

Óri Dorottya, Purebl György

Krónikus megbetegedések kezelési esélyei és összefüggései a családi helyzettel a Covid-járvány alatt

Bevezetés

Ép testben ép lélek – bár a híres római mondást az utókor félreolvasva és félreértette, fején találta a szöveget: ahogy a test és a lélek nem választható szét, úgy nem választható el a testi és lelki egészség sem. Éppen ezért egy közösség lelkiállapotát nemcsak az határozza meg, hogy mennyire gyakoriak körében a pszichológiai problémák, hanem az is, mennyire gyakoriak a testi betegségek, valamint az, hogy az adott közösség mit kezd a testi és lelki betegségek okozta kihívásokkal.

A gyakori krónikus betegségek száma Magyarországon folyamatosan emelkedik: a pandémia előtti utolsó évben, 2019-ben a Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtő Program adatai alapján az összes gondozást igénylő betegség száma a felnőtt korú lakosságban meghaladta a tizenötmilliót, vagyis a felnőtt lakosság jelentős része több krónikus betegséggel is küzdött, és feltehetően küzd ma is (Bényi és mtsai 2021). A betegségek számának emelkedését több tényező okozhatja: egyrészt a magyar lakosság idősödése, másrészt az egészséges életmódot élők viszonylag alacsony száma. Ezek mellett fontos szerepet játszik a betegségek nagyobb felderítési aránya is. Európai viszonylatban nagyon kedvezőtlen helyzetben vagyunk. Egy összefoglaló szerint, amely az Európai Unió 2021-es egészségügyi országprofil-jelentése alapján készült (Vitrai 2022), Magyarországon a várható élettartam még mindig öt évvel az EU-s átlag alatt van, és a kedvezőtlen egészségi állapot legalább 50 százalékáért az életmóddal összefüggő kockázati tényezők lehetnek felelősek. A nagy kérdés azonban a másik 50 százalék, amelyben biztosan szerepet játszik a közösségek és a bennük lévő személyek lelkiállapota.

A krónikus betegségek hazai népegészségügyi jelentőségének, általános háttértényezőinek, a helyzet lehetséges magyarázatának tárgyalása meghaladja jelen fejezet kereteit, ezekkel kapcsolatban számos kitűnő tudományos közleményre utalunk, többek között a korábban már idézett,

Bényi Márta és kollégái által jegyzett tanulmányra (Bényi és mtsai 2021), valamint a vonatkozó egészségügyi országprofil-jelentésekre (State of Health in the EU 2021). A következőkben azt vizsgáljuk meg, milyen kapcsolatok fedezhetők fel egyes szociodemográfiai jellemzők, a pandémia hatásai, a legnagyobb népegészségügyi jelentőségű mentális zavar – a depresszió – és a krónikus betegségek között. A szociodemográfiai jellemzők közül nem térünk ki az életkor hatására, hiszen tankönyvi adat, hogy a krónikus betegségek gyakorisága az életkorral emelkedik. Nem térünk ki a társadalmi-gazdasági helyzet és az egészségi állapot szintén jól ismert kapcsolatára sem (vö. a korábbi Hungarostudy vizsgálatokkal). Mindezek helyett inkább a következőket helyezzük vizsgálataink fókuszába: (1) Mennyire meghatározó a krónikus betegségek gyakorisága szempontjából, ha valakit a vér szerinti szülei nevelnek, vagy sem? (2) Mennyire meghatározó a krónikus betegségek gyakorisága és kezelése szempontjából az, ha valaki családban vagy egyedül él?

A depresszió a legnagyobb népegészségügyi jelentőségű mentális zavarnak tekinthető, ennek megfelelően jelen tanulmánykötetben külön fejezet foglalkozik ezzel a témával. A depresszió fogalmának részletes ismertetésével kapcsolatban itt is utalunk erre a fejezetre. A WHO Global Burden of Disease tanulmánya szerint a depresszió gyakorisága 1993 és 2013 között 53,4 százalékkal emelkedett (Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators 2015), amit a pandémia nyomán újabb 27,6 százalékos emelkedés követett (Santomauro és mtsai 2021). Hasonló eredményeket mutatnak jelen Hungarostudy vizsgálat depressziós tünetekkel kapcsolatos adatai, amelyeket részletesen a témával foglalkozó fejezetben ismertetünk. Csak reménykedhetünk abban, hogy a depressziós tünetek előfordulási gyakoriságának járvány alatti emelkedése csupán a pandémiára adott közösségi reakciók egyik formája, melynek kiváltója többek között a társadalom jelentős részét egyszerre érintő súlyos stresszhatás. A tartós munkaképesség-csökkenés második leggyakoribb oka a depresszió, ami már a járvány előtt is így volt (Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators 2015).

A depresszió és a krónikus betegségek kapcsolata jól ismert: krónikus betegségek esetén gyakori a komorbid depresszió, amely nemcsak a beteg javulási esélyeit és a sikeres kezelés lehetőségét rontja, hanem jelentősen

növeli a kezelési költségeket (Purebl és mtsai 2016). A világszerte a legtöbb halálozásért felelős szív- és érrendszeri betegségek esetén a depresszió 20 százalékkal növeli az – akár halálos – szövődmények gyakoriságát (Rajan és mtsai 2020). Sokat beszélünk a depresszió legrettegettebb következményéről, az öngyilkosságról – ebben a kötetben is külön foglalkozunk vele –, ám miközben a depresszió nagyon gyakori betegségnek tekinthető, az öngyilkosságok gyakorisága szerencsére nagyságrendekkel kisebb. A legtöbb depressziós személy tehát nem öngyilkosság következtében hal meg – viszont talán évekkal rövidebb ideig él, mint nem depressziós társai. Egy kiváló minőségű dán tanulmány szerint a súlyos depresszió több mint öt évvel rövidíti meg az életet (Laursen és mtsai 2016).

A családi háttér és az egészség esetében elsősorban a – családon belüli – kapcsolatok minősége tűnik fontosnak. Egy viszonylag friss összefoglaló tanulmány szerint (Umberson és Thomeer 2020) robusztus az összefüggés a kapcsolatok minősége és a gyermekek egészségi állapota között – ugyanakkor a tanulmány azt is hangsúlyozza, hogy a témában jelenleg kevés adat áll rendelkezésünkre, és vizsgálatát a következő évtized egészségkutatásainak egyik legizgalmasabb területeként említi. Nagyon fontos lehet a családon belüli működés testi-lelki egészségre gyakorolt hatásának elemzése. Jelenlegi keresztmetszeti lakossági kutatásunkban annak jellege miatt erre nem tudunk vállalkozni, mindössze a korábbiakban bemutatott két családi háttérre vonatkozó kérdést tudjuk vizsgálni. Ugyanakkor bízunk abban, hogy az általunk megfigyelhető összefüggések talán segíthetnek, hogy pontosabban ki lehessen jelölni a jövő kutatási irányait a témában.

Mivel vizsgálatunk adatfelvétele a Covid-járvány alatt, annak átmeneti csillapuló szakaszában zajlott, már előjáróban kijelenthetjük, hogy különösen a kezeléshez való hozzáféréssel kapcsolatos adatok egy az egészségügy működését rendkívül jelentősen érintő helyzetet tükröznek, és a levonható következtetéseket mindez e különleges helyzetre korlátozza.

Módszer

A Hungarostudy vizsgálat általános módszertanát jelen kötet módszertani fejezete mutatja be. A krónikus betegségeket tekintve felsoroltuk a tizenhat legnagyobb népegészségügyi jelentőségű betegségcsoportot (1. táblázat).

A vizsgált személyeknek jelölniük kellett, hogy szenvedtek-e a felsorolt betegségben az elmúlt egy évben, illetve az alábbi négy kategóriából kellett megjelölniük a rájuk vonatkozó állítást:

1. Nem kezelték, mert nem volt szüksége rá.
2. Nem kezelték, mert elhalasztották a kezelését (ez a kérdés a Covid-hullámok következtében átmenetileg korlátozottan elérhetővé váló egészségügyi szolgáltatások miatt került bele, de sajnos azt nem tudtuk vizsgálni, hogy valójában milyen konkrét ok miatt halasztódott a kezelés).
3. Kezelték, járóbetegként.
4. Kezelték, feküdt kórházban.

Ezenkívül a következő kérdésekre vártunk választ a kérdőívben azoktól, akik legalább egy betegség kezelését említették:

- Az Ön által említett betegség vagy betegségek közül melyik befolyásolja leginkább a mindennapi életvitelét. (Itt a kérdezőbiztosok szövegesen leírták a betegséget.)
- Betegség miatt összesen hány napig nem tudott dolgozni, vagy nem tudta ellátni a feladatait az elmúlt évben?

Az egyes személyek esetében a meglévő betegség(ek) súlyosságáról, az életminőségre kifejtett pontos hatásáról a kérdőív terjedelmi korlátai miatt (az adatfelvételhez legfeljebb negyven perc állt rendelkezésre) sajnos nem tudtunk adatokat gyűjteni, ami mindenképpen korlátozza az adatok értelmezhetőségét.

A depressziós tünetekkel kapcsolatos módszertant a témáról szóló fejezetben ismertetjük. A reménytelenség hatásának vizsgálata a krónikus betegségek szempontjából is érdekes lehetne, azonban a reménytelenségre utaló kérdés a Beck-féle Depresszió Skála (*Beck Depression Inventory, BDI*) része, így nem független az összpontszámtól (az összpontszám és a reménytelenségre irányuló kérdésre adott pontszám korrelációja $r = 0,766$, $p < 0,0001$). Emiatt a továbbiakban a reménytelenség item pontszámát külön nem elemeztük. Mivel az egyéb mentális zavarokat a kérdőívcsomag nem tartalmazta egyenként, valamint a küszöb alatti pszichológiai problémákat sem tudtuk vizsgálni, a pszichofarmakológiai kezelésre is rákérdeztünk, mert a válasz mindenképpen utal arra, hogy fennáll-e a vizsgált személynél bármilyen pszichológiai distressz. Ez az alábbi formában történt:

„Szed-e bármilyen pszichofarmakont (altató, nyugtató, szorongáscsökkentő, teljesítményfokozó)?” A lehetséges válaszok: naponta többször; naponta egyszer; hetente négy-hat napon; hetente két-három napon; havonta négy-ötször; havonta egyszer vagy ritkábban; soha.

Kérdőívünk terjedelme és az adatfelvétel módja sajnos nem tette lehetővé, hogy a vizsgált személyek összes szedett gyógyszerét rögzítsük, így pontosabb adatokkal a gyógyszerszedésről nem rendelkezünk.

Az összefüggéseket a folytonos változók esetében Pearson-féle korrelációs vizsgálattal, a kategoriális változók esetében khi-négyzet-próbával, illetve – ha az egyik kategóriában az elemszám jelentősen alacsony volt (huszonöt alatti), a minél korrektebb statisztikai döntés érdekében – Fischer-féle egzakt teszttel vizsgáltuk. Ezek mellett a ϕ (phi) együtthatókat is feltüntettük a kapcsolat szorosságának jellemzése érdekében. Az egyes betegségben érintettek Beck-féle Depresszió Skála-összpontszámainak mediánjai közötti különbséget Kruskal–Wallis-próbával és Bonferroni-utóteszttel vizsgáltuk.

Fontos hangsúlyoznunk, hogy a Beck-féle Depressziós Skálával mért tünetek valószínűsítik a depressziót, de a kapott eredmények nem jelentik a depresszió diagnózisát, amely mindig klinikai interjú során születik (Furlanetto, Mendlowicz és Bueno 2005). A Beck-féle Depressziós Skála rövidített változatának magas a szenzitivitása és alacsony a specificitása, ezért kiváló szűrő kérdőívnek tekinthető (Rózsa, Szádóczy és Füredi 2001; Furlanetto, Mendlowicz és Bueno 2005). Kijelenthetjük, hogy a magas Beck-pontszám valószínűsíti (de nem bizonyítja) a depresszió fennállását, és biztosan valamilyen jelentős pszichológiai stresszállapotot jelez, vagyis annál a személynél, akinek a Beck-pontszáma magas, lehet, hogy nem teljesülnek a depresszió diagnózisának kritériumai (bár elég valószínű, hogy depressziós), de biztosan nincs jó lelkiállapotban. Mindezek miatt alkalmas a rövidített Beck-féle Depressziós Skála nagy epidemiológiai vizsgálatokban a lelkiállapot jellemzésére.

A Beck-féle Depressziós Skála rövidített változatából külön elemeztük a reménytelenségre vonatkozó kérdést, az ezzel kapcsolatos adatokat azonban a krónikus betegségek vonatkozásában külön nem elemeztük (bővebben lásd az eredményekről szóló részben).

Eredmények

Vizsgálatunk során nem elemeztük az egyes krónikus betegségek okozta társadalmi hatásokat (például munkahelyről való távollét, betegségterhek). Elsősorban azért nem, mert ezekkel kapcsolatban releváns KSH-adatok érhetőek el, másodsorban pedig a vizsgálatot megelőző időszakban a Covid-hullámok következtében számos egyéb olyan, „vis maiornak” tekinthető hatás befolyásolta őket, amelyet nem volt lehetőségünk vizsgálni (például a helyi egészségügyi ellátás leterheltsége, otthoni munkavégzés, az otthoni tanulás szülőket befolyásoló hatása, utazással, munkába járással kapcsolatos korlátozások, a járváynak a gazdaságra és a mindennapi munkavégzésre gyakorolt hatásai). Elsősorban arra voltunk kíváncsiak, hogy az adott betegséggel kapcsolatban elérhető kezelés (ha szükséges volt), hogyan befolyásolta a hangulatot. Mivel – ahogy a bevezetőben is említettük – a depressziós tünetek és a krónikus betegségek komorbiditása tankönyvi adat, mi elsősorban azt figyeltük meg, hogy krónikus betegségek esetén a kezelésben részesülés, illetve nem részesülés kategóriái hogyan függtek össze a depressziós tünetekkel. Azt, hogy a depresszió hogyan hat a krónikus betegségek kezelésére, részletesen bemutattuk a bevezetőben. Vizsgálatunk hangsúlyát arra fektettük, hogy a kezeléshez való hozzáférés vajon hogyan hat a depressziós tünetekre. A kezeléshez való hozzáférés ugyanis a pandémiától függetlenül is heterogén a különböző közösségekben.

A statisztikai elemzéshez értékelhető elemszámot a következő betegségek esetében kaptunk, így a továbbiakban csak ezeket vizsgáltuk elkülönítve: 1-es típusú cukorbetegség, 2-es típusú cukorbetegség, asthma bronchiale, vesebetegség, reuma, magas vérnyomás, daganatos betegség, pszichiátriai betegség, szívbetegség, agyérbetegség. Eredményeink szerint a nők esetében az elmúlt egy év során gyakoribb volt a krónikus betegség miatt végzett kezelés (nők: 28%; férfiak: 20%; $p < 0,0001$; khi-négyzet-próba, $\phi = 0,092$).

Az elmúlt egy évben feküdt-e valamelyikkel kórházban, vagy kezelték-e járóbetegként?

1-es típusú cukorbetegséggel

2-es típusú cukorbetegséggel

Májbetegséggel

Asztmával, más néven asthma bronchialéval

Más légzőszervi betegséggel

Allergiás betegséggel

Gyomorfekéllyel, nyombélfekéllyel

Más gyomor- vagy bélrendszeri betegséggel, éspedig:

Vesebetegséggel

Reumával

Más izom- vagy csontrendszeri betegséggel, éspedig:

Közlekedési balesettel

Üzemi balesettel

Otthoni balesettel

Magas vérnyomással

Daganatos betegséggel

Pszichiátriai betegséggel, mint amilyen például a depresszió, a pánikzavar vagy a szorongásos betegség

Szívbetegséggel, mint amilyen a koszorúér-betegség, a szívérbetegség,
a szívérszűkület, az angina vagy az infarktus

Agyérbetegséggel, mint amilyen például az agyérögcs, a trombózis,
az embólia, az agyvérzés, a gutaütés vagy a stroke

Igazolt COVID-19-fertőzéssel és/vagy a szövődményeivel (poszt-Covid-szindróma)

Elhúzódó (egy hétig vagy több ideig tartó) Covid-védőoltás utáni reakció miatt

Valami mással, éspedig:

1. táblázat: A Hungarostudy 2021 során vizsgált krónikus betegségek (a vizsgálatban lekérdezett táblázat három balesettípust is tartalmazott, melyet a jelenlegi elemzés keretében nem vizsgáltunk)

Hangulat, lelkiállapot és krónikus betegségek

A vizsgált betegséggel kapcsolatos kezeléstípusok és a hangulati tünetek összefüggését, valamint az egyes kategóriákhoz tartozó elemszámokat a 2. táblázatban mutatjuk be. A 3. táblázatban a Beck-féle Depresszió Skála-pontszámoknak az egyes krónikusbetegség-típusok között megfigyelhető különbségeit tüntetjük fel.

	A Beck-féle Depresszió Skála pontszámai			
	n	Átlag	Szórás	p érték
1-es típusú cukorbetegség	6873	7,36	11,86	
Nem volt szüksége kezelésre.	6681	7,21	11,76	< 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	22	20,62	16,38	
Járóbetegként kezelték.	162	11,34	12,73	
Kórházban feküdt.	9	19,19	19,38	
2-es típusú cukorbetegség	6875	7,37	11,86	
Nem volt szüksége kezelésre.	6544	7,22	11,76	< 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	37	17,29	16,56	
Járóbetegként kezelték.	284	9,55	12,76	
Kórházban feküdt.	10	7,91	9,40	
Asthma bronchiale	6871	7,37	11,86	
Nem volt szüksége kezelésre.	6721	7,15	11,67	< 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	19	23,95	14,47	
Járóbetegként kezelték.	123	15,13	15,38	
Kórházban feküdt.	7	33,32	11,09	
Vesebetegség	6871	7,37	11,86	
Nem volt szüksége kezelésre.	6777	7,25	11,76	< 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	21	21,14	17,42	
Járóbetegként kezelték.	57	15,09	13,25	
Kórházban feküdt.	17	11,79	18,05	
Reuma	6881	7,37	11,85	
Nem volt szüksége kezelésre.	6358	6,94	11,62	< 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	67	14,81	12,20	
Járóbetegként kezelték.	432	12,20	13,44	
Kórházban feküdt.	24	13,26	14,41	

	A Beck-féle Depresszió Skála pontszámai			
	n	Átlag	Szórás	p érték
Magas vérnyomás	6885	7,37	11,85	
Nem volt szüksége kezelésre.	5852	7,12	11,81	p < 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	48	9,84	12,96	
Járóbetegként kezelték.	951	8,63	11,94	
Kórházban feküdt.	33	10,66	12,38	
Daganatos betegség	6869	7,37	11,86	
Nem volt szüksége kezelésre.	6764	7,26	11,77	p < 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	11	16,09	13,22	
Járóbetegként kezelték.	48	7,70	11,08	
Kórházban feküdt.	46	20,22	17,28	
Pszichiátriai betegség	6869	7,37	11,86	
Nem volt szüksége kezelésre.	6783	7,21	11,71	p < 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	5	19,71	9,54	
Járóbetegként kezelték.	67	19,09	15,11	
Kórházban feküdt.	14	26,62	20,55	
Szívbetegség	6870	7,37	11,86	
Nem volt szüksége kezelésre.	6584	7,11	11,64	p < 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	22	18,99	19,46	
Járóbetegként kezelték.	212	12,90	14,48	
Kórházban feküdt.	52	12,64	14,10	
Agyérbetegség	6869	7,37	11,86	
Nem volt szüksége kezelésre.	6800	7,24	11,73	p < 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	13	21,24	16,63	
Járóbetegként kezelték.	44	19,27	17,10	
Kórházban feküdt.	12	20,32	19,07	
Igazolt COVID-19 és/ vagy szövődményei	6874	7,38	11,86	
Nem volt szüksége kezelésre.	6463	7,10	11,56	p < 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	32	15,24	15,61	
Járóbetegként kezelték.	322	10,85	14,82	
Kórházban feküdt.	57	14,32	16,70	
Elhúzódo (egy hét vagy több) Covid-védőoltás utáni reakció	6874	7,38	11,86	
Nem volt szüksége kezelésre.	6736	7,26	11,75	p < 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	20	18,01	17,28	
Járóbetegként kezelték.	104	12,50	14,88	
Kórházban feküdt	14	8,57	14,03	

2. táblázat: A krónikus betegségek kezelésének típusa az elmúlt egy évben, valamint ennek összefüggése a Beck-féle Depresszió Skála pontszámaival

	Nem érintett krónikus betegségben	1-es típusú cukorbetegség	2-es típusú cukorbetegség	Asthma bronchiale	Vesebetegség	Reuma	Magas vérnyomás	Daganatos betegség	Pszichiátriai betegség	Szívbetegség	Agyérbetegség
1-es típusú cukorbetegség	0,006										
2-es típusú cukorbetegség	0,001	NS									
Asthma bronchiale	NS	NS	NS								
Vesebetegség	NS	NS	NS	NS							
Reuma	< 0,0001	NS	NS	NS	NS						
Magas vérnyomás	NS	0,008	0,002	NS	NS	< 0,0001					
Daganatos betegség	0,014	NS	NS	NS	NS	NS	0,015				
Pszichiátriai betegség	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	0,021	< 0,0001	< 0,0001	0,012			
Szívbetegség	NS	NS	NS	NS	NS		NS	NS	< 0,0001		
Agyérbetegség	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
Több krónikus betegségben érintett	< 0,0001	0,037	0,041	0,042	NS	NS	< 0,0001	NS	0,001	0,022	NS

3. táblázat: A Beck-féle Depresszió Skála összpontszámainak összehasonlítása páronként az egyes krónikus betegségekben

Szignifikanciaszintek páronként az egyes betegségek esetében. Kruskal–Wallis-teszt, post-hoc tesztel, Bonferroni-korrekcióval. Az egyes betegségeknel kizárólag az abban a betegségben az elmúlt egy évben kezelést igénylőket tüntettük fel. A Beck-féle Depresszió Skála -pontszám összehasonlíthatósága érdekében azokat, akik egynél több krónikus betegségben érintettek, a „Több krónikus betegségben érintett” kategóriába soroltuk.

A krónikus betegséggel az elmúlt egy évben kezeltek 21 százaléka, a krónikus betegséggel nem kezelteknek pedig 14 százaléka depressziós a klinikai küszöböt nagy valószínűséggel meghaladó mértékben. Ugyanez az arány poszt-Covid-szindrómával vagy elhúzódó oltási reakcióval kezeltek esetében 28 százaléka, az ezzel nem kezeltek esetében 15 százaléka. A poszt-Covid vagy oltásszövődmény és krónikus betegség miatt kezeltek Beck-pontszámai között nincs szignifikáns különbség ($p = 0,218$).

A krónikus betegséggel élők teljes almintáját vizsgálva azt találtuk, hogy azoknak a legmagasabb a depresszióskála-pontszáma, akiknek valamilyen okból elhalasztották a kezelését.

Ha az összes krónikus betegségből kivesszük a pszichiátriai betegségekkel élőket, vagyis csak a testi krónikus betegségeket nézzük, azt találjuk, hogy több mint negyedük pszichiátriai gyógyszereket is szed. Vagyis a krónikus betegek pszichiátriai betegség nélkül is jóval több nyugtatót fogyasztanak, mint azok, akiknek nincs krónikus betegségük (28%, illetve 9%; $p < 0,0001$; khi-négyzet-próba, $\varphi = 0,233$).

Családi állapot, nevelési előzmények és krónikus betegségek

A 4. táblázatban feltüntetett elemszámok mellett a nevelési előzmények tekintetében azt találtuk, hogy akiket a vér szerinti szüleik neveltek fel, azokat kevésbé kezelték krónikus betegséggel az elmúlt egy évben ($p = 0,02$; $\varphi = 0,045$), mint a mások által felnevelteket. Továbbmenve: azok között, akiket nagyszülő, más rokon vagy gyám nevelt fel, általában szignifikánsan több volt a krónikus betegség ($p = 0,015$; Fisher-féle egzakt teszt, $\varphi = 0,034$), mint a vér szerinti szülők által felneveltek esetében.

	Krónikus betegségben érintett, n (%)	Krónikus betegségben nem érintett, n (%)
Nő	676 (59)	2379 (50)
A vér szerinti szülei nevelték fel.	1052 (91)	4353 (91)
Nagyszülő, más rokon vagy gyám nevelte fel.	25 (2)	56 (1)
Jelenleg egyedül él.	491 (43)	1844 (39)

4. táblázat: Szociodemográfiai, családi jellemzők és a krónikus betegségben való érintettség az elmúlt egy évben

Az is kiderült, hogy akik egyedül élnek, azok közül többeket kezelték az elmúlt egy évben krónikus betegséggel, mint a nem egyedül élők közül (egyedül élők: 26%, valakivel együtt élők: 23%; $p = 0,033$; khi-négyzet-próba, $\varphi = 0,026$).

Az elmúlt egy évben krónikus betegséggel kezelték között viszont nem mutatkozott összefüggés aközött, hogy valaki egyedül vagy párkapcsolatban élt-e, és hogy elhalasztották-e a kezelését ($p = 0,690$).

Megbeszélés

Az, hogy a nők körében gyakoribb a krónikus betegség miatt végzett kezelés, feltehetően amiatt van, hogy ők gyakrabban kérnek segítséget, illetve keresnek kezelést, mint a férfiak, amit számos korábbi vizsgálat igazol (például Juvrud és Rennels 2017; Liddon, Kingerlee és Barry 2018; Sagar-Ourighli és mtsai 2019). Ez a férfi-női különbség annak ellenére fennáll, hogy az elmúlt időszakban számos erőfeszítés történt a férfiakat megszólító egészségfejlesztési programok kidolgozására.

Ahogy a 2. táblázatban láthatjuk, akkor is nagyjából hasonló eredményeket kapunk, ha az összes krónikus betegséget együtt, illetve külön-külön vizsgáljuk. A különböző krónikusbetegség-csoportokban ugyanolyan szignifikáns a kapcsolat a depressziós tünetekkel, a kezelésekkkel és a kezeléshez való hozzáféréssel. A 3. táblázat arra mutat rá, hogy ugyanakkor a különféle betegségcsoportokban való érintettség különbséget mutat a depressziós tünetek tekintetében. Érthető módon a pszichiátriai betegségek, illetve az egynél több krónikus betegségben való érintettség emelkedik ki az egy-egy krónikus betegségben való érintettséghez képest. Ennek számos magyarázata lehetséges, amelyek egy része a vizsgálat korlátaival függ össze – ezt a fejezet végén részletezzük majd. Magyarázat lehet az is, hogy a krónikus betegségek okozta stressz nagyon hasonló lehet a különböző betegségekben, ezért hasonlóak a mentális egészségre gyakorolt hatások is. Több betegségben való érintettség vagy pszichiátriai betegség esetén – mely utóbbi a depressziót is magában foglalja – depressziós tünetek is fokozottabb mértékben jelentkezhetnek. Ugyanakkor az a – következőkben hamarosan kifejtett – tény is azt húzza alá, hogy a kezeléshez való korlátozott hozzáférés igen hasonló reakciót váltott ki a különböző krónikus betegségcsoportokban. Ilyen általános, a testi betegségekhez kötődő, de a lelki egészséget befolyásoló hatások lehetnek még a betegséggel kapcsolatos társadalmi terhek, a betegség okozta korlátok, a rosszabb életminőség és még számos olyan tényező, amelyet egy későbbi vizsgálatban részletesen és célzottan javasolt volna vizsgálni.

Hangulat, lelkiállapot és krónikus betegségek

Eredményeink közül, amelyek összhangban vannak azzal a bevezetőben már említett ténnyel, hogy krónikus betegségek esetén a depressziós tünetek gyakoribbak, mint az átlagnépességben, a következőket érdemes kiemelni.

Az, hogy poszt-Covid-szindróma esetén gyakoribbak a depressziós tünetek, fontos klinikai tapasztalat volt mind a magyar, mind a külföldi egészségügyi ellátórendszerekben (Purebl és Réthelyi 2022). Ennek számos lehetséges magyarázata van. Például a betegségterhek okozta hangulati változások; az ellátás során átélt esetleges traumatizáló helyzetek; a vírusfertőzés direkt idegrendszeri hatása; a betegség következtében felborult biológiai ritmus. Újdonság azonban, hogy depressziós tünetek tekintetében nincs szignifikáns különbség a krónikus betegek, a poszt-Covid-szindrómások és az oltási szövődményektől szenvedők között. Az a tény, hogy egy akut vírusfertőzés (a Covid-infekció) vagy egy ennek megelőzésével kapcsolatban átélt oltási szövődmény hasonló mértékben hat a pszichológiai jólétre, mint egy krónikus betegség, nehezen értelmezhető, és mindenképpen további vizsgálatokat tesz szükségessé.

Fontos eredmény továbbá, hogy az adatokból kimutatható, a kezelés elhalasztása milyen drámai hatást fejt ki a krónikus betegek lelkiállapotára – a kezelés elhalasztását elszenvedők között voltak a leggyakoribbak a depressziós tünetek. Úgy tűnik tehát, hogy a kezelésekhez való nehezebb hozzáférés nagyon erősen befolyásolja a depressziós tüneteket. Vagyis a krónikus betegek hangulati tüneteit eszerint nemcsak a krónikus betegség megléte befolyásolja, hanem – talán jobban – az is, hogy elérhető-e számukra az egészségügyi ellátás. Ezt az eredményt természetesen rendkívül fontos volna még célzottabban vizsgálni, azonban mindenképpen levonható az a következtetés, hogy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés nemcsak az adott betegséget befolyásolja, hanem nagyon jelentős hatása van a lelki egészségre is. Azaz a gyakori betegségekkel kapcsolatos kezelések nagyobb hozzáférhetőségével feltehetően csökkenne az adott betegséghez társuló depresszió gyakorisága is. Ez mindenképpen fontos eredménynek tekinthető, mert a szakirodalomban meglehetősen kevés adat van arról, hogy a kezeléshez való hozzáférés hogyan hat a krónikus betegek lelkiállapotára.

Még fontosabb azonban a pszichofarmakonok, nyugtatók szedésére vonatkozó adat. Önmagában az is eléggé drámai, hogy az (elvileg) egészséges magyar lakosság 9 százaléka szedett nyugtatót (vagy valamilyen pszichofarmakont) az elmúlt évben. Még feltűnőbb azonban, hogy azon krónikus testi betegségben szenvedőknek, akiknek elvileg nincs pszichiátriai betegségük, több mint az egynegyede szed ilyen típusú gyógyszereket. Erre számos lehetséges magyarázat kínálkozik, amelyet fontos volna célzott vizsgálatokkal alaposabban körüljárni, vagyis pontosan felmérni, hogy a krónikus betegséggel élők között milyen gyakori a magas pszichoszociális stressz, vagy hogy mennyire gyakoriak a mentális zavarok. Mások is leírták az altatók és nyugtatók magyarországi túlhasználatát (Tóth, Molnár és Gazdag 2020), ez azonban valószínűleg annak a jelenségnek lehet a tünete, hogy Magyarországon rengetegen szednek pszichiátriai gyógyszereket pszichiátriai betegség nélkül. Itt kiemelendő az a tény, hogy a másik leggyakoribb pszichiátriai gyógyszercsoport, az antidepresszívumok szedésének gyakorisága Magyarországon még mindig az európai uniós átlag alatt van (bár lassan emelkedő tendenciát mutat; Bálint és mtsai 2020). Ennek hátterében számos tényező állhat. Egyrészt feltehetően jelentős Magyarországon a mentális zavarok aluldiagnosztizáltsága, másrészt korlátozottan elérhetők a megfelelő kezelések (például a bizonyítékokon alapuló pszichoterápiák; Woelbert 2015). Fontos ok lehet az is, hogy nemcsak a kezelések lehetnek korlátozottan elérhetők, hanem feltehetően sokan tartanak is a mentális zavarok kezelésétől, mert talán stigmatizálónak vélik őket. A mentális zavarokkal kapcsolatos segítségkérésre való hajlandóság egyébként – az elmúlt időszak tapasztalatai alapján úgy tűnik – javult a 2021-es évben (Purebl és Réthelyi 2022). A magas altató- és nyugtatófogyasztás azt mutatja, hogy a mentális zavarok ellátása az esetek túlnyomó többségében nem szakszerűen, nem az érvényben lévő irányelvek szerint történik. Ez utóbbi tény nemcsak Magyarországra jellemző, hanem általános jelenség – elsősorban a hangulatzavarok kezelését illetően (Thornicroft és mtsai 2017).

A pszichofarmakonok túlszedésének másik nagyon kézenfekvő magyarázata az, hogy általában magas lehet a lakosság stressz-szintje (különösen a krónikus betegeké), melyet tovább súlyosbít az, hogy a lakosság nagy része nem rendelkezik megfelelő stresszkezelési stratégiákkal, és ezek helyett inkább a nyugtatók szedését részesíti előnyben – mintegy

egyszerűbb megoldásként. Az azonban biztos, hogy a lelki egészséggel és annak fejlesztésével kapcsolatban nagyon sok kielégítetlen igény van a magyar lakosság körében.

Az az adat, mely szerint a nem pszichiátriai beteg vizsgált személyek is sokan szednek pszichiátriai gyógyszereket, a kutatás egyik legfontosabb eredményének tekinthető, melyet semmilyen vizsgálati korlát nem gyengít, tehát a magyar lakosság lelkiállapotának fontos indikátora.

Családi állapot, nevelési előzmények és krónikus betegségek

Vizsgálatunk kimutatta, hogy kevesebb a krónikus betegség és az emiatt egy éven belül végzett kezelés azok között, akiket a vér szerinti szüleik neveltek – hasonlótl olvashatunk a depresszió és az öngyilkossági gondolatok vonatkozásában az erről szóló fejezetben. Azt is láttuk, hogy az egyedülállók között is gyakoribb volt a krónikus betegség és a kezelése. A hányatott gyermekkor és az egyedüllét tehát feltehetően hatással van a krónikus betegségek gyakoriságára. Mindez felhívja a figyelmet arra, hogy a jól működő család a testi és (mint a depresszió témájáról szóló fejezetben láthatjuk) a lelki egészség fontos tényezője is. Nemcsak amiatt, mert a – feltehetően – jól működő, vér szerinti családokban felnevelkedő gyermekek egészségesebbek lesznek, hanem ezekben – úgy tűnik – a szülők is egészségesebbek.

Az eredmények azonban még egy fontos dologra rámutatnak. Tankönyvi adat, hogy a hányatott gyermekkor kockázatot jelent a felnőttkori mentális zavarok szempontjából. Vizsgálatunk szerint azonban ez a krónikus testi betegségek esetében is így van, mégpedig általánosan, nem csak egyes krónikus betegségek vonatkozásában. Rendkívül fontos lenne annak vizsgálata, hogy a nehéz gyermekkor hogyan hat a gyakori krónikus betegségek kialakulására.

A vizsgálat és az eredmények értelmezhetőségének korlátai, lehetséges kutatási irányok

Vizsgálatunk nagy erénye a magas elemszám és a reprezentativitás. Az eredmények értelmezésével kapcsolatban több ponton óvatosság szükséges, különösen a krónikus betegségek esetében, mégpedig a következők

miatt. A krónikus betegségekkel kapcsolatban számos fontos befolyásoló tényezőt nem tudtunk vizsgálni. Ezek közül a legfontosabbak: a betegség súlyossága az egyes vizsgált személyek esetében, az életminőségük, a kezeléssel kapcsolatos attitűdjeik, az, hogy mennyire élnek a betegségüknek megfelelő életmódot. E tényezők nagyon erősen befolyásolják azt, hogy a személy hogyan éli meg krónikus betegségét, és így azt is, hogy annak milyen pszichológiai hatásai vannak. Egy célzottabb vizsgálatban érdemes volna a betegségterhek, az életminőség, a betegség súlyossága és a betegséggel kapcsolatos attitűd mentén vizsgálni a krónikus betegségek és a pszichológiai állapot kapcsolatát. Még izgalmasabb kutatási téma lehet az, hogy miként befolyásolja a családi élettörténet a betegségekkel, kezeléssel, segítségkéréssel kapcsolatos attitűdöket. Láttuk, hogy a hányatott gyermekkorral jellemezhetőek között nemcsak a mentális zavarok, hanem a testi betegségek is gyakoribbak. Nemcsak annak vizsgálata lehet fontos a jövőben, hogy hogyan lehet ezt (például megfelelő családtámogatással) megelőzni, hanem azé is, hogy milyen módon csökkenthetők a már megbetegedettek terhei, és hogyan kezelhetők minél költséghatékonyabban.

A (közel)jövő kutatási irányjai között a legfontosabb annak tisztázása, hogy miért ilyen nagymértékű Magyarországon a pszichiátriai gyógyszerek fogyasztása. Ahogy említettük, ez biztosan altató- és nyugtató túlfogyasztást jelent, részben a már idézett adatok (Tóth, Molnár és Gazdag 2020) szerint, részben pedig annak alapján, hogy a másik leggyakoribb pszichiátriai gyógyszercsoport, az antidepresszívumok szedése – bár lassan emelkedő tendenciát mutat – Magyarországon még mindig jóval az európai átlag alatt van (Bálint és mtsai 2020).

Összefoglalás

Úgy tűnik tehát, hogy a mentális és a testi egészség a Covid idején is szétválaszthatatlan. Azt is láttuk, hogy a vér szerinti szülők által neveltek között kevesebb a krónikus betegség. Egy keresztmetszeti vizsgálat korlátai nem teszik lehetővé, hogy e nagyon fontos összefüggések mögé lássunk, az azonban biztos, hogy a jól működő családi háttér fontos tényező lehet. Az emberi közösségek nagyon különböző kultúrákban élhetnek, egy tényező azonban a számos különbség mellett is mindig közös: az együttélés alapegysége a család. Azt korábban is tudtuk, hogy a gyermekkori családi viszonyok milyen komolyan hatnak a lelki egészségre. Vizsgálataink szerint

ez általában igaz a gyakori krónikus betegségekre is. Kutatásunk keretei sajnos nem teszik lehetővé, hogy a miértekre is válaszoljunk. Az azonban biztos, hogy a család testi-lelki egészségre kifejtett hatása lehet az elkövetkező tíz év pszichológiai kutatásainak egyik legizgalmasabb területe.

Vizsgálatunk azt is kimutatta, hogy a kezeléshez való hozzáférés mennyire erősen befolyásolja a krónikus betegek hangulati állapotát, és azt is láttuk, milyen riasztóan magas a pszichiátriai betegségben elvileg nem szenvedők között a pszichiátriai gyógyszerek – feltehetően altatók és nyugtatók – szedésének gyakorisága. Az összefüggések pontosabb értelmezéséhez természetesen további célzott vizsgálatok szükségesek, ugyanakkor két fontos dologra az eddigi eredmények is felhívják a figyelmet: egyfelől feltehetően nagyon sok Magyarországon a kielégítetlen lakossági igény a lelki egészséggel kapcsolatban, másfelől a testi kezelések elérhetősége a lelki egészséget is nagyon erősen befolyásolja. Van tehát mit tenni, hiszen az eredményekből – nem csak az ebben a fejezetben részletezett kutatásból – az is látható, hogy a családok kiegyensúlyozottsága és a fenntartható családpolitika akkor valósítható meg, ha fokozottan figyelünk a magyar lakosság lelkiállapotára. Úgy tűnik, az egészségmegőrzés és a családtámogatás szempontjából nagyon fontos, hogy a családtagok megfelelő stresszkezelési stratégiákat tanuljanak, hiszen ez segíti őket a mindenkori nehézségekkel való megbirkózásban. Azonban az is lényeges, hogy megfelelő támogatást kapjanak akkor is, ha bajba kerülnek. A különböző családvédelmi programok mellett ugyanolyan fontos lehet, hogy a bajban lévő családtagok szükség esetén gyorsan és megfelelő pszichológiai segítséghez juthassanak.

Felhasznált irodalom

- Bálint, Lajos, Katalin Füzér, Xenia Gonda and Peter Dome (2020) Estimation of the relationship between the persistent decrease of the suicide rate and the changes in sociodemographic composition in Hungary between 1990 and 2011. *PLoS One*. Vol. 15. (10): e0241314.
- Bényi Mária, Kéki Zsuzsanna, Muzsik Béla és Kőrösi László (2021) Krónikus betegségek alakulása felnőtt lakosság körében az OSAP 1021 háziorvosi jelentések alapján 1999-2019. években Magyarországon = Development of Chronic Diseases Among the Adult Population based on OSAP 1021 GP Reports 1999-2019. Years in Hungary. *Egészségtudomány*. 65. évf. 2. sz. 19–38.
- Furlanetto, Leticia M., Mauro V. Mendlowicz and J. Romildo Bueno (2005) The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 86. (1): 87–91.

- Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators (2015) Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. Vol. 386. (9995)
- Juvrud, Joshua, Jennifer L. Rennels (2017) “I don’t need help”. Gender differences in how gender stereotypes predict help-seeking. *Sex Roles*. Vol. 76. (1): 27–39.
- Laursen, Thomas Munk, Katherine Musliner, Michael E. Benros, Mogens Vestergaard, M. and Trine Munk-Olsen (2016) Mortality and life expectancy in persons with severe unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 193: 203–207.
- Liddon, Louise, Roger Kingerlee and John A. Barry (2018) Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *British Journal of Clinical Psychology*. Vol. 57. (1): 42–58.
- Purebl, György, Ionela Petrea and the JA WP4 collaborative workgroup (2016) Joint Action on Mental Health and Well-being. Depression, Suicide Prevention and E-health. Situation analysis and recommendation for action. <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP4%20Final.pdf>
- Purebl György, Réthelyi János (2022) COVID–19-világjárvány és mentális egészség. Nemzetközi kitekintés és előzetes hazai adatok. *Népegészségügy*. 99. évf. 1. sz. 105–111.
- Rajan, Selina, Martin McKee, Sumathy Rangarajan, Shrikant Bangdiwala et al. (2020) Association of symptoms of depression with cardiovascular disease and mortality in low-, middle-, and high-income countries. *JAMA Psychiatry*. Vol. 77. (10): 1052–1063.
- Rózsa Sándor, Szádóczky Erika, Füredi János (2001) A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*. 16. évf. 4. sz. 384–402.
- Sagar-Ouriaghli, Ilyas, Emma Godfrey, Livia Bridge, Laura Meade et al. (2019) Improving mental health service utilization among men. A systematic review and synthesis of behavior change techniques within interventions targeting help-seeking. *American Journal of Men’s Health*. Vol. 13. (3).
- Santomauro, Damian F., Ana Maria Mantilla Herrera, Jamileh Shadid, Peng Zheng et al. (2021) Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID–19 pandemic. *The Lancet*. Vol. 398. (10312): 1700–1712.
- State of Health in the EU (2021) Magyarország. Egészségügyi országprofil 2021. OECD – World Health Organization. https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_hu_hungarian.pdf (Letöltés: 2022. szeptember 11.)
- Thornicroft, Graham, Somnath Chatterji, Sarah Evans-Lacko, Michael Gruber et al. (2017) Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 210. (2): 119–124.

- Tóth Viktória, Molnár Beáta, Gazdag Gábor (2020) A gyógyszerfüggőség előfordulásának vizsgálata pszichiátriai és addiktológiai rehabilitációs osztályokon kezelt betegek között. *Orvosi Hetilap*. 161. évf. 15. sz. 594–600.
- Umberson, Debra, Mieke Beth Thomeer (2020) Family matters. Research on family ties and health, 2010 to 2020. *Journal of Marriage and Family*. Vol. 82. (1): 404–419.
- Vitrai József (2022) Egészség az EU-ban: Magyar egészségügyi országprofil 2021. *Egészségfejlesztés*. 63. évf. 1. sz. 52–55.
- Woelbert, Eva (2015) Psychotherapy for mental illness in Europe. An exploration on the evidence base and the status quo. JRC Science and Policy Report. European Comission. <http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC94870/psychotherapy%20for%20mental%20illness%20in%20europe.pdf> (Letöltés: 2022. szeptember 11.)

