Kopp Mária – Csoboth Csilla – Purebl György: Fiatal nők egészségi állapota

(elektronikus verzió, készült 2006-ban)

A tanulmány eredetileg nyomtatásban megjelent:
Kopp Mária – Csoboth Csilla – Purebl György (1999): „Fiatal nők egészségi állapota" in: *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről, 1999*, Pongrácz Tiborné, Tóth István György, (szerk.). Budapest: TÁRKI, Szociális és Családügyi Minisztérium Nőképviseleti Titkársága, Pp. 239–259.

Fiatal nők egészségi állapota

Kopp Mária – Csoboth Csilla – Purebl György

Az epidemiológiai vizsgálatok, különösen az utóbbi évtizedekben, sokkal nagyobb figyelmet szentelnek a férfiak egészségi állapotának, hiszen a férfiak várható élettartama lényegesen alacsonyabb mint a nőké, és különösen régiónkban, ezen belül Magyarországon a férfiak halálozási arányai romlottak elsősorban.

Miért nagyon fontos mégis, hogy a nők egészségi állapotával foglalkozzunk, és ezen belül is miért kiemelt jelentőségű a fiatal nők egészségi állapota?

A fiatal nők hozzák világra a következő generációt, maga a gyermekvállalási készség is függ a fiatal nők egészségi állapotától. A gyermekkori hatások, a szocializáció meghatározó az egészséges magatartás kialakulásában, amelyben az anya példája, értékrendje, egészségmagatartása alapvető. A vizsgálati eredmények ezen túl azt is mutatják, hogy a férfiak egészsége még nagyobb mértékben függ partnerüktől, mint a nők egészségi állapota. A magányos férfiak súlyos egészségromlását számos vizsgálat mutatja, az utóbbi évtizedekben ez Magyarországon különösen fontos összetevője a férfi-halálozásnak, ugyanakkor a magányos nők egészségromlása kevésbé nyilvánvaló.

Mindezek alapján, ha a mai igen negatív egészségi és demográfiai tendenciákat meg szeretnénk változtatni Magyarországon, különösen nagy gondot kell fordítanunk annak megértésére, hogy milyen a mai fiatal nők egészségi állapota. A mai világban nőnek születni különleges kihívás, amelynek igen nehéz megfelelni. Ez magyarázza, hogy az alkalmazkodás, megbirkózás elégtelenségéből származó pszichés zavarok a nők között valamennyi civilizált országban lényegesen gyakoribbak, mint a férfiak között. Miközben a nők előtt új lehetőségek nyíltak meg arra, hogy a társadalomban szélesebb értelemben is hatást fejtsenek ki, a gyermekek világrahozatala és személyiségük korai formálása át nem hárítható női feladat.

A többszörös, sokszor egymásnak ellentmondó szerepelvárások egyensúlyának megteremtésében a nők igen gyakran magukra maradnak, saját magukat hibáztatják, ha nem tudnak megfelelni a társadalmi és belülről fakadó elvárásoknak.

A fiatal nők egészségi állapotát tehát csak úgy vizsgálhatjuk, ha az egészség fogalmát a legszélesebben értelmezzük, a testi-lelki-szociális egészséget értjük alatta. (A magyar egészség szó minden más nyelvnél találóbban fejezi ki az

egészség fogalom lényegét, amennyiben nem a betegség hiányát, hanem ezt a teljességet, ember-környezeti harmóniát sugallja.)

A serdülő és annál idősebb fiatal korosztály egészsége az egészségügy elhanyagolt területe, hiszen ebben a korosztályban a kimutatható, egyértelmű megbetegedések aránya viszonylag alacsony. Ugyanakkor mindazok az önkárosító magatartásformák, amelyek a mai, legnagyobb népegészségügyi jelentőségű megbetegedések legsúlyosabb kockázati tényezői, kamaszkorban alakulnak ki, mint a dohányzás, kóros alkoholfogyasztás, drogvisszaélés, mozgásszegény életmód, kóros táplálkozási szokások. Teljesen eredménytelenek azok a kampányok, amelyek csak a nyílt magatartás szintjén próbálnak változtatni ezeken az önkárosító magatartásformákon. Minden vizsgálat azt mutatja, hogy az emberek nagyon jól tudják, hogy a dohányzás káros az egészségre, mivel azonban a dohányzás valamilyen fontos motivációs szükségletet elégít ki, ez számukra fontosabb, mint az ismert kockázat következményeinek elkerülése. Ha tehát az önkárosító magatartásformák gyakoriságát csökkenteni szeretnénk, ezek motivációs hátterét kell feltárnunk, és ezen a szinten beavatkoznunk. Az észak-amerikai, nyugat-európai sikeres közösségi alapú megelőzési programok bizonyítják, hogy lehetséges az eredményes beavatkozás. Ennek feltétele azonban a pszichológiai, szociális veszélyeztetető tényezők feltárása.

Amikor tehát a fiatal nők egészségi állapotát vizsgáljuk, különösen nagy hangsúllyal kell szerepeljenek a lelki egészség jellemzői, mert hosszú távon a testi egészségnek is ezek a meghatározói. A WHO előrejelzései szerint a 2000 utáni évtized legfontosabb egészségügyi problémáivá fognak válni a lelki egészség zavarai. Míg ma a rokkanttá nyilvánítás legfontosabb okai a szív-érrendszeri megbetegedések, de második helyen már a pszichiátriai megbetegedések, depresszió, szorongás, alkohol- és drogproblémák szerepelnek, ez az arány a következő évtizedben meg fog fordulni, és a leggyakoribbá a pszichiátriai megbetegedések fognak válni. Még inkább így van ez a nők körében. Annak ellenére, hogy a nők tovább élnek, a szorongás, depresszió a nők körében lényegesen gyakoribb, mint a férfiaknál.

Összehasonlító vizsgálati eredmények

Országos reprezentatív felmérések segítségével vizsgáltuk a magyar népesség testi-lelki egészségi állapotát 1988-ban és 1995-ben. 1998-ban a 14–24 éves nők körében végeztünk reprezentatív felmérést nemzetközi pályázat keretében. Valamennyi felmérés életkor és terület szerint reprezentatív a fiatal nők korcsoportjaira. 1988-ban 2 920 személyt, 1995-ben 1 338 személyt, 1998-ban 3 615 személyt kérdeztünk meg a 14–24 éves korosztályból. A vizsgálatok részletes módszertanát a Mellékletben közöljük.

A fiatal nők legsúlyosabb egészségügyi problémája a depressziós tünetegyüttes. Korábbi vizsgálati eredményeink és nemzetközi adatok szerint is a depresszió igen súlyos független egészségi kockázati tényező, mind közvetlen hatása révén, mind az önkárosító magatartásformák előidézésén keresztül (Kopp–Skrabski–Szedmák, 1995:1019; Kopp–Szedmák–Lőke–Skrabski, 1997:136; Purebl, 1999).

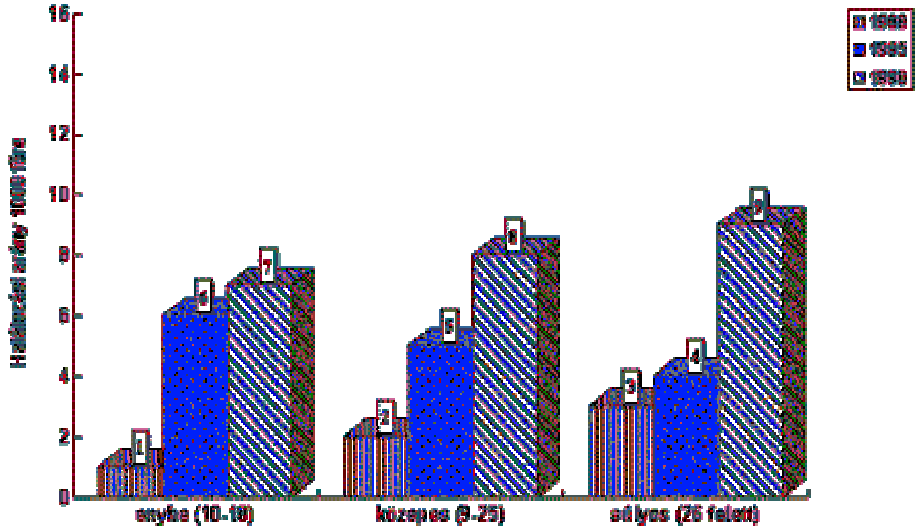
A depressziós tünetegyüttes gyakoriságát mindhárom felmérés során azonos módszerrel vizsgáltuk. A 10 feletti depresszió pontszám felel meg az enyhe depressziós tünetegyüttesnek, a 19–25 pontszám a középsúlyos és 26 pont feletti a súlyos depressziós állapotnak.

A depressziós tünetegyüttes gyakorisága 1988 óta jelentősen emelkedett a fiatal nők körében, annak ellenére, hogy más társadalmi csoportokban, pl. a dolgozó fiatal diplomás férfiak között csökkent a depresszió gyakorisága.

1998-ban a fiatal lányok 26%-nak vannak depressziós tünetei – 10 feletti pontérték –, ugyanez az arány 1995-ben 15%, 1988-ban 18% volt. A súlyos depressziós tünetegyüttes aránya szintén emelkedett, 1998-ban 2,3%, 1995-ben 1%, 1988-ban 1,2% volt. Az 1998-as magasabb arányok egy hányadát magyarázhatja, hogy ezt a felmérést november-decemberben végeztük, míg a másik kettőt tavasszal-nyáron, de ez a módszertani eltérés legfeljebb 2–3%-ot magyarázhat. Önmagában igen súlyos figyelmeztetető jel, hogy a fiatal nők mintegy negyede, akár az év bizonyos hányadában már munkaképesség csökkenéssel járó depressziós tünetekről, reménytelenség, kontrollvesztés élményéről számol be (*1. ábra*).

1. ábra

A depressziós tünetegyüttes gyakoriságának változása a 16–24 éves nők körében, 1988–1998



Külön-külön is megvizsgáltuk, hogy a depresszió mely tüneteiben következett be a legjelentősebb változás.

A depresszió tünetei közül a fiatal nők körében a leggyakoribb tünet az önvádlás, 1998-ban a nők 52%-a számolt be önvádlásról, ez a lelkiállapot mindhárom felmérésben igen gyakori volt (1988-ban 48%, 1995-ben 40%). Hasonlóan igen gyakori a nagyfokú fáradékonyság, 50%, ez az arány emelkedett a legnagyobb mértékben, 1988-ban 32,9%, 1995-ben 17,5% volt. A fokozott és nem egyértelmű szerepelvárások, a túlterheltség és elégtelenség érzés együttesen játszhatnak szerepet ezeknek a tüneteknek a kialakulásában.

Az elégedetlenség és közömbösség, ami a fiatalok, főleg a fiatal férfiak depressziójának egyik legfontosabb tünete, 1988-ban és 1998-ban majdnem azonos arányban volt jellemző a fiatal nőkre (31% és 33%).

Azt, hogy „Úgy látom, a jövőm reménytelen, és a helyzetem nem fog változni." 1988-ban 26% állította, 1995-ben 29%, 1998-ban 30%, tehát csaknem minden harmadik fiatal nő. Az Életcél kérdőív kérdései matematikailag szinte azonosnak tekinthetőek a depresszió-tünetekkel, olyan szoros közöttük a korreláció. Azt, hogy nincsenek életcéljai, 1988-ban 18%, 1995-ben 13%, 1998-ban 23% állította. Az unalom érzése a fiatalok között valamennyi önkárosító magatartásforma kipróbálásában fontos szerepet játszik, ez az érzés is jelentősen gyakoribbá vált, 1988-ban 34%, 1998-ban 44% mondta magáról, hogy általában unatkozik.

1988-hoz képest javult azoknak az aránya, akik megbízhatónak tartják magukat, 1988-ban 30%, 1998-ban 40% volt ez az arány, ez az állítás az önértékelés legfontosabb összetevője. Korábbi vizsgálataink szerint idős korban azok között, akik anyagilag igen rossz helyzetben vannak, az önértékelés, az, hogy saját magukat megbízhatónak tartják, az egészség megőrzésében meghatározó szerepet játszik.

A fiatal nők depressziós állapotának legfontosabb háttértényezői 1998-ban

A depressziós állapot legszorosabb kapcsolatban az ellenséges beállítottsággal van, azzal az állítással, hogy „Az emberek általában aljasak, önzőek, és csak ki akarják használni a másikat". Ugyanennek a változónak az alacsony értéke az ún. társadalmi tőke legfontosabb változója nemzetközi vizsgálatok szerint (Skrabski–Kopp, 1999). A fiatal nők depressziójának hátterében tehát a legfontosabb a bizalom hiánya, az az életérzés, hogy nehéz élethelyzetben nem segítségre, hanem ellenségességre számíthatnak csak. A megelőzés szempontjából tehát elsősorban az ellenségesség csökkentésére kellene törekedni, elsősorban az oktatási intézményekben.

Az ún. diszfunkcionális attitűdök közül kettő mutat igen szoros kapcsolatot a fiatal nők depressziójával, a perfekcionizmus és a fokozott teljesítményigény. Ezek az attitűdök igen fontos hajtóerői a társadalomnak, azonban ha az egyén úgy érzi, hogy nem képes megfelelni a sajátmagával szemben támasztott fokozott elvárásoknak, állandóan elégtelennek, értéktelennek érzi, vádolja sajátmagát. Szignifikáns szerepe van a külső elismerés igényének és a fokozott szeretetigénynek is.

A megbirkózási, „coping"-stratégiák közül a depresszióval szoros kapcsolatban áll az evés-ivás nehéz élethelyzetben, tehát a depressziósok közül szignifikánsan többen állítják, hogy nehéz élethelyzetben evéssel, ivással, dohányzással próbálják helyreállítani lelki egyensúlyukat. Ez a nem adaptív megbirkózási stratégia valamennyi önkárosító magatartásforma legfontosabb kockázati tényezője, a depresszió ezen a stratégián keresztül vezet mind a dohányzás, mind a kóros alkoholfogyasztás, drogvisszaélés gyakoribbá válásához. Ha valaki tanult reakcióként depressziós lelkiállapotát ezekkel a pótcselekvésekkel próbálja helyreállítani, ez a tanult válaszkészség fennmarad, megerősítést nyer. A nem dohányzók depresszió-pontszámának átlaga 6,8, a dohányzóké szignifikánsan magasabb, 8,2.

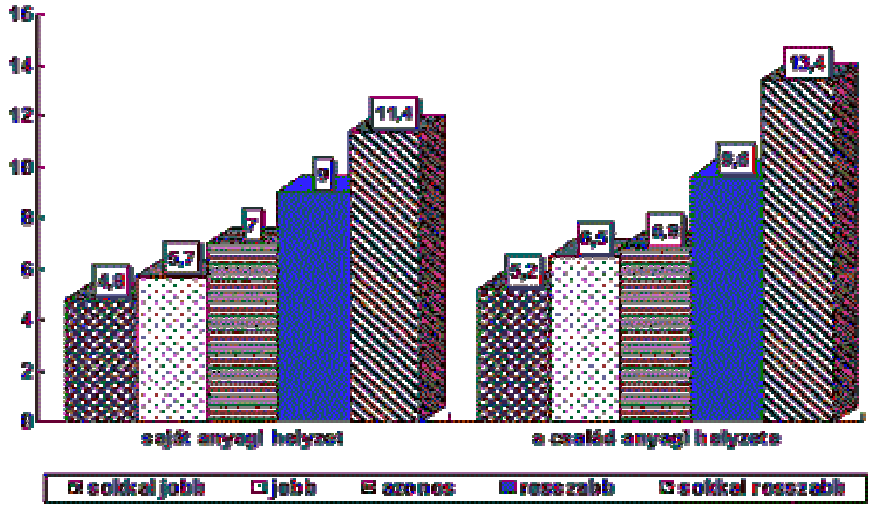
A viszonylagos lemaradás szerepe

A depressziós tünetegyüttes a fenti pszichológiai tényezőkön túl jelentős mértékben függ a viszonylagos anyagi lemaradástól. Korábbi vizsgálatainkban bizonyítottuk, hogy a viszonylagos lemaradás elsősorban a depressziós tünetegyüttesen keresztül vezet egészségromláshoz – tehát ha valakinek nincs autója, és ezzel kapcsolatban nem depressziós, akkor nem betegebb. Ha valakinek nincs autója, és ezzel kapcsolatban depressziós, úgy érzi, hogy kisebb értékű másoknál, akkor betegebb is (Kopp–Skrabski–Szedmák, 1995, 1998; Kopp–Falger–Appels–Szedmák, 1998).

A fiatal nők között a depressziós tünetegyüttes rendkívül szoros kapcsolatban van azzal, hogy saját, illetve családjuk helyzetét másokhoz képest milyennek ítélik (*2. ábra*).

2. ábra

A depresszió-pontszám átlagértéke a saját és a család relatív anyagi helyzete szerint*



Azoknak, akik saját helyzetüket másokhoz képest sokkal rosszabbnak ítélik, átlagos depresszió-pontértéke is jelentősen meghaladja a depressziós határértéket, saját helyzet esetében 11,4, a család esetében 13,4.

A fiatal nők 31%-a érzi úgy, hogy azért, mert nők, hátrányos helyzetben voltak életükben egyszer-kétszer, depresszió-pontszámuk 8,6. Csak 2% érzi úgy, hogy többször is hátrányos helyzetbe került, depresszió-pontszámuk 9,3. 68% nem érzi úgy, hogy nő volta miatt hátrányos helyzetben van – ez egyébként igen jó arány – az ő depresszió-pontszámuk 6,4.

Manapság igen nagy irodalma van annak, hogy a bántalmazás a családban hogyan befolyásolja az egészségi állapotot. 8% mondta, hogy egyszer fordult elő, hogy apja bántalmazta édesanyját, az ő depresszió-átlaguk 8,2; 10%-nál fordult elő bántalmazás többször is, depresszió-pontszámuk 9,6. A házastárssal élő fiatal nők depresszió-pontszáma alacsonyabb, 6,8, míg a nem házastárssal élőké 8,2.

A 14–24 éves fiatal nők között rendkívül gyakori a szülők halála, illetve válása. A szülők válásáról 21% számolt be, az apa haláláról 8%, az anya haláláról 3%. A depresszió-pontszám átlaga magasabb azok között, akiknek az édesanyja meghalt, 9,1, míg akiknek él az édesanyja, 7,1. A szülők válása, illetve elvesztése számos további testi-lelki egészségi, magatartási zavar forrása (Hajnal, 1999).

A szülők válása esetében lényegesen gyakoribb volt a bántalmazás a családban, ami nyilván a váláshoz vezető konfliktusok jele, érdekes jelenség azonban, hogy az elvált szülők lányai között is gyakoribb, hogy partnerük

bántalmazza őket. Ez az összefüggés arra az ismert jelenségre utal, hogy akinek nincsenek megfelelő szocializációs mintái, nagy valószínűséggel szintén hasonló kóros párválasztási, viselkedési mintákat követ, mint amit a szüleitől látott. Ezek a magatartásminták, kóros „játszmák" megváltoztathatóak, igen fontos volna külön foglalkozni az elvált szülők gyermekeivel, hiszen így az önrontó körök továbbadása megelőzhető volna.

Valamennyi önkárosító magatartásforma gyakoribb az elvált szülők gyermekei között, a dohányzók aránya lényegesen magasabb, ezen túl az abortuszok magasabb száma, a korai szexuális kapcsolatkezdés, az öngyilkossági gondolatok és a kóros alkoholfogyasztás is gyakoribb közöttük. Kevésbé érzik úgy, hogy számíthatnak szüleikre nehéz élethelyzetben, ez pedig valamennyi önkárosító magatartásforma meghatározó háttértényezője.

Az egészségi problémák közül az elvált szülők gyermekei között gyakoribbak az allergiás tünetek.

A fiatal nők szüleinek, különösen az apának a halála a mai magyar halálozási arányok megdöbbentő tükröződése: a kérdezettek 8%-a válaszolta azt, hogy édesapja meghalt. A meghalt apák iskolai végzettsége szignifikánsan alacsonyabb, ami megfelel annak az ismert jelenségnek, hogy a halálozási arányok a lemaradó rétegekben a legmagasabbak.

Megdöbbentő képet mutat a halálokok elemzése. A meghalt apák 29%-a, tehát közel egyharmada alkohol, öngyilkosság illetve baleset miatt halt meg, pontosan 12% baleset, 9% alkohol, 8% öngyilkosság miatt. Jól ismert jelenség az öngyilkossági minták továbbadása, de a szülő öngyilkossága esetén a depresszió, céltalanság, ellenséges beállítottság sokkal gyakoribbá válik. Az apák 41%-a szív-érbetegség, 25%-a daganatos betegség miatt halt meg.

Az anyák közül lényegesen kevesebben haltak meg, de az ő esetükben is az apákhoz hasonlóan a halálokok elemzése azt mutatja, hogy 9% halt meg öngyilkosság miatt, 10% balesetben. Az anyák halálokai között első helyen, 42%-ban daganatos, 34%-ban szív-érrendszeri ok szerepel.

Az apa halála gyakoribb dohányzással, rosszabb anyagi helyzettel és kisebb fokú perfekcionizmus-attitűddel jár együtt. Valószínűleg az anya nagyobbfokú odafordulása magyarázhatja, hogy ők úgy érzik, nagyobb mértékben számíthatnak szüleikre, nyilván anyjukra. Érdekes módon azoknak, akiknek az apja meghalt, szignifikánsan több gyermekük van, ez azonban valószínűleg azt tükrözi, hogy a lemaradó rétegekben több a gyermek. A kívánt gyermekszám nem függ össze az apa halálával.

Azok közül, akiknek az édesanyja meghalt, sokkal többen élnek élettársi kapcsolatban, és szignifikánsan több gyermeket szeretnének, ami a frusztrált szeretetigény kifejeződése. A dohányzás közöttük is gyakoribb az átlagnál. A depresszió fiatal nők közti legfontosabb tünete, az önvádlás, körükben sokkal gyakoribb, 64%. Öngyilkosságot 14%-uk kísérelt meg, tehát lényegesen többen,

mint akiknek az édesanyja él. Egészségi állapotuk lényegesen rosszabb, 27%-uk volt az elmúlt évben 1 hónapnál tovább beteg. Sem az apa halála, sem a szülők válása esetében nem nő a tartósan betegek aránya, tehát a fizikális egészségromlás szempontjából az anya halála tűnik a legfontosabb háttértényezőnek.

Az egészségi állapot önbecslése és orvoshoz fordulás

Az egészségi állapot önbecslése rendkívül szoros kapcsolatot mutat a depressziós tünetegyüttessel, természetesen a kapcsolat kétoldalú, hiszen egy krónikus betegség fokozza a reménytelenség érzését (*1. és 2. táblázat*).

1. táblázat

Saját egészségi állapot megítélése és a depresszió-pontszám alakulása a 14–24 éves nők körében

	%	BDI pontszám
Nagyon rossznak ítéli	0,5	12,9
Elég rossznak	3,6	13,2
Közepesnek	26,9	9,5
Elég jónak	56,7	6,4
Nagyon jónak	12,4	4,6
Összesen (N)	100,0 (3602)	

2. táblázat

Saját egészségi állapot megítélése és a depresszió-pontszám alakulása a 20 év feletti nők körében

	%	BDI pontszám
Nagyon rossznak ítéli	0,7	10,9
Elég rossznak	4,0	12,6
Közepesnek	29,0	9,2
Elég jónak	55,2	6,0
Nagyon jónak	11,1	3,9
Összesn (N)	100,0 (1624)	

Az elmúlt évben 1 hónapnál volt tovább beteg a fiatal nők 20%-a, depresszió-pontszám átlaguk 9,0, akik nem voltak hosszan betegek, azoknál 6,8. Kórházban volt az elmúlt évben 19%.

Orvoshoz a fiatal nők viszonylag gyakran fordulnak, egyes vélemények szerint ennek is szerepe van abban, hogy korábban ismerik fel betegségeiket és időben kezelik őket (*3. táblázat*).

3. táblázat

Az elmúlt évben orvosi rendelésen részt vett nők aránya a látogatás gyakorisága szerint (%)

Nem volt orvosnál	9,6
Egyszer-kétszer volt	44,1
3–5 alkalommal volt	23,8
6–10 alkalommal volt	7,9
Többször is volt	10,6
Nem válaszolt	4,0
Összesen	100,0

Az egészségi problémák közül a leggyakoribb panasz a fáradékonyság, 64% panaszkodik róla, ez egyébként a depressziós lelkiállapot kísérőjelensége. A fáradékonysággal kapcsolatban igen kevés figyelem irányul az alvászavarok elemzésére, amelyek a fiatal nők között rendkívül gyakoriak (Novák, 1999). A gyakori fejfájás szintén igen gyakori, 47% (Berghammer, 1999). Ízületi fájdalmakról 26% panaszkodik. A menstruációval kapcsolatos panaszok is igen gyakoriak, erős menstruációs görcsökről panaszkodik 35%.

Az allergiás tünetek gyakoribbak a tanuló lányok között (47%), mint azok között, akik nem tanulnak (42%), ez az a tünet, amely ellentétben a többivel, gyakoribb a magasabb végzettségű, jobb anyagi helyzetű rétegekben (Stauder–Kovács, 1999).

A roma fiatal nők egészségi állapota saját minősítésük szerint nem sokkal rosszabb a nem romáknál. Ritkábbak közöttük a menstruációs panaszok, gyakoribb a fogfájás. 73%-nak van hiányzó foga, ez egyébként a nem romák közt is igen gyakori, 68%. Ugyanakkor az önkárosító magatartásformák, pl. a dohányzás 10%-kal gyakoribb közöttük. A depressziós tünetegyüttes lényegesen gyakoribb a roma nők között, a depresszió-átlagértéke közöttük 12,2, a depresszió határ feletti. A későbbi súlyos egészségromlás eredetét tehát itt kereshetjük. Ugyanakkor az azonos végzettségű roma és nem roma fiatal lányok között nincs különbség a depresszió-pontszámok tekintetében. A roma fiatalok között tehát elsősorban a tényleges társadalmi-gazdasági lemaradással, és nem a csoporthoz tartozással függ össze a rosszabb egészségi állapot (Ürmös–Gyukits, 1999).

Önkárosító magatartásformák

A fiatal nők között valamennyi vizsgálat szerint különösen gyakoriak az öngyilkossági kísérletek. A jelenlegi vizsgálat szerint a 14–24 éves fiatal nők 5%-a válaszolta azt, hogy élete során volt már öngyilkossági kísérlete.

A logisztikus regresszióelemzés szerint az öngyilkossági kísérlet legszorosabb kapcsolatban azzal a kóros megbirkózási stratégiával van, hogy nehéz helyzetben nyugtatók vagy más szerek szedésével próbálkozik. Az öngyilkossági kísérletek a fiatal lányok között elsősorban a szorongással és a depresszió tünetei közül az önvádlással vannak szoros kapcsolatban. Az öngyilkossági magatartással szemben védőfaktornak tűnik a kölcsönösség attitűdje, az a beállítottság, hogy ha valakinek jót teszek, elvárhatom, hogy viszonozza. A kölcsönösség az ún. társadalmi tőke fontos összetevője. Skrabski Árpád vizsgálatai szerint a magyar népesség körében a megyénkénti női halálozási arányok és a megyére jellemző kölcsönösség mértéke között igen szignifikáns negatív összefüggés van (Skrabski–Kopp, 1999).

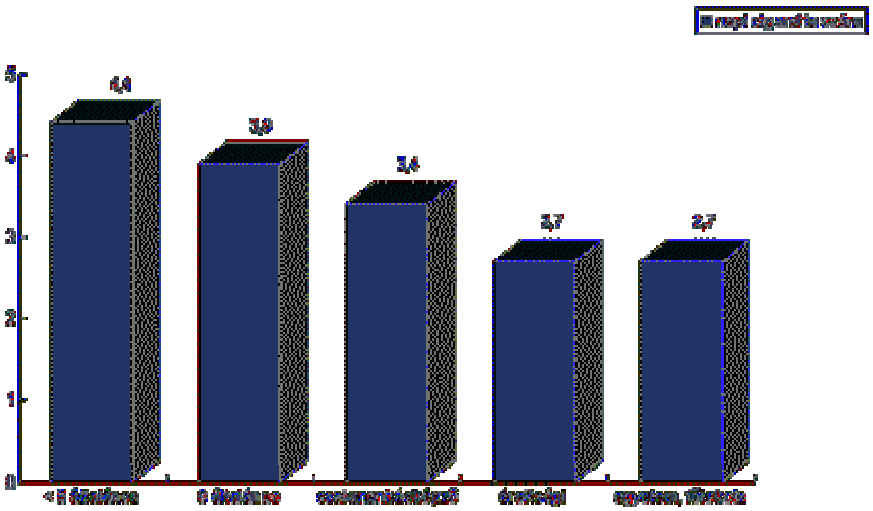
A szociális háttértényezők közül sorrendben az öngyilkossági kísérletek legszorosabb kapcsolatban az anya halálával vannak, ezen belül különösképpen az anya öngyilkosságával. Szignifikánsan összefüggnek a hosszan tartó – egy hónapnál hosszabb – megbetegedésekkel, valamint azzal, ha a családban az apa bántalmazta az anyát.

Tanulók között az öngyilkossági kísérletek szoros kapcsolatban állnak azzal, hogy mennyire elégedettek az iskolájukkal. A fiatal nők között az öngyilkossági gondolatok sokkal gyakoribbak azok között, akik túlsúlyosnak tartják magukat, és azok között, akik testi bántalmazást éltek át (Szűcs, 1999). A különböző önkárosító magatartásformák összefüggésére mutat, hogy a dohányzás és az öngyilkossági kísérletek között igen szoros a kapcsolat. A 14–24 éves nők 31%-a dohányzik, az átlagos napi cigarettaszám 3,2.

Az a nem adaptív megbirkózási stratégia, hogy nehéz élethelyzetben evéssel, ivással, dohányzással vezeti le a feszültséget, azért lényeges, mert elsősorban ennek a kialakulását kellene megelőzni. A dohányzás az egészségi állapot önbecslésével fordítottan arányos, akik rosszabbnak érzik egészségi állapotukat, valószínűleg inkább veszik komolyan a dohányzás egészségkárosító következményeit. Igen fontos még, hogy a baráti kapcsolatok szorossága, a kortárs csoport nyomása meghatározó eleme a dohányzás és más önkárosító magatartásformák kialakulásának, a dohányzók inkább érzik úgy, hogy számíthatnak barátaikra. A fiatal nők ivási szokásaira elsősorban a hétvégi nagyfokú tömény fogyasztás jellemző (Csoboth, 1999).

3. ábra

Naponta elszívott cigarettaszáma kérdezett anyjának l
egmagasabb iskolai végzettsége szerint*



A legfontosabb védőfaktor az eddig felsoroltakon túl az anya végzettsége (3. ábra).

Az alacsony végzettségű anyák gyermekei többet dohányoznak, több tömény alkoholt isznak.

A fiatal nők között az egyik központi kérdés a saját testhez, külső kinézethez való viszonyulás Rendkívül gyakori közöttük az, hogy saját magukat túlsúlyosnak tartják, abban az esetben is, ha testsúlyuk normális. Ez a beállítottság az ún. evészavarok kialakulásában fontos tényező. A fiatal nők 53%-a diétázik testsúlycsökkentés céljából, 85%-a végez testedzést ugyanezért, ez fontos egészségvédő tényező. Ugyanakkor 3% alkalmaz önhánytatást, 4% szed hashajtókat súlycsökkentés céljából, ez az evészavarok gyakoriságára utal (Szumszka I, 1999).

Szexuális egészség, nem kívánt terhesség

A 14-24 éves fiatal nők közül 31%-nak nem volt még szexuális kapcsolata, 16%-nak volt, de a vizsgálat idején nincs állandó partnere, 52%-nak állandó partnere van és csak 1% válaszolta azt, hogy váltogatja szexuális partnereit.

4. táblázat

Az első szexuális kapcsolat megoszlása a kérdezett kora szerint azok körében, akiknek már volt szexuális kapcsolata (%)

14 évesen	5,5
15 évesen	13,6
16 évesen	25,3
17 évesen	24,3
18 évesen	16,9
19 évesen	7,0
20 évesen vagy később	5,7

Úgy tűnik tehát, hogy az első szexuális kapcsolat a legtöbb esetben 16–17 éves korban alakul ki, átlagosan 16,3 évesen. A 20–24 éves korcsoportban 6% válaszolta azt, hogy nem volt még szexuális kapcsolata, 16%, hogy volt, de jelenleg nincs partnere, 76%-nak van állandó partnere, és 2% mondta, hogy váltogatja a partnereit. A fiatal nők 80%-a védekezik a nem kívánt terhesség ellen (Fojtyik, 1999).

A 14-24 éves mintában 6% válaszolta azt, hogy volt már abortusza, a tanulók között lényegesen ritkábban (2%), mint a nem tanulók között (12%).

Lényegesen több abortusza volt azoknak, akik élettársi kapcsolatban élnek, közülük minden ötödik válaszolta azt, hogy volt már abortusza, a házasságban élők közül pedig minden tizedik. Az abortusz igen érdekes módon összefügg a kívánt gyermekek számával, ami arra mutat, hogy sok esetben a nők szeretnék megtartani a gyermeket, ezért nem védekeznek, és a későbbi körülmények kényszerítik őket az abortuszra. Átlagosan 2,14 gyermeket szeretnének azok, akiknek volt abortuszuk, és 2,08-at azok, akiknek nem volt.

A saját anyagi helyzet becslése és az abortuszok között szoros a kapcsolat, akiknek saját megítélésük szerint igen rossz vagy rossz az anyagi helyzete, 10,7%, illetve 10%-ban, akiknek igen jó vagy jó az anyagi helyzete, 1,6, illetve 3,0%-ban volt abortuszuk, tehát ez utóbbiak körében a védekezés más formái sokkal gyakoribbak.

A kóros magatartásminták közül az abortusz igen szoros kapcsolatot mutat a dohányzással és a naponta elszívott cigaretták számával. Azok közül, akiknek volt abortusza, 51% dohányzik, naponta átlagosan 6,8 szál cigarettát szívnak el, akinek nem volt abortusza, 31%-ban dohányoznak és 2,9 cigarettát szívnak el átlagosan naponta. Ennek hátterében az a kóros megbirkózási stratégia állhat, hogy az abortuszon átesettek között sokkal gyakoribb az az állítás, hogy nehéz élethelyzetben evéssel, ivással, dohányzással vezetik le a feszültséget. Természetesen itt nem ok-okozati kapcsolatot kell keresni, hanem közös pszichológiai, szociális háttértényezőket.

A pszichológiai, szociális háttértényezők közül az abortusz előfordulása összefügg a szülők válásával, azok közül, akinek a szülei elváltak, 11%-nak volt abortusza. Ha a családban többször is előfordult, hogy az apa bántalmazta az anyát, az abortuszon átesettek aránya 13%. Akik úgy érzik, hogy azért, mert nők, többször is hátrányos helyzetben voltak, 14%-ban, akik egyszer érezték így, 8%-ban éltek át abortuszt.

Az anya iskolai végzettsége és az abortuszok gyakorisága között fordított kapcsolat van, minél magasabb az anya végzettsége, annál alacsonyabb az abortuszok aránya, a nyolc általánost vagy kevesebbet végzett anyák lányainak 7%-a, az egyetemet vagy főiskolát végzett anyák lányainak 5%-a élt át abortuszt.

A 20–24 éves korcsoportban állandó partnerrel rendelkezők közül, 14% esett át művi vetélésen.

Azok között, akiknek volt abortusza, szignifikánsan gyakoribb a szorongás. Az öngyilkossági kísérletek gyakorisága rendkívül magas az abortuszt átélt nők csoportjában, 11,5% mondta azt, hogy megkísérelt már öngyilkosságot.

Gyermekvállalás

A gyermekvállalási kedv minden társadalomban a jövő vállalásának, a hosszú távú tervezés lelkiállapotának, azaz a társadalmi beállítottságnak a jele.

A fiataloknál kétféle motiváció, a családalapítási, gyermekvállalási vágy és a függetlenség vágya könnyen átbillenhet az utóbbi felé, ha igen nagy nehézségekkel kell szembenézniük. Ez az átbillenés már megtörtént Magyarországon, az utóbbi négy év legdrámaibb változása a házasodási kedv csökkenése, egy ilyen negatív tendenciát már nehezebb visszafordítani. Mindent meg kell tenni azért, hogy fiatalok ne kerüljenek szembe elviselhetetlen lakás, megélhetési nehézségekkel, ha megházasodnak és gyermeket szeretnének. Igen sok válás oka az, hogy a lakásért hajszolt életmód éppen addigra emészti fel a kapcsolatot, amikor már sikerült megszerezni. Át kell segíteni a fiatalokat ezeken a nehézségeken, különben felőrlődnek, vagy meg sem kísérlik.

A magyar társadalom európai összehasonlításban az egyik leginkább családbarát, gyermekbarát társadalom, a gyermek fontosságának megítélése rendkívül pozitív. Tóth Olga nemzetközi összehasonlító elemzése szerint (Tóth, 1998: 80–93) a bolgárok után a magyarok tartják leginkább igaznak azt az állítást, hogy a házas emberek általában boldogabbak, mint a nem házasok. Ebben a tekintetben Lengyelország is utánunk következik, de gyakorlatilag valamennyi környező és nyugat-európai ország, az Egyesült Államok is. A nem házasokat boldogabbnak ítélik és a svédek, norvégok, és a hollandok.

Valamennyi vizsgált ország közül a magyarok tartják a leginkább igaznak azt az állítást, hogy „Üres az élete azoknak, akiknek soha nem volt gyermekük.” Ennek

az állításnak a fordítottját tartják igaznak az Egyesült Államokban, Svédországban, Angliában és Hollandiában, ha a felmérések országos átlagát nézzük. A házasság és a gyermek megítélésének pozitivitása igen fontos tartaléka a magyar társadalomnak.

1995-ös felmérésünk eredményei szerint a 20–50 éves népesség körében a többváltozós elemzés változói közül a gyermekszám legszorosabb kapcsolatban azzal áll, hogy nehéz élethelyzetben számíthatnak házastársukra. Ez a megállapítás látszólag nyilvánvaló, azonban azt mutatja, hogy a tartós házastársi bizalom, a hosszú távú kapcsolat szubjektív megélése a gyermek vállalásának legfontosabb alapja.

Igen érdekes, hogy míg – elsősorban a férfiak között – a depressziós tünetegyüttes fordított kapcsolatban van a gyermekszámmal, valamennyi alcsoportban a gyermekszámmal együtt emelkedik az ún. vitális kimerültség átlagértéke. Ez a mutató azt jelzi, hogy a mai magyar társadalomban, legalábbis statisztikailag, a gyermekvállalás krónikus stresszállapotot, folyamatos fizikai túlterheltséget jelent. Ez a teljesen méltánytalan állapot egészségügyi, pszichológiai oldalról bizonyítja mindazt, amit a demográfiai, szociológiai vizsgálatok régóta jeleznek, hogy a mai magyar társadalomban a gyermekvállalás aránytalan túlterheltséggel jár. A társadalomnak alapvető kötelessége, saját túlélése, pl. a nyugdíjkrízis megoldása szempontjából is, a gyermeket vállaló szülők fizikai túlterheltségének egy részét, jelentős hányadát átvállalni. Hiszen nem elfogadható az az állapot, hogy a társadalmi beállítottságuk, a jövőért felelősséget vállalásuk miatt a gyermeket vállaló szülők aránytalanul túlterhelt állapotban éljenek.

A 20–50 éves nem érettségizett férfiak között a gyermekszám az ún. autonómia-attitűddel van pozitív kapcsolatban, azzal a beállítottsággal, hogy nem véletlentől, szerencsétől, hanem saját aktív hozzáállásunktól függ elsősorban, hogy mi történik velünk. Az autonómia attitűd erősítése igen fontos feladat volna, a mai magyar társadalomban a fatalista beállítottság a manipulálhatóság egyik legfontosabb háttértényezője.

A 20–50 éves nem érettségizett nők között a gyermekvállalás és a településnagyság fordított kapcsolatban van egymással, minél kisebb településen élnek, az alacsony iskolázottságú nők annál több gyermeket hoztak világra. Ugyanez az összefüggés az érettségivel rendelkező nők esetében már nem áll fenn.

A nem érettségizett nők kompetencia-élménye, az, hogy saját magukat mennyire tartják eredményesnek, szoros kapcsolatban áll a gyermekek számával. Tehát az alacsony végzettségű, főleg a kis településen élő nők között a gyermek ma is az eredményesség, a kompetencia fontos jellemzője. Ezt az érzést, beállítottságot fontos volna tovább erősíteni, különösen a magasabb végzettségi csoportokban. Egy fiatal szobrász megfogalmazása szerint a gyermek világrahozatala „bioszobrászat". Miközben a műalkotások létrehozását igen nagy elismerés övezi, érthetetlen, miért nem ismerjük el eléggé a legtökéletesebb műremek, az új ember

megalkotását. A gyermek világrahozatala természetesen csak az első lépés, a „műalkotás" a nevelés eredményeként, hosszú, fáradtságos folyamat során alakul ki.

Az érettségivel rendelkező férfiak között a gyermekszám a legszorosabb kapcsolatban a depressziós tünetegyüttes hiányával, azaz az életcélok meglétével van. Érdekes módon, ebben a rétegben a gyermekszám fordított arányban áll a külső elismerés igénye beállítottsággal. Ebben a rétegben tehát megállapítható, hogy a gyermek vállalása tudatos döntés eredménye, amely szembefordul azzal az elvárással, hogy egy magasabb végzettségű férfi számára legfontosabb a karrier, a külső sikerek elérése.

A társadalmi beállítottság változói közül az érettségizett nők között a kölcsönösség, az a beállítottság, hogy ha valakivel jót teszek, elvárhatom, hogy viszonozzák és a fokozott szeretetigény állnak szoros kapcsolatban a gyermekszámmal.

Ha a jövőért felelősséget vállaló, tehát a gyermekeket és felelős felnevelésüket vállaló attitűdöt erősíteni kívánjuk a társadalomban, ezt nem elsősorban a gyermekvállalási kedv direkt propagálásával érhetjük el, hanem a társadalmi beállítottság erősítésével. Fontos azonban tudni, hogy a társadalmi beállítottság mely jellemzői mely társadalmi rétegekben valódi motiváló tényezők.

Természetesen alapvetők mindazok a szociális, gazdasági intézkedések is, amelyek a gyermekvállalás terheit megosztják a társadalomban, hiszen minden vizsgálat eredményei szerint a gyermekvállalás a viszonylagos, illetve az abszolút szegénység vállalását jelenti a mai magyar társadalomban.

5. táblázat

A kívánt gyermekszám a 14–24 éves fiatal nők körében, 1998 (%)

Nem szeretnének gyermeket	2,4
1 gyereket szeretne	14,9
2 gyereket szeretne	60,7
3 gyereket szeretne	17,6
Több gyereket szeretne	4,5
Összesen	100,0

Az átlagos kívánt gyermekszám tehát 2 és 3 között van. Ezzel szemben a tényleges gyermekszám lényegesen alacsonyabb, különösen a tanulók között.

A fiatal nők igen jelentős csoportja az, aki szeretne gyermeket, de nincs megfelelő partnere. Míg évszázadokon át a fiatalok ismerkedésének megvoltak az elfogadott formái, ma ez esetlegessé vált. A társadalmi szervezeteknek, egyházaknak fontos feladata lenne, hogy lehetőséget teremtsenek a családalapításra vágyó fiatal lányok és férfiak megismerkedésének kultúrált formáira. Vizsgálatunkból úgy tűnik, hogy akik 18 éves koruk előtt nem találtak partnert, különösen a tanulók, utána igen nehezen tudnak kialakítani megfelelő kapcsolatokat.

Az állandó partnerrel élő fiatal nők 24%-ának van gyermeke. Az alacsony iskolai végzettségű csoportokban a nők felének van gyermeke, a felsőfokú végzettségűek csak egyötödének (Szántó-Susánszky, 1999).

A gyermekvállalás természetesen leginkább a házasság eredménye, azok közül, akik házastárssal élnek, csak 9%-nak nincs gyermeke, 72%-nak egy, 15%-nak két, 5%-nak három gyermeke van. Az élettársi kapcsolatokban sokkal több az abortusz és lényegesen kevesebb a gyerek, mint amit a nők szeretnének. Azok közül, akik élettárssal élnek 40%-nak nincs gyermeke, 47%-nak egy gyermeke, 13,%-nak két vagy több gyermeke van. Az élettársi kapcsolatokban a nők sokkal kiszolgáltatottabbak, tehát a társadalom és a nők egészsége szempontjából a házasság, a kapcsolat társadalmi elismerése igen jelentős tényező.

A tanuló lányoknak kevesebb gyermeke van, mint a nem tanulóknak, pedig a következő generáció egészségmagatartása szempontjából is kívánatos volna, hogy a magasabb iskolázottságú nőknek is szülessenek gyermekei. Paradox módon, a tanuló nők több gyermeket szeretnének, mint a nem tanulók. A gyermekszám és a kívánt gyermekszám között természetesen szoros a kapcsolat. A család rossz anyagi helyzete jelentős negatív tényező, de ezt úgy is fogalmazhatjuk, hogy azoknak, akiknek nincs gyermekük, sokkal jobb az anyagi helyzetük és inkább van gépkocsijuk.

A gyermekvállalás az 1998-as felmérés szerint is szoros pozitív kapcsolatot mutat a kimerültséggel, a gyermeket vállaló fiatal nők terhelése rendkívül nagy. Az altruizmus-attitűd pozitív kapcsolatot mutat a gyermekvállalással, de ezzel nem lehet visszaélni a végtelenségig. Az érzelmi támogatás, az a meggyőződés, hogy nehéz helyzetben számíthatunk szülőre, barátra, pozitív kapcsolatban van a gyermekvállalással. Az 1988-as és 1995-ös felmérések között a legjelentősebb változás az volt, hogy nagyon lecsökkent az ún. társas támogatás érzése, ami pedig a gyermekvállalás fontos háttértényezője. Szintén pozitív hatású a jobb egészségi állapot.

Mindezekből az következik, hogy a fiatal nők testi-lelki egészsége igen szorosan összefügg a gyermekvállalással. A gyermekvállalás az egészséges női fejlődés fontos fázisa, önmagában is jelentős egészségi mutató. A mai rendkívül rossz népesedési helyzet nem azzal függ össze, hogy a fiatal nők nem szeretnének gyermeket, sokkal inkább kiszolgáltatott helyzetükkel a partnerkapcsolatokban, valamint saját reménytelen lelkiállapotukkal.

Igen fontos volna erősíteni a fiatal nők megbirkózási készségeit, önértékelését. Tudatosítani a társadalomban, hogy a gyermek világrahozatala és egészséges nevelése rendkívül értékes teljesítmény. Ha értékeljük a művészek alkotásait, mennyivel inkább el kellene ismernünk az ember, a teljes személyiség megalkotását és formálását, amelyre csak a fiatal generáció képes.

Irodalom

Berghammer R., 1999: A gyakori fejfájások előfordulása és összefüggései pszichoszociális tényezőkkel fiatal nők körében. Jobb Egészséget a nőknek (kutatási jelentés).

Csoboth Cs., 1999: Egészségkárosító magatartásminták. Jobb Egészséget a nőknek (kutatási jelentés).

Fojtyik I., 1999: Fiatal nők szexuális életének egyes dimenziói: fogamzásgátlás, gyermekvállalás, terhességmegszakítás. Jobb Egészséget a nőknek (kutatási jelentés).

Hajnal Á., 1999: A szülők válása, halála. Jobb Egészséget a nőknek (kutatási jelentés).

Kopp M.–Skrabski Á., 1992: Magyar lelkiállapot. Végeken, Budapest, 1–301. l.

Kopp M.–Skrabski Á.–Szedmák S., 1995: Socioeconomic factors, severity of depressive symptomatoliogy and sickness absence rate in the Hungarian population, J. Psychosom. Res. 39, 8, 1019–1029. l.

Kopp M.–Skrabski Á., 1995: Alkalmazott magatartástudomány, A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái. Végeken, Budapest.

Kopp M.–Szedmák S.–Lőke J.– Skrabski, Á., 1997: A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. Lege Artis Med. 7(3), 136–144. l.

Kopp M.–Skrabski Á.–Szedmák S., 1997: Országos reprezentativ morbiditási felmérés eredményei és a morbiditási mutatók legfontosabb háttértényezői. Végeken, 8,2–3, 4–16. l.

Kopp M.–Szedmák S., 1997: Az öngyilkossági magatartás pszichoszociális háttértényezői a magyar lakosság körében. Végeken, 8,4, 4–16. l.

Kopp M.–Skrabski Á.–Szedmák S., 1998: A szociális kohézió jelentősége a magyarországi morbiditás és mortalitás alakulásában (In: Magyarország az ezredfordulón. Szerk: Glatz F.). MTA Stratégiai Kutatások, Népegészség, orvos, társadalom, Budapest, 15–37. l.

Kopp M.–Szedmák S.–Skrabski Á., 1998a: Socioeconomic differences and psychosocial aspects of stress in a changing society. In: Stress of Life from Molecules to Man. Ed: P.Csermely. Ann. New York Acad. Sci.,Vol. 851, 538–543. l.

Kopp M.–Falger P.–Appels A.–Szedmák S., 1998b: Depression and Vital Exhaustion are differentially related to behavioural risk factors for coronary heart disease, Psychosom. Med. 60, 752–758. l.

Kopp M.–Skrabski Á.–Szedmák S., megjelenés alatt: Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society, Soc. Sci. Med.

Nagy E., 1999: Korai szocializáció és egészségi állapot. Jobb Egészséget a nőknek (kutatási jelentés).

Novák M.–Purebl Gy.–Csoboth Cs.–Szedmák S., 1999: Alvásminták és alvászavarok serdülő és fiatal nők között. Jobb Egészséget a nőknek (kutatási jelentés).

Purebl Gy., 1999: Fiatal nők depressziója és ennek háttértényezői. Jobb Egészséget a nőknek (kutatási jelentés).

Skrabski Á.-Kopp M., 1999: Társadalmi beállítottság, társadalmi tőke. Századvég, 12, 128–146. l.

Stauder A.-Kovács M., 1999: Allergiás betegségek a 14–24 éves nők között. Jobb Egészséget a nőknek (kutatási jelentés).

Szumska I., 1999: Az evési zavarok szempontjából fontos összefüggések. Jobb Egészséget a nőknek (kutatási jelentés).

Szűcs O., 1999: Öngyilkossági magatartás serdülő és fiatal nők között. Jobb Egészséget a nőknek (kutatási jelentés).

Szántó Zs.–Susánszky É., 1999: Az 1998-as országos reprezentatív felmérésben szereplő fiatal nők életkörülményeinek, életútjának jellemzése. Jobb Egészséget a nőknek (kutatási jelentés).

Tóth O., 1998: Házasság és gyermek, vélekedés és viselkedés. Századvég, 11, 80–93. l.

Ürmös A.–Gyukits Gy., 1999: Roma nők véleménye állapotukról és egészségügyi ellátásukról. Jobb Egészséget a nőknek (kutatási jelentés).

Melléklet, a vizsgálatok módszertana

A minták

Az 1988-as és 1995-ös felmérések többlépcsős mintavétel segítségével történtek, az 1988-as felmérés mintáját a Budapesti Közgazdasági Egyetem Statisztikai Tanszéke, az 1995-ös mintát a KSH állította össze. A felmérést kiképzett kérdezőbiztosok végezték. Kombinált kiválasztási módszert alkalmaztunk, a rétegzett mintavételt kombináltuk a többlépcsős mintavétellel. Első lépcsőben Magyarország településjegyzékéből választottuk ki a megfigyelni kívánt településeket úgy, hogy minden 5 000-nél nagyobb lélekszámú település bekerült a mintába, az 5 000-nél kisebb lélekszámú települések között a véletlen kiválasztás módszerét alkalmaztuk. A második lépcsőben választottuk ki a mintába került településeken belül a lakóhelyet városrész, utca, lakóház sorrendben. A kérdezőbiztos a kijelölt címen egy személy adatait vette fel. Mivel a vizsgálat nem a háztartásra, hanem a háztartáson belül egy személyre vonatkozott, újabb mintavételt hajtottunk végre nem, kor, foglalkozás szerint, előre megadott ismérvek alapján.

Az 1998-as felmérés esetében a nem tanuló minta kiválasztása azonos módon történt az 1995-ös felméréssel. A felmérésben résztvevő tanulók mintáját olyan módon állítottuk elő, hogy iskolákat, gimnáziumokat, szakmunkásképzőket, főiskolákat, egyetemeket választottunk ki területileg reprezentatív módon, majd további lépésben az adott iskolán belül jelöltük ki a felvételben résztvevő tanulókat.

Ilyen méretű, nem kötelező felmérés esetén a visszautasítás nem kerülhető el, abból a célból, hogy a visszautasításból eredő hibát lehető legkisebbre csökkentsük, a háromlépcsős mintavétel során a kérdezőbiztosok a megadott lakóházakból más, a minta kritériumainak megfelelő személyeket kérdeztek ki. A visszautasítási arány kis falvakban minimális volt, a helység méretének növekedésével arányosan emelkedett.

Kérdőívek

Az 1988-as kérdőív 107 kérdést tartalmazott a társadalmi-gazdasági helyzetre, életmódra, 148 kérdést a szükségletekre, 209 kérdést a testi-lelki egészségi állapotra és ezek háttértényezőire vonatkozóan. Részben a tapasztalatok alapján, részben a támogatásból eredő kérdésfeltevés változása miatt az 1995-ös felmérés kérdőívét bővítettük az egészséggel, egészségügyi ellátással kapcsolatos „piackutatási" kérdéscsoporttal. Az 1998-as kérdőívbe számos további, szocializációval, egészségmagatartással kapcsolatos kérdés került be. A kérdőív felvétele 1–1,5 óra hosszat tartott, a tanulók esetében önkitöltéses módszerrel vettük fel, a többi csoportban kikérdezéssel.

Beck Depresszió kérdőív (BDI) rövidített változata

A Beck által kidolgozott Depresszió kérdőív illetve annak rövidített változata a depressziós tünetegyüttes súlyosságát vizsgálja, tehát elsősorban nem a súlyos,

pszichiátriai betegségként megjelenő depressziót, hanem azt a tünetegyüttest, érzelmileg, hangulatilag negatív állapotot, amely mindennapi teljesítőképességünket, életminőségünket már jelentősen befolyásolja, anélkül, hogy ezt az állapotot betegségnek tekintenénk. Ugyanakkor a legutóbbi vizsgálatok azt mutatták ki, hogy szívinfarktus után az újabb koronária-esemény és a halálozás legfontosabb előrejelzője a 10 pont feletti, tehát az enyhe depressziós tünetegyüttes határa fölé eső depresszió-pontszám.

A BDI minden változóját lépésenkénti regresszióanalízis és faktoranalízis segítségével elemeztük korábbi felméréseink adatai segítségével. A legmagasabb Cronbach alfa értékű kilenc változó került be a rövidített változatba: a pesszimizmus, elégedettség- örömképesség hiánya, önvádlás, szociális visszahúzódás, döntésképtelenség, munkaképtelenség, alvászavar, fáradékonyság és a túlzott aggódás a testi tünetek miatt (Kopp és mtsai, 1995). A rövidített kérdőív pontszámait megbízhatóan átszámíthatjuk az eredeti pontszám értékekre.

A Beck-féle Depresszió kérdőív, illetve annak rövidített változata a depressziós tünetegyüttes súlyosságának egyik legmegbízhatóbb mérési módszere, a pszichiáterek által végzett depresszió-súlyossági becsléssel igen jól korrelál. Hat gyógyszerhatásvizsgálatban használt kérdőív közül a rövidített Beck Depresszió kérdőív bizonyult a legérzékenyebb mérési módszernek. Több tanulmány bizonyítja, hogy a rövidített kérdőívek, amelyek a vizsgálandó jelenséggel legszorosabb kapcsolatban álló változókat emelik ki, sok esetben hatékonyabbak, mint azok a kérdőívek, amelyek kevésbé megfelelő kérdéseket is tartalmaznak.

Depresszió-határértékek:

0–9 pontszám: nem depressziós,
10–18: enyhe depresszió,
19–25: közepesen súlyos depresszió,
25–x: fölött súlyos depresszió.

Vitális kimerültség kérdőív

Az ún. Maastricht-kérdőív rövidített változatát vettük fel. Követéses vizsgálatok eredményei szerint a vitális kimerültség szívinfarktuson átesett betegek esetében az újabb koronária esemény és a halálozás igen jelentős előrejelzője, valamint felmérések eredményei szerint a vitális kimerültség a későbbi miokardiális infarktus előrejelzésében is jelentős faktor.

Az egészségi állapot önbecslése

Az utóbbi évtized vizsgálatai szerint az egészségi állapot önbecslése (Self-rated health) a későbbi halálozás legmegbízhatóbb előrejezője, megbízhatóbb, mint bármelyik más ismert szűrővizsgálati eljárás. Az egészségi állapot önbecslésén túl 26 féle betegségre kérdeztünk rá egyenként. Két kérdést tettünk fel: az adott betegség miatt állt-e orvosi

kezelés alatt élete során, valamint hogy az elmúlt évben hány napot volt beteg az adott betegség miatt.

Juhász-féle Neurózis Pontozó Skála

A Juhász Pál-féle Neurózis Pontozó Skála a neurózis tüneti vizsgálatára szolgál. A maximális pontszám 23 lehet. Az érzelmi funkciózavarokkal kapcsolatban a szorongás és a tartós hangulatzavar, lehangoltság, a magatartászavarokkal kapcsolatban az organikus megbetegedés nélküli munkaképesség-csökkenés és türelmetlenség, a testi és vegetatív funkciók zavaraiként a fejfájás, alvászavarok és a szervi elváltozás nélküli szívtáji vagy gyomorpanaszok szerepelnek.

Munkaképesség csökkenés (disability) kérdőív

A kérdőív az enyhébb szellemi, érzékszervi és mozgásszervi korlátozottságtól az önfenntartásra való képtelenségig kérdez rá 27 különbözően súlyos tünetre. Külön rákérdeztünk a fiatal nők között leggyakoribb allergiás panaszokra, evészavarokra, menstruációs panaszokra.

Általános Életminőség vizsgálat

A R. Rosser által kidolgozott három dimenzió mentén vizsgáltuk az életminőséget
- a munkaképesség csökkenés fokának meghatározásával
- annak meghatározásával, hogy fájdalmak mennyire korlátozzák napi tevékenységében
- valamint az érzelmi distress, a depresszió mérése segítségével.

Diszfunkcionális Attitűd Skála

A kérdőív hét értékrendszert, attitűdöt vizsgál. Ezek: a külső elismerés igénye, szeretettség igénye, teljesítmény, perfekcionizmus, jogos elvárások, omnipotencia és külső kontroll versus autonómia. Korábbi klinikai vizsgálatok, Beck és munkatársai nyomán, igen szoros kapcsolatot mutattak ki a depressziós, szorongásos tünetek és a diszfunkcionális attitűdök között.

Ellenségesség kérdőív

Több epidemiológiai felmérésben úgy találták, hogy az ellenséges beállítottság, különösen ezen belül a cinizmus attitűd mind az általános mordiditás és mortalitás, mind különösképpen a szívinfarktus szempontjából veszélyeztető tényező, az ellenséges beállítottság inverze az ún. szociális tőke, bizalom (Kopp és mtsai, 1998; Skrabski–Kopp, 1999).

Konfliktusmegoldó (Ways of Coping) kérdőív

Társas támogatás kérdőív

Életcél kérdőív

Életmód kérdőív

Dohányzásra, alkoholfogyasztásra, drogfogyasztásra, öngyilkossági kísérletekre, időmérlegre vonatkozó kérdéseket tettünk fel.

Társadalmi-gazdasági jellemzők:

Iskolai végzettség,
Szülők foglalkozása, végzettsége
Lakás komfortfokozata
Gépkocsi tulajdon

Megkérdeztük, hogy véleményük szerint olyan szegények-e, hogy az élethez alapvető cikkeket sem tudják megvásárolni, illetve hogy másokhoz képest saját maguk és családjuk anyagi helyzetét milyennek tartják.

A viszonylagos lemaradással kapcsolatban megkérdeztük, hogy azért mert nők, érezték-e úgy, hogy hátrányos helyzetben vannak, illetve azt is, hogy érezték-e úgy, hogy etnikai hovatartozásuk miatt vannak hátrányos helyzetben, és ha igen, milyen etnikai csoporthoz tartozónak érzik magukat.

Az 1998-as felmérésben részletes kérdéssort tettünk fel a gyermekkori család jellemzőire, az anya-gyermek kapcsolatra vonatkozóan (Nagy E, 1999).

Szexualitással, gyermekvállalással kapcsolatos kérdések

A szexuális kapcsolatok jellegére, első kapcsolat idejére, első terhességre, gyermekszámra, abortuszra, a kívánt gyermekszámra kérdeztünk rá.