

**PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM**  
**EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR**  
**EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA**

**Doktori Iskola vezető: Prof. Dr. Bódis József**

**Programvezető: Dr. Verzár Zsófia**

**Témavezető: Prof. Dr. Füzesi Zsuzsanna**

**Társ témavezető: Dr. Takács Péter**

**P2**

**Kardiovaszkuláris Egészségtudomány**

**K-13**

**Az egészség és az egészségtelenlenség egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői**

**Nyíregyháza város lakosságának életminősége az egészségi állapot tükrében**

**Doktori (Ph.D.) értekezés tézisei**

**Jávorné Erdei Renáta**



**Pécs, 2016**

## Bevezetés

Egy ország lakosságának életminősége, annak minél magasabb szintre való emelése kiemelt jelentőséggel bír mind az egyén, mind a közösség szempontjából (a nemzetközösségtől a lokális közösségeken keresztül a mikroközösségekig). Az életminőséget több tényező határozza meg, melyek pozitív irányú befolyásolásával javítható a közösség tagjainak jólléte. Ahhoz, hogy az életminőség javuljon, és az ehhez szükséges változások megkezdődjenek, pontosan ismerni kell a befolyásoló tényezőket, melyek révén megtörténhet a beavatkozási pontok azonosítása, az ezekhez kapcsolódó akciók kidolgozása, majd azok megvalósítása.

Magyarországon, 2014-ben látott napvilágot az a jóllét indikátorrendszer, amit a Központi Statisztikai Hivatal állított össze, objektív és szubjektív változókat is felhasználva<sup>1</sup>. Ezzel a mutatóval megpróbálták képet adni a magyar lakosság jóllétéről, a hazai sajátosságokkal is számolva több dimenzió mentén. Az étellel való elégedettség ez alapján hazánkban, az országos átlagot tekintve 6,15 (0-10 skála). Legelégedettebbek a fiatal, 16-24 éves nők, az eredmények szerint (KSH, 2014).

Az életminőség összetett fogalom, melynek meghatározó részterületei az egészség, az anyagi helyzet, a lakhatás illetve a társas kapcsolatok. Az életminőséget befolyásoló tényezők között az egyik legmeghatározóbb dimenzió az egyén egészségi állapota, melyet gyakran osztanak fel „objektív” és „szubjektív” tényezőkre (bár a valóságban e kettő élesen elkülönülve nem létezik).

A kutatások egy igen jelentős része arra vonatkozik, hogy az egészségi állapot milyen mértékben járul hozzá az egyén boldogulásához, életcéljai eléréséhez. A vizsgálódások elsődleges céljaként a népesség, ezen belül az egyén egészségi állapotának javítása jelölhető meg, továbbá az egészségben meglévő horizontális és vertikális egyenlőtlenségek csökkentése. Az életminőség javulása a társadalom számára, mint egészségnyereség racionalizálható, melynek két fő mutatója a várható élettartam és a megnyert életevek számának növekedése (Mihályi, 2003; OEFI, 2004).

---

<sup>1</sup> A Központi Statisztikai Hivatal az indikátorrendszer megalapozásához nagymintás, hivatalos statisztikai adatgyűjtésekből származó, stabil adatokat használt, a 2014 decemberében rendelkezésre álló legfrissebb adatokat dolgozták fel, melyek túlnyomó részt a 2013 tavaszán lezajlott SILC lakossági felvételtől származtak

A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban rendkívül kedvezőtlennek minősíthető, és jelentősen elmarad az ország társadalmi-gazdasági fejlettségi szintje alapján elvárhatótól. A Központi Statisztikai Hivatal szerint hazánkban 2012-ben a születéskor egészségesen (azaz korlátozásmentesen) várható átlagos élettartam a nőknél 60,5 a férfiaknál 59,2 év volt. Ez másfél-két évvel marad el az Európai Unió (EU28) tagállamainak átlagától (KSH, 2014).

A népesség egészségi állapotának javítása, a kedvezőtlen trendek megállítása már régóta része az európai régiók egészségpolitikai célkitűzéseinek. A modern társadalmakban világossá vált, hogy – az orvostudomány hatalmas fejlődése ellenére – az egészségügyi ellátás önmagában nem képes az egészség és az életminőség javítására, csak bizonyos betegségek gyógyítására. Mind az egészségi állapot, mind az életminőség alakításában egyre nagyobb szerepet játszanak az egyének és a lokális közösségek, és fontossá válik azok aktivitása. Nem hagyható azonban figyelmen kívül, hogy a legjelentősebb hatással a hatalmi struktúrák vannak mindkét dimenzióra, mégpedig az életfeltételeket alakító politikákon keresztül. Ez akkor is igaz, ha ennek gyakran nincsenek tudatában e hatalmi struktúrákat képviselő intézmények, szervezetek és személyek.

## **Kutatási célok megfogalmazása**

A kutatás általános célja a nyíregyházi lakosok életminőség összetevőinek, az azt alakító, az egészséget befolyásoló életmódbeli és társadalmi tényezők vizsgálata, továbbá az egészségügyi ellátások igénybevételének és a városban élők egészségmagatartásának feltárása volt.

A vizsgálatok során első lépésben azt a kérdést tanulmányoztuk, hogy vajon jogos-e feltételezni, azt, hogy Nyíregyháza különböző településrészei között eltérés mutatható ki az életminőség és annak összetevői tekintetében. Ez az elemzési rész alapozta meg az egészségi állapot és a társadalmi, a gazdasági tényezők vonatkozásában végzett további településrész szintű vizsgálatokat.

## **A kutatás részletes célkitűzései**

Kutatásunk és a dolgozat konkrétabb céljai között az alábbiak szerepelnek:

1. Nyíregyháza városában a lakosság önminősített egészségi állapotának vizsgálata.
2. A társadalmi-gazdasági tényezők és azok egészségi állapotra gyakorolt hatásai feltárása, bemutatása Nyíregyházán.
3. A nyíregyházi lakosság életminősége egyes elemeinek vizsgálata, különös tekintettel, az egészségi állapotra.
4. A város, különböző területein élők közötti átlagos különbségek kimutatása az egészségi állapotban és az életminőségben.
5. Jelenlegi és további vizsgálatok számára is városrész csoportok kialakítása; valamint olyan kutatási módszertan bemutatása, amely alkalmas további vizsgálatokban a területi különbségek feltárására.
6. Feltárni azon korcsoportokat (közvetve pedig városrész csoportokat), amelyeket egyes betegségek, tünetek veszélyeztetnek.
7. Kvantitatív adatok szolgáltatása egy városi egészségterv elkészítéséhez.
8. Javaslatok megfogalmazása a szükséges intervenció (egészségterv) irányainak meghatározásához.

## **Hipotézisek**

1. Nyíregyháza város életminőség és egészségi állapot szempontjából nem mutat homogén képet. Az egyes városrészek között lényeges különbségek regisztrálhatók; mind egészségügyi, mind társadalmi, gazdasági vonatkozásban körzetek, körzet-csoportok különíthetők el.
2. A lokális felmérések során kialakított életminőség index (FT index) értéke magasabb a város azon lakossági közösségeiben, akik társadalmi-gazdasági szempontból frekventáltabb körzetekben élnek.
3. A magasabb átlagéletkorú körzetekben – 50 éves és annál magasabb életkorú részekben – nő meg jelentősen a lakosok panaszainak és jelzett megbetegedéseinek száma; továbbá itt válik gyakoribbá az orvoshoz fordulás és az egyes egészségügyi szolgáltatások igénybevétele.

## Módszerek

### **A kutatás előzményei**

A „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel” kutatás korábbi nemzetközi és hazai vizsgálatokon alapult, melyek az úgynevezett háztartáspanel módszertant követték. Ennek lényege, hogy elsődlegesen a városi háztartásokról gyűjt információkat, másodsorban a háztartástagok meghatározott jellemzőiről. Sajátossága, hogy azonos lakossági mintán, azonos kérdőívreszekkel próbálja feltárni a változásokat, úgy, hogy a kérdezők lehetőség szerint ugyanazokat a háztartásokat keresik fel meghatározott időközönként.

A nyíregyházi háztartáspanel vizsgálat a nemzetközi és hazai előzményeket figyelembe véve, azokra alapozva indult el 2008-ban. A városi szintű vizsgálat felhasználta az ECHP (European Community Household Panel – Európai Közösség Háztartáspanel), az EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions – Jövedelem és életfeltételek statisztika) és a TÁRKI által bonyolított MHP (Magyar Háztartás Panel, később Háztartás Monitor) kérdőíveit, annak érdekében, hogy a lokálisan kapott információk mind hazai, mind nemzetközi szinten összehasonlíthatók legyenek. (Fábián 2009).

A „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel” vizsgálat abban újszerű a TÁRKI által végzett kutatáshoz képest, hogy egy kisebb területi egység, egy megyei jogú város keretein belül végez felmérést a háztartások körében. A hagyományos adatelemzést kiegészítendő, kialakításra került egy városi szintű (lokális) életminőség mutató (FT index) is. A felmérés mindezekén túl nagy hangsúlyt fektet többek között az önminősített egészségi állapot feltérképezésére, a támogató rendszerek és a szociális osztály munkájával való elégedettség megismerésére.

### **A kutatócsoport munkájában való részvétel bemutatása**

A „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel” kutatásban az előkészítő és lebonyolító tevékenységeket – tervezés, koordinálás, kivitelezés, adatrögzítés, elemzések és disszemináció – elsősorban a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar munkatársaiból álló

kutatócsoport végezte. A kutatócsoport szoros kapcsolatban áll a város polgármesteri hivatalával, a szociális ügyekért felelős osztállyal.

Az egészségi állapotot vizsgáló blokk gondozását mint kutató 2010-től („második hullám”) végzem, ettől kezdve vagyok a kutatócsoport aktív tagja. Tevékenységeim az alábbi területekre terjednek ki:

- az egyes lekérdezések között a kérdőívek felülvizsgálata, aktualizálása, kiegészítése, fejlesztése, különös tekintettel az egészségi állapot részterületre;
- az adatfelvételben részt vevő kérdezőbiztosok kiválasztása, felkészítése és munkájuk koordinálása;
- részvétel az adatrögzítésben, adattisztításban;
- elemzések készítése;
- eredmények közvetítése az érintettek felé, disszemináció.

### **Mintaválasztás**

A mintaválasztás 2015-ben is a Magyar Háztartás Panel módszertanára alapozódott. A megkérdezettek közé azok kerültek be, akik 18. életévüket betöltötték és a város állandó lakói voltak. A minta véletlen kiválasztását – a minta (kor, állandó lakcím szerint) reprezentatív címlistájának összeállítását az említett kitételek alapján – a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala végezte. 2008-ban kialakításra került egy főminta és egy pótminta. Ez utóbbi arra az esetre készült, ha a válaszadók nem vállalják a válaszadást, vagy valamilyen okból kiesnek a főmintából. 2015-ben azonban új mintát kellett kérnie a kutatócsoportnak a Hivaltól, amit a 2008-ban készült minta kopása (válaszmehtagadás, mobilizáció) tett szükségessé. Ez a lépés összhangban van a TÁRKI által bonyolított Háztartás Monitor vizsgálattal, ahol a korábbi „mintakopás” tapasztalatai okán minden felmérést új mintán bonyolítanak.

A minta jellemzőit az alábbi *1. számú táblázat* tartalmazza az egyes lekérdezéseknek megfelelően.

Jellemzők				
	2008	2010	2012	2015
<b>elemszám (fő)</b>	1848	1060	1227	754
<i>nem</i>				
<b>férfi</b>	38,3%	40,0%	42,9%	38,0%
<b>nő</b>	61,7%	60,0%	57,1%	62,0%
<i>életkor</i>				
<b>18-34 év</b>	24,0%	19,7%	19,0%	18,1%
<b>35-64 év</b>	58,8%	63,2%	62,4%	60,2%
<b>65 feletti</b>	17,2%	17,1%	18,6%	21,7%
<i>iskolai végzettség</i>				
<b>8 általános, vagy kevesebb</b>	19,2%	11,7%	11,0%	11,0%
<b>középiskola</b>	57,6%	60,2%	60,1%	61,5%
<b>felsőfok (főiskola, egyetem)</b>	23,2%	28,1%	28,9%	27,5%
<i>családi állapot</i>				
<b>nőtlen/hajadon (%)</b>	13,9%	11,0%	13,9%	13,8%
<b>házas</b>	63,4%	64,9%	63,5%	58,2%
<b>élettárs</b>	5,2%	4,5%	5,2%	9,3%
<b>özvegy</b>	9,3%	9,6%	10,2%	13,2%
<b>elvált</b>	8,2%	10,0%	7,2%	5,4%
<i>gazdasági aktivitás (jelenleg dolgozik, vagy sem)</i>				
<b>aktív</b>	52,0%	55,3%	58,6%	54,2%
<b>inaktív</b>	48,0%	44,7%	41,4%	45,8%

1. számú táblázat A nyíregyházi háztartáspanel vizsgálatok mintájának bemutatása a vizsgált években

### A kutatás alapjául szolgáló körzetek Nyíregyházán

A városi térbeli jellemzők és egyenlőtlenségek pontos feltárása érdekében a „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel” kutatás kezdetén a kutatócsoport a várost 14 körzetre osztotta fel. A körzetek kialakításánál a kutatók arra törekedtek, hogy az kövesse a város térszerkezetét. A következő városkörzetek jöttek létre: Belváros, Sóstó, Oros, Borbánya, Huszártelep, Örökösöld, Jóságáros I., Jóságáros II., Kertváros, Himes, Nyírszőlős, Ókistelekiszőlő, Újkistelekiszőlő, Bokortanyák.

Az általánosan kialakult és elfogadott városkép alapján megállapítható, hogy a Belvárosban jellemzően polgári típusú lakásokban és családi házas övezetben él a város lakossága. Sóstó a város frekventáltabb részéhez tartozik, ahol családi házas övezetben, leginkább a város magasabb jövedelmű, jó életkörülményekkel rendelkező lakossága él. Hasonlóak a körülmények Jóságáros2 körzetben is. Jóságáros1 elsősorban lakótelepi körzetet jelent, ahol a lakosság összetétele vegyesnek mondható, mivel az átlagos társadalmi-gazdasági státuszúak, és a szegényebb csoportok egyaránt megtalálhatóak ebben a városrészben. Oros, Borbánya, Hímes, Kertváros, Nyírszőlős és Újkistelekiszőlő kertvárosi jellegű körzetei a városnak, míg Örökösöld egy lakótelepi városrész. Huszártelenen szegregált körülmények között, igen rossz lakhatási körülmények között élnek a város leghátrányosabb helyzetű polgárai. Ebben a körzetben jellemzően magas a roma lakosok aránya. Ókistelekiszőlő gazdasági-társadalmi szempontból szintén egy hátrányosabb helyzetű városrésze Nyíregyházának, ahol ugyancsak számottevő a roma népesség aránya. A Bokortanyákon a társadalmi-gazdasági tényezők alapján átlagos körülmények között, falusias környezetben élnek a lakosok. A fenti körzetbeosztás az általánosan elfogadott városi jellemzők figyelembevételével kerültek megfogalmazásra annak érdekében, hogy a Nyíregyházát közelebbről nem ismerő olvasó is képet kapjon a város kialakított körzeteiről.

### **Az adatfelvétel módszere**

A vizsgálat során interdiszciplináris (egészségtudomány, szociológia, pszichológia) megközelítésben az elméleti kutatást empirikus – kérdőíves kutatással ötvöztük. A 2008-ban kifejlesztett kérdőívet, a kutató csoport minden lekérdezést megelőzően átvizsgálta és a változásokhoz igazodva, ha az szükséges volt, az egyes témakörök vonatkozásában módosította, kiegészítette. 2015-ben teljesen új elemként került be az érzelmi jóllét dimenzió (Oxford Boldogságmérő Skála), melyet az életminőség modell teljesebbé tétele indokolt.

Jelen dolgozat a 2015-ös felmérésre alapozva<sup>2</sup>, az egészségi állapot témakörét vizsgálja elsődlegesen.

---

<sup>2</sup> A disszertáció tárgyát a 2015-ös felmérés eredményeire alapoztuk, mivel a korábbi vizsgálatokhoz képest ekkor új mintavételi címlista került alkalmazásra. Ezt a döntést az a cél is indokolja, hogy szándékunk szerint egy városi szintű intervencióhoz tudjunk alapot szolgáltatni a döntéshozók számára, amely a legfrissebb adatokra kell, hogy támaszkodjon.



A kérdőíves felmérések során az adatgyűjtés kérdezőbiztosok segítségével történt, akik a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának hallgatói közül kerültek ki. A kérdezőbiztosok előzetes felkészítésben részesültek és megbízás alapján keresték fel a mintába bekerült háztartásokat.

A kérdőív egészségi állapotot vizsgáló blokkja 29 kérdést tartalmaz, melynek fejlesztése a lekérdezések között folyamatosan zajlik.

Az életminőség és egészségi állapot feltárása az alábbi témakörökre terjedt ki – az értekezés szempontjából releváns részek:

- Szubjektív jóllét: egészség önértékelése, krónikus betegségek, egészségügyi ellátórendszer igénybevétele.
- Egészségmagatartás: rizikómagatartások közül a dohányzás; tápláltsági állapot.
- Társas kapcsolatok: családi, baráti viszonyok, közösségi aktivitás.
- Érzelmi jóllét: érzelmi állapot önértékelése.
- Háttértényezők: demográfia (nem, életkor, iskolai végzettség), szociális egyenlőtlenségek (család szubjektív és objektív szocio-ökonómiai helyzete), gazdasági aktivitás.

A kérdőív a bináris válaszadási lehetőségek mellett általában három és ötfokozatú Likert skálákat alkalmaz – például ilyen az önminősített egészségi állapot 1-5-ig terjedő skálája is. A vizsgálatok során, szükség esetén (egyes kategóriák kis válaszaránya) az ötfokú skálák háromértékű változókra lettek átkódolva. Így az önminősített egészségi állapotot mérő változó esetében a „nagyon jó” és „jó” kategóriák; illetve a „rossz” és a „nagyon rossz” kategóriák kerültek összevonásra.

Hasonló módon az Oxfordi Boldogság Skálán 1-2 közötti értéknél az egyén „boldogtalan”; 2-3 közötti érték esetén „nem boldog”; 3-4 közötti érték esetén „átlagos, részben boldog”; 4-5 közötti értéknél „inkább boldog”; 5-6 közötti érték esetén „nagyon boldog”, 6 és fölötte lévő érték esetén „túl boldog” minősítést kapott az egyén átsorolásnál.

### **Statisztikai módszerek, értékelési szempontok**

Az adatok feldolgozása és elemzése az SPSS for Windows 19.0 statisztikai szoftvercsomag alkalmazásával történt.

A statisztikai számítások során 5%-os hibahatárral dolgoztunk.

Az eredmények közlésekor az „American Psychological Association” (APA) jelölési konvencióit vettük figyelembe.

Az elemzés során az általunk relevánsnak tartott változók gyakorisági értékeit és megoszlását elemeztük, majd két- és többváltozós matematikai-statisztikai módszerekkel vizsgáltuk a mélyebb összefüggéseket (kétmintás t-próba, varianciaanalízis, keresztábrás elemzések, függetlenség vizsgálatok, regressziós modellek).

## Eredmények

A körzetek közötti életminőség eltérések vizsgálatára első lépésben egy bináris logisztikus regressziós modellt alakítottunk ki. A modell függő változója a folytonos FT indexből képzett bináris változó, amely a mintát két részre osztja – 20-80% arányban. Az FT index alsó 20%-át a minta 144 válaszadója, a felső 80%-ot 579 alkotta. Független változóként a körzethez való tartozás, a válaszadó életkora, az önminősített egészségi állapot, a háziorvosi látogatások száma, a barátok száma, az Oxford Boldogságmérő Skálán jelzett érték és a nem alkotta.

A számítási eredmények az alábbi 2. számú táblázatban láthatóak. A modellben a változók kapcsolatát mérő Cox & Snell R Square mutató értéke 0,226; a Nagelkerke R Square értéke pedig 0,352. Ezek az értékek egy közepesnél gyengébb modell-kapcsolatra utalnak.<sup>3</sup>

Az elemzési célok szempontjából legfontosabb eredmény az FT 20-80 változó körzettől való szignifikáns függése – ezen kívül szignifikáns még az önminősített egészségi állapot és az Oxford Boldogság Skála értéke. (Hasonló eredmény adódott abban az esetben is, amikor a körzet változót kategorikus változóként értékeltük a modellben.)

Ezek alapján megállapítható, hogy az FT életminőség index értékének egy szignifikáns befolyásoló tényezője a körzethez való tartozás. (A táblázatban kiemeléssel jelöltük.)

---

<sup>3</sup> A két mutató bemutatása során a szakirodalom minden esetben hangsúlyozza, hogy ezek az értékek nem értelmezhetők olyan pontossággal, mint a regressziós modellek esetén a determinációs együtthatók értékei – csupán tájékoztatást adnak a modell magyarázóerejéről.

	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							alsó határ	felső határ
<b>körzet</b>	-,159	,047	11,611	1	<b>,001</b>	,853	,779	,935
életkor	-,009	,012	,506	1	,477	,991	,967	1,016
<b>önminősített eu. áll.</b>	-,839	,227	13,655	1	<b>,000</b>	,432	,277	,674
házi orvos látogatás	-,045	,032	1,978	1	,160	,956	,899	1,018
barátok száma	,000	,013	,001	1	,975	1,000	,976	1,025
<b>Oxford Boldogság skála</b>	,652	,228	8,154	1	<b>,004</b>	1,919	1,227	3,001
nem	-,369	,338	1,190	1	,275	,691	,356	1,342
Constant	3,324	1,400	5,641	1	,018	27,775		

2. számú táblázat A két részre bontott (20%-80%) FT életminőség index körzettől való függése. Bináris logisztikus regressziós modell.

Az előzőekben bemutatott eredményeink megerősítésére a folytonos FT index településkörzetektől való függését egyszempontos varianciaanalízissel (ANOVA) és annak nemparaméteres megfelelőjével, Kruskal-Wallis (K-W) teszttel is vizsgáltuk. Az eredmények pontosítása érdekében sorra kizárásra kerültek a kis elemszámú körzetek. A legalacsonyabb mintarészek kihagyása után is szignifikáns különbségek mutatkoztak az egyes településrészek között az életminőségben. Ezek a vizsgálatok alátámasztják azt a feltevést, hogy az egyes településrészek között eltérő egészségi állapotbeli és társadalmi, gazdasági vonatkozások után kutassunk – tovább vizsgálva így az életminőség-modell komponenseinek körzetektől való függését.

A városban az önminősített egészségi állapotot tekintve elmondható, hogy a megkérdezettek között a legnagyobb csoportot azok alkotják, akik elfogadhatónak tartják egészségi állapotukat (39,7%), őket követik azok, akik jónak (36,1%) vallják, majd azok, akik nagyon jónak ítélték meg egészségüket (10,9%). Rossznak ítéli meg egészségi állapotát a megkérdezettek 8,2%-a és nagyon rossznak 2,8%.

A város 14 körzetét vizsgálva azt tapasztaljuk, hogy az önminősített egészségi állapotban nem mutatkozik szignifikáns különbség. Amennyiben a kategóriákat összevontan, az alacsony elemszámú körzetek nélkül értékeljük az adatokat (Huszártelep, Új- és Ókistelekiszőlő, Hímes, Jóságos2), akkor legtöbbször Örkösföldön ítélik meg egészségi állapotukat jónak (62,2%), legkevesebben pedig Oroson (29,2%). Az egészségüket rossznak minősítők aránya Sóstón a legmagasabb (13,7%), míg Örkösföldön a legalacsonyabb (4,4%). Szignifikáns különbség írható le a körzetek között az egyes betegségek előfordulási száma és a kor között (ANOVA  $F(1,13)=2,970$ ,  $p=0,000$ ). Városunk egyes községeiben is igaz az, hogy a kor előrehaladtával egyre több betegség előfordulása valószínűsíthető. Az egyén, minél magasabb

életkort ér el, annál gyakrabban szükséges az egyes betegségekkel orvoshoz fordulnia. Az adatok részletesebb vizsgálata, regressziós modellek építése ennél pontosabb kép kialakítását is lehetővé teszi.

**Regressziós modellek.** Az egészségi állapotra, betegségekre utaló tünetek, panaszok illetve betegségek számának kortól való függését lineáris és nem lineáris regresszióval is vizsgáltuk.

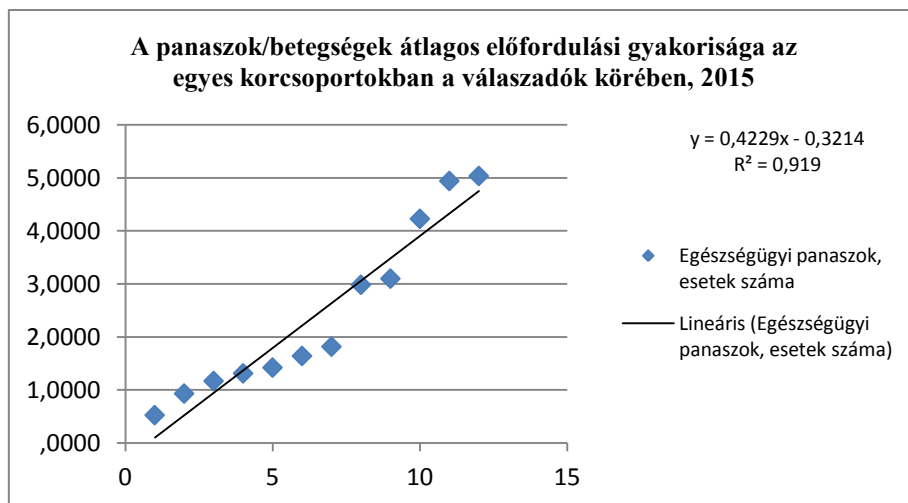
A számítások során, első lépésben meghatároztuk az 5 éves korintervallumokhoz (3. számú táblázat 2. oszlop) tartozó átlagos tünet/betegség számot (2. számú táblázat 3. oszlop).

korcsoport		átlag	95% CI		szórás	n	átlag különbségei
			alsó	felső			
0	0-20	,3077	-,0733	,6887	,63043	13	
1	20-25	,5263	,2536	,7990	,82975	38	0,2186
2	25-30	,9333	,5687	1,2979	1,21356	45	0,4070
3	30-35	1,1702	,7491	1,5914	1,43435	47	0,2369
4	35-40	1,3143	,9477	1,6809	1,53739	70	0,1441
5	40-45	1,4235	1,0660	1,7810	1,65743	85	0,2194
6	45-50	1,6429	1,1166	2,1691	2,20694	70	0,1753
7	50-55	1,8182	1,2386	2,3977	2,14382	55	1,1675
8	55-60	2,9857	2,2820	3,6894	2,95126	70	0,1156
9	60-65	3,1013	2,5279	3,6747	2,56002	79	1,1295
10	65-70	4,2308	3,3650	5,0966	3,10985	52	0,7126
11	70-75	4,9434	4,0190	5,8678	3,35362	53	0,0951
12	75-80	5,0385	3,3460	6,7310	4,19028	26	0,0615
13	80+	5,1000	3,5522	6,6478	3,30709	20	

2. számú táblázat A panaszok/betegségek átlagos előfordulási gyakorisága az egyes korcsoportokban a válaszadók körében, 2015 – lineáris modell

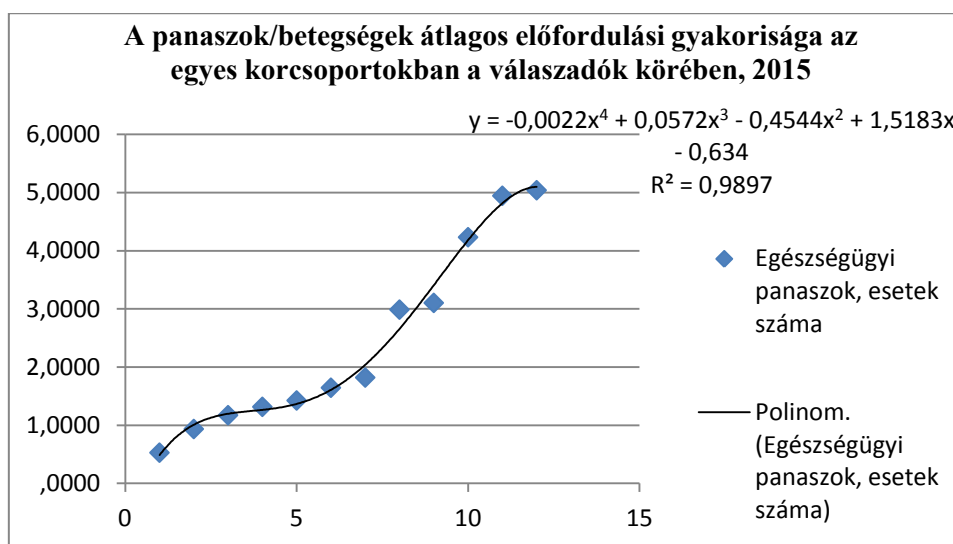
Ezután regressziós modellt alakítottunk ki, melynek független változója a *korcsoport (1-től 12-ig a 3. számú táblázat szerint)*, a függő változója pedig az átlagos tünet/betegségszám. A lineáris modell eredményei az 1. ábrán láthatók. A modell illeszkedését jelző  $R^2$  determinációs együttható értéke 0,919, ami egy igen jó illeszkedést jelez.

A modellegyenlet segítségével meghatározhatók azok a korcsoportok, amelyekre rendre az 1, 2, 3 stb. tünetszám/megbetegedésszám jellemző. Ez alapján a 30-35 éves korosztályra egy jelzett tünet/betegség jellemző, a 40-45 éves korcsoportra kettő, az 50-55 éves korcsoportra három, a 65-70 éves korcsoportra négy, a 75-80 éves korosztályra pedig öt tünet/betegségszám várható.



1. számú ábra A panaszok/betegségek átlagos előfordulási gyakorisága az egyes korcsoportokban a válaszadók körében, 2015 – lineáris modell

Negyedfokú polinom modell kialakítására is sor került, ahol a független változó szintén a korcsoport, a függő változó pedig ismét a tünet/betegségszám volt (3. számú táblázat; 2. számú ábra). A modellegyenlet ebben az esetben is segít meghatározni azokat a korcsoportokat, amelyekben 1, 2, 3 stb. betegségszám jellemző.



2. számú ábra A panaszok/betegségek átlagos előfordulási gyakorisága az egyes korcsoportokban a válaszadók körében, 2015 – negyedfokú polinom modell

A modellegyenlet szerint a 25-30 éves korcsoportban egy, a 45-50 éves korcsoportban kettő, az 55-60 éves korcsoportban három, a 60-65 éves korcsoportban négy, a 65-70 éves korcsoportban pedig öt tünet/betegségszám előfordulása valószínűsíthető.

A regressziós modellek - mind a lineáris, mind pedig a negyedfokú polinom-, nyilván becslő jellegűek, de tükrözik, számszerűleg is, hogy a kor előrehaladtával hogyan változik az átlagos tünet/betegségszám.

A 3. táblázat és a 1-2. számú ábrák is jelzik azt a tény, hogy a tünetek, betegségek száma a hetedik-nyolcadik korcsoport körül – 50-55-60 éves kor – ugrik meg jelentősen. Ez a tendencia a következő korcsoportokban is folytatódik – egy telítődési görbe képe alakul rajzolódik fel az adatokból. Mind a lineáris, mind a negyedfokú becslés szerint 55 éves kor felett három, illetve három felett alakul az egyes tünetek, betegségek száma. A lineáris és a negyedfokú modell közötti becslési különbség az ábrákon is jól érzékelhető. A negyedfokú modell az említett betegségszám ugrást sokkal pontosabban írja le. A számítások azt is jelzik, hogy a hetedik-nyolcadik korcsoportot elérve, és azt túlhaladva a tünet és betegségszám már sokkal erősebben növekszik, mint fiatalabb korcsoportokban.

#### A városrész csoportok („A-”; „A”; „B”; „C”) közötti különbségek

A különbségeket kor szerint részletesebben feltáró, az ANOVA modellt kiegészítő Duncan – féle post hoc elemzés négy csoportot különített el. A hasonló életkorú körzetek összevonásából városrész csoportokat („A-”; „A”; „B”; „C”) alakítottunk ki. A kerületek kialakításának alapját az életkori jellemzők vizsgálata – 4. számú táblázat - adta.

Körzet	n	1	2	3	4
Huszártelep	8	36,63			
Örökösfield	85	43,38	43,38		
Jóságáros2	12	46,08	46,08		
Újkistelekiszőlő	11	46,18	46,18		
Oros	24		49,88	49,88	
Belváros	212		50,96	50,96	50,96
Bokortanyák	44		51,07	51,07	51,07
Kertváros	50		51,14	51,14	51,14
Borbánya	56		52,30	52,30	52,30
Nyírszőlős	34		52,32	52,32	52,32
Sóstó	52		53,13	53,13	53,13
Jóságáros1	80		53,64	53,64	53,64
Ókistelekiszőlő	12			58,33	58,33
Hímes	12				62,00

4. számú táblázat A Duncan - féle post hoc eloszlás alapján elkülönített 4 csoport bemutatása

A városrész csoportok<sup>4</sup> szintjén elvégzett elemzések eredményeinek lényegesebb területeit összefoglalva mutatjuk be. A legalacsonyabb elemszámmal rendelkező, „A-” jelzésű kerületet az összehasonlításból kizártuk.

Ha megvizsgáljuk az egyes korcsoportok arányát a kerületekben, akkor szignifikáns különbséget látunk közöttük ( $\chi^2 = (4, N=683)=20,294$   $p=0,001$ ), mely különbségek a 6. számú táblázatban követhetőek.

	18-34	35-64	65+
„A” csoport	27,8%	62,0%	10,2%
„B” csoport	16,0%	59,7%	24,3%
„C” csoport	4,2%	58,3%	37,5%

6. számú táblázat Az egyes kerületek korösszetétele

A táblázatban jól látszik, hogy a 18-34 éves korcsoport aránya „A”-ból „C” irányába csökken, a 35-64 éves korcsoport aránya megközelítőleg ugyanaz, a 65 év felettiek aránya pedig „A”-ból „C” irányába nő, tehát a „C” csoportban a legkevesebb a fiatalok és legmagasabb az idősök aránya.

A nemi arányok tekintetében a nők túlsúlya jellemző minden csoportban (7. számú táblázat), szignifikáns eltéréseket azonban nem találtunk.

	férfi	nő
„A” csoport	37,2%	62,8%
„B” csoport	38,7%	61,3%
„C” csoport	33,3%	66,7%

7. számú táblázat A csoportokban a válaszadók nemi aránya

Az iskolai végzettség arányait az „A”, „B” és „C” csoportban a 6. számú táblázat tartalmazza. Szignifikáns eltérést ebben az esetben sem lehetett tapasztalni.

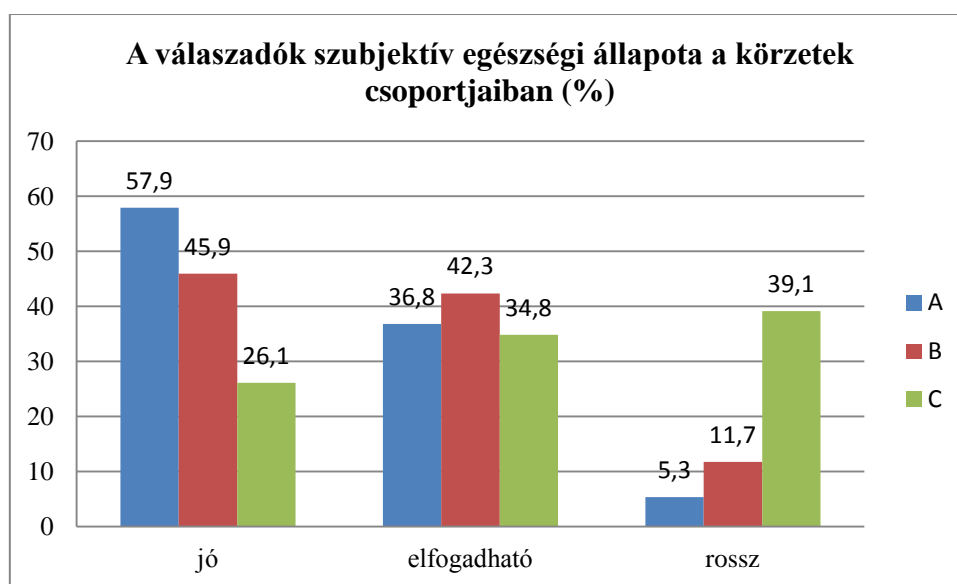
<sup>4</sup> A későbbiek során a szövegben a városrész csoportokat az adott betűjelzés használata és csoport – pl. ”A csoport” - megjelöléssel használjuk.

	alapfokú végzettség	középfokú végzettség	felsőfokú végzettség
„A” csoport	7,3%	70,0%	22,7%
„B” csoport	10,5%	61,6%	28,0%
„C” csoport	20,8%	45,8%	27,3%

6. számú táblázat Iskolai végzettség a válaszadók körében az egyes csoportokban

Az iskolai végzettséget bemutató táblázatból jól látható, hogy „A”-ból „C” csoportba haladva nő az alapfokú végzettséggel rendelkezők, és csökken a középfokú végzettséggel rendelkezők aránya.

A csoportok egészségi állapotával kapcsolatban tapasztalhatók különbségek az egyes csoportok között. Lényeges különbség van a csoportok között – a „C” csoport teljesen másképp viselkedik – az önminősített egészségi állapotban (3. számú ábra).



3. számú ábra A válaszadók szubjektív egészségi állapota a körzetek csoportjaiban

Azt tapasztaljuk, hogy míg az „A” és „B” csoportban azok vannak legtöbben, akik jónak, vagy elfogadhatónak érzik egészségi állapotukat, addig a „C” csoportban legtöbben, 39,1%-ban rossznak ítélik meg azt. A különbség szignifikáns ( $\chi^2 = (4, N=699)=25,072$   $p=0,000$ ). Ha megvizsgáljuk, hogy az elmúlt 12 hónapban hányszor fordultak átlagosan orvoshoz, akkor az „A” csoport tagjai kétszer (1,71), a „B” csoport tagjai háromszor (2,47), a „C” csoport tagjai



pedig átlagosan ötször (4,60) találkoztak orvossal. Ez a különbség is szignifikáns (ANOVA  $F(2)=10,899$   $p=0,000$ ). Ezt a mutatót tekintve is a „C” csoport a legrosszabb helyzetű. Szignifikáns a különbség a fekvőbeteg intézményben töltött átlagos éjszakák számait tekintve is. Az A csoport tagjai átlagosan kilenc (9,47) éjszakát töltöttek az elmúlt 12 hónapban kórházban, a „B” csoport tagjai átlagosan négy (4,44) éjszakát, a „C” csoport tagjai pedig tizenhárom (12,75) éjszakát (ANOVA  $F(2)=10,508$   $p=0,000$ ). A háziorvosi látogatások és az egy napos, járóbetegellátás tekintetében jelentős eltérések nem voltak tapasztalhatók, és a dohányzási szokásokban sem regisztráltunk lényeges különbségeket. A csoportok tagjai átlagosan 16-17%-ban dohányoznak napi rendszerességgel. A testömegindexet tekintve az tapasztalható, hogy a vizsgált csoportokra a túlsúly a jellemző. Az „A” csoportban a BMI index értéke 25,16 (kg/m<sup>2</sup>), a „B” csoportban 25,82 (kg/m<sup>2</sup>), a „C” csoportban kissé magasabb, 27,08 (kg/m<sup>2</sup>). Az eltérések nem szignifikánsak.

A korábban részletezett regressziós modellt alkalmazva megbecsülhető a különböző összevont kerületek tünet/betegség száma - lásd a 8. számú táblázatban. Mind a lineáris, mind a negyedfokú becslés az alsó korcsoportokban megfelelően közelít, de idősebb korban („C” városrész csoport) alul becsüli a tünetek/betegségek átlagos számát.

korcsoport	városrész csoport	lineáris becslés	negyedfokú becslés
36 év	<b>A-</b>	~1	<b>1 felett</b>
43-46 év	<b>A</b>	~2	~2
49-53 év	<b>B</b>	~2	<b>2 felett</b>
58-62 év	<b>C</b>	~3	~3,4

8. számú táblázat Az egyes korcsoportokban és modellekben jellemző becsült és tényleges tünet/betegségszámok összehasonlítása

### Hipotézisek összevetése az eredményekkel

- Első hipotézisünk, mely szerint Nyíregyháza város nem mutat homogén képet a lakosság életminőségét és egészségi állapotát tekintve, és az egyes városrészek között eltérések vannak, bizonyítást nyert, ugyanis az egyes körzetek és körzet csoportok között több módon is sikerült igazolni szignifikáns különbségeket. A bináris

logisztikus regressziós modell igazolta, hogy a körzethez való tartozás szignifikáns befolyásoló tényezője az életminőségnek Nyíregyházán. A városrész csoportokban is jellemzőek a különbségek. Az „A” csoportban elhelyezkedő Újkistelekiszőlőben, az egészségi állapotot tekintve problémák rajzolódnak ki, ugyanis itt legtöbben „csak” elfogadhatónak érzik egészségüket és több, mint 12%-ban rossznak ítélik meg azt. A viszonylag fiatalnak mondható lakosság átlagosan négyszer (3,8) fordul valamilyen tünet/betegség kapcsán orvoshoz. Ezek az adatok célzott preventív beavatkozások (pl. szűrővizsgálatok) tervezését indokolják ebben a körzetben. A „B” csoportban egészségi állapotbeli mutatóikat tekintve kiemelendő Nyírszőlő, Sóstó és Oros, ahol szintén időszerű lehet a preventív szolgáltatásokra nagyobb hangsúlyt fektetni. Ezekben a körzetekben hatékonyak lehetnek a közösségi programok, különösen Oroson, figyelembe véve a lakosság közösségi aktivitását. A legutóbbi adatfelvétel eredményei alapján a problémák súlypontja áthelyeződött - az általam „C” csoportba összevont -, Hímes és Ókistelekiszőlő körzetekre, ahol mind az egészségi állapotot, mind a társadalmi, gazdasági aspektusokat tekintve nehézségekkel küzdő lakossági közösségek körvonalazódtak.

- Második hipotézisünk, mely szerint a lokális felmérések során kialakított életminőség index (FT index) értéke magasabb a város azon lakossági közösségeiben, akik társadalmi-gazdasági szempontból jobb helyzetű körzeteiben élnek, részben igazolódott. Az életminőség index a 2015-ös hullámra támaszkodva különbségeket mutatott az egyes körzetek között, ezek azonban nem a várakozásunknak megfelelően alakultak, ugyanis a magas életminőség index nem feltétlenül járt együtt a jobb társadalmi-gazdasági státusszal. Eredményeink rámutatnak arra, hogy nem csak az anyagi, gazdasági státusz a lényegesen befolyásoló, hanem az életminőség több dimenzió (mint például a család, az egészségi állapot, az érzelmi jóllét stb.) által is meghatározott.
- Harmadik hipotézisünk, mely szerint azon körzetekben, ahol az átlagéletkor magasabb, a lakosok panaszainak és jelzett megbetegedéseinek száma megnő, továbbá az orvoshoz fordulás és az egyes egészségügyi szolgáltatások igénybevétele gyakoribbá válik, beigazolódott. A kor előrehaladtával az egyes tünetek/betegségek száma növekszik, amit lineáris és nem lineáris regressziós vizsgálattal bizonyítottunk. Ezek a számítások túlmutatnak az általános „a kor növekedésével növekszik a megbetegedések száma” képen, mivel az adatok segítségével számszerűsíthetők ezek a kijelentések. Regressziós modelljeink azt jelzik, hogy Nyíregyházán az ötven éves

életkor tekinthető olyan „küszöbnek”, amely felett lényegesen megnőnek az egyes betegségekhez társuló panaszok, tünetek és az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele is.

## Javaslatok

A nyíregyházi lakosok, ezen belül az egyes településrészekben élők életminőségének javításához több területet érintve szükséges beavatkozás. Ezek közül kiemelten az egészségi állapotra fókuszálva fogalmazunk meg javaslatokat egy átfogó intézkedéshez. A „Nyíregyháza életminősége – Háztartáspanel” kutatás 2015-ös hullámának eredményeire alapozva azonosítjuk be azokat a pontokat, amik nagyban segíthetik egy intervenció kidolgozását, és amelyek megvalósítása esetén a város lakosságának egészségi állapota pozitív irányba befolyásolható.

A körzetek esetében a közösségi egészségfejlesztési programok és az egyéni egészségtervezések során cél az állampolgárok részvételének ösztönzése a programok megvalósításában, melyek az egészséges életvitelt és a szabadidő aktív eltöltését támogatják. A célcsoport megszólítása és bevonása különböző módszereken keresztül lehet eredményes. Valószínűsíthető, hogy azok a településrészek, ahol a lakosságra a közösségi aktivitás jellemző, és már akár jó arányúnak is mondható (pl. Oros), könnyebben meggyőzhetőek a részvétel fontosságáról, míg azokban a körzetekben, ahol életvitelükben inkább egy „bezárkózó” stratégiát folytatnak (pl. Hímes), nehezebb lesz a bevonás és a motiváltság elérése.

Mindehhez azonban fontosak lehetnek a további kutatások (különösen a jelen kutatásban alacsony elemszámú, illetve problémákat mutató körzetekben), amelyek információt nyújtanak a lakossági csoportok rétegspecifikus magatartásáról, például a nem megfelelő preventív egészségmagatartásról, annak okairól. Mivel azonban az egyéni szintű megelőzés hatékonysága korlátozott, az egészségmegőrző programoknak is prioritást kell élvezniük. A hátrányos helyzetű rétegek azonosítását követően meg kell állapítani sérülékenységük mibenlétét. Erre a „Nyíregyháza életminősége – háztartáspanel” kutatás, illetve bizonyos körzetek vonatkozásában a már említett magasabb elemszámú megismételt vizsgálatokkal, azok eredményeivel kiegészülve kiválóan alkalmas. A jelen és a pontosított tényfeltárást követően kapott eredmények alapján, olyan programot kell kidolgozni, amely réteg-, körzet

specifikus, tehát célzottan az adott réteghez, illetve az adott körzetben élő közösséghez szól és az egészségi állapot mellett figyelembe veszi az életminőséget alakító további dimenziókat. Az erőforrások hozzárendelése csak ezután következhet, de a folyamatos monitorozás és szükség esetén a módosítás a hatékony megvalósítás egyik fontos feltétele.

A város lakosságának egészségfejlesztése a város, az alapellátás, a szakellátás, a szociális ellátó rendszer és a lakosság közös ügye. Egy szakmai team, melyben az előbb felsorolt résztvevők véleménye és tapasztalata is érvényre jut, a kutatási eredményekre támaszkodva, azok figyelembe vételével képes a szükséges intervenció kidolgozására.

A város lakosságának egészségi állapotában egy szakemberek által kidolgozott egészségterv alapján pozitív változások érhetők el. E mellett azonban az egyéni egészségtervezés is fontos, melyet a háziiorvosi praxisokban egyéni célállítást követően kell menedzselni ahhoz, hogy hatékony és eredményes legyen.

## Összegzés

A dolgozat Nyíregyháza város lakosságának, különös tekintettel az egyes városrészekben élők életminőségének vizsgálatát és az azt befolyásoló tényezőknek – kiemelt figyelemmel az egészségi állapotra -, leírását célozta.

Kutatásunk rámutatott arra, hogy Nyíregyháza város nem mutat homogén képet a lakosság életminőségét és egészségi állapotát tekintve, jellemzőek a különbségek az egyes városrészek között. Az életminőséget tekintve a 14 településrész szignifikáns különbségeket mutatott, a városi átlaghoz képest (6,76) a Huszártelenen élő megkérdezettek életminőség indexe a legmagasabb (9,14). Őket követi az Örökösföldön (8,29), majd pedig az Oroson (7,72) élők életminőség indexe. Legalacsonyabb az Ókistelekiszőlőben (3,78), illetve a Hímesben élők (4,83) indexértéke.

A városban az önminősített egészségi állapotot tekintve elmondható, hogy a megkérdezettek között a legnagyobb csoportot azok alkotják, akik elfogadhatónak tartják egészségi állapotukat (39,7%), őket követik azok, akik egészségi állapotukat jónak (36,1%) vallják, majd azok következnek, akik nagyon jónak ítélték meg egészségi állapotukat (10,9%). Rossznak ítéli meg egészségi állapotát a megkérdezettek 8,2%-a és nagyon rossznak 2,8%. Legtöbben Huszártelenen (87,5%) és Örökösföldön ítélik jónak egészségi állapotukat (62,2%), legkevesebben pedig Új- és Ókistelekiszőlőben (18,2%). A rossznak minősítők

aránya Hímesben a legmagasabb (41,7%), míg Jóságáros2-ben senki nem vallja rossznak egészségi állapotát.

Gazdasági szempontból a legaktívabb Jóságáros2 a körzetek között, ahol az aktív keresők aránya 69,2%, a következő Borbánya (60,0%), majd Oros (58,3%). Ókistelekiszülő lakosainak legnagyobb része nem áll munkaviszonyban (90,9%), illetve magas a nem dolgozók aránya (75,0%) Huszártelenen is. A Hímesben 66,7% a gazdaságilag inaktív aránya. (Meg kell jegyezni, hogy a huszárteleni eredmények az alacsony elemszám miatt korlátozottan értelmezhetőek.)

A nyíregyháziak egy főre jutó átlagos nettó jövedelme 2015-ben 85 ezer forint volt.

A városban a lakosoknak átlagosan 5,92 barátja van.

Vizsgálatokkal alátámasztott tény, hogy a várható élettartamra az egészségi állapot mellett a jövedelem és a területi jellemzők is hatással vannak, illetve hogy az életminőség szoros kapcsolatban áll az egészségmagatartási szokásokkal és a területi adottságokkal is (Chetty, Raj és mtsai, 2016). Nyíregyháza lakossága életminőségének széleskörű vizsgálata, az azt befolyásoló tényezők leírása, lehetőséget teremt az esetlegesen szükséges pozitív irányú változtatások tervezéséhez. A város egyes körzeteinek, az itt élők egészségi és társadalmi-gazdasági mutatóinak feltárása alapján lehetőség nyílik olyan intézkedések kidolgozására, melyek képesek javítani a nyíregyházi lakosok egészségi állapotát és életminőségét a városrészekre specializáltan és összességében egyaránt.

A „Nyíregyháza életminősége – háztartáspanel” kutatás rendszeres tényfeltáró vizsgálatként alapja lehet a nyíregyházi lakosság életminősége nyomon követésének az azt meghatározó, illetve befolyásoló tényezők feltárásával. Hosszútávon támogathatja az egészségorientált döntéseket, a lakosság egészségi állapotának érdemi javulását, amely közép és hosszútávon hatással van a városlakók életminőségére és a város versenyképességére.

## Summary

The aim of the study is to introduce the examination of the quality of life in Nyíregyháza, especially the quality of life of people living in various parts of the city. The study focuses on the factors influencing the quality of life with particular attention to health status.

Nyíregyháza does not show a homogenous picture regarding the quality of life and the health status of its population, differences are typical between the various parts of the city. In terms of the quality of life, 14 parts of the city showed significant differences compared to the city average (6.76). The quality of life index of the respondents is the highest in Huszártelep (9.14), followed by the quality of life index of those living in Örökösöd (8.29) and in Oros (7.72). The lowest index value could be experienced in Ókistelekiszőlő (3.78) and in Hímes (4.83).

Regarding the self-evaluated health status it can be said that those who consider their health status acceptable belong to the biggest group (39.7%), followed by those who think their health status is good (36.1%), while only 10.9% of the inhabitants believe their health status is very good. The percentage of the respondents who evaluated their health state bad is 8.2%, however, only 2.8% of them regard their health status very bad. The percentage of those who think their health status is good is the highest in Huszártelep (87.5%) and the lowest is in Ókistelekiszőlő (18.2%). The highest percentage of those who believe their health status is bad live in Hímes (41.7%), while in Jóságáros2 nobody's health status is considered to be bad.

In economic terms Jóságáros2 seems to be the most active in the comparison of the districts, where the percentage of the working population is 69.2%. It is followed by Borbánya (60.0%) and Oros (58.3%). In Ókistelekiszőlő most of the population does not work (90.9%) and the percentage of those who do not work is high in Huszártelep (75.0%). The percentage of the economically inactive population is 66.7% in Hímes.

In 2015 the average net income per capita was 85.000 Ft in Nyíregyháza.

The city residents have 5.92 friends in average.

Studies have proved that in addition to health status, income and regional characteristics also influence the expected lifetime and that the quality of life is in close connection with habits and spatial abilities as well (Chetty, Raj et al, 2016). The extensive analysis and the description of the factors influencing the quality of life of the population in Nyíregyháza contribute to plan the possibly necessary positive changes. The exploration of the health and socio-economic indicators of people living in certain districts of the city will help to develop measures that will improve the health status and the quality of life of the inhabitants in Nyíregyháza both in different parts of Nyíregyháza and in the whole city as well.

The "Quality of life of Nyíregyháza - household panel" research study, as a regular fact-finding study, by exploring the certain dimensions of the quality of life can serve as a basis for monitoring the quality of life of the inhabitants in Nyíregyháza. In the long term it may support health-oriented decisions and the improvement of the health status of the population, which has medium and long term impact on the quality of life of city dwellers and on the competitiveness of the city.

## Köszönetnyilvánítás

Mindenekelőtt szeretném kifejezni hálás köszönetemet témavezetőimnek, Prof. Dr. Füzesi Zsuzsannának és Dr. Takács Péternek, akik mind szakmailag, mind emberileg támogattak munkám során. Az évek során mindig számíthattam segítségükre és biztatásukra. Prof. Dr. Füzesi Zsuzsanna szakmai profizmusa mellett, pozitív szemléletével és humorával, Dr. Takács Péter pedig józanságával és rendszerszemléletével átsegítettek a holtponatokon, erősítettek abban, hogy nagycsaládos édesanyaként a nehézségek ellenére is el tudom érni célomat.

Szeretném kifejezni hálámat Dr. Lukácskó Zsoltnak, hogy elindított pályámon, és atyai gondoskodással egyengette utamat a kezdetek kezdetén.

Kiemelt köszönet illeti Dr. Kósa Zsigmond főiskolai tanár Urat, aki tanszékvezetőmként mindig lelkesített és ambicionált munkám során, hálás vagyok azért, hogy minden kéresemmel nyitott ajtókat találtam nála. Kiemelt köszönettel tartozom, Dr. Fábián Gergely főiskolai tanár Úrnak, aki bízott bennem és rám bízta a „Nyíregyháza életminősége – Háztartáspanel” kutatás egészségi állapottal foglalkozó részének „gondozását”. Külön köszönet illeti Dr. Sárváry Attila főiskolai tanár Urat, hogy szakmai útmutatásaival segített dolgozatom megírásában.

Hálával tartozom Dr. Kiss János főiskolai tanár Úrnak, bizalmáért, biztatásáért és támogatásáért, amivel az elmúlt évek alatt kitüntetett.

Szeretném kifejezni köszönetemet kolléganőimnek, Gyulai Anikónak, Ujváriné Dr. Siket Adriennek, Rákóczi Ildikónak, Nagy Józsefnének, Moravcsik Kornyczki Ágotának, Belus Csabánának, hogy mindig megvitathattam velük szakmai és kevésbé szakmainak tekinthető problémáimat.

Köszönöm Nagy Edit kolléganőmnek a dolgozat „formába öntésében” nyújtott segítségét.

Köszönöm a „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel” kutatás kutatócsoportjának, Prof. Dr. Fónai Mihálynak, Dr. Fábián Gergelynek, Dr. Takács Péternek, Dr. Szoboszlai Katalinnak, Rusinné Dr. Fedor Anitának, Dr. Huszti Évának, Dr. Hüse Lajosnak, Patyán Lászlónak, Balogh Erzsébetnek, Szigeti Fruzsínának, Malakucziné Póka Máriának, Dr. Krizsai Anitának és Tóthné Csatlós Ildikónak a szakmai együttműködést. Szeretném kifejezni hálámat azon hallgatónak, akik a négy lekérdezési hullám során kérdezőbiztosi feladatot láttak el és kitartó munkájukkal segítettek az adatfelvételt.

Köszönet a PhD Iroda munkatársainak, hogy PhD tanulmányaim minden szakaszában számíthattam segítő támogatásukra, pontos, precíz munkájukra és tanácsaikra.

Köszönöm drága barátaimnak, családomnak, férjemnek, Palinak a támogatását és megértését, gyermekeimnek, Dórinak, Nórinak, és Flórinak türelmüket, szeretetüket, amivel átsegítettek a nehéz időszakokon.



## A szerző publikációs jegyzéke

### Az értekezés témájával összefüggő cikkek:

1. Jávorné Erdei Renáta, Takács Péter, Fábián Gergely, Relation of Health Condition and Quality of Life: Examination of the Quality of Life of the Disadvantaged Population in Nyíregyháza by the FT Quality of Life Index *PRACTICE AND THEORY IN SYSTEMS OF EDUCATION* 10:(2) pp. 157-164. (2015)
2. R Fedor Anita, Jávorné Erdei Renáta A foglalkoztatás jellemzői Nyíregyházán *ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA* 5:(12-13) pp. 29-46. (2014)
3. Jávorné Erdei Renáta, Életminőség és egészségi állapot összefüggései Nyíregyházán In: Dr Semsei Imre (szerk.) VII. Nyíregyházi Doktorandusz Konferencia (PhD/DLA) Konferencia Kiadványa. Konferencia helye, ideje: Nyíregyháza, Magyarország, 2013.12.06 Nyíregyháza: Debreceni Egyetemi Kiadó, 2014. pp. 152-166. (ISBN:978-963-318-419-6)
4. Jávorné Erdei Renáta, R. Fedor Anita, Berencsiné Madácsi Eszter, A nyíregyházi lakosok szubjektív egészségi állapota és annak változásai *ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA* 5:(12-13) pp. 189-206. (2014)
5. Renáta Jávorné Erdei, Anikó Gyulai, Anita Rusinné Fedor, Péter Takács Quality of life and community activities *EUROREGIONAL JOURNAL OF SOCIO-ECONOMIC ANALYSIS* 2:(1) pp. 39-45. (2014)
6. Berencsiné Madácsi Eszter, Bokor Anna, Jávorné Erdei Renáta Milyen a nyíregyházi nők vélt egészsége és szűrési hajlandósága 2012-ben? *ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA* 4:(10) pp. 171-182. (2013)
7. Bokor Anna, Berencsiné Madácsi Eszter, Jávorné Erdei Renáta A nyíregyházi lakosok dohányzási szokásai *ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA* 4:(10) pp. 183-193. (2013)
8. Jávorné Erdei Renáta, Fábián Gergely, Füzesi Zsuzsanna A nyíregyházi lakosok életminősége az egészségi állapot tükrében In: Kiss János, Jávorné Erdei Renáta, Takács Péter Nagyító alatt: Hallgatói kutatóműhelyek nemzetközi együttműködése határok nélkül. Nyíregyháza: Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, 2013. pp. 159-169.

### Értekezés témájával összefüggő előadások, idézhető absztraktok:

1. Jávorné Erdei Renáta, Takács Péter, Fábián Gergely, Füzesi Zsuzsanna A hátrányos helyzetű lakosság életminőségének vizsgálata Nyíregyházán az FT életminőség index segítségével *NÉPEGÉSZSÉGÜGY* 92:(2) pp. 117-118. (2014) Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének VIII. Konferenciája. Nyíregyháza, Magyarország: 2014.08.27 - 2014.08.29.

2. Jávorné Erdei Renáta, Takács Péter , Fábíán Gergely, Relation of health condition and quality of life In: Papp Katalin , Ozsváthné Karap Zsuzsanna (szerk.), „The present and the future of nursing and midwifery” – VII. International Symposium = „Az ápolói és szülésznői munka jelene és jövője” – VII. Nemzetközi Szimpózium: Abstract book = Abstract gyűjtemény. Konferencia helye, deje: Nyíregyháza, Magyarország, 2014.09.02 -2014.09.03. Nyíregyháza: Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, 2014. p. 27. (ISBN:978-963-473-729-2)
3. Jávorné Erdei Renáta, R. Fedor Anita , Berencsiné Madácsi Eszter A nyíregyházi lakosok szubjektív egészségi állapota és annak változásai In: Ricsei Béla (szerk.) Magyar Tudomány Ünnepe "Útközben" tudományos konferencia: absztraktok . Konferencia helye, ideje: Nyíregyháza , Magyarország , 2014.11.25 Nyíregyháza: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, p. 33.
4. Jávorné Erdei Renáta , Berencsiné Madácsi Eszter , Bokor Anna , Fábíán Gergely , Füzesi Zsuzsanna A nyíregyházi lakosok életminősége az egészségi állapot tükrében *NÉPEGÉSZSÉGÜGY* 91:(3) pp. 192-193. (2013)
5. Jóna György , Jávorné Erdei Renáta A szubjektív egészségi állapot meghatározó tényezői Nyíregyházán In: Fábíán Gergely , Patyán László , Huszti Éva (szerk.) Életminőség Nyíregyházán 196 p. Nyíregyháza: Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, 2012. pp. 99-115.
6. Jávorné Erdei Renáta, Jóna György , Fábíán Gergely Nyíregyházi lakosságának életminősége *NÉPEGÉSZSÉGÜGY* 89:(3) p. 265. (2011)

#### Egyéb publikációk

1. Bányai Emőke, Dávid Mária, Fedor István, Jávorné Erdei Renáta, Kissné Dányi Éva, Lévárdy Edit Új utakon: Oktató védőnői továbbképzés: hallgatói kézikönyv Budapest: Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI), 2014. 217 p. (Koragyermekkorai program továbbképzés; 1. )
2. Gyulai Anikó , Jávorné Erdei Renáta , Nagy Józsefné , Rákóczi Ildikó , Sárváry Andrea, Takács Péter, Sándor János, Kósa Zsigmond A védőnői ellátás időmérleg vizsgálata *NÉPEGÉSZSÉGÜGY* 92:(2) p. 83. (2014) Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének VIII. Konferenciája. Nyíregyháza, Magyarország: 2014.08.27 - 2014.08.29.
3. Kósa Zsigmond , Jávorné Erdei Renáta , Gyulai Anikó , Rákóczi Ildikó , Nagy Józsefné , Sárváry Attila , Takács Péter , Sándor János A 0-7 éves gyermekeket ellátó területi védőnők tevékenységének indikátorai *NÉPEGÉSZSÉGÜGY* 92:(2) p. 85. (2014) Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének VIII. Konferenciája. Nyíregyháza, Magyarország: 2014.08.27 -2014.08.29.
4. Sárváry Attila, Jávorné Erdei Renáta , Gyulai Anikó , Rákóczi Ildikó , Nagy Józsefné , Takács Péter , Sándor János , Kósa Zsigmond A házi gyermekorvosi/vegyes praxisú házi orvosi ellátás időmérleg vizsgálata *NÉPEGÉSZSÉGÜGY* 92:(2) p. 84. (2014) Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének VIII. Konferenciája. Nyíregyháza, Magyarország: 2014.08.27. 2014.08.29.
5. Jávorné Erdei Renát , Mórucz Lajosné, Abortusz prevenció és az újszülöttgyilkosságok megelőzésének lehetősége a védőnő munkájában In: Bitó Tamás , Tobak Orsolya (szerk.) Nők egészsége, családok egészsége: védőnők és orvosok az egészségesebb európai polgárokért: Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság és Magyar Védőnők Egyesületének

Konferenciája. Konferencia helye, ideje: Szeged , Magyarország , 2013.03.09 -2013. Szeged; Budapest: Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar; Magyar Védőnők Egyesülete, 2013. p. 18. (ISBN:978-963-306-211-1)

6. Kiss János, Jávorné Erdei Renáta, Takács Péter Nagyító alatt: Hallgatói kutatóműhelyek nemzetközi együttműködése határok nélkül Nyíregyháza: Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, 2013.
7. Sárváry Attila, Kósa Zsigmond, Jávorné Erdei Renáta , Gyulai Anikó , Takács Péter , Sándor János , Sárváry Andrea , Németh Ágnes, Halmai Réka, Ádány Róza Teleszerű körülmények között élő gyermekek rizikómagatartása Északkelet Magyarországon **NÉPEGÉSZSÉGÜGY** 91:(3) pp. 203-204. (2013)
8. Jávorné Erdei Renáta , Nagy Edit Tünde (szerk.) Alapellátás és szakellátás együttműködése a gyermekegészségügy területén tudományos konferencia kiadványa Konferencia helye, ideje: Nyíregyháza, Magyarország, 2011.10.14 Nyíregyháza: Debreceni Egyetem OEC Egészségügyi Kar, 2012. 80 p. (ISBN:978-963-473-472-7)
9. Jávorné Erdei Renáta A gyermekvédelem határterületei nyílt örökbefogadás kapcsán In: Jávorné Erdei Renáta , Nagy Edit Tünde (szerk.) Alapellátás és szakellátás együttműködése a gyermekegészségügy területén tudományos konferencia kiadványa . 80 p. Konferencia helye, ideje: Nyíregyháza , Magyarország , 2011.10.14 Nyíregyháza: Debreceni Egyetem OEC Egészségügyi Kar, 2012. pp. 28-31. (ISBN:978-963-473-472-7)
10. Sárváry A, Kósa Zs , Jávorné Erdei R., Gyulai A , Takács P , Sándor J , Sárváry A , Németh Á , Halmai R , Ádány R Teleszerű körülmények között élő gyermekek egészségmagatartása Északkelet-Magyarországon **NÉPEGÉSZSÉGÜGY** 90: pp. 230-245. (2012)
11. Jávorné Erdei Renáta Kortársbántalmazás előfordulási gyakorisága telepí körülmények között élő roma gyermekek körében In: Semsei Imre, Mikóné Márton Julianna (szerk.) A IV. Nyíregyházi Doktorandusz (PhD/DLA) Konferencia Kiadványa . Konferencia helye, ideje: Nyíregyháza , Magyarország , 2010.12.07 Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó, 2011. pp. 169-174. (ISBN:978-963-318-174-4)
12. Jávorné Erdei Renáta (szerk.) Kortársbántalmazás előfordulási gyakorisága telepí körülmények között élő roma gyermekek körében Konferencia helye, ideje: Budapest , Magyarország , 2010.11.04 -2010.11.06. 2010. (ISBN:978-963-08-0333-5)
13. Jávorné Erdei Renáta Civil szervezetek és a gyermekvédelmi szakellátás kapcsolata az örökbefogadás kapcsán In: Vincze Krisztián (szerk.) (szerk.) Nemzetközi III. Nyíregyházi Doktorandusz (PhD/DLA) Konferencia: Nyíregyháza, 2009. november 20. 226 p. Konferencia helye, ideje: Nyíregyháza, Magyarország, 2009.11.20 Nyíregyháza: Szent Atanáz Görög Katolikus Hittudományi Főiskola, 2010. pp. 147-158. (ISBN:978-963-87809-6-6)
14. Jávorné Erdei Renáta Tempus fugit... 20 éves a védőnőképzés Nyíregyházán **VÉDŐNŐ** XX.:(6.) p. 41. (2010)