háztartáspanel egyik hullámában (1999) is szerepeltetett kérdésnek. A válaszalternatívák kismértékű különbözősége miatt azonban a súlyosság szerinti elemzést nem tudjuk elvégezni, a korlátozottsággal élők aránya összességében viszont összevethető. Magyarországon az életvitelükben korlátozottak aránya már a 20-30 évesek között is magasabb, mint a néhány évvel ezelőtti Európai Unió (EU 15) országainak átlaga, a 40-59 évesek körében pedig már magasabb, mint a korábbi uniós országok között tapasztalható legmagasabb arány. Az idős korosztályokban a magyarországi arányszám az EU 15-ben tapasztalható legmagasabb értékek körül alakul.

I.6. ábra  
Az életvitelükben akadályozottak aránya az Európai Unió korábbi országainak (EU 15) értékeihez viszonyítva



Forrás: Életünk fordulópontjai és Cambois-De Smedt-van den Berg (2001).

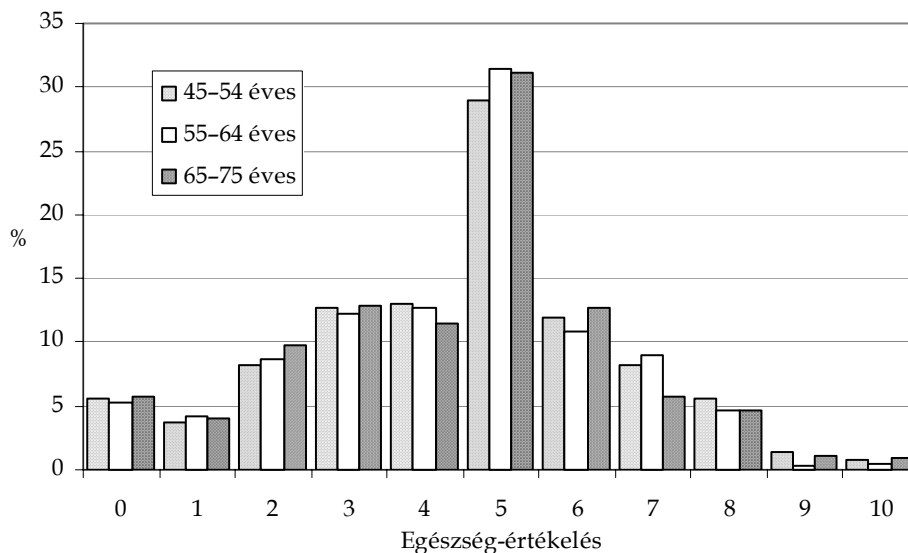
I.7. ábra  
 Az egészségi állapot értékelése (0–10-ig terjedő skálán) az életvitelüket gátló  
 egészségi problémával élők körében, férfiak és nők együtt, fiatal korcsoportok



Az egészségi állapot skálaszerű értékelését az életvitelt akadályozó betegség fennállásával korcsoportonként egybevetve két, egymástól jól elkülöníthető mintázathoz jutunk. Az akadályozottak körében a fiatalabbak egészségértékelései leggyakrabban az „5”-ös pontra kerültek, amelyhez képest más értékek választása ritkábban fordul elő. A fiatal akadályozottak ettől különböző egészségértékelése gyakrabban „pozitív”, mint „negatív”, azaz gyakrabban esik a 6–10-es pontok által határolt sávba, mint a skála másik oldalára (I.7. ábra). Az akadályozott idősebbek körében mindez fordítva alakul: az ő egészségértékelésük között is az „5”-ös szám a centrális érték, ettől különböző értékeléseik nagy része azonban a 0-4 pontok által határolt intervallumba esik (I.8. ábra).

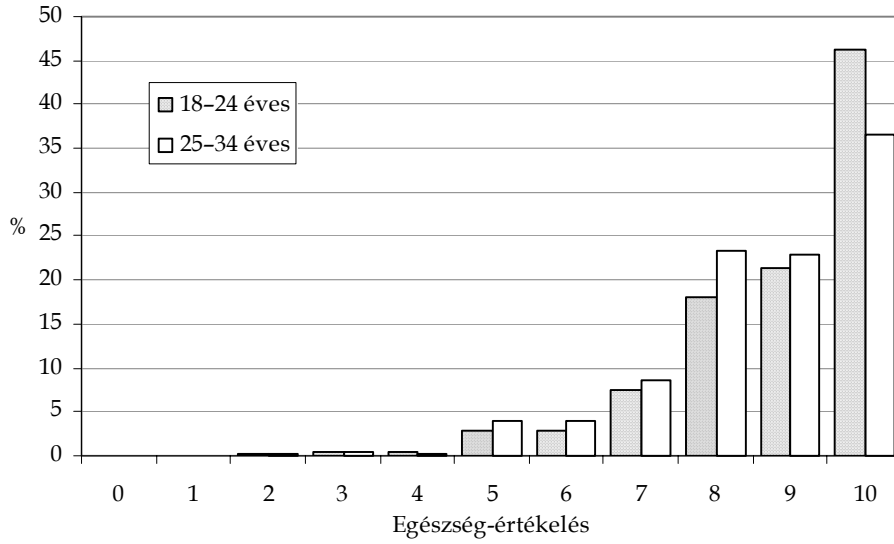


I.8. ábra  
Az egészségi állapot értékelése (0-10-ig terjedő skálán) az akadályozottak körében,  
férfiak és nők együtt, idősebb korcsoportok

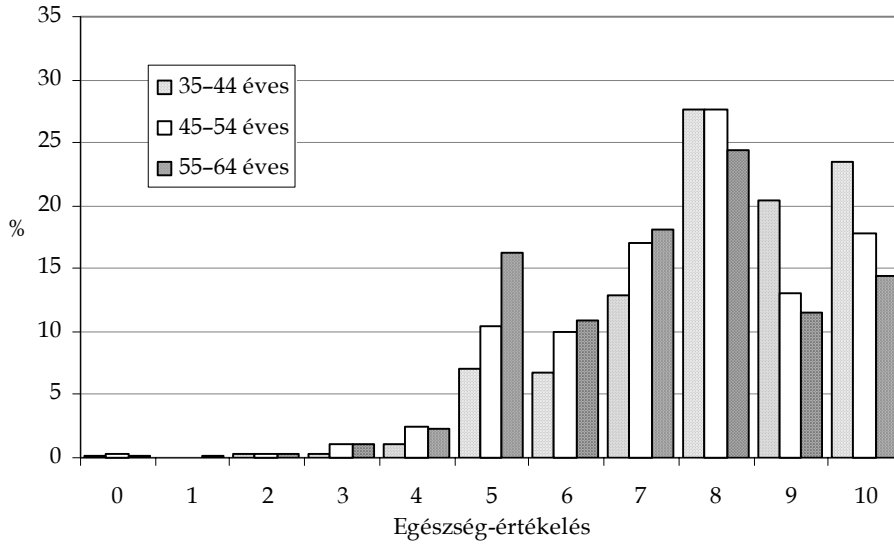


Az életvitelt akadályozó betegség nélkül élők egészségükkel leggyakrabban teljesen elégedettek, azaz értékeléseik túlnyomó többsége a magas elégedettséget tükröző 8-10-es sávba tartozik. Az ennél rosszabb egészségértékelések aránya 34 éves kor alatt meglehetősen ritka (I.9. ábra). A középkorúak esetében az egészség-értékelés modális értéke „8”, emellett változatlanul nagy számban fordulnak elő „9”-es és „10”-es értékelések, igaz, az 55-64 éves korcsoportban már valamivel ritkábban (I.10. ábra). A vizsgált legidősebb korosztály egészségértékelése az átlagos és a teljes elégedettséget jelző értékek közötti sávban „szétterül”, az „5” és a „8” értékek viszonylag gyakoribb választása mellett (I.11. ábra). A nem akadályozottak között tehát három különböző, korcsoportokhoz kötődő minta szerint alakul az eloszlás.

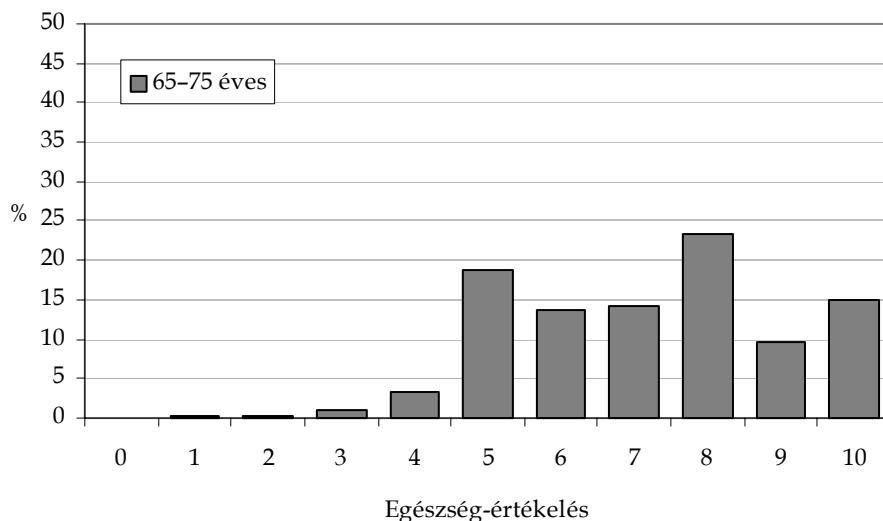
I.9. ábra  
 Az egészségi állapot értékelése (0–10-ig terjedő skálán) az akadályozottak körében,  
 férfiak és nők együtt, fiatal korcsoportok



I.10. ábra  
 Az egészségi állapot értékelése (0–10-ig terjedő skálán) az életvitelüket gátló egészségi  
 probléma nélkül élők körében, férfiak és nők együtt, középkorú korcsoportok



I.11. ábra  
Az egészségi állapot értékelése (0–10-ig terjedő skálán) az életvitelüket gátló egészségi probléma nélkül élők körében, férfiak és nők együtt, idősebb korosztály



Az egészségi állapot értékelését összességében ismét szemügyre véve tehát megállapítható, hogy az „átlagos” (5 körüli) értékelések magas számáért elsősorban az együttes eloszlás mögött megbújó, különböző alcsoportokat jellemző különböző eloszlások a felelősek: a mindennapi életvitelüket befolyásoló betegséggel élők értékeléseinek eloszlása, amelynek modális értéke „5”, valamint az ilyen problémák nélkül élőké, akiknek modális értékei kortól függően „10” és „8” körül alakulnak.

A férfiak és a nők kor megoszlását tekintve nem csodálható, hogy a rossz egészségi állapotúak többsége (közel 58%-a) nő. A nők hasonló arányban vannak jelen meg az életvitelükben akadályozottak és az egészségproblémával élők között is.

## 2. „INKONZISZTENS” VÁLASZOK

Annak ellenére, hogy megállapítottuk, hogy az egészségesség és a betegség állapotára vonatkozó két alapváltozónk logikus és átlátható kapcsolatban áll egymással, érdemes részletesebben szemügyre venni azokat a válaszokat is, ahol a válaszadók beszámoltak ugyan valamilyen életüket befolyásoló egészségi probléma, betegség, fogyatékoság fennállásáról, de egészségi állapotukat kedvezően értékelték, vagy pedig éppen ellenkezőleg: nem számoltak be ilyen problémáról, egészségi állapotukkal mégis különösen elégedetlenek voltak.

I.2. táblázat  
Inkonzisztens válaszok nem és korcsoport szerint (%)

Nem	Korcsoport	Inkonzisztens választípusok		Konzisztens válasz	Összesen
		életvitelét akadályozó betegsége van + egészségi állapotát jónak minősíti	nincs életvitelét akadályozó betegsége + egészségi állapotát rossznak minősíti		
Férfi	18–24 éves	0,4	0,5	99,0	100,0
	25–34 éves	0,9	0,3	98,8	100,0
	35–44 éves	1,1	1,1	97,8	100,0
	45–54 éves	2,4	2,1	95,5	100,0
	55–64 éves	4,0	2,1	93,8	100,0
	65–75 éves	4,9	1,9	93,3	100,0
	összesen	2,0	1,3	96,5	100,0
Nő	18–24 éves	0,2	1,5	98,3	100,0
	25–34 éves	0,5	1,2	98,3	100,0
	35–44 éves	1,2	1,9	96,9	100,0
	45–54 éves	2,3	2,9	94,8	100,0
	55–64 éves	3,4	2,0	94,6	100,0
	65–75 éves	6,5	1,8	91,7	100,0
	összesen	2,5	1,9	95,6	100,0

Az „Életünk fordulópontjai” mintájában az „inkonzisztens” válaszok előfordulása – minden korcsoportot együtt kezelve – a férfiak és a nők körében lényegében egyforma. Az inkonzisztencia mértéke a kor-

ral valamivel növekszik, de a konzisztens válaszok gyakorisága még a 65–75 éves korosztályban is meghaladja a 90%-ot.

Az „inkonzisztenciának” az a típusa, amelyben a kérdezett nem számol be életvitelét korlátozó betegségről, fogyatékoságról, vagy más egészségi problémáról, úgy tűnik, elsősorban korcsoporthoz kötött: a 45–54 és az 55–64 éves férfiak és nők között egyaránt gyakoribb, mint más korosztályokban.

Az inkonzisztencia másik típusa, amikor a kérdezettek annak ellenére minősítik egészségi állapotukat jónak, hogy van valamilyen életvitelüket korlátozó betegségük vagy egészségi problémájuk, mintánk legidősebb korosztályaira a legjellemzőbb. A férfiak esetében már az 55–64 éves korosztályban is viszonylag nagy arányban (4%) fordulnak elő ilyen válaszkombinációk, míg a 65–75 éves korosztályban mindkét nem körében számosan (4,9% a férfiak, 6,5% a nők esetében) adtak ilyen típusú inkonzisztens válaszkombinációkat. Ennél részletesebb elemzésbe nem érdemes bocsátkozni, hiszen az esetszámok az összes variációban igen alacsonyak.

A második típusú jelenségre kínálkozó magyarázat viszonylag kézenfekvő: a kor előrehaladtával az egészségi állapot minősítése egyre inkább relativizálódik, azaz az egészségi állapot szubjektív minősítése akkor is viszonylag jó lehet, ha az idős ember rendelkezik valamilyen életvitelt akadályozó betegséggel, hiszen kortárs ismerősei, barátai talán még súlyosabb akadályozottsággal élnek. Nyugtalanítóbb a középkorúak esetében látott tendencia, azaz az egészségi állapot különösen rossznak való minősítése olyankor is, amikor a megkérdezett nem számolt be (nem tudott beszámolni?) életvitelét akadályozó betegségről. Az inkonzisztencia e típusa a népességnek figyelemreméltó, bár a statisztikai elemzést nem zavaró mértékű hányadában jelent meg. Felvethető, hogy ezeknek a minősítéseknek a háttérben nem tudatosított (tehát nem feltárt, és így nem is kezelt) betegségek terhe állhat.



## II. ALAPSZINTŰ ELEMZÉSEK

### 1. EGÉSZSÉG ÉS TÁRSAS KAPCSOLATOK

Az embert körülvevő társas kapcsolatok hálójának sűrűsége, a kapcsolatok minősége alapvető hatással van mind a megbetegedési esélyekre, mind pedig a felépülés, az állapotjavulás, a betegséggel való megbirkózás lehetőségeire. Durkheim klasszikus tanulmánya az öngyilkossági esélyek és a személyek társadalmi integráltságának erőssége között fennálló kapcsolatot mutatta be. Durkheim gondolati hagyományait az egészségpszichológián belül igen sokan követték. Az azóta végzett kutatások bebizonyították, hogy a személyközi kapcsolatok minősége és a megbetegedési és halálozási esélyek kapcsolata általában véve is erős. Az utóbbi évtizedek tudományos vizsgálódásai elsősorban arra irányultak, hogy a személyközi kapcsolatokban mutatkozó deficitet oki tényezőként, „rizikófaktorként” hozzák kapcsolatba a megbetegedési, illetve túlélési esélyekkel. Az ehhez kapcsolódó első, azóta klasszikussá vált tanulmány 1979-ben jelent meg (Berkman- Syme, 1979). A kilenc évig tartó követéses vizsgálat a személyközi kapcsolatok sűrűségét és minőségét általában tudta kapcsolatba hozni a később kialakuló betegségek gyakoriságával. Hasonló technikával bizonyítást nyert, hogy mind a társas támogatás nyújtása, mind pedig az abban való részesülés védelmező jellegű, azaz mérsékli a megbetegedési esélyeket (Kaplan, 1994). A kutatások másik iránya a már kialakult betegségek menedzselésében vizsgálta a társas kapcsolatok szerepét. Számos betegség esetében sikerült kimutatni a támogató jellegű társas kapcsolatok gyógyító természetét – ezeken belül talán a legáltalánosabb megállapítás, hogy a fogyatékossgal járó betegségekben szenvedő személyek állapota sokkal gyorsabban romlott abban az esetben, ha nélkülözték a személyközi kontaktusokat (Patrick és munkatársai, 1991).

A betegségekkel, illetve tágabb értelemben véve az egészséggel kapcsolatos problémákkal való megbirkózást a személyközi kapcsolatok valóban igen sok úton befolyásolhatják. Javíthatják az egészségi problémával élő személy küzdőképességét, hiszen szűkebb-tágabb környe-

zete felől olyan jelzések érkeznek felé, hogy személye fontos, másoknak is szükségük van rá. A közelállók segíthetik a megbetegedett személyt szolgáltatásokkal és információkkal: megkönnyíthetik számára a mindennapi életvitelt, és tanácsokkal szolgálhatnak a betegséggel való megküzdés lehetőségeire nézve is. A professzionális segítők mellett megbetegedések esetén az emberek gyakran vesznek igénybe „laikus” tanácsokat is – az egészségi panaszok menedzselése során valójában a laikus rendszer ugyanolyan hierarchikus rendben működik, mint a professzionális. A panaszokkal való megbirkózást jelentősen megkönnyítheti az, hogy a személy rátalál arra a laikus szakértőre, aki saját tapasztalataira alapozva a legjobban tudja őt segíteni. Ismereteink szerint ezekben a hálózatokban nem kizárólag a legközelebbi, családi kapcsolatoknak jut szerep, hanem a munkahelyi ismerősöknek, barátoknak is. Végül, de nem utolsó sorban a jó személyközi kapcsolatok enyhíthetik a megbetegedéssel kapcsolatban felmerülő anyagi, megélhetési problémák súlyosságát is.

Kevesebb szó esik az előbbiekhöz képest arról a – bizonyos értelemben véve ellentétes irányú – folyamatról, amelyben a megbetegedett személy társas kapcsolatai romolhatnak meg. A rossz egészségi állapot és a betegség többféle mechanizmuson keresztül is vezethet a társas kapcsolatok erodációjához. A beteg ember „kieshet” a korábban másokkal közösen végzett tevékenységeiből, ezen belül is munkájából, amely a társas kapcsolatok egyfajta újraszervezésének igényével terheli meg a már amúgy is számos problémával küzdő embert. Jelentős szerepe van a betegségek kapcsán esetlegesen kialakuló szégyenérzetnek is, amely abból adódhat, hogy nehéz a korábbi környezettel szembesülni a megbetegedéssel esetleg megváltozó külső tulajdonságok és a személyiség szükségképpen megváltozott orientációi miatt. A társadalmilag stigmaként kezelt jegyek kialakulásával való megbirkózás egyik jellegzetes módja a „kivonulás” – ilyenkor a megbetegedett személy maga húzódik vissza a társas életben való részvételtől. A társas interakciókban való részvételi esélyeket ronthatja az anyagi erőforrások csökkenése, amely szinte minden esetben együtt jár a megbetegedéssel. Végül pedig az is lehetséges, hogy a korábbi környezet nem tudja elfogadni a beteggel való kapcsolattartás esetleg megnövekedett terheit, így a korábbi ismeretségek, barátságok lassan szétfoszlanak.



A fent leírt mechanizmusok működését elsősorban komolyabb korlátozottsággal járó betegségek esetén ismerjük részletesen. Számos jel mutat arra, hogy a jelenség a modern társadalmakban sokkal általánosabb érvényű, azaz nemcsak a korlátozottsággal élőkre, hanem a rossz egészségi állapotúak sokkal szélesebb körére érvényes. A 2000-es évek környékén végzett Eurobarometer vizsgálatokban például a társadalmi kizáródás okai felől is kérdezték a 28 európai ország lakosságát reprezentáló válaszadókat. Az emberek véleménye szerint a társadalmi kizáródáshoz vezető okok között a rossz egészségi állapotnak jelentős szerepe van: a társadalmi kizáródás „okai” között a (munkanélküliséget követő) második leggyakrabban említett jelenség volt (Böhke, 2003).

Az „Életünk fordulópontjai” panelvizsgálat első hullámának adatai alapján a társas kapcsolatokban esetleg megfigyelhető deficit egészségromboló hatása még nem különíthető el egyértelműen azoktól a jelenségektől, amelyek során a valamilyen okból kialakult egészségkárosodás vezet a társas kapcsolatok meggyengüléséhez. Erre vonatkozó információkat a panelvizsgálat későbbi hullámai szolgáltatathatnak majd.

A személyközi támogatást nyújtó társas kapcsolatok és az egészségi állapot összefüggéseit tehát csak leíró módon vizsgálhatjuk, feltárva a különböző tényezők együtt járását. Ebben a fejezetben az egyén köré képzelhető, egyre táguló körök logikája mentén tekintjük át az egészségi állapot alakulását, először a családi kapcsolatok, majd a tágabb rokoni, baráti és szomszédsági kapcsolatok befolyását elemezve. Végül pedig a személyiség és a legtágabb társas környezet viszonyára vonatkozó változókat próbáljuk kapcsolatba hozni az egészségi állapot különféle jellemzőivel.

A személyközi kapcsolatok bizonyos jellemzői erőteljes korfüggést mutatnak. Jelentősen függ az életkortól például annak valószínűsége, hogy válaszadónk házas családi állapotú-e, és hogy milyen struktúrájú háztartásban él. A fiatal korcsoportokban ugyanakkor alacsony a rossz egészségi állapotúak aránya. Ezért keresztábráinkban, amelyeket minden alkalommal korcsoportos bontásokban készítettünk el, a legfiatalabb korosztályokat bizonyos esetekben nem tudtuk szerepeltetni.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Az elemezhetőség határát 50 főnél húztuk meg, de helyenként a 100 főnél alacsonyabb esetszámokat is jeleztük.

## CSALÁDI ÁLLAPOT

A személyközi kapcsolatok között a legszorosabbak a házastársi/partneri, illetve a szülők és gyermekek közötti kötelékek. Nem csodálható, hogy a családi állapot szerinti mortalitási és morbiditási különbségek minden olyan országban, ahol ezeket vizsgálták, igen jelentősnek mutatkoztak.

A legkedvezőbb mortalitású és morbiditású csoport a különféle családi állapotúak között szinte mindig a házasok csoportja, a legkedvezőtlenebb helyzetben pedig általában az özvegyek vannak (Valkonen, 2001). A mortalitási különbségek Magyarországon is jelentősek: a nem házasok mortalitása a férfiak körében 50-100%-kal, a nők körében 50-60%-kal magasabb a házasokhoz viszonyítva (Kovács, 2003). Mind a nők, mind a férfiak között a hajadon/nőtlenek halálozása áll legközelebb a házasokéhoz. Mindennek alapján nagy különbségekre számíthatunk a különféle családi állapotú csoportok esetében az egészségi állapot, illetve az akadályozottság szempontjából is.

A nem házasok magasabb mortalitási és morbiditási adatait egyrészt a - kisebb jelentőségűnek talált - „szelektív” mechanizmusokkal magyarázzák, azaz azzal, hogy az eleve rosszabb egészségi állapotúak, tágabban értelmezve mindazok, akik társadalmi helyzete vagy életvezetése nagyobb egészségi kockázatokkal jár együtt, eleve hátrányosabb helyzetben vannak a „házassági piacon” illetve megkötött házasságaik is nagyobb valószínűséggel rejtik magukban a válás vagy a megözvegyülés kockázatát. A családi állapot és az egészségi állapot közötti kapcsolatot magyarázó elméletek másik típusa elsősorban a házasság egészségi állapot szempontjából pozitív hatásait emeli ki, amelyekben a kiegyensúlyozott életvezetés és az érzelmi támogatás jelenthetik azokat a körülményeket, amelyek között a házasok jobb egészségi állapota fennmaradhat. A különféle nem házas csoportok esetében a házasokénál rosszabb egészségi állapotot magyarázó elméletek az egyes csoportok esetében más és más további tényezőket hangsúlyoznak, az elváltak esetében például nagy szerepet tulajdonítanak a házasság felbomlása után általában romló anyagi helyzet hatásának, míg az özvegyek esetében a házastárs elvesztésével járó érzelmi traumák hatásait szokás hangsúlyozni.

Az „Életünk fordulópontjai” adatai többnyire a várt tendenciákat mutatják, néhány ponton azonban váratlan eredményekkel szolgálnak. Az egészségi állapot értékelését tekintve (II.1. táblázat) a házások értékelései minden korcsoportban a legjobbak, és a legtöbb korcsoportban az özvegyek értékelései a legkedvezőtlenebbek. Ugyanakkor az általunk vizsgált legidősebb korosztályban az özvegyek egészségükkel való elégedettsége nagyobb, mint az egyedülállóké. Az elváltak és a nőtlenek/hajadonok egészségértékelései a házások és az özvegyek értékei közé esnek, a fiatalabb korcsoportokban viszont alig különböznek egymástól, holott a mortalitási adatok alapján a nőtlenek/hajadonok esetében ennél jóval kedvezőbb képet vártunk volna.

II.1. táblázat  
Az egészségi állapot értékelése családi állapot szerint, korcsoportonként

Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0–10-es skálán) családi állapot szerint				
	nőtlen, hajadon	házas	özvegy	elvált	összesen
25–34 éves	8,33	8,36	...	8,28	8,34
35–44 éves	7,27	7,66	7,10	7,22	7,22
45–54 éves	6,24	6,57	6,05	6,15	6,44
55–64 éves	5,60	6,01	5,35	5,77	5,77
65–75 éves	4,72	5,57	5,18	5,40	5,40
Összesen	8,07	6,84	5,42	6,46	7,00

Hasonló a diszkrét változók által mutatott kép is. A 45–54 évesek között a rossz egészségi állapotban lévők aránya a nőtlenek/hajadonok körében mintegy 4 százalékkal az özvegyek és az elváltak körében pedig 6 százalékkal magasabb, mint a házásoknál. (Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy az özvegyek száma ebben a korcsoportban igen kicsi).<sup>3</sup> Az 55–64 évesek körében a nőtlenek/hajadonok között találunk a házásokénál jóval nagyobb arányban rossz egészségi állapotban lévőket (31% vs. 22%), míg az elváltak és az

<sup>3</sup> Az alapmegoszlások bizonyos részleteit ugyan szövegesen ismertetjük, teljes alapsorokat ugyanakkor tanulmányunkban nem közlünk. Az alapmegoszlások megtekinthetők: [www.demografia.hu/vitaanyagok](http://www.demografia.hu/vitaanyagok).

özvegyek megfelelő arányszáma az egyedülállók és a házasok értékei között helyezkedik el. A 65-75 évesek esetében a rossz egészségi állapotúak aránya ismét a házasok között a legalacsonyabb (27%), ám attól csak kis mértékben tér el az elváltak körében tapasztalható arányszám (30%), és nem sokkal magasabb az özvegyeké sem (32%). Ebben a korosztályban a nőtlen/hajadon csoportban a legmagasabb a rossz egészségi állapotúak aránya (44%), ugyanakkor meg kell jegyeznünk, hogy a becslés itt – a csoport igen alacsony létszámából adódóan – igen bizonytalan.

## II.2. táblázat

*A rossz egészségi állapot, az akadályozottság és az egészségproblémák előfordulási gyakorisága családi állapot szerint – arányszámok a házasok értékeihez viszonyítva*

Korcsoport	Családi állapot	A rossz	Az akadályo-	Az egészség-
		egészségi állapot	zottság	problémák
		előfordulási aránya ( házasok=1,00)		
45-54 éves	nőtlen, hajadon	1,28	1,33	1,42
	özvegy	(1,39)	1,52	1,46
	elvált	1,37	1,12	1,32
55-64 éves	nőtlen, hajadon	(1,43)	1,09	(1,44)
	özvegy	1,32	1,20	1,33
	elvált	1,16	0,94	1,16
65-75 éves	nőtlen, hajadon	(1,59)	1,17	(1,45)
	özvegy	1,18	1,13	1,14
	elvált	1,08	1,01	1,12

( ) 50-nél kisebb elemszám.

Az életvitelt akadályozó betegség előfordulásának gyakorisága – bár mintájuk többé-kevésbé hasonló ahhoz, amelyet a rossz egészségi állapot esetében láthattunk – úgy tűnik, sokkal kevésbé érzékenyen jelzi a családi állapot szerinti különbségeket. A házasokhoz viszonyított arányszámok a két indikátor esetében akkor tértek el nagyobb mértékben egymástól, amikor a szóban forgó csoport létszáma különösen alacsony volt, azaz az eltérések a kis esetszámokból adódó véletlenszerűségnek is tulajdoníthatók. A 45-54 évesek körében az akadályozott-

ság és a rossz egészségi állapot arányai jól megfelelnek egymásnak - eltérés legfeljebb az időseknél fordul elő.

Az egészségproblémák előfordulási arányai igen tiszta mintázatot mutatnak. Annak esélye, hogy egészségproblémák forduljanak elő, az egyedülállók között minden korcsoportban 30-40 százalékkal magasabb, mint a házasoknál. Az özvegyek házasokéhoz viszonyított esélytöbblete a középkorúak között tapasztalható 46%-hoz képest az életkor növekedésével csökken, a legidősebb korcsoportban már csak 12%. Az elváltak esélytöbblete az idősebb korosztályok felé haladva ugyancsak csökken, 32%-ról 12%-ra.

Az eredmények értelmezésénél felvethető, hogy az egyedülállók közötti, a vártnál magasabb esélytöbblet magyarázatánál az anyagi helyzet mutatóját is érdemes lenne az elemzés egy későbbi szintjén bevonni - mintánkban ugyanis az 50 év alatti egyedülállók szegénységkockázata meglepően magasnak bizonyult (Spéder, 1993). Az anyagi helyzet figyelembevétele más nem házas csoportok esetében sem kerülhető meg, hiszen például az elváltak szegénységkockázata is igen magas. Az anyagi helyzet figyelembevétele - amelyre elemzésünk egy későbbi szakaszában fogunk sort keríteni - a házasok csoportját is bizonyára tovább differenciálná.

Amellett, hogy mind a rossz egészségi állapot, mind pedig az életvitelt akadályozó betegség fennállására vonatkozó esélyek különbözőek, a társas támogatottság szempontjából azt is fontos megjegyezni, hogy a - népességbeli arányból és kormegoszlásból következően - a rossz egészségi állapotúak között a házasok vannak többségben (57%). A rossz egészségi állapotúak között az özvegyek aránya közel 18%, az elváltaké 13%, míg a magas kockázatú - de átlagosan fiatal - egyedülállók csupán 12%-ot képviselnek. Az életvitelükben korlátozottak között az arányok hasonlóak, bár a házasok részaránya valamivel nagyobb, az elváltaké pedig valamivel kisebb.

#### PARTNERKAPCSOLATOK ÉS ÉLETTÁRSI KAPCSOLATOK, HÁZTARTÁSTÍPUS

A demográfiai panel ritka lehetőséget nyújt a házastársi és élettársi kapcsolatok és az egészségi állapot viszonyának vizsgálatára. A személyiség legbensőségesebb kapcsolatainak közé tartozó élettársi kötelékek

„megóvó” ereje ugyanolyan nagy lehet, mint amilyen a házastársi kapcsolatoké. Az élettársi kapcsolatok szerepének tisztázása az egészségi állapot szempontjából azért is sürgető, mert egyre többen kérdőjelezik meg a csupán a hivatalos családi állapotra vonatkozó adatokra alapozó elemzések érvényességét az élettársi kapcsolatok egyre elterjedtebbé válására hivatkozva.

Amennyiben a házastárssal, illetve a partnerrel rendelkezők egészségi állapotának értékeléseit vetjük egybe, az egészségi állapot értékelése a házások körében ugyan kedvezőbbnek tűnik, mint az élettárssal rendelkezők között, a különbségek azonban nagyon kicsik, és távol állnak attól, hogy azokat szignifikánsnak lehessen minősíteni. A házastárssal rendelkezők és a partnerrel nem rendelkezők közötti különbségek a 35–44 éves és idősebb korcsoportokban azonban már szignifikánsak. Míg a legfiatalabb vizsgálható korcsoportban, a 25–34 évesek között az egészségi állapot a három csoportban lényegében azonosnak tűnik, az idősebb korosztályokban a partner nélkül élők egészségértékelése 0,4 – 0,6 ponttal marad el azokétól, akik házastárssal élnek (II.3. táblázat).

II.3. táblázat

*Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei a partnerkapcsolat típusa szerint, korcsoportonként*

Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0–10-es skálán) a partnerkapcsolat típusa szerint			
	házastársa van	partnere van	nincs partnere	összesen
25–34 éves	8,36	8,35	8,30	8,34
35–44 éves	7,66	7,46	7,14	7,53
45–54 éves	6,58	6,46	6,01	6,44
55–64 éves	6,02	5,98	5,43	5,77
65–75 éves	5,56	5,23	5,19	5,40
Összesen	6,85	7,70	6,92	7,00

Részletesebb, itt nem közölt elemzéseink azt mutatják, hogy az élettársként együtt élők egészségértékelése lényegében azonos a házasságkéval, a különélő partnerek egészségértékelése ennél valamivel kedvezőtlenebb, de a házások és a nem-együttélő partnerrel rendelkezők

közötti különbségek jóval kisebbek, mint a házasok és a partner nélkül élők között megfigyelhető eltérések.

Az eredmények egybecsengenek más országok tapasztalataival: nem mutatkozott jelentős különbség sem az egészségi állapotban, sem pedig az egészségi állapotot meghatározó mechanizmusok tekintetében például a holland házastársi-, illetve partnerkapcsolatban élők között (Joung et al., 1997).

Az egészségértékelés után a rossz egészségi állapotban lévők, illetve akadályozottak arányát vizsgáljuk meg. A partnerrel élők a házasságban élőkhez viszonyítva a 45–54 évesek között valamivel kedvezőtlenebb helyzetben vannak, míg más korcsoportokban helyzetük nem különbözik jelentősen a házastárssal élőkétől. A partner nélkül élők körében az egészségi állapot minden mutatója minden korcsoportban jóval kedvezőtlenebb, mint a házasoké, bár a különbség a kor növekedtével csökkenni látszik (II.4. táblázat).

II.4. táblázat

A rossz egészségi állapot, az akadályozottság és az egészségproblémák előfordulási gyakorisága partnerkapcsolat szerint – arányszámok a házastárssal élők értékeihez viszonyítva

Korcsoport	Partnerkapcsolat	A rossz egészségi állapot	Az akadályozottság	Az egészségprobléma
		előfordulásának aránya (házastárssal rendelkezők=1,00)		
45–54 éves	partnere van	1,11	1,10	1,17
	nincs partnere	1,47	1,31	1,46
55–64 éves	partnere van	0,91	0,90	(1,05)
	nincs partnere	(1,39)	1,13	1,36
65–75 éves	partnere van	1,17	(0,95)	(1,06)
	nincs partnere	(1,20)	1,12	1,17

( ) 50-nél kisebb elemszám.

A házas- vagy élettársi kapcsolatokhoz hasonló jelentőségű személyközi támogatást nyújthatnak a gyermekek is. Furcsa módon az egészségi állapot és a gyermekszám kapcsolatát illetően a nemzetközi szakirodalom alapján nem lehet világos hipotézist felállítani. A most következő elemzésben a gyermekek számát elsősorban a potenciális

pszichológiai támogatottság szempontjából vesszük szemügyre. Ezért a gyermekek számának megállapításakor a kérdezett minden saját illetve élete során hosszabban nevelt gyermekét figyelembe vettük, hiszen ezeknek a gyermekek jelenléte a kérdezett életében mind hozzájárulhatnak annak az esélyéhez, hogy a kérdezett interperszonális támogatottsága nagyobb legyen, azaz több olyan személy legyen a legszűkebb környezetében, akivel pozitív jellegű kapcsolatot tarthat fenn. Elemzésünk finomítható lenne, ha megkülönböztethetnénk a valamelyik szülőjével (szüleivel) egy háztartásban lakó illetve onnan már elköltözött, illetve a fiatalabb és a már felnőtt gyermekeket, de ezt az elemzést a keresztábrákra alapuló részben nem látszott célszerűnek elvégezni. A családdal együtt élő gyermekek tekintetében azonban később, a háztartás-szerkezet és az egészségesélyek közötti összefüggések tárgyalás során részben kitérünk majd.

## II.5. táblázat

Rossz egészségi állapot, akadályozottság és egészségproblémák aránya a kérdezett gyermekeinek száma szerint a kétgyermekesek értékeihez viszonyítva

Korcsoport	Gyermekszám	A rossz egészségi állapot	Az akadályozottság	Az egészségproblémák
		előfordulási aránya (két gyermekesek =1,00)		
45-54 éves	nincs gyermek	1,27	1,26	1,37
	1 gyermek	1,33	1,19	1,35
	3 gyermek	1,08	1,07	1,13
	4 vagy több gyermek	(1,64)	1,49	1,58
55-64 éves	nincs gyermek	1,21	1,09	1,27
	1 gyermek	0,93	0,94	0,94
	3 gyermek	1,02	1,00	1,03
	4 vagy több gyermek	(1,47)	1,29	(1,41)
65-75 éves	nincs gyermek	1,21	1,06	1,23
	1 gyermek	1,05	0,96	1,05
	3 gyermek	1,15	1,11	1,15
	4 vagy több gyermek	1,10	1,03	1,27

( ) 50-nél kisebb elemszám.



Az egészségi szempontból kritikus helyzetűeknek tekinthetők arányát nézve (II.5. táblázat) a legkedvezőbbnek általában a kétgyermekesek helyzete mutatkozik, amelyhez azonban igen hasonló az egy gyermekkel rendelkezőké. A három gyermekesek helyzete sem tér el lényegesen az egy, illetve két gyermekesekétől, kivéve a legidősebb korosztályt. A négy vagy annál több gyermeket felnevelők helyzete azonban minden korcsoportban és majdnem minden indikátor szerint rosszabb az átlagosnál.<sup>4</sup>

Meglepően és mindegyik indikátorunk szerint hasonlóan rossz a gyermektelenek helyzete: körükben a kétgyermekesekhez képest 20-30%-kal magasabb a rossz egészségi állapotban lévők, és 6-26%-kal magasabb a mindennapi életvitelt akadályozó betegségek megjelenésének aránya.

A képet tovább árnyalhatja az egészségi állapot átlagos értékelésének vizsgálata (II.6. táblázat). Az alapvető tendenciák hasonlóak a korábban kifejtettekhez: a 25-34 évesek körében a gyermektelenek, a 35-44 és 45-54 évesek körében a két- és háromgyermekesek, az 55-64 és 65-75 évesek körében pedig az egy- és kétgyermekesek értékelik egészségi állapotukat a legjobbra.

II.6. táblázat

*Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei gyermekszám szerint, korcsoportonként*

Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0-10-es skálán) a gyermekek száma szerint				
	nincs gyermek	1 gyermek	2 gyermek	3 gyermek	4 vagy több gyermek
25-34 éves	8,41	8,33	8,29	8,14	...
35-44 éves	7,44	7,38	7,64	7,64	7,19
45-54 éves	6,37	6,30	6,56	6,50	5,97
55-64 éves	5,63	6,00	5,95	5,75	5,21
65-75 éves	5,12	5,40	5,52	5,31	5,35
Összesen	7,86	6,74	6,66	6,57	6,02

<sup>4</sup> Az 55 évesnél idősebb korcsoportokban a négy vagy több gyermeket nevelők körében az „egészségproblémák” előfordulásának arányszámai és a két másik indikátor értékei között nehéz kapcsolatot találni, ezért megjegyezzük, hogy ezekben a csoportokban felmerül az inkonzisztens válaszadás gyanúja.

Az egy-, két-, illetve háromgyermekesek egészségi állapotának értékeléseiben valójában kis különbség mutatkozik, mégis felvethető, hogy miért „mozdul el” a jó egészségi állapot az idősebb korcsoportokban a kisebb családokban élők felé, azaz elképzelhető-e, hogy a több gyermek vállalása fiatal-, illetve középkorban a jobb egészségi állapothoz kötődik, amely azonban a gyermekneveléssel járó terhek (elsősorban az anyagi természetűek) hatására az idősebb korosztályokban egészségromláshoz vezet. Ez a feltételezés természetesen csak akkor lenne megalapozott, ha a táblában nem egy keresztmetszeti állapot tükröződne, hanem az életút egyes időszakaira jellemző, kohorszokhoz kapcsolódó egészségértékelések. Ennek az – egyébként nem különösebben erőteljes – mechanizmusnak a működéséről a panelvizsgálat későbbi hullámai alapján nyerhetünk majd pontosabb információkat.

Sokkal jelentősebb, hogy a négy- és többgyermekesek többségtől való egészségi állapotbeli „leszakadása” már 35–44 éves korban elkezdődik, és a leglátványosabban az 55–64 éves korosztályban mutatkozik meg. A négy, illetve többgyermekesek leszakadása csak a 65–75 éves korcsoportban nem észlelhető: esetükben a négy vagy több gyermekek egészségsértékelései inkább jobbnak, mint rosszabbnak mutatkoznak azokénál, akiknek egyáltalán nincs gyermekük.

Összegezve, az egészségi állapotot mérő egyetlen változónk sem mutatott lineáris összefüggést a gyermekek számával, hiszen az egy-, két- és háromgyermekesek egészségi állapota csak igen kismértékben különbözött egymástól. Jelentősen rosszabbnak bizonyult azonban az átlagnál a gyermektelenek és a négy vagy több gyermeket nevelők egészsége. A sokgyermekesek helyzetét illetően kézenfekvő a kérdésfeltevés, hogy vajon mekkora a szerepe mindebben, hogy ezeknek a családoknak az átlagosnál jóval kedvezőtlenebbül alakult a jövedelme. A gyermektelenek rossz egészségi állapotát valószínűleg nem magyarázhatja teljes mértékben a rossz jövedelmi helyzet.

Közelebbről szemügyre véve, hogy kik is a rossz egészségi állapotúak, a kétgyermekesek többségét regisztrálhatjuk (közel 40%). A négy vagy több gyermekkel rendelkezők a rossz egészségi állapotúak 7%-át teszik ki, a gyermektelenek pedig 17%-ot. Ezek az arányok csupán kismértékben változnak, ha az életvitelükben akadályozottak vagy az egészségproblémával élők megoszlását vizsgáljuk.

A gyermekek háztartásban való jelenlétének és a családi állapot egy-fajta kombinációját tárja elénk a háztartás típusa szerinti vizsgálódás (II.7. és II.8. táblázat).

II.7. táblázat

Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei háztartástípus szerint, korcsoportonként

Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0–10-es skálán) a háztartás típusa szerint				
	egyszemélyes	pár gyermek nélkül	pár gyermekkel	gyermekét egyedül nevelő szülő	egyéb
25–34 éves	8,08	8,38	8,37	8,32	8,34
35–44 éves	7,24	7,38	7,66	7,10	7,37
45–54 éves	5,83	6,13	6,67	6,31	6,38
55–64 éves	5,40	5,96	6,00	5,64	6,12
65–75 éves	5,20	5,51	5,73	5,18	5,42
Összesen	5,85	6,22	7,54	6,83	7,32

II.8. táblázat

A rossz egészségi állapot, az akadályozottság és az egészségproblémák aránya háztartástípus szerint a gyermeket nevelő házaspárok értékeihez viszonyítva

Korcsoport	Háztartástípus	A rossz egészségi állapot, az akadályozottság és az egészségproblémák előfordulásának gyakorisága (gyermeket nevelő házaspárok = 1,00)		
		A rossz egészségi állapot	Az akadályozottság	Az egészségproblémák
45–54 éves	egyszemélyes	1,85	1,54	1,84
	pár	1,54	1,41	1,50
	egyedül + gyerek	1,30	1,25	1,22
	egyéb	1,08	1,29	1,15
55–64 éves	egyszemélyes	1,44	1,15	1,35
	pár	1,00	1,05	0,98
	egyedül + gyerek	1,21	1,13	1,13
	egyéb	0,96	1,01	0,90
65–75 éves	egyszemélyes	1,16	1,22	1,13
	pár	0,96	1,11	1,00
	egyedül + gyerek	1,13	1,29	1,23
	egyéb	1,05	1,15	1,05

Az egészségi állapot értékelésében mutatkozó különbségek a 25–34 évesek között nem szignifikánsak. A 35–44 évesek között a gyermekü-

ket egyedül nevelő szülőket találjuk különösen kedvezőtlen helyzetben. Az ennél idősebb korosztályokban pedig már az egyszemélyes háztartásokban élők értékelik egészségüket a legrosszabbra – bár az ő egészségértékelésük alig rosszabb, mint a gyermeküket egyedül nevelőké. A dichotóm egészségváltozók kínálta kép abban a tekintetben tér el az eddigiektől, hogy az egyszemélyes háztartásokban élők helyzetét az előbbieknél jóval kedvezőtlenebbnek mutatja. Magyarozatként felvethető tehát, hogy az egyszemélyes háztartások egészségi állapotukat nézve erőteljesebben polarizáltabbak, mint az itt vizsgált többi csoport, körükben egyaránt viszonylag nagy lehet a különösen jó és a különösen rossz egészségi állapotban lévők aránya.

A rossz egészségi állapotban lévők legnagyobb csoportja (közel 30%-a) ugyanakkor gyermeket nevelő pár. Majdnem ugyanannyian vannak a rossz egészségi állapotúak között olyanok is, akik csak házastársukkal élnek egy háztartásban. A rossz egészségi állapotúak egyötöde egyszemélyes háztartást vezet, kisebb, de nem jelentéktelen részük pedig (több mint 12%-uk) gyermekét egyedül nevelő szülők háztartásaiban él. Az egyéb, bonyolultabb szerkezetű háztartásokban élők csupán 10%-ot tesznek ki a rossz egészségi állapotúak között.

Az életvitelüket akadályozó betegséggel élők körében az arányok hasonlóak, bár az egyszemélyes háztartásokban élők aránya valamivel alacsonyabb.

#### A ROKONSÁG, SZOMSZÉDSÁG ÉS A BARÁTOK

A tágabb társas környezettel fenntartott viszony, a kapcsolatok sűrűsége jól vizsgálható azon keresztül, hogy mekkora intenzitással vesz részt valaki az ilyen kapcsolati rendszereket Magyarországon jellemző segítségnyújtásban és segítségkapásban. Az „Életünk fordulópontjai” vizsgálatban részletes adatok állnak rendelkezésre a pénzübeli, a munkavégzés útján adott vagy kapott, illetve a természetbeli segítségnyújtási hálókból való részvételről.

A segítségnyújtás és -adás általában családciklusokhoz kötődik, korcsoportonként más-más mintát követ (Spéder, 2003). Ezért a segítségkapsási és nyújtási mintákat is korcsoportok szerint kell elemeznünk.

Három, korábban használt diszkrét egészségváltozónk a segítségkérés és nyújtás mintázatait tekintve teljesen azonos mintát mutat. Ezért itt csak az életvitelükben korlátozottakra vonatkozó adatokat mutatjuk be részletesen.

II.9. táblázat  
A pénzbeli segítség nyújtása és az akadályozottság (%)

Korcsoport	Pénzbeli támogatást nyújtók aránya az életvitelükben akadályozottak között	A pénzbeli támogatást nyújtók aránya az életvitelükben akadályozottak között a nem akadályozottakhoz viszonyítva
18-24 éves	...	...
25-34 éves	30,0	107,9
35-44 éves	27,9	94,9
45-54 éves	35,7	86,2
55-64 éves	42,8	83,4
65-75 éves	39,8	86,0

Adataink azt mutatják, hogy az életvitelükben akadályozottak kisebb mértékben vesznek részt a segítségnyújtási hálózatokban, mint azok, akinek ilyen problémái nincsenek. Ugyanakkor feléjük az átlagosnál kicsit több pénzbeli, természetbeli és a munkavégzéshez kötődő segítség érkezik.

Részletesebben, míg a pénzbeli segítségnyújtás valamivel gyakrabban fordul elő az idősebb korosztályokban, a munkavégzésbeli segítség nyújtása az életkorral csökken. Ha az életvitelüket korlátozó betegséggel élő embereket a népesség másik részéhez viszonyítjuk, azt tapasztaljuk, hogy a 45 évesek és idősebbek körében mind a pénzbeli, mind pedig a munkavégzésbeli segítség nyújtása jelentősen alacsonyabb, azokhoz mérten, akiknek nincsenek életvitelbeli akadályozottsággal járó egészségproblémáik. A természetbeli segítéseket nyújtását, azonban, úgy tűnik, nem gátolja az életvitelben való korlátozottság. Az életvitelüket korlátozó betegséggel küzdők között a segítségnyújtók aránya hasonló az átlagoshoz, sőt, bizonyos korosztályokban még annál magasabb is (II.9., II.10. és II.11. táblázat).

II.10. táblázat  
Munkavégzésbeli segítség adása és akadályozottság (%)

<i>Korcsoport</i>	<i>Munkavégzésbeli támogatást adók aránya az életvitelükben akadályozottak között</i>	<i>A munkavégzésbeli támogatást nyújtók aránya az életvitelükben akadályozottak között a nem akadályozottakhoz viszonyítva</i>
18–24 éves	...	...
25–34 éves	48,8	102,5
35–44 éves	45,0	98,5
45–54 éves	44,4	93,1
55–64 éves	47,3	89,8
65–75 éves	31,3	72,8

II.11. táblázat  
Természetbeli segítség és akadályozottság (%)

<i>Korcsoport</i>	<i>Természetbeli támogatást adók aránya az életvitelükben akadályozottak között</i>	<i>A természetbeli támogatást nyújtók aránya az életvitelükben akadályozottak között a nem akadályozottakhoz viszonyítva</i>
18–24 éves	...	...
25–34 éves	12,7	101,6
35–44 éves	20,3	120,8
45–54 éves	24,8	99,2
55–64 éves	30,6	87,2
65–75 éves	23,8	96,0

A pénzbeli támogatást kapók aránya a fiatalabb korosztályokban az átlagos szint körül van, az idősebb (55 év feletti) korosztályokban viszont magasabb annál, a legidősebbek között az átlagos mérték másfélszeresét éri el. Úgy tűnik, hogy a pénzbeli támogatások jellegzetes címzettjei a fiatal, kisgyermeket nevelő családok és az idős és beteg emberek. Annak ellenére, hogy a rossz egészségi állapotban lévő idősök az átlagosnál gyakrabban jutnak másoktól pénzbeli támogatáshoz, azt is szükséges hangsúlyozni, hogy ilyesfajta támogatásban csupán töredékük, hozzávetőleg 11%-uk részesül (II.12. táblázat).

II.12. táblázat  
Pénzbeli segítségkapás és akadályozottság (%)

<i>Korcsoport</i>	<i>A pénzbeli támogatást kapók aránya az életvitelükben akadályozottak között</i>	<i>A pénzbeli támogatást kapók aránya az életvitelükben akadályozottak között a nem akadályozottakhoz viszonyítva</i>
18-24 éves	...	...
25-34 éves	41,2	104,0
35-44 éves	32,4	112,1
45-54 éves	16,6	97,1
55-64 éves	10,7	115,1
65-75 éves	10,9	155,7

Ennél jelentősebb arányban jutnak az életvitelükben akadályozottak munkavégzésbeli segítséghez: a 35 évesnél idősebbek között az átlagosnál nagyobb mértékben kapnak ilyen segítséget, a különösen idősök között pedig ez az arány az átlagos másfélszerese (II.13. táblázat). A legidősebb korosztály közel 40%-át támogatja környezete munkavégzéssel – ez a viszonylag kedvezőnek tűnő arány – csakúgy, mint a segítségkapás bármely más dimenziójára vonatkozó adat – valójában a háztartásszerkezettel összefüggésben lenne vizsgálandók.

II.13. táblázat  
Munkavégzésbeli segítség kapása és akadályozottság (%)

<i>Korcsoport</i>	<i>A munkavégzésbeli támogatást kapók aránya az életvitelükben akadályozottak között</i>	<i>A munkavégzésbeli támogatást kapók aránya az életvitelükben akadályozottak között a nem akadályozottakhoz viszonyítva</i>
18-24 éves	...	...
25-34 éves	41,1	98,6
35-44 éves	34,2	89,1
45-54 éves	25,7	117,9
55-64 éves	28,6	142,3
65-75 éves	39,5	148,5

Azoknak a körében, akik életvitelüket korlátozó egészségproblémával élnek a természetbeli segítségkapás arányai már a 35 éves korosztálytól kezdve kedvezőbben alakulnak az átlagosnál. A természetbeli segítséget kapók -- az akadályozottak között is -- elsősorban a 25-34

évesek, akik között feltehetően sokan kisgyermeket nevelnek. Természetbeli segítséget gyakrabban kapnak a legidősebb korosztály tagjai is, ha életvitelüket akadályozó egészségi problémával élnek, ugyanakkor ezek a segítségek csupán az érintettek tizedét érik el ebben a korosztályban (II.14. táblázat).

II.14. táblázat  
Természetbeli segítséget kapók és akadályozottság (%)

Korcsoport	A természetbeli támogatást kapók aránya az életvitelükben akadályozottak között	A természetbeli támogatást kapók aránya az életvitelükben akadályozottak között a nem akadályozottakhoz viszonyítva
18-24 éves	..	...
25-34 éves	22,5	99,1
35-44 éves	16,4	110,8
45-54 éves	7,7	148,1
55-64 éves	4,8	141,2
65-75 éves	10,1	171,2

Összességében tehát az látható, hogy a rossz egészségi állapotban lévők rokonaikkal, barátaikkal és szomszédaikkal fenntartott kapcsolatai valamivel erősebbek az átlagosnál, legalábbis az általuk kapott segítségek szempontjából. Ugyanakkor nagyon fontos felhívni a figyelmet arra, hogy a rossz egészségi állapotúaknak is csak egy kisebb hányada részesül ilyenfajta támogatásban. A legelterjedtebbnek a munkavégzés által kapott segítség tűnik, amely az életvitelüket korlátozó betegséggel élők 30-40 százalékát éri el.

Mínthogy - a segítségadás és -nyújtás egy-egy formáját külön kezelve - viszonylag alacsony a különféle relációkban részvételüket jelzők száma, megpróbáltuk a segítségnyújtási hálózatokban való részvételt, illetve a kedvezményezettség intenzitását valamiféleképpen összefoglalóan jellemezni. Ennek következtében függetlenül attól, hogy valaki segítséget adott, vagy kapott-e, illetve, hogy milyenfajta segítségről volt szó, az első kategóriába soroltuk azokat, akik egy- vagy kétfajta segítségkapási, illetve adási módozatban való részvételről számolták be, a másodikba és harmadikba pedig azokat, akik többfajta módozatban részt vettek, illetve akik egyetlen módozatról sem tettek említést.



Az így létrehozott három kategóriát gyenge, erős, illetve hiányzó kapcsolati hálózati részvételeknek neveztük el.

II.15. táblázat

*Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei a kapcsolati háló erőssége szerint, korcsoportonként*

Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0–10-es skálán) a kapcsolati háló erőssége szerint			Összesen
	nincs	gyenge	erős	
	kapcsolati háló	kapcsolati háló	kapcsolati háló	
18–34 éves	8,79	8,61	8,59	8,66
25–34 éves	8,42	8,31	8,32	8,34
35–44 éves	7,55	7,52	7,54	7,53
45–54 éves	6,31	6,47	6,55	6,44
55–64 éves	5,57	5,85	6,13	5,87
65–75 éves	5,38	5,31	5,62	5,40
Összesen	6,98	6,88	7,18	7,00

II.16. táblázat

*A rossz egészségi állapot, az akadályozottság és az egészségproblémák előfordulási gyakorisága a kapcsolati háló erőssége szerint az erős kapcsolati hálóval rendelkezők értékeihez viszonyítva*

Korcsoport	Kapcsolati háló erőssége	A rossz egészség- állapot      Az akadályo- zottság      Az egészség- probléma		
		előfordulásának aránya (erős kapcsolati hálóval rendelkezők=1,00)		
35–44 éves	gyenge kapcsolati háló	1,18	0,93	1,19
	nincs kapcsolati háló	1,18	0,96	1,19
45–54 éves	gyenge kapcsolati háló	1,20	0,96	1,16
	nincs kapcsolati háló	1,36	1,08	1,37
55–64 éves	gyenge kapcsolati háló	1,26	1,07	1,18
	nincs kapcsolati háló	1,45	1,08	1,37
65–75 éves	gyenge kapcsolati háló	1,38	0,98	1,27
	nincs kapcsolati háló	1,34	0,99	1,28

Az egészségi állapot értékelése (II.15. táblázat) láthatóan gyenge összefüggést mutat a kapcsolati háló erősségével. Ha csupán a szignifikáns összefüggésekre vagyunk figyelemmel, akkor a 45 évesnél idősebbek és erős kapcsolati hálót működtetők között minden korcso-

portban az átlagosnál jobb, míg azon 55–64 évesek között, akik semmiféle részvételt nem jeleztek a segítségnyújtási- és adási hálózatokban, az átlagosnál rosszabb egészségértékeléssel találkozhatunk. Az egészségértékelésben mutatkozó, fent említett különbségek ugyanakkor meglehetősen csekélyek.

Dichotóm egészségváltozóink közül az „akadályozottság” semmiféle jellegzetes összefüggést nem mutat a kapcsolati háló erősségével. A rossz egészségi állapot azonban – legalábbis az idősebb korosztályokban – jellegzetesen gyakoribb azok körében, akiknek nincs vagy gyenge a kapcsolati hálója.

#### MAGÁNYOSSÁG, ELIDEGENEDETTSÉG

A kölcsönös segítségnyújtási hálózatokban elfoglalt pozíciónál jóval kedvezőtlenebbnek mutatkozik a megromlott egészségi állapotúak szűkebb-tágabb környezetéhez való, általánosabb viszonya. Pszichológiai „közérzetüket” részint a megkérdezett személyek szűkebb interperszonális kapcsolataikon, másrészt tágabban, a társadalomban elért, érzékelt „megbecsültségükön” keresztül mértük. A szűkebb interperszonális környezethez való viszony bizonyos pszichológiai aspektusait a következő öt állításra adott válaszokkal jellemezhetjük kérdőívünkben a megkérdezettek:

- mindig van körülötte valaki, akivel beszélgethet mindennapi problémáiról
- szükség esetén támaszkodhat valakire
- gyakran érzi azt, hogy senkit nem érdekel, amit mond
- hiányzik az életéből a meghittség és a melegség
- gyakran érzi magányosnak magát.

A fenti kérdésekre adott válaszokból egy viszonylag egyszerű „magányosság-skálát” alakítottunk ki, amelyben a negatívan értékelt itemek száma szolgál majd a magányosság fokának mutatójául.

II.17. táblázat  
*A magányosság-index értéke és az életvitelt akadályozó betegség, fogyatékoság, egészségi probléma fennállása*

Korcsoport	<i>A magányosság-skála átlagértékei az életvitelt befolyásoló betegség fennállása szerint</i>		Összesen
	<i>van ilyen betegség, fogyatékoság, egészségi probléma</i>	<i>nincs ilyen betegség, fogyatékoság, egészségi probléma</i>	
18-24 éves	1,10	0,84	0,86
25-34 éves	1,45	0,86	0,92
35-44 éves	1,54	1,01	1,11
45-54 éves	1,43	0,97	1,14
55-64 éves	1,28	0,87	1,08
65-75 éves	1,44	0,94	1,25
Összesen	1,40	0,92	1,07

A magányosság-skála akadályozottság szerinti átlagértékeit a II.17. táblázatban foglaltuk össze. Ez a tábla nem a korábbiakban szokásos elrendezést követi, amivel azt kívántuk hangsúlyozni, hogy az egészségi állapot és a magányosság közötti összefüggéseket két irányból érdemes szemlélni, és kétirányú oksági összefüggéseket is érdemes feltételezni. Nemcsak arról van tehát szó, hogy azoknak az embereknek a körében, akik nem érzik interperszonális hálójukat eléggé támogatónak, nagyobb arányban jelentkezhettek a betegségek, hanem arról is, hogy a kialakuló egészségproblémák is növelhetik az elmagányosodás esélyét.

A teljes népesség körében a az életkor előrehaladtával enyhe növekedést mutat magányosság-index értéke. Ilyen tendencia az életüket akadályozó betegséggel élők között nem figyelhető meg: az index értéke nem mutat jellegzetes kor szerinti mintázatot. A 18-24 évesek, valamint az 55-64 évesek esetében valamivel alacsonyabb (ebben a magányosság-index általános mintázata tükröződik vissza); értékei egyébként 1,5 körül alakulnak. A rossz egészségi állapotúak nemcsak átlagosan magányosabbak, mint a jobb egészségi állapotban lévők, hanem azoknak az aránya is magasabb köztük, akik valamely dimenzióban a rosszabb értékek választása felé hajlottak. A magányosság-skálát alkotó 5 item közül legalább az egyikben magányosságra utaló választ adott a rossz egészségi állapotúak 66%-a, szemben a kielégítő

egészségi állapotúak 47%-ával. Az életét akadályozó betegséggel élők között ugyanez az arány 59% volt, míg az ilyen problémákkal nem rendelkezők körében csupán 46%. Az egészségproblémával küzdők 65%-a adott legalább egy, magányosságot firtató kérdésünkre negatív választ, míg az egészségproblémák nélkül élőknel ez az arány 47%-nak bizonyult.

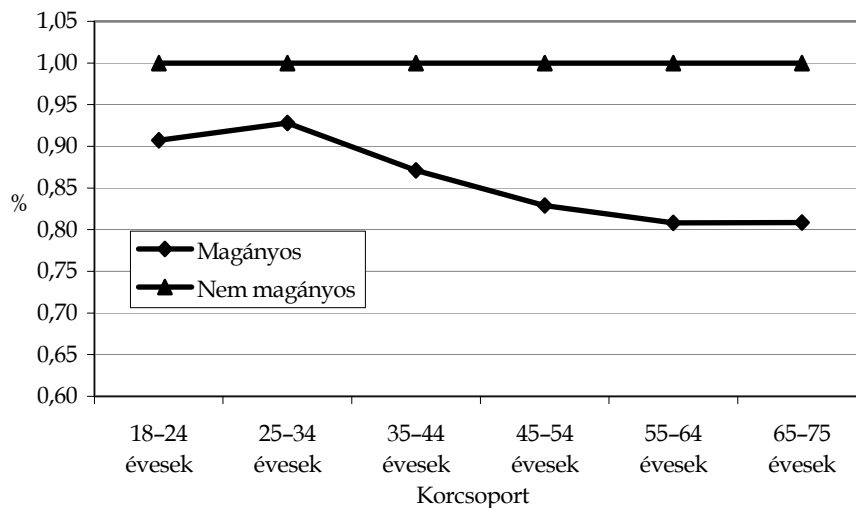
Amennyiben a magányosság-skálánkon magasabb pontszámokat elérőket a továbbiakban „magányos”-nak nevezzük (a válaszadók közel 23%-a), és az ő egészségértékeléseiket hasonlítjuk össze a népesség maradék részében („nem magányosak”) kapott egészség értékelésekkel (II.18. táblázat), egyrészt az látható, hogy a magányosak egészségértékelései minden korcsoportban – ideértve a legfiatalabbat is – szignifikánsan rosszabbak, a „nem magányosak” egészségértékelései pedig szignifikánsan jobbak, mint az átlag. A két csoport egészségértékelései közötti távolság már a legfiatalabb korcsoportban is jelentős (mintegy háromnegyed pont), az idősebb korcsoportokban nagyobb, a legnagyobb pedig a 45–64 évesek között.

II.18 táblázat

*Az egészségi állapot értékelésének átlagértékei a magát magányosnak és nem magányoságnak tartók között korcsoportonként*

Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0–10-es skálán)		Összesen
	magányosság szerint		
	magányos	nem magányos	
18–24 éves	8,02	8,84	8,67
25–34 éves	7,87	8,48	8,35
35–44 éves	6,75	7,75	7,53
45–54 éves	5,57	6,72	6,45
55–64 éves	4,97	6,15	5,87
65–75 éves	4,64	5,74	5,40
Összesen	6,11	7,27	7,00

II.1. ábra  
Az egészségi állapot értékelése korcsoport és magányosság szerint: magányosok  
a nem-magányosokhoz viszonyítva



Amennyiben a három dichotóm egészségváltozó értékeit hasonlítjuk össze magányosság szerint (II.19. táblázat), látható, hogy a magányosok között 70–170%-kal magasabb az egészségproblémák és 27–90%-kal az akadályozottság előfordulásának aránya. Az egészségi állapot tehát nemcsak átlagosan rosszabb a magányosok között, hanem a (bármilyen változó segítségével vizsgált) különösen rossz egészségi állapotúak aránya is jóval magasabb közöttük. A „rossz egészségi állapot” változója jóval érzékenyebbnek tűnik a magányosság, mint az akadályozottság változó mentén.

## II.19. táblázat

A rossz egészségi állapot, az akadályozottság és az egészségproblémák előfordulási gyakorisága a szerint, hogy valaki magányosnak tarja-e magát – arányszámok azok értékeihez viszonyítva, akik nem tartják magukat magányosnak

Korcsoport		A rossz egészségi állapot	Az akadályozottság	Az egészségprobléma
		előfordulásának aránya (nem magányosok=1,00)		
25–34 éves	magányos	(2,68)	2,06	(2,54)
35–44 éves	magányos	2,67	1,90	2,61
45–54 éves	magányos	2,15	1,44	2,03
55–64 éves	magányos	1,74	1,36	1,71
65–75 éves	magányos	1,77	1,27	1,62

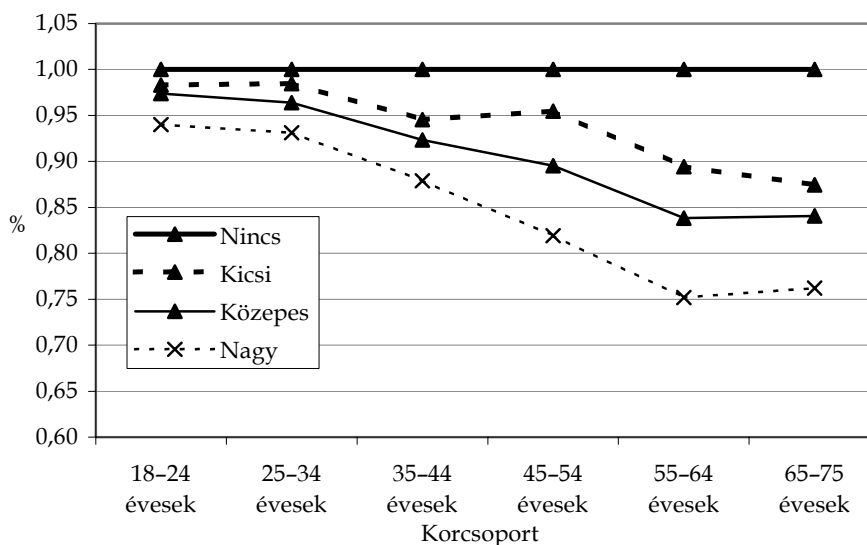
( ) 50-nél kisebb elemszám.

## STÁTUSINKONZISZTENCIA

Sokan úgy vélik, hogy a társadalomban elfoglalt hely materiális jellemzőin kívül a személyt körülvevő társadalom általános viszonyai is „betegíthetnek”, más oldalról nézve pedig a személyt körülvevő társadalom „igazságossága” a társadalom által nyújtott materiális javakon túl, további pszichológiai tapasztalatokkal járhat, amely pozitív hatást gyakorolhat az egészségi állapot alakulására is. Az utóbbi időben nagy népszerűsége tett szert a társadalmi, különösen a jövedelmi egyenlőtlenségek és az egészségi állapot közötti összefüggések kutatása (Wilkinson, 1996); Muntaner–Lynch, 1999). Mi azonban úgy látjuk, hogy e területen még számos alapvető módszertani probléma vár tisztázásra – a jövedelmi egyenlőtlenségek kérdését ezért ebben a tanulmányban nem érintjük. A személyiség harmonikus életszemléletét – s ezen keresztül talán megbetegedési hajlandóságát is – ugyanakkor véleményünk szerint is kapcsolatba lehet hozni az egyén társadalomhoz fűződő általános viszonyával. Kísérletképpen az egészségi állapot és az ún. státusinkonzisztencia összefüggését vizsgáljuk meg. A kérdőív segítségével arra kértük válaszadóinkat, értékeljék jelenlegi életkörülményeiket ( 0-tól 10-ig terjedő skálán), és ugyanolyan skálán határozzák meg azt is, hogy milyen életkörülményeket „érdemelnének”

saját megítélésük szerint. A két értékelés közötti távolságot méri a „státusinkonzisztencia” változónk.

II.2. ábra  
Az egészségi állapot értékelése korcsoport és státusinkonzisztencia mértéke szerint, azokhoz viszonyítva, akik nem érzékelnek státusinkonzisztenciát



Válaszadóink között elhanyagolható számban voltak olyanok, akik úgy vélték, hogy életkörülményeik jobbak annál, mint amit megérdemelnének. Így őket együtt kezeltük azokkal, akik szerint a megérdemelt életkörülmények ugyanolyanok, vagy csak nagyon kicsit lennének jobbak, mint a ténylegesek.

Az egészségi állapot értékelése és a státusinkonzisztencia mértéke szemmel láthatóan szoros kapcsolatban áll egymással. A magas státusfeszültségről beszámolóok egészségértékelései átlagosan 0,5 - 1,5 ponttal alacsonyabbak azokénál, akik nem számoltak be státusfeszültségről (II.20. táblázat). Részletesebben, nagyobb státusinkonzisztenciával minden korcsoportban rosszabb átlagos egészségértékelés társul. Ugyanakkor a státusinkonzisztencia mértéke a társadalmi hierarchián lefelé haladva növekszik (Kapitány, 2002), így elképzelhető, hogy a rosszabb egészségértékelés mögött alacsonyabb iskolai végzettség, rosszabb megélhetési viszonyok, vagy életkörülmények állnak. A stá-

tusinkonzisztencia és a rossz egészségi állapot kapcsolatát ezért a későbbiekben többváltozós elemzés segítségével is vizsgáljuk majd.

## II.20. táblázat

*Az egészségi állapot értékelésének átlagértékei a státusinkonzisztencia mértéke szerint, korcsoportonként*

Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0–10-es skálán) a státusinkonzisztencia mértéke szerint				Össze- sen
	Nincs vagy ellenkező előjelű	Kismértékű (A megérdemeltnek tartott élethelyzet- nyek kismér- tékekben jobbak)	Közepes (A megérdemelt- nek tartott élet- helyzet- nyek közepes mérték- ben jobbak)	Nagymértékű (A megérdemeltnek tar- tott élet- helyzet- nyek nagy mérték- ben jobbak)	
18–24 éves	8,85	8,70	8,62	8,32	8,66
25–34 éves	8,59	8,46	8,28	8,00	8,35
35–44 éves	8,10	7,66	7,48	7,12	7,55
45–54 éves	7,08	6,76	6,34	5,80	6,46
55–64 éves	6,81	6,09	5,71	5,12	5,87
65–75 éves	6,22	5,44	5,23	4,74	5,42
Összesen	7,56	7,19	6,92	6,34	7,01

A dichotóm egészségváltozók és a státusinkonzisztencia kapcsolatát vizsgálva (II.21. táblázat) a státusinkonzisztencia mértékének növekedéséhez – bármely egészség-változót szemlélve – a rossz egészség kockázatának növekedése társul. Azok körében, akik magas szintű inkonzisztenciáról számoltak be a megérdemeltnek tartott, és a valójában elért társadalmi helyzet között, a rossz egészségről beszámolók aránya 30-190%-kal, az akadályozottságról beszámolók aránya pedig 20-50%-kal volt magasabb, mint a státusinkonzisztenciát nem érzékelők körében. A számok azt sejtetik, hogy a státusinkonzisztencia egy esetleges többdimenziós elemzésben is szerepet játszhat, mint a kedvezőtlen egészségi állapot „magyarázatában” jelentős részt vállaló változó, és ezeknek az elemzéseknek lesz a tiszte azt is eldönteni, hogy a most látott hatások valóban a státusfeszültség számlájára írandók, vagy inkább a mögötte meghúzódó kedvezőtlen társadalmi pozíció hatásának tudhatók be.



## II.21. táblázat

A rossz egészségi állapot, az akadályozottság és az egészségproblémák aránya a státusinkonzisztencia mértéke szerint a státus- konzisztenciáról beszámolókhöz viszonyítva

Korcsoport	A státusinkonzisztencia mértéke	A rossz	Az akadályozottság	Az egészségproblémák
		előfordulásának gyakorisága (státus-konzisztenciáról beszámolók=1,00)		
		egészségi állapot		
35-44 éves	kismértékű	(2,06)	1,15	(1,37)
	közepes	(2,85)	1,32	(1,98)
	nagy	(4,47)	1,67	(2,98)
45-54 éves	kismértékű	1,28	1,34	1,35
	közepes	1,80	1,49	1,74
	nagy	2,38	1,79	2,38
55-64 éves	kismértékű	1,70	1,21	1,57
	közepes	2,10	1,28	1,88
	nagy	2,89	1,39	2,54
65-75 éves	kismértékű	1,64	1,20	1,52
	közepes	1,81	1,20	1,63
	nagy	2,26	1,28	1,98

( ) 50-nél kisebb elemszám.

## ETNIKAI HOVATARTOZÁS

Az etnikai kisebbségek egészségi állapota iránti érdeklődés napjainkban egyre nő. Az egyre nagyobb érdeklődést részben az indokolja, hogy az etnikai kisebbségek egészségi állapota sokszor alapvetően különbözik a többségi társadalmétól: mások a vezető halálokok, mások a jellemző megbetegedések, és ezek a különbségek összességében a többségi társadalomhoz viszonyítva általában kedvezőtlenebb, ritkán kedvezőbb egészségi állapothoz vezetnek.

Az etnikai csoportok egészségi állapotának magyarországi körülmények között való vizsgálatok leginkább arról a nemzetközi irodalomban is ismert módszertani problémáról kell szót ejteni, hogy mennyiben tűnik indokoltnak a kisebbségi etnikai csoportok egészségi állapotának vizsgálata során a társadalmi pozíció szokásos indikátorait használni, hiszen ezek az indikátorok nem feltétlenül ugyanazokat a jelentéstartalmakat hordozzák a kisebbségi, mint a többségi társadalom tagjainak esetében. Az iskolai végzettséggel kapcsolatban például

tudott, hogy az etnikai kisebbségek tagjai kevesebbet „profitálnak” ugyanabból a végzettségi szintből, mint a többségiek (az Egyesült Államokra nézve részletesen elemezte ezt a kérdést Hacker (1995), és különbségek lehetnek az azonos foglalkozási kategóriákban betöltött munkakörök között, valamint az elvileg azonos jövedelemből „hasznosítható” rész között is. Ismert, bár empirikus felmérések által kevésbé megfogható, hogy még azonos munkaköröket betöltő személyek között is „veszélyesebbek” lehetnek annak a munkafeladatai, aki egy etnikai kisebbségi csoport tagja, mint azoké, akik a többséghez tartoznak. A jövedelem felhasználásnak módja pedig sokféle kulturális különbséget mutathat, elegendő talán itt megemlíteni az etnikai kisebbségek esetében gyakori kötelezettségeket a távolibb családtagok támogatására – amely kötelezettségek a többségi társadalmak tagjai esetében kevésbé kötelező érvényűek.

Az utóbbi a megfontolások felvethetők a cigányok egészségi állapota és társadalmi gazdasági helyzetének vizsgálata során is. Mostani elemzésünkben ugyanakkor a cigány népesség társadalmi helyzetét is csupán azokkal az indikátorokkal tudjuk jellemezni, amelyek a többségi társadalomra nézve rendelkezésre állnak, de az ezzel az eljárással kapcsolatos kritikai észrevételeket azonban mégis szükségesnek láttuk ismertetni.

Adatbázisunkban ugyan az etnikai kisebbséghez való tartozásról széles körű információk állnak rendelkezésre, ebben a tanulmányban azonban csupán a cigány kisebbség egészségi állapotát elemezzük részletesen, hiszen a más etnikai kisebbségek létszáma Magyarországon igen csekély.

Az etnikai hovatartozást a megkérdezett saját identitása alapján definiáltuk: azt tekintettük cigánynak, aki az etnikai kisebbséghez való tartozást tudakoló kérdésünk megválaszolásakor annak tartotta magát. Adataink szerint a romák egészségértékelése összességében csak kevésbé marad el a nem romákétól (II.22. táblázat). Ennek oka a romák különösen fiatal korstruktúrája (azaz magas halandósága): a fiatalabb, 18–34 éves korcsoportokban mintabeli arányuk 4% körül volt, amely részarány azonban már a 45–54 éves korcsoportban már jóval alacsonyabb, és az idősebb korcsoportok felé haladva egyre kisebb. Az általunk vizsgált legidősebb korcsoportban csupán 0,8% volt a romák aránya.

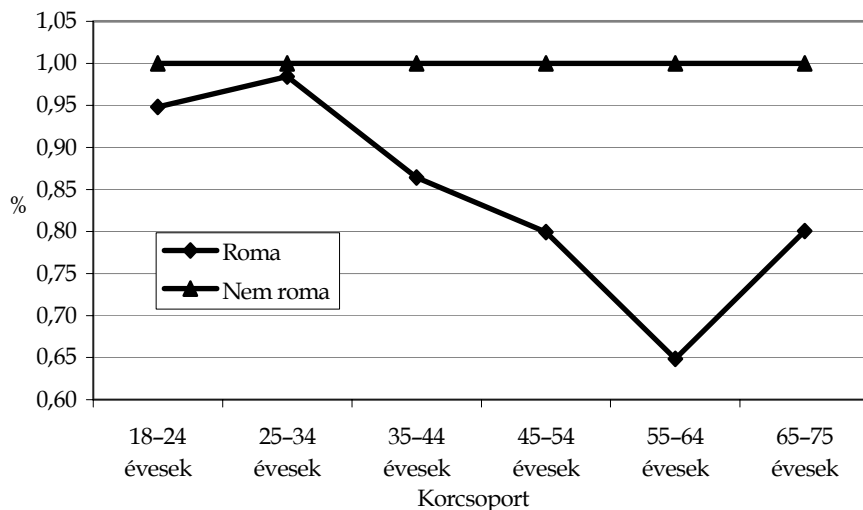
II.22. táblázat  
Az egészségi állapot értékelése etnikai hovatartozás szerint korcsoportonként

Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0-10-es skálán) etnikai hovatartozás szerint		Összesen
	roma	nem roma	
18-24 éves	8,23	8,68	8,66
25-34 éves	8,22	8,35	8,34
35-44 éves	6,55	7,58	7,53
45-54 éves	5,18	6,48	6,44
55-64 éves	(3,82)	5,89	5,87
65-75 éves	(4,33)	5,41	5,40
Összesen	6,69	7,00	7,00

( ) 50-nél kisebb elemszám.

A korcsoportos bontásban vizsgált egészségértékelés csupán a 18-34 évesek között hasonló a romák és a nem romák között. A 35-44 évesek között a romák egészségértékelése átlagosan mintegy 1 ponttal alacsonyabb, és a két érték közötti különbség szignifikáns. Az idősebb korosztályokra vonatkozó megállapítások igen megbízhatatlanok, tekintettel arra, hogy az ilyen korú romák igen alacsony számban kerültek be mintánkba, úgy tűnik azonban, hogy az egészségértékelés a romák körében ezekben a korosztályokban is 1-2 ponttal alacsonyabb a nem romákénál.

II.3. ábra  
Az egészségi állapot értékelése korcsoport és etnikai hovatartozás szerint: romák  
a nem romákhoz viszonyítva



II.23. táblázat  
A rossz egészségi állapot, az életvitelben való akadályozottság, valamint az egészségproblémák  
gyakoróságának aránya a romák között a nem romákhoz viszonyítva

Korcsoport	A rossz egészségi állapot előfordulásának aránya a romák között (nem romák=1,00)	Az akadályo- zottság	Az egészség- probléma
35-44 éves	(3,20)	(2,31)	(3,09)
45-54 éves	(2,26)	1,77	(2,37)
55-64 éves	(2,84)	(1,84)	(2,69)

( ) 50-nél kisebb elemszám.

Mindhárom egészségi állapotot jellemző változónk a roma népesség igen komoly egészségi állapotbeli hátrányát mutatja, ugyanakkor mindhárom változó esetében meg kell jegyezni, hogy becsléseink a kis esetszámok miatt bizonytalanok. A II.23. táblázat adatai alapján mindenestre úgy tűnik, hogy a roma népesség esetében a rossz egészségi állapot változója valamivel érzékenyebb mutató, mint az akadályo-

zottság. A rossz egészségi állapotról beszámolók aránya 125–220 százalékkal, míg az akadályozottságról beszámolók aránya 77–130 százalékkal volt magasabb a romák között a nem romákhoz viszonyítva.

A romák esetében különös figyelem szokta övezni azt a kérdést, hogy a már mások által is bemutatott (Egészségmonitor, 2003), kedvezőtlen egészségbeli kondíciók mennyiben írhatók annak a számlájára, hogy a roma népesség igen jelentős részét marginalizált pozícióba sodorták az utóbbi másfél évtized társadalmi folyamatai, illetőleg a korábban felhalmozódott társadalmi hátrányok sem csökkentek. Ezt a kérdést a változók nyelvére úgy is lefordíthatjuk, hogy a roma népesség kedvezőtlen egészségi állapota átlagosan alacsony iskolai végzettségéből, rossz munkaerő-piaci pozícióiból, alacsony jövedelméből és feltehetően kedvezőtlenebb deprivációs helyzetéből következik-e, avagy ebben szerepe lehet ezenkívül más tényezőknek is, amelyek például az egészségügyi ellátás igénybevételének nehézségeiből adódhatnak. Egyes szerzők szerint a diszkrimináció – amely kétségkívül sújtja a romákat Magyarországon is – az imént felsorolt strukturális pozíciókhoz kötődő hatásokon túl, azoktól függetlenül is negatív hatással lehet az egészségi állapotra. A rendelkezésünkre álló információk nem teszik lehetővé sem az egészségügyi szolgáltatások igénybevételével, sem pedig a diszkriminációval kapcsolatos hatások vizsgálatát, a többváltozós elemzésekkel foglalkozó részben azonban meg fogjuk vizsgálni azt a kérdést, hogy az egészségi állapotbeli hátrányok magyarázhatók-e csupán a romák társadalmi struktúrában elfoglalt, különösen hátrányos helyzetével.

#### LAKÓHELY

A mortalitási adatok jelentős különbségeket mutatnak a Budapesten, a városokban és a falvakban élők életkilátási között, az utóbbiak rovására Ezek az egyenlőtlenségek több évtizede jellemzik a magyar halálozási mintát, ugyanakkor – ellentétben azzal, amit más dimenziók szerinti egyenlőtlenségek esetében tapasztalhattunk – a településtípusok közötti mortalitási egyenlőtlenségek az utóbbi évtized során nem emelkedtek (Klinger, 2001; Józán-Gorincsekné, 1999). Az egészségi állapot igen lerövidített és leegyszerűsített vizsgálatának az a célja,

hogy megvizsgálja, milyen mértékben jelennek meg a lakóhelyi különbségek az egészségi állapot értékelésében.

Az egészségi állapot értékelésében mutatkozó különbségek csak az idősebb korosztályokban tükrözik vissza a mortalitási különbségekben megmutatkozó grádienszt. A 18–24 évesek egészségértékelése lakóhelyük településtípusa szerint csak elhanyagolható különbségeket mutatnak, a 25–34 évesek körében pedig egyáltalán nincsenek értékelhető különbségek. Szintén figyelemreméltó, hogy a 45–64 éves korosztályokban erőteljesen szétnyíló települési olló a 65–75 évesek között összezáródni látszik, körükben kismértékű különbségek csupán a Budapesten élők és a más településeken élők között mutatkoznak (II.24. táblázat).

II.24. táblázat

*Az egészségi állapot értékelése a lakóhely településtípusa szerint, korcsoportonként*

Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0–10-es skálán)			Összesen
	a lakóhely típusa szerint			
	Budapest	város	község	
18–24 éves	8,82	8,66	8,58	8,66
25–34 éves	8,34	8,33	8,37	8,34
35–44 éves	7,67	7,55	7,46	7,53
45–54 éves	6,70	6,50	6,25	6,44
55–64 éves	6,33	5,97	5,47	5,87
65–75 éves	5,66	5,31	5,38	5,40
Összesen	7,21	7,04	6,83	7,00

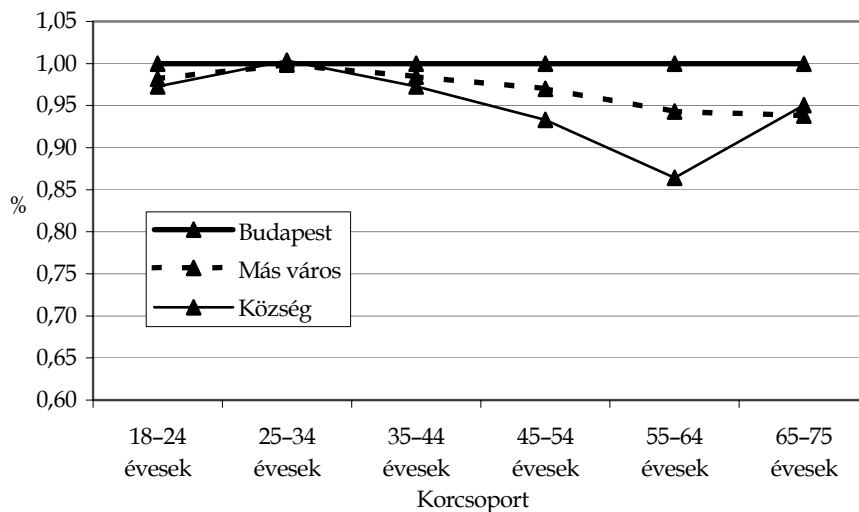
Az idősök körében csökkenő különbségek magyarázatára nézve felmerülhet, hogy abban szerepet játszhatnak az egészségügyi ellátás tényezői, a szolgáltatások esetleges kiterjedése és hozzáférhetőségének javulása.

Korcsoportos elemzéseink szerint az idősebb korosztályokban az akadályozottak aránya 15–60, a rossz egészségi állapot előfordulása pedig 25–55 százalékkal magasabb a vidéken élők, mint a budapestiek között. A 45–64 éves korosztályokban mindhárom egészségváltozónk a községekben élők súlyos leszakadását jelzik egészségi állapot tekintetében, nemcsak a budapestiekhez, hanem a más városokban élőkhez viszonyítva is (II.25. táblázat).

A lakóhely más szempontok szerinti elemzésére a többváltozós elemzések során térünk majd ki.

II.4. ábra

Az egészségi állapot értékelése korcsoport és lakóhely szerint, a Budapesten élőkhöz viszonyítva



II.25. táblázat

A rossz egészségi állapot, az életvitelben való akadályozottság, valamint az egészségproblémák gyakoriságának aránya a vidéki városokban és a falvakban élők között, a Budapesten élőkhöz viszonyítva

Korcsoport	Település típusa	előfordulásának aránya (budapestiek=1,00)		
		A rossz egészségi állapot	Az akadályozottság	Az egészségprobléma
35-44 éves	más város	(1,08)	1,22	(1,15)
	község	(0,95)	1,23	(0,63)
45-54 éves	más város	1,43	1,23	1,29
	község	1,54	1,48	1,42
55-64 éves	más város	1,23	1,29	1,35
	község	1,53	1,59	1,67
65-75 éves	más város	1,32	1,14	1,24
	község	1,34	1,24	1,28

( ) 50-nél kisebb elemszám.

### 3. TÁRSADALMI EGYENLŐTLENSÉGEK ÉS AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT EGYENLŐTLENSÉGEI

Az egészségi állapotban és a halandóságban megfigyelhető társadalmi egyenlőtlenségek iránt napjainkban egyre élénkebb érdeklődés mutatkozik. Az egészségesség és a halandóság esélyeinek társadalmi rétegződési dimenziók mentén történő differenciálódása iránti érdeklődés etikai jellegű is: míg a jövedelmi, és ahhoz kapcsolódó egyenlőtlenségek egyes formáit a modern társadalmakban – legalábbis bizonyos mértékig – legitimnek tekintik, addig a megélt élet hosszában, vagy annak egészségben való leélhetőségében mutatkozó egyenlőtlenségeket a legtöbben igazságtalannak, méltánytalannak tartják.

Az etikai megfontolásokon túl, azok jelentőségét tovább hangsúlyozva, a kutatási erőfeszítéseket indokolhatja az egészségi állapotban és a halandóságban mutatkozó egyenlőtlenségek tartóssága és makacs ellenállása a csökkentésükre irányuló törekvéseknek. A fejlett nyugati társadalmak esetében az élettartam és az egészség társadalmi differenciáltságát az az ellentmondás teszi még kiélezettebbé, hogy a várható élettartam a társadalom egészét tekintve az utóbbi évtizedekben folyamatosan növekszik, az egészségi állapot pedig mind kedvezőbbé válik. A fejlődésből való részesülés azonban igen egyenlőtlen volt: a rosszabb helyzetű társadalmi csoportok sokkal kisebb hasznot húznak belőle, így a társadalmi csoportok közötti távolság sok országban jelentősen növekedett a múlt század nyolcvanas éveivel záruló periódusban (Marmot-McDowall, 1986; Pappas et al., 1993; Lahelma-Kavisto 1993; Regidor és munkatársai, 2002). A kilencvenes évtized egyenlőtlenségi tendenciáit összegző tanulmányukban Kunst és munkatársai (2005) növekvő, vagy stagnáló különbségeket mutattak be a nyugat-európai országokban. A társadalmi gazdasági státusok szerinti egészségbeli egyenlőtlenségeket sokan a fejlett országok legkomolyabb nép-egészségügyi problémájának tartják (Marmot és munkatársai, 1993).

Az egészségi állapotban mutatkozó különbségeket a legtöbb kutatás a társadalmi egyenlőtlenségek következményeként kezeli. A társadalmi különbségek számbavétele nagyon sok esetben, a jövedelem vagy az iskolai végzettség „hatásainak” leírására egyszerűsödik le nem első-



sorban koncepcionális okokból, hanem a rendelkezésre álló adatok szegényessége miatt. Minden kutató tudatában van azonban annak, hogy a társadalmi helyzet jellemzői és az egészségi állapot jellemzői között az „oksági” kapcsolatok megállapítása igen nehéz, a rossz egészségi állapot például nagy eséllyel vezethet rossz iskolai teljesítményhez, alacsonyabb iskolai végzettséghez, vagy korlátozottabb részvételi lehetőségekhez a munkaerőpiacon. Az oksági lánc ezen oldalának ökonómiai koncepcionálása is megkezdődött – így kerültek be például az egészségi állapot jellemzői az ún. „emberi erőforrások” indikátorai közé. A „humán erőforrások” koncepcióját vitte politikai terepre a WHO 1999-es deklarációja, amely a gazdasági fejlődés gátjaként mutatja be a rossz egészségi állapot bizonyos jellemzőit (WHO, 1999).

Az egészségi állapot a „humán erőforrások” koncepciónál valami képp emberibb, de közgazdasági aspektusokat sem nélkülöző koncepciója jelenik meg Amartya Sen utóbbi munkáiban (Sen, 1999). A rossz egészségi állapot az ő megközelítésében a depriváció egyik dimenziója, amely mint a képességek valamely oldalról való sérültsége, megakadályozhatja, hogy az ember megvalósítsa a számára fontos célokat.

A klasszikus értelemben vett depriváció és az egészségi állapot közötti összefüggések kutatásában mértékadónak tekinthető nagy-britanniai vizsgálatok a kezdet kezdetétől a hátrányos társadalmi helyzet igen sok aspektusát hozták kapcsolatba az egészségi állapot alakulásával: ez a megközelítés mindenképpen magában foglalja az alacsony jövedelem, az anyagi javakkal való szűkös ellátottság, a rossz munkaerő piaci pozíció és a rossz lakáskörülmények dimenzióit. A korábbi időszakokhoz hasonlóan, mindezen dimenziók és a rossz egészségi állapot területi mintázatai között erős összefüggést lehetett kimutatni a kilencvenes évek vége felé is (Show et al., 1999).

A társadalmi egyenlőtlenségek és az egészség kapcsolatának kutatásában különféle, jellegzetes irányzatokat lehet megfigyelni. A fejlett országokban a depriváció különböző dimenzióinak és a rossz egészségi állapot esélyeinek összefüggései állnak a középpontban, míg a kevésbé fejlett országokban, valamint az Egyesült Államokban az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés különbségei kapnak nagyobb hangsúlyt. A depriváció különféle aspektusainak nagyon sok

szempontból való mérése –, beleértve az életmód elemeinek hatását is – nem bizonyult elégségesnek. A rossz jövedelmi- és lakásviszonyok, a rossz munkaerő-piaci pozíció, illetve számos más, számba vehető elem együttesen sem magyarázta kellőképpen azt a leszakadást, amelyet a társadalom legkedvezőtlenebb állapotú rétegei az egészségi állapot és a halandóság szemszögéből mutattak. Ennek a dilemmának a feloldására három elmélet bontakozott ki: az ún. általános sérülékenység elmélete, amely a különféle társadalmi stresszelméletekben fejlődik tovább; a jövedelmi egyenlőtlenségekhez kapcsolódó illetve (az azzal korrelálónak gondolt) társas kapcsolati tőke szerepére vonatkozó elképzelések; és az ún. élettörténeti megközelítés. Ez utóbbi szerint az egyes személyek egészségi állapota csak életútjának egésze során felhalmozott esetleges hátrányainak, azok kumulatív hatásainak figyelembevételével magyarázható. Az „Életünk fordulópontjai” panelvizsgálat első adatfelvételi hullámának adatbázisa arra alkalmas, hogy a témakörben klasszikusnak számító brit típusú elemzést elvégezhessük. Elemzésünk ugyanakkor a tág értelemben vett társadalmi depriáció igen sok dimenzióját tudja összefüggésbe hozni az egészségi állapot alakulásával.

#### ISKOLAI VÉGZETTSÉG

Az iskolai végzettség a halandósági és az egészségi állapottal foglalkozó tanulmányok által leggyakrabban használt rétegződési dimenzió. Népszerűségének oka nemcsak abban keresendő, hogy a társadalom minden tagjára nézve meghatározható, és a felnőtt életút során hosszasan jellemzi a társadalmi pozíciót, hanem az a tapasztalat is, hogy az iskolai végzettség a társadalmi rétegződésnek egy olyan dimenziója, amely mentén jelentős különbségek tapasztalhatók az egyes csoportok egészségi állapotát és életkilátásait illetően (Huisman és munkatársai, 2005).

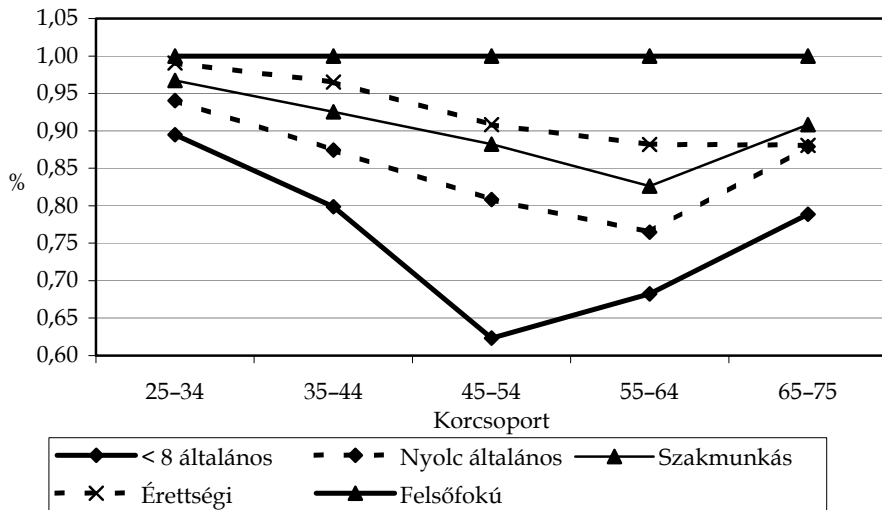
A demográfiai panelben rögzített egészség-értékelések átlagait a II.26. táblázatban foglaltuk össze. Az eredmények közül a legszembetűnőbb az elemi iskolai végzettséggel sem rendelkezők különösen rossz egészségi állapota. A nyolc általánosnál kevesebbet végzettek az általános iskolát végzettekhez képest minden korcsoportban legalább fél

ponttal alacsonyabb értékeléseket adtak. Ennek jelentőségét – összevetve az átlagos kor szerinti eloszlásokkal – úgy is érzékeltethetjük, hogy a nyolc osztálynál kevesebbet végzettek egészségi állapotukat tekintve minden korcsoportban „5–10 évvel idősebbek”, mint a nyolc osztályt végzettek. A nyolc osztályt sem és a nyolc osztályt végzettek közötti különbségek minden korcsoportban nagyobbak, mint a többi végzettségi csoportok közötti. Ez az eredmény egybecseng a mortalitási esélyekben megmutatkozó eltérésekkel (Klinger, 2001).

A nyolc osztálynál kevesebbet végzettek száma azonban a fiatalabb korosztályokban meglehetősen alacsony, ami a becslések bizonytalanságához vezet. A nyolc általánosnál alacsonyabb végzettségűek számarányukat tekintve csak a 65–75 évesek között képviselnek a többi iskolai végzettség szerinti csoporttal összevethető nagyságrendet. Ezért a későbbiekben a nyolc általánosnál kevesebbet végzetteket bizonyos esetekben együtt kezeljük majd a nyolc általánost végzettekkel, remélve, hogy a későbbiekben, finomabb elemzési eszközök alkalmazásával ismét lehetőségünk lesz a nyolc általánosnál alacsonyabb végzettségűek helyzetét részletesen szemügyre venni.

A felsőfokú végzettségűek elszakadása a többi iskolai végzettség szerinti csoporttól a 45–54 évesek körében „kezdődik meg”: az egészségértékelések a 45–54 évesek és az annál idősebb korcsoportok körében 0,7–0,8 ponttal jobbak, mint az érettségizetteké. A különbséget szemléltetve: az 55–64 évesek körében a (z átlagnak is tekinthető) szakmunkás végzettségűeknél a nyolc általánost végzettek egészségi állapotuk alapján „10 évvel öregebbnek”, a felsőfokú végzettségűek pedig „15 évvel fiatalabbnak” tűnnek.

II.5. ábra  
Az egészségi állapot értékelése korcsoport és iskolai végzettség szerint,  
a felsőfokú végzettségűekhez viszonyítva



II.26. táblázat  
Az egészségi állapot értékelése (a folytonos változó átlagértékei)  
részletes iskolai végzettség szerint, korcsoportonként

Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0–10-es skálán) és az iskolai végzettség				
	8 osztálynál kevesebb	8 osztály	szakmunkás- képző	érettségi	felsőfokú
25–34 éves	7,66	8,05	8,28	8,48	8,56
35–44 éves	6,42	7,03	7,44	7,76	8,04
45–54 éves	4,55	5,90	6,44	6,63	7,30
55–64 éves	4,79	5,37	5,80	6,19	7,02
65–75 éves	4,89	5,45	5,63	5,46	6,20
Összesen	5,13	6,37	7,16	7,47	7,66

A nyolc osztályt végzettek és a szakmunkások, valamint a szakmunkások és az érettségizettek között hasonló mértékűek a különbségek az egészségi állapot minősítése fokozatosan és többé-kevésbé arányosan javul a magasabb iskolai végzettségek felé haladva. A 65–75 évesek körében azonban a szakmunkások egészségértékelése valami-

vel jobb, mint az érettségizetteké – s ez a tény teljes mértékben összhangban van a szakmunkás végzettség társadalmi jelentéstartalmának történeti változásaival. Míg a negyvenes és az ötvenes években végzett szakmunkások kis létszámú és magas társadalmi presztízsű csoportnak számítottak, az 1960-tól kezdve megindult új rendszerű szakmunkásképzés jóval nagyobb létszámú szakmunkás csoportokat nevelt ki, és világos distinkciókat is húzott a szakközépiskolában megszerezhető és az érettségivel nem, csak szakmunkás-oklevéllel járó szakmák közé. Ez a tény is indokolja, hogy a későbbi, részletesebb elemzésekben az iskolai végzettség szerinti különbségeket korcsoportonként külön értékeljük majd.

Az iskolai végzettség és egészségi állapot közötti összefüggések finom részleteit egyelőre háttérbe kell szorítanunk, hogy az iskolai végzettség szerepét a szélsőségesen kedvezőtlen állapotok előfordulásának szempontjából vizsgálhassuk meg. A következő elemzésekben az iskolai végzettséget három csoportba összevontan vesszük szemügyre – a fiatalabb korosztályokban a rossz egészségi állapotúak vagy az életvitelükben akadályozottak száma még így is nagyon alacsonynak bizonyult, ahhoz, hogy arányokat elemezni tudjunk.

## II.27. táblázat

*Az egészségi állapot értékelésének átlagértékei összevont iskolai végzettség szerint, korcsoportonként*

Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0–10-es skálán) iskolai végzettség szerint			
	legfeljebb 8 osztály	szakmunkás- képző	legalább érettségi	összesen
18–24 éves	8,52	8,68	8,72	8,66
25–34 éves	7,99	8,28	8,52	8,34
35–44 éves	6,57	7,44	7,86	7,53
45–54 éves	5,78	6,44	6,85	6,44
55–64 éves	5,27	5,80	6,48	5,87
65–75 éves	5,21	5,63	5,72	5,40
Összesen	6,10	7,16	7,53	7,00

A rossz egészségi állapot, az életvitelben való akadályozottság, illetve az egészségproblémák előfordulása, mint ahogyan már megjegyeztük, fiatal korban még igen ritka, ezért az arányok összehasonlásait csak a 35–44 éves korosztály, és az annál idősebbek körében érdemes elvégezni (II.27. táblázat). Az arányszámokat még ezekben a korcsoportokban is óvatosan kell kezelni. Az életvitelt akadályozó betegség és a rossz egészségi állapot relatív esélyeinek összevetésekor mindenestre megállapítható, hogy a legfeljebb nyolc általánost végzetek a legalább érettségivel rendelkezőkhöz viszonyított relatív esélyei a 35–44 éves korosztályban a legkevésbé konzisztensek: a mindkét aspektust figyelembe vevő „egészségprobléma” változónk nagyobb különbséget jelez, mint akár a rossz egészségi állapot, akár pedig az életvitelben való akadályozottság. Feltehető tehát, hogy a fiatal alacsonyabb végzettségűek körében nagyobb az esélye annak, hogy akkor se tekintsek magukat „rossz egészségi állapotúnak”, ha van életüket befolyásoló krónikus betegségük. Az inkonzisztencia jelensége az idősebb korosztályokban már nem látható.

II.28. táblázat

*A rossz egészségi állapot, az életvitelben való akadályozottság és az egészségproblémák gyakoriságának aránya iskolai végzettség szerint a legfeljebb 8 általánost végzetek körében a legalább érettségivel rendelkezőkhöz viszonyítva*

Korcsoport	A rossz egészségi állapot	Az akadályozottság	Az egészség- probléma
	előfordulásának aránya a legfeljebb 8 általánost végzetek között (legalább érettségizettek=1,00)		
35–44 éves	1,90	2,46	3,68
45–54 éves	1,97	2,00	2,18
55–64 éves	1,90	1,71	1,95
65–75 éves	1,36	1,36	1,39
Összesen	1,95	2,48	2,90

II.29. táblázat  
Az egészségproblémával küzdők megoszlása iskolai végzettség szerint

Korcsoport	Van-e egészség-probléma?	Iskolai végzettség			összesen
		legfeljebb nyolc általános	szakmunkás-képző	érettségi vagy felsőfokú végzettség	
18-24 éves	nincs	22,6	24,9	52,5	100,0
	van	36,0	28,0	36,0	100,0
25-34 éves	nincs	15,3	36,2	48,5	100,0
	van	38,5	36,1	25,4	100,0
35-44 éves	nincs	17,5	35,8	46,6	100,0
	van	38,5	37,3	24,2	100,0
45-54 éves	nincs	22,0	32,4	45,6	100,0
	van	38,6	32,1	29,3	100,0
55-64 éves	nincs	33,1	23,7	43,3	100,0
	van	48,4	26,0	25,7	100,0
65-75 éves	nincs	56,5	18,3	25,2	100,0
	van	68,2	13,3	18,5	100,0
Összesen	nincs	25,4	30,0	44,6	100,0
	van	50,8	24,9	24,3	100,0

Mennyiben jellemző a nem egészséges népességre az alacsony iskolai végzettség? A nem egészséges népesség iskolai végzettség szerinti összetétele eltér a népesség átlagos iskolai végzettség szerinti kompozíciójától. Az egészségprobléma példáját véve (II.29. táblázat) a nem egészséges népesség legalább egyharmada legfeljebb nyolc osztályt végzett s ez az arány az idősebb korosztályokban kétharmad is lehet. A nem egészségesek megoszlása és alacsony iskolai végzettsége, mint jelentős „rizikónövelő tényező” együttesen azt eredményezi, hogy míg a népesség egészében egynegyed a nyolc osztályt, vagy annál kevesebbet végzetek aránya, addig az egészségproblémával küzdők (azaz a rossz egészségi állapotban lévők vagy életvitelüket súlyosabban befolyásoló betegséggel küzdők együttevén) között ez az arány meghaladja az 50 százalékot. Amennyiben figyelembe vesszük, hogy felmérésünk mintájába a 75 évesnél idősebb (átlagában alacsony iskolai végzettségű) népesség nem került be, egyértelműen kijelenthető, hogy a felnőtt orvosi ellátásnak több felerészben legfeljebb nyolc osztályt végzett páciensekre (kellene) irányul(nia).

## JÖVEDELEM

Az iskolai végzettségen túl a jövedelem a másik olyan tényező, amelyet igen gyakran vesznek számításba az egészségi állapot meghatározói között. Az alacsony jövedelem nyilvánvaló „oksági” összefüggéseken keresztül vezethet rossz egészségi állapot kialakulásához, tekintve a jövedelmi korlátok szerepét az egészséges étkezés, a jó lakáskörülmények, és a megfelelő szabadidő tevékenységek megteremthetőségében és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételében. Ugyanakkor az is nyilvánvaló, hogy a kevésbé egészségesek nagyobb nehézségekkel kerülnek szembe a munkaerőpiacon, nehezebben jutnak munkához, és nehezebben tudják megtartani a munkájukat, tehát feltételezhető, hogy a rossz egészségi állapot is tekinthető az alacsony jövedelem „okának”. Ebben az elemzésben nem lesz módunk e kétféle mechanizmus szétválasztására.

A keresztmetszeti vizsgálatok a jövedelmi helyzet alapján jelentős különbségeket mutatnak az egészségi állapotban a nyugat-európai országokban is (Kunst és munkatársai, 2005). Hasonlóan nagy különbségeket tapasztaltak a különféle jövedelmi csoportok egészségi állapota között Észtországban (Leinsalu, 2002) és a nőkre vonatkozóan Lengyelországban is (Wróbleska, 2002).

A demográfiai panel adatainak elemzése során a jövedelmi helyzetet a háztartás szintjén elemeztük, hiszen valószínűtlen, hogy a háztartáson belül a személyes jövedelmek határoznák meg az egészségi állapotot befolyásoló fogyasztási és életvitelbeli lehetőségeket, vagy éppen az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést. A háztartási jövedelmeket az „Életünk fordulópontjai” vizsgálatban a háztartási jövedelmek a háztartás összetételét is szem előtt tartó, ekvivalens jövedelem formájában vettük számításba, és a különböző jövedelmi ötödök közötti különbségek vizsgálatát állítottuk a középpontba.

A jövedelmi kvintilisek szerinti elemzések az iskolai végzettség esetében tapasztaltakhoz hasonló, markáns különbségeket mutatnak az egészségi állapotban (II.30. táblázat).



## II.30. táblázat

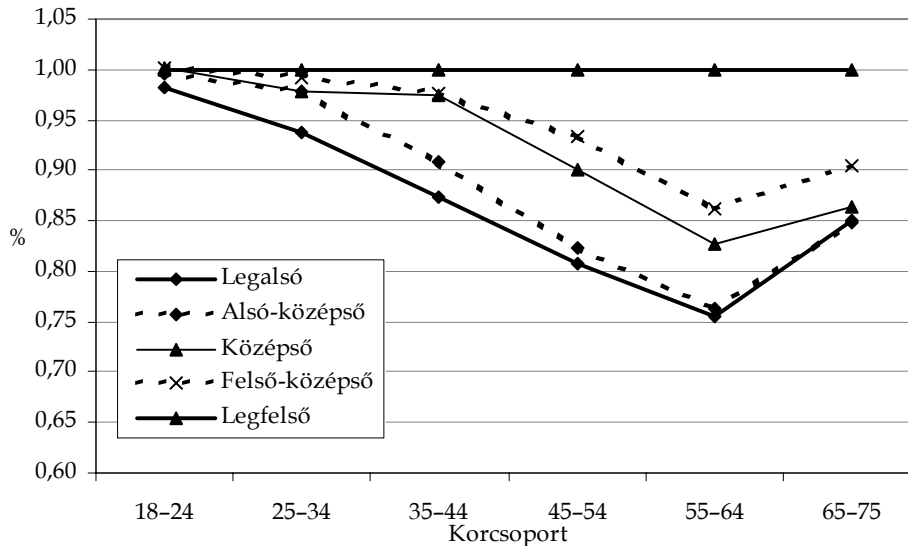
Az egészségi állapot értékelése a háztartás jövedelmi helyzete szerint, korcsoportonként

Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0–10-es skálán) jövedelmi ötödök szerint				
	legalacsonyabb jövedelmi ötöd	alsó-közepes jövedelmi ötöd	középső jövedelmi ötöd	felső-közepes jövedelmi ötöd	legfelső jövedelmi ötöd
18–24 éves	8,48	8,60	8,65	8,66	8,64
25–34 éves	8,00	8,35	8,34	8,46	8,53
35–44 éves	6,99	7,28	7,80	7,82	8,01
45–54 éves	5,79	5,90	6,46	6,69	7,17
55–64 éves	5,21	5,27	5,70	5,95	6,90
65–75 éves	5,20	5,18	5,28	5,53	6,11
Összesen	6,68	6,50	6,69	7,13	7,64

A legfiatalabb korcsoportokban nincs szignifikáns különbség az egészségi állapot értékelésében a különböző jövedelmi helyzetű családok tagjai között. A legalsó jövedelmi kvintilisbe esők „leszakadása” azonban már 25–34 éves korban megkezdődik: az egészségértékelések e csoportban szignifikánsan alacsonyabbak az alsó-közepes jövedelmi kvintilisbe tartozóknál is.

A 35–44 évesek között a legnagyobb szakadék az alsó-közepes és a közepes kvintilisbe esők egészségértékelései között tapasztalható. Ez a különbség az idősebb korosztályokban is nagy. Ezzel összemérhető nagyságú „szakadék” a különböző jövedelmi kvintilisek tagjai között csak az 55–64 éves korosztályokban jelenik meg: a felső-közepes és a legfelső jövedelmi ötödökbe eső háztartásokban élők között. Az idősek esetében – akiknél a jövedelmi különbségek szerepét általában kevésbé szokták meghatározónak tartani – a felső-közepes és a legfelső kvintilisbe esők egészségértékelései, valamint a közöttük, és a három alsó jövedelmi ötödbe esők közötti különbségek változatlanul nagynak mutatkoznak.

II.6. ábra  
Az egészségi állapot értékelése korcsoport és jövedelmi ötödök szerint, a legfelső jövedelmi kvintilishoz tartozókhöz viszonyítva



A különösen rossz helyzetben lévők (rossz egészségi állapotúak, életvitelükben betegség miatt akadályozottak) arányait jövedelmi kvintilis szerint szemlélve megállapítható, hogy a jövedelmi helyzet bizonyos értelemben e erősebb meghatározója az egészségi állapotnak, mint az iskolai végzettség. A nyolc általánossal rendelkezők, vagy annál alacsonyabb végzettségűek csoportjának esélymutatói természetesen nem vehetők közvetlenül össze az alsó jövedelmi ötödbe tartozók esélymutatóival, hiszen az utóbbi csoport jóval szűkebb – a lakosságának hozzávetőleg 20%-át foglalja magában, míg az előbbi csoport a népességnek körülbelül 30%-át teszi ki.

Ezt előrebocsátva, a jövedelem szerinti egészségi állapotbeli egyenlőtlenségeket minden korcsoportban megdöbbentően magasnak kell minősítenünk. A legalsó jövedelmi ötödbe tartozóknál a legjobb jövedelmi helyzetűekhez képest 95–175 százalékkal magasabb esélyt találunk arra, hogy a megkérdezettek rossznak minősítsék egészségi állapotukat, valamint 40–100 százalékkal magasabb esélyt arra, hogy életvitelüket akadályozó, krónikus betegségekkel küzdjenek (II.31 táblá-

zat). (Csak azokat a korcsoportokat vettük figyelembe, amelyekben a rossz egészségi állapot, illetve az életvitelt akadályozó betegség előfordulása a legmagasabb jövedelmi ötödben is gyakori.) A legidősebb korosztályban a különbségek kisebbek ugyan, de ott sem minősíthetők elhanyagolhatónak.

II.31. táblázat

Rossz egészségi állapot, az életvitelben való akadályozottság, és az egészségproblémák gyakoriságának aránya iskolai végzettség szerint a legalsó jövedelmi ötödbe eső háztartások tagjai között a legfelső jövedelmi ötödbe eső háztartások tagjaihoz viszonyítva

Korcsoport	A rossz egészségi állapot	Az akadályozottság	Az egészségprobléma
	előfordulásának aránya a legalsó jövedelmi ötödben (legmagasabb jövedelmi ötödhöz esők=1,00)		
35-44 éves	3,79	3,02	3,96
45-54 éves	2,75	2,11	2,84
55-64 éves	3,24	2,13	3,10
65-75 éves	1,95	1,40	1,84
Összesen	2,67	1,92	2,68

Azt a kérdést, hogy az egészségmutatók és az iskolai végzettség, valamint a jövedelem között mutatkozó erős kapcsolatok mennyiben fedik egymást, később tárgyaljuk.

Amikor az egészségproblémákkal rendelkezők helyzetét családjuk jövedelmi helyzete szerint vizsgáljuk, megállapítható, hogy a fiatalabb korosztályokban az ilyen problémákkal rendelkezők 40%-ot is meghaladó aránya a legalsó jövedelmi kvintilisbe esik, több mint kétharmaduk pedig az alsó két jövedelmi kvintilisbe. A rossz jövedelmi helyzet tehát a (45 évnél) fiatalabbak körében nagy valószínűséggel esik egybe rossz egészségi állapottal: az egészség kérdése ezekben a korosztályokban egyértelműen szegénységi kérdés. A 45-64 évesek között az egészségproblémával rendelkezők hozzávetőleg fele szintén az alsó két jövedelmi ötödbe eső háztartások tagja. A 65 és 75 évesek között a betegség és jövedelmi szegénység együtt járása gyengébb, mint a fiataloknál, a kibontakozó tendenciákat azonban sommásan úgy is összegezhethetjük, hogy az idősek között a rossz egészség magas esélyei nem kötődnek ugyan szorosan az alacsony jövedelemhez, a jó egészség magas esélyei viszont egyértelműen köthetők a magas jövedelemhez.

II.32. táblázat  
Az egészségproblémával küzdők megoszlása jövedelmi ötödök szerint

Korcsoport	Van-e egészség-probléma	A háztartás jövedelmi helyzete					Összesen
		legalsó	alsó-közepes	közepes	felső-közepes	legfelső	
		<i>jövedelmi ötöd</i>					
18–24 éves	nincs	24,3	14,9	17,0	22,9	20,9	100,0
	van	41,3	17,4	10,9	15,2	15,2	100,0
25–34 éves	nincs	21,2	16,0	15,5	20,0	27,4	100,0
	van	41,3	18,3	15,6	12,8	11,9	100,0
35–44 éves	nincs	26,7	17,9	16,9	20,6	17,9	100,0
	van	44,6	20,3	13,5	14,9	6,8	100,0
45–54 éves	nincs	22,0	15,8	17,6	21,0	23,6	100,0
	van	35,2	20,9	18,4	15,2	10,3	100,0
55–64 éves	nincs	13,5	17,9	22,3	20,7	25,6	100,0
	van	22,8	26,6	21,6	19,3	9,7	100,0
65–75 éves	nincs	12,2	22,2	28,7	21,6	15,3	100,0
	van	14,8	27,6	32,9	17,0	7,7	100,0
Összesen	nincs	20,5	17,3	19,0	20,9	22,3	100,0
	van	26,4	24,4	23,4	16,7	9,1	100,0

Összefoglalva az eddigieket, minden egészség-változónk a rosszabb jövedelmi helyzetűeknek már a 25–34 éves korban megkezdődő leszakadását, és a legjobb jövedelmi helyzetűek a 45–54 éves kortól kezdődően kialakuló, különleges előnyeit mutatta (II.2. ábra).

#### DEPRIVÁCIÓ

A jóléti helyzet legmeghatározóbb eleme kétségkívül a jövedelem, ám ezenkívül sok más tényező is befolyásolja. Az életkörülményekben megmutatkozó hátrányos helyzet, a depriváció sok esetben együtt jár az alacsony jövedelemmel, de előfordulhat viszonylag magas jövedelem esetében is, és fordítva. A depriváció, amely ugyan nem kizárólag az élet során kumulálódott jövedelem függvénye, hanem különböző jövedelem-felhasználási stratégiák és az életút demográfia jellemzőitől is erősen függ, összességében mégis jobban magán viseli a jövedelem hosszú távú alakulásának nyomát, így az egészséget meghatározó tényezők körében az élettörténetet jellemzői között kell számon tartanunk.

A depriváció némiképp szűk, az étkezés és a lakhatás dimenzióit középpontba helyező értelmezését már használták a kelet-közép-európai országok egészségi állapotának leírása során. A kilencvenes évek végének viszonyait vizsgáló tanulmány szerint a fenti értelemben vett depriváció az egészségi állapotot jelentősen befolyásoló tényezőnek bizonyult, mind a térség egészét, mind az egyes országok helyzetét illetően (Bobak et al., 2000).

Az anyagi jólétet és az életkörülmények minőségét az „Életünk fordulópontjai” vizsgálat a jövedelemtől elkülönítetten kezelte. A szűkebb értelemben vett deprivációra, az életkörülményekre vonatkozó helyzetet 18 komponens felhasználva mérte a kutatás.<sup>5</sup> Abból a célból, hogy a depriváció és a jövedelem egészségi állapotra gyakorolt hatása könnyen összehasonlítható legyen, a jövedelmi ötödök mintájára deprivációs ötödöket alakítottunk ki. A deprivációs ötödöket azoknak a komponenseknek a száma szerint különítettük el, amelyekkel a kért

---

<sup>5</sup> A 18 komponens a következő volt:

- egy lakás, amelyben mindenkinek van külön szobája
- napi egyszeri meleg étkezés
- WC fürdőszoba vagy zuhanyzó megléte
- kert, terasz vagy kellemes környezetre nyíló erkély
- telefon
- autó
- színes televízió
- automata mosógép
- mosogatógép
- videomagnó
- számítógép
- évente legalább egyszer egy hét üdülés
- rendszeresen vásárol új ruhát
- lecseréli előregedett bútorait
- előfizet vagy rendszeresen vásárol újságot
- havonta egyszer meghívhatja barátait
- havonta egyszer étteremben ebédel
- havonta 5 ezer forintot meg tud takarítani

Minden komponens esetében azt kérdeztük: az adott dolog rendelkezésére áll-e a válaszadónak (meg tudja-e venni), s ha nem, akkor annak anyagi okai vannak-e. A deprivációs ötödöket a következő csoportosítás mentén lehetett létrehozni: legfelső ötöd: egyetlen komponens sem hiányzik; felső-középső ötöd: 1-3 komponens hiányzik; középső ötöd: 4-5 komponens hiányzik; alsó-középső ötöd: 5-6 komponens hiányzik; legalsó ötöd: 7 vagy annál több komponens hiányzik.

(illetve háztartása) nem rendelkezik. Az ilyen módon létrejött skála nem minden esetben tette lehetővé a válaszadók 20-20%-át magában foglaló csoportok pontos kialakítását, ugyanakkor a legalsó és a legfelső deprivációs ötöd (ahová azokat soroltuk be, akiknek hét, vagy annál több komponens hiányzik, illetve azokat, akiknek egyetlen komponens sem hiányzik), szerencsés módon valóban ötödnek tekinthető.

II.33. táblázat

*Az egészségi állapot értékelése a háztartás deprivációs szintje szerint, korcsoportonként*

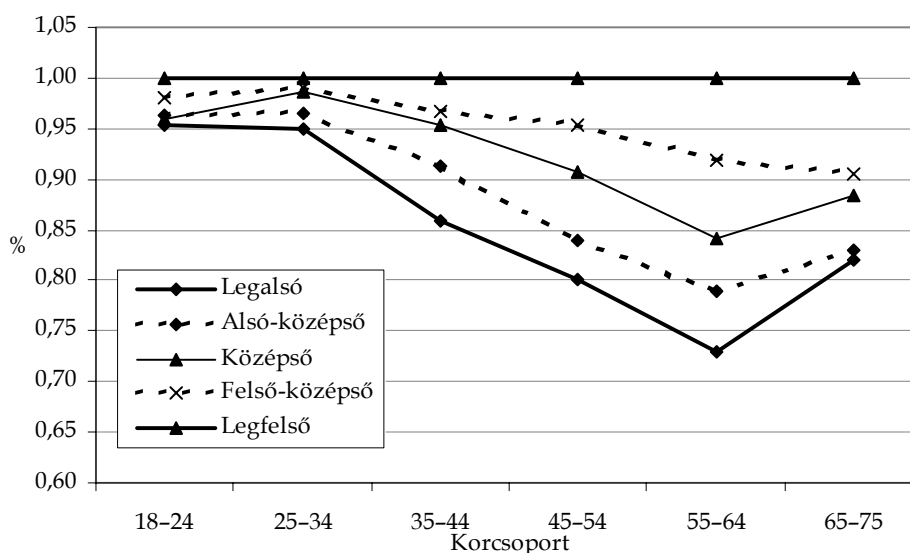
Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0-10-es skálán) deprivációs ötödök szerint				
	legalsó	alsó-közepes	közepes	felső-közepes	legfelső
	deprivációs ötöd				
18-24 éves	8,49	8,58	8,53	8,73	8,90
25-34 éves	8,10	8,23	8,41	8,44	8,53
35-44 éves	6,95	7,39	7,71	7,82	8,09
45-54 éves	5,76	6,05	6,53	6,87	7,20
55-64 éves	4,94	5,35	5,71	6,23	6,78
65-75 éves	4,91	4,96	5,28	5,41	5,98
Összesen	6,58	6,72	7,02	7,17	7,45

Az egészségi állapot átlagos értékeit deprivációs kvintilisek szerint vizsgálva feltűnő, hogy a különbségek a 35-44 évesek között válnak jelentősekké, itt a legnagyobb különbség a legalsó, az alsó-középső és a középső ötödök egészségértékelése között mutatkozik. A 45-54 évesek körében a különbségek „szétterülnek” – amellet, hogy a legnagyobb különbségeket ebben az esetben is az előzőekben említett ötödök között lehet látni, a felső-közepes és a legfelső ötödökbe tartozók egészségértékelése is távolodni kezd egymástól. Az 55-64 évesek esetében az egyes ötödök közötti különbségek jelentősek, de már nagyobbak az eltérések a közepes és felső-közepes, valamint a felső-közepes és felső deprivációs ötödök között. Végül az általunk vizsgált legidősebb korcsoportban az alsó deprivációs ötödök közötti különbségek meglehetősen kicsivé válnak, de változatlanul nagy különbség mutatkozik a legjobb és a többi négy ötödbe esők egészségértékelése között.

A deprivációs ötödök esetében látható „lentről felfelé vándoroló különbségek” mintázata hasonló ahhoz, amelyet az egészségértékelés

jövedelmi ötödök szerinti vizsgálatokor tapasztalhattunk. A rossz helyzetben lévők leszakadása mindkét esetben már a fiatal középkortól kezdve megfigyelhető volt. A rossz és a közepes helyzetűek közötti különbségek csökkenése az idősebb életkorokban mindkét esetben valószínűleg a differenciális halálozás számlájára írható. A jobb helyzetűek idősebb életkorban megjelenő, különösen jó egészségértékelése, annak elszakadása a „többiek” egészségértékeléseitől szintén közös jelenség, mind a jövedelmeket, mind pedig a deprivációt vizsgálva, bár a jövedelmek esetében ez a jelenség nem csupán a legidősebbek körében, hanem a két legidősebb korcsoportban egyaránt megmutatkozik.

II.7. ábra  
Az egészségi állapot értékelése korcsoport és deprivációs kointilis szerint,  
a legfelső deprivációs kointilishoz tartozókhöz viszonyítva



II.34. táblázat

A rossz egészségi állapot, az életvitelben való akadályozottság és az egészségproblémák gyakoriságának aránya a legalsó deprivációs ötödbe eső háztartások tagjai között a legfelső deprivációs ötödbe eső háztartások tagjaihoz viszonyítva

Korcsoport	A rossz egészségi állapot előfordulásának aránya a legalsó deprivációs kvintilisben (legfelső deprivációs kvintilisbe tartozók=1,00)	Az akadályozottság	Az egészségprobléma
35-44 éves	(7,50)	3,42	(8,40)
45-54 éves	2,91	2,20	3,16
55-64 éves	3,28	1,83	2,98
65-75 éves	1,68	1,25	1,63
Összesen	2,31	1,59	2,36

( ) 50-nél kisebb elemszám.

A rossz egészségi állapot, valamint az életvitelben való akadályozottság előfordulásának gyakorisága a depriváció mértékével együtt emelkedik. Az előfordulási arányokat a két szélső helyzetű deprivációs ötödben összevetve: a leginkább depriváltak körében 70-190 százalékkal magasabb a rossz egészségi állapot és 25-110 százalékkal az életvitel akadályozó betegségek előfordulásának gyakorisága (II.34. táblázat).

A jövedelem és a depriváció hatását összevetve megállapíthatjuk, hogy a fiatalabb korosztályokban élesebbek a depriváció szerinti, az idősebb korosztályokban pedig a jövedelem szerinti egyenlőtlenségek.

A megkérdezettek összesen 35,4%-a tartozik az alsó két deprivációs kvintilisbe.<sup>6</sup> Az egészségproblémával küzdők közül azonban - nem tekintve most a 65-75 éveseket - a két alsó jövedelmi kvintilisbe tartozók aránya 33 és 67% között van: 46-48% a legfiatalabbak és az 55-64 évesek között, 58-58% a 25-34 évesek és 45-54 évesek között és 67% a 35-44 évesek között (II.35. táblázat). A legalsó deprivációs kvintilisbe esik az egészségproblémával rendelkező 18-24 évesek és 45-64 évesek közel egyharmada. Ez az arány a 25-44 évesek körében 48,8%. A fiatal és a középkorú betegeket tehát még az alacsony jövedelemnél is nagyobb mértékben jellemzi életkörülményeik szegényessége.

<sup>6</sup> A deprivációs ötödök közül az alsó-középső, felső-középső és középső kvintilis nem pontosan ötöd.



II.35. táblázat  
Az egészségproblémával küzdők megoszlása deprivációs ötödök szerint

Korcsoport	Van-e egészség-probléma?	A háztartás deprivációs helyzete					Összesen
		legalsó	alsó-közepes	közepes	felső-közepes	legfelső	
<i>deprivációs ötöd</i>							
18-24 éves	nincs	18,0	13,5	20,6	28,1	19,9	100,0
	van	32,0	14,0	28,0	22,0	4,0	100,0
25-34 éves	nincs	22,3	14,0	19,8	25,0	19,0	100,0
	van	43,1	14,6	18,7	16,3	7,3	100,0
35-44 éves	nincs	25,6	16,5	18,1	20,9	18,9	100,0
	van	48,8	18,9	13,9	14,8	3,7	100,0
45-54 éves	nincs	21,8	15,4	19,2	22,4	21,2	100,0
	van	38,7	20,0	17,5	14,8	9,0	100,0
55-64 éves	nincs	15,0	12,3	20,0	25,9	26,8	100,0
	van	30,7	17,1	20,3	19,6	12,2	100,0
65-75 éves	nincs	11,3	11,2	18,7	31,2	27,7	100,0
	van	16,3	17,1	18,3	29,6	18,7	100,0
Összesen	nincs	19,9	14,1	19,3	25,0	21,6	100,0
	van	30,2	17,8	18,4	21,1	12,4	100,0

Összességben, a deprivációs helyzet szerint vizsgált egészségértékelések közötti különbségek 35-44 éves korban jelennek meg. A 45-64 évesek között a különbségek igen nagyok, a 65-75 évesek között ennél ugyan kisebbek, de változatlanul jelentősek maradnak.

#### SZEGÉNYSÉG

Az előzőekben bemutattuk, hogy az alacsony jövedelem és a szegényes életkörülmények szorosan együtt járnak a rossz egészségi állapottal. A következőkben elsőként a jövedelmi szegénység és a depriváció hatásának együttesét vizsgáljuk meg, majd az „Életünk fordulópontjai” vizsgálat más szempontú feldolgozásai (Kapitány-Spéder, 2004) során született szegénységdefiníciók alapján tekintjük át az egészségi állapot alakulását. Reményeink szerint ezeknek a szempontoknak a bevonása újabb jellemzőkkel szolgál majd a nem egészségesek életkörülményeire vonatkozóan.

Mindenekelőtt azonban a korábban használt kategorizációk segítségével megpróbáljuk bemutatni a különösen hátrányos anyagi helyzetben lévők egészségi állapotát.

II.36. táblázat

*A jövedelmi szegénység és a depriváció kombinációja az egészségproblémával küzdők körében, korcsoportonként*

Korcsoport	Az egészségproblémával küzdő személyek aránya háztartása jövedelmi szegénység és depriváció szerinti csoportjaiban				Összesen
	alsó két jövedelmi ötöd és alsó két deprivációs ötöd	alsó két jövedelmi ötöd és felső három deprivációs ötöd	alsó két deprivációs ötöd és felső három jövedelmi ötöd	felső három jövedelmi ötöd és felső három deprivációs ötöd	
18–24 éves	(38,6)	(20,5)	(9,1)	(31,8)	100,0
25–34 éves	(40,7)	(19,4)	(21,3)	(18,5)	100,0
35–44 éves	50,9	(14,0)	(16,7)	18,5	100,0
45–54 éves	40,9	15,4	18,7	25,0	100,0
55–64 éves	28,3	20,9	19,7	31,2	100,0
65–75 éves	17,6	24,8	16,1	41,5	100,0
Összesen	38,6	20,5	9,1	31,8	100,0

( ) 50-nél kisebb elemszám.

Az alacsony jövedelem és a depriváció kombinációja meglehetősen általános jellemzője az olyan emberek életének, akik valamilyen életvitelüket zavaró betegség súlyos formájával és/vagy különösen rosszra értékelt egészségi állapottal kénytelenek élni. A 25–34 éveseknek közel 70, a 25–34 éveseknek hozzávetőleg 80, a 35–44 éveseknek 82, a 45–54 éveseknek 75, az 55–64 éveseknek pedig 69 százaléka él vagy a jövedelem, vagy pedig az életkörülmények alapján hátrányosnak ítélt helyzetben (II.36. táblázat). A jövedelem és a depriváció legalább egyike szerint az alsó két ötödbe esők aránya a 65–75 évesek körében is 60% körül alakult.

Össességében az egészségproblémák nélkül élő népesség 53%-a van jövedelem vagy depriváció szempontjából különösen kedvezőtlen helyzetben, ez az arány az egészségproblémákkal küzdők körében 67%. A középkorú egészségproblémával rendelkezők között 15–20%-kal magasabb a jövedelem és/vagy depriváció szempontjából hátrányos helyzetben lévők aránya, mint az ilyenfajta problémákkal nem küzdő kortársaik

körében. Azoknak, akik deprivációs és jövedelmi helyzetük alapján egyaránt kedvezőtlen helyzetben vannak, különösen magasak az esélyei az egészségproblémák kialakulására. Míg a középkorúak esetében a depriváció és az alacsony jövedelem kombinációja jellemezheti legjobban az egészségproblémákkal élők élethelyzetét, addig a legfiatalabbak és az idősek körében az alacsony iskolai végzettség és az alacsony jövedelem kombinációja bír hasonló jelentőséggel

Az „Életünk fordulópontjai” vizsgálat más szempontú feldolgozásai során többfajta alternatív szegénységdefiníciót dolgoztak ki. Ezek közül a „jövedelmi szegénység” az alsó jövedelmi ötödbe tartozók kicsit több mint felét foglalja magába, azokat, akiknek a családjában az egy főre jutó (ekvivalens) jövedelem kevesebb, mint a teljes népességre vonatkozó átlag fele. A „segélyezett”-ek közé azokat sorolták, akiknek családja kap valamiféle pénzbeli támogatást, míg a „lakásszempontból szegényeket” a lakás családnagysághoz viszonyított mérete és komfortossága alapján definiálták (Kapitány-Spéder, 2004).

A különösen rossz egészségértékelést és az életvitelt súlyosan befolyásoló egészségproblémák fennállását komplex módon megjelenítő „egészségprobléma” változónk és a jövedelmi szegénység szoros összefüggést mutat (II.37. táblázat). Összességében az egészségproblémával élők 17 százaléka tekinthető az igen szigorúan meghúzott határok alapján szegénynek, szemben a teljes népesség 12, és az egészségproblémával nem bíró népesség 11 százalékával. A jövedelmi szegénység esélyeinek különbsége a középkorúak körében a legnagyobb az egészségproblémával rendelkezők, és az azzal nem rendelkezők között, egybehangzóan azzal a képpel, amelyet a jövedelmi kvintilisek szerinti elemzés nyújtott számunkra.

II.37. táblázat  
Az egészségproblémák gyakorisága a szerint, hogy jövedelmük alapján szegények-e a megkérdezettek, korcsoportonként

Korcsoport	Van-e egészség-probléma?	Jövedelmi szegénység		
		nem szegény	szegény	összesen
18-24 éves	nincs	86,7	13,3	100,0
	van	(66,7)	(33,3)	100,0
25-34 éves	nincs	88,4	11,6	100,0
	van	73,1	(26,9)	100,0
35-44 éves	nincs	85,5	14,5	100,0
	van	71,0	29,0	100,0
45-54 éves	nincs	88,0	12,0	100,0
	van	75,9	24,1	100,0
55-64 éves	nincs	91,1	8,9	100,0
	van	85,1	14,9	100,0
65-75 éves	nincs	93,4	6,6	100,0
	van	91,5	8,5	100,0
Összesen	nincs	79,1	11,4	100,0
	van	86,7	17,2	100,0

( ) 50-nél kisebb elemszám.

A lakásszegénység is gyakrabban érinti az egészségproblémával élőket, mint a népességet általában, a különbségek azonban itt kevésbé élesek, mint a jövedelmi szegénység esetén (II.38. táblázat). Feltűnő ugyanakkor, hogy milyen nagy arányban laknak rossz minőségű lakásokban a középkorú egészségproblémával élők (16-27%), valamint az, hogy az egészségproblémával, és az a nélkül élők között a lakásszegénység szerinti egyenlőtlenségek még a 65-75 éves korosztályban is erősek.

II.38. táblázat  
 Az egészségproblémák gyakorisága a szerint, hogy lakásuk alapján  
 szegénynek tekinthetők-e a megkérdezettek, korcsoportonként

Korcsoport	Van-e egészség- probléma?	Lakásszegénység		
		nem szegény	szegény	összesen
18-24 éves	nincs	86,5	13,5	100,0
	van	77,6	22,4	100,0
25-34 éves	nincs	85,2	14,8	100,0
	van	81,8	18,2	100,0
35-44 éves	nincs	85,2	14,8	100,0
	van	72,5	27,5	100,0
45-54 éves	nincs	90,3	9,7	100,0
	van	84,5	15,5	100,0
55-64 éves	nincs	94,6	5,4	100,0
	van	87,4	12,6	100,0
65-75 éves	nincs	92,1	7,9	100,0
	van	87,7	12,3	100,0
Összesen	nincs	88,5	11,5	100,0
	van	84,9	15,1	100,0

Adataink szerint a segélyek valamivel gyakrabban jutnak el azokhoz a családokhoz, ahol a kérdezett egészségproblémával él (II.39. táblázat). Ugyanakkor az egészségproblémával élők körében a bármiféle segélyben részesülők arányát összevetve azzal, hogy a depriváció és az alacsony jövedelem együttesen milyen magas arányban fordul elő az egészségproblémákkal élők körében, arra juthatunk, hogy a vizsgált népességben a segélyek legfeljebb a rászorulókat felét érik el. A segély jellegű ellátások közül a közgyógyellátást (illetőleg annak 2001-ben érvényes formáját) részletesebben is megvizsgáljuk.

II.39. táblázat  
 Az egészségproblémák gyakorisága a szerint, hogy segélyben részesülő szegények-e, korcsoportonként

Korcsoport	Van-e egészség-probléma?	Szegénység segélyzettség szerint		
		nem szegény	szegény	összesen
18-24 éves	nincs	85,8	14,2	100,0
	van	66,0	34,0	100,0
25-34 éves	nincs	84,1	15,9	100,0
	van	65,6	34,4	100,0
35-44 éves	nincs	79,6	20,4	100,0
	van	61,5	38,5	100,0
45-54 éves	nincs	87,4	12,6	100,0
	van	70,5	29,5	100,0
55-64 éves	nincs	92,4	7,6	100,0
	van	76,1	23,9	100,0
65-75 éves	nincs	92,4	7,6	100,0
	van	82,6	17,4	100,0
Összesen	nincs	86,3	13,7	100,0
	van	74,8	25,2	100,0

Az egészségproblémákkal küzdő szegények számára kitüntetett jelentőségű segélyforma lenne a közgyógyellátás (II.40. táblázat). Kérdőívünkben csupán arra vonatkozóan gyűjtöttünk információkat, hogy szerepel-e a család természetbeli jövedelmei között a közgyógyellátás, de azt nem tudjuk, hogy ha igen, az a kérdezett avagy más családtag jogán érkezik-e a családba. Az egészségi állapotra vonatkozó információk viszont csak a kérdezettre vonatkozóan állnak rendelkezésre.

Meg kell jegyeznünk azt is, hogy – mivel természetbeni juttatásról van szó – elképzelhető, hogy a kérdezetteknek nem minden esetben jutott eszükbe a család más tagjainak közgyógyellátásra való jogosultságát a család jövedelmi forrásai között felsorolni. Megállapítható ugyanakkor, hogy a kérdőív adatai alapján a népesség egészére vetített a közgyógyellátottak számára vonatkozó becslés nem tér el jelentősen a közgyógyellátottak valódi számától (Kapitány–Spéder, 2004), így a kérdezettek által adott információkat viszonylag pontosnak tekinthetjük.

II.40. táblázat  
 Közgyógyellátás és a kérdezett egészségi állapota a háztartás jövedelmével kombináltan

<i>Említi-e a háztartás jövedelmi forrásai között a közgyógyellátást</i>		<i>Szegény, nem beteg</i>	<i>Szegény és beteg</i>	<i>Nem szegény, nem beteg</i>	<i>Nem szegény, beteg</i>	<i>Összesen</i>
Említi	N	215	216	184	129	744
Nem említi	N	4311	1075	7276	1123	13785
Összesen	N	4526	1291	7460	1252	14529
Említi	%	4,8	16,7	2,5	10,3	5,1
Nem említi	%	95,2	83,3	97,5	89,7	94,9
Összesen	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Említi	%	28,9	29,0	24,7	17,3	100,0
Nem említi	%	31,3	7,8	52,8	8,1	100,0
Összesen	%	31,2	8,9	51,3	8,6	100,0

Az imént felsorolt módszertani problémák ellenére kapcsolatban érdemesnek a közgyógyellátást részletesebben is megvizsgálni. A közgyógyellátás megítélésében az igénylő egészségi állapota és jövedelme egyaránt szerepet játszik. Az adatok az ellátási forma jövedelem szerinti, közepes mértékű célzottságát mutatják – a szegényekhez valamivel gyakrabban jut el a segítség, mint a nem szegényekhez, ugyanakkor a közgyógyellátásra való jogosultság korántsem a szegények privilégiuma. Azon kérdeztettek közül, akik betegnek és szegénynek is minősíthetők, csupán 16 százalékra tehető azoknak az aránya, akik arról számolta be, hogy a háztartás valamelyik tagja közgyógyellátásban részesül. Annak feltételezése mellett, hogy a kapott közgyógyellátás éppen a megkérdezett jogán érkezik a családba, arra juttatunk, hogy azoknak, akik egyaránt betegek és szegények, mindössze a betegek és szegények nyolcadát éri el ez a juttatás. Amennyiben az a realisabb feltételezéssel élünk, hogy a háztartás jövedelmei között felsorolt közgyógyellátás legalább fele részben nem a kérdezett, hanem valamely más családtag jogán jut el a családba, arra kell következtetnünk, hogy a rászorulóknak csupán töredéke jut kedvezményesen gyógyszerhez.

## MUNKAERŐ-PIACI HELYZET

A munkaerő-piaci pozíció minden jellemzője (a foglalkozás, a gazdasági aktivitás, az alkalmazás biztonsága, illetve a munkanélküliség) dinamikus kölcsönhatásban van az egészségi állapot alakulásával. Ezeket a dinamikus folyamatokat az egyszeri pillanatfelvétel által nyújtott eszközök segítségével nyilván nem lehet nyomon követni – az adatok viszont eligazítást nyújthatnak arra vonatkozóan, hogy mely folyamatok lehetnek a legfontosabbak a munkaerő-piaci helyzet és az egészségi állapot alakulása közötti kölcsönhatások közül.

A munkaerő-piaci helyzetet egyrészt a foglalkozás, másfelől a munkaerő-piaci részvétel módja szerint jellemezzük.

A foglalkozásokat ebben az elemzésben csak nagyon elnagyoltan, fizikai és szellemi jellegük szerint különböztetjük meg.

II.41. táblázat

*Az egészségi állapot értékelése a foglalkozás jellege és a szerint, hogy jelenleg dolgoznak-e*

Korcsoport	Az egészségi állapot értékelésének átlagértékei (0–10-es skálán)					
	a foglalkozás jellege és a szerint, hogy jelenleg dolgozik-e					
	jelenleg dolgozók		jelenleg nem dolgozók		jelenleg dolgozók	jelenleg nem dolgozók
	szellemi	fizikai	szellemi	fizikai	összesen	
18–24 éves	8,73	8,67	...	8,68	8,69	8,67
25–34 éves	8,55	8,39	8,36	8,07	8,45	8,14
35–44 éves	7,95	7,68	7,67	6,61	7,77	6,81
45–54 éves	7,23	6,99	5,00	4,88	7,09	4,90
55–64 éves	7,22	6,71	5,99	5,13	6,94	5,35
65–75 éves	6,72	6,56	5,49	5,31	6,64	5,36
Összesen	7,84	7,67	6,16	5,76	7,73	5,86

A jelenleg dolgozók körében a szellemiek és a fizikaiak egészségi állapota – a legfiatalabb és a legidősebb korcsoportot kivéve – szignifikánsan, bár a vártnál kisebb mértékben különbözik egymástól. A különbség az 55–64 évesek korcsoportjában a legnagyobb (II.41. táblázat).

A különbségek vártnál kisebb mértéke magyarázatot igényelne, anélkül is inkább, mivel a halálozási mutatók jelentősen rosszabbak a fizi-



kai munkát végzők körében (Klinger, 2001; 2004). Felmerülhet ezzel kapcsolatban, hogy az elmúlt évtizedben megszűnt munkahelyek többsége fizikai jellegű volt, és ennek kapcsán a rosszabb egészségi állapotú fizikai dolgozók nagyobb arányban „menekültek” vagy „sodródtak ki” a munkaerőpiacról, mint a szellemiek. Alternatív vagy kiegészítő magyarázatként az is felvetődhet, hogy az utóbbi időkben a fizikai jellegű munkahelyek átalakultak, s többé nem jellemzik őket olyan nagymértékben az egészségromboló munkakörülmények, mint a korábbiakban.

Az elsőként említett tézis részben tesztelhető, ha a szellemiek és a fizikaiak közötti különbségeket (az utolsó foglalkozást alapul véve) a jelenleg nem dolgozók körében is megvizsgáljuk.

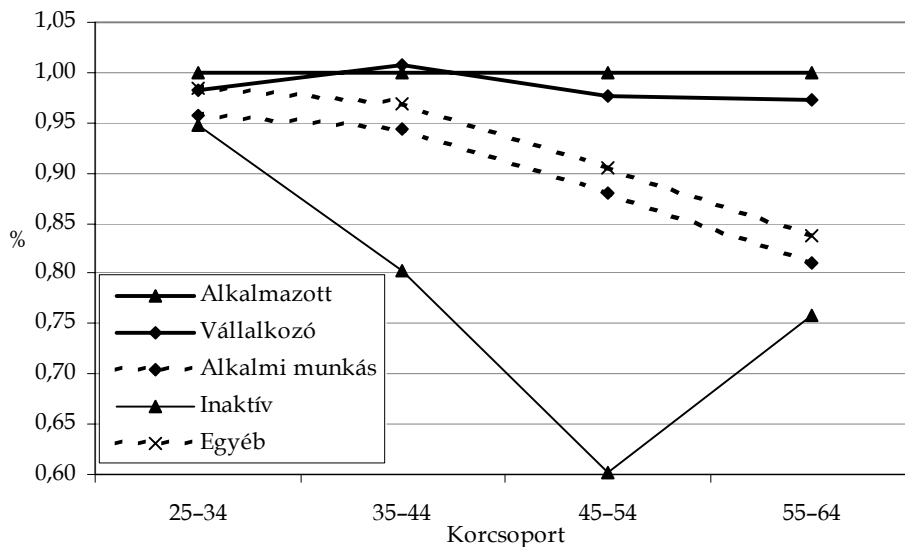
A jelenleg nem dolgozók egészségértékeléseit a jelenleg munkában állókéval összevetve először az a megdöbbentő, szakadékszerű különbség tűnik szembe, amely e két csoport között mutatkozik, akár a szellemieket, akár a fizikaiakat nézve. Az egészségi állapot szerinti „szelekció” a 35 éven felüliek körében mindezek alapján meglehetősen nagy. A fizikaiakra vonatkozó erősebb szelekció jelei a számunkra leginkább érdekes három korcsoport közül kettőben (a 35–44, illetve az 55–64 évesek között) világosan megfigyelhető, míg a 45–54 éves korcsoportban tapasztalható különbségek alakulása nehezebben értelmezhető (II.41. táblázat).

Az eddigi eredmények szerint a foglalkozás és az egészségi állapot kapcsolata ma Magyarországon csak a munkaerő-piaci pozíció, a munkaerőpiacon való jelenlét típusának figyelembevételével elemezhető.

A munkaerő-piaci pozíció jellemzése általában a gazdasági aktivitás dimenzióján keresztül történik. Ebben az elemzésben a munkaerő-piaci pozíciót a szokásostól némileg eltérően jellemezzük, elsősorban azért, mert úgy véljük, hogy a gazdasági aktivitás szokásos kategóriái kevésbé írják le a munkapiac azon jellegzetességeit, amelyek jelenleg – s nemcsak az egészségi állapot szempontjából – a legfontosabbak. A hivatalos statisztikák szerint Magyarországon az aktivitási ráta alacsony, és a munkavállaláshoz megfelelő korú népesség igen nagy szegmensét jellemzi gazdasági aktivitási státusának gyakori változása, ezen belül is a munkavállalói, a munkanélküli, a segélyezett vagy a családtagjai által eltartott helyzet viszonylag rövid időszakon belüli

kombinációja. Ezeket a marginálisnak tekinthető munkaerő-piaci pozíciókat ez alkalommal sem lesz módunk teljes mértékben számba venni, de a formális gazdasági aktivitás helyett a munkaerőpiachoz való kötődés erősségének középpontba állítása egy lépéssel talán közelebb vihet a munkaerőpiac valódi befolyásának megértéséhez.

II.8. ábra  
Az egészségi állapot értékelése korcsoport és munkaerő-piaci kötődés szerint,  
az alkalmazottakhoz viszonyítva



A munkaerő-piaci pozíciót technikai okok miatt nem tudtuk nagyon részletesen kategorizálni. Annak érdekében például, hogy minden korcsoportban legyen elegendő oda besorolható személy, az elemzésnek ezen a szintjén például nem tudtuk különválasztani az igazi vállalkozókat azoktól, akik ugyan vállalkozási formában dolgoznak, de tevékenységük nagy eséllyel nem tér el egy alkalmazottétól (önfoglalkoztatók).<sup>7</sup> Ez volt az oka annak is, hogy egyetlen csoportba vontuk össze azokat, akiknek a munkaerő-piaci helyzete bármilyen ok miatt

<sup>7</sup> A vállalkozók és az önfoglalkoztatók közötti különbségtétel az elemzés központi elvét jelentő „sérülékenység” szerinti különbségtétel miatt különösen indokolt lett volna.

összességében bizonytalan: akik magukat munkanélkülinek minősítették, akik valamely más gazdasági aktivitási csoport megjelölése mellett arról is informálták a kérdezőbiztost, hogy valójában munkát keresnek, ezen felül pedig az alkalmi munkásokat. Minthogy ebben az elemzésben elsősorban a munkaerő-piaci pozíció erőssége szerint vizsgálódtunk, egy kategóriába vontuk össze az inaktívak máskülönben szintén igen heterogén csoportjait.

Mindannak ellenére, hogy a csoportok ilyen módon való sommás kezelését sok kritika értheti, az egészségi állapot értékelésében megmutató különbségek jelentőseknek és jól értelmezhetőeknek bizonyultak.

Nem találtunk lényeges különbségeket az alkalmazottak és a vállalkozó-önfoglalkoztató csoportok egészségértékelései között. Néhány olyan korcsoportban, ahol ez az elemzés elvégezhető volt, a vállalkozók és az önfoglalkoztatók egészségértékeléseit külön-külön is összehasonlítottuk az alkalmazottakéval. Ezekben a korcsoportokban a vállalkozók átlagos egészségértékelései valamivel kedvezőbbnek, az önfoglalkoztatókéi pedig valamivel kedvezőtlenebbnek bizonyultak annál, mint amit az alkalmazottak körében tapasztalhattunk, de a különbségek kis mértékűek.

Az inaktívok és a munkát kereső munkanélküliek az alkalmazottakhoz képest már 25–34 éves korban is szignifikánsan rosszabbra értékelik egészségi állapotukat. Az idősebb korosztályokban mind az alkalmazottak és a bizonytalan munkaerő-piaci pozícióban lévők, mind az alkalmazottak és az inaktívok közötti távolság dinamikusan nő (II.42. táblázat). Kiemelendő, hogy az idősek között valamilyen önálló tevékenységgel foglalkozók egészségi állapota jóval kedvezőbb, mint az inaktív státusúaké.

A II.42. táblázat adatai szoros kapcsolatot mutatnak a munkaerő-piaci pozíció erőssége és az egészségi állapot között. Az egészségi állapot a munkaerő-piaci szempontból legintegráltabbnak tekinthető alkalmazottak és vállalkozók körében mutatkozott a legjobbnak, a munkaerőpiachoz nem kötődő inaktívok esetében a legrosszabbnak, míg a munkaerőpiacon jelen lévő, de azon pozícióikat igazán megsziárdítani nem tudók egészségi állapota rosszabb az alkalmazotti-vállalkozói kategóriában átlagosnál, de jobb az inaktívok átlagánál.

II.42. táblázat  
Az egészségi állapot értékelése munkaerő-piaci részvétel szerint, korcsoportonként

Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0–10-es skálán)				
	munkaerő-piaci pozíció szerint				
	alkalmazott (erős pozíció)	vállalkozó, önfoglalkozta- tó, egyéb (erős pozíció)	munkanélküli, munkát kereső, alkalmi munkás (sérülékeny pozíció)	inaktív (nincs)	egyéb
25–34 éves	8,48	8,33	8,12	8,03	8,35
35–44 éves	7,78	7,84	7,35	6,24	7,54
45–54 éves	7,12	6,95	6,26	4,29	6,44
55–64 éves	7,01	6,82	5,68	5,32	5,87
65–75 éves	...	6,59	(4,64)	5,35	5,40
Összesen	7,81	7,42	7,29	5,99	7,00

( ) 50-nél kisebb elemszám.

Az inaktívok egészségértékelése a 35–44 éves korcsoportban kezd leszakadni az aktív csoportokétól. A 45–54 éves inaktívok között jóval kedvezőtlenebb az egészség-értékelés, mint az 55–64 éves inaktívok körében. Ennek „oka”, hogy ebben a korcsoportban különösen sokan voltak olyanok (7%, 48 fő), akik egészség-értékelésükben a „0” értéket választották, amely az aktívok között igen ritka, de az inaktívok más korosztályaiban sem számított különösen gyakori értékelésnek.

A munkaerőpiachoz való viszony kérdését gyakran egyszerűsítik le a munkanélküliség kérdésére. A kérdezés időpontjában munka nélkül lévők egészség-értékeléseit már vizsgáltuk, és hasonlóknak találtuk más, a munkaerőpiacon gyenge pozíciókkal rendelkezők egészség-esélyeihez.

A továbbiakban a munkanélküliség szerepét a szokásosnál tágabb értelemben vizsgáljuk, azaz a korábbi életút során előforduló munkanélküliségi periódusok összességét vesszük figyelembe („munkanélküliségi tapasztalat”), és ennek kapcsolatát vizsgáljuk az egészségi állapottal összefüggésben.

A munkanélküliségi tapasztalat megléte/nem léte és az egészségi állapot átlagos értékelése között nem mutatkozik egyértelmű kapcsolat. Az átlagos egészségértékelések nem különböznek jelentősen a rövi-

debb ideig munka nélkül lévők és a munkanélküliséget meg nem tapasztaltak között. Sőt, az 55–64 évesek esetében az átlagos egészségértékelés valamivel kedvezőbb azok körében, akiknek rövidebb ideig nem volt munkájuk. A legalább két évet munka nélkül lévők egészségértékelése azonban – a legidősebb korcsoportot kivéve – minden esetben jóval kedvezőtlenebb azokénál, akik nem voltak munka nélkül, vagy csak rövidebb időszakokra (II.43. táblázat)

II.43. táblázat

*Az egészségi állapot értékelése a munkanélküliségi tapasztalat jellege szerint, korcsoportonként*

Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0–10-es skálán) munkanélküliségi tapasztalat szerint			
	nem volt munkanélküli	rövidebb ideig volt munkanélküli	hosszabb ideig (legalább 2 évig) volt munkanélküli	összesen
18–24 éves	8,69	8,52	8,35	8,66
25–34 éves	8,41	8,28	8,18	8,34
35–44 éves	7,62	7,54	7,08	7,53
45–54 éves	6,46	6,53	6,10	6,44
55–64 éves	5,80	6,19	5,46	5,87
65–75 éves	5,39	5,60	5,57	5,40
Összesen	6,87	7,40	6,76	7,00

A rossz egészségi állapot, az életvitelt akadályozó betegség és az egészségprobléma egyaránt jóval gyakoribb a fiatal-középkorúak minden korcsoportjában azok között, akik legalább két évet munka nélkül voltak. Nincs összefüggés az idősebb korosztályok körében.

A tartós munkanélküliséghez tehát elsősorban a fiatalabb középkorúak esetében társul rosszabb egészségi állapot. Ugyanakkor az alapszintű táblákból nem tudjuk megállapítani azt, hogy az egészségromláshoz a munkanélküliség ténye vezetett-e, vagy a rosszabb egészségi állapot a munkanélküliség következtében megnehezült életfeltételek következménye.

A munkaerőpiacról való kivonulás vagy kirekesztődés egyik legismertebb formája a rokkantnyugdíj elérése. A rendszerváltás óta elmúlt időszakban ez volt az a folyamat, amelynek sokan megkérdőjelezték legitimitását, azaz hogy a rokkantnyugdíj intézményét valóban a rossz egészségi állapotúak helyzetének rendezésére alkalmazták-e, vagy

pedig egyszerűen a munkanélküliség kezelésének egyik eszközeként. A rokkantnyugdíjasok magas száma és a rokkantosítás körül időről időre fellángoló vita indokolja, hogy a rokkantnyugdíjasok egészségi állapotának mutatóit külön is szemügyre vegyük (II.44. táblázat).

II.44. táblázat

*Az egészségi állapot értékelése a szerint, hogy nyugdíjba menetelekor rokkantnyugdíjba ment-e, korcsoportonként*

Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0–10-es skálán) a nyugdíjazás módja szerint		
	nem rokkantnyugdíjasként ment nyugdíjba	rokkantnyugdíjasként ment nyugdíjba	összesen
45–54 éves	5,48	3,86	4,01
55–64 éves	6,32	4,23	5,45
65–75 éves	5,60	4,32	4,41
Összesen	5,82	4,12	5,20

A gazdasági aktivitás és a munkaerő-piaci részvétel egészségi állapottal való, korábbiakban már bemutatott szoros összefüggése miatt az összehasonlítást csak azok körében végeztük el, akik valamilyen formájú nyugdíjban részesülnek, annak ellenére, hogy a nem rokkantnyugdíjas nyugdíjasok száma a 45–54 éves korosztályban még igen alacsony. A nyugdíjas életüket rokkantnyugdíjasként kezdők és a más formában nyugdíjba vonulók egészségértékelése szakadékszerű különbséget mutat, az utóbbiak hátrányára. A rokkantnyugdíjazás rendszere összességében tehát semmiképpen nem tekinthető méltánytalannak.

### III. AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTOT MEGHATÁROZÓ TÁRSADALMI TÉNYEZŐK RELATÍV FONTOSSÁGA

---

A korábbiakban bemutatott - az életkori csoport változóján túl - csupán egyetlen dimenzió és az egészségi állapot kapcsolatát vizsgáló állító elemzések azt sejtették, hogy azok az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek, amelyek a társadalmi helyzetet jellemző változókhoz kötődnek, jelentősebbek, mint a család- és háztartásszerkezetet, vagy az interperszonális viszonyokat jellemző változók szerinti. Ugyanakkor elemzéseinkben, amelyekben mindeddig - az egyes változók különféle ismérvei szerint kialakított - különböző nagyságú csoportokat hasonlítottunk össze, nem alkalmasak arra, hogy az egy-egy dimenzióban tapasztalható egészségi állapotbeli egyenlőtlenségeket összességükben valamilyen módon összehasonlítsuk. Ebben a fejezetben kísérletet teszek ilyesfajta áttekintésre.

Eddigi tapasztalataink alapján az egészségi állapot feltérképezésére használt különböző változóink szinte valamennyi, a társadalmi helyzet jellemzésére használt indikátorunkkal összefüggésben hasonlóan alakultak. Ebben a fejezetben, és a később sorra kerülő többváltozós elemzésekben is ezért már csak egyetlen egészségváltozót, nevezetesen az „akadályozottság” változóját fogom szerepeltetni.<sup>8</sup>

Számításaimban már figyelembe vettem, hogy változóink jelentős része másképpen működik a társadalom idősebb mint a fiatalabb korcsoportjaiban. Legkifejezettebben az iskolai végzettség esetében volt az látható, hogy az egyes végzettségbeli kategóriák - eltérő jelentéstartalmukból következően - eltérő kockázati mintákhoz kötődtek a fiatalabb, illetve az idősebb korosztályokban. Kevésbé látványosan ugyan, de ugyanez történt a jövedelem, a depriváció és számos más változó esetében is. Különösen plasztikus a különválasztás szükségessége a

---

<sup>8</sup> Ennek a döntésnek a részletes indoklása a IV. fejezet elején található.

családi és interperszonális viszonyokkal való összefüggésben: a családi állapot szerinti eloszlások oly mértékben különböznek a fiatalabb és az idősebb korosztályokban, hogy tanácsos a korcsoportokat elkülönítetten elemezni.

A fiatalabb és az idősebb korosztályok szétválasztását többféle módon kíséreltem meg elvégezni. Végül a 25–54 évesek és az 55–75 évesek korcsoportjainak elkülönített elemzése mellett döntöttem: az első korcsoportot fiatal-középkorúak, míg a másodikat középkorú-idős korcsoportnak nevezem. Az elnevezésekkel az elválasztó vonalak meghúzásának bizonyos önkényességre is reflektálni szeretnék: sokan érvelhetnek például amellett, hogy már az adatfelvétel időpontjában, 2001-ben is 55 évnél magasabb volt a hivatalos női nyugdíjkorhatár. A korábbiakban említett kockázati mintázatok részletes vizsgálata azt mutatja, hogy a 25–54 évesek között az összefüggések hasonlóan alakulnak, a 65–75 évesek között ettől alapvetően eltérnek, s az 55–64 éves csoport pedig valamiféle átmeneti mintázatot képvisel a kettő között. Mindennek ellenére az 55–64 éveseket mégis az idősebb korosztállyal szerepeltetjük majd közösen, elsősorban amiatt, hogy ebben a korosztályban a gazdasági aktivitás szintje már meglehetősen alacsony, a gazdasági aktivitás, illetve az elemzésünkben azt helyettesítő „munkaerő-piaci pozíció” pedig a korábbi elemzés tanúságai szerint olyan változónak bizonyult, amely az egészségi állapottal szoros összefüggésben áll

Az ezt megelőző fejezetben elsősorban a „magas rizikójú” társadalmi csoportok meghatározására törekedtem, azaz annak feltérképezésére, mely ismervek alapján tudjuk megtalálni az egészségi állapotukban leginkább sérülékeny társadalmi csoportokat, és ezekben a csoportokban mennyivel magasabb a rossz egészség kockázatának szintje. Ebben a fejezetben viszont arra teszek kísérletet, hogy a társadalmi helyzet különféle ismerveit, valamint az interperszonális viszonyok néhány mutatóját aszerint vethessük össze, hogy azok – szigorúan egydimenziós szemléletben – mekkora „egyenlőtlenség-generáló” hatással rendelkeznek, azaz ha az ismervek szerinti kategóriákat és az egyes kategóriákhoz tartozó „rizikókat” együttesen vesszük szemügyre, melyik változónk a „legerősebb”. Ennek megállapítására számítottam ki az ún. disszimilitás-indexeket.



A disszimilaritás-index az egyenlőtlenségek közel száz éve bevezetett mérőszáma, amelyet elsőként amerikai szociológusok használtak a huszadik század kezdetén a lakóhelyi szegregáció mérésére. Az indexet az 1990-es évektől kezdték alkalmazni mortalitási és morbiditási vizsgálatokban (Mackenbach–Kunst 1997). A disszimilaritás-indexek képletes jelentése, példaképpen véve az akadályozottság iskolai végzettség szerinti indexét, az, hogy a vizsgált népesség hány százalékát kellene „áthelyezni” egy kétértékű változó egyik kategóriájából a másikba (példánkban az akadályozottból a nem-akadályozottba) ahhoz, hogy az akadályozottak aránya minden iskolai végzettség szerinti kategóriában azonos legyen. A számítások során a kor szerinti eloszlásokra alapítunk, ezért a disszimilaritás-index standardizáltnak tekinthető.

Az index nagy előnye, hogy nem érzékeny arra, hogy azokat a változókat, amelyek szerint a kétértékű változó által mutatott disszimilaritást vizsgáljuk, hány kategóriára bontjuk, azaz például nem érdekes, hogy (a kétértékű változóval mért) egészségi állapotban mutató disszimilaritást iskolai végzettség szerint úgy számítjuk ki, hogy az iskolai végzettséget három, vagy úgy, hogy öt kategóriába soroljuk. Az index figyelembe veszi ugyanakkor azt, ha az egyes kategóriákban kevés vagy sok személy található, így egyfajta „globális egyenlőtlenségi terhet” tár elénk.

A disszimilaritás-index számos, fent idézett előnye mellett rendelkezik olyan tulajdonságokkal is, amely jelen kutatás esetében kérdéssé teszi megbízhatóságát, ezen keresztül alkalmazhatóságát. Az index kiszámítása, esetünkben az akadályozottság korcsoportos rátáin alapul, s ezeknek – mintavételes felvételekből származó adatok esetén – igen széles lehet a megbízhatósági intervalluma. A bizonytalanságok az index kiszámítása során összeadódnak. Mindezeket előrebozsátva, mégis érdemesnek tartottuk a disszimilaritás-indexeket bemutatni, hiszen ez az egyetlen lehetőségünk arra, hogy – a koron és a nemén túl – az egyes dimenziókat egymástól elkülönítetten vizsgálva, képet alkothassunk azok relatív fontosságáról, még ha ez a kép bizonytalanságokkal is teli.

III.1. táblázatunk tartalmazza a teljes népességre számított disszimilaritás-indexek értékeit. Az akadályozottsági esélyekre alapozott

változó egy esetben némiképp tautologikus jellegű: a gazdasági aktivitás egyfajta változataként használt „munkaerő-piaci pozíció” változónk nem-aktív kategóriájában jelentős részt képviselnek a majdnem „definíció szerint” akadályozott rokkantnyugdíjasok. Annak ellenére, hogy a rokkantnyugdíjazás elvileg a munkavégzésbeli egészségi akadályokhoz kötődik, amelyeknek nem feltétlenül olyanok, mint amelyek egy „munkavégzés alól immár felmentett” személyt mindennapi életvitelében akadályoznak, a gyakorlatban ez a két kérdés nem válik külön. A rokkantnyugdíjasokat ezért életvitelükben „definíció szerint” akadályozottnak tekinthetjük, így feltétlenül érdekes és fontos annak a kérdésnek a vizsgálata, hogy hogyan alakulnak összefüggéseink, jelen esetben disszimilitás-indexeink, ha számításainkhoz csupán a nem rokkantnyugdíjas népességet vesszük alapul (III.1. táblázat).

III.1. táblázat  
Az akadályozottság disszimilitás-indexei különféle dimenziók szerint

	DI a teljes népességre %	DI nem rokkantnyugdíjas népességre %
Iskolai végzettség	6,04	4,30
Jövedelem	5,80	4,07
Depriváció	5,23	3,84
Foglalkozási csoport	5,02	3,54
Munkaerő-piaci pozíció	[8,72]	3,85
Munkanélküliségi tapasztalat	1,07	1,31
Településtípus	2,69	2,02
Etnikai hovatartozás	1,00	0,85
Családi állapot	2,40	1,86
Gyermekek száma	1,31	0,68
Háztartástípus	2,13	1,76
Magányosság	4,71	3,69
A kapcsolati háló erőssége	0,22	0,24
Státusinkonzisztencia	2,73	2,22

A teljes népességre – minden korcsoportra együtt vonatkozó – eredmények szerint a legerősebb „egyenlőtlenség-generáló” faktorok a társadalmi pozíció különféle dimenzióihoz kötődnek (III.1.táblázat). Abszolút értékben kiugró nagyságú a megkérdőjelezhető jelentőség-

tartalmú „munkaerő-piaci pozíció”-ra vonatkozó indexérték – ám a munkaerőpiachoz való kötődés jelentősége akkor is jelentős egyenlőtlenséggeneráló tényezőnek tekinthető, ha a rokkantnyugdíjasok nélküli népesség körében vizsgálódunk. A „munkaerő-piaci pozíció” és a „munkanélküliségi tapasztalat” dimenzióihoz tartozó index-értékek összehasonlítása világosan jelzi, hogy a munkaerőpiacról való kiszorulás, illetve az ahhoz való gyenge kötődés és az egészségi állapot kapcsolatát hiba lenne a munkanélküliség és az egészségi állapot közötti kapcsolatokra leegyszerűsíteni.

A munkaerő-piaci kötődés dimenziójától eltekintve, mindkét indexsor az iskolai végzettség, a jövedelem, a foglalkozási csoport, a jövedelem illetve a deprivációs helyzet vezető szerepét mutatja. Az iskolai végzettséghez, jövedelemhez, deprivációhoz és foglalkozási csoporthoz kötődő egészségi állapotban mutatkozó egyenlőtlenségek nagyságrendje hasonló egymáshoz, bár az iskolai végzettséghez és a jövedelemhez szerinti egyenlőtlenségek valamivel nagyobbak tűnnek, mint a depriváció és a foglalkozás szerinti.

A strukturális helyzetet jellemző dimenziók fontosságát egyetlen nem strukturálisnak tekinthető dimenzió közelíti meg: a pszichológiai státus jellemzésére használt „magányosság”.

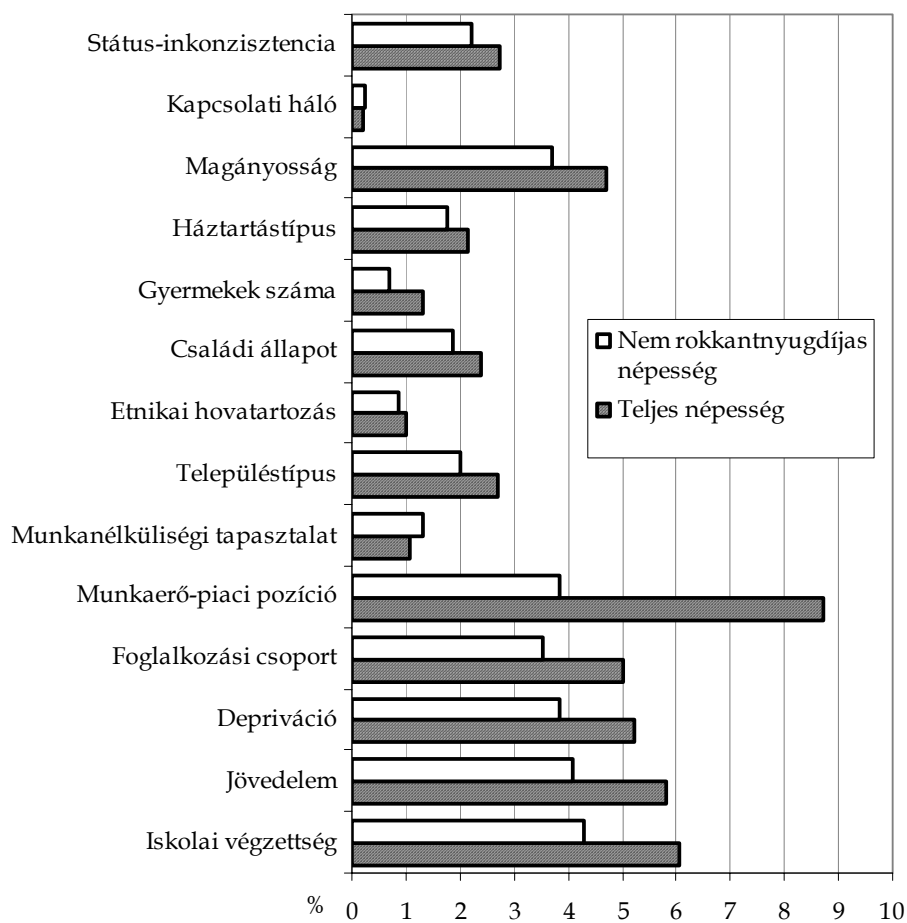
Ennél kevésbé nagyok, az index-értékek összességét tekintve pedig közepesnek minősíthetők a státusinkonzisztencia mértéke, a lakóhely típusa és a családi állapot szerinti egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek.

Jelentéktelennek bizonyult ugyanakkor a segítő kapcsolatokban való részvétel dimenziója szerint mutatkozó egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek mértéke („kapcsolati háló”), és bár nem ennyire jelentéktelen, de a strukturális dimenziókhöz viszonyítva kicsi a család- és háztartásszerkezettel kapcsolatos egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek nagysága is (III.1. ábra).

A nem rokkantnyugdíjas népességet tekintve az indexek értéke majdnem minden esetben az eredeti index-érték kétharmadára csökken. Érthető módon ennél is nagyobb mértékben, mintegy felére csökken a munkaerő-piaci kötődés dimenziójához szerinti egyenlőtlenségek mértéke. Figyelemre méltó ugyanakkor, hogy nem csökken, hanem inkább növekszik a munkanélküliségi tapasztalat dimenziójához

kötődő egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek mértéke. Jól kevésbé csökkent az átlagosnál az etnikai hovatartozás dimenziójában mutatkozó egyenlőtlenségek mértéke, és az átlagosnál kisebb mértékben mérséklődött a magányosság és a státuszinkonzisztencia dimenzióiban mutatkozó egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek mértéke.

III.1. ábra  
Disszimilaritás indexek akadályozottság szerint, teljes népesség



Ugyanezeket az index-értékeket a fiatal-középkorú népesség körében vizsgálva (III.2. táblázat) hasonló képet kapunk ahhoz, mint amit a teljes népesség esetében láttunk. A legnagyobb egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek most is a társadalmi strukturális helyzet jelző dimenziók (munkaerő-piaci pozíció, iskolai végzettség, jövedelem, depriváció és foglalkozási csoporthoz való tartozás) szerint tapasztalhatóak.

III.2. táblázat  
Disszimilaritás-indexek akadályozottság szerint, 25–54 éves népesség

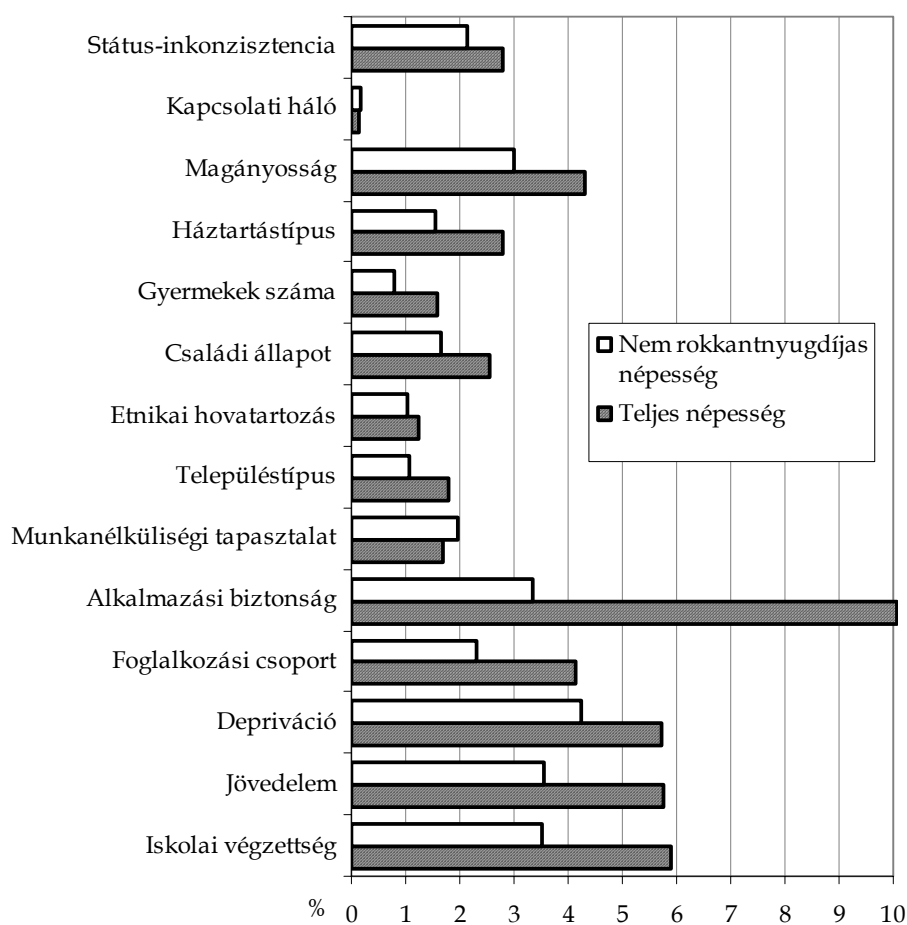
	DI a teljes népességre %	DI a nem rokkantnyugdíjas népességre %
Iskolai végzettség	5,91	3,52
Jövedelem	5,75	3,55
Depriváció	5,73	4,25
Foglalkozási csoport	4,13	2,30
Munkaerő-piaci pozíció	[10,06]	3,36
Munkanélküliségi tapasztalat	1,70	1,98
Településtípus	1,79	1,07
Etnikai hovatartozás	1,23	1,02
Családi állapot	2,55	1,64
Gyermekek száma	1,57	0,80
Háztartástípus	2,81	1,55
Magányosság	4,31	3,01
A kapcsolati háló erőssége	0,13	0,17
Státusinkonzisztencia	2,80	2,15

Jelentős különbség ugyanakkor, hogy a foglalkozási csoporthoz való tartozás szerepe a fiatal-középkorúak körében jóval kisebbnek látszik, és egészen visszaszorul a nem rokkantnyugdíjasok esetében. A fiatalabb népességben a munkaerő-piaci pozíció erősségének még nagyobb egyenlőtlenség-generáló szerepe van, mint a teljes népességben, és jelentősége akkor is nagyon hasonló a – vezető helyen álló – iskolai végzettséghez, ha csupán a nem rokkantnyugdíjas népességet tekintjük.

A magányosság szerepe az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek nagyságát tekintve valamivel mérsékeltebb, mint az idősebb népesség-

get is magában foglaló, teljes népességben, ugyanakkor itt sem tűnik elhanyagolhatónak. Ugyanakkor a fiatal-középkorúak esetében nagyobb egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek kötődnek a családi állapot dimenziójához, mint a teljes népesség esetében: a családi állapot körükben közepes jelentőségűnek tekinthető. Hasonlóan, valamivel jelentősebbnek tűnik a háztartástípus dimenziója is.

III.2. ábra  
Disszimilaritás-indexek akadályozottság szerint, 25–54 éves népesség



A fiatal-középkorúak esetében a magányosság dimenziójához kötődő egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek mértéke hasonló, mint azoké, amelyek az ún. strukturális dimenziókhoz kötődnek. A lakóhely típusához kötődő egyenlőtlenségek mértéke azonban valamivel mérsékeltebb.

A diszimilaritás-indexek szerinti elemzés megerősíti, hogy az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek elemzése során elsősorban a strukturális változók érdemelnek figyelmet. A következő fejezet a társadalmi struktúrában elfoglalt hely jellemzői közötti kapcsolatok elemzésével foglalkozik – immár többváltozós technikákat felhasználva.





## IV. AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS A TÁRSADALMI STRUKTÚRA JELLEMZŐI KÖZÖTTI ÖSSZEFÜGGÉSEK – A TÖBBVÁLTOZÓS ELEMZÉS TANULSÁGAI

---

Tanulmányunk első részében áttekintettük az egészségi állapot, illetve az életvitelben való akadályozottság előfordulási arányait a társadalmi státus főbb dimenziói mentén, valamint megvizsgáltuk a társas környezet számos jellemezőjének kapcsolatát is az egészségi állapot fent említett indikátoraival. Az elemzés második részében arra teszünk kísérletet, hogy a társadalmi státus egyes dimenzióinak egymáshoz való viszonyát bemutassuk az egészségi állapot alakulásában. Nyilvánvaló ugyanis, hogy a társadalmi státus olyan jellemzői, mint például az iskolai végzettség vagy a jövedelem, korántsem függetlenek egymástól, ugyanakkor mindkét jellemző esetében feltételezhetjük, hogy önmagában is jelentős hatást gyakorol az egészségi állapotra. A IV. fejezetben ezért meg fogjuk vizsgálni, hogy a társadalmi státusjelzők mennyiben fedik egymás hatásait, és mennyiben gyakorolnak független, legalábbis más vizsgált dimenzióknak nem tulajdonítható hatást az egészségi állapot alakulására. Ehhez szorosan kapcsolódó kérdésünk, hogy milyen az egyes a dimenzióknak, illetve a többi dimenzió befolyásától megtisztított hatásának az fontossági sorrendje, azaz melyek azok a dimenziók, amelyek hatása nagyobb, és melyek hatása kisebb az egészségesség, illetve a rossz egészségi állapot kialakulásában. Hasonló nemzetközi vizsgálatok ritkák, s csak az Egyesült Államokra, illetve az Egyesült Királyságra nézve ismeretesek – igen különböző megközelítéssel dolgozó- hasonló témájú elemzések (Backlaud és munkatársai, 1999; Davey Smith és munkatársai, 1998).

Bár a fentiekben a különféle dimenziók egészséget „alakító” szerepét emlegettük, fontos leszögezni, hogy a bonyolultabb statisztikai eszközök alkalmazásával sem léphetjük túl vizsgálatunk korlátait. Adataink az „Életünk fordulópontjai” panelvizsgálat első adatfelvételi

hullámából származnak, amely jelenlegi formájában keresztmetszeti vizsgálatnak tekinthető. A regisztrált összefüggések tehát nem okozati összefüggések, hanem együttes előfordulások. Más szóval minden, a későbbiekben feltárt összefüggés szigorú értelemben véve asszociációnak tekintendő, még akkor is, ha a józan ész és a szakirodalom korábbi eredményei alapján valószínűsíthető, hogy a változók közötti összefüggések oksági jellegűek.

Elemzési módszernek a logisztikus regressziót választottuk. A logisztikus regresszió, azon felül, hogy a huszadik század hetvenes éveitől kezdődően az egészségi állapot és a halandóság elemzésének általánosan elterjedt módszerévé vált, számos előnnyel rendelkezik a Magyarországon nagyobb népszerűségnek örvendő lineáris regresszióval szemben. Nem tételezi fel ugyanis, hogy az elemzésbe bevont változók között lineáris kapcsolat áll fenn, hanem megelégszik a kapcsolat monotonon növekvő (illetőleg csökkenő) jellegének feltevésével. Nem hallgathatjuk el azonban, hogy a logisztikus regresszió eredményei a lineáris regresszióhoz képest kevésbé jól interpretálhatóak – az eredményeként kapott esélyhányadosokat tekintve külön eljárás szükséges ahhoz, hogy konkrét valószínűségekhez juthassunk, amelyek ráadásul mindig egy referenciasoporthoz viszonyított, relatív kockázatok lesznek. Ugyanakkor az eredményül kapott esélyhányadosok nagysága jól meghatározható (logaritmikus transzformációval meghatározható) viszonyban áll a relatív valószínűségekkel, a nagyobb esélyhányadosok tehát egyértelműen nagyobb relatív valószínűségekhez kapcsolódnak (Liao, 1994).

A logisztikus regresszió további jellegzetessége, hogy eredeti formájában csak kétértékű eredményváltozók esetén alkalmazható. Az adatbázisunkban az egészségi állapot folytonos változója is rendelkezésre állt volna, a loglineáris elemzés előnyei miatt mégis a kétértékű egészségváltozók elemzése mellett döntöttünk, hiszem elemzésünk központjában a rossz egészségi állapot „társadalmi rizikótényezőinek” feltárása állt, nem pedig az egészségi állapot alakulásának általános elemzése. A társadalmi struktúrában elfoglalt hely különféle dimenzióinak tekintetében is hasonló kérdéseink voltak – nem általában érdeklődtünk az egyes dimenziók hatásai iránt, hanem azt akartuk megtudni, hogy az egyes társadalmi dimenziók különböző kategóriái között mekkora – esetlegesen szakadékszerű – különbségek mutatkoznak

az egészségi állapotban. Alapvetően tehát minőségi jellegű különbségek kerültek érdeklődésünk fókuszába, példaképpen: nem az egy elvégzett iskolai osztályhoz kötődő jobb egészséghányad nagysága volt az elsődleges kérdés, hanem a társadalomban reálisan elkülönülő, iskolai végzettség szerinti csoportok közötti különbségek megjelenése. Ezért a logisztikus elemzések során mindvégig diszkrét változókat alkalmaztunk, még akkor is, ha az adott dimenzió jellemzésére folytonos változó is rendelkezésre állt (mint például a jövedelem esetében).

Ebben a fejezetben ismét szemügyre vesszük a családi illetve interperszonális kapcsolatok minősége illetve az egészség-esélyek között a korábban megállapított összefüggéseket, elsősorban abból a szempontból, hogy milyen szerepet játszanak ezeknek az összefüggéseknek a „kialakulásában” a legfontosabb társadalmi státuszjelzők. Elsőként tehát a család, a háztartás, illetve az interperszonális kapcsolatok olyan jellemzőit vizsgáljuk, amelyek - más országok tapasztalatai szerint - gyakorta mutatnak összefüggést az egészségi állapot minőségével. Bevontuk a vizsgálat körébe az élethelyzet néhány, eddig kevésbé vizsgált dimenzióját is (elsősorban a státusinkonzisztencia érdemel ezek közül említést), amelyek jelentőségét ugyan nem tudjuk szakirodalmi hivatkozásokkal alátámasztani, ám a magyarországi társadalmi viszonyok ismeretében elképzelhető, hogy komoly szerepük van az egészségi állapot alakulásában. Végül, a társadalmi pozíció különféle dimenzióinak egymáshoz való kapcsolatát tárgyaljuk az egészség-esélyek formálódása szempontjából.

Ezután néhány kitüntetett dimenzió szerepét tárgyaljuk. Olyan társadalmi státuszjellemzőkről van szó, amelyeknek az egészségi állapot és a mortalitás meghatározásában általában kitüntetett szerepet szokás tulajdonítani: az iskolai végzettségről, az anyagi helyzetről, valamint a foglalkozási csoporthoz való tartozásról. Az iskolai végzettséget az ilyesfajta elemzésekben a társadalmi státusz viszonylag állandó, az egyén életútja során kevésbé változó jellemzőjeként szokás használni, amelyhez képest a foglalkozás, de különösen a jövedelem, az életút során nagyobb változékonyságot mutathat. Az anyagi helyzetet a szokásosnál tágabban, két változó segítségével vesszük majd figyelembe: az adott időpillanathoz jobban kötődő jövedelem, valamint az élethelyzetet hosszabb távon inkább jellemző deprivációs helyzet változó-

in keresztül. A fejezet második részének tárgya ezért az iskolai végzettség, a jövedelem, a depriváció, valamint a foglalkozás egymáshoz való viszonyának tisztázása.

A második fejezetben kifejtett következtetésekre alapozva az elemzést ebben a részben kettébontottuk. Külön modellezési eljárást folytattunk le a középkorú és az idős népességre, mivel a keresztátlák adatai szerint jó okunk van feltételezni, hogy alapvetően másfajta típusú különbségek fontosak a középkorú, mint idős népesség egészségi állapotának szempontjából. A fiatal-középkorú és az idős-középkorú csoportok közötti választóvonal elhelyezésének szempontjait a III. fejezetben ismertettük.

Mínthogy az „Életünk fordulópontjai” vizsgálat egy korábbi elemzésében a legidősebb korosztály egészségi állapotára vonatkozóan már született részletes tanulmány (Dobossy-S. Molnár-Virágh, 2003), mostani elemzésünkben a középkorúakra vonatkozó összefüggések minél részletesebb feltárására helyeztük a hangsúlyt.

A modellezési eljárás során, ha nem is rigorózan, de általában a modellezés eredményeinek egyfajta, igen szemléletes értelmezését lehetővé tevő, ún. beágyazási logikát követtünk. Az egymásra alapozott modellekbe lépésenként újabb és újabb változókat vontunk be, és ezen lépések során figyeltük meg az esélyhányadosok változásait. Nem elsősorban a modellek „magyarázóerejét” próbáltuk újabb változók bevonásával növelni<sup>9</sup>, hanem a változók egymáshoz való viszonyát kívántuk igen részletesen bemutatni. Ezáltal válik ugyanis lehetővé olyan feltételezések megfogalmazása, hogy mely dimenziók hatásai „közvetíthetik” más dimenziók hatásait – s valójában az ilyenfajta eredmények azok, amelyeknek elérésére tanulmányunk elsősorban törekszik.

A loglineáris<sup>10</sup> elemzésbe eredményváltozóként mindhárom, a korábbiakban bevezetett kétértékű, egészségi állapotot jellemző változónk alkalmas lenne. Elemzéseinket végül az életvitelt akadályozó

---

<sup>9</sup> A logisztikus regresszió esetében nincs olyan egyértelmű mutató, amely alkalmas lenne a modell magyarázóerejének jelölésére, mint amelyet a lineáris regresszió esetében ismerünk. Az egymásba beágyazott („nested”) modellek egymáshoz viszonyított magyarázóerejének változása azonban nyomon követhető, például az ún. „Nagelkerke” értékek segítségével, amelyeket a tájékoztatásul a modellek ismertetése során a mellékletben közlünk.

<sup>10</sup> Írásunkban a loglineáris és logisztikus egymás szinonimájaként szerepelnek.

betegség változójára végeztük el, amely lehetőséget adott arra, hogy megfelelő elemszámmal dolgozhassunk a középkorú népesség körében is. Ezért ha a továbbiakban - a stílus élénkítése végett --- használjuk is a „rossz egészségi állapot” vagy az ehhez hasonló szófordulatokat, minden megállapításunk az akadályozottságra vonatkozik majd.

A modellezés során, mint ahogy a korábbiakban említettük, alapvetően egymásba ágyazott modellek sorozataival dolgoztunk. Ezek a modellek akkor hasonlíthatók össze egymással, ha a sorozatban szereplő minden modell ugyanazokat az eseteket tartalmazza. Ennek a feltételnek a biztosítása csak akkor okoz gondot, ha valamely változó értéke nem ismert. A modellezési eljárást a lehető legnagyobb elemszámra és az egy-egy modellsorban állandónak tekinthető elemszám esetére (azaz a bármely változó esetén ismeretlen értékkel rendelkező esetek kihagyásával) is elvégeztük. A Melléklet táblázataiban összefoglalt eredmények az utóbbi modellezési sorozatból származnak. A két modellezési sorozat folyamán kapott esélyhányadosok valójában alig különböztek egymástól.

Az elemzésben nem tudtuk a többi dimenzióval egyenrangúan kezelni a gazdasági aktivitás, illetve az annak megfelelőjeként használt munkaerő-piaci pozíció változóját. A rokkantnyugdíjasok, illetve általában véve az inaktívak akadályozottsági esélyei ugyanis olyan nagyok, hogy egy efféle kategóriát is tartalmazó változó bevonása komoly kollinearitási problémákhoz vezet. Ezért az egyébként alapvető fontosságúnak tekintett munkaerő-piaci pozíció változót „kerülő úton” szerepeltettük. A modellezési eljárást külön elvégeztük a teljes, valamint a rokkantnyugdíjasok nélküli népességre, hogy legalább e kivételes társadalmi helyzetű csoportra jellemző összefüggéseket le tudjuk választani azokról, amelyek a teljes társadalomra vonatkoznak. Tekintettel a magyarországi munka- és munkaerőpiac „fluiditására”, az aktív és nem aktív státusok közötti választóvonalak rugalmasságára, nem láttam a célszerűnek az elemzést csupán az aktív népességre leszűkíteni, így meg kellett elégednem a fent vázolt, részlegesnek tekinthető megoldással.

## 1. A FIATAL KÖZÉPKORÚ (25–54 ÉVES) NÉPESSÉG KÖRÉBEN MUTATKOZÓ ÖSSZEFÜGGÉSEK

### A CSALÁDI ÉS A TÁRSAS KAPCSOLATOK JELENTŐSÉGE AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ALAKULÁSÁBAN

Tanulmányunk bevezető részében bemutattuk, hogy különböző demográfiai helyzetekhez, a társas kapcsolati hálóban elfoglalt bizonyos pozíciókhoz nagyobb eséllyel társul a rossz egészségi állapot, illetve ezen belül is valamilyen életvitelt akadályozó betegség. Az alapszintű elemzések során számos alkalommal felmerült, hogy emögött valójában az anyagi helyzet, a foglalkozási státus, tágabban értelmezve a társadalmi struktúrában elfoglalt hely különbségei állhatnak. Elemzésünknek most következő, a társas kapcsolatok szerepét tárgyaló részében azt a célt tűztük magunk elé, hogy bemutassuk, mikor magyarázhatja a rossz egészségi állapot kialakulásának valamely interperszonális helyzethez kötődő magasabb esélyét a társadalmi struktúrában elfoglalt hely, s melyek azok az esetek, amikor a társas kapcsolatok valamely dimenziója a társadalmi strukturális aspektusoktól függetlenül is nagyobb kockázatot hordoz magában. Az interperszonális helyzetek és a rossz egészségi állapot közötti kapcsolatok jellegére vonatkozó kíváncsiságunk okán két olyan változót is bevontunk a modellezési eljárásba, amelyek a személyek pszichológiai deficitjeit, illetve a tágabb értelemben vett megelégedettségét jelzik. Tudatában vagyunk annak, hogy a szóban forgó két változó („magányosság”, illetve „státusinkonzisztencia”) korántsem alkalmas arra, hogy a személyközi kapcsolatok teljességét, egy személyiség pszichológia státusát vagy világlátását jellemezze. Ennek ellenére az említett két változó (melyeket külön megvizsgáltunk abból a szempontból, hogy magyarázhatóak-e a társadalmi struktúrában elfoglalt helyet jellemző változókkal, vagy van-e ezen túl önálló hatásuk) bevonása az elemzésbe számos alkalommal magyarázó erejűnek bizonyult.

#### CSALÁDI KAPCSOLATOK ÉS HÁZTARTÁSSZERKEZET

Elsőként a különböző családi állapotokhoz tartozó egészségkockázatokot vizsgáljuk.<sup>11</sup> A megfelelő, csak korra és „nem”-re standardizált esélyhányadosok (Melléklet 1.A. táblázat, illetve IV.1.a. táblázat, „A” modell) azt mutatják, hogy a középkorú népességben a referenciacsoportnak tekintett házasságokhoz viszonyítva az elváltak között nagyobb, az özvegyek között pedig jóval nagyobb az életvitelt akadályozó betegség megjelenésének esélye. Az elváltakra vonatkozó esélyhányados szinte egyáltalán nem változik, ha a modellbe a társadalomban elfoglalt pozíciót jellemző iskolai végzettség vagy a jövedelem változóját is bevonjuk („A1” illetve „A2” modell), ám jelentősen csökken, ha a depriváció vagy a magányosság változóját adjuk hozzá az alapmodellként szolgáló „A” modellhez („A3” modell és „A5” modell).

Ebben a magyarázati keretben logikusan feltételezhető, hogy - az elváltak helyzetét az átlagosnál nagyobb mértékben jellemző - depriváció és magányosság valamiképpen az elvált családi állapot következményének tekinthető, és esetleg oka is lehet a (talán) később kialakuló rossz egészség-esélyeknek. Ilyen értelemben mondható, hogy a depriváció és a magányosság „közvetít” az elvált családi állapot és a rossz egészség-esélyek között - az adatok keresztmetszeti jellegéből adódóan ezt a kifejezést valójában csak a statisztikai kapcsolatok értelmében használhatjuk. A valóságos összefüggéseket illetően csak az állapítható meg, hogy az elvált családi állapot, a depriváció, a magányosság és az egészségi állapot között asszociáció van. Az eredmények oly módon is interpretálhatóak lennének, hogy a rosszabb deprivációs helyzetek egyrészt magasabb válási kockázatot, másrészt rosszabb egészség-esélyeket hordoznak magukban

---

<sup>11</sup> A családi állapot és az egészség-esélyek kapcsolatának vizsgálatakor jogosan merülhet fel az a kérdés, hogy miért nem vizsgáljuk külön a nőket és a férfiakat, hiszen köztudott, hogy a vizsgált kapcsolatok jelentősen különbözhetnek a két nem esetében. A jelen elemzés logikájában ez a modellezési sorba asszociációs tagok bevonását jelentette volna, amely meghaladta volna a rendelkezésre álló terjedelmi kereteket. Ugyanakkor az olvasónak több helyen támadhat olyan - többnyire jogos - benyomása, hogy gyümölcsözőbb lett volna a nem szerinti elemzést elkülönítetten elvégezni.

IV.1.a. táblázat<sup>12</sup>  
 Családi állapot és az akadályozottság esélye (a fiatal-középkorú népesség körében):  
 az esélyhányadosok alakulása a házásokhoz viszonyítva

Az egyes modellekbe bevonott változók	A modell (x)	A1 modell A + iskolai végzettség	A2 modell A + jövedelem	A3 modell A + dep-riváció	A4 modell A + foglalkozás	A5 modell A + magányosság	A6 modell (xx)
Családi állapot (referencia: házas)							
Nőtlen/hajadon	1,0821	1,0233	1,1172	1,0436	1,0845	0,9200	1,0363
Özvegy	1,9726***	1,6391***	1,8031***	1,6643***	1,7702***	1,5509**	1,5322**
Elvált	1,3725***	1,3326***	1,3158***	1,2176*	1,3487***	1,1114	1,2303*

(x) A modell: nem + kor + családi állapot

(xx) A6 modell: A + iskolai végzettség + jövedelem + dep-riváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

Az elváltakénál kicsit bonyolultabbnak tűnik az özvegyek helyzetét befolyásoló tényezők rendszere. Az özvegyi állapothoz társuló, meglehetősen magas betegség-kockázatot ugyan majdnem mindegyik számításba vett változónk hozzáadása az alapmodellhez jelentősen csökkenti, ám hatásaik „átfedik” egymást, hiszen az összes materiális jellegű körülmény számbavétele sem csökkentette sokkal jobban az özvegyek kockázatát, mint amikor csak egy-egy ilyen jellegű tényezőt szerepeltettünk. A kockázatokat mérséklő legjelentősebb tényezőnek a „magányosság” változója bizonyult, ugyanakkor jelentős az iskolai végzettség és a dep-riváció szerepe is. Összességében az özvegyek kockázatainak kisebb részét sikerült megmagyaráznunk akkor, amikor társadalmi strukturális helyzet vagy pszichológiai státust jellemző változókat vontunk be a regressziós modellbe.

Az özvegyi állapothoz kapcsolódó magas betegségkockázatok megmagyarázatlansága során merülhet fel elsősorban az a kétely, hogy a rendelkezésünkre álló változók nem elégségesek ahhoz, hogy a megözvegyüléssel járó negatív pszichológiai hatások összességét fel-

<sup>12</sup> A fejezetben közölt táblázatok a mellékletben közzétett, teljes modellezési sorokat bemutató táblák részletei.



térképezzék.<sup>13</sup> Annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy az özvegyek különösen magas esélye arra, hogy életvitelüket korlátozó betegséggel rendelkezzenek, valójában a mentálisan legmegterhelőbbnek tartott negatív életesemény, a megözvegyülés pszichológiai terheinek számlájára írandó, vagy esetleg olyan, a házastárs halálával is összefüggésben álló, csak hosszabb idő után regisztrálható, így adatfelvételünk során még nem rögzített materiális hátrányokkal magyarázható, amelyek a továbbélő házastársat sújtják, meghaladná elemzésünk kereteit.

A családi állapot szerint mutatkozó esélykülönbségek szinte pontosan ugyanúgy alakulnak a rokkantnyugdíjasok nélküli, mint a teljes népességben (Melléklet 1.B. táblázat, illetve IV.1.b. táblázat)

Mint ahogy a táblázatokban látható, az elváltak – a házásokét valamivel meghaladó – esélyeit arra, hogy életvitelüket korlátozó betegséggel éljenek, érdemben nem befolyásolja sem az iskolai végzettség, sem a jövedelem sem a foglalkozás („a1”, „a2” modell). Ugyanakkor a korábban látottakhoz hasonlóan, a deprivációs szint és a magányosság-érzet kismértékben csökkenti az akadályozottság esélyeit, azaz a depriváció és a magányosság változó modellbe való bevonásával az esélyhányadosok csökkennek. Ez a csökkenés azonban csak a magányosság-változó bevonása esetében olyan mértékű, hogy már a házásokétól szignifikánsan nem különböző – bár azokénál még mindig nagyobb – esélyeket eredményezzen. A strukturális változók közül csak az elváltak átlagosan magasabb deprivációs szintjének volt szerepe rosszabb egészség-esélyeik kialakulásában.

Az özvegyeknek a rokkantnyugdíjasok nélküli népességben is csaknem kétszer olyan magasak az esélyei arra, hogy életvitelt akadályozó betegséggel éljenek, mint a házásoknak. Az ezt a magas kockázatot megtestesítő esélyhányados (1,91) változása a különböző strukturális helyzet jelző változók bevonása során szinte teljes mértékben úgy ala-

---

<sup>13</sup> Felmerülhet, hogy a családi állapot és az egészség-esélyek kapcsolatának elemzése során nagyobb hozzáadékkal járt volna, ha a férfiakat és a nőket különválasztva végeztük volna el a számításokat. Az olvasónak valóban több esetben támadhat olyan – többnyire jogos – benyomása, hogy egy ilyesfajta megközelítés gyümölcsözőbb lett volna a magyarázatokat illetően – más esetekben azonban éppen a nemek szerint bontott elemzés lett volna redundáns. Ezért a férfi-nő bontást is alkalmazó elemzéseket máshol tesszük közzé.

kul, mint akkor, amikor a teljes népességet vizsgáltuk (IV.1.b. táblázat). Az özvegyek magas kockázatait ez esetben sem tudtuk „megmagyarázni” a társadalmi rétegződésben elfoglalt hely esetleges különbözőségével, de a rossz pszichológiai státust jellemző változókkal sem.

IV.1.b. táblázat<sup>14</sup>

*A családi állapot és az akadályozottság esélye  
(a fiatal-középkorú, nem rokkantnyugdíjas népesség körében):  
az esélyháányadosok alakulása a házásokhoz viszonyítva*

<i>Az egyes modellekbe bevont változók</i>	<i>a modell (x)</i>	<i>a1 modell a + iskolai végzettség</i>	<i>a2 modell a + jövedelem</i>	<i>a3 modell a + dep-riváció</i>	<i>a4 modell a + foglalkozás</i>	<i>a5 modell a + magányosság</i>	<i>a6 modell (xx)</i>
<i>Családi állapot (referencia: házas)</i>							
Nőtlen/hajadon	0,9652	0,9419	1,0055	0,9422	0,9715	0,8441	0,9476
Özvegy	1,9114***	1,6754**	1,7816***	1,6590**	1,7691***	1,5799**	1,5814**
Elvált	1,3329**	1,3020**	1,2936***	1,2064*	1,3151**	1,1111	1,2096*

(x) a modell: nem + kor + családi állapot

(xx) a6 modell: a + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

A formális családi állapot után vegyük most szemügyre a partnerkapcsolatok jellegének összefüggéseit az életvitelt akadályozó betegség fennállásának kockázatával. Most tehát azt vizsgáljuk, hogy van-e különbség az életvitelt akadályozó betegségek fennállásának kockázatában aszerint, hogy a megkérdezett partnerével közös háztartást vezet (azaz „élettárssal él”), hogy partnere más háztartásban lakik, illetve nincs partnerrel. Az élettárssal, illetve a nem együtt élő partnerrel rendelkezők esetén a vizsgált kockázatok már az alapmodellnek tekintett „B” modellben (IV.2.a. táblázat, illetve Melléklet 2.A. táblázat) sem különböztek lényesen a referenciacsoportnak tekintett házások kocká-

<sup>14</sup> A IV.1.b. táblázatban ugyanazok a modellek szerepelnek, mint a IV.1.a. táblázatban, csak kisebb, a rokkantnyugdíjasok nélküli népességre vonatkozóan. A táblázatokban kivonatossan (és a mellékletben teljes terjedelmükben) ismertetett modellezési sorok is megfelelnek egymásnak. A teljes népességre vonatkozó modelleket nagy betűvel és a megfelelő, rokkantnyugdíjasok nélküli népességre vonatkozó modelleket pedig kisbetűvel jelöljük. Az alapmodellekhez képest bővített modelleket az alpmo-dell betűjével és számokkal jelöljük.

zataitól, s ezen nem változtat lényegesen az sem, ha valamelyik strukturális helyet jelző változót az alapmodellbe bevonjuk. A partner nélkül élők esetében azonban az életvitelt akadályozó betegségek megjelenésének esélye jóval magasabb, mint az élettárssal élőké. Ezeket a magas kockázatokat valamelyest csökkenti az iskolai végzettség, illetve a depriváció változójának bevonása az alapmodellbe („B1” illetve „B3” modell), lényeges kockázatsökkenést azonban csak a magányosság változójának bevonásakor tapasztalhatunk. A partner nélkülség állapota és a rossz egészségi állapot közötti összefüggés tehát kisebb részben abból adódik, hogy a partner nélkül élők iskolai végzettsége valamivel alacsonyabb, és deprivációs helyzetük valamivel kedvezőtlenebb, mint a házasoké. A partner nélkül élők esetében az akadályozottsági esélyeket legerősebben befolyásoló változónak a magányosság bizonyult, ami nyilvánvaló asszociációs kapcsolatot jelez.

## IV.2. a táblázat

*A tényleges családi állapot és az akadályozottság esélyei (a fiatal-középkorú népesség körében): az esélyhányadosok alakulása az együtt élő házasokhoz viszonyítva*

Az egyes modellekbe bevont változók	B modell (x)	B1 modell B + iskolai végzettség	B2 modell B + jövedelem	B3 modell B + depriváció	B4 modell B + foglalkozás	B5 modell B + magányosság	B6 modell (xx)
<i>Családi állapot (referencia: együtt élő házas)</i>							
Élettárssal él	1,0577	0,9561	1,0352	0,9960	1,0582	1,0773	0,9538
Partnerrel él	0,8688	0,9438	0,9532	0,9167	0,9482	0,7984	1,0078
Egyedül él	1,4091***	1,3144***	1,3574***	1,3388***	1,4394***	1,1133	1,3058***

(x) B modell: nem + kor + családi állapot

(xx) B6 modell: B+ iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p< 0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\* p< 0,001

A nem rokkantnyugdíjas népességet vizsgálva, hasonló képet kapunk (IV.2. b. táblázat, illetve Melléklet 2.B. táblázat). Az élettárssal, illetve a partnerrel élők körében az életvitelt akadályozó egészségproblémák megjelenésének kockázata nem különbözik szignifikánsan a házasok körében tapasztalhatótól, s ezen egyetlen strukturális változó regresszióba való bevonása sem változtat. Az egyedül élőkre vonatkozóan azonban fontos megjegyezni, hogy a rokkantnyugdíjasok kizárásával végrehajtott elemzésben – hasonlóképpen a teljes népességre

elvégzett elemzésekben látottakhoz – az esélyhányadosuk bár jóval meghaladja az élettárssal élőkét, kevésbé tér el azokétól. Az esélyhányadosok ugyanolyan szabályszerűségek szerint változnak, mint a teljes népességben.

## IV.2.b. táblázat

A tényleges családi állapot és az akadályozottság esélyei  
(a fiatal-középkorú, nem rokkantnyugdíjas népesség körében):  
az esélyhányadosok alakulása az együtt élő házásokhoz viszonyítva

Az egyes modellekbe bevont változók	b modell (x)	b1 modell b + iskolai végzettség	b2 modell b + jövedelem	b3 modell b + dep-riváció	b4 modell b + foglalkozás	b5 modell b + magányosság	b6 modell (xx)
<i>Családi állapot (referencia: együtt élő házás)</i>							
Élettárssal él	1,0964	1,0229	1,0862	1,0544	1,1166	1,1238	1,0261
Partnerrel él	0,9727	0,9256	0,9252	0,9169	0,9319	0,8161	0,9716
Egyedül él	1,2815***	1,2315***	1,2595***	1,2243*	1,3069***	1,0340	1,2126*

(x) b modell: nem + kor + családi állapot

(xx) b6 modell: b + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

Elemzésünk e pillanatban még fennálló hiányossága, hogy a családi kapcsolatokban kitüntetetten fontos gyermekek szerepét csak egyetlen változó, a kérdezett összes saját és nevelt gyermekének számával összefüggésben vizsgálta.

A gyermekek száma és az életvitelt akadályozó betegség fennállása közötti kapcsolat jellegzetes mintázatot mutat, és önmagában is figyelemre méltó. Ha a nem és a kor hatásait nem számítjuk, megállapíthatjuk, hogy az egygyermekesek egészségi állapota lényegében azonosnak mutatkozik a gyermektelenekével. A két- és háromgyermekesek egészségi állapota ennél jóval kedvezőbbnek, míg a négy vagy több gyermekeseké jóval kedvezőtlenebbnek mutatkozik (IV.3.a. táblázat, illetve Melléklet. 3.A. táblázat, „C” modell).

IV.3.a. táblázat  
 A gyermekszám és az akadályozottság esélyei (fiatal-középkorú népesség körében):  
 az esélyhányadosok alakulása a gyermektelenekhez viszonyítva

Az egyes modellekbe bevont változók	C modell (x)	C1 modell C + iskolai végzettség	C2 modell C + jövedelem	C3 modell C + dep-riváció	C4 modell C + foglalkozás	C5 modell C + magányosság	C6 modell (xx)
Gyermekszám (referencia: nincs gyermeke)							
Egygyermekes	1,0753	1,0598	0,9466	1,0178	1,0412	1,1676	0,9687
Kétgyermekes	0,8345*	0,8300*	0,7245***	0,8060**	0,8042**	0,9481	0,7583**
Háromgyermekes	0,8989	0,8180	0,6982***	0,7916*	0,8285	1,0181	0,6856***
Négy- vagy többgyermekes	1,4169*	1,0073	0,9798	1,0537	1,2443	1,5670**	0,7792

(x) C modell: nem + kor + gyermekek száma

(xx) C6 modell + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

Az egygyermekesek helyzete egészségi állapotukat tekintve lényegében változatlan marad, ha modellünkbe a társadalmi struktúrában elfoglalt helyet jellemző további változókat vonunk be. A két, illetve három gyermekesek esetében másképp alakul a kép: arra vonatkozó esélyeiket, hogy életvitelüket korlátozó betegségben szenvedjenek, nagymértékben csökkentené, ha olyan háztartásokban élnének, amelyek a jövedelmi helyzete jobban hasonlítana azokhoz, amelyekben a gyermektelenek élnek, illetve növelné, ha olyan arányban lennének magányosak, mint a gyermek nélküliek. Általánosságban megállapítható, hogy a két- és háromgyermekesek egészségi állapotbeli hátrányait elsősorban a jövedelem „közvetíti”, az előnyök pedig pszichológiai mechanizmusokon „keresztül” jelennek meg.

Másfajta mechanizmusok dominálnak a négy gyermekesek esetében. Az ő egészségi állapotbeli hátrányaik iskolai végzettségbeli, jövedelembeli és depriváció szerint való hátrányokként is megjeleníthetők. Az említett tényezők mindegyikének közel hasonló a hatása és ezek a hatások összeadódnak. Ha ilyesfajta hátrányok nem lennének, akkor a négy és többgyermekesek egészségi állapota a gyermektelenekénél jóval kedvezőbbnek lenne („C6” modell). Fontos azt is megjegyezni, hogy a pszichológiai tényezők, bár „védélmező” hatásuk a négy vagy többgyermekesek körében is a várható módon működik, közel sem fejtenek

ki olyan mértékű hatást, mint – ellenkező irányban – az iskolai végzettség, a jövedelem vagy a depriváció („C5” modell).

A két és három gyerekesek tehát általánosságban jóval kedvezőbb egészségi állapotban vannak, mint a gyermektelenek, s ez az előny még kifejezettebben megmutatkozna, ha nem lennének végzettség, jövedelem és depriváció szempontjából kedvezőtlenebb helyzetben, mint a gyermektelenek.

A rokkantnyugdíjasok nélküli népességet tekintve a gyermekszám szerinti különbségek az egészség-esélyek vonatkozásában kevésbé karakterisztikusak (IV.3.b. táblázat, illetve Melléklet 3.B. táblázat). Az egygyerekesek helyzete ebben az esetben valamivel kedvezőtlenebbnek mutatkozik, a két-és háromgyerekesek kockázatai is hasonlóan alakulnak, mint a gyermek nélkül élők. Szintén kedvezőtlenebb a négy- vagy többgyerekesek egészségi állapota, és a strukturális változók befolyása is hasonló ahhoz, amit a teljes népesség vizsgálata során láthattunk: a strukturális változók hatásának kiküszöbölése után a két- és többgyerekesek kevésbé lennének kitéve az életvitelüket akadályozó betegség kockázatának, mint a gyermektelenek. Mindkét elemzésben mérsékeltnak mutatkozott a pszichológiai támogatottságot jelző magányosság-változónk bevonásának hatása.

IV.3. b. táblázat  
Gyermekszám és az akadályozottság esélyei  
(a fiatal-középkorú, rokkantnyugdíjasok nélküli népesség körében):  
az esélyhányadosok alakulása a gyermektelenekhez viszonyítva

Az egyes modellekbe bevont változók	c modell (x)	c1 modell c + iskolai végzettség	c2 modell c + jövedelem	c3 modell c + depriváció	c4 modell c + foglalkozás	c5 modell c + magányosság	c6 modell (xx)
<i>Gyermekszám (referencia: nincs gyermeke)</i>							
Egygyermekes	1,2438*	1,1529	1,0633	1,1189	1,1504	1,2669*	1,0799
Kétgyermekes	1,0735	0,9758*	0,8777***	0,9568**	0,9686	1,1157	0,9084
Háromgyermekes	1,1105	0,9793	0,8657***	0,9352*	0,9999	1,1858	0,8489
Négy- vagy többgyermekes	1,3301	1,0189	0,9889	1,0027	1,2146	1,4344*	0,8138

(x) c modell: nem + kor + gyermekek száma

(xx) c6 modell: c + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

Bár az elemzés során gyakran ütköztünk az alacsony esetszámok problémájába (s ennek következtében az esélyhányadosok ritkán különböztek szignifikánsan a referenciának tekintett „egy”-től), ezért sok eredményünk nem tekinthető egyértelműnek, mégis azt sugallják, hogy a háztartásban nevelt gyermekek száma inkább egy előzetes, egészségi állapothoz kötődő szelekciós, mint pszichológiai jellegű átviteli mechanizmusokon keresztül kötődik az egészség-esélyekhez. A keresztmetszeti kép alapján a dinamikus kapcsolatok felvázolása kizárólag hipotetikus jellegű lehet. Feltételezésként azonban mindenképpen megfontolandó, hogy a háztartások felnőtt tagjainak döntése arról, hogy vállalkoznak-e gyermekek nevelésére, jelentős mértékben függ egészségi állapotukról alkotott véleményüktől. Az egészségi állapotbeli előnyök a gyermekesek materiális hátrányainak következtében idővel elenyésznek, illetve a négy vagy több gyerekesek esetében tetemes hátránnyá változnak.

A háztartásban élő kiskorú gyermekek száma szerint nem végeztünk külön elemzést, a különböző háztartás típusokat mégis célszerű megvizsgálni az egészség-esélyek szempontjából. A háztartásokat a tagjaik közötti kapcsolatok és a háztartás összetétele szerint kategorizáltuk. Ennek a tipizációnak az a hozadéka, hogy szemügyre vehetjük a gyermeküket egyedül nevelő szülők egészségi állapotát esetlegesen alakító tényezőket. Egyéb, különösebb figyelemre számot tartó háztartástípusokat nem tudtunk elkülöníteni, mert az egyszemélyes háztartások, a gyermek nélkül élő, illetve a gyermekkel élő párok olyan domináns háztartástípusok, amelyek mellett az egyéb összetételű háztartások már viszonylag kis számban fordulnak elő.

IV.4.a. táblázatunkban, illetve a Melléklet 4.A. táblázatában összefoglalt modelleket tehát elsősorban a gyermeküket (vagy gyermekeiket) egyedül nevelő szülők egészségi állapotát meghatározó tényezők szempontjából vesszük szemügyre. A gyermeküket egyedül nevelő szülők esélyhányadosa korra és nemre való standardizálás után („D” modell) jóval kedvezőtlenebb, mint a gyermeküket együtt nevelő szülőké, bár a gyermekkel nem rendelkező párokénál és az egyszemélyes háztartásban élőkénél kedvezőbb. Ez az esélyhányados leginkább a magányosság változójának bevonásakor mérséklődik („D5” modell), ami majdnem ilyen jelentős mértékben csökken akkor is, ha alapmo-

dellünkhöz a depriváció változóját adjuk hozzá („D3” modell). Az iskolai végzettség és a jövedelem hatása az előzőekben említett hatásokhoz képest meglehetősen kicsi. A gyermeküket egyedül nevelő szülők esetében tehát az életvitelüket korlátozó betegség megjelenésének esélyét – a mindenkire általában érvényes kockázati tényezőkön túl – elsősorban az életút során fokozatosan felhalmozódó és súlyos depriváció formájában megjelenő materiális jellegű hátrányok és pszichológiai tényezők jelenítik meg.

IV.4.a. táblázat  
A háztartástípus és az akadályozottság esélye  
(a fiatal-középkorú népesség körében):  
az esélyhányadosok alakulása a gyermeket nevelő párokhoz viszonyítva

Az egyes modellekbe bevont változók	D modell (x)	D1 modell D + iskolai végzettség	D2 modell D + jövedelem	D3 modell D + depriváció	D4 modell D + foglalkozás	D5 modell D + magányosság	D6 modell (xx)
<i>Háztartástípus (referencia: pár gyermekkel)</i>							
Pár gyermek nélkül	1,5303***	1,5308***	1,8599***	1,6287***	1,5568***	1,5249***	1,7622***
Egyszemélyes háztartás.	1,6464***	1,6537***	1,7963***	1,5491***	1,6619***	1,2172	1,6626***
Gyermekét egyedül nevelő szülő	1,4360***	1,3603***	1,3574***	1,2845**	1,4079***	1,1234	1,2687**
Egyéb	1,2600**	1,1312	1,2492**	1,2121*	1,2116*	1,1770	1,1536

(x) D modell: nem + kor + háztartástípus

(xx) D6 modell : D + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

A teljesség igénye nélkül megjegyezzük, hogy a modellezési folyamat során szokásosan bevont változóink egyike sem magyarázta kellőképpen a gyermeket nem nevelő párok egészségi állapotában – a gyermeket nevelő párokhoz képest – mutatkozó hátrányokat. Úgy tűnik, az egyszemélyes háztartásokban élők magasabb kockázata az életvitelüket korlátozó betegség kialakulására elsősorban pszichológiai jellegű – vagy ezzel asszociációs kapcsolatban álló tényezők függvénye („D5” modell).

A fent leírt viszonyok és mechanizmusok kevésbé változnak akkor, ha a rokkantnyugdíjasok nélküli népességet vesszük figyelembe



(IV.4.b. táblázat, illetve Melléklet 4.B. táblázat). A csupán korra és nemre standardizált esetben az egyszemélyes háztartásokban élők kockázatai azonban jelentősen alacsonyabbnak mutatkoznak – feltételezhető, hogy ez annak a következménye, hogy a rokkantnyugdíjasok e kategóriában túlereprezentáltak. A számunkra itt legfontosabb háztartástípus – azaz a gyermeküket egyedül nevelő szülők – esetében annak a kockázata, hogy életvitelüket akadályozó betegséggel éljenek, hasonlóan alakul, mint a teljes népesség körében. Hasonló a kockázatokat befolyásoló strukturális változók szerepe is.

IV.4. b. táblázat

*A háztartástípus és az akadályozottság esélye (a fiatal-középkorú népesség körében): az esélyhányadosok alakulása a gyermeket nevelő párokhoz viszonyítva, rokkantnyugdíjasok nélkül*

<i>Az egyes modellekbe bevont változók</i>	<i>d modell (x)</i>	<i>d1 modell d + iskolai végzettség</i>	<i>d2 modell d + jövedelem</i>	<i>d3 modell d + dep-riváció</i>	<i>d4 modell d + foglalkozás</i>	<i>d5 modell d + magányosság</i>	<i>d6 modell (xx)</i>
<i>Háztartástípus (referencia: pár gyermekkel)</i>							
Pár gyermek nélkül	1,3451**	1,3538**	1,5625***	1,4112**	1,3647**	1,3334**	1,4892***
Egyszemélyes háztartás	1,2382	1,2793	1,3708*	1,1956***	1,2586***	0,9725	1,2794
Gyermekét egyedül nevelő szülő	1,4650***	1,4091***	1,4074***	1,3185**	1,4452***	1,1781	1,3109**
Egyéb	1,0853	1,0107	1,0822	1,0802*	1,0599	1,0246	1,0193

(x) d modell: nem + kor + háztartástípus

(xx) d6 modell: d + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

#### MAGÁNYOSSÁG ÉS STÁTUSINKONZISZTENCIA

A családi kapcsolatok és háztartásszerkezet jellegzetességei után most a tágabb környezethez való viszonyra vonatkozó, néhány kitüntetetten fontosnak tekintett ismerv és az életvitelt akadályozó betegségek kockázata közötti összefüggéseket vizsgáljuk.

Elsőként a családi és tágabb szociális kapcsolatok szubjektív módon értékelt minőségének egyik markere, a magányosságérzet és az életvitelt akadályozó betegség jelenlétének kockázatai közötti kapcsolatot tekintjük át. Korábbi elemzéseink során láttuk, hogy a magányosok között jóval nagyobb eséllyel fordulnak elő életvitelt korlátozó betegségek, mint a magukat nem, vagy csak kevésbé magányosnak tartók között, és fordítva, az életvitelüket akadályozó betegséggel élők körében nagyobb a magányosok aránya, mint azoknál, akiknek nincs ilyen egészségbeli problémája. Ugyanakkor az is elképzelhető, hogy a kedvezőtlenebb társadalmi pozíciókhoz nagyobb arányú magányosság társul, azaz a magányosság és az életvitelt korlátozó egészségi állapotbeli problémák előfordulása közötti kapcsolat valójában a kedvezőtlen társadalmi pozíció és a rossz egészség közötti szoros összefüggést tükrözi. Az előzőekben a magányosságra vonatkozó változót annak hallgatólagos megelőlegezésével vontuk be modelljeinkbe, hogy az a strukturális helyet jelző főbb változóknak nem függvénye, hanem olyan mutatója az interperszonális kapcsolatoknak, amely a strukturális változóktól - legalábbis nagy részben - független. A következőkben elsőként ezt az előfeltevést teszteljük.

## IV.5. a. táblázat

*Magányosság és az akadályozottság esélyei (a fiatal-középkorú népesség körében): az esélyhányadosok alakulása a nem magányosokhoz viszonyítva*

<i>Az egyes modellekbe bevont változók</i>	<i>E modell (x)</i>	<i>E1 modell E + iskolai végzettség</i>	<i>E2 modell E + jövedelem</i>	<i>E3 modell E + depriváció</i>	<i>E4 modell E + foglalkozás</i>	<i>E5 modell (xx)</i>	<i>E6 modell E + státusinkonzisztencia</i>
<i>Magányosság (referencia: nem magányosak)</i>							
<i>Magányosak</i>	2,0571***	1,8960***	1,8727***	1,8078***	1,9727***	1,7354***	1,9743***

(x) E modell: nem + kor + magányosság

(xx) E5 modell: E + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

A IV.5.a. táblázatban illetve a Melléklet 5.A. táblázatában összefoglalt eredmények szerint a társadalmi pozíció egyes ismérvei (iskolai végzettség, jövedelem, depriváció) a modellbe való bevonása alig változtatott a

magányossághoz társuló esélyhányadosokon. A magányosság és az életvitelt akadályozó betegség kapcsolata tehát valóban jelentős az általunk központi jelentőségüként kezelt változók hatásaitól független kapcsolat.

Mennyiben változtatja meg ezt a képet, ha vizsgálódásainkban csak a nem rokkantnyugdíjas népességet vesszük figyelembe? Minthogy a rokkantnyugdíjasok körében feltételezhetően nagyobb a magukat magányosnak minősítők aránya, azt várhatjuk, hogy a magányosság és az életvitelt akadályozó egészségprobléma összefonódása kevésbé lesz erős, ha a rokkantnyugdíjasokat kihagyjuk elemzésünkéből. Mint azt a IV.5.b. táblázatban (illetve a Melléklet 5.b. táblázatában) összefoglalt eredmények mutatják, az alapvető kapcsolatok ekkor is ugyanúgy alakulnak: a magányossághoz kötődő esélyhányadosokat a strukturális változók bevonása („e5” modell) sem csökkentette jelentős mértékben.

IV.5. b. táblázat

*Magányosság és az akadályozottság esélyei  
(a fiatal-középkorú, nem rokkantnyugdíjas népesség körében):  
az esélyhányadosok alakulása a nem magányosokhoz viszonyítva*

<i>Az egyes modellekbe bevont változók</i>	<i>e modell (x)</i>	<i>e1 modell e + iskolai végzettség</i>	<i>e2 modell e + jövedelem</i>	<i>e3 modell e + dep-riváció</i>	<i>e4 modell e + foglalkozás</i>	<i>e5 modell (xx)</i>	<i>e6 modell e + státusinkonzisztencia</i>
<i>Magányosság (referencia: nem magányosak)</i>							
Magányosak	1,8462***	1,7484***	1,7326***	1,6457***	1,7977***	1,6111***	1,7742***

(x) e modell: nem + kor + magányosság

(xx) e5 modell: e + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció

\* p< 0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\* p< 0,001

Az egyes emberek és az őket körülvevő társadalom viszonyának jellemzésre a korábbi elemzések során egyetlen változót vizsgáltunk meg, mégpedig a státusinkonzisztenciát. Az érzékelt státusinkonzisztencia és az életvitelt akadályozó betegségek fennállásának gyakorisága között akkor jelentős különbségeket találtunk. Minthogy azonban az érzékelt státusinkonzisztencia mértéke nagymértékben függ a társadalmi struktúrában elfoglalt helytől is, nyitva maradt a kérdés, hogy a státusinkonzisztencia valóban tekinthető-e a strukturális változóktól független változónak, vagyis van-e önálló szerepe az életvitelét akadályozó

lyozó betegségi esélyek alakulásában. Elemzésünk jelen fázisában mindössze ennek a kérdésnek a megválaszolására vállalkozunk. A sokváltozós elemzés tanulságai szerint amennyiben a megérdemeltnek tartott és a valóságos életkörülmények közötti kisebb vagy közepes mértékű az eltérés, a státusinkonzisztencia és az egészségi állapot közötti kapcsolatok valóban csupán a strukturális hely és az egészségi állapot közötti kapcsolatokat tükrözik. A IV.6.a. táblázatban, illetve a Melléklet 6.A. táblázatában összefoglalt eredmények szerint a kis- és közepes mértékű inkonzisztencia és a betegség-esélyek közötti kapcsolat leginkább a depriváció és a betegség-esélyek közötti kapcsolatot tükrözik. Nagyobb mértékű inkonzisztencia esetén azonban ennek az ellenkezője igaz: bár a depriváció szerepe ebben az esetben is jelentősnek ítéelhető, ám a nagymértékű inkonzisztencia hatásának jelentős hányada önálló – legalábbis az általunk számba vett strukturális helyet jelző változók hatásaitól független – kapcsolatnak tekinthető.

A státusinkonzisztenciát illetően fontos még megjegyezni, hogy annak a betegség-esélyekkel való összefüggése nagyrészt független a személyközi kapcsolatok jellemzőjének tartott „magányosság” hatásától („F5” modell).

## IV.6. a. táblázat

*A státusinkonzisztencia és az akadályozottság esélyei  
(a fiatal-középkorú népesség körében):*

*az esélyhányadosok alakulása a státusinkonzisztenciát nem észlelőkhöz viszonyítva*

<i>Az egyes modellekbe bevont változók</i>	<i>F modell (x)</i>	<i>F1 modell F + iskolai végzettség</i>	<i>F2 modell F + jövedelem</i>	<i>F3 modell F + depriváció</i>	<i>F4 modell F + foglalkozás</i>	<i>F5 modell F + magányosság</i>	<i>F6 modell (xx)</i>
<i>Státusinkonzisztencia (referencia: nincs inkonzisztencia)</i>							
Kismértékű inkonzisztencia	1,2769*	1,2324*	1,2044	1,0807	1,2645*	1,2517*	1,1117
Közepes inkonzisztencia	1,5294***	1,4343***	1,3322**	1,1494	1,4875***	1,4697***	1,1795
Nagymértékű inkonzisztencia	2,1761***	1,8992***	1,7310***	1,4288**	2,0500***	2,0095***	1,4183**

(x) F modell: nem + kor + státusinkonzisztencia

(xx) F6 modell: F + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

A rokkantnyugdíjasok nélküli népességre irányuló elemzéseink hasonló eredményeket mutatnak. A csupán nemre és életkorra adjusztált esélyhányadosok valamelyest nagyobbak a nem rokkantnyugdíjas népességre vonatkozóan, de a strukturális változók – elsősorban a deprivációs helyzetre vonatkozó változó – bevonása a regressziós modellbe a kis- és közepes státusinkonzisztencia és az életvitelt akadályozó betegség fennállása közötti kapcsolatot nem szignifikáns mértékűre mérsékli. Nagymértékű státusinkonzisztencia esetében a strukturális változók bevonása ebben az esetben sem tudja megmagyarázni a rossz egészség magasabb kockázatát.

IV.6.b. táblázat

*A státusinkonzisztencia és az akadályozottság esélye  
(a fiatal-középkorú, nem rokkantnyugdíjas népesség körében)  
az esélyhányadosok alakulása a státusinkonzisztenciát nem észlelőkhöz viszonyítva*

<i>Az egyes modellekbe bevont változók</i>	<i>f modell (x)</i>	<i>f1 modell f+ iskolai végzettség</i>	<i>f2 modell f+ jövedelem</i>	<i>f3 modell f+ dep-riváció</i>	<i>f4 modell f+ foglalkozás</i>	<i>f5 modell f+ magányosság</i>	<i>f6 modell (xx)</i>
<i>Státusinkonzisztencia (referencia: nincs inkonzisztencia)</i>							
Kismértékű inkonzisztencia	1,3470*	1,3040*	1,2930*	1,1742	1,3359*	1,3228*	1,1876
Közepes inkonzisztencia	1,5093***	1,4365**	1,3782**	1,2002	1,4820***	1,4584***	1,2142
Nagymértékű inkonzisztencia	2,3066***	2,0853***	1,9663***	1,6132**	2,2125***	2,1480***	1,5980***

(x) f modell: nem + kor + státusinkonzisztencia

(xx) f6 modell: f + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció

\* p< 0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\* p< 0,001

#### ETNIKAI HOVATARTOZÁS

Ezt követően a romák életvitelt akadályozó betegségi esélyeinek meghatározottságát vizsgáljuk. Adatbázisunk alkalmas lett volna más etnikai csoportok egészségi állapotának felmérésére is, ami nyilvánvalóan érdekes és fontos eredményekre vezethetne, úgy véltük azonban, hogy Magyarországon elsősorban a romák helyzete igényel különös figyelmet.

## IV.7.a. táblázat

Az etnikai hovatartozás és az akadályozottság esélye (a fiatal-középkorú népesség körében): az esélyhányadosok alakulása a nem romákhoz viszonyítva

Az egyes modellekbe bevont változók	G modell (x)	G1 modell G + iskolai végzettség	G2 modell G + jövedelem	G3 modell G + dep-riváció	G4 modell G + foglalkozás	G5 modell G + magányosság	G6 modell (xx)
Etnikai hovatartozás (referencia: nem roma)							
Roma	2,6887***	1,5610**	1,9012***	1,8514***	2,3166***	2,5677***	1,2395

(x) G modell: nem + kor + etnikai hovatartozás

(xx) G modell: G + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció+ foglalkozás

\* p< 0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\* p< 0,001

Kereszt táblákra alapuló elemzéseink szerint az egészségi állapot lényegesen rosszabb, az életvitelt akadályozó betegségek gyakorisága pedig lényegesen magasabb a romák, mint a nem-romák körében. Ezt a tényt alapmodellünkben a magasnak tekinthető (2.69 értékű) esélyhányados jeleníti meg (Melléklet 7.A. táblázat, illetve IV.7.a. táblázat „G” modell). Az esélyhányados egyáltalán nem változik, ha a magányosság-változót vonjuk be a modellbe („G5” modell), de mint várható, jelentősen csökken, ha az iskolai végzettséget („G1” modell), a deprivációt („G3” modell), illetve a jövedelmet („G2” modell) jellemző változókat is szerepeltetünk. A három változó együttes bevonása a romákhoz kapcsolódó esélyhányadost jelentősen csökkenteti („G6” modell), amely azonban még e csökkenés után is jóval magasabb egynél, bár a különbség (valószínűleg az alacsony elemszám miatt) már nem bizonyult szignifikánsnak. A romák magasabb esélyei az életvitelüket akadályozó betegség megjelenésére tehát döntő részben alacsonyabb iskolai végzettségükből, deprivációs hátrányaikból, illetve alacsonyabb jövedelmükből „következnek”.

A rokkantnyugdíjasok nélküli népességre vonatkozó elemzések eredményei néhány ponton jelentős mértékben eltérnek az előzőektől. A romák kockázati esélyei arra, hogy életvitelt akadályozó betegséggel éljenek, hasonló mértékben haladja meg a nem romák esélyeit, mint a teljes népesség esetében, a strukturális változók bevonása a regressziós modellekbe viszont jóval kevésbé mérsékli ezt a kockázatot. A nem

rokkantnyugdíjasok tekintetében a romák alacsonyabb iskolai végzettségének, jövedelmének és deprivációs hátrányainak figyelembevétele után is jelentős mértékben magasabb kockázatát találtuk annak, hogy életvitelüket akadályozó betegséggel éljenek (esélyhányados: 1,45). Ezeket az egészségi állapotbeli hátrányokat Magyarországon szívesen magyarázzák az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés kapcsán tapasztalható különbségekkel. Valószínű azonban, hogy ezeknek a hátrányoknak a kialakulásában szerepet játszott a romák diszkriminációja is olyan értelemben, hogy az esetlegesen magasabb iskolai végzettségből (magasabb jövedelemből, jobb foglalkozásból) adódó előnyök „realizációja” körükben kevésbé sikeres, mint a többségi társadalomban.

IV.7.b. táblázat

*Az etnikai hovatartozás és az akadályozottság esélye  
(a fiatal-középkorú, nem rokkantnyugdíjas népesség körében):  
az esélyhányadosok alakulása a nem romákhoz viszonyítva*

<i>Az egyes modellekbe bevont változók</i>	<i>g modell (x)</i>	<i>g1 modell g + iskolai végzettség</i>	<i>g2 modell g + jövedelem</i>	<i>g3 modell g + dep- riváció</i>	<i>g4 modell g + foglalko- zás</i>	<i>g5 modell g + magá- nyosság</i>	<i>g6 modell (xx)</i>
<i>Etnikai hovatartozás (referencia: nem roma)</i>							
Roma	2,5489***	1,8050**	1,9605***	1,8215***	2,3087***	2,4413***	1,4534*

(x) g modell: nem + kor + roma-e

(xx) g6 modell: g + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

#### A LAKÓHELY

Közismert és hosszú ideje részletesen vizsgált jelenség Magyarországon a falusi lakosok magasabb mortalitása. Az utóbbi két évtizedben jelentős mortalitásbeli szakadék alakult ki Budapest és más városok között is, az utóbbiak kárára. Korábbi elemzéseink eredményei ugyanezt támasztják alá: az életvitelt akadályozó betegségek aránya jóval magasabbnak bizonyult a falvakban a városokhoz, és a vidéki városokban Budapesthez képest. Több alkalommal felmerült már a kérdés,

hogy ezeknek a különbségeknek a hátterében az egyes településtípusokon élők eltérő iskolai végzettségbeli összetétele, vagy a lakosok eltérő jövedelmi helyzet áll-e. A kérdés megválaszolását és a bizonyítást a korábbiakban elsősorban aggregált szintű elemzések segítségével kísérelték meg.

IV.8.a. táblázat

*A lakóhely településtípus szerint és az akadályozottság esélye (a fiatal-középkorú népesség körében): az esélyhányadosok alakulása a budapestiekhez viszonyítva*

<i>Az egyes modellekbe bevonott változók</i>	<i>H modell (x)</i>	<i>H1 modell H + iskolai végzettség</i>	<i>H2 modell H + jövedelem</i>	<i>H3 modell H + dep-riváció</i>	<i>H4 modell H + foglalkozás</i>	<i>H5 modell (xx)</i>
<i>Település típusa (referencia: Budapest)</i>						
Más város	1,3342***	1,1416	1,1229	1,2897**	1,2276*	1,1028
Község	1,5350***	1,0939	1,1207	1,4549***	1,3005**	1,0474

(x) H modell: nem + kor + településtípus

(xx) H5 modell: H + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

A településtípus és az életvitelt akadályozó betegségek kockázata közötti kapcsolat vizsgálatát a korábbiakhoz hasonló módon végeztük. A csak korra és nemre standardizált „H” modellünkben (IV.8.a. táblázat illetve Melléklet 8.A. táblázat) a városokra vonatkozó esélyhányados 33%-kal, a falvakra vonatkozó pedig 53%-kal magasabb a referenciának tekintett budapestinél. A különbségeket a falvak esetében önmagában az iskolai végzettség hatásainak kiszűrése jelentősen csökkentti, olyan szintre, hogy azok az iskolai végzettségre való standardizálás után már nem szignifikánsak („H1” modell). A többirányú hátrányok számbavétele után a falvakra vonatkozó esélyhányados a referenciaként szolgáló „1” értékre csökken. A városok esetében a jövedelem változó bevonása csökkentette a legnagyobb arányban a városokra vonatkozó esélyhányadost, amely azonban csak a három kitüntetett strukturális változó együttes bevonásával csökken egytől szignifikánsan nem különböző értékre („H5” modell).

A különböző településtípusokon élők egymástól eltérő betegségkockázatait tehát valóban teljes mértékben strukturális okokra vezethetők



vissza, pontosabban szólva, a településtípusok szerinti egészségi állapotban mutatkozó hátrányok teljes egészében megjeleníthetők az alacsony iskolai végzettség, illetve az alacsony jövedelmi szint következményeiként.

IV.8.b. táblázat

*A lakóhely településtípus szerint és az akadályozottság esélye (a fiatal-középkorú nem rokkantnyugdíjas népesség körében): az esélyhányadosok alakulása a budapestiekhez viszonyítva*

Az egyes modellekbe bevoont változók	<i>h</i> modell (x)	<i>h1</i> modell <i>h</i> + iskolai végzettség	<i>h2</i> modell <i>h</i> + jövedelem	<i>h3</i> modell <i>h</i> + <i>dep-riváció</i>	<i>h4</i> modell <i>h</i> + <i>foglalkozás</i>	<i>h5</i> modell (xx)
<i>Település típusa (referencia: Budapest)</i>						
Más város	1,0767***	0,9696	0,9471	1,0427**	1,0192*	0,9549
Község	1,2049***	0,9520	0,9511	1,1501***	1,0772**	0,9461

(x) *h* modell: nem + kor + településtípus

(xx) *h5* modell: *h* + iskolai végzettség + jövedelem + *depriváció* + *foglalkozás*

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

A nem rokkantnyugdíjas népességre vonatkozó elemzéseink eredményeit foglalja össze a IV.8.b., illetve a Melléklet 8.B. táblázata. A csak korra és nemre való standardizálás után („*h*” modell) a városokban és a falvakban élők esélyei arra, hogy életvitelüket akadályozó egészségproblémával éljenek, egyaránt szignifikánsan magasabbak, mint a Budapesten élő népességé, a budapestiek és a más településeken élők közötti esélykülönbségek azonban jóval kisebbek, mint azok, amelyeket a teljes népesség esetében láthattunk. A rokkantnyugdíjasok településtípusok közötti igen egyenlőtlen eloszlása tehát jelentősen befolyásolja azokat az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségeket, amelyeket az egyes településtípusok között észlelünk. Az iskolai végzettség vizsgálatba való bevonásával az esélykülönbségek eltűnnek. Ugyanez történik a jövedelem változójának alapmodellbe való bevonása után. A megjelenő, csekély mértékű különbségeket tehát a falvak és vidéki városok népességének alacsonyabb iskolai végzettsége és alacsonyabb átlagos jövedelmi szintje önmagában is magyarázza, míg a *deprivációs* szint esetleges különbségei ebben az esetben nem képviselnek figyelembe vehető magyarázatot.

IV.9.a. táblázat  
 A lakóhely megye szerint és az akadályozottság esélye (a fiatal-középkorú népesség körében):  
 az esélyhányadosok alakulása a budapestiekhez viszonyítva

Az egyes modellekbe bevolt változók	I modell	I1 modell I + iskolai végzettség	I2 modell I + jövede- lem	I3 modell I + depriváció
Megye (referencia: Budapest)				
Baranya	1,9420***	1,5774**	1,6018**	1,9239***
Bács-Kiskun	1,1044	0,8626	0,8511	1,0648
Békés	1,7159***	1,3760*	1,2655	1,6834***
Borsod-Abaúj-Zemplén	1,6735***	1,3289*	1,2540	1,5165***
Csongrád	1,4371*	1,2435	1,1186	1,3181
Fejér	0,9149	0,7307*	0,7858	0,9651
Győr-Moson-Sopron	0,8601	0,6939*	0,7551	0,9481
Hajdú-Bihar	1,3355*	1,0130	0,9954	1,1958
Heves	1,1745	0,9431	0,9462	1,1515
Komárom-Esztergom	1,4710*	1,2164	1,2900	1,4856*
Nógrád	2,1352***	1,6858*	1,6395*	1,9868**
Pest	1,4388**	1,1648	1,2760*	1,4619***
Somogy	1,6185**	1,1473	1,2326	1,4301*
Szabolcs-Szatmár	2,0170***	1,5207***	1,4840**	1,7594***
Jász-Nagykun-Szolnok	1,4574*	1,1008	1,0404	1,2450
Tolna	1,2086	0,9544	0,9333	1,2316
Vas	1,1033	0,9134	0,9465	1,1603
Veszprém	1,1822	0,9316	1,0078	1,1397
Zala	1,4706	1,1781	1,1504	1,4204

(x) I modell: nem + kor + megye

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

Végül a lakóhelyet egy eddig nem vizsgált aspektusból, megyei bontásban is megvizsgáljuk. A lakóhely szerinti kategóriák magas száma miatt azonban ebben az esetben már nem volt lehetőségünk az előzőekhez hasonlóan részletes elemzésre a strukturális változók együttes hatásának vizsgálatáról le kellett mondanunk. A csak korra és nemre standardizált esélyhányadosok (IV.9.a. táblázat, illetve Melléklet 9.A. táblázat) az életvitelt akadályozó betegség magasabb arányú előfordulását mutatják Baranya, Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén Nógrád, Pest, Somogy és Szabolcs-Szatmár megyékben. A különbségek egy részét megmagyarázzák ugyan az iskolai végzettség és a jövedelem szerinti különbségek, ám egyik strukturális változónk bevonása sem magya-

rázta Baranya és Szabolcs-Szatmár megye lakosainak az átlagosnál jóval kedvezőtlenebb egészségi állapotát.

V.9.b. táblázat  
A lakóhely megye szerint és az akadályozottság esélye  
(a fiatal-középkorú, nem rokkantnyugdíjas népesség körében):  
az esélyhányadosok alakulása a budapestiekhez viszonyítva

Az egyes modellekbe bevont változók	i modell (x)	i1 modell i + iskolai végzettség	i2 modell i + jövede- lem	i3 modell i + depriváció
Megye (referencia: Budapest)				
Baranya	1,5282*	1,3380	1,3220	1,5221
Bács-Kiskun	0,8702	0,7342	0,7070*	0,8437
Békés	1,2983	1,1219	1,0373	1,2729
Borsod-Abaúj-Zemplén	1,3654*	1,1566	1,0898	1,2455
Csongrád	1,1273	1,0272	0,9340	1,0509
Fejér	0,7665	0,6505*	0,6832*	0,7996
Győr-Moson-Sopron	0,7966	0,6775*	0,7226	0,8643
Hajdú-Bihar	1,1183	0,9268	0,8903	1,0122
Heves	0,9140	0,7806	0,7662	0,8841
Komárom-Esztergom	1,3042	1,1352	1,1724	1,3146
Nógrád	1,9131**	1,6332*	1,5713	1,8111
Pest	1,1925	1,0313	1,0866	1,2152
Somogy	1,3192	1,0288	1,0679	1,1815
Szabolcs-Szatmár	1,2491	1,0232	0,9911	1,0872
Jász-Nagykun-Szolnok	1,0521	0,8736	0,8171	0,9136
Tolna	0,8166	0,7019	0,6835	0,8359
Vas	1,0123	0,8834	0,8998	1,0628
Veszprém	1,1482	0,9462	1,0134	1,1059
Zala	1,2905	1,1075	1,0649	1,2397

(x) i modell: nem + kor + megye

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*; p < 0,001

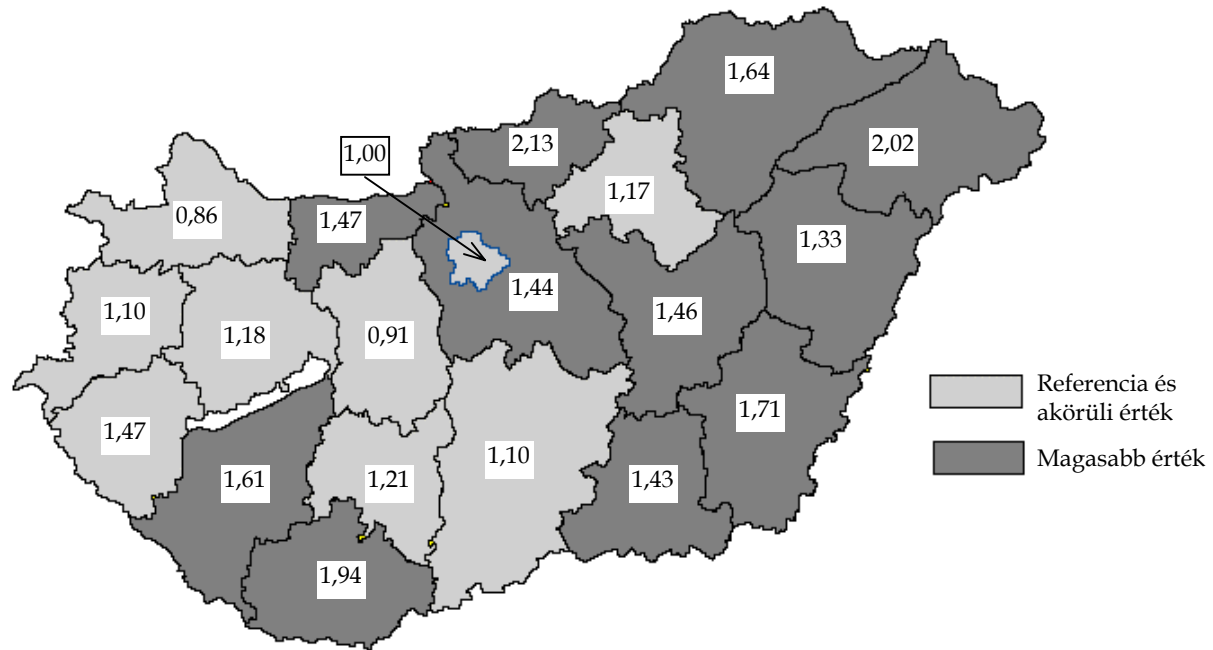
Amennyiben a rokkantnyugdíjasokon kívüli népességet vizsgáljuk (IV.9.b. táblázat, illetve Melléklet 9.B. táblázat), akkor csak Baranya és Pest megye lakosainak esetében mutatkoznak a budapestinél szignifikánsan magasabb esélyek arra, hogy a helybéliek életvitelüket akadályozó egészségi problémával éljenek. Pest megye esetében ezek az esélyek jelentősen csökkennek akkor, ha az iskolai végzett szerinti vagy a jövedelmi különbségeket figyelembe vesszük („i1”, illetve „i2” mo-

dell). A fenti két tényező szerepet játszik Baranya helyzetének alakulásában is, ugyanakkor a megyére vonatkozó esélyhányados nem csökken jelentős mértékben az említett két változó bevonásával. Ennek az elemzésnek az eredményei mindazonáltal az alacsony esetszámok miatt már az értelmezhetőség határán állnak, hiszen egytől jelentősen különböző esélyhányadosokat sem tekinthetünk már egytől szignifikánsan különbözőnek.

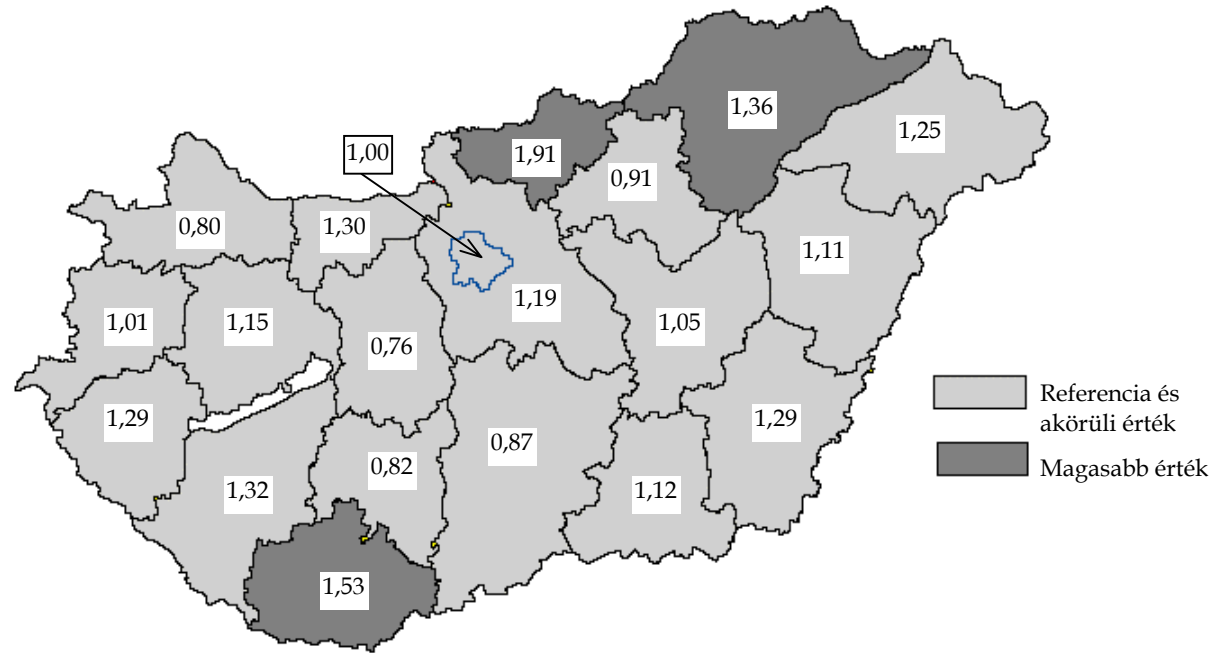
Elemzésünk legfontosabb következtetése az „I” és az „i” modellben érvényes esélyhányadosok összevetésén alapszik. Az „i” modellben az esélyhányadosok értéke jellemzően jóval kisebb mértékben tér el a referenciaértéktől, mint az „I” modell esetében – azaz az egészség-esélyek megyénkénti különböző szintjei nagymértékben az ott élő rokkantnyugdíjas népesség arányából adódnak, s kevésbé következnek a nem rokkantnyugdíjas népesség körében tapasztalható különbözőségekkel.

A megyei és a településtípus szerinti elemzések ezek szerint hasonló konklúzióval zárulhatnak: az iskolai és jövedelmi helyzetben mutatkozó eltérések mindkét esetben az egészség-esélyek eltéréseinek döntő hányadát megmagyarázzák, mindemellett azonban, a népesség gazdasági aktivitás szerinti összetétele is nagy szerepet játszik abban, hogy az egyes megyékben illetve településtípusokon élők egészség-esélyei lényegesen különböznek egymástól.

IV.1. ábra  
Az akadályozottság esélye megyénként, fiatal-középkorú népesség



IV.2. ábra  
Az akadályozottság esélye megyénként, fiatal-középkorú nem rokkantnyugdíjas népesség



## 2. AZ ISKOLAI VÉGZETTSÉG, A JÖVEDELEM, A DEPRIVÁCIÓ ÉS A FOGLALKOZÁS KAPCSOLATA AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTTAL A 25-54 ÉVES NÉPESSÉG KÖRÉBEN

Az egészségi állapot alapvető meghatározójának kell tekintenünk a nem és a kor változóját. Annak ellenére, hogy az alapelemzések szerint a férfiak és a nők egészségértékelésében mutatkozó különbségek elhanyagolhatóaknak tűntek, modelljeinkben – a szokásoknak megfelelően – mindvégig szerepeltetni fogjuk a „nem” változóját is, többek közt azért, hogy lehetőségünk legyen – ezt a változót más változókkal összefüggésben vizsgálva – fényt deríteni arra, hogy mi okozhatja a férfiak és a nők egészségértékelésében a váratlanul kicsi különbségeket.

### ISKOLAI VÉGZETTSÉG

Elsőként az iskolai végzettség és az egészségi állapot kapcsolatát vizsgáljuk meg részletesebben (IV.10.a. táblázat és Melléklet 10.A. táblázat). Amennyiben a csak a kor és a nem változóját tartalmazó alapmodellhez („J” modell) az iskolai végzettség (ötfokozatú) változóját társítjuk („K” modell), akkor az látható, hogy az életvitelt akadályozó betegség megjelenésének valószínűsége (illetve az ezt jellemző esélyhányados) valóban erősen függ az iskolai végzettségtől. Az alapszintű elemzés keresztábráiban megjelenő, iskolai végzettség szerinti éles egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek tehát nem írhatók sem a férfiak és a nők egyes eltérő iskolázottsági összetételének számlájára, de az egyes iskolai végzettségű csoportok eltérő kor megoszlásával sem magyarázhatók.

Az életvitelt akadályozó betegség jelenlétére vonatkozó esélyeket jellemző esélyhányadosok a felsőfokú végzettségűekhez viszonyítva az egyre alacsonyabb végzettségű csoportok felé haladva „fokozatosan” növekszenek, kivéve a nyolc osztálynál alacsonyabb iskolai végzettségűeket: a rájuk vonatkozó esélyhányados (8,04) különösen magas. Az egészségi állapotban mutatkozó iskolai végzettség alapján mért legnagyobb különbségek – a középkorú népeiséget vizsgálva – tehát a nyolc általánost végzettek, illetve a nyolc általánosnál alacsonyabb végzettségűek között húzódnak.

IV.10.a. táblázat  
 Az iskolai végzettség és az akadályozottság esélyei a jövedelemmel,  
 a foglalkozással és a deprivációval való összefüggésben, 25–54 éves népesség

Az egyes modellekbe bevonott változók	K modell (nem + kor + iskolai végzettség)	K1 modell K + jövedelem	K2 modell K + depriváció	K3 modell K + foglalko- zás	K4 modell K + jövedelem + depriváció	K7 modell (x)
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfokú végzettség)</i>						
Érettségi	1,6928***	1,4365**	1,5195***	1,6562***	1,3921**	1,3954**
Szakmunkásképző	2,5673**	1,9324***	2,0913***	2,4408***	1,7965***	1,8064***
Nyolc osztály	3,5782***	2,4588***	2,6276***	3,3857***	2,1486***	2,1614***
Nyolc osztály alatt	8,0352***	4,9232***	5,1465***	7,6010***	3,9570***	3,9805***

(x) K7 modell: I modell + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*; p < 0,001

Amennyiben a modellhez a(z) egy főre eső, ekvivalens) jövedelem változóját társítjuk („K1” modell), akkor az esélyhányadosok minden iskolai végzettség szerinti csoportban jelentősen csökkennek. Az iskolai végzettség alapján megfigyelhető különbségek nagy része tehát azoknak a különbségeknek a számlájára is írható, amelyeket az eltérő jövedelem „okoz” az életvitelt akadályozó betegség megjelenésének valószínűségeiben. Amennyiben a jövedelem hatását az iskolai végzettség szerinti csoportokban külön-külön vesszük figyelembe, akkor világossá válik, hogy a jövedelem a nyolc osztálynál alacsonyabb végzettségűek esélyhányadosaira gyakorolja a legnagyobb mértékű hatást (hiszen a jövedelem bevonása többlet-esélyeiket 44%-kal mérsékelte), de hatása az érettségivel rendelkezők körében is jelentős: a felsőfokú végzettséghez viszonyított többlet-esélyeiket több mint egyharmaddal csökkentette (IV.3. ábra).<sup>15</sup>

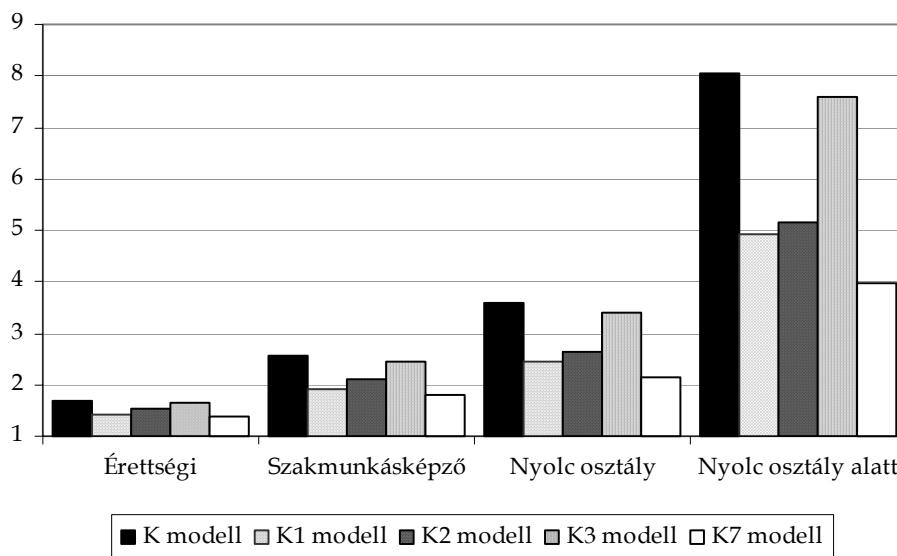
Amennyiben a jövedelem helyett a depriváció változóját társítjuk a „K” modellhez („K2” modell), úgy az előzőekhez némiképpen hasonló képet kapunk. Az iskolai végzettség szerinti esélyhányados-többletet jelentős részben (25–41%-ban) a depriváció magyarázza. A depriváció magyarázó

<sup>15</sup> A többlet-esélyeken az esélyhányadosok eggyel csökkentett értékét értjük. A IV.10.a. táblázatban, illetve az ezt követő hasonló táblázatokban összefoglalt elemzések az esélyhányadosok az „1”-től különböző részének az alakulását vizsgálják.



ereje valamennyivel gyengébb ugyan a jövedeleménél, de a nyolc osztálynál alacsonyabb iskolai végzettségűek körében hasonlóan erős.

IV.3. ábra  
Az akadályozottság esélyei: esélyhányadosok iskolai végzettség szerint  
(a felsőfokú végzettségűekhez viszonyítva)  
és azok alakulása más strukturális változók bevonásának hatására, 25–54 évesek



A foglalkozás kétértékű változójának hozzáadása a csak iskolai végzettséget tartalmazó modellhez („K3” modell) nem sokat magyaráz meg az iskolai végzettség szerint alapján kimutatható különbségekből. Az életvitelt akadályozó betegség kialakulásának iskolai végzettség szerint mutatkozó esélykülönbségei csak elhanyagolható mértékben (0–8%-kal) mérséklődnek a foglalkozási csoportokhoz való tartozás figyelembevétel.

Az iskolai végzettség hatását megvizsgálhatjuk abból a szempontból is, hogy mi történik akkor, ha a két lényegesnek bizonyult „háttérváltozó” hatását együttesen akarjuk számba venni. Az iskolai végzettség szerint mutatkozó többlet-esélyeket a depriváció és a jövedelem együttes bevonása a modellünkbe („K4” modell) 43–58%-ban meghatározza. Ezt a leginkább a nyolc osztály alatti végzettséggel rendelkezők körében tapasztalhattuk, míg a legkisebb mértékben az érettségivel rendel-

kezők esetében figyelhettük meg. Más, részletesebb számítások alapján az is látható, hogy a foglalkozás változójának ebbe a modellbe való bevonásának már nincs további hozadéka.

A „K7” modellben megjelenő eredményeink egyrészt úgy interpretálhatóak, hogy az iskolai végzettségben mutatkozó esélykülönbségek nagy részét (az egyes iskolai végzettség szerinti csoportokban 43–58%-át) ugyan valóban a különböző iskolai végzettségekhez nagy eséllyel tartozó különböző jövedelmi és deprivációs helyzetek hozzák létre, másrészt azonban úgy is, hogy az iskolai végzettség szerinti esélykülönbségek közel felét nem a jövedelmi vagy a depriváció szerinti különbségek hozzák létre. Az esélykülönbségek 42–57%-át tehát az iskolai végzettség ilyen értelemben vett „független” hatásának tekinthetjük.

Mekkorának tekinthetők ezek a független hatások? Az érettségizettek esélyei mintegy 40%-kal haladják meg a felsőfokú végzettségűek esélyeit arra, hogy életvitelüket zavaró betegségük legyen, ugyanez a mutató 80% a szakmunkás végzettségűek, 116% a nyolc osztályt végzettek, és közel 300% a nyolc osztálynál kevesebbet végzettek esetében. Az iskolai végzettséget ennél fogva az egészségi állapotot meghatározó, különösen jelentős dimenzióknak kell tekintenünk. Az iskolai végzettség szerinti megbetegedési esélyek a legalább nyolc osztályt végzettek körében lépcsőzetesen csökkennek az iskolai végzettség növekedésével, a nyolc osztálynál alacsonyabb végzettségűek – ugyan nagyon kis számú – csoportjának egészségi állapota viszont nagyon jelentős mértékben rosszabb, mint a középkorúaké összességében.

Amennyiben ugyanezt a modellezési eljárást végigvisszük, de csupán azokat a középkorúakat vesszük figyelembe, akik nem rokkantnyugdíjasok, akkor számos hasonlóságra, de néhány különböző részletre bukkanhatunk.

A kiindulásként szolgáló „k” modell esélyhányadosai a „K” modellben szereplőkhöz képest igen alacsonyak: a rokkantnyugdíjasok nélküli népességben tehát jóval kisebbek az iskolai végzettség szerinti egészségi állapotbeli esélykülönbségek (IV.10.b. táblázat, illetve Melléklet 10.B. táblázat). Az esélyhányadosokat ebben az esetben is jelentősen csökkenteni mind a jövedelem, mind pedig a depriváció bevonása a modellbe (IV.4. ábra). A foglalkozás – korábban is kismértékű – szerepe teljesen elenyészik.

## IV.10.b. táblázat

Az iskolai végzettség és az akadályozottság esélyei a jövedelemmel, a foglalkozással és a deprivációval való összefüggésben, rokkantnyugdíjasok nélküli 25–54 éves népesség

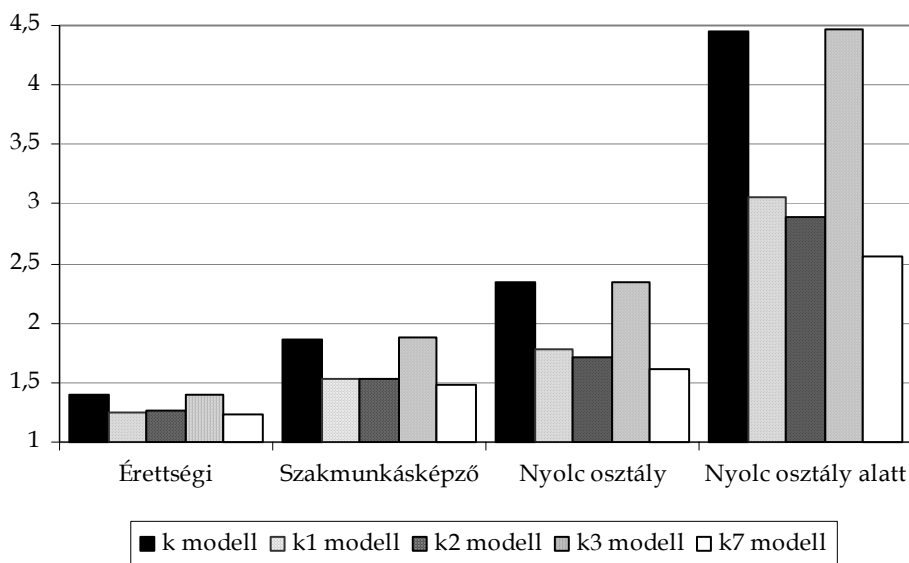
Az egyes modellekbe bevonott változók	k modell (nem +kor + iskolai végzettség)		k1 modell k + jövedelem	k2 modell k + depriváció	k3 modell k + foglalkozás	k4 modell k + jövedelem + depriváció	k7 modell (x)
	Iskolai végzettség (referencia: felsőfokú végzettség)						
Érettségi	1,3996***	1,2484**	1,2597*	1,4021***	1,2087	1,2313	
Szaktunskasképző	1,8639**	1,5292***	1,5246***	1,8716***	1,4144**	1,4751**	
Nyolc osztály	2,3398***	1,7833***	1,7185***	2,3504***	1,5391***	1,6103**	
Nyolc osztály alatt	4,4483***	3,0488***	2,8926***	4,4686***	2,4454***	2,5585***	

(x) k7 modell: k modell + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*; p < 0,001

## IV.4. ábra

Az akadályozottság esélyei – esélyhányadosok iskolai végzettség szerint (a felsőfokú végzettségűekhez viszonyítva) és az esélyhányadosok módosulása más változók bevonása során (25–54 évesek, rokkantnyugdíjasok nélkül)



Összességében a három strukturális helyet jelző változó együttesen 42–55%-ban tükrözi, azaz helyettesíti az iskolai végzettség szerinti különbségeket. Legalább 45–58%-ra tehető tehát az iskolai végzettség

szerint mutatkozó esélykülönbségeknek azon hányada, amelyet csupán az iskolai végzettségbeli különbségnek, s nem pedig a figyelembe vett egyéb strukturális változók hatásának tulajdoníthatók (IV.4. ábra).

#### JÖVEDELEM

A fentihez hasonló elemzést végeztünk el a jövedelem változójára vonatkozóan is. A csak a „nem” és a kor változóját tartalmazó „J” modellhez az egy főre eső (ekvivalens) jövedelem változóját társítva („L” modell) az állapítható meg, hogy a kedvezőtlenebb jövedelmi helyzetekhez egyrészt a rossz egészségi állapot (illetve az ezt jelző, az életvitelt akadályozó betegség fennállásának) jelentősen megnövekedő esélye társul: az „esélyek” azonban az egyre alacsonyabb jövedelmi ötödök felé haladva fokozatosan növekednek. Ebben az esetben tehát nem lehet olyan szakadékszerű különbségekről beszélni, mint amelyet az iskolai végzettség esetében láthattunk.

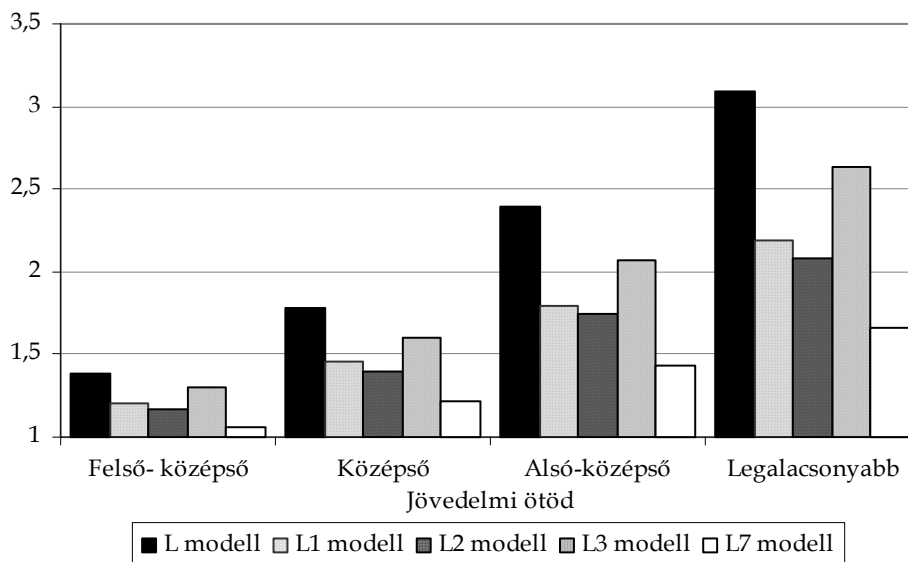
Amennyiben – az előző elemzéshez hasonlóan – a jövedelem tekintetében is kíváncsiak vagyunk arra, hogy mekkora a szerepe más társadalmi státuszjellemzőnek tulajdonítható hatások kialakulásában, ismét fel kell tárunk, hogyan változnak meg a jövedelem szerint mutatott esélyhányadosok más változók a modellünkbe történő bevonásával. Ennek az elemzésnek az eredményeit a IV.11.a. táblázat, a IV.5. ábra, valamint a Melléklet 11.A. táblázata foglalja össze.

IV.11.a. táblázat  
A jövedelem és az akadályozottság esélyei a deprivációval, a foglalkozással és az iskolai végzettséggel való összefüggésben, 25–54 éves népesség

Az egyes modellekbe bevont változók	L modell (nem + kor + jövedelem)	L1 modell L + depriváció	L2 modell L + iskolai végzettség	L3 modell L + foglalkozás	L4 modell L + depriváció + iskolai végzettség	L7 modell (x)
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>						
Felső-középső jövedelmi ötöd	1,3878***	1,2062	1,1708	1,3002**	1,0656	1,0656
Középső jövedelmi ötöd	1,7838***	1,4536***	1,3994**	1,6044***	1,2194	1,2197
Alsó-középső jövedelmi ötöd	2,3957***	1,7960***	1,7397***	2,0704***	1,4331***	1,4339***
Legalacsonyabb jövedelmi ötöd	3,0879***	2,1902***	2,0829***	2,6299***	1,6572***	1,6581***

(x) L7 modell: L modell + depriváció + foglalkozás + iskolai végzettség  
\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*; p < 0,001

IV.5. ábra  
Az akadályozottság esélyei: esélyhányadosok jövedelem szerint (a legmagasabb jövedelmi ötödhöz képest) és az esélyhányadosok módosulása más változók bevonásának hatására, 25–54 évesek



A jövedelem „hatásainak” legnagyobb részét, az adatok tanúsága szerint az iskolai végzettség önmagában is megjeleníti. Az iskolai végzettség valamelyest nagyobb mértékben látja el ezt a funkciót a jómódúak, mint a szegényebbek esetében. Meglepő módon a depriváció egyes jövedelmi szintekhez társuló állapotai is nagymértékben tükrözik a jövedelemben megmutatkozó különbségeket – a depriváció önmagában megjeleníti a jövedelem egészségi állapotra gyakorolt hatásának 42–47%-át (IV.5. ábra). Az egyes foglalkozási csoportokhoz való tartozás (amelyet ebben az elemzésben igen leegyszerűsített módon csak a szellemi és fizikai munkák alapján tekintettünk át) önmagában is jelentős, 20%-ot meghaladó mértékben megjeleníti a jövedelem hatásait. Az iskolai végzettség és a depriváció együttesen láthatóvá teszi a jövedelmi hatások nagy részét – jövedelmi helyzettől függően ez a hányad 69–83%-ra tehető. A foglalkozás hozzáadása ezt a magyarázóerőt nem növeli.

Amennyiben a jövedelem egészségi állapotra gyakorolt hatását más strukturális változóktól „megtisztítottan” szemléljük („I7” modell), akkor arra az eredményre jutunk, hogy a legfelső jövedelmi ötödhöz képest a felső-középső jövedelmi ötöd esélyei igencsak hasonlóak, és a középső jövedelmi ötödre vonatkozó esélyhányados sem különbözik szignifikánsan a referenciacsoportnak tekintett legmagasabb jövedelmi ötödétől. Az alacsonyabb jövedelmi szinteken azonban a „megbetegedési” esélyek a jövedelmi helyzet romlásával lényegében ugyanolyan módon, lépcsőzetesen növekednek. Ugyanakkor érdemes azt is megjegyezni, hogy míg a felső három jövedelmi ötödhöz tartozók esetében a jövedelem önálló hatása elhanyagolható az egészség-esélyek alakulása szempontjából, az alsó két jövedelmi ötöd esetében viszont a jövedelmi hatáshoz kötődő esélykülönbségek egyharmada közvetlenül a(z) alacsony) jövedelmek miatt alakult ki. Amennyiben csak a nem rokkantnyugdíjas középkorúakat vizsgáljuk, az előzőekhez hasonló kapcsolatokat találunk. A csak korra és nemre adjusztált „I” modellben az esélyhányadosok változatlanul lépcsőzetesen növekednek, de jóval mérsékeltebben, mint az „L” modellben.

IV.11.b. táblázat

A jövedelem és az akadályozottság esélyei a deprivációval, a foglalkozással, és az iskolai végzettséggel való összefüggésben, 25–54 éves rokkantnyugdíjasok nélküli népesség

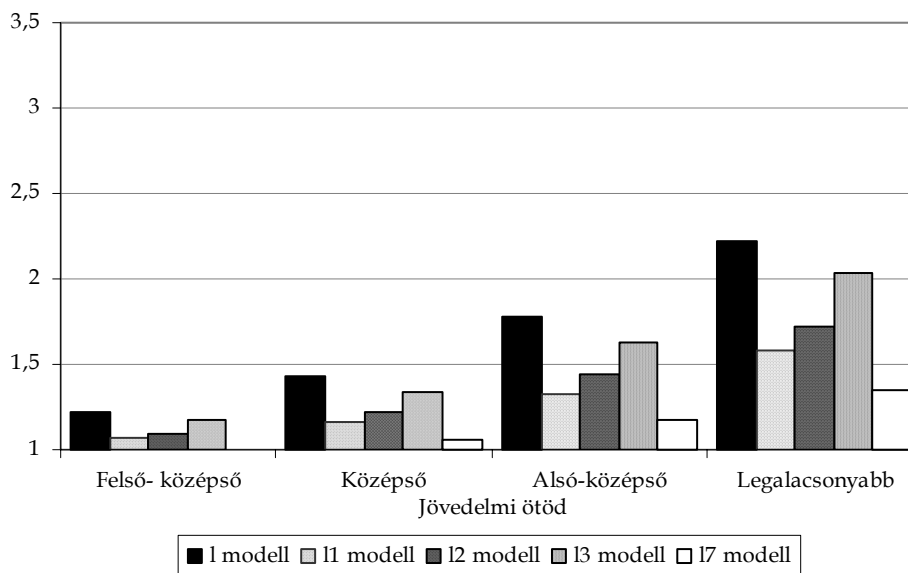
Az egyes modellekbe bevonott változók	1 modell (nem + kor + jövedelem)	11 modell 1 + depriváció	12 modell 1 + iskolai végzettség	13 modell 1 + foglalko- zás	14 modell 1 + depriváció + iskolai végzettség	17 modell (x)
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>						
Felső-középső jövedelmi ötöd	1,2220	1,0685	1,0941	1,1768	0,9936	0,9937
Középső jövedelmi ötöd	1,4271**	1,1664	1,2184	1,3428**	1,0525	1,0552
Alsó-középső jövedelmi ötöd	1,7747***	1,3309*	1,4429**	1,6320***	1,1684***	1,1739
Legalacsonyabb jövedelmi ötöd	2,2262***	1,5808***	1,7155***	2,0298***	1,3388***	1,3450**

(x) 17 modell: 1 modell + depriváció + foglalkozás + iskolai végzettség

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*; p < 0,001

IV.6. ábra

Az akadályozottság esélyei: esélyhányadosok jövedelem szerint (a legfelső jövedelmi ötödhöz viszonyítva) és az esélyhányadosok módosulása más változók bevonása során (25–54 évesek, rokkantnyugdíjasok nélkül)



A depriváció, illetve az iskolai végzettség figyelembe vétele („11” illetve „12” modell) az esélyhányadosok jelentős csökkenéséhez vezet. Ha mindhárom strukturális változó hatását figyelembe vesszük („17” modell), akkor a jövedelmi különbségek már nem hoznak létre olyan egészségi állapotbeli egyenlőtlenségeket, amelyek függetlenek lennének a jövedelmi pozícióhoz szorosan kapcsolódó iskolai végzettségbeli, foglalkozási és deprivációs egyenlőtlenségekhez kötődő esélykülönbségektől. Ez alól a legalsó két jövedelmi ötöd képez kivételt: itt az egészség állapotbeli esély-egyenlőtlenségek 30–40%-áért egyedül az alacsony jövedelem a felelős. A többi jövedelmi ötöd esetében ez az arány csupán 0–20% (IV.6. ábra).

## DEPRIVÁCIÓ

A deprivációs ötödek közötti, az életvitelt akadályozó betegség fennállásra vonatkozó esélykülönbségek valamivel élesebbnek tűnnek, mint amekkorákat a jövedelmi ötödek esetében tapasztalhattunk (IV.12.a. táblázat, illetve Melléklet 12.A. táblázat „M” modell). Az egyre mélyebb deprivációban élőkhez lépcsőzetesen növekedő esélyhányadosok tartoznak. Csakúgy, mint az előzőekben vizsgált változók esetében, az egészségi állapotban a depriváció szintje szerinti különbségek is részben iskolai végzettség szerinti, jövedelmi vagy foglalkozásbeli különbségeket „jelenítenek meg”.

IV.12.a. táblázat

*A depriváció és az akadályozottság esélyei a jövedelemmel és az iskolai végzettséggel való összefüggésben, 25–54 éves teljes népesség*

<i>Az egyes modellek-be bevont változók</i>	<i>M modell (nem + kor + jövedelem)</i>	<i>M1 modell M + depriváció</i>	<i>M2 modell M + iskolai végzettség</i>	<i>M3 modell M + foglalkozás</i>	<i>M4 modell M + jövede- lem + iskolai végzettség</i>	<i>M7 modell (x)</i>
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>						
Felső-középső	1,3991**	1,2814*	1,2947*	1,3580**	1,2489*	1,2488*
Középső	1,6497***	1,3873**	1,4024**	1,5339***	1,3032**	1,3031*
Alsó-középső	2,1086***	1,6768***	1,7379***	1,9238***	1,5652***	1,5652***
Legalacsonyabb	3,2709***	2,3363***	2,3798***	2,8650***	2,0342***	2,0341***

(x) M7 modell: M modell + jövedelem + foglalkozás + iskolai végzettség

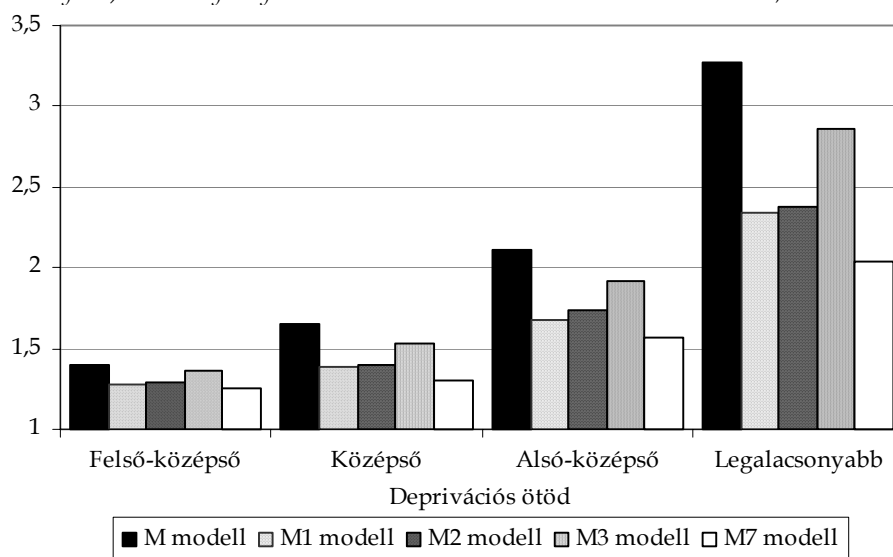
\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*; p < 0,001



A depriváció azonban jóval kisebb arányban jeleníti meg más státuszjellemzők hatását: az iskolai végzettség és a jövedelem egyaránt ugyan 30–40%-ban megjeleníti a depriváció egészségi állapotra gyakorolt hatását, a három státuszjellemző összességében azonban csak 38–54%-ban jeleníti meg a depriváció szerint mutató különbségeket. A depriváció önállóan tekinthető hatása tehát nagyra számít, különösen a jövedelemhez viszonyítva: a különbségek 46–62%-a nem az általunk vizsgált egyéb változóknak, hanem maguknak a deprivációs különbségeknek tulajdonítható (IV.7. ábra). Mindebből következően akkor, amikor a depriváció „önálló” – legalábbis más strukturális változóktól megtisztított – hatását vizsgáljuk („M7” modell), az életvitelt akadályozó betegség depriváció szerinti esélyhányadosai korántsem csökkennek olyan mértékben, mint ahogy a jövedelem esetében láthattunk. A legjobb helyzetű deprivációs ötödhöz képest valamivel rosszabbnak, de egymáshoz nagyon hasonlóknak tűnik a felső-középső és a középső jövedelmi ötöd helyzete, ennél jelentősen nagyobbak és lépcsőzetesen növekvők a két legalsó deprivációs ötödre vonatkozó esélyhányadosok, 56 illetve 103%-os esélytöbbletet mutatva.

IV.7. ábra

*Az akadályozottság esélyei: esélyhányadosok depriváció szerint (a legfelső deprivációs ötödhöz viszonyítva) és az esélyhányadosok alakulása más változók bevonásának hatására, 25–54 évesek*



IV.12.b. táblázat  
 A depriváció és az akadályozottság esélyei a jövedelemmel és az iskolai végzettséggel való összefüggésben, 25–54 éves rokkantnyugdíjasok nélküli népesség

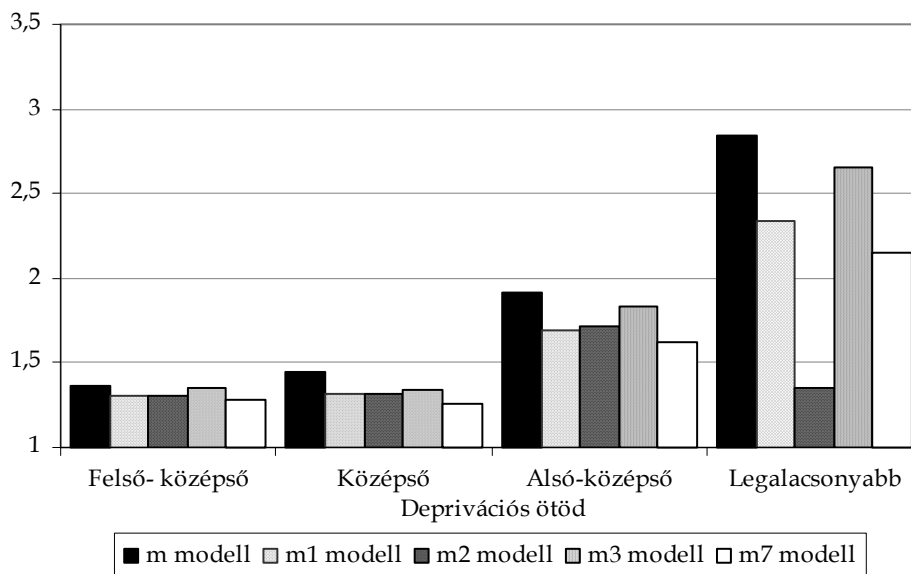
Az egyes modellekbe bevonott változók	m modell (nem + kor + depriváció)	m1 modell m + jövedelem	m2 modell m + iskolai végzettség	m3 modell m + foglalko- zás	m4 modell m + jövede- lem + iskolai végzettség	m7 mo- dell (x)
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>						
Felső-középső deprivációs ötöd	1,3672**	1,3030*	1,3024*	1,3483*	1,2808*	1,2787*
Középső deprivációs ötöd	1,4477**	1,3141*	1,3128*	1,3445**	1,2648	1,2630
Alsó-középső deprivációs ötöd	1,9211***	1,6950***	1,7119***	1,8338***	1,6252***	1,6240***
Legalacsonyabb deprivációs ötöd	2,8472***	2,3329***	2,3565***	2,6543***	2,1521***	2,1496***

(x) m7 modell: m modell + jövedelem + foglalkozás + iskolai végzettség

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*; p < 0,001

IV.8. ábra

Az akadályozottság esélyi: esélyhányadosok deprivációs fok szerint (a legfelső deprivációs ötödhöz viszonyítva) és az esélyhányadosok módosulása más változók bevonása során (25–54 évesek, rokkantnyugdíjasok nélkül)



Amennyiben az elemzést hasonló módon elvégezzük a nem rokkantnyugdíjas középkorúakra, akkor az első meglepetést az okozhatja, hogy az alapmodell („m” modell) esélyhányadosai alig kisebbek azoknál, mint amelyekkel az „M” modell esetében találkoztunk (IV.12.b. táblázat, illetve Melléklet 12.B. táblázat).

Az alapmodellhez a jövedelem („m1” modell), az iskolai végzettség („m2” modell), valamint a foglalkozás („m3” modell) változóját társítva, az esélyhányadosok csökkennek. A felső két deprivációs ötöd esetében a strukturális változók bevonása a megfelelő esélyhányadosokat a referenciaérték körüli szintre csökkentette.

A két legalsó deprivációs kvintilis esetében azonban nagyok az esélykülönbségek, és a többi strukturális változó bevonása sem tudta őket jelentősen csökkenteni. A másik három strukturális változó hatásaitól „megtisztítva”, az alsó-középső deprivációs kvintilisben még mindig 62%-os, a legalsó deprivációs kvintilisben pedig 115%-os többletesély mutatkozik („m7” modell). A depriváció szerinti egészségi állapotbeli esélykülönbségeket a többi strukturális változó csupán 24–41%-ban magyarázta a leginkább depriváltak körében. A nem rokkantnyugdíjas népességet tekintve tehát a depriváció önálló, egészség-esélyeket befolyásoló hatása az eredeti esélyhányadosok 60–70%-a.

#### FOGLALKOZÁS

Végül a foglalkozási csoport szerinti különbségeket vesszük szemügyre (IV.13.a. táblázat, illetve Melléklet 13.A. táblázat). A foglalkozás fizikai jellege önmagában jelentősen növeli az akadályozottság esélyét („N” modell). A foglalkozás szerinti különbségek elemzése előtt, még az „N” modellnél maradva, érdemes megemlíteni, hogy a „J” modellből a foglalkozási csoport változójának hozzáadásával keletkezett „N” modellben a „nem” változója szignifikánssá válik – tehát a nők körében szignifikánsan magasabb eséllyel tapasztalhatjuk az életvitelt akadályozó megbetegedések jelenlétét, mint a férfiak között. A nőkre vonatkozó esélyhányadosok azonban csak az „N” típusú modellekben mutatnak a referenciának tekintett férfiak csoportjához képest szignifikánsan magasabb értéket. Mindez azt jelenti, hogy a többi modellünkben, illetőleg a tanulmány első részében bemutatott elemzések

során azért nem mutatkoztak lényeges különbségek a férfiak és a nők egészségi állapotában, mert nem vettük figyelembe, hogy a nők igen nagy arányban dolgoznak szellemi munkakörökben. E modellünk másfelől ugyanis úgy interpretálható, hogy amennyiben a nők és a férfiak egyenlő arányban dolgoznának fizikai és szellemi munkakörökben, és az életvitelt akadályozó betegség fennállásának valószínűsége a mostanihoz hasonló módon társulnának fizikai és szellemi munkakörökhöz, akkor a nők szignifikánsan nagyobb arányban számolnának be ilyen betegségekről. Másfelől úgy is fogalmazhatnánk, hogy a férfiak és a nők közötti egészségi állapotbeli különbségeket a foglalkozási struktúra jellegzetességei elfedik.

IV.13.a. táblázat  
A foglalkozás és az akadályozottság esélyei a jövedelemmel, a deprivációval és az iskolai végzettséggel való összefüggésben, 25-54 éves népesség

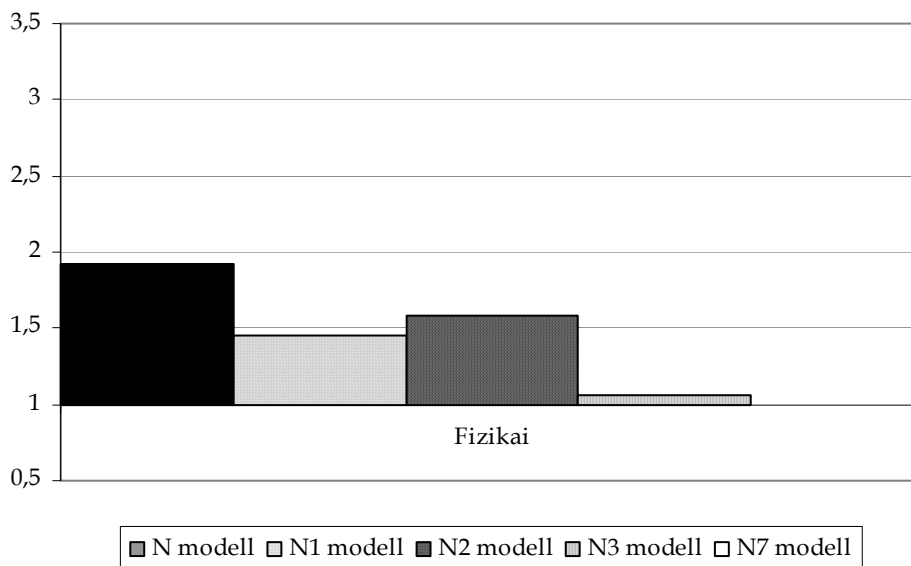
Az egyes modellekbe bevoont változók	J modell nem + kor	N modell J + foglalko- zás	N1 modell N + jövedelem	N2 modell N + depriváció	N3 modell N + iskolai végzettség	N7 modell (x)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>						
Nő	1,0763	1,2403***	1,1469*	1,1619**	1,1350*	1,0804
<i>Foglalkozási csoport (referencia: szellemiek)</i>						
Fizikaiak		1,9213***	1,4508***	1,5866***	1,0670	0,9927

(x) N7 modell: N modell + jövedelem + depriváció + iskolai végzettség  
\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*; p < 0,001

A foglalkozási csoportok esetében azonban nem tudunk az előzőekhez hasonló részletes elemzésbe bocsátkozni. Ha az „N” modellhez a jövedelem vagy a depriváció változóját hozzáadjuk, akkor a fizikai foglalkozásúak magas esélyhányadosa jelentősen mérséklődik. Ha viszont a modellhez az iskolai végzettség változóját adjuk hozzá, akkor a fizikaiak esélyei hasonlóvá válnak a szellemiek esélyeihez, azaz az esélyhányados „1” körülivé válik – az iskolai végzettség tehát teljes egészében „magában foglalja”, megjeleníti a foglalkozási csoportok szerint megmutatkozó különbségeket (IV.13.b. táblázat, IV.9. ábra).

IV.9. ábra

Az akadályozottság esélyei: esélyhányados foglalkozás szerint (a szellemi munkát végzőkhöz viszonyítva) és az esélyhányados módosulása más változók bevonása során, 25–54 évesek



IV.13.b. táblázat

A foglalkozás és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei a jövedelemmel, a deprivációval és az iskolai végzettséggel való összefüggésben, rokkantnyugdíjasok nélküli 25–54 éves népesség

Az egyes modellekbe bevonott változók	j modell nem + kor	n modell (nem + kor + foglalkozás)	n1 modell n + jövedelem	n2 modell n + depriváció	n3 modell n + iskolai végzettség	n7 modell (x)
Nem (referencia: férfi)						
Nő	1,0906	1,1985**	1,1276	1,1238**	1,1277	1,0798
Foglalkozási csoport (referencia: szellemiek)						
Fizikaiak		1,5119***	1,2329**	1,2687**	0,9948	0,9462

(x) n7 modell: n modell + jövedelem+ depriváció + iskolai végzettség

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*; p < 0,001

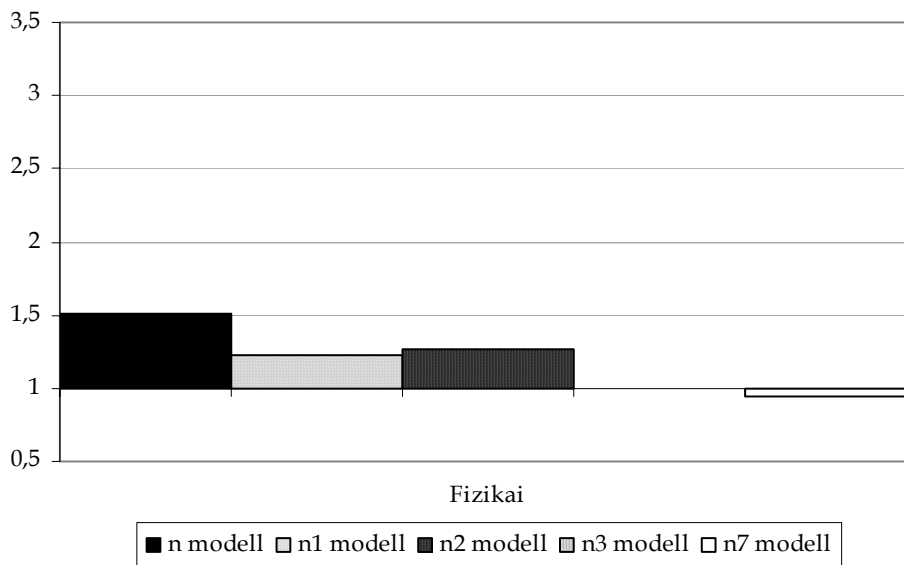
A foglalkozás változóját a korábbiakban azért vontuk be az elemzésbe, hogy a férfiak és a nők esélyei közötti esetleges különbségek is előtűnjenek. Az egészségi állapot szempontjából a társadalmi struktú-

rában elfoglalt helyet általában elégségesnek tűnik az iskolai végzettség, a jövedelem és a depriváció változóival jellemezni, amelyek közül – az előzőek alapján – az egészségi állapot szempontjából fontos társadalmi különbségek nagy részének jellemzésére az iskolai végzettség és a depriváció külön is alkalmas.

Az összefüggések anem rokkantnyugdíjas középkorúak között hasonlóan alakulnak (IV.13.b. táblázat, IV.10. ábra). A fizikaiak több mint 50%-os többletesélyei jelentősen csökkennek mind a jövedelem, mind pedig a depriváció változójának „n” modellhez való hozzáadásával („n1” és „n2” modell), és az iskolai végzettség változójának hozzáadásakor teljesen eltűnnek („n3” modell).

IV.10. ábra

*Az akadályozottság esélyei: esélyhányados foglalkozás szerint (a szellemi munkát végzőkhöz viszonyítva) és az esélyhányados módosulása más változók bevonása során (25–54 évesek, rokkantnyugdíjasok nélkül)*



#### MUNKAERŐ-PIACI HELYZET ÉS EGÉSZSÉG

A munkaerő-piaci helyzet jellemzése elsősorban foglalkozás és gazdasági aktivitás szerinti elemzést követelne.

A foglalkozási csoportokról a korábbiakban már esett szó. A mortalitási elemzések jelentős különbségeket mutatnak a szellemi és fizikai foglalkozásúak halandósági esélyei között (Klinger, 2001), ezért elsőként e két tág csoport közötti különbségeket vettük szemügyre. A korábban bemutatott eredményeink szerint a két csoport között a megbetegedési esélyekben is valóban jelentős különbség fedezhető fel a fizikai hátrányára. A foglalkozási csoportok közötti eltéréseket ennél részletesebben nem vizsgáltuk, tekintettel arra, hogy az „Életünk fordulópontjai” vizsgálat következő hulláma remélhetőleg részletesebb információkat szolgáltat majd a munkaút egészéről. Egy másik, az Európai Unióhoz 2004-ben csatlakozott országok körében végzett elemzésünkben az derült ki, hogy az egészségi állapot és a munka kapcsolatát jelentősen befolyásolják az adott munkát jellemző munkafeltételek (Kapitány-Kovács-Krieger, 2005). A munkavégzés rossz fizikai és pszichológiai körülményei egymáshoz hasonló mértékben társulnak az átlagosnál rosszabb egészségi állapottal.

A munkaerő-piaci pozíciót a foglalkozáson felül elsősorban a gazdasági aktivitás szerinti státus jellemzi. A rokkantnyugdíjas státus és az egészségi állapot közötti, már korábban említett kollinearitási problémák miatt a gazdasági aktivitás szerinti elemzéssel csak közvetve foglalkozunk. Megvizsgáljuk viszont az általában kitüntetett figyelemmel kísért munkanélküliség problémáját.

Az alapszintű elemzés eredményei azt sugallták, hogy a munkanélküliség tekintetében nem elsősorban az adatfelvétel időpontjában tapasztalható, aktuális munkanélküli vagy nem munkanélküli státusnak kell jelentőséget tulajdonítanunk. Ezért a munkanélküliséghez kapcsolódó egészség-esélyek kérdését egy, a szokásosan használtaktól kissé eltérő változó bevonásával elemezzük. A munkaerő-piaci sérülékenységet más oldalról világítja meg a munkanélküliségi tapasztalat és az életvitelt akadályozó betegség fennállása közötti kapcsolat vizsgálata. A munkanélküliségi tapasztalat változója – ahogyan már a II. fejezetben bevezettük – nem egy jelenlegi munkanélküliségi státusra vonatkozik, hanem az életút során megtapasztalt munkanélküliségi periódusokat összegzi. Bár első pillanatban nyilvánvalóan azt tételoznénk fel, hogy a munkanélküliséghez általában az életvitelt is akadályozó betegségek magasabb kockázata társul, a közelmúltban más országok-

ban folytatott vizsgálatok e tekintetben óvatosságra intenek – a munkanélküliség különféle makrogazdasági kontextusokban más és más kapcsolatot létesíthet a munkanélküliség és az egészségi állapot között (Jin és munkatársai, 1996, Béland és munkatársai, 2002; van de Mheen és munkatársai, 1999, Turner, 1995).

Az alapszintű elemzés során arra jutottunk, hogy a munkanélküliséggel csak rövid időre találkozóknak betegségkockázata nem nagyobb az átlagosnál, ugyanakkor jelentős kockázattövekedést tapasztaltunk a tartós munkanélküliek körében. A két évet, vagy annál hosszabb időt munka nélkül töltők egészségi állapota valóban rosszabb az átlagosnál, amelyet a csak korra és nemre standardizált „P” modellünkben (IV.14.a. táblázat, illetve Melléklet 14.A. táblázat) a hosszú ideig munka nélkül lévők magas esélyhányadosa jelez. Ez a magas esélyhányados jelentősen csökken a depriváció és még jelentősebben az iskolai végzettség, illetve a jövedelem változójának bevonásával. A három változó együttes bevonása az esélyhányados referenciacsoporttól való szignifikáns különbözőségét megszünteti, azaz adataink arra utalnak, hogy a hosszú munkanélküliség nem önmagában, hanem a helyzethez társuló jövedelmi és deprivációs hátrányok következtében társul az életvitelt akadályozó betegségek magasabb arányú megjelenéséhez.

IV.14.a. táblázat

*Munkanélküliségi tapasztalat és az akadályozottság esélye  
(a fiatal-középkorú népesség körében): az esélyhányadosok alakulása azokhoz képest,  
akik soha nem voltak munkanélküliek*

Az egyes modellekbe bevonott változók	P modell (x)	P1 modell	P2	P3	P4 modell	P5	P6
		P + iskolai végzettség	P + jövedelem	P + depriváció	P + foglalkozás	P + magányosság	modell (xx)
Munkanélküliségi tapasztalat: (referencia: nem volt munkanélküli)							
Rövidebb ideig munka nélkül volt	1,1027	0,9179	0,9388	0,9938	0,9819	1,1014	0,8544**
Hosszú ideig munka nélkül volt	1,6046***	1,1753	1,1590	1,2675*	1,3893***	1,6016***	0,9691

(x) P modell: nem + kor + munkanélküliségi tapasztalat

(xx) P6 modell: P + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001



Amennyiben elemzésünkbe csupán a nem rokkantnyugdíjas középkorúakat vonjuk be, akkor csak a rövidebb munkanélküliségi periódusokhoz kapcsolódó egészség-esélyek alakulnak az imént leírt módon. Ebben az esetben a jelentősen magasabb egészségkockázatokat mindegyiknél az iskolai végzettség szerinti esélykülönbségek jelenítik meg (IV.14.b. táblázat). A hosszabb ideig munka nélkül maradtak kockázatai az összes strukturális változó hatásának figyelembevételét követően is szignifikánsan magasabbak, mint azoké, akiknek munkájuk volt.

IV.14.b. táblázat  
Munkanélküliségi tapasztalat és az akadályozottság esélye  
(a rokkantnyugdíjasok nélküli fiatal-középkorú népesség körében): az esélyhányadosok alakulása azokhoz képest, akik soha nem voltak munkanélküliek

Az egyes modellekbe bevont változók	p modell (x)	p1 modell p + iskolai végzettség	p2 modell p + jövedelem	p3 modell p + depri- váció	p4 modell p + foglalko- zás	p5 modell p + magá- nyosság	p6 modell (xx)
<i>Munkanélküliségi tapasztalat: (referencia: nem volt munkanélküli)</i>							
Rövidebb ideig munka nélkül volt	1,1948*	1,0520	1,0623	1,0831	1,1134	1,1475	0,9924
Hosszú ideig munka nélkül volt	1,8642** *	1,5131***	1,4764***	1,4865***	1,7114***	1,7195***	1,2710*

(x) p modell: nem + kor + munkanélküliségi tapasztalat

(xx) p6 modell: p + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

### 3. AZ ISKOLAI VÉGZETTSÉG, A JÖVEDELEM, A DEPRIVÁCIÓ ÉS A FOGLALKOZÁS KAPCSOLATA AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTTAL AZ 55-75 ÉVES NÉPESSÉG KÖRÉBEN

Az iskolai végzettség, a jövedelem, a depriváció és a foglalkozási csoport az alapszintű elemzések tanúsága szerint más és más viszonyban áll egymással a különböző korcsoportokban abból a szempontból, hogy mi a szerepük az egészségi állapot, ezen belül az életvitelt korlátozó betegségek esélyeinek formálásában. Azt az elemzést tehát, amelyet az előző-

ekben a fiatal-középkorú népességre nézve elvégeztünk, feltétlenül szükséges az idős-középkorú népességre vonatkozóan megismételni.

Elsőként ismét az iskolai végzettség mentén tapasztalható különbségeket vizsgáljuk meg. A csak a nem, a kor és az iskolai végzettség változóit tartalmazó alapmodellünkben (IV.15.a. táblázat, illetve Melléklet 15.A. táblázat, „R” modell) a felsőfokú végzettségűekhez viszonyítva a többi iskolai végzettségi csoport esélyhányadosai meglehetősen magasak – bár mérsékeltebbek, mint amelyeket a megfelelő modellben a fiatal-középkorúak esetében tapasztalhattunk. Az iskolai végzettség szerinti csoportok közti esélykülönbségek jelentősnek tekinthetők, a legnagyobb távolság pedig a nyolc általánost végzettek, illetve a nyolc általánosnál alacsonyabb végzettségűek esélyhányadosai között mutatkozik. Az iskolai végzettség szerinti esélyhányadosok jelentősen csökkennek akkor, ha modellünkbe más változókat is bevonunk. Az esélyhányadosokat – tekintsük bármely iskolai végzettség szerinti csoportot – a jövedelem figyelembevételével csökkenti a legnagyobb mértékben. Ellentétben azzal, amit a fiatal-középkorúak körében láthattunk, az iskolai végzettségbeli hatások jelentős részben „betudhatók” a foglalkozás fizikai vagy nem fizikai jellege hatásának is. A foglalkozás szerepének jelentősége elsősorban a szakmunkás végzettségűek és a nyolc általánost végzettek körében figyelemre méltó.

IV.15.a. táblázat

*Az iskolai végzettség és az akadályozottság esélyei a jövedelemmel, a foglalkozással és a deprivációval való összefüggésben (az idős-középkorú népesség körében)*

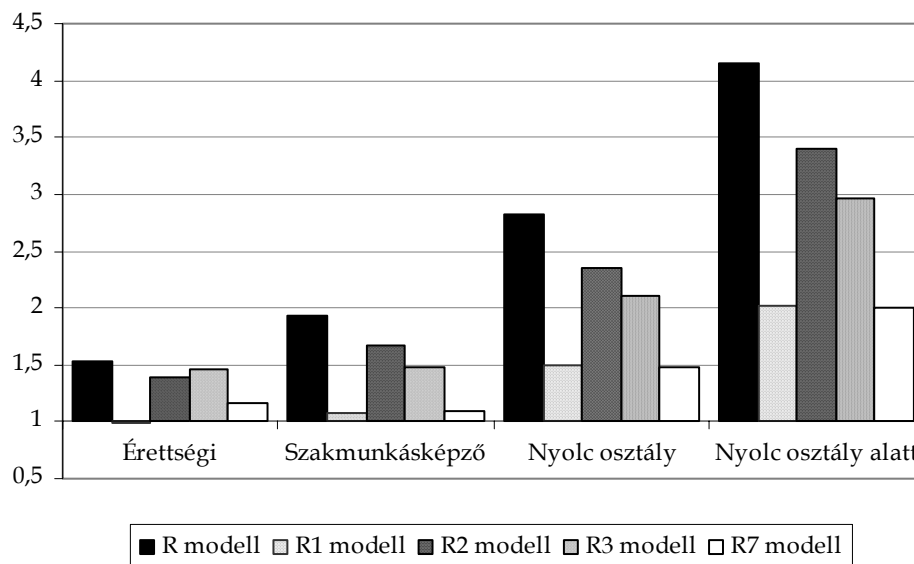
<i>Az egyes modellekbe bevont változók</i>	<i>R modell (nem + kor + iskolai végzettség)</i>	<i>R1 modell R + jövedelem</i>	<i>R2 modell R + depriváció</i>	<i>R3 modell R + foglal- kozás</i>	<i>R7 modell (x)</i>
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfokú végzettség)</i>					
Érettségi	1,5320***	0,9961	1,3890**	1,4236**	1,1606
Szakmunkásképző	1,9245***	1,0817**	1,6620***	1,4738**	1,0953
Nyolc osztály	2,8222***	1,5007***	2,3600***	2,0986***	1,4718**
Nyolc osztály alatt	4,1581***	2,0161***	3,3914***	2,9701***	1,9975***

(x) R7 modell: R + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

Ha az iskolai végzettség hatását „megtisztítjuk” azoktól a hatásoktól, amelyeket a jövedelem, a depriváció és a foglalkozás következményeként szemlélhetünk, akkor egy részről azt láthatjuk, hogy az iskolai végzettségnek az imént említett jellemzők által nem közvetített „önálló” hatása jóval kisebb, mint a középkorúak esetében (IV.11. ábra). Az iskolai végzettség szerinti esélykülönbségek a leginkább a jövedelem szerinti esélykülönbségekben tükröződnek, majd pedig a foglalkozás és a depriváció szerepét kell (e sorrendben) hangsúlyoznunk. Összességében, az érettségizettek és a szakmunkások esetében nem kötődnek „önálló” egészségi állapotbeli esélykülönbségek az iskolai végzettséghez. A nyolc általánost, illetve az ennél kevesebbet végzettek esetében azonban az iskolai végzettségbeli különbségeknek csak 70% körüli részét magyarázzák e csoportok jövedelmi, deprivációs helyzetéhez vagy a foglalkozás esetleges fizikai jellegéhez kötődő esélykülönbségei. Tehát az iskolai végzettség szerint mutató egészségi állapotbeli különbségek 10–32%-a tekinthető ebben az esetben az iskolai végzettség önálló, nem jövedelmi vagy deprivációs helyzet, esetleg foglalkozás miatt kialakuló különbségnek. Mindezek szerint a csupán az iskolai végzettség szerint mutató kockázatok 47%-kal magasabbak a nyolc általánost végzettek és közel 100%-kal a nyolc általánosnál kevesebb osztályt végzettek körében annál, mint amit a felsőfokú végzettségűek között tapasztalhatunk (IV.15.a. táblázat, R7 modell).

IV.11. ábra  
 Az akadályozottság esélyei: esélyhányadosok iskolai végzettség szerint (a felsőfokú végzettségűekhez viszonyítva) és az esélyhányadosok módosulása más változók bevonása során (55–75 évesek)



A rokkantnyugdíjasokat figyelmen kívül hagyva, az idősök között az iskolai végzettség szerinti esélyhányadosok ismét csak jóval mérsékeltebbek (IV.15.b. táblázat, illetve Melléklet 15.B. táblázat, „r” modell), mint az idős népesség körében általában. A jövedelmi, illetve a foglalkozásbeli különbségekhez kötődő egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek teljes egészében meg tudják jeleníteni az iskolai végzettség szerinti esélykülönbségeket („r7” modell). A három strukturális változó bevonása a modellbe az esélyhányadosok értékét a referencia szintjére csökkenti (IV.12. ábra).

IV.15.b. táblázat

Az iskolai végzettség és az akadályozottság esélyei a jövedelemmel, a foglalkozással és a deprivációval való összefüggésben (az idős-középkorú népesség körében, rokkantnyugdíjasok nélkül)

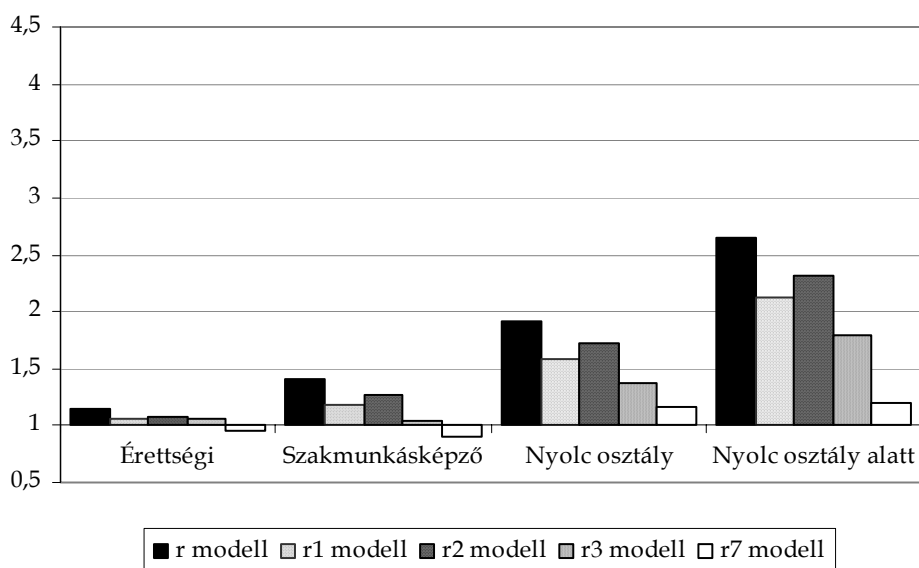
Az egyes modellekbe bevont változók	r modell (nem + kor + iskolai végzettség)	r1 modell r + jövedelem	r2 modell r + depriváció	r3 modell r + foglalkozás	r7 modell (x)
Iskolai végzettség (referencia: felsőfokú végzettség)					
Érettségi	1,1455	1,0538	1,0,800	1,0566	0,9612
Szaktanácsképző	1,4054*	1,1875	1,2760	1,0375	0,8934
Nyolc osztály	1,9199***	1,5856**	1,7272***	1,3656	1,1646
Nyolc osztály alatt	2,6434***	2,1317***	2,3172***	1,7985**	1,4949

(x) r7 modell: r + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

IV.12. ábra

Az akadályozottság esélyei: esélyhányadosok iskolai végzettség szerint (a felsőfokú végzettségűekhez viszonyítva) és az esélyhányadosok módosulása más változók bevonása során (55–75 évesek, rokkantnyugdíjasok nélkül)



Hasonló módon vesszük szemügyre az életvitelt akadályozó betegség jövedelem szerinti kockázatainak alakulását. A jövedelmi ötödök alapján tapasztalható különbségek, a csak nemre és korra standardizáltan vizsgálva (IV.16.a. táblázat, illetve Melléklet 16.A. táblázat, „S” modell) igen jelentősek és – ellentétben azzal, amit a fiatal-középkorúak esetében figyelhettünk meg – nagyobbak, mint például az iskolai végzettség szerinti csoportokhoz kötődő különbségek. Viszonylag nagy kockázatkülönbségek mutatkoznak a legjobb helyzetű jövedelmi ötödhöz tartozó és a vele szomszédos, felső-közepes jövedelmi ötödhöz tartozók között, a különbségek azonban az egyre alacsonyabb jövedelmű ötödök kockázatait egymással összehasonlítva folyamatosan csökkennek. Következő kérdésünk ismét az, hogy a jövedelmi hatások mennyiben takarnak iskolai végzettség szerinti, foglalkozás avagy éppen depriváció szerinti különbségeket. Meglepő módon, a fent felsorolt változók közel egyenlő arányban „magyarázzák” a jövedelmi különbségek mentén megjelenő kockázatkülönbségeket (IV.16.a1. táblázat). Ezek a hatások jórészt átfedik egymást: mindhárom, strukturális helyzetet jellemző változónkat bevonva sem tudjuk teljes mértékben „megmagyarázni” a jövedelmi grádiens mentén megjelenő kockázatkülönbségeket (IV.13. ábra). Ez merőben különbözik a fiatal-középkorúak körében látott mechanizmusoktól. Ugyanakkor a jövedelmi különbségek mentén létrejövő kockázatok egymáshoz való viszonya jelentősen módosul, amikor más strukturális változók hatását vesszük figyelembe. „S7” modellünk szerint a kockázatok nem különböznek jelentősen egymástól a három alsó jövedelmi ötödben, de ez a kockázat jelentősen eltér a legmagasabb jövedelmi ötöd kockázataitól. A képet kicsit leegyszerűsítve az mondhatjuk, hogy a jövedelem és az életvitelt korlátozó betegség kockázatai közötti kapcsolat az idős-középkorúak esetében a – nagyobb csoportot képező – „szegényebbek” és a – kisebb csoportot alkotó – „gazdagabbak” eltérő kockázataival írható le.

IV.16. a. táblázat

A jövedelem és az akadályozottság esélyei a deprivációval, a foglalkozással és az iskolai végzettséggel való összefüggésben (az idős-középkorú népesség körében)

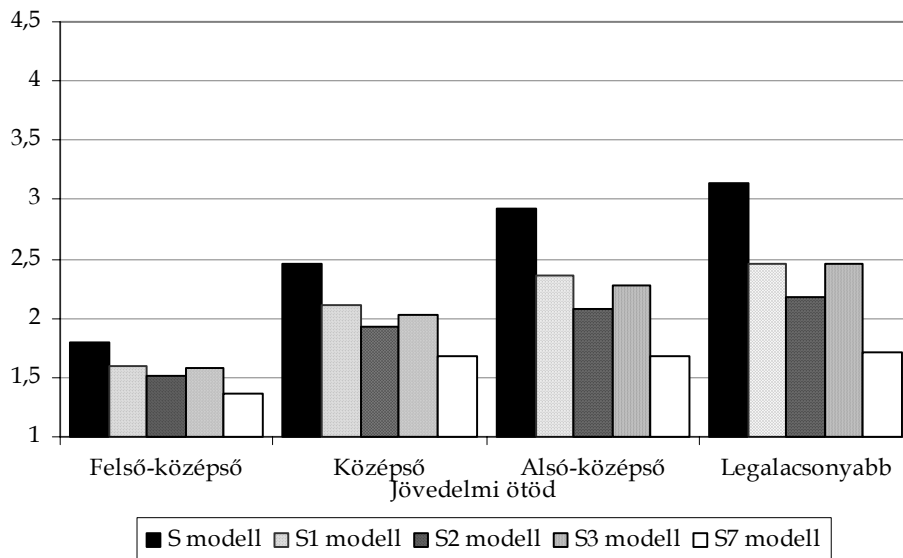
Az egyes modellekbe bevonott változók	S modell (nem + kor + jövede- lem)	S1 mo- dell S + depri- váció	S2 mo- dell S + iskolai végzett- ség	S3 mo- dell S + foglalko- zás	S7 mo- dell (x)
Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)					
Felső- középső jövedelmi ötöd	1,7987***	1,5929***	1,5214***	1,5730***	1,3653**
Középső jövedelmi ötöd	2,4674***	2,1153***	1,9365***	2,0366***	1,6732***
Alsó-középső jövedelmi ötöd	2,9260***	2,3602***	2,0792***	2,2792***	1,6871***
Legalacsonyabb jövedelmi ötöd	3,1324***	2,4624***	2,1730***	2,4258***	1,7203***

(x) S7 modell: S + depriváció + foglalkozás + iskolai végzettség

\* p< 0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\* p< 0,001

IV.13. ábra

Az akadályozottság esélyei: esélyhányadosok jövedelem szerint (a legfelső jövedelmi ötödhöz viszonyítva) és az esélyhányadosok módosulása más változók bevonása során (55–75 évesek)



Mennyiben változik meg ez a kép, ha a rokkantnyugdíjasok nélküli idősök vonatkozásában végezzük el az elemzést (IV.16.b. táblázat, IV.14. ábra). A jövedelem szerinti esélykülönbségek („s” modell) valamivel mérsékeltebbek, mint a teljes népesség esetében. Az esélyhányadosok itt is elsősorban a foglalkozás változójának bevonásával változnak („s3” modell), a három strukturális változó bevonása után valószínűleg el is tűnnek („s7” modell).

IV.16.b. táblázat

*A jövedelem és az akadályozottság esélyei a deprivációval, a foglalkozással és az iskolai végzettséggel való összefüggésben (az idős-középkorú népesség körében, rokkantnyugdíjasok nélkül)*

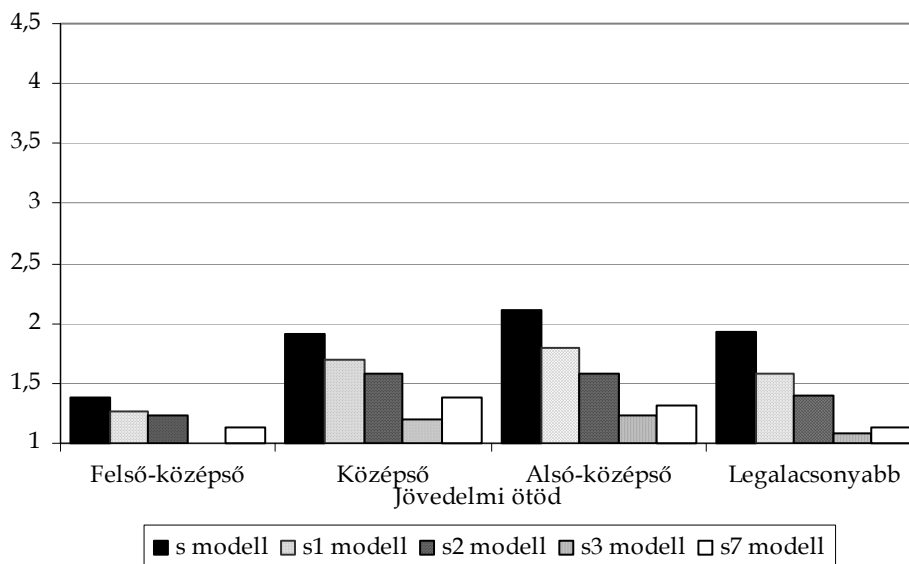
Az egyes modellek-be bevont változók	s modell (nem + kor + jövedelem)	s1 modell s + depriváció	s2 modell s + iskolai végzettség	s3 modell s + foglalkozás	s4 modell s + iskolai végzettség + depriváció	s7 modell (x)
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>						
Felső-középső	1,3781*	1,2639**	1,2283	0,9267	1,1401	1,1267
Középső	1,9065***	1,6905***	1,5745***	1,2026***	1,4174*	1,3742*
Alsó-középső	2,1051***	1,7892***	1,5809**	1,2331***	1,3703*	1,3139
Legalacsonyabb	1,9232***	1,5868***	1,4002**	1,0775*	1,1797	1,1324

(x) s7 modell: s + depriváció + foglalkozás + iskolai végzettség

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001



IV.14. ábra  
 Az akadályozottság esélyei: esélyhányadosok jövedelem szerint (a legfelső jövedelmi ötödhöz viszonyítva) és az esélyhányadosok módosulása más változók bevonása során (55–75 évesek, rokkantnyugdíjasok nélkül)



Amennyiben a deprivációt hasonló módon vesszük szemügyre, azt tapasztaljuk, hogy a csak nemre és korra kontrollált esetben – a különbségek kevésbé élesek, mint amit a jövedelemnél láttunk, de a kockázatok a rosszabb deprivációs helyzetek felé haladva egyenletesen növekednek. Kivételt képez ez alól a két legalsó deprivációs ötöd közötti különbség, amely valamivel mérsékeltebbnek tűnik a többi ötöd között tapasztalható különbségekhez képest (IV.17.a. táblázat, illetve Melléklet 17.A. táblázat).

IV.17.a. táblázat  
*A depriváció és az akadályozottság esélyei a jövedelemmel  
és az iskolai végzettséggel való összefüggésben (az idős-középkorú népesség körében)*

Az egyes modellekbe bevont változók	T modell (kor + nem + depriváció)		T2 modell T + iskolai végzettség	T3 modell T + foglalkozás	T7 modell (x)
	T1 modell T + jövedelem				
<i>Deprivációs kvintilis (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>					
Felső-középső deprivációs ötöd	1,4714***	1,2827**	1,3239**	1,3392***	1,2410*
Középső deprivációs ötöd	1,8799***	1,5136***	1,6038***	1,6569***	1,4455***
Alsó-középső deprivációs ötöd	2,3260***	1,8091***	1,9443***	2,0214***	1,7235***
Legalacsonyabb deprivációs ötöd	2,5429***	1,8597***	2,0599***	2,1855***	1,7782***

(x) T7 modell: T + jövedelem + foglalkozás + iskolai végzettség

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

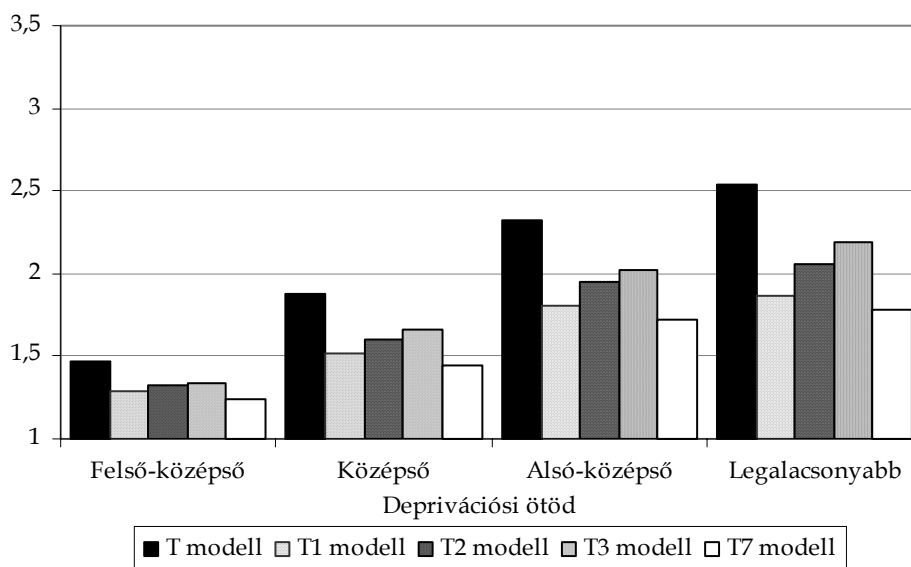
A jövedelem, az iskolai végzettség és a foglalkozás itt is jelentős mértékben megjeleníti azokat az esélykülönbségeket, amelyeket a depriváció szintje szerint tapasztalhatunk. Legjelentősebb befolyása e tekintetben a jövedelemnek van, amely a többlet-esélyek szintjét 40–45%-kkal csökkenti, bár hasonló nagyságrendű az iskolai végzettség és a foglalkozás hatása is. Ezek a hatások jórészt átfedik egymást (IV.15. ábra), így a depriváció mentén létrejövő különbségeknek kevesebb mint felét (45–50%-áta) magyarázzák meg az iskolai végzettség, a jövedelem vagy a foglalkozási csoport szerinti esetleges különbségek. Ilyen értelemben tehát az eddig vizsgált változók közül a depriváció „önálló” hatása a legjelentősebb.

Másképpen fogalmazva, a rosszabb deprivációs helyzetűek esélye arra, hogy életvitelüket korlátozó betegséggel éljenek, az iskolai végzettség, a jövedelem és a foglalkozási csoportok szerinti egyenlőtlenségek „leszámításával” után is 24-78%-kal magasabb a referenciaszintnél („T7” modell). Pontosabban, a legjobb helyzetben lévő és az azt követő deprivációs ötöd kockázati különbségei összezsugorodnak („T7” modell). Rosszabb helyzetűnek mutatkozik a középső deprivációs kvintilis helyzete, és ennél is lényegesen nagyobb, de egymástól nem különböző kockázat jellemzi a két legalacsonyabb deprivációs ötöd helyzetét. Depriváció szerint tehát egy ugyanolyan két-három osztatú struktúra

képe bontakozik ki, mint amit a jövedelem esetében láttunk, és még a kockázatok mértéke is igen hasonlóan alakul egymáshoz.

IV.15. ábra

Az akadályozottság esélyei: esélyhányadosok deprivációs fok szerint (a legfelső deprivációs ötödhöz viszonyítva) és az esélyhányadosok módosulása más változók bevonása során (55–75 évesek)



IV.17.b. táblázat

A depriváció és az akadályozottság esélyei a jövedelemmel és az iskolai végzettséggel való összefüggésben (az idős-középkorú népesség körében, rokkantnyugdíjasok nélkül)

Az egyes modellekbe bevont változók	t modell				
	(kor + nem + depriváció)	t1 modell (t + jövedelem)	t2 modell (t + iskolai végzettség)	t3 modell (t + foglalkozás)	t7 modell (x)
<i>Deprivációs kointilis (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>					
Felső-középső deprivációs ötöd	1,3856**	1,2871*	1,3127**	1,3065*	1,2686*
Középső deprivációs ötöd	1,5960***	1,4214**	1,4521**	1,4629**	1,3794**
Alsó-középső deprivációs ötöd	2,0008***	1,7601***	1,8066***	1,8142***	1,7159***
Legalacsonyabb deprivációs ötöd	1,9021***	1,6481***	1,6959***	1,7243***	1,6164**

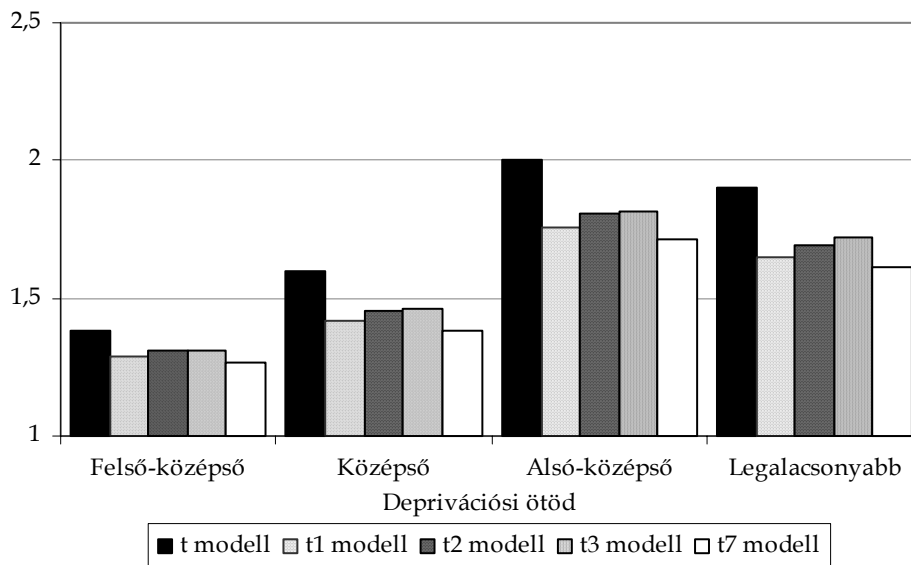
(x) t7 modell: t + jövedelem + foglalkozás + iskolai végzettség

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

Amennyiben a nem rokkantnyugdíjas idős korében végezzük el ugyanezt az elemzést, a legfeltűnőbb eredményként kétségkívül azt kapjuk, hogy a deprivációs szint szerinti különbségek alig mutatkoznak mérsékeltébbeknek, mint a teljes idős népesség körében (IV.17.b. táblázat, illetve Melléklet 17.B. táblázat). A jövedelmi, iskolai végzettségbeli és foglalkozás szerinti esélykülönbségek „leszámítolása” („t1”, „t2”, „t3” modellek) során az esélykülönbségek minden esetben 20-30%-kal csökkentek (IV.16. ábra). Ugyanakkor, ezek az esélykülönbség-csökkenések nem adódtak össze: a strukturális változók mindegyikének figyelembe vétele után is a különbségek mindössze 28-36 százalékaival tudunk „elszámolni”. A deprivációs szint szerinti egészségi állapotbeli esélyek tehát a többi strukturális változó hatásától függetlenül 26-72%-os csupán a depriváció által magyarázhatók („t7” modell).

IV.16. ábra

*Az akadályozottság esélyei: esélyhányadosok deprivációs fok szerint (a legfelső deprivációs ötödhöz viszonyítva) és az esélyhányadosok módosulása más változók bevonása során (55-75 évesek, rokkantnyugdíjasok nélkül)*



Végül a foglalkozás (amelyen ebben a korcsoportban legtöbb esetben a már nem gyakorolt, utolsóként számon tartott foglalkozást érthetjük) és az életvitelt akadályozó betegség kockázatainak kapcsolatát vetjük részletes elemzés alá.

Amennyiben csak nemre és korra standardizálunk, fizikai és nem fizikai foglalkozásúak között kétszeres esélykülönbség mutatkozik (IV.18.a. táblázat, illetve Melléklet 18.A. táblázat, „U” modell). A megfigyelt esélykülönbségek azonban ez esetben is nagy részben interpretálhatók iskolai végzettség szerinti esélykülönbségekként, de jelentős szerepe van a háttérben meghúzódó jövedelem és depriváció szerinti esélykülönbségeknek is. Ellentétben azonban azzal, amit a fiatal-középkorúak esetében tapasztalhattunk, a foglalkozás fizikai jellege – azonos iskolai végzettség, jövedelem és deprivációs szint feltételezése mellett – önmagában is emeli az életvitelt akadályozó betegségek kialakulásának kockázatát. A jövedelem, a depriváció és az iskolai végzettség változóinak modellekbe való együttes bevonása a fizikaiak többlet-esélyeit csupán 52%-kal mérsékelte (IV.17. ábra). A fizikaiak magasabb esélyhányadosának közel fele (48%-a) tehát csupán a munka fizikai jellegéhez kapcsolódik, összességében 40%-os esély-többletet mutatva a szellemiekhez képest („U7” modell).

IV.18 a. táblázat

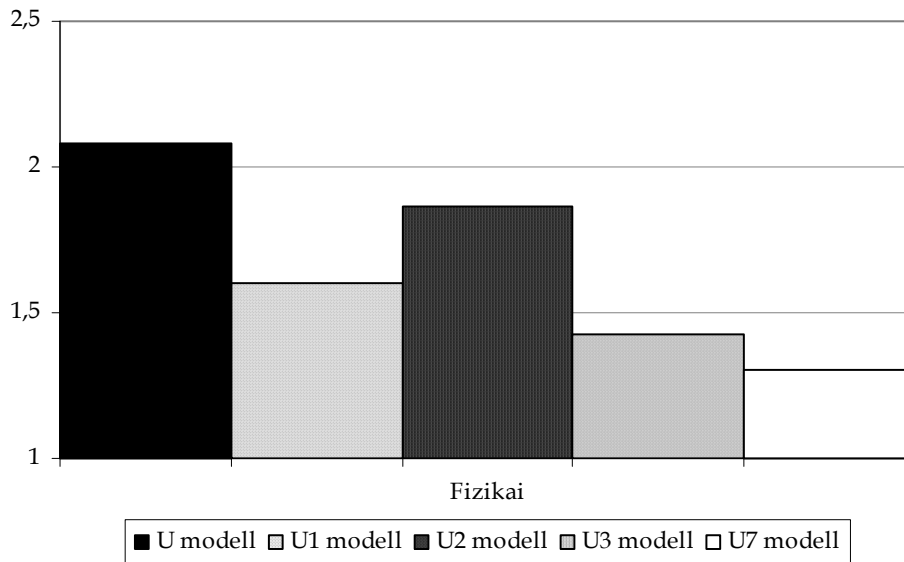
*A foglalkozás és az akadályozottság esélyei esélyei a jövedelemmel, a deprivációval és az iskolai végzettséggel való összefüggésben (az idős-középkorú népesség körében)*

<i>Az egyes Modellekbe bevont változók</i>	<i>U modell (nem + kor + foglalkozás)</i>	<i>U1 modell U+ jövede- lem</i>	<i>U2 modell U+ depriváció</i>	<i>U3 modell U + iskolai végzettség</i>	<i>U7 modell (x)</i>
<i>Foglalkozási csoport (referencia: szellemiek)</i>					
Fizikaiak	2,0796***	1,5991***	1,8632***	1,4266***	1,3064**

(x) U7 modell: U + jövedelem + depriváció + iskolai végzettség

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

IV.17. ábra  
 Az akadályozottság esélyei: esélyhányados foglalkozás szerint (a szellemi munkát végzőkhöz viszonyítva) és az esélyhányados módosulása más változók bevonása során (55-75 évesek)



Amennyiben a nem rokkantnyugdíjas időseket vizsgáljuk, a foglalkozás szerepe még hangsúlyosabbá válik (IV.18.b. táblázat, illetve Melléklet 18.B. táblázat). A fizikai foglalkozáshoz társuló magas kockázatokot ebben az esetben is leginkább az iskolai végzettség szerinti különbségek jelentik meg, a többlet-esélyek 43%-a eltűnt akkor, amikor az iskolai végzettségre is standardizáltuk (IV.18. ábra). Ugyanakkor, mindhárom a foglalkozástól különböző strukturális változó figyelembevétele után, a fizikaiak esélyhányadosai még mindig 40%-kal magasabbak a szellemiekénél („u7” modell). Összességében tehát ebben az esetben az esély-többlet mindössze 52 százalékát sikerült a más dimenziók mentén is megjelenő egyenlőtlenségekként kimutatni, 48%-ban a fizikai foglalkozásúak esély-többlete csupán (volt) munkájuk fizikai jellegéhez, s nem pedig esetleges iskolai végzettségbeli, jövedelmi vagy deprivációs hátrányaikhoz társul.

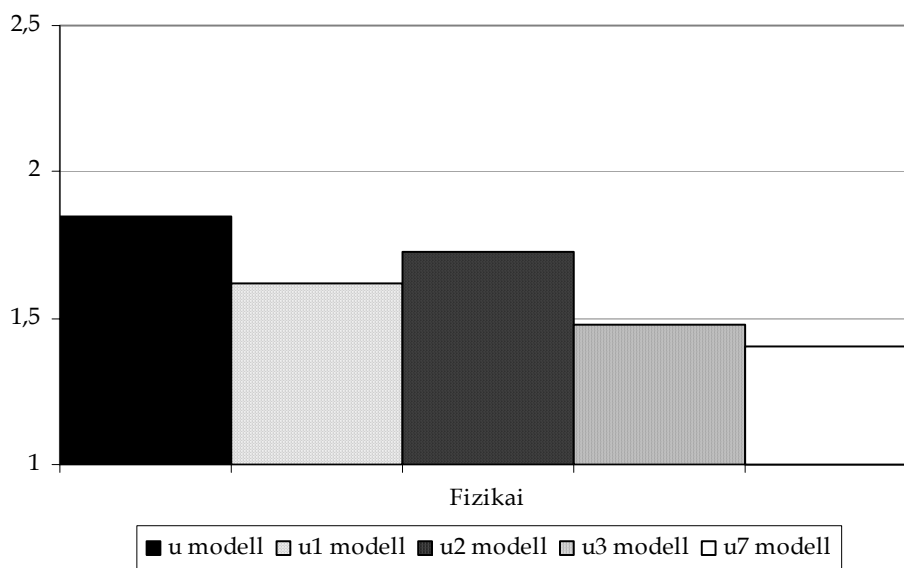
IV.18.b. táblázat  
 A foglalkozás és akadályozottság esélyei a jövedelemmel,  
 a deprivációval és az iskolai végzettséggel való összefüggésben  
 (az idős-középkorú korú, nem rokkantnyugdíjas népesség körében)

Az egyes model- lekbe bevont változók	u modell (nem + kor + foglalkozás)	u1 modell u+ jövede- lem	u2 modell u+ depriváció	u3 modell u + iskolai végzettség	u7 modell (x)
Foglalkozási csoport (referencia: szellemiek)					
Fizikaiak	1,8456***	1,6194***	1,7294***	1,4804***	1,4049**

(x) u7 modell: u + jövedelem + depriváció + iskolai végzettség

\* p< 0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\* p< 0,001

IV.18. ábra  
 Az akadályozottság esélyei: esélyhányados foglalkozás szerint (a szellemi munkát végzőkhöz  
 viszonyítva) és az esélyhányados módosulása más változók bevonása során  
 (55-75 évesek, rokkantnyugdíjasok nélkül)



## ÖSSZEFOGLALÁS

Elemzésünk központi kérdése az volt, hogy a társadalmi struktúra mely törésvonalai rendelkeznek különös jelentőséggel a népesség magasabb és alacsonyabb betegségkockázatú csoportjainak elválasztásában.

A kereszt táblákra alapuló és a sokváltozós módszerekkel végzett elemzéseink egybehangzóan azt bizonyították, hogy a rossz egészségű csoportok körülhatárolásában a népesség egyes korosztályaiban a társadalmi helyzet különféle jellemzőinek eltérő a súlya, jelentősége. Elemzésünk csak két nagyobb korcsoportot különített el.

A fiatal-középkorúak és az idős-középkorúak egészség- és betegség-esélyeinek alakulásában egyaránt különlegesen fontos és önálló szerepet töltött be az életút során felhalmozódott materiális hátrányokat bemutató depriváció. A fiatalabbak esetében a deprivációhoz hasonlóan, a többi változó hatásától elkülönítve is különösen jelentősnek bizonyult az iskolai végzettség szerepe. A jövedelem szintén önállóan, de az előbb említetteknél kevésbé erőteljesen befolyásolta a betegség-esélyek alakulását, míg a foglalkozás jellege nem játszott önálló szerepet: hatását az iskolai végzettség hatása teljes mértékben elfedte.

Az idős-középkorúak esetében szintén a depriváció mutatkozott a leginkább önálló tényezőnek, de az iskolai végzettség és a jövedelem is egymással összemérhető módon önálló befolyást gyakorolt az egészség-esélyek formálódására. Mindemellett ennél kisebb mértékben ugyan, de a foglalkozás jellege is lényegesnek bizonyult.

A fiatal-középkorúak esetében úgy tűnik, kevesebb tényezővel kell számolnunk az egészség és a betegség esélyeinek „kalkulációjánál” – elsősorban a deprivációs helyzettel és az iskolai végzettséggel, és másodsorban a jövedelemmel. A fiatal középkorúak esetében az esélyek „érzékenyek” a strukturális helyzetben való kisebb eltérésekre is – az iskolai végzettség, a depriváció, és a jövedelem általunk vizsgált szintjeihez eltérő esélyek kapcsolódtak. Az esélyek – az alább említendő kivételeket leszámítva – fokozatosan javultak a jobb strukturális helyzet egyes lépcsőfokain.

Az idősek egészség-esélyeit több tényező befolyásolja, amelyek külön-külön viszonylag kevés csoportra, „nagyobb blokkokra” osztják az idős-középkorúak társadalmát: a rossz vagy jó deprivációs helyzet, a



rossz vagy jó anyagi helyzet, a legalább szakmával való rendelkezés, vagy az ennél alacsonyabb végzettség, és a(z esetleg korábban végzett) munka fizikai vagy szellemi jellege mentén alakulnak ki az egészségesség esélyei.

Az esélyek lépcsőzetes alakulása mellett ki kell emelnünk a leszakadási tendenciákat. A betegségkockázatok mind az idős-középkorúak, mind a fiatal-középkorúak esetében ugrásszerűen nőttek a nyolc általánosnál alacsonyabb végzettségűek körében. A fiatal-középkorúaknál hasonló jelenséget lehetett tapasztalni a legalsó deprivációs ötödhöz tartozók esetében is. Látható volt, hogy az egészségi állapotban mutatkozó jelentős deficit már az igen fiatal korosztályokban megjelenik.

A fiatal-középkorú, életvitelüket korlátozó betegséggel rendelkezők munkaerő-piaci helyzete szintén hátrányosnak bizonyult. Az ilyen helyzetbe lévők közel harmada rokkantnyugdíjas, az aktivitási ráta pedig igen alacsony. A dolgozni vágyók körében magas a munka nélkül lévők, munkát keresők, illetve alkalmi munkások aránya. A betegségkockázatok szoros összefüggést mutattak a tartós munkanélküliség esélyeivel is.

A Budapesten, más városban vagy faluban való lakáshoz kötődő egészség-esélyek alakulást teljes mértékben sikerült megmagyaráznunk az ott élők iskolai végzettségének illetve jövedelmének hatásain keresztül.

A romák átlagosnál jóval kedvezőtlenebb egészség-esélyeit is nagyrészt iskolai végzettségbeli illetve jövedelmi, deprivációs hátrányaik magyarázták.

A fiatal-középkorúak esetében sikerült néhány olyan demográfiai és család-, illetve háztartásszerkezeti sajátosságot körülhatárolnunk, amelyben az életvitelt akadályozó megbetegedések jelenlétének az átlagost jóval meghaladó a kockázata. A jobbító szándékú beavatkozások számára sem érdektelen eredmény, hogy a magas betegségességekkel nagyobb arányban jár együtt társtalanság, amely a betegséggel való megbirkózást nehezebbé teheti. Kiugróan nagynak találtuk – és az elemzésbe bevont változók segítségével nem sikerült megmagyaráznunk – a fiatal-középkorú özvegyek betegségkockázatát. Különösen sérülékenynek tűnnek még a négy- és többgyermekesek, akiknek rossz

egészségi állapota szoros kapcsolatban áll szegényes életkörülményekkel.

Az életvitelüket korlátozó betegséggel élők, a rossz egészségi állapotúak személyközi kapcsolatai nem tűntek rosszabbnak az átlagnál, ha a társadalmi segítségnyújtási hálókból való részvételüket tekintjük. A személyközi kapcsolatok deficitjére utal azonban a rossz egészségűek között a magukat magányosnak tartók aránya. Jellemzően gyakoribb a betegséggel küzdők, rossz egészségi állapotúak között a tágabb társas környezettel és a személyekkel diszharmonikus viszonyra utaló nagymértékű státuszfeszültség megélése is.

IRODALOM

- Backlund, E.–Sorlie, P. D.–Jonhson, N. J. (1999):* A comparison of the relationships of education and income with mortality: the national longitudinal mortality study, *Social Science and Medicine*, 49: 1373–1384.
- Béland, F.–Birch, S.–Stoddart, G. (2002):* Unemployment and health: contextual-level influences on the production of health in populations, *Social Science and Medicine* 55: 2033–2052.
- Berkman, L. F.–Glass, T.–Brisette, T.–Seemen, T. (2000):* From social integration to health: Durkheim in the new Millennium, *Social Science and Medicine*, 51: 843–857.
- Berkman, L.–Syme, S. (1979):* Social networks, host resistance and mortality: nine-year follow up of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 109: 186–204.
- Blaxter, M. (1990):* Health and lifestyles. Tavistock/Routledge. London.
- Blaxter, M.–Paterson, E. (1982):* Mothers and daughters. Heinemann Educational, London.
- Bobak M.–Pikhart H.–Rose R.–Hertzman C.–Marmot M. (2000):* Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social Science and Medicine* 51: 1343–1350.
- Böhnke, P. (2004):* Poverty and social Exclusion, Manuscript, European Foundation for Improvement of Working and Living Conditions, Dublin.
- Boros Julianna–Németh Renáta–Vitrai József (2002):* Országos lakossági egészség-felmérés. Kutatási jelentés, Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
- Cambois, E.–De Smedt, M.–van den Berg (2001):* Disability and social participation in Europe, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, Eurostat.
- Davey Smith, G. (2000):* Learning to Live With Complexity: Ethnicity, Socioeconomic Position, and Health in Britain and the United States, *American Journal of Public Health*, 90: 1694–1698.
- Davey Smith, G.–Hart, C.–Hole, D.–MacKinnon, P.–Gillis, C.–Watt, G.–Blane, D.–Hawthorne, V. (1998):* Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk?, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 153–160.
- Dobossy Imre–S. Molnár Edit–Virágh Eszter (2003):* Öregedés és társadalmi környezet, KSH NKI, Műhelytanulmányok 3, Budapest.

- Egidi, V. (2003): Health status of older people, *Genus* LIX: 169–200.
- Grahan, H. (2002): Building an inter-disciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research, *Social Science and Medicine*, 55: 2005–2016.
- Hacker, A. (1995): *Two Nations: Black and White, Separate, Hostile, Unequal*. New York, NY, Ballantine Books.
- Herzlich, C. (1973): *Health and illness*. Academic Press, London.
- Huisman, M.–Kunst, A. E.–Mackenbach, J. P. (2003): Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview, *Social Science and Medicine*, 57: 861–873.
- Huisman, M.–Kunst, A. E.–Bopp, M.–Borgan, J. K.–Borell, C.–Costa, G.–Deboersere, P.–Gadeyne, S.–Glockman, C.–Minde, r C.–Regidor, E.–Valkonen, T.–Mackenbach, J. P. (2005): Educational inequalities in cause specific mortality in middle aged and older men and women in eight western European populations, *Lancet*, 365: 493–500.
- Jin, R. L.–Shah, C. P.–Sroboda, T. J. (1996): The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *Canadian Medical Association Journal* 153: 529–540.
- Joung, I. M. A.–Stronks, K.–van de Mheen, H.–van Poppel, F. W. A.–Mackenbach, J. P. (1997): The contribution of Intermediary factors to Marital Status Differences in Self-reported health, *Journal of Marriage and the Family*, 59: 476–490.
- Józán Péter–Gorincsek Gyuláné (1999): *A halandóság földrajzi különbségei Magyarországon, 1998* KSH Budapest.
- Kapitány Balázs (2002): Általános értékek és attitűdök, In: *Spéder (szerk.): Demográfiai folyamatok és társadalmi környezet*. KSH NKI, Műhelytanulmányok.
- Kapitány Balázs (2003): *Módszertan és dokumentáció*. KSH NKI, Műhelytanulmányok 2.
- Kapitány Balázs–Spéder Zsolt (2004): *Szegénység és depriváció*, KSH NKI, Műhelytanulmányok 4.
- Kapitány Balázs–Kovács Katalin–Krieger, H. (2005): *Working and living in an enlarged Europe*. European Foundation for Improvement the Living and Working Conditions, Dublin.
- Kaplan G. et al. (1994): Social functioning and overall mortality: prospective evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. *Epidemiology* 5: 495–500.

- Kovács Katalin (2003):* Halandósági többlet és egészségdeficit a nem házások körében. In: *Spéder (szerk.): Család és népesség-itthon és Európában*, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet – Századvég Kiadó, Budapest.
- Klinger András (2001):* Halandósági különbségek Magyarországon, *Demográfia* 2001/4.
- Klinger András (2004):* Differenciális demográfiai közelítések felhasználhatósága: közelítések. Módszerek, példák, *Demográfia*, 2004/1-2.
- Kunst, A. E.-Bos, V.-Lahelma, E.-Bartley, M.-Lissau, I.-Regidor, E.-Mielck, A.-Cardano, M.-Dalstra, J. A. A.- Geurts, J.J. M.-Helmert, U.-Lenartsson, C.-Ramm, J.-Spadea, T.-Stronegger, W.-Mackenbach, J. P. (2005):* Trends in socio-economic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34 (2) : 295-305.
- Lahelma, E.-Kavisto, A. (1993):* Morbidity and social structure, *European Journal of Public Health* 3:119-123.
- Leon, D. A.-Walt, G:* Poverty, inequality, and health in international perspective: a divided world? In: *Leon-Walt (szerk.): Poverty, Inequality and Health*, Oxford University Press.
- Leinsalu, M. (2002):* Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Social Science and Medicine* 55: 847-861.
- Lynch, J. W.-Davey Smith, G.-Kaplan, G. A.-House, J. S. (2000):* Income inequality and mortality: Importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions, *British Medical Journal* 320: 1200-1204.
- Mackenbach J. P.-Kunst, A. E.(1997):* Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe, *Social Science and Medicine*, 44: 757-771.
- Marmot, M.-Ryff, C. D.-Bumpass, L. L.-Shipley, M.-Marks, N. F. (1997):* Social inequalities in health: next questions and converging evidence, *Social Science and Medicine* 44: 901-910.
- Marmot, M.-McDonall, M. E. (1986):* Mortality decline and widening social inequalities. *Lancet* 1: 274-275.
- Van de Mheen, H.-Stronks, K.-Schrijvers, C. T. M.-Mackenbach, J. P. (1999):* The influence of adult ill health on occupational class mobility an mobility out of and into employment in The Netherlands. *Social Science and Medicine* 49: 509-518.
- Muntaner, C.-Lynch, J. W. (1999):* Income inequality and social cohesion versus class relation: a critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program. *International Journal of Health Services*, 29: 59-81.

- Patrick, D.-Morgan, M.-Charlton, J. (1986):* Psychological support and change in the health status of physically disabled people. *Social Science and Medicine* 22: 1347-1354.
- Pappas L-Queen S-Hadden W-Fischer G (1993):* The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986, *New England Journal of Medicine* 329: 1032-105.
- Pill, R.-Scott, N. (1982):* Concepts of illness causation and responsibility: some preliminary data from a sample of working class mothers. *Social Science and Medicine* 16: 43-52.
- Regidor, E-Gutierrez-Fisac, J. L.-Domínguez, V. Calle, M. E.-Navarro, P. (2002):* Comparing social inequalities in health in Spain: 1987 and 1995/97, *Social Science and Medicine* 54: 1323-1332.
- Sen, Amartya (2003):* A fejlődés mint szabadság, Európa.
- Show, M.-Dorling, D.-Gordon, D.-Davey-Smith, G. (1999):* The widening gap, Health inequalities and policy in Britain, The Policy Press, Bristol.
- Spéder Zsolt (2002):* Generációk és élethelyzetek: háztartások közötti segítő kapcsolatok In: Spéder (szerk.): Demográfiai folyamatok és társadalmi környezet, KSH NKI, Műhelytanulmányok 1.
- Spéder Zsolt (2002):* Szegénység: szocio-ökonómiai jegyek és demográfiai tényezők, In: Spéder (szerk.): Demográfiai folyamatok és társadalmi környezet, KSH NKI, Műhelytanulmányok 1.
- Tim Futing Liao (1994):* Interpreting probability models. Logit, Probit and Other Generalized Linear Models, SAGE University Papers, Series: Quantitative Applications in the Social Sciences, Sage Publication Inst., Thousand Oaks, London, New Delhi.
- Turner, J. B. (1995):* Economic context and the impact of unemployment, *Journal of Health and Social Behaviour* 35: 213-219.
- Valkonen, T. (2001):* Trends in marital status differences in mortality In: *Vallin-Meslé-Valkonen (szerk.):* Trends in mortality and differential mortality. Population Studies, 356. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Wilkinson, R. G. (1996):* Unhealthy societies: the afflictions of inequality. London: Routledge.
- Wróbleska, W. (2002):* Women's health status in Poland in the transition to the market economy, *Social Science and Medicine*, 54: 707-726.

MELLÉKLET

1.A. táblázat  
 Családi állapot és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség) n=7963

Az egyes modellekbe bevont változók	A modell (x)	A1 modell A + iskolai végzettség	A2 modell A + jövedelem	A3 modell A + depriváció	A4 modell A + foglalkozás	A5 modell A + magányosság	A6 modell (xx)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>							
Nő	1,0362	1,0879	1,0252	1,0182	1,1970**	0,9931	1,0527
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>							
35–44 éves	2,0500***	1,9646***	1,9073***	1,9752***	2,0267***	1,9925***	1,8839***
45–54 éves	5,4298***	5,1556***	5,4651***	5,5854***	5,4644***	5,3098***	5,3840***
<i>Családi állapot (referencia: házas)</i>							
Nőtlen/hajadon	1,0821	1,0233	1,1172	1,0436	1,0845	0,9200	1,0363
Özvegy	1,9726***	1,6391***	1,8031***	1,6643***	1,7702***	1,5509**	1,5322**
Elvált	1,3725***	1,3326***	1,3158***	1,2176*	1,3487***	1,1114	1,2303*
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>							
Érettségi		1,6714***					1,3879**
Szakképző		2,5312***					1,8093***
8 osztály		3,4669***					2,1415***
8 osztály alatt		7,8112**					3,9656***
<i>Ekvivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>							
Felső-középső			1,3952***				1,0751
Középső			1,7678***				1,2236
Alsó-középső			1,3628***				1,4404***
Legalacsonyabb			3,0476***				1,6695***
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>							
Felső-középső				1,3882**			1,2386*
Középső				1,6275***			1,2853*
Alsó-középső				2,0762***			1,5437***
Legalacsonyabb				3,1540***			1,9694***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>							
Fizikaiak					1,8828***		0,9835
<i>Magányosság (referencia: nem magányosak)</i>							
Magányosak						1,9988***	
Nagelkerke	0,085	0,110	0,108	0,108	0,096	0,097	0,124

(x) A modell: nem + kor + családi állapot

(xx) A6 modell: A + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001



1.B. táblázat  
Családi állapot és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei  
(ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség, rokkantnyugdíjasok nélkül) n=7325

Az egyes modellekbe bevont változók	a modell (x)	a1 modell a + iskolai végzettség	a2 modell a + jövedelem	a3 modell a + depriváció	a4 modell a + foglalkozás	a5 modell a + magányosság	a6 modell (xx)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>							
Nő	1,0421	1,0840	1,0337	1,0230	1,1448*	1,0004	1,0410
<i>Korcsoport(referencia: 25–34 éves)</i>							
35–44 éves	1,7367***	1,7021***	1,6678***	1,6906***	1,7295***	1,6999***	1,6575***
45–54 éves	3,2912***	3,2407***	3,3446***	3,4154***	3,3219***	3,2442***	3,3928***
<i>Családi állapot (referencia: házas)</i>							
Nőtlen/hajadon	0,9652	0,9419	1,0055	0,9422	0,9715	0,8441	0,9476
Özvegy	1,9114***	1,6754**	1,7816***	1,6590**	1,7691***	1,5799**	1,5814**
Elvált	1,3329**	1,3020**	1,2936***	1,2064*	1,3151**	1,1111	1,2096*
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>							
Érettségi		1,3820**					1,2276
Szakképző		1,8372***					1,4827**
8 osztály		2,2631***					1,5990**
8 osztály alatt		4,3822**					2,5923***
<i>Ekvivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>							
Felső-középső			1,2267				0,9993
Középső			1,4178**				1,0574
Alsó-középső			1,7494***				1,1736
Legalacsonyabb			2,1890***				1,3438**
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>							
Felső-középső				1,3601**			1,2722*
Középső				1,4242**			1,2448
Alsó-középső				1,8853***			1,5994***
Legalacsonyabb				2,7606***			2,0968***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>							
Fizikaiak					1,4783***		0,9338
<i>Magányosság(referencia: nem magányosak)</i>							
Magányosak						1,8152***	
Nagelkerke	0,039	0,049	0,049	0,055	0,043	0,046	0,060

(x) a modell: nem + kor + családi állapot

(xx) a6 modell: a + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001

## 2.A. táblázat

Tényleges családi állapot és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség) n=7963

Az egyes modellekbe bevont változók	B modell (x)	B1 modell B + iskolai végzettség	B2 modell B + jövedelem	B3 modell B + depriváció	B4 modell B + foglalkozás	B5 modell B + magányosság	B6 modell (xx)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>							
Nő	1,0529	1,1087*	1,0352	1,0423	1,2333***	1,0300	1,0766
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 évesek)</i>							
35–44 éves	2,1339***	2,0635***	1,9658***	2,0279***	2,1007***	2,0744***	1,9379***
45–54 éves	5,8041***	5,5015***	5,7423***	5,8406***	5,7871***	5,6592***	5,6283***
<i>Családi állapot (referencia: házas)</i>							
Nőtlen/hajadon	1,0577	0,9561	1,0352	0,9960	1,0582	1,0773	0,9538
Özvegy	0,8688	0,9438	0,9532	0,9167	0,9482	0,7984	1,0078
Elvált	1,4091***	1,3144***	1,3574***	1,3388***	1,4394***	1,1133	1,3058***
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>							
Érettségi		1,6855***					1,3859**
Szakmunkásképző		2,6097***					1,7999***
8 osztály		3,5510***					2,1214***
8 osztály alatt		8,1399***					3,9507***
<i>Ekvivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>							
Felső-középső			1,4227***				1,0709
Középső			1,7675***				1,2183
Alsó-középső			2,3253***				1,4310***
Legalacsonyabb			3,0141***				1,6637***
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>							
Felső-középső				1,3889**			1,2420*
Középső				1,6349***			1,2988*
Alsó-középső				2,0895***			1,5594***
Legalacsonyabb				3,1687***			1,9912***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>							
Fizikaiak					1,8945***		0,9948
<i>Magányosság (referencia: nem magányosak)</i>							
Magányosak						1,9918***	
Nagelkerke	0,084	0,110	0,106	0,108	0,097	0,097	0,125

(x) B modell: nem + kor + családi állapot

(xx) B6 modell: B+ iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p< 0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\* p< 0,001

2.B. táblázat  
Tényleges családi állapot és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei  
(ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség, rokkantnyugdíjasok nélkül) n=7325

Az egyes modellekbe bevont változók	b modell (x)	b1 modell b + iskolai végzettség	b2 modell b + jövedelem	b3 modell b + depriváció	b4 modell b + foglalkozás	b5 modell b + magányosság	b6 modell (xx)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>							
Nő	1,0705	1,1171*	1,5060	1,0609	1,1960***	1,0486	1,0794
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>							
35–44 éves	1,8308***	1,7971***	1,7369***	1,7829***	1,8402***	1,8140***	1,7433***
45–54 éves	3,6309***	3,5557***	3,6429***	3,7039***	3,6486***	3,5778***	3,6632***
<i>Családi állapot (referencia: házas)</i>							
Nőtlen/hajadon	1,0964	1,0229	1,0862	1,0544	1,1166	1,1238	1,0261
Özvegy	0,9727	0,9256	0,9252	0,9169	0,9319	0,8161	0,9716
Elvált	1,2815***	1,2315***	1,2595***	1,2243*	1,3069***	1,0340	1,2126*
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>							
Érettségi		1,4016***					1,2262
Szakmunkásképző		1,8928***					1,4729**
8 osztály		2,3075***					1,5816**
8 osztály alatt		4,5678***					2,5442***
<i>Ekvivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>							
Felső-középső			1,2643***				1,0002
Középső			1,4467***				1,0599
Alsó-középső			1,7495***				1,1778
Legalacsonyabb			2,1884***				1,3519**
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>							
Felső-középső				1,3609**			1,2734*
Középső				1,4332**			1,2542
Alsó-középső				1,9077***			1,6170***
Legalacsonyabb				2,7827***			2,1129***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>							
Fizikaiak					1,4957***		0,9467
<i>Magányosság (referencia: nem magányosak)</i>							
Magányosak						1,8391***	
Nagelkerke	0,037	0,048	0,047	0,054	0,042	0,045	0,059

(x) b modell: nem + kor + családi állapot

(xx) b6 modell: b + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

3.A. táblázat  
Gyermekszám és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség) n=7963

Az egyes modellekbe bevont változók	C modell (x)	C1 modell C + iskolai végzettség	C2 modell C + jövedelem	C3 modell C + depriváció	C4 modell C + foglalkozás	C5 modell C + magányosság	C6 modell (xx)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>							
Nő	1,0907	1,1477*	1,0921	1,0710	1,2344***	1,0271	1,1200
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>							
35–44 éves	2,1694***	2,1525***	2,1217***	2,1542***	2,1822***	2,0825***	2,1228***
45–54 éves	5,9527***	5,8110***	6,2772***	6,2757***	6,0726***	5,7011***	6,2439***
<i>Gyermekszám (referencia: nincs gyermeke)</i>							
1 vele élő gyermek	1,0753	1,0598	0,9466	1,0178	1,0412	1,1676	0,9687
2 vele élő gyermek	0,8345*	0,8300*	0,7245***	0,8060**	0,8042**	0,9481	0,7583**
3 vele élő gyermek	0,8989	0,8180	0,6982***	0,7916*	0,8285	1,0181	0,6856***
4 vagy több gyermek	1,4169*	1,0073	0,9798	1,0537	1,2443	1,5670**	0,7792
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>							
Érettségi		1,6829***					1,3650*
Szakképző		2,5715***					1,7681***
8 osztály		3,5715***					2,1205***
8 osztály alatt		7,7317***					3,8700***
<i>Ekvivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>							
Felső-középső			1,4096***				1,0787
Középső			1,8005***				1,2387*
Alsó-középső			2,4363***				1,4686***
Legalacsonyabb			3,1996***				1,7489***
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>							
Felső-középső				1,4078***			1,2604*
Középső				1,6711***			1,3237**
Alsó-középső				2,1255***			1,5843***
Legalacsonyabb				3,2639***			2,0506***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>							
Fizikaiak					1,9162***		1,0066
<i>Magányosság (referencia: nem magányosak)</i>							
Magányosak						2,0447***	
Nagelkerke	0,084	0,109	0,108	0,108	0,096	0,098	0,125

(x) C modell: nem + kor + gyermekek száma

(xx) C6 modell + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p< 0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\* p< 0,001

3.B. táblázat

Gyermekszám és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség, rokkantnyugdíjasok nélkül) n=7325

Az egyes modellekbe bevont változók	c modell (x)	c1 modell c + iskolai végzettség	c2 modell c + jövedelem	c3 modell c + depriváció	c4 modell c + foglalkozás	c5 modell c + magányosság	c6 modell (xx)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>							
Nő	1,0622	1,1294	1,0866	1,0662	1,1974***	1,0269	1,0920
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>							
35–44 éves	1,7445***	1,8114***	1,8017***	1,8060***	1,8124***	1,7401***	1,8132***
45–54 éves	3,4736***	3,5624***	3,7696***	3,7731***	3,6115***	3,4251***	3,8291***
<i>Gyermekszám (referencia: nincs gyermeke)</i>							
1 vele élő gyermek	1,2438*	1,1529	1,0633	1,1189	1,1504	1,2669*	1,0799
2 vele élő gyermek	1,0735	0,9758*	0,8777***	0,9568**	0,9686	1,1157	0,9084
3 vele élő gyermek	1,1105	0,9793	0,8657***	0,9352*	0,9999	1,1858	0,8489
4 vagy több gyermek	1,3301	1,0189	0,9889	1,0027	1,2146	1,4344*	0,8138
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>							
Érettségi		1,3897**					1,2135
Szakköznevelési		1,8573***					1,4553**
8 osztály		2,3391***					1,6078**
8 osztály alatt		4,4321***					2,6196***
<i>Ekvivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>							
Felső-középső			1,2270				0,9934
Középső			1,4333***				1,0628
Alsó-középső			1,7802***				1,1775
Legalacsonyabb			2,2729***				1,3823**
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>							
Felső-középső				1,3698***			1,2854*
Középső				1,4562***			1,2748*
Alsó-középső				1,9287***			1,6373***
Legalacsonyabb				2,8565***			2,1690***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>							
Fizikaiak					1,5056***		0,9530
<i>Magányosság (referencia: nem magányosak)</i>							
Magányosak						1,8686***	
Nagelkerke	0,037	0,048	0,048	0,054	0,041	0,046	0,060

(x) c modell: nem + kor + gyermekek száma

(xx) c6 modell: c + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

## 4.A. táblázat

Háztartástípus és az életvitelt akadályozó betegségek esélye (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség) n=7963

Az egyes modellekbe bevont változók	D modell (x)	D1 modell D + iskolai végzettség	D2 modell D + jövedelem	D3 modell D + depriváció	D4 modell D + foglalkozás	D5 modell D + magányosság	D6 modell (xx)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>							
Nő	1,0509	1,1057	1,0327	1,0290	1,2141***	1,0182	1,0631
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>							
35–44 éves	2,1846***	2,0876***	2,0059***	2,1047***	2,1428***	2,1802***	1,9872***
45–54 éves	5,5847***	5,2693***	5,4257***	5,7049***	5,5414***	5,6564***	5,4043***
<i>Háztartástípus (referencia: pár gyermekkel)</i>							
Pár	1,5303***	1,5308***	1,8599***	1,6287***	1,5568***	1,5249***	1,7622***
Egyszemélyes házt.	1,6464***	1,6537***	1,7963***	1,5491***	1,6619***	1,2172	1,6626***
Gyermekét egyedül nevelő szülő	1,4360***	1,3603***	1,3574***	1,2845**	1,4079***	1,1234	1,2687**
Egyéb	1,2600**	1,1312	1,2492**	1,2121*	1,2116*	1,1770	1,1536
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>							
Érettségi		1,6860***					1,3663**
Szakközépiskola		2,5802***					1,7557***
8 osztály		3,5286***					2,0556***
8 osztály alatt		7,9828***					3,8005***
<i>Ekoivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>							
Felső-középső			1,4684***				1,1283
Középső			1,8061***				1,2556*
Alsó-középső			2,6108***				1,5832***
Legalacsonyabb			3,3078***				1,8149***
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>							
Felső-középső				1,3942***			1,2350*
Középső				1,6583***			1,2955*
Alsó-középső				2,1397***			1,5673***
Legalacsonyabb				3,2543***			1,9836***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>							
Fizikaiak					1,9224***		0,9973
<i>Magányosság (referencia: nem magányosak)</i>							
Magányosak						2,0088***	
Nagelkerke	0,087	0,112	0,112	0,110	0,098	0,099	0,128

(x) D modell: nem + kor + háztartástípus

(xx) D6 modell : D + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

4.B. táblázat

Háztartástípus és az életvitelt akadályozó betegségek esélye (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség, rokkantnyugdíjasok nélkül) n=7325

Az egyes modellekbe bevont változók	d modell (x)	d1 modell d + iskolai végzettség	d2 modell d + jövedelem	d3 modell d + depriváció	d4 modell d + foglalkozás	d5 modell d + magányosság	d6 modell (xx)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>							
Nő	1,0596	1,1046	1,0441	1,0378	1,1671*	1,0288	1,0570
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>							
35–44 éves	1,8643***	1,8179***	1,7684***	1,8117***	1,8447***	1,8625***	1,7619***
45–54 éves	3,5226***	3,4355***	3,4951***	3,6254***	3,5155***	3,5670***	3,5534***
<i>Háztartástípus (referencia: pár gyermekkel)</i>							
Pár	1,3451**	1,3538**	1,5625***	1,4112**	1,3647**	1,3334**	1,4892***
Egyszemélyes házt.	1,2382	1,2793	1,3708*	1,1956***	1,2586***	0,9725	1,2794
Gyermekét egyedül nevelő szülő	1,4650***	1,4091***	1,4074***	1,3185**	1,4452***	1,1781	1,3109**
Egyéb	1,0853	1,0107	1,0822	1,0802*	1,0599	1,0246	1,0193
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>							
Érettségi		1,4018**					1,2240
Szakközépiskola		1,8819***					1,4669**
8 osztály		2,3280***					1,5779**
8 osztály alatt		4,4582***					2,5067***
<i>Ekoivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>							
Felső-középső			1,2728*				1,0320
Középső			1,4379***				1,0746
Alsó-középső			1,8765***				1,2479
Legalacsonyabb			2,3317***				1,4266**
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>							
Felső-középső				1,3649**			1,2699*
Középső				1,4496**			1,2524
Alsó-középső				1,9262***			1,6102***
Legalacsonyabb				2,8221***			2,0942***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>							
Fizikaiak					1,5140***		0,9485
<i>Magányosság (referencia: nem magányosak)</i>							
Magányosak						1,8151***	
Nagelkerke	0,039	0,050	0,050	0,055	0,043	0,046	0,061

(x) d modell: nem + kor + háztartástípus

(xx) d6 modell: d + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

## 5.A. táblázat

Magányosság és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség) n=7963

Az egyes modellekbe bevont változók	E modell (x)	E1 modell E + iskolai végzettség	E2 modell E + jövedelem	E3 modell E + depriváció	E4 modell E + foglalkozás	E5 modell (xx)	E6 modell E + státusinkonzisztencia
<i>Nem (referencia: férfi)</i>							
Nő	1,0273	1,0813	1,0129	1,0087	1,1762**	1,04761	1,0173
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 évesek)</i>							
35–44 éves	2,0826***	2,0174***	1,9254***	2,0101***	2,0553***	1,9226***	2,0610***
45–54 éves	5,6822***	5,4388***	5,6024***	5,7852**	5,6827	5,5698***	5,5974***
<i>Magányosság (referencia: nem magányosak)</i>							
Magányosak	2,0571***	1,8960***	1,8727***	1,8078***	1,9727***	1,7354***	1,9743***
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>							
Érettségi		1,6319***				1,3706**	
Szakközépiskola		2,4535***				1,7850***	
8 osztály		3,2835***				2,0916***	
8 osztály alatt		7,4188***				3,9530***	
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>							
Felső-középső			1,3623**			1,0644	
Középső			1,7059***			1,2026	
Alsó-középső			2,2515***			1,4060**	
Legalacsonyabb			2,8487***			1,6102***	
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>							
Felső-középső				1,3677**		1,2301*	
Középső				1,5905***		1,2729*	
Alsó-középső				1,5905***		1,5018***	
Legalacsonyabb				2,9401***		1,8789***	
<i>Státusinkonzisztencia (referencia: nincs státusinkonzisztencia)</i>							
Kismértékű							1,2517*
Közepes							1,4697***
Nagy							2,0095***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>							
Fizikaiak					1,8370***		
Nagelkerke	0,096	0,0119	0,116	0,115	0,106	0,131	0,101

(x) E modell: nem + kor + magányosság

(xx) E5 modell: E + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001



5.B. táblázat  
 Magányosság és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei  
 (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség,  
 rokkantnyugdíjasok nélkül) n=7325

Az egyes modellekbe bevont változók	e modell (x)	e1 modell e + iskolai végzettség	e2 modell e + jövedelem	e3 modell e + depriváció	e4 modell e + foglalkozás	e5 modell (xx)	e6 modell e + státusinkonzisztencia
<i>Nem (referencia: férfi)</i>							
Nő	1,0456	1,0895	1,0336	1,0273	1,1423*	1,0576	1,0361
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>							
35–44 éves	1,8222***	1,7884***	1,7285***	1,7704***	1,8080***	1,7306***	1,8041***
45–54 éves	3,5934***	3,5327***	3,5817***	3,6788***	3,6014	3,6350***	3,5262***
<i>Magányosság (referencia: nem magányosak)</i>							
Magányosak	1,8462***	1,7484***	1,7326***	1,6457***	1,7977***	1,6111***	1,7742***
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>							
Érettségi		1,3534**				1,1884	
Szakkun- kasképző		1,7934***				1,4033**	
8 osztály		2,1711***				1,4978**	
8 osztály alatt		4,2104***				2,4626***	
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>							
Felső- középső			1,2074			0,9969	
Középső			1,3829**			1,0477	
Alsó- középső			1,6834***			1,1514	
Legalacso- nyabb			2,0952***			1,3156*	
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>							
Felső- középső				1,3344*		1,2562	
Középső				1,3949**		1,2301	
Alsó- középső				1,8246***		1,5621***	
Legalacso- nyabb				2,6053***		2,0060***	
<i>Státusinkonzisztencia (referencia: nincs státusinkonzisztencia)</i>							
Kismértékű							1,3228*
Közepes							1,4884**
Nagy							2,1480***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>							
Fizikaiak					1,4574***		
Nagelkerke	0,045	0,054	0,054	0,059	0,048	0,064	0,050

(x) e modell: nem + kor + magányosság

(xx) e5 modell: e + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

## 6.A. táblázat

Státuszinkonzisztencia és az életvitelt akadályozó betegségek esélye (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség) n=7963

Az egyes modellekbe bevont változók	F modell (x)	F1 modell F + iskolai végzettség	F2 modell F + jövedelem	F3 modell F + depriváció	F4 modell F + foglalkozás	F5 modell F + magányosság	F6 modell (xx)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>							
Nő	1,0667	1,1053	1,0458	1,0398	1,2184***	1,0173	1,0694
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>							
35–44 éves	2,0408***	1,9989***	1,8976***	1,9939***	2,0202***	2,0610***	1,9084***
45–54 éves	5,5329***	5,3289***	5,5058***	5,7053***	5,5430***	5,5974***	5,4998***
<i>Státuszinkonzisztencia (referencia: nincs státuszinkonzisztencia)</i>							
Kismértékű	1,2769*	1,2324*	1,2044	1,0807	1,2645*	1,2517*	1,1117
Közepes	1,5294***	1,4343***	1,3322**	1,1494	1,4875***	1,4697***	1,1795
Nagy	2,1761***	1,8992***	1,7310***	1,4288**	2,0500***	2,0095***	1,4183**
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>							
Érettségi		1,6100***					1,3784*
Szakközépiskola		2,3902***					1,7826***
8 osztály		3,3902***					2,1759***
8 osztály alatt		7,6364***					4,1326***
<i>Ekvivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>							
Felső-középső			1,3342**				1,0547
Középső			1,6935***				1,2041
Alsó-középső			2,2410***				1,4178**
Legalacsonyabb			2,8309***				1,6254***
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>							
Felső-középső				1,3553**			1,2121
Középső				1,5773***			1,2496
Alsó-középső				1,9659***			1,4753***
Legalacsonyabb				2,9433***			1,8424***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>							
Fizikaiak					1,8351***		
<i>Magányosság (referencia: nem magányosak)</i>							
Magányosak						1,9743***	
Nagelkerke	0,089	0,112	0,108	0,107	0,098	0,101	0,123

(x) F modell: nem + kor + státuszinkonzisztencia

(xx) F6 modell: F + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

6.B. táblázat  
 Státuszinkonzisztencia és az életvitelt akadályozó betegségek esélye  
 (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség,  
 rokkantnyugdíjasok nélkül) n=7325

Az egyes modellekbe bevont változók	f modell (x)	f1 modell f+ iskolai végzettség	f2 modell f+ jövedelem	f3 modell f+ depriváció	f4 modell f+ foglalkozás	f5 modell f+ magányosság	f6 modell (xx)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>							
Nő	1,0814	1,1119*	1,0657	1,0566	1,1765*	1,0361	1,0797
<i>Korcsoport (referencia: 25-34 éves)</i>							
35-44 éves	1,7875***	1,7623***	1,7060***	1,7570***	1,7775***	1,8041***	1,7188***
45-54 éves	3,4835***	3,4418***	3,4956***	3,5994***	3,4950***	3,5262***	3,5611***
<i>Státuszinkonzisztencia (referencia: nincs státuszinkonzisztencia)</i>							
Kismértékű	1,3470*	1,3040*	1,2930*	1,1742	1,3359*	1,3228*	1,1876
Közepes	1,5093***	1,4365**	1,3782**	1,2002	1,4820***	1,4584***	1,2142
Nagy	2,3066***	2,0853***	1,9663***	1,6132**	2,2125***	2,1480***	1,5980***
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>							
Érettségi		1,3352**					1,2040
Szakköz- képző		1,7258***					1,4026**
8 osztály		2,1746***					1,5630***
8 osztály alatt		4,1064***					2,4938***
<i>Ekvivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>							
Felső- középső			1,1506				0,9700
Középső			1,3467**				1,0434
Alsó- középső			1,6222***				1,1473
Legalacsonyabb			2,0047***				1,3109*
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>							
Felső- középső				1,2985**			1,2219
Középső				1,3726***			1,2065
Alsó- középső				1,7391***			1,4895**
Legalacsonyabb				2,4745***			1,8875***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>							
Fizikaiak					1,4406***		
<i>Magányosság (referencia: nem magányosak)</i>							
Magányosak						1,7742***	
Nagelkerke	0,043	0,052	0,051	0,054	0,046	0,050	0,060

(x) f modell: nem + kor + státuszinkonzisztencia

(xx) f6 modell: f + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció

\* p< 0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\* p< 0,001

7.A. táblázat  
 Etnikai hovatartozás és az életvitelt akadályozó betegségek esélye  
 (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség)  
 n=7963

Az egyes modellekbe bevont változók	G modell (x)	G1 modell G + iskolai végzettség	G2 modell G + jövedelem	G3 modell G + depriváció	G4 modell G + foglalkozás	G5 modell G + magányosság	G6 modell (xx)
Nem (referencia: férfi)	1,0887	1,1333*	1,0659	1,0580	1,2419***	1,0397	1,0871
Korcsoport (referencia: 25–34 éves)							
35–44 éves	2,0531***	2,0069***	1,9030***	1,9888***	2,0284***	2,0618***	1,9091***
45–54 éves	5,7765***	5,4849***	5,6807***	5,8644***	5,7585***	5,8041***	5,6095***
Roma-e (referencia: nem roma)							
Roma	2,6887***	1,5610**	1,9012***	1,8514***	2,3166***	2,5677***	1,2395
Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)							
Érettségi		1,6871***					1,3911**
Szakképző		2,5541***					1,8009***
8 osztály		3,4307***					2,1240***
8 osztály alatt		6,3799***					3,5762***
Ekvivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)							
Felső-középső			1,3854***				1,0680
Középső			1,7666***				1,2224
Alsó-középső			2,3414***				1,4322***
Legalacsonyabb			2,9178***				1,6484***
Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)							
Felső-középső				1,3969**			1,2497*
Középső				1,6410***			1,3032*
Alsó-középső				2,0732***			1,5612***
Legalacsonyabb				3,1006***			2,0189***
Foglalkozás (referencia: szellemiek)							
Fizikaiak					1,8510***		0,9963
Magányosság (referencia: nem magányosak)							
Magányosak						2,0289***	
Nagelkerke	0,087	0,109	0,108	0,108	0,097	0,101	0,123

(x) G modell: nem + kor + etnikai hovatartozás

(xx) G modell: G + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció+ foglalkozás

\* p< 0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\* p< 0,001

7.B. táblázat  
 Etnikai hovatartozás és az életvitelt akadályozó betegségek esélye  
 (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség,  
 rokkantnyugdíjasok nélkül) n=7325

Az egyes modellekbe bevont változók	g modell (x)	g1 modell g + iskolai végzettség	g2 modell g + jövedelem	g3 modell g + depriváció	g4 modell g + foglalkozás	g5 modell g + magányosság	g6 modell (xx)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>							
Nő	1,1027	1,1428*	1,0844	1,0731	1,1924**	1,0580	1,0909
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>							
35–44 éves	1,7989***	1,7774***	1,7104***	1,7538***	1,7863***	1,8077***	1,7197***
45–54 éves	3,6518**	3,5764***	3,6323***	3,7282***	3,6508***	3,6755***	3,06732**
<i>Roma-e (referencia: nem roma)</i>							
Roma	2,5489***	1,8050**	1,9605***	1,8215***	2,3087***	2,4413***	1,4534*
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>							
Érettségi		1,3943**					1,2294
Szakköz- képző		1,8549***					1,4743**
8 osztály		2,1974***					1,5590**
8 osztály alatt		3,2139***					2,1038**
<i>Ekvivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>							
Felső- középső			1,2190				0,9964
Középső			1,4119**				1,0583
Alsó- középső			1,7340***				1,1726
Legalacsonyabb			2,0897***				1,3285*
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>							
Felső- középső				1,3640**			1,2793*
Középső				1,4370**			1,2619
Alsó- középső				1,8855***			1,6156***
Legalacsonyabb				2,7019***			2,1191***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>							
Fizikaiak					1,4545***		0,9498
<i>Magányosság (referencia: nem magányosak)</i>							
Magányosak						1,8191***	
Nagelkerke	0,040	0,049	0,049	0,055	0,044	0,049	0,059

(x) g modell: nem + kor + roma-e

(xx) g6 modell: g + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

8.A. táblázat  
 Lakóhely településtípus szerint és az életvitelt akadályozó betegségek esélye  
 (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség)  
 n=7963

Az egyes modellekbe bevont változók	H modell (x)	H1 modell H + iskolai végzettség	H2 modell H + jövedelem	H3 modell H + depriváció	H4 modell H + foglalkozás	H5 modell (xx)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>						
Nő	1,0889	1,1228*	1,0588	1,0605	1,2382***	1,0797
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>						
35–44 éves	2,0452***	2,0114***	1,9048***	1,9792***	2,0321***	1,9126***
45–54 éves	5,6100***	5,3966***	5,5814***	5,7556***	5,6246***	5,5673***
<i>Település típusa (referencia: Budapest)</i>						
Más város	1,3342***	1,1416	1,1229	1,2897**	1,2276*	1,1028
Község	1,5350***	1,0939	1,1207	1,4549***	1,3005**	1,0474
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>						
Érettségi		1,6821***				1,3939**
Szakköz- képző		2,5312***				1,8031***
8 osztály		3,5300***				2,1649***
8 osztály alatt		7,9337***				3,9930***
<i>Ekvivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>						
Felső- középső			1,3676**			1,0588
Középső			1,7495***			1,2115
Alsó- középső			2,3433***			1,4235**
Legalacso- nyabb			3,0109***			1,6480***
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>						
Felső- középső				1,3986**		1,2473*
Középső				1,6386***		1,3003*
Alsó- középső				2,0838***		1,5449***
Legalacso- nyabb				3,2267***		2,0332***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>						
Fizikaiak					1,8505***	0,9919
Nagelkerke	0,084	0,108	0,106	0,108	0,094	0,123

(x) H modell: nem + kor + településtípus

(xx) H5 modell: H + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

## 8.B. táblázat

Lakóhely településtípus szerint és az életvitelt akadályozó betegségek esélye  
(ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség,  
rokkantnyugdíjasok nélkül) n=7325

Az egyes modellekbe bevont változók	h modell	h1 modell h + iskolai végzettség	h2 modell h + jövedelem	h3 modell h + depriváció	h4 modell h + foglalkozás	h5 modell h + strukturális változók
<i>Nem (referencia: férfi)</i>						
Nő	1,0966	1,1279	1,0718	1,0682	1,1973***	1,0789
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>						
35–44 éves	1,7990***	1,7831***	1,7122***	1,7520***	1,7919***	1,7214
45–54 éves	3,5544***	3,5004***	3,5626***	3,6670***	3,5650***	3,6251
<i>Település típusa (referencia: Budapest)</i>						
Más város	1,0767***	0,9696	0,9471	1,0427**	1,0192*	0,9549
Község	1,2049***	0,9520	0,9511	1,1501***	1,0772**	0,9461
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>						
Érettségi		1,4050**				1,2327**
Szakköznevelő		1,8819***				1,4828***
8 osztály		2,3714***				1,6228***
8 osztály alatt		4,5212***				2,5827***
<i>Ekvivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>						
Felső-középső			1,2524**			0,9999
Középső			1,4398***			1,0644***
Alsó-középső			1,7934***			1,1860***
Legalacsonyabb			2,2524***			1,3612***
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>						
Felső-középső				1,3681**		1,2762
Középső				1,4474***		1,2590
Alsó-középső				1,9152***		1,6174
Legalacsonyabb				2,8339***		2,1360
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>						
Fizikaiak					1,4909***	0,9480
Nagelkerke	0,037	0,047	0,047	0,053	0,040	0,059

(x) h modell: nem + kor + településtípus

(xx) h5 modell: h + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

## 9.A. táblázat

Lakóhely megye szerint és az életvitelt akadályozó betegségek esélye (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség) n=7963

Az egyes modellekbe bevont változók	I modell (x)	I1 modell I + iskolai végzettség	I2 modell I + jövede- lem	I3 modell I + depriváció
<i>Nem (referencia: férfi)</i>				
Nő	1,0873	1,1286*	1,0619	1,0591
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>				
35–44 éves	2,0495***	1,9952***	1,9039***	1,9815***
45–54 éves	5,7005***	5,4508***	5,6517***	5,8270***
<i>Megye (referencia: Budapest)</i>				
Baranya	1,9420***	1,5774**	1,6018**	1,9239***
Bács-Kiskun	1,1044	0,8626	0,8511	1,0648
Békés	1,7159***	1,3760*	1,2655	1,6834***
Borsod-Abaúj-Zemplén	1,6735***	1,3289*	1,2540	1,5165***
Csongrád	1,4371*	1,2435	1,1186	1,3181
Fejér	0,9149	0,7307*	0,7858	0,9651
Győr-Moson-Sopron	0,8601	0,6939*	0,7551	0,9481
Hajdú-Bihar	1,3355*	1,0130	0,9954	1,1958
Heves	1,1745	0,9431	0,9462	1,1515
Komárom-Esztergom	1,4710*	1,2164	1,2900	1,4856*
Nógrád	2,1352***	1,6858*	1,6395*	1,9868**
Pest	1,4388**	1,1648	1,2760*	1,4619***
Somogy	1,6185**	1,1473	1,2326	1,4301*
Szabolcs-Szatmár	2,0170***	1,5207***	1,4840**	1,7594***
Jász-Nagykun-Szolnok	1,4574*	1,1008	1,0404	1,2450
Tolna	1,2086	0,9544	0,9333	1,2316
Vas	1,1033	0,9134	0,9465	1,1603
Veszprém	1,1822	0,9316	1,0078	1,1397
Zala	1,4706	1,1781	1,1504	1,4204
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>				
Érettségi		1,6353***		
Szakmunkásképző		1,4884***		
8 osztály		3,4501***		
8 osztály alatt		7,5223***		
<i>Ekvivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>				
Felső- középső			1,3612**	
Középső			1,7313***	
Alsó-középső			2,2890***	
Legalacsonyabb			2,9611***	
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>				
Felső-középső				1,3850**
Középső				1,6179***
Alsó-középső				2,0533***
Legalacsonyabb				3,1311***
Nagelkerke	0,091	0,014	0,111	0,112

(x) I modell: nem + kor + megye

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001



## 9.B. táblázat

Lakóhely megye szerint és az életvitelt akadályozó betegségek esélye (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség, rokkantnyugdíjasok nélkül), n=7325

Az egyes modellekbe bevont változók	i modell (x)	i1 modell i + iskolai végzettség	i2 modell i + jövede- lem	i3 modell i + depriváció
<i>Nem (referencia: férfi)</i>				
Nő	1,0957	1,1326	1,0730	1,0668
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 évesek)</i>				
35–44 éves	1,8000***	1,7715***	1,7063***	1,7524***
45–54 éves	3,5958***	3,5279***	3,5901***	3,6949***
<i>Megye (referencia: Budapest)</i>				
Baranya	1,5282*	1,3380	1,3220	1,5221
Bács-Kiskun	0,8702	0,7342	0,7070*	0,8437
Békés	1,2983	1,1219	1,0373	1,2729
Borsod-Abaúj-Zemplén	1,3654*	1,1566	1,0898	1,2455
Csongrád	1,1273	1,0272	0,9340	1,0509
Fejér	0,7665	0,6505*	0,6832*	0,7996
Győr-Moson-Sopron	0,7966	0,6775*	0,7226	0,8643
Hajdú-Bihar	1,1183	0,9268	0,8903	1,0122
Heves	0,9140	0,7806	0,7662	0,8841
Komárom-Esztergom	1,3042	1,1352	1,1724	1,3146
Nógrád	1,9131**	1,6332*	1,5713	1,8111
Pest	1,1925	1,0313	1,0866	1,2152
Somogy	1,3192	1,0288	1,0679	1,1815
Szabolcs-Szatmár	1,2491	1,0232	0,9911	1,0872
Jász-Nagykun-Szolnok	1,0521	0,8736	0,8171	0,9136
Tolna	0,8166	0,7019	0,6835	0,8359
Vas	1,0123	0,8834	0,8998	1,0628
Veszprém	1,1482	0,9462	1,0134	1,1059
Zala	1,2905	1,1075	1,0649	1,2397
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>				
Érettségi		1,3771**		
Szakmunkásképző		1,8795***		
8 osztály		2,3581***		
8 osztály alatt		4,3976***		
<i>Ekvivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>				
Felső- középső			1,2271*	
Középső			1,4328**	
Alsó-középső			1,7839***	
Legalacsonyabb			2,2577***	
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>				
Felső-középső				1,3600**
Középső				1,4402**
Alsó-középső				1,8991***
Legalacsonyabb				2,8106***
Nagelkerke	0,091	0,014	0,111	0,112

(x) i modell: nem + kor + megye

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*; p < 0,001

Kovács Katalin

10.A. táblázat

Az iskolai végzettség és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei a jövedelemmel, a foglalkozással és a deprivációval való összefüggésben (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség)

Az egyes modellekbe bevont változók	J modell nem + kor	K modell J + iskolai végzettség	K1 modell K + jövedelem	K2 modell K + depriváció	K3 modell K + foglalko- zás	K4 modell K + jövede- lem + depriváció	K5 modell K + jövede- lem + foglal- kozás	K6 modell K + depriváció + foglalkozás	K7 modell (x)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>									
Nő	1,0776	1,1242	1,0862	1,0947	1,13504*	1,0816	1,0928	1,015	1,0804
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 évesek)</i>									
35–44 éves	2,0698***	2,0103***	1,9318***	1,9682***	2,0090***	1,9109***	1,9122***	1,9677***	1,9109***
45–54 éves	5,6401***	5,3967***	5,3891***	5,5669***	5,4021***	5,5673***	5,4285***	5,5703***	5,5667***
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>									
Érettségi		1,6928***	1,4365**	1,5195***	1,6562***	1,3921**	1,4409**	1,4976***	1,3954**
Szaktuningsképző		2,5673**	1,9324***	2,0913***	2,4408***	1,7965***	1,9458***	2,0236***	1,8064***
8 osztály		3,5782***	2,4588***	2,6276***	3,3857***	2,1486***	2,4774***	2,5350***	2,1614***
8 osztály alatt		8,0352***	4,9232***	5,1465***	7,6010***	3,9570***	4,9602***	4,9649***	3,9805***
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>									
Felső- középső			1,1727			1,0656	1,1726		1,0656
Középső			1,4011***			1,2194	1,4016**		1,2197
Alsó-középső			1,7404***			1,4331***	1,7417***		1,4339***
Legalacsonyabb			2,0854***			1,6572***	2,0869***		1,6581***
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>									
Felső-középső				1,2947*		1,2489*		1,2950*	1,2488*
Középső				1,4024**		1,3032**		1,4022**	1,3031*
Alsó-középső				1,7379***		1,5652***		1,7363***	1,5652***
Legalacsonyabb				2,3798***		2,0342***		2,3778***	2,0341***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>									
Fizikaiak					1,0670		0,9907	1,0430	0,9927
Nagelkerke	0,081	0,108	0,116	0,119	0,108	0,123	0,116	0,119	0,123

(x) K7 modell: I modell + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*; p < 0,001

Egészség-esélyek

10.B. táblázat

Az iskolai végzettség és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei a jövedelemmel, a foglalkozással és a deprivációval való összefüggésben (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség), rokkantnyugdíjasok nélkül

Az egyes modellekbe bevont változók	J modell nem + kor	k modell J + iskolai végzettség	k1 modell k + jöve- delem	k2 modell k + depriváció	k3 modell k + foglal- kozás	k4 modell k + jövede- lem + depriváció	k5 modell k + jövede- lem + foglal- kozás	k6 modell k + depriváció + foglalkozás	k7 modell (x)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>									
Nő	1,0906	1,1286	1,1045	1,0961	1,1277	1,0890	1,0941	1,0919	1,0798
<i>Korcsoport (referencia: 25-34 évesek)</i>									
35-44 éves	1,8116***	1,7811***	1,7203***	1,7472***	1,7811***	1,7208***	1,7207***	1,7475***	1,7209***
45-54 éves	3,5606***	3,5002***	3,5257***	3,6213***	3,5000***	3,6278***	3,5239***	3,6204***	3,6260***
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>									
Érettségi		1,3996***	1,2484**	1,2597*	1,4021***	1,2087	1,2735*	1,2711*	1,2313
Szaktuningsképző		1,8639**	1,5292***	1,5246***	1,8716***	1,4144**	1,6002***	1,5558**	1,4751**
8 osztály		2,3398***	1,7833***	1,7185***	2,3504***	1,5391***	1,8726***	1,7567***	1,6103**
8 osztály alatt		4,4483***	3,0488***	2,8926***	4,4686***	2,4454***	3,2015***	2,9575***	2,5585***
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>									
Felső- középső			1,0941			0,9936	1,0942		0,9937
Középső			1,2184			1,0525	1,2216		1,0552
Alsó-középső			1,4429*			1,1684***	1,4501**		1,1739
Legalacsonyabb			1,7155***			1,3388***	1,7241***		1,3450**
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>									
Felső-középső				1,3024*		1,2808*		1,3016*	1,2787
Középső				1,3128**		1,2648		1,3125*	1,2630
Alsó-középső				1,7119***		1,6252***		1,7522***	1,6240***
Legalacsonyabb				2,3565***		2,1521***		2,3570***	2,1490***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>									
Fizikaiak					0,9948		0,9414	0,9946	0,9462
Nagelkerke	0,036	0,047	0,051	0,057	0,047	0,059	0,051	0,057	0,059

(x) k7 modell: k modell + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*; p < 0,001

## Kovács Katalin

## 11.A. táblázat

A jövedelem és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei a deprivációval, a foglalkozással és az iskolai végzettséggel való összefüggésben (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség)

Az egyes modellekbe bevont változók	J modell nem + kor	L modell J + iskolai végzettség	L1 modell L + jövedelem	L2 modell L + depriváció	L3 modell L + foglalko- zás	L4 modell L + jövede- lem + depriváció	L5 modell L + jövede- lem + foglal- kozás	L6 modell L + depriváció + foglalkozás	L7 modell (x)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>									
Nő	1,0763	1,0555	1,0438	1,0934	1,1469*	1,0816	1,1193	1,0920	1,0804
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>									
35–44 éves	2,0708***	1,9058***	1,9050***	1,9129***	1,9112***	1,9109***	1,9104***	1,9130***	1,9109***
45–54 éves	5,6399***	5,5834***	5,7083***	5,4282***	5,5914***	5,5673***	5,7120***	5,4277***	5,5667***
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>									
Érettségi		1,3878***	1,2062	1,1708	1,3002**	1,0656	1,1507	1,1726	1,0656
Szaktuningsképző		1,7838***	1,4536***	1,3994**	1,6044***	1,2194	1,3434**	1,3998**	1,2197
8 osztály		2,3957***	1,7960***	1,7397***	2,0704***	1,4331***	1,6118***	1,7417***	1,4339***
8 osztály alatt		3,0879***	2,1902***	2,0829***	2,6299***	1,6572***	1,9466***	2,0869***	1,6581***
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>									
Felső- középső			1,2814*			1,2489*	1,2754*		1,2488*
Középső			1,3873***			1,3032*	1,3603**		1,3031*
Alsó-középső			1,6768***			1,5652***	1,6371***		1,5652***
Legalacsonyabb			2,3363***			2,0342***	2,2511***		2,0341***
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>									
Felső-középső				1,4377**		1,3921**		1,4414**	1,3954**
Középső				1,9324***		1,7965***		1,9440***	1,8064***
Alsó-középső				2,4583***		2,1486***		2,4743***	2,1614***
Legalacsonyabb				4,9220***		3,9570***		4,9538***	3,9805***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>									
Fizikaiak					1,4508***		1,3645***	0,9920	0,9927
Nagelkerke	0,081	0,105	0,116	0,116	0,109	0,123	0,118	0,116	0,123

(x) L7 modell: L modell + depriváció + foglalkozás + iskolai végzettség

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*, p < 0,001

Egészség-esélyek

11.B. táblázat

A jövedelem és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei a deprivációval, a foglalkozással és az iskolai végzettséggel való összefüggésben (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség, rokkantnyugdíjasok nélkül)

Az egyes modellekbe bevont változók	J modell nem + kor	1 modell J + iskolai végzettség	11 modell 1 + jövede- lem	12 modell 1 + depriváció	13 modell 1 + foglal- kozás	14 modell 1 + jövedelem + depriváció	15 modell 1 + jövedelem + foglalkozás	16 modell 1 + depriváció + foglalkozás	17 modell (x)
Nem (referencia: férfi)									
Nő	1,0906	1,0735	1,0602	1,1045	1,1276	1,0890	1,0985	1,0941	1,0798
Korcsoport (referencia: 25–34 éves)									
35–44 éves	1,8116***	1,7121***	1,7151***	1,7203**	1,7156***	1,7208***	1,7180***	1,7207***	1,7209***
45–54 éves	3,5606***	3,5630***	3,6555***	3,5257***	3,5675***	3,6278***	3,6582***	3,5239***	3,6260***
Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)									
Érettségi		1,2220	1,0685	1,0941	1,1768	0,9936	1,0434	1,0942	0,9937
Szaktuningsképző		1,4271**	1,1664	1,2184	1,3428**	1,0525	1,1215	1,2216	1,0552
8 osztály		1,7747***	1,3309*	1,4429**	1,6320***	1,1684***	1,2614*	1,4501**	1,1739
8 osztály alatt		2,2262***	1,5808***	1,7155***	2,0298***	1,3388***	1,4908***	1,7421***	1,3450**
Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)									
Felső- középső			1,3030*			1,2808*	1,3025*		1,2787*
Középső			1,3141*			1,2648	1,3032*		1,2630*
Alsó-középső			1,6950***			1,6252***	1,6381***		1,6240***
Legalacsonyabb			2,3329***			2,1521***	2,2929***		2,1496***
Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)									
Felső-középső				1,2484		1,2087		1,2732*	1,2313
Középső				1,5292***		1,4144*		1,6002***	1,4751**
Alsó-középső				1,7833***		1,5391***		1,8702***	1,6103***
Legalacsonyabb				3,0488***		2,4454***		3,2015***	2,5585***
Foglalkozás (referencia: szellemiek)									
Fizikaiak					1,2329**		1,1621	0,9414	0,9462
Nagelkerke	0,036	0,047	0,056	0,051	0,048	0,059	0,057	0,051	0,123

(x) 17 modell: 1 modell + depriváció + foglalkozás + iskolai végzettség

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*; p < 0,001

12.A. táblázat  
 A depriváció és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei a jövedelemmel és az iskolai végzettséggel való összefüggésben  
 (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség)

Az egyes modellekbe bevont változók	J modell nem + kor	M modell J + depriváció	M1 modell M + jövedelem	M2 modell M + iskolai végzettség	M3 modell M + foglalko- zás	M4 modell M + jövede- lem + iskolai végzettség	M5 modell M + jövede- lem + foglal- kozás	M6 modell M + iskolai végzettség + foglalkozás	M7 modell (x)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>									
Nő	1,0763	1,0481	1,0438	1,0947	1,1619**	1,0816	1,1193	1,1015	1,0804
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>									
35–44 éves	2,0708***	1,9885***	1,9050***	1,9682***	1,9879***	1,9109***	1,9104***	1,9677***	1,9109***
45–54 éves	5,6399***	5,7825***	5,7083***	5,5669***	5,7692***	5,5673***	5,7120***	5,5703***	5,5667***
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>									
Felső-középső		1,3991**	1,2814*	1,2947*	1,3580**	1,2489*	1,2754*	1,2950*	1,2488*
Középső		1,6497***	1,3873**	1,4024**	1,5339***	1,3032**	1,3603**	1,4022**	1,3031*
Alsó-középső		2,1086***	1,6768***	1,7379***	1,9238***	1,5652***	1,6371***	1,7363***	1,5652***
Legalacsonyabb		3,2709***	2,3363***	2,3798***	2,8650***	2,0342***	2,2511***	2,3778***	2,0341***
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>									
Felső- középső			1,2062			1,0656	1,1507		1,0656
Középső			1,4536***			1,2194	1,3434**		1,2197
Alsó-középső			1,7960***			1,4331***	1,6118***		1,4339***
Legalacsonyabb			2,1902***			1,6572***	1,9466***		1,6581***
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>									
Érettségi				1,5195***		1,3921**		1,4976***	1,3954**
Szakk munkásképző				2,0913***		1,7965***		2,0236***	1,8064***
8 osztály				2,6276***		2,1486***		2,5350***	2,1614***
8 osztály alatt				5,1465***		3,9570***		4,9649***	3,9805***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>									
Fizikaiak					1,5866***		1,3645***	1,0430	0,9927
Nagelkerke	0,081	0,106	0,116	0,119	0,111	0,123	0,118	0,119	0,123

(x) M7 modell: M modell + jövedelem + foglalkozás + iskolai végzettség

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*; p < 0,001

Egészség-esélyek

12.B. táblázat  
*A depriváció és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei a jövedelemmel és az iskolai végzettséggel való összefüggésben (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség, rokkantnyugdíjasok nélkül)*

Az egyes modellekbe bevont változók	J modell nem + kor	m modell J + depriváció	m1 modell m + jövedelem	m2 modell m + iskolai végzettség	m3 modell m + foglalko- zás	m4 modell m + jövede- lem + iskolai végzettség	m5 modell m + jövede- lem + foglal- kozás	m6 modell m + iskolai végzettség + foglalkozás	m7 modell (x)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>									
Nő	1,0906	1,0626	1,0602	1,0961	1,1238**	1,0890	1,0985	1,0919	1,0798
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>									
35–44 éves	1,8116***	1,7611***	1,7151	1,7472***	1,7563***	1,7208***	1,7180***	1,7475***	1,7209***
45–54 éves	3,5606***	3,6719***	3,6555	3,6213***	3,6708***	3,6278***	3,6582***	3,6204***	3,6260***
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>									
Felső-középső		1,3672**	1,3030*	1,3024*	1,3483*	1,2808*	1,3025*	1,3016*	1,2787*
Középső		1,4477**	1,3141*	1,3128*	1,3445**	1,2648	1,3032*	1,3125*	1,2630
Alsó-középső		1,9211***	1,6950***	1,7119***	1,8338***	1,6252***	1,6781***	1,7122***	1,6240***
Legalacsonyabb		2,8472***	2,3329***	2,3565***	2,6543***	2,1521***	2,2929***	2,3570***	2,1496***
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>									
Felső-középső			1,0685			0,9936	1,0434		0,9937
Középső			1,1664*			1,0525	1,1215		1,0552
Alsó-középső			1,3309**			1,1684	1,2614*		1,1739
Legalacsonyabb			1,5808***			1,3388*	1,4908***		1,3450**
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>									
Érettségi				1,2597		1,2087		1,2711*	1,2313**
Szaktanulmányok				1,5246***		1,4144**		1,5558**	1,4751***
8 osztály				1,7185***		1,5391***		1,7567***	1,6103***
8 osztály alatt				2,8926***		2,4454***		2,9575***	2,5585***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>									
Fizikaiak					1,2687**		1,1621	0,9746	0,9462
Nagelkerke	0,036	0,053	0,056	0,057	0,054	0,059	0,057	0,057	0,123

(x) m7 modell: m modell + jövedelem + foglalkozás + iskolai végzettség

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*, p < 0,001

Kovács Katalin

13.A. táblázat

A foglalkozás és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei a jövedelemmel, a deprivációval és az iskolai végzettséggel való összefüggésben (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség)

Az egyes modellekbe bevont változók	J modell nem + kor	N modell J + depriváció	N1 modell N + jövedelem	N2 modell N + iskolai végzettség	N3 modell N + foglalko- zás	N4 modell N + jövede- lem + iskolai végzettség	N5 modell N + jövede- lem + foglal- kozás	N6 modell N + iskolai végzettség + foglalkozás	N7 modell (x)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>									
Nő	1,0763	1,2403***	1,1469*	1,1619**	1,1350*	1,1193	1,1015	1,0920	1,0804
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>									
35–44 éves	2,0708***	2,0428***	1,9112***	1,9879***	2,0090***	1,9104***	1,9677***	1,9130***	1,9109***
45–54 éves	5,6399***	5,6386***	5,5914***	5,7692***	5,4021***	5,7120***	5,5703***	5,4277***	5,5667***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>									
Fizikaiak		1,9213***	1,4508***	1,5866***	1,0670	1,3645***	1,0430***	0,9920	0,9927
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>									
Felső- középső			1,3002**			1,1507		1,1708	1,0656
Középső			1,6044***			1,3434**		1,3998**	1,2197
Alsó-középső			2,0704***			1,6118***		1,7408***	1,4339***
Legalacsonyabb			2,6299***			1,9466***		2,0842***	1,6581***
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>									
Felső-középső				1,3580**		1,2764*	1,2950*		1,2488*
Középső				1,5339***		1,3603**	1,4022**		1,3031*
Alsó-középső				1,9238***		1,6371***	1,7363***		1,5652***
Legalacsonyabb				2,8650***		2,2511***	2,3778***		2,0341***
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>									
Érettségi					1,6560***		1,4976***	1,4414**	1,3954**
Szakmunkásképző					2,4362***		2,0236***	1,9440***	1,8064***
8 osztály					3,3783***		2,5350***	2,4743***	2,1614***
8 osztály alatt					7,5834***		4,9649***	4,9538***	3,9805***
Nagelkerke	0,081	0,093	0,109	0,111	0,108	0,118	0,119	0,116	0,123

(x) N7 modell: N modell + jövedelem + depriváció + iskolai végzettség

p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*; p < 0,001



Egészség-esélyek

13.B. táblázat

A foglalkozás és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei a jövedelemmel, a deprivációval és az iskolai végzettséggel való összefüggésben (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség, rokkantnyugdíjasok nélkül)

Az egyes modellekbe bevont változók	J modell nem + kor	n modell J + foglal- kozás	n1 modell n + jövedelem	n2 modell n + depriváció	n3 modell n + iskolai végzettség	n4 modell n + jövede- lem + depriváció	n5 modell n + depriváció + iskolai végzettség	n6 modell n + jövede- lem + iskolai végzettség	n7 modell
<i>Nem (referencia: férfi)</i>									
Nő	1,0906	1,1985**	1,1276	1,1238**	1,1277	1,0985	1,0919	1,0941	1,0798
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 évesek)</i>									
35–44 éves	1,8116***	1,7968***	1,7156***	1,7563***	1,7811***	1,7180***	1,7475***	1,7207***	1,7209***
45–54 éves	3,5606***	3,5680***	3,5675***	3,6708***	3,5000***	3,6582***	3,6204***	3,5239***	3,6260***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>									
Fizikaiak		1,5119***	1,2329**	1,2687**	0,9948	1,1621	0,9746	0,9414	0,9462
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>									
Felső- középső			1,1768			1,0434		1,0942	0,9937
Középső			1,3428**			1,1215		1,2216	1,0552
Alsó-középső			1,6320***			1,2614*		1,4501**	1,1739
Legalacsonyabb			2,0298***			1,4908***		1,7241***	1,3450**
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>									
Felső-középső				1,3483*		1,3025*	1,3016*		1,2787*
Középső				1,3945**		1,3032*	1,3125**		1,2630
Alsó-középső				1,8338***		1,6781***	1,7122***		1,6240***
Legalacsonyabb				2,6543***		2,2929***	2,3570***		2,1496***
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>									
Érettségi					1,4021***		1,2711***	1,2732*	1,2313
Szaktunskáképző					1,8716***		1,5558***	1,6002***	1,4751**
8 osztály					2,3504***		1,7567***	1,8726***	1,6103***
8 osztály alatt					4,4686***		2,9575***	3,2015***	2,5585***
Nagelkerke	0,036	0,040	0,048	0,054	0,047	0,057	0,057	0,057	0,059

(x) n7 modell: n modell + jövedelem+ depriváció + iskolai végzettség

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*, p < 0,001

## 14.A. táblázat

Munkanélküliségi tapasztalat és az életvitelt akadályozó betegségek esélye (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség) n=7963

Az egyes modellekbe bevont változók	P modell (x)	P1 modell P + iskolai végzettség	P2 modell P + jövedelem	P3 modell P + depriváció	P4 modell P + foglalkozás	P5 modell P + magányosság	P6 modell (xx)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>							
Nő	1,0718	1,1142	1,0420	1,0384	1,2326***	1,0700	1,0728
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>							
35–44 éves	2,0572***	1,9993***	1,8998***	1,9871***	2,0196***	2,0561***	1,9037***
45–54 éves	5,7187***	5,3440***	5,5766***	5,7779***	5,6137***	5,7061***	5,4686***
<i>Munkanélküliségi tényező (referencia: nem volt munkanélküli)</i>							
Rövidebb ideig volt	1,1027	0,9179	0,9388	0,9938	0,9819	1,1014	0,8544**
Hosszabb ideig volt	1,6046***	1,1753	1,1590	1,2675*	1,3893***	1,6016***	0,9691
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>							
Érettségi		1,6983***					1,4143**
Szakképző		2,6376***					1,8755***
8 osztály		3,6270***					2,2525***
8 osztály alatt		8,0339***					4,2179***
<i>Ekvivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>							
Felső-középső			1,4225***				1,1039
Középső			1,7854***				1,2278*
Alsó-középső			2,3587***				1,43212**
Legalacsonyabb			3,0140**				1,6550***
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>							
Felső-középső				1,3583**			1,2188
Középső				1,5766***			1,2566
Alsó-középső				2,0428***			1,5388***
Legalacsonyabb				3,0953***			1,9713***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>							
Fizikaiak					1,9040***		1,0294
<i>Magányosság (referencia: nem magányosak)</i>							
Magányosak						0,9742	
Nagelkerke	0,084	0,109	0,104	0,105	0,095	0,084	1,122

(x) P modell: nem + kor+ munkanélküliségi tapasztalat

(xx) P6 modell: P + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p< 0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\* p< 0,001

14.B. táblázat  
Munkanélküliségi tapasztalat és az életvitelt akadályozó betegségek esélye (ismert iskolai végzettségű, jövedelmű, deprivációs szintű és foglalkozású középkorú népesség, rokkantnyugdíjasok nélkül) n=7325

Az egyes modellekbe bevont változók	p modell (x)	p1 modell p + iskolai végzettség	p2 modell p + jövedelem	p3 modell p + depriváció	p4 modell p + foglalkozás	p5 modell p + magányosság	p6 modell (xx)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>							
Nő	1,1167	1,1446*	1,0900	1,0821	1,2044***	1,0706	1,0907
<i>Korcsoport (referencia: 25–34 éves)</i>							
35–44 éves	1,7918***	1,7559***	1,6983***	1,7403***	1,7715***	1,8004***	1,7014***
45–54 éves	3,6019***	3,4950***	3,5555***	3,6618***	3,5728***	3,6139***	3,5924***
<i>Munkanélküliségi tényező (referencia: nem volt munkanélküli)</i>							
Rövidebb ideig volt	1,1948*	1,0520	1,0623	1,0831	1,1134	1,1475	0,9924
Hosszabb ideig volt	1,8642***	1,5131***	1,4764***	1,4865***	1,7114***	1,7195***	1,2710*
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>							
Érettségi		1,3554**					1,2220
Szakmunkásképző		1,7760***					1,4630**
8 osztály		2,1483***					1,5742**
8 osztály alatt		3,8634***					2,4471**
<i>Ekvivalens jövedelmi ötöd (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>							
Felső-középső			1,2025				0,9920
Középső			1,3859**				1,0501
Alsó-középső			1,6824***				1,1575
Legalacsonyabb			2,0491**				1,3067*
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>							
Felső-középső				1,3539**			1,2801*
Középső				1,4143**			1,2622
Alsó-középső				1,8567***			1,6187***
Legalacsonyabb				2,6645***			2,1183***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>							
Fizikaiak					1,4212***		0,9478
<i>Magányosság (referencia: nem magányosak)</i>							
Magányosak						1,7727***	
Nagelkerke	0,041	0,049	0,049	0,055	0,044	0,048	0,059

(x) p modell: nem + kor + munkanélküliségi tapasztalat

(xx) p6 modell: p + iskolai végzettség + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

15.A. táblázat  
 Az iskolai végzettség és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei a jövedelemmel,  
 a foglalkozással és a deprivációval való összefüggésben  
 (az idős-középkorú népesség körében)

Az egyes modellekbe bevont változók	Q modell nem + kor	R modell Q + iskolai végzettség	R1 modell R + jövedelem	R2 modell R + depriváció	R3 modell R + foglalkozás	R4 modell R + jövedelem + depriváció	R5 modell R + depriváció + foglalkozás	R7 modell (x)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>								
Nő	1,2070**	1,0683	1,0631	1,0509	1,1218	1,0484	1,1045	1,0986
<i>Korcsoport (referencia: 55-64 éves)</i>								
65-75 éves	1,6438***	1,3706***	1,3794***	1,4770***	1,4099***	1,4569***	1,4087***	1,5131***
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>								
Érettségi		1,5320***	0,9961	1,3890**	1,4236**	1,2174	1,2005	1,3037*
Szakmunkásképző		1,9245***	1,0817**	1,6620***	1,4738**	1,3206*	1,1343	1,3134*
8 osztály		2,8222***	1,5007***	2,3600***	2,0986***	1,8079***	1,5375**	1,8176***
8 osztály alatt		4,1581***	2,0161***	3,3914***	2,9701***	2,5221***	2,0969***	2,5200***
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>								
Felső-középső			1,2391***			1,3789**	1,5041***	
Középső			1,9365***			1,7081***	1,8929***	
Alsó-középső			2,0792***			1,7407***	2,0097***	
Legalacsonyabb			2,1730***			1,7772***	2,0979***	
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>								
Felső-középső				1,3239**		1,2490*		1,3092**
Középső				1,6038***		1,4559***		1,5801***
Alsó-középső				1,9443***		1,7365***		1,9132***
Legalacsonyabb				2,0599***		1,7841***		2,0309***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>								
Fizikaiak					1,4266***		1,3207**	1,3749***
Nagelkerke	0,017	0,054	0,066	0,068	0,057	0,074	0,068	0,070

(x) R7 modell: R + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

15.B. táblázat  
 Az iskolai végzettség és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei a jövedelemmel,  
 a foglalkozással és a deprivációval való összefüggésben  
 (az idős-középkorú népesség körében, rokkantnyugdíjasok nélkül)

Az egyes modellekbe beontó változók	q modell nem + kor	r modell q + iskolai végzettség	r1 modell r + jövedelem	r2 modell r + depriváció	r3 modell r + foglalkozás	r4 modell r + jövedelem + depriváció	r5 modell r + depriváció + foglalkozás	r7 modell (x)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>								
Nő	1,4036***	1,2796**	1,2659**	1,2640**	1,3486***	1,2500**	1,3267***	1,3280***
<i>Korcsoport (referencia: 55-64 éves)</i>								
65-75 éves	2,0661***	1,8303***	1,8425***	1,9168****	1,8826***	1,9029***	1,8845***	1,9559***
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>								
Érettségi		1,1455	1,0538	1,0,800	1,0566	1,0238	0,9870	1,0035
Szakmunkásképző		1,4054*	1,1875	1,2760	1,0375	1,1449	0,9206	0,9634
8 osztály		1,9199***	1,5856**	1,7272***	1,3656	1,5351**	1,1942*	1,2600
8 osztály alatt		2,6434***	2,1317***	2,3172***	1,7985**	1,5351***	1,5494*	1,6222*
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>								
Felső-középső			1,2283			1,1401	1,2127	
Középső			1,5745***			1,4174*	1,5244**	
Alsó-középső			1,5809**			1,3703*	1,5128**	
Legalacsonyabb			1,4002**			1,1797	1,3417	
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>								
Felső-középső				1,3127**		1,2730*		1,3012*
Középső				1,4521**		1,3879**		1,4324**
Alsó-középső				1,8066***		1,7267***		1,7800***
Legalacsonyabb				1,6959***		1,6200***		1,6748***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>								
Fizikaiak					1,4804***		1,4160**	1,4432**
Nagelkerke	0,032	0,053	0,057	0,061	0,056	0,064	0,060	0,064

(x) r7 modell: r + jövedelem + depriváció + foglalkozás

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

## 16.A. táblázat

A jövedelem és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei a deprivációval, a foglalkozással és az iskolai végzettséggel való összefüggésben (az idős-középkorú népesség körében)

Az egyes modellekbe bevont változók	Q modell nem + kor	S modell Q + jövedelem	S1 modell S + depriváció	S2 modell S + iskolai végzettség	S3 modell S + foglalkozás	S4 modell S + iskolai végzett- ség + depriváció	S5 modell S + depriváció + foglal- kozás	S7 modell (x)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>								
Nő	1,2070**	1,1539*	1,1326*	1,0631	1,2164**	1,0484	1,1923**	1,1045
<i>Korcsoport (referencia: 55-64 éves)</i>								
65-75 éves	1,6438***	1,5642***	1,6516***	1,3794***	1,5571***	1,4569***	1,6414***	1,4087***
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>								
Felső- középső		1,7987***	1,5929***	1,5214***	1,5730***	1,3789**	1,4130***	1,2005
Középső		2,4674***	2,1153***	1,9365***	2,0366***	1,7081***	1,7792***	1,1343
Alsó- középső		2,9260***	2,3602***	2,0792***	2,2792***	1,7407***	1,8829***	1,5375**
Legala- csonyabb		3,1324***	2,4624***	2,1730***	2,4258***	1,7772***	1,9548***	2,0969***
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>								
Felső- középső			1,2827**			1,2490*	1,2413*	
Középső			1,5136***			1,4559***	1,4621***	
Alsó- középső			1,8091***			1,7365***	1,7430***	
Legala- csonyabb			1,8597***			1,7841***	1,8090***	
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>								
Érettségi				1,2620		1,2174		1,5041***
Szak- munkás- képző				1,3792**		1,3206*		1,8929***
8 osztály 8 osztály alatt				1,9059***		1,8079***		2,0097***
				2,6749***		2,5221***		2,0979***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>								
Fizikaiak					1,5991***		1,5605***	1,3207**
Nagel- kerke	0,017	0,052	0,062	0,066	0,061	0,074	0,069	0,068

(x) S7 modell: S + depriváció + foglalkozás + iskolai végzettség

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

16.B. táblázat  
 A jövedelem és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei a deprivációval, a foglalkozással és az iskolai végzettséggel való összefüggésben  
 (az idős-középkorú népesség körében, rokkantnyugdíjasok nélkül)

Az egyes modellekbe beont változók	q modell nem + kor	s modell q + jövedelem	s1 modell s + depriváció	s2 modell s + iskolai végzettség	s3 modell s + foglalkozás	s4 modell s + iskolai végzett- ség+ depriváció	s5 modell s + depriváció + foglal- kozás	s7 modell (x)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>								
Nő	1,4036***	1,3612***	1,3422***	1,2659**	1,2276***	1,2500**	1,4080***	1,3267***
<i>Korcsoport (referencia: 55-64 éves)</i>								
65-75 éves	2,0661***	2,0628***	2,1293***	1,8425***	1,7558***	1,9029***	2,1123***	1,8845***
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>								
Felső-középső		1,3781*	1,2639**	1,2283	0,9267	1,1401	1,1182	1,2127
Középső		1,9065***	1,6905***	1,5745***	1,2026***	1,4174*	1,3962*	1,5244**
Alsó-középső		2,1051***	1,7892***	1,5809**	1,2331***	1,3703*	1,3994*	1,5128**
Legalacsonyabb		1,9232***	1,5868***	1,4002**	1,0775*	1,1797	1,2278	1,3417
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>								
Felső-középső			1,2871*			1,2730*	1,2621*	
Középső			1,4214**			1,3879**	1,3867**	
Alsó-középső			1,7601***			1,7267***	1,7153***	
Legalacsonyabb			1,6481***			1,6200***	1,6227***	
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>								
Érettségi				1,0538		1,0238		0,9870
Szakmunkás-képző				1,1875		1,1449		0,9206
8 osztály				1,5856**		1,5351**		1,1942*
8 osztály alatt				2,1317***		1,5351***		1,5494*
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>								
Fizikaiak					1,3610***		1,5950***	1,4160**
Nagelkerke	0,032	0,046	0,053	0,057	0,055	0,064	0,062	0,060

(x) s7 modell: s + depriváció + foglalkozás + iskolai végzettség

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

17.A. táblázat  
 A *depriváció és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei a jövedelemmel és az iskolai végzettséggel való összefüggésben (az idősközépkorú népesség körében)*

Az egyes modellekbe bevonott változók	Q modell nem + kor	T modell Q + depriváció	T1 modell T + jövedelem	T2 modell T + iskolai végzettség	T3 modell T + foglalkozás	T4 modell T + jövedelem + iskolai végzettség	T5 modell T + jövedelem + foglal- kozás	T7 modell (x)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>								
Nő	1,2070**	1,1601*	1,1326*	1,2640**	1,2374***	1,0484	1,1923**	1,0986
<i>Korcsoport (referencia: 55-64 éves)</i>								
65-75 éves	1,6438***	1,7938***	1,6516***	1,9168***	1,7112***	1,4569***	1,6414***	1,5131***
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>								
Felső-középső		1,4714***	1,2827**	1,3239**	1,3392***	1,2490*	1,2413*	1,5041***
Középső		1,8799***	1,5136***	1,6038***	1,6569***	1,4559***	1,4621***	1,8929***
Alsó-középső		2,3260***	1,8091***	1,9443***	2,0214***	1,7365***	1,7430***	2,0097***
Legalacsonyabb		2,5429***	1,8597***	2,0599***	2,1855***	1,7841***	1,8090***	2,0979***
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>								
Felső-középső			1,5929***			1,3789**	1,4130***	
Középső			2,1153***			1,7081***	1,7792***	
Alsó-középső			2,3602***			1,7407***	1,8829***	
Legalacsonyabb			2,4624***			1,7772***	1,9548***	
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>								
Érettségi				1,3890**		1,2174		1,3037*
Szakmunkás-képző				1,6620***		1,3206*		1,3134*
8 osztály				2,3600***		1,8079***		1,8176***
8 osztály alatt				3,3914***		2,5221***		2,5200***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>								
Fizikaiak					1,8632***		1,5605***	1,3749***
Nagelkerke	0,017	0,043	0,062	0,068	0,060	0,076	0,069	0,070

(x) T7 modell: T + jövedelem + foglalkozás + iskolai végzettség

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001



17.B. táblázat  
 A depriváció és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei a jövedelemmel és az iskolai végzettséggel való összefüggésben  
 (az idős-középkorú népesség körében, rokkantnyugdíjasok nélkül)

Az egyes modellekbe beont változók	q modell nem + kor	t modell q + depriváció	t1 modell t + jövedelem	t2 modell t + iskolai végzettség	t3 modell t + foglalkozás	t4 modell t + jövedelem + iskolai végzettség	t5 modell t + jövedelem + foglalkozás	t7 modell (x)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>								
Nő	1,4036***	1,3719***	1,3422***	1,2640**	1,4422***	1,2500**	1,4080***	1,3280***
<i>Korcsoport (referencia: 55-64 éves)</i>								
65-75 éves	2,0661***	2,1633***	2,1293***	1,9168***	2,1384***	1,9029***	2,1123***	1,9559***
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>								
Felső-középső		1,3856**	1,2871*	1,3127**	1,3065*	1,2730*	1,2321*	1,3012*
Középső		1,5960***	1,4214**	1,4521**	1,4629**	1,3879**	1,3867**	1,4324**
Alsó-középső		2,0008***	1,7601***	1,8066***	1,8142***	1,7267***	1,7153***	1,7800***
Legalacsonyabb		1,9021***	1,6481***	1,6959***	1,7243***	1,6200***	1,6227***	1,6748***
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>								
Felső-középső			1,2639			1,1401	1,1182	
Középső			1,6905***			1,4174*	1,3962*	
Alsó-középső			1,7892***			1,3703*	1,3994*	
Legalacsonyabb			1,5868**			1,1797	1,2278	
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>								
Érettségi				1,0,800		1,0238		1,0035
Szakmunkás-képző				1,2760		1,1449		0,9634
8 osztály				1,7272***		1,5351**		1,2600
8 osztály alatt				2,3172***		1,5351***		1,6222*
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>								
Fizikaiak					1,7294***		1,5950***	1,4432**
Nagelkerke	0,032	0,045	0,053	0,061	0,059	0,064	0,062	0,064

(x) t7 modell: t + jövedelem + foglalkozás + iskolai végzettség

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

## 18.A. táblázat

A foglalkozás és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei a jövedelemmel, a deprivációval és az iskolai végzettséggel való összefüggésben (az idős-középkorú korú népesség körében)

Az egyes modellekbe bevonott változók	Q modell nem + kor	U modell Q + foglal- kozás	U1 modell U + jövede- lem	U2 modell U + depriváció	U3 modell U + iskolai végzettség	U4 modell U + jövede- lem + depriváció	U5 modell U + depriváció + iskolai végzettség	U6 modell U + jövede- lem + iskolai végzettség	U7 modell (x)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>									
Nő	1,2070**	1,2903***	1,2164**	1,2374***	1,1218	1,1923**	1,0986	1,1045	1,0878
<i>Korcsoport (referencia: 55–64 éves)</i>									
65–75 éves	1,6438***	1,6052***	1,5571***	1,7112***	1,4099***	1,6414***	1,5131***	1,4087***	1,4862***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>									
Fizikaiak		2,0796***	1,5991***	1,8632***	1,4266***	1,5605***	1,3749***	1,3207**	1,3064**
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>									
Felső- középső			1,5730***			1,4130***		1,3092**	1,3653**
Középső			2,0366***			1,7792***		1,5801***	1,6732***
Alsó-középső			2,2792***			1,8829***		1,9132***	1,6871***
Legalacsonyabb			2,4258***			1,9548***		2,0309***	1,7203***
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>									
Felső-középső				1,3392***		1,2413*	1,3092**		1,2410*
Középső				1,6569***		1,4621***	1,5801***		1,4455***
Alsó-középső				2,0214***		1,7430***	1,9132***		1,7235***
Legalacsonyabb				2,1855***		1,8090***	2,0309***		1,7782***
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>									
Érettségi					1,4236**		1,3037*	1,2005	1,1606
Szaktanulmányok					1,4738**		1,3134*	1,1343	1,0953
8 osztály					2,0986***		1,8176***	1,5375**	1,4718**
8 osztály alatt					2,9701***		2,5200***	2,0969***	1,9975***
Nagelkerke	0,017	0,044	0,061	0,060	0,057	0,069	0,070	0,068	0,076

(x) U7 modell: U + jövedelem + depriváció + iskolai végzettség

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

Egészség-esélyek

18.B. táblázat

A foglalkozás és az életvitelt akadályozó betegségek esélyei a jövedelemmel, a deprivációval és az iskolai végzettséggel való összefüggésben (az idős-középkorú korú, nem rokkantnyugdíjas népesség körében)

Az egyes modellekbe bevont változók	q modell nem + kor	u modell q + foglal- kozás	u1 modell u + jövede- lem	u2 modell u + depriváció	u3 modell u + iskolai végzettség	u4 modell u + jövede- lem + depriváció	u5 modell u + depriváció + iskolai végzettség	u6 modell u + jövede- lem + iskolai végzettség	u7 modell (x)
<i>Nem (referencia: férfi)</i>									
Nő	1,4036***	1,4781***	1,4292***	1,4422***	1,3486***	1,4080***	1,3280***	1,3267***	1,3088***
<i>Korcsoport (referencia: 55–64 éves)</i>									
65–75 éves	2,0661***	2,0554***	2,0479***	2,1384***	1,8826***	2,1123***	1,9559***	1,8845***	1,9450***
<i>Foglalkozás (referencia: szellemiek)</i>									
Fizikaiak		1,8456***	1,6194***	1,7294***	1,4804***	1,5950***	1,4160**	1,4160**	1,4049**
<i>Egy főre eső ekvivalens jövedelem (referencia: legmagasabb jövedelmi ötöd)</i>									
Felső- középső			1,2091			1,1182		1,2127	1,1267
Középső			1,5568***			1,3962*		1,5244**	1,3742*
Alsó-középső			1,6224***			1,3994*		1,5128**	1,3139
Legalacsonyabb			1,4656*			1,2278		1,3417	1,1324
<i>Deprivációs ötöd (referencia: legmagasabb deprivációs ötöd)</i>									
Felső-középső				1,3065*		1,2621*	1,3012*		1,2686*
Középső				1,4629***		1,3867**	1,4324**		1,3794**
Alsó-középső				1,8142***		1,7153***	1,7800***		1,7159***
Legalacsonyabb				1,7243***		1,6227***	1,6748***		1,6164**
<i>Iskolai végzettség (referencia: felsőfok)</i>									
Érettségi					1,0566		1,0035	0,9870	0,9612
Szaktunskáképző					1,0375		0,9634	0,9206	0,8934
8 osztály					1,3656		1,2600	1,1942*	1,1646
8 osztály alatt					1,7985**		1,6222*	1,5494*	1,4949
Nagelkerke	0,032	0,050	0,055	0,059	0,056	0,062	0,064	0,060	0,066

(x) u7 modell: u + jövedelem + depriváció + iskolai végzettség  
p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

A NÉPESSÉGTUDOMÁNYI KUTATÓINTÉZET  
KUTATÁSI JELENTÉSEI

1982

1. (Előszót írta: *Monigl István.*)  
Népesedés és népesedéspolitika tárcaszintű középtávú kiemelt kutatási főirány (1982–1985).  
A KSH Népeségtudományi Kutatóintézet távlati tevékenységének irányelvei (1982–1990).
2. *S. Molnár Edit*: Érték-orientációk a népesedési magatartásban.
3. Összeállította: *Nemeskéri János, Juhász Attila*: Sorköteles fiatalok testi fejlettsége, biológiai, egészségi állapota (Előzetes tájékoztató).
4. *Szabó Kálmán*: A népesség-előreszámítások néhány módszertani kérdése (Előterjesztés az MTA Demográfiai Bizottságának).
5. *Valkovics Emil*: A demográfiai átmenet elemzésének néhány gyakorlati nehézségéről.
6. *Bies Klára*: A területi népességprognózisok előkészítése.
7. Készítette az MTA Gazdaság és Jogtudományok Osztályának megbízásából az MTA Demográfiai Bizottsága: A demográfiai tudomány helyzete Magyarországon.

1983

8. *S. Molnár Edit–Pataki Judit*: Vélemények és előítéletek az öregségről.
9. *Mádai Lajos*: Az utolsó nagy kolerajárvány demográfiai képe Európában és az Egyesült Államokban (1872–1873).
10. *Vukovich Gabriella*: A népesedéspolitika tartalma, jellege, céljai, eszközei, hatékonysága. Nyugat-európai tapasztalatok.
11. *Hoóz István*: Társadalmpolitika, gazdaságpolitika, szociálpolitika, valamint a népesedéspolitika kapcsolatai a szocialista országokban.
12. *Joubert Kálmán*: Születési súly és születési hossz standard az 1973–78 évben élveszületett újszülöttek adatai alapján (angol és orosz nyelven).
13. *Pongrácz Tiborné*: Fiatalkori terhességek társadalmi, demográfiai vizsgálata.
14. *Hoóz István*: A népesedéspolitika eszközei, különös tekintettel a gazdasági jellegű eszközök alkalmazásának gyakorlatára és az ezekkel összefüggő nézetekre a szocialista országokban.

#### 1984

15. Készítették: *Bies Klára, Hablicsek László*: Területi népesség-előreszámítás 1981–2001.
16. *Szabó Kálmán*: Családok és háztartások néhány jellemzőjének alakulása, 1981–2001. (Előzetes változat.)
17. Szerkesztette: *Hablicsek László, Monigl István*: Társadalmi–demográfiai prognózisok.  
A Népességtudományi Kutatóintézet tudományos szemináriuma Budapest, 1983. május 17–18.
18. *Klinger András*: A családtervezési programokon kívüli népesedéspolitikai intézkedések hatása a termékenységre (angol nyelven).
19. *Moksony Ferenc*: Települési tényezők és az öngyilkosság. Az öngyilkosság egyes demográfiai összefüggései egy összetételhatást vizsgáló elemzés eredményei.
20. *Csernák Józsefné*: A 18 éven aluli nők házasságkötésének néhány demográfiai jellemzője Magyarországon.
21. Összeállította: *Cseh-Szombathy László, Klinger András, Monigl István, Vukovich György*: A népesedéssel összefüggő tudományos kutatások főbb eredményei, a jövőbeni kutatás fő irányai.
22. *Szukicsné Serfőző Klára*: Budapest és Pest megye népességfejlődése, az ezredfordulóig várható tendenciák.

#### 1985

23. *Rátay Csaba–Tusnádý Gábor*: Veszélyeztetett gyermekek szocializációjának vizsgálata a családtípusok kialakításával.
24. *Terestényi Tamás*: Népesedéspolitikai tartalmak a sajtóban.
25. Szerkesztette: *Káposztás Ferenc*: A népesség területi elhelyezkedése és mozgása. Pécs, 1984. április 25–26.
26. *Hablicsek László–Monigl István–Vukovich Gabriella*: A magyarországi népességfejlődés keretei és jövőbeni lehetséges irányai 1880–2050.
27. *Munkácsy Ferenc–Szentgáli Tamás–Szívós Péter*: A népesség gazdasági aktivitásának demográfiai tényezői.

#### 1986

28. *Szukicsné Serfőző Klára*: A termékenység és az iskolai végzettség néhány összefüggése Magyarországon az elmúlt negyedszázadban.

29. Szerkesztette: *S. Molnár Edit*: Népesedési folyamatokat befolyásoló kulturális-tudati tényezők. A KSH Népeségtudományi Kutatóintézet tudományos szemináriuma Budapest, 1985. november 12–13.
30. *Munkácsy Ferenc*: Népesedés és foglalkoztatás.

#### 1987

31. Szerkesztette: *Káposztás Ferenc–Monigl István*: A népesedéspolitika; tudományos kutatás és társadalmi cselekvés.  
A KSH Népeségtudományi Kutatóintézet nemzetközi szemináriuma Budapest, 1986. október 14–15.
32. *Pongrácz Tiborné*: Serdülőkori terheségek társadalmi–demográfiai vonatkozása.
33. Szerkesztette: *Barabás Miklós*: Az erősen fogyó népességű települések demográfiai jellemzői.

#### 1988

34. Szerkesztette: *Hablicsek László–Monigl István*: Az 1986–2021 közötti időszakra szóló népességprognózisok.  
A KSH Népeségtudományi Kutatóintézet tudományos szemináriuma Budapest, 1987. január 28.
35. *Csernák Józsefné–Szabó Kálmán*: A családok és háztartások előreszámítása, 1986–2021.

#### 1989

36. *Fóti János*: A magyar népesség gazdasági aktivitásának távlati alakulása.

#### 1990

37. Szerkesztette: *Monigl István*: Népesedési viták Magyarországon, 1960–1986. A KSH Népeségtudományi Kutatóintézet tudományos vitaülése Budapest, 1988. június 2.
38. *S. Molnár Edit–Virágh Eszter*: Közvélemény-kutatás népesedési kérdésekről – 1989.

#### 1991

39. *Pongrácz Tiborné–S. Molnár Edit*: Abortuszkérdés Magyarországon – 1991.

40. *Joubert Kálmán–Gárdos Éva*: Terhesek és csecsemők egészségügyi és demográfiai vizsgálata. (A kutatási program általános ismertetése.)  
41. *Pongrácz Tiborné–S. Molnár Edit*: Sokgyermekes családok.

#### 1992

42. *Hablicsek László*: A magyarországi hosszú távú népességfejlődés vizsgálata.  
43. *Fóti János–Illés Sándor*: A munkanélküliség demográfiai vonatkozásai.  
44. *Falussy Béla–Miltényi Károly–Móritz Pálné–Paksy András*: Az egészségi állapot összefüggései az életmóddal és az időfelhasználással.  
45. *Pongrácz Tiborné–S. Molnár Edit*: Összefoglaló a terhességmegszakításról tartott 1992. júliusi közvélemény-kutatás főbb eredményeiről.  
46. *Csernák Józsefné–Pongrácz Tiborné–S. Molnár Edit*: Élettársi kapcsolatok Magyarországon.

#### 1993

47. *Pongrácz Tiborné–S. Molnár Edit*: Kisgyermekes szülők. (Egy nemzetközi összehasonlító vizsgálat főbb magyarországi eredményei.)  
48. *Szukicsné Serfőző Klára*: Iskolázottságunk alakulása a népszámlálási adatok tükrében.  
49. *Tóth Pál Péter*: Nemzetközi vándorlás – Magyarország.

#### 1994

50. *Illés Sándor*: Miért költöztek az emberek Pásztóra 1989–91-ben?  
51. *Szukicsné Serfőző Klára*: A szülők és gyermekeik iskolázottsága.  
52. *Pongrácz Tiborné–S. Molnár Edit*: Kisgyermekes anyák és apák szülői, családi attitűdjei négy európai országban.  
53. *Pongrácz Tiborné–S. Molnár Edit*: Serdülőkorban született anyák társadalmi, demográfiai jellemzőinek longitudinális vizsgálata.

#### 1995

54. *Hablicsek László*: Az első és második demográfiai átmenet Magyarországon és Közép–Kelet–Európában.  
55. *Szukicsné Serfőző Klára*: Az egyszülős családok társadalmi–demográfiai jellemzői.

#### 1996

56. *Szűcs Zoltán*: Az élettársi kapcsolatban élő családok társadalmi-demográfiai jellemzői.
57. *S. Molnár Edit–Pongrácz Tiborné*: Változások a gyermeknevelési támogatások rendszerében és azok megítélése a közgondolkodásban
58. *Illés Sándor–Habicsek László*: A külső vándorlások népesség hatásai Magyarországon 1955–1995 között.
59. *Szukicsné Serfőző Klára*: Az egyszülős családok az állandó és a lakónépesség alapján.

#### 1997

60. *Daróczi Etelka*: A halandóság területi eltérései Magyarországon 1959/60–1992.

#### 1998

61. *S. Molnár Edit–Pongrácz Tiborné–Kamarás Ferenc–Habicsek László*: Házasságon kívüli szülések.

#### 2000

62. *Pongrácz Tiborné–S. Molnár Edit–Dobossy Imre*: Család és munka – értékek és aggodalmak a rendszerváltozás után.
63. *Illés Sándor*: Belföldi vándormozgalom a XX. század utolsó évtizedeiben.
64. *Daróczi Etelka–Spéder Zsolt (szerk.)*: A korfa tetején. Az idősök helyzete Magyarországon.
65. *Melegh Attila*: Kiskunhalas népesedéstörténete a 17. század végétől a 20. század elejéig.

#### 2001

66. *Gödri Irén*: A házassági kapcsolatok minősége és stabilitása.
67. *Tárkányi Ákos*: A családdal kapcsolatos jogszabályok Magyarországon 1980–98-ig.
68. *Habicsek László*: A népességreprodukció alakulása a 20–21. században.
69. *Spéder Zsolt–Monostori Judit*: Mozaikok a gyermekszegénységről.
70. *Joubert Kálmán–Gyenis Gyula*: A 18 éves sorköteles ifjak egészségi állapota, testfejllettsége I.



## 2002

71. *Illés Sándor–Lukács Éva*: Migráció és statisztika.
72. *Tóth Pál Péter–Valkovics Emil*: Népesedési helyzetünk.
73. *Pongrácz Tiborné–Spéder Zsolt* (szerk.): Népeség-értékek–vélemények

## 2003

74. *Daróczy Etelka* (szerk.): Kettős szorításban.
75. *Őri Péter*: A demográfiai viselkedés mintái a 18. században.

## 2004

76. *Tóth Pál Péter*: Külföldiekkel vagy idegenekkel...
77. *Daróczy Etelka – Kovács Katalin*: Halálozási viszonyok az ezredfordulón: társadalmi és földrajzi választóvonalak.

## 2005

78. *Hablicsek László*: A Kárpát-medencei magyarság demográfiai helyzete és előreszámítása, 1991–2021.
79. *Gellénné Lukács Éva – Illés Sándor*: Migrációs politikák és jogharmonizáció.
80. *Gödri Irén – Tóth Pál Péter*: Bevándorlás és beilleszkedés.
81. *Kamarás Ferenc – Kapitány Balázs – Vaskovics László*: Fialat házaspárok életútja Németországban és Magyarországon.
82. *Blaskó Zsuzsa*: Nők és férfiak – keresőmunka, házimunka.

## MŰHELYTANULMÁNYOK

**2002**

1. *Spéder Zsolt* (szerk.): Demográfiai folyamatok és társadalmi környezet. Gyorsjelentés.

**2003**

2. *Kapitány Balázs* (szerk.): Módszertan és dokumentáció. Az adatfelvétel ismeretése.
3. *Dobossy Imre–S. Molnár Edit–Virágh Eszter*: Öregedés és társadalmi környezet.

**2004**

4. *Kapitány Balázs–Spéder Zsolt*: Szegénység és depriváció. Társadalmi összefüggések nyomában.