

## ISKOLAI VÉGZETTSÉG ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT<sup>1</sup>

TAHIN TAMÁS\* – JEGES SÁRA\*\* – LAMPEK KINGA\*\*\*

Az egészségszociológiai szakirodalomban általánosan elfogadott az a megállapítás, hogy pozitív kapcsolat van az iskolai végzettség és az egészségi állapot között. A magasabb iskolai végzettségű emberek egészségi állapota általában jobb, mint az alacsonyabb végzettségűeké. Ritkábban fordul elő körükben a betegség miatti átmeneti vagy tartós tevékenységkorlátozottság, alacsonyabb a morbiditásuk, a mortalitásuk és a megrokkánásuk aránya. Az alacsonyabb iskolai végzettségűeknél gyakrabban fordulnak elő a fertőző betegségek, nagyobb köztük az idült betegségekben szenvedők aránya, körükben a fatális kimenetelű betegségek gyorsabban vezetnek halálhoz és rövidebb a várható átlagos élettartamuk. Egészségüket önmaguk is negatívabban értékelik, mint a magasabb iskolázottságúak (*Feldman et al. 1989; Guralnik et al. 1993; Gutzwiller et al. 1989; Kaplan, Haan és Syme 1987; Liu et al. 1982; Syme és Berkman 1986; Winkleby et al. 1992*). A longitudinális vizsgálatok azt mutatják, hogy az egészségi állapot és a társadalmi-gazdasági státusz (az iskolai végzettséggel és/vagy a jövedelemmel mérve) közötti pozitív kapcsolat döntően a társadalmi-gazdasági státusz egészségi állapotra gyakorolt hatásának tulajdonítható és nem megfordítva (*Doornbos és Kromhout 1990; Fox, Goldblatt és Jones 1985; Wilkinson 1986*).

Miért és hogyan hat az iskolai végzettség az egészségi állapotra? Melyek azok az egészséget pozitívan befolyásoló faktorok, szociális-gazdasági, pszichológiai és egyéni magatartásbeli előnyök, amelyek a magasabb iskolázottsággal járnak, és milyen negatív tényezők társulnak az alacsony iskolázottsághoz? Hogyan érvényesülnek e faktorok hatásai hazai viszonyaink között, demonstrálhatók-e a produktív életkorú lakosság eltérő iskolai végzettségű csoportjaiban, ha kiszűrjük az életkornak, a nemnek és a családi állapotnak az egészségre gyakorolt hatásait?

<sup>1</sup> A tanulmány az OTKA (T 013439), az AKP (96/2-577 1,3), az ETT (075/1996.), ETT (364/1996) és a Soros Alapítvány (611/22/1997-98) által támogatott kutatás alapján készült.

\* *Tahin Tamás*, egyetemi docens, POTE Magatartástudományi Intézet, Orvosi Szociológiai Részleg.

\*\* *Jeges Sára*, tudományos főmunkatárs, POTE Központi Kutató Laboratórium.

\*\*\* *Lampek Kinga*, egyetemi adjunktus, POTE Magatartástudományi Intézet, Orvosi Szociológiai Részleg.

E kérdések felvetése azért is fontos, mivel a kilencvenes évek közepéig az egészségszociológiai kutatások a fő figyelmet az iskolai végzettség-egészségi állapot közötti kapcsolat rutinszerű kimutatására fordították. Még az igencsak bőséges amerikai szakirodalomban – *Leigh* (1983) tanulmánya kivételével – sem foglalkoztak az iskolai végzettség egészségi állapotra gyakorolt hatását közvetítő szociális oksági összefüggéssel. A hazai vizsgálatok is elsősorban arra adtak választ, hogy az egészségükben veszélyeztetett csoportok milyen társadalmi-demográfiai jellemzők segítségével határozhatók meg (*Józan* 1994; *Lehmann és Polonyi* 1998; *Makara* 1995; *Pikó* 1998). Megállapításaik szerint, az emberek egészségi állapotában jelentkező különbségek magyarázatában az iskolai végzettség kiemelt szerephez jut a foglalkozás és a jövedelmi-vagyoni helyzet mellett (*Jeges, Tahin és Csanaky* 1996; *Jeges, Tahin és Tóth* 1997; *Losonczy* 1989; *Pörcei, Kóczán, Kállai és Vadas* 1986; *Susánszky, Szántó, Kopp és Szedmák* 1997; *Szalai és Antal* 1986; *Tahin* 1986; *Tahin, Jeges és Csanaky* 1993). Több kutatás felhívta a figyelmet arra, hogy az iskolázottság fokozza azt a képességet, hogy megbirkózzunk nehézségeinkkel, hatékonyabban, racionálisabban kezeljük problémáinkat (*Kopp és Skrabski* 1995; *Kopp, Skrabski, Lőke és Szedmák* 1996). Más vizsgálatok viszont az iskolázottság magasabb szintje és az egészséges, nem önkárosító magatartásformák és szokások között mutattak ki szoros kapcsolatot (*Andorka* 1990, 1996; *Elekes és Liptay*, 1987; *Elekes és Paksi* 1996). Hazai viszonyaink között azonban az iskolai végzettség és az egészségi állapot közti kapcsolat sok tekintetben még tisztázatlan maradt, a mediátorokként szereplő faktorok csak részben ismertek, a köztük lévő összefüggések feltárása nem történt meg.

Az iskolai végzettséghez kapcsolódó szociális oksági modell kidolgozása és érvényességének első empirikus igazolása *Ross és Wu* (1995) nevéhez fűződik, akik az oki összetevőket három kategóriába sorolták: a munka és anyagi körülmények, a pszichoszociális erőforrások és az egészséges életstílus. A tanulmány első részében – *Ross és Wu* nyomán – e magyarázattípusok elméleti megfontolásait és empirikus igazolásait foglaljuk össze. A második részben egy 1988–89-ben végzett Baranya megyei egészségszociológiai vizsgálat adatai alapján azt vesszük szemügyre, hogy az egyes faktorcsoporthoz külön-külön és együttesen milyen mértékben felelősek az iskolai végzettség és az egészségi állapot közötti összefüggésért, azaz hazai feltételek között teszteljük a modellt a rendszerváltozást közvetlenül megelőző években. (A volt szocialista országokból Csehországban kísérelték meg a modell érvényességét megvizsgálni (*Hraba, Lorenz, Pechačová és Liu* 1998).) Egyúttal szeretnénk bepillantást adni abba az iskolai végzettséghez kapcsolódó, általa gyakran döntően megszabott társadalmi egyenlőtlenség-rendszerbe, mely ezekben az években az embereket nemcsak a munka és anyagi körülmények, a pszichoszociális erőforrások és az életstílus szempontjából hoztak többszörösen előnyös vagy hátrányos helyzetbe, hanem éppen ezek közvetítésével egészségüket illetően is. Célunk az is,

hogy a nyolcvanas évek végén végzett keresztmetszeti kutatás adatainak elemzésével átfogó képet adjunk az akkori helyzetről és ezzel mintegy előkészítsük az 1997–98-ban lebonyolított követéses vizsgálat eredményeinek értelmezését<sup>2</sup>, vagyis az elmúlt közel tíz év alatti változások jobb megértését, akár az egészségi állapotot, akár az azt befolyásoló faktorokat tekintjük.

## ISKOLAI VÉGZETTSÉG ÉS EGÉSZSÉG: ROSS ÉS WU OKSÁGI MODELLJE

### *1. A munka és az anyagi körülmények*

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

a) *Foglalkoztatottság.* Az iskolai végzettség és a foglalkoztatottság kapcsolatát a fejlett országokban rendszeresen vizsgálják. Így pl. 1991-ben az USA-ban a 25–34 éves egyetemi/főiskolai végzettségűek 87%-a volt foglalkoztatott, szemben a középiskolát végzettek 77%-ával, és a 8 osztályt vagy kevesebbet végzettek 56%-ával. A felsőfokú képzettségűek között a munkanélküliek aránya 3% volt, egyötöde a középiskolai végzettségűek közötti arálynak (U.S. Department of Education 1992). Az iskolázottság hiánya korlátozza az elhelyezkedést, az alacsony iskolai végzettségűek végzik a rosszul fizetett munkákat, és gazdasági visszaesés idején őket fenyegeti leginkább az elbocsátás veszélye (Elder és Liker 1982).

A foglalkoztatottság előnyös hatása az egészségre, míg a munkanélküliség összefügg a betegséggel (Linn, Sandifer és Stein 1985; Pearlin, Lieberman, Menaghan és Mullan 1981). A férfiaknál régóta ismert, és az újabb vizsgálatok a nők körében is igazolták, hogy a foglalkoztatottak számolnak be a legjobb fizikai egészségről; a háztartásbeli nők már rosszabb, a munkanélküli nők pedig a legrosszabb egészségi állapotról tudósítanak (Bird és Fremont 1991; Jennings, Mazaik és McKinlay 1984; Verbrugge 1983). Számos vizsgálat igazolta, hogy az egészség és a foglalkoztatottság közötti pozitív kapcsolat nem

<sup>2</sup> A panel-vizsgálat eredményeit egy újabb tanulmány keretében a közeljövőben tesszük közzé a folyóirat hasábjain.

tulajdonítható csupán annak a szelekciónak, hogy az egészségesebb emberek eleve kedvezőbb helyzetben vannak a munkaerőpiacon (Kessler, House és Turner 1987; Moser, Fox és Jones 1986; Passanante és Nathanson 1985; Ross és Mirowsky 1995).

b) *A jövedelem és az anyagi gondok.* Az iskolai végzettség befolyásolja a foglalkoztatottságot, a jövedelmet és ezáltal az anyagi helyzetet. Az alacsony iskolázottság alacsony jövedelemmel, anyagi gondokkal jár. Sőt még az azonos jövedelműek körében is a kevésbé iskolázottak küszködnek inkább anyagi nehézségekkel (Ross és Huber 1985). A magasabb iskolázottság olyan készségekkel és ismeretekkel ruházza fel az embereket, melyek elősegítik a stresszel való megküzdést, beleértve az alacsony jövedelemből eredőt is.

Az anyagi gondok rontják az egészséget. Amikor az élet folytonos küzdelem a mindennapiért, amikor az ember soha nem lehet biztos abban, hogy lesz-e elég pénz az élelemre, ruhára, lakásrezsire, akkor gyakran fáradtnak, depressziósnak és reményvesztettnek érzi magát. Ez csökkenti az ellenálló képességet és növeli a megbetegedésre való fogékonyságot (Pearlin et al. 1981; Syme és Berkman 1986; Kopp és Skrabski 1995; Kopp, Skrabski, Löke és Szedmák 1996).

## 2. A pszichoszociális erőforrások

Az iskolázottság alakítja az olyan fontos pszichoszociális erőforrásokat, mint az életirányítási képességet (a személyes kontrollt az élet eseményei felett), és a szociális támogatást. Ezek védő hatásúak lehetnek az egészségre.

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

Az iskolai oktatás elősegíti azon képességek kialakulását, melyek sokféle módon megnövelik a kontroll-tudatot, az életirányítási képességet és a személyes autonómiát. Ilyen képességek: a kommunikációs készségek és szokások, az elemzési jártasságok. Mivel az oktatás fejleszti az információk összegyűjtési és értelmezési, valamint a probléma-megoldási képességet különböző szinteken, ezért megnöveli az egyén potenciálját az élet eseményei és lehetőségei feletti kontrollra. Továbbá, ahogy az egyén előrejut az iskolázottságban, úgy mind

nehezebb, bonyolultabb és aprólékosabb problémákat old meg; ez a folyamat fejleszti jártasságát és önbizalmát. Az oktatás beleneveli az emberekbe azt a szokást, hogy a problémákkal figyelmesen, gondolkodva, kitartóan és cselekedve foglalkozzanak. Ezzel szemben az alacsony iskolai végzettségűek, a korlátozott munkalehetőségűek és a szűkös anyagi körülmények között élők, ezeket a nehézségeket úgy élik meg, mint amik úgyszólván „be vannak építve” sorsukba (Ross és Wu 1995).

A személyes kontroll tudata javítja az egészséget, kivált a megfelelő életmód révén. A magasabb kontrollszintű emberek többet tudnak az egészségről és tudatosabban is cselekszenek megőrzésében, valószínűbben végeznek preventív tevékenységeket (pl. a dohányzás abbahagyása, az alkoholfogyasztás mérséklése) és ennek eredményeképpen egészségük önértékelése kedvezőbb, kevesebb betegségről számolnak be, mint az alacsony kontroll-tudattal rendelkezők (Seeman és Seeman 1983; Seeman, Seeman és Budros 1988). Másodszor, a személyes kontroll hiánya fiziológiai mechanizmusok útján is befolyásolja az egészséget, mivel a kontrollnélküliség megtapasztalása és a következményes demoralizáció összefügg az immunrendszer szuppressziójával (Rodin és Timko 1992; Rowe és Kahn 1987).

b) *A szociális támogatás.* A szociális támogatás annak érzése, hogy törődnek velünk és szeretnek bennünket, becsülnek és értékelnek, valamint, hogy részesei vagyunk egy olyan kommunikációs és kölcsönös kötelezettségi hálózatnak, amelyben számíthatunk másokra. A magasabb iskolai végzettségűek körében a szociális támogatás kedvezőbben alakul, mint a kevésbé iskolázottaknál (Ross és Mirowsky 1989). Például a munkanélküliség és az anyagi szűkösség (a csekély műveltséggel összefüggésben) csökkenti annak érzését, hogy a házastárs magatartása támogató jellegű, és növeli a családi vitákat (Atkinson, Liem és Liem 1986). Így tehát, éppen azok az emberek, akik leginkább rászorulnának a szociális támogatásra, hogy megbirkózzanak hátrányos helyzetükkel, a legkevésbé kapják meg azt.

A szociális támogatás javítja az egészséget és csökkenti a mortalitást (House, Landin és Umberson, 1988). A kevés szociális kapcsolattal bíró férfiak korszpecifikus halandósága 2,3-szor, a nőké 2,8-szor nagyobb a sok társadalmi támogatásban részesülő társaiknál (Berkman és Breslow 1983). A szociális támogatás az egészséget a pszichológiai és viselkedési mechanizmusok útján javítja. Csökkenti a depressziót, a szorongást és más lelki zavarokat (Kessler és McLeod 1985; LaRocco, House és French 1980). Az idő múlásával a tartós pszichológiai problémák rontják a testi egészséget is (Aneshensel, Frerichs és Huba, 1984). Egy tizenöt hónapos követéses vizsgálat szerint a súlyosan depressziósok négyszer nagyobb valószínűséggel halnak meg, mint mások, egyébként azonos egészségi állapot és fizikai funkcionálás mellett (Bruce és Leaf 1989). A szociális támogatás növelheti az egészséget védő tevékenységeket. Például a házastárs rosszállása elősegítheti a dohányzás abbahagyását, az

ivás mérséklését (Umberson 1987). A magasabb iskolázottságúak pszichoszociális erőforrásai magukba foglalhatják a kulturális tőkét és az intellektuális rugalmasságot (Bourdieu 1978; DiMaggio 1982; DiMaggio és Mohr 1985; Kohn és Slomczynski 1990; Parelius és Parelius 1987). Ezek csökkenthetik az egészséget veszélyeztető tényezőknek való kitettséget és/vagy növelhetik a velük való megbirkózási kapacitást (Adler et al. 1994).

### 3. Az egészséges életstílus

Az alacsony iskolai végzettségűekhez viszonyítva a magasabb iskolázottságúak gyakrabban befolyásolják tudatosan egészségüket testedzés-sel, mérsékelt alkoholfogyasztással vagy a dohányzástól való tartózkodással.

a) *A dohányzás.* A magasabb iskolai végzettségűek körében kevesebben dohányoznak, mivel valószínűleg nem is szoktak rá, vagy ha igen, abbahagyták (Helmert, Herman, Joeckel, Greiser és Madans 1989; Jacobsen és Thele 1988; Liu et al. 1982; Matthews, Kelsey, Meilahn, Kuller és Wing 1989; Millar és Wigle 1986; Shea et al. 1991; Wagenknecht et al. 1990; Winkleby et al. 1992). A dohányzásról közismert, hogy negatív hatása van az egészségre, sőt egyes szerzők szerint az összes szokásszerűen végzett tevékenység közül a dohányzás jár a legtöbb negatív következménnyel (Rogers és Powell-Griner 1991). A dohányzás növeli az ischaemiás szívbetegség, az agyvérzés, az érelmeszesedés, az aneurizmák, a tüdő és más rákok, az idült tüdőbetegségek, a májbetegség kockázatát, amelyek a halálozások kétharmadát okozzák. A dohányzás összefügg az egészségi állapot negatív önértékelésével is (Abott, Yin, Reed és Yano 1986; NCHS 1992; Segovia, Bartlett és Edwards 1989; Surgeon General 1982; U.S. Preventive Services Task Force 1989).

b) *A testedzés.* A magasabb iskolázottság pozitívan függ össze a szabadidős fizikai aktivitással, s ez kedvező hatású az egészségre (Berkman és Breslow 1983). Az inaktivitáshoz viszonyítva, bármely fizikai aktivitás csökkenti a mortalitást (Ford et al. 1991; Helmert et al. 1989; Jacobsen és Thelle 1988; Leigh 1983; Shea et al. 1991). A testedzés mérsékli a szív és érrendszeri betegségek kockázatát, a gerincfájdalmat, a csontritkulást, az érelmeszesedést, a vastagbél-daganat, a magasvérnyomás, az elhízás, a visszértágulat, a felnőttkori cukorbetegség előfordulását, és javítja az egészségről alkotott szubjektív értékelést (Berlin és Colditz 1990; Caspersen, Bloemberg, Saris, Merritt és Kromhout 1992; Duncan, Gordon és Scott 1991; Leon, Connett, Jacobs és Rauramaa 1987; Magnus, Matroos és Strackee 1979; Paffenbarger et al. 1993; Sandvik et al. 1993; Segovia et al. 1989; U.S. Preventive Services Task Force 1989).

c) *Az alkoholfogyasztás.* A magasabb iskolázottságúak ritkábban és mértéktesebben fogyasztanak szeszes italt, mint az alacsony iskolai végzettségűek. Az utóbbiak között valószínűbb az alkoholizmus, de az absztinencia is gyako-

ribb (Darrow, Russell, Copper, Mudar és Frone 1992; Midanik, Klatsky és Armstrong 1990; Romelsjö és Diderichsen 1989). A túlzott alkoholfogyasztás időlegesen csökkenti a szegénység vagy az iskolázatlanoknak „jutó” veszélyes munkák okozta stresszeket (Shore és Pieri 1992). A dohányzással és az ülő életstílussal összevetve, az alkoholfogyasztás a tizenöt vezető halálok közül csak 4-ben – autóbalesetek, májzsugor, öngyilkosság és gyilkosság – játszik szerepet. Továbbá, a kutatások U-alakú kapcsolatot tártak fel az alkoholfogyasztás és az egészségi állapot között. A nagyivóknak és az absztinenseknek egyaránt nagyobb a mortalitása és morbiditása, szemben a mérsékelt ivókkal (Berkman és Breslow 1983; Guralnik és Kaplan 1989; Midanik et al. 1990). A mérsékelt ivás, az absztinenciával összehasonlítva, csökkenti az ischaemiás szívbetegség, az agyvérzés és a magasvérnyomás kockázatát, míg a mértéktelen szeszfogyasztás növeli e betegségek rizikóját (Gaziano et al. 1993; Gill, Zezulka, Shipley, Gill és Beevers 1986; Stampfer, Colditz, Willet, Speizer és Hennekens 1988).

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

## A KUTATÁS TERÜLETE, MÓDSZEREI ÉS VÁLTOZÓI

### *Adatforrások*

Az iskolai végzettség és az egészségi állapot összefüggésére irányuló elemzés adatai a 20–59 éves, Baranya megyei állandó lakosság körében, többlépcsős kiválasztással nyert véletlen mintákon 1988–1989-ben végzett felmérésből származnak (Tahin, Jeges és Csanaky 1993). A célcsoportok a következők voltak: a produktív életkorú pécsi, siklósi és mohácsi, valamint az utóbbi városok egészségügyi vonzáskörzetébe tartozó orvosi székhelyközségi és társközségi lakosok. A minták ebben a sorrendben humánökológiai ismérvek alapján egyfajta települési lejtőt jelentenek. Ezen ismérvek hatásai az egészség dimenziójában is megmutatkozhatnak. Köztudomású, hogy Baranya megyében jelentősek az eltérések a mohácsi és a siklósi térség között. Ezek nem annyira a székhelyközségek, mint inkább az azokhoz tartozó társközségek között jelent-

keznek. A siklósi terület társközségei jórészt az Ormánság legelmaradottabb, kis lélekszámú, kevert etnikumú (magyar, cigány) falvaiból tevődnek össze. Ezzel szemben a mohácsi régió társközségei tradicionálisan magasabb fejlettségi szintet képviselnek. Itt is jellemző a kevert etnikai összetétel, de ez magyar és német lakosságot jelent. A székhelyközségek viszonylatában mindkét régióban inkább prosperitási tendencia volt a jellemző, ám míg ez a mohácsi térségben a megmaradt német származási etnikum húzóerejének tudható be, addig a siklósi régióban a vállalkozó kedvű és ezt a mentalitást többé-kevésbé sikeresen érvényesítő magyar népességcsoportnak köszönhető. A két kisváros szintén kevert etnikumú. Siklóstra inkább a magyar és a német, Mohácsra a magyar, a német és a délszláv kultúrák a jellemzők. Pécs, mint középnagyágú város, minden szempontból a legheterogénebb. Itt jelentős már a szegregáció. Az egyes városrészek jól elkülöníthetők az elit lakta területektől a többszörösen hátrányos helyzetűek lakta városrészekig húzódó skálán.

A kutatás fő módszere a kérdőíves interjú volt. A válaszadókkal való többszöri találkozással teljesített interjúk száma 3408 volt. Az elemzés az 1. táblázaton bemutatott csoportokra irányul (1. táblázat).

*1. A vizsgált minták kormegoszlása településtípusonként és nemek szerint*

*(Baranya megyei vizsgálat 1988/89)*

*Age structure of the samples examined by the types of settlements and by sexes*

*(Survey of County Baranya of 1988/89)*

| Lakóhely                          | Nem    | Életkor |       |       |       | Összesen |      |
|-----------------------------------|--------|---------|-------|-------|-------|----------|------|
|                                   |        | 20–29   | 30–39 | 40–49 | 50–59 | %        | N    |
|                                   |        | éves    |       |       |       |          |      |
| Pécs                              | Férfi  | 29,1    | 26,8  | 25,8  | 18,3  | 100,0    | 810  |
|                                   | Nő     | 28,9    | 28,2  | 23,8  | 19,1  | 100,0    | 871  |
|                                   | Együtt | 29,0    | 27,5  | 24,8  | 18,7  | 100,0    | 1681 |
| Vidéki városok<br>(Mohács+Siklós) | Férfi  | 28,9    | 25,6  | 24,6  | 20,9  | 100,0    | 301  |
|                                   | Nő     | 24,5    | 35,1  | 20,9  | 19,5  | 100,0    | 339  |
|                                   | Együtt | 26,6    | 30,6  | 22,6  | 20,2  | 100,0    | 640  |
| Székhelyközségek<br>együtt        | Férfi  | 25,0    | 25,7  | 22,3  | 27,0  | 100,0    | 300  |
|                                   | Nő     | 26,2    | 25,3  | 25,9  | 22,6  | 100,0    | 305  |
|                                   | Együtt | 25,6    | 25,5  | 24,1  | 24,8  | 100,0    | 605  |
| Társközségek<br>együtt            | Férfi  | 29,0    | 28,6  | 22,7  | 19,7  | 100,0    | 238  |
|                                   | Nő     | 26,7    | 25,0  | 21,7  | 26,6  | 100,0    | 244  |
|                                   | Együtt | 27,8    | 26,8  | 22,2  | 23,2  | 100,0    | 482  |
| Mindösszesen                      | Férfi  | 28,3    | 26,6  | 24,5  | 20,6  | 100,0    | 1649 |
|                                   | Nő     | 27,3    | 28,6  | 23,3  | 20,8  | 100,0    | 1759 |
|                                   | Együtt | 27,8    | 27,6  | 23,9  | 20,7  | 100,0    | 3408 |

### *A függő és a független változók*

A Baranya megyei vizsgálat adataiból kialakított számos egészségi állapot mutató közül itt csak az egészségi állapot önértékelését mutatjuk be. Ugyancsak korlátozott számban szerepeltetjük a független változók csoportjait is. Egyéb-ként ezekről részletesen beszámoltunk a Demográfiában közölt tanulmányunkban (Tahin, Jeges és Csanaky 1993).

*Az egészségi állapot mérése.* Az egészségi állapot önértékelését egy direkt kérdéssel vizsgáltuk: Ön szerint általában egészsége kiváló, jó, megfelelő vagy rossz? A válaszkódok: kiváló = 1; jó = 2; megfelelő = 3; rossz = 4.<sup>3</sup>

*Az iskolai végzettség és a demográfiai-társadalmi jellemzők mérése.* Az iskolai végzettséget a befejezett iskolai osztályok számával mértük, így a kódok 0–18-ig terjedtek. Ebből alakítottuk ki az iskolai végzettség három kategóriáját: alacsony (8 osztály vagy kevesebb) = 1; közepes (9–11 osztály) = 2; magas (érettségi vagy több) = 3. A nem kódjai férfi = 0; nő = 1. Az életkort a betöltött életévek számával mértük. A családi állapotot dummy változóvá alakítottuk, melynek kódjai: házas, élettárral él = 1; egyedül él (nőtlen, hajadon), elvált, özvegy, külön él = 0.

*A munka és az anyagi körülmények mérése.* A foglalkoztatottsági státuszt három kategorikus változóval mértük: jelenleg foglalkoztatott = 1; nem foglalkoztatott (munkanélküli, nyugdíjas, eltartott) = 2; egészségi ok miatt nem tud dolgozni (rokkant) = 3. A háztartás átlagos havi jövedelmének mérésére 8 kategóriát alakítottunk ki, melyek 4 ezer Ft vagy kevesebbtől = 1; 3 ezer Ft-tal

<sup>3</sup> Az egészségi állapot önértékelése az egyik leggyakrabban használt mérési módszer az egészségpszichológiai vizsgálatokban. Szinte nincs olyan kutatás, melyben ne szerepelne a kérdés: „Hogyan jellemezné egészségi állapotát általában? Mondhatja-e, hogy egészségi állapota általában kitűnő, jó, megfelelő vagy rossz?” Az egészségi státusz ilyen mérésének két fő oka van: a mérést nem szűkíti le az egészség valamely specifikus dimenziójára, átfogó képet ad az egészségi állapotról, ahogy azt az emberek észlelik – s ki lenne illetékesebb az efféle értékelésre, mint éppen a megkérdezett személy –, másfelől összegzetten méri azokat az ismereteket is, melyekkel az emberek saját egészségükről rendelkeznek (Ware 1986).

Az egészségi állapot önértékelését gyakran kritizálják szubjektivitása és megbízhatatlansága miatt. Ám éppen szubjektivitása jelenti az előnyét, mivel az egészség más mérési módokkal nem befogható személyes értékelését tükrözi. Kétségtelen az is, hogy az általános egészségnek ez a mutatója megbízható és reprodukálható, szorosan korrelál az „objektívebb” mutatókkal, mint például az orvosi értékelésekkel (Maddox és Douglas 1973; Mossey és Shapiro 1982). Valójában az egészség általános mutatója, az önértékelés éppoly valid lehet, mint az orvosok végezte értékelés. Ki kell emelnünk azt a kutatási eredményt is, hogy az egészségi állapot önértékelése a mortalitás erősebb prediktora, mint az orvosi értékelés; csak az életkor mutatkozik nála erősebbnek. Az egészség önértékelésének prediktív ereje még akkor is jelentős marad, ha az egészségi státusz más mutatóival kontrolláljuk (Idler, Kasl és Lemke 1990; Idler és Kasl 1991; Idler és Benyamini 1997).

növekedve huszonkétezer Ft vagy ennél magasabb jövedelmi kategóriáig = 8, terjedtek. Az *anyagi nehézségeket* más életproblémák mérését célzó kérdés-blokk részeként a „Mekkora problémát jelentenek Önnek (családjának) az anyagi gondok?” kérdéssel vizsgáltuk. A válaszlehetőségek: semmit = 1; kicsit = 2; bizonyos fokú = 3; nagyot = 4.

*A pszichoszociális erőforrások mérése.* Az *életirányítási képességet* három állítással vizsgáltuk: a) Gyakran magamra hagyatottnak érzem magam, amikor az élet problémáival kerülök szembe. b) Szinte mindent meg tudok tenni, amit komolyan elhatározok. c) Sok olyan fontos dolog van az életemben, amiken csak kis mértékben vagyok képes változtatni. A válaszlehetőségek mindhárom kérdésre a következők voltak: nagyon egyetért = 1; egyetért = 2; nem tudja eldönteni = 3; nem ért egyet = 4; egyáltalán nem ért egyet = 5. A válaszokból kialakított index 3–15-ig terjedt, ahol a nagyobb pontszám jelentette a jobb életirányítási képességet. A *szociális támogatás* észlelt mértékét szintén három kérdéssel vizsgáltuk: a) „Hány igazán jó barátja van Önnek?” Kódok: ha nincs = 0; ha legalább egy van = 1. b) „Ha annyira idegesítené valami, hogy éjjel is felébredne és szüksége lenne valakire, hogy személyesen beszéljen vele, lenne-e otthoni környezetében valaki, akivel meg tudná ezt beszélni?” Kódok: igen = 1; nem = 0. c) „Vannak-e a háztartáson (családon) kívül valakik, akik annyira közel állnak Önhöz, hogy még éjjel is felébreszthetné őket, ha valamilyen problémája lenne?” Válaszkódok: igen = 1; nem = 0. A válaszokból kialakított index 0–3-ig terjedt, ahol a magasabb pontérték jelentette a jobb szociális támogatást.

*Az egészséges életstílus mérése.* A *testedzést* mérő kérdés: „Egy átlagos héten körülbelül hány órát tölt sportolással, fizikailag fárasztó testedző tevékenységgel, pl. kocogás, futás, tenisz, más labdajátékok, torna, erőteljes úszás, természetjárás, kerékpározás, hasonló?” Kódok: semmit = 0; egy órát vagy kevesebbet = 1; két-három órát = 2; négy-öt órát = 3; hat-tíz órát = 4; tíz óránál többet = 5. A *dohányzást* három kategóriával kódoltuk (0 = soha nem dohányzott; 1 = abbahagyta; 2 = dohányzik jelenleg). Az *alkoholfogyasztást* mérő kérdés: „Milyen gyakran szokott fogyasztani szeszes italt?” A válaszkategóriák a napi 3 vagy több alkalomtól a soha nem fogyaszt = 11-ig terjedtek. Ebből öt ivási gyakorisági kategóriát képeztünk: szinte soha nem iszik szeszes italt = 0; ritkán iszik = 1; mértékletesen iszik = 2; gyakran = 3; nagyon gyakran = 4. Az *egészségi állapot ellenőrzítését* egy kérdéssel vizsgáltuk: „Mennyi ideje volt orvosnál csak azért, hogy *ellenőriztesse* egészségi állapotát (amikor *nem* volt beteg)?” Válaszkategóriák: soha = 1; több mint két éve = 2; egy-két éve = 3; kevesebb mint egy éve = 4.

## HIPOTÉZISEK ÉS MÓDSZER

A kutatás fő hipotézise, hogy az iskolai végzettség és az egészségi állapot között megfigyelhető kapcsolat ún. közvetítő láncszemekben – a munka és anyagi körülmények, a pszichoszociális erőforrások és az életstílus faktorcsoportokon – keresztül érvényesül. E hipotézis feltételezi, hogy a faktorcsoportok összefüggnek az iskolai végzettséggel és az egészségi állapottal is, éspedig a kapcsolat azonos irányú, ezért e változócsoportok mintegy mediálják, magyarázzák az iskolai végzettség és az egészség közötti összefüggést. Ez utóbbit akkor tekinthetjük bizonyítottnak, ha az iskolai végzettség és az egészségi állapot közötti pozitív kapcsolatot jelentősen gyengíti az egészségre – feltételezésünk szerint – ugyancsak ható munka és anyagi körülmények, pszichoszociális erőforrások és az életstílus figyelembevétele.

Először ellenőriznünk kell tehát, egyrészt, hogy a vizsgált célcsoportokban valóban van-e hatása az iskolai végzettségnek az egészségre; másrészt, hogy a munka és anyagi körülmények, a pszichoszociális erőforrások és az életstílus változócsoportok összefüggnek-e az iskolai végzettséggel. Ha ezek beigazolódnak, ellenőrizzük, hogy az iskolai végzettség és az egészségi állapot közötti kapcsolatért mennyiben tehetők „felelőssé” a fenti változócsoportok.

Az első kérdésre az egészség inherens faktorait (nem, életkor, családi állapot) kiszűrő lineáris regressziós modell alapján válaszolunk, a másodikra pedig, hogy megvizsgáljuk van-e szignifikáns eltérés az egyes változók átlagaiban az iskolai végzettség három szintjének megfelelő (8 általánost vagy kevesebbet, 9–11 osztályt végzett, illetve legalább érettségizett) kategóriák között.

Végül a fő hipotézisünk megválaszolására többszörös lépésenkénti lineáris regresszió-elemzést végzünk, amelynek során a magyarázó változócsoportokat az elméleti modellnek megfelelő sorrendben visszük be: 1. csupán az iskolai végzettséget, a nemet, az életkort és a családi állapotot szerepeltetjük a modellben, majd a magyarázó változócsoportokat; 2. a munka és anyagi körülményeket, beleértve a foglalkoztatottsági státuszt, a háztartási jövedelmet, az anyagi gondokat; 3. az előbbieket kibővítjük a pszichoszociális erőforrásokat mérő változókkal: az életirányítási képességgel és a szociális támogatottsággal; 4. ebben az egyenletben már az életstílus változói is szerepelnek: a testedzés, a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az egészségi állapot ellenőriztetése. E szerint tehát a munka és anyagi körülmények megelőzik a pszichoszociális erőforrásokat, s ezek az egészséges életstílust. A longitudinális kutatások igazolják – bár lehetnek reciprok hatások is –, hogy a munka és az anyagi körülmények befolyásolják az életirányítási képességet és a szociális támogatást (Pearlin et al. 1981; Wheaton 1980), az utóbbiak viszont alakítják az egészségmagatartást (Seeman és Seeman 1983).

A modellépítés mindegyik lépésében megvizsgáljuk az újonnan bevitt változók, illetve változócsoporthatásait az egészségi állapotra, és azt, hogy az egészség és az iskolai végzettség közötti kapcsolat regressziós együtthatója milyen mértékben csökkent a változók modellben való szerepeltetésének hatására, azaz a változóknak milyen jelentősége van az összefüggés magyarázatában. (A „magyarázat” szót statisztikai értelemben használjuk (Davis 1985).)

## EREDMÉNYEK

Az adatok azt mutatják, hogy az általános egészségi állapot az életkorral jelentősen romlik. Továbbá, a nők negatívabban ítélik meg az egészségüket, mint a férfiak. Ez a jellemző kivétel nélkül minden mintában és korcsoportban (2. táblázat).

### 2. Az egészségi állapot önértékelése (az átlagpontszámok alapján) a vizsgált mintákban

(Baranya megyei vizsgálat 1988/89)

*Self-assessment of health status in the samples examined*

*(based on mean points)*

*(Survey of County Baranya, 1988/89)*

| Lakóhely                   | Nem    | Életkor |       |       |       | N    |
|----------------------------|--------|---------|-------|-------|-------|------|
|                            |        | 20–29   | 30–39 | 40–49 | 50–59 |      |
|                            |        | éves    |       |       |       |      |
| Pécs                       | Férfi  | 2,02    | 2,17  | 2,49  | 2,66  | 810  |
|                            | Nő     | 2,12    | 2,28  | 2,57  | 2,84  | 871  |
|                            | Együtt | 2,07    | 2,23  | 2,53  | 2,75  | 1681 |
| Vidéki városok             | Férfi  | 1,92    | 2,10  | 2,41  | 2,51  | 301  |
|                            | Nő     | 2,13    | 2,29  | 2,51  | 2,95  | 339  |
|                            | Együtt | 2,03    | 2,20  | 2,46  | 2,77  | 640  |
| Székhelyközségek<br>együtt | Férfi  | 2,04    | 2,00  | 2,42  | 2,44  | 300  |
|                            | Nő     | 2,15    | 2,45  | 2,62  | 2,93  | 305  |
|                            | Együtt | 2,10    | 2,23  | 2,52  | 2,69  | 605  |
| Társközségek<br>együtt     | Férfi  | 1,77    | 2,28  | 2,53  | 2,60  | 238  |
|                            | Nő     | 2,29    | 2,57  | 2,72  | 2,95  | 244  |
|                            | Együtt | 2,03    | 2,43  | 2,63  | 2,78  | 482  |

A településtípus szerint is megfigyelhetők bizonyos eltérések. Elsősorban a társközségek lakóinak önértékelése tér el a többiekétől. A társközségekben már 40 éves kor előtt rohamosan csökken a pozitív megítélések aránya, míg a többi településtípusokon ez mintegy tíz évvel később és kevésbé intenzíven jelentkezik. (Az itt nem közölt varianciaanalízis szerint a településtípusnak a város-falu

bontásban, illetve társközségek versus többi településtípus bontásban van statisztikailag kimutatható jelentősége.)

*3. Az egészségi állapot önértékelése (az átlagpontszámok alapján)  
az iskolai végzettség szerint (Baranya megyei vizsgálat 1988/89)  
Self appraisal of the health status (based on the average points)  
by educational level (Survey of County Baranya of 1988/89)*

| Iskolai végzettség | Nem    | Életkor |       |       |       | N    |
|--------------------|--------|---------|-------|-------|-------|------|
|                    |        | 20–29   | 30–39 | 40–49 | 50–59 |      |
|                    |        | éves    |       |       |       |      |
| Magas              | Férfi  | 1,97    | 2,11  | 2,32  | 2,44  | 580  |
|                    | Nő     | 2,00    | 2,24  | 2,31  | 2,61  | 669  |
|                    | Együtt | 1,99    | 2,19  | 2,31  | 2,50  | 1257 |
| Közepes            | Férfi  | 1,98    | 2,16  | 2,44  | 2,70  | 711  |
|                    | Nő     | 2,22    | 2,33  | 2,67  | 3,10  | 424  |
|                    | Együtt | 2,08    | 2,22  | 2,52  | 2,82  | 1135 |
| Alacsony           | Férfi  | 1,86    | 2,18  | 2,74  | 2,61  | 350  |
|                    | Nő     | 2,40    | 2,54  | 2,79  | 2,94  | 666  |
|                    | Együtt | 2,18    | 2,42  | 2,77  | 2,83  | 1016 |

Az iskolai végzettségi szint a varianciaanalízis eredménye szerint igen erősen befolyásolja az egészség önértékelését (3. táblázat). Egy-egy korcsoporton belül az egészségi állapot önértékelésének átlagai közötti különbségek *t*-próbával való ellenőrzése azt mutatják, hogy a „magas”, illetve „közepes” iskolai végzettségi szint a 30–39 éves korosztály kivételével mindegyik korcsoportban igen erősen differenciál. A „közepes” és „alacsony” végzettségi szintűek egészség-önértékelésében a 30–39 és 40–49 évesek körében van jelentős különbség, míg a 20–29, illetve 50–59 évesek korcsoportjában ezt nem lehetett kimutatni. Viszont egyértelműen nagy az eltérés minden korcsoportban a „magas” és az „alacsony” iskolai végzettségűek önértékelése között.

A munka és az anyagi körülmények szignifikánsan kedvezőbben alakulnak a magasabb iskolai végzettségűek körében, mint a másik két csoportban. Hasonlóan erőteljesek a különbségek a pszichoszociális erőforrásokban. Az egészséges életstílust nézve nem ilyen egyértelmű a kép. A 9–11 osztályt végzetek között viszonylag több a jelenleg dohányzó és a dohányzást abbahagyó, mint a másik két csoportban. Az alkoholfogyasztásban is hasonló a helyzet. Viszonylag magas közöttük a gyakran ivók aránya, a magas iskolai végzettségűeknél viszont a mértékletesen ivók adják a viszonylagos többséget. A másik végpontra azt látjuk, hogy az absztinensek aránya az alacsony iskolai végzettségűek között a legnagyobb. Az egyes iskolai végzettségű csoportok nem különböznek jelentősen az egészségi állapot ellenőrzésében (4. táblázat).

*4. Az egészségi állapotot, a munkát és az anyagi körülményeket, a pszichoszociális erőforrásokat, az egészséges életstílust mérő változók átlagai az iskolai végzettség három csoportjában (Baranya megyei vizsgálat 1988/89)*  
*Means of variables measuring health status, work and financial circumstance, psychosocial resources and healthy lifestyle in the three groups of education*  
*(Survey of County Baranya, 1988/89)*

| Változók                                        | 8 osztály<br>vagy keve-<br>sebb | 9–11 osztály     | Érettségi<br>vagy maga-<br>sabb |
|-------------------------------------------------|---------------------------------|------------------|---------------------------------|
| <i>Egészségi állapot</i>                        |                                 |                  |                                 |
| Az egészségi állapot önértékelése*              | 2.639<br>(.853)                 | 2.305<br>(.794)  | 2.203<br>(.701)                 |
| <i>Munka és anyagi körülmények</i>              |                                 |                  |                                 |
| Foglalkoztatott*                                | .736<br>(.441)                  | .937<br>(.244)   | .946<br>(.226)                  |
| Nem foglalkoztatott (nem egészségi ok miatt)*   | .211<br>(.408)                  | .041<br>(.199)   | .042<br>(.201)                  |
| Egészségi ok miatt nem tud dolgozni (rokkant)*  | .053<br>(.224)                  | .022<br>(.147)   | .012<br>(.109)                  |
| Háztartási jövedelem*                           | 5.159<br>(1.515)                | 4.482<br>(1.447) | 4.086<br>(1.518)                |
| Anyagi gondok*                                  | 2.527<br>(1.015)                | 2.400<br>(1.020) | 2.339<br>(1.012)                |
| <i>Pszichoszociális erőforrások</i>             |                                 |                  |                                 |
| Életirányítási képesség*                        | 8.579<br>(2.175)                | 8.017<br>(2.170) | 7.817<br>(2.173)                |
| Szociális támogatás*                            | 2.021<br>(.955)                 | 1.740<br>(.845)  | 1.601<br>(.777)                 |
| <i>Egészséges életstílus</i>                    |                                 |                  |                                 |
| Testedzés*                                      | 4.827<br>(.669)                 | 4.498<br>(1.035) | 4.208<br>(1.163)                |
| Dohányzás*                                      | .991<br>(.949)                  | 1.135<br>(.916)  | .891<br>(.894)                  |
| Szinte soha nem iszik*                          | .199<br>(.399)                  | .116<br>(.321)   | .094<br>(.292)                  |
| Ritkán iszik*                                   | .229<br>(.421)                  | .190<br>(.393)   | .244<br>(.430)                  |
| Mértékletesen iszik*                            | .229<br>(.416)                  | .274<br>(.446)   | .355<br>(.479)                  |
| Gyakran iszik*                                  | .237<br>(.426)                  | .313<br>(.464)   | .253<br>(.435)                  |
| Nagyon gyakran iszik <sup>ns</sup>              | .112<br>(.316)                  | .107<br>(.309)   | .054<br>(.226)                  |
| Egészségi állapot ellenőriztetése <sup>ns</sup> | 2.274<br>(1.385)                | 2.341<br>(1.387) | 2.337<br>(1.356)                |

\* Az iskolai végzettségű csoportok szignifikánsan különböznek  $p < .05$ ; ns.=nem szignifikáns.  
 Megjegyzés: N=3408; SD. zárójelben.

Az iskolai végzettség egészséggel kapcsolatos jelentőségének tanulmányozásakor kézenfekvő, hogy először kiszűrjük az egészségi állapotot nyilvánvalóan befolyásoló életkort, majd a nem és a családi állapot szerepét. E tényezők, a többszörös regressziós modellek elemzése alapján is, valóban igen erősen befolyásolják az egészség önértékelését. Az iskolai végzettség hatása azonban ezek leválasztása után is szignifikáns marad (5. táblázat).

*5. Az egészségi állapot önértékelésének regressziója iskolai végzettség szerint, kontrollálva a demográfiai-társadalmi jellemzőket (1. egyenlet), a munkát és anyagi körülményeket (2. egyenlet), a pszichoszociális erőforrásokat (3. egyenlet) és az egészséges életstílust (4. egyenlet)*  
(Baranya megyei vizsgálat 1988/89)

*Regression of health status self-assessment according to education, by, controlling demographic-social characteristics (1<sup>st</sup> Equation), work and financial circumstances (2<sup>nd</sup> Equation), psychosocial resources (3<sup>rd</sup> Equation) and the healthy life-style (4<sup>th</sup> Equation)*  
(Survey of County Baranya, 1988/89)

| Változók                                         | 1. egyenlet       |       | 2. egyenlet       |       | 3. egyenlet        |       | 4. egyenlet        |       |
|--------------------------------------------------|-------------------|-------|-------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|
|                                                  | b                 | Béta  | b                 | Béta  | b                  | Béta  | b                  | Béta  |
| Iskolai végzettség (osztályok száma)             | .041***<br>(.005) | .148  | .030***<br>(.005) | .111  | .023***<br>(.005)  | .083  | .017***<br>(.005)  | .063  |
| <i>Demográfiai-társadalmi jellemzők</i>          |                   |       |                   |       |                    |       |                    |       |
| Nem (férfi=0)                                    | .161***<br>(.026) | .101  | .148***<br>(.026) | .092  | .119***<br>(.025)  | .075  | .094***<br>(.029)  | .059  |
| Életkor (években)                                | .022***<br>(.001) | .304  | .019***<br>(.001) | .277  | .019***<br>(.001)  | .263  | .019***<br>(.001)  | .272  |
| Családi állapot (házas=1)                        | -.054ns<br>(.029) | -.029 | -.042ns<br>(.029) | -.022 | .017ns<br>(.029)   | .009  | .015ns<br>(.029)   | .008  |
| <i>Munka és anyagi körülmények</i>               |                   |       |                   |       |                    |       |                    |       |
| Foglalkoztatott <sup>a</sup>                     |                   |       | -.126**<br>(.047) | .045  | -.330***<br>(.030) | -.244 | -.312***<br>(.031) | -.233 |
| Nem tud dolgozni egészségi ok miatt <sup>a</sup> |                   |       | .938***<br>(.077) | .191  | .551***<br>(.051)  | .234  | .528***<br>(.051)  | .226  |
| Háztartási jövedelem                             |                   |       | .002ns<br>(.008)  | .004  | -.002ns<br>(.008)  | -.004 | -.009ns<br>(.009)  | -.017 |
| Anyagi problémák                                 |                   |       | .085***<br>(.013) | .108  | .044***<br>(.013)  | .056  | .047***<br>(.013)  | .060  |

| Változók                            | folytatás   |      |             |      |                   |      |                    |       |
|-------------------------------------|-------------|------|-------------|------|-------------------|------|--------------------|-------|
|                                     | 1. egyenlet |      | 2. egyenlet |      | 3. egyenlet       |      | 4. egyenlet        |       |
|                                     | b           | Béta | b           | Béta | b                 | Béta | b                  | Béta  |
| <i>Pszichoszociális erőforrások</i> |             |      |             |      |                   |      |                    |       |
| Életirányítási képesség             |             |      |             |      | .068***<br>(.005) | .187 | .068***<br>(.006)  | .185  |
| Szociális támogatás                 |             |      |             |      | .057***<br>(.014) | .062 | .053***<br>(.015)  | .058  |
| <i>Egészséges életstílus</i>        |             |      |             |      |                   |      |                    |       |
| Testedzés                           |             |      |             |      |                   |      | .034**<br>(.012)   | .043  |
| Dohányzás                           |             |      |             |      |                   |      | .047***<br>(.014)  | .055  |
| Szinte soha nem iszik <sup>b</sup>  |             |      |             |      |                   |      | .161***<br>(.030)  | .127  |
| Ritkán iszik <sup>b</sup>           |             |      |             |      |                   |      | -.016ns<br>(.025)  | -.014 |
| Gyakran iszik <sup>b</sup>          |             |      |             |      |                   |      | -.087***<br>(.024) | -.081 |
| Nagyon gyakran iszik <sup>b</sup>   |             |      |             |      |                   |      | -.023ns<br>(.036)  | -.017 |
| Egészségi állapot ellenőrzése       |             |      |             |      |                   |      | -.015ns<br>(.009)  | .026  |
| Konstans                            | 1.923       |      | 1.633       |      | 1.588             |      | 1.098              |       |
| R <sup>2</sup>                      | .145        |      | .194        |      | .231              |      | .243               |       |

\*=p<.05 \*\*=p<.01 \*\*\*=p<.001 ns = nem szignifikáns

<sup>a</sup> = a nem dolgozókhoz viszonyítva; <sup>b</sup> = a mérsékelt ivókhoz viszonyítva.

Megjegyzés: N = 3408; b = nem standardizált regressziós koefficiens; SE zárójelben.

Béta = standardizált regressziós koefficiens

Ha az iskolai végzettség egészségi állapotra gyakorolt hatásainak tanulmányozására kialakított elemzési modellünkben figyelembe vesszük a munka és az anyagi körülményeket, az iskolai végzettség egészséggel kapcsolatos összefüggését mérő mutató (a regressziós együttható) értéke több mint negyedére (27%) csökken.

A második lépésben a pszichoszociális erőforrásokat mérő változókat vittük be a modellbe, és ekkor a regressziós együttható tovább csökkent. Azaz, e tényezők munka és anyagi körülmények mellett mintegy 17%-ban felelősek az iskolai végzettség és az egészségi állapot közötti összefüggésért.

Ha az egészséges életstílussal kapcsolatos változók együttes hatását is figyelembe vesszük, a regressziós együttható további 15%-kal csökken.

Végül megállapíthatjuk, hogy bár az iskolai végzettség és az egészségi állapot közötti kapcsolat igen nagy hányadát (59%-át) vissza tudtuk vezetni a vis-

gált faktorcsoporthoz, teljes egészében mégsem sikerült ezekkel megmagyarázni. (Valamennyi változó bevitele után is szignifikáns maradt a regressziós együttható.)

## ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

A Baranya megyei produktív életkorú lakosság körében 1988/89-ben végzett egészségpszichológiai felmérés adatai igazolták, hogy az iskolai végzettség és az egészségi állapot önértékelése között, hazai viszonyaink között is, igen szoros pozitív kapcsolat van.

A kapcsolat lehetséges okainak feltárására irányuló kutatásaink első lépéseként a Ross és Wu által kidolgozott elméleti modellt egy keresztmetszeti vizsgálatban kíséreltük meg validálni. A többszörös lineáris regresszióanalízis módszerével nyert eredményeink azt mutatják, hogy a modell jól alkalmazható a vizsgált populációban is, azaz az iskolai végzettség és az egészségi állapot közötti összefüggést a modellben szereplő független változók nagyrészt (59%-ban) megmagyarázzák. Az iskolai végzettség tehát elsősorban indirekt módon, közvetítő láncszemekon (a munka és anyagi körülményeken, a pszichoszociális erőforrásokon és az egészséges életstíluson) keresztül hat az egészségre. A magasabb iskolai végzettségűek ugyanis valószínűbben foglalkoztatottak, kevesebb közöttük a rokkant, viszonylag nagyobb jövedelemmel rendelkeznek és így anyagi problémáik is kisebb mértékűek, mint az alacsony iskolai végzettségűeké. Jobb munkalehetőségeik vannak, amelyek kevesebb stresszel, veszélyeztetettséggel járnak. A magasabb iskolai végzettség erősíti az életirányítási képességet, fokozza annak tudatát, hogy az ember élete és egészsége saját tevékenységétől és döntéseitől függ. Inkább rendelkeznek támogató kapcsolatokkal, s az egészséges életstílus is a magasabb iskolai végzettségűek körében a gyakoribb, rendszeresebben végeznek testedző tevékenységet, kevésbé dohányoznak, mértékletesen fogyasztanak szeszes italt.

A modellben szereplő változók hatásának kiszűrése után azonban még mindig marad az összefüggésnek egy szignifikáns, megmagyarázatlan része. Ennek több oka lehet: a modellben nem szerepel az összes lehetséges magyarázó változó; a szignifikáns változók szerepelnek ugyan, de operacionális meghatározásuk nem teljesen fedi le a tartalmukat; végül lehetséges, hogy az iskolai végzettség megszerzésére irányuló tanulási folyamatnak valóban van egy direkt hatása is az egészségre. Ez utóbbi magyarázata kézenfekvő: az iskolai oktatás egyfajta tréning az ember eszének használatára, a tanulásra, gondolkodásra, a logikus problémamegoldásra, érvelésre stb. Ez a mentális „edzési” folyamat pedig éppúgy formában tartja a központi idegrendszert, mint a fizikai edzés a testet.

Mindezek után természetesen felmerül a kérdés: vajon az iskolai végzettség és az egészség között kimutatott összefüggések kauzális jellegűek-e? Az oksági sorrend problémáit három módon közelítjük meg: 1. az életszakaszokra épülő külső bizonyítékok szempontjából; 2. az adatelemzésben szereplő kontroll változók oldaláról; 3. a longitudinális vizsgálati adatok alapján. A formális iskolába járás tipikusan a húszas életévek vége felé fejeződik be. Nem valószínű tehát, hogy az iskolai végzettség és az egészség közötti kapcsolat nagyobb része valamiféle fordított oksági sorrendet követ, vagyis a rossz egészségi állapotú emberek nem képesek magasabb iskolai végzettséget szerezni. Valószínűbb az, hogy az iskolai végzettség alakítja az ember erőforrásait és lehetőségeit és ezeken át egészségi állapotát. Ez nem zárja ki, hogy az egészségi állapot is befolyásolja a munka és az anyagi körülmények egyes elemeit, a pszichoszociális erőforrások és az egészséges életstílus némely összetevőjét. Bizonyos reciprok kapcsolatok tehát lehetségesek. Például, az életirányítási képesség valószínűleg befolyásolja az egészséget, amely viszont visszahat az előbbire.

A keresztmetszeti vizsgálat eredményei az 1988/89-es állapotot tükrözik. Ha az iskolai végzettség és az egészségi állapot közötti összefüggést magyarázó független változói rendszer valóban releváns és az egészségi állapot alakításában kauzális jellegű, azaz nem a reciprok hatások dominálnak, akkor ezeknek a változóknak a hatásai valószínűleg hosszabb távon, tartósan érvényesülnek. Az elméleti modellünk helyességét tehát megerősítené, ha kiállná egy prospektív vizsgálat próbáját is, azaz az iskolai végzettségnek és a magyarázó változóknak a szerepe az egészségi állapot egy adott időtartamban történő változásában is bebizonyosodna, természetesen az alapvizsgálatban mért egészségi állapot kontrollja mellett.

A Baranya megyei lakosságmintán az első felméréstől számítva közel tíz év elteltével (1997/98-ban) a vizsgálatot megismételtük. Az előzetes eredmények alátámasztani látszanak elméleti megfontolásainkat. Úgy tűnik, hogy az iskolai végzettség és a vele összefüggő tényezők hatásai nemcsak léteznek, de az elmúlt időszakban még erősebbé váltak. Az egészségi állapotban meglévő egyenlőtlenségek fokozódtak. A prospektív vizsgálat eredményeiről a későbbiek folyamán számolunk be részletesen.

Befejezésül, az egészséget veszélyeztető tényezők nem véletlenszerűen oszlanak meg a társadalomban, akár a munkával járókat, az anyagi körülményeket, a pszichoszociális tényezőket és az egyéni magatartásjellemzőket tekintjük. Megoszlásuk követi a szociális struktúrát, az abban fennálló egyenlőtlenségek kifejeződéseit, és ez vezet az egészség társadalmi egyenlőtlenségeihez. A szokványos megközelítésben egyéntől függőnek tartott viselkedések, mint a testedzés, dohányzás, alkoholfogyasztás, nem alternatívái a szociálisan strukturált egyenlőtlenségeknek a materiális, kulturális javakban, amelyek kézenfekvően befolyásolják az egészségi állapotot. Inkább összefüggnek egymással.

Ross és Wu (1995) joggal írják: a magas iskolai végzettségűekhez hasonlítva az alacsony iskolázottságú emberek valószínűbben nem foglalkoztatottak, ha foglalkoztatottak, nem egyenlően férnek hozzá a kielégítő, jól fizetett munkákhoz, nagyobb anyagi nehézségeket tapasztalnak meg, melyek mindegyike összekapcsolódik azzal a vélekedéssel, hogy erőtlenebb életük és egészségük befolyásolásában, és ez összefügg az egészséges életstílussal is. Ha kitörési erőfeszítéseik haszontalannak bizonyulnak, ha az egészségről és a betegségről úgy vélekednek, mint amiket nem ellenőrizhetnek, akkor mi értelme lenne a testedzésnek, a dohányzás abbahagyásának vagy az ivás mérséklésének (Wheaton 1980)? Más szavakkal, ha a jobb munka és életkörülményektől való megfosztottság megélése, a változtatási erőfeszítések kudarca az alacsonyabb iskolázottságúak életébe „bekódolt” jellemzők, akkor ez valószínűen vezet a gyenge kontrolltudathoz, ami végül is – részben az életstílus révén, részben közvetlenül – befolyásolja az egészséget. Így tehát a pszichoszociális erőforrások és az egészséges életstílus nem alternatívái a materiális viszonyok egyenlőtlenségeinek, inkább arról van szó, hogy összekapcsolják az iskolai végzettség, a munka és anyagi körülmények egyenlőtlenségeit az egészséggel.

## IRODALOM

- Abbott, R. D. – Yin Yin – D. M. Reed – K. Yano. 1986: „Risk of Stroke in Male Cigarette Smokers.” *The New England Journal of Medicine* 315:717–20.
- Adler N. E. – T. Boyce – M. A. Chesney, – S. Cohen, – S. Folkman, – R. L. Kahn – S. L. Syme. 1994: „Socioeconomic Status and Health: The Challenge of the Gradient.” *American Psychologist* 49:15–24.
- Andorka R. 1990: Adalékok az alkoholizmus és az öngyilkosság társadalmi rétegek közötti különbségeinek kérdéséhez. *Alkohológia* 1.
- Andorka R. 1996: Elégedetlenség. In: Sik E. és Tóth I. Gy. (szerk.) *Társadalmi páternoszter 1992–1995. Jelentés a Magyar Háztartás Panel 4. Hullámának kutatási eredményeiről.* Budapest: BKE Szociológia Tanszék, TÁRKI, KSH.
- Aneshensel, C. S. – R. Frerichs – G. Huba. 1984: „Depression and Physical Illness: A Multiwave, Nonrecursive Causal Model.” *Journal of Health and Social Behavior* 25:350–71.
- Atkinson, T. – R. Liem – J. H. Liem. 1986: „The Social Costs of Unemployment: Implications for Social Support.” *Journal of Health and Social Behavior* 27:317–31.
- Berkman, L. F. – L. Breslow. 1983: *Health and Way of Living: The Alameda County Study.* New York: Oxford University Press.
- Berlin, J. A. – G. A. Colditz. 1990. “A Meta-Analysis of Physical Activity in the Prevention of Coronary Heart Disease.” *American Journal of Epidemiology* 132:612–28.
- Bird, C. E. – A. M. Fremont. 1991: „Gender, Time Use, and Health.” *Journal of Health and Social Behavior* 32:114–29.
- Bourdieu, P. 1978. *Társadalmi egyenlőtlenségek újratermelődése. Gondolat.* Budapest, 1978.
- Bruce, M. L. – P. J. Leaf. 1989: „Psychiatric Disorders and 15-Month Mortality in a Community Sample of Older Adults.” *American Journal of Public Health* 79:727–30.

- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. 1979: „The Periodic Health Examination.” *Canadian Medical Association Journal* 121:1194–1254.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. 1988: „The Periodic Health Examination.” *Canadian Medical Association Journal* 138:617–26.
- Caspersen, C. J. – B. P. M. Bloemberg – W. H. M. Saris – R. K. Merritt – D. Kromhout. 1992: „The Prevalence of Selected Physical Activities and their Relation with Coronary Heart Disease Risk Factors in Elderly Men: The Zutphen Study, 1985.” *American Journal of Epidemiology* 133:1078–92.
- Coburn, D. – C. R. Pope. 1974: „Socioeconomic Status and Preventive Health Behavior.” *Journal of Health and Social Behavior* 15:67–78.
- Darrow, S. L. – M. Russel – M. L. Copper – P. Mudar – M. R. Frone. 1992: „Sociodemographic Correlates of Alcohol Consumption Among African-American and White Women.” *Women and Health* 18:35–51.
- Davis, J. A. 1985: *The Logic of Causal Order*. Beverly Hills, CA: Sage.
- DiMaggio, P. 1982: „Cultural Capital and School Success: The Impact of Status Culture Participation on the Grades of U.S. High School Students.” *American Sociological Review* 47:189–201.
- DiMaggio, P. – J. Mohr. 1985: „Cultural Capital, Educational Attainment, and Marital Selection.” *American Journal of Sociology* 90:1231–61.
- Doornbos, G. – D. Kromhout. 1990: „Educational Level and Mortality in a 32-year Follow-Up Study of 18-Year-Old Men in the Netherlands.” *International Journal of Epidemiology* 19:374–79.
- Duncan, J. J. – N. F. Gordon – C. B. Scott. 1991: „Women Walking for Health and Fitness.” *Journal of the American Medical Association* 266–3295–99.
- Elder, G. H. – J. K. Liker. 1982: „Hard Times in Women's Lives: Historical Influences Across Forty Years.” *American Journal of Sociology* 88:241–69.
- Elekes Zs. – Liptay G. 1987: Az alkoholfogyasztás és más deviáns viselkedésformák elterjedtsége Magyarországon. *TBZ Bulletin XI*.
- Elekes Zs. – Paksi B. 1996: Lelkünkre ül a politika? Az öngyilkosság és az alkoholizmus változó trendjei. *Századvég*, 1996. 2. 103–116.
- Feldman, J. J. – D. M. Makue – J. C. Kleinman – J. Cornoni-Huntley. 1989: „National Trend in Educational Differentials in Mortality.” *American Journal of Epidemiology* 129:919–33.
- Ford, E. S. – R. K. Merritt – G. W. Heath – K. E. Powell – R. A. Washburn – A. Kriska – G. Haile. 1991: „Physical Activity Behaviors in Lower and Higher Socioeconomic Status Populations.” *American Journal of Epidemiology* 133:1246–55.
- Fox, A. J. – P. O. Goldblatt – D. R. Jones. 1985: „Social Class Mortality Differentials: Artifact, Selection or Life Circumstances?” *Journal of Epidemiology and Community Health* 39:1–8.
- Gaziano, J. M. – J. E. Buring – J. L. Breslow – S. Z. Goldhaber – B. Rosner – M. VanDenburgh – W. Willett – C. H. Hennekens. 1993: „Moderate Alcohol Intake, Increased Levels of High-Density Lipoprotein and its Subfractions, and Decreased Risk of Myocardial Infarction.” *The New England Journal of Medicine* 329:1829–34.
- Gill, J. S. – A. V. Zzulka – M. J. Shipley – S. K. Gill – D. G. Beevers. 1986: „Stroke and Alcohol Consumption.” *The New England Journal of Medicine* 315:1041–46.
- Guralnik, J. M. – G. A. Kaplan. 1989: „Predictors of Healthy Aging: Prospective Evidence from the Alameda County Study.” *American Journal of Public Health* 79:703–708.
- Guralnik, J. M. – K. C. Land – G. G. Fillenbaum – L. G. Branch. 1993: „Educational Status and Active Life Expectancy among Older Blacks and Whites.” *New England Journal of Medicine* 329:110–16.

- Gutzwiler, F. – C. LaVecchia – F. Levi – E. Negri – V. Wietlisbach. 1989: „Education, Disease Prevalence and Health Service Utilization in the Swiss National Health Survey.” *Preventive Medicine* 18:452–59.
- Helmert, U. – B. Herman – K. H. Joeckel – E. Greiser – J. Madans. 1989: „Social Class and Risk Factors for Coronary Heart Disease in the Federal Republic of Germany. Results of the Baseline Survey of the German Cardiovascular Prevention Study.” *Journal of Epidemiology and Community Health* 43:37–42.
- House, J. S. – K. R. Landis – D. Umberson. 1988: „Social Relationships and Health.” *Science* 241:S40–45.
- Hraba, J. F. – O. Lorenz – Z. Pechačová, and Q. Liu. 1998: „Education and Health in the Czech Republic.” *Journal of Health and Social Behavior* 1998, Vol 39 (December): 295–316.
- Idler, E. L. – S. V. Kasl. 1991: “Health Perceptions and Survival: Do Global Evaluations of Health Status Really Predict Mortality?” *Journal of Gerontology* 46(supp.): 55–65.
- Idler, E. L. – Y. Benyamini. 1997: „Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies.” *Journal of Health and Social Behavior* 38:21–37.
- Idler, E. L. – S. V. Kasl – J. Lemke. 1990: „Self-Evaluated Health and Mortality among Elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington Communities, Iowa, 1982–1986.” *American Journal of Epidemiology*. 131:91–104.
- Jacobsen, B. K. – D. S. Thelle. 1988: „Risk Factors for Coronary Heart Disease and Level of Education.” *American Journal of Epidemiology* 127:923–32.
- Jeges S. – Tahin T. – Csanaky A. 1996: Az egészségi állapot változása pécsi követéses vizsgálat alapján. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 1996. 34, 5, 389–404.
- Jeges S. – Tahin T. – Tóth A. 1997: Az egészségi állapot változása 1989–1996 között Baranya megyei falvakban és Pécsen követéses egészségsszociológiai vizsgálat alapján. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1997. 35, 207–217.
- Jennings, S. – C. Mazaik – S. McKinlay. 1984: „Women and Work: An Investigation of the Association between Health and Employment Status in Middle-Aged Women.” *Social Science and Medicine* 19:423–31.
- Józan P. 1994: Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években (I). *Statistikai Szemle* 1., 5–27.
- Kaplan G. A. – M. N. Haan – S. L. Syme. 1987: „Socioeconomic Status and Health.” *American Journal of Preventive Medicine* 3(supp.):125–29.
- Kessler, R. C. – J. D. McLeod. 1985: „Social Support and Mental Health in Community Samplex.” Pp. 219–40 in *Social Support and Health*, edited by S. Cohen and S. L. Syme. New York: Academic.
- Kessler, R. C. – J. S. House – J. B. Turner. 1987: „Unemployment and Health in a Community Sample.” *Journal of Health and Social Behavior* 28:51–59.
- Kohn, M. L. – K. M. Slomczynski. 1990: *Social Structure and Self-Direction*. Oxford: Basic Blackwell.
- Kopp M. – Skrabski Á. 1995: Magyar lelkiállapot. *Hét Szabad Művészet Könyvtára*. Végeken Kiadó.
- Kopp M. – Skrabski Á. – Lőke J. – Szedmak S. 1996: A magyar lelkiállapot az átalakuló magyar társadalomban. *Századvég, Új folyam*, 2, 87–102.
- LaRocco, J. M. – J. S. House – J. R. P. French. 1980: „Social Support, Occupational Stress, and Health.” *Journal of Health and Social Behavior* 3:202–18.
- Lehmann H. – Polonyi G. 1998: Helyzetkép a lakosság egészségi állapotáról – 1997. In: *Társadalmi Riport* 1998. Szerkesztette: Kolosi T., Tóth I. Gy., Vukovich Gy.
- Leigh, J. P. 1983: „Direct and Indirect Effects of Education on Health.” *Social Science and Medicine* 17:227:34.

- Leon, A. S. – J. Connet, – D. R. Jacobs – R. Rauramaa. 1987: „Leisure-Time Physical Activity Levels and Risk of Coronary Heart Disease and Death: The Multiple Risk Factor Intervention Trial.” *Journal of the American Medical Association* 258:2388–95.
- Linn, M. W. – R. Sandifer – S. Stein. 1985: “Effects of Unemployment on Mental and Physical Health.” *American Journal of Public Health* 75:502–506.
- Lipworth, L. – T. Abelin – R. R. Connelly. 1970: „Socioeconomic Factors in the Prognosis of Cancer Patients.” *Journal of Chronic Diseases* 23:105–16.
- Liu, Kiang – L. B. Cedres – J. Stamler – A. Dye – R. Stamler – S. Nanas – D. M. Berkson – O. Paul – M. Lepper – H. A. Lindberg – J. Marquar – E. Stevens – J. A. Schoenberger – R. B. Shekelle – P. Collette – S. Shekelle – D. Gardside. 1982: „Relationship of Education to Major Risk Factors and Death from Coronary Heart Disease, Cardiovascular Diseases, and All Causes.” *Circulation* 66:1308–14.
- Losonczy Á. 1989: Ártó-védő társadalom. Budapest. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Maddox, G. L. – E. B. Douglass. 1973: „Self-assessment of Health: A Longitudinal Study of Elderly Subjects.” *Journal of Health and Social Behavior* 14:87–93
- Magnus, K. – A. Matroos – J. Strackee. 1979: „Walking, Cycling, or Gardening, with or without Seasonal Interruptions, in Relation to Acute Coronary Events.” *American Journal of Epidemiology* 110:724–33.
- Makara P. 1995: Társadalmi egyenlőtlenségek az egészségi állapotban. *Medicus Universalis (Aktuális Oldalak)* 28., 14–16.
- Matthews, K. A. – S. F. Kelsey – E. N. Meilahn – L. H. Kuller – R. R. Wing. 1989: „Educational Attainment and Behavioral and Biological Risk Factors for Coronary Heart Disease in Middle-Aged Women.” *American Journal of Epidemiology* 129:1132–44.
- Midanik, L. T. – A. L. Klatsky – M. A. Armstrong. 1990: „Changes in Drinking Behavior: Demographic, Psychosocial, and Biomedical Factors.” *International Journal of the Addictions* 25:599–619.
- Millar, W. J. – D. T. Wigle. 1986: „Socioeconomic Disparities in Risk Factors for Cardiovascular Disease.” *Canadian Medical Association Journal* 134:127–32.
- Mirowsky, J. – C. E. Ross. 1989: *Social Causes of Psychological Distress*. New York: Aldine de Gruyter.
- Moser, K. A. – A. J. Fox – D. R. Jones. 1986: „Unemployment and Mortality in the OPXS Longitudinal Study.” P. 75–87 in *Class and Health. Research and Longitudinal Data*, edited by R. G. Wilkinson. London, England: Tavistock.
- Mossey, J. M. – E. Shapiro. 1982: “Self-Rated Health: A Predictor of Mortality among the Elderly.” *American Journal of Public Health* 72:800–808.
- National Center for Health Statistics (NCHS). 1992. “Advance Report of Final Mortality Statistics, 1989.” Hyattsville, MD: Public Health Service.
- Paffenbarger, R. S. – R. T. Hyde – A. L. Wing – I-Min Lee – D. L. Jung – J. B. Kampert. 1993: „The Association of Changes in Physical Activity Level and Other Lifestyle Characteristics with Mortality among Men.” *New England of Medicine* 328:538–45.
- Parelius, R. J. – A. P. Parelius. 1987: „The Sociology of Education.” 2d ed. Englewood Cliff, NY: Prentice-Hall, Inc.
- Passannante, M. R. – C. A. Nathanson. 1985: „Female Labor Force Participation and Female Mortality in Wisconsin, 1974–1978.” *Social Science and Medicine* 21:655–65.
- Pearlin, L. I. 1989: „The Sociological Study of Stress.” *Journal of Health and Social Behavior* 30:241–56.
- Pearlin, L. I. – M. A. Lieberman – E. G. Menaghan – J. T. Mullan. 1981: „The Stress Process.” *Journal of Health and Social Behavior* 22:337–56.
- Pikó B. 1998: Egyenlőtlenségek az egészségi állapotban. *Századvég*, 1998. 11. 94–108.

- Pörzsi J. – Kóczán Gy. – Kállai J. – Vadas Gy. 1986: A többoldalúan hátrányos helyzet egészségkárosító hatásai az ifjúkorban. In: Tahin T. (szerk.): A fiatalok egészségi állapota és biológiai fejlődése. *Társadalomtudományi Intézet kiadása*. Budapest, 1986. 123–146. old.
- Rodin, J. – C. Timko. 1992: „Sense of Control, Aging, Health.” Pp. 207–36 in *Aging, Health, and Behavior*, edited by M. G. Ory, R. P. Abeles and P. D. Lipman. Newbury Park, CA: Sage.
- Rogers, R. G. – E. Powell-Griner. 1991: „Life Expectancies of Cigarette Smokers and Nonsmokers in the United States.” *Social Science and Medicine* 32:1151–59.
- Romelsjö, A. – F. Diderichsen. 1989: „Changes in Alcohol-Related Inpatient Care in Stockholm County in Relation to Socioeconomic Status During a Period of Decline in Alcohol Consumption.” *American Journal of Public Health* 79:52–56.
- Ross, C. E. – J. Huber. 1985: „Hardship and Depression.” *Journal of Health and Social Behavior* 26:312–27.
- Ross, C. E. – J. Mirowsky. 1989: „Explaining the Social Patterns of Depression: Control and Problem-Solving—or Support and Talking.” *Journal of Health and Social Behavior* 30:206–19.
- Ross, C. E. – J. Mirowsky. 1992: „Households, Employment, and the Sense of Control.” *Social Psychology Quarterly* 55:217–35.
- Ross, C. E. – J. Mirowsky. 1995: „Does Employment Affect Health?” *Journal of Health and Social Behavior* 36:230–43.
- Ross, C. E. – C. Wu. 1995: „The Links Between Education and Health.” *American Sociological Review* 60:719–745.
- Rowe, J. W. – R. L. Kahn. 1987: „Human Aging: Usual and Successful.” *Science* 143:143–49.
- Sandvik, L. – J. Erikssen – E. Thaulow – G. Erikssen – R. Mundal – K. Rodahl. 1993: „Physical Fitness as a Predictor of Mortality among Healthy, Middle-Aged Norwegian Men.” *New England Journal of Medicine* 328:533–37.
- Seeman, M. – T. E. Seeman. 1983: „Health Behavior and Personal Autonomy: A Longitudinal Study of the Sense of Control in Illness.” *Journal of Health and Social Behavior* 24:144–60.
- Seeman, M. – A. Z. Seeman – A. Budros. 1988: „Powerlessness, Work, and Community: A Longitudinal Study of Alienation and Alcohol Use.” *Journal of Health and Social Behavior* 29:185–98.
- Segovia, J. – R. F. Bartlett – A. C. Edwards. 1989: „The Association between Self-Assessed Health Status and Individual Health Practices.” *Canadian Journal of Public Health* 80:32–37.
- Shea, S. – A. D. Stein – C. E. Basch – R. Lantingue – C. Maylahn – D. S. Strogatz – L. Novick. 1991: „Independent Associations of Educational Attainment and Ethnicity with Behavioral Risk Factors for Cardiovascular Disease.” *American Journal of Epidemiology* 134:567–82.
- Shore, E. R. – S. A. Pieri. 1992: „Drinking Behaviors of Women in Four Occupational Groups.” *Women and Health* 19:55–64.
- Stampfer, M. J. – G. A. Colditz – W. C. Willett – F. E. Speizer – C. H. Hennekens. 1988: „A Prospective Study of Moderate Alcohol Consumption and the Risk of Coronary Heart Disease and Stroke in Women.” *New England Journal of Medicine* 319:267–73.
- Surgeon General. 1982: *The Health Consequences of Smoking*. Rockville, MD: Public Health Service.

- Susánszky É. – Szántó Zs. – Kopp M. – Szedmak S. 1997: Veszélyeztetett aktív férfi korcsoportok egészségi állapota a rendszerváltozás időszakában. *Lege Artis Medicinae*. 1997. június. 432–441.
- Syme, L. S. – L. F. Berkman. 1986: „Social Class, Susceptibility, and Sickness.” Pp. 28–34 in *The Sociology of Health and Illness*, 2d ed., edited by P. Conrad and R. Kern. New York: St. Martin's Press.
- Szalai J. – Antal Z. L. 1986: A fiatalok egészségi állapotának társadalmi különbségei. In: Tahin T. (szerk.): *Az fiatalok egészségi állapota és biológiai fejlődése. Társadalomtudományi Intézet kiadása*. Budapest, 1986. 67–98.
- Tahin T. (szerk.) 1986: A fiatalok egészségi állapota és biológiai fejlődése. *Társadalomtudományi Intézet kiadása*. Budapest, 1986. 1–335.
- Tahin T. – Jeges S. – Csanaky A. 1993: Az egészségi állapotot és az orvoshoz fordulást befolyásoló demográfiai és társadalmi tényezők. *Demográfia*, 36/4: 427–453.
- U.S. Department of Education. 1992: *Digest of Education Statistics (92-097)*. Washington, DC: National Center for Educational Statistics.
- U.S. Preventive Services Task Force. 1989. *Guide to Clinical Preventive Services*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Umberson, D. 1987: „Family Status and Health Behaviors: Social Control as a Dimension of Social Integration.” *Journal of Health and Social Behavior* 28:306–19.
- Verbrugge, L. 1983: „Multiple Roles and Physical Health of Men and Women.” *Journal of Health and Social Behavior* 24:16–30.
- Wagenknecht, L. E. – L. L. Perkins – G. R. Cutler – S. Sidney – G. L. Burke – T. A. Manolia – D. R. Jacobs – Kiang Liu – G. D. Friedman – G. H. Hughes – S. B. Hulley. 1990: „Cigarette Smoking is Strongly Related to Educational Status: the CARDIA Study.” *Preventive Medicine* 19:158–69.
- Ware, J. E. 1986: „The Assessment of Health Status.” In: *Applications of Social Science to Clinical Medicine and Health Policy*. Edited by L. H. Aiken and D. Mechanic. *Rutgers University Press*. New Brunswick, New Jersey. 204–208.
- Wheaton, B. 1980: „The Sociogenesis of Psychological Disorder: An Attributional Theory.” *Journal of Health and Social Behavior* 21:100–24.
- Wilkinson, R. G. 1986: *Class and Health: Research and Longitudinal Data*. London, England: Tavistock.
- Winkleby, M. A. – D. E. Jatulis – E. Frank – S. P. Fortmann. 1992: „Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease.” *American Journal of Public Health* 82:816–20.

Tárgyszavak:

Egészségügyi helyzet

Iskolázottság

#### EDUCATIONAL LEVEL AND HEALTH STATUS