



ORSZÁGOS LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS

Kutatási jelentés

LELKI EGÉSZSÉG

ÖRKÉNYI ÁGOTA

ORSZÁGOS EPIDEMIOLÓGIAI KÖZPONT
2005

TARTALOMJEGYZÉK

1.	Kiemelt eredmények	3
2.	Háttér	4
3.	Módszertan	6
3.1	A lelki egészség meghatározása	6
3.2	GHQ-12	6
3.3	Depresszió / szorongás prevalencia	8
4.	Eredmények	9
4.1	Populációs becslések	9
4.2	Összefüggés-elemzések	10
4.2.1	GHQ-12: Nők	11
4.2.2	GHQ-12: Férfiak	11
4.2.3	Depresszió/szorongás (diagnózissal) előfordulása a kérdezést megelőző évben: Nők	13
4.2.4	Depresszió/szorongás (diagnózissal) előfordulása a kérdezést megelőző évben: Férfiak	14
5.	Megbeszélés	17
5.1	Belső összehasonlítások	17
5.2	Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság	17
5.3	Az eredmények értelmezése	18
5.4	Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra	19
6.	Melléklet	20
7.	Felhasznált irodalom	22
8.	Táblázatjegyzék	26

1. Kiemelt eredmények

- Közel minden tizedik felnőtt magyar lakos funkcionalitás-csökkenést jelentő lelki egészségproblémákkal küzdött a kérdezés idején, a férfiak 7,2%-a, a nők 11,7%-a volt érintett.
- A felnőtt lakosság 13,2%-a élt meg életében depressziót vagy szorongást az önbeszámolókra alapozott becslés szerint, ebből 9,2%-ban orvos diagnosztizálta a mentális zavart. A kérdezést megelőző évre vonatkozó prevalencia (diagnózissal) 8,1%.
- A depresszióra, illetve szorongásra vonatkozó mindhárom prevalencia érték (életprevalencia, életprevalencia-diagnózissal, illetve éves prevalencia-diagnózissal) magasabb a nők körében, mint a férfiaknál (17,2%, 12,7% és 11,2% vs. 8,8%, 5,3% és 4,7%).
- A mentális funkcionalitás csökkenés esélye, illetve a kérdezést megelőző évre vonatkozó depresszió és/vagy szorongás (diagnózissal) előfordulásának esélye magasabb a valamilyen krónikus betegségben szenvedők, illetve a kisebb társas támogatottsággal bírók körében.

2. Háttér

A mentális egészség vizsgálatának fontosságára hívják fel a figyelmet azok az adatok, amelyek a különböző mentális egészségproblémák magas előfordulását jelzik világszerte. A WHO 2001-es jelentése szerint a felnőtt lakosság körében a leggyakoribb neuropszichiátriai zavarok (hangulat-, és szorongásos zavarok, kóros alkohol- és droghasználat, skizofrénia, demenciák, primér inszomnia, epilepszia) együttesen 10%-os pont prevalenciát mutatnak [1]. Több európai és észak-amerikai vizsgálat eredménye alapján megállapítható, hogy a mentális zavarok együttes rövidtávú (12-, 6-, 1-hónapos, illetve egyhetes) prevalenciája 15-20% körül mozog. Az életprevalencia értéke 30-50% közötti [2].

A WHO 2003. évi jelentése szerint a különböző neuropszichiátriai zavarok felelősek a világon a rokkantsággal súlyozott életevek (*disability adjusted life years, DALY*) 12,9%-áért, ezen belül 4,5%-ért az unipoláris depresszió [3]. A 2000. évi becslések alapján Európában a fenti zavarok a *DALY* 20%-ért felelősek. A mentális zavarok okozta rokkantság magas arányú az egész világon. A rokkantságban leélt összes életeveknél (*years lived with disability, YLD*) a fenti zavarok részesedése a világon 31% volt 2000-ben, Európában az arány 43% volt. A rokkantsággal leélt összes életevek vezető oka az unipoláris depresszió (részesedése 11,9%), az első húsz ok között található még a kóros szerhasználat, a skizofrénia és a bipoláris zavar is [1].

Bizonyos mentális zavarok előfordulásával kapcsolatban jelentős nemi különbségeket találtak. Több tanulmány utal például a szorongásos zavarok, illetve a depresszió nők körében való nagyobb előfordulási arányára [4]. 8 epidemiológiai vizsgálat áttekintése során 1,5:1 és 2,6:1 közötti nő/férfi arányokat találtak a major depresszió pont prevalenciáját tekintve [5]. Egyes eredmények szerint a kóros szerhasználat és az antiszociális személyiségzavar férfiaknál gyakoribb, más zavarok (bizonyos szerzők szerint pl. a bipoláris zavar) esetében pedig nem kaptak jelentős nemi különbséget [6]. Hazai vizsgálatok hasonló nemi mintázatot találtak hangulati zavarok előfordulásában: Szádóczky és munkatársai [7] epidemiológiai vizsgálatában a major depresszió életprevalenciájára vonatkozó férfi-nő arány 1:2,7 volt, a bipoláris zavar előfordulásában viszont nem kaptak nemi különbséget. Kopp Mária és munkatársainak eredményei a depresszív tünetek magasabb előfordulását jelzik nők körében [8].

A mentális zavarok terhei társadalmi, társas és individuális szinten egyaránt jelentkeznek. Társadalmi szinten egyrészt a betegségek kezelésének közvetlen költségei, illetve az indirekt betegség terhek (pl. a munkaképesség elvesztéséből fakadó gazdasági veszteség) révén. A család és az egyén szintjén a családi és más társas kötelezettségek terén való akadályozottság, a kirekesztettség és stigmatizáció, a szubjektív szenvedés szerepe emelhető ki [9, 10]. A mentális zavarok, egyrészt tüneteik révén közvetlenül, másrészt a fenti hatások közvetítésével jelentősen rontják az életminőséget. A negatív következmények, mivel gyakran viszonylag fiatal korban kezdődő és alacsonyabb mortalitással jellemezhető krónikus zavarokról van szó, hosszútávon fennállnak.

A mentális egészség szoros összefüggést mutat más egészségproblémákkal. Több krónikus betegséggel kapcsolatban (pl. rák, migrén, stb.) speciális mentális zavarok (elsősorban a depresszió) megnövekedett esélyét találták [11]. Sokat vizsgálat terület a depresszió és a kardiovaszkuláris betegségek közötti kapcsolat. Szívinfarktust, illetve agyvérzést követően a betegek jelentős hányadánál jelentkeznek depresszív tünetek, amelyek a betegség prognózisát kedvezőtlenül befolyásolják [12, 13, 14]. A szomatikus betegségek és a depresszió közötti összefüggést fordított irányban is kimutatták: depressziós betegekkel végzett követéses

vizsgálatok eredményei alapján gyakrabban alakulnak ki náluk szomatikus betegségek [15]. Erős kapcsolat áll fenn a mentális egészség és a szubjektív egészségi állapot között is [16].

Gyakori a mentális zavarok együtt járása [17, 18]. Kessler és munkatársai [18] vizsgálatában a major depresszív zavarban érintett személyek 59,2%-ánál találtak komorbid szorongásos zavart, 24%-uknál pedig komorbid kóros szerhasználatot. Magas a komorbiditás az egyes szorongásos zavarok között, illetve a hangulati zavarok és a szorongásos zavarok között is [19].

A mentális zavarok negatív következményei közé sorolható az öngyilkosság fokozott rizikója. Az öngyilkossággal kísérletezők jelentős hányadánál depresszív zavar diagnosztizálható [20]. Hangulati zavarban szenvedők körében pedig az átlag populációhoz képest magasabb arányban fordul elő öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet [21]. A kedély és szorongásos zavarok mellett a skizofrénia, illetve az alkohol- és drogabúzus, illetve dependencia is az öngyilkosság rizikófaktorai között szerepelnek [22].

A fenti adatok alapján elmondható, hogy a mentális zavarok széleskörű elterjedtségük és súlyos következményeik révén komoly terhet rónak a társadalomra. Ezt felismerve több olyan kezdeményezés is született mind az Egészségügyi Világszervezet koordinálásában, mind az Európai Unión belül, amelynek fókuszában a lakosság mentális egészségi állapota áll. A WHO által végzett mentális egészség felmérés (*World Mental Health Survey*) a mentális zavarok prevalenciájának, súlyosságának, és az ellátás iránti igénynek nemzetközi összehasonlítását teszi lehetővé [23].

Az Európai Unió Egészségmonitorozási Programjának hatására több összehasonlítást célzó lakossági felmérésre is sor került az Európai Unió tagállamaiban (pl. az *European Study of Mental Disorders/Mental Health Disability: a European Assessment in year 2000*, ESEMeD/MHEDEAA 2000 vizsgálat), az Eurobarometer felmérés kérdéskörei pedig 2002-ben a mentális egészségre vonatkozó kérdéscsoporttal bővültek. A fenti vizsgálatok eredményeit felhasználva összefoglaló jelentés készült az Európai Unió és Norvégia lakosságának mentális egészségi állapotáról [24].

Meg kell említeni emellett az Európai Parlament és a Tanács által 2002-ben elfogadott „Közösségi népegészségügyi cselekvési programot” (2003 - 2008), amely prioritásként kezeli a mentális egészség témakörét [25]. Ennek keretében 2004-ben három olyan program is elindult, amelyek fókuszában a mentális egészséggel kapcsolatos célok állnak. A finnországi STAKES intézet által koordinált „*Mental Health Information and Determinants for the European Level*” (MINDFUL) elnevezésű program célkitűzése a mentális egészségre vonatkozó információs rendszer hiányosságainak felszámolása, és a rendszer működtetésére vonatkozó javaslatok kidolgozása. A „*Európai szövetség a depresszió ellen*” („*European Alliance Against Depression*”, EAAD) az egészségügyet, a betegeket és családjukat, a közösséget és a nyilvánosságot magába foglaló regionális információs hálózat létrehozásával igyekszik visszaszorítani a depressziót és az öngyilkossági kísérleteket. Az „*Implementatin of Mental Health Promotion and Prevention Policies and Strategies*” program a mentális egészségfejlesztő, illetve mentális egészségproblémák megelőzését célzó stratégiák megvalósítására vonatkozó akcióterv kidolgozására irányul [26].

3. Módszertan

3.1 A lelki egészség meghatározása

A mentális egészség különböző koncepcióinak közös eleme, hogy azok a mentális egészséget többnek tartják a mentális zavarok pusztta hiányánál, és általában a szubjektív jól-létet, illetve az egyéni kiteljesedés képességét foglalják magukba (például a WHO, 2001 definíciója).

A fogalom tág jelentése miatt az Európai Unió Egészségmonitorozási Programjának egyik háttér projektje arra irányult, hogy a mentális egészség-fejlesztés kulskonceptióit kifejlessze és értékelje. A projekt ajánlásai alapján a mentális egészség pozitív és negatív aspektusait különböztetik meg. A pozitív mentális egészség olyan tényezőket foglal magába, mint a jól-lét, érzelmi egyensúly, boldogság, optimizmus és a stresszel, kedvezőtlen élethelyzetekkel való megbirkózás képessége. A negatív mentális egészség a mentális zavarokra, problémákra, tünetekre vonatkozik [9, 27].

A mentális egészség az általános egészség része, állapotát egyéni (biológiai és pszichológiai), társas, társadalmi és kulturális tényezők befolyásolják.

A mentális egészség monitorozásához megfelelő mentális-egészség indikátorok kiválasztására van szükség, amelyek a lakosság mentális egészségével kapcsolatos problémákat jelzik. A rutinszerűen gyűjtött statisztikai adatok mellett különösen fontos a lakossági egészségfelmérések szerepe is az adatgyűjtésben, mert így nagyobb eséllyel elérhetők azok a mentális egészségproblémával küzdő személyek, akik egyébként panaszaiikkal nem fordulnak (vagy hiába fordulnak) orvoshoz, ezért a rendszeresen gyűjtött egészségügyi statisztikákban nem jelennek meg [24].

Az OLEF2003 vizsgálat, a mentális egészséget – az OLEF2000 vizsgálatához hasonlóan [28] – a funkcionális egészségmodell keretében értelmezi¹. A modell szerint a lelki egészségproblémák is okozhatnak funkcionális-csökkenést. Ezzel szemben a biomedikális szemlélet szerint a lelki egészségproblémák a mentális zavarokra korlátozódnak. A mentális zavarok meghatározása a különböző diagnosztikus rendszerek (DSM, BNO) segítségével történik. A mentális zavar diagnózisához a diagnosztikus rendszerek alapján az szükséges, hogy akadályozottság (activity restriction) vagy korlátozottság (participation restriction) álljon fenn. Ehhez képest a funkcionális-csökkenés kategóriája tágabb, olyan lelki egészségproblémákat is magában foglalhat, amelyek nem merítik ki a diagnosztikus kritériumokat.

Érdemes még megemlíteni a medikális nézőpontból „subthreshold” (vagyis küszöb alatti) állapotokat, amelyek a diagnosztikus kritériumokat csak részben elégítik ki, viszont az egyén számára jelentős pszichológiai distresszt és egyben akadályozottságot okoznak [29], tehát a funkcionális-csökkenés szempontjából relevánsak.

3.2 GHQ-12

Az OLEF2000 vizsgálatához hasonlóan a mentális egészség egyik indikátoraként a *GHQ-12* [29] kérdőívet használtuk. A kérdőív a lelki egészség zavarainak populációs szintű becslésére használt, önbecslő skála. A pszichiátriai morbiditás globális komponenseire koncentrá

¹ A szemléleti keretek bemutatása Vizi János (2002) összefoglalója alapján készült.

(különösen a hangulati-szorongásos tünetekkel, emocionális zavarokkal járó mentális egészségproblémákra), konkrét diagnózis felállítására azonban nem használható.

A kérdőív széles körben használt, mind populációs vizsgálatokban, mind az alapellátást igénybe vevők körében. Több mint 35 nyelvre lefordították [30, 31, 32, 33]. A kérdőív megfelelő validitással, rehabilitással rendelkezik [30, 34].

A kérdőív erős együtt járást mutat a lelki állapot és az életminőség mérésére szolgáló más populációs skálákkal. McKenna és Payne vizsgálatában a *GHQ-12* átlaga erős korrelációt mutatott az OLEF-ben szintén használt Nottingham Health Profile érzelmi reakciók és szociális izoláció alskáláival [35, 36]. Viszonylag magas (0,6 feletti) korrelációkat kaptak a *GHQ-12* átlagok és az *SCL-90 /Symptom Check-List/* [31, 37] és az *MHI-5 /Mental Health Inventory/* skálák között is [33].

A *GHQ-12* általában megbízhatónak bizonyult lakossági felmérések során az esetek detektálásában diagnosztikus interjúkkal (pl. *CIDI* = Composite International Diagnostic Interview) összevetve [34, 29].

A kérdőív 12 kérdésből áll, amelyek egyrészt hangulati-affektív, másrészt magatartásbeli tünetek aktuális előfordulására kérdeznak rá (1. Táblázat).

1. Táblázat: A *GHQ-12* tételei

1. Képes volt-e figyelni arra, amit éppen csinált?
2. Érezte-e, hogy gondjai miatt képtelen volt kialudni magát?
3. Hasznosnak érezte-e magát?
4. Képesnek érezte-e magát arra, hogy döntéseket hozzon?
5. Állandóan feszültnek érezte-e magát?
6. Érezte-e, hogy nem képes legyőzni a nehézségeit?
7. Képes volt-e örömet lelteni mindennapi tevékenységeiben?
8. Képes volt-e megküzdeni problémáival?
9. Boldogtalannak, vagy lehangoltnak, depressziósnak érezte-e magát?
10. Elvesztette-e az önbizalmát?
11. Gondolt-e úgy önmagára, mint értéktelen emberre?
12. Mindent egybevéve, eléggé boldognak érezte-e magát?

Minden kérdéshez négy válaszlehetőség tartozik, amelyek a tünetek előfordulásának gyakoriságára utalnak². A tünetek meglétét az elmúlt pár hétre vonatkozva kell megítélni, így a kérdőív az aktuális állapotot a „szokásos” állapothoz képest méri fel. Ebből következik, hogy a kérdőív a krónikus zavarok kiszűrésében kevésbé érzékeny lehet [30].

A *GHQ-12* többféle értékelési módozata ismert. A legelterjedtebb módszer az egyes tünetekre vonatkozó pozitív válaszlehetőségek (ha többször vagy sokkal többször fordult elő, mint általában) 1-re kódolása, míg a többi válaszlehetőség nulla pontot kap (0-0-1-1). A pontok összeadásával tulajdonképpen a tünetek számát kapjuk meg. Minél magasabb ez a pontszám, annál nagyobb a valószínűsége a mentális funkcionális csökkenésnek. A kérdőív

² Az 1., 3., 4., 7., 8., 12. kérdésekhez tartozó válaszkategóriák: *jobban, mint általában/ugyanannyira, mint általában/kevésbé, mint általában/sokkal kevésbé, mint általában*. A 2. kérdéshez tartozó válaszkategória: *sokkal többször, mint általában/többször, mint általában/ ugyanannyira, mint általában/ egyáltalán nem*. A 5., 6. 9., 10., 11. kérdések válaszkategóriái: *egyáltalán nem/ ugyanannyira, mint általában/ többször, mint általában/ sokkal többször, mint általában*.

használható Likert-típusú skálaként is, ebben az esetben az egyes válaszlehetőségek az alábbi módon kódolódnak: 0-1-2-3.

Goodchild és Duncen Jones [38] egy alternatív pontozási módszert javasol, amivel növelhető a kérdőív szenzitivitása krónikus zavarok esetén. A kérdőív pozitív állapotokra vonatkozó kérdéseit a hagyományos (0-0-1-1) módszerrel kódolják, a negatív állapotokra vonatkozó kérdések esetében viszont azok a válaszok is 1 pontot kapnak, amelyek az adott állapot szokásos voltára utalnak (0-1-1-1).

Vizsgálatok azt mutatták, hogy nincs lényegi különbség a skála különböző kódolási módjai között az eredményeket tekintve [34]. Jelen vizsgálatban a kérdőív alkalmazásának fő célja a funkcionalitás-csökkenést jelentő mentális problémák előfordulásának meghatározása a lakosság körében, ezért a (0-0-1-1) kódolási módszert választottuk.

Az eseteket a nem esetektől elkülönítő küszöb-pontszámok értéke kultúránként változik [39]. Magasabb küszöbpontszám választásával a kérdőív specifitása is magas lesz, vagyis csökken annak az esélye, hogy a teszt „nem eseteket” is kiszűr.

Jelen elemzésben, az OLEF2000 vizsgálatához hasonlóan az 5-ös küszöbértéket választottuk, egyrészt, mivel ez erősen konzervatív becslést tesz lehetővé, másrészt így lehetővé válik a korábbi adatokkal való összehasonlítás.

A kérdőív – szenzitív jellege miatt – a 2000-es felmérésünktől eltérően jelen vizsgálatban önkitöltős formában került felvételre. Módosult továbbá a tételek megfogalmazása is.

3.3 Depresszió / szorongás prevalencia

A depresszió/szorongás előfordulását a vizsgálati személyek önbeszámolója alapján vizsgáltuk, a strukturált interjú részeként. Más krónikus állapotokkal együtt kérdeztünk rá a depresszió / szorongás előfordulására.

A depresszió / szorongás előfordulására vonatkozó kérdés

Jelenleg van-e vagy korábban volt-e egy vagy több krónikus vagy hosszantartó betegsége ill. egészségügyi problémája a kártyán felsoroltak közül?

14. Szorongás vagy depresszió

- Van-e vagy volt-e ilyen betegsége valaha?
- Ezt a betegséget orvos állapította meg?
- Volt-e ilyen betegsége az elmúlt 12 hónapban?

A kérdések alapján a következő mutatókat használtuk:

- életprevalencia
- életprevalencia (diagnózissal)
- éves prevalencia (diagnózissal)

4. Eredmények

4.1 Populációs becslések

A GHQ-12 kérdőíven legalább 5 pontot ért el, tehát mentális funkcionalitás csökkenéssel jellemezhető a nők 11,7%-a, illetve a férfiak 7,2%-a, a teljes populációra nézve az arány 9,6% (95% MI 8,8-10,5). Az érintettek arányát nemek és korcsoportok szerint mutatja a 3. táblázat.

2. Táblázat: A mentális funkcionalitás-csökkenés gyakorisága nem és kor szerint (%)

GHQ-12 értéke legalább 5-e	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
Igen	9,0	11,3	16,4	11,7
	[7,2-11,1]	[9,7-13,0]	[13,3-19,9]	[10,5-13,0]
GHQ-12 értéke legalább 5-e	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
Igen	4,9	7,8	10,4	7,2
	[3,4-7,0]	[6,4-9,5]	[7,3-14,7]	[6,1-8,4]

A kérdőíven nulla pontot ért el, vagyis egy tünettel sem rendelkezett a férfiak 66,2 százaléka (95% MI: 64,1-68,2), illetve a nők 56,8 százaléka (95% MI: 54,7-58,9). A teljes populációra nézve ez az arány 61,2 százalék (95% MI: 59,6-62,7). A hiányzó válaszok aránya 4,2%.

3. Táblázat: A depresszió / szorongás gyakorisága nem és kor szerint (%)

Depresszió / szorongás	Nők			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
Életprevalencia	9,1	19,9	21,8	17,2
	[7,2-11,4]	[17,7-22,3]	[18,4-25,6]	[15,7-18,7]
Életprevalencia (diagnózissal)	5,4	16,0	15,0	12,7
	[4,0-7,3]	[14,0-18,2]	[12,4-18,2]	[11,5-14,0]
Éves prevalencia (diagnózissal)	4,3	13,8	14,5	11,2
	[3,1-6,0]	[12,0-15,9]	[11,9-17,5]	[10,1-12,4]
	Férfiak			
	18-34 év	35-64 év	65+ év	Összesen
Életprevalencia	5,6	10,7	9,6	8,8
	[4,1-7,5]	[9,1-12,6]	[6,9-13,4]	[7,6-10,2]
Életprevalencia (diagnózissal)	3,4	6,3	6,3	5,3
	[2,3-5,0]	[5,0-7,8]	[4,0-9,6]	[4,3-6,4]
Éves prevalencia (diagnózissal)	2,7	5,9	5,0	4,7
	[1,7-4,3]	[4,6-7,4]	[3,1-8,1]	[3,8-5,8]

A depresszió/szorongás életprevalenciája az önbeszámoló alapján a lakosság körében 13,2 százalék (95% MI: 12,2-14,3), míg az orvos által diagnosztizált depresszió/szorongás életprevalenciája 9,2% (95% MI: 8,4-10,1).

A valaha orvosi diagnózist kapottak, és a kérdezést megelőző 12 hónapban depresszióban, illetve szorongásos zavarban szenvedők aránya 8,1% (95% MI: 7,3-9,0). A nők körében valamennyi mutató közel kétszeres előfordulást jelez a férfiakhoz képest (4. táblázat).

A korcsoportokat vizsgálva azt találjuk, hogy míg a 18-34 év közöttiek körében az önbeszámolók alapján közel minden tizedik nő szenved vagy szenvedett valaha életében depresszióban vagy szorongásos zavarban, addig az idősebb korcsoportokban már közel minden ötödik nő érintett. A prevalenciák a középkorú vagy idősebb nők körében a fiatalabbakhoz képest magasabbak mindhárom mutató esetében. Hasonló tendenciát találunk a férfiaknál az életprevalenciában, viszont a diagnózist is kapott betegek aránya az egyes korcsoportokban nem különbözik.

2,4%-ra tehető azoknak az aránya, akik a kérdezést megelőző évben depressziót/szorongást éltek meg, de orvosi diagnózist nem kaptak. Csupán a lakosság 2,3%-ra jellemző, hogy élete során előfordult depresszió vagy szorongás, de a kérdezést megelőző évben nem, az érintett személyeknek közel a fele (1,1%) kapott orvosi diagnózist is.

Az eredmények értelmezéséhez:

A többváltozós elemzés lehetővé teszi **több** magyarázó jellemzőnek **egy** vizsgált tényezőre kifejtett hatásának elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszűrve” az elemzésbe bevont többi jellemző hatását. A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ($p < 0,05$).

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF2003 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. Ezért:

- A vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés **nem feltétlenül** jelent ok-okozati kapcsolatot.

Mivel az életkor, mint magyarázó tényező hatásának elemzésekor a **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, a tapasztalt különbségek nem értelmezhető az **egyén szintjén**. Emiatt nem vonható le következtetés egy adott személy életkorának előrehaladtával a vizsgált tényezőben bekövetkező változásairól.

4.2 Összefüggés-elemzések

Az összefüggés-elemzés során arra kerestük a választ, hogy milyen személyes, szocio-demográfiai, környezeti és társas tényezők állnak kapcsolatban a mentális funkcionális-csökkenéssel, illetve a depresszióra/szorongásra vonatkozó beszámolókkal. A belső érvényesség vizsgálat során (lásd később a *5.1. Belső összehasonlítások* részt) azt találtuk, hogy – jóllehet a *GHQ-12* segítségével megállapított mentális funkcionális csökkenés és a depresszió/szorongás (diagnózissal) kérdezést megelőző évben való előfordulása összefügg egymással – jelentős eltérés van a két mutató segítségével azonosított csoportok között. Az összefüggés vizsgálatot ezért mindkét változóra külön-külön elvégeztük.

Számos tanulmány utal továbbá a különböző mentális egészségproblémák előfordulásában, és más tényezőkkel való összefüggéseiben található nemi különbségekre, ezért célszerűnek látszott az összefüggés-elemzéseket nemenként külön-külön elvégezni.

Az alábbi magyarázó változókat vontuk be az elemzésekbe (a változók rövid ismertetését lásd: melléklet): *korcsoport, családi állapot (egyedül él-e vagy párral), iskolai végzettség, foglalkozás, gazdasági aktivitás, munkahelyi feszültség, anyagi helyzet, anyagi helyzet szubjektív megítélése, település méret, földrajzi régió, társas támogatás, közösségi részvétel, vallásosság, élet értelmébe vetett hit, ellenségesség, krónikus betegség megléte*.

Az elemzésekben csak azoknak a személyeknek az adatait használtuk fel, akiknél a modellben szereplő valamennyi változó rendelkezésre állt. A mentális funkcionális csökkenésre vonatkozó elemzéshez így a nők esetében 2275 személy (81,3%) adatait használtuk fel, a férfiak esetében 1790 személy (80,3%) adata állt a rendelkezésünkre. A depresszió / szorongásra vonatkozó modellek esetében ezek az arányok hasonlóak: férfiak: 1799 (80,7%); nők 2270 (81,1%).

4.2.1 GHQ-12: Nők

Az összefüggés-elemzés eredményei alapján elmondható, hogy a mentális funkcionális csökkenés esélye a vizsgált tényezők közül a nők esetében kapcsolatban áll az anyagi helyzettel, illetve az anyagi helyzet szubjektív megítélésével, a társas támogatás mértékével, a vallásossággal és a krónikus betegségek meglétével (5. táblázat).

A legrosszabb anyagi helyzetben lévőkhöz képest a hármas kategóriába tartozó nőknél majdnem kétszerese (1,83-szoros) a mentális funkcionális csökkenés esélye.

Az anyagi helyzetüket szubjektíven rossznak ítéelő nők esélye a mentális funkcionális-csökkenésre mintegy háromszoros (3,2-szeres, illetve 3,3-szoros) az anyagi helyzetüket megfelelőnek, illetve annál jobbnak érzőkhöz képest.

Minél kedvezőtlenebb a társas támogatás, annál nagyobb a mentális funkcionális csökkenés esélye. A társas támogatás súlyos hiánya esetén a megfelelő társas támogatottsághoz képest közel négyszeres, a teljesen kielégítő társas támogatáshoz viszonyítva pedig közel nyolcszoros az esély a mentális egészségproblémára.

Érdekes összefüggést találtunk a vallásosság és a mentális funkcionális-csökkenés között. A nem vallásosak, vagy nem elkötelezettekhez képest a maguk módján vallásosok körében másfélszerese (1,61-szoros) az esély. Az egyház tanítása szerint élők között majdnem kétszeres (1,92-szoros) az esély a mentális funkcionális csökkenésre.

Krónikus betegségben szenvedő nőknek 2,43-szoros az esélye a mentális funkcionális-csökkenésre a krónikus betegségben nem szenvedőkhöz képest.

4.2.2 GHQ-12: Férfiak

Az eredmények alapján a férfiak esetében a mentális funkcionális csökkenés esélye a vizsgált tényezők közül kapcsolatban van a gazdasági aktivitással, az anyagi helyzet szubjektív megítélésével, a földrajzi régióval, a társas támogatás mértékével és a krónikus betegségekkel (6. táblázat).

A dolgozókhöz képest a rokkantnyugdíjasok körében – a krónikus betegségek meglététől függetlenül – hatszoros (6,02-szerese) a mentális problémák esélye.

Minél rosszabbnak ítélik a férfiak szubjektíven anyagi helyzetüket, annál nagyobb az esélye a mentális funkcionális csökkenésnek. Az anyagi helyzetüket szubjektíven nagyon rossznak ítéelő esélye a „csak” rossz szubjektív anyagi helyzettel rendelkezőkhöz képest 2,5-szeres, a megfelelőnek ítélt anyagi helyzetben lévőkhöz viszonyítva 4,3-szoros, és az anyagi helyzetüket jónak, illetve nagyon jónak tartó férfiakhoz képest pedig 3,2-szeres.

Az észak-magyarországi férfiak esélye majdnem háromszoros a nyugat-dunántúliakhoz képest.

A társas támogatás súlyos hiányáról beszámolóknak esélye közel háromszoros a megfelelő támogatással bírókhoz képest, és 5,3-szoros a teljesen kielégítő társas támogatást élvezőkhöz viszonyítva.

A krónikus betegségben szenvedők között közel két és félszeres az esély a krónikus betegségben nem szenvedőkhöz képest.

4. Táblázat: A mentális funkcionalitás-csökkenés összefüggései – nők (N=2275)³

Vizsgált tényezők	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági intervallum
Anyagi helyzet			
Referencia: legrosszabb	2	1,19	0,69-2,06
	3	1,83	1,07-3,15
	4	1,17	0,64-2,15
	5	0,89	0,45-1,76
	6 legjobb	0,83	0,35-1,96
	Anyagi helyzet szubjektív megítélése		
Referencia: nagyon rossz	Rossz	0,64	0,37-1,09
	Megfelelő	0,31	0,17-0,56
	Jó, illetve nagyon jó	0,30	0,13-0,69
Társas támogatás			
Referencia: súlyos hiány	Megfelelő	0,28	0,19-0,41
	Teljesen kielégítő	0,12	0,08-0,16
Vallásosság			
Referencia: nem vallásos/nem tudja	Maga módján vallásos	1,61	1,07-2,42
	Vallásos, az egyház tanítása szerint él	1,96	1,18-3,27
Krónikus betegség			
Referencia: nincs	Van	2,43	1,69-3,50

³ Egy magyarázó tényező hatását jellemző esélyhányados becslésekor az elemzésben szereplő többi tényező hatását az alkalmazott logisztikus regresszió kiszűri. Emiatt pl. a nőket vizsgálva az anyagi helyzethez tartozó táblázatbeli esélyhányados úgy értelmezhető, hogy a mentális funkcionalitás csökkenés esélye hányszorosa az egyes anyagi helyzet kategóriákban az 1. kategóriához (referencia) viszonyítva, függetlenül attól, hogy ezt az összefüggést mely korcsoportban, foglalkozási kategóriájában vagy iskolai végzettség mellett vizsgáljuk.

5. Táblázat: A mentális funkcionalitás-csökkenés összefüggései – férfiak (N=1790)

Vizsgált tényezők	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági intervallum
Gazdasági aktivitás			
Referencia: dolgozik	Munkanélküli	2,07	0,59-7,26
	Rokkantnyugdíjas	6,02	2,05-17,68
	Nyugdíjas	2,42	0,69-8,53
	Egyéb inaktív	2,47	0,77-7,89
Anyagi helyzet szubjektív megítélése			
Referencia: nagyon rossz	Rossz	0,40	0,18-0,88
	Megfelelő	0,23	0,11-0,50
	Jó, illetve nagyon jó	0,31	0,11-0,84
Régió			
Referencia: Nyugat-Dunántúl	Dél-Dunántúl	1,25	0,39-4,02
	Közép-Dunántúl	1,13	0,36-3,58
	Közép-Magyarország	1,75	0,63-4,86
	Észak-Magyarország	2,98	1,16-7,66
	Észak-Alföld	2,16	0,79-5,93
	Dél-Alföld	1,59	0,55-4,61
Társas támogatás			
Referencia: súlyos hiány	Megfelelő	0,33	0,19-0,56
	Teljesen kielégítő	0,19	0,11-0,33
Krónikus betegség			
Referencia: nincs	Van	2,46	1,53-3,94

4.2.3 Depresszió/szorongás (diagnózissal) előfordulása a kérdezést megelőző évben: Nők

Az összefüggés-elemzés alapján megállapítható, hogy a kérdezést megelőző évben előfordult, és valaha diagnózist is kapott depresszió/szorongás esélye nőknél az alábbi változókkal áll kapcsolatban: életkor (korcsoportba tartozás), gazdasági aktivitás, munkahelyi feszültség, anyagi helyzet, anyagi helyzet szubjektív megítélése, település mérete, földrajzi régió, társas támogatás, krónikus betegségek (7. táblázat).

A középkorosztályba tartozó nők esélye a depresszió/szorongás előfordulására a fiatalabbakhoz képest 1,74-szeres.

A rokkantnyugdíjas nők körében 10-szeres a depresszió/szorongás esélye a dolgozókhöz képest.

A sok munkahelyi feszültségről beszámoló nők esélye 2,47-szeres a kevés munkahelyi feszültséget megélt nőkhöz képest.

A legrosszabb anyagi helyzetben lévőkhez képest a 3. kategóriába tartozók esélye majdnem kétszeres.

Az anyagi helyzetüket nagyon jónak ítélő nők körében 42%-nyi a depresszió/szorongás előfordulásának esélye azokhoz képest, akik rossznak érzik anyagi helyzetüket.

Az 5000 és 10.000 fő közötti lakossággal rendelkező településeken élők esélye a depresszió/szorongás előfordulására közel fele a legfeljebb 1000 fő lélekszámmal bíró kistelepülésekhez képest.

Az észak-magyarországi nők körében 1,92-szeres az esély a nyugat-dunántúliakhoz képest.

A társas támogatás súlyos hiányában szenvedők esélye közel kétszeres a megfelelő társas támogatással rendelkezőkhöz képest, illetve 2,63-szoros a teljesen kielégítő társas támogatást élvezőkhöz viszonyítva.

Krónikus betegség megléte esetén majdnem négyszeres a depresszió/szorongás esélye.

4.2.4 Depresszió/szorongás (diagnózissal) előfordulása a kérdezést megelőző évben: Férfiak

Az összefüggés-elemzés alapján elmondható, hogy a depresszió/szorongás esélye a férfiak esetében kapcsolatban áll a foglalkozással, a munkaviszonnyal, a munkahelyi feszültséggel, az anyagi helyzettel, a földrajzi régióval, a társas támogatás, illetve az ellenségesség mértékével, és a krónikus betegség meglétével (8. táblázat).

A vezetőkhöz képest az önállóak (önálló iparos, szolgáltató, szellemi szabadfoglalkozásúak) esélye 7,72-szeres.

A dolgozókhoz képest a rokkantnyugdíjasok esélye 8,7-szeres, a nyugdíjasok esélye 6,11-szeres.

A legrosszabb anyagi helyzetben lévőkhöz (1. kategória) képest a 2, 3, 4-es csoportban nagyobb az esély a depresszió/szorongás előfordulására.

Az Észak-Magyarországon élők esélye háromszoros a nyugat-dunántúliakhoz képest.

A társas támogatás súlyos hiányától szenvedők esélye 3,4-szeres a teljesen kielégítő társas támogatással rendelkezőkhöz képest.

Az erős ellenségességgel jellemezhetők esélye 2,86-szoros azokhoz képest, akikre nem jellemző az ellenségesség.

A krónikus betegségben szenvedők esélye 2,67-szeres a krónikus betegségben nem szenvedő személyekhez képest.

6. Táblázat: Diagnosztizált depresszió / szorongás összefüggései nőknél (N=2270)

Vizsgált tényezők	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági intervallum
Korcsoport			
Referencia: 18-34 év	35-64 év	1,74	1,01-2,99
	65+ év	1,45	0,72-2,89
Gazdasági aktivitás			
Referencia: dolgozik	munkanélküli	3,37	0,73-15,52
	rokkantnyugdíjas	10,13	2,56-40,13
	nyugdíjas	3,55	0,89-14,15
	egyéb inaktív	2,49	0,64-9,67
Munkahelyi feszültség			
Referencia: nincs feszültség/mérsékelt feszültség	jelentős feszültség	2,47	1,32-4,61
	kevesebb, mint egy éve van jelenlegi munkahelyén, beosztásában	0,51	0,18-1,48
Anyagi helyzet			
Referencia: legrosszabb	2	1,16	0,67-1,99
	3	1,95	1,14-3,34
	4	1,56	0,86-2,81
	5	1,39	0,70-2,75
	6 legjobb	1,84	0,69-4,87
Település méret			
Referencia: 1000-ig	3000-ig	0,83	0,47-1,48
	5000-ig	0,67	0,34-1,34
	10000-ig	0,45	0,23-0,88
	50000-ig	0,62	0,34-1,13
	50001-től	0,78	0,43-1,41
Földrajzi régió			
Referencia: Nyugat-Dunántúl	Dél-Dunántúl	0,99	0,56-1,74
	Közép-Dunántúl	0,63	0,32-1,23
	Közép-Magyarország	0,95	0,53-1,70
	Észak-Magyarország	1,92	1,04-3,56
	Észak-Alföld	1,28	0,72-2,29
	Dél-Alföld	1,61	0,88-2,95
Társas támogatás			
Referencia: súlyos hiány	megfelelő	0,51	0,31-0,83
	teljesen kielégítő	0,38	0,25-0,57
Krónikus betegség			
Referencia: nincs	van	3,86	2,39-6,22

7. Táblázat: Diagnosztizált depresszió / szorongás összefüggései férfiaknál (N=1799)

Vizsgált tényezők	Vizsgált tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági intervallum
Foglalkozás			
Referencia: vezető	beosztott szellemi	0,45	0,02-9,61
	önálló iparos, szolg, szellemi szabadfoglalkozású	7,72	1,12-53,03
	szakmunkás	1,64	0,32-8,41
	betanított-, segéd-, mezőgazdasági munkás	1,47	0,18-11,73
Gazdasági aktivitás			
Referencia: dolgozik	munkanélküli	0,61	0,03-10,51
	rokkantnyugdíjas	8,68	1,36-55,51
	nyugdíjas	6,11	1,11-33,46
	egyéb inaktív	2,95	0,31-28,01
Anyagi helyzet			
Referencia: legrosszabb	2	4,58	1,27-16,51
	3	3,77	1,02-13,78
	4	4,09	1,09-15,30
	5	3,69	0,88-15,54
	legjobb	0,42	0,04-3,71
Földrajzi régió			
Referencia: Nyugat-Dunántúl	Dél-Dunántúl	0,96	0,34-2,67
	Közép-Dunántúl	1,38	0,45-4,24
	Közép-Magyarország	0,93	0,30-2,88
	Észak-Magyarország	2,99	1,08-8,25
	Észak-Alföld	1,91	0,69-5,28
	Dél-Alföld	2,22	0,65-7,58
Társas támogatás			
Referencia: súlyos hiány	megfelelő	0,64	0,33-1,21
	teljesen kielégítő	0,29	0,15-0,56
Ellenségesség			
Referencia: nem jellemző	1 gyenge	1,52	0,51-4,52
	2 közepes	1,62	0,58-4,52
	3 erős	2,86	1,01-8,17
Krónikus betegség			
Referencia: nincs	van	2,67	1,56-4,57

5. Megbeszélés

5.1 Belső összehasonlítások

A *GHQ-12* skála (0-12) és az *NHP Emocionális reakciók* skála között – a szakirodalmi adatoknak megfelelően [35] – erős, pozitív korrelációt kaptunk: $r=0,63$.

A mentális funkcionális csökkenés összefügg továbbá a diagnosztizált depresszió/szorongás éves prevalenciájával ($F(1,444)=423.5375$; $p<0.000$). Az elmúlt 12 hónapban depressziót/szorongást átéltek és valaha orvosi diagnózist is kaptak 38,2%-ára jellemző a mentális funkcionális csökkenés is, tehát a teljes mintához képest (9,5%) nagyobb arányban. Fontos azonban azt is megjegyezni, hogy a depresszióról/szorongásról beszámoló személyek 61,8 százaléka a *GHQ-12* alapján nem számít „esetnek”. Lehetséges magyarázatként felmerül, hogy a *GHQ-12* az aktuális állapotra vonatkozik, míg a depresszióról/szorongásról való beszámoló az elmúlt 12 hónapra. Elképzelhető az is, hogy a kérdezés idejére a *GHQ* által mért tünetek enyhültek vagy elmúltak. További lehetséges magyarázatként felmerül a *GHQ-12* krónikus állapotokkal kapcsolatos relatív érzéketlensége, illetve a kérdezett személyek depresszióra vonatkozó esetleges hibás öndiagnózisa is. Az általunk használt, erősen konzervatív becslést eredményező magas küszöbpontszám miatt az is előfordulhat, hogy a *GHQ-12* alapján „nem esetként” azonosított személyek a depresszió/szorongás tekintetében viszont „enyhe esetnek” számítanak.

5.2 Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság

Mivel az OLEF2000 vizsgálatához képest a *GHQ-12* kérdőív szövege, illetve a felvétel módja is változott, ezért nincs mód a mentális funkcionális-csökkenés előfordulási arányainak közvetlen összehasonlításra.

Az összefüggés elemzésben viszont az OLEF2000 vizsgálatához hasonló eredményeket kaptunk a társas támogatás és az anyagi helyzet szubjektív megítélésének mentális funkcionális csökkenéssel való kapcsolatáról [28]. A korábbi vizsgálat a fizikai állapotot a szomatikus korlátozottság szempontjából vizsgálta, jelen elemzésben a krónikus betegségek megléte szerepelt. Mindkét változó a mentális funkcionális csökkenés nagyobb esélyével járt együtt. Az OLEF2000 vizsgálat ellentétben nem találtunk összefüggést nőknél a gazdasági aktivitással, sem a régióval. Férfiaknál jelen vizsgálatban eltérő régió bizonyult „érintettnek” a mentális funkcionális csökkenés szempontjából (Észak-Magyarország, Közép-Magyarországgal szemben). A 2000-es vizsgálat ellentétben a 2003-as kérdőívben nem szerepeltek kérdések a lakáshelyzetre vonatkozóan.

A depresszió/szorongás előfordulásával kapcsolatos kérdés az OLEF2000 vizsgálatban nem szerepelt, így az eredmények összehasonlítására sincs mód.

Más hazai vizsgálatokban eltérő módszereket használnak a mentális egészség mérésére, emiatt nehézségekbe ütközik az eredmények összehasonlítása. A kedély- és szorongásos zavarok magyarországi előfordulásával kapcsolatban Szádóczky és munkatársai végeztek vizsgálatot a felnőtt (18 és 64 év közötti) lakosság körében a *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) segítségével. Eredményeik szerint a major depresszió életprevalenciája 15,1%, az egyéves prevalencia depressziós epizódra pedig 7,1%. A hangulati zavarok együttes életprevalenciája 24,2%. A vizsgálat a kedélybetegségekre vonatkozóan a nemzetközi adatokhoz hasonló hazai előfordulást jelez [7].

A Kopp Mária és munkatársai által végzett *Hungarostudy2002* országos reprezentatív vizsgálat a Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatát használta. A felmérés szerint a 18 évesnél idősebb népesség 27,3%-ára jellemzőek depressziós tünetek. Klinikai szintű depressziót találtak a lakosság 12,9%-ánál, súlyos depressziót 7,3%-nál. A vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy 1995-höz képest valamelyest javult a helyzet: nőtt a depressziótól egyáltalán nem szenvedők aránya (73% vs. 69%) [40].

Nemzetközi epidemiológiai vizsgálatokban elterjedt mérőeszköz a *GHQ-12* kérdőív. Egy párizsi vizsgálatban, amelyben szintén 5-ös küszöbpontot használtak, az alapellátásban részvevő betegek 29,5%-a számított esetnek [41]. Egy holland lakossági felmérésben 2-es küszöbpontszámot használva a lakosság 23%-a szenvedett mentális funkcionális csökkenésben. A Skót Nemzeti Egészség Felmérés szintén a *GHQ-12*-t használta 4-es küszöb pontszámmal [42, 43]. Eredményei alapján 1995-ben a férfiak 13%-a, a nőknek pedig 19%-a szenvedett mentális funkcionális csökkenésben [44], három évvel később az arányok nem változtak [16]. A kérdőíven nulla pontot értek aránya ebben a vizsgálatban 1998-ban: férfiak esetében 60%, nőknél 55%. Az 1998. évi adatokon végzett logisztikus regresszió elemzés szerint a nőknél az alacsonyabb életkor (45 év alattiak), a munkanélküliség, az elvált családi állapot állt kapcsolatban a magas GHQ-pontszámmal. Férfiaknál az életkorral való összefüggés bár szignifikáns volt, de nem mutatott lineáris kapcsolatot. Viszont a munkanélküliség, és az özvegyiség magasabb GHQ-pontszámot jósolt. Mindkét nemnél szoros összefüggést találtak a rossz szubjektív egészséggel, az akut betegségekkel és a korlátozottsággal. A földrajzi régiókra és a társadalmi helyzetre vonatkozó eredmények nem mutattak jól értelmezhető mintázatot.

5.3 Az eredmények értelmezése

Az eredmények alapján a mentális egészségproblémák a lakosság jelentős hányadát érintik.

A depresszióra, illetve szorongásra vonatkozó önbeszámolókat esetében viszonylag jelentős (4%-os) eltérést kaptunk a diagnosztizált, illetve nem diagnosztizált zavarok életprevalencia értéke között, ami jól egybeesik a szakirodalomban sokat tárgyalt jelenséggel, miszerint a mentális egészségproblémával küzdő személyek számottevő hányada nem jut el az orvosi diagnózisig, kezelésig [17, 45].

A szakirodalmi adatoknak megfelelően [46, 47] pozitív összefüggést kaptunk a megfelelő társas támogatottság és lelki egészség között. A krónikus betegségek jelen vizsgálatban is szoros kapcsolatban álltak a rosszabb mentális állapottal. Néhány jelentős eltérést kaptunk viszont más vizsgálatokhoz képest. Több tanulmány hívja fel a figyelmet a vallásosság egészségvédő szerepére [48]. *Hungarostudy2002* vizsgálat eredményei szerint a vallásgyakorlás minden vizsgált változó esetében jobb testi és lelki egészséggel járt együtt. Ugyanakkor azok között, akik számára a vallás nagy fontossággal bír, gyakoribb volt a depresszió [49]. Jelen vizsgálatban a vallásosság a nőknél rosszabb mentális állapottal járt együtt (ha a vallásgyakorlás mértékét kifejező skálát használtunk, akkor is hasonló eredményt kaptunk). Elképzelhető, hogy a megküzdő képességet meghaladó életkörülmények, megpróbáltatások idején megnő a vallás szerepe az ember életében. Mindenesetre a vallásosság összetett jelenség, ennek megfelelően komplex kapcsolatban állhat a testi-lelki egészséggel. A kapcsolat feltárása további, mélyebb vizsgálatot igényel.

Az anyagi helyzet objektív mutatója alapján a legrosszabb helyzetben lévőkhez képest a kicsit jobb helyzetben lévőknek (nőknél a harmadik, férfiaknál a 2-3-4. kategóriába tartozóknak) nagyobb a mentális egészségproblémák, illetve a depresszió/szorongás esélye (a nőknél mind a mentális funkcionális-csökkenéssel, mind a depresszió/szorongás előfordulásával

kapcsolatban ezt az eredményt kaptuk, férfiaknál csak a depresszió/szorongásra vonatkozóan). Feltételezhető, hogy az e kategóriába tartozók státuszuk megtartása, esetleg javítása érdekében különösen stresszel terhelt életet kénytelenek élni, míg a legszegényebb rétegbe tartozók helyzetüket elfogadva, vagy helyzetükbe beletörődve kénytelenek problémáikkal szembenézni. További magyarázatként felmerül, hogy a legrosszabb szociális helyzetben lévők között találjuk általában a rokkantnyugdíjasokat, illetve a krónikus pszichiátriai zavarokkal küzdőket. Az ő esetükben – a rossz állapot folyamatos jelenléte miatt – a *GHQ-12* kérdőív kevésbé érzékeny lehet.

Fontos megjegyezni, hogy míg az aktuális állapotot mérő *GHQ-12* segítségével azonosított „eseteknél” nem kaptunk összefüggést az életkorral, addig a depresszióról/szorongásról beszámoló csoportjánál, – az adott zavarok krónikus, viszont relatív alacsony mortalitással járó jellegéből fakadóan – kézenfekvő az életkorral való kapcsolat.

5.4 Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra

A *GHQ-12* kérdőív használata az összehasonlíthatóság miatt jelen feltételekkel javasolt.

6. Melléklet

AZ ÖSSZEFÜGGÉS-ELEMZÉSBE BEVONT VÁLTOZÓK RÖVID LEÍRÁSA

1. **Korcsoport** három kategóriával: 1=18-34 év közöttiek; 2=35-64 év közöttiek; 3=65 évesek és annál idősebbek
2. **Családi állapot:** 1=egyedül él, 2=párral él
3. **Iskolai végzettség:** 1=legfeljebb általános iskola; 2=középfokú végzettség – érettségi nélkül; 3=érettségi; 4=felsőfokú végzettség
4. **Foglalkozás:** a foglalkozás és beosztás alapján létrehozott változó az alábbi kategóriákkal: 1=vezető; 2=önálló iparos, 3=szolgáltató, 4=szellemi szabadfoglalkozású; 5=szaktanácsadó; 6=betanított-, segéd-, mezőgazdasági munkás.
5. **Gazdasági aktivitás:** 1=dolgozik; 2=munkanélküli; 3=rokkantnyugdíjas; 4=nyugdíjas; 5=egyéb inaktív
6. **Munkahelyi feszültség:** a következő kérdések alapján létrehozott összevont változó: el tudja-e végezni feladatait munkaidőben, sok stresszel jár-e a munkája, jelentős fizikai megterhelésnek van-e kitéve munkája során. A létrehozott kategóriák: 1=nincs vagy csak mérsékelt feszültség jellemző; 2=jelentős feszültség jellemző; 3=nem dolgozik / kevesebb mint egy éve dolgozik jelenlegi foglalkozásában.
7. **Szubjektív anyagi helyzet:** az anyagi helyzet szubjektív megítélése 4 kategóriával: 1=nagyon rossz; 2=rossz; 3=megfelelő; 4=jó / nagyon jó.
8. **Anyagi helyzet:** a tartós fogyasztási cikkek, a vagyon és a jövedelem alapján létrehozott változó, melynek kategóriái 1 (= legrosszabb anyagi helyzet) és 6 (= legjobb anyagi helyzet) közé esnek.
9. **Település méret** (lakosságszám alapján): 1=1000 főig; 2=3000 főig; 3=5000 főig; 4=10000 főig; 5=50000 főig; 6=50001-től.
10. **Földrajzi régió:** 1=Nyugat-Dunántúl; 2=Dél-Dunántúl; 3=Közép-Dunántúl; 4=Közép-Magyarország; 5=Észak-Magyarország; 6=Észak-Alföld; 7=Dél-Alföld
11. **Társas támogatás:** az önkitöltős kérdőívben szereplő 7 kérdés alapján létrehozott változó. A kérdések a család, a barátok és az ismerősök irányából észlelt érzelmi támogatásra, gondoskodásra vonatkoznak. A létrehozott kategóriák a következők: 1=a társas támogatás súlyos hiánya; 2=megfelelő volta; 3=teljesen kielégítő volta. A változó részletes leírását lásd: Albert F., Dávid B. és Németh R. (2005).
12. **Közösségi részvétel:** az önkitöltős kérdőívben szereplő, a közösségi részvételre vonatkozó összetett kérdés alapján létrehozott változó. A kérdező bejelölhette, hogy a következő csoportok, közösségek közül, melyek munkájában vesz részt: politikai párt vagy szervezet, szakszervezet, valamilyen érdekvédelmi, környezetvédelmi csoport, iskolai vagy szülői-tanári szervezet, vallásos csoport vagy egyházi szervezet, polgárőr csoport, alapítvány vagy más civil szervezet, öregek klubja, fiatalok klubja, társasági klub, sport szakosztály, művészeti csoport, egyéb csoport vagy szervezet. A kérdés alapján létrehozott kategóriák: 1=részt vesz valamilyen szervezet vagy csoport munkájában; 2=nem vesz részt egyik szervezet munkájában sem [50].

13. **Vallásosság:** az önkitöltős kérdőívben szereplő, vallásosságra vonatkozó kérdés alapján létrehozott összevont változó: 1=nem vallásos / nem tudja, hogy vallásos-e; 2=a maga módján vallásos; 3=vallásos, az egyház tanítása szerint él.
14. **Élet értelmébe vetett hit:** az önkitöltős kérdőívben szereplő következő két kérdés alapján létrehozott változó: „Úgy érzem, hogy életem egy nagyobb terv része”; „Értékeim és hitem vezetnek a mindennapjaimban”. A két kérdést skálaként használtuk, a vonatkozó Cronbach alfa értéke: 0,59. A skála átlagok megoszlása alapján három csoportot hoztunk létre: 1=az élet értelmébe vetett hit gyenge; 2=közepes; 3=erős.
15. **Ellenségesség:** a General Social Survey-ben alkalmazott három kérdés alapján létrehozott, négykategóriás összevont változó, melynek értékei 0=nem jellemző és 3= nagyon jellemző közé esnek [50].
16. **Krónikus betegség megléte:** az interjú 11. kérdése alapján létrehozott változó. Ez a kérdés a következő krónikus vagy hosszantartó egészségi állapotok, betegségek meglétére kérdezett rá: *asztma; allergiás betegség (szénanátha, ekcéma); cukorbetegség; magas koleszterin szint; magas vérnyomás; szívroham, szívinfarktus; bármely szívbetegség; agyvérzés (stroke, gutaütés, szélütés, agyérögörcs); idült hörghurut, tüdőtágulás; ízületi gyulladás, reuma; csontritkulás, gyomor- és nyombélfekély; migrén vagy gyakori fejfájás; szorongás vagy depresszió; rosszindulatú daganat, egyéb.* Az összevonáskor kihagytuk a depresszióra/szorongásra vonatkozó kérdést. A kérdezést megelőző évben fennálló, diagnosztizált fenti betegségek meglétére vonatkozik. Kategóriái: 0=nincs krónikus vagy hosszantartó betegsége; 1= van.

7. Felhasznált irodalom

1. World Health Report 2001, Mental health: new understanding, new hope, World Health Organisation, Geneva, 2001
2. Lahtinen E, Lehtinen V., Riikonen, Ahonen J. (Eds.) Framework for Promoting Mental Health in Europe, STAKES, 1999, 129 p.
3. World Health Report 2003 Shaping the Future, World Health Organisation, Geneva, 2003
4. Culbertson, F.M. (1997): Depression and Gender, An International Review, *American Psychologist*, Vol. 52, No. 1, 25-31.
5. Bland, R. C. (1997) Epidemiology of Affective Disorders: A Review, *Canadian Journal of Psychiatry*; Vol 42, May.
6. Hartug, C. M., Widiger, Th. A. (1998): Gender Differences in the Diagnosis of Mental Disorders: Conclusion and Controversies of the DSM-IV, *Psychological Bulletin*, Vo. 123, No. 3, 260-278.
7. Szádóczky E, Papp Z, Vitrai J, et al (1998) The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey. *Journal of Affective Disorder*, 50:153-162.
8. Kopp, M, Szedmák, S., Löke, J., Skrabski, Á. (1997) A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében, *Lege Artis Medicine*, 7(3):136-144.
9. Lathinen, et al (1999): *Framework for Promoting Mental Health in Europe*”, STAKES & EC
10. *Mental Health, A Report of the Surgeon General – Executive Summary*, U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999, Rockville, 20 pp
11. Verhaak, P. F. M., Heijmans, M. J. W.M., Peters, L., Rijken, M. (2005) Chronic disease and mental disorders, *Social Science and Medicine*, (60) 2005, 789 –797.
12. Paolucci, S., Gandolfo, C., Provinciali, L., Torta, R., Sommacal, S., Toso, V. (2005): Quantification of the risk of post stroke depression: the Italian multicenter observational study DESTRO, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(4): 272-8
13. Aben, I, Verhey, F., Strik, J., Lousberg, R., Lodder, J., Honig, A. (2003): A comparative study into the one year cumulative incidence of depression after stroke and myocardial infarction, *J.Neurol Neurosurg Psychiatry*, 74: 581-585.
14. van Melle, J.P., de Jonge, P., Spijkerman, T.A., Tussen, J.G.P., Ormel, J., van Veldhuisen, D.J., van den Brink, R.H.S., van den Berg, M.P. (2004): Prognostic Association of Depression Following Myocardial Infarction With Mortality and Cardiovascular Events: A Meta-analysis, *Psychosomatic Medicine*, 66:814-822.
15. Penninx, B. W.J., Beekman, A.T.F., Honig, A., Deeg, D.J., Schoevers, R.A., van Eijk, J.T.M., van Tilburg, W. (2001): Depression and Cardiac Mortality: Results From a Community-Based Longitudinal Study, *Archives of General Psychiatry*, Vol 58(3): 221-227.

16. Calderwood L., Park, P. (2000): Psychosocial Health, in Shaw, A., McMunn, A., Field, J. (eds.): *The Scottish Health Survey 1998*, Joint Health Surveys Unit at The National Centre for Social Research and Department of Epidemiology & Public Health, UCL, 393-396.
17. Kessler, R.C., McGonagle, K., Zhao, S. et al (1994): Lifetime and 12-month prevalence of DM-III R Psychiatric Disorders in the United States, *Archives of General Psychiatry*, 51: 8-19.
18. Kessler, R.C., Berglund, p., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, k.R., Rush, A.J., Walters, E.E., Wang, Ph.S. (2003): The Epidemiology of Major Depressive Disorder, Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), *JAMA*, June 18, Vol 289, No. 23.
19. Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S., Kessler, R.C., Kovess, V., Lépine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Vilagut, G. (2004): 12-month Comorbidity Patterns and Associated factors in Europe: Results from the European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD Project), *Acta Psychiatr Scand*, 109 (suppl 420): 28-37
20. Suominen, K., Henriksson, M., Suokas, J., Isometsä, E., Ostamo, A., Lönnqvist, J. (1996): Mental disorders and comorbidity in attempted suicide, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol 94(4): 234-240.
21. Sher, L., Oquendo, M.A, Mann, J.J. (2001): Risk of suicide in mood disorders, *Clinical Neuroscience Research*, 1, 337-344.
22. Kessler, R., Borges, G., Walters, E.E. (1999): Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry*, Vol 56(7): 617-626.
23. The Who World Mental Health Survey Consortium (2004): Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Mental Health Surveys, *JAMA*, 291:2581-2590.
24. *The State of Mental Health in the European Union*, European Communities, 2004
25. Decision No 1786/2002/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008), Official Journal of the European Communities, 9.10.2002, 271/1-271/11
26. Lehtinen, W. (2004): *Action for Mental Health, Activities co-funded from European Community Public Health Programmes 1997-2004*, European Communities and STAKES
27. Korkeila JJA. (2000) Measuring aspects of mental health, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki, STAKES, 135 pp
28. Vizi János (2004) Lelki egészség, öngyilkos magatartás, in Boross J., Németh R., Vitrai J. (szerk): *Országos lakossági egészségfelmérés OLEF2000*, Kutatási jelentés
29. Korten A., Henderson S. (2000) The Australian National Survey of Mental Health and Well-Being, Common psychological symptoms and disablement, *The British Journal of Psychiatry*, 177:325-330
30. Bowling, A (1997): *Measuring Health, A Review of Quality of Life Measurement Scales*, 2nd Edition, Open University Press, pp 159

31. Schmitz N, Kruse J, Heckrath C, Alberti L, Tress W. (1999) Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34:360-366
32. Donath S, (2001) The validity of the 12-item General Health Questionnaire in Australia: a comparison between three scoring methods, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35:231-235
33. Hoeymans N, Garssen A. A, Westert G. P, Verhaak, P. FM. (2004) Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5, *Health and Quality of Life Outcomes*, 2:23
34. Goldberg D.P, Gater R, Sartorius N, Üstün T.B, Piccinelli M, Gureje O, Rutter C. (1997) The Validity of Two Versions of the GHQ in the WHO Study of Mental Illness in General Health Care, *Psychological Medicine*, Vol 27(1), January, pp 191-197
35. McKenna, SP, Payne, RL. (1989) A comparison of the General Health Questionnaire and the Nottingham Health Profile in a study of unemployed and re-employed men. *Family Practice*. Vol.6 (1) 3-8
36. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J. (1994) The Nottingham Health Profile: User's Manual, Galen Research, U.K, pp 55
37. Holi MM, Marttunen M, Aalberg V. (2003) Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population, *Nord J Psychiatry*, Vol 57 (3), 233-238
38. Goodchild, Duncen-Jones (1985) Chronicity and the General Health Questionnaire, *British Journal of Psychiatry*, 146:55-61.
39. Goldberg D. P, Oldehinken T, Ormel J. (1998) Why GHQ Threshold Varies from One Place to Another, *Psychological Medicine*, Vol 28(4), July, pp 915-921
40. Kopp, M, Skrabski, Á. (2003) Lelki egészség, In: Csaba, GY (szerk): Egészségmegőrzés, Természet Világa, 2003/II. 37-40.
41. Norten J, de Roquefeuil G, Benjamins A, Boulenger J.P, Mann A. (2004) Psychiatric morbidity, disability and service use amongst primary care attenders in France, *European Psychiatry* 19, 2004, pp164-167
42. Dong W., Erens B (Eds.): *Scottish Health Survey 1995*, HMSO, 1997
43. Shaw, A., McMunn, A., Field, J. (eds.): *The Scottish Health Survey 1998*, Joint Health Surveys Unit at The National Centre for Social Research and Department of Epidemiology & Public Health, UCL
44. Purdon, S., Erens, B. (1997): Psychosocial Well-Being, in Dong, W., Erens, B. (Eds): *Scottish Health Survey 1995*, HMSO, 501-516.
45. Bijl, R.V., de Graaf, R., Hiripi, E., Kessler, R.C., Kohn, R., Offord, D.R., Ustun, T.B., Vicente, B., Vollebergh, W.A.M., Walters, E.E., Wittchen, H.U. (2003): The Prevalence Of Treated And Untreated Mental Disorders In Five Countries, *Health Affairs*, Volume 22. Number 3, 122-133.

46. Cobb, S. (1976): Social Support as a moderator of life stress, *Psychosomatic Medicine*, 38:300-314.
47. Stephens, Th., Dulberg, C., Joubert, N. (2000): Mental health of the Canadian Population: A Comprehensive Analysis; Chronic Diseases in Canada, Vol 20, No. 3.
48. Levin, J.S. (1996): How Religion Influences Morbidity and Health: Reflections on Natural History, Salutogenesis and Host Resistance, *Social Science and Medicine*, Vol. 43, No. 5, 849-864.
49. Kopp, M., Székely, A., Skrabski, Á. (2004) Vallásosság és egészség az átalakuló társadalomban, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, Vol 5, Num. 2, 103-125.
50. Albert F., Dávid B., Németh R. (2005): Társas támogatás, társadalmi kohézió, OLEF2003 Kutatási jelentés

8. Táblázatjegyzék

1. Táblázat: A GHQ-12 tételei	7
2. Táblázat: A mentális funkcionális-csökkenés gyakorisága nem és kor szerint (%).....	9
3. Táblázat: A depresszió / szorongás gyakorisága nem és kor szerint (%).....	9
4. Táblázat: A mentális funkcionális-csökkenés összefüggései – nők (N=2275)	12
5. Táblázat: A mentális funkcionális-csökkenés összefüggései – férfiak (N=1790)	13
6. Táblázat: Diagnosztizált depresszió / szorongás összefüggései nőknél (N=2270)	15
7. Táblázat: Diagnosztizált depresszió / szorongás összefüggései férfiaknál (N=1799)	16