

Az erdélyi magyar felnőtt lakosság depresszióra való hajlamának vizsgálata

Ábrám Zoltán

Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, Közegészségtani Tanszék

Studiul predispoziției pentru depresie în rândul populației adulte maghiare din Transilvania

În ultimii decenii disfuncțiile și îmbolnăvirile psihice s-au răspândit în toată lumea, motiv pentru care menținerea sănătății psihice a devenit o problemă importantă. Cercetarea se bazează pe aplicarea unui chestionar în rândul populației adulte din municipiile Târgu-Mureș, Miercurea-Ciuc și Sfântu-Gheorghe, eșantion reprezentativ stratificat în mai multe trepte. Aplicând scala de depresie Beck, datele obținute arată că 42,3% din populația studiată relatează semne de depresie. Femeile sunt mai deprimare decât bărbații. Sindromul depresiv crește semnificativ cu vârsta, pe de altă parte școlarizarea insuficientă este în relație directă cu această boală psihică. Printre factorii favorizanți mai amintim lipsa locului de muncă și lipsa familiei.

The study of predisposition for depression among the Hungarian adult population from Transylvania

In the last decades the psychical dysfunctions and diseases became widespread in the whole world, so that the maintenance of psychical health became a very important problem. This study is based on the application of a questionnaire among the adult population from Târgu-Mureș, Miercurea-Ciuc and Sfântu-Gheorghe towns, a representative sample stratified in more steps. Applying the Beck depression scale, our results show that 42,3% of the surveyed population has depressive signs. Women are more depressive than men. The depressive syndrome increases significantly with age, on the other hand the insufficient educational level is in direct relation with this psychical illness. Among the predisposing factors we can enumerate unemployment and the lack of family.

Orvostudományi Értesítő, 2007, 80 (2): 145-147

www.emegysz.ro

A lakosság lelki egészségének, illetve az azt meghatározó különböző háttértényezők jelentőségének a vizsgálata időszerű kutatási téma. Kiváltképpen azokban a régiókban, ahol az elmúlt években, évtizedekben fontos társadalmi változásokra került sor [3,11,12]. Ezért szükségszerűvé vált az olyan kutatások, felmérések, tanulmányok elvégzése, amelyek hasznos és megbízható adatokat nyújtanak a lakosság, annak egyes csoportjai lelki egészségi állapotáról, életminőségéről [5].

Kopp Mária és munkatársai több mint két évtizede foglalkoznak a magyar lakosság lelkiállapotának, a szorongás, a depresszió, a neurózis előfordulásának és az elősegítő tényezők szerepének a kutatásával [6,7,8,9]. A munkacsoport által elvégzett országos reprezentatív felmérések lehetőséget nyújtottak a magyar lakosság lelkiállapotának leírására, a bekövetkezett változások követésére, valamint a pszichológiai, társadalmi, gazdasági és környezeti háttértényezők kölcsönhatásainak feltárására.

Jelen tanulmány szerzője és munkatársai már eddig is végeztek regionális felmérést különböző korú iskolás gyermekek, valamint a felnőtt lakosság életviteli szokásairól, testi-lelki egészségi állapotáról [1,2]. Ezen kutatások során sikerült újabb adatokat gyűjteni az egyes tanulmányokban szereplő mintákra vonatkozóan.

Kutatásunk célja az erdélyi magyarságon belül a székelyföldi populáció (egyelőre a három megyeközpont felnőtt lakossága) lelki egészségének alapos követése, az ezredfordulón tapasztalható lelkiállapotának a felmérése, összefüggések keresése az egészségi állapota és a különböző társadalmi tényezők között.

Módszer

A kutatás kérdőíves felmérés elvégzéséből és feldolgozásából állt. Az adatgyűjtés önkéntesen és névtelenül történt személyes otthoni interjú formájában. A kérdések a társadalmi-gazdasági helyzetre, az életmódra, a testi-lelki egészség

ségi állapotra és ezek háttértényezőire vonatkoztak.

A kérdőív tartalmazta a Beck-féle depressziós skála rövidített változatát, amely a depressziós tünetegyüttes súlyosságának egyik legmegbízhatóbb mérési módszere. Több vizsgálat szerint a Beck-féle depressziós skála a legalkalmasabb mérőeszköz, használata lehetőséget nyújt a depresszió számszerű mérésére. A rövidített kérdőív pontszámainak átszámítása után értékelhetjük az eredményt: 0-9 pontszám nem depressziós, 10-18 enyhe depressziós tünetegyüttes, 19-24 közepesen súlyos depressziós tünetegyüttes, 25 fölött súlyos depressziós állapotot jelez.

Marosvásárhelyen, Csíkszeredán és Sepsiszentgyörgyön történt az adatgyűjtés otthoni interjúk formájában. Életkor, nem és terület szerinti reprezentatív adatfelvételre került sor a 18 év feletti erdélyi magyar lakosság egyes csoportjai körében. Kutatásunkban arra törekedtünk, hogy a mintaválasztás minden szinten véletlenszerű legyen. Kombinált kiválasztási módszert alkalmaztunk, a rétegelt mintavételt kombináltuk a többlépcsős mintavétellel. A többlépcsős rétegelt mintavételi eljárás során fontos rétegekhez ismérvek: a lakosság nemenkénti, korcsoportonkénti (18-39 év, 40-59 év, 60 év felett) és terület szerinti (megyeközpontok), valamint a népesség foglalkozás szerinti megoszlása. A rétegzés meghatározása alapján több lépcsőben választottuk ki a megkérdezetteket: települések kiválasztása, majd a településeken belül a lakóhely kiválasztása (városrész, utca, lakóház), végül a mintába eső háztartásokból egy-egy személy kijelölése. A vizsgálat nem a háztartásra, hanem a háztartáson belül egy személyre vonatkozott.

A mintát a polgármesteri hivatalok statisztikai osztályán megtalálható választási névjegyzékek segítségével állítottuk össze. A véletlenszerű kiválasztáson túlmenően figyelembe vettük a 2002-es romániai népszámlálási adatokat. Az összesen N=355 kérdőív adatai egy számítógépes program alapján bekerültek a számítógépbe, majd az SPSS program szerint végeztük el a statisztikai analízist. A szignifikanciaszámítás 95%-os megbízhatósági intervallumban történt.

Eredmények

A minta nemek szerinti megoszlása: 175 férfi (49,3%) és 180 nő (50,7%). A vizsgált felnőtt lakosságot három korosztályba soroltuk: 18-39 év közötti 129 személy (36,3%), 40-59 éves 137 személy (38,6%), míg 89 személy 60 év feletti (25,1%). Ami a családi állapotot illeti, a megkérdezettek 26,3%-a nőtlen, hajadon vagy egyedülálló; 51,1%-a házastársával együtt él, 5 személy (1,4%) nem él együtt házastársával, 13-an élettársi kapcsolatot folytatnak; az elváltak aránya 7,3%, az özvegyeké pedig 10,2%.

Felmérésünk igen nagy adatbázisa részletes elemzésre ad lehetőséget, de itt csak arra vállalkozhatunk, hogy a legfontosabb adatokat mutassuk be az egész mintára vonatkozóan, valamint olyan tényezők figyelembevételével, mint nem, életkor, település, végzettség, családi és munkahelyi vonatkozások.

Kutatásunk adatai szerint a 18 évesnél idősebb népesség 42,3 százaléka panaszodik depressziós tünetekről. A klinikai depresszió enyhe és közepes jelei 31,3%-ban találhatók meg, míg a súlyos depresszió 11,1%-ban. A felmérés eredménye egyben azt is jelenti, hogy a vizsgált népesség 57,7 százaléka nem depressziós.

A nemek szerinti vizsgálat eredményei alapján a nők depressziósabbak, mint a férfiak ($\chi^2 = 4,13$, $p < 0,05$). Érdekes módon a lényeges különbséget a közepes depressziós tünetegyüttesnél állapíthattuk meg, az enyhe és a súlyos esetek között nincs eltérés. A Beck-féle depressziós skála össz-pontértéke mindkét nemnél meghaladja a 10 pontos határt (1. táblázat).

A depressziós tünetegyüttes az életkorral igen nagy mértékben emelkedik ($\chi^2 = 18,75$, $p < 0,001$). Amíg az enyhe depresszió jeleit megközelítőleg azonos arányban talál-

tuk meg mindhárom vizsgált korosztály esetében, addig a közepes és a súlyos depressziós tünetegyüttes gyakorisága jelentősen megnőtt az életkor előrehaladtával. A középső korosztály erős lelki megterhelésére utaló figyelmeztető jelként értékeljük, hogy a súlyos esetek aránya majdnem azonos az idősekével és az összpontszám inkább hozzájuk közelít, mint a fiatal korosztály pontértékéhez (2. táblázat).

Az alacsony iskolázottság a depresszió legfontosabb előrejelzője. Az iskolázottság, az ott elsajátított kommunikációs készségek, kapcsolati háló, megbirkózási készségek igen fontos egészségmegőrző tényezőnek tekinthetők, bár nyilvánvalóan a magasabb végzettségűek családi hátterében, gyermekkori szocializációjában is nagy különbségek vannak. A legfeljebb 8 általánost végzők kétharmadában a Beck-pontszám túllépte az enyhe depresszióra utaló határt, sőt az átlagérték a közepesen súlyos depressziós tünetegyüttes határában található (18,33±2,04). Magasabbak az értékek a szakmunkásképzőt és a szakközépiskolát végzők körében is, ugyanakkor megfigyelhető, hogy az egyetemet vagy főiskolát végzők depressziósabbak és arra hajlamosabbak, mint a csupán gimnáziumi érettségivel rendelkezők ($\chi^2 = 20,949$, $p < 0,001$) (3. táblázat).

A település vizsgálatára kitérve, Csíkszereda és Sepsiszentgyörgy felnőtt lakosainál eredményeink magasabbaknak bizonyultak, mint a marosvásárhelyieké, a közepes és súlyos depressziós tünetegyüttes esetén a különbségek akár két-háromszorosak ($\chi^2 = 6,61$, $p = 0,01$). Mindez a kisvárost inkább depresszióra hajlamosító közegnek tünteti fel a közepes méretű várossal szemben (4. táblázat).

A depresszióra való hajlam még számos tényezővel összefüggésbe hozható. Ilyen tényezők a munkahely és a családi állapot. A munkahelyük szerinti megoszlásuk alap-

1. táblázat. A depressziós tünetegyüttes gyakorisága nemek szerint

Nem	Nem depressziós	Enyhe depresszió	Közepes depresszió	Súlyos depresszió	BDI összpont-szám ± SE
Férfi	60,9%	21,8%	6,3%	10,9%	10,22±0,79
Nő	54,5%	21,9%	12,4%	11,2%	11,91±0,78
Összesen	57,7%	21,9%	9,4%	11,1%	11,07±0,56

2. táblázat. A depressziós tünetegyüttes gyakorisága az életkor szerint

Életkor	Nem depressziós	Enyhe depresszió	Közepes depresszió	Súlyos depresszió	BDI összpont-szám ± SE
18-39 évesek	69,5%	21,9%	5,5%	3,1%	7,50±0,63
40-59 évesek	54,0%	21,2%	9,5%	15,3%	12,39±0,95
60 év feletti	46,0%	23,0%	14,9%	16,1%	14,27±1,30
Összesen	57,7%	21,9%	9,4%	11,1%	11,07±0,56

3. táblázat. A depressziós tünetegyüttes gyakorisága az iskolai végzettség szerint

Iskolai végzettség	Nem depressziós	Enyhe depresszió	Közepes depresszió	Súlyos depresszió	BDI összpont-szám ± SE
8 általános	33,3%	22,2%	19,4%	25,0%	18,33±2,04
szakmunkásképző	47,5%	35,0%	2,5%	15,0%	13,00±1,63
szakközépiskola	51,0%	30,6%	12,2%	6,1%	10,47±1,47
gimnázium	69,7%	17,2%	6,6%	6,6%	8,46±0,79
felsőfokú képzés	62,6%	18,7%	9,9%	8,8%	9,91±1,03
összesen	57,7%	21,9%	9,4%	11,1%	11,07±0,56

4. táblázat. A depressziós tünetegyüttes gyakorisága a település szerint

Város	Nem depressziós	Enyhe depresszió	Közepes depresszió	Súlyos depresszió	BDI összpont-szám \pm SE
Csíksereda	48,6%	26,7%	9,5%	15,2%	12,80 \pm 1,05
Sepsiszentgyörgy	58,2%	15,3%	16,3%	10,2%	11,79 \pm 1,10
Marosvásárhely	63,8%	22,8%	4,7%	8,7%	9,39 \pm 0,80
Összesen	57,7%	21,9%	9,4%	11,1%	11,07 \pm 0,56

ján a depresszióra hajlamosak 36,4%-a gazdaságilag inaktív, 27,3% közalkalmazott, 27,3% alkalmazott, 9,1% alkalmi munkás. Családi állapot szerint 45,5% házas, 36,4% özvegy, 18,2% házas, de házastársával nem él együtt.

Közismert, bizonyított a kockázati tényezőnek tartott stressznek a szerepe a depresszió kiváltásában. A stresszhelyzetek azonban önmagukban nem károsítják az egészséget, ha úgy érezzük, eredményesen tudunk megküzdeni a kihívásokkal. Érdekes ezért követni a depressziót az alkalmazott tesztbateriánkban szereplő stresszfelmérő kérdőív, valamint konfliktusmegoldási kérdőív eredményei, valamint a krónikus stressz legmegfelelőbb mérőeszközének tartott vitális kimerültség mérése által. Részletes elemzésre nem vállalkozhatunk, de eredményeink bizonyítják, hogy az említett elemzéseknél minden korcsoportban vezetnek a nők.

Megbeszélés és következtetések

Kiemelten foglalkozunk a depresszió kérdésével, mivel az elmúlt évtizedekben a lelki megbetegedések és zavarok rendkívül gyakorivá váltak világszerte. A lelki egészség biztosítása az egészségügy jelentős kérdése a civilizált világban, ugyanis a lelki problémák korlátozzák a munkaképességet, rontják az életminőséget, kockázati tényezőként szerepelnek számos megbetegedésben. Az Egészségügyi Világszervezet adatai alapján négy ember közül egy szenved lelki betegségben élete során. A munkaképesség-csökkenés leggyakoribb oka a depresszió, amely napjainkban a negyedik helyen áll a tíz legnagyobb társadalmi terhet jelentő betegség közül. Az előrejelzések szerint a következő évtizedben az egészségügy legsúlyosabb problémái a pszichiátriai, a lelki betegségek, ezen belül is a depresszió és következményei lesznek [4,10].

Az Egészségügyi Világszervezet elemzése szerint ma a világon a 15-44 éves korosztályban elsősorban a depresszió váltja ki a betegségek jó részét, összességében a valamennyi megbetegedés által okozott veszteség 30%-a származik a lelki egészség zavaraiából; ez az arány ötször nagyobb, mint a szív-érrendszeri megbetegedések által okozott kiesés [13].

Az utóbbi évek vizsgálatai szerint a depressziós tünetegyüttes a felnőtt lakosság életminőségét befolyásoló legfontosabb tényező, a lelki egészség legjelentősebb mutatója. Kopp Mária és munkatársai kiterjedt kutatásai bizonyították, hogy a társadalom rendkívül gyors átalakulása a lelki egészség mutatóinak nagyfokú rosszabbodásával járt 1988-1995 között, elsősorban a lemaradó rétegekben. 1995 és 2002 között azonban ez a negatív tendencia megfordult, különösen a régiók közti különbségek mérséklődtek [8,9].

A közkeletű állítással szemben, miszerint a magyar

depressziós nép, sokkal inkább jellemző az igen nagy teljesítményigény, aminek következtében gyakoribb a krónikus stressz állapota, ami a depresszió legfontosabb veszélyeztető tényezője. Tudományosan megalapozott állítás ma már, hogy az értékválság az ezredforduló magyar lelkiállapotának és az ezzel szorosan összefüggő demográfiai krízisnek alapvető összetevője [6,7].

A mi kutatásunk mintájában magas a krónikus stresszterheltség, ami a depresszió legfontosabb veszélyeztető tényezője. A vizsgálat eredményei alapján a nők depressziósabbak, mint a férfiak, és a depressziós tünetegyüttes az életkorral nagy mértékben emelkedik. A depressziós esetek súlyosságát nézve a kisváros inkább depresszióra hajlamosító közeg a közepes méretű várossal szemben. Az alacsony iskolázottság, a munkahely és a család hiánya a depresszió fontos előrejelzői. Az iskolázottság, az ott elsajátított kommunikációs készségek, kapcsolati háló, megbirkózási készségek igen fontos egészségmegőrző tényezőnek tekinthetők.

Irodalom

1. Ábrám Z., Márton D., Fábrián R. - *Egészségügyi felmérés Maros és Hargita megyék lakossága életviteli szokásairól*. Orvostudományi Értesítő, 1999, 72:183-185.
2. Ábrám Z. et al. - *A felnőtt lakosság testi-lelki egészsége, a háttértényezők szerepe*. Orvostudományi Értesítő, 2004, 77: 191-195.
3. Ádány R. - *A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón*. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 2003.
4. Cassens B.J. - *Preventive medicine and public health*. Philadelphia, Harwal Publishing, 1992.
5. Kaló Z. - *Mit jelent és miért fontos az életminőség mérése az egészségügyi technológiák értékelésében?* Mentálhigiéne és Pszichoszomatika, 2000, 2: 55-58
6. Kopp M. et al. - *A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében*. Lege Artis Medicinae, 1997, 7: 136-144.
7. Kopp M., Skrabski Á. - *Magyar lelkiállapot az ezredfordulón*. Távtalok, 2000, 20: 499-513.
8. Kopp M. et al. - *Jelentés a Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés legfontosabb eredményeiről*. Budapest, Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, 2003.
9. Kopp M., Skrabski Á. - *Lelki egészségünk*. Természet Világa, 2003, 37-40.
10. Wiley J.A., Comacho T.C. - *Life-style and future health*. Preventive Medicine, 2006, 29:1-21.
11. Zanoschi G., Duda R., Iliescu L. - *Studiu epidemiologic privind problemele medicale și psiho-sociale*. Revistă de Igienă și Sănătate Publică, 2000, 50:14-19.
12. ***Anuar de statistică sanitară 2005. București, Ministerul Sănătății, 2006.
13. ***The World Health Report 2004. Geneva, World Health Organization, 2005.