

# A szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke hatása várandósok egészségképére és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságára

Bödecs Tamás adjunktus, M.D.<sup>1</sup>,  
 Horváth Boldizsár főiskolai tanár, M.D., PhD.<sup>2</sup>,  
 Szilágyi Enikő pszichiáter, M.D.<sup>3</sup>,  
 Diffelné Németh Marietta adjunktus<sup>1</sup>,  
 Sándor János, főiskolai tanár, M.D., PhD.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Népegészségügyi, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet, Védőnői Tanszék, Szombathely

<sup>2</sup>Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolás és Betegellátás Intézet, Szülésznői Tanszék, Szombathely

<sup>3</sup>Markusovszky Kórház, Pszichiátriai Osztály, Szombathely

<sup>4</sup>Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Népegészségügyi, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet, Népegészségügyi és Epidemiológiai Tanszék, Pécs

## Bevezetés

A depresszív és szorongásos zavarok a várandósság leggyakoribb pszichiátriai rendellenességei közé tartoznak. A prenatális depresszió gyakorisága a fejlett országokban 7% és 17% közötti (1–5), míg a várandós kismamák kb. 10%-a valamilyen szorongásos zavarban szenved (1, 5–7). A depressziós-szorongásos zavarok és a romló egészségmagatartás kapcsolatát számos hazai és nemzetközi tanulmány igazolta (8–10), ám továbbra is nyitott kérdés, hogy a lelki, hangulati élet zavarai milyen konkrét mechanizmusokon keresztül fejtik ki hatásukat. Több tanulmány látszik alátámasztani, hogy a depresszív-szorongásos zavarok a stressz-szint növelése és az adaptív viselkedés beszűkítése révén maladaptív, önkárosító magatartásformákra (dohányzás, alkoholfogyasztás, mozgásszegény életmód, evészavarok, szuicid kísérletek) hajlamosítanak (11–12). A rövid távon feszültségoldó, hosszú távon egészségkárosító magatartásformák, mintegy „öngyógyító kísérletként”, a lelki zavarok okozta pszichés tünetek enyhítését szolgálják.

A másik lehetséges mechanizmus, hogy a depresszív-szorongásos zavarok – kognitív torzításai révén – torz egészségképet tartanak fenn, ilymódon csökkentik az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságot, és fenntartják az egészségre káros magatartási tendenciákat. Az egészségjavító intervenciókra elsősorban azok fogékonyak, akik egészségüket kontrollálhatónak tartják, és saját magukat képesnek érzik sorsuk irányítására. A depresszív, szorongó

egyén viszont diszfunkcionális attitűdjei és kognitív torzulásai miatt helyzetét kontrollálhatatlannak tartja, önértékelése csökken (13–14), ez bénultságérzéshez, a kezdeményezőkézség, illetve az én-hatékonyság csökkenéséhez vezet (15–16). A szorongók hajlamosak egészségüket külsődleges okokkal magyarázni, és egészségük kontrollját mások kezébe adni (17). A depresszív-szorongásos zavarok csökkent társas támogatottsággal, szociális izolációval társulnak (18), ez mind kognitív, mind technikai értelemben a cselekvési tér beszűkülését vonja maga után. A társadalmi bizalom és kölcsönösség hiányával, valamint az alacsony civil támogatottsággal leírható csökkent társadalmi tőke rossznak ítélt saját-egészséggel (19), és a szorongásoldó-nyugtató gyógyszerek megnövekedett használatával (20) jár együtt. Mindent összevetve, a szorongásos-depresszív zavarok a hozzájuk társuló alacsony önértékeléssel és csökkent társadalmi tőkével karöltve csökkentik az egészség kontrollálhatóságába vetett hitet, külső okokból álló egészségmagyarázatokra hajlamosítanak, csökkentik az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságot, ilymódon korlátozzák azok hatékonyságát.

A fentiekből kiindulva tanulmányunkban elsődlegesen azt vizsgáltuk, milyen hatással van a prenatális szorongás, a depresszió, valamint az ezekkel összefüggő önértékelés és a társadalmi tőke a várandós nők egészségképére. Mivel egy korábbi közleményünkben az egészségkép és az intervenciók iránti nyitottság szoros kapcsolatát tártuk fel, célszerűnek láttuk, ha vizsgálatunkat egyidejűleg kiterjesztjük az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra is (21).

## 1. táblázat

**A szorongás, depresszió, önértékelés és a társadalmi tőke értékeinek megoszlása**

	Átlag	95%-os megbízhatósági tartomány
Szorongás	39,23	38,38–40,09
Depresszió	5,98	5,28–6,68
Önértékelés	32,86	32,35–33,36
Bizalom hiánya	1,70	1,61–1,79
Kölcsönösség	1,89	1,78–2,00
Támogatottság	2,40	2,31–2,48

**Minta és módszer**

Szombathely város 18 védőnői körzetéből 10 körzetet vontunk be felmérésünkbe. Az így kialakított területen populációs alapú monitoringot hoztunk létre, ahol 2008. 02. 01. és 2009. 02. 01. között minden nyilvántartásba kerülő várandós-ról rendszeres adatgyűjtést folytattunk. A vizsgálatban való részvétel önkéntes és anonim volt. Az adatgyűjtés részletes bemutatását, valamint függő változóink, az egészségkép faktorainak meghatározását és az elvárt intervenciók kérdőívének részletes bemutatását illetően korábbi közleményünkre utalunk, a továbbiakban ezeknek csak rövid leírását adjuk (21).

**Egészségkép**

Válaszadóink egészségről-betegségről alkotott hiedelmét *Staiton Rogers* kérdőívének (*Health and Illness Scale*) második blokkjával mértük fel (22). Az egészség-hiedelmek belső struktúrájának vizsgálatára a fenti kérdőív tételeit faktorelemzésbe vontuk, amelynek során először főkomponens elemzéssel az egynél nagyobb sajátértékű faktorok számát állapítottuk meg. Az alacsony kommunalitású tételektől lépésenként megválvá, a maradék tételekkel, Varimax rotációval, legnagyobb valószínűség becsléssel faktoranalízist végeztünk. Az adott faktorba tartozás feltételül a 0,40-nél magasabb faktorsúlyt vettük (23). Az ennél kisebb faktorsúlyú tételektől lépésenként megváltunk. Az így kapott faktorstruktúrának megfelelően az egyes egészségmagyarázó faktorokat új standardizált változóként kezeltük a további elemzésekben.

**Elvárt segítség**

Válaszadóink hét intervenciósi lehetőséget pontozhattak annak megfelelően, hogy az számukra mennyire jelentene segítséget várandósságuk alatt. (1 = egyáltalán nem segítene, 5 = feltétlenül szükségem lenne rá). Felajánlott intervencióink az alábbiak voltak: „egészségügyi ellátás javítása”, „ismeretadás”, „érzelmi támogatás”, „technikai dolgok begyakorlása”, „hasonló helyzetű kismamákkal való találkozás”, „lelki problémák megbeszélése”, „tápanyagok vitaminnal történő dúsítása”.

**Független változók**

A depressziót a *Beck Depresszió Kérdőív (BDI)* (24) magyar nyelvű, hazai viszonyokra adaptált, rövidített, 9 tételes változatával (25) mértük, melynek pontszámait az eredeti 21 tételes kérdőív pontszámaira konvertáltuk (26). A szorongást a *Spielberger-féle szorongás kérdőív* magyar nyelvű változatának vonás-szorongásra vonatkozó blokkjával (*STAI-T*) mértük (27–28). Az önértékelést a *Rosenberg-skálával (RSEC)* (29), a társadalmi tőkét a környezetbe vetett bizalom, a kölcsönösség, és a civil szférából érkező támogatás dimenziói mentén vizsgáltuk (30). A bizalmat és a kölcsönösséget a „Az emberek általában önzőek, mások rovására próbálnak boldogulni”, illetve a „Ha valami jót teszek valakivel, joggal várhatom el azt, hogy velem szemben is így viselkedjenek” kérdésekre adott válaszok 0–3 közötti skáláival (0 = nem értek vele egyet, 3 = teljesen egyetértek) mértük. A támogatottságot a „Nehéz helyzetben mennyi segítségre számíthat?” kérdésre adott válaszokkal értékeltük (0 = nem számíthatok; 1 = kevés segítségre számíthatok; 2 = mint általában az emberek; 3 = több segítségre számíthatok).

**Demográfiai adatok**

Kérdőívünkben az alábbi demográfiai változókat rögzítettük: életkor, iskolai végzettség, családi állapot, szocio-ökonomiai státusz, testvérek száma, rendelkezik-e munkahellyel (igen-nem). A szocio-ökonomiai státuszt a négy változóból (autó-, számítógép-, saját szoba-tulajdon és családi nyaralás) képzett *Családi Jómódúsági Skálával* mértük (31).

Adataink feldolgozásához az SPSS for Windows v. 11,5 software-t használtuk, összefüggéseinket többváltozós lineáris regresszió segítségével elemeztük. Kategorikus változóinkat (iskolai végzettség, a családi állapot, és a munkahellyel való rendelkezés) „dummy” változóként léptettük be modelljeinkbe.

**Eredmények**

Résztevőink átlagéletkora 29,57 év (standard deviáció/SD = 5,17), átlagosan 1,7 testvérük van (SD = 1,6). Válaszadóink 58,3%-a férjezett, 33,9%-a élettársi kapcsolatban él,

7,8% egyedülálló (hajadon vagy elvált). Közép- vagy felsőfokú végzettségű 35,1%, illetve 38,7%, míg 26,2%-nak középfokúnál alacsonyabb iskolai végzettsége van. Munkahellyel 84,3%-uk rendelkezik. Demográfiai változóink részletes megoszlásának bemutatását illetően a már említett korábbi közleményünkre utalunk (21). A szorongás, a depresszió, az önértékelés és társadalmi tőke elemeinek átlagértékeit az 1. táblázatban tüntettük fel.

### Egészségkép

Az egészségkép vonatkozásában a fenti módszerrel egy hat faktoros egészségkép-modellt kaptunk, melyben faktoraink együttesen az eredeti változókészlet varianciájának több mint a felét (56,8%-át) magyarázták (21). Első faktorunkat (lelki állapot) az „erőim felhasználása”, a „pozitív gondolkodás”, a „boldogság-keresés”, a „belső konfliktusokkal való szembenézés”, és a „sorsom irányítása” tételek alkották. A II. faktor (környezet) a „lakáshelyzetem alakulása”, „munkahelyi környezet”, „családi körülmények”, „munkahelyi kapcsolatok” tételekből állt össze. A III. faktort (végzet) az „időjárás”, „jó- vagy balszerencse”, „véletlen”, „természetfeletti erők” és a „jövőbeli váratlan események” tételek alkották. A IV. faktor (külső hatások) alkotói: „szakkönyvek tanácsainak megfogadása”, „orvosi kezelések”, „életkor”, „fertőzések”, „káros környezeti hatások elkerülése” és a „vitaminok, erősítő-szerek szedése” tételek voltak. Az V. faktort (megelőzés) mindössze két tétel alkotta: „orvosi szűrővizsgálaton való részvétel” és „orvosi tanácsok megfogadása”. A VI. faktorba (közeli kapcsolatok) szintén két tétel került: „családommal, barátaimmal való kapcsolat” és „családomtól, barátaimtól kapott tanácsok”.

### Az egyes intervenciók iránti nyitottság

Válaszadóink szignifikánsan a legmagasabb átlagpontszámmal az „élelmiszerek dúsítása” intervenciót illették, azaz ezt tartották legfontosabbnak. Ugyancsak szignifikáns mértékben, a leginkább az „érzelmi támogatást” utasították el, ez kapta a legalacsonyabb átlagpontszámot. A többi lehetséges intervenció preferenciái között nem volt szignifikáns különbség (21).

### Az egészség-kép és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottság összefüggései a szorongással, a depresszióval, az önértékeléssel, a társadalmi tőkével és a demográfiai tényezőkkel

A továbbiakban először az egészségkép hat faktorát, majd a hét intervenció lehetőségét, mint függő változókat, egyenként összevetettük független változóinkkal, hogy lássuk, a szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke, demográfiai tényezőink kontroll alatt tartásával, mennyiben határozzák meg válaszadóink egészségképét és az adott intervenciók iránti nyitottságát. A hat egészségkép

faktorok és a hét intervenció lehetőségnek megfelelően hat, illetve hét modellt kaptunk. A 2. és a 3. táblázat tartalmazza az így felépített modellek szignifikancia-szintjeit (modell p), a modellek magyarázó-értékeit (modell R<sup>2</sup>) és az egyes változókkal való összefüggéseket. Az egészségkép vonatkozásában a „környezet” és a „külső hatások” faktorokra nem kaptunk szignifikáns modellt, csakúgy, mint az „ismeretadás” intervenció esetében. Szignifikancia-közeli modellt kaptunk a „lelki problémák megbeszélése” intervenció lehetőségére. Minden további modellünk szignifikáns volt (p<0,05), a magyarázóerők az egészségkép faktorainak esetében 7,8% és 15,7% között voltak, az intervenciók esetében 7,8% és 9,6% között mozogtak.

### Megbeszélés

A depresszió egyetlen tényező tekintetében mutatkozott szignifikáns hatásának: negatívan korrelált a „megelőzés” faktorral. A szorongás ellenben pozitívan korrelált ugyan ezen faktorral, csakúgy, mint az „élelmiszerek dúsítása” intervencióval. A szorongás pozitívan korrelált még a „lelki problémák megbeszélése” intervencióval is, ám ez esetben maga a modell csak marginálisan volt szignifikáns. Az önértékelés a „lelki állapot” és a „megelőzés” faktorokkal korrelált pozitívan, bár az utóbbi esetben a hatás csak szignifikancia-közelinek mutatkozott. A társadalmi bizalom hiánya az „érzelmi támogatás” és az „élelmiszerek dúsítása” intervenciókkal mutatott fordított irányú kapcsolatot. Szignifikancia-közeli volt a kölcsönösség szerepe a „technikai jellegű ismeretek begyakoroltatása” intervenció vonatkozásában, míg a civil támogatottság a „kortárs csoportokban való részvétel” és a „technikai jellegű ismeretek begyakoroltatása” intervenciókra volt pozitív hatással.

A demográfiai tényezők közül a munkahellyel való rendelkezés és a szocio-ökonómiai státusz hatástalannak bizonyultak, bár az utóbbi marginális hatással volt a „kortárs csoportokban való részvétel” vonatkozásában. A „végzet” szerepét hangsúlyozták azok, akiknek több testvérük van. A felsőfokú végzettségük nem tartják fontosnak az „egészségügyi ellátás javítását”, a középfokúnál alacsonyabb végzettségük pedig (marginális szignifikancia mellett) elutasítják a „lelki állapot” szerepét. A legmeghatározóbb szerepet kétségtelenül az életkornak, és a családi állapotnak kell tulajdonítanunk. Az életkor pozitívan korrelált a „lelki állapot” egészségkép-faktorral, és negatívan korrelált a „technikai jellegű ismeretek begyakoroltatása” és a „kortárs csoportokban való részvétel” intervenciókkal. Az egyedülálló fontosnak tartják a „lelki állapot” és a „közeli kapcsolatok” egészségkép-faktorokat, valamint az „élelmiszerek dúsítása” intervenció szerepét. Az élettársi kapcsolatban élők a lehetséges intervenciók közül az „érzelmi támogatást” és a „lelki problémák megbeszélését” preferálnák, ez utóbbi modellt, mint tudjuk, csak marginálisan szignifikáns. Mind az egyedülállók, mind az élettársi kapcsolatban élők (szignifikancia-közeli szinten) fontosnak tartják a „megelőzést”.

Összegezve megállapíthatjuk, hogy modelljeink az egészségkép faktorait 7,8%–5,7%-ban, az intervenciók lehe-

tőségek iránti nyitottságot 7,8%–9,6%-ban magyarították. Tekintettel arra, hogy az egészségkép és az intervenció preferencia igen szerteágazó gyökerekből táplálkozó kognitív struktúrák, a fenti magyarázóerők meglehetősen jónak mondhatók. A szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke, a demográfiai tényezők kontroll alatt tartása mellett is, hatással voltak várandósaink egészségképére és intervenció preferenciáikra, bár ez a hatás mérsékeltnak mondható. A társadalmi tőke egyáltalán nem volt hatással az egészségképre, de hétből öt intervenció preferenciát befolyásolt. Azok, akik környezetükkel szemben bizalmatlanok, sem az interperszonális kapcsolatra épülő érzelmi támogatásra, sem a személyes részvételt egyáltalán nem igénylő élelmiszer-dúsításra nem fogékonyak, azaz intervenció szempontból igen nehéz célcsoportnak tekinthetők. Mérhető viszont a civil támogatottság pozitív szerepe: azok, akik kiterjedt emberi kapcsolatrendszerrel jellemezhetők, még inkább igénylik a kortárs kapcsolatokat, és nyitottak a szintén társas helyzeteket feltételező technikai jellegű oktatásokra, képzésekre. Bár nem szignifikáns szinten, de hasonló hatás mérhető a kölcsönösség vonatkozásában is. Az önértékelés az intervenció preferenciákra nem volt hatással, viszont elmondhatjuk, hogy a magasabb önértékelésűek fontosabbnak tartják a lelki állapot egészségben betöltött szerepét, és nyitottabbak az orvosi szűrővizsgálaton való részvétel, és az orvosi tanácsok megfogadása irányába.

Demográfiai tényezőink hatásait elemezve megállapíthatjuk, hogy a testvérek számának és az iskolai végzettségnek csekély szerepe volt. Az, hogy akiknek több testvérük van, inkább vélekednek úgy, hogy egészségüket végzettszerű hatások befolyásolják, inkább valamilyen kulturális (vallási, etnikai?) háttérű zavaró tényező szerepét valószínűsítik. A felsőfokú végzettségűek egészségügyi ellátással szembeni elutasító attitűdje több módon is értelmezhető. Lehet, hogy eleve jó egészségi állapotnak örvendenek, és az ellátás javítása nem jelenik meg szükségletként, másrészt eddig is hozzáfértek ahhoz, amire e vonatkozásban szükségük volt. Nem szorul értelmezésre, hogy inkább a fiatalok igénylik a kortársak támogatását és a technikai dolgok begyakoroltatását, az idősebbek pedig fontosnak tartják a lelki állapotot. Az egyedülálló és az élettársi kapcsolatban élők egészségképéből és intervenció preferenciáiból pedig egyértelműen az emberi kapcsolatok és az érzelmi, lelki támogatás iránti igény fogalmazódik meg!

Kiinduló kérdésünk, a szorongás és a depresszió hatásainak tekintetében kijelenthetjük, hogy szám szerint mindössze három tényező esetében bizonyultak szignifikánsnak. A szorongók igénylik a lelki támogatást és preferálják az élelmiszerek dúsítását. Mindkettőből tükröződik a szorongásos kognitív beállítódás: a dependencia igény, és a kontroll átengedése. Látszólag ellentmond ennek, hogy a szorongás pozitívan korrelált az egyéni aktivitást feltételező „megelőzés” faktorról. Ne feledjük azonban a faktort alkotó tételeket („*orvosi szűrővizsgálaton való részvétel*”, „*orvosi tanácsok megfogadása*”), és joggal feltételezhetjük: a szorongásra jellemző aggodáson túl megjelenik itt a nemzetközi szakirodalomban „*Powerful Others Health Locus of*

*Control*”-nak aposztrofált fogalom – a kontrollt az általuk hatékonynak, „*erősnek*”, „*hatalmasnak*” ítélt személyek kezébe adják át (17). A depresszió ellenben negatívan korrelált a „*megelőzés*” faktorról, azaz tetten érhető, hogy a depressziós kognitív torzulások, a reménytelenség és a jövőtlenség érzése, egy egészségkép faktor elutasításán keresztül szignifikánsan beszűkítik a megelőzés lehetőségeit. Mindezekből megállapítható, hogy a szorongás és a depresszió hatása egyáltalán nem érdektelen az intervenció szempontjából: míg a szorongás – igaz, torzult kognitív sémákból kiindulva – de növeli a megelőző jellegű beavatkozások iránti nyitottságot, addig a depresszió épp ellenkező hatású.

## Összefoglalás

Korábbi tanulmányokból ismeretes a szorongás, a depresszió és a rossz egészségmagatartás összefüggése. Vizsgálatunkban a prenatális szorongás, depresszió, valamint az ezekkel összefüggő önértékelés és társadalmi tőke várandós nők egészségképére, és egészségjavító intervenció iránti nyitottságára gyakorolt hatását igyekeztünk feltárni. Fenti változóink (a demográfiai tényezők kontroll alatt tartásával) a hat egészségkép faktorból a „*megelőzés*” faktorra gyakorolták a legmarkánsabb hatást, a szorongás és az önértékelés növeli az orvosi tanácsadások és szűrővizsgálatok iránti nyitottságot, míg a depresszió csökkenti ezt. A lelkiállapot fontosságát vallják a magasabb önértékelésűek, a szorongók szerint az élelmiszerek dúsításával, és a lelki problémák megbeszélésével segíthetünk a legtöbbet. A társadalmi tőke nem volt hatással az egészségképre, de az intervenció iránti nyitottságra igen: a környezetükkel szemben bizalmatlanok mind az élelmiszerek dúsítását, mind az érzelmi támogatást elutasítják, míg a nagyobb civil támogatottságot élvezők nyitottabbak a kortársak támogatására és a technikai jellegű ismeretek elsajátítására. Demográfiai tényezőink közül az életkor és a családi állapot volt a legerősebb hatással: az idősebbek fontosnak tartják a lelki állapotot, a fiatalok a technikai jellegű ismeretek begyakoroltatását és a kortárs csoportokban való részvételt igénylik. Az egyedülálló és az élettársi kapcsolatban élők az emberi kapcsolatokat és az érzelmi, lelki támogatást igénylik.

## Summary

As it is known from previous studies, there is a correlation among anxiety, depression and improper health behavior. In our study we are aiming at looking into the impact of prenatal anxiety, depression as well as self-esteem and social capital on health-belief and openness towards health-improving interventions in case of pregnant women. The above mentioned factors (while keeping the demographical factors under control) have made the most remarkable impact from the six health-belief factors on the „*prevention*” factor. Anxiety and self-esteem increase openness towards medical counseling and screening tests, whereas depression decreases it. Those with higher self-esteem consider mental health very important, on the contrary those suffering from anxiety

consider food-fortification and talking over mental problems the best possible help. Social capital seems to have no impact on health-belief but a considerable one on openness towards interventions; those who lack social trust reject both food-fortification and emotional support, while those enjoying greater civil support are more open-minded towards peer support and the acquisition of technical knowledge. Among

the demographical factors age and marital status have created the biggest impact; the older ones consider mental health very important, while among the younger ones there is a demand for drilling in technical knowledge and for participation in peer groups. The single ones and those living in life partnerships show demand for human relationships as well as for emotional and mental support.

IRODALOM

1. Andersson, L.–Sundström-Poromaa, I.–Bixo, M.: „Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study.” In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3(189), 148–154. (2003)
2. Bennett, H. A.–Einarson, A.–Taddio, A.–Koren, G.–Einarson, T. R.: „Prevalence of depression during pregnancy: systematic review.” In: *Obstetrics and Gynecology*, 103(4), 698–709. (2004)
3. Evans, J.–Heron, J.–Francomb, H.–Oke, S.–Golding, J.: „Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth.” In: *British Medical Journal*, 323: 257–260. (2001)
4. Gavin, N. I.–Gaynes, B. N.–Lohr, K. N.–Meltzer-Brody, S.–Gartlehner, G.–Swinson, T.: „Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence.” In: *Obstetrics and Gynecology*, 106(5), 1071–1083. (2005)
5. Heron, J.–O’Connor, T. G.–Evans, J.–Golding, J.–Glover, V.: „The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample.” In: *Journal of Affective Disorder*, 80(1), 65–73. (2004)
6. Andersson, L.–Sundström-Poromaa, I.–Wulff, M.–Aström, M.–Bixo, M.: „Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome.” In: *Obstetrics and Gynecology*, 104 (3), 467–476. (2004)
7. Berle, J. O.–Mykletun, A.–Daltveit, A. K.–Rasmussen, S.–Holsten, F.–Dahl, A. A.: „Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy.” In: *Archives of Womens’ Mental Health*, 8, 181–189. (2005)
8. Pajulo, M.–Savonlahti, E.–Sourander, A.–Helenius, H.–Piha, J.: „Antenatal depression, substance dependency and social support.” In: *Journal of Affective Disorder*, 65(1), 9–17. (2001)
9. Döme, P.–Rihmer, Z.–Gonda, X.–Pestality, P.–Kovács, G.–Teleki, Z., et al.: „Cigarette smoking and psychiatric disorders in Hungary.” In: *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9, 145–148. (2005)
10. McConnel, S.–Jacka, F. N.–Williams, L. J.–Dodd, S.–Berk, M.: „The relationship between depression and cardiovascular disease.” In: *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9: 157–167. (2005)
11. Kopp, M.–Skrabski, Á.: *Magyar lelkiállapot. Végeken Alapítvány, Budapest, 1995.*
12. Kopp, M.: „A reménytelenség szerepe a betegségek létrejöttében, ennek jelentősége a mai magyar társadalomban.” *Kórház*, 3, 4–10. (1997)
13. Seretti, A.–Olgiate, P.–Colombo, C.: „Components of self-esteem in affective patients and non-psychiatric controls.” In: *Journal of Affective Disorder*, 88, 93–98. (2005)
14. Benetti, C.–Kambouropoulos, N.: „Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem.” In: *Personality and Individual Differences*, 41, 341–352. (2006)
15. Pakenham, K. I.–Smith, A.–Rattan, S. L.: „Application of a stress and coping model to antenatal depressive symptomatology.” In: *Psychology, Health, & Medicine*, 12(3), 266–277. (2007)
16. Roesch, S. C.–Weiner, B.–Vaughn, A. A.: „Cognitive approaches to stress and coping.” In: *Current Opinion in Psychiatry*, 15(6), 627–632. (2002)
17. Asadi-Pooya, A. A.–Schilling, C. A.–Glosser, D.–Tracy, J. I.–Sperling, M. R.: „Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression, and seizure control.” In: *Epilepsy & Behavior*, 11, 347–350. (2007)
18. Kopp, M.: „A hangulatzavarok népegészségügyi jelentősége.” In: Szádóczky, E.–Rihmer, Z., (szerk.): *Hangulatzavarok. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 418–432. 2001.*
19. Subramanian, S. V.–Kim, D. J.–Kawachi, J.: „Social trust and self-related health in US communities: A multilevel analysis.” In: *Journal of Urban Health*, 79, 521–534. (2002)
20. Johnell, K.–Lindström, M.–Melandar, A.–Sundquist, J.–Eriksson, Ch.–Merlo, J.: „Anxiolytic-hypnotic drug use associated with trust, social participation, and miniaturization of community: A multilevel analysis.” In: *Social Science & Medicine*, 62, 1205–1214. (2006)
21. Bödecs, T.–Horváth, B.–Kovács, L.–Diffellné Németh, M.–Sándor, J.: „Az egészségkép hatása az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra magyar várandósok körében.” In: *Egészségfejlesztés*, 50, 33–40. (2009)
22. Staiton Rogers, W.: *Explaining Health and Illness: An Exploration of Diversity. Wheatsheaf, London, 1991.*
23. Füstös, L.–Kovács, E.–Meszéna, Gy.–Simonné Mosolygó, N.: *Alakfelismerés: Sokváltozós statisztikai módszerek. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2004.*
24. Beck, A. T.–Ward, C. H.–Mendelson, M.–Mock, J.–Erbaugh, J.: „An inventory for measuring depression.” In: *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571. (1961)
25. Skrabski, Á.–Kopp, M.–Rózsa, S.–Réthelyi, J.–Rahe, R. H.: „Life meaning: An important correlate of health in the Hungarian population.” In: *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 78–85. (2005)
26. Pék, Gy.–Égerházi, A.–Kovács, M.: „Pszichológiai tesztek, diagnosztikai kérdőívek, tünetbecslő skálák.” In: Kovács, M.: *Időskori depresszió és szorongás. Springer Tudományos Kiadó, Budapest, 141–157. 2003.*
27. Spielberger, C. D.–Goesuch, R. L.–Luschene, R. E.: *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, 1970.*
28. Sipos, K.–Sipos, M.: „The development and validation of the Hungarian form of the State-Trait Anxiety Inventory.” In: Spielberger, C. D.–Diaguerro, R. R.: *Cross-Cultural Anxiety. Hemisphere Publishing Corporation, Washington. New York. London, 27–39. 1983.*
29. Rosenberg, M.: *Society and the Adolescent Self-Image. Princeton University Press, Princeton NJ, 1965.*
30. Skrabski, A.–Kopp, M.–Kawachi, I.: „Social capital and collective efficacy in Hungary: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates.” In: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 340–5. (2004)
31. Aszman, A.: *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Országos Gyermekégeszségügyi Intézet, Budapest, 2003.*

## 2. táblázat

**A szorongás, a depresszió, az önértékelés,  
a társadalmi tőke és a demográfiai tényezők hatása az egészségképre**

Lelki állapot	Modell p<0,001 Béta	Modell R <sup>2</sup> : 0,157 p
Önbecsülés	0,19	0,01
Szorongás	-0,01	0,93
Depresszió	0,06	0,44
Bizalom hiánya	-0,01	0,9
Kölcsönösség	-0,04	0,5
Civil támogatottság	-0,05	0,44
Életkor	0,21	0
Munkahely	0,05	0,47
Szocio-ökönómiai státusz	0,03	0,62
Testvérek száma	0,03	0,67
Családi állapot		
Egyedülálló	0,15	0,01
Élettárs	0,06	0,32
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	-0,13	0,07
Középfokú	-0,08	0,24

  

Környezet	Modell p: ns. Béta	Modell R <sup>2</sup> : 0,063 p
Önbecsülés	0,12	0,09
Szorongás	0,15	0,07
Depresszió	-0,05	0,54
Bizalom hiánya	-0,04	0,53
Kölcsönösség	0,1	0,12
Civil támogatottság	-0,04	0,56
Életkor	-0,12	0,08
Munkahely	0,09	0,22
Szocio-ökönómiai státusz	-0,03	0,66
Testvérek száma	0,01	0,85
Családi állapot		
Egyedülálló	0,11	0,08
Élettárs	0,12	0,06
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	-0,01	0,84
Felsőfokú	0,01	0,87

  

Végzet	Modell p<0,01 Béta	Modell R <sup>2</sup> : 0,114 p
Önbecsülés	-0,06	0,39
Szorongás	0,06	0,5
Depresszió	0,06	0,4
Bizalom hiánya	0,07	0,26
Kölcsönösség	0,09	0,16
Civil támogatottság	-0,03	0,56
Életkor	-0,03	0,64
Munkahely	0,07	0,31
Szocio-ökönómiai státusz	0,04	0,58
Testvérek száma	0,18	0
Családi állapot		
Egyedülálló	0,07	0,26
Élettárs	-0,01	0,86
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,1	0,15
Felsőfokú	0	0,99

## FELMÉRÉSEK

Külső hatások	Modell p: ns	Modell R <sup>2</sup> : 0,052
	Béta	p
Önbecsülés	0,11	0,14
Szorongás	0,09	0,32
Depresszió	-0,07	0,35
Bizalom hiánya	-0,05	0,48
Kölcsönösség	0,05	0,47
Civil támogatottság	0,1	0,1
Életkor	0,04	0,52
Munkahely	0,03	0,68
Szocio-ökönómiai státusz	0,01	0,93
Testvérek száma	0,05	0,4
Családi állapot		
Egyedülálló	0,01	0,91
Élettárs	-0,08	0,22
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	-0,03	0,64
Felsőfokú	-0,15	0,03

  

Megelőzés	Modell p<0,05	Modell R <sup>2</sup> : 0,079
	Béta	p
Önbecsülés	0,14	0,06
Szorongás	0,25	0
Depresszió	-0,15	0,04
Bizalom hiánya	-0,04	0,58
Kölcsönösség	0,02	0,74
Civil támogatottság	0,11	0,08
Életkor	0	1
Munkahely	0,08	0,26
Szocio-ökönómiai státusz	-0,03	0,65
Testvérek száma	0,06	0,3
Családi állapot		
Egyedülálló	0,12	0,06
Élettárs	0,11	0,07
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,02	0,81
Felsőfokú	-0,06	0,39

  

Közeli kapcsolatok	Modell p<0,01	Modell R <sup>2</sup> : 0,099
	Béta	p
Önbecsülés	0,04	0,57
Szorongás	-0,07	0,43
Depresszió	-0,03	0,64
Bizalom hiánya	0,06	0,37
Kölcsönösség	0,11	0,09
Civil támogatottság	0,05	0,44
Életkor	-0,07	0,3
Munkahely	-0,06	0,4
Szocio-ökönómiai státusz	-0,09	0,21
Testvérek száma	0,04	0,54
Családi állapot		
Egyedülálló	0,15	0,02
Élettárs	0,06	0,33
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,07	0,28
Felsőfokú	0,11	0,1

3. táblázat

**A szorongás, a depresszió, az önértékelés, a társadalmi tőke és a demográfiai tényezők hatása az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra**

Egészségügyi ellátás	Modell $p < 0,05$ Béta	Modell $R^2$ : 0,082 p
Önbecsülés	0,1	0,18
Szorongás	0,08	0,32
Depresszió	0,02	0,76
Bizalom hiánya	-0,04	0,51
Kölcsönösség	-0,07	0,24
Civil támogatottság	0,05	0,38
Életkor	-0,08	0,23
Munkahely	0,1	0,15
Szocio-ökónómiai státusz	0,04	0,53
Testvérek száma	-0,01	0,87
Családi állapot		
Egyedülálló	-0,05	0,42
Élettárs	0,04	0,49
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,12	0,08
Felsőfokú	-0,19	0,01

  

Ismeretadás	Modell $p$ : ns Béta	Modell $R^2$ : 0,071 p
Önbecsülés	0,06	0,38
Szorongás	0,04	0,64
Depresszió	0,1	0,19
Bizalom hiánya	-0,02	0,72
Kölcsönösség	-0,02	0,7
Civil támogatottság	0,09	0,13
Életkor	-0,11	0,1
Munkahely	0,17	0,02
Szocio-ökónómiai státusz	0,13	0,07
Testvérek száma	-0,03	0,67
Családi állapot		
Egyedülálló	0,09	0,14
Élettárs	0,03	0,59
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,01	0,93
Felsőfokú	-0,13	0,06

  

Érzelmi támogatás	Modell $p < 0,05$ Béta	Modell $R^2$ : 0,078 p
Önbecsülés	0,04	0,59
Szorongás	0,13	0,11
Depresszió	0,07	0,34
Bizalom hiánya	-0,14	0,02
Kölcsönösség	0,05	0,42
Civil támogatottság	0	0,97
Életkor	-0,05	0,5
Munkahely	0,01	0,93
Szocio-ökónómiai státusz	-0,07	0,33
Testvérek száma	0,05	0,38
Családi állapot		
Egyedülálló	-0,03	0,63
Élettárs	0,14	0,02
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	-0,02	0,8
Felsőfokú	0	0,96

  

Technikai tudás	Modell $p < 0,05$ Béta	Modell $R^2$ : 0,094 p
Önbecsülés	-0,02	0,75
Szorongás	0,03	0,68
Depresszió	-0,06	0,4
Bizalom hiánya	-0,03	0,62
Kölcsönösség	0,12	0,06



## FELMÉRÉSEK

Civil támogatottság	0,14	0,02
Életkor	-0,23	0
Munkahely	0,13	0,05
Szocio-ökónómiai státusz	0,11	0,09
Testvérek száma	-0,01	0,89
Családi állapot		
Egyedülálló	-0,03	0,67
Élettárs	0,05	0,46
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,04	0,53
Felsőfokú	-0,01	0,92

Kortárs-támogatás	Modell $p < 0,01$	Modell $R^2: 0,096$
	Béta	p
Önbecsülés	0,05	0,44
Szorongás	0,07	0,42
Depresszió	0,01	0,93
Bizalom hiánya	-0,09	0,13
Kölcsönösség	0,08	0,21
Civil támogatottság	0,12	0,04
Életkor	-0,2	0
Munkahely	0,02	0,8
Szocio-ökónómiai státusz	0,13	0,06
Testvérek száma	0,01	0,91
Családi állapot		
Egyedülálló	0,06	0,33
Élettárs	0,11	0,09
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,02	0,77
Felsőfokú	0,08	0,27

Lelki problémák megbeszélése	Modell $p: 0,060$	Modell $R^2: 0,075$
	Béta	p
Önbecsülés	0,02	0,81
Szorongás	0,2	0,02
Depresszió	-0,01	0,94
Bizalom hiánya	-0,1	0,1
Kölcsönösség	-0,04	0,54
Civil támogatottság	0,04	0,51
Életkor	-0,12	0,08
Munkahely	0,08	0,26
Szocio-ökónómiai státusz	-0,01	0,93
Testvérek száma	0,05	0,41
Családi állapot		
Egyedülálló	0,02	0,77
Élettárs	0,12	0,05
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,05	0,51
Felsőfokú	0,1	0,14

Élelmiszer-dúsítás	Modell $p < 0,05$	Modell $R^2: 0,079$
	Béta	p
Önbecsülés	0,07	0,34
Szorongás	0,21	0,01
Depresszió	-0,03	0,71
Bizalom hiánya	-0,13	0,04
Kölcsönösség	0,05	0,44
Civil támogatottság	0,04	0,54
Életkor	-0,04	0,54
Munkahely	0,12	0,1
Szocio-ökónómiai státusz	0,03	0,65
Testvérek száma	0,08	0,21
Családi állapot		
Egyedülálló	0,15	0,02
Élettárs	0,07	0,29
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0	1
Felsőfokú	-0,09	0,18