

# MILYEN A NYÍREGYHÁZI NŐK VÉLT EGÉSZSÉGE ÉS SZŰRÉSI HAJLANDÓSÁGA 2012-BEN?

BERENC SINÉ MADÁCSI ESZTER  
BOKOR ANNA  
JÁVORNÉ ERDEI RENÁTA

**Abstract:** Health is a changing notion, so when assessing health state, we should define it in a wider aspect. The definition, which is accepted by WHO, is the following: „Health is a body, mental and social welfare state, and not only the lack of diseases or disability.” The objective and subjective aspects of well-being are both important and provide essential data about the life-quality of people. Various sciences define the notion of life-quality in different ways. Life-quality, in connection with health, shows how health state contributes to the success of the individual, how it helps or blocks the individual in realising basic life-plans. (Kopp 2006). Self-assessing the health state is influenced by the gender and the age. It is a well-known fact that Hungarian women assess their own health state worse compared to men, however, they live longer. The life-quality of Hungarian women is influenced by their low educational level, subjective poverty and physical abuse. (Kopp). Because of the above mentioned reasons it is important to deal with the health-attitude of women, and as experts and health visitors, we should try to alter their life-quality in a positive direction.

The main goal of our work is to examine the health state and health-attitude of women living in Nyíregyháza. In this thesis we tried to assess the willingness and participation of women in screening. We analysed 1227 questionnaires.

The findings of the research show that 25% of the women asked had cervical cancer screening more than 3 years ago, and 10% more than 2 years ago. From those, who filled in the questionnaire, more than 20% replied that they had had mammary screening more than 2 years ago.

**Keywords:** life-quality, women's health state, screening

**DOI:** 10.19055/ams.2013.4/10/12

## BEVEZETÉS

Az egészségi állapotot befolyásoló legfontosabb tényezők az életmód (testmozgás, táplálkozás), rizikómagatartás (a dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás) genetikai tényezők (veleszületett betegségek), környezeti tényezők, egészségügyi ellátás színvonala (szűrővizsgálatok-, védőoltások rendszere). Elmondhatjuk, hogy az emberek egészségére egyéni tényezők és társadalmi környezete (szűkebb, tágabb) egyaránt hatással van. Az egészségi állapot összefüggésben áll az életminőséggel, melynek több részterülete ismert és fogalom meghatározása többféleképpen történik. Általános értelemben véve az életminőség egy komplex fogalom, amelyet megkülönböztetünk az egészséggel összefüggő életminőség fogalmától, ugyanakkor tudjuk, hogy az általános életminőség fontos tényezői, mint a jövedelem, a lakókörnyezet befolyásolhatják az egészséggel összefüggő életminőséget. Az életminőségnek két dimenziója ismert az objektív és a szubjektív. A népesség objektív egészségi állapotának megítélésekor figyelembe vesszük a születéskor várható élettartamot, az egészségben eltöltött évek számát, a morbiditási és mortalitási mutatókat. Az életminőség, egészségi állapot szubjektív megítélésének vizsgálata jelenik meg a legtöbb kutatásban, kérdőíves felmérésekben, ugyanis a válaszadók képesek maradéktalanul átlátni és megítélni saját egészségi állapotukat. Kérdőíves felmérésünkben mi magunk is a vélt egészségi állapotot vizsgáljuk, nevezetesen azt, ahogyan az egyén saját egészségét értékeli. Az önminősített egészségi állapot értékelése szoros kapcsolatban van az objektív egészségi állapottal, ezért alkalmas a betegségfolyamatok monitorozására. (PIKÓ 2002; PIKÓ 2006)

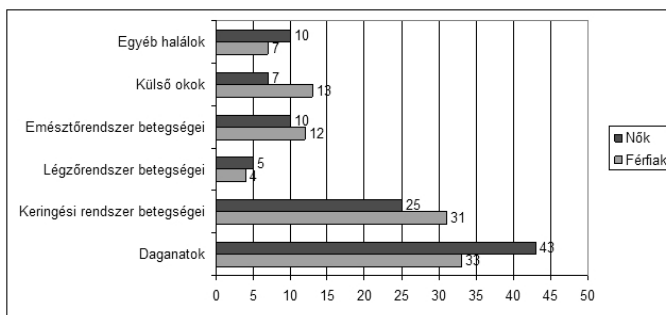
A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban kedvezőtlennek mondható, továbbá megállapítható az is, hogy jelentősen elmarad a társadalmi-gazdasági fejlettségi szint alapján elvárhatótól. A magyar nők és férfiak születéskor várható élettartamának alakulásában 1993-tól folyamatosan emelkedő tendencia figyelhető meg. 2010-ben a születéskor várható átlagos élettartam a férfiaknál 70,50 a nőknél 78,11 év. Ez az emelkedő trend kedvező, de elmarad az Európai Unió tagállamainak átlagától.

A nők az egészség értékelésekor többnyire rosszabbnak ítélik meg egészségüket, mint a férfi társaik, ennek ellenére a mutatók azt jelzik, hogy tovább élnek, mint a férfiak. Ez visszavezethető, arra, hogy bizonyos betegségek, mint például szorongásos zavarok és a depresszió gyakrabban fordulnak elő a nők körében. A nők hazánkban magas arányban jelennek meg a munkaerőpiacon, de emellett fenntartják a háztartást, kevesebbet pihennek, sok stressz éri őket, melyek mind rontják a magyar nők életminőségét. (KOPP és KOVÁCS 2006; KOPP és munkatársai 2002). A fenti okok miatt lényeges, hogy a nők egészségének kérdésével foglalkozzunk és részükre célzott egészségvédelmi programokat szervezzünk, fontos ez azért is, mert a nők családtagjaik, gyermekeik egészségügyi állapotára is hatást gyakorolnak, gyakorolhatnak. Fontos a nők egészségének vizsgálatakor, hogy nyomon kövessük a lelki egészség jellemzőit is, mert a WHO előrejelzéseiből az derül ki, hogy a 2000 utáni évtizedben/évtizedekben a lelki egészség zavarai válnak a legnagyobb egészségügyi problémává.

A magyar férfiak és nők halálzási mutatói az utóbbi évtizedekben tapasztalható stagnálás, csökkenés ellenére is elmaradnak az Európai Unió országok kedvezőbb

adataihoz képest. A halálokok jelentős részét a krónikus nem fertőző betegségek teszik ki, melyek a Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint az 1990-es évek elejétől kezdve napjainkig jelentős mértékben megnövekedtek. A vezető halálokok kapcsán elmondhatjuk, hogy jelentős eltérés mutatkozik a daganatos megbetegedések okozta halálozások arányában, mely a nők körében 43%-os, a férfiak esetében 33%-os arányt tesznek ki a vezető halálokok súlyában. A legtöbb 65 évnél korábbi halálozás rosszindulatú daganatos betegségek miatt következik be, 2010-ben közel 13.000-en hunytak el ily módon (KSH Társadalmi Helyzetkép 2010; NÉPEGÉSZSÉGÜGYI JELENTÉS). (1. ábra)

1. ábra A vezető halálokok súlya a 0-64 éves magyar férfiak és nők körében



Forrás: Központi Statisztikai Hivatal

Lényeges hangsúlyoznunk, hogy az egészségmagatartás fontos szerepet tölt be az egészségünk megtartásában, a betegségek megelőzésében és fontos tényező az egész társadalom jóllétének szempontjából is. Az egészségpszichológia megkülönbözteti az egészség számára kedvező és kedvezőtlen viselkedést. Az egészségre kedvezően ható viselkedések pl: rendszeres fizikai aktivitás, dohányzásról való leszokás, megfelelő higiénia, szűrővizsgálatokon való rendszeres megjelenés. Az egészségre kedvezőtlen viselkedések a dohányzás, a túlzott mértékű alkohol- és drogfogyasztás, szükségtelen gyógyszersedés, óvszer hanyagolása, magas kalória- és zsírtartalmú ételek túlzott fogyasztása. Az egészségmagatartás lehet „bármely olyan aktivitás, amit a személy hite szerint az egészsége érdekében tesz azért, hogy betegséget előzzön meg vagy betegséget azonosítson még annak tünetmentes szakaszában”(URBÁN, 2011:593-622). Az egészségmagatartás fogalma elsősorban a prevenció szempontjait emeli ki.

Megelőzésnek nevezzük azokat a törekvéseket, amelyek az egészség fejlesztését, megőrzését, illetve egy-egy betegség kialakulásának megakadályozását szolgálják. Az elsődleges megelőzés (primer prevenció) célja az egészségi állapottal összefüggő káros életmódbeli tényezők csökkentése, fertőző betegségekkel szembeni védelem erősítése (pl.: védőoltás) egészségtudatos életmód kialakítása. A másodlagos megelőzés (secunder prevenció) megakadályozza egy már kialakulóban lévő megbetegedés további sú-

lyosbodását. Ide sorolhatók a szűrővizsgálatok, amelyeket a lakosság egy-egy korcsoportjának minden tagjánál elvégeznek azért, hogy a vizsgálatnál kiszűrjék a korai elváltozásokat még a tünetek megjelenése előtt. A szűrővizsgálatokon részt vettek esetében a mihamarabbi kezelés kedvezően hat a betegség kimenetelére. A harmadlagos megelőzés (tercier prevenció) a klinikai tünetek súlyosbodásának és kiújulásának megelőzésére és a kialakult kórállapot gyógyítására irányul. (ÁDÁNY 2006; BARABÁS 2006) Egy modern szűrővizsgálat esetén figyelniünk kell a szűrés hatékonyságát, amely jelentősen csökkenhet, ha célcsoport nem együttműködő.

## **SZŪRŐVIZSGÁLATOK**

Az egészségügyi szűrés olyan rendszeres, nemzetközi ajánlásoknak megfelelően, időszakonként végzett vizsgálatsorozat, amelynek a rejtett betegségek kiszűrése, elváltozások feltárása a célja. Egészséges, vagy magukat egészségesnek gondoló személyek vizsgálatát jelenti. Célja például a rosszindulatú daganatok, magas vérnyomás, cukorbetegség és más betegségek korai felismerése még a tünetek jelentkezése előtt. A szűrővizsgálatok jellemzően gyorsan, gyakorlatilag veszélytelenül és viszonylag olcsón megvalósítható tesztek vagy egyéb eljárások alkalmazásával a teljes populáción elvégzett vizsgálatok. Fontos, hogy egy szűrővizsgálat legyen olcsó, gyors, könnyen kivitelezhető és veszélytelen, továbbá, emellett legyen megbízható, megismételhető és hiteles. A szűrővizsgálatok számos szempont szerint osztályozhatók, megkülönböztetünk alkalomszerű, un. opportunistikus szűrési módot, amely spontán jelentkezésen alapul, illetve célzott vagy szervezett lakosságszűrési modellt, amely a célpopulációra kiterjedő, a nemzetközi ajánlások szerint végrehajtott népegészségügyi program.

Nők esetében vannak olyan szűrések amelyekre kiemelten kell figyelniünk, népegészségügyi jelentőségük jelentős. Ilyen például a mammográfias szűrővizsgálat amely 45-65 éves kor között két évenként ajánlott. Vannak olyan tényezők, amelyek megléte esetén az emlőrák kialakulása gyakoribb, ezen rizikófaktorok megléte esetén a gyakoribb vizsgálat, illetve a korábbi életkorban megkezdett szűrés indokolt. A méhnyak és megelőző állapotának citológiai vizsgálata 25 és 65 év között, egyszeri negatív szűrővizsgálat után 3 évenként indokolt megismételni. Szervezett lakosságszűrés indokolt az 50 év feletti nők és férfiak körében a szemlétekből rejtett vér kimutatással történő vastagbélvizsgálattal. A szervezett, célzott népegészségügyi lakosságszűrés hatásának legfőbb bizonyítéka, ha a szűrő program következtében jelentősen csökken a mortalitás a teljes lakosságra (beletartoznak a nem szűrtek is) nézve, de a szűrések eredményességének hatására változhat a morbiditás, a túlélési idő és az életminőség (ÁDÁNY 2006).

## **A KUTATÁS CÉLJA, MÓDSZERE**

Tanulmányban megvizsgáltuk, hogy a szűréseken való megjelenés vonatkozásában megfigyelhető-e jellemző különbségek az egyes életkori csoportokban, azokban az életkori csoportokban, ahol az ajánlások megfogalmazzák az adott szűrésen való rész-

vételt, ajánlják a megjelenést, az milyen mértékben valósul meg, azaz mennyire követi a lakosság az ajánlásokat. Vizsgáltuk továbbá a nyíregyházi nők lelki egészségét.

Összesen 1227 db kitöltött kérdőív került elemzésre. Nyíregyháza lakosai közül véletlenszerű mintavételi eljárással történt a válaszadók kiválasztása, a válaszadók között 511 férfi és 679 nő található.

Az alkalmazott statisztikai eljárások és módszerek: leíró statisztikai mutatók számítása és keresztátlák alkalmazása. Mivel a férfi/nő arány eltérést mutatott, ezért statisztikai súlyozást alkalmaztunk az adatok kiszámításának elvégzésekor. A számítások során az SPSS program 20 verzióját alkalmaztuk.

## **EREDMÉNYEK BEMUTATÁSA**

A rosszindulatú daganatok megoszlását nézve, a tüdő, a vastagbél, a méhnyak és az emlő rosszindulatú elváltozásai mutatják a legrosszabb adatokat Magyarországon. A legtöbb korai halálozást rosszindulatú daganatos betegségek okozzák, melyekben 2010-ben közel 13.000-en haltak meg. A háziorvosok 2009-es nyilvántartásából kiderül, hogy a középkorú női lakosság közül a tumoros betegséggel bejegyzettek aránya közel 50%-kal magasabb, mint az azonos korú férfi lakosságé. (KSH Társadalmi Helyzetkép 2010) A KSH adatai alapján elmondható, hogy a női népességben az emlődaganat miatti halálozás a közép-magyarországi régióban mutatja a legrosszabb helyzetet. Ennek egyik oka lehet, hogy a termékenység alacsony, a nők idősebb korokban vállalnak gyermeket és két terhesség között hosszabb idő telik el, emiatt az emlődaganatok száma nőhet. (TERÜLETI STATISZTIKA 2008)

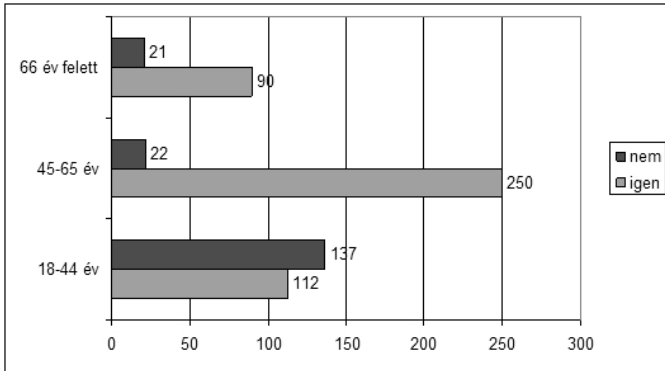
A nyíregyházi adatok azt mutatják, hogy a lakosság nagy része rendszeresen részt vesz az alap szűrővizsgálatokon, ellenőrizteti vérnyomását, vércukorszintjét. Mintegy 94%-os azoknak az aránya, akiknek a vérnyomását már mérte egészségügyi dolgozó, és ezen belül közel 76% azoké, akiket egy éven belül ellenőrizték. A nők és férfiak között nincs lényeges eltérés ebben a tekintetben. A válaszadók 74%-nak már mérték a vércukorszintjét egészségügyi intézményben, és ezen belül 69% azok aránya, akiknél egy éven belül végezték.

Az emlőrák gyakoriságának kockázata az életkor előrehaladtával nő. Az összes emlődaganat több mint 80%-át 50 éves kor felett diagnosztizálják. Az emlőráknál (de az összes daganat terápiajára igaz) a kezelés hatásossága annál eredményesebb, minél kisebb a daganat nagysága, azaz minél korábban derül fény a betegségre. Emellett fontos kihangsúlyozni, hogy az emlőrák többnyire fájdalomtalan ezért célszerű minél rövidebb időn belül orvoshoz fordulni, ha csomót tapintottunk a mellben vagy a hónaljban. Ezért volt fontos megnéznünk Nyíregyháza 45 és 65 éves női lakosságának emlőszűrési hajlandóságát.

A 2. ábrán jól látható, hogy a válaszoló nők 71%-a (452fő) volt már élete során emlőrontgenen, más szóval mammográfias vizsgálaton szűrőprogram keretében vagy egyéb ok miatt. Miután ezt a szűrővizsgálatot a 45 év felettieknek ajánlják elsősorban, a részvételi arány a 45–64 éves korcsoportban kimagasló, majd lecsökken. Sajnos az ábrán jól látható, hogy van olyan 66 évnél idősebb nő aki még soha nem volt emlőszű-

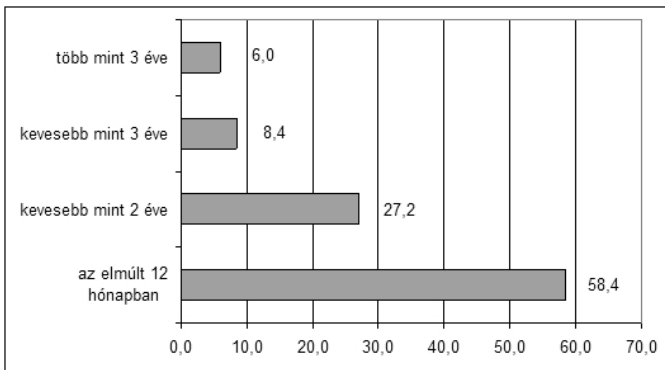
résen élete során, pedig a szűrést két évente ajánlott megismételni. A fiatalabb korosztályban (18-44 év között) ahol még nem javallott a szűrés látható, hogy magasabb azok száma akik még nem voltak emlőrontgenen, azonban fontos, hogy már ez a korosztály is kapjon tájékoztatást az önvizsgálatról és a szűrés jelentőségéről.

2. ábra: Végeztek-e önnél valaha emlőrontgenet? (db)



A válaszolók 58%-a az elmúlt évben, 27%-a kevesebb mint 2 éve és 14%-a több mint 2 éve vett részt mammográfiás szűrővizsgálaton. (3. ábra)

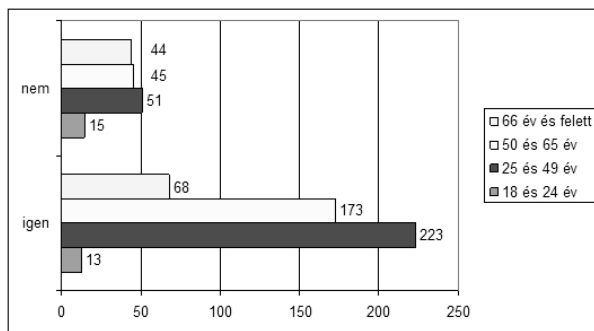
3. ábra: Mikor végeztek önnél utoljára mammográfiás vizsgálatot?



Magyarországon a nők rosszindulatú daganatos halálakai között a méhnyakrák 10. helyen áll. Annak ellenére, hogy a méhnyakrák az elkerülhető halálozások közé tartozik,

megelőzése szűrővizsgálattal lehetséges, 2009-ben 396 nő halálát okozta. A méhnyakrák esetén a preklinikai szakaszban már kimutatható a kóros állapot, de tüneteket még nem okoz. A magyar nők háromnegyede volt már élete során, citológiai kenetvételen. A különböző korcsoportoknak megfelelően ajánlott a szűrésen való részvétel, mely korcsoportoknak megfelelően képeztünk csoportokat és vizsgáltuk meg a nők citológiai kenetvételen való megjelenését. A 4. ábra jól mutatja az ajánlott időszakra (25-65 év) vonatkoztatva a nők szűrési hajlandóságát. Az átláthatóság végett négy korcsoportot alakítottunk ki. A megkérdezettek 75%-a (477 fő) aki már életében legalább egyszer volt citológiai vizsgálaton szűrőprogram keretében vagy egyéb ok miatt. Ez az arány egybeesik azokkal az eredményekkel, amelyeket a szervezett méhnyakrák szűrésen való részvétel és meghatározó tényezői a 25-65 éves női lakosság körében című vizsgálatból ismerhetünk. (GYULAI ANIKÓ és munkatársai 2010.) Hasonló azonosság figyelhető meg a 45 évesnél idősebb életkornál amikor is a szűréseken való részvételek száma jelentősen lecsökken.

4.ábra: Vettek-e öntől valaha citológiai kenetet? (db)



A 25-49 éves nők csoportjában a legmagasabb a részvétel a kenetvételen, az 50-65 év közötti korcsoportban is jelentős a szűrővizsgálaton résztvevők aránya, azonban a csökkenő tendencia beindul. A válaszoló nők 24%-a(153fő) nem volt még élete során, citológiai kenetvételen és ezen belül 28%(44fő) azok aránya, akik 66 éven felüliek. Ezek az arányok arra utalnak, hogy a vizsgálat az évtizedek során beépült a magyar nők tudatába, mint nőgyógyászati méhnyakrákszűrés, többségük érzi annak jelentőségét, ugyanakkor az információ átadásra, a szűrések jelentőségére való figyelemfelhívásra a továbbiakban is szükség van, annak érdekében, hogy a javuló tendencia megmaradjon. A Népegészségügyi Programról szóló 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat egyik célkitűzése, hogy a méhnyakrák okozta halálozás 60 %-kal csökkenjen, melynek érdekében bevezetésre kerül a nemzetközi gyakorlatokhoz hasonlóan a szakdolgozók által végzett méhnyakszűrés. A védőnők, mint prevenciós szakemberek kezdték meg ezen a területen a munkát, azt követően, hogy a feladat elvégzésére továbbképzés keretében felkészítették őket az erre a tevékenységre vállalkozókat. Hazánkban valamennyi

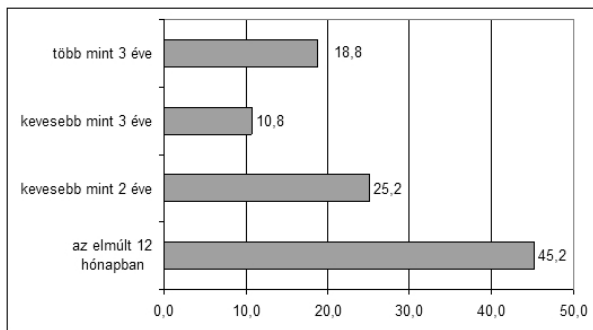
megyének van már képzett védőnője, a legtöbben Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéből, Nógrád és Borsod-Abaúj-Zemplén megyéből jelentkeztek a programra. Fontos megemlítenünk, hogy a 49/2004-es ESZCSM rendeletben módosítás történt a védőnő nővédelmi feladataiban, kibővült a népegészségügyi méhnyakszűrés elvégzésével, ezáltal 2015. május 1.-jét követően minden védőnőnek alapfeladata lesz ez a tevékenység, ami egyben azt is jelenti, hogy a jelenleg még nem kiképzett védőnőket ki kell képezni a kenetvételre. A védőnői szolgálatnak a nővédelem területén, a nők egészségnevelésében, egészségmegőrzésében, családtervezésében, a lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezésében több évtizedes tapasztalatai és hagyományai vannak. Ez a gyakorlat, továbbá a védőnők irányában meglévő lakossági bizalmi tőke a program sikerét szavatolhatja. Az elmúlt években három Védőnői Méhnyakszűrő Program valósult meg 2009-ben, 2010-ben és 2011-ben, melynek eredményeiből kiderült, hogy a védőnők képesek és alkalmasak a népegészségügyi célú méhnyakszűrés megtanulására, végzésére (kenetvétel) és a községekben élők megszólítására, megnyerésére. Jelenleg 235 védőnő rendelkezik ilyen képzettséggel. A három program alatt a tervezett 101.874 nőnek körülbelül az 50%-át (51.399fő) a védőnő felkereste otthonában. Az elért nők 30%-a ment el a védőnőhöz méhnyakszűrésre. A kiszűrt nem-negatív eredményű nőket a védőnő nőgyógyászhoz irányította, ebből 72 nőt daganat gyanú és 983 nőt gyulladás miatt. A védőnők sok olyan nőt tudtak rábeszélni a szűrésre, akik 10 évnél régebben voltak szűrésen és sok nő számára fontos tényező volt a védőnő iránti bizalom, az, hogy személyesen felkereste és tájékoztatta őket a szűrésről. Ezáltal valóra vált a kisebb falvakban élők személyes felkeresése és megnyerése, így növelhető a méhnyakszűrés elérése azokon a kistelepüléseken ahol a pénz az idő és a sok utazás miatt nem mentek el nőgyógyászhoz a nők, asszonyok. (FEHÉR ERIKA, 2012)

A 25-65 év közötti nők számára az egyszerű negatív szűrővizsgálatot követően évenként ajánlják citológiai vizsgálat megismétlését, amely megfelelő védelemet biztosít. Az 5. ábrából kiderül, hogy a szűrt nők közel 80%-a 3 éve járt nőgyógyásznál kenetvételre. A válaszadók 18%-a az akiket nagy odafigyeléssel kell tájékoztatni a méhnyakrák megelőző állapot szűrésének fontosságáról, annak érdekében, hogy a Magyarországon 100.000 nőlakosra jutó 7 daganatos halálesetet mérsékelni tudjuk. Az általunk Nyíregyházán mért eredmények biztatóak, de tudjuk azt, hogy a nyíregyházi lakosok egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése jónak mondható.

A válaszadók közel 60%-ánál rutinvizsgálat során került sor az utolsó citológiai vizsgálatra és a válaszoló nők 18%-a szűrőprogram behívója alapján ment el a szűrésre. A maradék 20% valamilyen rendellenesség, egészségügyi vagy egyéb ok miatt kereste fel nőgyógyászatát. A tapasztalatok és a kutatások alapján kiderült, hogy a halálos kimenetelű méhnyakrák esetek alacsonyabb iskolai végzettségű, hátrányos gazdasági helyzetű nők körében fordulnak elő, jellemzően azok körében, akik szűrővizsgálaton korábban még nem vettek részt. Ezért is tartjuk nagyon jelentős előrelépésnek a védőnők szerepvállalását a szűrés szervezésében és lebonyolításában. Az iskolai végzettség és rossz szociális körülmények szűrésre való részvételle gyakorolt befolyásoló hatását még jelenleg vizsgáljuk, eredményeinket egy későbbi tanulmányban tesszük közzé.



5.ábra: Mikor vettek öntől utoljára kenetet citológiai vizsgálatra?

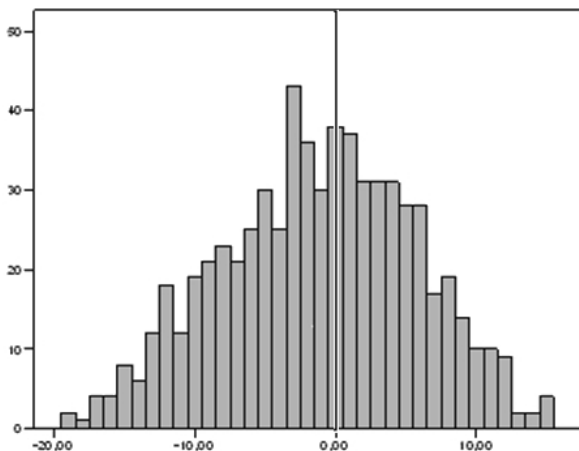


Rosszindulatú daganatok közül az egész lakosság körében második helyen a legtöbben a vastagbél és végbél betegségeibe halnak bele: ennek a haláloknak az előfordulása, az elmúlt évtizedekben több mint 70%-kal emelkedett Magyarországon. Mivel a daganat korai felismerés esetén igen jó prognózisú, ezért nagyon fontos a megelőzés mellett a szűréseken való részvétel. Ezzel kapcsolatos előzetes eredményeink azt mutatják, hogy vérzés kiderítését célzó székletvizsgálaton a megkérdezettek kevesebb, mint 7%-a volt élete során a nyíregyházi lakosok közül. ez az előzetes eredmény arra hívja fel a figyelmünket, hogy a szűrővizsgálatok ezen csoportjával kapcsolatos információ átadásra is kiemelt hangsúlyt kell fektetni.

Fontosnak tartjuk megvizsgálni a nők lelki egészségét városunkban, azonban felmerülhet a kérdés, hogy miért is szükséges a női lelki egészségről külön beszélni. A nők egészségi állapotát- biológiai, hormonális és pszichés különbözőségeikből, és társadalmi szereprendszerben betöltött eltérő pozíciókból következően más-más védő és károsító (kockázati) tényezők jellemzik. Bizonyos lelki betegségek inkább a nőket sújtják, így például a szorongásos zavarok és a depresszió kétszer gyakoribb a nők körében. Igaz, hogy a férfiak korábban halnak meg, viszont a nőket sokkal több panasz és betegség jellemző az öregségben, és az élet meghosszabbítása mellett ugyanolyan fontos cél az életminőség javítása is. (DR. CSOBOTH CSILLA HUNGAROSTUDY 2002)

Egymintás t próbával megnéztük, hogy a nyíregyházi nők hogyan értékelik lelki egészségüket. A válaszokat csoportosítottuk, a pozitív és negatív tulajdonságok szerint, beforgatással kétirányú skálán -25 és +20 értékek között, amely alapján megkaptuk a válaszolt értékeket. A hisztogramból látható, hogy a nyíregyházi nők válaszaira a negatív tartalmú jellemzők enyhe túlsúlya a mérvadó. (6. ábra)

6. ábra: Nők lelki egészsége Nyíregyházán  
(Hisztogram: vízszintes tengely: értékeket, függőleges tengely gyakoriságok)



## ÖSSZEGZÉS

Hazánkban a nők testi és lelki egészségi állapota a fejlett országokhoz képest rosszabb. A társadalom szemszögéből nézve fontos, hogy kihangsúlyozzuk a nők egészségének fontosságát, próbáljunk meg számukra célzottan egészségvédelmi programokat szervezni, ezáltal is hatást gyakorolva nem csak a nők, hanem egyben családtagjaik egészségmagatartására. Fontos, hogy egészségmagatartásukat pozitív irányba fejlesszük, megelőzve a gyakori megbetegedéseket, így a fiatal és középkorú generáció egészségesebb és betegségektől mentes felnőtt és idős kort és ezen keresztül jobb minőségű életet valósíthat meg. A nők egészségmegőrző szerepének segítése és támogatása meghatározó jelentőségű, ugyanis ez befolyásolja és határozza meg a családtagok egészséghez való viszonyát is. A nyíregyházi nők egészségmegőrzésében kiemelt szerepe lehet a védőnőknek, mint prevenciós szakembernek, akik a lakossághoz legközelebb álló egészségügyi alapellátás részeként vannak jelen a lakosság gondozásában. Ők azok, a prevenciós szakemberek, akikben meg van a tudás és alkalmasság a családok, a nők egészségi állapotának pozitív befolyásolására.

## FELHASZNÁLT IRODALOM

- Ádány Róza (2003): A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Budapest Medicina.
- Ádány Róza (2006): Megelőző orvostan és népegészségtan Budapest Medicina.
- Barabás K. (2006) (szerk.): Egészségfejlesztés Alapismeretek pedagógusok számára. Budapest: Medicina.
- Fehér Erika (2012): A védőnői méhnyakszűrő Programok 3 éve, 23.évfolyam 2.szám.
- Gyulai Anikó, Dr. Nagy Attila, Prof. Dr. Ádány Róza és Dr. Vokó Zoltán(2010): A szervezett méhnyakrák szűrésen való részvétel és meghatározó tényezői Magyarországon, Népegészségügyi folyóirat, 88.évfolyam, 3.szám.
- Jelentés az Országgyűlés részére az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja 2011.évi előrehaladásáról (2012): Budapest.
- Jóna Gy., - Jávorné Erdei R. (2012): A szubjektív egészségi állapot meghatározó tényezői Nyíregyházán. In: Fábíán G., Patyán L., Huszti É.: Életminőség Nyíregyháza 2008-2010. Nyíregyháza: START Nonprofit kft.
- Kopp Mária Kovács Mónika-Jakab Ernő- (2002): Szerepváltozások pp 222-237.
- Kopp Mária – Csoboth Csilla – Purebl György (1999): „Fiatal nők egészségi állapota” in: Szerepváltozások. (1999) Jelentés a nők és férfiak helyzetéről. Pongrácz Tiborné, Tóth István György, (szerk.). Budapest: TÁRKI, Szociális és Családügyi Minisztérium Nőképviselési Titkársága, Pp. 239–259.
- Kopp Mária- Kovács Mónika (2006) (szerk.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón Budapest Semmelweis Kiadó.
- Központi Statisztikai Hivatal (2010.): Társadalmi Helyzetkép.
- Lázár E. (2009): Kutatásmódszertan a gyakorlatban az SPSS program használatával. Kolozsvár: Scientia Kiadó.
- Pikó Bettina (2006): Orvosi Szociológia, Budapest: Medicina.
- Pikó Bettina (2002): Egészségpszichológia. Budapest: Új Mandátum Kiadó.
- Területi Statisztika (2008) A Központi Statisztikai Hivatal folyóirata 11.(48.) Évfolyam 3. szám.
- Urbán Róbert (2001): Útban a magatartásszemponútú egészségpszichológia felé: Az egészségmagatartás pszichológiai elemzése, Magyar Pszichológiai Szemle, LVI. 4. 593-622.Fónai Mihály (2010): Hallgatók professzió-képének elemei. In: Kozma Tamás – Perjés István (szerk.): Új kutatások a neveléstudományokban. Többnyelvűség és multikulturalitás. Budapest: Aula Kiadó 227-246. o.
- Kiss János (1995.): Szociális munkás hallgatók pályaképe kultúráközi összehasonlító vizsgálatokból In: Dienes Erzsébet (szerk.) Munka- és Szervezetpszichológus szakmai napok, Tanulmányok és Műhelybeszámolók Esztergom, Foglalkoztatási Hivatal 125 - 134 o.
- Kiss János (1999): Szociális munkás szakos hallgatók munkaérték preferenciáinak nemzetközi összehasonlítása. In.: Lukácskó Zsolt – Fónai Mihály – Fábíán Gergely (szerk.): „Peremvidék” Szociális kutatások Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. Nyíregyháza, Salgótarján: DOTE Egészségügyi Főiskolai Kar- Salgótarjáni Népjóléti Képzési Központ 251-277. o.

- Kiss János – Fónai Mihály – Fábíán Gergely (2001): Szociális és egészségügyi szakos hallgatók szakmával kapcsolatos tudattartalmának összehasonlító vizsgálata. In: Dienes E – Takács Á (szerk.): XV. Munka-és Szervezetpszichológus szakmai napok Esztergom, Budapest: Országos Munkaügyi Kutató és Módszertani Központ. 144-159. o.
- Márton Sándor – Mező Ferenc – Balogh László – Fónai Mihály (2006): A Debreceni Egyetem Tehetséggondozó Programja és beválogatási szempontjai. In: Balogh L – Mező F – Tóth L (szerk.): A Debreceni Egyetem Tehetséggondozó Programjának II. Konferenciája. Tanulmányok. Debrecen: Debreceni Egyetem 7-12. o.
- Nagy Krisztina (2008): Segítő hivatásokat választó hallgatók pályaeorientációja a „Partiumban”. PhD disszertáció. Debrecen: Debreceni Egyetem BTK Humán Tudományok Doktori Iskola kéziratban.
- Pusztai Gabriella (2009.): A társadalmi tőke és az iskola. Budapest Új Mandátum, Kiadó.
- Rechnitzer János (2009): A felsőoktatás térszerkezetének változása és kapcsolata a regionális szerkezettel In: Educatio XVIII. Évf. I.sz. 50-63 o.
- Super, D. E. (1957): The Psychology of Careers. Harper and Brother, New York.
- Szilágyi Klára (1985): Felsőoktatási intézmények elsőéves hallgatóinak értékválasztása FPK Tanulmánykötet Budapest.
- Szilágyi Klára (1987): Super-féle munkaérték kérdőív: Szociálpszichológiai módszerek. Munkalélektani Koordinációs Tanács továbbképző előadásorozat 2. kötet Budapest.