

A mentális állapot populációs szintű vizsgálatának koncepciói és eszközei

KÓSA KAROLINA^{1*} – BÍRÓ ÉVA²

¹ Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen

² Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet, Debrecen

(Beérkezett: 2017. október 24.; elfogadva: 2018. március 23.)

Az elmúlt három évtizedben folyamatosan nőtt a nemzetközi érdeklődés a populációk mentális egészsége iránt, amit a témakörben nagy számban végzett tudományos kutatások és nemzetközi szakmai dokumentumok bizonyítanak. A téma iránti érdeklődéshez és elkötelezettséghez képest azonban a szakirodalomban igen alacsony a populációs adatokat szolgáltató, pontosan dokumentált, jól tervezett, és nemzetközi összehasonlításra is alkalmas vizsgálatok száma. Ez különösen igaz a hazai népesség mentális egészségével kapcsolatos kutatásokra, ami jelentős akadálya annak, hogy a mentális problémákkal küzdő hazai népesség különféle csoportjait célzottan segíteni képes, bizonyítékokon alapuló beavatkozásokat kínáló, több mint egy évtizede tervezett lelki egészség-stratégia elfogadásra kerüljön. E helyzet megoldásához kíván hozzájárulni a közlemény azáltal, hogy áttekintést ad a mentális állapot populációs mérésének konceptuális kérdéseiről, beleértve a mentális egészség átfogó témaköreit; valamint számba veszi a mentális zavarok, a generikus mentális állapot, és a mentális egészség, illetve a szubjektív jóllét vizsgálatára alkalmas, populációs vizsgálatokban leggyakrabban használt mérőeszközöket. A mentális egészség kérdéskörének jelentőségét és a magyar népesség mentális problémáira fókuszálva szükséges, a rendelkezésre álló széleskörű nemzetközi tapasztalatokat figyelembe véve pedig lehetséges a hazai népesség mentális állapotát az eddiginél átfogóbb, rendszeres, és nemzetközi összehasonlításra alkalmas eredményeket nyújtó módon vizsgálni, amely megalapozza a lelki egészség javítását hatékonyan szolgáló, bizonyítékokra alapozott országos stratégia megtervezését és eredményeinek nyomon követését.

Kulcsszavak: lelki egészség, epidemiológia, kérdőíves felmérés

1. Bevezetés

Az elmúlt három évtizedben egyre nőtt a nemzetközi érdeklődés a mentális egészség szerepe iránt, ezen belül is a populációk mentális egészsége iránt. Ezt tükrözte az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization; WHO) 2001-ben megjelent globális egészségriportja, amely teljes egészében

* Levelező szerző: Prof. Dr. Kósa Karolina, Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet, 4032 Debrecen, Móricz Zsigmond körút 22. E-mail: kosa.karolina@sph.unideb.hu

e témakörrel szolt (WHO, 2001). 2003-ban a WHO olyan anyagot tett közzé, amely a mentális egészségbe való beruházás szükségességét részletezte, amit a mentális zavarok ellátásának hiányosságai, az általuk okozott gazdasági terhek nagyságrendje, valamint a megelőzés széleskörű lehetőségei is indokolnak (WHO, 2003). E dokumentum 2013-ban megjelent folytatása már a bizonyítottan hatékony beavatkozásokra is kitért (WHO, 2013a), amit a mentális egészség javítására szolgáló, a 2013–2020 közti időszakra vonatkozó globális (WHO, 2013b) és európai (WHO, 2015a) cselekvési terv megalkotása követett. A lelki egészséggel kapcsolatos prioritásokat az Európai Unió (EU) 2008-ban határozta meg (depresszió és öngyilkosság megelőzése, fiatalok és idősek lelki egészsége, lelki egészség a munkahelyeken, valamint küzdelem a társadalmi kirekesztettség ellen) (Európai Bizottság, 2008); a WHO Európai Irodájával közösen elért haladásról 2016-ban számolt be (European Commission, 2016).

A WHO és az EU dokumentumaiban a mentális egészség témaköre iránt megnyilvánuló elkötelezettséghez képest a populációs adatokat szolgáltató, pontosan dokumentált és jól tervezett vizsgálatok száma igen csekély. Egy ausztrál kutatócsoport az 1980–2008 közti időszakot vizsgálva közel 77 ezer, mentális betegségekre vonatkozó epidemiológiai vizsgálatot azonosított, amelyeknek azonban mindössze 1 százaléka volt alkalmas arra, hogy nemzetközi összehasonlításra adatokat lehessen nyerni belőle. A legfőbb problémák között sorolták fel, hogy a vizsgálatok nem a nemzetközi standardok szerinti definíciót használták a betegségek azonosítására; nem volt reprezentatív a minta; nem jól választották meg a módszertant; és nem volt kellően részletes a módszertan ismertetése (Baxter, Patton, Scott, Degenhardt, & Whiteford, 2013). Egy másik, a 2007–2012 közti időszakot európai szempontból áttekintő közlemény azt állapította meg, hogy a populációs vizsgálatok többsége a fejlett északi és nyugati országokban zajlik (Forsman, Ventus, van der Feltz-Cornelis, & Wahlbeck, 2014).

A nemzetközi vizsgálatokkal kapcsolatos problémák csak részben vizsgálhatják a hazai szakembereket és szakpolitikai döntéshozókat, akik a mentális zavarokra, illetve a mentális állapotra vonatkozó részletes, reprezentatív, idősoros elemzésre is alkalmas, aktuálisnak tekinthető magyarországi adatok nélkül kénytelenek beavatkozásokat és döntéseket tervezni és kivitelezni, oktatni és kutatni. A felnőttkori mentális zavarok vonatkozásában a legutolsó epidemiológiai vizsgálatok Szádóczy Erika és munkatársai nevéhez fűződnek, mintegy két évtizeddel ezelőtt (Szádóczy, Fazekas, Füredi, & Papp, 1996; Szádóczy, Rihmer, Papp, & Füredi, 1997). Nem történt meg a populációs felmérésekre alkalmas legrészletesebb eszköz (CIDI kérdőív)¹ hazai adaptálása, amelynek következtében az ország nem tud be-

¹ A tanulmányban említett kérdőívek teljes nevét és forrásait a 3–5. táblázatok részletezik.

kapcsolódni az azt használó nagyszabású nemzetközi vizsgálatokba. A kutatói elkötelezettségen alapuló, rendszeres szakágazati támogatás nélkül zajló reprezentatív Hungarostudy vizsgálat a depresszió szempontjából veszélyeztetettek gyakoriságára vonatkozóan szolgáltat idősoros adatokat 1988-tól, de az abban használt rövidített, 9 tételes Beck szűrőskála eltér a nemzetközileg használatos, 13 tételes rövidített BDI skálától, és annak 7 tételes, az alapellátásban ajánlott változatától is, így az ezzel nyert adatok nemzetközi összehasonlításra csak korlátozottan alkalmasak. A vizsgálat utolsó három, illetve két adatfelvételének eszköztárában alkalmazásra kerültek olyan skálák (WBI-5, étellel való elégedettség, boldogság), amelyek – ha részei lesznek a további adatfelvételeknek – alkalmat nyújthatnak idősoros értelmezésre a lelki egészség vonatkozásában. Nemzetközi és idősoros összehasonlításra alkalmas adatok hiányában jelentős kihívást okoz bizonyítékokon alapuló lelki egészség-stratégiát alkotni.

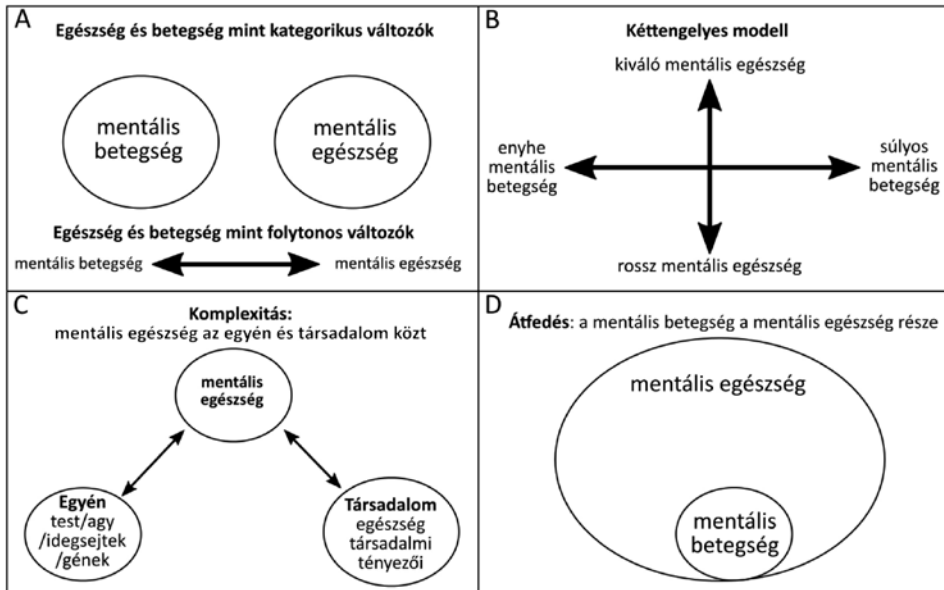
A jelen közlemény a mentális állapot országos és országok közti, populációs mérésének elméleti és gyakorlati kérdéseinek áttekintésével, illetve a rendelkezésre álló mérőeszközök számba vételével kíván hozzájárulni a hazai népesség mentális egészségének javítását szolgáló kutatások tervezéséhez.

2. A mentális állapot mérésének konceptuális kérdései

2.1. Mentális egészség vagy mentális betegség

A mentális egészség és betegség szinonimaként való használata napjainkban is jellemző a szakterületre, annak ellenére, hogy a WHO alkotmánya már 1946-ban világosan utalt az egészség és betegség konceptuális különbségére („az egészség meghatározása nem negatív vagy korlátozott mint a betegség hiánya, hanem pozitív és tág, úgymint a teljes testi, mentális és társas jólét”) (WHO, 1946). Megjegyzendő, hogy a mentális kórállapotok megnevezésére a diagnosztikus célokra használt nemzetközi nozológiai rendszerek – a mentális kórállapotok etiológiájának tisztázatlanságai és ellentmondásai miatt – a „zavarok” (*disorders*) szót alkalmazzák „betegség” helyett. Marie Jahoda osztrák származású amerikai pszichológus 1958-ban megjelent, a pozitív mentális egészségről szóló könyvében tudományos igényvel elemezte a lelki egészség (*mental health*) és a lelki/mentális betegség (*mental illness*) közti konceptuális különbségeket. A korabeli szakirodalom alapján hat empirikus mutatót javasolt a „pozitív mentális egészség” vizsgálatára: önkép (*self*, beleértve a vonásokat, motivációt, érzelmeket, érdeklődést és értékeket); fejlődés és kibontakozás; integráltság, autonómia, valóságészlelés, valamint a környezethez történő alkalmazkodás (Jahoda,

1958). Buda Béla szociálpszichológiai aspektusból kísérte meg a két fogalom elkülönítését (Buda, 1994). A legújabb nemzetközi áttekintés (Manwell és mtsai, 2015) szerint e fogalmak használata tükrözi a beszélő személy rendszerint implicit módon használt elméletét a kettő viszonyáról, amelynek négy különböző változatát az 1. ábra mutatja be.



1. ábra. A mentális egészség és betegség eltérő szemléleteit tükröző modellek négy különböző változata („pozicionalitás”) (Manwell és mtsai, 2015, 7. o. nyomán)

2.2. A mentális egészség átfogó témakörei

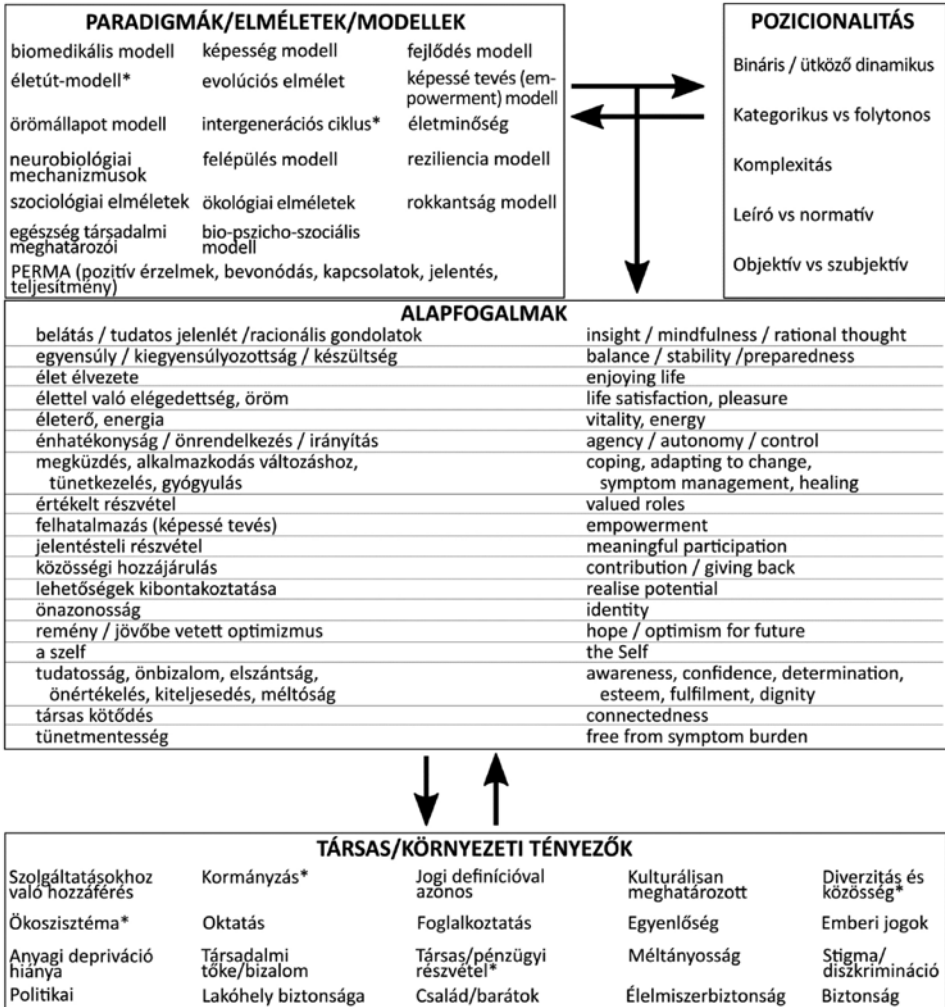
A mentális állapot („mentális egészség”) populációs vizsgálatai igen szerteágazóak elméleti háttér és módszertan, és – ezekből következően – eredmények vonatkozásában egyaránt. Az elméleti és módszertani diverzitás nehezíti, sőt lehetetlenné teszi a különféle populációkban kapott eredmények összehasonlítását és a követéses vizsgálatokat. A konszenzus hiánya okán kanadai szerzők a közelmúltban nemzetközi szakértők bevonásával kétkörös kvalitatív tematikus felmérésben vizsgálták meg és összegezték a mentális egészség koncepcionális szintjeit, amelyeket 2015-ben megjelent közleményükben négy átfogó témakörbe soroltak (Manwell és mtsai, 2015) (2. ábra). A „paradigmák/elméletek/modellek” blokkba kerültek azok a szemléleti keretek, amelyek a releváns kutatások kiindulópontjául szolgálnak, pl. bio-pszicho-szociális modell, életminőség, reziliencia, kibontakozás/örömállapot (*flourishing*), evolúciós teóriák, ökológiai modell, stb.

A „pozicionalitás” blokkba sorolták azokat a lehetséges kinyilvánított (explicit) vagy rejtett (implicit) szemléleti alapokat, amelyek a kutatók mentális egészséggel kapcsolatos tudományos világnézetét jellemzik. A különböző tudományos világnézeteket, „pozíciókat” tükröző konceptuális modellek változatait az 1. ábra mutatja be részletesen. Az „alapfogalmak” (*core concepts*) tartalmazzák a kutatások során vizsgálható, egyénekre jellemző konstruktumokat és faktorokat. Az ábrán az egyértelműség kedvéért ezek angol elnevezéseit is feltüntettük. A negyedik blokkban kaptak helyet a „társas/környezeti faktorok”, amelyek embercsoportok, közösségek vagy társadalmak vonatkozásában vizsgálándók, elkülönítve az egyéneket jellemző faktoroktól. A 2. ábra nyilai a négy elméleti blokk közötti összefüggéseket ábrázolják a szakértői vélemények alapján. Ezek szerint a mentális állapottal kapcsolatos explicit tudományos világnézet (pozicionalitás) meghatározza azon elméleteket és modelleket, amelyekből a vizsgálni kívánt konstruktumok (alapfogalmak) származtathatók. Azonban az alkalmazott elméletekből és modellekből is visszakövetkeztethető a kutató nem kinyilvánított (implicit) pozicionalitása. A tudományos világnézet (pozicionalitás) és a modellek alapján meghatározott alapfogalmak hatással vannak a társas tényezőkre, azok pedig visszahatóan maguk is alakítják a konstruktumokat. A szerzők megállapítása szerint a mentális egészségnél nincs olyan átfogó modellje, amely nemzetközileg elfogadottnak, általánosan használatos volna tekinthető. A mentális egészségre vonatkozó különféle kutatások eredményei jelentősen különböznek aszerint, hogy a kutatók milyen elméleti keret alapján tervezték meg a vizsgálatot, ezért adott vizsgálat eredményeinek értelmezéséhez annak elméleti hátterét ismerni kell.

2.3. Személyiség vagy környezet

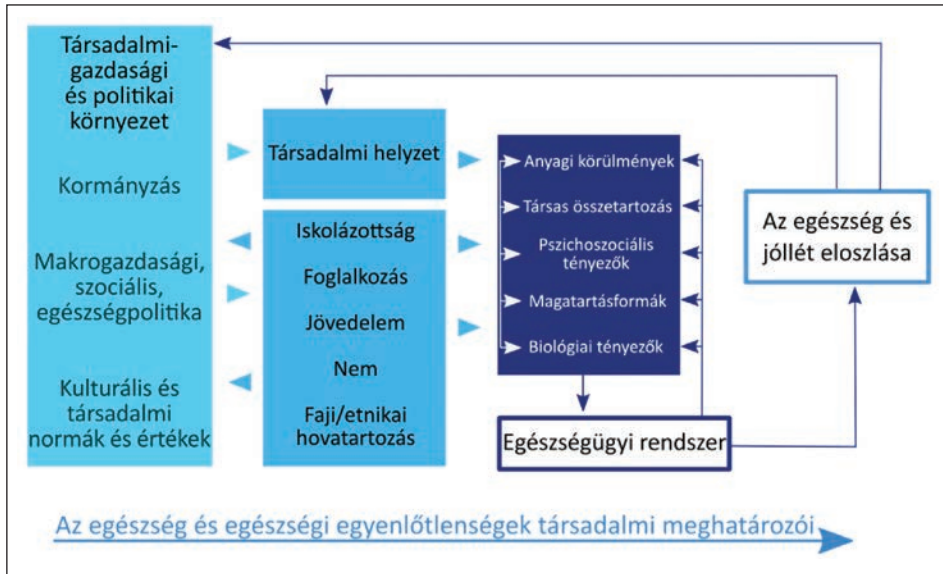
A mentális egészség vizsgálata kapcsán egy évszázada, az USA haderejének 1. világháborús toborzásakor merült fel tömegesen a kérdés, hogy azt a személyiség tartós jellemzői, vagy inkább a környezetben zajló pillanatnyi események befolyásolják. A kérdés tudományos vizsgálatát azonban csak a Gordon Allport által útnak indított vonáselmélet (Allport, 1927) évtizedekkel későbbi kibontakozása és érvényes mérőeszközök birtokában lehetett elkezdeni. A szakmai vita jelenleg sem lezárt arról, hogy a mentális egészséget és a viselkedést milyen mértékben befolyásolják a biológiailag meghatározott, illetve a társas helyzetek hatására kialakult pszichés jellemzők, de az bizonyos, hogy mindkettő szerepe jelentős (Plomin, DeFries, & Fulker, 1988), amint azt az 1. ábra C-modellje, valamint a 2. ábra „Társas/környezeti tényezők” blokkja mutatja. A mentális állapot tudományos igényű, populációs vizsgálatainak tervezése során kell eldönteni, hogy az alapkérdés(ek) megválaszolásához milyen mértékben szükséges a személyiség jellemzőire

és működésére, illetve a társas-környezeti tényezőkre összpontosítani. Az utóbbi vonatkozásában iránymutatónak tekinthető az Egészségügyi Világszervezet 2008-ban közzétett modellje (WHO, 2008) az egészség társadalmi meghatározó tényezőiről és ezek kapcsolódásáról (3. ábra). A mentális egészség populációs szintű vizsgálata során érdemes legalább a társas összetartozás (*social cohesion*) valamely aspektusára adatokat gyűjteni.



2. ábra. A mentális egészség átfogó témakörei (Manwell és mtsai, 2015, 4. o. nyomán)

Megjegyzés: * E tényezőket a résztvevők mint hiányzókat jelölték meg.



3. ábra. Az egészség és egészségi egyenlőtlenségek társadalmi meghatározó tényezői az Egészségügyi Világszervezet szerint (WHO, 2008, 43. o. nyomán)

2.4. Objektív vagy szubjektív mérés

Az 1970-es években az USA-ban végzett vizsgálatok során (Breslow, 1972) derült fény arra, hogy a mentális egészség vizsgálata nem alapozható kizárólag szakértők által végzett, objektív mérésekre; ahhoz a vizsgált személy saját egészségéről alkotott szubjektív véleménye, önértékelése is hozzátartozik. Azóta az önértékelés nemcsak a mentális állapot különféle aspektusai, hanem az általános egészség vizsgálata tekintetében is széles körben alkalmazott, megbízható módszerré vált (Ahmad, Jhaji, Stewart, Burghardt, & Bierman, 2014). A mentális egészség ugyan a testi (fizikai, szomatikus) egészségtől elkülöníthető faktora az egészségnek, de a fizikai állapot jellemzése is hozzátartozik, különösen, ha a lelki egészséget, illetve a mentális állapotot a betegellátás kimeneti mutatójaként kívánják vizsgálni. Ezt a későbbiekben ismertetendő Medical Outcomes Study (MOS) eredményei bővebben alátámasztották.

2.5. Az időablak jelentősége

A mentális állapot időben jelentősen változik egészséges és beteg személyek körében is. Emiatt minden epidemiológiai vizsgálatnak tekintetbe kell vennie az időfaktort: információt kell gyűjteni a mentális betegség, illetve

állapot fennállásának időtartamáról, illetve az előfordulás meghatározott időintervallumon belüli gyakoriságáról. Ennek módja a kérdésben azon időpont vagy időtartam meghatározása, amelynek vonatkozásában a mentális állapotról/betegségről nyilatkozni kell. Ez lehet a válaszadás időpontja (pl. NHP, M.I.N.I. egyes kérdései), az elmúlt két hét (pl. GHQ-12, PHQ-9, WHOQoL), az elmúlt 30 nap (pl. HRQoL, Kessler-6, SF-36 egyes kérdései), az elmúlt év, vagy a teljes élettartam (pl. DIS, CIDI egyes kérdései). A kérdések idői dimenziója alapján a kóros állapotok vonatkozásában különféle prevalenciaértékek számolhatók. A pontprevalencia azt fejezi ki, hogy adott időpontban a populáció mekkora hányadánál állt fenn az adott betegség. Az időtartam-prevalencia vonatkozhat az elmúlt 30 napra, vagy az elmúlt 12 hónapra, megadva, hogy a meghatározott időperióduson belül bármikor a vizsgált népesség mekkora hányada szenvedett a kérdéses betegségben; illetve az élettartam-prevalencia a betegségnek a vizsgálat időpontjáig bármikori, legalább egyszeri előfordulását mutatja a vizsgált populációban (NIMH, 2017). Mentális betegségek esetén csakúgy, mint más betegségek-nél, minél hosszabb időtávra vonatkozik a prevalencia, annál magasabb az értéke: az európai régió magas jövedelmű országaiban a mentális betegségek múlt évi prevalenciája 17,1%, élettartam-prevalenciája pedig 35,2% (Steel és mtsai, 2014). A testi betegségek esetén gyakran használt incidenciaindítók a mentális zavarok vonatkozásában – a kezdetre vonatkozó pontos információk hiánya és a diagnosztikai problémák miatt – ritkán használatosak.

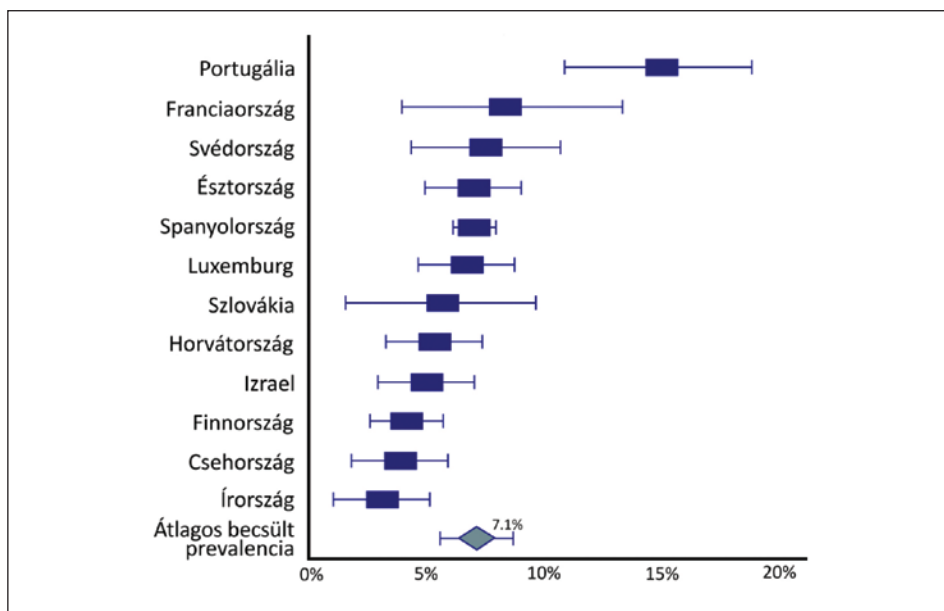
2.6. Normalitás mint statisztikai átlag vagy morálfilozófiai fogalom

A normalitás jól ismert fogalma a tudomány számos ágának, amelynek azonban két eltérő jelentése van. A kvantitatív módszereket alkalmazó tudományokban a normalitást statisztikai értelemben használják, amely szerint az adott jellemző normális eloszlása megmutatja, hogy annak értékei vagy kategóriái a vizsgált népességben milyen gyakorisággal fordulnak elő. A leggyakrabban előforduló érték vagy kategória definíciószerűen a „normális”, amely ebben a kontextusban leíró jelleggel bír. Számos különféle biológiai és pszichés jellemző statisztikailag normális eloszlást mutat, és az eloszlásból e jellemzők paraméterei (így a leggyakoribb, „normális” is) kiszámíthatók (Fidy & Makara, 2005).

A normalitásnak létezik azonban egy másik, morálfilozófiai értelmezése is. Ennek értéktartalma van, és arra vonatkozik, hogy adott jellemzőnek mi volna a normatív (optimális vagy kívánatos) mértéke, vagyis ebben az összefüggésben *preskriptív*, előíró jellegű. A normális mint átlagos, illetve a normális mint optimális vagy kívánatos pszichés jellemzők közti különbségre Jahoda is felhívta a figyelmet fentebb említett munkájában (Jahoda, 1958).

A mentális betegségek előfordulásának felmérésére irányuló epidemiológiai vizsgálatokban olyan, a kóros állapotokra vonatkozó kérdőíveket szokás használni, amelyekre vonatkozóan ismertek a referenciaértékek, vagyis létezik olyan leválasztási pont (határérték) és/vagy olyan kategóriarendszer, amelyek alkalmazásával a „normális” és „kóros” személyek elkülöníthetők.

A nem kóros állapotokat vizsgáló kérdőívek esetén a referenciaérték összehasonlítási célokra hasznos, de nem nélkülözhetetlen; ilyenkor a vizsgálat ismétlése szolgáltatathat információt az adott populáció állapotának változásáról. A „normális mint átlagos” vagy „normális mint kívánatos” közti különbséget azonban a mentális egészség populációs mutatóinak értelmezésekor is szem előtt kell tartani. A fogalom tartalmának tisztázása nélkül nem értelmezhető például a 4. ábra adatsora, amely a depresszió gyakoriságának négyeszeres különbségét mutatja európai országok közt (Rai, Zitko, Jones, Lynch, & Araya, 2013).



4. ábra. A depresszió becsült prevalenciája magas jövedelmű országokban (Rai és mtsai, 2013, 198. o. nyomán)

3. Mit mérünk?

A mentális állapot populációs vizsgálata során döntően konstruktumokat (közvetlenül nem mérhető mentális és/vagy viselkedéses funkciókat vagy ezek halmazát) kell mérni (ld. a 2. ábra „Alapfogalmak” blokkját), amelyek-

nek kidolgozása és az azokhoz tartozó mérőeszközök kifejlesztése a pszichometria tárgya. A konstruktumok mellett szükség van olyan osztályozási rendszerre, amely lehetővé teszi az utóbbiak egységes alapelvek szerinti azonosítását és kategóriába sorolását a vizsgálandó populáció teljes körében, elkülöníthetővé téve a kóros és nem kóros állapotokat. Ez a betegségek egységesen használt osztályozási rendszere alapján lehetséges, amelyet a mentális zavarok tekintetében két nozológiai rendszer is segít, a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO, jelenleg a BNO-10), (NM GYÓGYINFOK, 1995) valamint a Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve (DSM, jelenleg a DSM-5) (APA, 2013).

Megemlítendő, hogy mind a BNO, mind a DSM a betegségek kategorikus megközelítését alkalmazza, amelynek értelmében meghatározott betegség – a diagnosztizálásához számba veendő kritériumok alapján – vagy fennáll, vagy sem. Bizonyos zavarok, például az autizmus és a skizofrénia esetében azonban – a legújabb idegtudományi kutatások eredményei alapján – a DSM-5 a betegségek diagnosztikus osztályozásának folytonos (dimenzionális vagy spektrum) megközelítését alkalmazza.

3.1. A mentális betegségek/zavarok populációs méréseinek eszközei

A pszichiátria és klinikai pszichológia által elterjedten használt diagnosztikus eszközök kapacitás- és időigényük miatt nem használhatók populációs felmérésekben; azokhoz más eszközöket kell alkalmazni. Ezek kifejlesztésére az USA-ban az 1970-es években merült fel az igény, a törvényhozás által a mentális zavarokban szenvedőkre vonatkozó első nagyszabású epidemiológiai adatgyűjtés elrendelése kapcsán (Carter, 1977). A diagnosztikus eszközök alkalmazási korlátai és a DSM bizonyos módszertani problémái miatt olyan új eszközt kellett kidolgozni kifejezetten a felmérés céljaira, amely strukturált diagnosztikus interjú formájában lehetővé tette a legfontosabb mentális zavaroknak az akkoriban érvényes DSM-III szerinti diagnózisának felállítását. Ez volt a *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), amelynek alkalmazására először az Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study néven ismertté vált felmérés keretében, 1980–1985 közt került sor (Robins, Helzer, Croughan, & Ratcliff, 1981). Hazánkban Szádóczky és munkatársai végeztek először pszichiátriai epidemiológiai vizsgálatot a DIS használatával (Szádóczky és mtsai, 1996). A DIS nemzetközi alkalmazását azonban korlátozta, hogy a DSM-III-ra épült, ezért szükséges volt a továbbfejlesztése úgy, hogy a BNO alapján is lehetővé tegye a mentális betegségek azonosítását. E követelménynek felelt meg a DIS átdolgozásával kifejlesztett, szintén teljesen strukturált *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (Robins

és mtsai, 1988), amely nemcsak az USA-ban, hanem más országokban is alkalmazható volt a mentális betegségek gyakoriságának pontos, és országok közti összehasonlításra is megfelelő becslésére (Cottler, 1990). A CIDI későbbi továbbfejlesztése lehetővé tette, hogy a mentális betegségek kockázati tényezőire, következményeire, és a kezeléssel összefüggő tényezőkre is lehessen adatokat gyűjteni. E továbbfejlesztett változatot használták az 1998-ban indult World Mental Health (WMH) Survey eszközeként (WMH-CIDI).²

Sajnálatos módon a CIDI-nek nincs magyar nyelvű változata, ezért Magyarország nem tud részt venni azokban a nemzetközi vizsgálatokban, amelyek ezt az eszközt használják. A klinikai pszichológiában használható magyar nyelvű eszközök gyűjteménye elérhető a szakmai közönség számára (Perczel-Forintos, Ajtay, Barna, Kiss, & Komlósi, 2012).

A DIS 36, a CIDI 21 a mentális zavar élettartam-, múlt évi és múlt havi prevalenciájának becslésére alkalmas, de mindkettő alkalmazásának korlátja, hogy felvételét erre kiképzett személynek kell végeznie, és hogy a diagnosztikus interjú időtartama meglehetősen hosszú, egy-két óra. A jelentős erőforrás-igény az oka annak, hogy a mentális zavarok pontos megállapítására szolgáló eszközök nem, vagy csak korlátozottan alkalmasak populációs felmérésekre. A nemzetközi összehasonlítást és beavatkozások tervezését lehetővé tevő felmérésekhez azonban általában nincs is szükség diagnózisok helyszíni megállapítására; elegendő a leggyakoribb zavarokat és/vagy állapotokat felmérni vagy szűrni, amihez egyszerűbb eszközök is megfelelőek. A mentális zavarok populációs gyakoriságának megállapítására leggyakrabban használt, teljesen strukturált diagnosztikus és szűrőkérdőívek listáját az 1. táblázat tartalmazza.

² *The World Mental Health Survey Initiative*. Letöltve: 2018. 01. 10-én: http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcdi/instruments_capi.php

1. táblázat. Mentális zavarok felnőtt populációban mért gyakoriságának vizsgálatára szolgáló, teljesen strukturált diagnosztikus és szűrőkérdőívek

Kérdőív rövidítése	Kérdőív neve	Alkalmazás célja	Kapcsolódó osztályozási rendszer	Felvező személy	Felvétel időtartama	Kérdőív ingyen elérhető	Magyarul elérhető
DIS	Diagnostic Interview Schedule (jelenlegi verzió: DIS-IV)	36 mentális zavar élettartam- és múlt évi prevalenciájának mérése az általános populációban (alkohol- és kábítószer-abúzus is)	DSM-IV	kiképzett laikus	1 óra	nem	igen ¹
CIDI	Composite Diagnostic Interview (jelenlegi verzió: 3.0) ²	21 mentális zavar élettartam-, múlt évi, múlt havi prevalenciájának mérése az általános populációban (alkohol- és kábítószer-abúzus is)	BNO-10	kiképzett laikus	2 óra	nem	nem
M.I.N.I. ³	Mini International Neuropsychiatric Interview	17 pszichiátriai zavar gyakoriságának mérése az általános populációban (alkohol- és kábítószer-abúzus is)	DSM-IV, BNO-10	kiképzett laikus	15 perc	nem	igen ⁴
M.I.N.I. Plusz	Mini International Neuropsychiatric Interview Plus	26 pszichiátriai kórkép gyakoriságának mérése az általános populációban (alkohol- és kábítószer-abúzus is)	DSM-IV, BNO-10	kiképzett laikus	15-35 perc	nem	igen ⁴
GES-D ⁵	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	Depresszió és depresszív zavarok szűrésére szolgáló kérdőív, 20 kérdés 6 tünetcsoportban	DSM-IV	kiképzett laikus vagy önképzett	10 perc	igen	igen ⁶

Kérdőív rövidítése	Kérdőív neve	Alkalmazás célja	Kapcsolódó osztályozási rendszer	Felvező személy	Felvétel időtartama	Kérdőív ingyen elérhető	Magyarul elérhető
CESD-R ⁷	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised	Depresszió és depresszív zavarok szűrésére szolgáló kérdőív, 20 kérdés 9 tünetcsoportban	DSM-5	kiképzett laikus vagy önkitöltős	10 perc	igen	nem
BDI-II ⁸	Beck Depression Inventory (jelenlegi verzió: BDI-II)	Depresszió súlyosságának és gyakoriságának mérése az elmúlt két hétben populációs vizsgálatokban (21 item, 0-63 pont)	DSM-IV	önkitöltős	5 perc	nem	igen ⁹
BDI-R ¹⁰	Beck Depression Inventory – Shortened Version	Depresszió kognitív-affektív tünetei súlyosságának és gyakoriságának mérése az elmúlt két hétben populációs vizsgálatokban (13 item, 0-39 pont)	DSM-IV	önkitöltős	3-4 perc	nem	igen ¹¹
BDI rövidített	Beck Depression Inventory rövidített magyar	Depresszió súlyosságának és gyakoriságának mérése az elmúlt időszakban, populációs vizsgálatokban (9 item, 0-27 pont)	DSM-IV	önkitöltős	1-2 perc	igen	igen ¹²
BDI-PC (BDI-FS) ¹³	Beck Depression Inventory for Primary Care	Depresszió gyakoriságának becslése az elmúlt két hétben az egészségügyi alapellátásban (7 item, 0-21 pont)	DSM-IV	önkitöltős	1 perc	nem	igen

Kérdőív rövidítése	Kérdőív neve	Alkalmazás célja	Kapcsolódó osztályozási rendszer	Felvető személy	Felvétel időtartama	Kérdőív ingyen elérhető	Magyarul elérhető
PRIME-MD ¹⁴	Primary Care Evaluation of Mental Disorders	Az 5 legfontosabb mentális betegségcsoport (18 betegség) szűrése az egészségügyi alapellátásban (beteg-kérdőív [PQ]: 25 item; orvos-kérdőív [CEG]: 5 modul)	DSM-IV	PQ: páciens CEG: orvos	8-9 perc	nem	igen ¹⁵
PRIME-MD PHQ ¹⁶	Patient Health Questionnaire (a PRIME-MD alapján)	A 8 legfontosabb mentális betegség szűrése az egészségügyi alapellátásban (15 item)	DSM-IV	önkitöltős	8 perc	igen	igen
PHQ-9 ¹⁷	Patient Health Questionnaire-9	Depresszió gyakoriságának becslése populációs felmérésekben (9 item)	DSM-IV	önkitöltős	1-2 perc	igen	igen ¹⁸
PHQ-8 ¹⁹	Patient Health Questionnaire-8	Depresszió gyakoriságának becslése populációs felmérésekben az öngyilkossági szándéokra vonatkozó kérdés nélkül (8 item)	DSM-IV	önkitöltős	1-2 perc	igen	igen ²⁰
PHQ-2 ²¹ .	Patient Health Questionnaire-2	Depresszió kockázatának szűrése (a PHQ-8 első két kérdése)	DSM-IV	önkitöltős	< 1 perc	igen	igen

1 Szádóczky, E., Fazekas, I., Füredi, J., & Papp, Z. (1996). Kedélybetegségek és szorongásos zavarok előfordulása a családorvosi gyakorlatban: A Diagnostic Interview Schedule (DIS) magyar változatának alkalmazásával. *Psychiatria Hungarica*, 11(5), 495-503.

2 WHO WMH-CIDI. Letöltve: 2018. 02. 05-én: <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/cidi/download-the-who-wmh-cidi-instruments/>

3 Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(S20), 22-33; quiz 34-57.

- 4 Balázs, J., Bitter, J., Hideg, K., & Vitrai, J. (1998). A M.I.N.I. Plusz kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása. *Psychiatria Hungarica*, 13(2), 160–168.
- 5 Radloff, L. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401.
- 6 Novák, M. (2004). *Alvászavarok és életminőség. Doktori értekezés.* Budapest: Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola. Letöltve: 2018. 02. 24-én: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/novakmarta.d.pdf
- 7 Eaton, W., Muntaner, C., Smith, C., Tien, A., & Ybarra, M. (2004). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and revision (CESD and CESD-R). In M. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*, 3rd ed. (363–377). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- 8 Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- 9 Perczel Forintos, D., Ajtay, Gy., Barna, Cs., Kiss, Zs., & Komlósi, S. (Szerk.) (2012). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában* (34–40). Budapest: Semmelweis Egyetem AOK Klinikai Pszichológiai Tanszék
- 10 Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio: Psychological Corporation
- 11 Gesztelyi, R., Fekete, I., Kellermann, M., Csiba, L., & Bereczki, D. (1999). Screening for depressive symptoms among post-stroke outpatients in Eastern Hungary. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 12(4), 194–199.
- 12 Kopp, M., & Kovács, M.E. (Szerk.) (2006). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Budapest: Semmelweis Kiadó
- 13 Smarr, K.L., & Keefer, A.L. (2011). Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care and Research*, 63(S11), S454–S466.
- 14 Spitzer, R.L., Williams, J.B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F.V., 3rd, Hahn, S.R., et al. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*, 272(22), 1749–1756.
- 15 Voros, V., Osvath, P., Kovacs, L., Varga, J., Fekete, S., & Kovacs, A. (2006). Screening for suicidal behaviour and mental disorders with Prime-MD Questionnaire in general practice. *Primary Care and Community Psychiatry*, 11(4), 193–196.
- 16 Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W., & Primary, P.H.Q. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD – The PHQ primary care study. *JAMA* 282(18), 1737–1744.
- 17 Patient Health Questionnaire Screeners. Letöltve: 2018. 02. 05-én: <http://www.phqscreeners.com/select-screener/31>
- 18 Hungarian version of the PHQ-9. Letöltve: 2018. 02. 05-én: <http://www.multiculturalmentalhealth.ca/wp-content/uploads/2013/11/PHQ-9-Hungarian.pdf>
- 19 Eurostat (2013). European Health Interview Survey (EHIS wave 2). *Methodological manual 2013*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926729/KS-RA-13-018-EN.PDF/26c7ea80-01d8-420e-bdc6-e9d5f6578e7c>
- 20 Európai Lakossági Egészségfelmérés, 2014, Kérdőív 43. kérdés. Letöltve: 2018. 02. 05-én: http://www.ksh.hu/elef/pdfs/elef2014_kerdoiv.pdf
- 21 Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (2003). The Patient Health Questionnaire-2 - Validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284–1292.
- 22 Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Crengle, S., Gunn, J., Kerse, N., Fishman, T., et al. (2010). Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Annals of Family Medicine*, 8(4), 348–353.

A mentális zavarok epidemiológiai vizsgálatához új szemponttal szolgáltak azok az elemzések, amelyek e zavarok jelentős komorbiditására keresték a választ. Komplex statisztikai módszerrel elemeztek nagy mintaelemszámú, komorbid mentális zavarok gyakoriságát vizsgáló amerikai (Krueger, Caspi, Moffitt, & Silva, 1998) és holland (Vollebergh és mtsai, 2001) mintákat, amelyek alapján a diagnosztikus kategóriák mögött két, illetve három látens faktort sikerült azonosítani, egyszerűbb és részben közös oki struktúrát sejtetve. E szerzők a leggyakoribb mentális zavarokat a tünetek megjelenése szerint „internalizáló” és „externalizáló” csoportokba sorolják; sőt a holland csoport szerint az internalizáló zavarok is elkülöníthetők annak alapján, hogy inkább szorongás-szenvedés, vagy inkább félelem a vezető tünet (5. ábra).

INTERNALIZÁLÓ ZAVAROK							EXTERNALIZÁLÓ ZAVAROK	
szorongás-szenvedés			félelem				szerrel összefüggő zavarok	
disztímia	major depresszív epizód	generalizált szorongásos zavar	szociális fóbia	egyszerű fóbia	agorafóbia	pánik-zavar	drogfüggőség	alkoholfüggőség

5. ábra. A mentális betegségek háromdimenziós modellje (Vollebergh és mtsai, 2001, nyomán)

A mentális betegségek látens változókat tartalmazó modellje elsősorban a kutatási adatok elemzési stratégiájára van hatással, és nemcsak a komorbid állapotok etiológiájának feltárására, hanem a komorbiditás kialakulásának előrejelzésére is alkalmas lehet, amint arra a World Mental Health Survey adatain végzett elemzés utalt (Kessler, Petukhova, & Zaslavsky, 2011).

3.2. Az általános mentális állapot vizsgálatának eszközei

A mentális állapot felmérésére alkalmas eszközök fejlesztésében jelentős szerepet játszottak azok a vizsgálatok, amelyek krónikus betegek életminőségét és annak a betegellátást követő javulásának mértékét kívánták megbecsülni.

Az egészségügyi ellátás eredményességének megítélésére és populációs vizsgálatokra is alkalmas első, máig széles körben használt és magyarul is elérhető eszköz, a *Nottingham Health Profile* (NHP) fejlesztése az 1970-es évek közepén kezdődött Nagy-Britanniában, és 1985-re fejeződött be. A két részből álló profil első részének 38 iteme 6 területet fed le, úgymint alvás, fizikális mozgékonyosság, energia, fájdalom, érzelmi reakció és társas elszigetelődés. A második rész a mindennapi életnek az egészségi állapottal leginkább összefüggő dimenzióit vizsgálja (Hunt, McEwen, & McKenna, 1985).

Itt említendő, hogy az „egészségprofil”, valamint „egészség-index” kifejezéseknek specifikus jelentésük van. Az egészségi állapot jellemezhető úgy, hogy annak tartományai (mentális, testi, spirituális, társas, stb.) közül 1) csak egyet vizsgálnak és azt mutatják be; 2) minden egyes tartományt vizsgálnak, és a gyűjtött információk tartományonként elkülönülten kerülnek bemutatásra, ez esetben *egészség-profilról* van szó; vagy pedig 3) az egyes tartományokba tartozó adatokat valamilyen képlettel egyetlen mutatóvá alakítják, amelyet *egészség-indexnek* neveznek (Earl-Slater, 1999).

A betegellátás eredményességének vizsgálatai közül kiemelendő az 1986-ban indult Medical Outcomes Study (MOS) (Tarlov és mtsai, 1989), amelynek célja az volt, hogy a betegellátásból kikerülő páciensek állapotjavulásának magyarázó tényezőit (pl. ellátási infrastruktúra; az orvos szakképzettsége, technikai és interperszonális készségei) feltárja, valamint a betegek állapotának nyomon követésére az orvosi gyakorlatban jól használható eszközöket fejlesszen ki. Az eszközökre a klinikai kimenetet jellemző testi, lelki és társas funkcionalitás, a beteg szubjektív egészsége és jólléte, valamint a kezeléssel való elégedettség mérése érdekében volt szükség. A MOS-ban alkalmazott mérőeszköz kérdéseit a későbbiekben számos további skála megalkotásához átvették, ezért azt részletesebben ismertetjük.

A MOS vizsgálatot alapos előkészítés előzte meg, amelynek során támaszkodtak korábbi vizsgálatokra, így az 1974–1982 közt megvalósított egészségbiztosítási kísérletre (Health Insurance Experiment, HIE), amely a különféle egészségbiztosítási módoknak az ellátás igénybevételére gyakorolt hatását tanulmányozó, addigi legnagyobb szabású, azóta is hivatkozott vizsgálata volt (Brook és mtsai, 2006). A HIE-ben résztvevők állapotának felmérésére fejlesztették ki egyebek közt a 38 itemből álló *Mental Health Inventory*-t (MHI) a mentális egészség vizsgálatára. A kérdőív a pszichés distressz és a jóllét mérésére alkalmas; megerősítő faktoranalízis szerint e két fő faktora van, valamint 5, egymással összefüggő alfaktora (szorongás, depresszió, érzelmi kapcsolatok, általános pozitív affektus, viselkedéses / érzelmi kontrollvesztés) (Veit & Ware, 1983).

A MOS előkészítése során a betegek funkcionalitásának és életminőségének mérésére egy 116 törzskérdésből és 33 kiegészítő kérdésből álló kérdőívet dolgoztak ki, amelynek kérdéseit 8 részbe (section) sorolták (Hays, Sherbourne, & Mazel, 1995). A kérdőív 5. része tartalmazza az MHI összes (38) itemét.

A MOS résztvevőinek beválogatásához egy 20 kérdésből álló rövid kérdőívet dolgoztak ki, amely a testi és mentális egészség jellemzését is szolgálta; ez volt az SF-20 (Short Form-20).³ Amikor annak differenciáló képessége elégtelennek bizonyult, kibővítésével hozták létre az SF-36 kérdőívet

³ *Medical Outcomes Study: 20-Item Short Form Survey Instrument (SF-20)*. Letöltve: 2018.02.05-én: https://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/20-item-short-form/survey-instrument.html

1.0 változatát⁴ amelynek kérdéseit a MOS 116 törzskérdése közül válogatták. A mentális egészség mérésére 5 olyan kérdést választottak ki az MHI-ből, amelyek a legpontosabban bejósolták a teljes, 38 kérdésből álló MHI összpontszámát (Davies, Sherbourne, Peterson, & Ware, 1988).

Az SF-36 nyolc általános egészségtartomány (úgy mint testi funkcionális, szerepkorlátozottság testi probléma miatt, testi fájdalom, önészlelt általános egészség, életerő [vitalitás], társas működés, szerepkorlátozottság érzelmi probléma miatt, mentális egészség) mérésére alkalmas kérdőív (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993), és bevezetése óta számos vizsgálatban került alkalmazásra (Ware, 2000). A RAND által ajánlott értékelés lehetővé teszi az SF-36 (pontos nevén: RAND SF-36 ver 1.0) használatát bárki számára, de emellett van egy másik változata is (SF-36 ver2), amely az értékelés módjában különbözik a szabadon felhasználható változattól (normalizált pontszámokat generál); ez utóbbi csak kereskedelmi forgalomban érhető el. Az SF-36-nak 12 tételes változata is létezik, amelynek használatához az Optum Inc. engedélye szükséges.⁵

Az eredeti 116 tételes MOS-kérdőív, a 38 tételes MHI kérdőív és az SF-20 kérdőív is szabadon elérhető a vizsgálatot kivitelező RAND Corporation honlapján.⁶ A MOS 5. részében szereplő, érzelmi működésre vonatkozó MHI-kérdések közül származik az SF-36-ba is beválogatott kérdéseket tartalmazó MHI-5 kérdőív, amelynek több vizsgálat bizonyította a validitását a hangulatzavarok szűrésére (Rumpf, Meyer, Hapke, & John, 2001; van den Beukel és mtsai, 2012). Az EU a tagállamai számára használatra ajánlott európai egészség-indikátorokról (European Core Health Indicators) 2010-ben megjelentetett irányelvében az MHI-5-öt ajánlotta a pszichés distressz, és a szintén a MOS, illetve az SF-36 kérdéseiből származó Energia és Vitalitás (EVI) skálát javasolta a pozitív lelki egészség vizsgálatára (utóbbi itemeit ld. a 2. táblázatban csillaggal jelölve) (Eurostat, 2010). A 2013-ban ugyanezen témában megjelentetett riport azonban már nem tartalmazott ajánlást e skálák használatára, hanem további fejlesztést tartott szükségesnek – egyebek közt a kelet-európai országokban kapott eltérő eredmények miatt (European Commission, 2013). A MOS eszközéből származó skálákat azonban jelenleg is használják nemzetközi kutatásokban. Ezek itemeinek viszonyát a 2. táblázat mutatja be.

⁴ 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36). Letöltve: 2018.02.05-én: https://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/36-item-short-form/survey-instrument.html

⁵ SF-12v2 Health Survey. Optum Inc. <http://campaign.optum.com/optum-outcomes/what-we-do/health-surveys/sf-12v2-health-survey.html>

⁶ RAND Corporation. <https://www.rand.org/>

2. táblázat. A MOS, az SF-36 és az MHI kérdőívek tételeinek összevetése

	MOS itemek száma	MOS item sorszám	SF-36 item sorszám	MHI-38 item sorszám	MHI-5 item sorszám
1. rész: Egészség és napi tevékenységek					
szubjektív egészség	1	1	1 (MOS 1)		
testi fájdalom az elmúlt hónapban	1	2	21 (MOS 2)		
egészségproblémák hatása a társas működésre	1	3	20 (MOS 3)		
egészség az egy évvel ezelőttihez képest	-	-	2		
2. rész: Testi egészség					
Napi tevékenységek	10	4	3-12 (MOS 4.a-j)		
Elégedettség testileg	1	5			
Önállóság utazáskor	1	6			
Mozgásképesség	1	7			
Lelki problémák egészség miatt	11	8	23 (MOS 8.e)* 27 (MOS 8.c)* 29 (MOS 8.a)* 31 (MOS 8.i)*		
Testi tünetek	8	9			
3. rész: Fájdalom					
Testi fájdalom	1	10			
Fájdalom gyakorisága	1	11			
Fájdalom időtartama	1	12			
Fájdalom hatásai	6	13	22 (MOS 13.d)		
Fájdalom átlagos mértéke	1	14	21		
Fájdalom legnagyobb mértéke	1	15			

	MOS itemek száma	MOS item sorszáma	SF-36 item sorszáma	MHI-38 item sorszáma	MHI-5 item sorszáma
4. rész: Mindennapi működési szint					
Testi problémákkal összefüggő működési szint	7	16	13–16		
Érzelmi problémákkal összefüggő működési szint	3	17	17 (MOS 17.a) 18 (MOS 17.b) 19 (MOS 17.c)		
Egészség és otthoni munka	1	18			
Egészség és fizetésért végzett munka	1	19			
5. rész: Érzelmek	38	20–57	24 (MOS 27) 25 (MOS 44) 26 (MOS 34) 28 (MOS 36) 30 (MOS 51)	1–38 (MOS 20–57)	1 (MOS 27) 2 (MOS 44) 3 (MOS 34) 4 (MOS 36) 5 (MOS 51)
6. rész: Társas tevékenységek	3	58–60	20 32 (MOS 58)		
7. rész: Egészség megítélése	8	61	33 (MOS 61.g) 34 (MOS 61.e) 35 (MOS 61.h) 36 (MOS 61.f)		
8. rész: Alvás	9	62			

Megjegyzés: * A MOS-ban, illetve az SF-36-ban szereplő, csillaggal jelölt tételek később „Energia és Vitalitás Skála (EVI)” néven önállóan is használatba kerültek.

A mentális állapot (és általában az egészségi állapot) vizsgálata és jellemzése nem árul el semmit arról, hogy egy adott tünet, kóros állapot vagy funkciócsökkenés milyen módon befolyásolja a páciens mindennapi életét és működését. Ennek megközelítésére került kidolgozásra az egészséggel összefüggő életminőség fogalma az életminőség átfogó tartományán belül. (Az életminőség vizsgálata az élet minden dimenziójának kutatását megköveteli, ami az egészségügyi ellátás és szükségletek vonatkozásában rendszerint túl nagy feladat.) Az egészséggel összefüggő életminőség csak az egészség/betegség hatását írja le a mindennapi életre, a testi, lelki és társas működésre. Az ezt vizsgáló eszközök változatai a szomatikus és mentális egészségre vonatkozó kérdéseket egyaránt tartalmazznak (Yin, Njai, Barker, Siegel, & Liao, 2016).

Az epidemiológiai felmérésekben és az egészségügyi ellátásban az általános mentális állapot, illetve az egészséggel összefüggő életminőség vizsgálatára leggyakrabban használt kérdőíveket a 3. táblázat összegzi.

3. táblázat. Általános mentális állapot, illetve egészséggel összefüggő életminőség populációs vizsgálatára alkalmas strukturált kérdőívek felmérések részére

Kérdőív rövidítése	Kérdőív neve	Alkalmazás célja	Felvevő személy	Felmérés, amelyben használták	Ingyen elérhető-e	Magyarul elérhető-e
GWB ²³	General Well-Being Schedule	Pszichés distressz és jóllét mérése (22 item, 6 faktor)	önkitöltős	Szív-érrendszeri betegségek klinikai vizsgálat ²⁴	igen	nem
SF-20 ²⁵	(MOS) Short Form	Egészséggel kapcsolatos életminőség vizsgálata (20 kérdés)	önkitöltős	MOS elővizsgálat	igen	nem
MHI-38 ²⁶	Mental Health Inventory	Pszichés distressz és jóllét mérése az általános népességben	önkitöltős	Health Insurance Experiment	igen	nem
MOS ²⁷	Medical Outcomes Study Functioning and Well-being Profile Core	Testi, lelki és általános egészséget becsülő kérdőív krónikus betegségben szenvedők részére (116 kérdés) (ld. a 4. táblázatot is)	önkitöltős	Medical Outcomes Study (USA)	igen	nem
MHI-5 ²⁸	Mental Health Inventory-5 (5 item)	Az általános lelkiállapot és érzelmi működés mérése (24-26, 28, 30. item az SF-36 kérdőívből) ²⁹ nyers pontszám: 5-25, transzformált pontszám: 0-100 pont	önkitöltős	Eurobarometer on Mental Well-being, EHIS2, ELEF2009	igen	igen ³⁰
SF-36 ³¹	(MOS) Short Form	Egészséggel kapcsolatos életminőség vizsgálata (36 kérdés)	önkitöltős	számos vizsgálat	igen	igen ³²

Kérdőív rövidítése	Kérdőív neve	Alkalmazás célja	Felvevő személy	Felmérés, amelyben használtak	Ingyen elérhető-e	Magyarul elérhető-e
NHP	Nottingham Health Profile	Érzelmi, társas és testi egészségproblémák felmérése az egészségügyi állapotában (38 állítás 6 dimenzióban: energia, fájdalom, érzelmi reakciók, alvás, szociális izoláció, testi képességek) + 7 állítás a napi működéseikkel kapcsolatban	önkitaltós	Külömféle betegcsoportok (daganat, szélütés, hátfájás, stb.)	igen	igen ³³
HRQoL	Health-Related Quality of Life (Egészséggel összefüggő életminőség)	A szubjektív testi és lelki egészség becslése az elmúlt 30 napban, 14 item. Az alapmodul 4 kérdésből 3 vonatkozik a mentális egészségre. A „Korlátozottság” modul kérdései közt szerepel a „depresszió / szorongás / érzelmi probléma és ennek időtartama. „Az egészségben töltött napok (tünetek)” modulban 5 kérdés van.	kiképzett laikus / önkitaltós	Behavioral Risk Factor Surveillance System, BRFFSS (USA) ³⁴	igen	igen
HRQoL-4	Healthy Days Core Module (Egészségben töltött napok alapmodul)	A szubjektív testi és lelki egészség becslése. A 4 kérdésből álló alapmodul 3 kérdése vonatkozik a mentális egészségre.	kiképzett laikus / önkitaltós	Behavioral Risk Factor Surveillance System, BRFFSS (USA) ³⁵	igen	igen

Kérdőív rövidítése	Kérdőív neve	Alkalmazás célja	Felvevő személy	Felmérés, amelyben használták	Ingyen elérhető-e	Magyarul elérhető-e
HRQoL egytényeles becslő-skála	Mentally Unhealthy Days (Mentálisan problémás napok)	1 kérdés: a pszichés okok miatt problémás napok száma az elmúlt hónapban	kiképzett laikus / önkéntes	National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES (USA) ³⁶	igen	igen
EuroQoL	European Quality of Life (EQ-5D)	Az általános egészség vizsgálata 5 dimenzióban (3 vagy 5 szinten): mozgásképesség, önállóság, napi tevékenységek, fájdalom/diszkomfort, szorongás/depresszió; 2 kérdés a jelenlegi egészségi állapotról ³⁷ (összesen 7 kérdés)	önkientöltős	EU országok, Argentína, Kína, Korea	igen	igen ³⁸
WHOQoL-100	WHO Quality of Life	A testi és lelki egészség, függetlenség, társas kapcsolatok, környezet, spiritualitás/hiedelmek becslése (6 dimenzió, 24 skála, 100 kérdés, 0–100)	önkientöltős	WHO CC-k 18 országban ³⁹	igen	igen ⁴⁰
WHOQoL-BREF	WHO Quality of Life rövidített változat	A testi és lelki egészség, társas kapcsolatok, környezet becslése (4 dimenzió, 26 kérdés)	önkientöltős	WHO CC-k 18 országban ⁴¹	igen	igen ⁴²
Kessler-6	Kessler-6	Pszichés distressz az elmúlt 30 napon (6 kérdés, 0–24 pont)	önkientöltős	National Health Interview Survey (NHIS, USA) ³⁴	igen	nem
GHQ-12	General Health Questionnaire-12 ⁴³	Pszichés distressz az elmúlt 2 hétben (12 kérdés, 0–36 pont)	önkientöltős	OLEF2000, OLEF2003	igen	igen ⁴⁴

- 23 Grossi, E., Groth, N., Mosconi, P., Cerutti, R., Pace, F., Compare, A., et al. (2006). Development and validation of the short version of the Psychological General Well-Being Index (PGWB-S). *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(88). Doi: 10.1186/1477-7525-4-88
- 24 Dupuy, H. (1984). The Psychological General Well-being (PGWB) Index. In N. Wenger, M. Mattson, C. Furburg & J. Elinson (Eds.), *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies* (170–183). New York: Le Jacq Publishing
- 25 RAND Medical Outcomes Study: 20-Item Short Form Survey Instrument (SF-20). Letöltve: 2018. 02. 05-én: https://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/20-item-short-form/survey-instrument.html
- 26 Veit, C.T., & Ware, J.E., Jr. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730–742.
- 27 Hays, R.D., Sherbourne, C.D., & Mazel, R.M. (1995) *User's manual for the Medical Outcomes Study (MOS) core measures of health-related quality of life*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: http://www.rand.org/pubs/monographs_reports/MR162.html
- 28 McDowell, I. (2006). *A guide to rating scales and questionnaires*. Letöltve: 2018.02. 05-én: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.452.900&rep=rep1&type=pdf>
- 29 Rumpf, H.J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2001). Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. *Psychiatry Research*, 105(3), 243–253.
- 30 Kopp, M., & Mészáros, E. (2012). Az életminőség és a jóllét társadalmi-gazdasági különbségei Magyarországon. In Tokaji Károlyné (Szerk.), *Európai lakossági egészségfelmérés, Magyarország, 2009: Tanulmányok II. Az egészség társadalmi, gazdasági összefüggései* (7–32). Budapest: Központi Statisztikai Hivatal
- 31 Ware, J.E., Jr. (2000). SF-36 health survey update. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(24), 3130–3139
- 32 Czimbalmos, A., Nagy, Z., Varga, Z., & Husztki, P. (1999). Páciens megelégedettségi vizsgálat SF-36 kérdőívvel, a magyarországi normálértékek meghatározása. *Nőegészségügy*, 80(1), 4–19.
- 33 Lovas, K., McKenna, S., Whalley, D., Kaló, Z., Péntek, M., & Genti, G. (2001). A Nottingham Health Profile kérdőív magyarországi adaptációja. In Vincze, Z., Kaló, Z., & Bodrogi, J (Ed.), *Bevezetés a farmakokönművészetbe* (249–254). Budapest: Medicina
- 34 Reeves, W., Strine, T., Pratt, L., Thompson, W., Ahluwalia, I., Dhingra, S., et al. (2011). Mental illness surveillance among adults in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 60(3), 1–32.
- 35 CDC HRQOL-14 „Healthy Days Measure”. Centers for Disease Control and Prevention. Letöltve: 2018.02.05-én: https://www.cdc.gov/hrqol/hrqol14_measure.htm
- 36 CDC (2000). Measuring healthy days. Population assessment of Health-Related Quality of Life. Centers for Disease Control and Prevention Letöltve: 2018. 02. 05-én: <https://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>
- 37 EuroQol Group (1990). EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199–208.
- 38 Szende, A., & Németh, R. (2003). A magyar lakosság egészségi állapothoz kapcsolódó életminősége. *Orvosi Hetilap*, 144(34), 1667–1674.
- 39 WHO (1997). WHOQOL. Measuring Quality of Life. Letöltve: 2018. 02. 05-én: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- 40 Tróznai, T., & Kullmann, L. (2006). A WHOQOL-100 életminőség-vizsgáló kérdőív magyar verziójának validálása. *Rehabilitáció*, 16(2), 28–36.
- 41 WHO (1996). WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Letöltve: 2018. 02. 05-én: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf?ua=1
- 42 Paulik, E., Belec, B., Molnár, R., Müller, A., Belicza, É., Kullmann, L., et al. (2007). Az Egészségügyi Világszervezet rövidített életminőség kérdőívének hazai alkalmazhatóságáról. *Orvosi Hetilap*, 148(4), 155–160.
- 43 General Health Questionnaire Letöltve: 2018. 02. 05-én: <https://www.gi-assessment.co.uk/products/general-health-questionnaire-ghq/>
- 44 Országos Epidemiológiai Központ (2002). *Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000*. Kutatási jelentés. Letöltve: 2018. 02. 05-én: http://www.oszmk.hu/dokumentum/OLEF_2000/kutatasi_jeleentes.pdf

3.3. A mentális egészség és jóllét vizsgálati eszközei

A mentális egészség iránti nemzetközi érdeklődést több fejlemény is jelentősen megnövelte az 1990-es évektől. 1990-ben indult az Egészségügyi Világszervezet támogatásával a nemzetközi Globális Betegségteher (Global Burden of Disease) vizsgálat, amely az évtized közepére adatokkal támasztotta alá a mentális betegségek kiemelkedő fontosságát. A neuropszichiátriai/mentális betegségek miatt történő korai halálozás nem szerepel az első 10 leggyakoribb haláloki csoport közt sem globálisan, sem a magas jövedelmű országokat tekintve (WHO, 2015b), de az általuk okozott betegségteher és rokkantság okán e kórképek a nemfertőző betegségek vezető betegségcsoportját képezik, mivel a rokkantsággal megélt életevek nagyobb hányadért felelősek, mint a szív-érrendszeri vagy a daganatos betegségek (Murray & Lopez, 1994).

Az 1990–1999 közti évtized az agykutatásnak szentelve telt el („Decade of the Brain”) (Jones & Mendell, 1999), amely jelentős új tudományos ismereteket tárt fel az agyműködésről, tovább növelve a mentális egészség iránti érdeklődést (Butcher, 2000). Harmadrészt, az 1990-es évek közepén indult az a jelenleg is zajló követéses vizsgálat, amelynek 1998-ban megjelent első eredményei a gyermekkori traumák élethosszig tartó, és a felnőttkori mentális állapotot alapvetően befolyásoló szerepére irányították a figyelmet.⁷

A közgazdaságtanban ugyancsak a 20. század vége felé bontakoztak ki az emberi jólétet a korábbi formális helyett szubsztantív módon megközelítő irányzatok, amelyek új alapokra helyezték az emberi fejlődés fogalmát és mérését (Gébert, 2012; Kopp & Martos, 2011). (Kopp és Martos [2011] nyomán a formális elméletek konstruktuma magyarul „jólét”-ként, a szubsztantív elméletek fogalma „jóllét”-ként fordítandó.)

⁷ *Adverse Childhood Experiences*. Centers for Disease Control and Prevention. Letöltve: 2018.02.05-én: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/index.html>

A mentális egészség iránti tudományos érdeklődést tükrözi a témában megjelent közlemények száma is, amely a PubMed-en „mental health” kulcsszóval végrehajtott keresés szerint 1980-tól 2016-ig 1277-ről 25036-ra, vagyis közel 20-szorosára nőtt.⁸ Nem véletlen, hogy a mentális egészség iránti fokozódó nemzetközi érdeklődés kapcsán a 20. század utolsó évtizedében bontakozott ki a pszichológiában is az egészséges lelki működésekkel foglalkozó irányzat, amely hedonikus vagy pozitív pszichológia néven vált ismertté (Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999; Seligman, 1998). Ez az irányzat nem a patológiás, hanem a harmonikus lelkiállapotok vizsgálatát tűzi ki célul, s ennek megfelelően más konstruktumokra összpontosítva, a korábbiakban alkalmazottakhoz képest más, a mentális egészség és szubjektív jóllét mérésére alkalmas eszközökre van szüksége. A populációs vizsgálatra alkalmas eszközök jelentős része a Hadley Cantril amerikai pszichológus által az 1960-as években kidolgozott Cantril-létra, illetve a fentebb ismertetett Medical Outcomes Study eszközeinek módosításán alapul. Ezen eszközöket a 4. táblázat tekinti át.

⁸ Letöltve: 2018.02.05-én: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

4. táblázat. Mentális egészség és szubjektív jóllét populációs vizsgálatára használt önkéntes kérdőívek felnőttek részére

Kérdőív neve	Kérdőív jellege	Alkalmazás célja	Mely felmérésben/országban használták	Magyarul elérhető-e
EVALUATÍV SKÁLÁK				
Cantril létra	1 kérdés, kvantitatív, 0-10 pont	A lehető legjobb-legrrosszabb élet	Gallup World Poll, Health Behaviour of School Children ⁴⁵ (HBSC, Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása)	igen
Élettel való elégedettség	1 kérdés, kvantitatív, 0-10 pont	Az élettel való elégedettség mértéke	European Health Interview Survey 2, ⁴⁶ EU-Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) 2013, ⁴⁷ Európai Lakossági Egészségfelmérés 2014, ⁴⁸ European Social Survey ⁴⁹	igen ⁴⁸
Élettel való elégedettség	1 kérdés, kvantitatív, 1-10 pont	Az élettel való elégedettség mértéke	World Values Survey ⁵⁰ European Quality of Life Survey ⁵¹	igen
Élettel való elégedettség	5 kérdés, kvantitatív, 5-35 pont	Az élettel való elégedettség mértéke	számos felmérés ⁵²	igen
Boldogság	1 kérdés, kvantitatív, 0-10 pont	A boldogság mértéke (jelenleg)	European Social Survey ⁴⁹	igen
Boldogság	1 kérdés, kvantitatív, 1-10 pont	A boldogság mértéke (jelenleg)	European Quality of Life Survey ⁵¹	igen
WHO-5 (WBI-5) ⁵³	5 kérdés, kvantitatív, 0-25 (0-100) pont	Szubjektív jóllét az elmúlt 2 hétben	számos felmérés ⁵⁴	igen
WHO Jóllét (WBI-5)	5 kérdés, kvantitatív, 0-15 pont	Szubjektív jóllét az elmúlt 2 hétben	Hungarostudy, ⁵⁵ Európai Lakossági Egészségfelmérés 2014 ⁴⁸	igen ⁴⁸
Szubjektív mentális egészség	1 kérdés, kategorikus, 4 válasz	Aktuális lelkiállapot megítélése	Canadian Community Health Survey ⁵⁶	nem

ÉRZELMI ÁLLAPOT				
Jóllét (well-being)	15 kérdés, 4 válasz kategória	Az elmúlt héten megélt érzelmi állapot megítélése	European Social Survey ⁴⁹	igen
SF-36 mentális egészség skála ⁵⁷	9 kérdés (23-31. item az SF-36-ból) 9-54 pont	Érzelmi állapot az elmúlt hónapban	European Health Interview Survey ⁵⁸	igen
Energy and Vitality Index (EVI)	4 kérdés (23, 27, 29, 31. item az SF-36-ból) ⁵⁹ , 0–100 pont	Pszichés jóllét (energia és vitalitás)	Eurobarometer on Mental Well-being 2006 ⁶⁰ , Európai Lakossági Egészségfelmérés 2009 ⁶¹	igen
Boldogság	1 kérdés, kategorikus, 5 válasz	A boldogság mértéke az elmúlt 4 hétben (a pozitív affektus mérésére)	EU-Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) 2013 ⁴⁷	igen
Boldogság	1 kérdés, kategorikus, 4 válasz	A boldogság megítélése mindent egybevetve	European Values Study ⁶²	igen
EUDAIMONIA - ÉLELT ÉRTELME				
Élet értelme	1 kérdés, kvantitatív, 0–10 pont	Az élet értelmének megítélése	EU-Statistics on Income and Living Conditions 2013 ⁴⁷	igen
Életelel kérdőív	3 kérdés, kategorikus, 4 válaszlehetőség	Az élet értelmének megítélése	Hungarostudy ⁶³	igen

⁴⁵ Currie, C, Inchley, J, Molcho, M, Lenzi, M, Veselska, Z & Wild, F (eds.) (2014). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory items for the 2013/14 Survey*. St Andrews: CAHRU.

⁴⁶ European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Eurostat Methodological manual 2013. <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926729/KS-RA-13-018-EN.PDF/26c7ea80-01d8-420e-bdc6-e9d5f6578e7c>

⁴⁷ European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) <http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>

⁴⁸ Európai lakossági egészségfelmérés 2014 Kérdőív http://www.ksh.hu/elef/pdfs/elef2014_kerdoiv.pdf

- 49 European Social Survey (2016). ESS Round 8 Source Questionnaire. London: ESS ERIC Headquarters c/o City University London. http://www.europeansocialsurvey.org/docs/round8/fieldwork/source/ESS8_source_questionnaires.pdf
- 50 World Values Survey wave 6 (2010-2014) <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV6.jsp>
- 51 European Quality of Life Surveys (EQLS) <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-life-surveys>
- 52 Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152.
- 53 WHO (1998). Wellbeing measures in primary health care/The Depcare project. Report on a WHO meeting. Stockholm, Sweden Letöltve: 2018. 02. 05-én: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf
- 54 Topp, C.W., Ostergaard, S.D., Sondergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167-176.
- 55 Susánszky, É., Konkoly-Thege, B., Stauder, A., & Kopp, M. (2006). A WHO Jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 247-255.
- 56 Statistics Canada. Perceived mental health. Letöltve: 2018. 02. 05-én: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/2013001/def/def1-eng.htm#wb1pmh>
- 57 Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual & Interpretation Guide*. Boston, Massachusetts: The Health Institute, NEMC.
- 58 European Health Interview Survey. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>
- 59 Brown, L.F., Kroenke, K., Theobald, D.E., & Wu, J. (2011). Comparison of SF-36 vitality scale and Fatigue Symptom Inventory in assessing cancer-related fatigue. *Support Care Cancer*, 19(8), 1255-1259.
- 60 Mental Well-being 2006 EUROBAROMETER 64.4 Special Eurobarometer 248 http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_248_en.pdf
- 61 Európai Lakossági Egészségfelmérés 2009. <http://www.ksh.hu/elef/archiv/2009/index.html>
- 62 European Values Study. <http://www.europeanvaluesstudy.eu/>
- 63 Susánszky, É., & Szántó, Z. (2013). *Magyar lelkiállapot*. Budapest: Semmelweis Kiadó

4. Következtetések

A rendelkezésre álló adatokból az állapítható meg, hogy a hazai népesség mentális állapota nemzetközi összehasonlításban kedvezőtlen. Magyarország lelki egészség tekintetében évek óta mint az OECD országok sereghajtója, 38 ország közül a negyedik legalacsonyabb pontátlagú ország szerepel, az élettel való elégedettségre vonatkozó egyetlen kérdés alapján.⁹

Hazánkban a szándékos önsértés okozta halálozás a 65 éven aluliak körében a 4. legmagasabb (Eurostat, 2017b) a mentális és viselkedészavarok okozta halálozás ugyanezen korosztályban a 7. legmagasabb volt az EU-tagállamok közt 2014-ben (Eurostat, 2017a).

Nem lehet azonban egyértelmű választ adni arra a kérdésre, hogy a hazai népesség mentális állapota hogyan változott az elmúlt években. A Hungarostudy felmérések eredményei szerint a depresszió szempontjából magas kockázatúak (közepes és súlyos depressziós tünetekkel bírók) aránya az 1988-ban mért 7,5%-ról 2013-ban több mint kétszeresére, 16,7%-re emelkedett (Susánszky & Szántó, 2013).

Ugyanakkor a Global Health Data Exchange szerint a depresszív zavarok prevalenciája 1990-ben mindkét nemben, minden korosztályban 3,94% (95% megbízhatósági tartomány: 3,66%–4,25%) volt, ami 2015-re 3,78%-ra (95% megbízhatósági tartomány: 3,53%–4,05%) csökkent (IHME, 2018).

Ez utóbbi forrás (a Global Burden of Disease Project háttérintézménye) azonban becsléseihez olyan hazai közleményeket használt – az évente megjelenő kábítószer-jelentésekben található drogfogyasztási adatokat leszámítva –, amelyek közül a legfrissebb 2010-ben jelent meg (IHME, 2016).

Megbízható, idősoros, többféle mutatót standard módszertannal produkáló, reprezentatív adatok volnának szükségesek ahhoz, hogy a mentális zavarokban szenvedő, egészségügyi ellátást igénylő, valamint a mentális problémákkal küzdő, de a betegellátó rendszeren kívül is segíthető populációs alcsoportok problémáit, létszámát, demográfiai jellemzőit meg lehessen határozni. Ilyen adatok nélkül nem lehet bizonyítékokon alapuló konkrét beavatkozásokat tervezni, sem azok költségeit meghatározni. Erre a hiányra a WHO-nak a hazai mentális egészségügyi ellátást értékelő csoportja is felhívta a figyelmet (Bitter, Kurimay, Silling, & Harangozó, 2014). Ez – a mentális egészség és mentális zavarok egy halmazban való kezelése mellett – szintén hozzájárul ahhoz, hogy a lelki egészségre vonatkozóan máig nem sikerült kormányzati koncepcuális és pénzügyi támogatással bíró hazai

⁹ *Better life index*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/#/00000000500>

cselekvési tervet elfogadtatni, sem önállóan, sem egészségügyi vagy nép-egészségügyi tervbe ágyazottan.¹⁰

Reményt keltő ugyanakkor, hogy az egyik legfontosabb hazai szakmai műhely, a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika tagja volt annak a közelmúltban zárult európai projektnek (ROAMER), amely meghatározta a mentális egészség kutatásának európai prioritásait (Wykes és mtsai, 2015), és amely remélhetőleg a közeljövőben elérhetővé teszi a mentális zavarok populációs vizsgálata szempontjából legmegbízhatóbb eszköz (CIDI) magyar nyelvű változatát. Az EU mentális egészségre és jóllétre vonatkozó közös akciótervének (Joint Action on Mental Health and Well-Being) 5 prioritási témája közül a depresszió és öngyilkosság megelőzését célzó munkacsomagot is hazai szakemberek, a Semmelweis Egyetem szakemberei vezették¹¹ (Coppens és mtsai, 2018).

A mentális egészség és mentális betegségek/zavarok populációs vizsgálata szempontjából kulcsfontosságú a vizsgálattervezés és a módszertan, amelynek kidolgozásába az esetdefiníciótól a vizsgálati eszközökön és a mintaválasztáson keresztül az adatgyűjtés és elemzés részletei is beletartoznak. Ezek a részletek biztosítják, hogy olyan adatokat lehessen előállítani, amelyek a tudományos kutatás és nemzetközi összehasonlítás elvárásainak maradéktalanul megfelelnek. Ehhez kívántak hozzájárulni a szerzők a mentális egészség populációs vizsgálatára vonatkozó legfontosabb szempontok és eszközök áttekintésével.

Irodalom

- Ahmad, F., Jhaji, A.K., Stewart, D.E., Burghardt, M., & Bierman, A.S. (2014). Single item measures of self-rated mental health: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 14:398. Doi: 10.1186/1472-6963-14-398
- Allport, G.W. (1927). Concepts of trait and personality. *Psychological Bulletin*, 24, 284–293.
- APA. (2013). *DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz* (Gonda, X., Balázs, J., & Keresztény, Á., ford.). Budapest: Oriold.
- Baxter, A.J., Patton, G., Scott, K.M., Degenhardt, L., & Whiteford, H.A. (2013). Global epidemiology of mental disorders: what are we missing? *PLoS One*, 8(6), e65514. Doi: 10.1371/journal.pone.0065514
- Bitter, I., Kurimay, T., Silling, T., & Harangozó, J. (2014). *A magyar mentális egészségügyi ellátás értékelése. Vezetői összefoglaló* Budapest: Egészségügyi Világszervezet.

¹⁰ Nemzeti Lelki Egészség Stratégia 2014-2020. Szakpolitikai stratégia tervezet 2014. 2014). Letöltve: 2017. 10.01-én: http://www.pef.hu/pef/resources/documents/nemzeti_lelki_egeszseg_strategia_tervezet_pef_kiegeszitesekkel.pdf

¹¹ *Depression, suicide and e-health*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/depression-suicide-and-e-health#outcomes>

- Breslow, L. (1972). A quantitative approach to the World Health Organization definition of health: physical, mental and social well-being. *International Journal of Epidemiology*, 1(4), 347–355.
- Brook, R.H., Emmett B. Keeler, Lohr, K.N., Newhouse, J.P., Ware, J.E., Rogers, W.H., et al. (2006). *The Health Insurance Experiment*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174.html
- Buda, B. (1994). *Mentálhigiéné. A lelki egészség társadalmi, munkaszervezeti, pszichokulturális és gyakorlati vetületei. Tanulmánygyűjtemény*: Animula Egyesület.
- Butcher, J. (2000). A Nobel pursuit. *Lancet*, 356(9238), 1331. Doi: 10.1016/S0140-6736(00)02825-7
- Carter, J. (1977). *Executive Order 11973 – President’s Commission on Mental Health*. Letöltve: 2018.03.07-én: <http://www.presidency.ucsb.edu/ws/index.php?pid=6643>
- Coppens, E., Van Audenhove, C., Gusmao, R., Purebl, G., Szekely, A., Maxwell, M., et al. (2018). Effectiveness of General Practitioner training to improve suicide awareness and knowledge and skills towards depression. *Journal of Affective Disorders*, 227, 17–23.
- Cottler, L.B. (1990). The CIDI and CIDI-substance abuse module (SAM): cross-cultural instruments for assessing DSM-III, DSM-III-R and ICD-10 criteria. *NIDA Research Monograph*, 105, 220–226.
- Davies, A., Sherbourne, C., Peterson, J., & Ware, J. (1988). *Scoring manual: Adult health status and patient satisfaction measures used in RAND’s Health Insurance Experiment*. Santa Monica: RAND Corporation.
- Earl-Slater, A. (1999). *Dictionary of Health Economics*. Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd.
- Európai Bizottság (2008). *A lelki egészség és jól-lét európai paktuma*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_hu.pdf
- European Commission (2013). *Evaluation of the use and impact of the European Community Health Indicators ECHI*. Letöltve: 2018. 01. 10-én: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/indicators/docs/echi_report_v20131031.pdf
- European Commission (2016). *European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: [http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action_19jan%20\(1\)-20160119192639.pdf](http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action_19jan%20(1)-20160119192639.pdf)
- Eurostat. (2010). *EHIS indicators guidelines. List of indicators to be computed with the EHIS*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: <https://circabc.europa.eu/d/d/workspace/SpacesStore/d4c9d574-8658-4c21-9cf2-04768b38afe8/EHIS%20indicators%20guidelines%20-%20final%20version.pdf>
- Eurostat (2017a). *Causes of death – mental and behavioural disorders, residents*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Causes_of_death_%E2%80%94_mental_and_behavioural_disorders,_residents,_2014_HLTH17.png
- Eurostat (2017b). *Standardised death rates – intentional self-harm, residents, 2014 (per 100 000 inhabitants)* Letöltve: 2018.03.07-én: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Standardised_death_rates_%E2%80%94_intentional_self-harm,_residents,_2014_\(per_100_000_inhabitants\)_HLTH17.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Standardised_death_rates_%E2%80%94_intentional_self-harm,_residents,_2014_(per_100_000_inhabitants)_HLTH17.png)
- Fidy, J., & Makara, G. (2005). *Biostatiztika*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: <http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tkt/biostatiztika-1/ch09s02.html>
- Forsman, A.K., Ventus, D.B., van der Feltz-Cornelis, C.M., & Wahlbeck, K. (2014). Public mental health research in Europe: a systematic mapping for the ROAMER project. *European Journal of Public Health*, 24(6), 955–960.

- Gébert, J. (2012). A jólét mérésének elméleti alapjai és problémái. In Bajmócy, Z., Lengyel, I., & Málóvics, G. (Szerk.), *Regionális innovációs képesség, versenyképesség és fenntarthatóság*. Szeged: JATEPress.
- Hays, R.D., Sherbourne, C.D., & Mazel, R.M. (Ed.) (1995). *User's manual for the Medical Outcomes Study (MOS) core measures of health-related quality of life: RAND*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR162.html
- Hunt, S.M., McEwen, J., & McKenna, S.P. (1985). Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35(273), 185–188.
- IHME. (2016). *Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016). Data Input Sources Tool*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2016/data-input-sources?locations=48&components=5&causes=558>
- IHME. (2018). *Global Health Data Exchange*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books
- Jones, E.G., & Mendell, L.M. (1999). Assessing the decade of the brain. *Science*, 284(5415), 739.
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (1999). *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation
- Kessler, R.C., Petukhova, M., & Zaslavsky, A.M. (2011). The role of latent internalizing and externalizing predispositions in accounting for the development of comorbidity among common mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4), 307–312.
- Kopp, M., & Martos, T. (2011). *A magyarországi gazdasági növekedés és társadalmi jóllét, életminőség viszonya*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: http://ess.tk.mta.hu/wp-content/uploads/2013/04/kopp_gazdasagi_novekedes.pdf
- Krueger, R.F., Caspi, A., Moffitt, T.E., & Silva, P.A. (1998). The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): a longitudinal-epidemiological study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 216–227.
- Manwell, L.A., Barbic, S.P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., et al. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*, 5(6), e007079. Doi: 10.1136/bmjopen-2014-007079
- Murray, C.J., & Lopez, A.D. (1994). Quantifying disability: data, methods and results. *Bulletin of the World Health Organization*, 72(3), 481–494.
- NIMH. (2017). *What is prevalence?* Letöltve: 2018. 02. 05-én: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/what-is-prevalence.shtml>
- NM GYÓGYINFOK (Szerk.). (1995). *BNO-10: A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása*. Budapest: Népjóléti Minisztérium
- Perczel-Forintos, D., Ajtay, G., Barna, C., Kiss, Z., & Komlósi, S. (2012). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: Semmelweis Kiadó
- Plomin, R., DeFries, J.C., & Fulker, D.W. (1988). *Nature and nurture during infancy and early childhood*. Cambridge; New York: Cambridge University Press.
- Rai, D., Zitko, P., Jones, K., Lynch, J., & Araya, R. (2013). Country- and individual-level socioeconomic determinants of depression: multilevel cross-national comparison. *The British Journal of Psychiatry*, 202(3), 195–203.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J., & Ratcliff, K.S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38(4), 381–389.

- Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U., Helzer, J.E., Babor, T.F., Burke, J., et al. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1069–1077.
- Rumpf, H.J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2001). Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. *Psychiatry Research*, 105(3), 243–253.
- Seligman, M. (1998). *The president's address*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: <https://ppc.sas.upenn.edu/sites/ppc.sas.upenn.edu/files/APA%20President%20Address%201998.docx>
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J.W., Patel, V., et al. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493.
- Susánszky, É., & Szántó, Z. (2013). *Magyar lelkiállapot*. Budapest: Semmelweis Kiadó
- Szádóczy, E., Fazekas, I., Füredi, J., & Papp, Z. (1996). Kedélybetegségek és szorongásos zavarok előfordulása a családorvosi gyakorlatban: A Diagnostic Interview Schedule (DIS) magyar változatának alkalmazásával. *Psychiatria Hungarica*, 11(5), 495–503.
- Szádóczy, E., Rihmer, Z., Papp, Z., & Füredi, J. (1997). The prevalence of affective and anxiety disorders in primary care practice in Hungary. *Journal of Affective Disorders*, 43(3), 239–244.
- Tarlov, A.R., Ware, J.E., Jr., Greenfield, S., Nelson, E.C., Perrin, E., & Zubkoff, M. (1989). The Medical Outcomes Study. An application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA*, 262(7), 925–930.
- van den Beukel, T.O., Siegert, C.E., van Dijk, S., Ter Wee, P.M., Dekker, F.W., & Honig, A. (2012). Comparison of the SF-36 Five-item Mental Health Inventory and Beck Depression Inventory for the screening of depressive symptoms in chronic dialysis patients. *Nephrology, dialysis, transplantation*, 27(12), 4453–4457.
- Veit, C.T., & Ware, J.E., Jr. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730–742.
- Vollebergh, W.A., Iedema, J., Bijl, R.V., de Graaf, R., Smit, F., & Ormel, J. (2001). The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 597–603.
- Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual & Interpretation Guide*. Boston, Massachusetts The Health Institute, NEMC.
- Ware, J.E., Jr. (2000). SF-36 health survey update. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(24), 3130–3139.
- WHO (1946). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization Official records of the World Health Organization No 2. Summary report on proceedings minutes and final acts of the International Health Conference* (pp. 16–27): World Health Organization. Letöltve: 2018. 02. 05-én: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf
- WHO (2001). *World Health Report 2001 – Mental health: new understanding, new hope*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: <http://www.who.int/whr/2001/en/>
- WHO (2003). *Investing in mental health*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf
- WHO (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report*. WHO, Commission on Social Determinants of Health. Letöltve: 2018. 02. 06-án: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf
- WHO (2013a). *Investing in mental health: evidence for action*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf?ua=1

- WHO (2013b). *Mental health action plan. 2013–2020*. Letöltve: 2018. 02. 05-én: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1
- WHO (2015a). *The European Mental Health Action Plan 2013–2020* Letöltve: 2018. 02. 05-én: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf
- WHO. (2015b). *The top 10 causes of death*. Letöltve: 2018.03.07-én: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index1.html>
- Wykes, T., Haro, J.M., Belli, S.R., Obradors-Tarrago, C., Arango, C., Ayuso-Mateos, J.L., et al. (2015). Mental health research priorities for Europe. *Lancet Psychiatry*, 2(11), 1036–1042.
- Yin, S., Njai, R., Barker, L., Siegel, P.Z., & Liao, Y. (2016). Summarizing health-related quality of life (HRQOL): development and testing of a one-factor model. *Population Health Metrics*, 14:22. Doi: 10.1186/s12963-016-0091-3

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak Somogyi Gergőnek az ábrák elkészítéséért. A tanulmány elkészítését a GINOP-2.3.2-15-2016-00005 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Regionális Fejlesztési Alap társfinanszírozásával valósult meg.

A szerzők munkamegosztása

Kósa Karolina: a cikk koncepciójának kidolgozása, szakirodalmi keresés, a kézirat megszövegezése és a végleges szöveg elkészítése. Bíró Éva: szakirodalmi keresés, közreműködés a kézirat megszövegezésében, a végleges szöveg ellenőrzése.

Nyilatkozat érdeklődésről

A szerzők kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdeklődések.

Concepts and tools of population mental health surveys

KÓSA, KAROLINA – BÍRÓ, ÉVA

There has been a growing international interest in population mental health, attested to by the large number of scientific research studies and international documents dedicated to this topic in the past three decades. However, interest in and dedication to this field has not been reflected by the number of studies that would provide population estimates enabling international comparison, based on well designed and carefully implemented studies. Reliable studies of mental health conducted in the Hungarian population that are also appropriate for international comparisons have been also lacking thereby hindering the development and acceptance of a well targeted and evidence-based national mental health strategy. The authors wish to contribute to the development of the national mental

health strategy by presenting major conceptual and methodological dilemmas arising when representative mental health surveys are designed. The most frequently used tools to measure mental disorders, generic mental status and mental health at the population level are also summarized. The mental status of the Hungarian population should be regularly monitored using internationally comparable methodology so as not only to produce valid data for the development of a strategy to improve mental health but also to enable the follow-up of the effectiveness of policy interventions.

Keywords: mental health, epidemiology, questionnaire surveys