

DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

Dr. Balatoni Ildikó

Debrecen
2011

**KERPELY KÁLMÁN NÖVÉNYTERMESZTÉSI, KERTÉSZETI ÉS
REGIONÁLIS TUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA**

Témavezető:
Dr. Baranyi Béla DSc
tanszékvezető egyetemi tanár

**VERSENYKÉPESSÉG ÉS EGÉSZSÉGGKULTÚRA
ÖSSZEFÜGGÉSEI REGIONÁLIS MEGKÖZELÍTÉSBEN**

Készítette:
Dr. Balatoni Ildikó
doktorjelölt

**Debrecen
2011**

VERSENYKÉPESSÉG ÉS EGÉSZSÉGGKULTÚRA ÖSSZEFÜGGÉSEI REGIONÁLIS MEGKÖZELÍTÉSBEN

Értekezés a doktori (Ph.D.) fokozat megszerzése érdekében
regionális tudományok tudományágban

Írta: Dr. Balatoni Ildikó okleveles orvos

Készült a Debreceni Egyetem **Kerpely Kálmán Doktori Iskolája**
Regionális tudományok doktori programja keretében

Témavezető: Dr. Baranyi Béla DSc, tanszékvezető egyetemi tanár

A doktori szigorlati bizottság:

	Név	Tudományos fokozat
Elnök:	Prof. Dr. Sinóros-Szabó Botond	DSc
Tagok:	Dr. Szabó Gyula	PhD
	Dr. Szarvák Tibor	PhD

A doktori szigorlat időpontja: 2011. augusztus 30.

Az értekezés bírálói:

Név	Tudományos fokozat
-----	--------------------

A bíráló bizottság:

Név	Tudományos fokozat	Aláírás
elnök:	
tagok:	
	
	
titkár:	

Az értekezés védésének időpontja: 2011.

TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS	4
2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS	8
2.1. A kutatás regionális keretei	
2.2. A régiók versenyképességét befolyásoló tényezők.....	10
2.3. Egészség és egészségkultúra, életmód és életminőség elméleti aspektusai.....	17
3. ANYAG ÉS MÓDSZER	22
3.1. A kérdőíves vizsgálat célja és leírása.....	22
3.2. A kutatás módszertana, a Lisrel modell alkalmazása és indoklása.....	28
4. EREDMÉNYEK.....	33
4.1. Az Észak-alföldi és a Dél-dunántúli régió gazdasági-társadalmi viszonyai regionális összevetésben	33
4.1.1. Terület, népesség, népsűrűség.....	33
4.1.2. Gazdasági és innovációs potenciál.....	34
4.1.3. Szocio-demográfiai adatok	42
4.1.4. Lakóhely, lakókörnyezet	45
4.1.5. Foglalkoztatás, munkanélküliség, munkakörülmények	48
4.1.6. Családi körülmények.....	55
4.1.7. Életmód	59
4.1.8. Egészségi állapot, egészségmagatartás	60
4.1.9. Összegzés	70
4.2. A kérdőíves felmérés adatainak elemzése Lisrel modell alkalmazásával.....	71
1. modell: A szociális háttér kapcsolata az egészségkultúrával és az anyagi lehetőségekkel.....	71
2. modell: Az egyetemi központok szerepe az egészségben, illetve az egészség-kultúrában	74
3. modell : Az életmód kapcsolata az egészségi állapottal és egészségkultúrával...	78
4. modell : Az egészségi állapot összefüggése az életmóddal és az anyagiakkal	80
5. modell : A munkaképesség és az egészségi állapot/magatartás kapcsolata ..	83
4.3. A faktorértékek elemzése nem parametrikus módszerekkel.....	85
4.4. Összegzés	89

4.5. A régiók összehasonlítása a kérdőíves felmérés alapján.....	91
4.5.1. A kérdőíves felmérés válaszainak SPSS programmal történő feldolgozás.....	91
4.5.2. Régiós különbségek elemzése Mann-Whitney és Chi-négyzet próbával, valamint Anova módszerrel.....	110
4.5.3. Összegzés.....	111
5. KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK.....	112
6. ÚJ ÉS ÚJSZERŰ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK.....	115
7. ÖSSZEFOGLALÁS.....	117
8. SUMMARY.....	119
9. FELHASZNÁLT IRODALOM ÉS FORRÁSOK.....	121
10. PUBLIKÁCIÓK AZ ÉRTEKEZÉS TÉMAKÖRÉBEN (saját irodalom).....	139
Nyilatkozatok.....	142
Köszönetnyilvánítás.....	143
Ábrák jegyzéke.....	144
Táblázatok jegyzéke.....	146
Melléklet – Kérdőív.....	147

1. BEVEZETÉS

Az *Európai Unióban* (EU) jelenleg a gazdasági termelés 43%-a, a kutatási és innovációs beruházás 75%-a Európa területének csupán 14%-ára összpontosul: a London, Hamburg, München, Milánó és Párizs által határolt térségre, az ún. „pentagon”-ra (*Net1*). A gazdasági lehetőségek és az aktivitás egyenlőtlen eloszlása regionális, nemzeti és nemzetközi szinten még ma is központi problémát jelent a döntéshozók számára. A gazdasági, társadalmi és területi kohézió erősítése, a régiók közötti fejlettségi különbségek csökkentése ugyanis az Európai Unió egyik alapcélkitűzése. Az integráció költségvetésének több, mint egyharmadát, mintegy 347 milliárd eurót ennek a célnak a megvalósítására fordítja a 2007–2013 közötti időszakban.

A kiegyensúlyozott területi fejlődés megvalósítását célzó regionális politika évek óta a régiók versenyképességének javítását tartja a kohézió egyik leghatékonyabb eszközének. Már az első kohéziós jelentés a Strukturális Alapok legfontosabb feladatának tekintette a kevésbé fejlett régiók versenyképességének növelését (*Net2*), a második kohéziós jelentés pedig a valós konvergencia alapvető tényezőjének tartotta a versenyképességet (*Net3*). A dokumentumok alapján a regionális kohézió legfontosabb eszköze az elmaradott régiók versenyképességének javítása.

A 2007 és 2013 közötti költségvetési ciklus regionális politikája három prioritás köré csoportosul:

1. Konvergencia;
2. Regionális versenyképesség és foglalkoztatás;
3. Európai területi együttműködés

A három célkitűzés három alap, az *Európai Regionális Fejlesztési Alap* (ERFA), a *Kohéziós Alap* és az *Európai Szociális Alap* (ESZA) támogatásával valósul meg. A támogatható fejlesztések szempontjából az egyes alapok esetében bizonyos különbségek léteznek annak megfelelően, melyik prioritásról van szó.

A 2000 márciusában útjára indult „*lisszaboni stratégiaként*” meghirdetett koncepció a foglalkoztatás, a gazdasági reformok és a szociális kohézió megerősítését célozta a tudásalapú társadalom kiépítésével párhuzamosan. A stratégia eredeti központi célkitűzése, hogy az EU 2010-ig a világ legversenyképesebb és legdinamikusabban fejlődő, tudásalapú gazdaságává váljék, amely képes a fenntartható fejlődésre, miközben nagyobb szociális kohézióval több és jobb munkahelyet teremt. A Lisszaboni Stratégia az elmúlt évtizedek legsu-

lyosabb pénzügyi és gazdasági válsága közbejöttével nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, ezért az Európai Bizottság „Európa 2020” címmel változtatást tartalmazó javaslatot tett egy új növekedési és foglalkoztatási stratégia elindítására. A dokumentum a redistributív jellegű politikáról a hangsúlyt a teljesítményen alapuló felé, a szolidaritást célzó felé a versenyképességet feltételező felé kívánja eltolni (Szabó, 2010).

Magyarország területi folyamatainak, területfejlesztési politikájának eredményeit összefoglaló jelentés szerint egy térség gazdasági fejlődését, versenyképességét jelentősen meghatározza, hogy milyen gazdasági potenciállal, humán és műszaki infrastrukturális adottságokkal rendelkezik. Elemzi az elmúlt évek Uniós forrásainak felhasználását és annak hatásait. Megállapítja, hogy a magyar gazdaság fejlettségi színvonalának felzárkóztatása, mint cél nem realizálódott, amely mögött leginkább a versenyképességi mutatók (foglalkoztatás, termelékenység, K+F ráfordítások) kedvezőtlen alakulása áll. Rögzíti azt is, hogy a versenyképesség terén Magyarország határozott hátrányban van a tagállamok többségével szemben, mert mind a termelékenység, mind a foglalkoztatás terén elmarad az Unió átlagától. Regionális szinten vizsgálva a versenyképességet a differenciák tovább erősödnek (Net4).

Napjainkban a *versenyképesség* sűrűn előforduló fogalomként vált a gazdaságfejlesztéssel foglalkozó dokumentumokban. A versenyképesség a globalizációval került előtérbe, és a gazdasági fejlettség mérésének eszköze lett. Többféle megközelítésből igyekeztek a kutatók definiálni a fogalmat és mérésére is számos módszert írtak le. Jelen tanulmányban a regionális versenyképesség Lengyel (2003) féle piramis-modelljét veszem alapul.

A szakirodalom egységes abban, hogy egy ország, *régió fejlődésének, gazdasági növekedésnek, és így versenyképességének célja* az ott élők „jólétének”, életszínvonalának és életminőségének javítása. A piramis-modellben a regionális versenyképesség központi kategóriája a megtermelt jövedelem (gazdasági kibocsátás), amely a régió gazdasági növekedését méri. A GDP a termelésből adódó jövedelmek mérésére alkalmas ugyan, de azt nem mutatja, hogy ebből a jövedelemből mennyi marad, mennyi fordítódik a régióban élők jólétére. Természetes módon mind a munkatermelékenység, mind a foglalkoztatottság közvetlenül hat a lakosság életminőségére is (Lengyel, 2003).

Az életminőség többdimenziós fogalom, ami magába foglalja az egészségi állapot testi, lelki és szociális összetevőit. A testi egészség a betegségtől mentes állapotot jelenti, de ide tartozik a fizikális egészség megőrzéséhez szükséges egészségvédő életvezetés: rendszeres testmozgás, az egészséges táplálkozás, a megfelelő alvás, valamint az önkárosító magatartásformák, a dohányzás, a kóros alkoholfogyasztás, a drogok elkerülése. A pszicho-

lógiai egészség önmagunk elfogadása, jó memória, világos gondolkodási képesség, érzelmi stabilitás, nyitott, érett személyiség. A társas, társadalmi egészség jó személyközi, interperszonális, kommunikációs készség, a bizalom képessége, tartalmas emberi kapcsolatok barátokkal és családdal, amely szorosan összefügg a kulturális-társadalmi tényezőkkel, végzettséggel, etnikai, vallási hovatartozással, kulturális, nemi és hivatásbeli azonosságtudattal. Az egészséggel összefüggő életminőség azon fizikai és pszichológiai jellemzők összessége, amelyek meghatározzák, hogy a személy mennyire érzi képesnek magát és talál örömet tevékenységeiben és életvezetésében (Bácsy *et al.*, 2004).

Magyarország gazdasági fejlettségéhez képest *a lakosság egészségi állapota* a nemzetközi adatokat figyelembe véve *rendkívül kedvezőtlen*, alacsony szintű az egészségtudatosság. Sokan rossz egészségi állapotuk miatt szorulnak ki a munkaerőpiacról. Egyes megbetegedések és halálokok tekintetében hazánk vezető helyet foglal el a nemzetközi statisztikákban. Ennek számos oka van, de ezen tényezők mindegyike a lakosság életmódjával függ össze (Net5). A legfontosabb rizikótényezők az életmóddal állnak kapcsolatban. Kiderült az is azonban, hogy számos kockázati tényező mélyen a társadalomban gyökerezik. Az életmód egyaránt tükrözi az egyén személyiségét, az adott közösség sajátosságait és a társadalmi struktúrában elfoglalt pozíciót. Szorosan összefügg az egyén személyiségjegyeivel, az életről alkotott felfogásával és a társadalom értékrendjével (Pikó, 2004).

Kopp és munkatársai (1999) felméréseik adatai alapján megállapították, hogy a rosszabb szociális helyzet magasabb megbetegedési arányokkal jár együtt. Azonban a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet nem önmagában, hanem depressziós tünetegyüttes közvetítésével eredményez magasabb megbetegedési arányokat. Tehát a lemaradás szubjektív átélése az egyik leglényegesebb egészségügyi veszélyeztető tényező (Kopp *et al.*, 1999).

Csíkszentmihályi (1998) szerint az átlagember nincs felkészülve a tétlenségre. Célok és kapcsolatok nélkül a legtöbb ember motiváció nélkülivé és koncentrálásra képtelenné válik, és gondolataik nagy valószínűséggel szorongáskeltő, megoldatlan problémák körül forognak. A gazdaságilag inaktív, de még aktív korú emberek, azaz a munkanélküliek, rokkantnyugdíjasok körében többszörösen fordul elő depressziós tünetegyüttes, és a saját egészségi állapotukat is közülük véleményezik többen rossznak, vagy nagyon rossznak. A kutatási adatok szerint az életminőség csökkenés leggyakoribb háttértényezője az alkotóképesség, a gazdasági aktivitás elvesztése (Kopp *et al.*, 2006).

A népegészségügyi elemzések szerint *a népesség egészségi állapotát*, halandóságát a fejlett országokban az életmód, a gazdasági, társadalmi és magatartásbeli tényezők, a szűkebb és tágabb fizikai környezet állapota, valamint az egészségügyi szolgáltatások

minősége és hozzáférhetősége határozza meg. A magyarországi régiókban társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek a lakosság egészségi állapotában is jelentős egyenlőtlenségeket eredményeznek (Tokár *et al.*, 2005).

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

Kutatásaim célja az volt, hogy megvizsgáljam, hogy a lakóhely, az életkor, a munkanélküliség befolyásolja-e a lakosság egészségi állapotát, és hogy a talált összefüggések két különböző régió viszonylatában is fennállnak-e.

Vizsgálataim során arra kerestem választ, hogy vannak-e, és ha igen, milyen *regionális különbségek a lakosság életmódjában, egészségkultúrájában, egészségi állapotában* és ezek a szocio-ökonómiai státusszal, az anyagi helyzettel, a munkalehetőségekkel milyen összefüggést mutatnak. Külön vizsgáltam, hogy a regionális egyetemi központok gyakorolnak-e hatást az egyén egészségkultúrájára. Felmérést végeztem Debrecenben és Pécsen. A két érintett régió – Észak-Alföld és Dél-Dunántúl – adatait elemeztem az elérhető adatbázisok és a kitöltött kérdőívek válaszainak feldolgozásával.

Arra a kérdésre, hogy miért ezt a két régiót választottam, a következők szolgálnak magyarázatul: az Észak-alföldi régióban élek és a Debreceni Egyetemen dolgozom, így kíváncsi voltam a saját lakóhelyem adataira, eredményeire. Az összehasonlításhoz választható régiók közül Közép-Magyarországot elvettem, annak sajátos, kiemelt helyzete és funkciója miatt. Szerettem volna Magyarország keleti részét a nyugati országrész gazdasági-társadalmi pozícióját tekintve hasonló helyzetű és szerepkörű régiójához viszonyítani, egy olyan térség kiválasztásával, amely – Debrecenhez hasonlóan – meghatározó szerepkörű egyetemi központtal rendelkezik. Ezek után „csak” Pécsre, illetve a Dél-dunántúli régióra eshetett a választás.

2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1. A kutatás regionális keretei

Régió alatt egyedi sajátosságokat felmutató, valamilyen közös jellemzőkkel rendelkező, s ezek alapján földrajzilag körülhatárolható területi egységet értünk. Létrejöhet politikai, gazdasági, kulturális, vagy tervezési-fejlesztési okokból. Az európai országokban a régiók létrejötteinek és egyben jogosítványainak több csoportja ismert. Az egyik csoportot a föderalista (szövetségi) államok alkotják (Németország, Belgium, Ausztria), ahol a tartományok a történelmi hagyományok következtében nagyfokú önállósággal rendelkeznek és „önkéntes” szövetséget alkotnak. A régiók kialakításának másik módja a regionalizáció: ekkor a központi kormányzat kezdeményezésére történik meg a megfelelő önállósággal rendelkező területi egységek kijelölése (Olaszország, Spanyolország). A területi egységek meghatározott autonómiával rendelkeznek, de törvényhozó jogköreik korlátozottak, költségvetési jogukat csupán a központi kormányzat által kijelölt keretek között gyakorolhatják.

A „*felülről lefelé*” irányuló területszervezési kezdeményezés alapján jöttek létre a régiók az ún. „decentralizált” államokban (Franciaország, Finnország, Svédország), számos közügyet telepítve a helyi, illetve regionális szintre, amelyek azonban szükség szerint visszavonhatók. A következő csoportot az unitárius államok alkotják (Nagy-Britannia, Görögország, Írország, Luxemburg, Hollandia, Dánia), ahol önállósággal rendelkező régiók nem találhatók, viszont a helyi önkormányzatok széles körű feladatokat kapnak, amelyek megvalósításához a központi költségvetés biztosít forrásokat. A területi egységek tervezési-fejlesztési funkciókat kapnak, vagyis fejlesztések fogadásának színterei lesznek (Horváth, 1998).

A regionalizáció mellett megemlítendő a *regionalizmus*, mint „alulról felfelé” irányuló területszervezési kezdeményezés, amelynek során a törekvések arra irányulnak, hogy egy-egy területi egység sajátossága, kulturális-etnikai adottságai határozottan érvényesüljenek az állam területi beosztásában. Az európai integrációt a regionalizáció és a regionalizmus együttesen erősíti már a 90-es évektől. Ezeknek a folyamatoknak a következménye, hogy létrejött a nemzeti határokat túllépő, szupranacionális szakpolitika. A regionális politika az Európai Uniót területi szinten szemléli, s annak fejlesztési célját a regionális különbségek mérséklésében határozta meg (Szalay, 2002).

Az Európai Unió *regionális támogatásai* régiók, vagy annál kisebb térségek fejlesztésére irányulnak. A támogatásokban részesülő régiókra az EU egy ún. NUTS (Nomenclature of Territorial Units for Statistics, Statisztikai Célú Területi Egységek Nomenklatúrája) rendszert alkalmaz (az Európai Parlament és a Tanács 1059/2003/EK rendelete a statisztikai célú területi egységek nomenklatúrájáról), amely három fő kategóriából áll. Kiinduló egység a tagállam meglévő közigazgatási egysége (tartomány, régió, megye stb.), a további egységek ezen közigazgatási egységek összevonásából vagy felosztásából képezhetők. Magyarország esetében a közigazgatási egységek a megyék (főváros), további egységek a megyék (főváros) összevonásából képzett régiók, illetve a régiók összevonásából képzett nagyrégiók:

- NUTS I : Nyugat-, Kelet- és Közép-Magyarország (egységek száma: 3);
- NUTS II : tervezési-statisztikai régió (egységek száma: 7);
- NUTS III : megye/főváros (egységek száma: 20) (Baranyi, 2008).

A *tervezési-statisztikai régiók kialakításánál alapvetően két szempont játszott szerepet*: a régióhatárok feleljenek meg a megyehatároknak, valamint a régiók lakónépessége lehetőleg azonos nagyságrendű legyen. Magyarországon a következő NUTS II szintű régiók jöttek létre, amelyből a kutatás célterületét jelentő Észak-alföldi régió és a Dél-dunántúli régió három-három megye (Hajdú-Bihar, Jász-Nagykun-Szolnok, Szabolcs-Szatmár-Bereg, illetőleg Baranya, Somogy és Tolna) földrajzi kereteit alkotja (1. ábra).



1. ábra

Magyarország régiói

Forrás: www.logsped.hu/regiok.htm.

2.2. A régiók versenyképességét befolyásoló tényezők

A *verseny fogalmát* sokan sokféleképpen határozták meg. *Chikán* (1998) szerint a „verseny két vagy több szereplő egymással szembeni előnyszerzésre irányuló, adott szabályok közt zajló tevékenysége”. Ahhoz hogy a versenyben másoknál jobban helytálljunk elengedhetetlen, hogy megfelelő adottságok, képességek birtokában legyünk. Az sem közömbös, hogy az esetlegesen fennálló versenyelőnyök mennyire tartósak, mire épülnek (*Ács et al.* 2005; *Kozma*, 2007).

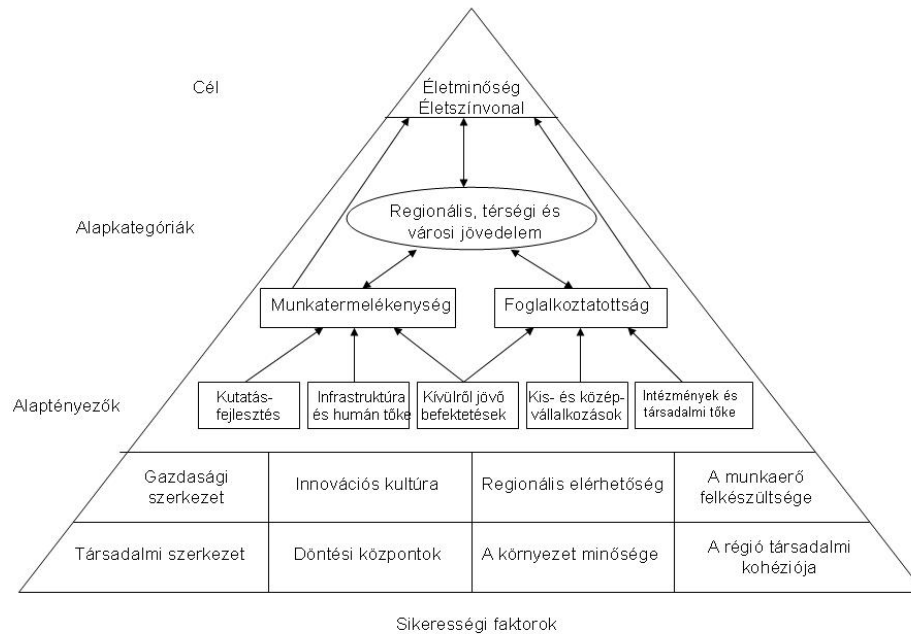
Porter (1990) megkülönböztetett rövid távon is könnyen utánozható alacsony rendű előnyöket, valamint hosszabb távon is kedvező versenypozíciót garantáló, magasabb rendű előnyöket (magasan képzett munkaerő, innováció, egyedi szolgáltatások) (*Lengyel*, 2000a). A versenyképesség azonban mindig csak a versenytársakkal összevetve ítélni lehet meg. A versenyképesség „lényegében a piaci versenyben való pozíciószerezést és tartós helytállást jelenti, a piaci részesedés és a jövedelmezőség növelését, az üzleti sikerességet” (*Horváth*, 2001).

A *versenyképesség* számos szinten értelmezhető, mint például makrogazdasági, iparági, vállalati, vállalaton belüli szint (*Chikán*, 2002). A globalizáció korában a térségek versenyképességének kérdése egyre inkább a regionális gazdaságfejlesztési politikák központi kérdésévé válik (*Camagni*, 2002). A regionális gazdaságfejlesztés logikai szerkezete szerint a helyi gazdaságfejlesztés célja egy társadalompolitikai cél elérése, nevezetesen a helyben élők jólétének növelése (*Malizia et al.*, 1999), eszköze pedig a versenyképesség javítása (*Lengyel*, 2002).

A versenyképességnek a hazai és a nemzetközi szakirodalomban többféle definícióját publikálták. *Chikán* (2002) szerint „a nemzetgazdaság versenyképessége a nemzetgazdaság azon képességét jelenti, hogy a nemzetközi kereskedelem támasztotta követelményeknek megfelelően úgy képes létrehozni, termelni, elosztani és/vagy szolgáltatni termékeket, hogy közben saját termelési tényezőinek hozadéka növekszik”. *Szentes* (2006) felfogásában „a termék vagy szolgáltatás akkor versenyképes, ha eladója számára a költségek fedezetén túl nyereséget is tartalmazó áron eladható”. A régió versenyképességével kapcsolatban *Lengyel* (2003) definíciója szerint a régió versenyképessége a „nyitott gazdaságban a régiók képessége relatíve magas jövedelem és relatíve magas foglalkoztatottsági szint létrehozására”.

A *régiók versenyének keresleti és kínálati oldalát* megkülönböztetve azt mondhatjuk, hogy amíg a keresleti oldalon a régiók céljai, addig a kínálati oldalon a régiók adottságai jelennek meg, amelyek végeredményben meghatározzák a képződő jövedelmeket és ezáltal az életszínvonalat (*Farkas et al.*, 2001; *Lengyel*, 2000b). A régiók versenyképességével

kapcsolatban *Lengyel* (2003) kiterjedt kutatást végzett és leírta a régiók versenyképességének piramis modelljét (2. ábra). Megállapította, hogy a regionális versenyképességnek nincs egyetlen kiemelt mutatója, nem jellemezhető egyetlen tényezővel, hanem egymáshoz szorosan kapcsolódó, viszonylag jól mérhető és egyértelmű közgazdasági kategóriák együttesét jelenti. Nemcsak a mutatók jelenlegi nagysága érdekes, hanem időbeli változása is.



2. ábra

A regionális versenyképesség „piramis-modellje”

Forrás: Lengyel, 2003.

A versenyképességet meghatározó jellemzőket a logikai szerkezet szerint egy ábrában megjelenítve felépíthető a regionális versenyképesség „piramis-modellje”, amelynek csúcsát, egyszersmind a versenyképességi folyamatok célját, a tárgyalt téma szempontjából is megkülönböztetett jelentőséggel bíró két fogalom, az életminőség és az életszínvonal foglalja el. Ezek alakításában ugyanis igen fontos szerepet játszanak az egészségkultúrát befolyásoló tényezők.

A regionális kutatásoknak – főleg az Európai Unióval összefüggésben – napjainkban különös aktualitást ad, hogy a régiók közötti fejlettségbeli különbségek markánsan kialakultak és – deklarált célokkal ellentétben – tovább fokozódnak (*Marselek et al., 2005*).

A régiók versenyképességét befolyásoló tényezők köre igen összetett, ami a sikeresség fogalmával is összekapcsolható. *Enyedi György* kutatásai során először az európai városok sikerességével foglalkozott, majd a régiókra is leírta a siker tíz alapvető tényezőjét:

- a gazdasági szervezet változtatási képessége,
- a tercier szektoron belül kiemelkednek a nagy értékhozzáadó alszektorok,
- erős az innovációs készség,
- jellemző a tudásalapú termelés,
- a sikeres régiókban születnek a döntések,
- erős és gyarapodó középosztály,
- az értékes településkörnyezet,
- sikeres konfliktuskezelés,
- jelentős külső (nemzetközi) kapcsolatok,
- növekvő jövedelem és foglalkoztatás (Enyedi, 1997).

Az Európai Unióhoz való csatlakozással *felértékelődött a régiók szerepe*. A regionális kutatások célja, hogy rávilágítsanak hogyan lehet egy adott terület helyzetén változtatni, milyen adatok, tényezők elemzésével, összehasonlításával lehet egy vagy több régiót bemutatni, összehasonlítani, és hogy milyen irányt mutassanak a fejlesztési stratégiák.

A *regionális tudomány* történetét, kiemelkedő képviselőit *Georges Benko* (1999) mutatta be. A regionális politika Kelet Közép-Európai eredményeit ismertette *Horváth Gyula* (2000). A globalizáció térségi fejlődésre gyakorolt hatását vizsgálták *Szirmai* és munkatársai (2003) és megállapították, hogy annak gazdasági hatásain kívül társadalmi, politikai és kulturális hatásai is vannak. *Enyedi* (2000) a globalizáció magyar területi fejlődésre gyakorolt hatásait vizsgálta és megállapította, hogy a globalizálódás hatásai lényegesen módosítják az egyes területek fejlődési folyamatait és a helyi adottságok szerepét is átértékeli. A globalizáció kreatív iparágakra gyakorolt hatását *Dobó* (2007) vizsgálta kiemelve, hogy Magyarországnak a jövőben a humántőkébe való befektetés jelenthet sikereket.

A régiókra kiterjedő tervezés folyamata Magyarországon az 1076/2004-es kormányhatározat (*Net6*) alapján vette kezdetét, amelynek keretében az ország összes régiója elkészítette önálló tervezési programozási dokumentumait, amelyek szükségesek az Európai Unió kohéziós politikájának megvalósításához, a regionális politikai támogatások felhasználásához. Ezekhez a dokumentumokhoz, előzetes, illetve kiegészítő anyagként számos tanulmány látott napvilágot. *Mezei* (2004) a Nyugat-Dunántúl programjait elemezte, *Soós* (2004) a gazdasági-társadalmi viszonyait mutatta be és *Hajdú* (2006) a Dél-dunántúli régió fejlesztési prioritásait ismertette. Északnyugat-Dunántúl fejlesztési lehetőségeit *Dőry* (1997), *Máthé* (1995), a Bécs–Pozsony–Győr háromszög gazdasági lehetőségeit

Enyedi (1995), az Észak-Alföld adatait *Grasselli* (2006) mutatta be. A rendszerváltást követően az Alföldön és Debrecen szűkebb régiójában megindult és kiteljesedő új gazdasági-társadalmi folyamatokról *Baranyi* (2000; 2001; 2002) nyújtott átfogó értékelést.

A Dél-Alföld versenyképességi tényezőit *Lengyel* (2000c) elemezte. A központi régió gazdaságföldrajzi, településszerkezeti jellemzőivel, gazdasági adottságaival, az ország gazdasági struktúrájában betöltött helyével foglalkoztak *Fórika és munkatársai* (1997), míg a Közép-Magyarországi Régió Stratégiai Tervét elemezte *Gordos–Lukovich* (2002). Az Alföld regionális problémáival és lehetőségeivel foglalkozott a *Baukó* (1999) szerkesztette kiadvány. Az ország keleti felének fejlettségi szintjét jelző mutatókat vizsgálta *Kovács–Viszt* (1997). A megyék és a főváros versenyképességét vizsgálta a piramis-modell tényezőin keresztül *Lukovics* (2004; 2006), Budapest a Közép-Magyarországi Régió versenyképességét befolyásoló tényezőket állította elemzése közép-pontjába *Schneider* (2005; 2007). A magyar regionális tudomány ma már könyvtárványivá duzzadt teljesítményéből kiemelkedik a Dél-dunántúli és az Észak-alföldi régió gazdasági-társadalmi viszonyait átfogó jelleggel ismertető, komplex összefoglaló két nagy-monográfia, amely *Hajdú* (2006) és *Baranyi* (2008) szerkesztésében mind ez ideig a legteljesebb áttekintés, a disszertáció szempontjából is nélkülözhetetlen alapozó mű.

A kutatások egy része városok, kistérségek adottságainak, lehetőségeinek feltárásával foglalkozik. A kistérségek összefüggésének elméletét, illeszkedésüket a területi irányítás rendszerébe *Bartke* elemezte (2004), a fejlettségi szint és az infrastruktúra összefüggéseit *Bíró – Molnár* vizsgálta (2004). A Dél-dunántúli régió leghátrányosabb helyzetű kistérségeit *Mátyás* (2008) mutatta be. A kistérségi szinten jelentkező feladatokat, a vonatkozó jogszabályi előírásokat *Kovács* (2004) írta le. A kistérségek társadalmi térszerkezetének jellemzőit *Faluvégi* ismertette (2000; 2005). Nyilvánvalóvá vált, hogy versenyképességi szempontból fontos a város és a vidék együtt kezelése, hiszen együtt tagolódnak be a különböző szintű hálózatokba (*Faragó*, 2006).

Az uniós térségfejlesztési tendenciákat elemezve több tanulmány rámutatott (*Net7, Net8*), hogy az európai regionális versenyképesség elsősorban a nagyvárosi régiók. A városok a világgazdaságban elfoglalt szerepével *Sassen* foglalkozott (1991; 1994). *Enyedi György* 2003-ban bemutatta, hogy a nagyvárosi régiókba koncentrálódnak a modern gazdaság erőforrásai (*Enyedi*, 2003). A városok és a régiók közötti kapcsolat feltárására vállalkozott *Rechnitzer János* (2004). Szintén a városok versenyképességét vizsgálta a lakosság, illetve a vállalatok megítélése alapján *Koltai* (2005, 2006,

2007) és a fejlettségbeli különbségeket elemezte *Jeney* (2007). A nagyvárosi régiók stratégiai jelentőségének megerősödésére mutatott rá *Szirmai* (2004; 2009).

A régiók közötti fejlettségbeli különbségek kialakulásának okait, az egyenlőtlenségek megszüntetésének lehetőségeit számos kutató vizsgálta (*Hahn*, 2004; *Czirfusz*, 2007; *Kengyel*, 1997a,b; *Illés*, 1997). A területi egyenlőtlenségek és a fejlődés kapcsolatát elemezte *Kanbur–Venables* (2005), az eltérő gazdasági ágazat szerepét *Kólyáné-Végh*, (2006), az együttműködés, az állami központi regionális politika hatásait *Horváth* (2004). *Cserhát és munkatársai* (2005) a regionális fejlettség és a beruházások közötti kapcsolat kérdéskörével foglalkoztak.

Porter (1998) hívta fel a figyelmet arra a tényre, hogy a tartós versenyelőnyrel rendelkező nemzeti iparágak egy ország területén nem egyenletesen terjednek el, hanem néhány térségben koncentrálnak. Ez a jelenség az alapja egy adott régió iparági klasztereinek. Az így meghatározott klaszterek tehát egy térség termék- vagy szolgáltatásalapon együttműködő vállalkozásaiból állnak (*Artner*, 1995). Ha a klaszterek olyan térségekben működnek, ahol egy speciális urbanizációs előny, a felsőoktatási intézmény is jelen van, akkor ez a technológiai kapcsolatok egy új formáját teremtheti meg (*Buzás*, 2000). A kutatóhelyek több vállalkozással kapcsolatban állva, mintegy hidat képezve a gazdasági szereplők között, az információcsere révén hozzájárulnak azok technológiai fejlődéséhez. Ez garantálhatja a szellemi tőke minél hatékonyabb felhasználását. Az innovatív klaszterek olyan sokszereplős együttműködési rendszerek, amelyeknek a keretében az adott régióban valamely tudományterület és az arra épülő gazdasági, iparági hasznosítás szereplői együttműködnek a régió és a szereplőinek gazdasági versenyképességét hosszú távon javító, növekedést biztosító erős gazdasági, innovációs és oktatási háttér megteremtése érdekében. *Alfred Marshall* (1890) úttörő munkássága tárta fel azokat a tényezőket, amelyek az ipari tevékenység elhelyezkedését befolyásolják.

A klaszter koncepció megfogalmazása *Porter* nevéhez fűződik (*Porter*, 1990). A klaszterekbe tömörülő vállalkozások az agglomerációs előnyökön túl többféle kedvező externális hatásokat érnek el (*Mozsár*, 2000). A klaszterek az adott térségben felhalmozott szakmai tapasztalatokra, tudományos kapacitásra és munkaerőforrásra épülnek rá. Az Európai Unió 2007–2013-as költségvetése az innováció kiemelt szerepét tükrözi és az uniós támogatás politika nyomán az Új Magyarország Fejlesztési Terv (*Net9*), illetve az Új Széchenyi Terv (*Net10*) is tartalmazza az innovatív klaszterek támogatását. A nem tudás- és technológiaintenzív klaszterek is érzékelik ma már, hogy sikerük és versenyképességük elérése és fenntartása érdekében elengedhetetlen az új tudás és innováció

átvétele és a tevékenységek eltolódása a magas hozzáadott értéket előállító tevékenységek felé (*Sass et al.*, 2009).

A nemzetközi trendeket követve, a külföldi tapasztalatok adaptálásával Magyarországon is megjelentek a klaszterek. Az elmúlt évek magyar közgazdasági szakirodalmában egyre több klaszterekkel, klaszteralapú gazdaságfejlesztéssel foglalkozó tanulmány jelent meg (*Buzás*, 2000; *Deák*, 2002; *Gecse et al.*, 2003; *Lengyel*, 2001; *Lengyel–Deák*, 2002; *Lengyel–Rechnitzer*, 2002; *Patik et al.*, 2005).

A tudományos-technológiai fejlődés és az ennek során felhalmozódó tudás a regionális gazdaságok egyik meghatározó tényezőjévé vált. Napjainkban a fejlett országokban a termelékenység növekedése mintegy 80%-ban az innováció, illetve a tudástranszfer valamilyen formájának köszönhető (*Cooke*, 1995). Az elmúlt évtizedekben leginkább azok az ágazatok fejlődtek, amelyek technológia és tudásintenzívek, illetve innováció orientáltak voltak. Egy régió versenyképességét döntően befolyásolja a régió belül folyó K+F tevékenység eredményessége, különösen fontos az eredmények gyakorlatban való alkalmazása. Az egyetemek és kutatóintézetek, mint széleskörű ismeretekkel rendelkező és terjesztő tudásközpontok egyre meghatározóbb szerepet játszanak a regionális fejlődésben (*Gál*, 2005).

Az egyetemek és kutatóintézetek a nemzeti és nemzetközi tudásbázisokhoz és hálózatokhoz kapcsolódásuk révén potenciális tudásbázisként jelennek meg a vállalatok számára. A versenyképes termékeket gyártó iparágak és vállalatok telephely választási szempontjai között előkelő helyet foglal el a felsőoktatás, amely egyrészt a szükséges munkaerőt biztosíthatja, másrészt ott összpontosulnak az innovációs kapacitások is (*Varga*, 2004).

Egy-egy felsőfokú intézménynek kimutatható település- és térségfejlesztő hatása is van. Egy régió fejlődése, gazdasági és társadalmi jelentősége pedig azon is múlik, hogy az ott található felsőoktatás mennyire képes színvonalas szellemi centrummá válni (*Kuráth*, 2007). A hazai szakirodalomban a témakör széles áttekintését többek között *Rechnitzer–Hardi* (2003) munkájában találjuk, ahol a győri Széchenyi István Egyetem példáján keresztül mutatják be az intézmény helyi fejlesztési hatásait.

Az egyetemi-üzleti tudásközpontok kialakítása, fejlesztése, az innovációs pólusok megteremtése, megerősítése az az út, amellyel Magyarország csatlakozhat az Európai Kutatási Térhez, és amelyen keresztül a kutatás-fejlesztés eredményei a gazdasági életben is hasznosulhatnak. Az inkubáció az induló, innovatív vállalkozásokat növekedésük kezdeti szakaszán (az inkubációs időszak alatt) segíti, abban a reményben, hogy a támogatás a későbbi növekedés eredményeképpen megtérül (*Bajmócy*, 2004; 2006). Az üzleti inkubációnak különböző megvalósulási formái lehetnek, mint például a működési (inkubációs tér) bizto-

sítása, ügyviteli szolgáltatások, a tőkéhez jutás segítése, a hálózati kapcsolatok kiépítésének támogatása (*Carayannis et al.*, 2005). Az egyetemi inkubátorok létrehozásának indoka egyrészt az egyetem helyi gazdaságfejlesztésben történő szerepvállalásának erősítése, másrészt a saját bevételek növelése. Az egyetem közeli spin-off cégek létrehozása erősíti a kutatók fogadókészségét az ipari ajánlatok és elvárások tekintetében, ugyanakkor a vállalati oldal számára megkönnyíti az új eredmények alkalmazását (*Koschatzky et al.*, 2000).

Az egyetemi tudástransfer irodák létrehozásával lehetőség nyílt az egyetemi kutatók kutatási eredményeinek egységes adatbázisba foglalására, amely a regionális innovációs adatbázis K+F kínálati részét képezi, ugyanakkor az egyetemen kívüli transzferintézményekkel együttműködve fokozhatják a kutatáshasznosítási tevékenység hatáskörét. Gyakorlatilag az egyetemen született tudományos és kutatási eredmények értékesítését és gyakorlati hasznosítását menedzselik (*Lengyel*, 2004).

Habár történt némi előrelépés az innováció és a gazdaság fellendítése érdekében, az EU továbbra is az USA és Japán mögött áll az innovációt illetően. Egy 2008-as felmérés 29 innovációval kapcsolatos mutató alapján jellemzi az Európai Unió, illetve a tagállamok innovációs eredményeit. „Az innovációs vezetők”: Svédország, Finnország, Németország, Dánia és az Egyesült Királyság, amely országok teljesítménye jóval meghaladja mind az Európai unió átlagot, mind az összes tagállam átlagát. Magyarország Máltával, Szlovákiával, Lengyelországgal, Litvániával, Romániával, Lettországgal és Bulgáriával együtt a „felzárkózó országok” közé tartozik, amelyek jóval az unió átlag alatt teljesítettek (*Net11*).

A régiók közötti differenciák a gazdasági fejlődés és eredmény tekintetében számos okra vezethetők vissza. Gyors fejlődést eredményezhet egyes régiókban a képzett és fegyelmezett innovatív munkaerő jelenléte, amely a térségben a vállalatok létrehozását ösztönzi (*Marselek et al.*, 2003). A gazdaság számára nélkülözhetetlen emberi tőkét minden társadalomban a szervezett oktatás termeli (*Schultz*, 1983). Az európai térségek fejlődésében a gazdasági és társadalmi innováció előállításának és terjesztésének legfontosabb intézményei, az egyetemek a középkor óta meghatározó szerepet játszanak. A felsőoktatás nem csupán a K+F szektorban elfoglalt helye, hanem a technológiailag fejlett termékeket és szolgáltatásokat előállító szakemberek képzése révén is kifejti hatását (*Horváth*, 1999).

Az európai munkanélküliség az aktív lakosság 10%-át érinti, a fiatalok körében pedig kétszer ilyen magas. A 20–64 éves korosztály foglalkoztatottsági aránya 2009-ben 69,1% volt, ami jelentősen elmarad a lisszaboni célkitűzések teljesítéséhez szükséges szinttől. A 2020-ra kitűzött cél: 75%. Több millió munkahely teremtéséhez elsősorban beruházásra van szükség, főleg az oktatás és a képzés területén, ily módon biztosítva az emberek szá-

mára az új kihívások leküzdéséhez szükséges készségeket és szakértelmet, illetve a megfelelő támogatást az olyan dolgozók számára, akik a vállalatok átszervezése vagy áthelyezése miatt veszítik el állásukat. Több intézkedésre van szükség annak megkönnyítése érdekében, hogy a fiatalok is betörhessenek a munkaerő-piacra. Ugyanakkor fontos az öregkori aktivitás politikájának kidolgozása is, amely lehetővé teszi az idősebb dolgozók számára, hogy – amennyiben erre igényt tartanak – szakértelmükkel és tapasztalatukkal tovább gazdagíthassák a munkaerőt (*Net12*). A regionális fejlődés és a civil szféra integráltsága közötti összefüggéseket mutatták be *Putnam* (1993), *Inglehart* (1997).

Az Európai Bizottság 2011. március 3-án terjesztette elő az *Európa 2020 stratégiát*, amelynek célja a válságból való kilábalás és az európai gazdaság felkészítése a következő évtizedre. Az Európa 2020 stratégia három, egymással összefüggő és egymást kölcsönösen erősítő szakpolitikai területre épül: intelligens növekedés, azaz a tudáson és innováción alapuló gazdaság kialakítása; fenntartható növekedés, azaz erőforrás-hatékonyabb, környezetbarát és versenyképesebb gazdaság létrehozása; és inkluzív növekedés, azaz a foglalkoztatás magas szintjét biztosító, szociális és területi kohéziót eredményező gazdaság ösztönzése (*Net13*).

2.3. Egészség és egészségkultúra, életmód és életminőség elméleti aspektusai

A *kulturális antropológia* meghatározása szerint a kultúra egy adott társadalom mindazon ismereteinek összessége, amelyek az emberi közösség összetartozását és fennmaradását biztosítják. Az egyén személyiségének kialakulása során interiorizálja a kultúra elemeit. Az interiorizált kultúrát nevezzük műveltségnek. A kultúra műveltségtartalmait jelentősen befolyásolja a társadalom érték- és normarendszere, az egyén individuális sajátosságai. *Edward Burnett Tylor* 1871-ben megjelent *Primitive Culture* (A primitív kultúra) című művében leírt definíciója szerint a kultúra „az az összetett egész, ami magába foglalja a tudást, a vélekedést, a művészeteket, a morál(oka)t, a jogot és a szokást, és minden olyan emberi képességet és habitust, amit az ember a társadalom tagjaként sajátít el.”

Az *egészségkultúra* része az általános kultúrának, az egészség megőrzésével, illetve a betegségek elkerülésével kapcsolatos ismereteket, szokásokat foglalja magába. Az egyén életmódja révén szabályozhatja, optimalizálhatja egészségi állapotát, életmódjával elégítheti ki egészségével kapcsolatos szükségleteit. „Az életmód az emberek (egyének, családok, rétegek) mindennapi magatartási-tevékenységi rendszere (*Közgazdasági Kislexikon*, 1987). Az egészségi állapot visszahat az életmódra, attól elválaszthatatlan. *Andorka sze-*

rint (2001, 2006) az életmód a mindennapi tevékenységek rendszere, konkrétan az, hogy a társadalom tagjai mindennapi életükben milyen tevékenységeket végeznek, ezekre átlagosan mennyi időt fordítanak, hol végzik ezeket a tevékenységeket (otthon, munkahelyen stb.), kik vesznek részt ezekben a tevékenységekben, miért végzik ezeket a tevékenységeket, s mit jelentenek azok számukra. Az életmód alapvetően két feltételen nyugszik: az objektív külső tárgyi világ lehetőségein, az anyagi, gazdasági, társadalmi viszonyokon, valamint a belső szubjektív képességen, amelyet ugyancsak a társadalmi adottságok érlelnek, fejlesztenek, hívnak elő, társadalmilag meghatározott szinten (Losonczi, 1973). Más megközelítésben az életmódot befolyásoló tényezők a következők:

- Az adott társadalomra jellemző munkamegosztás.
- Az infrastrukturális helyzet.
- A demográfiai, lakás és településviszonyok.
- A jövedelem, illetve a jövedelemkülönbség.
- Az iskolai végzettség, képzettség (Ékes, 2002).

Az egészség, mint állapot a szomatikus, a pszichés és a szociális működések bizonyos minősége. Az egyén csak szubjektíven képes saját egészségi állapotát átélni, minősíteni, megváltoztatandónak ítélni. Ennek igen nagy a jelentősége, ugyanis az egészségérzet, -tudat, a betegségérzet, -tudat a leghatékonyabb motivációs bázisa lehet a különböző életviteli történéseknek. A XX. század második felében a modern társadalmak felismerték, hogy a gazdasági fogyasztói verseny gyakran kifejezetten káros az emberi személyiség fejlődése szempontjából, ezért az életminőség javítása célkitűzésként fogalmazódott meg.

Az életminőség többdimenziójú fogalom, ami magában foglalja az egészségi állapot testi-lelki és szociális összetevőit. Ennek megfelelően a szociológia, a pszichológiai és az egészségtudomány is foglalkozik kutatásával. A szociológiai életminőség kutatások az egyes országok, régiók, társadalmi rétegek életminőségét vizsgálják, hasonlítják össze, és az értékekkel, anómiával, a társadalmi tőke jellemzőivel összefüggésben elemzik (Berger et al., 2000; Helliwell et al., 2004).

A kutatások széles körű felméréseken alapulnak, a kérdőívek az élettel való elégedettségre, a boldogságra, a szubjektív jólétre vonatkozó kérdéseket tartalmazzak. Ilyen rendszeresen ismétlődő vizsgálat az Egyesült Államokban a „General Social Survey”, az Európai Unióban az „Eurobarométer”. Az ilyen irányú elemzések közül kiemelik Campbell et al. (1976): „The Quality of American Life”, és Andrews és Withey (1976): „Social Indicators of Well-Being” című munkáit. Magyarországon Hankiss Elemér,

Manchin Róbert, Varga Károly, Andorka Rudolf, Lengyel György nevét kell megemlíteni a szociológiai életminőség kutatásokkal kapcsolatban (*Hankiss et al.*, 1978; *Manchin* 1976; *Andorka*, 1996; *Lengyel et al.*, 2002).

A *pszichológiai életminőség* kutatások során a boldogság kerül a középpontba. *Seligman* (2002) „Authentic happiness” című munkájában a boldogság három szintjét írja le: az első az öröm, élvezet szintje, a második egy feladat teljesítése közben átélt magasabb szintű élmény, bevonódás, a harmadik az értelmes élet, az önellégzés érzése. A szociológiai kutatások művelői közül meg kell említeni *Csikszentmihályi Mihály* nevét (1997, 1998), illetve *Joseph Sirgy* (2002) „The Psychology of Quality of Life” című munkáját. Az ún. egészséggel összefüggő életminőség (health-related quality of life) a modern egészségügy sajátosságai következtében nyert létjogosultságot és fokozatosan a klinikai vizsgálatok egyik nélkülözhetetlen mutatójává vált.

A XX. században bekövetkezett gazdasági, ipari fejlődés az ún. „fejlett” társadalmak többsége számára jólétet eredményezett. A nemzetgazdaság egy bizonyos szintjéig valóban javult az emberek „jólléte”, azonban afölött már nem javult sem az Amerikai Egyesült Államok, sem Nyugat-Európa lakosainak jóléttel való elégedettsége, sőt az utóbbi évtizedekben az adaptáció zavaraiából eredő mentális tünetek és panaszok a civilizált világ országaiban egyre gyakoribbá váltak és ez az életminőség rosszabbodását eredményezte, főleg a társadalom rosszabb helyzetű rétegeiben (*Pikó*, 2002).

Mind az USA-ban, mind Nyugat-Európában felismerték, hogy a fejlődés célja nem a mindenáron való gazdasági növekedés, hanem az emberek jóllétének, életminőségének javítása kell, hogy legyen (*Berger et al.*, 2000). Az életminőség középpontba kerülése összefügg azzal a rendkívüli technikai, tudományos fejlődéssel is, amelynek következtében a napjaink orvosának feladatai megváltoztak (*Pikó et al.*, 2002). Jelentős változás állt be a betegségspektrumban. A XX. század első feléig a fertőző megbetegedések vezettek a halálozási statisztikákban. A XX. század második felére azonban a szív- és érrendszeri betegségek, daganatos kórok, a légzőszervek és a tápcsatorna krónikus megbetegedései váltak a leggyakoribb halálokokká. Emiatt ma már a legnagyobb kihívást jelentő egészségügyi feladat a krónikus betegek viszonylagos egyensúlyának megőrzése (*Stuifbergen et al.*, 2000).

Az *egészséggel összefüggő életminőség* azon fizikai és pszichológiai jellemzők összessége, amelyek meghatározzák, hogy a személy mennyire érzi képesnek magát és talál örömet tevékenységeiben és életvezetésében (*Kopp et al.*, 2006). Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) már 1946-ban meghatározta, hogy az egészség a teljes testi, lelki és társadalmi jóllét, és nem egyszerűen a betegségek vagy fogyatékoságok hiánya. Ez a

megfogalmazás egyértelművé teszi, hogy az egészségnek több dimenziója van, ezek a testi egészség, a lelki egészség és a társas, szociális, társadalmi egészség (Pikó, 1996).

A *testi egészség* a betegségtől mentes testi állapotot jelenti, beleértve az egészség megőrzéséhez elengedhetetlen rendszeres testmozgást, egészséges táplálkozást, megfelelő alvást, valamint az önkárosító magatartásformák, a dohányzás, kóros alkoholfogyasztás, más drogok elkerülését. A pszichológiai egészség az általános jóllét, önmagunk elfogadása, jó memóriaműködés, világos gondolkozási képesség. A lelki egészség feltétele az érzelmi stabilitás. A társas egészség pedig jó interperszonális kapcsolatokat jelent barátokkal és családdal. Szorosan összefügg a kulturális-társadalmi tényezőkkel, mint a társadalmi-gazdasági helyzet, végzettség, az etnikai, vallási hovatartozás, kulturális, nemi és hivatásbeli azonosságtudat (Kopp szerk. 2008).

Az *egészséggel összefüggő életminőség* vizsgálatának alapvetően két fő típusát különböztetik meg. Az egyik a specifikus, betegségekkel kapcsolatos életminőség, illetve az egészségi állapottal összefüggő általános életminőség (Kullmann et al., 1999). Fizikális, mentális és szociális dimenziót különítünk el az életminőség meghatározásában, amely dimenziók a mérhetőség eltérő szintjeit is jelentik.

A modern társadalom sokrétűen befolyásolja az *egyének életminőségét*. A modernizáció következménye a felgyorsult életritmus, a hagyományos közösségek, értékrend és világkép átalakulása adaptációs képességünket rendkívüli mértékben igénybe veszi (Pikó, 2002; Kopp et al., 2004). A felgyorsult életvitel fokozott alkalmazkodást igényel. Az egyén és a környezete közötti egyensúly hiányában a dohányzás, a drog és a kóros alkoholfogyasztás, az evésbe-ivásba, gyógyszerfogyasztásba menekülés jelzik az adaptáció zavarait, hiszen e módszerek a konfliktusmegoldás (coping) inadaptív formái. Nem véletlen, hogy a káros szenvedélyek a modern társadalomban riasztó méreteket öltöttek. Hosszú távon ezek a magatartásformák az életminőséget és az egészséget súlyosan veszélyeztetik (Shmueli, 2003; Kopp et al., 2004).

A *magyarországi epidemiológiai helyzet* sokkoló alapjelensége, hogy a középkorú 45–65 éves lakosság halálozása az elmúlt évtizedben abszolút értékben is magasabb volt, mint az 1930-as években. Ezt a megfoghatatlan alapproblémát nevezi a szakirodalom a közép- és kelet-európai egészségi és egészségügyi paradoxonnak. Valóban paradox jelenséggel állunk szemben, mivel az egészségügyi szolgáltatások, az életkörülmények és a gazdasági helyzet javulása mellett mutat romló tendenciát a középkorú lakosság egészségi állapota, amelynek hátterében a betegsége szerkezet átalakulása és alapvető társadalmi folyamatok állhatnak (Kopp–Kovács szerk., 2006).

Magyarország gazdasági fejlettségéhez képest *a lakosság egészségi állapota* a nemzetközi adatokat figyelembe véve rendkívül kedvezőtlen. A legfontosabb rizikótényezők az életmóddal állnak kapcsolatban. Az életmód egyaránt tükrözi az egyén személyiségét, az adott közösség sajátosságait és a társadalmi struktúrában elfoglalt pozíciót (Pikó, 2004).

Kopp és munkatársai (1999, 2000) kutatási adatai igazolták, hogy a rosszabb szociális helyzet magasabb megbetegedési arányokkal jár együtt. Azonban a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet nem önmagában, hanem depressziós tünetegyüttes közvetítésével eredményez magasabb megbetegedési arányokat. A munkanélküliség az életminőség valamennyi dimenzióját érinti, beleértve a munka és alkotóképességet, a pszichés állapotot és a társas kapcsolatokat (Brenner, 1973; Warr et al., 1985; Kessler et al., 1989; Kopp et al., 2004). A krónikus munkanélküliség az életkilátásokat is fenyegető tényező, amely növeli az egyén bekövetkező betegségeinek és elhalálozásának kockázatát (Smith, 1992; Moser et al., 1987).

A foglalkoztatási forma, a munkakörülmények, valamint az egészség kapcsolatára az Egészségügyi Világszervezet egy kétszintű modellt dolgozott ki (WHO 2007), amelyet Kovács Katalin is ismertet hasonló összefüggéseket elemző tanulmányában. A makroszintű modell a politikai viszonyok, ezen belül elsősorban a jóléti állam és a munka(erő) piac jellegzetességeinek a foglalkoztatási formákra, a munkafeltételekre és az egészségi állapotra gyakorolt hatásaival foglalkozik. A mikroszintű modell a foglalkoztatási viszonyok, a munkakörülmények, valamint az egészség közötti kölcsönhatásokat részletezi, egyéni és interperszonális tényezők bevonásával (Kovács, 2009). Kutatások igazolták, hogy a munkahelyi stressz, a túlterheltség jelentősen növeli a szív-érrendszeri halálozás kockázatát (Kivimaki et al., 2002, 2007; Siegrist et al., 2006).

A munkakörülmények témakörhöz kapcsolódóan még meg kell említeni, hogy az Európai Unió az elmúlt években kiemelten foglalkozik a Corporate Social Responsibility (továbbiakban: CSR) szabályozásával, amely kifejezésről manapság egyre gyakrabban hallhatunk az üzleti és a vállalati szféra világában. EU szinten a CSR-dialógus kezdete 1993-ban vette kezdetét, amikor az EU Bizottságának akkori elnöke, Jacques Delors azzal a kéréssel fordult Európa üzleti világához, hogy a vállalatok vállaljanak részt a társadalmi kirekesztés elleni harcban. Az EU 2002 júliusában jelentette meg új CSR-stratégiáját, egy értekezés formájában (Communication from the Commission concerning Corporate Social Responsibility: A business contribution to Sustainable Development). A dokumentum azt javasolja, hogy vállalatok küldetésnyilatkozatának legyen része a dolgozók testi és lelki egészségéért, életminőségéért vállalt felelősség (Kun, 2004).

3. ANYAG ÉS MÓDSZER

3.1. A kérdőíves vizsgálat célja és leírása

Az Európai Unió regionális fejlesztési politikája a hátrányos helyzetű régiók versenyképességének növelésének javításával tulajdonképpen az európai lakosság életszínvonalának, életminőségének növelését célozza meg. A szakirodalom azonban rámutat, hogy az egyes térségek sikerességének számos befolyásoló tényezője van és bármelyiknek a változása egy másik tényező változását vonja maga után (Katona, 2000). Lengyel szerint (2003) a piramis modellben meghatározott kategóriáknak azonban nem csak az abszolút szintje, hanem a növekedési üteme is fontos. Vizsgálataimat megelőzően azt feltételeztem, hogy amennyiben a regionális versenyképesség kialakulásában és fenntartásában a foglalkoztatottság és a humán tőke fontos szerepet játszik, akkor a lakosság munkaképessége befolyásolja a régió versenyképességét. A munkaképességre az egészségi állapot jelentős hatással van, az egészségi állapotot viszont az életmód befolyásolja (3. ábra).

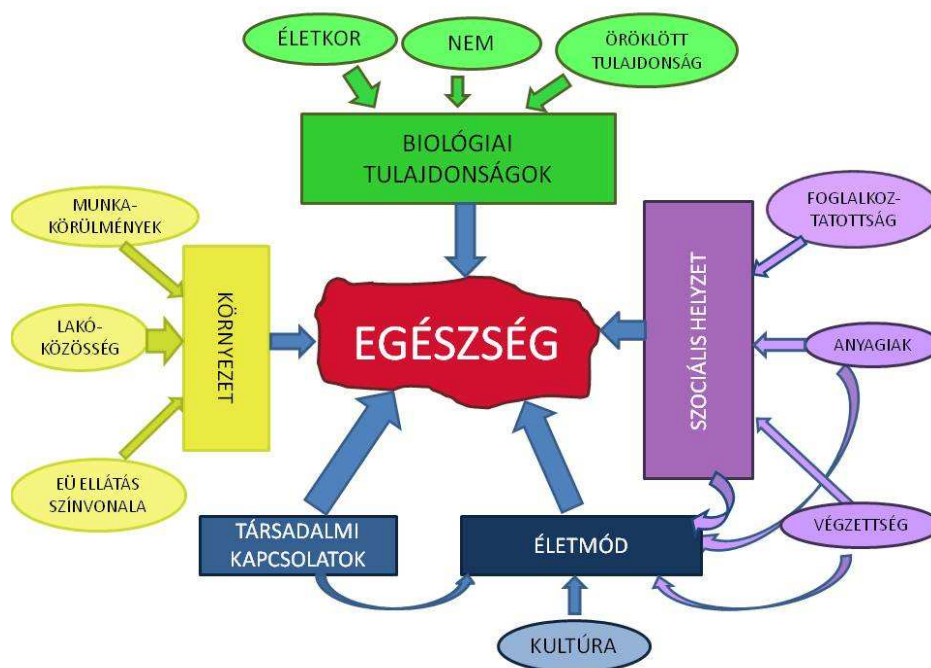


3. ábra

A régiók versenyképességét meghatározó humán tőke lehetséges befolyásoló tényezői

Forrás: Lengyel, 2003 alapján a kutatási célok modellezése.

Számos modellt találtam a szakirodalomban, amelyek ábrázolni próbálták az *egészségi állapotot befolyásoló és egymással is kölcsönhatással álló tényezőket* (4. ábra).



4. ábra

Egészséget befolyásoló tényezők

Forrás: Saját szerkesztés.

Vizsgálataim során arra kerestem választ, hogy vannak-e regionális különbségek a lakosság életmódjában, egészségkultúrájában, egészségi állapotában és ezek a szocio-ökonomiai státusszal, az anyagi helyzettel, a munkalehetőségekkel milyen összefüggést mutatnak. Külön vizsgáltam, hogy a regionális egyetemi központok gyakorolnak-e hatást az egyén egészségkultúrájára.

Az egyén szociális helyzetét számos, egymással is összefüggő tényező befolyásolja, amelyek közül a szakirodalom (Net14) többek között alábbiak emeli ki:

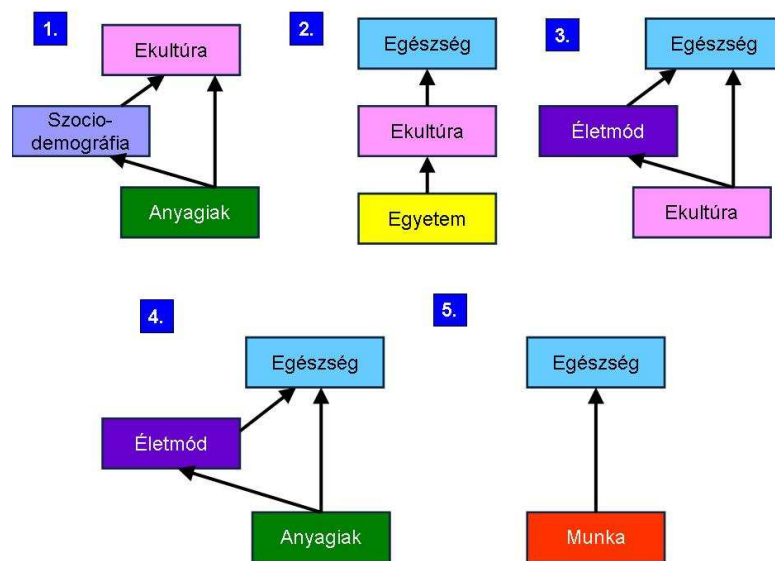
- Anyagi helyzet: jövedelem, életszínvonal, jövedelmi egyenlőtlenségek, szegénység és ezek változása;
- Tudás, képzettség, végzettség;
- Foglalkoztatottság: munkahely, munkavégzés, munkanélküliség;
- Társadalmi helyzet, kapcsolatok;
- Társadalmi minta, értékek és elvárások, kultúra;
- Equity: igazságosság, méltányosság, esélyegyenlőség normáinak érvényessége és érvényesülése a társadalom egyes szféráiban;
- A szolidaritás érvényessége és érvényesülése a társadalom egyes szféráiban;
- A szociális ellátó rendszer fejlettsége, minősége.

A felsorolt tényezőkből a kérdőíves vizsgálataim során az iskolai végzettséget, az anyagi helyzetet és a foglalkoztatottságot emeltem ki. A tényezők közötti összefüggések szemléltetése azonban sokkal bonyolultabb ábrázolást igényelne, mint amire egy kétdimenziós képen lehetőség nyílik.

Vizsgálataim során a két érintett régió – Észak-Alföld és Dél-Dunántúl – adatait elemeztem, az elérhető, elsősorban KSH adatbázisok, a témához kapcsolódó megjelent tanulmányok, valamint kérdőíves felmérés válaszainak feldolgozásával (6. ábra).

A statisztikai feldolgozás során 5 modellben az alábbi összefüggéseket vizsgáltam:

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



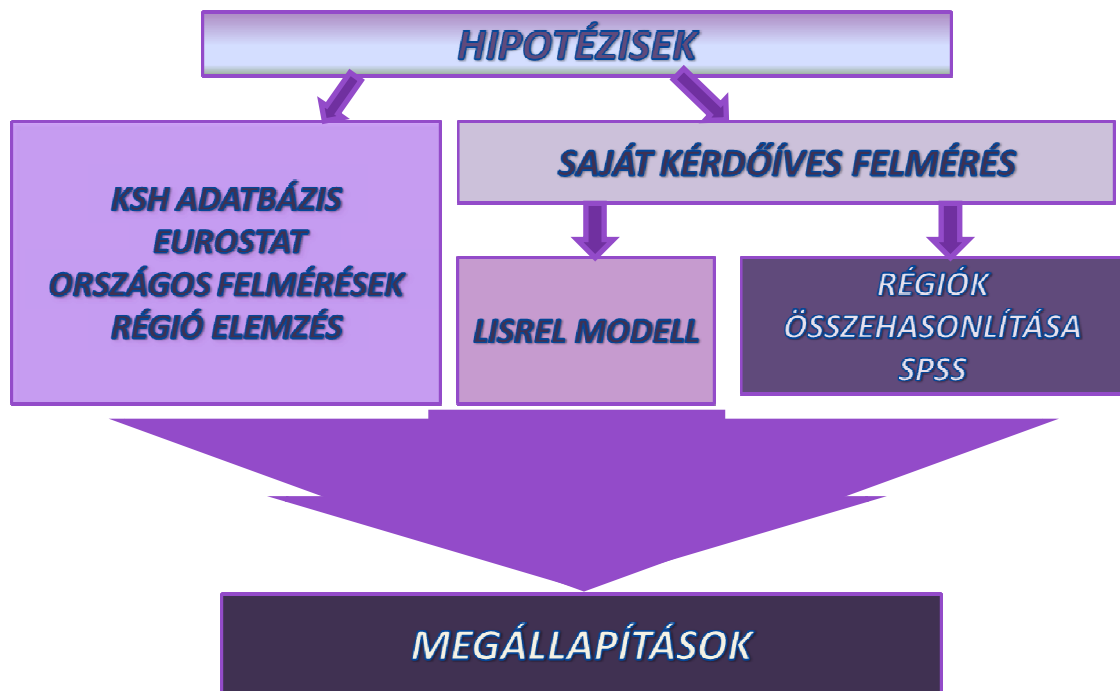
5. ábra

A munka során alkalmazott modellek, az azokban szereplő faktorok és azok feltételezett kapcsolata.

Az egyes faktorok közötti összefüggéseket (hipotézisek) az ábrán nyilakkal jelöltem.

Forrás: Saját szerkesztés.

A kérdőíves felmérés megvalósítására a *Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum*, valamint a *Pécsi Tudományegyetem* betegellátó szervezeti egységeiben került sor 2008-ban. Az adatok feldolgozása Excel táblázatkezelő program alkalmazásával, a keresztösszefüggések vizsgálata pedig SPSS statisztikai program alkalmazásával történt. A régiós különbségek elemzésére Mann-Whitney és Chi-négyzet próbával, valamint Anova elemzéssel került sor (*Falus et al.*, 2008). Az egyes faktorok között összefüggések vizsgálatát Lisrel modell alkalmazásával végeztem el.



6. ábra

A kutatás három fő módszere

Forrás: Saját szerkesztés.

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

- demográfiai adatok,
- lakóhely minősítése megadott szempontok alapján,
- munkával, jövedelemmel kapcsolatos kérdések,
- életmód, szokások,
- egészségi állapotra vonatkozó kérdések,
- egészségkultúrával kapcsolatos kérdések.

A kitöltött kérdőívek száma az Észak-alföldi régióban 791 db, a Dél-dunántúli régióban 482 db volt, amelyek mennyisége arányosan igazodott az egyes régiókban élők alkotta alapsokasághoz (1. táblázat).

1. táblázat

A minta régiók szerinti tagozódása

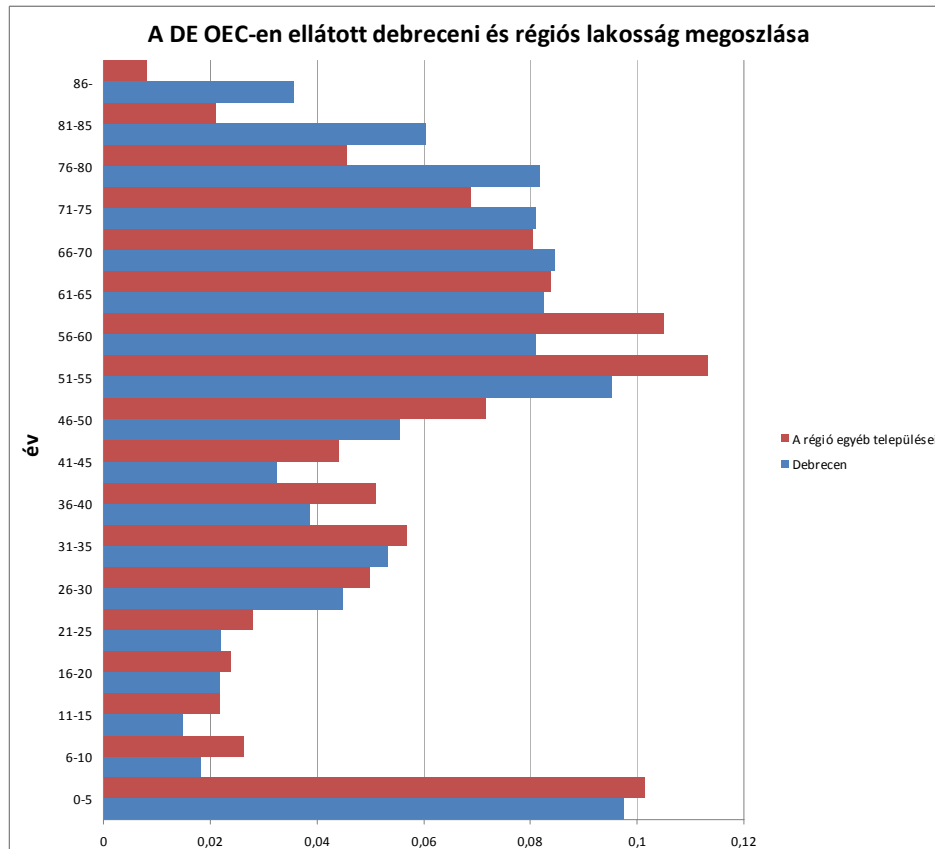
Régió	Minta		Sokaság	
	fő	százalék	fő	százalék
Dél-Dunántúl	482	38	960 000	39
Észak-Alföld	791	62	1 514 000	61
Összesen	1 273	100	2 474 000	100

Forrás: Kérdőíves vizsgálat alapján saját szerkesztés.

Mintánkban az alapsokaságot Dél-Dunántúl és Észak-Alföld lakossága adta. A mintát a két régió szerint arányosan rétegzett, egyszerű véletlen mintavétellel képeztem, úgy hogy a Klinikák főnövei Debrecenben és Pécsen, a vizsgálat kéthetes időtartama alatt átadták a kérdőívet valamennyi bent fekvő beteg részére. A minta reprezentativitásának biztosításához fontosnak tartottam, hogy valamennyi betegellátásban résztvevő klinikai szakterület összes bent fekvő betegét megkérjük a kérdőív kitöltésére.

A mintavételi terv összeállításakor az volt a célom, hogy a mintabeli információk alapján a teljes sokaságra, vagyis az adott régió lakosságára tehessek majd megállapításokat, ugyanakkor a vizsgálat pénz- és időtakarékos legyen. Arra törekedtem, hogy a mintavételi arány és a minta nagysága statisztikailag értékelhető és kellő pontosságú adathalmazt eredményezzen.

A DE OEC-ben munkám során rendszeresen végzek betegelégedettségi vizsgálatokat, amelyek gyakorisága: évente egyszer egy hónap. A felmérés köre minden, az adott időszakban a betegellátó egységnél elbocsátott fekvőbeteg. A kiértékelt kérdőívek száma 1000–1100 db között mozog. A betegelégedettségi adatok áttekintésékor az évek alatt azt tapasztaltam, hogy az OEC-ben ellátott betegek 40–45%-a érkezik Debrecenből, és a többiek pedig elsősorban a régió egyéb városaiból, településeiből. Megvizsgáltam a teljes, egy évre eső, OEC-ben ellátott betegek területi megoszlását kor szerint is. A mellékelt ábra alapján megállapítottam, hogy a lakosság kor, nem és lakóhely szerint különböző arányban fordult a DE OEC-hez, mint fekvőbeteg ellátó intézményhez.



7. ábra

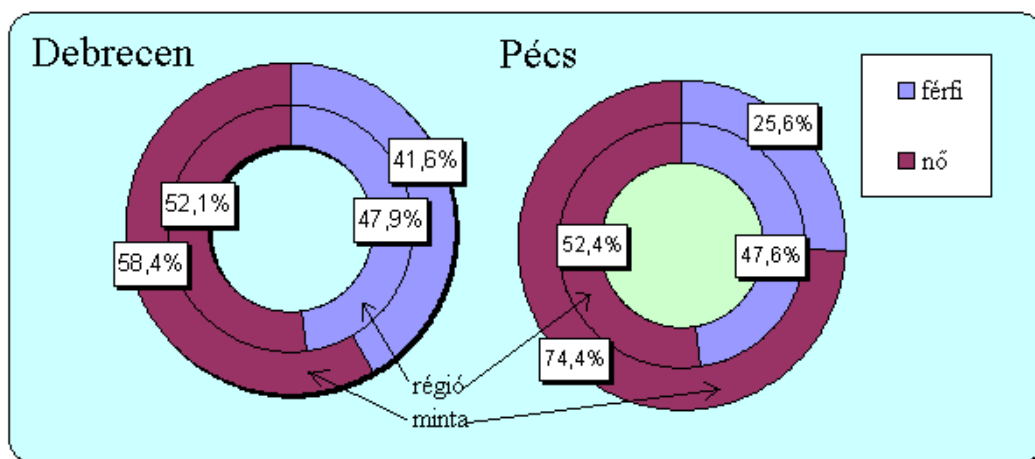
A DE OEC-en ellátott debreceni és régiós lakosság megoszlása, 2008

Forrás: DE OEC adatbázis alapján saját szerkesztés.

Az előzőekben kifejtettek alapján feltételeztem, hogy a betegelégedettségi vizsgálatok módszeréhez hasonlóan kivitelezett felmérés (amelynek elvégzésére mindkét kiválasztott intézmény vezetője engedélyt adott) biztosítja a megfelelő mintát. A vizsgálat lebonyolításakor szem előtt tartottam azon etikai elvárásokat, hogy a megkérdezettek személyiségi jogai ne sérüljenek, a megkérdezett személy ne legyen azonosítható, ezért a kérdőívek kitöltése névtelen és önkéntes volt. A kihelyezett gyűjtőládákba dobhatták be a bent fekvő betegek a kérdőíveket.

Az egyes rétegekben a reprezentativitás kor szerint teljesült, nem szerint csak az Észak-alföldi régióban, a Dél-dunántúli régió nem szerinti reprezentativitását súlyozással biztosítottam. A minta ezek után nem, kor szerint reprezentatívnek tekinthető (8., 9. ábra).

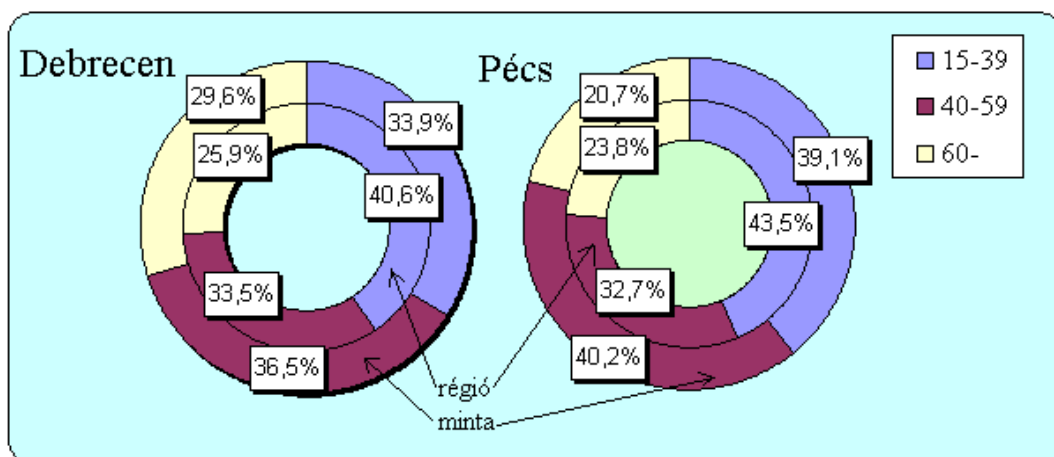
Látszik, hogy a pécsi minta nem szerinti megoszlása nem egyezett meg a regionális arányokkal, ezért kellett súlyozni a mintát ebből a szempontból. A kor szerinti megoszlások a regionális arányok szerint alakultak.



8. ábra

A mintabeli és a regionális nem szerinti megoszlás összehasonlítása, 2008

Forrás: Kérdőíves vizsgálat alapján saját szerkesztés.



9. ábra

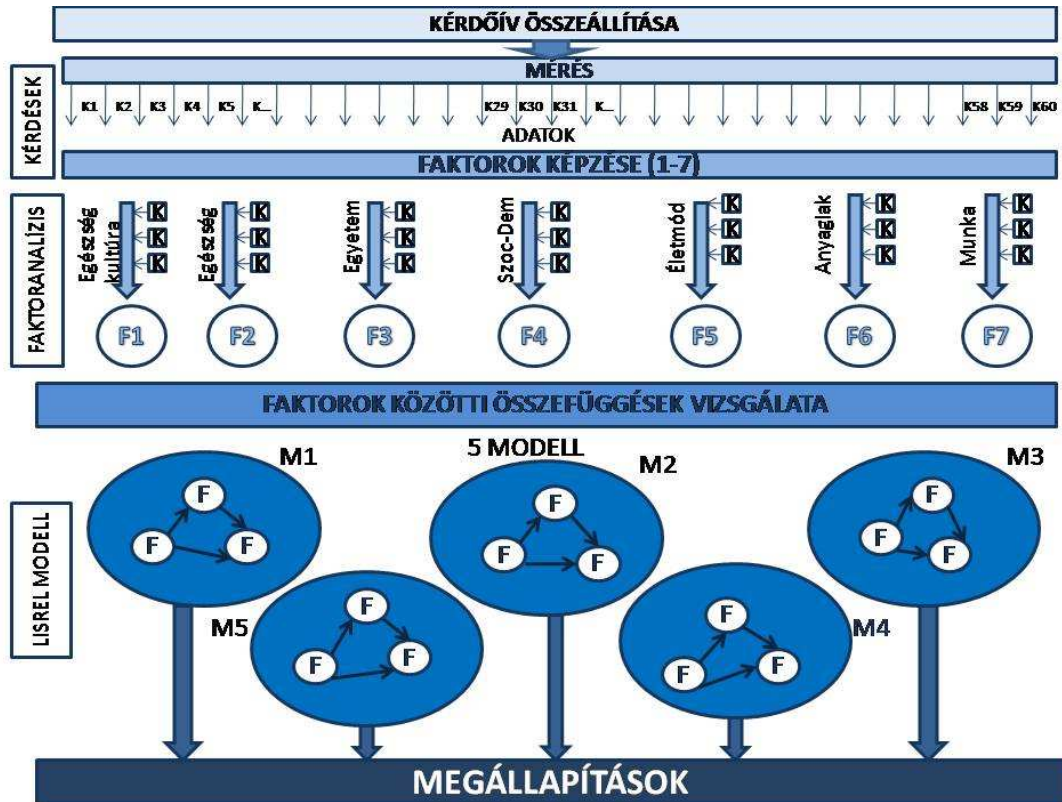
A mintabeli és a regionális kor szerinti megoszlás összehasonlítása, 2008

Forrás: Kérdőíves vizsgálat alapján saját szerkesztés.

3.2. A kutatás módszertana, a Lisrel modell alkalmazása és indoklása

A *Lisrel modell* egy strukturális modellezési technika lineáris kapcsolatokkal, amelyet *Jöreskog and Sörbom* (1982) fejlesztett ki. Ezt az elemzési technikát gyakran használják adatelemzésre mind a társadalom-, mind a közgazdaságtudományok területén (*Bollen*, 1989). A LISREL modell (*Jöreskog and Sörbom*, 2001) a legáltalánosabb formájában lineáris strukturális egyenletekből áll. Az egyenletekben szereplő változók lehetnek közvetlenül megfigyeltek, vagy elméleti (ún. látens) változók, amelyek nem figyelhetők

meg a valóságban, de megfigyelt változókhoz köthetők. A modell feltételei közé tartozik, hogy a korábban említett látens változók között ok-okozati viszony áll fenn, és a megfigyelt változók kellőképpen jellemzik a látens változókat (10. ábra).



10. ábra

Lisrel modell alkalmazása a kutatásban

Forrás: Saját szerkesztés.

A modell két fő részből áll, egy ún. „mérési modellből” és „strukturális egyenletek modellből”. A mérési modell adja meg, hogy hogyan függnek a látens változók a megfigyelt változóktól. A strukturális egyenletek modellje adja meg az ok-okozati összefüggéseket a látens változók között. A Lisrel módszer az ismeretlen paraméterek becslését adja meg a strukturális lineáris egyenletek halmazában. A modell teljes leírása megtalálható *Chaiboonsri et al.* (2010) munkájában.

A Lisrel modell érvényességének ellenőrzésére számos statisztika szolgál. A Chi-négyzet statisztika azt a hipotézist teszteli, hogy a modell kellőképpen illeszkedik az adatokra. Amikor a teszt nem szignifikáns, akkor nem sikerül elvetnünk e nullhipotézist, és ekkor a modell illeszkedése jó. Mivel a kis mintaelemszám miatt az eloszlás kissé torzulhat a normálistól, ezért a Chi-négyzet statisztika nem megfelelő

index a modell helytállóságának tesztelésére (*Sim et al., 2006*). Az egyéb mutatók közé tartozik a “goodness of fit index” (GFI) és a “normed fit index” (NFI). Mind a két mutató értékének 0 és 1 közé kell esnie. Az 1 érték jelöli a tökéletes illeszkedést, és minden 0.9 és 1 közötti érték a modell jó illeszkedését jelzi (*Bentler, 1990*). A GFI index mellett alkalmazható még az AGFI (Adjusted GFI) mutató is. További modellilleszkedési indexek a “non-normed fit index” (NNFI) és a “comparative fit index” (CFI), amelyek értéke szintén 0 és 1 között mozog. A 0.9-es érték közeli, vagy e feletti értékek jelentik a megfelelő modellilleszkedést. A “root-mean squared residual” (RMSR) index megmutatja, hogy mennyi a modell által nem magyarázott varianciarány. Amennyiben ennek az értéke kisebb, vagy egyenlő 0.08-nál, akkor ez jó modell illeszkedésre utal (*Sim et al., 2006*).

A Lisrel modellt azért alkalmaztam, mert olyan változókat akartam mérni, mint például az egészségkultúra, egészség vagy az életmód, amelyek a valóságban nem léteznek (látensek), valamint ezek egymás közötti kapcsolatát is fel akartam tárni. A kérdőívben többnyire olyan kérdéseket tettem fel ezek mérésére vonatkozóan, amelyek kategorizáltak voltak. Mindösszesen 59 kérdés szerepelt a kérdőívben, és az ezek közötti kapcsolatok feltárása egyéb technikákkal kevésbé lehetséges. Azért választottam ezt a módszert, mert így a rengeteg megfigyelés információját kevesebb számú latens változóba aggregáltam, amelyek kapcsolata egymással is és a mért változókkal is már könnyen feltárhatók. A Lisrel módszer többet nyújt a szokásos látens változós eljárásoknál (faktor analízis) annyiban, hogy a látens változók közötti strukturális kapcsolatokat is feltárja és egyidejűleg ezt a modell illesztéséhez is felhasználja. A módszer mintaigénye igen magas, minimum 200–400-as minta ajánlott. Jelen esetben ez a feltétel teljesült. A szokásosnál jóval magasabb mintaelem szám azért is indokolt, mert a kérdések zöme nem skála típusú, hanem ordinális mérési szintű.

A szakirodalom (*Net15*) szerint ezt az elemzési technikát főleg a társadalom- és magatartástudományokban hasznosítják. Tipikus alkalmazási területei:

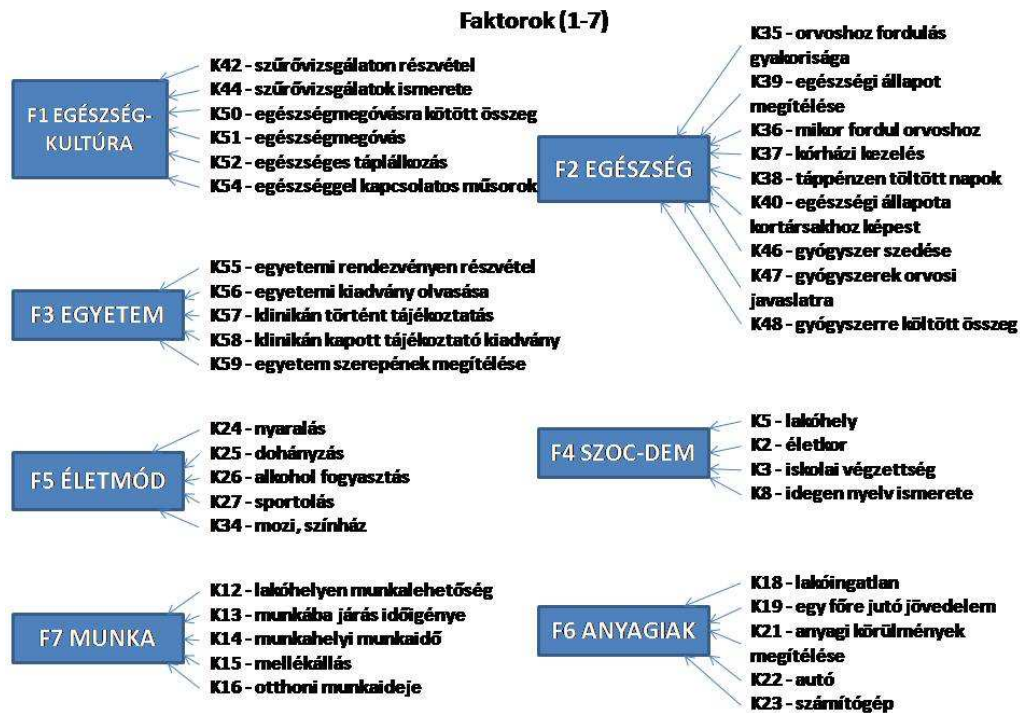
- fogyasztói elégedettség vizsgálat, vásárlói viselkedés elemzése;
- országos szintű felmérések elemzése, például a munkanélküliség vizsgálata, szociológiai elemzések, vagy oktatásügyi kutatásoknál oktatási programok elemzése, illetve tanulói viselkedés vizsgálata;
- üzleti vagy közgazdasági tervek készítése, közgazdasági vagy pénzügyi modell felállítása.

A legtöbb társadalom- és magatartás tudományban a fő fogalmak hipotetikusan kerülnek megfogalmazásra, azaz közvetlenül nem megfigyelhetők, nem mérhetők. Emiatt a fogalmakat egy vagy több megfigyelhető indikátor segítségével próbálják meg mérni, például kérdőívekkel tételekre (állításokra) adott válaszokkal. Mivel az elméleti fogalom nem megfigyelhető, ezért az elmélet közvetlenül nem tesztelhető. Helyette a feltételezett kapcsolatok elméleti érvényességét nézik. Kutatásaim során Lisrel modell alkalmazására Szántó (2008), Sajtos (2004), Agárdi (2004), Nagy (2005), Péntek (2011) PhD értekezéseiben leltem fel példákat, kimondottan egészségügyi témájú értekezésben ilyen jellegű feldolgozással nem találkoztam.

Az elemzéshez használt módszert érintő egyik legfontosabb kérdés, hogy *miként jöttek létre a vizsgálat során alkalmazott faktorok?* A szakirodalom áttekintését követően megfogalmazásra került néhány hipotézis, amelyek az egészségkultúrát befolyásoló tényezők kapcsolatait fogalmazták meg. Azokat a tényezőket, – egészségkultúra, egészség, egyetem, szocio-demográfiai helyzet, életmód, anyagiak, munka – (lásd 5. ábra), amelyek ezekben a hipotézisekben szerepeltek, tekintettem a további elemzés tárgyát képező faktoroknak. A kérdőív kérdéseit ezek után egyértelműen hozzárendeltem a faktorok valamelyikéhez. A faktorelemzés célja, hogy feltárja a változókra hatással lévő irányító háttérváltozókat úgy, hogy az egymással korrelált változókat egy-egy közös, egymástól független faktorba vonja össze. Alkalmazásának egyik fő előnye, hogy adott számú magyarázó változó helyett kisebb számú változóval vizsgálhatjuk az adathalmazunkat, tehát egyfajta változóredukciót hajtunk végre. A faktorok továbbá 0 várhatóértékű és 1 szórású normális változók, amelyek az eredeti változók standardizálása után azok lineáris kombinációjával jönnek létre. Az, hogy mely változók és milyen faktorba tömörülnek, az eredeti változók korrelációitól függ. A 0 érték jelöli a mindenkori mintabeli átlagot az adott tényezőkben összevontan. A faktor értéke +1 és -1 között változhat attól függően, hogy a faktoron található változók milyen súllyal szerepelnek és milyen értékelést kaptak. A faktorelemzésbe általam bevont változók többsége ordinális (sorrendben kategorizált), illetve skála típusú volt.

A faktorhoz pozitív súllyal tartozó, sorrendben kategorizált változók esetén a mintaátlagnál magasabb kategóriák okozzák a faktor pozitív értékeit, a negatív értékeket az alacsonyabb kategóriák okozzák. A faktorhoz negatív súllyal tartozó, sorrendben kategorizált változók mintaátlagnál magasabb kategóriái a faktor negatív értékeiért felelősek, míg az alacsonyabb kategóriák a faktor pozitív irányultságát segítik. A faktorelemzés az eredeti változók megfigyelt értékei alapján faktorsúlyokat becsül, majd ezek alapján válasz-

adónként képi a faktorértékeket. A fent leírt módon kialakított faktorok által értékelhető, hogy a válaszadók nem, végzettség, régió, lakóhely, családi állapot szerint képzett csoportjai relatíve jobban egyetértettek-e az attitűdökkel, vagy kevésbé, relatíve fontosabbak-e nekik az adott szempontok, vagy gyakrabban végzik-e az adott tevékenységeket, illetve jobban jellemző-e rájuk az adott tényezőcsoport. (11. ábra).



11. ábra

Hogyan jöttek létre a faktorok?

Forrás: Saját szerkesztés.

4. EREDMÉNYEK

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

4.1.1. Terület, népesség, népsűrűség

Vizsgálataim során az *Észak-alföldi és a Dél-dunántúli régió helyzetét* elemeztem a KSH adatbázisok, Európai Uniós adatforrások, valamint a témakörhöz kapcsolódó tanulmányok felhasználásával (Hajdú szerk. 2006; Baranyi, 2004; szerk. 2008). Elsőként a két régió, gazdasági adottságait, termelési szerkezetét és színvonalát mutatom be, majd a kérdőíves felmérés témaköreinek megfelelő jellemzőket vizsgálom.

A *Dél-dunántúli régiót* három megye területe alkotja: Baranya, Somogy, Tolna. A Dél-Dunántúl az ország harmadik legnagyobb területű, de ugyanakkor legkisebb népességű régiója. Ebből adódóan a népsűrűség itt a legalacsonyabb az országban (66,9 fő/km²), Somogy és Tolna az ország két legritkábban lakott megyéje. A terület jellegét meghatározza, hogy 655 település található a régióban, amely (Nyugat-Dunántúllal közel megegyezve: 657) a második legnagyobb helyégszámot jelenti. Ebben a régióban található a legtöbb (350) olyan kis falu, amelyben 500 főnél kevesebben élnek (2. táblázat).

Az *Észak-alföldi régiót* három megye, Hajdú-Bihar, Jász-Nagykun-Szolnok, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye alkotja. Szlovákiai, romániai valamint ukrainai határszakkasszal rendelkezik. Terület és lakónépesség szempontjából is az ország második legnagyobb, illetve legnépesebb régiója. A népsűrűség 84,2 fő/km² (2. táblázat).

2. táblázat

Terület, népesség, népsűrűség, 2009

<i>Régió neve</i>	<i>Terület, km²</i>	<i>Népesség, fő</i>	<i>Népsűrűség, fő/km²</i>
Észak-Magyarország	13 433	1 209 142	90,0
Észak-Alföld	17 729	1 492 502	84,2
Dél-Alföld	18 337	1 318 214	71,9
Közép-Magyarország	6 916	2 951 436	426,8
Közép-Dunántúl	11 116	1 098 654	98,8
Nyugat-Dunántúl	11 328	996 390	88,0
Dél-Dunántúl	14 169	947 986	66,9

Forrás: KSH Területi Statisztikai Évkönyv, 2009.

4.1.2. Gazdasági és innovációs potenciál

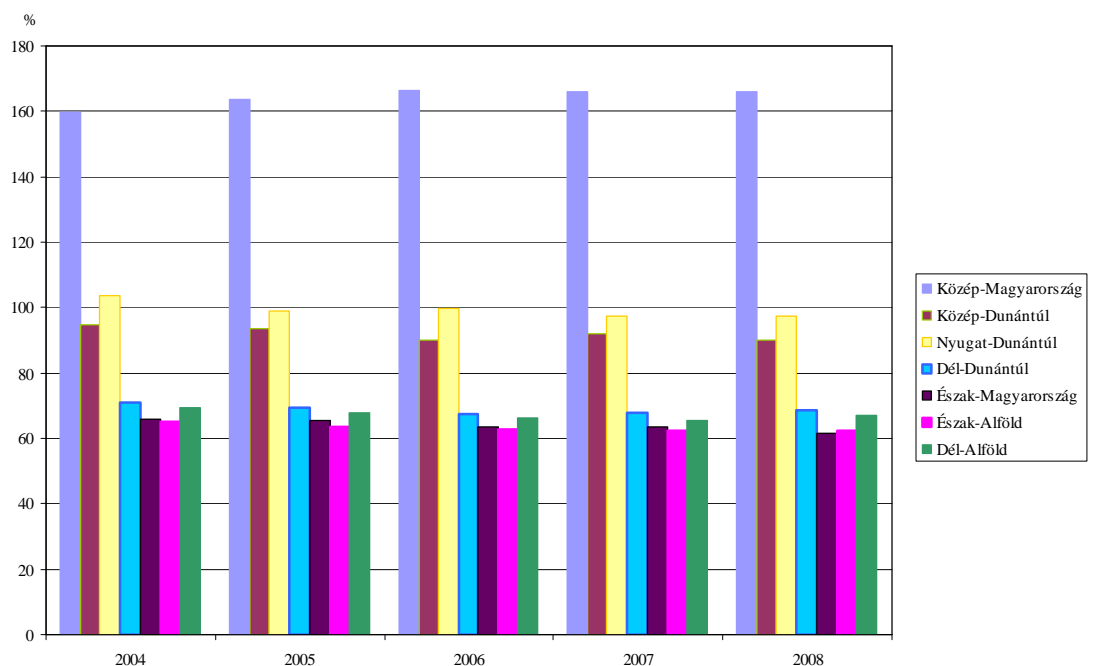
A Dél-Dunántúlon az egy lakosra jutó bruttó hazai termék az országos átlag 68,5%-át tette ki, ezzel a 7 régió közül a 4. helyet foglalta el 2008-ban. Az Észak-alföldi régió a GDP/fő mutatót tekintve 2004 és 2008 között nem érte el az országos átlag kétharmadát, így a régiók között 2007-ig az utolsó, 2008-ban a 6. helyet foglalta el (3. táblázat, 12–13. ábra).

3. táblázat

A régiók sorrendje az egy főre jutó GDP alapján, 2004–2008

Területi egység	2004	2005	2006	2007	2008
Közép-Magyarország	I	I	I	I	I
Közép-Dunántúl	III	III	III	III	III
Nyugat-Dunántúl	II	II	II	II	II
Dél-Dunántúl	IV	IV	IV	IV	IV
Észak-Magyarország	VI	VI	VI	VI	VII
Észak-Alföld	VII	VII	VII	VII	VI
Dél-Alföld	V	V	V	V	V

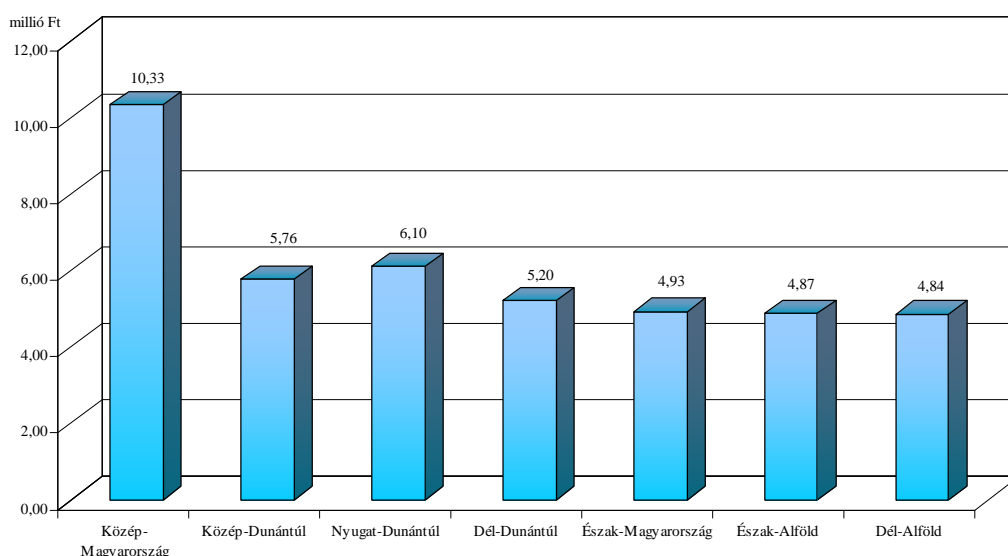
Forrás: KSH Területi statisztikai évkönyvek.



12. ábra

Egy főre jutó bruttó hazai termék az országos átlag százalékában 2004–2008

Forrás: KSH Területi statisztikai évkönyvek.



13. ábra

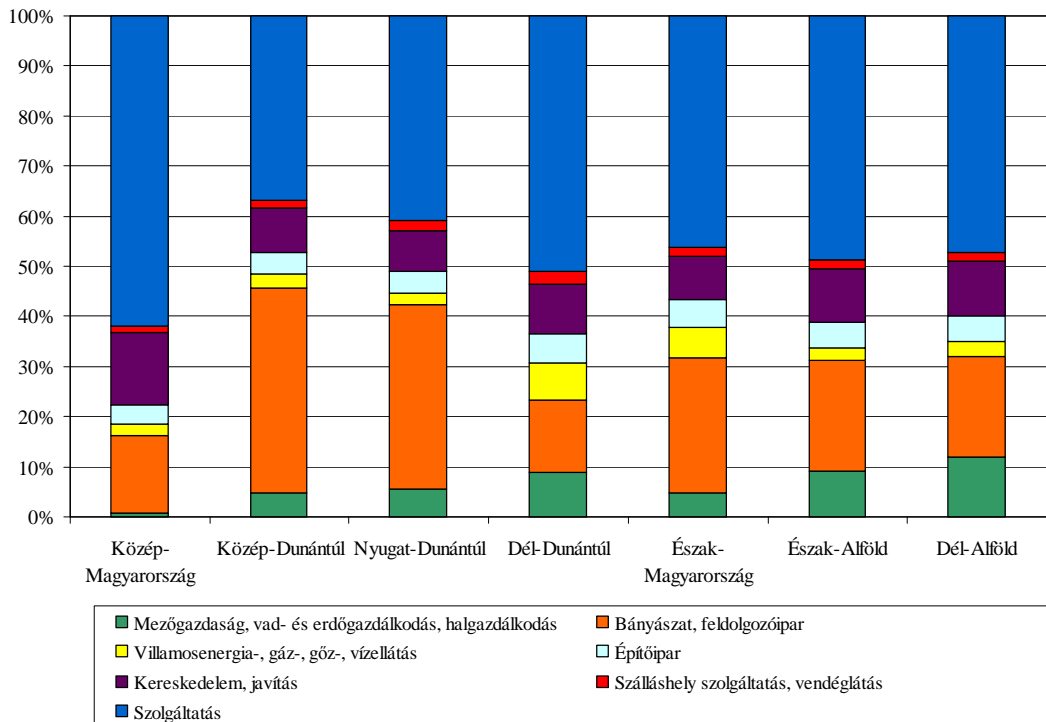
Egy foglalkoztatottra jutó GDP régióként, 2008

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

Magyarországon az elmúlt évtizedekben módosult mind a *foglalkozási szerkezet*, mind pedig a munkaerő iránti kereslet. A közvetlen terméket előállító ipari-, mezőgazdasági foglalkoztatás részaránya jelentősen csökkent, míg a termelést és fogyasztást kiszolgáló foglalkozások előtérbe kerültek. Az átlagos végzettségi szint megemelkedett, s ezen belül is a legalacsonyabb végzettségűek iskola éveinek száma nőtt. Megvizsgálva a *gazdasági ágak struktúráját* megfigyelhető, hogy leginkább a bányászat és a mezőgazdaság részaránya csökkent, de a feldolgozóipar visszaszorulása is számottevő. Az építőipar visszaesése szintén jelentős. Az iskolai végzettség szintje minden foglalkozásnál és ágazatban emelkedett, azonban azoknak a foglalkozásoknak a részaránya nőtt jelentősen, amelyeknél az átlagos iskolai végzettség már korábban is magasabb volt (Rimler, 2004).

A *GDP fő szektorok közti megoszlása* mutatja a régiók főbb jellegét. Mindkét régió gazdaságában jelentős szerepe van a mezőgazdaságnak, az Észak-alföldi régióban a GDP 9,25%-át, míg a Dél-dunántúli régióban 8,85%-át ez a nemzetgazdasági ág állította elő (14. ábra).

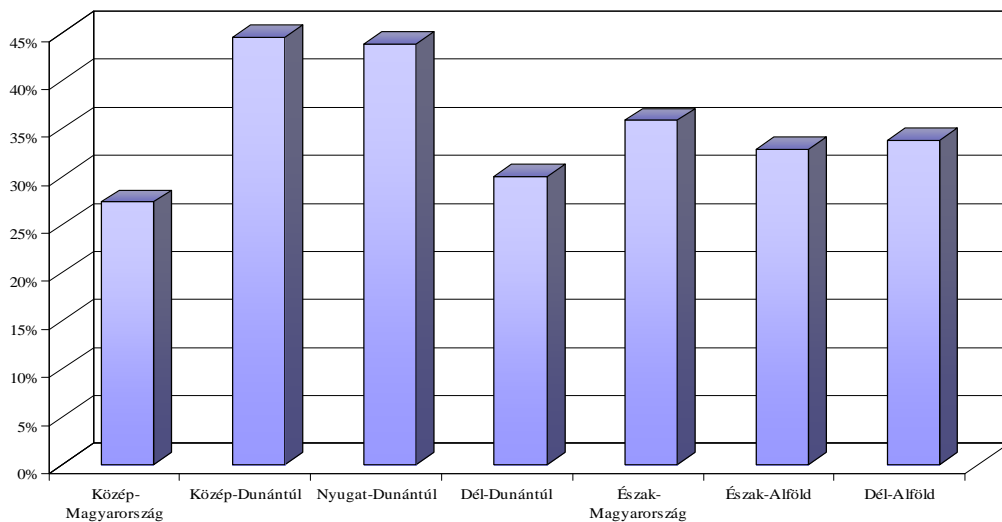
A sikeres régiókban a foglalkoztatottak a gazdasági szolgáltatásokban és/vagy a feldolgozóiparban koncentrálódnak (15. ábra).



14. ábra

A bruttó hozzáadott érték gazdasági ágak, régiók szerint folyó áron, 2008

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.



15. ábra

*Foglalkoztatottak aránya a gazdasági szolgáltatásokban és a feldolgozóiparban
régióként, 2009*

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

Az egyes térségek gazdasági teljesítményét jelentősen befolyásolja a gazdasági szervezetrendszer kiterjedtsége és fejlettsége. A gazdasági szervezetrendszer mennyiségi

mutatója a vállalkozások száma, amely alapján 2010-ben a Magyarországon regisztrált vállalkozások 8,8%-a működött a Dél-dunántúli és közel 15%-a az Észak-alföldi térségben (4–5. táblázat).

4. táblázat

A működő vállalkozások száma létszám-kategória szerint, 2008

<i>Régió</i>	<i>Kisvállalkozás</i>	<i>Középvállalkozás</i>	<i>Nagyvállalkozás</i>	<i>Összesen</i>
Közép-Magyarország	275 034	2 208	427	277 669
Közép-Dunántúl	70 814	461	127	71 402
Nyugat-Dunántúl	68 842	505	108	69 455
Dél-Dunántúl	59 395	385	43	59 823
Észak-Magyarország	60 599	415	76	61 090
Észak-Alföld	80 477	603	89	81 169
Dél-Alföld	80 118	580	84	80 782
Összesen	695 279	5 157	954	701 390

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

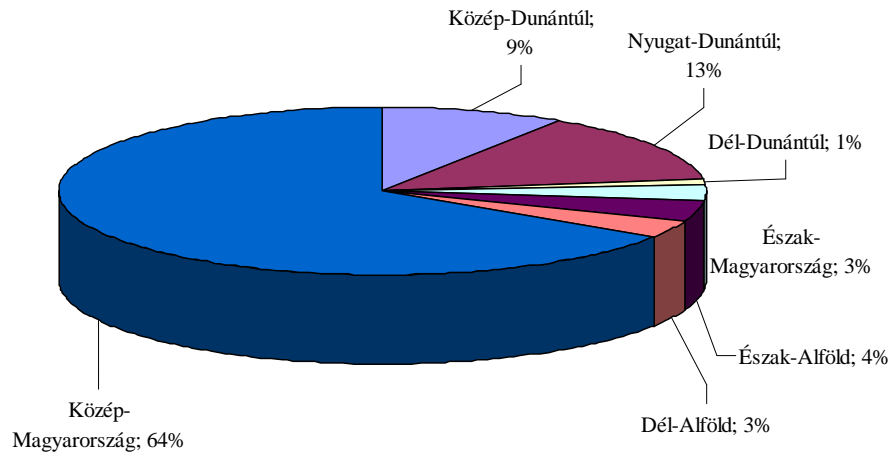
5. táblázat

Regionális összehasonlító adatok

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

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

A magyarországi területi egyenlőtlenségek kiemelkedő oka a külföldi tőkebefektetések egyenlőtlen területi eloszlása. A külföldi tőke területi koncentrátságát elsősorban az egy főre jutó külföldi tőke nagyságával lehet meghatározni, míg a térségi gazdaságban játszott szerepét a vállalkozások jegyzett tőkéjéből való részesedéssel lehet jellemezni. Mindkét mutató magasabb értékű az Észak-alföldi régió esetében (16. ábra).



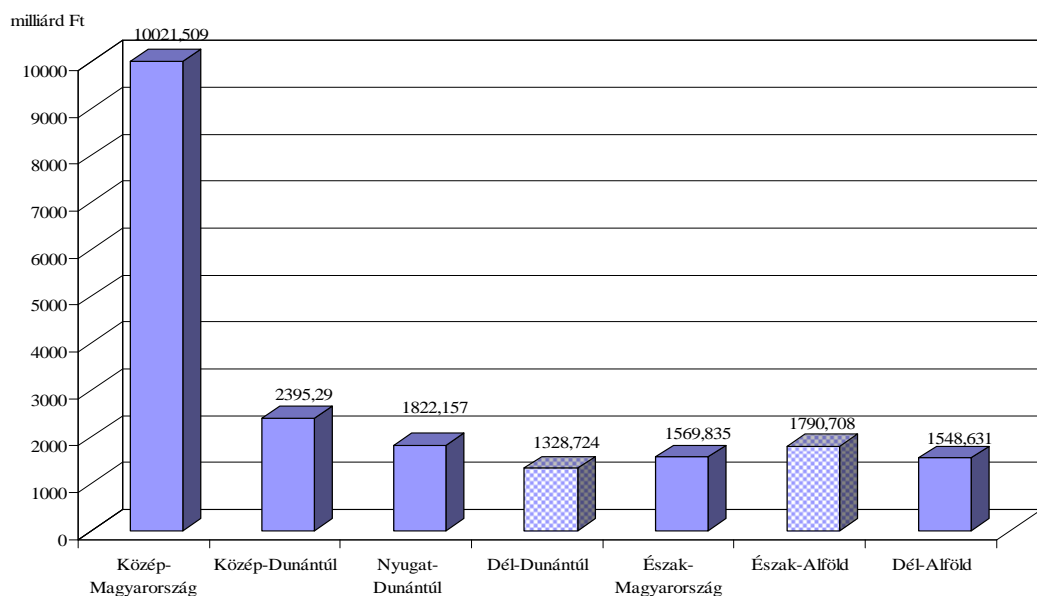
16. ábra

Külföldi érdekeltségű vállalkozások külföldi tőke szerinti megoszlása Magyarországon, 2008

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

Megjegyzés: 3% nem bontható régióra.

A meglévő termelési kapacitások bővítése az elavult épületek korszerűsítése, vagy új termelő egységek kialakítása csak beruházással lehetséges. A két régió vonatkozásában az elmúlt hat évben összességében az Észak-alföldi régióban valósult meg magasabb értékű beruházás (17. ábra).

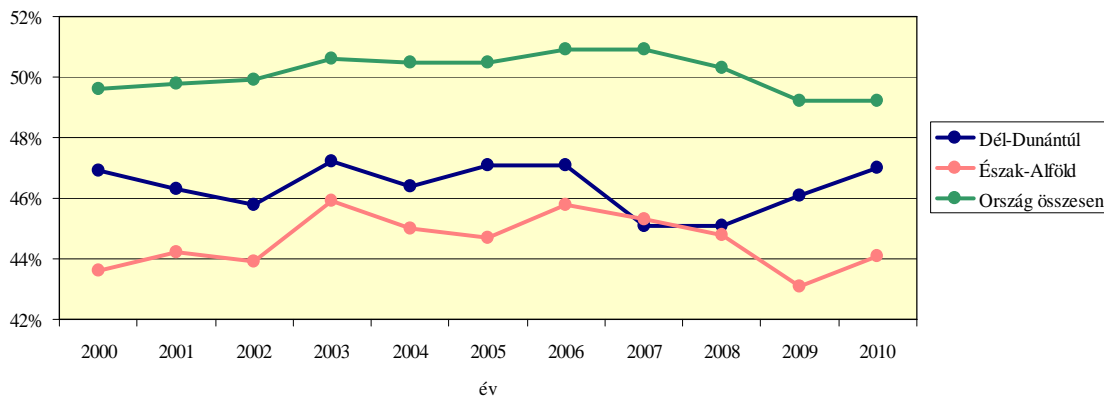


17. ábra

Beruházások összes teljesítményértéke 2004–2009 között

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

A *foglalkoztatottak* száma 2000 óta a Dél-dunántúli régióban 350 ezer fő körül az Észak-alföldi régióban 500 ezer fő körül ingadozott. A foglalkoztatási arány mindkét régióban alatta maradt az országos átlagnak (18. ábra).

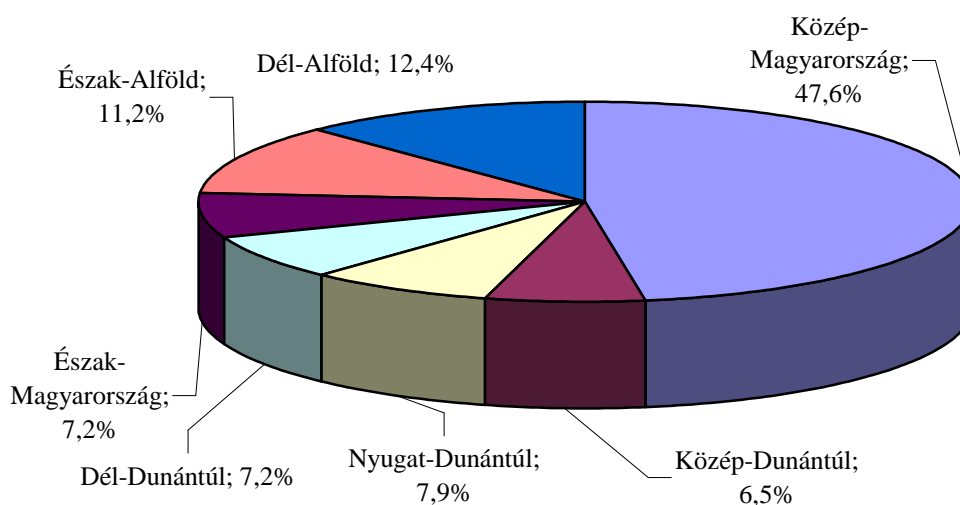


18. ábra

Foglalkoztatási arány változása 2000 és 2010 között

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

Egy régió versenyképességét jelentősen javíthatja az új innovatív technológiák és termékek létrehozása és alkalmazása. A K+F tevékenységre jellemző mutatók a szabadalmak száma, a K+F ráfordítások és a kutatás-fejlesztésben dolgozók száma. A régiós adatokat áttekintve megállapítható, hogy az Észak-Alföld vonatkozásában a fenti mutatók kedvezőbben alakulnak (19. ábra, 6–7. táblázat).



19. ábra

Kutató-fejlesztő helyek régiós megoszlása, 2009

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

6. táblázat

A kutató-fejlesztő helyek adatai, 2009

Régiók	Kutató-fejlesztő helyek száma	A tudomány doktorainak száma, fő	A tudomány kandidátusainak száma, fő	K+F ráfordítás, millió Ft
Közép-Magyarország	1 379	1 310	6 376	192 344,4
Közép-Dunántúl	188	54	520	16 451,9
Nyugat-Dunántúl	229	78	724	13 960,5
Dél-Dunántúl	210	123	870	7 238,5
Észak-Magyarország	209	78	779	11 919,6
Észak-Alföld	325	237	1 292	29 256,0
Dél-Alföld	358	237	1 325	22 690,9
Régiók szerint nem besorolható	–	–	–	5 296,9
Összesen	2 898	2 117	11 886	299 158,7

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

7. táblázat

Szabadalmi bejelentések és megadott szabadalmak régiók szerint, 2003–2009 között

Régiók	Megadott szabadalmak száma	Bejelentett szabadalmak száma	%
Dél-Dunántúl	25	341	7,33
Nyugat-Dunántúl	35	276	12,68
Észak-Magyarország	38	198	19,19
Észak-Alföld	45	330	13,64
Közép-Dunántúl	67	308	21,75
Dél-Alföld	97	484	20,04
Közép-Magyarország	502	2798	17,94
Országos	809	4735	17,09

Forrás: Észak-Alföldi Regionális Innovációs Stratégia, 2008.

Az innovációs potenciál meghatározó intézményei mindkét régióban az országosan is kiemelkedő jelentőségű, regionális, sőt makroregionális szerepkörrel bíró, a két legrégebbi felsőoktatási és tudományos centrum a Pécsi és a Debreceni Egyetem. Közülük az országosan is legkorábbi alapítású felsőfokú intézmény, a Pécsi Tudományegyetem nemcsak Pécs városa, hanem a Dél-Dunántúl regionális egyeteme is. A legnagyobb munkáltató a városban, meghatározó szerepe van a régió minden szellemi területén, művészetekben, tudományban, gyógyításban egyaránt.

Az egyetemet Nagy Lajos király alapította 1367-ben. Ez a tradíciónk persze inkább csak virtuális, hiszen a történelem viharai miatt az egyetem hosszú ideig nem működött. A XVIII. század végétől folyik Pécsen újra felsőoktatás, de igazi egyetemi képzés a pozsonyi egyetem 1923-as Pécsre helyezésével indul újra. Összesen 210 szakon lehet Pécsen tanulni.

A Pécsi Tudományegyetem közel harmincezres hallgatói létszámával, kétezer oktatójával és tíz karával Magyarország egyik legnagyobb egyeteme, a Dél-Dunántúl tudásközpontja, egyidejűleg Magyarország legrégebbi egyeteme. Hatása majdnem minden tudásterületet lefedő oktatási kínálatával messze meghaladja Pécs határait. Szekszárdon önálló kara, Kaposváron, Szombathelyen és Zalaegerszegen jelentős létszámú képzési programja működik. A hallgatók 40%-a nem a régióból, hanem az ország más, távoli területeiről jön a Pécsi Tudományegyetemre tanulni.

A Pécsi Tudományegyetem, az ország egyik legjelentősebb kutatóegyeteme. Hatalmas szakmai bázisát az egyetemi oktatók, kutatók széles köre jelenti: tíz karon közel 2000 oktató-kutató kolléga vesz részt jelentős projekteken.

A debreceni felsőoktatás gyökerei a XVI. századig nyúlnak vissza, az elődintézmény alapítására 1538-ban került sor. Falai között széleskörű felsőoktatás alakult ki, amelynek meghatározó szerepe volt abban, hogy 1912-ben, Pozsonnyal egy időben Debrecenben került sor Magyar Királyi Tudományegyetem megalapítására (az 1912. évi XXXVI: törvénycikk alapján). Ma a Debreceni Egyetem az ország legrégebben, folyamatosan, ugyanabban a városban működő felsőoktatási intézménye.

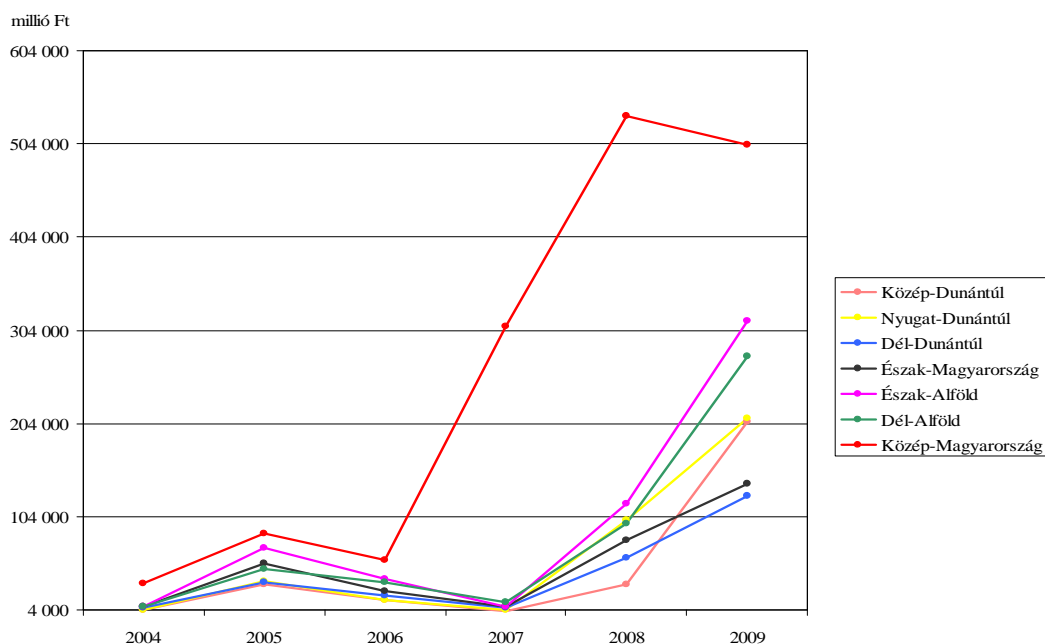
Az állami fenntartású *Debreceni Egyetem* az Észak-alföldi régió kiemelkedő szellemi központja, hatalmas oktatási és K+F kapacitása egyre jelentősebb hatással van a régió gazdasági és társadalmi fejlődésére, kulturális felemelkedésére, fokozott figyelmet fordít a tudásalapú gazdaság és társadalom igényeinek minél hatékonyabb kiszolgálására, a regionális tudásközpont szerepkör betöltésére. Amellett, hogy az ország egyik legjelentősebb, gazdag hagyományokkal rendelkező, vitathatatlanul legszélesebb képzési kínálatot nyújtó és kutatási spektrumú felsőoktatási intézménye.

A Debreceni Egyetemnek jelenleg 15 Kara van, amelyek három ún. tervezési egységben végzik tevékenységüket. Az egységek a következők: Agrár- és Gazdálkodástudományi Centrum (AGTC), az Orvos- és Egészségtudományi Centrum (OEC), valamint a Tudományegyetemi Karok (TEK).

A 311/2007. (XI. 17.) Korm. rendelet alapján a Dél-dunántúli régió 25 kistérségéből egy tartozik az ország 14 leghátrányosabb helyzetű kistérsége közé, az Észak-alföldi régió 28 kistérségéből hét a leghátrányosabb helyzetű (*Net16*).

Magyarország és régióinak gazdasági fejlődését, a foglalkoztatás bővítését, a versenyképesség javítását szolgálják az Európai Unió források. Az elnyert pályázati

támogatások összegét régióként vizsgálva jól látszik, hogy a Közép-magyarországi régiót követően az Észak-alföldi régió jutott 2004 óta a legtöbb forráshoz (20. ábra).



20. ábra

Uniós támogatások összege régióként, 2004–2009

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

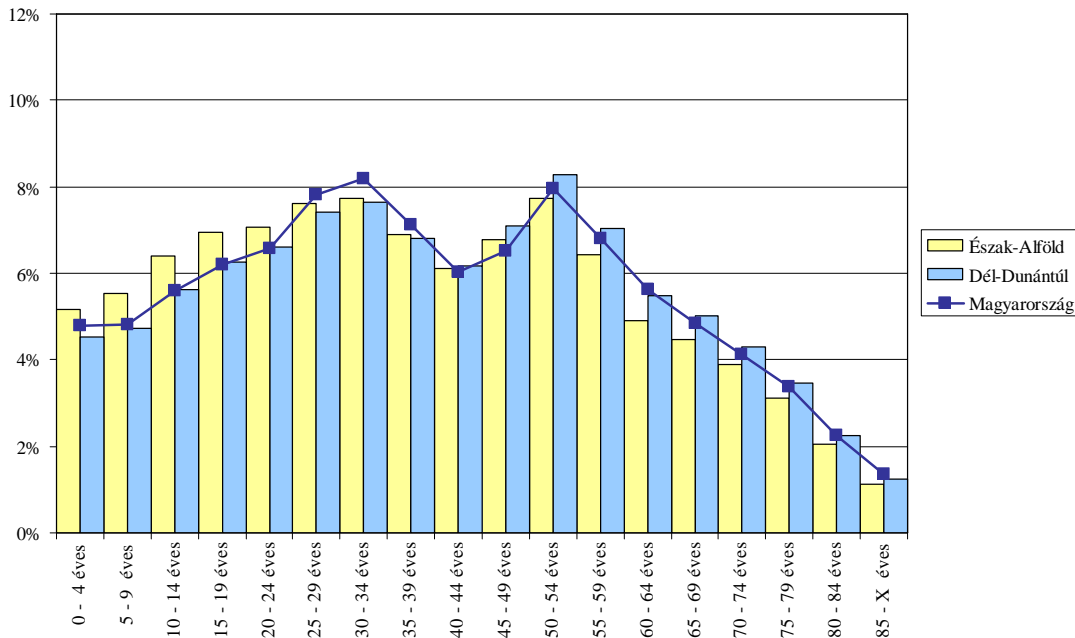
4.1.3. Szocio-demográfiai adatok

Magyarország népességszáma 2010. január 1-jén 10 millió 13 ezer fő volt, 18 ezerrel kevesebb, mint egy évvel korábban. A népesség életkor szerinti összetételében folytatódtak a már hosszabb idő óta tapasztalt változások. A 15 éven aluli, gyermekkorú népesség száma tovább csökkent, 2010. január 1-jén nem érte el a másfélmillió főt. Ezzel szemben a 65 évesnél idősebb népesség létszáma növekedett, jelenleg megközelíti az 1,7 milliót (Net17).

Az Észak-alföldi régió az ország második legnagyobb területű, lakónépességét tekintve a második legnépesebb régiója. Mind a születési, mind pedig a halálozási arány számot tekintve – az országos átlagnál lényegesen jobb adattal – az elsők között található. Az öregedési index itt a legalacsonyabb. Az Észak-alföldi régió az ország legfiatalabb korösszetételű térségének számít (Lakatos et al., 2009).

A Dél-dunántúli régióra a népesség számának fokozatos fogyása jellemző. A gyermekkorúak, valamint az idősek aránya megegyezik az országos átlaggal. A régió népes-

ségének korösszetételére az elöregedés jellemző, csökken a fiatalok és a középkorosz-
tály létszáma, míg az idősek száma növekszik. Az *öregedési index* megegyezik az or-
szágos értékkel. A lakosság szám csökkenéséhez a jellemzően egzisztenciális okok mi-
atti elvándorlás is hozzájárul (21. ábra).



21. ábra

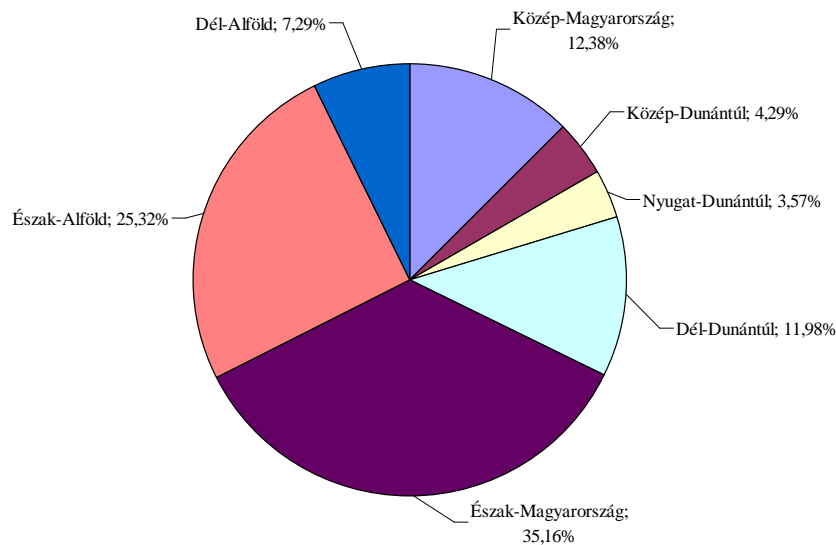
Magyarország, az Észak-alföldi régió és a Dél-dunántúli régió korösszetétele, 2007

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

A Dél-Dunántúl három legjellemzőbb *nemzeti kisebbsége* a német, a horvát és a roma. A Magyarországon élő németek 30%-a, a horvátok több, mint egyharmada, a romák közel 12%-a él a régióban. A régiók demográfiai viszonyaira igen jelentős hatással van a *cigány népesség aránya*. A magukat cigánynak vallók arányának nagysága alapján 2001-ben az Észak-alföldi régió a második helyen volt az Észak-magyarországi régió mögött, míg a Dél-dunántúli régió a negyedik volt a sorrendben (22. ábra).

Mindkét régióban a *cigány népesség* döntően területileg elszigetelt, alacsony lélekszámú közösségekben él. Míg az ország népességének 38%-a él falvakban, addig a cigányok esetében ez az arány 58–64%. Ebből adódóan nagyobb arányban vannak kitéve a település méretéből adódó hátrányoknak, mint például egészségügyi, oktatási, kulturális szolgáltatások, intézmények elérhetősége, vagy munkalehetőségek (Mészáros et al., 2000). Bár számos tényező miatt nem lehetséges teljesen pontos számot kapni, Magyarországon elemzések és becslések szerint mintegy 700 000 roma élhet, ami a teljes népesség hét százaléka.

Hasonlóan a teljes cigányság létszámának becsléséhez, a korcsoportos és aktivitási arányok számszerűsítése is meglehetősen nehéz és hordoz magában pontatlanságokat.



22. ábra

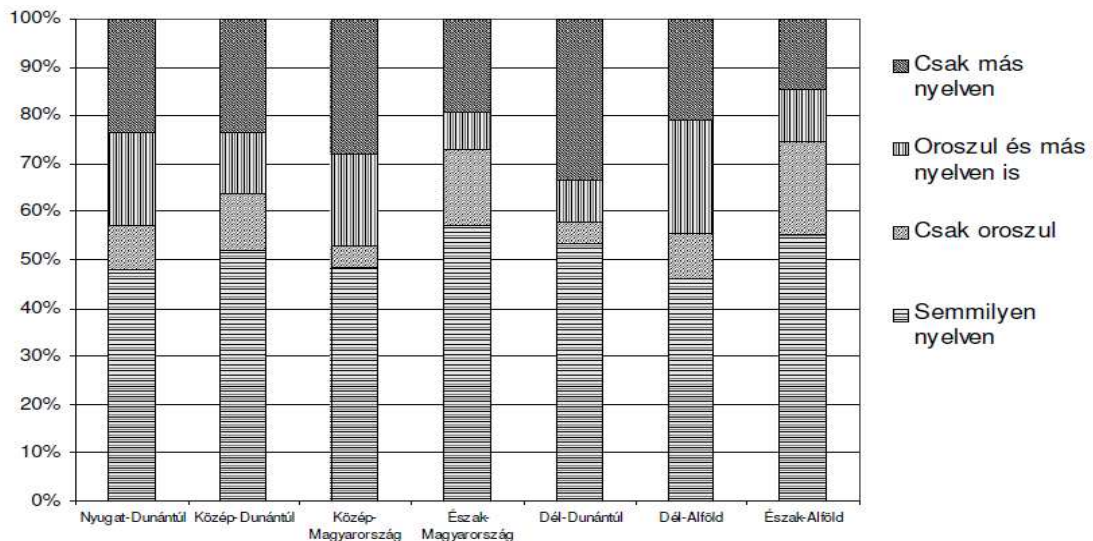
Cigány nemzetiséghez tartozók megoszlása Magyarország régiói között, 2001

Forrás: KSH 2001. évi népszámlálás.

A romák alacsony foglalkoztatottságának legfontosabb oka az, hogy az aktív korúak több mint 80%-a legfeljebb 8 általános végzettséggel rendelkezik. Az aktív korú romák mindössze egynegyede foglalkoztatott. A nem romák körében ugyanez a mutató közel 60%. A körülbelül 700 ezer fős cigányságból mintegy 400 ezer főre tehető az aktív korúak száma. A becslések szerint hozzávetőlegesen 700 000 roma körülbelül 35%-a, vagyis 250 ezer fő 15 év alatti, de csak 7%-uk, 50 ezer fő 59 év feletti, míg 400 ezer fő tekinthető aktív korúnak (15–59 közötti csoport). A 15–59 éves korosztály aktivitási rátája csak 40–50%. Az aktívokon belül a foglalkoztatottság rendkívül alacsony, míg igen magas, 50% körüli a munkanélküliség (*Net18*).

A humán erőforrások minőségét jelentős mértékben befolyásolja az *idegen nyelvek ismerete*. A 2006 decemberében közzétett Európai referenciakeret nyolc kulcskompetenciát határoz meg, amelyek elengedhetetlenek az európai munkaerő tudása, készségei és képességei, vagyis az EU innovációs ereje, termelékenysége és versenyképessége szempontjából. Ezek a következők: az anyanyelven folytatott kommunikáció, idegen nyelveken folytatott kommunikáció, matematikai kompetenciák és alapvető kompetenciák a természetes műszaki tudományok terén, digitális kompetencia, a tanulás elsajátí-

tása, szociális és állampolgári kompetenciák, kezdeményezőkézség és vállalkozói kompetencia, kulturális tudatosság és kifejezőkézség. Az idegen nyelv tudás fontos a multinacionális vállalatok munkaerő igénye és a munkavállalók mobilitása, a globalizáció okozta multikulturális környezet szempontjából is. Több nyelv ismerete növeli az egyén számára a munkavállalási lehetőségeket (23. ábra) (Kiss, 1996).



23. ábra

A lakosság idegen nyelv ismerete Magyarországon, 2006

Forrás: Lannert és munkatársai, 2006.

4.1.4. Lakóhely, lakókörnyezet

A lakóhely és a lakókörnyezet helyzetét és szerepét lényegesen befolyásolhatják a *településszerkezet sajátosságai*. A Dél-Dunántúl településszerkezetére egyrészt a középvárosok hiánya, másrészt az apró-, és kistelepülések túlságosan nagy súlya jellemző. A településhálózat 53,4%-át aprófalvak alkotják, amelyekben az 500 főt sem éri el a lélekszám. Össességében a régióbeli lakosok 9,7%-a él aprófalvakban. A régióhoz 41 városi ranggal és 614 községi jogállással rendelkező település tartozik 2011-ben, amelyből látható, hogy a régió urbanizáltsági szintje az országos átlag alatti. A régiós lakosság 57%-a élt 2008-ban városokban (Net19).

Az *Észak-alföldi régió*, ha a városi jogállással rendelkező településeket vesszük alapul, Magyarország egyik legvárosiasodottabb régiója: 2011-ben az országos 10,3%-kal szemben településeinek 17,4%-a város volt (68 város). A régiós lakosság 66%-a élt 2008-ban városokban.

A fejlett országokban az egészségi állapotot komplex módon meghatározó tényezők közül a közvetlen és közvetett környezeti hatások szerepe körülbelül 19% (Meade et al., 2000.) A területi folyamatok alakulásáról és a területfejlesztési politika érvényesüléséről az Országgyűlésnek készített J/3919 számú kormányjelentés (VÁTI, 2001) a gazdasági fejlődést alapvetően meghatározó tényezők között a földrajzi helyzetből származó előnyöket első helyen sorolta fel. Ezeknek a Magyarországi térségi fejlődésre gyakorolt hatását Hahn Csaba (2004) vizsgálta és megállapította, hogy a gazdasági fejlődésre legnagyobb hatással az elérhetőség van, és hogy a nyugati határ közelsége meghatározó. Az elérhetőség befolyásolja a munkanélküliséget, a jövedelem alakulását és a vállalkozássűrűséget. Hasonló összefüggéseket írt le az autópálya közelségével kapcsolatban. A kedvezőtlen közlekedési helyzet megnehezíti a hátrányos helyzetű térségek gazdasági és társadalmi felzárkózását.

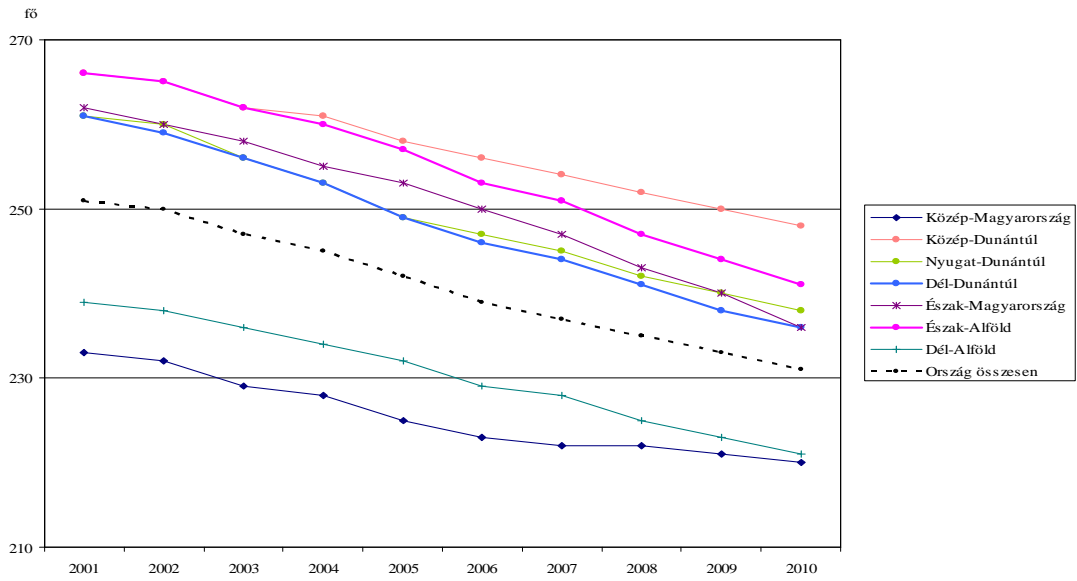
A régiós adatokat megvizsgálva azt láthatjuk, hogy a Dél-Dunántúl *közlekedési infrastruktúrát* tekintve az egyik legrosszabb helyzetű régió. Főként a kisközségek lakosságának közlekedési gondjain enyhít a falugondnoki szolgáltatás, amelynek célja az aprófalvak intézményhiányból eredő települési hátrányainak mérséklése is, így a tanulók, dolgozók iskolába, munkába történő eljuttatása. A régió településszerkezetéből adódóan sok helyen nem megoldott az alap és középszintű oktatás hozzáférhetősége, nincs megfelelő minőségi munkalehetőség, aminek következtében a lakosság jelentős része ingázásra kényszerül. Mivel azonban elsősorban a nagyobb, munkaerőt foglalkoztatni képes – városközponttal bíró körzetek közelében nagyobb az ingázás, az ingázó népesség megoszlását tekintve a régiók rangsorában Dél-Dunántúl csak a középmezőnyben helyezkedik el (Net19).

A régiókon belül a kohézió gyengeségét is nagyrészt a belső közlekedési útvonalak hiánya vagy rossz minősége okozza. A mindennapi szolgáltatások, piaci lehetőségek elérhetőségében jelentősek a kistérségek közötti különbségek. Az Észak-alföldi régióban ritka és nagy kiterjedésű települések alkotják a településhálózatot. A gyors megközelíthetőséget biztosító autópályák javítják a települések megközelíthetőségét, de a régió jelentős része kívül esik a gyorsforgalmi úthálózat 15, illetve 30 perces vonzáskörzetén (Net20; 21).

Az *ingázás* mértéke függ az adott térség ipari vagy mezőgazdasági jellegétől, a vonzásközpontoknak a munkaerő-mozgásra gyakorolt hatásáról és a közlekedési infrastruktúra fejlettségétől is. Ezen kívül meg kell említeni az autó használat napi ingázásban betöltött szerepét is.

A *lakáshelyzet és a közműellátottság* (különösen a csatornázottság) terén az utóbbi években igen dinamikus fejlődés ment végbe, ugyanakkor a tendenciák nem egyforma mértékben érintették az egyes régiókat. A fejlődési különbségek vizsgálata azért is kü-

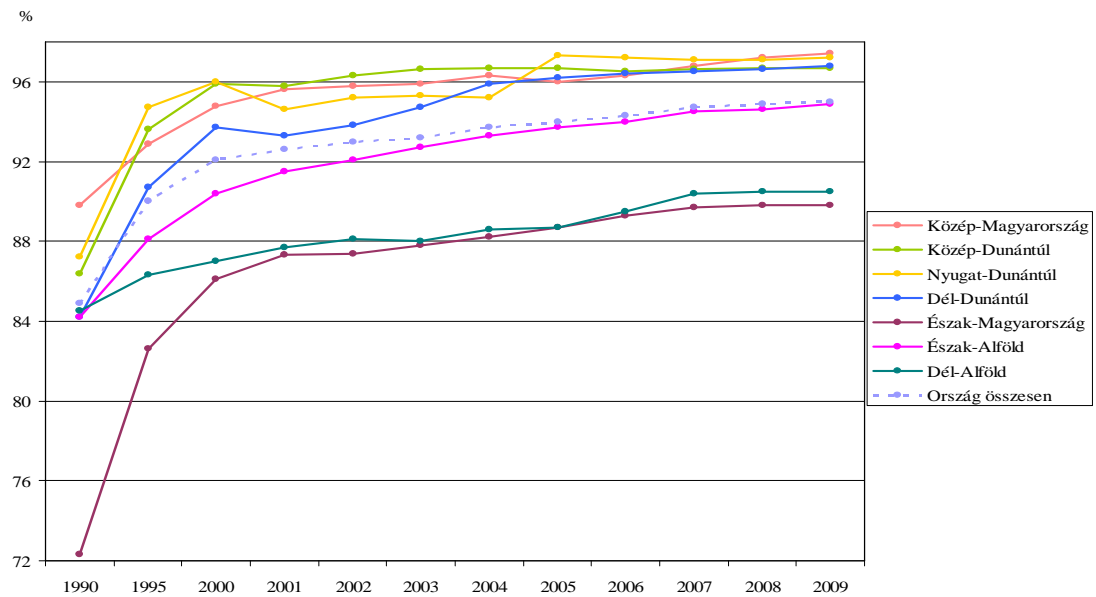
lönösen indokolt, mert a közműellátottság a települési komfort és ezáltal az életminőség egyik legfontosabb ismérve (24–25. ábra).



24. ábra

Száz lakásra jutó lakos, régiónként, 2001–2010

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.



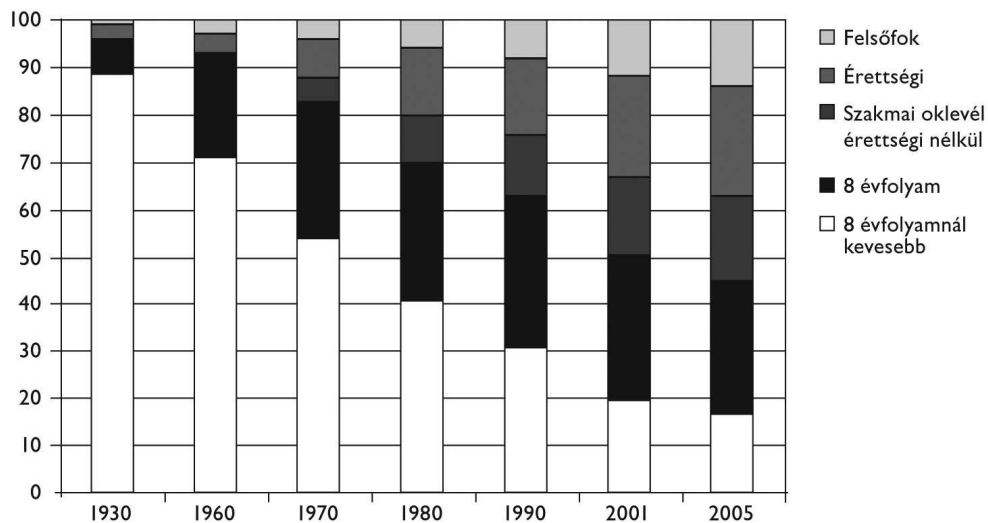
25. ábra

Az ivóvízvezeték hálózatba bekapcsolt lakások aránya, 1990–2009

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

4.1.5. Foglalkoztatás, munkanélküliség, munkakörülmények

A munkaerő-kínálat összetételét alapvetően meghatározza a *népesség iskolázottsága, szakképzettsége*. Az iskolázottság színvonala tekintetében az utóbbi évtizedekben jelentős előrelépés történt. 2005-ben a népesség döntő többsége – ezen belül a 65 éven aluliak – több mint 90 százaléka befejezett, 8 osztályos általános iskolai végzettséggel rendelkezett (26. ábra) (Fóti et al., 2006).



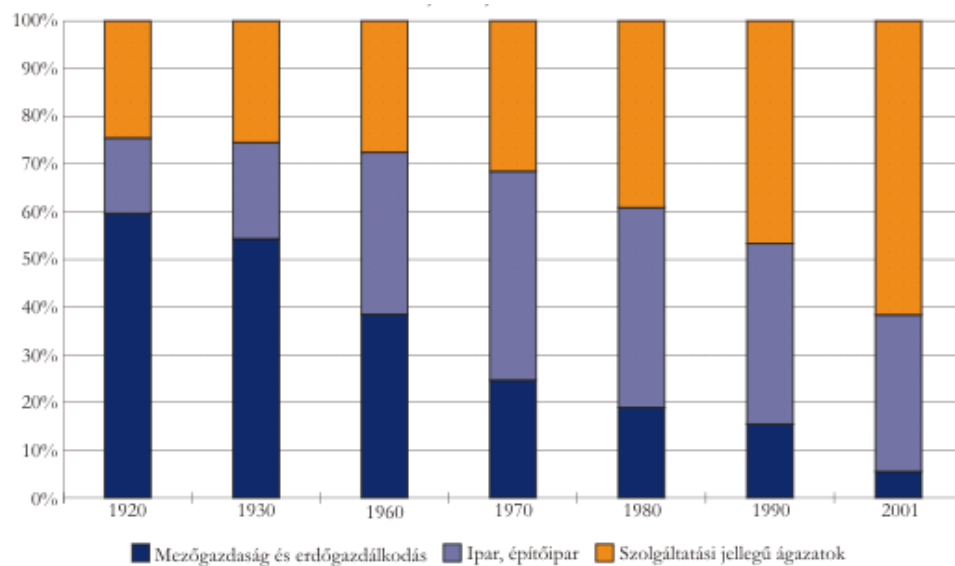
26. ábra

A népesség iskolázottsága, 1930–2005, %

Forrás: Domján et al., 2009.

A *foglalkoztatottak struktúrája* az elmúlt évtizedekben átrendeződött. Napjainkban az ágazati összetétel tekintetében a szolgáltatási szféra, a szolgáltatás jellegű ágazatok számszerű túlsúlya érzékelhető (27. ábra). A *szellemi dolgozók részarányának* növekedése mellett különös jelentőségre tett szert a magas kvalifikációt igénylő, önálló tevékenységet folytató értelmiségi réteg (28. ábra).

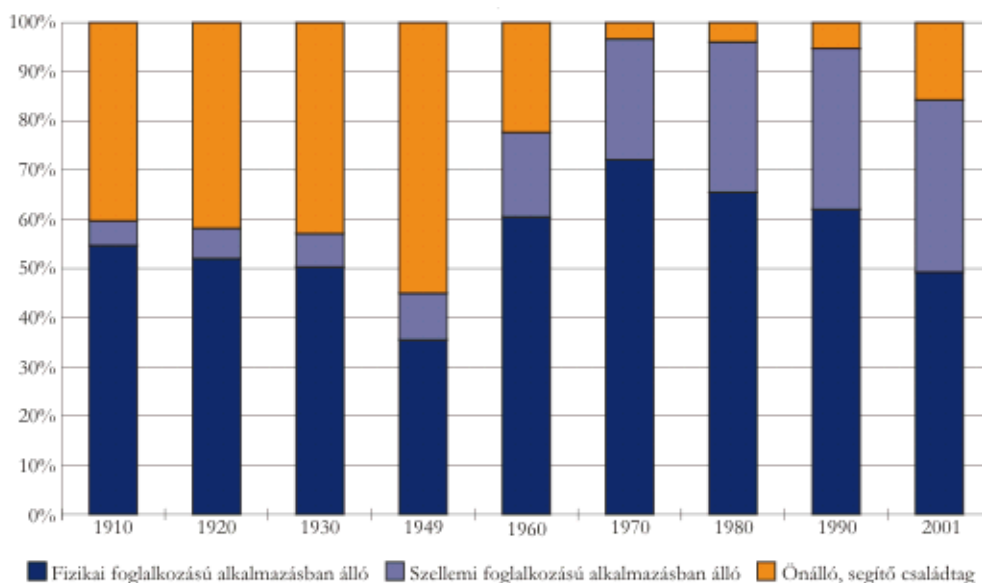
Az *egyetemi, főiskolai végzettséggel rendelkező* és a korszerű szakmai ismeretekre szert tett, konvertálható szaktudással felvértezett – zömmel fiatalabb és középkorú – munkavállalók munkaerő-piaci pozíciója megerősödött. Földrajzi tekintetben is végbement bizonyos differenciálódás egyrészt a főváros és a kedvező helyzetben lévő nyugati térségek, másrészt a „leszakadó” keleti, északkeleti régiók között (Baranyi, 2004).



27. ábra

A foglalkoztatottak összevont nemzetgazdasági ág szerinti megoszlása 1920–2001

Forrás: Fóti – Lakatos, 2004.



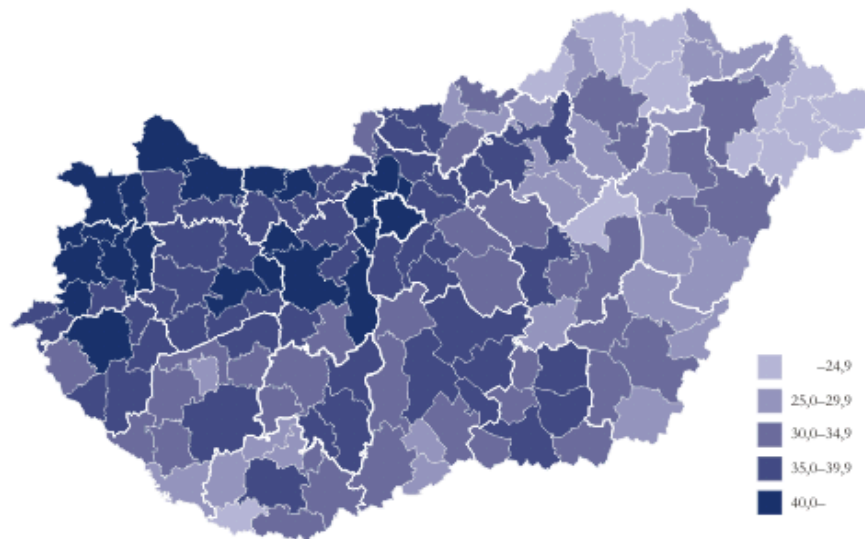
28. ábra

A foglalkoztatottak foglalkozási viszony és fizikai-szellemi foglalkozás szerinti megoszlása, 1910–2001

Forrás: Fóti – Lakatos, 2004.

Amennyiben a népesség összetételét a gazdaságilag aktívák és nem aktívák szerint vizsgáljuk, arra a következtetésre jutunk, hogy a gazdaságilag aktív népesség mindenütt

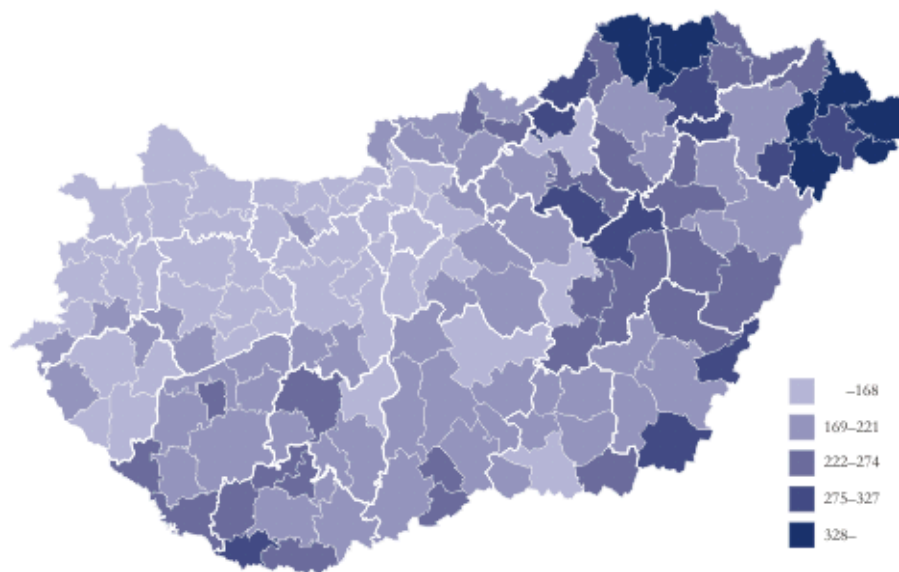
kisebbségbe került, bár a viszonylag kedvező helyzetű térségek és az ország elmaradott, illetve leszakadó területei között szignifikáns differenciák mutatkoznak (29–30. ábra).



29. ábra

Foglalkoztatottak aránya a népesség százalékában, kistérségenként

Forrás: Fóti – Lakatos, 2004.



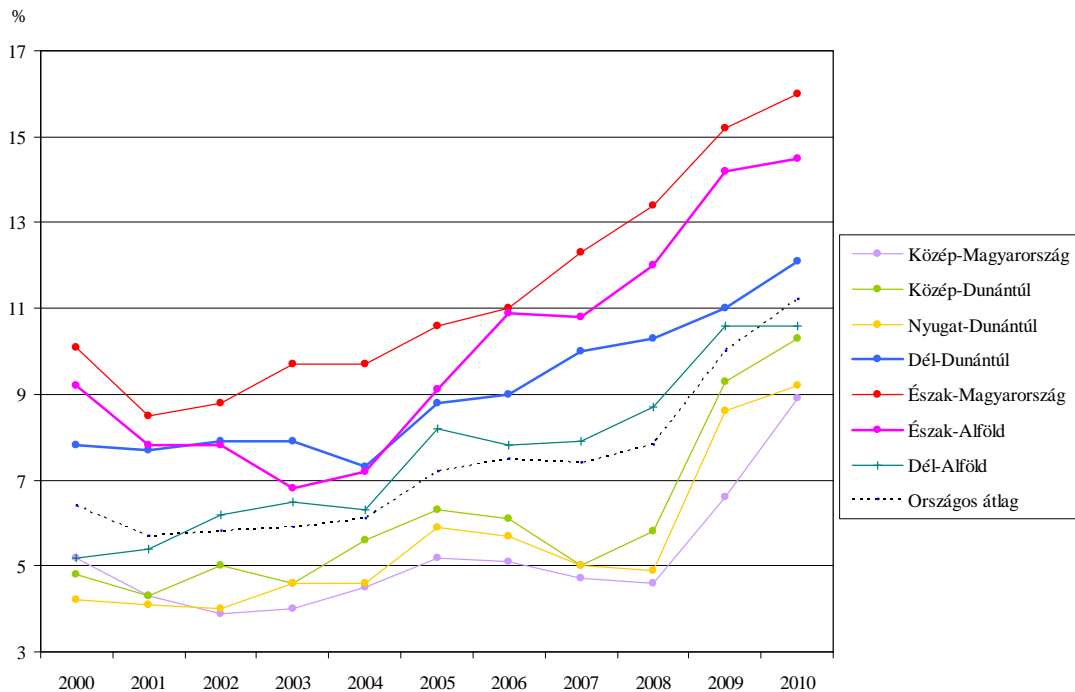
30. ábra

100 foglalkoztatottra jutó nem foglalkoztatott, kistérségenként

Forrás: Fóti – Lakatos, 2004.

A gazdasági válság Magyarországon is a munkanélküliek számának nagyarányú növekedését eredményezte. A munkanélküliségi ráta 2009-ben 10,1% volt, szemben az

egy évvel korábbi 7,9%-kal, 2009-ben az összes korcsoportot növekvő munkanélküliség jellemezte. Közülük leginkább a 15–24 éves fiatalok helyzete kedvezőtlen, munkanélküliségi rátájuk egy év alatt 19,9-ről 26,5%-ra emelkedett (31. ábra).



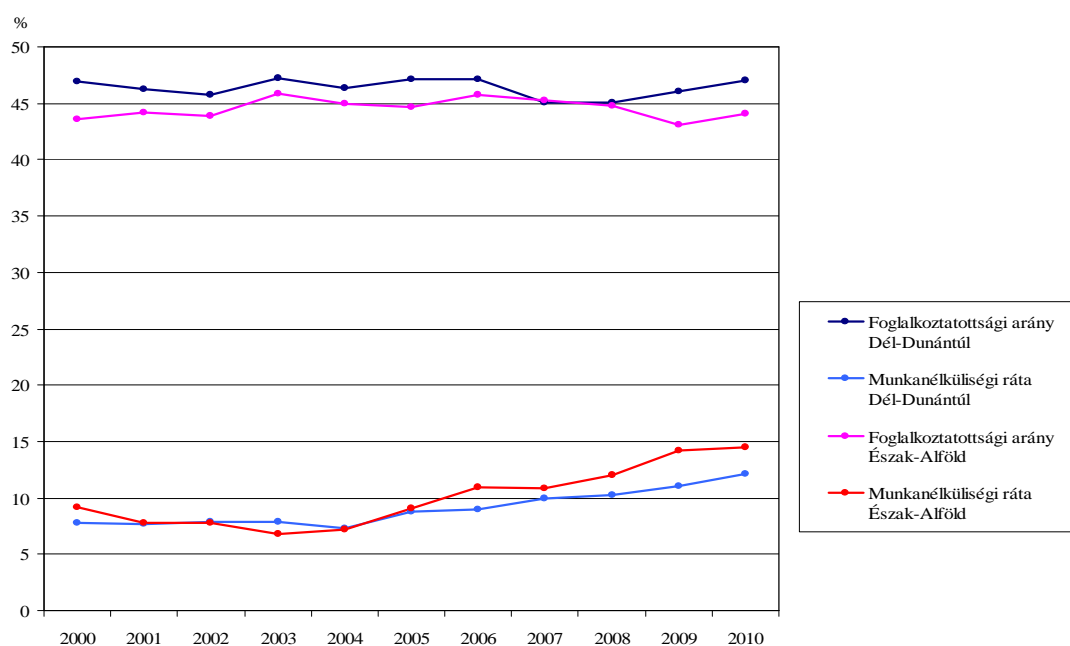
31. ábra

A munkanélküliségi ráta alakulása régióként 2000–2010

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

A regionális mutatószámokat tekintve a 15–74 éves népesség adatait tekintve változatlanul a Közép-magyarországi régiót jellemezte a legmagasabb *foglalkoztatási arány* (54,8%), illetve a legalacsonyabb munkanélküliségi ráta (6,6%). Ezzel szemben Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön dolgozott a legkevesebb ember, arányuk 43–43,1%. A régiók sorrendjében utánuk Dél-Dunántúl következik, 46,1%-os foglalkoztatási aránnyal (Pukli, 2000).

Az Észak-alföldi régióban a 15–74 éves korcsoporton belül magyarországi viszonylatban is igen alacsony a *foglalkoztatottak aránya*. A foglalkoztatási viszonyokkal szoros összefüggést mutat a régió munkanélküliségi helyzete. A gazdaságilag inaktívak száma 2009-ben az Észak-Alföldön 565 200 fő volt, amely arányaiban meghaladja az országos átlagot. 2009-ben az Észak-Alföldön a gazdaságilag inaktívak a 15–74 év közöttiek 49,8%-át, a Dél-Dunántúlon 48,2%-át, míg országosan ennél kisebb arányát, 45,3%-át alkották (32. ábra).



32. ábra

Foglalkoztatási arány és munkanélküliségi ráta változása a Dél-Dunántúlon és az Észak-Alföldön, 2000–2010

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

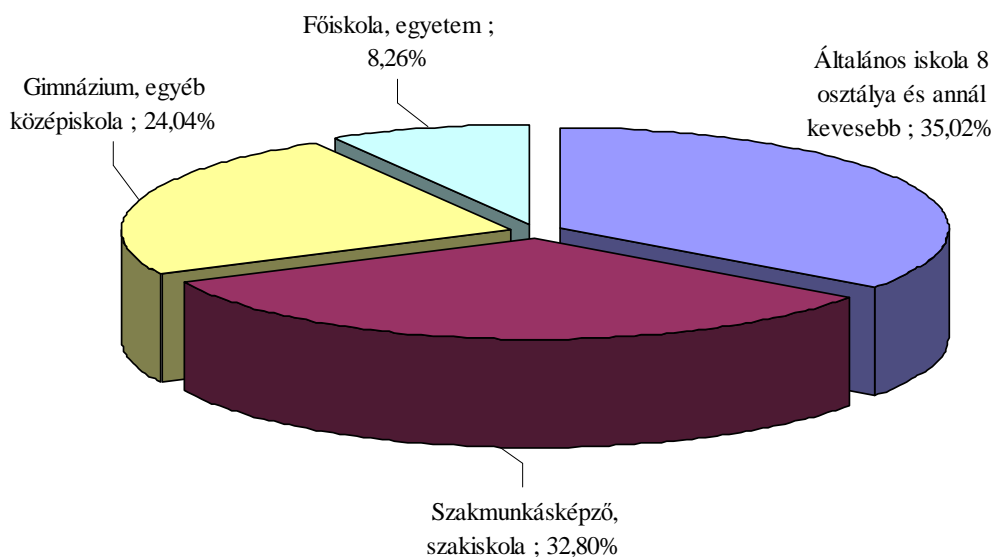
A munkanélküliek iskolai végzettsége mindkét régióban kedvezőtlenebb, mint országosan. Az álláskeresők zöme az alacsonyabb iskolai végzettségűek közül kerül ki, ugyanakkor egyre növekvő volument és arányt képviselnek a diplomások is (8. táblázat, 33–34. ábra).

8. táblázat

Munkanélküliek iskolai végzettsége régióként, 2009, %

	Általános iskola 8 osztálya és annál kevesebb	Szaktanácsképző, szakiskola	Gimnázium, egyéb középiskola	Főiskola, egyetem
Közép-Magyarország	23,40	28,08	31,85	16,55
Közép-Dunántúl	35,36	38,06	20,27	6,31
Nyugat-Dunántúl	32,12	32,38	28,50	6,74
Dél-Dunántúl	39,95	34,69	17,94	7,42
Észak-Magyarország	33,94	35,07	26,20	4,79
Észak-Alföld	35,02	32,80	24,04	8,26
Dél-Alföld	27,22	39,50	25,44	7,83
Összesen	31,64	33,82	25,62	8,91

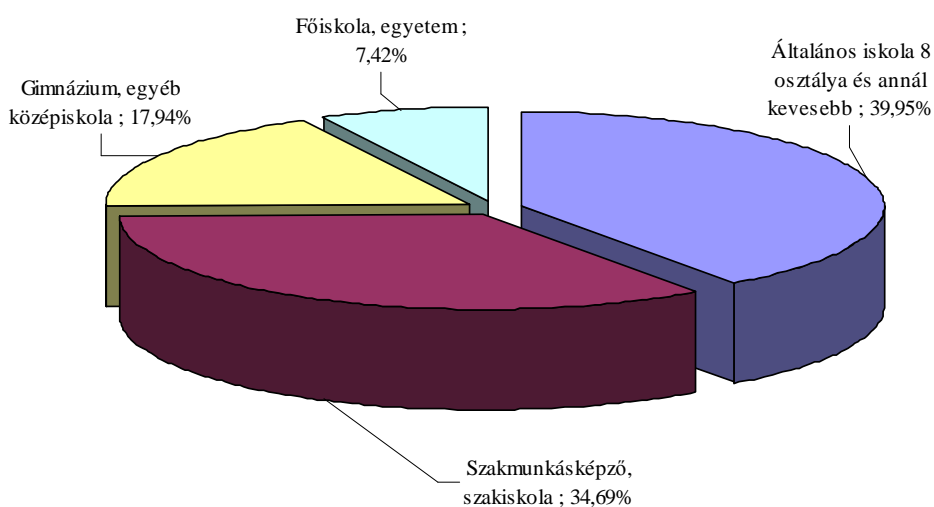
Forrás: KSH Területi Statisztikai Évkönyv, 2009.



33. ábra

Munkanélküliek iskolai végzettség szerinti megoszlása az Észak-Alföldön, 2009

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.



34. ábra

Munkanélküliek iskolai végzettség szerinti megoszlása a Dél-Dunántúlon, 2009

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

A régiók inaktív népességének korösszetétele sajátos, a régiók közül az Észak-alföldi és a Dél-dunántúli régióban a legmagasabb (51%) a 25–64 éves korúak hányada, ami a rokkantsági nyugdíjasok relatíve nagy gyakoriságával függ össze (*Net22*) (9. táblázat).

9. táblázat

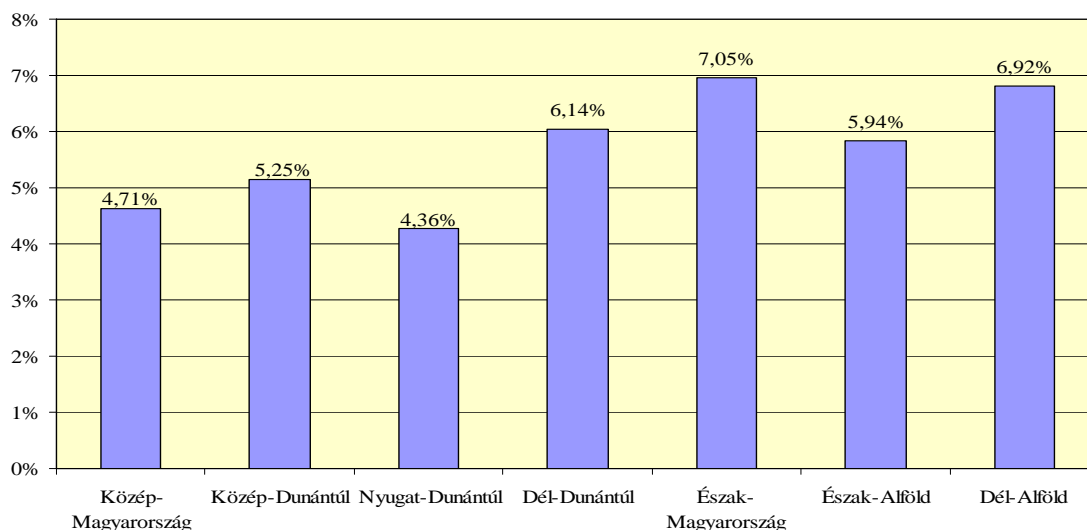
A gazdaságilag nem aktívák száma korcsoportok szerint, 2009, fő

Régió	15–24	15–24	25–64	25–64	65–74	65–74	Összesen
Közép-Magyarország	247 300	26,50%	430 400	46,12%	255 700	27,40%	933 300
Közép-Dunántúl	97 200	26,17%	175 100	47,15%	99 100	26,68%	371 400
Nyugat-Dunántúl	84 700	25,98%	151 500	46,47%	89 800	27,55%	326 000
Dél-Dunántúl	86 100	24,37%	180 300	51,03%	86 800	24,57%	353 300
Észak-Magyarország	119 500	26,23%	225 300	49,46%	110 700	24,30%	455 500
Észak-Alföld	153 300	27,12%	290 200	51,34%	121 600	21,51%	565 200
Dél-Alföld	127 900	26,51%	230 600	47,80%	123 900	25,68%	482 400
Összesen	915 900	26,27%	1 683 500	48,28%	887 700	25,46%	3 487 100

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

Magyarországon 2001-ben 577 ezer fő volt a fogyatékos emberek létszáma. A népszámlálás adatait figyelembe véve, a népesség 5,7%-a él fogyatékkal. *Gazdasági aktivitás* tekintetében 2001-ben a foglalkoztatási arány 9% volt. A *fogyatékkal élők* iskolázottsági szintje alacsonyabb, mint a nem fogyatékkal élőké, ez a kedvezőtlen tény nagymértékben behatárolja munkavállalási lehetőségeiket. Érettségivel a megváltozott munkaképességűek mindössze egynegyede rendelkezik és körülbelül 5%-uknak van felsőfokú végzettsége (*Lakatos et al., 2009*).

A *fogyatékkal élők régiók közötti megoszlását* vizsgálva láthatjuk, hogy az Észak-alföldi régióban 15,97%-uk, a Dél-dunántúli régióban 10,55%-uk él. A régiókon belüli arányt az alábbi ábra mutatja (*35. ábra*).



35. ábra

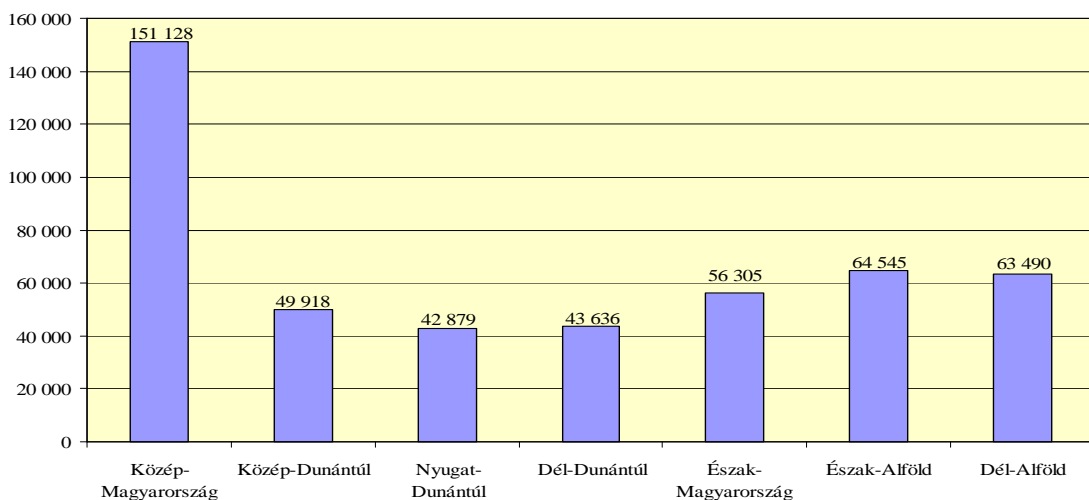
Fogyatékkal élők aránya a magyarországi régiókban, 2001

Forrás: KSH 2001. évi népszámlálás.

4.1.6. Családi körülmények

Magyarországon a *házasságkötések* száma 2009-ben 36 750 volt, és 23 800 házasságot bontottak fel. Az elvált családi állapotúak aránya 10,7% volt. A házasságban élők aránya ezzel párhuzamosan 45,8%, ami azt jelenti, hogy a felnőtt népesség kevesebb, mint fele házas. Magyarországon 2001-ben több mint 471 ezer olyan egyszülős család volt, amelyben legalább egy eltartott gyermek élt. Ebből 58 ezer a gyermekét egyedül nevelő apák és 413 ezer a gyermeket egyedül nevelő anyák száma. A csonka családok hagyományos megoszlása erősen tovább él, sőt, 1990 óta az eltartott gyermeket nevelő egyszülős családok között 79%-ról 88%-ra emelkedett az anyák aránya (Vukovich, 1999).

A 15 évnél fiatalabb gyermekét egyedül nevelő szülők között az anyáknak 29%-a nevel egy, 9%-a két gyermeket, míg az apáknál ez az arány 21% és 5%. 15 évnél idősebb gyermeket nevel az egyedülálló anyák 60%-a, és az apák 72%-a. A három, vagy több gyermeket egyedül nevelő szülők száma már igen alacsony, ami az apák 1%-át, az anyák 2%-át jelenti. Az eltartott gyermeket egyedül nevelő apák 12%-a, míg az anyák 11%-a diplomás. Az apák 46%-a, az anyák 42%-a középfokú végzettségű, míg az anyák 47%-a, az apák 42%-a 8 osztályt vagy annál kevesebbet végzett. Az *iskolai végzettség szerinti bontásban* tehát nincsen jelentősebb különbség az egyedülálló anyák és apák megoszlása között. A régiókat összehasonlítva az Észak-alföldi régióban és a Dél-dunántúli régióban is magas a gyermekét egyedül nevelő szülők száma (36. ábra).



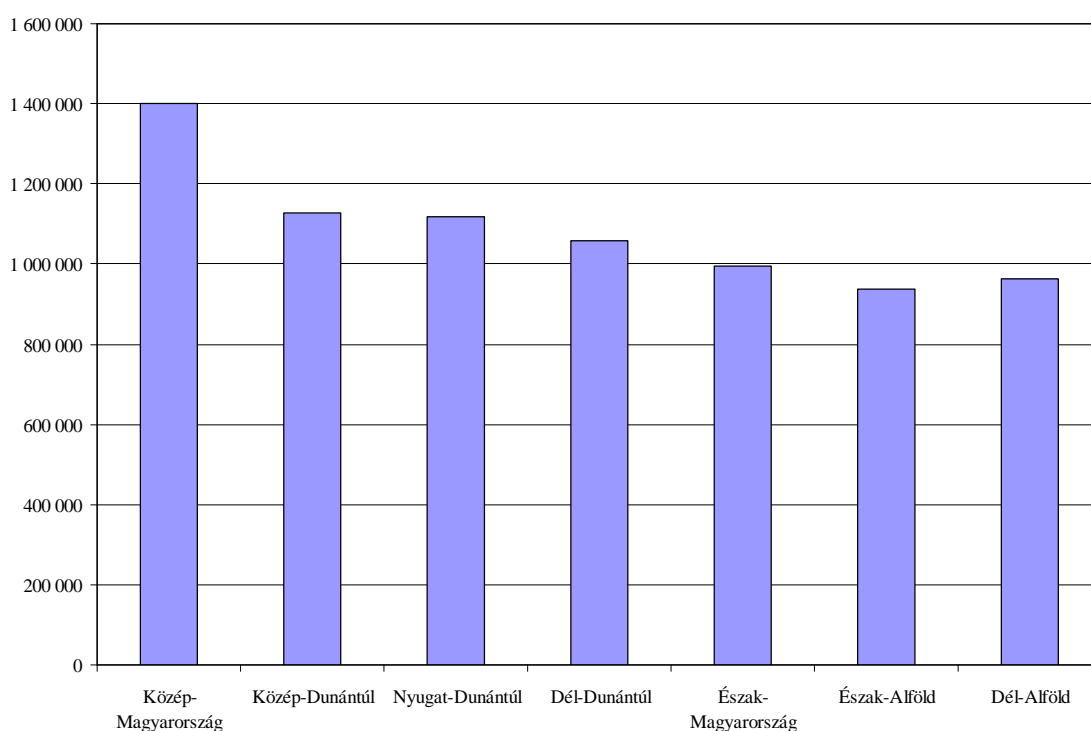
36. ábra

Gyermeüket egyedül nevelő szülők száma (fő) régióként, 2009

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

Számos kutatás rámutatott, hogy az iskolai végzettség, a társadalmi helyzet, a jövedelem lényeges befolyásolhatja a *gyermekvállalást* (Andorka, 1987; Kamarás, 2003; Spéder et al., 2008). *Gold és munkatársai* (2002) a jövedelemegyenlőtlenségek és a szegénység gyermekvállalásra való hatását igazolták.

A háztartások egy főre jutó jövedelem adatait áttekintve megállapítható, hogy a családdal és gyermekekkel kapcsolatos ellátások kivételével valamennyi jövedelmi forrás, mint például munkajövedelem (beleértve a főállásból, illetve vállalkozásból származó bevételt), nyugdíj és egyéb jövedelem vonatkozásában, és így az összérték esetében is a Dél-dunántúli régióban magasabb a vizsgált adat (37. ábra).



37. ábra

A háztartások egy főre jutó éves bevétele és jövedelme, 2009

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

A megélhetési költségek az alábbi *főbb kiadásokból* tevődnek össze:

- élelmiszer,
- lakhatás, lakásfenntartás (villany, víz, gáz költségei),
- közlekedés, hírközlés,
- oktatás, művelődés,
- szolgáltatások (ruházkodás, fodrász, étterem, fogorvos, szórakozás stb.).

A magyar háztartások összes személyes célú kiadásaik kb. egyharmadát fordítják élelmiszerre és 40%-át lakásfenntartásra. Akik lakást bérelnek, ennél többet költenek lakhatásukra (akár 50–60%-ot). Ez a két legnagyobb kiadási csoport, ezen termékek ára folyamatosan növekszik. A közlekedés és a hírközlés a harmadik legnagyobb kiadási csoport (kb. 15%). Az egészségügy (különösen a gyógyszerköltségek) is növekvő szeletet hasítanak ki a költségekből. A ruházkodásra, művelődésre és szórakozásra fordított fogyasztási kiadások egyre csökkenő hányadot, kb. 5%-ot tesznek ki (*Kapitány et al., 2004*).

A lakhatás az élet olyan alapszükséglete, amelyet valamilyen szinten fedezni kell, és feltételezhetjük hogy ezt mindenki alapvető célként is értelmezi. Jogosan tekinthetjük szegénynek, anyagilag hátrányos helyzetűnek tehát azokat, akiknél ezen létfeltétel minősége nem kielégítő (*Kapitány et al., 2004*). Vizsgálatok mutattak rá (*Fábián et al., 2000; Hegedűs et al., 1994*), hogy a rendszerváltás utáni Magyarországon a társadalmi hátrányok egyik legegységesebb attribútuma a lakáshelyzet. Amennyiben ez rossz, az ebből való kitörés szinte elviselhetetlen terheket ró az érintettekre.

A lakhatási lehetőségek Magyarországon jelentősen különböznek a főváros és a vidék tekintetében. Míg a falvakban és kisebb városokban az önálló családi házak elterjedtek, a nagyvárosokban inkább lakótelepeken és társasházakban laknak az emberek. A lakásállományon belül a tulajdonos által lakott lakások aránya magas, az EU átlagot messze meghaladja: Magyarországon a lakások mintegy 92%-ában a tulajdonos lakik (*Net23*).

A munkahely elvesztése a jövedelmi viszonyokban közvetlenül megmutatkozik, az életkörülményekben azonban csak késleltetéssel, a jövedelemcsökkenésből következő vagyoni hátrányok sokasodása nyomán jelentkezik (vagyontárgyakat el kell adni, a fogyasztást vissza kell fogni, az elromlott háztartási eszközök javításáról, pótlásáról le kell mondani stb.). Fordítva: a munkanélküli státus elhagyásának (a munkavállalásnak,) a pozitív jövedelmi hatásai közvetlenül jelentkeznek, míg a vagyoni körülmények csak a munkapiaci pozíció stabilizálódása után (az újabb munkanélküliségi periódus elkerülése esetén) javulnak (*Kapitány et al., 2004*).

Magyarországon is vizsgálták a társadalmi egyenlőtlenségek hatását, és megállapították, hogy annak legnagyobb vesztesei a gyermekek, mert az utóbbi időben a gyermekszegénység emelkedett a leginkább (*Spéder, 1996, Ferge, 2000, Medgyesi et al., 2000, Spéder et al., 2001*).

A magyarországi helyzet vizsgálatának meglepő eredménye volt a területi és regionális különbségek növekedése az elmúlt évtizedben (*Andorka et al., 1996; Spéder, 2002a*). Akármelyik szegénységdefiníciót nézték, a Dunántúl egy része és a Budapestet

is magában foglaló Közép-Magyarország mutatkozik a legkevésbé szegénynek. Középen a két déli régió található, és a különböző szegénységrátákat tekintve közöttük csak csekély különbség tapasztalható. A legmagasabb szegénységkockázattal sújtott terület az Észak-Alföld, ezt követi Észak-(Kelet)-Magyarország. A demográfiai tényezők teret nyertek az egyenlőtlenségek és szegénységkockázatok generálásában (Andorka *et al.*, 1996; Spéder, 2002b).

A nemek szerint nincs különbség a *szegénységkockázatok* között. A *gyermekszámot* tekintve már az egygyermekeseknek is az átlagosnál rosszabbak az esélyeik (eltekintve az abszolút depriváció arányától), és ahogy nő a gyermekszám, úgy emelkedik a gyermekes családban élő felnőttek (és gyermekeik) szegénységi kockázata; három gyermeknél már az átlag kétszeresére, azt követően háromszorosára növekszik. Az adminisztratív besorolás szerinti *családi állapot* hatása csak az elváltak esetében karakteres, közöttük magas a hátrányos helyzetűek aránya. Az *etnikai hovatartozás* szinte mindennél jobban azonosítja az egyik legnagyobb szegénységkockázatokkal rendelkező csoportot. A *romák* minden közelítés szerint igen hátrányos helyzetben vannak. A roma népesség körében a szegénységkockázati tényezők (iskolai végzettség, inaktivitás, magas gyermekszám, községi lakóhely, élettársi kapcsolat) kumulálódnak (Kapitány *et al.*, 2004).

Vizsgálatok mutattak rá, hogy a *szegénység és az iskolai végzettség lineáris összefüggést mutatnak*. Átlag feletti a szegénységi arány a két legalacsonyabb (8 osztálynál kevesebb és 8 osztály) iskolai végzettséggel rendelkezők között, míg a szakmunkás végzettségüké átlag körüli. A diplomások körében a hátrányos helyzetűek hányada elhanyagolható (Kapitány *et al.*, 2004).

Ferge (2008) szerint a mai Magyarország legégetőbb problémája az egyenlőtlenségek minden területet átfogó, parttalan növekedése. Bass és munkatársai (2008) kutatási jelentésükben azt állapították meg, hogy bár az elmúlt években érzékelhető javulás figyelhető meg az iskolázás, a lakáshelyzet és a magasabb végzettségűek foglalkoztatási feltételeiben, de a javulás kivétel nélkül a viszonylag jobb helyzetűekre korlátozódik. A szegénység és az egyenlőtlenségek szorosan összefüggnek. Az etnikai szegénység a romák körében figyelhető meg, esetükben kumulálódnak a szegénységet előidéző tényezők, a „szegénységkockázatok”, így az alacsony iskolai végzettség, az inaktivitás, a munkanélküliség, a magas gyerekszám, és a települési, térségi hátrányok. A strukturális hátrányok tényezői, a munkaerő-piacról való kiszorulás, valamint az erős diszkrimináció egymást kölcsönösen erősítő folyamattá váltak (Babusik, 2007; Fónai, 2008).

4.1.7. Életmód

Több kutatás mutatott rá, hogy *a lakosság egészségi állapotát az életmód jelentős mértékben befolyásolja*. Életmódnak nevezzük azt, ahogyan az írott és íratlan szabályok szerint az életünket éljük, ahogyan szükségleteinket kielégítjük. Az életmódot számos tényező határozza meg: a történelmi kor, a társadalmi viszonyok, a gazdasági viszonyok, a kulturális környezet, a végzett munka, a lakókörnyezet, a hagyományok, a technikai fejlettség, a tömegkommunikáció, a divat, a család, az életkor, a nem és maga az egyén. Az életmódot befolyásolja a munkára, az egyéb kötelezettségekre, fiziológiai szükségletekre fordított idő, illetve az ezeken túl fennmaradó szabadidő mennyisége. Az ember különböző életszakaszaiban az előbbi tényezők különböző mértékben kapnak szerepet.

A szabadidő is sokat változik az életciklus során, befolyásolja a végzettség, a családi állapot, az anyagiak, az életmód, stb. Vannak a szabadidő eltöltésének kifejezetten életkori sajátosságai, de nemek szerint is eltérőek a kedveltebb szórakozási formák. Itt kell megjegyezni, hogy a kötelezettségekre fordított idő is eltérő a férfiak és a nők esetében.

Több tanulmány adatai mutatják, hogy *a nemek szerinti egyenlőség megvalósítása Magyarországon még várat magára (Watson et al., 2002)*. A férfiak többsége számára a házimunka „szívességtételként”, a női munkába való besegítésként jelenik meg. A magyar nők többet dolgoznak, mint a férfiak: majdnem kétszer annyi időt fordítanak háztartási munkavégzésre, így jóval kevesebb a szabadidejük. Míg a gyermektelen nőknek nagyobb az esélye a munkaerő-piaci részvételre, mint a gyermekeseknek, addig a férfiak esetében fordított a helyzet (Takács, 2008).

A városi és a vidéki életmód is eltérő képet mutat a szabadidő eltöltésének szempontjából. A társadalmi rétegek különböző életmódból eredő sajátosságai a szabadidő eltöltésének szokásait is eltérővé teszik. Az eltérő iskolai végzettség, a lakóhely, a környezet jelentősen befolyásolja a lehetőségeket, de az „otthonról hozott szokásoknak”, a tradícióknak is befolyásoló szerepe van (Reichlin, 2007).

Az életmóddal kapcsolatos kutatások áttekintésekor Max Weber (1992), Bourdieu (1978) és Giddens (1991) munkáit kell kiemelni. Mindhárman megfogalmazták, hogy az egyes társadalmi osztályok között jelentős különbségek tapasztalhatók életformák tekintetében. Ezeknek a különbségeknek az alapja a választás és a lehetőség közötti kölcsönhatás. Az életlehetőségek elsősorban társadalmi, gazdasági befolyásoltságúak, ugyanakkor az egyén saját maga is felelős saját egészségéért. A gazdasági tényezőket természetesen befolyásolja a képzettség, a foglalkozási státusz és a jövedelem, amely

így körvonalazza az anyagi lehetőségeket. Ugyanakkor biológiai tényezőkkel is számolni kell, ideértve az életkort, a nemet és az egészségi állapotot. Nem hagyható figyelmen kívül a kulturális tényező, valamint a pszichológiai tényező sem, amelyekből az előbbi magába foglalja az értékrendet és a vallásosságot, az utóbbi pedig, hogy az egyén mennyire külső-, vagy belső készítés szerint irányított (*Benkő, 2000*).

Magyarországon *Vitányi Iván* vezetésével többször végeztek olyan életmód kutatásokat, amelyek a különböző társadalmi csoportok kulturális szokásait vizsgálta. Vitányi megkülönböztetett sokoldalú életmódot folytató csoportot, egy oldalú életmódot folytató csoportot, otthon ülő csoportot és atipikus életvitelt, azaz sivár életmódot folytatók csoportját. A különböző kutatásokból kiderül, hogy a kultúra fogyasztása és az életmód között szoros összefüggés tapasztalható. Eltéréseket találunk a kultúrához való igények területén is, a vizsgálatok azt igazolták, hogy az emberek kulturális fogyasztását életkoruk, iskolai végzettségük, társadalmi státuszuk, gazdasági helyzetük és bourdieu-i habitusuk is determinálja. Vagyis a kultúrához való viszony a társadalmi rétegzettséghez erősen kötött (*Vitányi, 1981, 2006*).

A *szabadidős tevékenységeket vizsgálva* a kutatók azt találták, hogy Magyarországon a legnagyobb hátrány az össztársadalmi átlaghoz képest a nyaralási lehetőségekben, a ruha- és újságvásárlásban és a takarékoskodásban mutatkozik. A szegények 13–16%-a tud évente egyszer elmenni nyaralni, szemben a társadalom 42%-os arányával, míg havonta 5000 Ft-ot 17–22%-uk képes félretenni, szemben a társadalom 41%-os arányával. A jómódúak között ez a két életmódelem 70–75%-os hányadban jelenik meg. Újságra a jövedelmük és a lakásviszonyaik szerint a szegények felének, a segélyezettek 60%-ának van pénze, míg új ruhát 18–20%-uk tud rendszeresen venni (a társadalom egészére vonatkozóan ez a két arány 70%-os, illetve egyharmados) (*Kapitány et al., 2004*).

Ha a turizusból való kimaradás okainak megoszlását vizsgáljuk a KSH adatbázisában (2009), akkor az okok között leggyakrabban az anyagi okok, egészségügyi okok és a munkából adódó kötelezettségek szerepelnek (*Net24*).

4.1.8. Egészségi állapot, egészségmagatartás

Az *egyén egészségét* számos egyéni és környezeti tényező befolyásolja, mint például az életmódja, a genetikai adottságai, környezeti hatások és az egészségügyi ellátórendszer minősége és hozzáférhetősége (*Meade et al., 2000*).

Az egyéni tulajdonságok között legalapvetőbbek a *biológiai tulajdonságok*, mint például az egyén neme, kora, de ehhez hozzáadódnak a pszichés tulajdonságok is, mint az érzelmi és értelmi adottságok. Ezek együtt jelentősen körvonalazzák az adott személy magatartását. Az egyén egészsége és az azt befolyásoló tényezők között kétirányú kapcsolat figyelhető meg, az egyes tényezők befolyásolják az egyén egészségét, ugyanakkor az egészség, illetve annak megromlása visszahat egy-egy tényezőre (Vitrai et al., 2004).

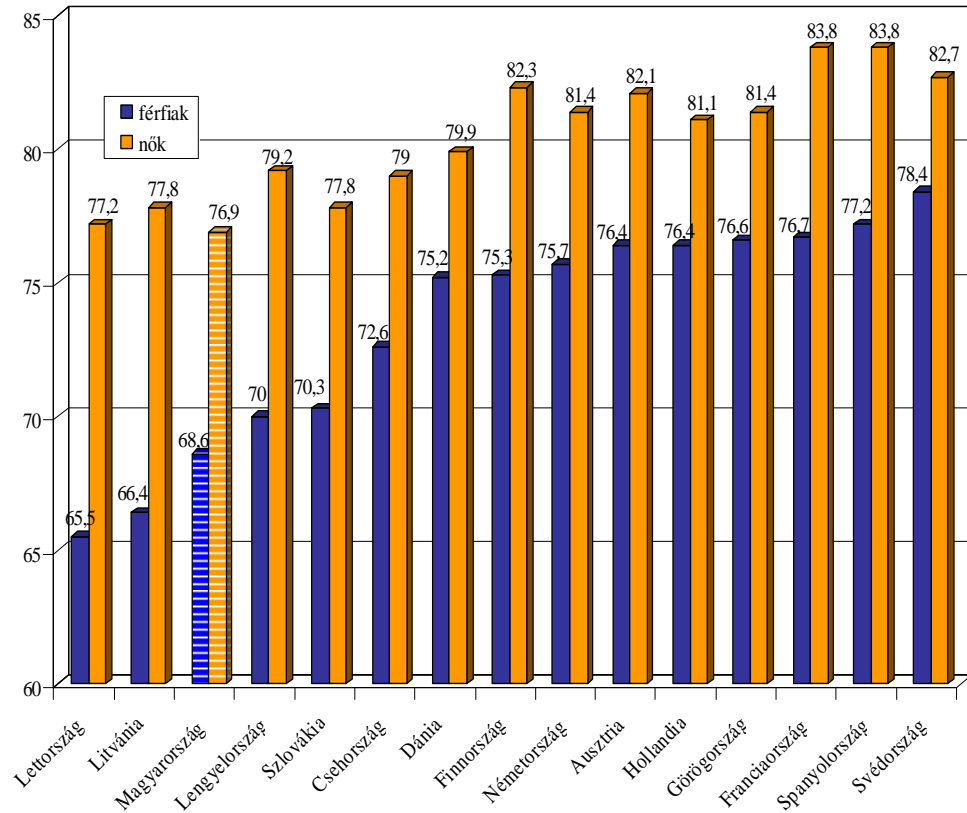
Az *egészségmagatartás* mindazon magatartási mintákat, cselekvéseket és szokásokat foglalja magába, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, az egészség helyreállításához vagy javításához. Az egészségmagatartási tényezők kiemelt jelentőségét az adja, hogy mint ahogyan azt a WHO számszerűen is kimutatta, a vezető halálokok következtében fellépő halálozás szignifikáns hányadát az egyéni magatartás okozza, illetve az, hogy ezek a magatartási tényezők megváltoztathatók (Net25).

Az országon belüli társadalmi, *gazdasági különbségek* jelentősen befolyásolják az egyes térségek lakosságának egészségi állapotát. A kutatások rámutattak, hogy akár 2–3-szor magasabb lehet az alacsonyabb társadalmi státuszúak körében a halálozási arány (Wilkinson, 2006). A kedvezőtlen szociális helyzetből eredő úgynevezett pszichoszociális kockázatok jelentősen hozzájárulnak az egészségi állapot megromlásához (Elstad, 1998). A munkanélküliség, a stressz, a társadalmi, baráti kapcsolatok hiánya szorongáshoz, magatartási zavarokhoz, súlyosabb esetben depressziós tünetegyüttes kialakulásához vezethet, amely az egyik leglényegesebb egészséget veszélyeztető tényező (Macleod et al., 2005).

Az *életmóddal kapcsolatos kockázati tényezők*, az egészségkárosító magatartás jelentősen hozzájárul bizonyos krónikus betegségek kialakulásához, illetve súlyosbodásához. A fejlett országokban a halálozások legalább felét a három legfőbb rizikótényezővel (dohányzás, alkoholizmus, elhízás) és a négy fő halállal (szívinfarktus, agyér-görcs, tüdődaganat, májzsugor) magyarázzák (Planning, 2008). Arról sem szabad megfeledkeznünk, hogy a felnőtt lakosság körében egyre növekszik az idősek aránya és közöttük a legmagasabb a hátrányos helyzetűek és a szegények száma (Széman, 2008). Az előrehaladott életkor és a társadalmi helyzetből eredő szociális hátrány együttesen fokozott veszélyeztetője lehet az egészségi állapotnak (Gyukits et al., 2002; Helman, 2003).

Magyarországon a *lakosság egészségi állapota* rosszabb, mint ami az ország gazdasági fejlettségi szintjéből következne, rendkívül magas az idő előtti halálozások száma, különösen kiemelendő a középkorú férfiak halandósága (38. ábra). A hazai lakosság kedvezőtlen egészségi állapota az egészségromboló életmódra, a káros szenvedélyek

széleskörű elterjedésére és sok esetben az egészség magatartással kapcsolatos hiányos ismeretekre vezethető vissza (Uzzoli, 2008).



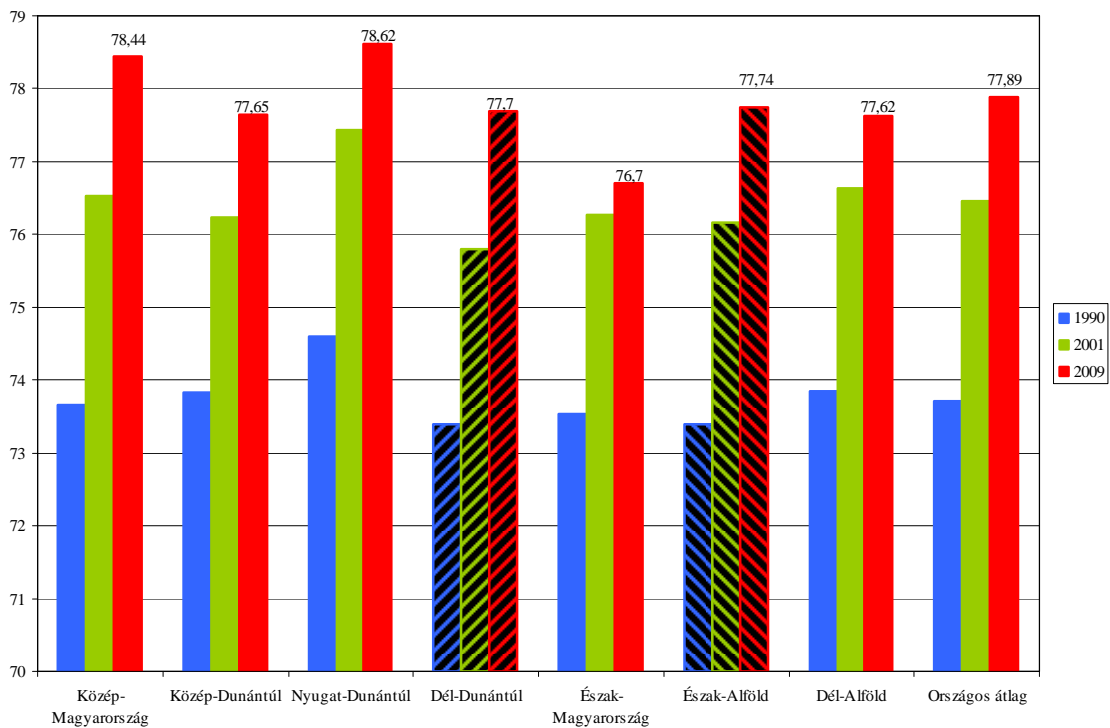
38. ábra

Születéskor várható átlagos élettartam az EU egyes országaiban, 2004

Forrás: www.tarsadalomkutatas.hu alapján saját szerkesztés.

A régiók között megfigyelhető társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek visszatükröződnek a lakosság egészségi állapotában is. Az *Észak-alföldi régióban* a férfiak születéskor várható átlagos élettartama 2001-ben 67,03 év, míg 2009-ben 69,29 év volt, a nők születéskor várható átlagos élettartama 2001-ben 76,14 év volt, míg 2009-ben 77,74 év volt. A *Dél-dunántúli régióban* ugyanez az érték férfiak esetében 2001-ben 67,83 év, és 2009-ben 69,59 év volt. A nők esetében a 2001-ben mért 75,79 év 2009-re 77,7 évre módosult (39–40. ábra).

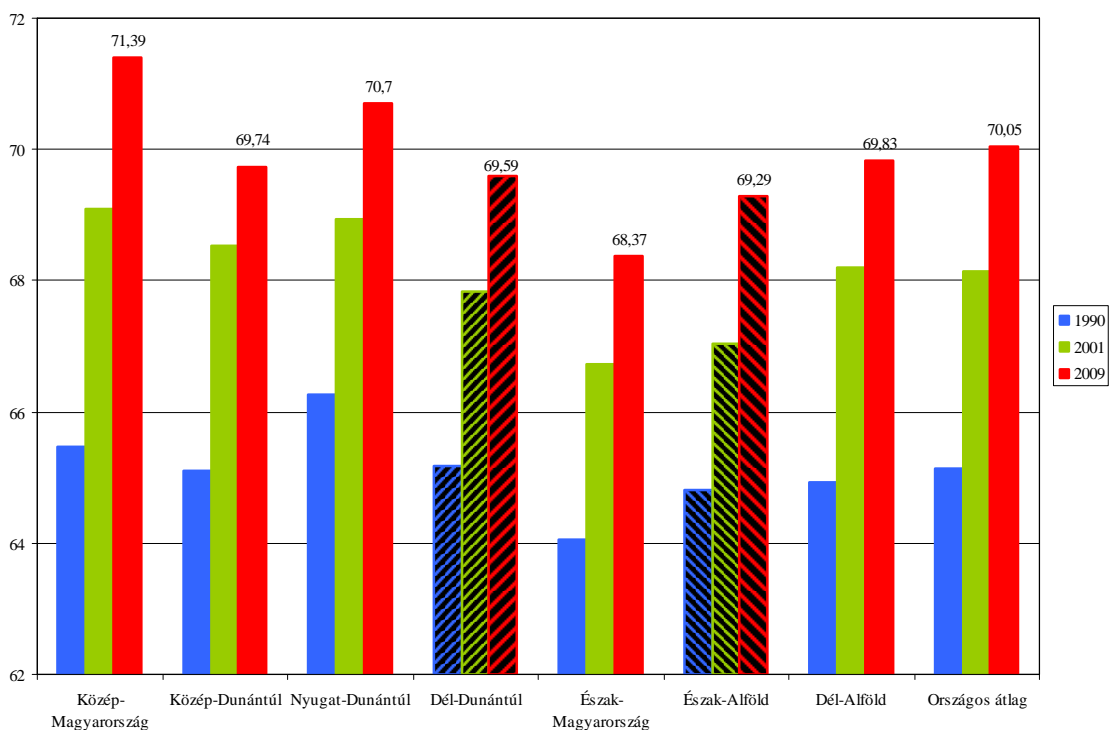
A kutatások szerint az *egy főre jutó GDP és a munkanélküliségi arány* alakulása hatással van a születéskor várható élettartam alakulására. Minél magasabb a gazdasági fejlettség és a jövedelemszint, annál kedvezőbbek az életkilátások (Gidai, 2007). Magas munkanélküliségi arány általában alacsonyabb születéskor várható átlagos élettartammal jár együtt (41. ábra).



39. ábra

A nők születéskor várható élettartama, 1990, 2001, 2009

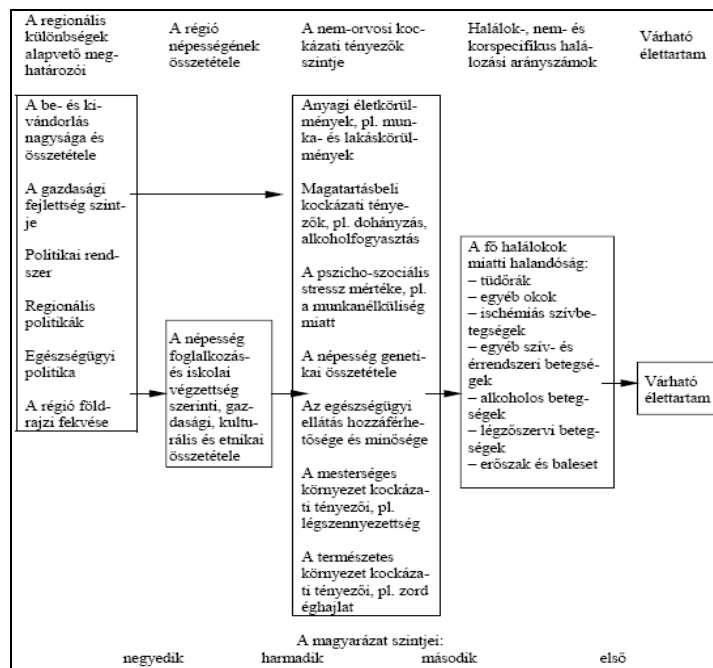
Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.



40. ábra

A férfiak születéskor várható élettartama, 1990, 2001, 2009

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.



41. ábra

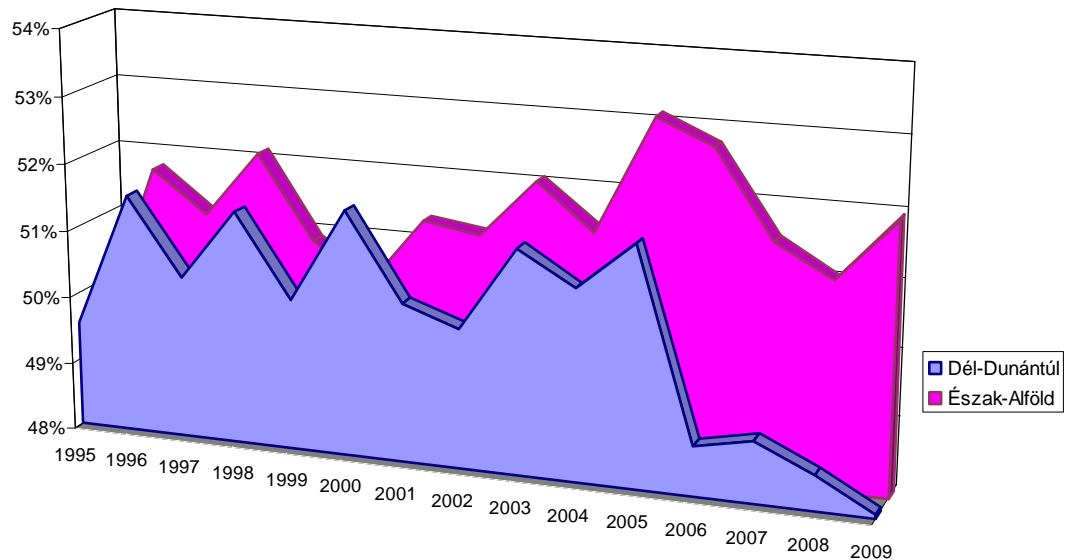
A várható élettartam regionális különbségeinek magyarázata

Forrás: Daróczi et al., 2004.

Az Észak-alföldi régió népességének halálozása egyes megbetegedésekben lényegesen magasabb, mint a hazai átlag. A 2009. évi közel 18 800 halálesetből 9776 esetben volt az oka szív- és érrendszeri megbetegedés (51,9%) és 4679 esetben (18,2%) daganatos megbetegedés volt a halál oka (42–43. ábra). Meg kell jegyezni, hogy a szív- és érrendszeri betegségek miatti halálozások jelentős hányada elkerülhető lenne egészséges életvezetéssel és megfelelő színvonalú egészségügyi szolgáltatással. A Dél-dunántúli régióban is a vezető halálozási ok mindkét nemben a keringési rendszer betegsége (48%). Az országos adatokhoz hasonlóan mindkét régióban második helyen szerepelnek a rosszindulatú daganatos megbetegedések miatti halálozások (44–46. ábra) (Németh et al., 2005.; Net26).

A 2003-as Országos Lakosság Egészségfelmérés (Net25) adatai alapján a Dél-dunántúli régióban az országos átlagnál (18%) többen (20%) ítélték saját egészségi állapotukat rossznak, vagy nagyon rossznak és az országos szinttel megegyezően 45%-uk mondta, hogy jónak, vagy nagyon jónak tartja saját egészségi állapotát. A régióban az alkoholt egyáltalán nem fogyasztók aránya (41%) kisebb, mint az országos átlag (46%). Az Észak-alföldi régióban a rendszeresen alkoholt fogyasztók aránya a férfiak és a nők vonatkozásában is kedvezőbb az országos átlagnál. A Dél-dunántúli régióban hasonló

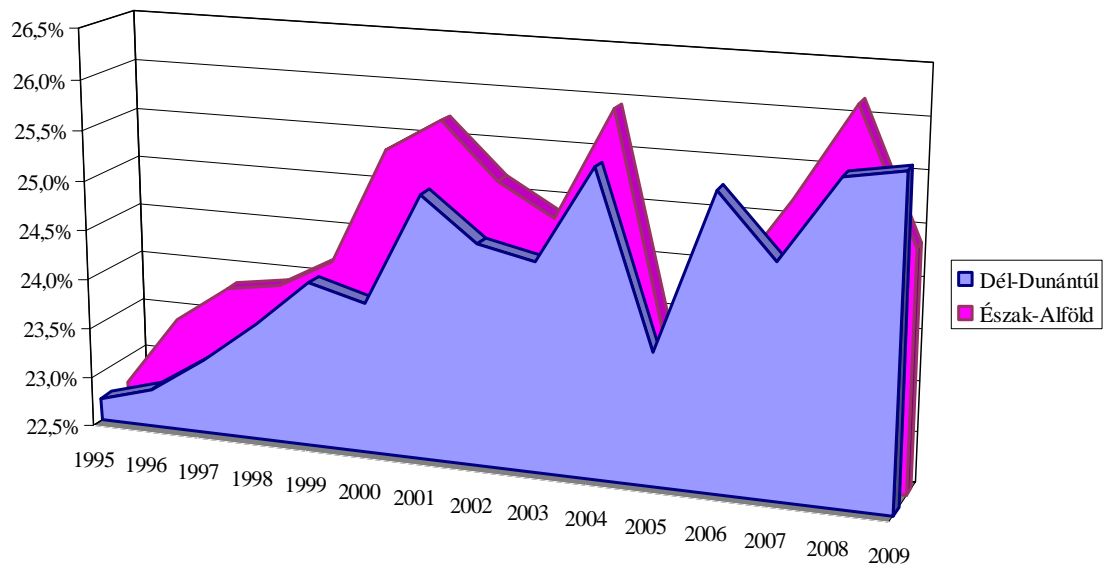
volt a dohányzás gyakorisága mint országosan, kivéve az erős dohányosokat, akiknek ebben a régióban magasabb az aránya. Az Észak-alföldi régióban a férfiaknál a dohányzás gyakorisága magasabb (40%), mint az országos átlag.



42. ábra

Keringési rendszer betegségei miatti halálozási arány alakulása a Dél-Dunántúlon és az Észak-Alföldön, 1995–2009

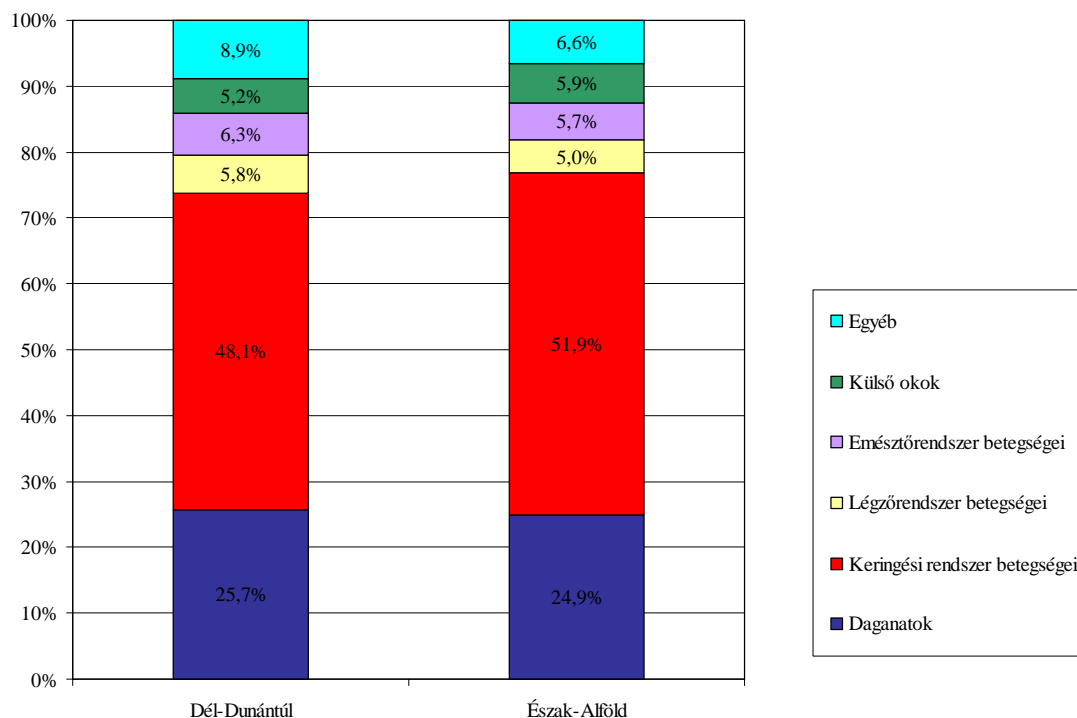
Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.



43. ábra

Daganatos megbetegedések miatti halálozási arány alakulása a Dél-Dunántúlon és az Észak-Alföldön, 1995–2009

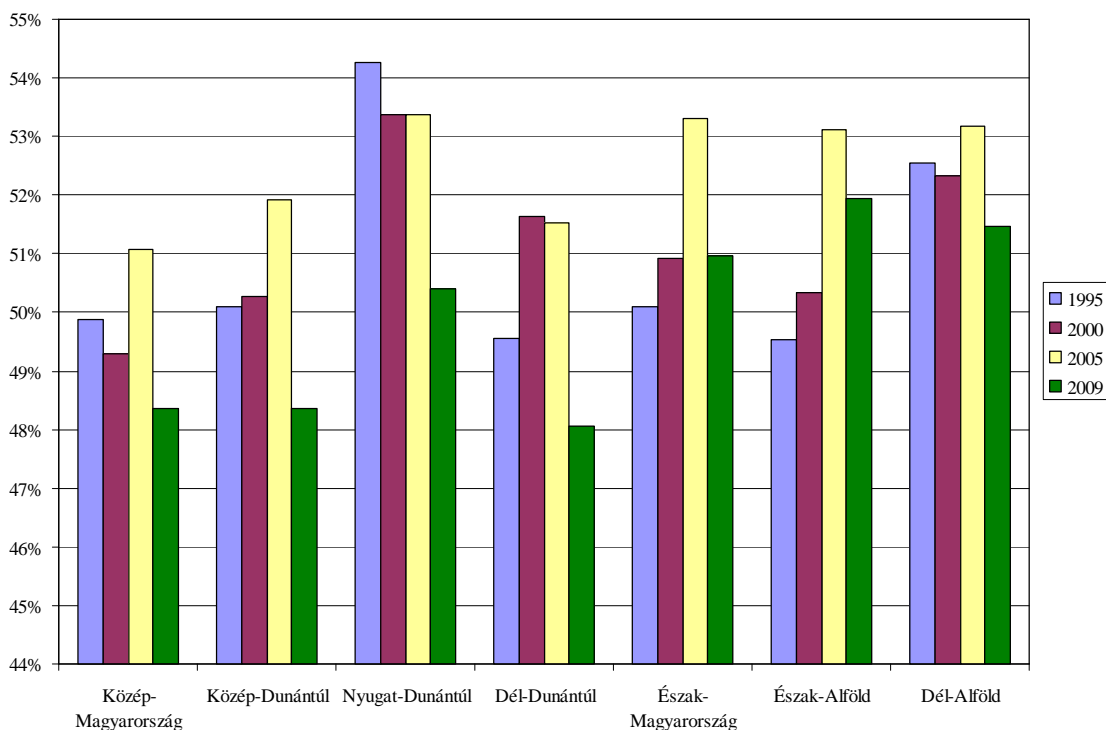
Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.



44. ábra

Halálokok megoszlása a Dél-Dunántúlon és az Észak-Alföldön, 2009

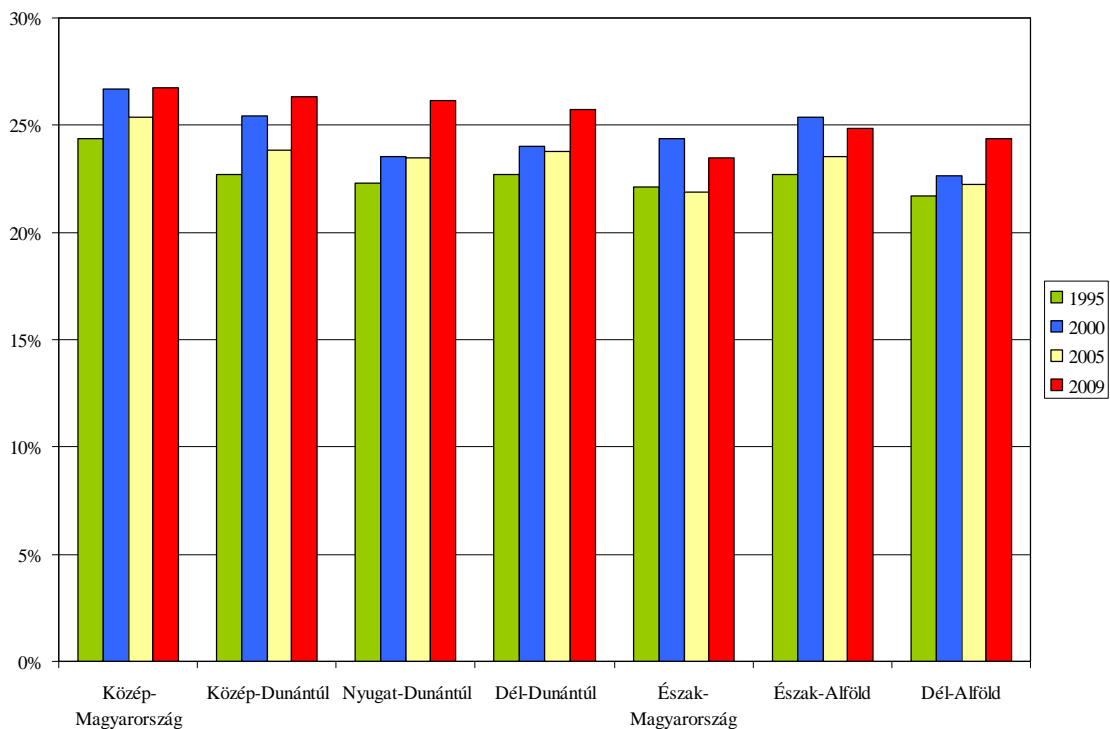
Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.



45. ábra

Keringési rendszer betegségei miatti halálozási arány alakulása régióként, 1995–2009

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.



46. ábra

Daganatos megbetegedés miatti halálozási arány alakulása régióként, 1995–2009

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés.

Az Észak-alföldi régióknak figyelemfelkeltő többlete van az öngyilkosságok okozta halálozásokban. A 2005. évi *Népegészségügyi Jelentés* megállapította, hogy kedvezőtlen a térségben a lakosok egészségmagatartása, figyelembe véve a dohányzási, alkoholfogyasztási, táplálkozási és testmozgási szokásokat (Tokár et al., 2005).

A magyarországi kutatások rámutattak, hogy a rendszerváltozásnak nemcsak a munkaerőpiacon és az életkörülményekben, hanem az életkilátásokban is egyértelmű vesztesei a legalacsonyabb iskolai végzettségűek, nyertesei pedig a magasabb végzettséggel rendelkezők, különösen a diplomások. Az egy főre jutó GDP és a munkanélküliségi arány változása hatással van születéskor várható átlagos élettartam alakulására. Minél magasabb a gazdasági fejlettség és a jövedelemszint, annál kedvezőbbek az életkilátások, a magas munkanélküliségi arány általában alacsonyabb születéskor várható átlagos élettartammal jár együtt (Habicsek et al., 2007; Uzzoli, 2009).

A kutatások adatai igazolták, hogy az életkilátások településtípusok szerint szintén releváns különbségeket mutatnak. Minél inkább növekszik a település nagyság (község – város – megyei jogú város – főváros), annál inkább megfigyelhető a hosszabbodó élettartam, a rövidebb betegidőszak, azaz végső soron a hosszabb egészségben eltölthető

várható átlagos élettartam (Faragó, 2007). Az Uzzoli Annamária által vezetett kutatás (2009) eredménye azt mutatta, hogy Magyarországon az elmúlt 40 évben gyorsan növekedett a civilizációs ártalmakból eredő halálteki főcsoportok részaránya, amelyek ma együttesen az összhálózások több, mint 90%-át teszik ki. Főként a szívinfarktus és a tüdődagánat halálózások alapján igen rossz helyzetű Kelet-Magyarország, s a nyugatkeleti megosztottság határának Nógrád, Jász-Nagykun-Szolnok és Békés megyék tekinthetők. A Dunántúlon Somogy megye egészségmutatói rosszabbak a régió és az ország átlagaihoz képest; a Tiszántúlon pedig Csongrád megye az, ahol országosan is viszonylag jó az egészségi állapot.

A két legjelentősebb halálteki főcsoport – a keringési rendszeri és a dagánatos – vonatkozásában, amelyek az összhálózások több mint 70%-át teszik ki Magyarországon, megállapítható, hogy a rendszerváltozás előtt és után ugyanazok a megyék voltak az országos átlag feletti, illetve alatti megyék. 1985-ben és 1995-ben mindkét halálteki főcsoportban a halálózások alapján átlag feletti terület volt Budapest és Borsod-Abaúj-Zemplén megye, azonban tíz év alatt a romlás leginkább Bács-Kiskun és Pest megyét érintette. A vizsgált tíz év alatt csak Hajdú-Bihar megyében rosszabbodott a helyzet a keringési rendszeri halálózásokban.

Az országon belüli társadalmi különbségek egyik megnyilvánulási formája az egészségi állapotban megfigyelhető területi különbségek (Uzzoli, 2008). Daróczi és Kovács (2004) a hazai halandóság ezredvégi viszonyait vizsgálva, nemzetközi összehasonlítást végezve megállapította, hogy a gazdasági fejlettség a születéskor várható élettartam tekintetében az európai országok közötti különbségek mintegy 80 százalékát magyarázza, mind a férfiak, mind a nők esetében. Az adatok alátámasztották azt is, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek egyértelműen, a gazdaság minden fejlettségi szintjén csökkentik az életésélyeket. A halandóság mai eltéréseit – statisztikailag kimutathatóan – döntően az anyagi viszonyok határozzák meg. Az is kiderült azonban, hogy a jövedelem nem elegendő. Elsőrendű feladat a leszakadó rétegek helyzetének jobbítása, a munkakörülmények javítása, az egészségügy és az egészségtudatos magatartás fejlesztése.

A területi különbségeket vizsgálva igazolták, hogy a halandóság szintje jelentősen különbözik aszerint, Magyarország mely területéről van szó. A megyék közötti különbség nagyobb volt a férfiaknál, mint a nőknél, és lényegesen nagyobb az alacsony iskolai végzettségűek körében, mint a legalább érettségivel rendelkezők esetén. A halandóság területi különbségei korántsem csupán a megyék eltérő társadalmi összetételéből fakadtak, hiszen az eltérések az azonos végzettségűek között is jelentősek voltak: a magasabb iskolai vég-

zettségűektől az iskolázatlanok felé haladva egyre nagyobbak. Ez mindkét nem esetében fennállt. Ennek hátterében az egyéb tényezők (a jövedelmi viszonyok, az oktatás színvonala, a munkakörülmények, a lakáshelyzet, az egészségi ellátás színvonala és elérhetősége stb.) helyi eltéréseit feltételezték.

Azt, hogy a különböző betegségek milyen plusz terhet jelentenek az egyén és a társadalom számára, több tényező határozza meg. Ilyen például (Kovács–Mészáros, 2006):

- a betegség súlyossága, egészségkárosító hatása;
- tartósan fennálló, vagy periodikusan visszatérő betegségről van-e szó;
- a betegség gyakorisága, azaz a lakosság mekkora részét érinti;
- a betegség mekkora gazdasági terhet jelent? Egészségügyi költségek, táppénz, járulékok;
- a betegség milyen mértékben károsítja az egyén pszichoszociális „funkcionalitását, azaz mindennapi életvitelét, munkaképességét.

A legnagyobb kihívást a társadalom számára a morbiditás és mortalitás szempontjából is gyakori és súlyos betegségek jelentik, mint például a szív és érrendszeri-, vagy a daganatos megbetegedések. A Hungarostudy 2002 vizsgálat megállapította, hogy a magyar lakosságban leggyakrabban problémát okozó betegségek a mozgásszervi betegségek (18%), a kardiovasculáris betegségek (13,4%), az allergiás betegségek és az asztma (4,8%). Majdnem minden 5. ember úgy ítélte meg, hogy valamilyen mozgásszervi, minden hetedik, hogy szív- érrendszeri, és minden huszadik, hogy allergia vagy asztma befolyásolja az életét. Ugyanakkor nem ezek a legnagyobb problémát okozó betegségek az egyén számára, hiszen az agyérbetegségek, vagy a daganatos betegségek sokkal súlyosabb terheket jelentenek. A testi betegségben szenvedők között ugyanakkor gyakoribbak a jelentős depressziós tünetek. A Hungarostudy 2002 adatai szerint az agyérbetegek több, mint 40%-a, a daganatos betegek egyharmada, a szív- érrendszeri, vagy mozgásszervi betegségben szenvedők egyötöde klinikailag jelentős, kezelést igénylő depresszióban szenved. A negatív hatás kölcsönösségét, vagyis hogy a depresszió kedvezőtlenül befolyásolja az egészséget több tanulmány is kimutatta. A depresszió és egyes krónikus betegségek – mint például kardiovaszkuláris betegségek, gyomor-bélbetegségek, cukorbetegség, vesebetegség, allergia – kölcsönösen negatív kapcsolataira számos tanulmány rámutatott (Beckman et al., 1992; Bush et al., 2001; Lustman et al., 1997; Lyketsos et al., 1987; Pohjasvaara et al., 2001; Wells et al., 1989; Glassmann et al., 1998).

4.1.9. Összegzés

A régiók gazdasági adottságait tekintve az Észak-alföldi régió 2004-től a hetedik, 2008-ban a hatodik, míg a Dél-dunántúli régió a negyedik helyet foglalta el a régiók sorrendjében az egy főre jutó GDP alapján. A külföldi érdekeltségű vállalkozások külföldi tőke szerinti megoszlásában 4% esik az Észak-alföldi és 1% a Dél-dunántúli régióra. A foglalkoztatási arány mindkét régióban az országos átlag alatti. A kutató-fejlesztő helyek megoszlása tekintetében 11,2% az Észak-Alföldön, 7,2% a Dél-Dunántúlon található. 2004 és 2009 között a Dél-dunántúli régió mintegy 253 milliárd Ft uniós támogatáshoz jutott, míg az Észak-alföldi régió közel 556 milliárd Ft uniós pályázati forrás fölött rendelkezett. A Dél-Dunántúl az ország legkisebb népsűrűségű régiója, itt található a legtöbb olyan kis falu, amelyben 500 főnél kevesebben élnek. Kor megoszlását tekintve az országos átlaghoz viszonyítva az idősek nagyobb aránya jellemző. Az Észak-Alföld Magyarország legfiatalabb, második legnagyobb területű és második legnépesebb régiója.

A Dél-Dunántúlon él a magyarországi németek, valamint horvátok közel 30%-a. Mindkét régió demográfiai viszonyaira hatással van a cigány népesség aránya. Mindkét régió jelentős része kívül esik a gyorsforgalmi úthálózat 15, illetve 30 perces vonzáskörzetén, ami a települések megközelíthetősége szempontjából hátrányosan befolyásoló tényező. A regionális foglalkoztatási viszonyokat tekintve Észak-Magyarországot követően Észak-Alföldön dolgozott a legkevesebb ember (43,1%). A Dél-Dunántúl helyzete sem sokkal jobb, a foglalkoztatási arány 46,1% volt. A munkanélküliek iskolai végzettség szerinti megoszlását vizsgálva mindkét régióban az országos átlagnál magasabb azoknak az aránya, akik az általános iskola 8 osztályával vagy annál kevesebb iskolai végzettséggel rendelkeznek. Országos viszonylatban az Észak-alföldi és a Dél-dunántúli régióban a legmagasabb (51%) a 25–64 éves korú inaktívak aránya. A háztartások egy főre jutó éves bevételét tekintve az Észak-Alföld áll az utolsó helyen.

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

Észak-alföldi régióban (51,9%). Mindkét régió tradíciókkal rendelkező egyetemi központot tudhat magáénak, amelyek mint kutatási potenciál, mint foglalkoztató intézmény, mint szellemi központ jelentős szerepet töltenek be a térségek életében.

4.2. A kérdőíves felmérés adatainak elemzése Lisrel modell alkalmazásával

A többváltozós adatelemzés statisztikai módszerei közül olyat kerestem, amely alkalmas a látens (vagy rejtett) változók modellezésére. Olyan változók értékeit kívántam meghatározni, amelyek közvetlenül nem mérhetők, mint például az egészség vagy a kultúra. A modell alapja az, hogy a közvetlenül mérhető adatok értékeit háttérben meghúzódó, rejtett változók határozzák meg valamilyen módon. A Lisrel modell alkalmazásával a megfigyelések információit jóval kisebb számú változóba aggregáltam, amelyek így könnyen áttekinthető kapcsolatban kerülnek egymással, illetve a mért változókkal is. Ez lehetőséget nyújtott arra, hogy a sokváltozós megfigyeléseket egyszerűbb módon megjelenítsem.

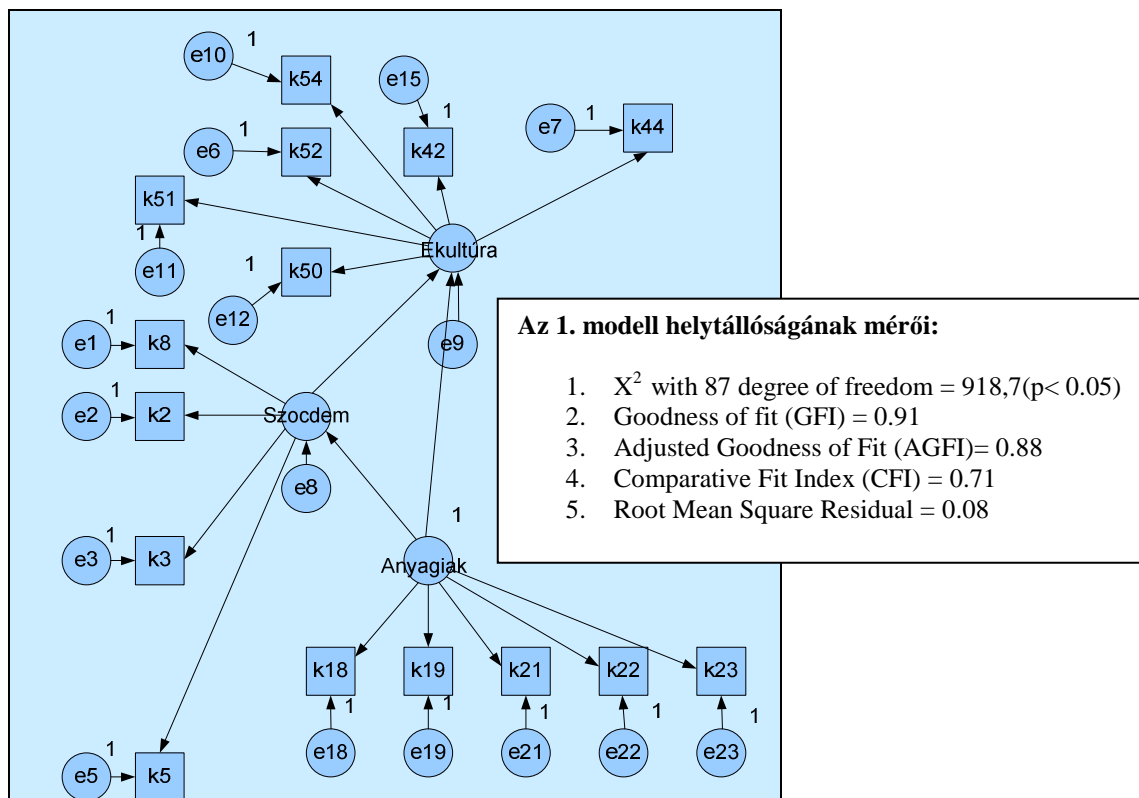
1. modell: A szociális háttér kapcsolata az egészségkultúrával és az anyagi lehetőségekkel (47. ábra)

A család fő eltartójának foglalkozása, a szülők iskolázottsága, a család jövedelme, a háztartás minősége, a lakókörnyezet, a családi légkör jelentősen meghatározzák az egyén szocio-ökonómiai státuszát. (White, 1982). A szegénységnek vannak objektív mutatói (pl. a családi jövedelem létminimumhoz, vagy az egy főre jutó nettó átlagjövedelem viszonyítása) és vannak olyan jellemzők, amelyek a szegénység kialakulásához egyértelműen hozzájárulhatnak (a szülők alacsony iskolai végzettsége, munkanélkülivé válása, tartós betegsége, három vagy több gyerek egy családban). Ugyanakkor létezik egy ún. szubjektív szegénység is, amikor egy család úgy érzi, hogy napról napra anyagi gondokkal küzd. A szociológiai megközelítésben a hátrányos helyzet esetén a jövedelmi helyzet áll a középpontban (Réthy et al.; 2006). A jövedelmi helyzetet számos tényező befolyásolhatja, mint például iskolai végzettség, a felnőttek munkaerő-piaci pozíciója, a család összetétele, gyermekek száma, eltartottak száma, együtt élő családtagok száma és ide tartozik a család lakóhelyének társadalmi-földrajzi jellemzője is, mint a település elhelyezkedése, nagysága, gazdasági-szociális jellemzői. Ebből következően a szegények között különbség van és a különbség forrásai azok a tényezők, amelyek a

szegénységhez vezetnek. A fentiek és az értekezés 4.1 fejezetében leírtak alapján a szociális háttér, az egészségkultúra és az anyagi lehetőségek összefüggéseinek vonatkozásában az alábbiakat fogalmaztam meg:

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

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



47. ábra

A szociális háttér kapcsolata az egészségkultúrával és az anyagi lehetőségekkel

Forrás: Saját szerkesztés. (k: kérdés; e: error)

Az 1. modell paraméterbecslései

Az „Anyagi lehetőségek” látens változót a k18, k19, k21–23 kérdések határozzák meg, amelyek kitérnek a megkérdezett ingatlanára, egy főre jutó átlagos havi nettó fizetésére, illetve arra, hogy az illetőnek van-e autója, számítógépe, és hogyan jön ki minden hónapban a fizetéséből. Az Anyagiak látens változó pozitív irányultságát csak két kérdés, a k21 és k23 okozza 0,481 és 0,265 paraméterértékkel. Mindkettő kategóriás változó, és

a kisebb érték azt jelzi, hogy van számítógépe az illetőnek (k23), illetve hogy jobban kijön a fizetéséből havonta (k21). A nagyobb értékek természetesen azt jelzik, hogy kevésbé jön ki a megkérdezett a fizetéséből, és nincs számítógépe otthon. Amennyiben a válaszadó nagyobb értékekkel válaszolta meg ezt a két kérdést, úgy az pozitív irányba viszi az anyagi faktor értékét. A k18-as kérdésnek, azaz a lakóingatlan típusának nincsen szerepe ($p=0,072 > 0,05$), a k19-es jövedelemre vonatkozó és a k22-es autótulajdonra vonatkozó kérdés viszont igen fontos anyagi tényezőt jelent. Ezt mutatják a paraméterek nagy értékei is (-0,609 ; -0,407). Az anyagi tényezők okozzák a faktor negatív irányultságát. Minél magasabb értékkel válaszolt a megkérdezett ezekre a kérdésekre, annál kedvezőbb anyagi helyzetben van (több a fizetése, illetve még saját autóval is rendelkezik), és annál negatívabb az értéke az Anyagiak faktornak. Összefoglalva az anyagi faktor negatív irányultsága jó anyagi helyzetet, a pozitív irányultsága pedig kedvezőtlen anyagi helyzetet jelent. A lakóingatlan típusa nem meghatározó az anyagi helyzet tekintetében (10. táblázat).

10. táblázat

Az 1. modell paraméterbecslései

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

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

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

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

A faktorok elemzése után térjünk ki a faktorok közötti kapcsolatok elemzésére. Az anyagi faktor pozitív irányultsága kedvezőtlen anyagi helyzetet jelent, a szociális háttér pozitív irányultsága is a kedvezőtlen helyzetre utalt. Mivel a két faktor között pozitív szignifikáns kapcsolat áll fenn (1,129), ezért megállapíthatjuk, hogy a rossz anyagi helyzet kedvezőtlenül befolyásolja a szociális helyzetet (1.1. hipotézis). Az egészségkultúra pozitív irányultsága szintén kedvezőtlen helyzetet mutat, azaz az egyén nem törődik igazán az egészségével, kevesebbet költ annak megóvására, és nem igyekszik tájékozódni. Mivel az anyagi és az egészségkultúra faktor között pozitív szignifikáns a kapcsolat (0,470), ezért igazolt, hogy a rossz anyagi helyzet kedvezőtlenül befolyásolja az egészségkultúrát (1.2. hipotézis).

2. modell: Az egyetemi központok szerepe az egészségben, illetve az egészségkultúrában (48. ábra)

Az egyetemek szerepe – mint arra korábban rámutattam (Balatoni, 2009) – a regionális versenyképesség növelésben kiemelkedő, mind a foglalkoztatás, mind a humán erőforrás fejlesztés vonatkozásában. Különösen fontos a piaci kereslethez igazított képzési rendszer kialakítása, hiszen ez teremtheti meg a felsőoktatás gazdasági értelemben vett hatékonysá-

gát. Az egyetemeknek, mint régiójuk tudásközpontjainak jelentős feladatuk van az innováció és a tudástranszfer hatékonyságának növelésében is, hiszen egyidejűleg létrehozói az új ismereteknek, elterjesztői a tudásnak, előállítói az innovációs termékeknek (Patkós, 2003). Kisugárzó hatásuk révén a lakosság informálásban is szerepet tölthetnek be.

Az egészséges életmódra nevelés nem érhet véget a közoktatásból kikerülve, a fiatal felnőttek körében is folytatni kell. A felsőoktatási intézmények hallgatóinak egészséget befolyásoló magatartása mintaadó szerepet tölt majd be ott, ahol élni és dolgozni fognak. Az első és legfontosabb feladat a tudatformálás, ami tudjuk, hogy nagyon nehéz, mert mélyen megrögzött szokások alakultak ki az emberekben. Ezért a felsőoktatási intézményeknek egyrészt törekedniük kell arra, hogy a hallgatókban kialakítsák az egészséges életmód iránti igényt, a napi testedzési szokásokat, a helyes táplálkozási és életviteli rendet, valamint annak képességét, hogy felelősségteljesen viszonyuljanak környezetükhöz. Másrészt közösségi szolgáltatásokkal, tanácsadással, szakmai rendezvényekkel, továbbképzésekkel, konferenciákkal a lakosság felé egészségnevelési, egészségügyi felvilágosító, szakmai tanácsadási tevékenységet kell, hogy folytassanak. Szerepet kell, hogy vállaljanak a prevencióban, az egészséges életmódra nevelésben, a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében. Az előbbieket miatt:

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

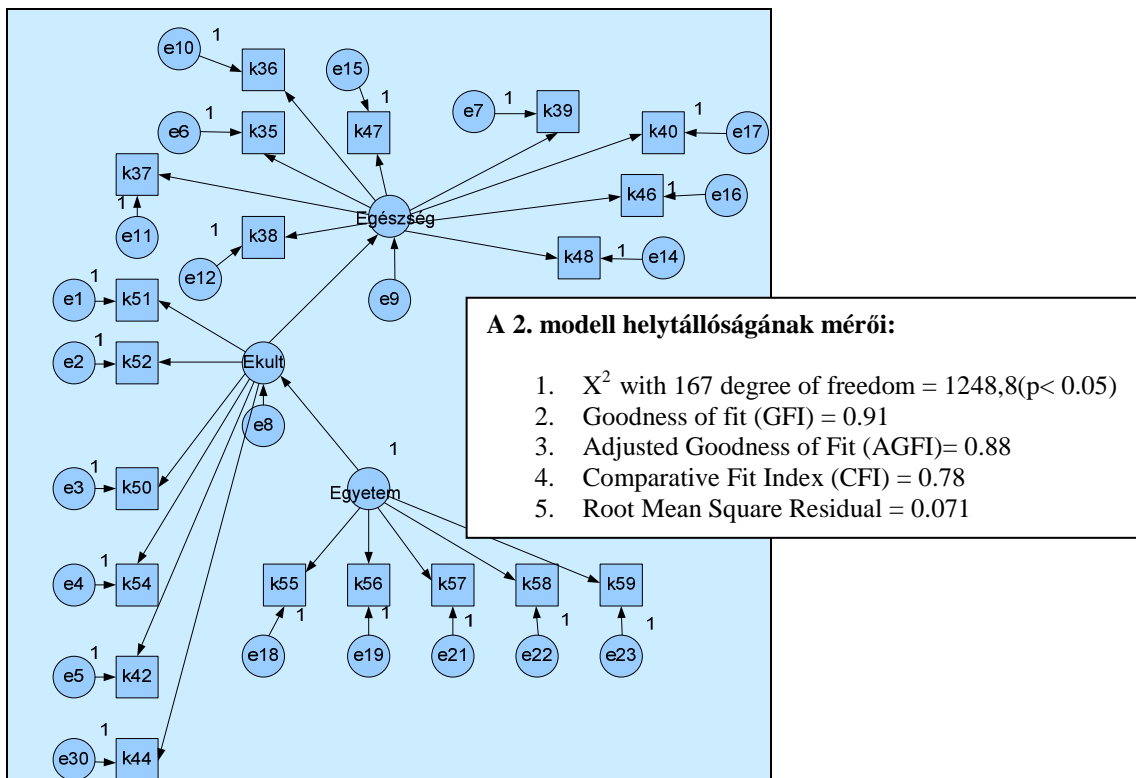
2.2. Hipotézisem az volt, hogy az egészségkultúra hat az egyének egészségi állapotára és egészségmagatartására.

A 2. modell paraméterbecslései

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

Az a tény, hogy rendszeresen szed valamilyen gyógyszert, illetve a beszedett gyógyszereket orvosi javaslatra szedi inkább, akkor az egészség faktor értékét ez a negatív

irányba viszi, ez egy egészségtudatosabb életmódra törekvést mutat. A pozitív irányultságot azok a tényezők okozzák, amelyek pozitív súllyal járulnak hozzá a faktorérték kialakításához (k35–37, k39, k40, k48). Ezek az adatok a rossz egészségi állapotról tanúskodnak, illetve hogy a megkérdezettnek emiatt többet kell havonta gyógyszerekre költenie. A faktor értékére csökkenően hat az is, ha a k35–37, k39, k40, k48 kérdésekre a megkérdezett alacsonyabb kategóriát jelöl meg, azaz jónak gondolja az egészségi állapotát. A faktort a legnagyobb súllyal az határozza meg, hogy egy évben a válaszadó hányszor járt orvosnál (0,842). Összességében véve a pozitív értékek rosszabb egészségi állapotra utalnak, a negatív, illetve alacsonyabb pozitív értékek jobb egészségi állapotot mutatnak (11. táblázat).



48. ábra

Az egyetemi központok szerepe az egészségben, illetve az egészségkultúrában

Forrás: Saját szerkesztés. (k: kérdés; e: error)

Az egyetemi befolyás faktort a k55–59 kérdések alkotják, amelyek mindegyike pozitív irányba viszi a faktor értékét. A legnagyobb súllyal a k57–58 kérdések szerepelnek a tényező meghatározásában, azaz, hogy a klinikákon való kezeléskor kaptak-e tájékoztatást az egészséges életmódról, vagy kaptak-e ilyen jellegű tájékoztatót. A kérdések szerkezete

olyan, hogy a magasabb válaszkategória jelöli azt, hogy a megkérdezett nem kapott tájékoztatót, írásos anyagot, nem olvasott erről szóló egyetemi kiadványt, illetve nem tarja életmódja kialakításában fontosnak az egyetem szerepét. A faktor magasabb értékei tehát azt jelentik, hogy az egyén nem kapott ilyen tájékoztatót, vagy nem érdekelt ez, illetve nem játszik szerinte fontos szerepet az egyetem az egészséges életmódja kialakításában.

11. táblázat

A 2. modell paraméterbecslései

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

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

A faktorok közötti kapcsolatok elemzése szerint amennyiben kevésbé tájékozott, illetve kevesebbet költ valaki egészségének megővására, illetve nem törődik igazán az egészségével, az egy kedvezőtlen egészségkultúrát tükröz. Ez pozitív kapcsolatban (0,467) van az egyetemi befolyás faktoral, ami azt jelenti, hogy ha az egyén számára nincs jelentős szerepe az egyetemnek az egészséges életmód kialakításában, illetve nem

kapott tájékoztatót (esetleg nem érdekelte ilyen), akkor ez egy kedvezőtlen egészségkultúra kialakításával párosul. Ennek a fordítottja is fennáll, azaz ha valaki számára fontos az egyetem szerepe, illetve érdekelte és kapott is ilyen jellegű tájékoztatót, akkor az egészségére is többet költ, és tájékozottabb is (egészségkultúra faktor értéke alacsonyabb). Ezzel a 2.1 hipotézis igazolódott.

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

3. modell : Az életmód kapcsolata az egészségi állapottal és egészségkultúrával (49. ábra)

A 4.1.7. és 4.1.8. fejezetekben rámutattam az életmód és az egészség, valamint az egészség és az egészségmagatartás korábbi tanulmányok által feltárt összefüggéseire. Kutatásom során azt vizsgáltam, hogy a más populációs mintára vonatkozó megállapítások a két érintett régió vonatkozásában is helytállóak-e, s erre tekintettel:

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

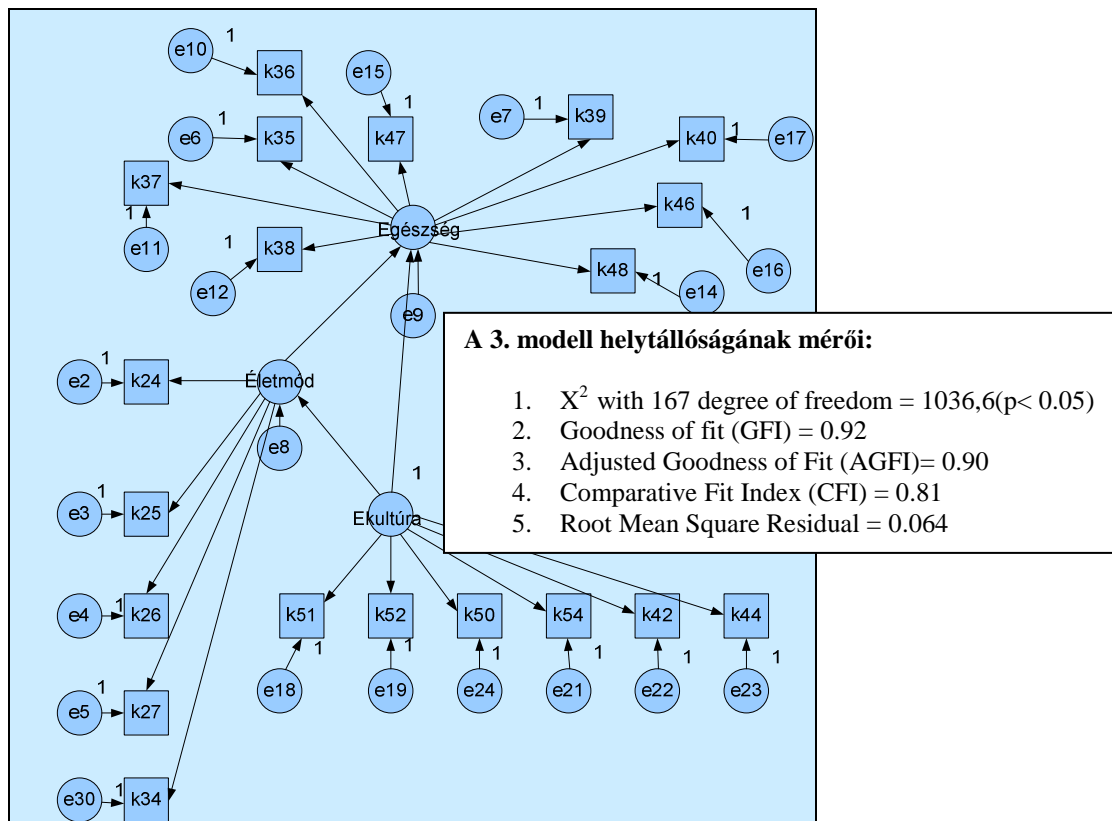
3.2. Úgy véltem, hogy az egyének aktivitása az egészségkultúrával összefüggő területeken visszahat az életmódra.

A 3. modell paraméterbecslései

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

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

ralni (belföldön, külföldön), rendszeresen, vagy pár alkalommal volt színházban, mozi-
ban, ritkábban, vagy egyáltalán nem dohányzik és rendszeresen, vagy naponta sportol,
úgy ez pozitív irányba viszi az életmód faktor értékét. A negatív irányultságot ezeknek
az ellenkezője okozza (12. táblázat).



49. ábra

Az életmód kapcsolata az egészségi állapottal és egészségkultúrával

Forrás: Saját szerkesztés. (k: kérdés; e: error)

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

Mivel az egészségkultúra faktor pozitív értéke egy negatív szemléletű egészségkultúrát jelez, s mivel az életmód faktorról ellentétes kapcsolatban van (-0,409), ezért a pozitív egészségkultúra faktor értékekhez negatív életmód faktor értékek párosulnak. Mivel

az életmód faktor értéke negatív, illetve alacsonyabb pozitív érték esetén mutat kevésbé egészségtudatos életmódot, ezért kijelenthetjük, hogy egy negatív szemlélet az egészségkultúrában kevésbé egészségtudatos életmódot (sportolás hiánya, gyakori dohányzás, stb.) eredményez, ezzel igazoltam a 3.2 hipotézisemet.

12. táblázat

A 3. modell paraméterbecslései

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

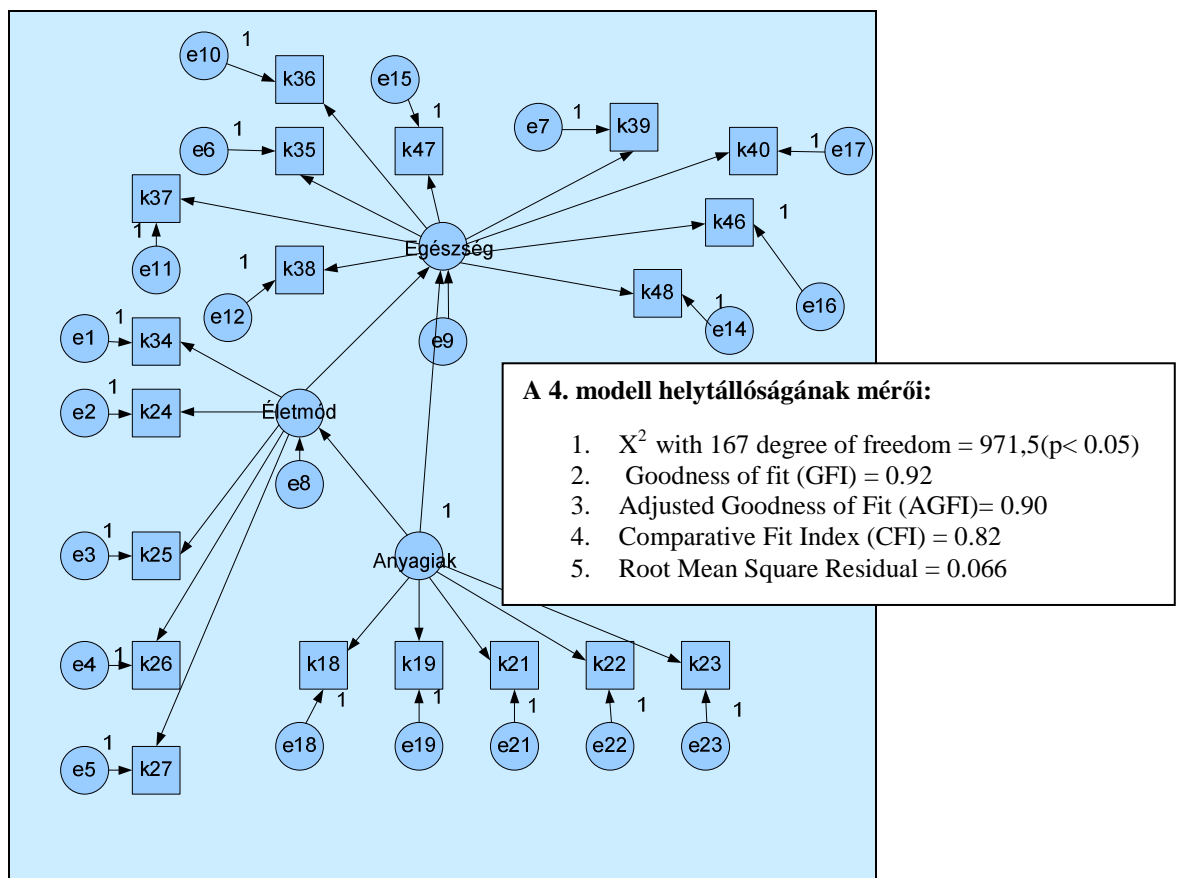
4. modell : Az egészségi állapot összefüggése az életmóddal és az anyagiakkal (50. ábra)

A 4.1.5 és 4.1.6. fejezetben leírtak alapján megállapítható, hogy egész Magyarország vonatkozásában igaz, hogy a hagyományos szegénység mellett, melynek főbb jellemzői az alacsony iskolázottság, a mezőgazdasági vagy segédmunka, megjelent az ún. „új szegénység” is, melyet leginkább a munkanélküliség, a munkaerő-piacról való kiszorulás jellemez (Spéder, 1996; Spéder, 2002). A legnagyobb szegénységkockázattal sújtott

terület az Észak-alföldi régió. Ugyanakkor a korábbi felmérések igazolták, hogy az életmód befolyásolja az egészségi állapotot. A költségigényes szabadidős tevékenységek tekintetében a szegények jelentős hátrányban vannak. A fentiek alapján:

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

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



50. ábra

Az egészségi állapot összefüggése az életmóddal és az anyagiakkal

Forrás: Saját szerkesztés. (k: kérdés; e: error)

A 4. modell paraméterbecslései

A korábbiak alapján elmondható, hogy az életmód faktor pozitív értéke jelez egy egészségtudatosabb életmódot. Az egészség faktor pozitív értéke rosszabb egészségi állapotra utal, a negatív, illetve alacsonyabb pozitív érték jobb egészségi állapotot mutat a megkérdezett esetében. Az anyagiak faktor negatív irányultsága jó anyagi helyzetet jelent, a

pozitív irányultsága pedig kedvezőtlen anyagi helyzetet jelent. A lakóingatlan típusa nem meghatározó az anyagi helyzet tekintetében (13. táblázat).

13. táblázat

A 4. modell paraméterbecslései

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

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

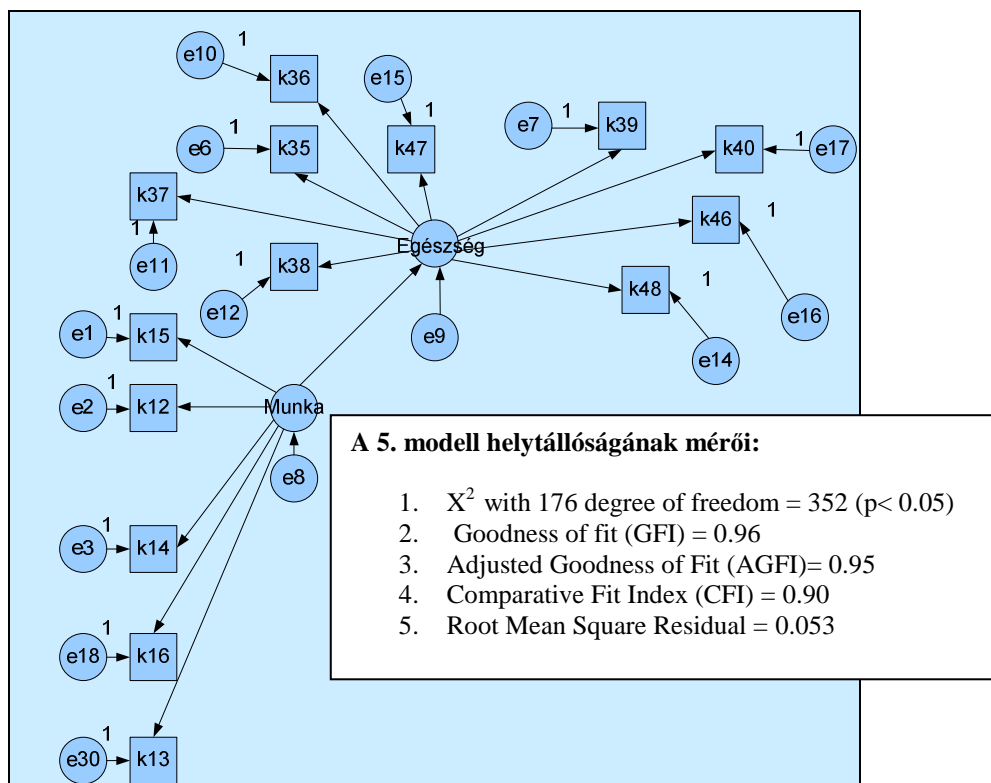
A faktorok közötti kapcsolatok jellemzése alapján megállapítható, hogy mivel az anyagi faktor pozitív értéke kedvezőtlen anyagi helyzetet jelez, s mivel az életmód faktoriall ellentétes irányú kapcsolatban van (-1,494), ezért a pozitív anyagi faktor értékekhez negatív életmód faktor értékek párosulnak,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

eszközökkel alátámasztani. Eszerint az anyagi helyzet nem szükségszerűen befolyásolja az egészségi állapotot és az egészségmagatartást.

5. modell: A munkaképesség és az egészségi állapot/magatartás kapcsolata (51. ábra)

A 4.1.8. fejezetben hivatkozott tanulmányok arra mutattak rá, hogy az országon belüli társadalmi-gazdasági körülmények jelentősen befolyásolják az egyes térségek lakosságának egészségi állapotát. Ugyanakkor a jó egészségi állapot csökkenti a táppénzes napok számát és az egészséges dolgozó produktívabb. *Kopp és munkatársai* (1999) megállapították, hogy a rosszabb szociális-gazdasági helyzet depressziós tünetegyüttes közvetítésével magasabb megbetegedési arányokat eredményez. Ennek megfelelően azt feltételeztem, hogy:

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



51. ábra

A munkaképesség és az egészségi állapot/magatartás kapcsolata

Forrás: Saját szerkesztés. (k: kérdés; e: error)

Az 5. modell paraméterbecslései

14. táblázat

Az 5. modell paraméterbecslései

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

Forrás: Saját szerkesztés.

A munka faktor meghatározásában a k12–16 kérdések játszanak szerepet, azaz hogy van-e munkalehetőség a lakóhelyén, mennyi a munkába járása ideje, hány órát dolgozik a munkahelyén, van-e mellékállása, hány órát dolgozik otthon. Ezek közül a mellékállás, és a napi munkaidő nem volt szignifikáns tényező. A leginkább befolyásoló tényező az, hogy mennyit dolgozik otthon, és hogy van-e lakóhelyén munkalehetőség. A k13 és k16-os kérdések pozitív irányba viszik a munka faktor értékét. Ez azt jelenti, hogy a válaszadónak több idejét veszi igénybe a napi munkába járás, illetve több órát dolgozik otthon naponta. A k12-es kérdés negatív irányultságot okoz a faktor értékében. Ez akkor következik be, amikor a válaszadó magasabb kategóriát jelölt meg erre a kérdésre válaszként. Amennyiben a válaszadót nem érinti a helyi munkalehetőség kérdése, mivel vállalkozó, vagy önálló gazdálkodó, úgy ez negatív irányba viszi a munka faktort. Amennyiben semmilyen álláslehetőség nincs, vagy nincs képzettségének megfelelő munka, az kevésbé csökkenti a faktor értékét.

Összefüggés az egészség faktoral:

Mivel az egészség faktor pozitív értéke rosszabb egészségi állapotra utal, s mivel a munka faktoral azonos irányú kapcsolatban van (0,214), ezért a pozitív egészség faktor értékekhez pozitív munka faktor értékek párosulnak. A munka faktor értéke pozitív, illetve alacsonyabb pozitív érték esetén azt mutatja, hogy a megkérdezettnek vagy több időt vesz igénybe a munkába járás, vagy több időt kell otthon dolgoznia, illetve nehéz munkakörülmények között élhet (nincs munkalehetőség). Mindez összefügg az egészségi állapottal, hiszen ezért is vehet több időt a munkába járás, és tarthat tovább a ház körüli, illetve egyéb munka, vagy ezért nincs munkalehetőség. A modell szignifikáns kapcsolatot mutatott ki a munka és az egészség faktorok között, ezzel az 5.1. hipotézisemet igazolni tudtam.

4.3. A faktorértékek elemzése nem parametrikus módszerekkel

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

A faktorértékek elemzése régióként

A sárgával jelölt cellák jelzik mely faktorérték különbözött szignifikánsan az egyes régiókban. Ezek alapján elmondható, hogy különbség adódott az anyagi, az életmód és az egészség faktorban. Dél-Dunántúlon jobbak az anyagi körülmények, egészségesebb életmódot folytattak, és az egészség faktor alacsonyabb pozitív értéke mutatja, hogy relatíve egészségesebb állapot jellemzi őket (15. táblázat).

15. táblázat

A faktorértékek elemzése régióként

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

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

A faktorértékek elemzése a két megyeszékhelyen

Pécsett jobb az anyagi körülmények, relatíve egészségesebb állapot jellemző az emberekre, relatíve kevesebbet költenek az egészségükre és kevésbé tájékozottak, ezt mutatja a magasabb egészségkultúra faktorérték. *Debrecenben* az emberek kevésbé érzik magukat egészségesnek és többet költenek az egészségükre (16. táblázat).

16. táblázat

A faktorértékek elemzése a két megyeszékhelyen

Lakóhely	EKULTÚRA	ANYAGIAK	MUNKA	ÉLETMÓD	EGYETEM	EGÉSZSÉG
Pécs	0.219	-0.231	-0.242	0.249	0.185	-0.086
Debrecen	0.000	0.082	-0.263	0.101	0.144	0.779
Összesen	0.044	-0.009	-0.100	0.022	0.093	0.865
Szignifikancia	0.033	0.006	0.908	0.127	0.973	0.004

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

A faktorértékek elemzése lakóhely alapján

Az egészségkultúra jelenléte tanyán a legkevésbé jellemző, de összességében véve nagy arányú különbségek nem adódtak. Amiben viszont lényeges különbség adódott, az az anyagi lehetőségek. A városokban lényegesen jobb az anyagi lehetőségek, mint községekben, falvakban, és tanyán. A munka faktor tényezőben szignifikáns különbséget nem tudtam igazolni, de az értékek vizsgálata esetén arra következtethetünk, hogy a városokon kívül rosszabbak a munkakörülmények. Az életmód tekintetében is óriási különbségek vannak a városokban és az egyéb helyeken lakók között. A pozitív életmód érték jelzi, hogy a városokban több lehetőség adódik kikapcsolódásra (mozi, színház, nyaralás) és sportolásra. Vizsgálatunk adatai alapján az emberek egészségi állapota is a városokban jobb, mint a községekben, falvakban, tanyán (17. táblázat).

17. táblázat

A faktorértékek elemzése lakóhely alapján

Lakóhely	EKULTÚRA	ANYAGIAK	MUNKA	ÉLETMÓD	EGYETEM	EGÉSZSÉG
Pécs	0.219	-0.231	-0.242	0.249	0.185	-0.086
Debrecen	0.000	0.082	-0.263	0.101	0.144	0.779
Más város	0.037	-0.202	-0.124	0.057	0.083	0.923
Község	-0.185	0.196	0.278	-0.171	-0.064	1.449
Falu	-0.009	0.345	0.272	-0.264	0.088	1.109
Tanya	2.399	1.621	0.447	-0.820	-0.152	1.661
Összesen	0.044	-0.009	-0.100	0.022	0.093	0.865
Szignifikancia	0.515	0.001	0.270	0.021	0.494	0.007

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

A faktorértékek közötti nemek szerinti különbségek

Megfigyelhető, hogy az életmód változóban éppen nem adódott szignifikáns különbség, de a nők értékei azt mutatják, hogy egészségesebb életmódot próbálnak kialakítani (sport, szórakozás). A nők szerint kevésbé játszik szerepet az egyetem az egészségük alakulásában, illetve nem kaptak igazán tájékoztatót, vagy nem érdekelte őket. A nők esetében az egészség mutató értéke egészségesebb állapotra utal, mint a férfiak esetében, és szignifikáns különbség is igazolható a két nem között. Az anyagiakban és az egészségkultúrában nem adódott szignifikáns különbség. A munka faktor értékében azért adódhatott szignifikáns különbség, mert a nőknek többet kell otthon dolgozniuk (18. táblázat).

18. táblázat

A faktorértékek közötti nemek szerinti különbségek

Nem	EKULTÚRA	ANYAGIAK	MUNKA	ÉLETMÓD	EGYETEM	EGÉSZSÉG
Férfi	0.106	-0.023	-0.237	-0.059	-0.148	1.117
Nő	0.025	-0.012	-0.039	0.068	0.242	0.679
Összesen	0.054	-0.016	-0.100	0.023	0.100	0.845
Szignifikancia	0.450	0.983	0.003	0.056	0.001	0.010

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

A faktorértékek közötti végzettség szerinti különbségek

A vizsgált szempontok mindegyikében szignifikáns különbség adódott. Az egészségkultúra terén az egyetemi és főiskolai végzettségük szemlélete eltér az alacsonyabb

végzettségükétől, jobban figyelnek és többet költenek az egészségükre. Az anyagi lehetőségeik a magasabb végzettségűeknek jobbak, mint az alacsonyabb végzettséggel rendelkezőknek. A magasabb végzettségűek munkakörülményeik, lehetőségeik is kedvezőbbek és kevesebb időt töltenek el a háztartásban is, mint az alacsonyabb végzettségűek. A gimnáziumi, vagy magasabb végzettséggel rendelkezők egészségesebb állapotban vannak, mint az alacsonyabb végzettségűek, és az életmódban is óriási különbségek adódtak. A gimnáziumi végzettségtől felfelé pozitív életmód érték adódik, ami jelzi, hogy a magasabb végzettségűeknek több a lehetősége kikapcsolódásra (mozi, színház, nyaralás) és sportolásra (19. táblázat).

19. táblázat

A faktorértékek közötti végzettség szerinti különbségek

Végzettsége	EKULTÚRA	ANYAGIAK	MUNKA	ÉLETMÓD	EGYETEM	EGÉSZSÉG
Egyetem	-0.537	-1.294	-0.513	0.878	-0.022	0.240
Főiskola	-0.263	-0.618	-0.136	0.634	0.163	0.456
Gimnázium	0.122	-0.078	-0.040	0.077	0.155	0.361
Szakiskola	0.206	0.398	-0.050	-0.294	0.163	1.120
8 általános	0.180	0.873	0.112	-0.681	-0.219	1.935
< 8 általános	1.558	1.001	0.646	-0.867	0.408	2.118
Összesen	0.046	-0.008	-0.098	0.021	0.095	0.864
Szignifikancia	0.000	0.000	0.000	0.000	0.809	0.004

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Mivel a kor változó magas mérési szintű változó, ezért a mutatók és a kor közötti összefüggést korrelációelemzéssel vizsgáltam meg. Szignifikáns összefüggés az egyetem, életmód, egészség faktorról adódott ($r = -0.317$; -0.315 ; 0.470). A korrelációs együttható mértéke és iránya mutatja, hogy minél idősebb valaki, annál inkább romlik az egészségi állapota, és annál inkább tájékozódik a klinikákon, illetve fontosabb szerepet játszik életében az egyetem az egészségmegőrzésben. Életmód tekintetében az mondható el, hogy idősebb kor esetén változik az ember életmódja (feltehetően az egészségi állapota következtében), nem fordít annyira figyelmet a sportolásra, valamint a szórakozásra (nyaralás, mozi, színház).

Ami a *kérdőív megbízhatóságát* illeti, az egyes kérdéscsoportokra faktorelemzést végeztem, minden esetben egyetlen faktort alakítottam ki, ahogyan azt a Lisrel elemzésben is tettem. Azt figyeltem, hogy Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) mutató értéke magasabb-e az előírt 0,5-ös kritikus értéknél, illetve a Kaiser-kritérium teljesül-e. Ebben az esetben egy faktor kellő mennyiségű varianciát magyaráz meg, és a faktort alkotó kérdések jól jellem-

zik az adott tényezőt. Mindemellett a varianciarányad is meghaladja egy-egy faktor esetén a 25%-ot, ami szintén a faktor megbízhatóságát jelzi (20. táblázat).

20. táblázat

A kérdőív megbízhatósága

<i>Faktor</i>	<i>KMO mutató</i>	<i>Sajátérték</i>	<i>Varianciarányad</i>
Munka	0,523	1,28	25,51
Egészségkultúra	0,737	2,05	34,17
Anyagiak	0,660	1,90	38,06
Egészség	0,836	3,31	36,75
Egyetem	0,587	1,82	36,34
Életmód	0,575	1,59	31,76

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

4.4. Összegzés

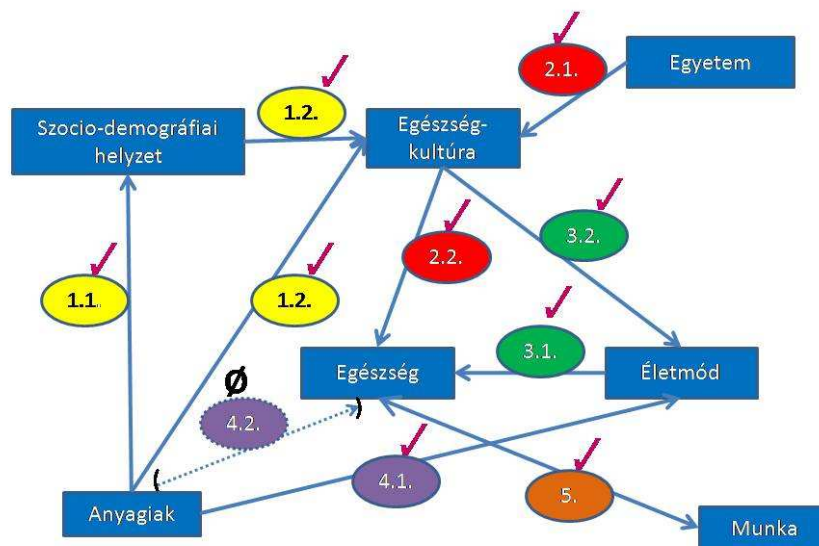
A kérdőíves felmérés válaszainak feldolgozására egy olyan statisztikai módszert választottam, amely alkalmas a latens változók modellezésére. A Lisrel modell alkalmazásával a rendelkezésemre álló adatokat kisebb számú változóba tömöríttem, amelyek így könnyebben áttekinthető kapcsolatba kerültek egymással. A faktorokat véleményem szerint befolyásoló kérdéseket, illetve az azokra adott válaszokat saját belátás szerint választottam ki, majd faktor elemzést követően rendelttem hozzá. A Lisrel modell alkalmazásával az alábbi öt összefüggést vizsgáltam:

- A szociális háttér kapcsolata az egészségkultúrával és az anyagi lehetőségekkel.
- Az egyetemi központok szerepe az egészségben, illetve az egészségkultúrában.
- Az életmód kapcsolata az egészségi állapottal és az egészségkultúrával.
- Az anyagiak összefüggése az életmóddal és az egészségi állapottal.
- A munkaképesség és az egészségi állapot kapcsolata.

A fenti modellekhez kapcsolódó hipotéziseket egy kivételével sikerült igazolnom (ld. 52. ábra).

- A rossz anyagi helyzet kedvezőtlenül befolyásolja a szociális helyzetet (1.1.) és az egészségkultúrát (1.2.).
- A regionális egyetemi központok hatást gyakorolnak az egészségkultúrára (2.1.), amely kihat az egészségi állapotra és az egészségmagatartásra (2.2.).

- Az egészségtudatosabb életmód egészségesebb állapottal párosul (3.1.), és a negatív szemléletű egészségkultúra kevésbé egészségtudatos életmódot eredményez (3.2.). Az életmód befolyásolja az egészségi állapotot. Az egyén aktivitása az egészségkultúrával összefüggő területeken visszahat az életmódra.
- Kedvezőtlen anyagi helyzet kevésbé egészségtudatos életmódot von maga után, azaz az egyének anyagi helyzete alakítja azok életmódját (4.1.).
- Az anyagi helyzet nem szükségszerűen befolyásolja az egészségi állapotot és az egészségmagatartást. Így azt a hipotézisemet, hogy az anyagi helyzet meghatározza az egyének egészségi állapotát és egészségmagatartását, nem sikerült igazolnom (4.2.).
- Szignifikáns kapcsolat volt kimutatható a munka és az egészségfaktor között, így igazolódott, hogy a munkalehetőségek és a munkakörülmények hatnak a lakosság egészségi állapotára (5.1.).



52. ábra

Igazolt hipotézisek

Forrás: Saját szerkesztés.

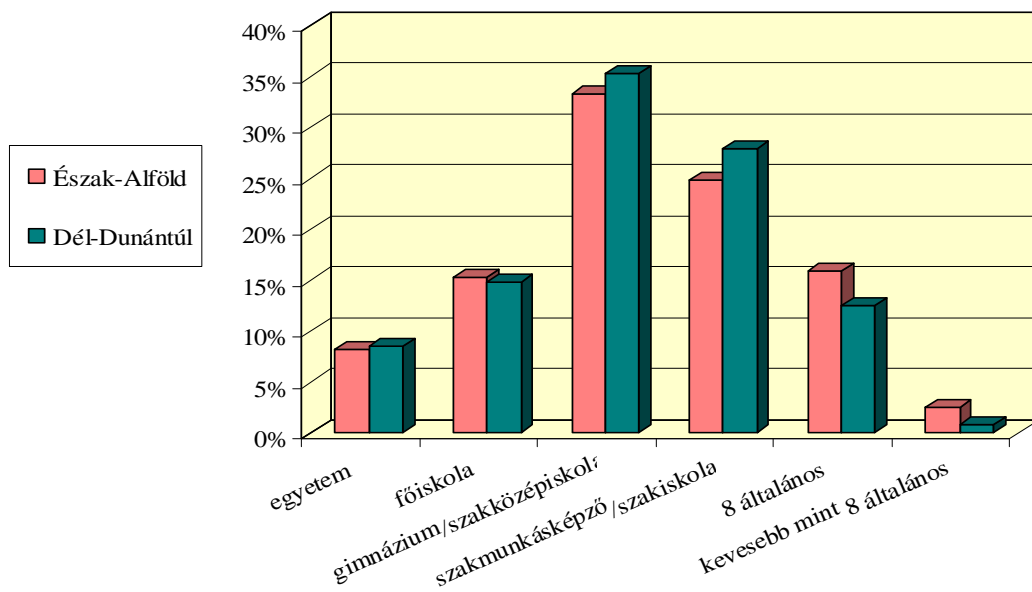
A faktor értékek különböző szempontok szerinti összehasonlításakor megállapítottam, hogy a Dél-Dunántúlon jobbak az anyagi körülmények, egészségesebb életmódot folytatnak és relatíve egészségesebb állapot jellemzi őket. Az anyagi lehetőségeket, valamint az életmódot vizsgálva is lényeges különbség adódott a városokban, illetve a községekben, falvakban élők között. Az emberek egészségi állapota is jobb a városokban, mint a közsé-

gekben, falvakban. Az iskolai végzettség vonatkozásában igazoltam, hogy az egyetemi, főiskolai végzettségűek szemlélete az egészségkultúra területén eltér az alacsonyabb végzettségűekétől, jobban figyelnek és többet költenek az egészségükre.

4.5. A régiók összehasonlítása a kérdőíves felmérés alapján

4.5.1. A kérdőíves felmérés válaszainak SPSS programmal történő feldolgozás

A demográfiai viszonyokat illetően, iskolai végzettség tekintetében lényegi különbség nem tapasztalható a két régió vonatkozásában. A válaszadók több mint fele középfokú végzettségű mindkét térségben. A felsőfokú végzettségűek (egyetem, főiskola) aránya régiónként azonos (23,38–23,38%). A 8 általános, vagy kevesebb, mint 8 általános iskolai végzettségűek aránya az Észak-alföldi régióban 5%-kal nagyobb a Dél-alföldi régióhoz képest (53. ábra).



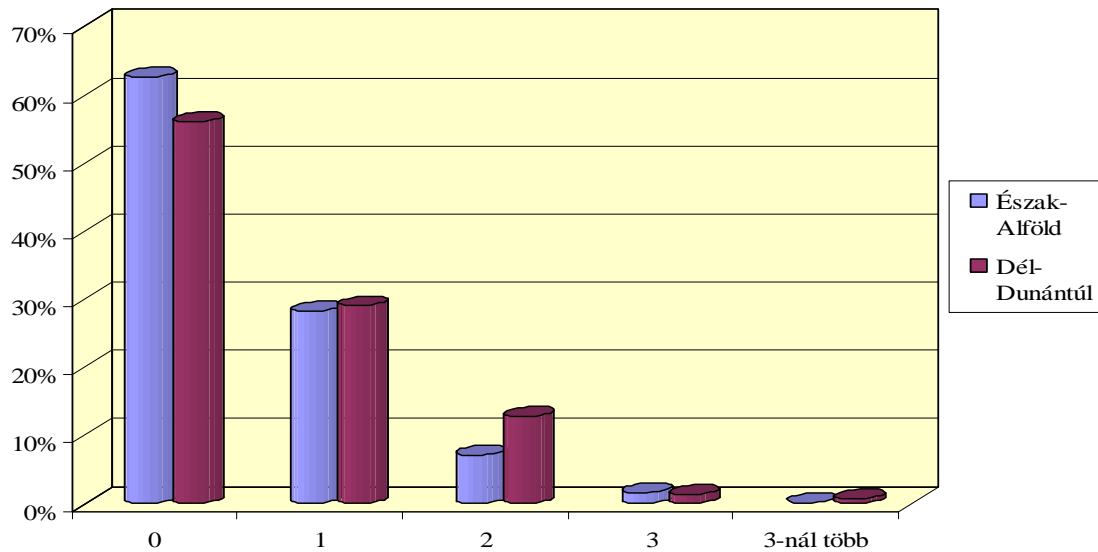
53. ábra

Legmagasabb iskolai végzettség az Észak-Alföldön és a Dél-Dunántúlon

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Ez utóbbi érték alapján nem meglepő, hogy arra kérdésre, hogy „Hány idegen nyelvet beszél legalább társalgási szinten?”, a Dél-dunántúli régió esetében kevesebben válaszolták azt, hogy egyet sem. Meg kell azonban jegyezni, hogy még ezen régió eseté-

ben is, a válaszadók több mint fele (56,06%) nem beszél egy idegen nyelvet sem társalgási szinten (Észak-Alföld: 62,61%) (54. ábra).

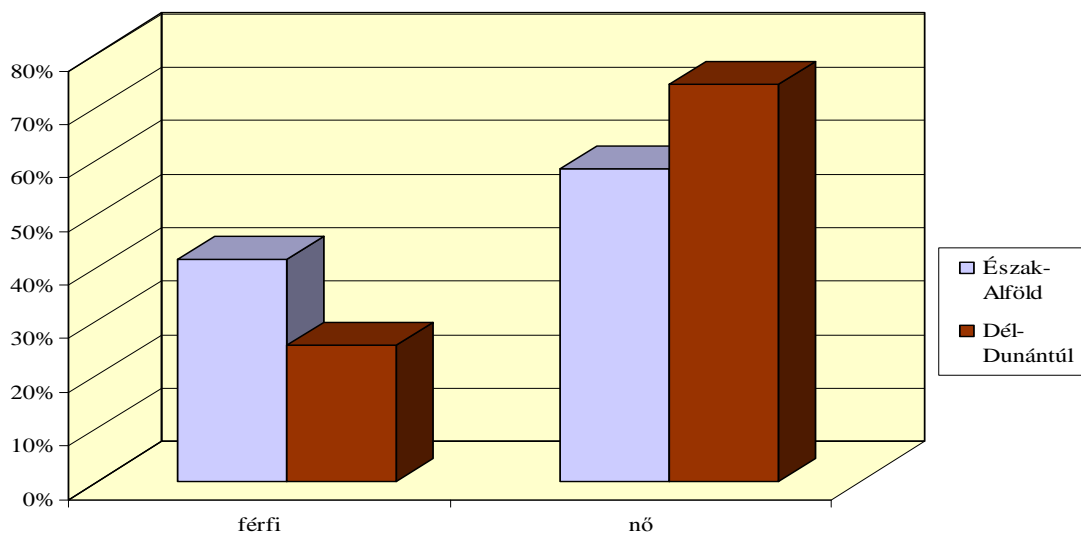


54. ábra

Hány idegen nyelvet beszél legalább társalgási szinten?

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

A nők-férfiak arányát vizsgálva megállapíthatjuk, hogy az országos statisztikai adatokhoz hasonlóan, a két régió vonatkozásában is a női válaszadók aránya a magasabb, különösen a Dél-Dunántúl vonatkozásában, ahol a kérdőívet kitöltők 74,38%-a nő (55. ábra).



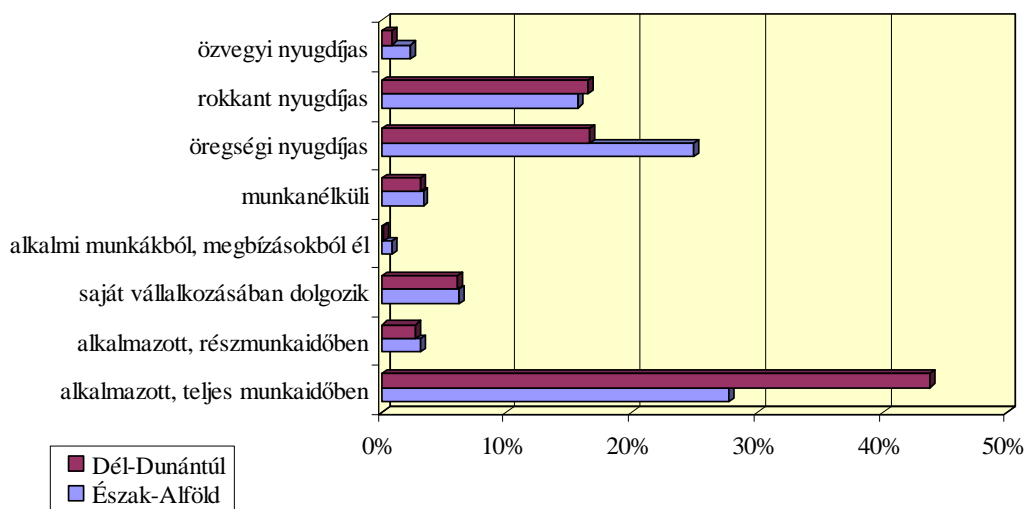
55. ábra

Kitöltők nemenkénti megoszlása

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Lakóhely szerinti összetétel tekintetében megállapíthatjuk, hogy a kérdőívet kitöltők többsége mindkét régió esetében városi lakos (Észak-Alföld: 78,43%), Dél-Dunántúl: 68,12%). A kisebb településen (község, falu, tanya) lakók aránya a Dél-dunántúli régió esetében kb. 10%-kal magasabb (31,88%), mint az Észak-alföldi régió esetében.

A válaszadók összetételét *munkaviszony* alapján vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a Dél-dunántúli régió esetében lényegesen nagyobb azoknak a válaszadóknak az aránya (43,75%), akik teljes munkaidőben alkalmazottként dolgoznak. Az Észak-alföldi régió alacsonyabb értékéhez (27,78%) feltehetően az is hozzájárul, hogy a kérdőívet kitöltők 43,02%-a nyugdíjas (öregségi, rokkant, özvegyi) (56. ábra).



56. ábra

Válaszadók munkaviszony szerinti megoszlása

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Azt vizsgálva, hogy *a teljes munkaidőben foglalkoztatottak* milyen iskolai végzettséggel rendelkeznek, mindkét régió vonatkozásában megállapíthatjuk, hogy elsősorban (több mint 90%-ban) a közép-, vagy felsőfokú végzettségűek azok, akik teljes munkaidőben alkalmazottként dolgoznak. A 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya 3–6% közötti. A 8 általánosnál alacsonyabb iskolai végzettségű válaszadók között egyik régió vonatkozásában sincs olyan, aki teljes munkaidőben dolgozik (21. táblázat).

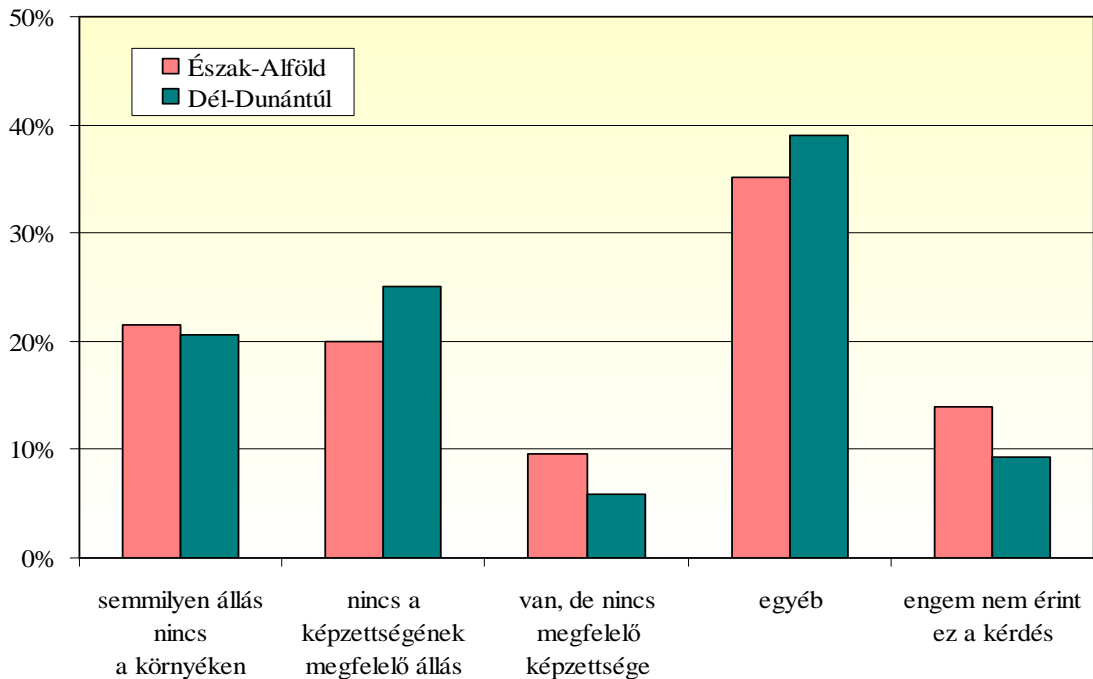
Arra kérdésre, hogy „*Van-e az Ön munkahelyén munkalehetőség?*” mindkét régió vonatkozásában kb. 21% az aránya, azoknak a válaszadóknak, akik azt mondják, hogy „*semmilyen állás nincs a környéken*”. A Dél-dunántúli régió esetében 5%-kal többen (25,13%) válaszolták, hogy nincs a képzettségüknek megfelelő állás (57. ábra).

21. táblázat

A teljes munkaidőben foglalkoztatott válaszadók iskolai végzettség szerinti megoszlása, %

Végzettsége	Teljes munkaidőben alkalmazott Összminta	Teljes munkaidőben alkalmazott Észak-Alföld	Teljes munkaidőben alkalmazott Dél-Dunántúl
Egyetem	8.78	9.68	7.77
Főiskola	20.73	21.20	20.21
Gimnázium	44.88	45.16	44.56
Szakiskola	21.46	18.43	24.87
8 általános	4.15	5.53	2.59
< 8 általános	0.00	0.00	0.00
Összesen	100.00	100.00	100.00

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.



57. ábra

Van-e az Ön lakóhelyén munkalehetőség?

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

A munkalehetőségek mellett, a válaszadók az alábbi szempontok szerint is értékelték lakóhelyüket. Megállapíthatjuk, hogy az 1-től 5-ig terjedő skálán adott osztályzatok alapján, valamennyi szempontot figyelembe véve, ha csekély mértékben is, de az Észak-alföldi régió esetében minősítették jobbnak a lakóhelyüket a válaszadók. Mindkét régió vonatkozásában elmondható, hogy a legmagasabb pontszámot a szolgáltatások (közmű, posta, bank), a legalacsonyabbat pedig a védett kerékpárutak kapták (22. táblázat).

22. táblázat

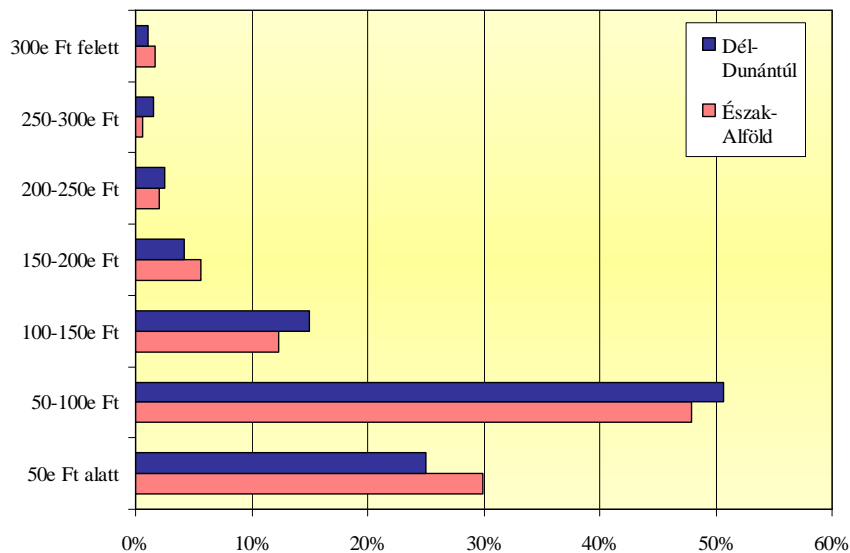
Kérjük, minősítse lakóhelyét az alábbi szempontok alapján, 1–5-ig terjedő skálán

Szempontok	Észak-Alföld	Dél-Dunántúl
Helyi és helyközi közlekedés	3,34	3,33
Egészségügyi ellátás	3,44	3,36
Önkormányzati hivatal ügyfélszolgálat	3,27	3,26
Szolgáltatások (közmű, posta, bank, stb.)	3,58	3,50
Idősek felügyelete, betegotthoni szolgáltatások	3,34	3,08
Kulturális lehetőségek	3,13	3,11
Köztisztaság	3,00	2,99
Védett kerékpár útvonalak	2,35	2,00
Gyermek-felügyeleti szolgáltatások (óvoda, bölcsőde)	3,44	3,29

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Dolgozatomban hipotézisként fogalmaztam meg, hogy az életmódot befolyásolják az anyagi lehetőségek és a kultúra. Ahhoz, hogy ezen feltevésemre is egzakt választ kapjak, régióként külön-külön megvizsgáltam, hogy a válaszadók hogyan vélekedtek e két kérdéskör tekintetében.

Az *egy főre jutó havi nettó jövedelemre* vonatkozó kérdésre adott válaszok alapján megállapíthatjuk, hogy az Észak-alföldi régió válaszadóinak 77,77%-a mondta azt, hogy az egy főre jutó havi nettó jövedelme 100e Ft alatt van. A Dél-dunántúli régió esetében ez az érték 75,67%. Ha a 100e–200e Ft, illetve a 200e Ft-nál magasabb egy főre jutó havi nettó jövedelem kategóriát válaszolók arányát vizsgáljuk, megállapíthatjuk, hogy mindkét jövedelmi sáv esetében a Dél-dunántúli régió válaszadói vannak nagyobb arányban (58. ábra).



58. ábra

Egy főre jutó havi nettó jövedelem

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

SPSS program segítségével megvizsgáltam, hogy a fenti jövedelmi viszonyok mellett az egyes jövedelmi kategóriákban milyenek ítélik a válaszadók anyagi helyzetüket (23–24. táblázat).

23. táblázat

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

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

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

24. táblázat

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

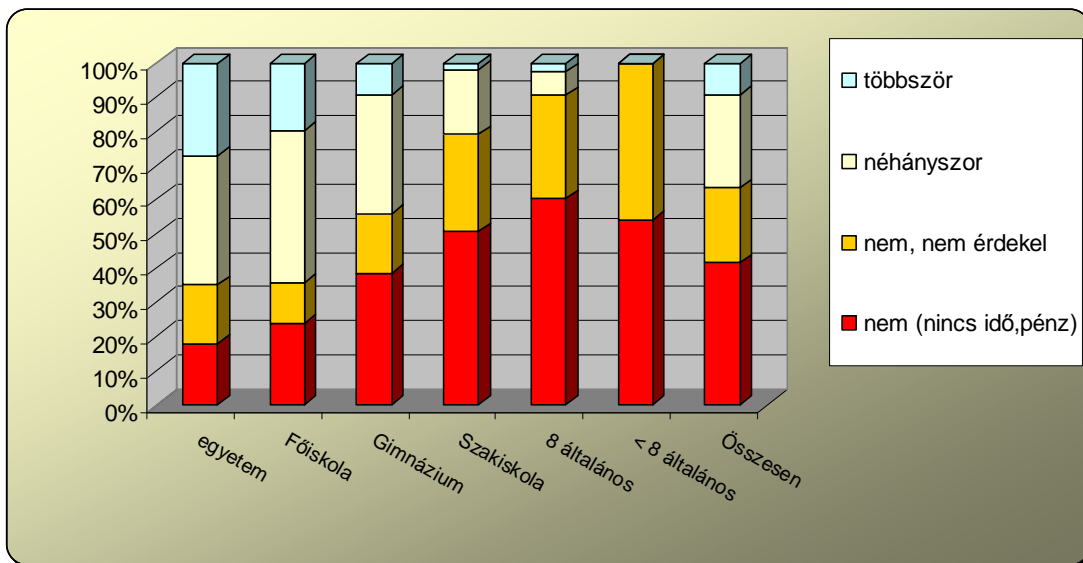
Jövedelem	Gondtalan	Beosztással kijön	Éppen kijön	Anyagi gondok	Nélkülöz	Összesen
< 50 e Ft	0.91	15.45	53.64	23.64	6.36	100.00
50–100 eFt	2.69	37.31	49.23	8.85	1.92	100.00
100–150 eFt	7.25	52.17	39.13	1.45		100.00
150–200 eFt	33.33	33.33	23.81	9.52		100.00
200–250 eFt	20.00	40.00	40.00			100.00
250–300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

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

A fentiek alapján elmondható, hogy a *Dél-dunántúli régió* válaszadói némileg *optimistábban látják helyzetüket*, hiszen a 100e Ft/hó alatti kategóriákat válaszolók kisebb arányban vélekedtek úgy, hogy az alacsony jövedelem ellenére anyagi gondokkal küzdenek vagy nélkülözniük kell.

A *kulturális szokásra vonatkozó kérdés*, a „Volt-e az elmúlt évben moziban, színházban?” esetében az összmintát (két régió együttes adatait) figyelembe véve azt vizsgáltam, hogy az egyes iskolai végzettségű válaszadók hogyan vélekedtek (59. ábra).

Az ábrán is jól látható, hogy minél alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek a válaszadók, annál ritkábban járnak moziba/színházba, illetve annál többen mondják azt, hogy nincs rá idejük/pénzük.

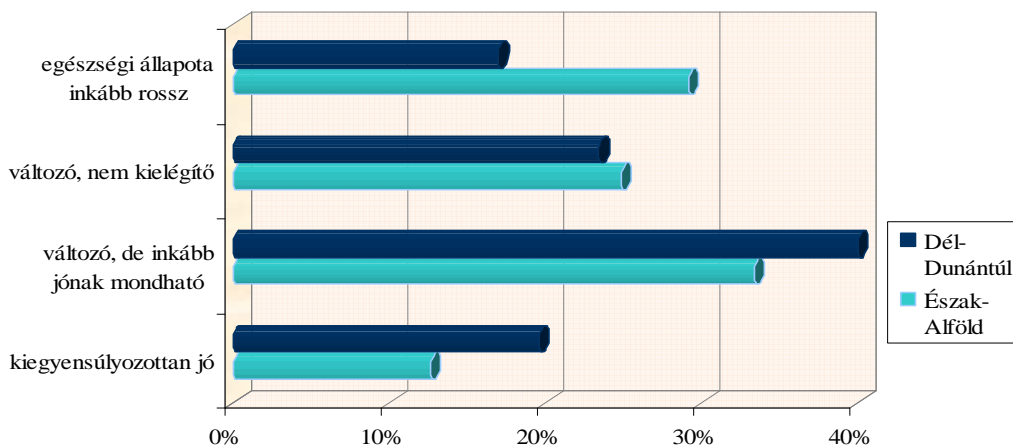


59. ábra

Volt-e az elmúlt évben moziban, színházban?

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Az életmód és az egészségi állapot közötti összefüggés feltárására elsőként azt vizsgáltam, hogy az egyes régiókban milyenek ítélik a válaszadók saját egészségi állapotukat (60. ábra).



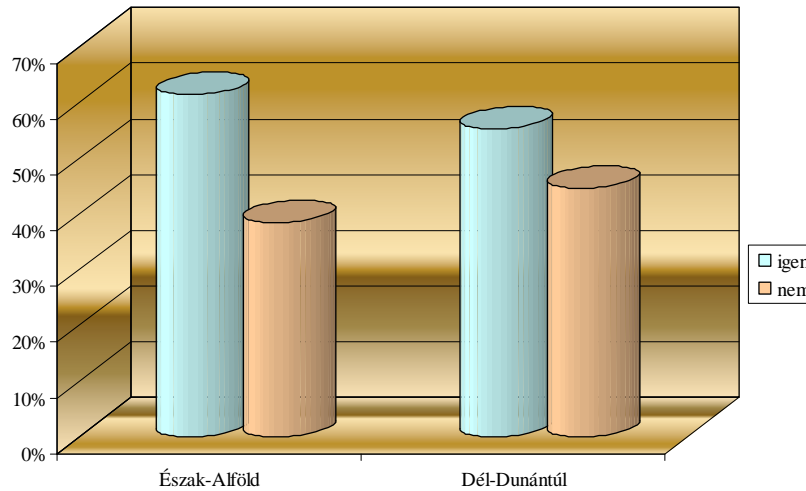
60. ábra

Az Ön egészségi állapota...

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Amint azt a fenti ábra is mutatja, a Dél-dunántúli régió válaszadói lényegesen pozitívabban látják saját egészségi állapotukat. Míg esetükben a kérdőívet kitöltők több mint fele (59,57%) vélekedett úgy, hogy egészségi állapota „kiegyensúlyozottan jó” vagy „változó, de inkább jónak mondható”, addig az Észak-alföldi régió válaszadóinak többsége (54,01%) saját egészségi állapotát „változónak, nem kielégítőnek” vagy „inkább rossznak” tartja.

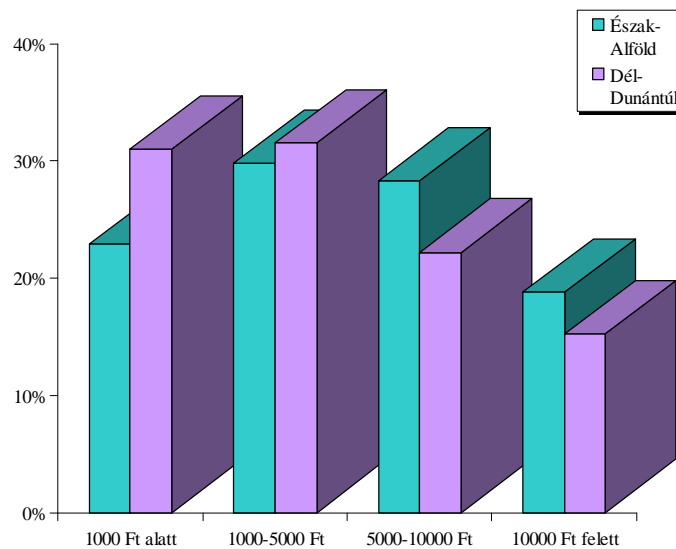
Tovább vizsgálva a két régió lakosságának egészségi állapotát, megállapíthatjuk, hogy az Észak-alföldi régióban magasabb azoknak az aránya, akik rendszeresen szednek valamilyen gyógyszert és ebben a régióban költenek havonta többet gyógyszerre (61–62. ábra).



61. ábra

Szed-e Ön valamilyen gyógyszert?

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.



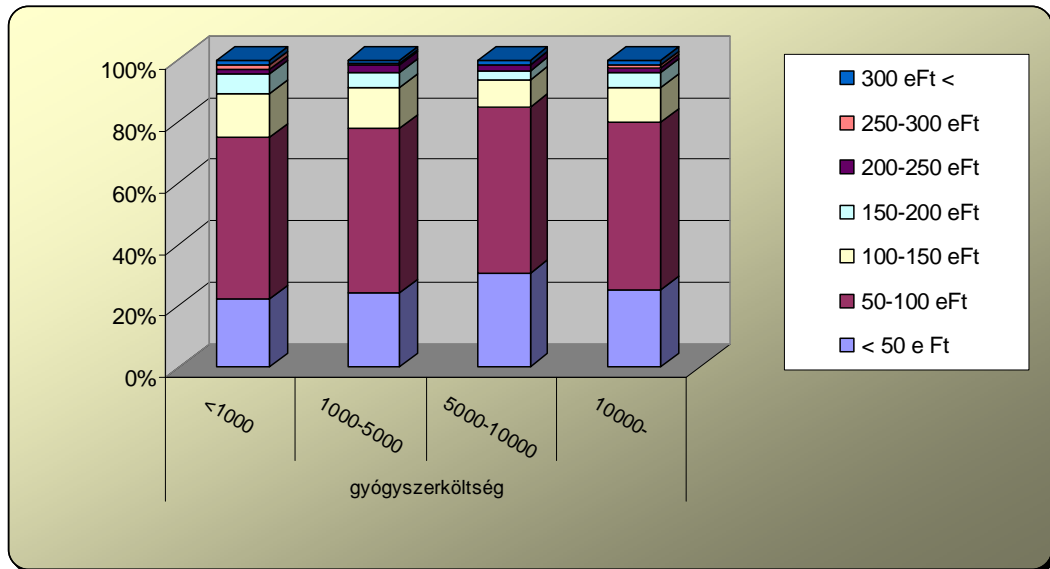
62. ábra

Mennyit költ havonta gyógyszerre?

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Azt vizsgálva, hogy az egy főre jutó havi nettó jövedelem alapján kik azok, akik a legtöbbet költenek gyógyszerre, az összminta (két régió adatai összesen) adatait figye-

lembe véve megállapíthatjuk, hogy azok akik, a két legalacsonyabb jövedelmi kategóriába tartoznak (63. ábra).

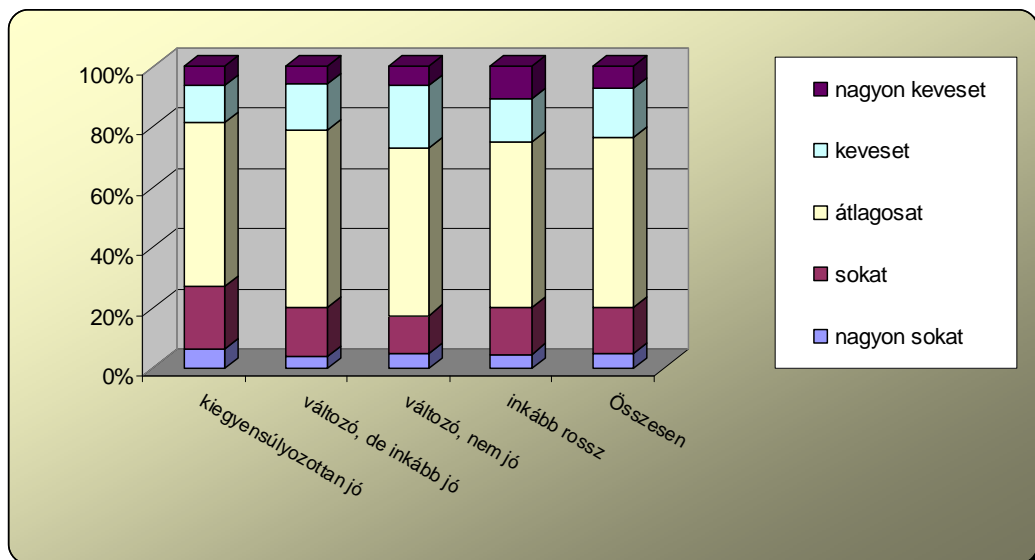


63. ábra

Gyógyszerre költött összeg jövedelem kategóriánkénti megoszlása, Ft

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

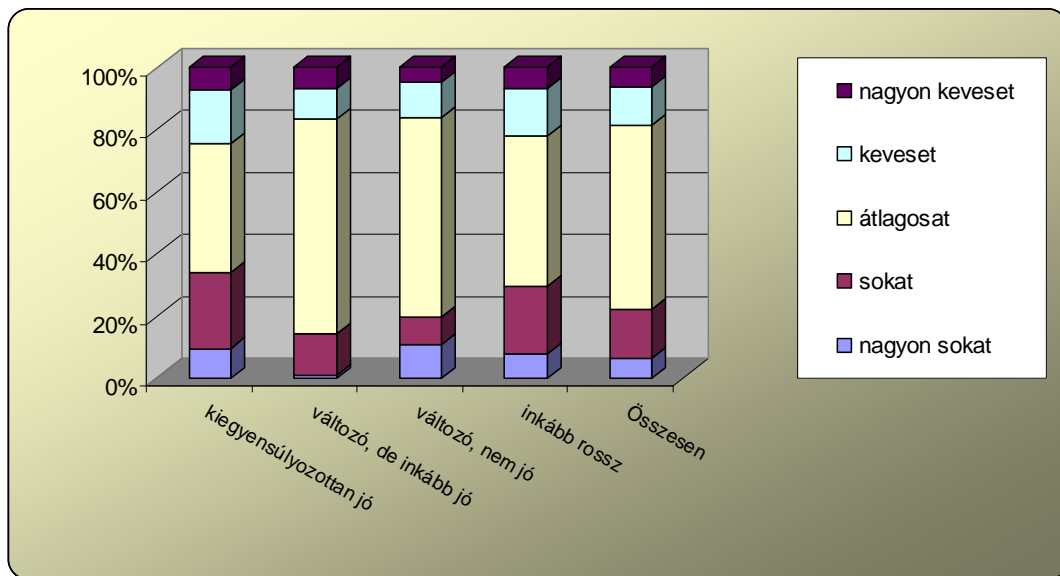
A fenti adatok ismeretében SPSS program segítségével megvizsgáltam, hogy az egyes egészségi állapot szerinti kategóriákba tartozók *ennyit tesznek egészségük megóvása érdekében*. Az alábbi ábrák régióként szemléltetik a kapott eredményeket (64–65. ábra).



64. ábra

Egészségi állapot és annak megóvása saját megítélés szerint az Észak-alföldi régióban

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.



65. ábra

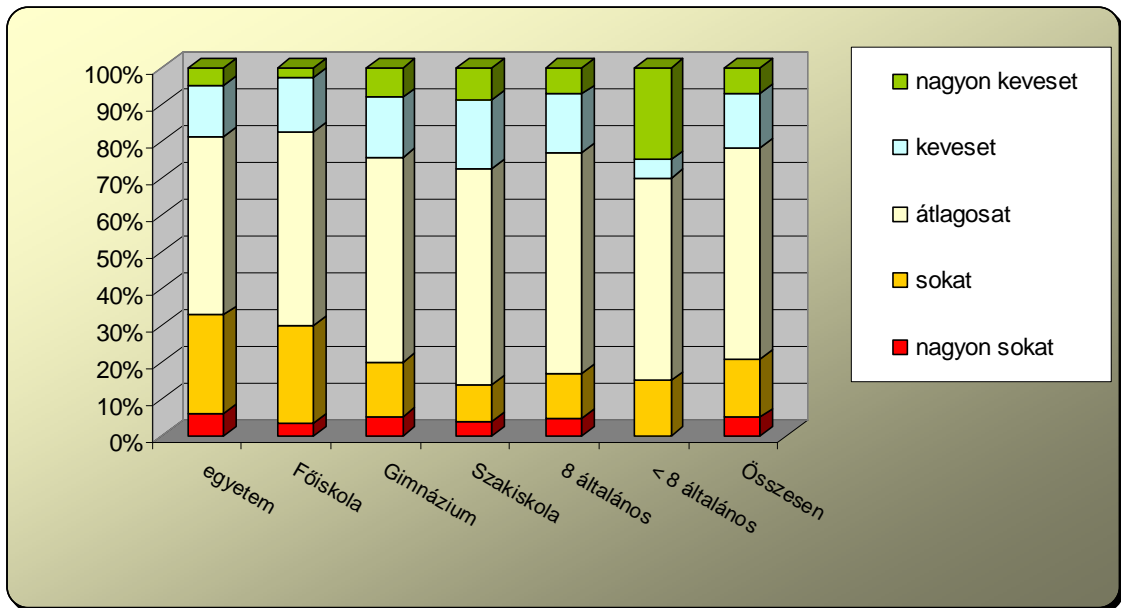
Egészségi állapot és annak megóvása saját megítélés szerint a Dél-dunántúli régióban

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

A fenti keresztösszefüggés vizsgálatokor elsősorban arra voltam kíváncsi, hogy azok, akik egészségi állapotukat „inkább rossznak” ítélték, *mennyit tesznek egészségük megőrzése érdekében*. Megállapíthatjuk, hogy a Dél-dunántúli régióban nagyobb az aránya azoknak, akik sokat vagy nagyon sokat tesznek. Ezt követően megvizsgáltam, hogy a különböző iskolai végzettségűek mennyit tesznek egészségük megóvása érdekében. Az alábbi ábrák azt mutatják, hogy míg az Észak-alföldi régióban minél alacsonyabb végzettségű a válaszadó, annál kevesebbet tesz egészsége megóvása érdekében, addig a Dél-dunántúli régióban ez az összefüggés nem figyelhető meg, hiszen ez esetben pl. a főiskolai végzettségűek kevesebbet tesznek egészségük megóvása érdekében, mint a szakiskolai, 8 általános vagy annál alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők (66–67. ábra).

A kérdőívben arra is kerestem a választ, hogy az alábbi módszerek valamelyikét alkalmazták-e a kérdőívet kitöltők az egészségük megóvása érdekében:

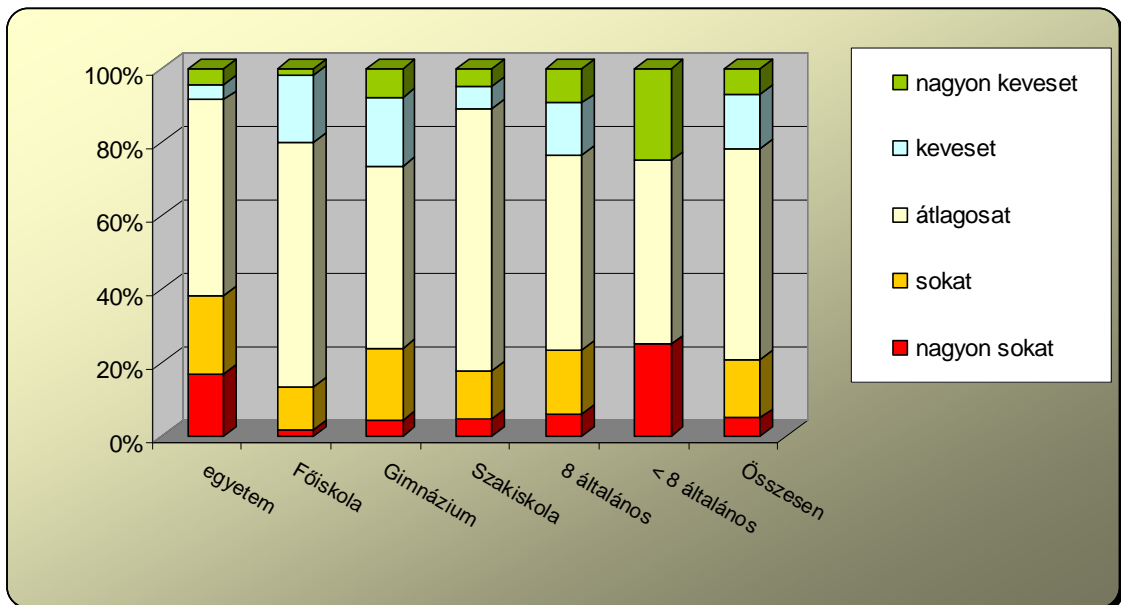
- Svéd-csepp, Béres-csepp, vitamin,
- szauna, kondicionáló torna,
- akupunktúra, talpmasszázs,
- gyógyteák, gyógyfüvek,
- csontkovács, javasasszony,
- sport, fitness, aerobik,
- egyéb.



66. ábra

Egészség megóvás saját megítélése iskolai végzettség szerint az Észak-alföldi régióban

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.



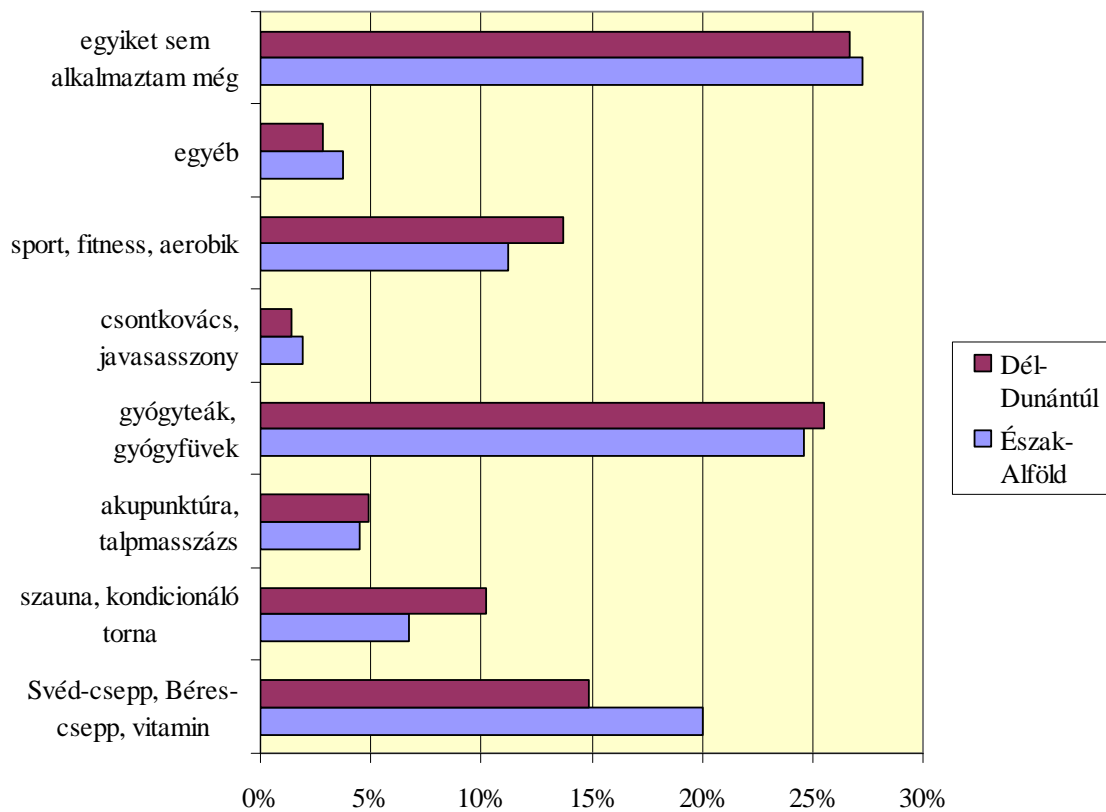
67. ábra

Egészség megóvás saját megítélése iskolai végzettség szerint az Dél-dunántúli régióban

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

A kapott válaszok alapján megállapíthatjuk, hogy többségben, mindkét régió vonatkozásában azok vannak, akik egyik módszert sem alkalmazták még. A felsorolt módszerek közül a legtöbben a gyógyteákat, gyógyfüveket jelölték meg, valamint a „Svéd-

csepp, Béres-csepp, vitaminok”-at alkalmazók. A Dél-dunántúli régió vonatkozásában nagyobb azoknak az aránya, akik a sportot jelölték meg, mint alkalmazott egészségmegőrző módszert (68. ábra).



68. ábra

Egészség megóvás érdekében alkalmazott módszerek

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Az „*egyik módszert sem alkalmazók*” iskolai végzettség szerinti összetételét vizsgálva megállapíthatjuk, hogy többségében a középfokú végzettségűek vélekedtek így mindkét régió vonatkozásában. A felsőfokú végzettségűek megoszlását tekintve elmondhatjuk, hogy az „*egyik módszert sem alkalmazók*” aránya a Dél-dunántúli régióban az alacsonyabb (25. táblázat).

Az *egy főre jutó nettó jövedelem és az egészségmegőrzés kapcsolatát vizsgálva* megállapíthatjuk, hogy az egyik egészség megőrzési módszert sem alkalmazók többsége a két legalacsonyabb jövedelmi kategóriába (100e Ft/hó alatt) tartozó válaszadó (26. táblázat).

25. táblázat

Egészség megóvás érdekében egyik felsorolt módszert sem alkalmazók megoszlása iskolai végzettség szerint, %

<i>Végzettsége</i>	<i>Egyiket sem alkalmazta még (Összminta)</i>	<i>Egyiket sem alkalmazta még (Észak-Alföld)</i>	<i>Egyiket sem alkalmazta még (Dél-Dunántúl)</i>
Egyetem	6.79	6.35	7.41
Főiskola	5.56	7.41	2.96
Gimnázium	31.17	29.63	33.33
Szakiskola	31.48	30.16	33.33
8 általános	20.37	19.58	21.48
< 8 általános	4.63	6.88	1.48
Összesen	100.00	100.00	100.00

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

26. táblázat

Egészség megóvás érdekében egyik felsorolt módszert sem alkalmazók megoszlása jövedelmi kategóriák szerint, %

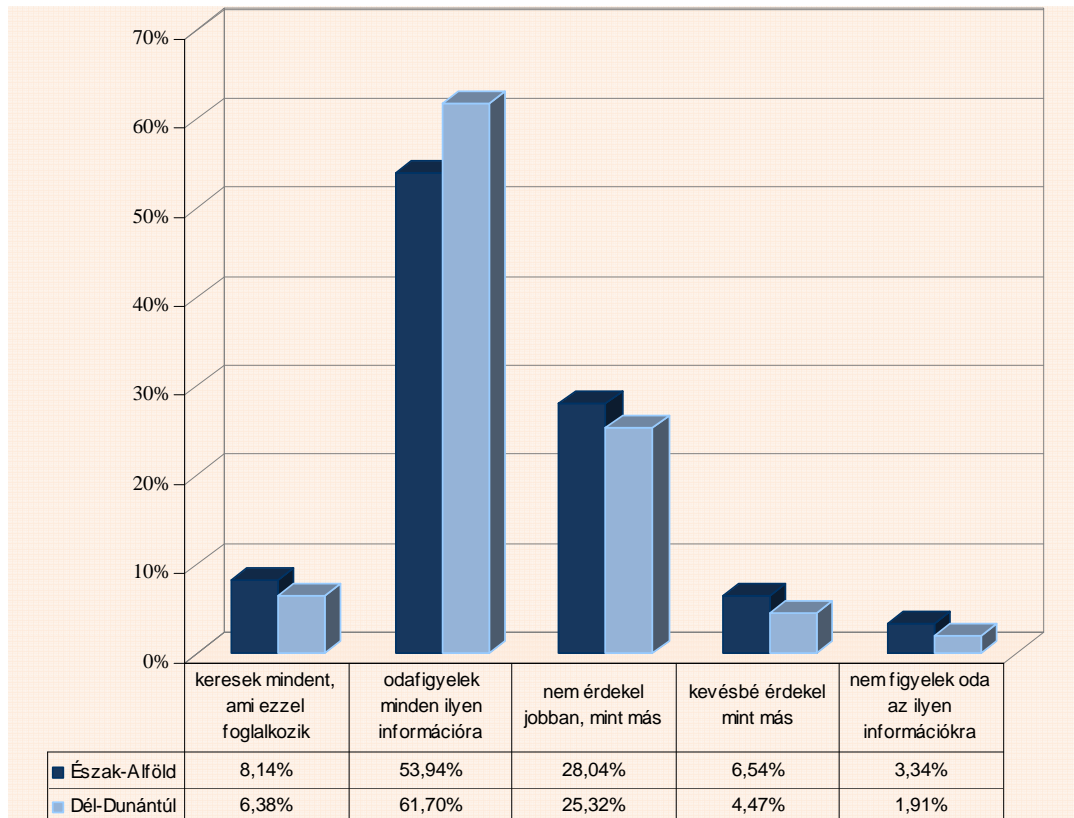
<i>Jövedelem</i>	<i>Egyiket sem alkalmazta Összminta</i>	<i>Egyiket sem alkalmazta Észak-Alföld</i>	<i>Egyiket sem alkalmazta Dél-Dunántúl</i>
< 50 e Ft	36.62	40.74	30.88
50–100 eFt	47.38	42.33	54.41
100–150 eFt	10.15	10.05	10.29
150–200 eFt	3.69	4.76	2.21
200–250 eFt	2.15	2.12	2.21
250–300 eFt			
300 eFt <			
Összesen	100.00	100.00	100.00

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

A regionális egyetemi központok szerepével kapcsolatos hipotézisem megalapozottságát az alábbi kérdéskörökre adott válaszok elemzésével vizsgáltam:

- a kérdőívet kitöltők egészség-betegség témakör iránti érdeklődése,
- az egészség-betegség témakörével foglalkozó egyetemi rendezvényeken való részvételi arány,
- egészség-betegség témakörével foglalkozó egyetemi kiadványok, cikkek olvasottsága,
- az egyetemek egészséges életmód kialakításában vállalt szerepének megítélése a válaszadók szemszögéből.

Elsőként azt vizsgáltam, hogy a kérdőívet kitöltők tudatosan keresik-e az egészség-gel-betegséggel foglalkozó írásokat, műsorokat. Az alábbi ábrán jól látható, hogy a válaszadók több mint fele (Észak-alföldi régió: 62,08%, Dél-dunántúli régió: 68,08%) odafigyel és keresi az ezzel kapcsolatos információkat (69. ábra).



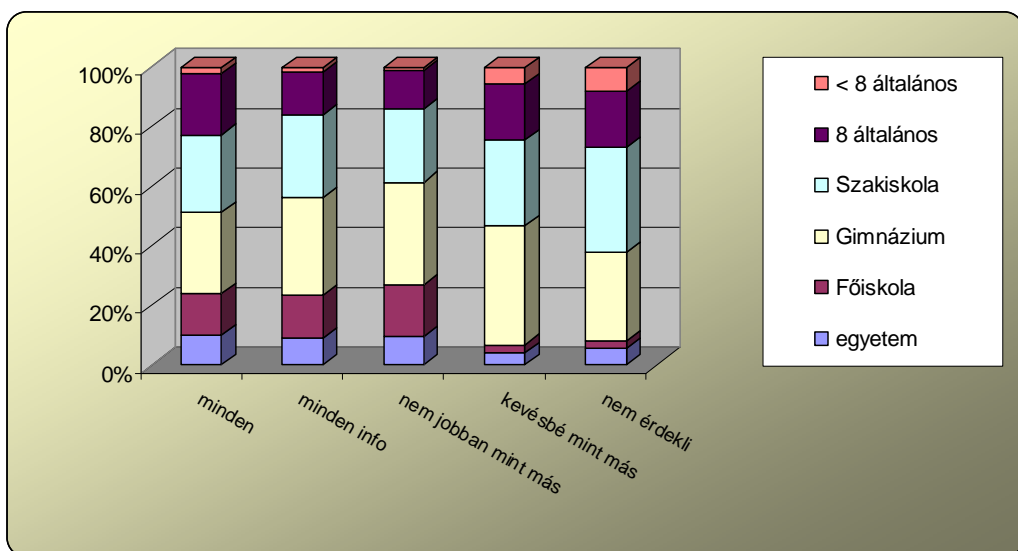
69. ábra

Mennyire érdeklik Önt az egészség-gel-betegséggel foglalkozó írások, műsorok?

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Az összminta (két régió együttesen) iskolai végzettség szerinti megoszlását vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a 8 általánosnál alacsonyabb iskolai végzettségűek többsége nem figyel oda rá, illetve kevésbé érdeklődik az egészség-betegség témakörével foglalkozó írások, műsorok iránt (70. ábra).

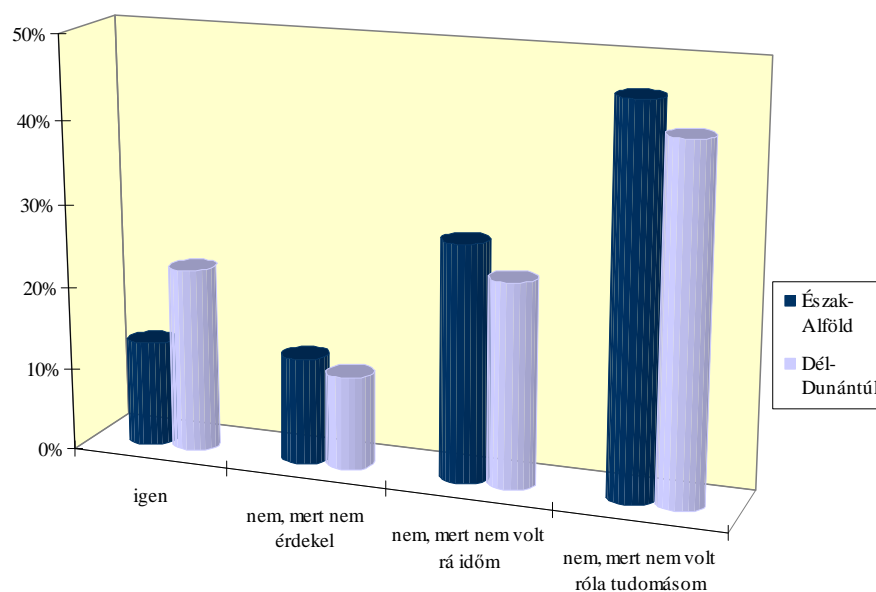
Az egészség-gel-betegséggel foglalkozó egyetemi rendezvényen való részvételi arányt vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a Dél-dunántúli régióban a válaszadók közel kétszer akkora arányban vettek részt ilyen rendezvényeken, mint az Észak-alföldi régióban. Hozzá kell azonban tenni, hogy ez utóbbi régió esetében ennek többnyire nem az érdeklődés vagy az idő hiánya volt az oka, hanem az, hogy a kérdőívet kitöltők nagy százalékának (46,19%) nem volt róla tudomása (71. ábra).



70. ábra

Egészség-betegség témakör iránti érdeklődés iskolai végzettségi szerint, %

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

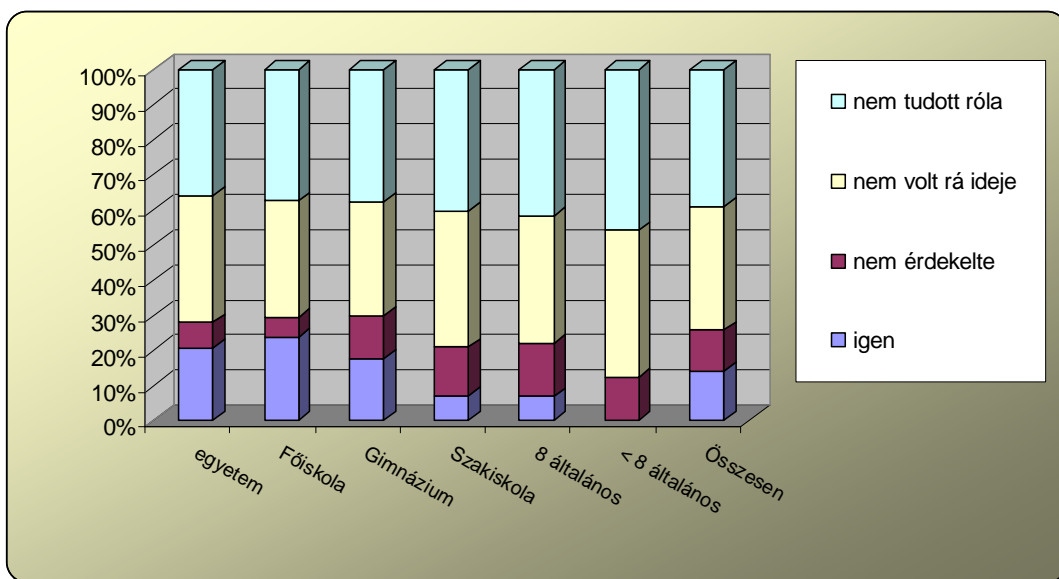


71. ábra

Volt-e az elmúlt években egészségről/betegségről szóló egyetemi rendezvényen?

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Az összminta iskolai végzettség szerinti megoszlását áttekintve láthatjuk, hogy a 8 általánosnál alacsonyabb iskolai végzettségűek egyáltalán nem vettek részt ilyen rendezvényeken. Valamennyi iskolai végzettségű válaszadó tekintetében elmondhatjuk, hogy igen magas (40–50% közötti) azoknak az aránya, akiknek nem volt tudásuk ezekről az egyetemi rendezvényekről (72. ábra).



72. ábra

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

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Az egyetemi rendezvényeken résztvevők foglalkoztatottság szerinti összetételét áttekinthető megállapíthatjuk, hogy főként két nagy csoport vesz részt ezeken a rendezvényeken, egyrészt a „teljes munkaidőben” alkalmazottak, másrészt pedig a nyugdíjasok (27. táblázat).

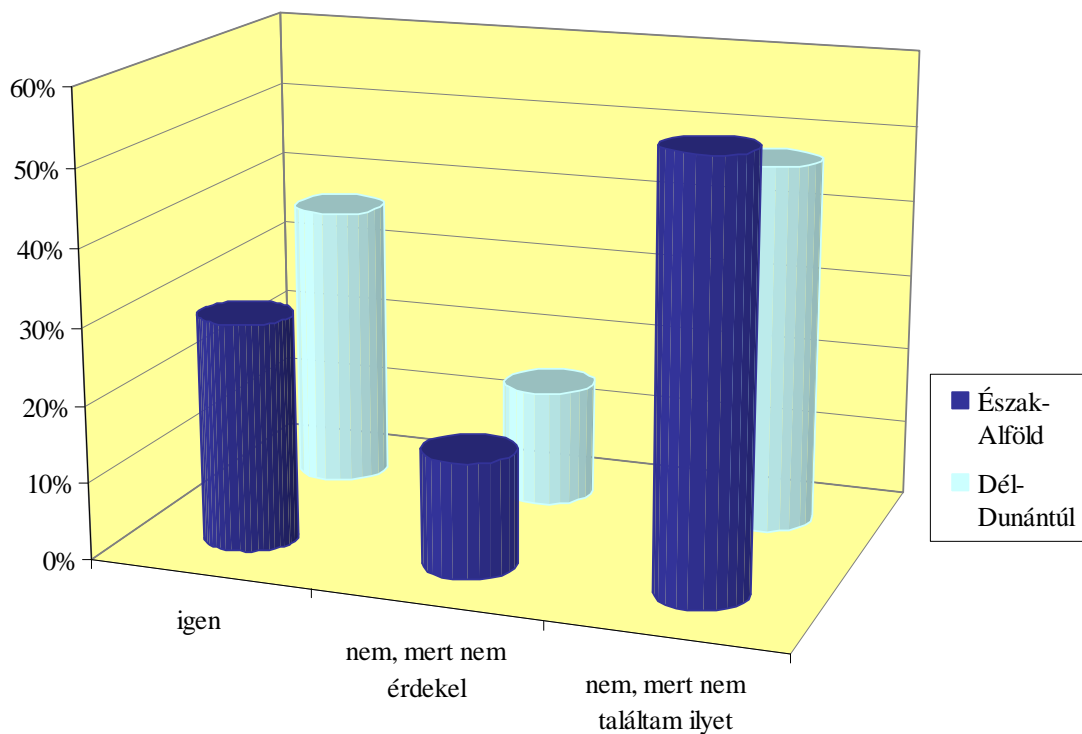
27. táblázat

Egyetemi rendezvényeken résztvevők foglalkoztatottság szerinti megoszlása, %

Státusz	Igen Összminta	Igen Észak-Alföld	Igen Dél-Dunántúl
Alkalmazott, teljes	50.57	43.68	57.30
Alkalmazott, részmunkaidő	3.98	3.45	4.49
Gyes, gyed	1.70	2.30	1.12
Vállalkozó	6.82	6.90	6.74
Alkalmi munka	0.00	0.00	0.00
Munkanélküli	2.27	0.00	4.49
Öregségi nyugdíj	18.18	24.14	12.36
Rokkant nyugdíj	10.23	11.49	8.99
Özvegyi nyugdíj	1.14	2.30	0.00
Gyes, gyed (nincs munkahelye)	0.00	0.00	0.00
Háztartásbeli	0.57	0.00	1.12
Eltartott	0.57	0.00	1.12
Jövedelemiből él	2.27	3.45	1.12
Segítő családtag	0.00	0.00	0.00
Egyéb	1.70	2.30	1.12
Összesen	100.00	100.00	100.00

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Az egészség-betegség témakörével foglalkozó egyetemi kiadványokkal nem találkozott az Észak-alföldi régió válaszadóinak 55,29%-a, a Dél-alföldi régió válaszadóinak 47,73%-a (73. ábra).



73. ábra

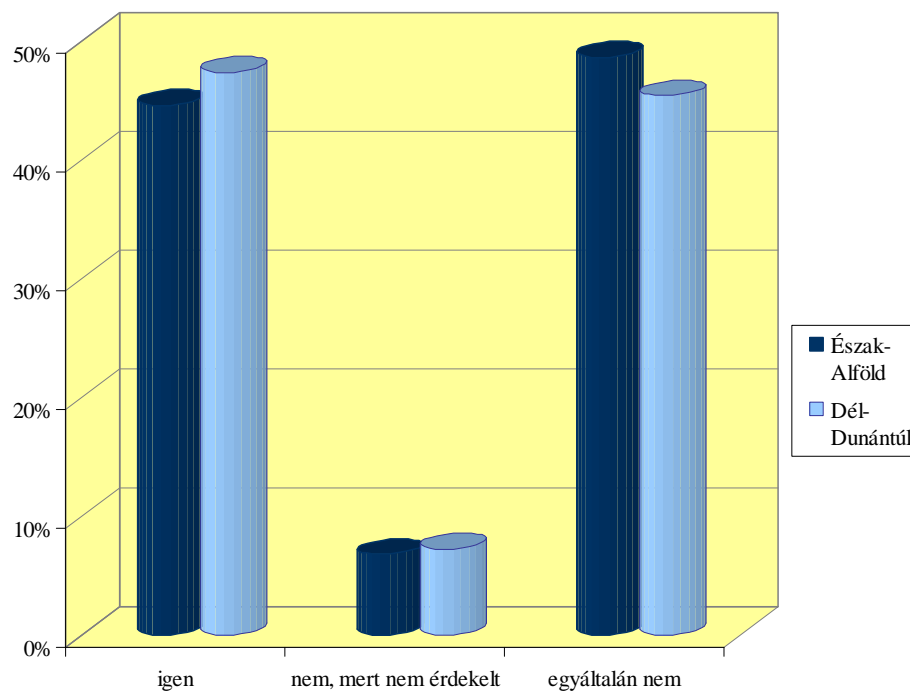
Olvasott-e egészségről/betegségről szóló egyetemi kiadványt, cikket?

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Arra a kérdésre, hogy a „*Klinikákon való kezelésekor kapott-e az egészséges életmódról, táplálkozásról szóló írásos anyagot, tájékoztatót?*” mindkét régió esetében a válaszadók közel fele, azt válaszolta, hogy nem (74. ábra).

Az egyetemek egészséges életmód kialakításában vállalt szerepének megítélésével kapcsolatos vélemények alapján megállapíthatjuk, hogy azt az Észak-alföldi régióban a válaszadók nagyobb aránya (50,51%) ítéli jelentősnek (75. ábra).

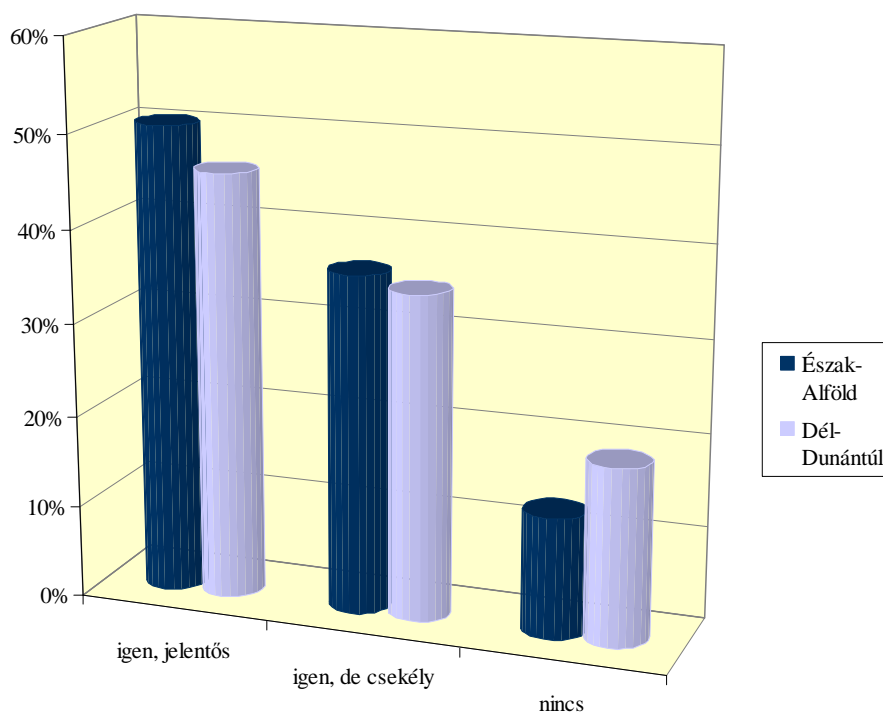
A véleményezők iskolai végzettség szerinti megoszlását tekintve azt láthatjuk, hogy míg a Dél-dunántúli régióban leginkább a magasabb iskolai végzettségűek tartják fontosnak az egyetemek lakosság egészséges életmódjának kialakításában vállalt szerepét, addig az Észak-alföldi régióban a válaszadók iskolai végzettségtől függetlenül fontosnak ítélik azt (76–77. ábra).



74. ábra

Klinikákon való kezeléskor kapott-e az egészséges életmódról, táplálkozásról szóló írásos anyagot, tájékoztatót?

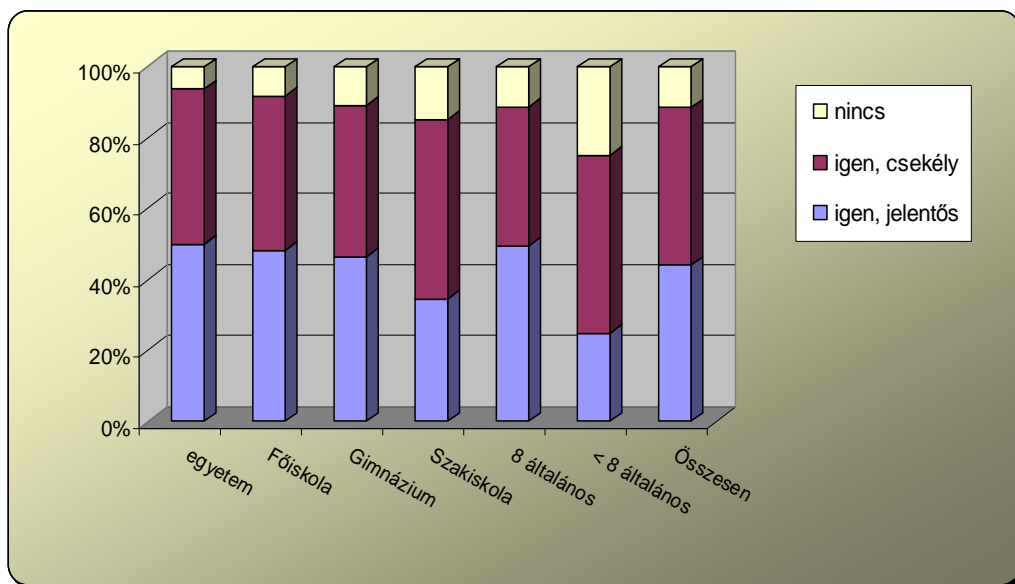
Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.



75. ábra

Az egyetemeken egészséges életmód kialakításában vállalt szerepének megítélése

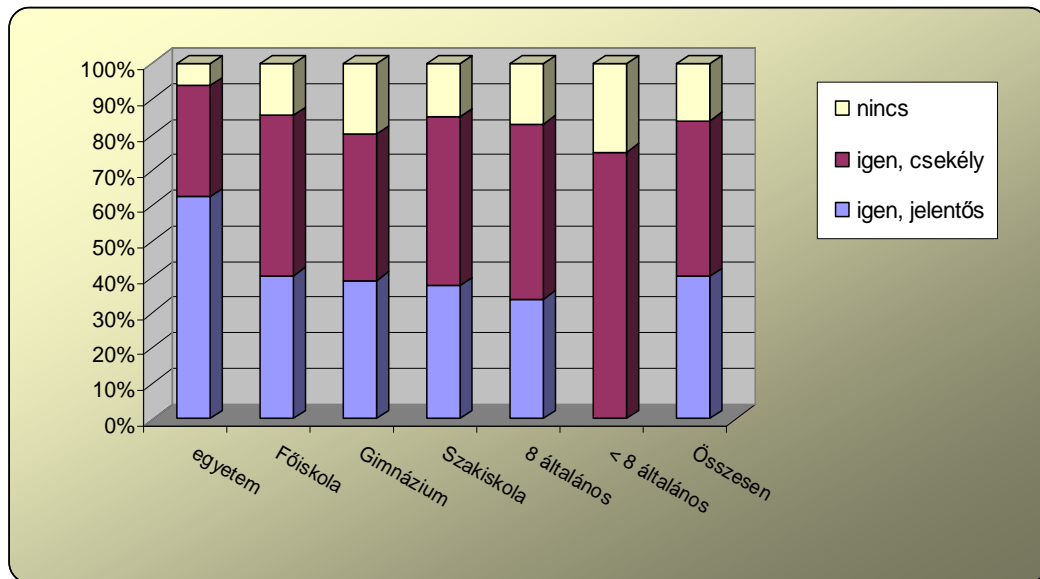
Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.



76. ábra

Egyetemek egészséges életmód kialakításában vállalt szerepének megítélése iskolai végzettség szerint az Észak-alföldi régióban, %

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.



77. ábra

Egyetemek egészséges életmód kialakításában vállalt szerepének megítélése iskolai végzettség szerint a Dél-dunántúli régióban, %

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

4.5.2. Régiós különbségek elemzése Mann-Whitney és Chi-négyzet próbával, valamint Anova módszerrel

A 28. táblázat adatai alapján elmondható, hogy relatíve több idegen nyelvet beszélnek társalgási szinten Dél-Dunántúlon személyenként. Az idősök felügyelete és a gyerekfelügyeleti szolgáltatások, valamint a védett kerékpárútvonalak tekintetében relatíve rosszabb a helyzet Dél-Dunántúlon, mint Észak-Alföldön. Dél-Dunántúlon viszont az emberek anyagilag jobban érzik magukat.

28. táblázat

Kérdőíves válaszok regionális különbségeinek elemzése

Kérdés	Régió		Szignifikancia
	Észak-Alföld	Dél-Dunántúl	
Idegennyelv	1.48	1.61	0.006*
Idősök felügyelete	3.32	3.10	0.000*
Védett kerékpárútvonalak	2.33	1.99	0.000*
Gyermekfelügyelet	3.43	3.29	0.008*
Anyagilag hogy érzik magukat	2.85	2.69	0.004*
Alkoholfogyasztás	2.61	2.38	0.000*
Mit olvas	3.60	3.79	0.015**
Tv-nézés	2.89	2.53	0.000***
Mit néz a tv-ben	4.45	4.80	0.008**
Mennyit tesz egészségéért	3.06	2.97	0.012**
Volt-e egyetemi rendezvényen	3.07	2.87	0.007*
Olvasott-e kiadványt	2.25	2.10	0.001*
Szerepe van-e az egyetemnek	1.63	1.72	0.034*

*Mann-Whitney; ** Chi-négyzet; *** Anova elemzéssel vizsgálva különbség adódott ($p=0,050$)

Forrás: Kérdőíves felmérés adatai alapján saját szerkesztés.

Az alkoholfogyasztás tekintetében a megkérdezettek alapján az mondható el, hogy Dél-Dunántúlon viszonylag rendszeresebben fogyasztanak alkoholt. A két régióban eltérők a tévézési és olvasási szokások is, Észak-Alföldön többet töltenek el átlagosan naponta tévézéssel. Dél-Dunántúlon nagyobb azoknak az aránya, akik többet tesznek meg az egészségükért, viszont az egyetem szerepe az egészséges életmód kialakításában jelentéktelenebb, mint az Észak-Alföldön megkérdezettek véleménye szerint. Ugyanakkor Dél-Dunántúlon relatíve többen voltak egyetemi rendezvényen, és többen olvastak egyetemi kiadványt.

4.5.3. Összegzés

Mindkét régióra igaz, hogy a teljes munkaidőben foglalkoztatottak több mint 90%-a közép vagy felsőfokú végzettségű és hogy a 8 általánosnál alacsonyabb iskolai végzettségűek között nem volt olyan, aki teljes munkaidőben dolgozik. A Dél-Dunántúlon relatíve több idegen nyelvet beszélnek társalgási szinten. A Dél-dunántúli régió esetében 5%-kal többen vélekedtek úgy, hogy nincs a képzettségüknek megfelelő állás. A Dél-dunántúli régió válaszadói pozitívabban látják anyagi helyzetüket és saját egészségi állapotukat. Az Észak-alföldi régióban magasabb azoknak az aránya, akik rendszeresen szednek valamilyen gyógyszert és akik többet költenek gyógyszerre. A Dél-dunántúli régióban nagyobb azoknak az aránya, akik úgy érzik, hogy sokat, vagy nagyon sokat tesznek egészségük megőrzése érdekében. A 8 általánosnál alacsonyabb iskolai végzettségűek többségét nem érdeklik az egészség-betegség témakörével foglalkozó írások, műsorok, rendezvények. A Dél-dunántúli régióban a válaszadók nagyobb arányban vettek részt egészséggel-betegséggel foglalkozó egyetemi rendezvényeken, és többen olvastak ilyen jellegű egyetemi kiadványt. Mindkét régióban magas azoknak az aránya (40–50%), akiknek nem volt tudomása az egyetemi rendezvényekről, illetve nem találkozott a témával foglalkozó egyetemi kiadvánnyal.

5. KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK

A kutatásom során a Dél-dunántúli és az Észak-alföldi régió versenyképességét mutató adatait vizsgáltam és elemeztem, nagy figyelmet fordítva a humán erőforrás rendelkezésre állását és foglalkoztathatóságát befolyásoló tényezőkre. Az elérhető adatbázisok és a saját kérdőíves felmérésem alapján az alábbi következtetésekre jutottam:

A Dél-dunántúli és az Észak-alföldi régió gazdasági mutatóit összehasonlítva megállapítottam, hogy a vizsgált jellemzők közül az egy főre jutó GDP, az egy foglalkoztatottra jutó GDP és az egy alkalmazásban állóra jutó ipari termelés a Dél-dunántúli régió esetében kedvezőbb értéket mutat, mint az Észak-alföldi régióban. Ugyancsak a Dél-Dunántúlon magasabb a foglalkoztatási ráta és az egy főre jutó jövedelem. A piramis modell alaptényezőit vizsgálva látható, hogy a K+F ráfordítások, a beruházások, az egy főre jutó külföldi tőke, a működő vállalkozások száma vonatkozásában az Észak-alföldi régió mutatói alakultak kedvezőbben. A 2004-től vizsgált uniós forrásokat tekintve az Észak-alföldi régió a Dél-dunántúli régióhoz képest több mint kétszer annyi, közel 556 Mft-os uniós támogatás fölött rendelkezett. Az adatok alapján arra lehet következtetni, hogy bár az Észak-alföldi régió Magyarország egyik leghátrányosabb helyzetű régiója, a fejlesztési programok segítségével elindult a felzárkózás útján.

A szocio-demográfiai adatok vizsgálatánál egyértelműen kirajzolódott, hogy míg az Észak-alföldi régió az ország legfiatalabb korösszetételű térségének számít, a Dél-Dunántúlra az idősebb népesség létszámának nagyobb aránya jellemző. Mindkét régióban jelentős a cigány nemzetiséghez tartozók aránya, amely jelentősen hozzájárul a két régió foglalkoztatottsági mutatóinak alacsony értékéhez.

A településszerkezet jelentősen eltér a két régióban, míg a Dél-Dunántúlra az apró- és kis települések nagy száma a jellemző, addig az Észak-alföldi régióban a városi jogállással rendelkező települések magas száma figyelhető meg.

Ahogy egész Magyarországra, így mindkét régióra is jellemző a belső közlekedési útvonalak rossz minősége, ugyanakkor dinamikus fejlődés figyelhető meg a közmű ellátottság vonatkozásában. A belső közlekedési útvonalak hiánya, illetve rossz minősége miatt mindkét régió jelentős részére jellemző, hogy kívül esik a gyorsforgalmi úthálózat 15, illetve 30 perces vonzási körzetén.

A foglalkoztatási, illetve a munkanélküliségi arányokat tekintve a Dél-dunántúli régió adatai, bár nem sokkal, de kedvezőbbek az Észak-alföldi régió adatainál. A vizsgálati eredmények alapján megállapítottam, hogy a munkalehetőségek és a munkakörül-

mények hatnak a lakosság egészségi állapotára, ugyanakkor az egészségi állapot befolyásolja a munkalehetőségeket.

Az Észak-alföldi régióval összehasonlítva a Dél-Dunántúlon magasabb a háztartások egy főre jutó jövedelme a statisztikai adatok alapján, és a megkérdezett válaszadók is itt látták jobbnak anyagi helyzetüket. A hivatkozott szegénységgel foglalkozó kutatások alapján az Észak-alföldi régióban kiemelt figyelmet kell fordítani a szegénység kockázatok kezelésére.

Az életmód az anyagi helyzettel, az iskolai végzettséggel és a kultúrával szoros összefüggést mutat. Magyarországon a hivatkozott kutatások szerint a szegények legnagyobb hátránya a nyaralási lehetőségekben, a ruha- és újság vásárlásban, illetve a havi megtakarításban mutatkozik meg.

A hatékony munkavégzés feltétele a munkavállaló egészsége, amely a WHO definíciója szerint a teljes testi, lelki és szociális jólétet jelenti. A munkaképességet döntően befolyásoló betegségek közös jellemzője, hogy kialakulásukban az életmódnak jelentős szerepe van.

Az egyének életmódját a társadalmi, gazdasági, kulturális körülmények nagymértékben meghatározzák, de függ az egyének hozzáállásától is.

Az egészséghez kapcsolódó adatok áttekintésekor látható volt, hogy a születéskor várható élettartam – amelyben Magyarország az Európai Unió sorrendjében az utolsók között foglal helyet – években mérhető különbséget mutat Magyarország régiói között. Férfiak vonatkozásában csak az Észak-magyarországi régió adatai rosszabbak, mint az észak-alföldi és a dél-dunántúli értékek. Nők vonatkozásában mindkét régió a középmezőnyben foglal helyet, de Dél-Dunántúl adata kedvezőbb az Észak-alföldinél.

A régiók haláloki adatait vizsgálva látható, hogy valamennyi régióban emelkedik a daganatos betegségek miatti halálozás aránya.

A hazai empirikus kutatások alapvető jellegzetességének tekinthető, hogy a vonatkozó törvényi rendelkezések miatt, az alapsokaságra vonatkozó adatok hiányosak. A 2001-es népszámlálás adatait vehetjük figyelembe, amelynek során a fogyatékkal kapcsolatban *használt fogalmak, kategóriák pontosításra szorulnak* (Fónai et al., 2007). A roma népesség iskolai végzettségére egymástól lényegesen eltérő adatsorokat találunk, amelyet klasszifikációs problémák okoznak (Fónai, 2008).

A szociális fejlesztések egyik alapvető problémája, hogy megalapozottságuk több esetben megkérdőjelezhető, hiszen nem áll rendelkezésre kellő mennyiségű és minőségű adat, ami alapján meg lehetne mondani, milyen irányban kellene fejleszteni. Más-

résről hatalmas mennyiségű adat áramlik a fejlesztésért felelős szervekhez, mert a pályázónak széles körű információt kell nyújtania tevékenységéről, programja végrehajtásáról és eredményeiről, de ezek feldolgozása a programok befejezése után évekkel sem történik meg és így nem kerül nyilvánosságra (Bugarszki et al., 2010).

A magyar lakosság egészségkultúrája, egészségtudatos magatartása még fejlesztésre szorul, morbiditási mutatóink alapján a lakosság egészségmagatartási tényezőinek megváltoztatására lenne szükség. Ugyanakkor látható, hogy felkelhető az érdeklődés az egészséges életmód iránt. Már jelenleg is vannak kiadványok, rendezvények az egyetemen, de ezekről a lakosság tájékoztatása még nem széles körű.

A felsőoktatási intézményeknek a jelenleginél nagyobb szerepet kell vállalniuk a prevencióban, az egészséges életmódra nevelésben, a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében. A régiók és Magyarország egésze versenyképességének növelése érdekében a megvalósítás lehetőségeit keresni kell.

A halandóság országos mutatói és regionális különbségei az egészséges életmódra neveléssel javíthatók, ugyanakkor jelentős előrelépés, látványos eredmény csak a régiók gazdasági eredményeinek javításával, a foglalkoztatás növelésével, a lakosság anyagi helyzetének jobbításával érhető el. Ehhez viszont elengedhetetlen a kormányzati és regionális szinten történő tervezés komplex, többdimenziós kezelése. Nélkülözhetetlen, hogy a jövőben készüljenek az országos fejlesztési elképzelésekkel összhangban, önálló, kifejezetten regionális, térségi és kistérségi, a lakosság egészségi állapotának javítását célul kitűző koncepciók, amelyek részletesen és komplex módon dolgozzák fel az egészségkultúra fejlesztését szolgáló feladatokat.

Összefoglalásként megállapítható, hogy a kutatás eredményeire a szakirodalomban is található megerősítés.

Az Európai Unió 2000–2010 közötti időszakra kitűzött céljai a foglalkoztatás, a gazdasági reformok és a szociális kohézió megerősítése területén nem teljesültek. Az „Európa 2020” stratégia hangsúly eltolódásokkal, de szintén a gazdasági növekedést és a foglalkoztatás javítását célozza. További kutatásaimban arra szeretnék választ kapni, hogy az elmúlt évek tapasztalatai alapján tud-e Magyarország és annak régiói olyan komplex tervezést véghezvinni, amelynek a megvalósítása lehetővé teszi az uniós források hatékony, eredményes, a régiók felzárkózását segítő és versenyképességét nagymértékben javító felhasználását.

6. ÚJ ÉS ÚJSZERŰ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

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

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

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

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

5. Az Észak-alföldi és a Dél-dunántúli régiók példáján regionális dimenziókban sikerült kimutatni a mindenkori gazdasági-társadalmi viszonyok, a hátrányos helyzet, az elmaradottság és a foglalkoztatási gondok közötti szoros kölcsönhatásokat, s ezzel összefügg

gésben bizonyítani az egészséges életmód iránt megnövekedett igények, az egészségkultúrát pozitívan befolyásoló képzési tartalmak és tevékenységek harmonizációjának szükségességét.

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

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

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

7. ÖSSZEFOGLALÁS

A kutatás célja Magyarország területi különbségeinek vizsgálata volt az egészségkultúrát befolyásoló tényezők összehasonlításával, a Dél-dunántúli régió és az Észak-alföldi régió adatainak elemzésével.

A régiók szintjén történt statisztikai adatelemzéssel és a kérdőíves felmérés válaszainak feldolgozásával is a hazai egyenlőtlenségek bemutatására törekedtem, fókuszálva a Dél-Dunántúli és az Észak-alföldi régióra.

A bevezetést követően a *második fejezetben* a nemzetközi és hazai szakirodalom feldolgozása keretében áttekintettem a verseny és versenyképesség fogalmának definiálását, valamint a régiók versenyképességét jellemző lehetséges mutatókat. Vizsgáltam a régiók versenyképességi elemzéseinek különböző szempontú megközelítés szerinti szakirodalmát. A kultúrától elindulva az egészségkultúrán át eljutottam az életmódot befolyásoló tényezőkhöz, majd az életminőség dimenzióinak ismertetése után bemutattam az egészséggel összefüggő életminőséget vizsgáló ismertebb magyar tanulmányokat és azok eredményeit.

A *harmadik fejezetben* a kutatás módszerét ismertettem. A kvantitatív kutatáshoz kérdőíves megkérdezést alkalmaztam. A mintában az alapsokaságot Dél-Dunántúl és Észak-Alföld lakossága adta. A mintát a két régió szerint arányosan rétegzett, egyszerű véletlen mintavétellel képeztem. A válaszokat Lisrel modell alkalmazásával elemeztem, amelyet az indokolt, hogy olyan látens változókat kívántam mérni, mint például az egészségkultúra, egészség vagy az életmód, és fel kívántam tárni ezek egymás közötti kapcsolatát is.

A *negyedik fejezetben* a kutatás eredményeit mutattam be. Először a KSH adatainak felhasználásával, országos méretű felmérések alapján készített tanulmányok eredményeinek áttekintésével több szempontból elemeztem az Észak-alföldi és a Dél-dunántúli régió mutatóit. A kérdőíves felmérés válaszainak Excel, valamint SPSS program alkalmazásával történt feldolgozásával kapott eredményeket és azok régiós különbségeit kérdéskörönként bemutattam. A Lisrel modell alkalmazásával kapott eredményeket és azok régiós különbségeit szintén ábrázoltam. A feltárt adatok és az azok alapján levont következtetések összhangban állnak a szakirodalomban említett tanulmányok megállapításaival.

Az *ötödik fejezet* tartalmazza az eredmények alapján levonható következtetéseket, javaslatokat, a hatodik fejezet pedig az új és újszerű tudományos eredményeket. A ku-

tatás eredménye is igazolta azt a korábbi állítást, hogy az egyes régiók eltérő gazdasági, társadalmi jellemzői jelentős hatást gyakorolnak az ott lakók életmódjára és ezen keresztül egészségi állapotára. Ennek eredményeképpen Magyarország régiói között jelentős különbségek mutatkoznak több szempontból is. Az Észak-alföldi, de sok szempontból a Dél-dunántúli régió is Magyarország szegényebb és hátrányosabb helyzetű régiói közé tartozik. Kimondhatjuk: az egyenlő esélyek biztosítására tett bármilyen intézkedés csak akkor éri el igazi célját, ha az nemcsak a szabályzatok betűiben, vagy a statisztikákban, hanem a gyakorlatban, a legszürkébb hétköznapiakban is ténylegesen jelen van, érvényesül.

Az esélyegyenlőségi követelmények gyakorlati alkalmazásának fontos feltétele, hogy kiépüljenek és bővüljenek az esélyegyenlőséget megvalósítani képes személyi és infrastrukturális feltételek. Nem nélkülözhető, hogy a kormányzat és a civil szervezetek gondot fordítsanak az esélyegyenlőségi szemlélet társadalmi elterjesztésére. A társadalmi szemlélet formálásában az oktatás szerepe meghatározó (Koncz, 2006).

Az egyetemi központok – így a *Debreceni Egyetem* és a *Pécsi Tudományegyetem* – kulturális életben betöltött szerepük, kisugárzó hatásuk, a lakosság életmódjában való szerepvállalásuk révén hozzájárulnak az életminőség javításához és a társadalmi kohézió erősítéséhez.

Az *iskolai végzettség a munkanélküliség alakulása tekintetében* meghatározó jelentőségű differenciáló tényező. A demográfiai adatok alapján mind az Észak-alföldi, mind a Dél-dunántúli régióban kifejezett figyelmet kell fordítani a hátrányos helyzetűekre, esélyegyenlőségük biztosítására. Ugyanakkor az Uniós források ilyen célokra történő felhasználásakor szem előtt kell tartani a hátrányos helyzet többdimenziós jellegét (Ádám *et al.*, 2007; Pulay *et al.*, 2008), mert csak a helyzet komplex kezelését szem előtt tartó és lehetővé tevő támogatási program járulhat hozzá a hátrányos helyzetű régiók esélyeinek növeléséhez és felzárkóztatásuk biztosításához.

8. SUMMARY

The aim of the research was to examine regional differences in Hungary by comparing factors influencing health culture, evaluating data of the Southern-Transdanubian and Northern Great Plain regions.

My objective was to present domestic disparities at regional levels by statistical data evaluation and processing responses to surveys focusing on the regions of Southern-Transdanubia and Northern Great Plain.

Following the introduction, I reviewed the definition of competition and competitiveness by processing national and international papers and possible indicators of regional competitiveness in the second chapter. I examined papers on regional competitiveness according to different approaches. Starting from culture through health culture I got to factors influencing lifestyle followed by an introduction of quality of life dimensions and results of reputable Hungarian studies examining quality of life related to health.

The research method was introduced in the third chapter. I applied a questionnaire for quantitative research. The sample was based on the population of Southern-Transdanubia and Northern Great Plain. The sample according to the two regions was formed by proportionately layered, simple random sample taking. The responses were evaluated by the application of Lisrel model, which is justified by the measurement of such latent variables as health culture, health or lifestyle and I also wanted to reveal relationship among these items.

I introduced the results of the research in the fourth chapter. First, I evaluated the indicators of the Northern Great Plain and Southern-Transdanubian region from several approaches by using data of the HCSO and reviewing the results of studies based on national surveys. Results, obtained by using Excel and SPSS applications for processing the responses of the survey and the regional differences were introduced according to topics. I also illustrated results obtained by the Lisrel model and their regional differences. The revealed data and conclusions based on them corresponded with findings of studies in professional papers.

The fifth chapter includes conclusions, recommendations based on results and the sixth chapter covers new scientific findings. The result of the research also confirmed previous statements that different economic and social characteristics significantly influence lifestyle and thus the health condition of the local population. As a result,

significant differences were detected among the regions of Hungary from several aspects. The Northern Great Plain but from many aspects the even the Southern-Transdanubian region belongs to the poorer and more disadvantaged regions of Hungary. It can be concluded that any action aimed at ensuring equal opportunities can only reach its original objective if it is applied in practice rather than just in the form of written regulations or statistics, effectively prevailing in everyday life.

The development and expansion of personal and infrastructural conditions play an important role in the implementation of equal opportunity requirements in practice. It is indispensable that government and civil organizations pay attention to the social dissemination of equal opportunity views. Education has a decisive role in shaping social views (*Koncz, 2006*).

University centers, such the University of Debrecen and the University of Pécs, contribute to the improvement of the quality of life and strengthening social cohesion through their involvement in social affairs.

Education and qualification are decisive differentiating factors in influencing unemployment. Based on demographic data, both Northern Great Plain and Southern-Transdanubian regions require special attention to ensure equal opportunities to those at disadvantage. At the same time, the multidimensional nature of disadvantaged conditions have to be considered when using European Union funds for such purposes (*Pulay, 2008*), because only a funding program that is designed to treat the situation in a complex manner could contribute to enhancing the opportunities of disadvantaged regions and ensuring their development.

9. FELHASZNÁLT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Ács B. – Bató M. – Bartha A. – Bilek P. – Bokor L. – Czákó V. – Gáspár P. (szerk.) – Jaksa R. A. – Pogátsa Z. – Pellényi G. – Sass M. 2005: Versenyképességi koncepció; Munkafüzet 11. International Center for Economic Growth Európai Központ. 2005. http://www.icegec-memo.hu/hun/_docs/KESZ_20060131/munkafuzet_11.pdf
2. Ádám Z. – Bartha A. – Bernát A. – Gábos A. – Gál R. I. – Kovács K. – Kovács Z. Á. – Köllő J. – Liptai Zs. – Medgyesi M. – Nagy K. – Sik E. – Szivós P. – Tausz K. – Tóth I. Gy. 2007: Az Új Magyarország Fejlesztési Terv Operatív Programjainak horizontális ex-ante értékelése. TÁRKI Társadalomkutatási Intézet Zrt. Budapest. 2007. március 21.
3. Agárdi I. 2004: Horizontális stratégiai szövetségek hatása a kiskereskedelmi hálózatok marketingstratégiájára és teljesítményére az élelmiszer- és napi cikk kiskereskedelemben. Budapesti Corvinus Egyetem. PhD értekezés.
4. Andorka R. 1987: Gyermekszám a fejlett országokban. Gondolat Kiadó. Budapest.
5. Andorka R. 1996: A társadalmi egyenlőtlenségek növekedése a rendszerváltás óta. *Szociológiai Szemle.* 2. 3–26.
6. Andorka R. 2001: Gyermek, család, történelem. *Köz-politika.* 9. 36.
7. Andorka R. 2006: Bevezetés a szociológiába. Osiris Kiadó Kft. Budapest.
8. Andorka R.–Spéder Zs. 1996: Szegénység Magyarországon 1992–1995. *Esély.* 4. 25–52.
9. Andrews F. M. – Withey S. B. 1976: Social Indicators of Well-Being. Plenum Press: New York. 1976.
10. Artner, A. 1995: Vállalati együttműködés a mai világgazdaságban. *Közgazdasági Szemle.* 1. 104–115.
11. Babusik F. 2007: Magyarországi cigányság – strukturális csapda és kirekesztés. *Esély.* 1. 3–23.
12. Bácsy E. – Mikola I. 2004: Civilizáció és egészség. MTA Társadalomkutató Központ. Budapest.
13. Bajmócy Z. 2004: Az üzleti inkubáció szerepe a vállalkozásfejlesztésben. *Közgazdasági Szemle.* 12. 1132–1150.
14. Bajmócy Z. 2006: Egyetemi üzleti inkubáció lehetőségei elmaradott térségekben. *Tér és Társadalom.* 20. (3.) 31–47.
15. Balatoni I. 2009: Az egyetemi központok szerepe a régiók versenyképességének növelésében. [In: 15th „Building Services, mechanical and Building Industry Days” International Conference.] Debrecen. 2009. október 15-16.; 280-289.
16. Baranyi B. 2000: Gondolatok a paraszti polgárosodás sajátosságairól és lehetséges területi típusairól az Alföldön. [In: Horváth Gy., Rechnitzer J. (szerk.): Magyaror-

- szág területi szerkezete és folyamatai az ezredfordulón.] Pécs, MTA Regionális Kutatások Központja. 509–523.
17. *Baranyi B.* 2002: Új folyamatok az Alföld társadalmában. [In: Csatári B., Timár J. (szerk.): Területfejlesztés, rendszerváltás és az Alföld.] Budapest, MTA Társadalomkutató Központ. 29–58. (Magyarország az ezredfordulón. IV. A területfejlesztési program tudományos megalapozása).
 18. *Baranyi B.* 2004: Gondolatok a perifériaképződés történeti előzményeiről és következményeiről. *Tér és Társadalom*. 2. 1–21.
 19. *Baranyi B.* 2008: Észak-alföldi régió a „régiók Európájában”. [In: Baranyi B. (szerk.): Észak-Alföld.] Pécs–Budapest: MTA Regionális Kutatások Központja – Dialóg Campus Kiadó. (Kárpát-medence régiói, 8. kötet. – Sorozatszerk.: Horváth Gy.) 23–50.
 20. *Baranyi B. (szerk.)* 2008: Észak-Alföld. Pécs–Budapest: MTA Regionális Kutatások Központja – Dialóg Campus Kiadó. (Kárpát-medence régiói, 8. kötet. – Sorozatszerk.: Horváth Gyula.)
 21. *Baranyi B. – Dancs L.* 2001: Hajdú-Bihar megye. Debrecen és térsége. (Magyarország kistérségei, 8/2.) CEBA Kiadó, Hatvan.
 22. *Bartke I.* 2004: Opponensi vélemény Lengyel Imre: A „Régiók versenyképessége és gazdasági fejlődése Magyarországon” című akadémiai doktori értekezéséről. *Tér és Társadalom*. 4. 169–201.
 23. *Bass L. – Darvas Á. – Ferge Zs. – Simon M.* 2008: A gyermekszegénység csökkentése továbbra is kulcskérdés. A Gyermekszegénység elleni Nemzeti Program első két évéről. *Esély*. 4. 25–52.
 24. *Baukó T. (szerk.)* 1999: Az Alföld a XXI. Század küszöbén. Nagyalföldi Alapítvány, Békéscsaba.
 25. *Beckman JC. – D'Amico CJ. – Rice JR. – Jordan JS. – Divine GW. – Brook WB.* 1992: Depression and level of functioning in patients with rheumatoid arthritis. *Canadian Journal of Psychiatry*. 37. (8.) 539–543.
 26. *Benko G.* 1999: A regionális tudomány. Dialóg Campus Kiadó. Budapest-Pécs.
 27. *Benkő Zs.* 2000: A családok életmódját meghatározó társadalmi tényezők. *Szenvedélybetegségek*. VIII. évf. 1. 54–57.
 28. *Bentler P. M.* 1990: Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*. 107. (2.) 238–246.
 29. *Berger-Schmitt R. – Noll HH.* 2000: Conceptual framework and Structure of a European System of Social Indicators, EU Reporting Working Paper, No.9.; ZUMA, Mannheim.

30. *Bíró P. – Molnár L.* 2004: A kistérségek fejlettségi szintjének és infrastruktúrájának összefüggései. *Közgazdasági Szemle*. November. 1048–1064.
31. *Bollen K. A.* 1989: *Structural Equations with Latent Variables*. Wiley.
32. *Bourdieu P.* 1978: Társadalmi egyenlőtlenségek újratermelődése. Gondolat Kiadó. Budapest.
33. *Brenner M. H.* 1973: *Mental illness and the economy*. Cambridge, Harvard University Press.
34. *Bugarszki Zs. – Eszik O. – Soltész Á. – Sziklai I.* 2010: „Egy lépés előre, kettő hátra” A nagy létszámú intézmények kitagolása és az önálló életvitel támogatása Magyarországon, az Európai Unió strukturális alapjainak felhasználásával; ELTE Társadalomtudományi Kar, Sotéria Alapítvány, Budapest.
35. *Bush D.E. – Ziegelstein R.C. – Tayback M. – Richter D. – Stevens S. – Zahalsky H. – Fauerbach J.A.* 2001: Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 88. (4.) 337–341.
36. *Buzás N.* 2000: Klaszterek a régiók versengésében. [In: Farkas B.–Lengyel I. (szerk.): *Versenyképesség – regionális versenyképesség.*] SZTE Gazdaságtudományi Kar Közleményei 2000. JATEPress, Szeged. 58–66.
37. *Camagni R.* 2002: On the Concept of Territorial Competitiveness: Sound or Misleading? *Urban Studies*. Vol. 39, No. 13.
38. *Campbell A. – Converse P.E. – Rodgers W.L.* 1976: *The Quality of American Life*, Russal Sage Foundation, New York.
39. *Carayannis E. G. – von Zedtwitz M.* 2005: Architecting GloCal (global-local) Real-Virtual Incubator Networks (G-RVINS) as Catalysts and Accelerators of Entrepreneurship in Transitioning and Developing Economies: Lessons Learned and Best Practices from Current Development and Business Incubation Practices. *Technovation*. 2. 95–110.
40. *Chaiboonsri C. – Chaitip P. – Balogh P. – Kovács S.* 2010: A structural equation model: Greece’s tourism demand for tourist destination. *Abstract*, 4. 1–2. 75–84.
41. *Chikán A.* 1998: *Vállalatgazdaságtan*, Aula Kiadó Kft. Budapest.
42. *Chikán A.* 2002: *Vállalati versenyképesség a globalizálódó magyar gazdaságban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
43. *Cooke P.* 1995: Planet Europa: Network approaches to Regional Innovation and technology Management. *Technology Management*. 2. 1. 18–30.
44. *Czirfusz M.* 2007: Struktúrák regionális egyenlőtlenségei. *Tér és Társadalom*. 1. 69–83.

45. *Cserhát I. – Dobosi E. – Molnár Zs.* 2005: Regionális fejlettség és tökevonzási képesség. *Területi Statisztika.* 8. 1. 15–33.
46. *Csikszentmihályi M.* 1997: Finding flow: The psychology of engagement with everyday life, Basic Books, New York.
47. *Csikszentmihályi M.* 1998: Flow: és addig éltek. A mindennapok minősége, Kultúrtrade. Budapest.
48. *Daróczi E. – Kovács K.* 2004: Halálózási viszonyok az ezredfordulón: társadalmi és földrajzi választóvonalak. Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest.
49. *Deák Sz.* 2002: A klaszter-alapú gazdaságfejlesztés. [Hetesi E. (szerk.): A közszolgáltatások marketingje és menedzsmentje.] SZTE Gazdaságtudományi Kar Közleményei 2002. JATEPress, Szeged. 102–121.
50. *Dobó E.* 2007: A globalizáció és a kreatív gazdaság felértékelődése. *Tér és Társadalom.* 3. 89–102.
51. *Domján K. – Mártonfi Gy. – Polyacskó O. – Vinczéné Fekete L.* 2009: Nemzeti Kutatás Jelentés. Magyarország 2009. Oktatásfejlesztési Observatory. Budapest.
52. *Dőry T.* 1997: Szellemi potenciál és a műszaki fejlesztés az Északnyugat-Dunántúlon. *Tér és Társadalom.* 1. 57–72.
53. *Ékes I.* 2002: Életmód-életszínvonal. Rejtjel Kiadó, Budapest.
54. *Elstad J. I.* 1998: The psycho-social perspective on social inequalities in health. [In: Bartley M. – Blane D. – Smith G. D. (eds.): The sociology of health inequalities.] Blackwell Publishers Ltd., Oxford. 39–58.
55. *Enyedi Gy.* 1995: Városverseny, várospolitiká, városmarketing. *Tér és Társadalom.* 9. (1–2.) 1–3.
56. *Enyedi Gy.* 1997: A sikeres város. *Tér és Társadalom.* 4. 1–7.
57. *Enyedi Gy.* 2000: Globalizációs és a magyar területi fejlődés. *Tér és Társadalom.* 1. 1–10.
58. *Enyedi Gy.* 2003: Városi világ – városfejlődés a globalizáció korában. Pécsi Tudományegyetem, Közgazdaság-tudományi Kar, Regionális Politika és Gazdaságtan Doktori Iskola, Pécs. 1–25.
59. *Fábián Z. – Kolos T. – Róbert P.* 2000: Fogyasztás és életstílus. [In: Kolosi-Tóth-Vukovich (szerk.): Társadalmi Riport.] TÁRKI. Budapest. 225–259.
60. *Falus I. – Ollé J.* 2008: Az empirikus kutatások gyakorlata Adatfeldolgozás és statisztikai elemzés. Nemzeti Tankönyvkiadó Zrt. Budapest.
61. *Faluvégi A.* 2000: A magyar kistérségek fejlettségi különbségei. *Területi Statisztika.* 4. 319–346.

62. *Faluvégi A.* 2005: A területi fejlődés elemzésére és a fejlődést befolyásoló tényezők hatásának kimutatására alkalmazható statisztikai módszerek. *Területi Statisztika.* 4. 373.
63. *Faragó L.* 2006: A városokra alapozott területpolitika koncepcionális megalapozása. *Tér és Társadalom.* 2. 83–102.
64. *Faragó M.* 2007: Egészségesen várható élettartamok Magyarországon, 2005. Egy összetett, kvantifikált mutató a népesség egészségi állapotának mérésére. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest 2007. (Letöltés: 2011.04.07.) <http://mek.oszk.hu/06000/06093/06093.pdf>
65. *Farkas B. – Lengyel I.* 2001: Regionális versenyképesség és kohézió az Európai Unióban. *Tér és Társadalom.* 3–4. 231–252.
66. *Ferge Zs.* 2000: Elszabaduló egyenlőtlenségek. Állam, kormányok, civilek. Sík kiadó. Budapest. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület.
67. *Ferge Zs.* 2008: Miért szokatlanul nagyok a magyarországi egyenlőtlenségek? *Esély.* 2. http://www.esely.org/kiadvanyok/2008_2/FERGE.pdf
68. *Fónai M. – Pásztor E. – Zolnai E.* 2007: A fogyatékos emberek helyzete, életmódja és életkörülményei Hajdú-Bihar megyében. *Esély.* 6. 87–119.
69. *Fónai M.* 2008: A romák társadalmi helyzete és egészségi állapota Északkelet-Magyarországon; Rehabilitációs értekezés.
70. *Fórika L-né – Molnár I. – Horváth Zs-né – Kőrös E-né* 1997: A központi régió szerepe a gazdasági kibontakozásban. KSH, Budapest.
71. *Fóti J. – Lakatos M.* 2004: Foglalkoztatottság és munkanélküliség (Információk a magyarországi censusok eredményeiből) 2. A foglalkoztatottak főbb jellemzői Budapest, Országos Foglalkoztatási Közalapítvány 2004.
72. *Fóti J. – Lakatos M.* 2006: Foglalkoztatottság és munkanélküliség (Információk a magyarországi censusok eredményeiből) 6. A munkaerőpiac változásai 2001 és 2005 között Budapest, Országos Foglalkoztatási Közalapítvány 2006.
73. *Gál Z.* 2005: Az egyetemek szerepe a regionális innovációs hálózatban. [In: Buzás N. (szerk.): Tudásmenedzsment és tudásalapú gazdaságfejlesztés.] SZTE Gazdaságtudományi Kar Közleményei 2005. JATEPress, Szeged, 269–292.
74. *Gecse G. – Nikodémus A.* 2003: A hazai klaszterek lehatárolásának problémái – lokációs hányados. *Területi Statisztika.* 6. 507–522.
75. *Gidai E.* 2007: Az egészségi állapot és a jövedelmi viszonyok kölcsönkapcsolata az EU országaiban. *Magyar Tudomány.* 9. 1145–1151.
76. *Giddens A.* 1991: *Modernity and Self Identity.* Stanford: Stanford University Press.

77. *Glassman A.H. – Shapiro P. A.* 1998: Depression and the course of coronary artery disease. *American Journal of Psychiatry.* 155. 4–11.
78. *Gold R. – B. Kennedy – F. Connel – I. Kawachi* 2002: Teen births, income inequality, and social capital: developing an understanding of the causal pathway. *Health and Practice*, 8. 77–83.
79. *Gordos T. – Lukovich T.* 2002: A Közép-Magyarországi régió Stratégiai Terve. *Falu, város, régió.* 1. 16–19.
80. *Grasselli N.* 2006: A regionális innováció hálózata – észak-alföldi helyzetkép. *Területi Statisztika.* 2006. 3.
81. *Gyukits Gy. – Ürmös A.* 2002: Társadalmi egyenlőtlenségek és egészségi állapot. [In: Szántó Zs. – Susánszky É. (szerk.): Orvosi szociológia.] Semmelweis Kiadó, Budapest. 47–65.
82. *Hablicsek L. – Kovács K.* 2007: Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986–2005. Központi Statisztikai Hivatal Kutatási Jelentések. 1. http://www.demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/Kutjelek/Kutjel84_Hablicsek_Kovacs.pdf
83. *Hahn Cs.* 2004: A térségi fejlődést befolyásoló tényezők Magyarországon. *Területi Statisztika.* 6. 544–563.
84. *Hankiss E. – Manchin R. – Füstös L.* 1978: Életminőség modellek. Szempontok a társadalmi tervezés információs bázisának kiépítéséhez. Tömegkommunikációs Kutatóközpont. Budapest.
85. *Hajdú Z. (szerk.)* 2006: Dél-Dunántúl. Pécs–Budapest: MTA Regionális Kutatások Központja – Dialóg Campus Kiadó. (Kárpát-medence régiói, 3. kötet. – Sorozatszerk.: Horváth Gyula).
86. *Hegedűs J. – Kovács R. – Tosics I.* 1994: Lakáshelyzet az 1990-es években. [In: Andorka R. – Kolosi T. – Vukovich Gy. (szerk.): Társadalmi riport] TÁRKI. Budapest. 137–164.
87. *Helliwell JF. – Putnam RD.* 2004: The social context of well-being. *The Philosophical Transactions of the Royal Society: Biological Sciences;* London, 359:1435–1446.
88. *Helman C. G.* 2003: Kultúra, egészség és betegség. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
89. *Horváth Gy.* 1998: Európai regionális politika. Dialóg Campus Kiadó. Budapest–Pécs. (Területi és Települési Kutatások, 10.)

90. Horváth Gy. 1999: Az innováció szerepe a Dél-Dunántúl fejlesztésében. [In Tóth J. – Wilhelm Z. (szerk.): Változó Környezetünk: Tiszteletkötet Fodor István Professzor Úr 60. születésnapjára.] MTA RKK Dunántúli Tudományos Intézet. Pécs. 23–36.
91. Horváth Gy. 2000: A régiók szerepe a bővülő Európai Unióban. Pécs. Magyar Tudományos Akadémia Regionális Kutatások Központja.
92. Horváth Gy. 2001: A magyar régiók és települések versenyképessége az európai gazdasági térben. *Tér és Társadalom* 2. 203–231.
93. Horváth Gy. 2004: Regionális egyenlőtlenségek Európában. *Magyar Tudomány*. Szeptember. 962–978.
94. Illés I. 1997: Előnyök és hátrányok a regionális politikában. *Európai Tükör*. 2. 4. 21–40.
95. Inglehart R. 1997: Modernization and Postmodernization. Cultural, Economic And Political Change In 43 Societies (Modernizáció és posztmodernizáció. Kultúrális, gazdasági és politikai változás 43 társadalomban.), Princeton University Press.
96. Jeney L. 2007: Dualitások az Európai Unió nagyvároshálózatának fejlettségében az ezredfordulón. *Tér és Társadalom*. 4. 155–175.
97. Jöreskog K. – Sörbom D. 1982: Recent Development in Structural Equation Modelling. *Journal of Marketing Research*. 19. (4.) 404–416.
98. Jöreskog K. – Sörbom D. 2001: LISREL VIII. User's Guide. Lincolnwood. Scientific Software International.
99. Kamarás F. 2003: A termékenység irányzatai és jellemzői Európában. [In: Spéder Zs. (szerk.): Család és népesség – itthon és Európában.] Századvég. Budapest, 19–64.
100. Kanbur R.–Venables A. J. (szerk.): 2005. Spatial Inequality and Development. Oxford University Press. New York.
101. Kapitány B. – Spéder Zs. 2004: Szegénység és depriváció Társadalmi összefüggések nyomában. Központi Statisztikai Hivatal Népességtudományi Intézet. Budapest.
102. Katona T. 2000: Mérési és megbízhatósági problémák a területi statisztikában. [In: Farkas B. – Lengyel I. (szerk.): Versenyképesség – regionális versenyképesség.] SZTE Gazdaságtudományi Kar Közleményei. JATEPress. Szeged, 205–217.
103. Kengyel Á. 1997a: Az Európai Unió regionális politikája és a keleti irányú bővítés. *Külgazdaság*, 8. 41–62.
104. Kengyel Á. 1997b: Az Európai Unió regionális politikájának szerepe a felzárkóztatásban. *Európa Fórum*. 3. 67–84.

105. Kessler R. – Turner J. – House J. 1989: Unemployment, reemployment, and emotional functioning in a community sample. *American Sociological Review*, 54. 648–657.
106. Kiss P. 1996: Tanítani és tanulni. A kognitív társadalom felé Fehér könyv az oktatásról és a képzésről. Európai Bizottság, Munkaügyi Minisztérium, Budapest.
107. Kivimäki M. Leino-Arjas P. Luukkonen R. Riihimäki H. Vahtera J. Kirjonen J. 2002: Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*. 325. 857-860.
108. Kivimäki M.– Hintsanen M.– Keltikangas-Järvinen L.– Elovainio M.– Pulkki-Råback L. –Vahtera J.– Viikari J. S.A. –Raitakari O. T. 2007: Early Risk Factors, Job Strain, and Atherosclerosis Among Men in Their 30s: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *American Journal of Public Health*. March. 97. (3.) 450–452.
109. Koltai Z. 2005: A magyarországi városok versenyképességének lakossági megítélése. *Tér és Társadalom*. 3–4. 23–41.
110. Koltai Z. 2006: A magyar lakosság és vállalati szféra lakó-, illetve telephelyválasztás szempontjai. *Területi Statisztika*. 3. 254.
111. Koltai Z. 2007: A magyarországi városok versenyképességének vállalati megítélése. *Tér és Társadalom*. 2. 23–41.
112. Kólyáné Sziréki Á. – Végh L. 2006: A gazdasági fejlődés regionális különbségei Magyarországon. *Területi Statisztika*. 6. 594–612.
113. Koncz K. 2006: Diszkrimináció a munkahelyen I. *Munkaügyi Szemle*. 1. 11–14.
114. Kopp M. – Kovács M. (szerk.) 2006: A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest.
115. Kopp M. – Réthelyi J. 2004: Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality – the Central-Eastern-European health paradox. *Brain Research Bulletin*. 62. 351–367.
116. Kopp M. – Skrabski A. – Szántó Z. – Siegrist J. 2006: Psychosocial determinants of premature cardiovascular mortality differences within Hungary. *J Epidemiol Community Health*. 60. (9.) 782–788.
117. Kopp M. – Skrabski Á. – Szedmák S. 1999: A testi és lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján. *Demográfia*. XLII. 1–2. 88–119.
118. Kopp M. – Skrabski Á. – Szedmák S. 2000: Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Social Sciences and Medicine*. 51. 1350–1361.

119. *Kopp M. (szerk.)* 2008: Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Magyar lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó. Budapest. 212–220.
120. *Koschätzky K. – Sternberg R.* 2000: R&D Cooperation in Innovation systems – Some Lessons from the European regional Innovation Survey (ERIS). *European Planning Studies*. 4. 486–501.
121. *Kovács F. L.* 2004: A kistérségek szerepe a területfejlesztésben. *Területi statisztika*. 5. 407.
122. *Kovács K. – Viszt E.* 1997: Kelet-magyarországi megyék felzárkóztatása. MTA IVKI. Budapest.
123. *Kovács K.* 2009: Munkapiac, munkakörülmények és egészség, Központi Statisztikai Hivatal, Népeségtudományi Kutató Intézet. 3. sz. Budapest.
124. *Kovács M. E. – Mészáros E.* 2006: Életminőség és betegségteher a leggyakoribb betegségekben a magyar lakosságban a Hungarostudy 2002 adatai alapján. [In: *Kopp M. – Kovács M. (szerk.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.*] Semmelweis Kiadó. Budapest. 412–419.
125. *Kozma G.* 2007: Terület- és vidékfejlesztés: oktatási segédanyag. – Regionális Európai Képzési Akadémia, Euro-Régió Ház, Budapest.
126. *Közgazdasági Kislexikon.* Kossuth Kiadó, Budapest. 1987.
127. *KSH Területi Statisztikai Évkönyv, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009.* Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010.
128. *Kullmann L. – Harangozó J.* 1999: Az Egészségügyi Világszervezet életminőség vizsgáló módszerének hazai adaptációja. *Orvosi Hetilap*. 140. 1947–1952.
129. *Kun A.* 2004: A vállalati szociális elkötelezettség tematizálásának alapvonalai az Európai Unióban; *Jogelméleti Szemle*. 1.
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:NLQHRrEsWI8J:http://jesz.ajk.elte.hu/kun17.html>
130. *Kuráth G.* 2007: A hazai felsőoktatási intézmények regionális hatásának vizsgálata a beiskolázási marketingmunkában. *Tér és Társadalom*. 21. 4. 95–129.
131. *Lakatos J. – Tokaji K-né.* 2009: Társadalmi jellemzők és ellátórendszerek, 2008. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. 53–63.
132. *Lengyel B.* 2004: A tudásteremtés lokalitása: Hallgatólagos tudás és helyi tudástranszfer. *Tér és Társadalom*. 2. 51–71.
133. *Lengyel Gy. – Janky B.* 2002: A szubjektív jólét társadalmi feltételei. [In: *Lengyel Gy. (szerk.): Indikátorok és elemzések Műhelytanulmányok a társadalmi jelzőszámok témaköréből, BKÁE, Budapest.*

134. *Lengyel I.– Deák Sz.* 2002: Regionális/lokális klaszter: sikeres válasz a globális kihívásra. *Marketing & Menedzsment.* 4. 17–26.
135. *Lengyel I.* 2000a: Porter-rombusz: A regionális gazdaságfejlesztési stratégiák alapmodellje. *Tér és Társadalom.* 4. 39–86.
136. *Lengyel I.* 2000b: A regionális versenyképességről. *Közgazdasági Szemle.* 12. 962–987.
137. *Lengyel I.* 2000c: A regionális versenyképesség tényezői, különös tekintettel a Dél-Alföldre. [In: *Farkas B. – Lengyel I. (szerk.): Versenyképesség – regionális versenyképesség.*] SZTE Gazdaságtudományi Kar közleményei. JATEPress, Szeged. 39–57.
138. *Lengyel I.* 2001: Iparági és regionális klaszterek. tipizálásuk, térbeliségük és fejlesztésük főbb kérdései. *Vezetéstudomány.* 10. 19–43.
139. *Lengyel I.* 2002: A regionális gazdaság- és vállalkozásfejlesztés alapvető szempontjai. [In: *Buzás N. – Lengyel I. (szerk.): Ipari parkok fejlődési lehetőségei: regionális gazdaságfejlesztés, innovációs folyamatok és klaszterek.*] JATEPress, Szeged.
140. *Lengyel I.* 2003: Verseny és területi fejlődés: térségek versenyképessége Magyarországon. JATEpress, Szeged.
141. *Lengyel I. – Rechnitzer J. (szerk.)* 2002: A hazai építőipar versenyképességének javítása: klaszterek szerepe a gazdaságfejlesztésben. Régió Art Kiadó, Győr.
142. *Losonczy Á.* 1973: Az életmódról. MTA Szociológiai Kutatóintézet.
143. *Lukovics M.* 2004: Regionális gazdaságfejlesztés: eltérő fejlettségű megyék versenyképességének összehasonlító elemzése. *Tér és Társadalom.* 4. 149–168.
144. *Lukovics M.* 2006: A magyar megyék és a főváros versenyképességének empirikus vizsgálata. *Területi Statisztika.* 2. 148–166.
145. *Lustman P.J. – Griffith LS. – Clouse RE.* 1997: Depression in adults with diabetes. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry.* 2. 15–23.
146. *Lyketsos C.G. – Lyketsos G.C. – Richardson S.C. – Beis A.* 1987: Dysthymic states and depressive syndromes in physical conditions of presumably psychogenic origin. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 76. 529–534.
147. *Macleod J. – Davey Smith G.* 2005: Psychosocial factors and public health: a suitable case for treatment? *Journal of Epidemiology and Community Health.* 57. 565–570.
148. *Malizia E. E. – Feser E. J.* 1999: Understanding Local Economic Development. Center for Urban Policy Research, New Jersey.
149. *Manchin R.* 1976: Az életmódkutatás módszertani problémái. Kossuth Kiadó. Budapest.

150. *Marselek S. – Pummer L.* 2003: A magyar regionális rendszer helyzete és a régiók összehasonlítása. [In: Magda S. – Marselek S. (szerk.): Észak-Magyarország agrárfejlesztésének lehetőségei.] Agroinform Kiadó, Budapest. 82–90.
151. *Marselek S. – Vajsz T. – Pummer L.* 2005: Magyarország régióinak összehasonlítása, a különbségeket okozó tényezők vizsgálata. Környezetvédelmi, regionális versenyképesség, fenntartható fejlődés. Nemzetközi Tudományos Konferencia, Pécs. III. kötet. 49–58.
152. *Marshall A.* 1890: Principles of Economics. London. MacMillan.
153. *Máthé M.* 1995: Mosonmagyaróvár nemzetközi kapcsolatai a hármas határ térségének hatósugarában. MTA RKK NYUTI, Győr.
154. *Mátyás T. A.* 2008: A Dél-dunántúli régió leghátrányosabb helyzetű kistérségeinek bemutatása. Dél-dunántúli Regionális Munkaügyi Központ; Pécs, 2008. http://www.ddrmk.hu/documents/lhh_tan_leghkt.pdf
155. *Meade M. S. – Earickson R. J.* 2000: Medical Geography. The Guilford Press, New York.
156. *Medgyesi M. – Szívós P. – Tóth I. Gy.* 2000: Szegénység és egyenlőtlenségek: generációs eltolódások [In: Kolosi T. (szerk.): Társadalmi Riport 2000.] TÁRKI, Budapest. 177–204.
157. *Mezei K.* 2004: Integrált regionális fejlesztés-finanszírozási modell a Nyugat-Dunántúlon, *Tér és társadalom*, 4. 51-68.
158. *Mészáros Á. – Fóti J.* 2000: A cigány népesség jellemzői Magyarországon. [In: Horváth Á. – Landau E. – Szalai J.(szerk.): Cigánynak születni] Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
159. *Moser K.A. – Goldblatt P.O. – Fox A.J. – Jones, D.R.* 1987: Unemployment and mortality: comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census samples. *British Medical Journal*. 294. 86–90.
160. *Mozsár F.* 2000: Az externáliák szerepe a regionális gazdasági teljesítmény magyarázatában és növelésében. [In: Farkas B. – Lengyel I. (szerk.): Versenyképesség-regionális versenyképesség] SZTE Gazdaságtudományi Kar Közleményei. JATEPress. Szeged. 100–114.
161. *Nagy Sz.* 2005: Környezettudatos marketing. Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar. PhD értekezés.
162. *Németh K. – Szöllősiné Maler M. – Szücs M. – Szekeres P.* 2005: Dél-Dunántúli Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005. Országos Epidemiológiai Központ. Országos Tisztifőorvosi Hivatal. Budapest. <http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Del-Dunant-web.pdf>

163. *Patik R. – Deák Sz.* 2005: Regionális klaszterek feltérképezése a gyakorlatban. *Tér és Társadalom.* 3–4. 139–170.
164. *Patkós A.* 2003: Kutatás és egyetem kapcsolata Európában és Magyarországon. *Magyar Tudomány.* 8. 1025.
165. *Péntek Á.* 2011: Digitális üzleti hálózatok megvalósítási lehetőségei kis- és középvállalkozások körében. Debreceni Egyetem Ihrig Károly Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskolája. PhD értekezés.
166. *Pikó B. – Stempsey WE.* 2002: Physicians of the future: Renaissance of polymaths? *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health.* December. 122. 233–237.
167. *Pikó B.* 1996: Az egészségi állapot komplexitása és mérési lehetőségei. *Lege Artis Medicinae.* 6. 474–477.
168. *Pikó B.* 2002: Egészségszociológia. Új Mandátum. Budapest.
169. *Pikó B.* 2004: A pozitív pszichológia missziója a modern társadalomban. Paradigmaváltás a társadalomtudományokban? *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika.* 5. 289–299.
170. *Planning S. K.* 2008. How business can change behaviour. [In: Strengthening health systems and the global health workforce.] Geneva p. 49.
171. *Pohjasvaara T. – Vataja R. – Leppävuori A. – Kaste M. – Erkinjuntti T.* 2001: Depression is an independent predictor of poor long-term functional outcome post stroke. *European Journal of Neurology.* 8. 315–319.
172. *Porter M. E.* 1998: Clusters and the new economics of competition. *Harvard Business Review.* 6. 77–90.
173. *Porter M. E.* 1990: The Competitive Advantage of Nations. Free Press. New York.
174. *Pukli P.* 2000: A gazdaságstatisztika regionális mutatószámai. [In: Farkas B. – Lengyel I. (szerk.): Versenyképesség-regionális versenyképesség] SZTE Gazdaságtudományi Kar Közleményei. JATEPress. Szeged. 235–244.
175. *Pulay Gy. – Benkő J.* 2008: Összegző, helyzetfeltáró tanulmány. A magyarországi cigányság helyzetének javítására és felemelkedésére a rendszerváltás óta fordított támogatások mértékéről és hatékonyságáról. [Báger G. (szerk.); Állami Számvevőszék Fejlesztési és Módszertani Intézet, 2008. április.
176. *Putnam R.* 1993: Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy, Princeton University Press.

177. *Rechnitzer J. – Hardi T. (szerk.)* 2003: A Széchenyi István Egyetem hatása a régió fejlődésére. Tudományos füzetek V. Széchenyi István Egyetem Gazdaság- és Társadalomtudományi Intézet, Győr.
178. *Rechnitzer J.* 2004: A város hálózat és a régiók formálódása. *Magyar Tudomány.* 9. 978–990.
179. *Reichlin K.* 2007: Szabadidő ismeretek. Budapesti Gazdasági Főiskola. Kereskedelmi, Vendéglátóipari és Idegenforgalmi Főiskolai Kar. Budapest.
180. *Réthy E-né – Vámos Á.* 2006: A gyakorlati pedagógia néhány kérdése. Esélyegyenlőség és méltányos pedagógia. Bölcsész Konzorcium HEFOP Iroda.
181. *Rimler J.* 2004: Foglalkozás és végzettség. *Közgazdasági Szemle.* LI. évf. December. 1172–1187.
182. *Sajtos L.* 2004: A vállalati marketingteljesítmény értékelésének többdimenziós megközelítése és alkalmazása a Magyarországon működő vállalatok körében. Budapesti Corvinus Egyetem. PhD értekezés.
183. *Sass M. – Szanyi M.* 2009: Klaszterek és a multinacionális vállalatok helyi beszállítói hálózatának fejlődése. *Európai Tükör.* 9. 21–46.
184. *Sassen S.* 1991: *The Global City: New York, London, Tokyo.* Princeton University Press; Princeton. 17–171.
185. *Sassen S.* 1994: *Cities in the World Economy (Városok a világgazdaságban),* Sage, London *Cities in a world economy (Pine Forge Press, 2006) updated 3rd ed., original 1994; Series: Sociology for a new century.*
186. *Schneider G.* 2005: A Közép-Magyarországi Régió intézményi struktúrája. [In: *Ágh A. (szerk.): Budapest a Közép-Magyarországi Régióban: A közös versenyképesség perspektívái.*] IDEA. 73–117.
187. *Schneider G.* 2007: Az európai fővárosi és metropolisz régiók versenyképessége: Kitorési pontok a Budapesti térség számára. [In: *Kaiser T. – Ágh A. – Kis-Varga J.: A régiók Magyarországa II. Hálózatok és labirintusok.*] MTA–MEH PROJEKT. MTA Szociológiai Kutatóintézet.
188. *Schultz T. W.* 1983: *Beruházás az emberi tőkébe.* Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
189. *Seligman M. E. P.* 2002: *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment.* Free Press. New York.
190. *Shmueli A.* 2003: Socio-economic and demographic variation in health and in its measures: the issue of reporting heterogeneity. *Social Science and Medicine.* 57. 125–134.

191. Siegrist J. – Rodel A. 2006: Work stress and health risk behavior. *Scandinavian Journal Work, Environmental & Health* 32. (6.) 473–481.
192. Sim J. – Mak B. – Jones D. 2006: A Model of Customer Satisfaction and Retention for Hotels. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*. 7. (3.) 1–23.
193. Sirgy J. M. 2002: *The Psychology of Quality of Life*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.
194. Smith R. 1992: „Without work all life goes rotten”: Unemployment kills, ruins health and destroys families. *British Medical Journal*. 305. 972.
195. Soós A. 2004: A magyar regionális politika az uniós csatlakozás jegyében – különös tekintettel a Dél-dunántúli régióra. BGF KKKF Elektronikus Könyvtár. http://elib.kkf.hu/edip/D_10761.pdf
196. Spéder Zs. – Kamarás F. 2008: Hungary: Secular fertility decline with distinct period fluctuations. *Demographic Research*. Volume 19, Article 18. 599–664.
197. Spéder Zs. – Monostori J. 2001: Mozaikok a gyermekszegénységről. Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutatóintézet Kutatási Jelentés, 2001. 4. <http://www.demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/Kutjelek/KJ69Gyszeg.pdf>
198. Spéder Zs. 1996: Ikertestvérek – A szegénység arcai a mai Magyarországon. *Századvég*. 2. 29–57.
199. Spéder Zs. 2002a: A szegénység változó arcai: Tények és értelmezések. Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég Kiadó. Budapest.
200. Spéder Zs. 2002b: Szegénység: szocio-ökonómiai jegyek és demográfiai tényezők. [In: Spéder Zs. (szerk): *Demográfiai folyamatok és társadalmi környezet.*] 91–103.
201. Stuijbergen AK. – Seraphine A. – Robert G. 2000: An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nursing Research*. 49. (3.) 122–129.
202. Szabó Zs. 2010: Az Európa 2020 stratégia esélyei jogi szemmel: a kötelezettségek kudarca, a lehetőségek sikere? *Európai Tükör*. 5. 34–42.
203. Szalay L. 2002: Régiók Európája, az Európai Unió regionális politikája. A Magyar Köztársaság Külügyminisztériuma. Budapest.
204. Szántó Á. 2008: Egészségpiac és egészségtudatosság – vásárlói döntést befolyásoló tényezők marketing szemléletű vizsgálata. Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar. PhD értekezés.
205. Széman Zs. 2008: Ki az idős? Az öregedés különböző szempontjai. *Esély*. 3. 3–15.
206. Szentes T. 2006: Fejlődés, versenyképesség, globalizáció. Akadémiai Kiadó Zrt, Budapest.

207. Szirmai V. – Baráth G. – Molnár B. – Szépvölgyi Á. 2003: Globalizáció és térségi fejlődés. *Tér és Társadalom*. 3. 29–57.
208. Szirmai V. 2004: Globalizáció és a nagyvárosi tér társadalmi szerkezete. *Szociológiai Szemle*. 4. 3–24.
209. Szirmai V. 2009: Hogyan lehetnek a magyar nagyvárosok versenyképesebbek? [In: Szirmai V. (szerk.): A várostérségi versenyképesség társadalmi tényezői.] Dialóg Campus Kiadó, Pécs – Budapest. 271–289.
210. Takács J. 2008: „Ha a mosogatógép nem lenne, már elváltunk volna...” Férfiak és nők otthoni munkamegosztása európai összehasonlításban. *Esély* 6. 51–73.
211. Tokár Zs. – Kohut Zs. – Ragó M. 2005: Észak-Alföldi Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005. Országos Epidemiológiai Központ. Országos Tisztifőorvosi Hivatal. Budapest. <http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Eszak-Alfold-web.pdf>
212. Tylor Edward B. [1871] 1976: Primitive culture: Researches into the development of mythology, philosophy, religion, language, art, and custom. Gordon Press. ISBN 087968464X.
213. Uzzoli A. 2008: Területi egyenlőtlenségek az egészségügyben. ELTE munkafüzet. ELTE Eötvös Kiadó, Bp. 93.
214. Uzzoli A. 2009: A területiség szerepe az egészségügyi egyenlőtlenségek kialakulásában Magyarországon. PF63859 nyilvántartási számú OTKA Egyéni Kutatási Posztdoktori Pályázat Zárójelentés. (2006–2009). Budapest.
215. Varga A. 2004: Az egyetemi kutatások regionális gazdasági hatásai a nemzetközi szakirodalom tükrében. *Közgazdasági Szemle*. 51. március. 259–275.
216. VÁTI 2001: Jelentés a területi folyamatok alakulásáról, a területfejlesztési politika érvényesüléséről, és az Országos Területfejlesztési Konceptió végrehajtásáról. Kormány – J/3919. OGY. Kormányjelentés.
217. Vitányi I. 1981: Társadalom, kultúra, szociológia. Kossuth Kiadó. Budapest.
218. Vitányi I. 2006: A magyar kultúra esélyei. MTA Társadalomkutató Központ. Budapest.
219. Vitrai J. – Vokó Z. 2004: Egészségmodell. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ. Budapest.
220. Vukovich G. 1999: Egyedülálló szülők és gyermeküket egyedül nevelő szülők. [In: Pongrácz T-né – Tóth I. Gy. (szerk.): Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről.] TÁRKI, Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest. 63–73.
221. Warr P. – Jackson P. 1985: Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and of re-employment. *Psychological Medicine*. 1985 15. (4.) 795–807.

222. *Watson N. – Linderberg U. – Vörös M.* 2002: Monitoring the EU Accession Process: Equal Opportunities for Women and Men, Open Society Institute EU Accession Monitoring program. Budapest.
223. *Weber M.* 1992: Gazdaság és Társadalom: A megértő szociológia alapvonalai. Közgazdasági és Jogi Kiadó. Budapest.
224. *Wells K.B. – Golding J. – Burnam M.* 1989: Affective, substance use, and anxiety disorders in persons with arthritis, diabetes, heart disease, high blood pressure, or chronic lung conditions. *General Hospital Psychiatry*. 11. 320–327.
225. *White K. R.* 1982: The relation between socioeconomic status and academic achievement. *Psychological Bulletin*, 91. (3) 461-481.
226. *WHO 2007*: Commission on Social Determinants of Health. Employment Conditions Knowledge Network: Employment Conditions and Health Inequalities. Final report. WHO
http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf
227. WHO. Constitution of the World Health Organization, Geneva, 1946. Accessed Page 20 of „NATIONAL MENTAL HEALTH POLICY 2001–2005” on March 2001.
228. *Wilkinson R. G.* 2006: Társadalmi korrózió, egyenlőtlenség és egészség. [In: Giddens A.– Diamond P. (szerk.): Írások az egyenlőtlenségekről, az egyenlősdiről és az új egyenlőtlenségekről.] Napvilág Kiadó, Budapest. 238–257.

Internetes hivatkozás

- Net1: A régiókért dolgozunk az Európai Unió regionális politikája 2007–2013, 2008. január.
http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/presenta/working2008/work_hu.pdf
 (2011.04.11)
- Net2: CEC 1996. First Report on Economic and Social Cohesion. European Commission. Brussels.
- Net3: CEC 2001. Second Report on Economic and Social Cohesion. European Commission. Brussels.
- Net4: 1996. évi XXI. törvény a területfejlesztésről és területrendezésről.
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99600021.TV (2011.04.11)
- Net5: 46/2003. (IV.16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról. <http://www.oefi.hu/nepeuprg.pdf> (2011.04.11)
- Net6: 1076/2004. (VII. 22.) Korm. határozat az Európa Terv (2007–2013) kidolgozásának tartalmi és szervezeti kereteiről.
http://www.soros.hu/img_tele.hu/pdf/kormhat.pdf (2011.04.11)

- Net7: Areas, Interim Report on the PolyMETREXplus project Towards a Polycentric Metropolitan Europe at the end of the Planning Component (First phase 2004–2005) and including outlines for the Framework for a Polycentric Metropolitan Europe PolyMETREXplus Action Plan PolyMETREXplus Practice Benchmark. http://www.eurometrex.org/Docs/PolyMETREX/Interim/EN_PolyMETRExplus_interim_report.pdf (2011.04.11.)
- Net8: Schneider G. 2008: Városi kistérségek vizsgálata az uniós fejlődési irányok tükrében. http://www.localmonitoring.eu/pub/nagyvaros_zaras_pdf/04_hatteranyagok/02_sneider/Schneider_Gabor.pdf (2011.04.11.)
- Net9: Új Magyarország Fejlesztési Terv. http://www.nfu.hu/uj_magyarorszag_fejlesztési_terv_2 (2011.04.11)
- Net10: Új Széchenyi Terv. <http://ujszechenyiterv.gov.hu> (2011.04.11)
- Net11: European innovation scoreboard 2008 Comparative analysis of innovation performance PRO INNO Europe paper N°10. <http://www.proinno-europe.eu/page/european-innovation-scoreboard-2008> (2011.04.11)
- Net12: Európai Szakszervezeti Szövetség (2005): Európa előtt álló feladat: helyre tenni a Lisszaboni Stratégiát. <http://www.etuc.org/IMG/pdf/BrochLisbonHU.pdf> (Letöltve: 2011. március 3.)
- Net13: http://www.euvonal.hu/index.php?op=kerdesvalasz_reszletes&kerdes_valasz_id=1638 (2011.04.11)
- Net14: Kolin P. 2005: Javaslat a szociális ágazat információs társadalom stratégiájának főbb irányaira, feladataira. http://www.allamreform.hu/letoltheto/szocialis_ugyek/hazai/Kolin_Peter_Javaslat_a_szocialisagazat_informacios_tarsadal.pdf (2011. július 23.)
- Net15: Strukturális egyenletek és modellezés. <ftp://jegyzet.sth.sze.hu!/Gazdinfo/Statisztikai.algoritmusok/doc/Temacsoportos/13-lisrel.pdf> (2011. július 25.)
- Net16: 311/2007. (XI.17.) Kormányrendelet a kedvezményezett térségek besorolásáról. http://www.complex.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0700311.KOR (2011.04.11)
- Net17: Magyarország 2009. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2010. <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2009.pdf> (2011.04.11)

- Net18: Makro egyensúly és gazdasági növekedés 2006. Central European Management Intelligence. 130–138. Letöltve: 2010.12.20.
http://www.cemi.hu/data/uploadfile/hu_246/phpM2c9oh.Makro%20egyens%C3%BAly%20%C3%A9s%20gazdas%C3%A1gi%20n%C3%B6veked%C3%A9s.pdf
- Net19: A Dél-dunántúli Humán Szolgáltatások Fejlesztésének Stratégiai Programja, 2006. www.terport.hu/download.php?ctag=download&docID=5573 (2011.04.11)
- Net20: 96/2005. (XII. 25.) OGY határozat az Országos Fejlesztéspolitikai Koncepcióról. http://www.kvvm.hu/cimg/documents/96_2005_OGY_hat_OFK_rol.pdf (2011.04.11)
- Net21: Gyorsforgalmi úthálózat elérhetősége 2015-ben. Közlekedés Tudományi Intézet Nonprofit Kft.
<http://www.kti.hu/index.php?mact=Album,m5,default,1&m5albumid=124&m5page=2&m5returnid=503> (2011.04.11)
- Net22: Munkaerő-piaci folyamatok az Észak-Alföldön, 2000–2007. Központi Statisztikai Hivatal. Statisztikai Tükör II. 135. sz. 2008. október 14. (Letöltve: 2010.11.08.)
<http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/stattukor/regiok/debrecenmpiacfoly07.pdf>
- Net23 KSH Népszámlálás 2001. <http://www.nepszamlalas.hu/hun/kotetek/kotetek.html> (2011.04.11)
- Net24: Számokban utazunk, Központi Statisztikai Hivatal turisztikai oldal.
http://portal.ksh.hu/portal/page?_pageid=178,365310&_dad=portal&_schema=PORTAL
- Net25: OLEF 2003 Gyorsjelentés.
<http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/GyorsjelentésOLEF2003.pdf> (2011.04.11.)
- Net26: A demográfiai folyamatok regionális különbségei, 1980–2007. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. 2008.
<http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/idoszaki/regiok/orsz/demogfoly07.pdf> (2011.04.11)

10. PUBLIKÁCIÓK AZ ÉRTEKEZÉS TÉMAKÖRÉBEN (saját irodalom)

Tudományos közlemény idegen nyelvű, hazai, lektorált folyóiratban:

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

Idegen nyelvű lektorált konferencia kiadvány:

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

Magyar nyelvű lektorált konferencia kiadvány:

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

Magyar nyelvű nem lektorált konferencia kiadvány:

5. *Vargáné Szűcs E. – Balatoni I.* 2008: Minőség és versenyképesség. III. Debreceni Kiválóság Konferencia. Debrecen. 2008. május 21–23. (A konferencia kiadvány CD formátumban jelent meg.)

Magyar nyelvű absztrakt:

6. Molnár P. – *Balaton I.* 2007: Betegelégedettség: ami a számok mögött van. ISO 9000 Fórum XIV. Nemzeti Konferencia: „Versenyképesség – fenntartható fejlődés”. Balatonfüred. 2007. szeptember 13–14. (A konferencia kiadvány CD formátumban jelent meg.)

A kutatási témához közvetlenül nem kapcsolódó publikációk:

Tudományos közlemény magyar nyelvű, lektorált folyóiratban:

1. Záborszky Z. – Ács G. – Papp T. – *Balaton I.* – Fekete K. 2006: Minőségügyi kontroll bevezetésének hatása a szakorvosi rendelő működésére. *Orvosi Hetilap.* 147. 5: 229–231. (Magyar nyelvű tudományos folyóirat idegen nyelvű összefoglalóval.)
2. *Balaton I.* – Záborszky Z. – Fekete K. 2008: A minőségfejlesztés lehetőségei a traumatológiai ellátásban. *Magyar Traumatológia, Ortopédia, Kézsebészet, Plasztikai sebészet.* 51. 5: 5–10. (Magyar nyelvű tudományos folyóirat idegen nyelvű összefoglalóval.)
3. Fekete K. – *Balaton I.* 2008: Ízületi mozgások javítása csonthosszabbító műtétekkel. *Magyar Traumatológia, Ortopédia, Kézsebészet, Plasztikai sebészet.* 51. 4: 339–346. (Magyar nyelvű tudományos folyóirat idegen nyelvű összefoglalóval)

Magyar nyelvű lektorált konferencia kiadvány:

4. Vargáné Szűcs E. – *Balaton I.* 2007: A balanced scorecard, mint a minőségfejlesztés eszköze a felsőoktatásban. Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar VI. Nemzetközi Konferencia A közgazdász képzés megkezdésének 20. évfordulója alkalmából. Miskolc-Lillafüred. 2007. október 10–11. 324–332. ISBN 978-963-661-787-5. (Magyar nyelven megjelent előadás idegen nyelvű összefoglalóval.)
5. *Balaton I.* – Kalmár T. – Csernoch L. 2009: Különböző fűtési és hűtési technikák alkalmazásának hatása a szervezet hőszabályzó mechanizmusainak aktiválódására. 15th „Building Services, mechanical and Building Industry Days” International Conference. Debrecen. 2009. október 15–16. 123–128. ISBN 978-963-473-314-0. (Magyar nyelven megjelent előadás idegen nyelvű összefoglalóval.)

Magyar nyelvű nem lektorált konferencia kiadvány:

6. Vargáné Szűcs E. – *Balaton I.* 2005: Minőségbiztosítás a Debreceni Egyetemen. XVI. Debreceni Országos Minőség Konferencia: „Minőség tudomány-vezetési gyakorlat”. Debrecen. 2005. május 18–20. (A konferencia kiadvány CD formátumban jelent meg.)
7. Vargáné Szűcs E. – *Balaton I.* 2007: A Felsőoktatási Minőség Díj hatása a Debreceni Egyetem stratégiájára. TQM Konferencia: „Kicsit másképp... az integrált minőségirányítási rendszerekről”. Füzesgyarmat. 2007. október 4–5. (A konferencia kiadvány CD formátumban jelent meg.)

Ismeretterjesztő publikáció:

8. *Balaton I.* 2002: Informatikai és minőségügyi rendszer szimbiózisa a színvonalas szolgáltatásért. *Egészségügyi Menedzsment.* 4. 6: 51–54.

NYILATKOZAT

Ezen értekezést a Debreceni Egyetem Agrártudományi Centrum Mezőgazdaság-, Élelmiszertudományi és Környezetgazdálkodási Karán a Kerpely Kálmán Növénytermesztési, kertészeti és Regionális Tudományok Doktori Iskola keretében készítettem el a Debreceni Egyetem AGTC MÉK doktori (PhD) fokozatának elnyerése céljából.

Debrecen, 20.....

a jelölt aláírása

NYILATKOZAT

Tanúsítom, hogydoktorjelölt 20..... – 20..... között a fent megnevezett Doktori Iskola keretében irányításommal végezte munkáját. Az értekezésben foglalt eredményekhez a jelölt önálló alkotó tevékenységével meghatározóan hozzájárult, az értekezés a jelölt önálló munkája. Az értekezés elfogadását javaslom.

Debrecen, 20

a témavezető aláírása

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton szeretnék köszönetet mondani a Kerpely Kálmán Doktori Iskola vezetőjének, Dr. Nagy János professzor úrnak, hogy lehetőséget biztosított kutatásaim elvégzéséhez.

Kiemelt köszönet illeti témavezetőmet, Dr. Baranyi Béla professzor urat, aki munkámat iránymutatással, hasznos tanácsokkal segítette és emberileg, valamint szakmailag bátorított.

Köszönetet mondok a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum elnökének, Dr. Paragh György professzor úrnak és a Pécsi Tudományegyetem Orvos és Egészségtudományi Koordinációs Központ elnökének, Dr. Kovács L. Gábor professzor úrnak, akik hozzájárultak ahhoz, hogy a kérdőíves felmérés megvalósulhasson.

Köszönettel tartozom a debreceni és pécsi klinikák azon szakdolgozóinak, akik segítettek a kérdőíves vizsgálat lebonyolításában.

Köszönet illeti Dr. Jávor András professzor urat, Dr. Fábián Gergely tanár urat és Dr. Fónai Mihály tanár urat, akik tapasztalataikkal és szakmai véleményükkel fontos szerepet vállaltak a disszertációhoz kapcsolódó közlemények végleges formájának kialakításában.

Szeretném köszönetemet kifejezni mindazoknak, akik javaslataikkal, észrevételeikkel hozzájárultak a dolgozat teljesebbé tételéhez.

Végül szeretnék köszönetet mondani közvetlen munkatársaimnak, akik a mindennapokban segítettek és támogattak.

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra: Magyarország régiói	9
2. ábra: A regionális versenyképesség „piramis-modellje”	11
3. ábra: A régiók versenyképességét meghatározó humán tőke lehetséges befolyásoló tényezői.....	22
4. ábra: Egészséget befolyásoló tényezők	23
5. ábra: A munka során alkalmazott modellek, az azokban szereplő faktorok és azok feltételezett kapcsolata.....	24
6. ábra: A kutatás három fő módszere	25
7. ábra: A DE OEC-en ellátott debreceni és régiós lakosság megoszlása, 2008	27
8. ábra: A mintabeli és a regionális nem szerinti megoszlás összehasonlítása, 2008	28
9. ábra: A mintabeli és a regionális kor szerinti megoszlás összehasonlítása, 2008	28
10. ábra: Lisrel modell alkalmazása a kutatásban	29
11. ábra: Hogyan jöttek létre a faktorok?	32
12. ábra: Egy főre jutó bruttó hazai termék az országos átlag százalékában 2004–2008.....	34
13. ábra: Egy foglalkoztatottra jutó GDP régióként, 2008	35
14. ábra: A bruttó hozzáadott érték gazdasági ágak, régiók szerint folyó áron, 2008.....	36
15. ábra: Foglalkoztatottak aránya a gazdasági szolgáltatásokban és a feldolgozóiparban régióként, 2009.....	36
16. ábra: Külföldi érdekeltségű vállalkozások külföldi tőke szerinti megoszlása Magyarországon, 2008	38
17. ábra: Beruházások összes teljesítményértéke 2004–2009 között	38
18. ábra: Foglalkoztatási arányváltozása 2000 és 2010 között	39
19. ábra: Kutató-fejlesztő helyek régiós megoszlása, 2009.....	39
20. ábra: Uniós támogatások összege régióként, 2004–2009	42
21. ábra: Magyarország, az Észak-alföldi régió és a Dél-dunántúli régió korösszetétele, 2007	43
22. ábra: Cigány nemzetiséghez tartozók megoszlása Magyarország régiói között, 2001.....	44
23. ábra: A lakosság idegen nyelv ismerete Magyarországon, 2006.....	45
24. ábra: Száz lakásra jutó lakos, régióként, 2001–2010.....	47
25. ábra: Az ivóvízvezeték hálózatba bekapcsolt lakások aránya, 1990–2009	47
26. ábra: A népesség iskolázottsága, 1930–2005, %	48
27. ábra: A foglalkoztatottak összevont nemzetgazdasági ág szerinti megoszlása 1920–2001	49
28. ábra: A foglalkoztatottak foglalkozási viszony és fizikai-szellemi foglalkozás szerinti megoszlása, 1910–2001.....	49
29. ábra: Foglalkoztatottak aránya a népesség százalékában, kistérségenként.....	50
30. ábra: 100 foglalkoztatottra jutó nem foglalkoztatott, kistérségenként.....	50
31. ábra: A munkanélküliségi ráta alakulása régióként 2000–2010	51
32. ábra: Foglalkoztatási arány és munkanélküliségi ráta változása a Dél-Dunántúlon és az Észak-Alföldön, 2000–2010	52
33. ábra: Munkanélküliek iskolai végzettség szerinti megoszlása az Észak-Alföldön, 2009	53
34. ábra: Munkanélküliek iskolai végzettség szerinti megoszlása a Dél-Dunántúlon, 2009...	53
35. ábra: Fogyatékkal élők aránya a magyarországi régiókban, 2001	54
36. ábra: Gyermekeket egyedül nevelő szülők száma (fő) régióként, 2009.....	55
37. ábra: A háztartások egy főre jutó éves bevétele és jövedelme, 2009	56
38. ábra: Születéskor várható átlagos élettartam az EU egyes országaiban, 2004	62
39. ábra: A nők születéskor várható élettartama, 1990, 2001, 2009.....	63
40. ábra: A férfiak születéskor várható élettartama, 1990, 2001, 2009	63
41. ábra: A várható élettartam regionális különbségeinek magyarázata	64
42. ábra: Keringési rendszer betegségei miatti halálzási arány alakulása a Dél-Dunántúlon és az Észak-Alföldön, 1995–2009	65

43. ábra: Daganatos megbetegedések miatti halálozási arány alakulása a Dél-Dunántúlon és az Észak-Alföldön, 1995–2009	65
44. ábra: Halálokok megoszlása a Dél-Dunántúlon és az Észak-Alföldön, 2009	66
45. ábra: Keringési rendszer betegségei miatti halálozási arány alakulása régióként, 1995–2009	66
46. ábra: Daganatos megbetegedés miatti halálozási arány alakulása régióként, 1995–2009	67
47. ábra: A szociális háttér kapcsolata az egészségkultúrával és az anyagi lehetőségekkel....	72
48. ábra: Az egyetemi központok szerepe az egészségben, illetve az egészségkultúrában....	76
49. ábra: Az életmód kapcsolata az egészségi állapottal és egészségkultúrával.....	79
50. ábra: Az egészségi állapot összefüggése az életmóddal és az anyagiakkal	81
51. ábra: A munkaképesség és az egészségi állapot/magatartás kapcsolata.....	83
52. ábra: Igazolt hipotézisek.....	90
53. ábra: Legmagasabb iskolai végzettség az Észak-Alföldön és a Dél-Dunántúlon.....	91
54. ábra: Hány idegen nyelvet beszél legalább társalgási szinten?.....	92
55. ábra: Kitöltők nemenkénti megoszlása.....	92
56. ábra: Válaszadók munkaviszony szerinti megoszlása	93
57. ábra: Van-e az Ön lakóhelyén munkalehetőség?.....	94
58. ábra: Egy főre jutó havi nettó jövedelem	95
59. ábra: Volt-e az elmúlt évben moziban, színházban?	97
60. ábra: Az Ön egészségi állapota.....	97
61. ábra: Szed-e Ön valamilyen gyógyszert?	98
62. ábra: Mennyit költ havonta gyógyszerre?.....	98
63. ábra: Gyógyszerre költött összeg jövedelem kategóriánkénti megoszlása, Ft.....	99
64. ábra: Egészségi állapot és annak megóvása saját megítélés szerint az Észak-alföldi régióban	99
65. ábra: Egészségi állapot és annak megóvása saját megítélés szerint a Dél-dunántúli régióban	100
66. ábra: Egészség megóvás saját megítélése iskolai végzettség szerint az Észak-alföldi régióban	101
67. ábra: Egészség megóvás saját megítélése iskolai végzettség szerint az Dél-dunántúli régióban	101
68. ábra: Egészség megóvás érdekében alkalmazott módszerek.....	102
69. ábra: Mennyire érdeklik Önt az egészséggel-betegséggel foglalkozó írások, műsorok? ..	104
70. ábra: Egészség-betegség témakör iránti érdeklődés iskolai végzettségi szerint, %	105
71. ábra: Volt-e az elmúlt években egészségről/betegségről szóló egyetemi rendezvényen?	105
72. ábra: Egészséggel-betegséggel foglalkozó egyetemi rendezvényen való részvétel iskolai végzettség szerinti megoszlása, %	106
73. ábra: Olvasott-e egészségről/betegségről szóló egyetemi kiadványt, cikket?	107
74. ábra: Klinikákon való kezeléskor kapott-e az egészséges életmódról, táplálkozásról szóló írásos anyagot, tájékoztatót?	108
75. ábra: Az egyetemek egészséges életmód kialakításában vállalt szerepének megítélése ...	108
76. ábra: Egyetemek egészséges életmód kialakításában vállalt szerepének megítélése iskolai végzettség szerint az Észak-alföldi régióban, %	109
77. ábra: Egyetemek egészséges életmód kialakításában vállalt szerepének megítélése iskolai végzettség szerint a Dél-dunántúli régióban, %	109

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat: A minta régiók szerinti tagozódása	26
2. táblázat: Terület, népesség, népsűrűség, 2009	33
3. táblázat: A régiók sorrendje az egy főre jutó GDP alapján, 2004–2008.....	34
4. táblázat: A működő vállalkozások száma létszám-kategória szerint, 2008	37
5. táblázat: Regionális összehasonlító adatok	37
6. táblázat: A kutató-fejlesztő helyek adatai, 2009	40
7. táblázat: Szabadalmi bejelentések és megadott szabadalmak régiók szerint, 2003– 2009 között	40
8. táblázat: Munkanélküliek iskolai végzettsége régióként, 2009, %	52
9. táblázat: A gazdaságilag nem aktívák száma korcsoportok szerint, 2009, ezer fő.....	54
10. táblázat: Az 1. modell paraméterbecslései	73
11. táblázat: A 2. modell paraméterbecslései.....	77
12. táblázat: A 3. modell paraméterbecslései.....	80
13. táblázat: A 4. modell paraméterbecslései.....	82
14. táblázat: Az 5. modell paraméterbecslései	84
15. táblázat: A faktorértékek elemzése régióként	86
16. táblázat: A faktorértékek elemzése a két megyeszékhelyen	86
17. táblázat: A faktorértékek elemzése lakóhely alapján	87
18. táblázat: A faktorértékek közötti nemek szerinti különbségek	87
19. táblázat: A faktorértékek közötti végzettség szerinti különbségek	88
20. táblázat: A kérdőív megbízhatósága	89
21. táblázat: A teljes munkaidőben foglalkoztatott válaszadók iskolai végzettség szerinti megoszlása, %	94
22. táblázat: Kérjük, minősítse lakóhelyét az alábbi szempontok alapján, 1–5-ig terjedő skálán	95
23. táblázat: Saját anyagi helyzet megítélése jövedelmi kategóriáinként az Észak-alföldi régióban, %	96
24. táblázat: Saját anyagi helyzet megítélése jövedelmi kategóriáinként a Dél-Dunántúli régióban, %	96
25. táblázat: Egészség megóvás érdekében egyik felsorolt módszert sem alkalmazók megoszlása iskolai végzettség szerint, %	103
26. táblázat: Egészség megóvás érdekében egyik felsorolt módszert sem alkalmazók megoszlása jövedelmi kategóriák szerint, %	103
27. táblázat: Egyetemi rendezvényeken résztvevők foglalkoztatottság szerinti megoszlása, % ...	106
28. táblázat: Kérdőíves válaszok regionális különbségeinek elemzése	110

MELLÉKLET – KÉRDŐÍV

Tisztelt Asszonyom/Uram!

Kérjük, hogy a kérdőív kitöltésével legyen a segítségünkre egy tudományos célú elemzés elkészítésében. Az egyes kérdésekre adott válaszát a megfelelő szám vagy betűjel bekarikázásával jelölje. Ha valamelyik kérdésre nem tud vagy nem szeretne válaszolni, nyugodtan hagyja ki a kérdést és lépjen tovább a következőre.

A kérdőív kitöltése névtelen és önkéntes.

Köszönjük, hogy válaszaival segítette munkánkat!

SZOCIO-DEMOGRÁFIAI ADATOK

- 1. Neme:**
a) férfi b) nő
- 2. Életkora:**
..... éves
- 3. Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége:**
a) egyetem b) főiskola
c) gimnázium/szakközépiskola d) szakmunkásképző/szakiskola
e) 8 általános f) kevesebb mint 8 általános
- 4. Családi állapota:**
a) egyedülálló b) élettársi kapcsolatban él c) házas
d) elvált e) özvegy
- 5. Lakóhelye:**
a) Pécs b) Debrecen c) más város d) község
e) falu f) tanya
- 6. Ön jelenleg dolgozik/nyugdíjas?**
a) alkalmazott, teljes munkaidőben b) alkalmazott, részmunkaidőben
c) GYES, GYED (van munkahelye) d) saját vállalkozásában dolgozik
e) alkalmi munkákból, megbízásokból él f) munkanélküli
g) öregségi nyugdíjas h) rokkant nyugdíjas
i) özvegyi nyugdíjas j) GYES, GYED (nincs munkahelye)
k) háztartásbeli l) eltartott, szociális segélyből él, családja támogatja
m) jövedelmeiből él n) segítő családtag o) egyéb
- 7. Melyik ágazatban dolgozik?**
a) ipar b) mezőgazdaság c) szolgáltatás
d) kereskedelem e) egészségügy f) oktatás
g) fegyveres szervezet h) vendéglátás i) idegenforgalom
- 8. Hány idegen nyelvet beszél legalább társalgási szinten?**
a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 3-nál több

LAKÓHELY, LAKÓKÖRNYEZET

9. Kérjük, minősítse lakóhelyét az alábbi szempontok alapján!

	1 nagyon rossz			nagyon jó 5	
helyi és helyközi közlekedés	1	2	3	4	5
egészségügyi ellátás	1	2	3	4	5
önkormányzati hivatal ügyfélszolgálat	1	2	3	4	5
szolgáltatások (közmű, posta, bank, stb.)	1	2	3	4	5
idősek felügyelete, betegotthoni szolgáltatások	1	2	3	4	5
kulturális lehetőségek	1	2	3	4	5
köztisztaság	1	2	3	4	5
védett kerékpár útvonalak	1	2	3	4	5
gyermek-felügyeleti szolgáltatások (óvoda, bölcsőde)	1	2	3	4	5

10. Mi az Ön véleménye, lakóhelyén érvényesülnek-e környezeti ártalmak (pl. levegőszennyezés, magas zajszint, veszélyes ipari üzemek)

1 2 3 4 5
 1 egyáltalán nincs ilyen 5 nagyon jellemző

MUNKA ÉS MUNKAKÖRÜLMÉNYEK

11. Van-e az Ön lakóhelyén munkalehetőség?

- a) semmilyen állás nincs a környéken
- b) nincs a képzettségének megfelelő állás
- c) van, de nincs megfelelő képzettsége
- d) egyéb
- e) engem nem érint ez a kérdés, mert vállalkozó / önálló gazdálkodó vagyok

12. Mennyi időt vesz igénybe naponta a munkába járás?

- a) 1 óránál kevesebbet b) 1-2 órát c) 2-3 órát d) 3 óránál többet

13. Hány órát dolgozik naponta a munkahelyén?

- a) kevesebb mint 4 órát b) 4-6 órát c) 6-8 órát d) 8 óránál többet

14. A főállása mellett van-e mellékállása?

- a) igen, a megélhetésem miatt b) igen, egyéb okok miatt c) nincs

15. Hány órát dolgozik otthon naponta (háztartás, ház körül, stb.)?

- a) 1 óránál kevesebbet b) 1-2 órát
- c) 2-3 órát d) 3 óránál többet

16. Hogy érzi, a képzettségének megfelelő munkakörben dolgozik-e?

- a) igen b) képzettsége magasabb, mint jelenlegi munkaköre
- c) képzettsége nem elég jelenlegi munkaköréhez

CSALÁD ÉS HÁZTARTÁS

17. Az ingatlan, amelyben lakik...

- a) albérlet/bérlemény b) hozzátartozóé c) szolgálati lakás
- d) saját lakás e) saját ház

18. Az Ön családjában körülbelül mennyi az egy főre jutó átlagos havi nettó jövedelem (fizetés, családi pótlék, gyermektartás, árvaellátás, második gazdaság, háztáji, stb.)?

- a) 50e Ft alatt b) 50–100e Ft c) 100–150e Ft d) 150–200e Ft
e) 200–250e Ft f) 250–300e Ft g) 300e Ft felett

19. Eltartottak száma a családban?

.....fő

20. Hogy érzi, Önök anyagilag...

- a) gondok nélkül élnek b) beosztással jól kijönnek
c) éppen, hogy kijönnek a havi jövedelmükből
d) hónapról-hónapra anyagi gondjaik vannak e) nélkülözések között élnek

21. Van-e autója?

- a) nincs b) igen, de még mindig törlesztem a hitelt c) igen, saját

22. Van-e otthon számítógépe?

- a) van b) nincs

ÉLETMÓD

23. Volt-e nyaralni az elmúlt évben?

- a) nem, nem volt rá időm b) nem, nem volt rá pénzem
c) igen, belföldön d) igen, külföldön

24. Dohányzik-e?

- a) rendszeresen b) ritkán, alkalmanként c) nem

25. Fogyaszt-e alkoholt?

- a) rendszeresen b) ritkán, alkalmanként c) nem

26. Sportol-e?

- a) nem b) ritkán, alkalmanként c) rendszeresen d) naponta

27. Mít szokott olvasni?

- a) napilap b) politikai hetilap c) gazdasági hetilap d) női hetilap
e) magazin f) könyv g) internet

28. Naponta átlagosan hány órát tölt internetezéssel?

..... órát

29. Naponta átlagosan hány órát tölt tévé nézéssel?

..... órát

30. Milyen műsorokat néz szívesen?

- a) hírműsorok b) tudományos, ismeretterjesztő műsorok c) sorozatok
d) show műsorok e) játékok, vetélkedők f) filmek
g) sport h) irodalmi és kulturális műsorok i) politikai műsorok

31. Mivel tölti leginkább szabadidejét?

- a) kirándulás b) házimunka c) szórakozás d) olvasás
e) internetezés f) tanulás g) tévé nézés h) sport

32. Mennyi ideje van Önmagára hetente?

..... óra

33. Volt-e az elmúlt évben moziban, színházban?

- a) nem, mert nincs rá időm/pénzem b) nem, mert nem érdekel
c) néhány alkalommal d) több alkalommal

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

34. Az elmúlt évben hányszor járt orvosnál? Ideértve bármilyen orvost, szakorvost vagy háziorvost.

- a) soha b) 1–2 alkalommal c) 3–5 alkalommal
d) 6–10 alkalommal e) több mint 10 alkalommal

35. Ön milyen esetben szokott orvoshoz fordulni?

- a) panasz nélkül is megnézeti magát időnként
b) kis panasszal is elmegy az orvoshoz
c) akkor megy el, ha panaszai már zavarják a napi tevékenységében
d) csak akkor megy orvoshoz, ha már nagy baj van
e) betegsége miatt rendszeres orvosi kezelés alatt áll
f) nem fordul orvoshoz

36. Hányszor feküdt kórházban 2007-ben?

..... alkalommal

37. Hány napot volt táppénzen 2007-ben?

..... napot

38. Mit mondana, az Ön egészségi állapota...

- a) kiegyensúlyozottan jó b) változó, de inkább jónak mondható
c) változó, nem kielégítő d) egészségi állapota inkább rossz

39. Megítélése szerint a kortársaihoz viszonyítva milyen az Ön egészségi állapota?

- a) sokkal jobb b) jobb d) ugyanolyan e) rosszabb
f) sokkal rosszabb

40. Az alább felsorolt egészségi problémák közül, volt-e Önnek valamelyik az elmúlt évben, vagy van-e jelenleg is ilyen jellegű panasza?

- a) szívvel, vérkeringéssel, nyirokérrendszerrel kapcsolatos panaszok, betegségek
b) légzéssel, tüdővel kapcsolatos panaszok, betegségek
c) emésztéssel, gyomorral, májjal, epével kapcsolatos panaszok, betegségek
d) vese működésével kapcsolatos panaszok, betegségek
e) mozgásszervi panaszok, ízületi-, gerinc-, derék-, hátpanaszok, betegségek
f) bőrelváltozások, bőrküütések, bőrbetegségek
g) látással, hallással kapcsolatos panaszok, betegségek
h) idegrendszeri problémákkal, alvászavarral kapcsolatos panaszok, betegségek
i) nőgyógyászati panaszok, betegségek
j) prosztatata panaszok, betegségek

41. Volt-e szűrővizsgálaton 2007-ben?

- a) igen b) nem

- 42. Ha volt, milyen szűrővizsgálaton vett részt?**
 a) mellkas röntgen b) fogászati c) bőrgyógyászati
 d) nőgyógyászati e) urológiai f) belgyógyászati
- 43. Mennyire érzi tájékozottnak magát a lakóhelyén igénybe vehető szűrővizsgálatokkal kapcsolatban?**
 a) nincsenek szűrések a lakóhelyén b) egyáltalán nem tájékozott
 c) részben tájékozott d) nagyon tájékozott
- 44. Honnan értesült a szűrővizsgálatokról?**
 a) családorvostól b) védőnőtől c) gyógyszerárban
 d) családtagok, ismerősöktől e) helyi újságból, tévéből
 f) szórólapból, levélből g) plakátról
 h) egyetemi kiadványból i) egyéb
- 45. Szed-e Ön valamilyen gyógyszert rendszeresen?** (Nem vitamint vagy étrendkiegészítőt.)
 a) igen b) nem
- 46. Azokat a gyógyszereket, amiket szed ...**
 a) az orvosa írja fel Önnek, illetve orvosi javaslatra szedi mindegyiket
 b) van köztük olyan, amit nem orvos javasolt Önnek és rendszeresen szedi
 c) gyógyszereit nem orvosi javaslatra szedi
- 47. Mennyit költ havonta gyógyszerre?**
 a) 1 000 Ft alatt b) 1 000 – 5 000 Ft
 c) 5 000 – 10 000 Ft d) 10 000 Ft felett
- 48. Az egészsége megőrzésének érdekében alkalmazta-e már, vagy alkalmazza-e az alábbi módszerek valamelyikét?**
 a) Svéd-csepp, Béres-csepp, vitamin b) szauna, kondicionáló torna
 c) akupunktúra, talpmasszázs d) gyógyteák, gyógyfüvek
 e) csontkovács, javasasszony e) sport, fitness, aerobik
 f) egyéb g) egyiket sem alkalmaztam még
- 49. Mennyit költ havonta egészségének megővésére?**
 a) semmit b) 1 000 Ft alatt c) 1 000-5 000 Ft
 d) 5 000-10 000Ft e) 10 000 Ft felett
- 50. Ön hogy érzi, mennyit tesz meg egészsége megővése érdekében? Gondoljon arra, hogy mennyit mozog, pihen, hogy hogyan táplálkozik, mennyire vigyáz az egészségére!**
 a) nagyon sokat b) sokat c) átlagosat d) keveset e) nagyon keveset
- 51. Mít mondana magáról mostanában a 2–3 évvel ezelőttihez képest...**
 a) egészségesebben táplálkozik b) kevésbé egészségesebben táplálkozik
 c) ugyanúgy d) nem szokott ezzel törődni
- 52. Az egészséges életmódról hallott-e, olvasott-e valahol?**
 a) családorvos b) védőnő c) gyógyszerár
 d) családtagok, ismerősök e) újság, tévé f) rádió
 g) szórólap, levél h) plakát i) egyetemi kiadvány
 j) egyéb k) nem

- 53. Mennyire érdeklik Önt az egészséggel-betegséggel foglalkozó írások, műsorok?**
- a) keresek mindent, ami ezzel foglalkozik
 - b) odafigyelek minden ilyen információra
 - c) nem érdekel jobban, mint más
 - d) kevésbé érdekel, mint más
 - e) nem figyelek oda az ilyen információkra
- 54. Volt-e az elmúlt években erről szóló egyetemi rendezvényen, pl. tájékoztató napon?**
- a) igen
 - b) nem, mert nem érdekel
 - c) nem, mert nem volt rá időm
 - d) nem, mert nem volt róla tudomásom
- 55. Olvasott-e erről szóló egyetemi kiadványt, cikket?**
- a) igen
 - b) nem, mert nem érdekel
 - c) nem, mert nem találtam ilyet
- 56. Klinikákon való kezelésekor kapott-e tájékoztatást az egészséges életmódról?**
- a) igen, kezelőorvostól
 - b) igen, gyógytornásztól
 - c) igen, dietetikustól
 - d) igen, ápoló személyzettől
 - e) nem, mert nem érdekelt
 - f) egyáltalán nem
- 57. Klinikákon való kezelésekor kapott-e az egészséges életmódról, táplálkozásról szóló írásos anyagot, tájékoztatót?**
- a) igen
 - b) nem, mert nem érdekelt
 - c) egyáltalán nem
- 58. Ön szerint a lakosság egészséges életmódjának kialakításában van-e szerepe az egyetemnek?**
- a) igen, jelentős
 - b) igen, de csekély
 - c) nincs
- 59. Van-e olyan dolog, amiről nem kérdeztük, de szívesen beszélne róla?**
-
-

Köszönjük, hogy válaszolt kérdéseinkre!