Lakóhelyi elégedettség és életminőség kapcsolata Győr városrészeiben

Tóth Péter – Kovács Szilvia
Széchenyi István Egyetem, Győr – Dunaújvárosi Egyetem, Dunaújváros

Bevezetés

Tanulmányunkban arra keressük a választ, hogy az egyes helyi társadalmak szintjén vizsgálható, lakóhellyel kapcsolatos attitűdöket, viszonyrendszereket mennyiben befolyásolják az ott élők egyéni, individuális életminőség-jellemzői. A kapcsolatok kimutatásához egy Győr Megyei Jogú Város lakosai körében végzett, az egészségi állapotukra, illetve a lakóhelyükön igénybe vehető szolgáltatásokkal kapcsolatos információkra vonatkozó, online kérdőíves vizsgálat adatbázisát használtuk fel. Vizsgálatunk során az életminőség és az egészség különböző megközelítéseit mutatjuk be, kitérünk ezen változók területi kontextusban történő vizsgálhatóságára. Az életminőség öt szintjének megfogalmazása és bemutatása után ezen szintek együtt járását és összekapcsolhatóságát mutatjuk be, illetve Győr egyes városrészeit jellemezzük a környezeti elégedettség és az életminőség szintjeinek jellemzői alapján.

1. Átalakuló egészségkép

Az egészség definíciója 70 éve átalakulóban van. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) egészségdefiníciója 1948-ban született, amely szerint az egészség nem a betegségek hiánya, hanem „a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota" (WHO 1948: 1). 1984-ben pontosítottak ezen, már nem „állapotként" kezelték az egészséget, hanem dinamikus modellként, folyamatként. A szemléletváltás egyik tényezője volt az Abdel Omran (1971) által leírt epidemiológiai átmenetnek nevezett jelenség, vagyis, hogy a II. világháborút követően felismerték: a legfejlettebb országokban a korábban vezető halálokként szereplő fertőző betegségek helyébe a krónikus nem fertőző, elsősorban szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozások léptek. Vagyis a fókusz a(z) (köz)egészségügyi szolgáltatások hatékonysága mellett az életmód és egyéb környezeti tényezők befolyásoló hatására is kiterjedt már. A változások hátterének feltárására számos kutatás indult, amelyek az egészség új megközelítését és az egészségfejlesztés kibontakozását eredményezték.

Az Ottawai Kartában (1986) megfogalmazottak szerint az egészségnek vannak bizonyos alapfeltételei: „béke, lakás, oktatás, élelem, jövedelem, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság és egyenlőség."[1] A Karta az alapfogalmat is újraértelmezte: az egészséget a mindennapi élet erőforrásának, nem pedig mint életcélnak tekintette.

Bio-pszicho-szociális szempontból az egészség és az egészséges ember legfontosabb jellemzője ma – poszt-kovid időszámításban különösen – a rugalmasság (resilience) lehet (Zautra et al. 2010). Ezen értelmezés alapján az egészséges ember képes felépülni egy kihívást követően, vagyis birtokában van az öngyógyulás képessége, illetve különböző mértékben, de képes élni nehézségek közepette is, vagyis van ellenállóképessége. Az

[1] https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference (letöltve: 2021.11.12.)

elgondolás alapja, hogy a betegség értelmezésében ne csak a biológiai tényezőket vegyük figyelembe, mivel a pszichológiai és a társadalmi összetevők is kulcsfontosságúak.

Az egészséget mindinkább a társadalom és az egyének erőforrásaként, illetve a gazdasági fejlődés egyik meghatározó előfeltételeként tekintik (Benett 2003; Husain 2010; Vokó–Kaló 2012; Jakopánecz–Törőcsik 2015). A fenntartható fejlődés keretei közt viszont már nem a mindenáron való gazdasági növekedés a cél, hanem az emberek jóllétének (well-being), életminőségének (quality of life) javítása. Vagyis a megbetegedések okozta testi funkciócsökkenés az élet más területeire is kiterjedő „kompetenciavesztést" okoz, ami csökkenti a szubjektív életminőséget, illetve az egészségi állapot fokozódó romlását is magával hozhatja (Kopp–Kovács 2006; Ágoston 2007). Általános megközelítésben az életminőség meghatározása: az egyén (vagy lakosság) „jól-lét"-érzésének fokmérője, amely a különböző, számukra fontos objektív és szubjektív tényezők mentén, az elvárások és a tényleges élethelyzetek összehasonlításával történik (Tiringer 2016).

1.1. Az életminőség mérhetősége

Az életminőség mérésével kapcsolatosan alapvetően háromféle modellt lehet megkülönböztetni egymástól (Tiringer 2016; Szigeti 2016).

I. Skandináv modell, azaz az objektív mérések alapja:

- középpontjában az erőforrások, a kapacitások, illetve az ezekből származó tényezők állnak,
- haszonelvű meghatározást alkalmaz,
- gazdasági és/vagy a környezeti statisztikai adatokat használ,
- egyik alkalmazott eszköze a Humán Fejlettségi Mutató (Human Development Index, HDI), amely az egészséget, az oktatást és az életszínvonalat méri (UNDP 2020).

II. Amerikai modell, azaz a szubjektív mérések alapja:

- szubjektív érzékelésen és észlelésen keresztül próbál számot adni a lakosság életének minőségéről,
- individuális szempontokat használ,
- értékelése magában foglalja a boldogságot, a kellemes érzéseket, a kellemetlen hangulatokat,
- egyik alkalmazott eszköze az Élettel való Elégedettség Skála (Satisfaction with Life Scale, SWLS), amely az életre és az életkörülményekre kérdez rá (Diener et al. 1985).

III. Kevert modell:

- komplex életminőség-vizsgálat megvalósítására törekszik,
- pragmatikus modell,
- egyik alkalmazott eszköze a Jobb Élet Mutatója (Better Life Index, BLI), amely például a jövedelmet/vagyont, a várható élettartamot, az állampolgári/civil részvételt, a levegőszennyezés dimenzióit méri (OECD 2021).

A különböző megközelítésű modellekben az életminőséget meghatározó alapvető dimenziók száma és operacionalizációja mutatónként és szerzőnként is jelentős különbségekkel bír. A jelen tanulmány a Küchler és Bullinger (2000) által meghatározott öt alapvető dimenziót tekinti irányadónak az életminőség méréséhez, ezek a következők (idézi: Tiringer 2016: 1731):

1. Testi szint
   Például: általános testi panaszok, betegségtünetek,
2. Pszichés szint
   Például: érzelmi állapot, motiváció,

3. Interperszonális szint
   Például: kapcsolatkészség, kapcsolati hálózat,
4. Szocioökonómiai szint
   Például: anyagi helyzet, lakáskörülmények,
5. Spirituális szint
   Például: vallásosság, morális értékek.

Az életminőség-vizsgálat módszertani megoldásaival a háttértényezők szintjeinek leírása is a kutatások fókuszába került. Például Wilson és Cleary (1995) is a különböző szintekkel okokozati összefüggésbe hozható tényezőket vizsgálja (biológiai és klinikai változókat, egyéni faktorokat stb.), de nézőpontjuk inkább a medicinán alapuló „egészséggel kapcsolatos életminőség" (health related quality of life) fogalmával dolgozik, ahol a „környezet" mint pszichológiai, társas, anyagi támogatás jelenik meg.

1.2. A környezet szerepe

Az ember életének helye, tehát a „környezet" területi szempontú vizsgálata a tudományközi diskurzusokkal szerez mindinkább érvényt magának az egészség, illetve az életminőség vizsgálatában. Az 1990-es évek közepétől kezdődően ennek hajtóereje volt a társadalmi osztályok, etnikai csoportok alapján kialakuló lakóhelyi szegregátumok arányának növekedése, a jóléti szolgáltatások állami ellátásának visszaszorulása, a dohányzás, magas vérnyomás, depresszió, párkapcsolati erőszak, gyermek- és felnőttkori halálozás egyéni kockázatának összekapcsolása a lakóhelyi szomszédságok különböző szegénységi és deprivációs mutatóival (Kawachi–Berkman 2003). A mortalitási trendek és az élettartam-kockázat vizsgálata a lakóhelyi környezettel összefüggésben – kiemelve a halálozási statisztikákat mint a területi hatások befolyásának végpontját – módszertani szempontból nemzetközileg is összehasonlíthatóvá tette az eredményeket annak ellenére, hogy egyébként változatos „szomszédság"-értelmezéseket alkalmaztak.

Kawachi és Berkman (2003) áttekintése alapján a depriválta területek meghatározása országonként eltért, földrajzi lehatárolása a választókerületek vagy a népszámlálási traktusok határait használta, és ezeket a területeket hasonló belső társadalmi jellegzetességeik alapján kezelték szomszédságként. Mindazonáltal a kutatók az egyéni szocioökonómiai jellemzők relevanciájának felismerése mellett egyértelmű kapcsolatot találtak a területi szintű depriváció és a korai halálozás kockázata között. Sloggett és Joshi (1994) 300 ezer angol és walesi lakos longitudinális kutatása (1981–1992) alapján megállapította, hogy a terület szerepe az eredmények magyarázatában változó, de legjobb esetben is másodlagos: a személyes körülmények a legfontosabbak. Anderson és munkatársai (1997) hasonló módszertanú, de az USA-ban zajló kutatása (1979–1989 között) viszont azt bizonyította, hogy az alacsony jövedelmű területeken a halandóság egynegyede-egyharmada független volt az egyéni jövedelmi szinttől. Yen és Kaplan (1999) 11 éves panelkutatása (1983-tól) a szomszédságokat már három dimenzióban vizsgálta: (1) a környék társadalmi-gazdasági státusza, (2) a kereskedelmi üzletek jelenléte vagy hiánya és (3) a lakástípusok és a lakosság viszonylatában. Eredménye arra hívta fel a figyelmet, hogy a magas minőségű városrészek az alacsony jövedelmű egyének halálozási mutatóit hátrányosan érintette, ami az erőforrásokhoz való eltérő hozzáférést sugallja. Ezen eredmények egyenes következménye volt, hogy a(z) (egészségügyi) szakpolitikák inkább az egyéni és családi szintű társadalmi és gazdasági helyzet javítására fókuszáltak, kevésbé a területek fejlesztésére (Robert 1998).

A 2000-es évek közepétől kezdve változott ez a szemlélet. Az egészségügy területén is mindinkább az egészségre és a jóllétre helyeződik át a hangsúly. Ennek érdekében több erőforrás (idő, pénz és figyelem) az egészségügyi értéklánc végéről (kezelés és utógondozás) az elejére tevődik át. Az egészség mindinkább az életminőség részévé válik és életstílussá

alakul, fokmérője az elégedettség (Jakopánecz–Törőcsik 2015), olyan intuitív kérdésekkel, mint például:

- meggyógyultam, ha meggyógyulhattam volna…?
- egészséges maradtam, ha egészséges maradhattam volna?

Továbbá mindinkább erősödik annak elismerése, hogy a lakóhely minősége az egyén szocioökonómiai jellegzetességein keresztül képes befolyásolni az egyén egészségét. Vitrai összegzése (2011) konkrét példákkal is bemutatja ezt: „a testmozgást támogató lakóhelyi környezet és az egészséges élelmiszer elérhetősége több mint 38%-kal csökkentette a 2. típusú diabéteszt" (Vitrai 2011: 21, idézi Auchincloss et al. 2009); „olyan környéken, ahol az alkohol és drogfüggőség, illetve mentális betegségek aránya alacsony, ott nagyobb stressztompító közösségi mechanizmusok mutathatók ki" (Vitrai 2011: 21, idézi Stockdale et al. 2007). Sun és munkatársai (2009) pedig arra a következtetésre jutottak, hogy a lakóhelyi egészségegyenlőtlenség csökkentésében csak a szegénység egyidejű csökkentésével lehet hatásos a társadalmi tőke növelése.

Meghatározó mérföldkő volt ezen folyamatokra a Stiglitz-jelentés (2009), amely nyolc dimenzióban értelmezi a jóllétet, ezek: az anyagi életkörülmények, az egészségi állapot, a képzettség, a munkavégzés, a politikai részvétel és képviselet, a társadalmi és egyéni kapcsolatok, a környezet, a gazdasági és fizikai biztonság (Bugovics 2015: 11–12). A szubjektív jóllét és a gazdasági, illetve társadalmi-demográfiai tényezők összefüggésével számos, a magyarországi helyzetet vizsgáló tanulmány is foglalkozott. Róbert (2015) elemzésében is az egészség és a lakóhely – az iskolázottság, a foglalkozás, az életkor, stb. mellett – olyan dimenziókként jelennek meg, amelyek nem függetlenek az anyagi helyzettől, vagyis nagyban korrelálnak egymással. Magyarországon (is) a jobb jövedelmi helyzet, a kedvezőbb anyagi körülmények javítják, az anyagi nehézségek pedig rontják a jóllét mértékét, viszont „a jóllét érzetét fokozza, ha valaki elégedettebb lakóhelyével", illetve, ha úgy gondolja, hogy „egészséges, nem szenved olyan betegségben, amely akadályozná mindennapi életvitelében" (Róbert 2015: 52).

A Központi Statisztikai Hivatal 2016-os mikrocenzus felmérésére alapozott *Szubjektív jóllét* című tanulmány szerint az egyéni egészségi állapottal való elégedettséget nagymértékben befolyásolja az életkor, valamint az iskolai végzettség is: „az életkor előrehaladtával fokozatosan csökken, az iskolai végzettség növekedésével pedig nő" az egészség szubjektív megítélése (KSH 2018: 21–22). Egy további erőteljes különbséget a nem ad: az egészségi állapottal való átlagos elégedettség a férfiak körében magasabb volt (6,77), mint a nőknél (6,45) annak ellenére, hogy a születéskor várható, egészségben eltöltött évek száma – amely a várható élettartam-minőséget vizsgálja – a férfiak esetében rendre alacsonyabb, bár folyamatosan javul. 59,6 év volt 2016-ban, míg a nőknél 60,2, 2021-ben a férfiaknál 60,7, a nőknél pedig 62,8 év volt ez a mutató (KSH 2018; ECHI 2021). A lakókörnyezettel való elégedettség vizsgálatában nem mutatkozott markáns eltérés a férfiak és a nők között, a lakókörnyezetük biztonságát azonban határozottan másképp értékelte a két nem: „sötétedés után a férfiak 19,7, míg a nők 40,2%-a érzi magát veszélyben, ha egyedül sétál" (KSH 2018: 23). Azonban ez a felmérés sem foglalkozott az egészség és a lakóhely együttes és/vagy egymásra gyakorolt hatásával – a lakóhelyi elégedettség és a szubjektív egészségi állapot, illetve az életminőség kapcsolata még további feltárásra vár a hazai lakókörnyezeti szinten, különösen a lehetséges városrész-fejlesztési szakpolitikák tekintetében.

2. Módszertan

Az elemzés alapjául egy online, önkitöltős (CAWI), lakossági kérdőíves lekérdezés adatbázisa szolgált. Az adatgyűjtést 2021. július 20-a és augusztus 15-e között zajlott Győr Megyei Jogú Város lakossága körében a Limesurvey online platform segítségével. A győri lakhelyet egy elsődleges szűrőkérdéssel biztosítottuk. A kérdőív kitöltését 4007-en kezdték meg ebben az egy hónapban, az elemzésbe bevonható, értékelhető adattartalommal rendelkező kérdőívek száma 1976 volt.[2] Tekintettel arra, hogy az adatfelvétel online formában történt, előzetes mintavételre nem volt lehetőség, így a kapott adatok és a belőlük kiszámolt összefüggések nem általánosíthatóak Győr város felnőtt lakosságának egészére, mivel az ismert sokasági adatok tekintetében nem beszélhetünk reprezentativitásról.

A lekérdezés során a válaszadók lakóhelyét városrészi és lakóövezeti szempontból értékeltük és csoportosítottuk. Azon városrészek esetén, ahol a válaszadói elemszám nem volt elegendően magas, a városrésszel lakóövezeti szempontból hasonló városrészekkel történt összevonás az adatok kiértékelése során, erre a későbbiekben, az elemzés során utalunk majd.

A lekérdezés során a testi és lelki egészség különböző aspektusainak feltárására alkalmas kérdéssorok domináltak a különböző egészségtudatossággal és egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos kérdésblokkok mellett. Ezt egészítették ki a jólléttel kapcsolatos további kérdések, illetve a szociodemográfiai változók.

Jelen kutatásban a fentebb már említett életminőségi elemek és a lakóhelyi körülmények közötti kapcsolat feltárása volt a célunk. Az életminőség egyes aspektusait az alábbiak szerint operacionalizáltuk a rendelkezésre álló változószett különböző elemeinek bevonásával. A legtöbb esetben az adott szinttel kapcsolatosan a válaszadó szubjektív gondolatait tudtuk felhasználni, amennyiben a kérdések viszonylagos állapotokra kérdeztek rá.

Az életminőség **testi szintjét** a saját egészség szubjektív módon történő értékelésével kapcsolatos kérdéssorból K-means klaszterrel képzett változóval írtuk le. Ebben az esetben a saját egészségi állapot ötfokú skálán (nagyon jó-nagyon rossz), az egészségi állapot hasonló korosztályi összehasonlításban értelmezett szintjének háromfokú skálán (egészségesebb-hasonló-rosszabb) és a saját egészségi állapot változásának ötfokú skálán (sokat javult-kissé javult-nem változott-kissé romlott-sokat romlott) történő megítéléséről van szó. Ezen három változóból a klaszterelemzéssel öt fő csoportot sikerült kialakítani a válaszadók között testi állapot szempontjából, ahol az önmaguk rosszabbodó állapotát rossznak ítélők csoportjától jutunk el a javuló egészségi állapotukat jónak ítélők csoportjáig.

Az életminőség **pszichés szintjét** a kérdőívben szereplő pszichés állapotra és elkeseredettségre kérdező, kilenc elemből álló kérdéssorból képeztük úgy, hogy a Beck-féle depresszió skálát vettük alapul. A további elemzéshez a Beck-skála értékeit használtuk fel.

Az **interperszonális szint** körülírásához a kérdőívben található, a társas kapcsolatok minőségével és mennyiségével kapcsolatos kérdéssor négy különböző elemének (hasonló érdeklődés, segítségnyújtás, apróbb szívességek, barátok) számosságát összesítettük egy indexben. Az így kapott index közel normál eloszlású, ahol a teljesen kapcsolathiánnyal élő emberek aránya a mintában kevesebb mint 1% volt.

A **szocioökonómiai szint** esetében az iskolázottsági, a szubjektív anyagi helyzetet és a foglalkozást tartalmazó változószettek felhasználásával egyszerűsített szociökonómia státuszindexet képeztünk faktoranalízis segítségével.

Az életminőség egyik legkevésbé megfogható és operacionalizálható eleme ***a spirituális szint***. Esetünkben a morális értékekkel, illetve személyes erkölcsi irányultsággal kapcsolatos kérdéssort a felmérés nem tartalmazott. A vallásosság is csupán közvetett módon volt

[2] Az adatfelvételre a Győr Megyei Jogú Város Egészségképe 2021 fejlesztési dokumentum elkészítése során került sor Győrben. Az eredetileg eltervezett, kérdezőbiztosokkal történő adatfelvételről a járványügyi helyzet miatt le kellett mondanunk.

értelmezhető. Ebben az esetben a magukat vallási közösség tagjaként leírók szerepeltek csupán az adatbázisban. Ez a csoport a teljes válaszadói mintának csupán a 9%-át tette ki.

A fenti változókból végül egy egységes **életminőség** változót alkottunk faktoranalízis segítségével. A változó létrehozásakor a **spirituális szintet** megfogni kívánó változót ki kellett hagynunk, mivel rendre külön faktorként jelent meg, vagyis „kilógott" az általunk létrehozni kívánt struktúrából. A maradék négy változó standardizált változatából megalkotott faktor a teljes variancia 42%-át őrizte meg. Ez meglehetősen alacsony, így az egyes szintek megoszlásait és összefüggéseit is szükséges külön-külön bemutatni a továbbiakban. Az így megalkotott egységes **életminőség** változó legerősebb és legmeghatározóbb változói egyértelműen a **pszichés szint és a szocioökonómiai szint** változók voltak.

A továbbiakban a lakóhelyi elégedettég értékeit és elemeit közöljük városrészi bontásban, majd az életminőség egyes szintjeinek hatását elemezzük ezen változókra külön-külön, majd az összesített index bevonásával.

3. A lakóhellyel és a várossal való elégedettség jellemzői

Az 1. táblázatban az egyes városrészek lakókörnyezetével való lakossági elégedettség pontszámainak átlagait vetettük össze a Győr városával való elégedettség átlagértékével.[3] A lakóhellyel való elégedettség és a várossal való elégedettség átlagértékei között jelentős különbségek mutathatók ki az egyes városrészekben.[4] Magával a várossal a megkérdezettek többsége elégedett, hiszen a válaszadók 62% nyolcas vagy afeletti értéket jelölt be a tízes skálán, az így kapott győri elégedettség átlagértéke 7,68, a kiosztott értékelések szórása is meglehetősen alacsony. Ezzel szemben az egyes városrészek értékelései jóval színesebb képet mutatnak. Az átlagok 5,77 és 8,16 között szóródnak. A győri városi elégedettség átlagértékét csak három, családi házas beépítéssel rendelkező, külső kertes lakóövezetbe tartozó városrész (Gyirmót, Bácsa és Pinnyéd) elégedettségi átlagai haladják meg, minden más városrész értéke a győri össz-átlagnál alacsonyabb. A legalacsonyabb értékeket a lakótelepek és Gyárváros kapták ebben az összesítésben.

Összességében elmondható tehát, hogy a győri lakosság kedveli, ezért elégedett a városával, azonban a közvetlen lakókörnyezetével és városrészével kapcsolatban már sokkal kritikusabban nyilatkozik meg. Minden városrész esetében alacsonyabbak a városrészre adott értékelések átlagai, mint a városrészben lakók Győrrel kapcsolatos elégedettségének átlagai. Amennyiben a lakóövezetek és a lakások típusát is bevonjuk a vizsgálatba, akkor egyértelműen a kertes lakóövezetben családi házakban élők elégedettségi átlaga a legmagasabb (7,6), míg a legalacsonyabb a lakótelepi lakásokban élők elégedettsége, függetlenül attól, hogy melyik lakóövezetben laknak (belváros, külső, illetve belső lakóövezetek).

[3] Az egyes győri városrészeket az alábbiak szerint csoportosítottuk lakóövezeti jellegük szerint: (1) belváros: Belváros, (2) belső lakóövezet: Nádorváros, Révfalu, (3) lakótelep: Adyváros, József Attila-lakótelep, Marcalváros, (4) külső lakóövezet: Gyárváros, Szabadhegy, Sziget, Újváros, (5) kertes lakóövezet: Bácsa, Gyirmót, Győrszentiván, Kisbácsa, Sárás, Kismegyer, Likócs, Ménfőcsanak, Pinnyéd.

[4] Ebben az esetben a kérdőív „Összességében mennyire elégedett Győr városával?", illetve a „Mennyire elégedett a lakókörnyezetével?" 10 fokú skálákkal operáló kérdésekre adott válaszok megoszlásait és átlagait használtuk fel.

1. táblázat Városrészekkel és lakóövezetekkel és Győr városával való elégedettség

	lakóhely			Győr		
Lakóövezet/Városrész	**átlag**	**n**	**szórás**	**átlag**	**n**	**szórás**
belváros	6,6	134	2,12	7,96	136	1,88
Belváros	6,6	134	2,12	7,96	136	1,88
belső lakóövezet	7,09	337	1,94	7,72	340	1,73
Nádorváros	6,9	214	1,95	7,7	216	1,78
Révfalu	7,41	123	1,87	7,75	124	1,63
lakótelep	6,17	453	2,13	7,78	453	1,74
Adyváros	5,98	215	2,27	7,74	215	1,76
József Attila lakótelep	6,76	29	2,17	8	29	1,54
Marcalváros	6,29	209	1,96	7,8	209	1,76
külső lakóövezet	6,47	364	2,29	7,53	366	1,85
Gyárváros	5,77	88	2,14	7,26	88	1,92
Szabadhegy	6,92	158	2,25	7,65	159	1,86
Sziget	6,36	69	2,36	7,81	70	1,80
Újváros	6,39	49	2,31	7,2	49	1,77
kertes lakóövezet	7,48	510	1,94	7,78	513	1,66
Bácsa	7,73	49	1,88	7,94	49	1,61
Gyirmót	8,16	32	1,74	8,28	32	1,30
Győrszentiván	6,98	144	1,92	7,48	144	1,72
Kisbácsa/Sárás	7,58	40	1,81	7,73	40	1,91
Kismegyer	7,44	25	2,35	8,24	25	1,05
Likócs	7,25	16	2,21	7,56	16	1,59
Ménfőcsanak	7,66	182	1,85	7,83	185	1,59
Pinnyéd	7,73	22	2,29	7,95	22	2,21
összesen				**7,68**	**1962**	**1,78**
Győr				**7,68**	**1962**	**1,78**

Forrás: saját szerkesztés Győr Megyei Jogú Város Egészségképe 2021 – Online lakossági kérdőíves felmérés alapján.

A legnagyobb különbség a város és a városrész megítélése között a nagy lakótelepeken érzékelhető. Győr megítélése a legjobb a külső városrészek közül Gyirmóton és Kismegyeren, illetve a József Attila lakótelepen; a legrosszabb pedig Újvárosban és Gyárvárosban.

4. Az életminőség szintjei és a városi terekkel való elégedettség kapcsolata

A továbbiakban a fent kialakított, életminőséget befolyásoló szintek egymáshoz, a városrészi és a városi elégedettséghez, illetve a lakóhely típusához való kapcsolatát mutatjuk be.

Az egyes értékek a szintek esetében – a spirituális szint kivételével, ami dichotóm változó – standardizált módon kerültek elemzésre. A korrelációk mindegyik esetben szignifikánsak voltak, a kapcsolatok erőssége tekintetében egyértelműen a négy szintből összesített **életminőség** változó mutatta a legerősebb, esetünkben egy közepes erősségű korrelációt a lakókörnyezeti elégedettséggel (2. táblázat). A Győr városával való elégedettség korrelációs értékei az egyes életminőségi változókkal kapcsolatosan jóval kisebbnek mutatkoztak, mint a városrészi elégedettség kapcsán. Ebben az esetben a korrelációk értéke rendre fele akkorák, mint a városrészi értékek. Kisebb tehát az összefüggés az életminőséget alkotó, individuális jellemzők és egy nagyváros lehetőségeinek, élhetőségének,

szerethetőségének értékelése között. Ebben az esetben a magyarázatot az adhatja, hogy egy nagyvárossal való elégedettség jóval elvontabb tudattartalmakat mozgat meg a kérdezettben, mintha a mindennapi életének jól ismert, szűkebb területéről kérdezzük.

Érdekesség gyanánt a lakóövezeti típusok változójával kapcsolatban is lekértük az egyes életminőségi változók korreláció értékeit. Ebben az esetben nagyon gyenge vagy értékelhetetlen kapcsolatotokat lehetett csak kimutatni. Az a tény, hogy a megkérdezett milyen típusú lakónegyedben él, nem feltétlenül áll kapcsolatban azzal, hogy miként éli meg az életét, hogyan érzi magát a bőrében.

Amennyiben a szintek és az elégedettség között fennálló korrelációkat külön-külön vizsgáljuk, úgy a következő megállapításokat tehetjük. Messze a leggyengébb, szinte elenyésző a kapcsolat a lakóhelyi elégedettség és a **spirituális szint** között, míg a legerősebb korreláció a **szocioökonómiai szint** esetében mérhető. Ebben az esetben felmerül a kérdés, hogy vajon a megfelelő társadalmi státusz eleve olyan lakóhelyválasztást tesz-e lehetővé, ami a válaszadó igényeinek megfelelőbb… Ezért az ezzel való elégedettség is magasabb lesz, hiszen a vágyak és tervek jobban kielégítést nyertek. Vagy a jelenség annyit jelent csupán, hogy a magasabb státuszú emberek általában elégedettebbeknek mondhatóak. Illetve a probléma meg is fordítható: a megfelelő, elégedettségre okot adó lakókörnyezet növelheti-e az illető szocioökonómiai státuszát, hozzájárulhat-e a társadalmi mobilitáshoz? Ez utóbbi kérdés azonban messzire visz, hiszen nem rendelkezünk biztos információkkal a megkérdezettek korábbi lakhelyével, lakhelyváltoztatásaival kapcsolatban.

A második legerősebb korreláció a lakókörnyezeti elégedettséggel az **interperszonális szint** változójával mutatható ki. Az emberi kapcsolatokkal összefüggő információk esetében nem az online kapcsolatokat, hanem a valós térhez kötött emberi kapcsolatokat vettük alapul, aminek jelentős hányada a helyi társadalom szövetéhez, a szomszédsághoz, a közvetlen lakókörnyezethez köthető. A nagyobb kapcsolati hálóval való rendelkezés és a lakókörnyezettel való elégedettség mértéke között egyenesen arányos kapcsolat munkál.

Ezzel ellentétes a **pszichés szint** és a lakóhelyi elégedettség kapcsolata. Amiként korábban utaltunk rá, a pszichés szint esetében a Beck-skálát alkalmaztuk, ahol a magasabb érték a komolyabb depresszióra való hajlamot mutatja ki a válaszadókra vonatkozóan. Ebben az esetben tehát a magasabb depressziós szint a lakóhelyi elégedettségre negatívan hathat. Itt is felmerülhet azonban a két változó közötti kapcsolat irányára vonatkozó kétely, amit már a szocioökonómiai szint esetében érintettünk. A nem megfelelő pszichés állapot miatt érzi-e magát valaki kényelmetlenebbül a lakóhelyén, vagy a nem megfelelő lakóhelyi környezet ronthat-e az ott lakók pszichés állapotán? Azt gondoljuk, hogy a folyamat két irányban is értelmezhető. Amennyiben az egyes szintek közötti kapcsolatokat is vizsgáljuk, úgy látható, hogy a pszichés szint a legerősebb együtt járást az interperszonális szinttel mutatja, ahol a kapcsolat szintén nem fordított, azaz minél kevesebb a szociális kapcsolat, annál magasabb a depressziós szint. Szintén erősebb korreláció mutatható ki a pszichés szint és a szocioökonómiai státusz között is.

2. táblázat Az életminőség egyes szintjeinek, illetve a lakókörnyezettel és Győr városával való elégedettség közötti korrelációs együtthatók értékei

	elégedettség		lakó-övezet	Életminőség szintjei külön					élet-minőség
	lakó-környezet	Győr		testi	pszichés	interperszo-nális	szocioökonómiai	spirituális	
lakókörnyezet	1	,425**	,107**	,187**	-,253**	,262**	,285**	,085**	,375**
Győr		1	-0,021	,117**	-,158**	,131**	,123**	,056*	,196**
lakóövezet			1	-0,009	-0,046	0,001	-0,039	0,041	0,015
testi szint				1	-,287**	,143**	,177**	-0,02	
pszichés szint					1	-,291**	-,287**	-,073**	
interperszonális szint						1	,246**	,088**	
szocio-ökonómiai szint							1	,132**	
spirituális szint								1	,103**

Forrás: saját szerkesztés Győr Megyei Jogú Város Egészségképe 2021 – Online lakossági kérdőíves felmérés alapján
** a korreláció szignifikáns 0,01 szinten

Az összevont életminőséget alkotó változók közül a **testi szint** értékei mutatnak a legkisebb korrelációt a lakókörnyezeti elégedettséggel. Sokkal nagyobb a korreláció a testi és a pszichés szint között, vagyis igaz lehet a mondás, hogy a test és lélek egysége fontos a megélt életminőség kapcsán.

4.1. Az életminőség és az elégedettség kapcsolata

Miután az életminőség elemei és az elégedettséggel kapcsolatos vélemények közötti együtt járás bemutatásra került, az életminőségi szintek változói és a lakóhellyel és a Győr városával való elégedettség közötti kapcsolatok mélyebb elemzésére vállalkoztunk. A két elégedettségi változót külön-külön egy-egy lineáris regresszió függő változóiként használva vizsgáltuk azt, hogy miként határozzák meg értéküket az egyes életminőségi szintek, illetve egy regressziós modellbe melyek azok az életminőséget jelentő szintek, amelyek együtt képesek meghatározni a függő változók alakulását. A korrelációk vizsgálata kapcsán kiviláglott, hogy a lakóhely és az összevont életminőség változók együtt járásának erőssége közel kétszerese a várossal kapcsolatos elégedettség és az életminőség között mérhető értékeknek, vagyis egy komplexebb, többváltozós elemzés során is hasonló eltérésekre számíthattunk.

Elsőként a lakóhelyi elégedettséget vontuk be a többváltozós modellbe. A független változókat stepwise módszerrel léptettük be a regresszióba, így az egyes lépések esetén az egyes változók egymáshoz való viszonyának alakulását is megfigyelhettük. Az így létrehozott regresszióba a spirituális szintet jelentő változó nem került be, míg a többi négy szint változói a következő sorrendben épültek be a regresszióba: (1) szocioökonómiai szint, (2) pszichés szint, (3) interperszonális szint, (4) testi szint. Az így megalkotott regresszió R négyzet értékének alapján kijelenthető, hogy a modellbe bevont független változók a lakóhelyi elégedettség varianciájának 14,3%-át magyarázzák. Vagyis a lakóhelyi elégedettség alakulását kis mértékben befolyásolják az életminőségnek a modellbe bevont szintjei együttesen, emellett további, a kutatásba be nem vont elemek is szerepet kapnak az individuális, belső elemeken túl.

Az egyes független változók regressziós együtthatóit és standard hibáját a 3. táblázatban közöljük. A bevont négy változó közül a szocioökonómiai szint hat a legnagyobb erővel, a másodikként beléptetett pszichés szint hatása fordítottan érvényesül, míg a harmadikként belépő interperszonális szint hatása a második legnagyobb a végső modellben. A legutoljára a legkisebb magyarázó erővel bíró testi szint lépett be a modellbe.

3. táblázat A lakóhelyi modell magyarázóváltozói, regressziós együtthatók és standard hibájuk

Változó	**β_i**	**Standard hiba**
szocioökonómiai szint	0,375	0,062
pszichés szint	-0,297	0,063
interperszonális szint	0,344	0,061
testi szint	0,2	0,058
Konstans tag	6,864	0,057

Forrás: saját szerkesztés Győr Megyei Jogú Város Egészségképe 2021 – Online lakossági kérdőíves felmérés alapján

A multikollinearitásra utaló VIF-mutató értékei a belépés sorendjében a következők voltak: 1,145; 1,204; 1,123; 1,091, vagyis a modellben fellépő multikollinearitás mértéke megfelelően alacsonynak mondható.

Ugyanezen modellt építettük fel a Győr városával kapcsolatos elégedettségre vonatkozóan is. A véső modellbe ebben az esetben már csak három életminőség változó maradt bent, nem vált a végső modell részévé a lakóhelyi elégedettséget legjobban meghatározó szocioökonómiai szint változója és a spirituális szint változója sem. A modellbe bekerült változók bekerülési és erősorrendje nem változott (4. táblázat). A végső modell magyarázó ereje azonban nagyon kicsi, hiszen a Győrrel való elégedettség varianciáját ez a modell csak 3,8%-ban magyarázza, ami meglehetősen kicsi hatást jelent. Ebben az esetben is alacsony volt a multikollinearitás szintje.

4. táblázat A győri modell magyarázóváltozói, regressziós együtthatók és standard hibájuk

Változó	**β_i**	**Standard hiba**
pszichés szint	-0,17	0,053
interperszonális szint	0,187	0,052
testi szint	0,127	0,05
Konstans tag	7,702	0,049

Forrás: saját szerkesztés Győr Megyei Jogú Város Egészségképe 2021 – Online lakossági kérdőíves felmérés alapján

Összefoglalásul elmondhatjuk, ami már a korrelációs értékek esetében is megemlítésre került: a város egészével való elégedettség egy elvontabb fogalom, amit nem határoz meg jelentősen az itt élők társadalmi és anyagi helyzete, és az életminőség további elemei is csak kis mértékben befolyásolják ennek alakulását. Ezzel szemben a lakóhelyi elégedettség esetében az egyéni, individuális szempontok már erőteljesebben határozzák meg, hogy miként vélekednek az emberek a lakókörnyezetükről, amiben a társadalmi és anyagi státusz sokkal nagyobb súllyal hat.

5. Életminőség az egyes városrészekben

Az eddigiekben az életminőség egyes elemeinek hatásait vizsgáltuk a várossal és a lakóhellyel való elégedettség kapcsán. Mint fentebb már említésre került, az öt életminőségi szintből négy felhasználásával egy összetett életminőség változót alkottunk meg. Ezen változó átlagértékeinek alakulását az egyes városrészekben is megvizsgáltuk és összevetettük, hogy a városrészi. lakóhelyi és lakóövezeti elégedettséggel hasonlóan alakul-e ez az érték az egyes városrészekben, vagy kimutathatók különbségek ebben az esetben. Mivel a komplex mutató elkészítésekor a válaszhiányok esetében nem számítható érték minden válaszadó esetében, így ebben az esetben már csak 1080 fő válaszát tudtuk értékelni a kutatás ezen szakaszában. Látható, hogy így jelentősen lecsökkent néhány kisebb városrész elemszáma, például az

eredetileg is kevés válaszadóval rendelkező Likócs elemszáma a felére csökkent. Az 5. táblázatban az összevont életminőségek átlagait közöljük városrészenként és lakóövezetenként csoportosítva. A táblázat jobb szélső oszlopa pedig az átlagok csökkenő sorrendje szerinti sorszámokat mutatja. Ezen sorrend és a lakóhelyi elégedettségek átlaga által kialakított hasonló sorrend alapján kerestünk a két érték kapcsán ellentétesen szereplő városrészeket (magas elégedettség-alacsony életminőség, alacsony elégedettség-magas életminőség). Az össz-győri életminőséget ebben az esetben a nagyszámú lakótelepi lakos átlagértéke befolyásolta jelentősen.

Az összevont életminőség szempontjából a legjobb helyzetben a kertes lakóövezetek közül Pinnyéd, Kismegyer, Gyirmót, Ménfőcsanak vannak, míg a belső lakóövezetekből Révfalu került az első öt városrész közé. A legrosszabb helyzetben lévő városrészek között szerepel az összes lakótelep, illetve Likócs, Újváros Győrszentiván és Gyárváros. Ezen városrészek átlagos életminőségi mutatója a győri átlagos érték alatt található (5. táblázat).

5. táblázat Összevont életminőség index átlagértéke az egyes városrészekben

	összevont életminőség			átlag-sorrend
Lakóövezet/Városrész	**átlag**	**n**	**szórás**	
belváros	0,067975	84	1,091182	12
Belváros	0,067975	84	1,091182	13
belső lakóövezet	0,172467	206	0,981002	5
Nádorváros	0,084076	130	1,052859	9
Révfalu	0,323663	76	0,828926	3
lakótelep	-0,28149	270	0,993109	23
Adyváros	-0,3787815	137	1,03320288	24
József Attila lakótelep	-0,19107	11	0,796831	21
Marcalváros	-0,18038	122	0,958395	20
külső lakóövezet	0,024279	225	0,960281	14
Gyárváros	-0,03938	58	1,030081	18
Szabadhegy	0,075999	98	0,934925	98
Sziget	0,018104	42	1,037207	15
Újváros	-0,01708	27	0,79999	17
kertes lakóövezet	0,107317	295	0,969395	8
Bácsa	0,146903	29	0,888377	7
Gyirmót	0,249908	23	0,867711	4
Győrszentiván	-0,13396	80	1,029767	19
Kisbácsa/Sárás	0,079269	21	1,179087	21
Kismegyer	0,515478	16	0,919088	2
Likócs	-0,19209	8	0,618226	22
Ménfőcsanak	0,154105	104	0,936593	6
Pinnyéd	0,568878	14	0,811508	1
összesen/Győr	0,002184	1080	0,998465	16

Forrás: saját szerkesztés Győr Megyei Jogú Város Egészségképe 2021 – Online lakossági kérdőíves felmérés alapján

A korábbiakban már láthattuk, hogy az életminőség valamennyire befolyásolja a lakóhelyi elégedettséget, de ez az összefüggés nem annyira erős. Ebből fakadhat, hogy kimutathatók a

két változó szempontjából eltérő képet mutató városrészek. Likócs városrész esetében látható a legnagyobb különbség, de ebben az esetben nagyon alacsony elemszámmal dolgoztunk, ez is lehet a nagy különbség oka. A likócsiak elégedettség szempontjából a városrészek középmezőnyében szerepeltek, azonban az életminőség szempontjából az utolsók között találhatók. Hasonló helyzetű Győrszentiván is, mint Likócs. A másik oldalon pedig ott található Kismegyer, Nádorváros és Révfalu, ahol a közepes elégedettséghez kiugróan magas életminőség társul. Gyárváros és Sziget pedig a közepes életminőség és a nagyon magas elégedetlenségre jó példák. Ebből is látható, hogy az életminőség és a lakóhellyel való elégedettség nem járnak minden esetben kéz a kézben, a magas életminőség még nem jelent egyértelműen nagyobb elégedettséget is a lakóhellyel.

Összegzés

Tanulmányunkban az életminőség és a lakókörnyezettel való elégedettség viszonyát vizsgáltuk. Elsőként szakirodalmi áttekintésünkben bemutattuk, hogy a 20. század közepétől hogyan változott az egészség fogalma, milyen társadalmi, gazdasági és politikai változók és nézőpontok mentén tágult ki korábbi, fizikai szempontú megítélése, és épült be a mai, komplex, szubjektív tényezőket is magában foglaló életminőség-értelmezésekbe. Felvázoltuk a különböző életminőség-mutatók csoportjait és mérési lehetőségeiket.

Ezt követően megvizsgáltuk, hogy az urbanizációs folyamatok hatására miként került előtérbe a szociális környezet mellett a térbeli mikrokörnyezet dimenziója az egészséget, majd az életminőséget vizsgáló nemzetközi és hazai empirikus kutatások sokaságában.

Ismertettük az általunk alkalmazni kívánt, szubjektív életminőség-mutatót, amely a Küchler és Bullinger (2000) által meghatározott öt dimenzióból került kialakításra: testi, pszichés, interperszonális, szocioökonómiai és spirituális szintek figyelembevételével. Elméleti koncepciónkat, miszerint a lakóhelyi elégedettség összefüggést mutat a szubjektív életminőséggel, a 2021. nyarán zajlott, "Győr Megyei Jogú Város Egészségképe 2021" elnevezésű, online lakossági kérdőíves felmérés során gyűjtött primer adatok alapján teszteltük.

Kvalitatív elemzésünk, statisztikai következtetésünk eredményei alapján az alkalmazott **életminőség** változó közepes erősségű korrelációt mutat a **lakókörnyezeti elégedettséggel**, erőssége pedig közel kétszerese a város egészével kapcsolatos elégedettség és az életminőség között mérhető értékeknek. Az összefüggésben a lakóövezet típusa nem mutat releváns tényezőt. Amennyiben az életminőség általunk alkalmazott öt szintje és a lakóhelyi elégedettség között fennálló korrelációkat külön-külön vizsgáljuk, úgy a legerősebb korreláció a **szocioökonómiai szint** esetében mérhető. A második legerősebb kapcsolat az **interperszonális szint** változójával mutatható ki. Ezzel ellentétes a harmadik erősségű összefüggés, a **pszichés szint** és a lakóhelyi elégedettség kapcsolata. Itt fontos megemlíteni, hogy az empirikus felmérés a COVID–19 világjárvány Magyarországon zajló harmadik és negyedik hullámának átmeneti időszakában készült. Ezen körülmények között a pszichés szint a legerősebb együtt járást az interperszonális szinttel mutatta, ahol a minél kevesebb szociális kapcsolat magasabb depressziós szinttel járt együtt. Az összevont életminőséget alkotó változók közül a **testi szint** értékei mutatták a legkisebb korrelációt a lakókörnyezeti elégedettséggel.

A megvizsgált életminőségi változók kapcsolata erősebbnek bizonyult a lakókörnyezeti elégedettséggel, mint a város egésze kapcsán mért elégedettséggel. Amennyiben az életminőségi szintek hatását egy modellben értelmezzük az elégedettséggel, akkor is hasonló eredményt kapunk, azzal a kiegészítéssel, hogy a **szocioökonómiai szint**, amely a lakókörnyezeti elégedettséget a legnagyobb mértékben befolyásoló elem, a város egészének megítélése kapcsán nem került be a végső magyarázó modellbe. Az életminőség és a lakóhellyel való elégedettség együtt járása kimutatható az adatokból, azonban fellelhetők

olyan városrészek az adatbázisban, ahol ez az együtt járás nem annyira egyértelmű, vagyis az individuális életminőségi elemek mellett további, magyarázóerővel bíró elemek bevonására lesz szükség a jövőben.

A továbbiakban a jelen kutatás során rendelkezésre álló adatok nem megfelelő mivoltából fakadó, ezért hatásmechanizmusában eltérően viselkedő **spirituális szint** újra pozicionálására és operacionalizálására lenne szükség. Akár a népszámlálások során alkalmazott, vallásosságra vonatkozó kérdések használatával, illetve egyéb, kulturális és erkölcsi normákkal kapcsolatos attitűdkérdések alkalmazásával. Továbbá az így kapott eredmények és összefüggések további árnyalására lenne szükség korosztályi és nemi csoportmegoszlásokban egyaránt.

Az így kimutatott összefüggések hasznosíthatók az egészségügyi szolgáltatások fejlesztése, illetve a városrészi beavatkozások tervezésének megalkotásakor egyaránt. Látható, hogy egy megyei jogú város méretei már különálló, helyi társadalmi, lakókörnyezeti beavatkozásokat igényelnek, a város egésze és annak lakói nem értelmezhetők egy homogén tömbként.

Irodalom

Anderson, R.T.–Backlund, P.S.–Johnson, N.–Kaplan, G.A. 1997. Mortality Effects of Community Socioeconomic Status. *Journal of Epidemiology* (8): 42–47.

Auchincloss, A.H.–Diez Roux, A.V.–Mujahid, M.S.–Shen, M.–Bertoni, A.G.–Garnethon, M.R. 2009. Neighborhood Resources for Physical Activity and Healthy Foods and Incidence of Type 2 Diabetes Mellitus: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *International Archives of Medicine* (169): 1698–1704.

Ágoston L. (szerk.) 2007. *Az életminőség fogalmán túl. Elméletek, módszerek és gondolatok az életminőség kapcsán.* Demos Mo. Alapítvány.

Bennett J. 2003. *Investment in Population Health in Five OECD Countries.* OECD Health Working Papers. http://www.oecd.org/dataoecd/30/39/2510907.pdf (letöltve: 2022.02.17.)

Bugovics Z. 2015. Bevezető. In: Bugovics Z.–Tóth P. (szerk.): *Gazdasági és társadalmi konfliktusok a szubjektív jóllét és biztonságérzet megközelítésében.* Budapest: L'Harmattan, 11–17.

Diener, E.–Diener, E.–Emmons, R.A.–Larsen, R.J.–Griffin, S. 1985. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment* (49): 71–75.

ECHI 2021. *ECHI Data Tool.* https://webgate.ec.europa.eu/dyna/echi/ (letöltve: 2021.12.10.)

Husain M. J. 2010. Contribution of Health to Economic Development: A Survey and Overview. *Economics* (4): 2010–2014.

Jakopánecz E.–Törőcsik M. 2015. *Az egészség megatrendje. A kardiovaszkuláris betegek mai képe.* Pécs: Pécsi Tudományegyetem. https://ktk.pte.hu/sites/ktk.pte.hu/files/images/szervezet/intezetek/mti/jakopanecz_torocsik_az_egeszseg_megatrendje_2015.pdf (letöltve: 2021.08.23.)

Kawachi, I.–Berkman, L.F. 2003. Introduction. In: Kawachi, I.–Berkman, L.F. (eds.): *Neighborhoods and Health.* Oxford: University Press, 1–19.

Kopp M.–Kovács M.E. 2006. *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Budapest: Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió.

KSH. 2018. *Mikrocenzus 2016. 11. Szubjektív jóllét.* https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus_2016_11.pdf (letöltve: 2021.12.05.)

Küchler, T.–Bullinger, M. 2000. Onkologie. In: Ravens-Sieberer, U.–Cieza, A. (eds.): *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte, Methoden, Anwendung.* Landsberg: Ecomed, 144–158.

OECD 2021. *Better Life Index*. https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=BLI (letöltve: 2022.02.17.)

Omran, R.A. 1971. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 49(4): 509–538.

Robert, S.A. 1998. Community-level Socioeconomic Status Effects on Adult Health. *Journal of Health and Social Behavior* (39): 18–37.

Róbert P. 2015. A jóllét összefüggése a társadalmi-demográfiai tényezőkkel. In: Bugovics Z.–Tóth P. (szerk.): *Gazdasági és társadalmi konfliktusok a szubjektív jóllét és biztonságérzet megközelítésében.* Budapest: L'Harmattan, 35–54.

Sloggett, A.–Joshi, H. 1998. Deprivation Indicators as Predictors of Life Events 1981–1992 Based on the UK ONS Longitudinal Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* (52): 228–233.

Stiglitz, J.E.–Sen, A.–Fitoussi, J.P. 2009. *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress.* Paris. http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf (letöltve: 2021.12.10.)

Stockdale, S.E.– Wells, K.B.–Tang, L.–Belin, B.R.–Zhang, L.–Sherbourne, C.S. 2007. The Importance of Social Context: Neighborhood Stressors, Stress-Buffering Mechanisms, and Alcohol, Drug, and Mental Health Disorders. *Social Science & Medicine* (65): 1867–1881.

Sun, X.–Rehnberg, C.–Meng, Q. 2009. How are Individual-Level Social Capital and Poverty Associated with Health Equity? A Study from two Chinese Cities. *International Journal for Equity in Health* (8):2.

Szigeti F. 2016. Az életminőség mérési rendszerei. *Educatio*, 2016/1. https://folyoiratok.oh.gov.hu/educatio/az-eletminoseg-meresi-rendszerei (letöltve: 2021.08.23.)

Tiringer I. 2016. Egészséggel kapcsolatos életminőség. In: Csernus V.–Kállai J.–Komoly S. (szerk.): *Emberi életfolyamatok idegi szabályozása – a neurontól a viselkedésig. Interdiszciplináris tananyag az idegrendszer felépítése, működése és klinikuma témáiban orvostanhallgatók, egészség- és élettudományi képzésben résztvevők számára Magyarországon*, 1729–1742.

UNDP. 2020. *Human Development Report 2020. Technical Notes*. https://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020_technical_notes.pdf (letöltve: 2022.02.17.)

Yen, I.H.–Kaplan, G.A. 1999. Neighborhood Social Environment and Risk of Death: Multilevel Evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology* (149): 898–907.

Vitrai J. 2011. *Az egészség és az egészség-egyenlőtlenségek egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői.* Doktori értekezés. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola.

Vokó Z.–Kaló Z. 2012. Prevenció – kiadások – hatékonyság. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 50(1): 6–9.

Wilson, B.I.–Cleary P. 1995. Linking Clinical Variables with Health-Related Quality of Life: A Conceptual Model of Patient Outcomes. *JAMA The Journal of the American Medical Association* 273(1): 59–65.

WHO. 1948. *Constitution of the World Health Organization.* https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1 (letöltve: 2022.02.17.)

WHO. 1986. *Ottawa Charta for Health Promotion*. https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1152389/retrieve (letöltve: 2022.02.17.)

Zautra, A.J.–Arewasikporn, A.–Davis, M.C. 2010. Resilience: Promoting Well-Being Through Recovery, Sustainability, and Growth. *Research in Human Development* (3): 221–238.