

SZOCIOKULTURÁLIS KÖRNYEZET, MEGKÜZDÉSI STRATÉGIÁK, ÉLETMINŐSÉG*

Bevezetés

A rendszerváltást követően, a piaci mechanizmusok kiépülésével jelentősen megváltozott a magyar munkavállalók munkaerő-piaci helyzete. A privatizáció következtében az állami vállalatok aránya csökkent, a magánvállalatok aránya pedig erőteljesen növekedett. Mivel a gazdasági válság és a piacgazdaság kiépülése egybeesett, a recessziós nyomás és a felemelkedési lehetőségekből eredő húzás (szabad vállalkozás-alapítás) az önállósodás felé mozdította el a munkavállalókat. A magánvállalkozás egyrészt a társadalmi mobilitás alternatív csatornájaként működhetett, másrészt mint menekülési útvonal a munkanélküliség helyett kínált megoldást a foglalkoztatottság csökkenésével, az álláspiac beszűkülésével jellemezhető gazdasági helyzetben.

A változások következtében a munkavállalók biztonságérzete csökkent. A státuszvesztéstől, a munkanélküliségtől való félelem, a vállalkozásból eredő nehézségek, a munkavégzésre irányuló elvárások módosulása, a bizonytalan megélhetés okozta szorongás addig nem tapasztalt módon és méretekben érintette a munkavállalókat, jelentősen megnövelve az érintettek stresszterheltségét.

Az új körülményekhez való gyors adaptálódáshoz, a konfliktusokkal való sikeres megküzdéshez hatékony *coping* stratégiára van szükség. A megoldatlan helyzetek, a tartósan fennálló stresszes állapot kimeríti az egyén alkalmazkodási képességét, rontja pszichés kondícióját, magatartási problémákat okozhat, és olyan élettani változásokhoz is vezethet, amelyek egészségkárosító hatással bírnak. A nehéz élethelyzetben tanúsított magatartást, a stresszre adott válaszreakciókat, a megküzdési módokat nemcsak az egyén személyiségjellemzői befolyásolják, hanem az a szociokulturális környezet is, amelyben a folyamat végbemegy.

Jelen írásunkban egy olyan kutatás eredményeiről számolunk be, amely ebben a megváltozott munkaerő-piaci helyzetben vizsgálja a különböző megküzdési stratégiák életminőségre gyakorolt hatását azok körében, akik meg tudták őrizni gazdasági aktivitásukat. Mivel a versenyképesség megtartásának feltételei az ország különböző gazdasági régióiban eltérőek, vizsgálatunkat egy kiemelkedően jó és egy komoly nehézségekkel küzdő régióba tartozó település lakossága körében végeztük. Nem a munkával kapcsolatos konkrét problémákat, hanem ezeknek mint tartós stresszforrásoknak az életminőségre gyakorolt hatását vizsgáltuk. A nehéz élethelyzettel való megküzdés sikeres vagy sikertelen voltát egyrészt a gazdasági helyzet, másrészt az egészségi állapot mutatóival próbáltuk meg leírni és jellemezni. Ezeket a mutatókat tekintettük az életminőség fő komponenseinek.

*A tanulmány az OTKA (T-26345) és a NKFP (1/017/2001) programok támogatásával jött létre.

Az életminőség meghatározása

Kutatásunk során az életminőség meghatározásában a WHO definíciójából indulunk ki (WHO 1999). Az orvostudományban az életminőség fogalma mint az egészségre vonatkozó életminőség (health-related quality of life) vagy szubjektív egészségi állapot (subjective health status) jelenik meg. Az életminőség mutatói a lakosság, illetve az egyének testi, lelki, szociális jól-létéről adnak számot, vagyis arról az adaptációs teljesítményről, amellyel a fizikai-biológiai és társadalmi-gazdasági környezethez, annak változásaihoz alkalmazkodnak.

A testi-fizikai jól-lét megítélése az egyén számára elsősorban azt jelenti, hogy mennyire képes mindennapi teendőinek és feladatainak ellátására. A lelki dimenzió az emocionális és mentális jól-lét különböző aspektusait foglalja magába, mint például a biztonságérzetet, az örömet és a nyugalmat, illetve ezek hiányát, a depressziót, a szorongást és a félelmet. Az életminőség szociális aspektusa a személy azon képességét jelzi, amelynek segítségével megfelel a mindennapi élet kihívásainak, kielégítő kapcsolatot tart fenn családtagjaival, ismerőseivel, munkatársaival, illetve képes beilleszkedni a szűkebb és tágabb közösségbe.

Az életminőség fenti bio-pszicho-szociális meghatározását az orvostudományban speciális egészségügyi feladatok elvégzésében hasznosítják. Camilleri-Brennan és Steele szerint (1999) több mint nyolcszáz olyan különböző módszer ismeretes, amelyet az egészségre vonatkozó életminőség mérésére fejlesztettek ki. A különböző eljárásokat két nagy csoportba lehet sorolni: generikus vagy általános, illetve betegség- és állapot-specifikus eljárások (Testa-Simonson 1996). Az állapotspecifikus mérések célja a különböző terápiás eljárások hatékonyságának, illetve gazdaságosságának megállapítása és összehasonlítása. Az általános módszerek elsősorban a lakosság vagy egyes lakossági csoportok életminőségének javítására irányuló egészségpolitikai döntések előkészítését szolgálják. Az orvostudományban a legismertebb életminőség-mérőeszközök közé tartoznak az egészségprofilok, amelyek a szubjektív egészségi állapotot írják le, és lehetnek betegség- vagy szimptómaspecifikusak, illetve vonatkozhatnak meghatározott egészséges populációkra is.

Az epidemiológiai elemzések általánosan elfogadott populáció szintű életminőség-mutatója a várható élettartam. Az utóbbi években a várható élettartamra vonatkozó mennyiségi becslések mellett megnőtt a minőségi becslések jelentősége is. Jól szemlélteti ezt a változást a WHO által 1999-ben kifejlesztett indikátor (Disability-Adjusted Life Expectancy, DALE), amely az egészségesen eltöltött életek számát veszi figyelembe a lakosság életminőségének meghatározásakor. A WHO adatai szerint (WHO 2000) az elmaradott országokban a születéskor várható élettartam 14, a fejlett országokban pedig 9 százaléka telik el betegségben. E mutatók segítségével jellemezni lehet adott térségek, országok, régiók lakosainak egészségi állapotát. A várhatóan betegségben eltöltött évek számát jelző mutató segítségével azonosíthatóak a magas rizikójú csoportok, illetve azok a megbetegedések, amelyek a legtöbb egészséges évet veszik el a lakosság életéből. Magyarországon a születéskor várható egészséges életek száma a WHO 2000. évi jelentése szerint a férfiaknál 60, a nőknél 68 év, vagyis az egészséges életek tekintetében bekövetkező veszteség a férfiak esetében átlagosan 6, a nők esetében 7 év.¹ Összehasonlítva a többi iparosodott

esetében 7 év.¹ Összehasonlítva a többi iparosodott országgal, a magyarok megbetegedési és halálozási arányai mind a férfiak, mind pedig a nők esetében minden korcsoportban magasabbak. A tüdőrák, a szív- és érrendszeri megbetegedések, a májzsugor és az öngyilkosságok által okozott halálozási arányok a legmagasabbak között vannak Európában.

A tanulmányunkban alkalmazott életminőség-fogalom elsősorban a szociális jólét értelmezésében tér el a WHO fent idézett definíciójától. Miután vizsgálatunk a munkával kapcsolatos stressz életminőségre gyakorolt hatását igyekszik feltárni, az életminőség szociális jólét komponensét nem a személyközi viszonyok alakulásával, hanem a tényleges anyagi helyzetnek, illetve a gazdasági helyzet szubjektív megélésének mutatóival jellemeztük. Véleményünk szerint ugyanis a munkával kapcsolatos nehéz élethelyzetek sikeres vagy sikertelen megoldása elsősorban az egzisztenciális helyzeten keresztül befolyásolja az életminőséget.

A stressz

Az emberi stresszreakciók forrása a környezet és az egyén olyan interakciója, amelyet az egyén túlzott igénybevételként érzékel, vagy úgy ítél meg, hogy alkalmazkodási képességét meghaladja, és ezáltal egyensúlyát fenyegeti (Selye 1976a). A környezeti nyomás – a stresszor – lehet fiziológiai, fizikai, pszichológiai vagy szociokulturális jellegű.

A szociológiai kutatások a stressz különböző összetevőinek, a stresszoroknak, a mediátoroknak és a stressz-hatás manifesztációjának (outcome) társadalmi mintázatait elemzik (Pearlin 1989).

Azok az életesemények, amelyek az egyént élethelyzetének, szerepviszonyainak átstrukturálására készítetik vagy kényszerítik (pl. a munkahely elvesztése vagy egy új munkahely, a házasság vagy a válás, a gyermekszülés vagy a felnőtt gyermekek elköltözése), egyaránt eredményezhetnek pozitív vagy negatív hatást, a stresszhelyzetből való kiszabadulást vagy a stresszterhelés növekedését. Az élethelyzetek, életesemények akkor jelennek meg stresszforrásként, ha fenyegetést jelentenek az egyén számára. Fenyegetésként élhet meg az egyén veszteséget, kielégítetlen szükségletet, önértékelésének megsérülését, vágyainak, aspirációinak gátoltságát. A fenyegetettség megélését jelentős mértékben befolyásolja az egyén értékrendje. Az értékrend definiálja a lehetséges stresszforrások jelentését, stressz-forrásként, fenyegetésként való megjelenését az egyén számára. Az egyéni megítélés jelentőségéből következően az emberi stresszreakciók személyiségjellemzőktől, illetve az általános egészségi állapottól is függenek. Egyesek kevesebb stressz mellett is megbetegszenek, mások nagy stresszterhelés mellett is egészségesek maradnak.

A distressz az a potenciálisan káros állapot, amely kimeríti az egyén alkalmazkodási képességét (Selye 1976b). A distressz fiziológiai folyamatokat indíthat el a szervezetben (pl. a szívritmus változását, a légzés felgyorsulását, a gyomor- és bélműködés zavarait, izomgörcsöket, verejtékezést, fáradékonyságot, álmatlanságot vagy aluszékonyságot). Ezeknek az állapotoknak az állandósulása stressz eredetű

¹ Magyarországon a férfiak születéskor várható élettartama 66 év, a nőké pedig 75 év. Amikor a megbetegedésekből eredő veszteségekről beszélünk, ezekhez az adatokhoz viszonyítunk.

betegségek kialakulásához vezethet. Azon személyek vagy csoportok körében, akik fokozottan függenek másoktól (pl. gyermekek, idősek, betegek), vagy akiket társadalmi hátrányok sújtanak (pl. etnikai kisebbség, alacsony iskolázottság vagy munkanélküliség), nagyobb a stressz-eredetű betegségek kialakulásának kockázata. Hasonlóan nagy kockázati tényezőt jelentenek az olyan pszichés tényezők, mint a tehetetlenség érzete, a reménytelenség, a túlzott mértékű szorongás, harag, ellenségesség vagy bizalmatlanság (Kutash–Schlesinger 1980).

Megküzdés

A stresszforrás és a stresszhatás (outcome) közötti közvetítő, szabályozó elem a mediátor, amely meghatározza, hogy a stresszforrás jelenléte milyen hatást gyakorol az egyénre. A legfontosabb mediátorok: a megküzdési módok (coping), a társas támogatás, az énkép és az önértékelés. Ezek közül a szociológiai kutatások a társas jellegzetességekre, a megküzdésre és a támogatásra, az orvosi-pszichológiai kutatások pedig az egyéni jellegzetességekre, az énjellemzőkre irányulnak.

A stresszel való megküzdés kutatása az 1960-as években kezdődött. A megküzdés (coping) fogalmát Lazarus dolgozta ki (Lazarus 1966). A kérdéssel foglalkozó szakirodalomban általánosan elfogadott Lazarus meghatározása, amely szerint „megküzdésnek tekinthető minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amellyel az egyén azokat a külső vagy belső terheket (és a közöttük lévő konfliktusokat) próbálja szabályozni, amelyeket úgy értékel, hogy kimerítik vagy felülmúlják forrásait” (Lazarus 1991: 112). A megküzdési stratégiák tehát olyan kognitív, pszichológiai, illetve magatartási minták, amelyeket az emberek egy stresszteli élethelyzet nehézségeinek leküzdésére, csökkentésére vagy elviselésére alkalmaznak. Ez az erőfeszítés nem feltétlenül jelenik meg valamilyen cselekvésben, hanem jelenthet gondolati-érzelmi viszonyulást is. A szituáció terhelő voltának kognitív felismerése szükséges feltétele a megküzdési magatartás megjelenésének (az önkéntelen védelmi mechanizmusok működésbe lépése nem minősül megküzdési magatartásnak).

A szakirodalomban a megküzdési magatartásnak két eltérő értelmezése kristályosodott ki: a személyiségcentrikus (pl. Roth–Cohen 1986) és a tranzakcionista (Folkman–Lazarus 1980) megközelítés. A személyiségközpontú megközelítések szerint a megküzdési magatartás elsősorban a személyiség jellemzőiből vezethető le. Az egyén tulajdonságokat, védekező manővereket, megküzdési stratégiákat tanul meg, illetve dolgoz ki a konfliktusok kezelésére és a fenyegetések elhárítására, és ezeket következetesen alkalmazza mindenféle stresszel kapcsolatban. A megküzdési stratégiák eszerint tartós személyiségvonásként jelennek meg. A tranzakcionista felfogás ezzel szemben a környezeti követelmények és hatások jelentőségét hangsúlyozza. A környezet és az egyén közötti dinamikus kölcsönhatás eredménye az az aktuális megküzdési magatartásforma, amely az egyén-környezet tranzakciót a nehezített (stresszes) alkalmazkodási feltételek esetén jellemzi.

A tranzakcionista felfogás szerint a fenyegetettség és a veszteség eltérő stressztípusai eltérő megküzdési stratégiákat mozgósítanak. A megküzdési stratégiák négy általános típusba sorolhatók: a szakirodalomban problémamegoldó, érzelem-centrikus, segítségkérő és hárító stratégiákat különböztetnek meg (Schwarzer–Schwarzer 1996).

A problémamegoldó stratégiák a stressz-szituáció megváltoztatására, az érzelmközpontú stratégiák a stresszhelyzet érzelmi következményeinek befolyásolására irányulnak. A háritó stratégiák esetében az egyén törekvése az, hogy figyelmen kívül hagyja a stresszforrást. A stratégia megválasztását befolyásolja a probléma típusa, valamint az egyén kora, neme, gazdasági helyzete, iskolázottsága, foglalkozása, vallásossága és nem utolsósorban a személyisége, aktuális érzelmi állapota. Az egyén által kontrollálhatónak ítélt szituációk (pl. munkahelyi vagy családi problémák) esetében gyakoribb a problémamegoldó és a segítségkérő stratégiák alkalmazása, míg a kontrollálhatatlannak ítélt szituációkban (pl. betegség, gyász) inkább fordulnak elő érzelmi és háritó jellegű stratégiák. A háritó stratégiák olyan tevékenységek (pl. ivás, gyógyszeresedés) illetve olyan lelki állapotok (pl. visszahúzódás, befelé fordulás), amelyek nem irányulnak a konkrét problémával való foglalkozásra. Ezek a stratégiák valójában pszichológiai rizikófaktorok.

Vizsgálati minta és módszer

A minta kiválasztásánál két fő szempontot vettünk figyelembe: (1) az ország két gazdaságilag eltérő helyzetű régiójában, illetve térségében, (2) a gazdaságilag aktív lakosság körében történjen az adatfelvétel. A minta összetételénél arra törekedtünk, hogy az önálló vállalkozók és az alkalmazottak hasonló arányban jelenjenek meg a vizsgálatban. Ennek érdekében a vizsgált településeken először a vállalkozók, majd ehhez illesztve az alkalmazottak körében került sor az adatfelvételre. A vállalkozói minta kiválasztásához egy több forrásból származó listát állítottunk össze mindkét településen. Jelen munkánk során csak azoknak a vállalkozóknak az adatait elemeztük, akik az adott településen éltek. Az alkalmazotti részminta kiválasztásánál a vállalkozók életkori és nemi megoszlását mint illesztési szempontot vettük figyelembe.

Az adatfelvétel kérdőívvel kombinált interjú technikával történt. Mintánk 343, gazdaságilag aktív személy adatait tartalmazza, akik Magyarország két eltérő fejlettségű régiójában élnek. A kérdezettek 58 százaléka Pest megye egy dinamikusan fejlődő, éve városi rangot kapott prosperáló településén, 42 százalékuk pedig egy Miskolc melletti, gazdasági-társadalmi szempontból inkább leszakadónak minősülő településen él. A mintában szereplő személyek átlagéletkora 41,4 év, a férfiak és nők aránya 50-50 százalék. Alapfokú végzettséggel rendelkezik a kérdezettek 5 százaléka, szakmunkás végzettségű 27 százalékuk, érettségivel 43, felsőfokú végzettséggel pedig 25 százalékuk rendelkezik.

1. táblázat

A minta nem, iskolai végzettség, foglalkozási státusz és kor szerinti megoszlása a vizsgált településeken (%)

<i>Nem</i>	Település	
	Prosperáló(N=199)	Leszakadó(N=144)
Férfi	58	38
Nő	42	62
<i>Iskolai végzettség</i>		
Nyolc általános	6	4
Szaktanácsképző	24	32
Középiskola	37	52
Egyetem, főiskola	33	12
<i>Foglalkozási státusz</i>		
Vállalkozó	53	38
Alkalmazott	47	62
<i>Életkor átlag (sd)</i>	41,3 (10,8)	41,6 (11,2)

A mintába tartozó települések társadalmi-gazdasági környezete

A vizsgált települések gazdasági és szociokulturális környezetét az adott megye és a nagyobb egységet képviselő régió helyzete határozza meg.

Az észak-magyarországi régió az ország második legelmaradottabb térsége. Az egy főre jutó GDP az országos átlag 66 százaléka. A térség hátrányos helyzetére utal a működő vállalkozások alacsony száma. A régiók közül itt a legmagasabb a munkanélküliségi ráta (16,6%). Az elvándorlás mértéke jelentős. A lakosság iskolázottsága elmarad az országos átlagtól, ami a lemaradás egyik fontos tényezője. Borsod-Abaúj-Zemplén megye, mint az egyik vizsgált település közvetlen környezete, a nehézipar és a korábban húzóágazatnak számító vegyipar visszaesése miatt ma válság-övezet. A nagyvállalatok felbomlását munkahelyek tízezreinek megszűnése kísérte, a munkanélküliségi ráta az országban itt a legmagasabb (19,9%). A privatizációt követően létrejött sok kisvállalkozás nem tudta betölteni a korábbi nagyvállalatok szerepét a foglalkoztatásban. A városhálózat fejletlen, a lakosság 45 százaléka községekben él. A közúti és vasúti infrastruktúra elavult. A közműellátottság elmaradott. A megyébe eddig viszonylag kevés külföldi tőke áramlott be, aminek egyik fő oka az infrastruktúra viszonylagos fejletlensége, főként a közlekedés terén (Kereszty 1998; Gazdasági Minisztérium 2002).

A közép-magyarországi régió az ország gazdasági szempontból legjobb helyzetben lévő területi egysége. Az egy főre eső GDP az országos átlag 151 százaléka. A kilencvenes évek transzformációs válságán Közép-Magyarország régiója tudott a leggyorsabban túljutni. Itt a legmagasabb a működő vállalkozások száma és a legalacsonyabb a munkanélküliségi ráta (3,3%) A régió településszerkezete számottevően eltér az országostól, mivel hiányoznak az 50 ezer lakost számláló közepes városok, vagyis a kisebb települések dominálnak. Pest megyéhez tartozik a vizsgálatban szereplő másik

település. A megye lakosságának nagy része Budapesten dolgozik. A megyében a munkanélküliségi ráta 5,4 százalékos. A megyében erőteljes városodási folyamat ment végbe. A városnagyságot tekintve az 5–10 ezer lakosú települések jellemzőek, nagy részük a budapesti agglomerációs övezetben helyezkedik el. Infrastruktúrája igen fejlett. A megye fejlődése többirányú: egyrészt befogadja a fővárosból kitelepülő ipart és szolgáltató tevékenységeket, másrészt a zsúfolt főváros lakossága folyamatosan költözik ki a környező zöldterületekre. Ezzel függ össze, hogy a legtöbb lakás Pest megyében épül – az országban épített lakások több mint egyötöde. A megyébe ugyanakkor még mindig áramlik a munkaerő az ország elmaradottabb vidékeiről (Kereszty 1998; Gazdasági Minisztérium 2002).

Az anyagi jólét mutatói

A háztartások bevételei és kiadásai az anyagi helyzet leírásának általánosan használt mutatói, ugyanakkor a jövedelemmel kapcsolatos kérdések esetében mindig magas a válaszmegtágadók aránya. Ismeretes, hogy általában a magasabb jövedelműek és a több jövedelemforrással rendelkezők körében nagyobb a nem válaszolók aránya. Mintánkban az észak-magyarországi településen a kérdezettek körülbelül egynegyede (24%), míg a középső régióban élőknek közel a fele (45%) nem kívánt válaszolni ezekre kérdésekre, ezért az anyagi helyzet elemzésére nem a jövedelmet, hanem a jövedelmet tükröző úgynevezett közvetett jóléti mutatókat alkalmaztuk.

A fogyasztási szokások alapján megállapított réteghelyzet az anyagi jólét egyik lehetséges mutatója, amely a fogyasztás alapján hierarchikus elrendeződést feltételez. Vizsgálatunk során egy 13 tételből álló, az alapvető fogyasztási cikkektől a luxuscikkekig illetve szolgáltatásokig terjedő listát alkalmaztunk, arra kérve a válaszadókat, hogy jelöljék meg, hogy az elmúlt hónapban költöttek-e a listában szereplő cikkekre/szolgáltatásokra. Az egyének fogyasztási kategóriákba való elrendezése azon a feltételezésen alapul, hogy akik csak az alapvető szükségleteiket tudják kielégíteni, azok nem költenek luxuscikkekre, akiknek viszont telik az utóbbiakra, azok az alapvető javakban sem szenvednek hiányt. Így az a számérték² lett a fogyasztási osztályokba való besorolás alapja, amely azt mutatta, hogy a listáról hány fogyasztási cikke/szolgáltatásra költöttek a kérdezettek az elmúlt hónap során.

Szűkölködőnek tekintettük azokat, akik a felsoroltak közül maximum négy dologra költöttek. A „közép” kategóriába azok kerültek, akik a felsorolt javak közül minimum öt, maximum hét dolgot említettek. A jómódúak nyolc-tíz-, az elitbe tartozók pedig legalább tizenegyféle dologra költöttek (2. táblázat).

² A listán szereplő 13 tételre (javak fogyasztására) adott igen válaszok összegzésével Guttman-skálát szerkesztettünk. A skála tételei a következők: ruházzkodás, friss zöldség, gyümölcs, friss hús, felvágott, sajt, tej, félkész, mélyhűtött termékek, közlekedés, könyv, színház/koncert, bejárónő, gyógytornász, étterem.

2. táblázat**Az egyes háztartások megoszlása fogyasztási kategóriák szerint a vizsgált településeken**

Fogyasztási kategóriák	Település			
	Prosperáló		Leszakadó	
	N	%	N	%
Szegény, szűkölködő	6	3,0	11	7,6
Közép	30	15,1	27	18,8
Jómódú	90	45,2	87	60,4
Elit	73	36,7	19	13,2
Összesen	199	100,0	144	100,0

chi=25,2 df=3 p=0,000

A települések között mutatkozó szignifikáns eltérés megfelel a várakozásainknak. Feltűnő azonban, hogy mindkét településen a vizsgált népesség több mint a fele a jómódú, illetve az elit fogyasztási kategóriákba sorolható. Ennek legfőbb magyarázatát abban látjuk, hogy felmérésünk gazdaságilag aktív, középkorú személyek körében történt, ami azt jelenti, hogy egy gazdasági, anyagi szempontból előnyös helyzetű társadalmi csoport fogyasztási szokásaiban megnyilvánuló rétegződését tükrözi. Ezt támasztja alá egy 1998-ban, a prosperáló településen végzett lakossági vizsgálat (Sági 2001), amelyben a munkanélküliek, rokkant- és öregségi nyugdíjasok és egyéb inaktív csoportok is képviselve voltak. Ekkor a jómódú és elit fogyasztási kategóriákba a vizsgált népesség 50 százaléka tartozott, míg ez az arány a jelenlegi vizsgálatban 82 százalék.

Az anyagi jólét leírásának másik mutatója a tartós fogyasztási cikkek birtoklásán alapuló, amelyet egy 16 tételből álló lista alkalmazásával vizsgáltunk. A tartós fogyasztási cikkek skálája a porszívótól a lakásriasztóig terjedt. Itt is, mint a fogyasztási struktúra vizsgálatánál, Guttman-skálát szerkesztettünk, feltételezve, hogy azokban a háztartásokban, ahol van fax-készülék vagy lakásriasztó, a porszívó vagy a hűtőgép is megtalálható. A javak birtoklásának számosságát figyelembe véve a háztartásokat négy kategóriába soroltuk (3. táblázat)

3. táblázat**A háztartások felszereltsége a vizsgált településeken**

A háztartás felszereltsége	Település			
	Prosperáló		Leszakadó	
	N	%	N	%
Szegényes	41	20,6	48	33,3
Átlagos	110	55,3	73	50,7
Jó	41	20,6	20	13,9
Magas szintű	7	3,5	3	2,0
Összesen	199	100,0	144	100,0

chi=8,25 df=3 p=0,041

A prosperáló és a leszakadó településeken élő háztartások az anyagi jólét szempontjából szignifikáns eltérést mutatnak. A prosperáló településen a fogyasztási elitbe tartozók aránya közel háromszoros a leszakadó településhez képest. A háztartások egyötöde (20,6%) minősül rosszul, és közel egynegyedük (24,1%) jól vagy magas szinten felszereltnek. Ez az arány a leszakadó településen 33,3 illetve 15,9 százalék.

A fogyasztás és a tartós fogyasztási cikkekkel való ellátottság mellett vizsgáltuk, hogy a kérdezettek környezetükhöz, más családokhoz viszonyítva hogyan értékelik saját helyzetüket. E tekintetben a vélemények mindkét településen hasonlóan bizonyultak. A válaszadók 12 százaléka rosszabbnak, 30 százaléku pedig jobbnak tartotta saját családja életszínvonalát a környezetében élő más családokéhoz képest.

Az egészségi állapot mutatói

Szubjektív egészségi állapot

Az egészségi állapot leírására bizonyos betegségek előfordulását és az önminősítésen alapuló egészségi állapot mutatót (self-rated health) alkalmaztuk. A kérdezettek egészségi állapotukat egy ötfokú skálán értékelték, amelynek két végpontját a „nagyon rossz” és a „kiváló” minősítések jelentették. E tekintetben mindkét településen hasonló módon vélekedtek az emberek. Többségük (61%) jónak minősítette egészségi állapotát, és csak 6 százaléku tartotta az átlagosnál rosszabbnak állapotát. Eltérés csak a hasonló korúakhoz való viszonyításban mutatkozott (4. táblázat). A prosperáló településen lakóknak közel egyharmada (31,6%), a leszakadó településen élőknek pedig alig több mint egytizede (13,2%) érzékelték kortársainál jobbnak egészségi állapotát.

4. táblázat

Az egészségi állapot megítélése a vizsgált településeken a hasonló korúakhoz viszonyítva

Egészségi állapot	Település			
	Prosperáló		Leszakadó	
	N	%	N	%
Jobb	62	31,6	19	13,2
Ugyanolyan	114	58,2	104	72,2
Roszsabb	20	10,2	21	14,6
Összesen	196	100	144	100

chi=15,7 df=2 p=0,000

Panaszok, tünetek

Kérdőívünkben a más hazai vizsgálatokban gyakori tünetként megjelenő panaszok előfordulását vizsgáltuk (5. táblázat). A legtöbb tünet esetében azt tapasztaltuk, hogy a leszakadó régióban élők szignifikánsan nagyobb arányban szenvednek ezek-

től a tünetektől. Az egészségpszichológiai szakirodalomból jól ismert jelenség (Kunst–Mackenbach 1994; Wilkinson 1996), hogy az egészségi állapotban az iskolai végzettség és a társadalmi-gazdasági helyzet mentén gradualitás érvényesül: a magasabb iskolai végzettségűek, illetve az előnyösebb társadalmi pozíciót betöltők körében kedvezőbb morbiditási és mortalitási mutatók tapasztalhatók. Jelen vizsgálatunkban a morbiditási mutatók regionális különbségei a fenti összefüggésekre utalnak. A rosszabb munkaerő-piaci helyzetű, képzetlenebb munkavállalók egészségi állapota kedvezőtlenebb, mint a jobb helyzetű régióban.

5. táblázat
Tünetek előfordulása a vizsgált településeken

Tünetek	Település			
	Prosperáló		Leszakadó	
	N	%	N	%
Gyakori megfázás**	20	10,1	32	22,2
Gyakori fejfájás**	37	18,6	55	38,2
Fáradékonyság*	79	39,7	76	52,8
Gyomorpanaszok*	40	20,2	45	31,3
Izületi fájdalmak**	75	37,7	83	57,6
Végtagfájdalmak**	49	24,6	56	39,2
Étvágytalanság	12	6,1	10	6,9
Gyakori hasmenés	8	4,0	3	2,1
Gyakori székrekedés	10	5,1	10	6,9

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Betegségek

Kérdőívünkben tíz, a magyar népességet leginkább érintő krónikus betegséget soroltunk fel, és arra kértük a válaszadókat, hogy jelöljék meg azokat, amelyek miatt életük során már álltak kezelés alatt. A betegségek közül csak a depresszió előfordulásában mutatkozott szignifikáns eltérés ($\chi^2=4,49$ $df=1$, $p=0,034$) a települések között. A leszakadó településen a depresszióval kezelték aránya kétszerese (14%) volt a prosperáló településen kezeltékénél (7%).

Meg kell jegyeznünk, hogy bár a fenti morbiditási adatok csak a pszichés, illetve a pszichoszomatikus tünetek területén mutatnak lényeges különbséget, ezek a tünetek azonban olyan betegségeknek a prediktorai, amelyek idő előtti halálozáshoz vezetnek (Kopp 1999). Ezt az összefüggést támasztják alá a kilencvenes évek végére jellemző egészségstatisztikai adatok, amelyek szerint a leszakadó régióban, ezen belül pedig Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a munkaképes korú férfiak halálzási rátája 17 százalékkal haladta meg az országos átlagot (Kovács 2002).

Pszichés kondíció

A lelki, pszichés kondíció mérésére két mutatót használtunk. Az első a stresszterheltséget, a második pedig a depresszivitást írta le.

Stresszterheltség

A stresszel összefüggő egészségügyi problémák kockázatának mérésére egy 33 tételből álló életeseemény-kérdőívet (Holmes–Rahe 1967) használtuk.³ Minden eseményhez egy úgynevezett kockázati pontszám rendelhető. A 150 alatti pontszám jelenti a normális tartományt, a 150–249 közötti pontszámok az alacsony, a 250–300 közöttiek a közepes, a 300 felettiek pedig a magas kockázati szintet jelölik. Az összpontszám annak alapján került kiszámításra, hogy a kérdezett az elmúlt évre vonatkozóan hány esemény előfordulását jelölte meg.

6. táblázat

A Holmes–Rahe-stressz-skála fokozatai a vizsgált településeken

Kockázati szintek	Település			
	Prosperáló		Leszakadó	
	N	%	N	%
Normál	130	65,3	72	50,0
Enyhe	26	13,1	30	20,8
Közepes	26	13,1	32	22,2
Magas	17	8,5	10	6,9
Összesen	199	100,0	144	100,0

*chi=10,83 df=3 p=0,013

A prosperáló és a leszakadó településeken szignifikánsan eltér a lakosság stresszterheltsége. Az eltérés az alacsonyabb kockázati szinteken jelentkezik.

Depresszivitás

A depresszivitás mérésére a Beck-féle depresszió-kérdőív (Beck 1961; Beck–Beck 1972) rövidített magyar változatát használtuk (Kopp–Skrabski 1995), amely az alábbi tünetekre vonatkozott: pesszimizmus, az elégedettség és az örömképesség hiánya, önvádolás, szociális visszahúzódás, döntésképtelenség, munkaképtelenség, alvászavar, fáradékonyosság és túlzott aggodalom a testi tünetek miatt.

A két alminta (leszakadó, prosperáló) lakosságának depresszivitását összehasonlító statisztikai próba szignifikáns eltérést jelzett ($t=-2,19$, $df=341$, $p=0,03$). A leszakadó térségben a lakosság depresszivitása magasabb, mint a prosperáló településen. A kedvezőtlenebb mutatókkal rendelkező térségben a lakosságra az egyes depresszivitást

³ A stressz különböző aspektusai, például a fizikai és pszichés stresszhatások mértéke, a stresszel szembeni egyéni sebezhetőség, vagy az egyes stresszforrások veszélyessége mérhető. A krízis-szituációk mérésének egyik eszköze a Holmes és Rahe által kidolgozott úgynevezett életeseemény-lista.

jelző tünetek közül a szociális visszahúzóds és a testi tünetek miatti túlzott aggodalom szignifikánsan magasabb értéke jellemző.

Munkával kapcsolatos stressz-helyzetek kezelése

A megküzdési stratégiák vizsgálatára a Folkman és Lazarus által szerkesztett Ways of Coping (WCQ) kérdőív (Folkman–Lazarus 1980) 16 tételből álló rövidített változatát (Kopp–Skrabski–Czakó 1990) használtuk. A vizsgált személyeket arra kértük, hogy egy számukra különösen nehéznek tűnő munkahelyi stressz-szituációval kapcsolatban egy négyfokú skálán jelezzék, hogy a listában szereplő egyes megküzdési módok jellemezték-e, és ha igen, milyen mértékben⁴ viselkedésüket.

Alábbi táblázatunk (7. táblázat) a 16 felkínált megküzdési módra adott válaszok átlagpontszámait és szórásait mutatja be csökkenő sorrendben.

7. táblázat

A munkával kapcsolatos stresszhelyzetben alkalmazott megküzdési módok átlagpontszáma és szórása

Viselkedési módok	Átlag	Szórás
Próbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértsem.	2,82	0,99
Engedtem vagy egyezkedtem, hogy valami jó származzon a dologból.	2,58	0,94
Gondoltam, minden rosszban van valami jó is, próbáltam derűsen felfogni a dolgokat.	2,37	1,06
Több különböző megoldást találtam a problémára.	2,32	0,99
Igyekeztem a dolgot mások szempontjából nézni.	2,25	1,00
Egy általam nagyra tartott baráttól vagy rokontól kértem tanácsot.	2,08	1,05
A helyzet valamilyen kreatív, alkotó tevékenységre ösztönzött.	2,06	1,10
Más emberként kerültem ki a helyzetből, jó értelemben véve.	2,04	1,02
Nem akartam, hogy mások megtudják, milyen nehéz helyzetben vagyok.	1,94	1,04
Igyekeztem megszabadulni a problémától egy időre, megpróbáltam pihenni, szabadságra menni.	1,59	0,91
Imádkoztam.	1,58	0,93
Evéssel, ivással, dohányzással vezettem le a feszültséget.	1,54	0,87
Egy lapra tettem fel mindent, kockázatos vállalkozásba fogtam.	1,50	0,90
Másokon vezettem le a feszültséget.	1,49	0,78
Nyugtatók szedésével próbálkoztam.	1,06	0,30
Már az öngyilkosság gondolatával foglalkoztam.	1,03	0,27

⁴ (0=egyáltalán nem, 1=alig jellemző, 2=jellemző, 3=nagyon jellemző)

A munkával kapcsolatos stresszhelyzetekkel való megküzdést elsősorban a problémaorientált magatartás jellemzi, jelezvén, hogy az egyén az adott helyzetet kontrollálhatónak tartja, és viselkedése a szituáció megváltoztatására irányul. Ezekben a helyzetekben az érzelmezérelt és háritó típusú, a stresszforrást figyelmen kívül hagyó magatartás a mintára nézve kevésbé jellemző. Tételenként vizsgálva a megküzdési módok területi különbségeit, három esetben mutatkozott szignifikáns eltérés. A prosperáló településen a kérdezetteket a munkával kapcsolatos stressz-helyzetek nagyobb mértékben ösztönözték kreatív, alkotó tevékenységre, és az adott szituációból megítélésük szerint „jó értelemben véve más emberként kerültek ki”, mint a leszakadónak minősített területen. Ezzel szemben a leszakadónak minősített területen a kérdezettek nagyobb mértékben alkalmaztak feszültség-levezető technikát („Evéssel, ivással, dohányzással vezettem le a feszültséget.”).

Az életminőség, a megküzdési stratégiák és a társadalmi környezet

Az életminőség, a coping stratégiák, valamint a társadalmi környezet összefüggéseinek vizsgálatára az úgynevezett strukturális egyenletekkel történő modellezést (structural equation modeling) alkalmaztuk. A fenti eljárás, más többváltozós statisztikai eljárásokkal összehasonlítva, inkább a változók közötti feltételezett kapcsolatrendszer megerősítésére, mint feltárására irányul. A modellezés lehetőséget biztosít hipotézisünk tesztelésére. Az empirikus adatok és a teoretikus modell illeszkedését egy meghatározott kritériumrendszer alapján ítéljük meg (Cole 1987; Tanaka 1993). Az illeszkedés egyik leggyakrabban használt mutatója a χ^2 értéke és az ehhez tartozó valószínűségi mutató (p). A modell illeszkedését ezek alapján akkor tekintjük elfogadhatónak, ha a p értéke nagyobb, mint 5 százalék ($p > 0,05$).

Tanulmányunkban ezen kívül a következő illeszkedési mutatókat vettük még figyelembe:

- GFI (Goodness of Fit Index), a modell varianciájának és kovarianciájának relatív mennyiségét fejezi ki, értéke 0,85 felett elfogadható.
- AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) tartalma a GFI-vel megegyezik, de figyelembe veszi a modell szabadságfokát is. A modell és az adatok illeszkedése elfogadható, ha az értéke 0,80 felett van.
- CFI (Comparative Fit Index) a modell relatív illeszkedését fejezi ki az alapmodellhez: ha az értéke nagyobb, mint 0,90, akkor az adatok jól illeszkednek a modellhez (Cole 1987; Anderson–Gerbing 1984; Marsh–Balla–McDonald 1988; Bentler 1990).

A modellezést az AMOS 3.61 programcsomaggal végeztük (Arbuckle 1997; Byrne 2001).

Vizsgálatunk középpontjában az életminőség szerepelt. Az életminőséget (szociális jól-lét és testi-lelki jól-lét befolyásoló tényezők hatásaira és összefüggéseire vonatkozóan egy hipotetikus modellt fogalmaztunk meg. Az életminőség komponenseit látens változókként állítottuk elő. A szociális jól-lét becslésére a fogyasztási szerkezet és a tartós fogyasztási cikkek birtoklását kifejező mérőszámokat, a testi-lelki

jól-lét becslésére a depresszivitás mértékét kifejező pontszámokat, illetve egy úgynevezett tüneti skálát használtunk. A leggyakrabban előforduló tünetek, panaszok közül azt az ötöt választottuk ki, amelyek a szakirodalom szerint (Kopp 1989; Pikó 1999) pszichoszomatikus eredetűek.⁵

Kiinduló modelljeinkbe az életminőséget befolyásoló tényezők közül a nem, az életkor, az iskolai végzettség, a foglalkozási viszony jellege mellett a munkával kapcsolatos stresszhelyzetek kezelésére irányuló magatartási mintákat is bevontuk. Az előzetes elemzések eredményei alapján az úgynevezett problémaorientált megküzdési magatartást a Folkman–Lazarus-kérdőív négy tételéből (a probléma elemzése, egyezkedés, több megoldás keresése, mások szempontjainak figyelembevétele), az érzelmi alapokon nyugvó, feszültséglevezető magatartást pedig annak két tételéből (evés, ivás, dohányzás, illetve a feszültség másokon való levezetése) képeztük.

Hipotézisünk szerint az életminőséget nem csak a hagyományosan vizsgált társadalmi-ídemográfiai változók, mint a nem, kor, iskolai végzettség és a foglalkozási viszony, befolyásolják, hanem a munkával kapcsolatos nehéz élethelyzetekben alkalmazott megküzdési stratégiák jellege is. Feltételezésünk szerint az életminőséget a probléma megoldására irányuló megküzdési módok pozitív, a háritó stratégiák pedig negatív irányban befolyásolják. A modellezési eljárást mind a leszakadó, mind a prosperáló település vonatkozásában elvégeztük.

A bemutatásra kerülő modellekben a látens változókat ellipszisekkel, a közvetlenül megfigyelt változókat pedig téglalapokkal ábrázoltuk. Az egyirányú nyilak a standardizált regressziós együtthatókat, a kétirányúak pedig a korrelációs értékeket mutatják. Az ábrákon csak a 0,1-nél nagyobb és szignifikáns regressziós együtthatók értékeit tüntettük fel. A modellek két dichotóm változót tartalmaznak; a nem értékei: 1=férfi, 2=nő, a foglalkozási viszony értékei: 1=vállalkozó, 2= alkalmazott.

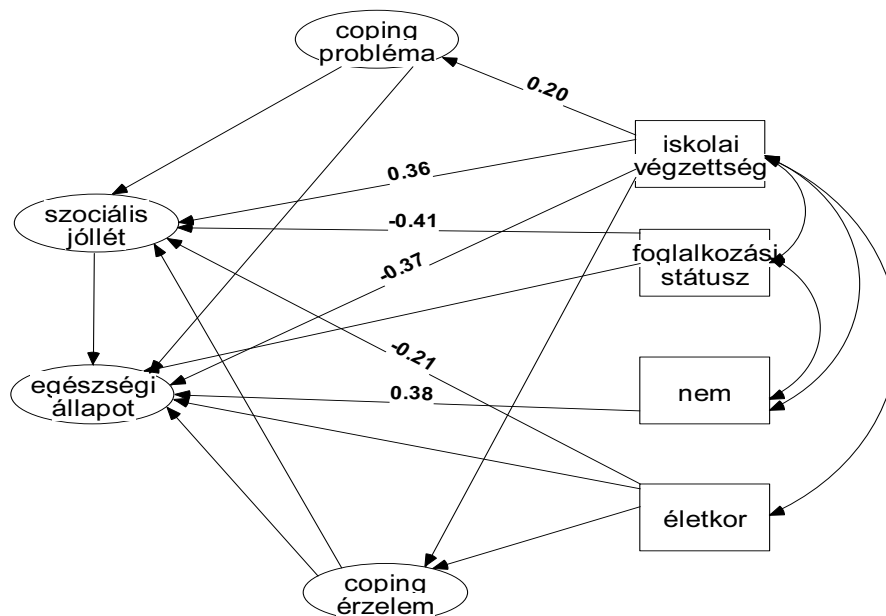
1. modell: prosperáló település

A prosperáló település esetében az illeszkedési mutatók ($\chi^2=77,26$ $df=62$, $p=0,09$; GFI=0,95; AGFI=0,91; CFI=0,94) az adatok és a hipotetikus modell szoros kapcsolatára utalnak (1. ábra).

⁵ A pszichoszomatikus skála elemei: gyakori fejfájás, étvágytalanság, gyomorpanaszok, gyakori hasmenés, gyakori székrekedés.

1. ábra

1. modell, prosperáló település



Az értékelés során szembeűnő, hogy a modell szoros illeszkedése mellett a munkával kapcsolatos megküzdési módok életminőségre gyakorolt hatása nem tekinthető szignifikánsnak. A szociális jól-létet modellünkben a foglalkozási viszony jellege, az iskolai végzettség és az életkor befolyásolja, az egészségi állapot alakulásában pedig a nemnek, az iskolai végzettségnek és a szociális jól-létnek van meghatározó szerepe. A magasabb iskolai végzettség és a vállalkozói lét növeli a szociális jól-lét esélyét, míg ez az esély az életkor előrehaladtával csökken. Az egészségi állapot mutatója a nők körében kedvezőtlenebb, ami abból következik, hogy a nők több tünetről számolnak be, mint a férfiak, illetve hogy a nők morbiditási mutatói hagyományosan rosszabbak a férfiakéinál (Annandale–Hunt 1990). A szociális jól-lét graduális emelkedésével az egészségi állapot alakulása pozitív összefüggést mutat.⁶ Az iskolai végzettség emelkedésével az egészségi állapot mutatóinak javulása tapasztalható.

Modellünkben a munkával kapcsolatos nehéz élethelyzetekben alkalmazott problémaorientált megküzdési magatartást az iskolai végzettség befolyásolja. A magasabb iskolai végzettség felé haladva nő probléma-centrikus stratégiák alkalmazásának valószínűsége.

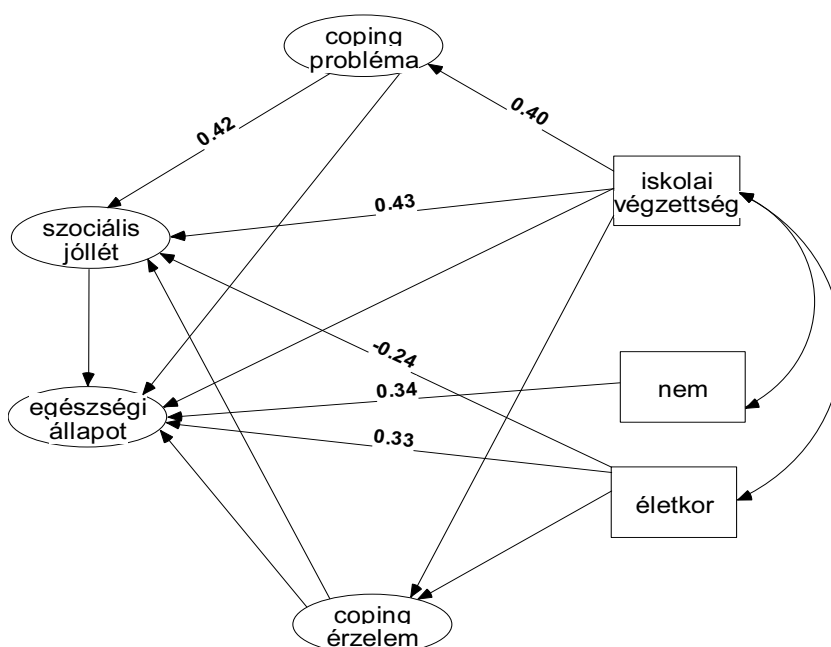
⁶ A változó magas értékei kedvezőtlen, az alacsony értékek pedig kedvező egészségi állapotra utalnak.

2. modell: leszakadó település

Kiinduló modellünk a vizsgált illeszkedési mutatók alapján nem volt elfogadható, az adatok és a teoretikus modell szignifikánsan eltértek egymástól. Ezek után lépésenként vizsgáltuk, hogy mely változók elhagyásával javítható a hipotetikus modell illeszkedése. A modellezési folyamat végeredményeként, egy háttérváltozó elhagyása után (foglalkozási viszony) egy jól illeszkedő modellhez ($\chi^2=45,7$, $df=45$, $p=0,44$; $GFI=0,95$; $AGFI=0,91$; $CFI=0,99$) jutottunk, amelyet 2. ábránkon mutatunk be.

2. ábra

2. modell, leszakadó település



A foglalkozási viszonyból eredő hatások tehát ezen a településen nem befolyásolják az életminőség alakulását. A vállalkozások létrejöttének körülményeit vizsgálva úgy gondoljuk, hogy a két település eltér abból a szempontból, hogy a vállalkozások inkább a társadalmi felemelkedés alternatív csatornájaként működnek, vagy a deklaszszalódás, a munkanélküliség helyett kínálnak megoldást. A leszakadónak minősülő településen a kényszer jellegű, a mindennapi megélhetést biztosító vállalkozások aránya szignifikáns mértékben magasabb, mint a prosperáló településen (60% vs. 39%). Ezáltal azok az előnyök, amelyek a prosperáló településen a sikeres vállalkozói létből következnek, a leszakadó településen kevésbé érvényesülnek.

Az életminőséget szignifikáns mértékben befolyásoló tényezők közt itt már jelen van a megküzdési stratégiák egyik lehetséges formája, a problémaorientált magatartás. Ezen a településen a vizsgált munkavállalók szociális jól-létének alakulásában jelentős szerepet játszik iskolai végzettségük és koruk mellett megküzdési stratégiájuk is.

Az egészségi állapot alakulása az életkorral és a nemmel mutat szignifikáns összefüggést, az iskolai végzettség és a szociális jól-lét ismert közvetlen hatása nem érvényesül meghatározó mértékben.

A szociális jól-lét mutatója az iskolai végzettség emelkedésével javul, míg a kor előrehaladtával csökken. A munkával kapcsolatos nehéz élethelyzetben alkalmazott problémaorientált magatartás növeli a szociális jól-lét esélyét.

Összefoglalás

Kutatásunk a munkaerő-piaci helyzet, a munkavállalókat érintő stresszterheltség, valamint a megélhetés szempontjából eltérő lehetőségekkel és adottságokkal rendelkező településeken vizsgálta a gazdaságilag aktív lakosság életminőségének alakulását. Vizsgálatunk novumának tekinthető, hogy a hagyományos demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezők mellett a megküzdési stratégiák szerepének életminőségre gyakorolt hatását is figyelembe vette az elemzés során. Feltételezésünk szerint a munkával kapcsolatos krízishelyzetek szempontjából a problémacentrikus, vagyis releváns megoldási módok alkalmazása pozitív módon, az irrelevánsnak tekinthető érzelmentrikus, feszültségoldó technikák pedig negatívan befolyásolják az életminőséget.

Kiinduló hipotézisünket mindkét településtípusra alkalmaztuk, és statisztikai modellel vizsgáltuk e hipotézis helytálló voltát. A két település között jelentős eltérés mutatkozott az életminőséget befolyásoló tényezők szempontjából. Véleményünk szerint ez azt jelenti, hogy még a legáltalánosabbnak feltételezett összefüggések is átformálódnak a különböző társadalmi kontextusokban, az életminőséget befolyásoló tényezők hatása eltérő társadalmi környezetben eltérő módon érvényesül.

A prosperálóknak nevezett településen csak az úgynevezett hagyományos háttérváltozók játszottak szerepet az életminőség alakulásában, a *coping* stratégiák nem (a „jó megoldás” nem járt előnnyel, a „rossz megoldás” nem járt hátránnyal). A kedvező helyzetű településen a munkával kapcsolatos nehéz élethelyzetek valószínűleg nem jelentkeznek egzisztenciális krízisként. Feltételezhető az is, hogy ezek a stressz-szituációk nem elhúzódó, krónikussá váló krízishelyzetek, amelyekben a megküzdési stratégiák mozgósításának kulcsszerepe lenne.

A leszakadónak minősülő településen a *coping* stratégiák, ezen belül a problémacentrikus megküzdési magatartásformák jelentős hatást gyakoroltak az életminőség szociális jól-lét komponensére (a „jó megoldás” előnnyel járt). Ezen a településen, feltevésünk szerint, a munkával kapcsolatos nehéz élethelyzetek egzisztenciális súlyú és egyben krónikusan elhúzódó krízisszituációt képviselnek, amelyekben az egyén megküzdési stratégiáinak kulcsszerep jut.

A gazdasági-társas funkcionálás, a mindennapi kihívásoknak való megfelelés a hátrányosabb társadalmi környezetben az egyéntől több erőforrás mozgósítását követeli meg. Konfliktushelyzetekben a szociokulturálisan meghatározott viselkedésminták

nagyobb szerephez jutnak, ezért fontosnak tartjuk, hogy a hatékony megküzdési módok alkalmazásának képességét már fiatal kortól fejlesszék.

Irodalom

- Anderson, J. C.–D. W. Gerbing (1984): The effect of sampling error on convergence, improper solutions, and goodness-of-fit indices for maximum likelihood confirmatory factoranalysis. *Psychometrika*, 49: 155–173.
- Annandale, E.–K. Hunt (1990): Masculinity, feminity and sex: An exploration of their relative contribution to explaining gender differences in health. *Sociology of Health and Illness* (12): 24–47.
- Arbuckle, J. L. (1997): Amos User's Guide Version 3.6. Chicago: Smallwaters
- Beck, A. T. et al. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* (4): 561–571.
- Beck, A. T.–R. W. Beck (1972): Shortened version of BDI. *Postgraduate Medicine*, 52: 81–85.
- Bentler, P. M. (1990): Comparative fit indeces in structural models. *Psychological Bulletin*, 88: 588–606.
- Byrne, B. M. (2001): *Structural Equation Modeling with EQS and EQS/Windows: Basic Concepts, Applications, and Programming*. Newbury Park, CA: Sage
- Camilleri-Brennan, J.–R. J. C. Steele (1999): Measurement of quality of life in surgery. *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh*, 45: 252–259.
- Cole, D. A. (1987): Utility of confirmatory factor analysis in test validation research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 584–594.
- Folkman, S.–R. S. Lazarus (1980): An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21: 219–239.
- Gazdasági Minisztérium (2002): *Magyarország régiói és megyéi*. www.gm.hu/fomenu/befektetok/htm/countieas/index.htm
- Holmes, T. H.–R. H. Rahe (1967): The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* (11): 213–218.
- Kereszty A. (szerk.) 1998. *Tények könyve. Régiók*. Budapest: Greger-Delacroix
- Kopp M. (1989): A pszichoszomatikus kórképek. In Magyar I. (szerk.): *A pszichiatria alapjai*. Budapest. Tankönyvkiadó
- Kopp M. (1999): Depresszió és kardiovaszkuláris betegségek. *Praxis*, 8 (12): 4–14.
- Kopp M.–Skrabski Á. (1995): *Magyar lelkiállapot*. Budapest: Végeken Kiadó
- Kopp M.–Skrabski Á.–Czakó L. (1990): Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken* (1-2): 4–24.
- Kovács K. (2002): Az egészségi állapot Magyarországon. In Szántó Zs.–Susánszky É. (szerk.): *Orvosi szociológia*. Budapest: Semmelweis Kiadó, 67–76.
- Kunst, A. E.–J. P. Mackenbach (1994): *Measuring Socio-economic Inequalities in Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

- Kutash, I. L.–L. B. Schlesinger et al. (eds.) (1980): *Handbook on Stress and Anxiety: Contemporary Knowledge, Theory, and Treatment*. San Francisco: Jossey Bass
- Lazarus, R. S. (1966): *Psychological Stress and Coping Process*. New York: McGraw-Hill
- Lazarus, R. S. (1991): *Emotion and Adaptation*. London: Oxford University Press
- Marsh, H. W.–J. R. Balla–R. P. McDonald (1988): Goodness-of-fit indexes in confirmatory factoranalysis: the effect of sample size. *Psychological Bulletin*, 103: 305–312.
- Pearlin, L. I. (1989): The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30: 241–256.
- Pikó B. (1999): Pszichoszomatikus tünetek és a szubjektív egészségértékelés epidemiológiája középiskolások körében. *Orvosi Hetilap*, 140: 1297–1304.
- Roth, S.–L. J. Cohen (1986): Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41: 813–819.
- Sági M. (2001): A MEK vonzáskörzetébe tartozó lakosság életmódja és társadalmi-demográfiai jellemzői. In Susánszky É.–Szántó Zs. (szerk.): *Táblaképek az egészségről*. Budapest: MTA Szociológiai Kutatóintézet – Fekete Sas Kiadó, 13–45.
- Schwarzer, R.–C. Schwarzer (1996): A critical survey of coping instruments. In Zeidner, M.–N. S. Endler (eds.): *Handbook of Coping*. New York: Wiley
- Selye, H. (1976a): *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill
- Selye, H. (1976b): *Stress in Health and Disease*. Boston: Butterworths
- Tanaka, J. S. (1993): Multifaceted conceptions of fit in structural equations models. In Bollen, K. A.–J. S. Long (eds.): *Testing Structural Equation Models*. Newbury Park, CA: Sage, 10–39.
- Testa M. A.–D. C. Simonson (1996): Assessing quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334: 835–840.
- Wilkinson, R. G. (1996): *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge
- WHO (2000): *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva
- WHO (1999): *The World Health Report 1999. Making a difference*. Geneva