

Dr. Csoboth Csilla

Magyar nők egészsége

Ma hazánkban a nők fizikai és pszichés egészsége az egészségügy elhanyagolt területe. Pedig a nők körében gyakoribb a krónikus betegségek miatt kialakult munkaképesség csökkenés és mozgáskorlátozottság. Különösen veszélyeztetet Magyarországon a fiatal női populáció, akiknek körében az önkárosító magartásformák egyre gyakrabban fordulnak elő. A testi betegségek megelőzése egészségmegőrző programokon keresztül, környezeti és társadalmi ártalmak csökkentésével nagyrészt hozzásegítene egy egészségesebb női nemzedékhez az országban belül.

Ma Magyarországon köztudott, hogy a nők testi és lelki egészségi állapota az iparilag fejlett államokhoz képest rosszabb. Mégis ma hazánkban a nők fizikai és pszichés egészsége az egészségügy elhanyagolt területe. Pedig a testi és lelki betegség megelőzése minél fiatalabb korban kellene elkezdődjön, hiszen már fiatal korban alakul ki leginkább a negatív lelki beállítottság és azok a megküzdési stratégiák amelyek önkárosító magartásformákhoz vezetnek, mint a dohányzás, alkohol és pszichoaktív szer-fogyasztás. Ezek a tényezők mind hosszútávon károsítják a nők egészségét.

Gyakran felmerül a kérdés, hogy miért is szükséges a női egészségről külön beszélni. A nők egészségi állapotát biológiai, hormonális és pszichés különbségeikből, és társadalmi szereprendszerben betöltött eltérő pozíciókból következően – más-más védő és károsító (kockázati) tényezők jellemzik. A nők Magyarországon idáig is, de ma egyre nagyobb arányban vesznek részt a fizetett munkaerőpiacon, de mégis ugyanúgy látják el a háztartást és jut kevesebb idejük a szabadidős pihenésre. A nőket jobban sújtja a szegénység, sok az egyedül álló vagy egyedül gyermekét nevelő nő,

gyakrabban kiszolgáltatottak a szociális rendszer ellátási formáira. Ezek a tényezők mind negatívan befolyásolják a nők egészségi állapotát és beszűkítik az egészségfejlesztés és egészségmegőrzés lehetőségeit.

Ezen kívül bizonyos betegségek inkább a nőket sújtják, így például a csontritkulás, szorongásos zavarok és a depresszió lényegesen gyakoribb a nők körében. A nők körében gyakoribb a krónikus betegségek miatt kialakult munkaképesség csökkenés és mozgáskorlátozottság. Érdekes módon a nők nagyobb arányban értékelik rossznak egészségi állapotukat, mint a férfiak. Egyre többen foglalkozik a szakirodalom azzal a ténnyel, hogy a gyógyszer és betegség kutatások zöme férfiak bevonásával történik és, hogy a nőket speciálisan érintő körképeken kívül, kevés adat van a nők biológiai válaszaira vonatkozóan. Ezen fent említett okok miatt a mai

magyar egészségügyi rendszeren belül kulcsfontosságú külön a női egészséggel foglalkozni. A testi és lelki betegségek megelőzése egészségmegőrző programokon keresztül, környezeti és társadalmi ártalmak csökkentésével hozzásegítene egy egészségesebb női nemzedékhez.

Magyar nők egészségi állapota

Az egészségügyi rendszerek fejlettségét jól tükrözi a születéskor várható átlagos élettartam, a csecsemőhalálozás és az anyai halálozás. Mindhárom mutató terén jelentős fejlődés észlelhető, az utóbbi kettő megfelel egyes EU tagországok arányainak. A magyar nők születéskor várható átlagos élettartama 2001-ben 76,49 év volt¹, mely az 1960-as évekhez képest több mint öt évvel magasabb. Ez a mutató lényegesen nagyobb emelkedést mutatott a fér-

1. táblázat

Ország	Nők	Férfiak
EU átlag	80,1	73,7
Magyarország	74,5	65,2
Franciaország	81,9	73,8
Spanyolország	81,2	73,2
Finnország	80,2	72,8
Portugália	78,6	71,3
Luxembourg	80,2	73,0
Belgium	80,2	73,4
Olaszország	81,4	74,9
Ausztria	80,1	73,6
Hollandia	80,4	74,6
Németország	79,7	73,3
Írország	78,6	73
Svédország	81,4	76,2
Egyesült Királyság	79,2	74,0
Görögország	80,3	75,0
Dánia	77,8	72,7

Születéskor várható átlagos élettartam Magyarországon és az Európai Unió országokban 1995-ben (Eurostat, 1997, KSH, 2002)

Dr. Csoboth Csilla
Simmelweis Egyetem
Magartástudományi Intézet
1088 Budapest, Nagyvárad tér 4.

fiak születéskor várható átlagos élettartamához képest, de még mindig lényegesen alacsonyabb, mint a Nyugat Európai nőké. (1. táblázat)

A csecsemőhalálozás az 1960-as évek óta lényegesen csökkent, 47,6 egy éven aluli meghalt / 1000 élveszületésről 8,1/1000 élveszületésre csökkent 2001-re, ami az újszülött és csecsemő ellátás jelentős fejlődésének köszönhető. A leány csecsemők halálozási rátája 2001-ben 7,5 halálozás / 1000 élveszületés volt, amely valamivel alacsonyabb, mint a fiúké (8,7 / élveszületés). 2001-ben összesen öten haltak meg terhesség, szülés és gyermekágy szövődései miatt. Ez szintén nagyon alacsony aránynak számít az EU országaihoz képest is és ez is tükrözi a szülészeti és nőgyógyászati szakellátás jelentős fejlődését az elmúlt néhány évtizedben.

A halálozási arányszámok részletesebb áttekintésénél, a születéskor várható élettartam mellett, viszont felfedezhető, hogy a magyar nők egészségi állapota nemcsak, hogy az EU országokhoz képest, de a magyar 1960-as években található halálozási arányszámokhoz képest is lényegesen alacsonyabb. 1960-ban a nők halálozási arányszáma 9,65 / 1000 lakos volt, ami a nyolcvanas és kilencvenes években 12,43 illetve 12,76 / 1000 lakosra emelkedett. 2001-re már egy enyhe csökkenés figyelhető meg, a halálozási arányszám 11,94 volt 1000 lakosra számítva. A leggyakoribb halálok 2001-ben a nők körében az egyéb ischaemiás szívbetegség volt, melyet az agyérbetegség követett. A 2. táblázat összefoglalja a főbb halálozási okok halálozási arányait a magyar nők körében.

A nők körében előforduló testi betegségek ma leginkább a nem fertőző betegségek jelentik. A WHO adatai szerint a halálozás 86%-a megelőzhető,² nem fertőző betegségeknek tudható be. A szívérrendszeri betegségek rizikófaktorai, a dohányzás, magas koleszterin tartalmú étrend, és a magas vérnyomás mind szignifikánsan magasabb arányban fordulnak elő a magyar nőknél. Nőknél az összhálaózás 9%-a hozható kapcsolatba dohányzással. A MONICA Project adatai viszont azt mutatják, hogy elhízásban, pontosabban a derék-csípő arányban, nem különböznek szigni-

fikánsan a magyar nők a Nyugat Európában élő nőktől.³ A leggyakoribb daganatos megbetegedések a nők körében a mell, vastag/végbél, méhnyak, gyomor és tüdő rák volt 1990-es években. Sérülések, legfőként a menopauza hatására kialakult csonttrikulás miatti combnyaktörés magas arányban teszi rokkanttá a nők magas arányát.

A nők fogamzóképessége és a nem kívánt terhesség megelőzése fontos megemlítendő kérdés a nők egészségével kapcsolatosan. Magyarországon a nőgyógyászati szakellátás minősége széles skálán mozog. Bizonyos régiókban az orvosok és egyéb egészségügyi dolgozók attitűdjei a nőkkel szemben meghatározó pl. a korszerű fogamzásgátlás alkalmazásánál. A reprodukív egészség terén a magyar nők bizonyos mutatókban jóval alul maradnak az európai átlagnál. Ahogy korábban említettem a csecsemő és anyai halálozás jelentősen csökkent, viszont továbbra is magas a művi vetélések száma és egyre alacsonyabb a vállalt terhességek és az élveszületések száma. Pedig a fiatal nők körében az átlagos kívánt gyermekszám 2 és 3 között van, tehát fiatal korban még úgy tervezik az életet, hogy nagyobb gyermekszámú családot alapítanak⁴. A reprodukív arány is folyamatosan csökken az 1960-as évektől kezdve.

Az abortusz legalizálása Magyarországon 1956-ban történt, amikor is feltétel nélkül lehetett a művi vetélést mint fogamzásgátlási módszert alkalmazni, majd 1993-ban életbelépett a magzatvédelmi törvény, amely újrashabályozta az engedélyezéseket. Ez az abortuszok számának csökkenéséhez vezetett, de még mindig magasabb a Nyugat Európai statisztikákhoz képest (3. táblázat). 2001-ben Magyarországon 22,2 abortusz volt ezer 15-49 éves nőre, ez megfelel 58,1 abortusznak 100 élveszületésre. A nők 27,5%-a egyáltalán nem védekezik.⁵

A magyar nők leggyakoribb pszichés problémája a depresszió.⁶ Magyarországon a nők 9,5%-a számolt be depressziós tünetekről 2000-ben.⁷ Hosszútávon a depresszió jelenléte növeli a testi betegségek előfordulásának kockázatát és az önkárosító magatartásformák kialakulását⁸ és lényegesen csökkenti a munkaképességet. A depresszióval szoros

összefüggésben megjelenő öngyilkossági gondolatok, öngyilkossági kísérletek és befejezett öngyilkosság a nők körében gyakori. 2001-ben 697 magyar nő halt meg öngyilkosság következtében. Iskolás lányok körében végrehajtott felmérés adatai szerint a 15-24 éves fiatal nők leggyakoribb egészségügyi problémája 1998-ban a depressziós tünetegyüttes volt, a minta 25,7% jelezte ennek jelenlétét. A tünetek közül a leggyakoribb volt az önvádás (52%), a fáradékonyság (50%), az elégedetlenség és a közömbösség (33%).⁴ A fiatal nők 29,7%-a számolt be öngyilkossági gondolatokról, a minta 5,2%-nak pedig öngyilkossági kísérlete is volt.⁹ Az öngyilkosság problémában érintett lányok jelentősen rosszabbnak ítélték meg egészségi állapotukat, gyakrabban szedtek rendszeresen gyógyszert és többször fordultak panaszaiikkal orvoshoz. A vizsgálat eredményei azt is mutatták, hogy az öngyilkossági probléma szorosan összefüggött a rosszabb iskolai teljesítménnyel, a rosszabb közérzettel az iskolában és a gyakori iskolai hiánnyal.

Speciálisan a nők körében előforduló pszichés zavarok a terhesség alatti depresszió, postpartum blues, a post-partum depresszió. A terhesség alatti depresszió közvetlen hatása a magzat fejlődésére még nem ismert, de közvetett hatása, pl. önkárosító magatartásformák keresztül, nyilvánvaló. Magyarországon, lakossági felmérések szerint a terhes nők 5,5-13,6%-a súlyos vagy mérsékelt súlyos depressziós tünetek fennállására utal.¹⁰

A nők testi és lelki egészségével szoros összefüggésben vannak az egészségkárosító magatartásformák. A dohányzás gyakran a nem adaptív megküzdési stratégiák kialakulását tükrözi. A rendszeres alkoholfogyasztás a magyar nők körében aggasztóan magas előfordulási arányokat mutat a fejlett országokhoz képest.¹¹ A magyar nők körében az európai országokhoz képest ijesztően magas halálozási arányokat találunk az alkoholos májcirrózis vonatkozásában. A magyar nők körében 201 ezerre becsülik az alkoholisták becsült számát 2001-ben.¹ A pszichoaktív szerek fogyasztása, legfőképpen a nyugtatók és egyéb gyógyszerek abúza, a magyar nők körében gyakori. Különösen veszélyeztetett Magyarországon a fiatal

2. táblázat

Halálok	Halálozás
Légcső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganata	40,44
Heveny szívizomelhalás	88,11
Egyéb ischaemiás szívbetegség	199,94
Agyérbetegség	195,77
Emlő rosszindulatú daganata	21,5
Petefészek rosszindulatú daganata	6,06
Méhnyak rosszindulatú daganata	5,29
Hörghurut, tüdőtagulat és asthma	22,94
Májbetegségek	35,41
Motoros járműbalesetek	6,59
Szándékos önártalom	13,04

**Főbb halálozási arányszámok magyar nők körében,
2001 (százezer lakosra jutó halálozás) /KSH 2002/**

női populáció, akiknek körében az önkárosító magatartásformák egyre gyakrabban fordulnak elő. A fiatal nők lelki egészségével szoros összefüggésben vannak az egészségkárosító magatartás formák, melyek a fiatal nők körében gyakoriak. A dohányzás a minta 31%-ban fordult elő, ami gyakran a nem adaptív megküzdési stratégiák kialakulását tükrözi. A hétvégén nagy mennyiségű tömény alkoholfogyasztás volt leginkább jellemző erre a fiatal po-

pulációra, amely a káros alkoholfogyasztás szokásához vezethet.

Magyarországon a fiatal nők körében egyre gyakrabban előforduló egészségkárosító magatartás még a túlzott diétázás, a testsúllyal és testalakkal való túlzott foglalkozás, amely sokszor súlyos testi és lelki egészségkárosodáshoz vezethet. Általánosan elfogadott, hogy a fiatal, 15–24 év közötti nőknél az évszavarak előfordulása nőtt az utóbbi 50 évben.¹² Sajnos a diétázás, és test-

súlycsökkentés miatti önhánytatás, hashajtózás a fiatal nők 3–4%-nál fordul elő.

A bántalmazás, mint fontos egészségi állapotot befolyásoló rizikó faktor, következményeként kialakult fizikai panaszok és pszichés zavarok súlyos terhet rónak mind az egyénre, mind az egészségügyi ellátó rendszerre, mivel ezek a nők gyakrabban fordulnak orvoshoz, megoldhatatlan krónikus panaszok miatt sokszor elvesznek az ellátórendszer labirintusában. A testi, lelki és szexuális bántalmazás gyakorisága nemzetközi és hazai felmérések szerint aggasztó jelenséget tükröz. Az agresszió élménye különböző szomatikus és pszichés egészségkárosodáshoz vezethet, mint pl. krónikus fájdalom szindróma, szorongás, és depresszió. A bántalmazott nők nagy része gyakran keres orvosi segítséget, de ritkán fedi fel problémáinak tényleges okát, ezért legtöbbször felfedetlen marad problémáinak tényleges oka. Az egészségügyi rendszerben általában nem kérdezik rá a bántalmazásra, sőt gyakran az orvosokban fel sem merül a bántalmazás mint a tünetek és betegségek háttértényezője. A Jobb Egészséget a Nőknek felmérés (1998) adatai azt mutatják, hogy a fiatal nők 31%-t bántalmazták valamilyen formában, 23%-t valamilyen fontos személy, 7,4%-t pedig partnere bántalmazta élete során. Az elmúlt évben a fiatal nők 12,7%-t bántalmazták. Szexuális aktivitásra a nők 2%-a volt kényszerítve. A bántalmazás gyakrabban fordult elő olyan nőknél, akiknek alacsonyabb volt az iskolai végzettségük, és akik másokhoz viszonyítva rosszabbnak ítélték meg anyagi helyzetüket. A nem adaptív megküzdési stratégiák, mint pl. a dohányzás, alkoholfogyasztás, gyakrabban fordultak elő a bántalmazott nők körében.

Nők egészségének megőrzése

Ha megnézzük, hogy a testi és lelki egészséget hogyan definiáljuk, akkor ez a kifejezés a jólétet és a betegség hiányt jelenti. A megelőzés szempontjából lényeges kérdés, a védőfaktorok jelenléte. Ilyen védőfaktorok például az életcélok, a bizalom megléte, az alacsony ellenségesség, az erős társas támogatás. Ezen tényezők megléte mind csökkentik a depressziós tünetegyüttes,

3. táblázat

Ország	Abortusz legalizálásának éve	Terhességmegszakítások száma 15–44 éves nőre (ezer)
Magyarország	1956	22,2
Belgium	1990	6,8
Finnország	1970	10,0
Franciaország	1975	12,4
Németország	1992/1996	7,6
Írország	illegális	5,9
Olaszország	1978	11,4
Hollandia	1984	6,5
Spanyolország	1985	5,7
Egyesült Királyság	1968	15,6
Svédország	1938	18,7

Az abortuszok száma és az abortusz legalizálásának éve egyes európai országokban (Kamarás, 1999, European Commission, 1997)

az egészségkárosító magatartásformák, és a nem adaptív megküzdési stratégiák kialakulásának rizikóját. Ezen kívül, a szülők és gyermekeik magasabb iskolai végzettsége szintén erősíti az egészség esélyét, ezért nagyon fontos a nők továbbtanulásának biztosítása.

A nők egészsége az egészségügy elhanyagolt területe a Közép-Kelet Európai régióban. A fizikai és mentális betegség megelőzése minél fiatalabb korban kell, elkezdődjön, hiszen már fiatal korban alakulnak ki leginkább az önkárosító magatartásformák, mint a dohányzás, alkohol és pszichoaktív szer-fogyasztás és a negatív lelki beállítottság, megküzdési stratégiák. A betegségek megelőzése egészségmegőrző programokon keresztül, környezeti és társadalmi ártalmak csökkentésével nagyrészt hozzásegítene egy egészségesebb női nemzedékhez a régió belülről. Számítalan területén az életnek, az egészségügyön, oktatáson, munkaügyön belül, van tennivalónk a nők testi és pszichés egészségének támogatására.

Az egészség társadalom szempontjából igen fontos, hogy a női egészség kérdéseit célzottan vizsgáljuk és célzott egészségmegőrző programokat tervezzünk a nők – és így egyben

már meglévő illetve leendő családjaik – számára. Kiemelkedő jelentőségű, hogy a nők egészségmagatartását pozitív irányba befolyásoljuk, ezen keresztül a gyakori megbetegedéseket megelőzzük, és a magyar nők egészségi állapotát javítsuk. Lényeges, hogy a női lakosság életartamának meghosszabbításával csökkenjen a krónikus betegségek előfordulása, és a nők különböző generációinak az életminősége javuljon.

Irodalomjegyzék:

1. KSH Évkönyv 2001, Központi Statisztikai Hivatal, 2002
2. Brands, Annemieke, Yach, Derek, *Women and the rapid rise of noncommunicable diseases*, NMH Reader, Issue No. 1, WHO, 2002
3. Bobak, M., in *Heart Disease, Environment, Stress and Gender*; Eds.: Weidner, G., Kopp M., Kristenson M., Vol. 327 NATO Science Series: Life and Behavioural Sciences, 2002
4. Kopp, Mária, Csoboth, Csilla, Purebl, György, *Fiatal nők egészségi állapota, Szerepváltozások*, Szerk.: Pongrácz Tiborné, Tóth, István György, TÁRKI, Szociális és Családügyi Minisztérium Nőképviseleti Titkársága, 1999
5. Kamarás, Ferenc, *Terhességmegszakítások Magyarországon, Szerepváltozások*, Szerk. Pongrácz Tiborné, Tóth István György, Társi-Szociális és Családügyi Minisztérium, 1999
6. Kleiverda, Gunilla, Csoboth, Csilla, Ceapchi, Nora: *Women's health in Central and Eastern Europe, Advances in Women and Health Research*, Ed.: Kolk, A., Bekker, M., van Vliet, K., Tilburg University Press, 199–217. o., 1999
7. Zonda, Tamás, Bartos, Éva, Nagy, Gábor, *Affektív zavarok szűrése egy budapesti kerület lakosai körében*, Orvosi Hetilap 141 (2000) 601–607.
8. Kopp, Mária, Skrabski, Árpád, Szedmak, Sándor, *Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society*, Social Science & Medicine, 2000, 51: 1351–1361
9. Hajnal, Ágnes, Csoboth, Csilla, *Öngyilkossági gondolat, öngyilkossági kísérletek fiatal lányok mintájában*, *Psychiatria Hungarica* 2001, 16(2): 134–144
10. Szádóczy, Erika, Németh, Attila, *A hangulat zavarok kezelése terheségek alatt*. *Psychiatria Hungarica*, 2002, 17 (3): 259–272.
11. Csoboth, Csilla., Buda, Béla, Kopp, Mária, Birkás, Emma, *Psychosocial correlates of smoking and alcohol use in Hungary*, (könyvfejezet, 121–129. o.) , in *Heart Disease, Environment, Stress and Gender*; Eds.: Weidner, G., Kopp M., Kristenson M., Vol. 327 NATO Science Series: Life and Behavioural Sciences, 2002
12. Szumszka I., Türy F., Hajnal Á., Csoboth Cs., Purebl Gy., Réthelyi J.: *Evészavarok prevalenciája fiatal nők hazai reprezentatív mintájában*, *Psychiatria Hungarica*, 16. Évf., 2001. 4.
13. *The state of women's health in the European Community, Employment & Social affairs*, Public Health, European Commission, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1997



Dr. Tamási Gyula Gábor: Betegnek lenni Amerikában és Magyarországon

A pénzről és gyógyításról egy amerikai magyar orvos szemével

A magyar egészségügy válságban van. Ez nem újdonság, de érdekes lehet a magyar olvasónak, hogy az amerikai rendszerben is válságról beszélnek, amit mindkét társadalomban a pénz hiányával magyaráznak. Az anyagiak biztosítása mindkét rendszerben politikai csaták eredményeként történik; mindkét országban keresik az eszközöket arra, hogyan szolgálhatja hatékonyabban a pénz a gyógyítást.

A szerző három évtizedes amerikai gyakorlattal rendelkező orvos, áttekintést ad az amerikai egészségügy rendszeréről. Bemutatja, hova megy a pénz, hol van pazarlás, melyek a főbb hiányosságok és milyen módszerekkel próbálják az ellátás hatékonyságát növelni.

A magyar egészségügy helyzetét mint kívülálló szemrevételezi. Kritikusan foglalkozik olyan „örök” problémákkal, mint az alacsony fizetések, a kórházcentrikusság. Meggyőződése, hogy a változás mindkét rendszerben nem elsősorban anyagiak, hanem politikai akarat kérdése.

A könyv megrendelhető:

Minerva Kiadó
1036 Budapest, Árpád fejedelem útja 60/C
Tel: 250-41-13

A Hippocrates olvasóinak 20% kedvezménnyel: 1.400 Ft