

IDŐSKORI DEPRESSZIÓ ÉS ÉLETMINŐSÉG

SZILI, Ilona, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),
SMOHAI, Máté, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),
TANYI, Zsuzsanna, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),
MÉSZÁROS, Veronika, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet)
KOVÁCS, Dóra, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),
JAKUBOVITS, Edit, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),
KÖVI, Zsuzsanna, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),

Levelező Szerző: Szili Ilona: szili.ilona@kre.hu

Absztrakt

Kutatásunk célkitűzése a jóllét, az életminőség életkori jellegzetességeinek feltárása volt. Három korcsoportot vizsgáltunk: fiatalok, középkorúak és idősek korosztályát. A kutatásban 161 fő fiatal (18–34 év), 59 fő középkorú (35–64 év) és 87 időskorú (65 év és felette) vett részt, összesen $\Sigma N=307$ személy. Jelen tanulmányban főként az idős korcsoport pszichikus jellemzőit ismertetjük. **Vizsgálati eszközeink:** WHO Jóllét Kérdőív (WBI-5), Beck Depresszió Kérdőív Rövidített változata (BDI-9), Életcél Kérdőív (PIL), Észlelt Stressz Kérdőív (PSS), Reménytelenség Skála (RS), Aspirációs Index Kérdőív (AI), Spielberger - féle vonás-szorongás (STAI-T). A jóllét és a depresszió tekintetében nem kaptunk különbséget a három korcsoport között, ugyanakkor gyenge, de szignifikáns pozitív összefüggés mutatkozott a jóllét és életkor között. Fontos megemlítenünk azt is, hogy a fiatal és az idős korosztályban magasabb volt a depressziósok aránya. Az idős korosztályt külön vizsgálva is megállapítható, hogy a magasabb jóllétről beszámoló nyugdíjasok alacsonyabb depresszió, szorongás, észlelt stressz és reménytelenség érzésről számolnak be, valamint több aspirációról (célokról). Összességében eredményeink azt mutatták, hogy idős korosztályban is hasonló, vagy akár jobb pszichés jóllét elérhető, mint fiatalokban.

Kulcsszavak: életminőség ▪ jóllét ▪ depresszió ▪ szorongás ▪ életcél ▪ stressz ▪ reménytelenség ▪ korcsoportok közti különbségek

Abstract

The aim of our research was to uncover the age correlates of psychological well-being and life quality. We have studied three age groups, including 161 young individuals (18–34 yrs), 59 mid ages individuals (35–64 yrs) and 87 individuals above 65 yrs. Altogether 307 individuals took part in our research. In the present study we gave special focus to characteristics of the oldest age group. We have administered a questionnaire battery including WHO short well-being scale (WBI-5), Short Beck Depression (BDI-9), Purpose in Life Questionnaire, Perceived Stress Scale, Hopelessness Scale, Aspiration Index, Spielberger State Trait Inventory (Trait scale). Our results indicated no significant differences in well-being or in depression between the three age groups but there was a weak positive correlation between well-being and age. It is also notable that rate of depression was higher among young and old aged groups, compared to mid aged individuals. Regarding the old-aged individuals, higher well-being was linked to lower depression, anxiety, stress, hopelessness and higher aspirations. In sum, our results confirm that individuals in older ages can reach same or even higher well-being than young individuals.

Keywords: quality of life ▪ well-being ▪ depression ▪ anxiety ▪ life goals ▪ stress ▪ hopelessness ▪ age differences

Kutatásunk célja a magyar lakosság lelkiállapotának vizsgálata, mely során az emberek életminőségét, jóllétét, pozitív közérzetét vizsgáltuk, olyan pszichikus jellemzőkön keresztül, mint a depresszió, szorongás, stressz-észlelés, életcélok, reménytelenség. Három korcsoportra fókuszáltunk (fiatalok, középkorúak és nyugdíjas-idős korosztályokra). Jelen tanulmányban főként az idős korosztállyal kapcsolatos eredményeinket ismertetnénk. A kutatást még motiválta, hogy a depresszió és a szorongásos betegségek magas prevalenciája miatt, ezen betegségek népbetegségnek, így népegészségügyi problémának tekinthetők (Szádóczy és mtsai. 2000, Rihmer és mtsai. 2016; Rihmer és mtsai. 2017). Reményeink szerint, vizsgálatunk során kapott eredményeink, mind a primer, mind a terciér prevencióban hasznosíthatók és hozzájárulnak a lakosság, különös tekintettel a normatív krízist élő populáció egészségének a megőrzéséhez, fenntartásához. A kutatásunk a Károli Gáspár Református Egyetem kutatási finanszírozásának köszönhetően jelent meg.

IDŐSÖDŐ ÉS NŐIESEDŐ TÁRSADALOM

Demográfiai elemzések alapján kimutatható a demográfiai öregedés jelensége, mely az idősebb korosztályok arányának növekedését jelenti a fejlettebb régiókban. A demográfiai öregedés jelensége többek között kapcsolatba hozható a különböző tudományterületek fejlődése (orvosi, mérnöki) mellett a születések alacsony számának és a várható élettartam növekedésének együttes hatásával (Kinsella és Velkoff 2001, Monostori 2015). Monostori 2015-ös demográfiai portréjában beszámol arról, hogy Magyarországon a hatvanöt évnél idősebb korosztály aránya 1990 és 2014 között 13%-ról 18%-ra nőtt, előrejelzések alapján 2060-ra ez már elérheti a 29%-ot is (Monostori 2015). A társadalom elidősödése mellett jól ismert az a tény, hogy az idősebb korosztályokban a mortalitási mutatók alapján a női nem felülreprezentált, szemben a férfiakkal, azaz a „feminization of ageing” jelenség (Kovács és Jeszenszky 2006). A halálozási mutatók szerint a 65-69 évesek több mint 50%-a nő, addig a 85 év feletti korosztályoknál ez a szám a 70%-ot is meghaladja (Monostori 2015). Ha tekintetbe vesszük mindkettő demográfiai jelenséget, a társadalom idősödését és a nők túlreprezentáltságát, az idős emberek életminőségének megóvása, javítása a lehetőségekhez mérten aktív, „szép” időskor szempontjából közös társadalmi feladat. Ezen korosztályt tekintve a „sikeres” aktív öregedés, egy jó életminőség elérése közös cél lehet. Korábbi kutatások alapján a szomatikus állapot mellett az életminőség szintén fontos meghatározó tényező ezen célok elérése érdekében. A lelki tényezők, köztük a hangulatzavarok, nevezetesen a depresszió jelentősen befolyásolja az életminőséget.

IDŐSKORI DEPRESSZIÓ

A hangulatzavarok közül igen komoly népegészségügyi problémát jelent a depresszió, mely betegség több millió embert érint a világon, tehát nagyon gyakori betegség. A depresszió ellenes kampányok, edukációs programok, jó terápiás lehetőségek ellenére még mindig nem megfelelően felismert, kezeletlen vagy nem megfelelően kezelt betegség. Magyarországon a felnőtt lakosság körében végzett felmérések azt mutatják, hogy 15% életében legalább egy depressziós epizódon esik át, a depresszió 2/3-a pedig visszatérő formában zajlik (Szádóczy és mtsai. 2000). A magas epidemiológiai ráta azért is figyelemfelkeltő, mert a depresszió olyan komoly szövődeményekkel jár, mint az alkoholizálás, drog abúzus, táppénz, munkanélküliség, szív és érrendszeri betegségek, daganatos betegségek morbiditásának, mortalitásának növekedése, az immunrendszer működésének csökkenése, válások számának növekedése és a legsúlyosabb, a letragikusabb következménye az öngyilkosság lehet. A világon évente több, mint 800.000 ember hal meg öngyilkosságban és a korábbi kutatások alapján tudjuk, hogy ennek legalább a fele a halál idején kezeletlen vagy alulkezelt depresszióban szenvedett (WHO 2014, Darvai és mtsai 2017)

A depresszióknak vannak jellemző előfordulási periódusai, mint a serdülőkor, szülést követően (posztpartum depresszió), menopauza idején, az életút közepén (midlife crisis) és időskorban. A depresszió előfordulásának életkori jellegzetességeit illetően nincs teljes konszenzus a kutatási eredményekben. Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer és Nelson (1993) kutatási eredményei szerint az életkorral csökken a depresszió az elmúlt 12 hónapra vonatkozó prevalenciája, jóllehet vizsgálatukban a legmagasabb életkori csoport a 45-54 évesek voltak. Luppá és mtsai (2010) review cikke pedig éppen az időskori, életvégi depresszió gyakoriságára hívja fel a figyelmet. Egy másik kutatás azt hozta ki (Bland, Orn és Newman 1988), hogy a 65 év feletteknél a legalacsonyabb a depresszió egész életre szóló prevalenciája. Mindennek háttérében azonban egy generációs különbség is állhat, mégpedig az, hogy az idősebb generációban vélhetőleg kevesebben fordultak pszichiáterhez lelki problémákkal (egész életükben), és azok kevésbé is kerültek így diagnózisra.

Szádóczy és mtsai (2000) szerint a depresszió manifesztációja egyrészt a fiatalabb életkorra jellemző 15-20 életév körül, de időskorban 65 év felett is ismét növekszik a száma. Ezen jelenségnek több magyarázata is lehetséges. Egyik lehetséges magyarázat, hogy a fiatalabb korban kezdődő depresszió végig vonulva az életen átnyúlik időskorba is, másrészt az öregedés folyamatával az agyban zajló biológiai változások következményeként is kialakulhat, illetve szekunder módon más szomatikus betegség következményeként ugyancsak megjelenhet pl. szív ill. agyi érrendszeri történések, Parkinson-kór, más demenciák esetén, krónikus ízületi fájdalmakat követően, krónikus betegségek (tüdő, vese) következményeként (Rihmer 2001, Mátyássy 2001, Rihmer 2005). Az időskori de-

presszió kialakulásában a biológiai folyamatok mellett más pszicho-szociális rizikótényezők is jelentős szerepet kapnak. A pszichológiai tényezők közül kiemelhető az a számvetés, amit az ember elvégez, arról, hogy mit is ért el az életében. Ha a mérlegelés pozitív, elégedettség érzése alakul ki, ha nem érte el a céljait, negatív a végeredmény, kétségbeesést, depressziót élhet át a személy (Erikson 1991). Az időskori depresszió felismerését nehezíti, hogy nem mindig a major depresszióra jellemző tünetek jelennek meg, hanem sokkal inkább a szomatikus tünetek uralják a kórképet, vagy az enyhe krónikus depresszió (disztímia) jelenik meg. Mindezek mellé társulhatnak hipochondriás tünetek, elszegényedési téveszmék (persze ez lehet valós állapot is), fáradtság, akár negativisztikus és nihilisztikus tünetek is (Rihmer 2005). Újabb kutatások kimutatták, hogy a depresszió felismerése, megfelelő kezelése a társuló betegségek (pl. kardiális betegségek, cerebro-vaszkuláris betegségek, daganatok) morbiditási és mortalitási mutatóit javítják. Kopp és Skrabski a 2006-os Hungarostudy felmérésében arra az eredményre jutott, hogy a depresszió, főként a súlyos formája férfiaknál a korai halálózást ötszörösére növeli (Kopp és Skrabski 2006). Rihmer 2005-ös tanulmányában felhívja a figyelmet, hogy az életkor előrehaladtával a szuicidium gyakorisága nő 65 év felett, de különösen a 75 év feletti idősök körében. Idős korosztályban is igaz, akár a fiatalabb korosztályoknál, hogy a nők esetében a depresszió gyakorisága két-háromszor több, mint a férfiaknál, a befejezett, „halállal” végződő szuicidium viszont a férfi nemre jellemző, szemben a nőekkel (Rihmer 2005, Rihmer és mtsai. 2017).

ÉLETMINŐSÉG ÉS JÓLLÉT IDŐSKORBAN

Ahogy nincsen két egyforma naplemente, úgy nincsen két egyforma időskor sem. Az életkor előrehaladtával az idősödő embereket egyre több veszteség éri, egyre több számukra kevésbé kontrollálható helyzetbe kerülnek az élet szinte minden területén. Az időskorral egyre több nehézség jár: 1) szomatikus betegségek (pl. kardio-vaszkuláris betegségek, kardiális, ízületi problémák); 2) kognitív zavarok és működésbeli nehézségek (pl. lassulás; fáradtság; demenciák); és 3) nehezen kontrollálható élethelyzetek, mint házastárs halála és más egyéb veszteségek. Mindennek ellenére számos tanulmány leírja azt a paradoxont, hogy az idős emberek egy része a számos veszteség ellenére az életminőségét jónak értékeli és elégedett az életével. Ezért az embereket lehetőségeikhez mérten aktivitás, jól funkcionálás, úgymond „sikeres időskor” jellemzi, annak ellenére is, hogy sokszor gyógyszerrel szedik és kis segítségre szorulnak (Baltes és Baltes 1990, Kaszás és Tiringner 2010, Kovács és Jeszenszky 2006). Sok esetben azt látjuk, a már idős szülők vagy nagyszülők segítik a gyermekeiket vagy unokáikat pl. óvodából elhozzák, főznek, vigyáznak az unokára, segítenek a lakás felújításában és mindeközben gondoskodnak magukról is. Kovács és Jeszensz-

ky 2006-os „Időskor és életminőség” c. tanulmányában hivatkoznak a WHO aktív öregedés modelljére, mely leírja, hogy az idős emberek a társadalomnak értékes, aktív szereplői. Mindennek alapján a WHO célul tűzte ki az egészség megtartását és a betegségek prevencióját az idősek körében (a betegségkockázat csökkentését, funkcionális segítségét) és annak segítését, hogy az idősek a társadalomban aktívan közre tudjanak működni (mindezt az egészségi és szociális helyzettől függetlenül egy biztonságot nyújtó, védő társadalmi közegben). Annak ellenére, hogy az életminőség kutatások manapság igen elterjedtek, az életminőség mérése nehéznek mondható, mivel az egészség egyetlen mutatóval nem mérhető és maga az egészség fogalom is túl összetett konstruktum. Kopp és Pikó (2006) az egészséggel kapcsolatos életminőséget tanulmányozva az egészséggel összefüggő életminőséget kétféleképpen definiálják:

„Az egészséggel összefüggő életminőség azt vizsgálja, hogy a személy hogyan értékeli és mennyire elégedett jelenlegi funkcióival (tevékenységeivel és életvezetésével) ahhoz viszonyítva, hogy mit tart lehetségesnek vagy ideálisnak.”

A másik meghatározás- „Az egészséggel összefüggő életminőség azon fizikai és pszichológiai jellemzők összessége, amelyek meghatározzák, hogy a személy mennyire érzi képesnek magát és talál örömet a tevékenységeiben és életvezetésében” (12 o.). A szerzők az életminőség mutatókat három fő dimenzió: biológiai (testi és fiziológiai), pszichés (mentális) és szociális (társas) mentén tárgyalják, mely dimenziók megfeleltethetők az egészségi állapot három fő vetületének, illetve az Engel által javasolt bio-pszicho-szociális szemléletnek, amely alapján az egészség fogalma leírható és tárgyalható (Kopp és Pikó 2006). A biológiai faktorok hangsúlyt helyeznek a betegség hiánya mellett pl. az egészséges életmódra, testmozgásra és a pszichés tényezők között az önefogadásra, érzelmi stabilitásra, intelligenciára, kontroll funkciókra, nyitottságra és kreativitásra, míg a szociális vagy társas dimenziókba olyan tényezők kerülnek, mint az önazonosság, kapcsolatok, kommunikáció, szociális háló, vallás (Kopp és Pikó 2006). Láthatjuk, hogy mindkét definícióban hangsúlyt kap az a momentum, hogy maga a vizsgálati személy, hogyan értékeli az aktuális állapotát. Az alapfeltevés, melyből a legtöbb életminőség kutatás kiindul, az, hogy maga a vizsgálati személy tud a legtöbbet az állapotáról, arról, hogy milyen mértékben tartja magát egészségesnek. Korábbi követéses vizsgálatok kimutatták, hogy az egészségi állapot önbecslése, a „self-rated health” az egyik legmegbízhatóbb előjelzője a halálozás kockázatának (Kopp és Pikó 2006, Kopp és Skrabski 2009). Kopp és Skrabski a 2006-os Hungarostudy után követéses vizsgálatnál arra a kérdésre kerestek választ, hogy mely pszicho-szociális tényezők és életmód jellemzők jelzik előre a 2006-ig bekövetkezett elhalálozást a 2002-ben a 69 évnél idősebb megkérdezett lakosság körében. Egyik jelentős eredményük, hogy azok a férfiak, akik 2002-ben az egészségügyi állapotukat egy ötfokú-skálán egyesre vagy kettesre értékelték kétszer nagyobb valószínűséggel hunytak el 2006-ig, szemben azokkal, akik magasabbra értékelték az egészségi állapotukat (Kopp és Skrabski 2009).

Manapság a „sikerős öregedés” vizsgálata változáson ment keresztül, vagyis a kutatások kevésbé az időskorra, mint végállapotra koncentrálnak, hanem folyamatában próbálják megragadni az időződést. A sikeres időskort leíró modellek közül a különböző tanulmányok közül kettőt szeretnék röviden ismertetni. Az első a már klasszikusnak számító Baltes és Baltes-féle Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció modell (SOC-modell). A modellben a szelekciós folyamat a cél(ok) kiválasztását jelenti. A kiválasztási folyamat lehet választáson alapuló (elective), mely akkor lehetséges, ha a kitűzött célok elérhetőek. A másik választási lehetőség akkor lép életbe, ha a kitűzött célok a rendelkezésre álló eszközökkel, meglévő erőforrásokkal nem érhetőek el, ekkor újabb célokat kell kijelölni és a megküzdési erőforrásokat át kell csoportosítani. Ez utóbbi választást veszteségen alapuló (loss based) választásnak nevezzük. A szerzők kiemelik, hogy időskorban, ahol a veszteségek szükségszerűen megszorodnak ezen veszteségen alapuló választásnak kiemelkedő lesz a szerepe. A modellben a szelekciót az optimalizáció követi, ami a cél(ok) eléréséhez az erőforrások fellelését, mobilizálását jelenti. A kompenzáció akkor lép életbe, ha célok elérése más úton, új erőforrások meglelésével, felhasználásával lehetséges pl. a memória csökkenésével járó feledékenységnél napló, jegyzetek készítése, csökkent látásnál szemüveg viselése, bizonytalan járásnál sétabot használata. Kaszás és Tiringner (2010) „sikerős öregedés” modelljei között Brandtstädter 1999-es modelljére is kitér. A modell alapján két lehetőség van a célok elérésére. Az egyik folyamat erre az asszimiláció, amikor a személy saját, meglévő sémái alapján dolgozza fel a külvilág információit. A másik lehetőség az akkomodáció, amikor a meglévő sémát kell átalakítani az információkhoz. Brandtstädter szerint a két folyamat egyensúlyban van, írja Kaszás és Tiringner 2010-es tanulmányában. Általában a cél elérése érdekében az emberek az asszimilációt alkalmazzák, ha a kitűzött cél az asszimilációval nem érhető el akkor az akkomodáció kerül előtérbe (Kaszás és Tiringner 2010).

A megküzdés egy másik modellje (Lazarus és Folkman 1984) szerint érzelm- és problémafókuszú megküzdést különíthetünk el. A problémafókuszú megküzdés a probléma megoldására, a stresszt kiváltó helyzetek megváltoztatására fókuszál, míg az érzelmfókuszú arra, hogy a stresszhelyzetek révén keletkezett negatív érzelmekkel megküzdjünk. Időskorban egyre növekedhetnek azon stresszhelyzetek, veszteség-helyzetek, amelyeket elkerülni nem lehet, és ez nehezítheti a megküzdést. Rihmer (2005) kutatása szerint ugyanakkor mind a fiatalok, mind az időskor fokozott veszélyt jelenhet a depressziót tekintve. Feltehető, hogy fiataloknál még a megküzdési képességek kialakulatlanok lehetnek, időskorban pedig a megküzdési lehetőségek csökkennek le (például az addig sikeresen alkalmazott problémafókuszú megküzdések a halállal, végleges veszteségekkel való szembenézéskor nem alkalmazhatóak).

KUTATÁS

Kutatási hipotézisek:

H1. Fiatal korban és időskorban a középkorúakhoz képest magasabb a depresszió és szorongás mértéke, a reménytelenség érzése, és alacsonyabb a Jólét mértéke. Mindezt Rihmer (2005) kutatása alapján feltételezzük, amely szerint fiataloknál és idősebbeknél magasabb a depressziósok aránya, mint a középkorúaknál.

H2: A nők a férfiakhoz képest depressziósabbak és jellemzőbb rájuk a reménytelenség mind a teljes mintát, mind a nyugdíjas mintát tekintve. Ezen hipotézisünket ugyancsak Rihmer kutatásai alapján feltételezzük (Rihmer, 2005, Rihmer és mtsai. 2017)

Kutatás menete

A kutatáshoz a vizsgálati személyek toborozása, az adatgyűjtés harmadéves egyetemisták segítségével történt, műhelymunkák keretén belül 2017 október időszaktól 2019 júniusig bezárólag. Az adatgyűjtésnek két lehetséges módja volt, az egyik a személyes találkozások alkalmával, a másik internetes formában történt, majd az adatokat a hallgatók egy külön e célra létrehozott táblázaton a Google felületen rögzítették. Az internetes adatfelvételnél a kérdőívek kérdései a papír alapú formátum alapján kerültek fel az online platformra a Google Form segítségével. A vizsgálati személyek a tesztcsomag kitöltését megelőzően írásbeli tájékoztatást kaptak a kutatás lényegéről, a tesztkitöltés menetéről, hozzátartozó idejéről, az anonimitás biztosításáról és arról is, hogy a kérdőívek nem diagnosztikai, és nem terápiás céllal lesznek felvéve. Minden vizsgálati személy aláírta a Tájékoztatási nyilatkozat mellett a Beleegyezési nyilatkozatot is. A résztvevők bármikor kiléphetek a vizsgálatból vagy abbahagyhatták a tesztek kitöltését, ha kellemetlenül érezték volna magukat, erre nem került sor. A kutatásunk a Károli Gáspár Református Egyetem kutatási finanszírozásának köszönhetően jelent meg. Kutatási engedély száma: 403/2017/p

Vizsgálati személyek

A kutatásban 161 fő fiatal (18-34 év), 59 fő középkorú (35-64 év) és 87 időskorú (65 és felette) vett részt, összesen N=307 személy.

Az idős korosztály bemutatása (65 év és felette): 20 férfi (23%) és 67 nő (77%) vett részt a kutatásban. Családi állapotukat tekintve 46 fő (52%) egyedülálló, 5 fő (5,7%) párkapcsolatban él, 3 fő (3,4%) élettársi kapcsolatban és 33 fő (37,9%)

házastársi kapcsolatban. Lakhelyt illetően fővárosban 28 fő (32,2%), megyeszékhelyen 2 fő (2,3%), városban 43 fő (49,4%), faluban 14 fő (16,1%) lakik.

Vizsgálati eszközök

WHO Jólét Kérdőív (Well-being index, Bech és mtsai, 1996, WBI-5)

Az eredeti kérdőív kidolgozása 1982-ben egy nemzetközi kutatás keretében történt. Eleinte 28, majd 22 tételből állt. A WHO Általános Jólét Skálájának rövidített, 10 majd 5 tételes változatát Beck és mtsai. 1996-ban dolgozták ki és Susánszky és mtsai. 2006-ban a hazai viszonyokra végezték el az adaptálását. Az öttételes skála megbízhatósága kiválónak bizonyult (Cronbach-alfa: 0,85). A teszt rövidítésének egyik célja az volt, hogy a jólét pozitív és negatív aspektusait egyetlen dimenzióban mérje. A másik cél, mely a kutatókat vezérelte, egy olyan kérdőív kidolgozása, mely a mindennapok során könnyen kivitelezhető, egyszerű, még az egészségügyi ellátásban is könnyen alkalmazható. A kérdőív a személy általános közérzetéről nyújt információt, ahogyan az elmúlt két hét során érezte magát a vizsgálati személy. A WHO Jólét Index rövidített változata, melyet mi is használtunk 5 kérdésből áll, és négyfokú skálán kell megítélni a vizsgálati személyeknek azt, hogy milyen mértékben érzi megfelelőnek önmagára vonatkoztatva (teljesen jellemző/jellemző/alig jellemző/egyáltalán nem jellemző). A skála 0-3 pontértékig terjed, ebből adódóan a maximum pontszám 0-15 között lehetséges. A kérdőív fordított tételt nem tartalmaz. A magasabb pontszámok kedvezőbb lelki állapotot jeleznek (Susánszky és mtsai.2006).

Beck Depresszió Kérdőív Rövidített változata (Beck Depression Inventory, Beck, 1961, BDI-9)

A Beck Depresszió kérdőívet (Beck 1961) a depresszió tünetegyüttes súlyosságának megítélésére dolgozták ki. A Beck és Beck (1972) által kidolgozott rövidített verzió kilenc tételből áll, melyet egy 4 fokú Likert-skálán kell megítélni a vizsgálati személynek, annak alapján, milyen mértékben találja önmagára jellemzőnek (egyáltalán nem jellemző/alig jellemző/jellemző/teljesen jellemző) (ford. Kopp és Fóris 1993). Olyan tünetekre kérdez rá, mint a szociális izoláció, döntési nehezítettség, alvászavar, fáradtság, aggodalom a testi és fizikai tünetek miatt, munkaképtelenség, reménytelenség, elégedetlenség, önvád és az örömképesség csökkenése (Ágoston, Szili 2001).

Életcél Kérdőív (Purpose in Life, Crumbaugh és Maholic, 1969, PIL)

Az Életcél Kérdőív a mai napig az egyik leggyakrabban alkalmazott eljárás az élet értelmességének a mérésére. A Crumbaugh és Maholic-féle kérdőív magyarországi adaptációját Konkoly Thege és Martos végezték el (2006) 343 fős mintán, ahol az átlagéletkor 33 év volt. A kérdőív validálásához a Beck Kérdőív Rö-

vidített, az Aspirációs Index Rövidített, az Élettel Való Elégedettség Skála és az Egzisztencia Skála ugyancsak rövidített verzióját alkalmazták, mely eszközökkel a teszt közepes erősségű kapcsolatot mutatott. A kérdőív belső megbízhatósága jónak bizonyult, ugyanakkor főkomponens elemzés alapján unidimenzionalitás irányába jelzett. A kérdőív 20 tételből áll, olyan attitűdöket céloz feltárni, mint a célok világossága, az élet értékéhez és a halálhoz való viszonyulás, unalom, a jelenben való elmerülés képessége, kontroll érzése és énhatékonyság, melyeket egy hétfokú skálán kell megítélni. A tételek közül kilenc fordított, de könnyűnek mondható a kérdőív szerkesztéséből adódóan az értékelés, ugyanis a skálaértéket a vizsgálati személy által megjelölt számok összege adja (Konkolj Thege Bés Martos 2006).

Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale, Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983, PSS)

Az egyszerű, jól érthető kérdésekből álló kérdőívet Cohen és mtsai. 1983-ban a krónikus stressz megbecslésére dolgozták ki, vagyis arra kérdez rá, hogy a vizsgálati személy az elmúlt hónap során szubjektíven mennyi stresszhelyzetet ment keresztül, mennyire tartja befolyásolhatatlannak, kiszámíthatatlannak a mindennapjait. A kérdőív nemcsak csoportok összehasonlításra alkalmazható, hanem minden változást mér az életkörülmények, egészségi állapot, környezet tekintetében, amely stresszel járhat. Adaptációját Stauder és mtsai. végezték el 2006-ban (Stauder és mtsai. 2006). A kérdőív 14 tételből áll, melyet ötfokú Likert skálán kell megítélni 0-4 pont között. A fordított tételek átkódolandók. A tételekre adott pontszámok összege adja meg az észlelt stressz globális mutatóját. A magasabb pontszámok magasabb stressz-szintet jeleznek. A magasabb stressz-szint jó prediktora a különböző testi-lelki zavarok kockázatának.

Reménytelenség Skála (Hopelessness Scale, Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974)

A Reménytelenség Skálát (RS) Beck és mtsai. 1974 dolgozták ki az öngyilkossági szándék, illetve késztetés felmérése céljából. Alapfeltevése, hogy a reménytelenség a szuicid késztetés legfőbb előjelzője. A kérdőív belső konzisztenciája igen magas (Cronbach alfa: 0,93), magas reliabilitás és validitás jellemzi. Az eredeti kérdőív 20 állításból áll, de a Hungarostudyban használt három tétel is megbízhatónak bizonyult (Perczel-Forintos, Rózsa, & Kopp 2007; Perczel-Forintos, Sallai, Rózsa 2001, Perczel Forintos és mtsai. 2001). A három tétel szoros korrelációban állva az eredeti skálával, magas konzisztenciát mutat és jól reprezentálja azt. Jelen kutatásunkban a három tételes, rövidített változatot alkalmaztuk. A három tételből álló változat: 1. Sötéten látom a jövőmet. 2. Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom. 3. Fölösleges igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert valószínűleg úgy sem érem el.

Aspirációs Index Kérdőív (Aspiration Index, AI, Kasser és Ryan, 1996)

Az Aspirációs Index (AI)- (Kasser és Ryan 1996) kérdőív az általános és hosszútávú célok vizsgálatára szolgál. A kérdőív 7 alskálája, nevezetesen három intrinzik (fejlődés, kapcsolatok, társadalom), három extrinzik (gazdagság, hírnév, megjelenés) és egy egészséggel kapcsolatos, a motiváció három fő területét méri. A rövidített Aspirációs Index kidolgozása Martos és mtsai. nevéhez fűződik (2006), akik 14 tétel változatot dolgoztak az aspirációk felmérésére (Martos és mtsai. 2006).

Spielberger-féle vonás-szorongás (Spielberger, Gorsuch, & Lushene 1970, STAI-T)

A szorongás mértékének a mérésére kidolgozott, széles körben alkalmazott 40 tételből álló kérdőív, melyet Spielberg és mtsai dolgoztak ki 1970-ben, és Sipos és Sipos adaptáltak hazai viszonyokra 1978-ban. A kérdőív két részből áll, az egyik a pillanatnyi, állapot-szorongást mérő STAI-S (20 tétel), a másik a szorongást, mint konstans személyiségvonást vizsgálja, ez utóbbi a STAI-T (20 tétel). Az állításokat egy 4 fokú Likert skálán értékeli a vizsgálati személy azon szempont alapján, hogy az mennyire jellemezi őt (egyáltalán nem/valamennyire/eléggy/nagyon). Fordított tételket is tartalmaz. Az 1-20 tételhez tartozó pontokat külön adjuk össze, ez képezi a STAI-S-t vagyis az állapotszorongást, a 21-40 tételhez tartozók a vonás-szorongást (STAI-T) mutatják. Mindkét részkálán minimum 20, maximum 80 pont érhető el.

Kutatásunkban mi csak a vonás-szorongást (STAI-T) vizsgáltuk. A vonás-szorongás standard értékei férfiaknál átlag: 40,96 (szórás:7,78), nők esetén az átlag: 45,37 (szórás: 7,97)

(Ágoston és Szili 2001, Kopp és Fóris 1993).

STATISZTIKAI FELDOLGOZÁS, EREDMÉNYEK

Elemzéseink előtt normalitásvizsgálatot végeztünk skáláinkon, mely szerint skáláink – egy skála, az extrinzik motiváció kivételével – szignifikánsan eltérnek a normáloszlástól. Ennek értelmében robusztus próbákat és rangkorrelációs elemzéseket használtunk (lásd Takács 2012, vagy Takács 2016).

Két hipotézisünk egy elemzési keretben lesz első körben elemezve, mivel szeretnénk volna azt is tesztelni, hogy e feltételezett hatások interakcióban vannak-e egymással. *Így* a korcsoportok és a nemek közti különbségekre 3×2-es rangvarianciaanalízist futtattunk le, melyet az 1. táblázatban mutatunk.

Korcsoportok közti különbségek

Első lépésben három életkori csoportok összehasonlításait néztük, de ahogy fentebb leírtuk, kétszemponos rangvarianciaanalízissel, a nemet is független változónak beletéve az elemzésbe (ld. 1. ábrázat)

1. táblázat. Pszichológiai életminőség mutatók életkor és nem szerinti összehasonlítása
 robusztus kétszemponos varianciaanalízissel

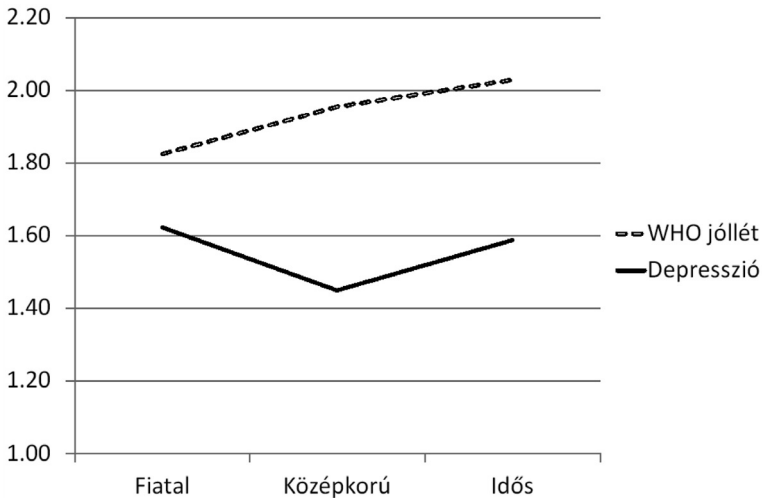
	Fiatal		Középkorú		Idős		Korcsoportok közötti különbség		Bonferroni post-hoc szignifikáns		Férfak	Nők	Nemek közötti különbség		Idős férfiak	Idős nők	p/Mann-Whitney	Interakciós hatás	
	átlag	SD	átlag	SD	átlag	SD	átlag	SD	átlag	SD	átlag	SD	átlag	SD	átlag	SD	átlag	SD	
WHO jóllét	1,823	0,726	1,953	0,72	2,028	0,636	F(2;77,8) = 2,648 (p = 0,1077)	-	1,878	0,712	1,918	0,704	F(1; 113,4) = 0,136 (p = 0,7134)	2	0,535	2,036	0,667	0,565	Khi2(2) = 0,961 (p = 0,6185)
BDI depresszió	1,622	0,629	1,448	0,456	1,587	0,468	F(2;75,9) = 3,393 (p = 0,0694)+	-	1,564	0,47	1,582	0,582	F(1; 102,2) = 0,001 (p = 0,9701)	1,644	0,543	1,57	0,446	0,592	Khi2(2) = 0,727 (p = 0,6952)
STAI szorongás	2,422	0,629	2,086	0,556	2,184	0,486	F(2;78,5) = 6,935 (p = 0,0102)*	f vs k, f vs j	2,211	0,596	2,31	0,59	F(1; 110,1) = 0,758 (p = 0,3859)	2,297	0,352	2,15	0,516	0,265	Khi2(2) = 7,409 (p = 0,0246)*
Reménytelenség	1,122	0,257	1,073	0,24	1,245	0,361	F(2;58,1) = 8,893 (p = 0,0042)**	f vs j, k vs j	1,186	0,319	1,136	0,285	F(1; 48,4) = 1,703 (p = 0,1981)	1,417	0,444	1,194	0,319	0,146	Khi2(2) = 7,526 (p = 0,0232)*

Intrinzik célok	2,112	0,697	1,804	0,501	2,21	0,589	$F(2; 64,5) = 23,546$ ($p = 0,0000$)***	$\frac{f \text{ vs. } k}{k \text{ vs. } i}$	4,114	0,614	4,329	0,615	$F(1; 80,5) = 3,630$ ($p = 0,0603$)+	3,775	0,722	3,888	0,679	0,004**	$\text{Kh}2(2) = 0,118$ ($p = 0,9427$)
Extrinzik célok	4,543	0,454	4,167	0,541	3,862	0,687	$F(2; 64,2) = 2,621$ ($p = 0,1103$)	.	3,09	0,819	3	0,68	$F(1; 92,1) = 1,515$ ($p = 0,2216$)	2,892	0,793	2,858	0,755	0,33	$\text{Kh}2(2) = 1,009$ ($p = 0,6039$)
Aspirációs index	3,137	0,650	2,935	0,77	2,866	0,759	$F(2; 75,6) = 4,808$ ($p = 0,0314$)*	$\frac{f \text{ vs. } i}{f \text{ vs. } i}$	1,009	0,757	1,312	0,714	$F(1; 110,2) = 8,585$ ($p = 0,0041$)**	0,883	0,525	1,014	0,646	0,002**	$\text{Kh}2(2) = 2,037$ ($p = 0,3611$)
Észlelt stressz	1,388	0,757	1,214	0,723	0,984	0,62	$F(2; 74,7) = 9,428$ ($p = 0,0030$)**	$\frac{f \text{ vs. } i}{f \text{ vs. } i}$	1,945	0,654	2,122	0,64	$F(1; 106,3) = 4,285$ ($p = 0,0409$)*	1,968	0,562	2,283	0,582	0,016*	$\text{Kh}2(2) = 2,625$ ($p = 0,2692$)
Életcéli	4,871	1,089	5,502	0,806	5,414	0,865	$F(2; 82,1) = 14,048$ ($p = 0,0003$)***	$\frac{f \text{ vs. } i}{f \text{ vs. } i}$	5,017	0,947	5,184	1,035	$F(1; 123,3) = 3,725$ ($p = 0,0559$)+	5,08	0,799	5,513	0,864	0,093+	$\text{Kh}2(2) = 3,768$ ($p = 0,1520$)

Jelmagyarázat: f = fiatal, k = középkorú, i = idős

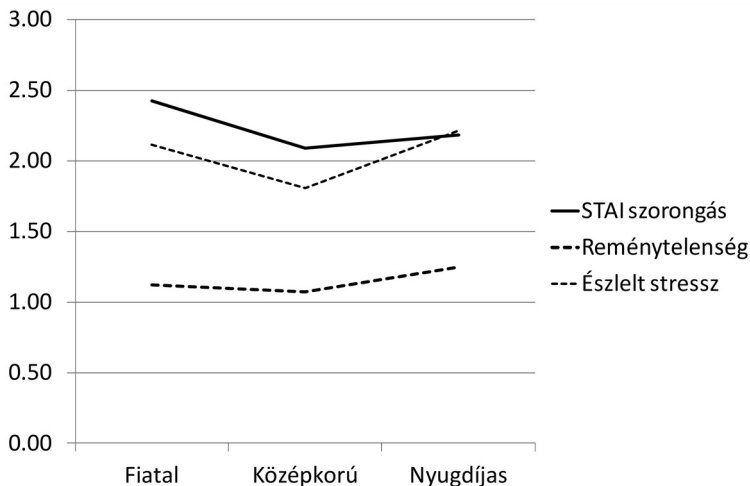
Hipotézisünk szerint fiatal korban és időskorban a középkorúakhoz képest magasabb a depresszió és szorongás mértéke, a reménytelenség érzése, és alacsonyabb a jóllét mértéke.

Varianciaanalízis alapján a fiatalok, középkorúak és idősek között nincs szignifikáns különbség sem jóllét, sem depresszió tekintetében. A következő grafikonon (ld. 1. ábra) látható azonban, hogy a jóllét tekintetében az életkorral egy enyhe növekvő tendencia mutatkozik, melyet rangkorrelációs vizsgálattal is megvizsgáltunk. Az életkor és a WHO jóllét pontszám között 0,13-as gyenge, de szignifikáns ($p=0,023$) rangkorreláció mutatkozott.



1. ábra. Jóllét és depresszió átlagok életkori csoportonként

Szorongás, reménytelenség, stressz és célok tekintetében mutatkoztak szignifikáns különbségek az életkori csoportok között. A fiatalok bizonyultak a legszorongóbbaknak ($p<0,001$), és az életüket legkevésbé értelmesnek megéliknek ($p<0,001$). Észlelt stressz tekintetében pedig azt kaptuk eredményül, hogy a középkorúak rendelkeznek szignifikánsan a legalacsonyabb értékkel ($p<0,001$), a fiatalok és a nyugdíjasok közötti különbség nem szignifikáns ($p<0,05$). A következő diagramon (ld. 2. ábra) látható az U alakú mintázat a stressz és reménytelenség tekintetében, miszerint fiatalabbaknál és idősebbeknél magasabb ezen érték.

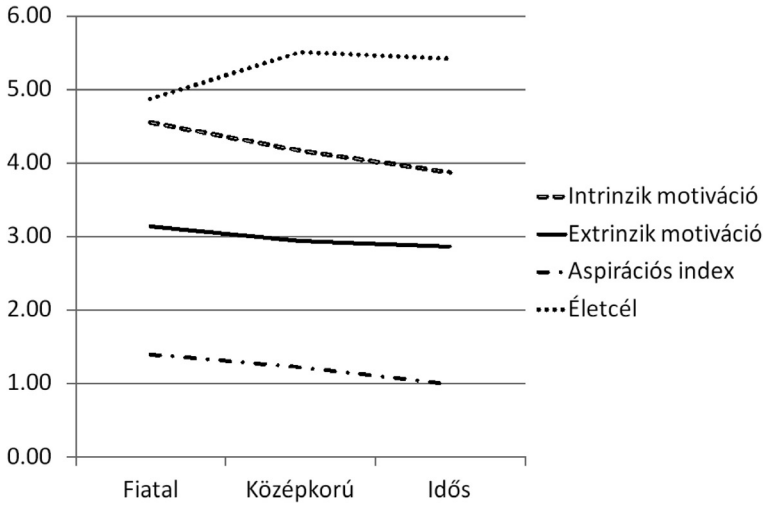


2. ábra. Szorongás, észlelt stressz és reményteliség átlagok életkori csoportonként

Életcélokat (aspirációkat) illetően megállapítható, hogy intrinzik életcélok tekintetében (és az össz aspirációs index tekintetében is) a három életkori csoport szignifikánsan ($p < 0,001$) elkülönül egymástól: legalacsonyabb átlagértékkel (3,862) a nyugdíjasok rendelkeznek, őket követik a középkorúak (4,167), majd a fiatalok (4,543). Extrinzik életcélok közti különbség nem mutatkozott szignifikánsnak.

Az életcél (élet értelmesség) tekintetében azonban ellentétes eredményeket kapunk: életkorral egyre magasabb pontszámok rajzolódnak ki (ld. 3. ábra).

Az életkorral való rangkorrelációk rámutattak, hogy korral szignifikánsan csökkennek mind az intrinzik ($\rho = -0,44$, $p = 0,000$), mind az extrinzik célok ($\rho = -0,14$, $p = 0,014$), ugyanakkor az élet értelmességének megélése pedig egyre jellemzőbb ($\rho = 0,25$, $p = 0,000$).



3. ábra. Motivációs, aspirációs index és életcél átlagok életkori csoportonként

A korcsoportok közti különbségeket a BDI depresszió kategóriák eloszlása mentén is megvizsgáltuk. A korcsoportok szerint tendenciaszintű eltéréseket kaptunk a BDI kategóriák eloszlásában ($\chi^2 = 11.654$, $p = 0.0701+$). A fiataloknak 21,7%-a legalább közepes mértékben depressziós, ez az arány a középkorúaknál 6,8%, időseknél 17,2%. Látható tehát, hogy a depresszió előfordulása legkevésbé a középkorúakat érinti (2. táblázat).

2. táblázat. Depresszió kategóriák megoszlása életkori csoportonként

	fiatalok (18-34 év)		középkorúak (35-64)		Idősek (65 év felett)		Összesen	
	fő	%	fő	%	fő	%	db	%
BDI								
normál	20	12,4	7	11,9	7	8	34	11,07
enyhe	106	65,8	48	81,4	65	74,7	219	71,34
közepes	25	15,5	2	3,4	14	16,1	41	13,36
súlyos	10	6,2	2	3,4	1	1,1	13	4,23
Összesen	161	100%	59	100%	87	100%	307	100%

A nemek közti különbségeket tekintve hipotézisünk szerint a nők a férfiakhoz képest depressziósabbak és jellemzőbb rájuk a reménytelenség mind a teljes mintát, mind a nyugdíjas mintát tekintve. Hipotézisünk nem teljesült, mivel a kétszemponos robusztus varianciaanalízis szerint a férfiak és nők mindössze az észlelt stressz és az aspirációs mutató tekintetében térnek el egymástól szignifikáns mértékben, mindkét változóban a nők értek el magasabb átlagértéke-

ket. Mindez azt jelenti, hogy bár depresszió szintben nem mutatkozik nemi különbség, a nők stresszesebbek, de ugyanakkor több célról számolnak be.

Külön a nyugdíjasok közti különbségeket vizsgálva is azt tapasztaltuk, hogy nemek közötti szignifikáns különbség csak a stressz és a célok tekintetében mutatkozik, itt is mindegyik esetben a nők értek el magasabb átlagpontszámot. Egy különbség a teljes mintához képest az volt, hogy a nyugdíjasok esetében nem csak az össz aspiráció, hanem kifejezetten az intrinzik motiváltság is magasabb a nőknél a férfiakhoz képest.

Érdeemes megvizsgálni a kapott interakciós eredményeket is: a reménytelenség és a szorongás tekintetében szignifikáns interakciós hatások mutatkoztak. Ezek szerint a nők és a férfiak eltérnek abban, hogy milyen életkori mintázatot mutatnak esetükben a reménytelenség és szorongás szintek. A szorongás tekintetében a nők esetén az idősebb nők kevésbé szorongóak, mint a férfiak, míg férfiaknál nem mutatkozik meg e különbség. A férfiak esetében egy U alakú mintázat mutatkozik meg: a középkorúak alacsonyabb szorongást mutatnak, mint a fiatalok, de az idősek hasonlóan magas szorongást, mint a fiatalok. A reménytelenség tekintetében a férfiak esetében az életkorral növekszik a reménytelenség, a nők esetében nem mutatkozik növekedés.

3. táblázat. Szignifikáns kor-nem interakciót mutató skálák átlagértékei és szórásértékei csoportonként

	FÉRFIAK						NŐK					
	Fiatal		Középkorú		Nyugdíjas		Fiatal		Középkorú		Nyugdíjas	
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD
STAI szorongás	2.41 _a	.71	1.87 _b	.49	2.30 _{a,b}	.35	2.42 _a	.61	2.20 _{a,b}	.56	2.15 _b	.52
Reménytelenség	1.15 _a	.23	1.02 _a	.07	1.42 _b	.44	1.12 _a	.26	1.11 _a	.29	1.19 _a	.32

Bonferroni tesztek alapján a páros összehasonlításban szignifikánsan különböző csoportok más alsóindexsel rendelkeznek.

További eredmények

Két hipotézisünkön túl megvizsgáltuk azt is, hogy a depressziós és nem depressziós nyugdíjasok mely dimenziókat tekintve térnek el egymástól (ld. 4. sz. táblázat).

4. táblázat. Depressziós vs nem depressziós nyugdíjasok

Változó	nem depressziós (n=72)		depressziós (n=15)		p (Mann-Whitney)
	átlag	szórás	átlag	szórás	
WHO jóllét	2,081	0,628	1,773	0,636	0.088+
STAI szorongás	2,078	0,41	2,693	0,508	0.000***
Reménytelenség	1,073	0,207	1,494	0,382	0.000***
Intrinzik célok	3,894	0,683	3,711	0,708	0.000***
Extrinzik célok	2,808	0,793	3,144	0,499	0.191
Aspirációs index	1,086	0,596	0,498	0,502	0.070+
Észlelt stressz	2,187	0,603	2,324	0,523	0.001***
Életcél (értelem)	5,56	0,786	4,713	0,908	0.613

Mann-Whitney próbával került összevetésre a nem depressziós és depresszióval jellemezhető idős csoport a vizsgálatban használt pszichológiai életminőség mutatók mentén. Eredményeink szerint a depressziós nyugdíjasok a nem depressziósokhoz képest szorongóbbak, nagyobb mértékű reménytelenségről és stresszről számolnak be, kevésbé fontosak számukra az intrinzik életcélok.

A normalitás sérülései miatt Spearman-rho korrelációs elemzéssel történt a jóllét összefüggéseinek feltárása a különböző életkori csoportokban (ld. 5. táblázat). Nyugdíjasok körében megállapítható, hogy a jóllét növekedésével csökken a depresszió, a vonás-szorongás, az észlelt stressz és reménytelenség (ezek mind közepes erősséggel), valamint emelkednek gyenge erővel a különféle életcélok fontosságai, közepes erővel az élet értelmességének érzése. Középkorúak esetében is hasonló kapcsolatokat kaptunk eredményül azzal az eltéréssel, hogy a nyugdíjasok körében az életcélokkal kapcsolatos szignifikáns, de gyenge erejű összefüggések a középkorúak körében nem mutatkoztak szignifikánsnak. Fiatalok esetében a depresszió nem mutatott szignifikáns összefüggést a jólléttel, ahogy az észlelt stressz sem. A reménytelenség skála gyenge negatív, az élet értelmességének érzése közepes erősségű pozitív kapcsolatban áll a jólléttel, a vonás-szorongás pedig szignifikáns, közepesen erős negatív irányú kapcsolatban.

5. táblázat. Jólét összefüggései a különböző életkori csoportokban

	Jólét (nyugd)	Jólét (középkorúak)	Jólét (fiatalok)
Depresszió	-0,557**	-0,462**	-0,198+
STAI szorongás	-0,653**	-0,592**	-0,479**
Reménytelenség	-0,519**	-0,384**	-0,298**
Intrinzik célok	0,316**	0,104	0,073
Extrinzik célok	0,158*	-0,06	0,023
Aspirációs index	0,062	0,135	0,076
Észlelt stressz	-0,615**	-0,559**	-0,02
Életcél	0,664**	0,557**	0,514**

DISZKUSSZIÓ

Kutatásunk célkitűzése a magyar lakosság lelki állapotának, életminőségének vizsgálata olyan pszichés jellemzőkön keresztül, mint depresszió, szorongás, észlelt stressz, életcélok reménytelenség. Három korcsoportot vizsgáltunk: fiatalok, középkorúak és idősek (nyugdíjasok) korosztályát.

Eredményeink szerint a lelki nehézségek a középkorú mintánkat érintették legkevésbé: náluk volt ugyanis legalacsonyabb a stressz és a szorongás szint, valamint a legkisebb arányban mutattak közepesen súlyos vagy súlyos depressziós tüneteket. A fiatalok a középkorúakhoz képest szorongóbbak, stresszesebbek, és összességében is elmondható (jóllehet csak gyenge kapcsolatként), hogy a fiatalabb életkorral alacsonyabb lelki jólét pontszámok láthatóak. A fiataloknál volt a legmagasabb a depressziósok aránya. Ezen eredményeinket az is befolyásolhatta, hogy a mintánkban túlréprezentáltak a negyed és ötödéves egyetemisták, akiknél fokozottabban jelennek meg a kapunyitással kapcsolatos szorongások.

Az idősek sok tekintetben a fiatalokhoz hasonló képet mutattak (hasonló depresszió, stressz szint). Elképzelhető, hogy a fiataloknál a kapunyitás (belépés a nagybetűs életbe, munkahely keresése, szakmai út megválasztása, párkeresés, munkahelykeresés) és az időseknél a kapuzárás (fiziológiai változásokkal, betegségekkel, veszteségekkel, saját elmúlással való szembenézés) sok tekintetben hasonlóképp krízist válthat ki.

Fontos megemlítenünk, hogy magát a depresszió szintjét tekintve nem kaptunk szignifikáns eltérést a csoportok között, azonban a fiatal és az idős korosztályban magasabb volt a depressziósok aránya. A fiatalok 27,1%-a, az idős korosztály 17,2%-a legalább közepes mértékű depresszióban szenvedett, ez az arány a középkorúak esetében csupán 6,8% volt. Eredményünket alátámasztják szakirodalmi eredmények (Rihmer 2005, Kovács és Jeszenszky 2006). Ri-

hmer 2005-ös cikkében leírja, hogy a depresszió manifesztációja 20. életév körül a leggyakoribb, a depressziók incidenciája a 65. életév felett ismét növekszik, és a fiatalabb korból átnyúló depressziókat is tekintetbe véve az organikus kórképek után a depresszió a második leggyakoribb pszichiátriai kórkép idős korban (Rihmer 2005).

Külön kiemelendő, hogy a jóllét tekintetében nem kaptunk különbséget a három korcsoport között, ugyanakkor gyenge, de szignifikáns pozitív összefüggés mutatkozott a jóllét és életkor között, miszerint az idősebb életkorral a jóllét szintje növekszik. Eredményünk ellentmond Susánszky és mtsai. (2006) eredményeinek, miszerint a jóllét csökken az életkorral. Eredményeink szerint mintánkban az életkorral nem csak a jóllét szintje emelkedett, hanem az élet értelmességének megélése is. Az élet a hátralevő idő miatt is sokkal inkább felértékelődik a mérlegelés során. Az általános jóllét és az élet értelmességének megélése (életcél felismerése és teljesítése) a nyugdíjasok mintájában 0,66-os, azaz 0,7 körüli korrelációs, azaz erős összefüggést mutat. Feltételezhetjük, hogy az életet értelmesebbnek megélők esetében a korrallal nem csökken a pszichés jóllét (sőt akár növekedhet is). Mindezek empirikus alátámasztására célzott longitudinális vizsgálatok szükségesek.

Az idős korosztályt külön vizsgálva is megállapítható, hogy a magasabb jólétről beszámoló nyugdíjasok alacsonyabb depresszió, szorongás, észlelt stressz és reménytelenség érzésről számolnak be, valamint több aspirációról (célokról). Eredményeinket alátámasztja Susánszky és mtsai. eredménye (2006), miszerint a jóllét negatív kapcsolatban áll a depresszióval és a reménytelenséggel. A célok tekintetében erősebbnek bizonyult az összefüggés az intrinzik (belső), mint extrinzik (külső, materiális) célok esetében: ha egy idős jól érzi magát, fontossá válnak életében az intrinzik célkitűzések, mint a személyiség fejlődése, a kapcsolatok, a társadalom. Az alacsony intrinzik motiváció alacsony jólléttel jár együtt a nyugdíjasok esetében, és a nyugdíjas depressziósok (amellett, hogy reménytelenebbek és szorongóbbak) inkább számolnak be extrinzik célokról (materiális célokról) és kevésbé élnek meg életüket értelmesnek.

A nyugdíjas mintán a férfiak reménytelenebbnek, a nők pedig életüket értelmesebbnek megélőknek mutatkoztak. Ezen eredményünk azért is fontos, mert a szakirodalomból tudjuk, hogy a reménytelenség érzése a szuicidium prediktora (Perczel és mtsai. 2001), másrészt a befejezett (öngyilkossággal végződő) szuicidium férfiaknál gyakoribb, és az időskori öngyilkosságok száma igen jelentős (Rihmer 2001). A nemek közti különbségekből még kiemelendő, hogy a 65. életév és feletti nők a férfiakhoz képest alacsonyabb reménytelenség mellett magasabb stressz-szintről is beszámoltak.

Összegezve eredményeink alapján elmondható, az időskorúak lelki jóllétének növelését célzó programoknak egyaránt foglalkozni kell a hangulati problémák felismerésével és csökkentésével, valamint a jóllétet növelő intrinzik értékekre való fókuszálással (kapcsolatokra, nemmateriális értékekre fókuszálás). Mann

és mtsai (2005) szerint a hangulati problémák felismerésében hangsúlyos szerepet kell kapjon az orvosok képzése a depresszió veszélyeztettség szűrési lehetőségeire. Gentile (1991) jónéhány évtizeddel ezelőtt már kiemelte, hogy az idősök gondozásában fontos a fizikai-szociális-kulturális-pszichológiai és környezeti tényezőkre is egyaránt figyelni. Okun (1990) négy területét különíti el a lehetséges intervencióknak: 1) A kontroll növelését szolgáló intervenciók; 2) Szociális aktivitások; 3) Pszichoedukáció; 4) Környezetbarát/ társadalmi tevékenységet. Az intervenciók lehetőségeit illetően érdemes kiemelni az önkéntes munkával kapcsolatos pozitív tapasztalatokat az idősek körében, mely a lehetséges intervenciók területek közül többre is pozitív hatással bír (Musick & Wilson, 2003). Ottoson és Gran (2006) a természeti környezetben végzett intervenciók szerepét hangsúlyozzák, Detweiler és mtsai (2012) külön kiemelik a terápiás célra végzett kertészkedési tevékenységek szerepét. Végezetül néhány szót kell ejtsünk vizsgálatunk korlátairól: mintánk keresztmetszeti, nem reprezentatív és nem tartalmaz klinikai mintát. Fontos megemlítenünk azt is, hogy vizsgálatunk elemszáma a nagyobb, reprezentatív kutatásokhoz (pl. Hungarostudy) képest csekély, és az eredmények validálásához nagyobb mintán végzett vizsgálatokra is szükség van. Az életkori változások nyomonkövetéséhez feltétlenül szükségesek továbbá longitudinális vizsgálatok, a klinikai tünetek vizsgálatához pedig klinikai minta szükséges.

A szerzők a tanulmány írását és az alapjául szolgáló kutatást a „Személy- és család-orientált egészségtudomány” kutatócsoport 20643B800 témaszámú, a Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kara által finanszírozott pályázat keretében végezték.

IRODALOMJEGYZÉK

- Ágoston, G., Szili, I. (2001): Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák. In.: Füredi, J., Németh, A., Tariska, P. (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina kiadó, Budapest.
- Baltes, P.B., Baltes, M.M. (1990): Psychological perspectives on successful ageing: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes, P.B., Baltes M.M: Successful ageing: Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge University Press. New York. 1-34.
- Bech, P., Staehr-Johansen, K., Gudex, C. (1996). The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 183-190.
- 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.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D, Trexler, L. (1974): The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Beck, A.T., Beck, R.W. (1972): Shorted version of BDI. *Post. Grad. Med.* 52, 81-85.
- Beck, P., Staehr-Johanse, K., Gudex, C. (1996): The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 183-190.

- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983): A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-396.
- Crumbaugh J. C., & Maholick L. T. (1969). *Manual of instructions for the Purpose in Life Test*. Saratoga, CA: Viktor Frankl Institute of Logotherapy.
- Darvai, L., Rihmer, Z., Balczár, L., Cserháti, Z., Túri, G., Torzsa, P. (2017): Depressziós és szorongásos zavarok az alapellátásban – Több kompetenciát, de segítséget is a háziorvosnak! *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 22, 161-165.
- Detweiler, M. B., Sharma, T., Detweiler, J. G., Murphy, P. F., Lane, S., Carman, J., ... & Kim, K. Y. (2012). What is the evidence to support the use of therapeutic gardens for the elderly?. *Psychiatry investigation*, 9(2), 100.
- Erikson, E.: (1956). "The problem of ego identity". *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 56–121
- Gentile, K. M. (1991). A review of the literature on interventions and quality of life in the frail elderly. In *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 74-88). Academic Press.
- Kasser, T., Ryan, R. M. (1996): Further examining the American dream: differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 280-287.
- Kaszás, B., Tiringner, I. (2010): Szelekció, Optimalizáció, Kompenzáció: Baltes modellje az időskori alkalmazkodási folyamatokra. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11(3), 191-208.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G., & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29, 85-96.
- Kinsella, K. and Velkoff, V.A. (2001) *An Aging World 2001*. Series P95/01-1, US Census Bureau, Washington DC.
- Konkolý Thege B., Martos, T. (2006): Az Életcéll Kérdőív magyar változatának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7(3) 203-216.
- Kopp, M., Főris, N. (1993): A szorongás kognitív viselkedésterápiája. Végeken Kiadó. Budapest.
- Kopp, M., Pikó, B.(2006): Az egészséggel kapcsolatos életminőség, pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In: Kopp M., Kovács M.E. (szerk.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó.10-19.
- Kopp, M., Skrabski, Á.(2009): Nők és férfiak egészségi állapota Magyarországon. In.: Nagy I., Pongrácz T. (szerk.): Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről. Budapest. TÁRKI- Szociális és Munkaügyi Minisztérium. 117-136.
- Kopp, M., Főris, N. (1993): A szorongás kognitív viselkedésterápiája. Végeken sorozat.
- Kovács, M.E., Jeszenszky, Z. (2006): Időskor és életminőség. In: Kopp M., Kovács M.E.(szer.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó.134-143.
- Lazarus. R. S, Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., ... & Riedel-Heller, S. G. (2012). Age-and gender-specific prevalence of depression in latest-life–systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 212-221.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074.

- Martos, T., Szabó, G., Rózsa, S. (2006): Az Aspirációs Index Rövidített változatának pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 3, 171-191
- Máttyássy, A., Kelemen, O., Szűcs, A. (2001): Időskori depresszió. In.: Szádóczky E., Rihmer Z.(szerk): *Hangulatzavarok*. Medicina Kiadó. Budapest, 78-91.
- Monostori, J. (2015): Öregedés és nyugdíjba vonulás. In.: Monostori. J., Óri P., Spéder Zs.(szerk): *Demográfiai portré KSH NKI*, Budapest: 115-134.
- Musick, M. A., & Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. *Social science & medicine*, 56(2), 259-269.
- Okun, M. A., Olding, R. W., & Cohn, C. M. G. (1990). A meta-analysis of subjective well-being interventions among elders. *Psychological Bulletin*, 108, 257-266.
- Ottosson, J., & Grahn, P. (2006). Measures of restoration in geriatric care residences: the influence of nature on elderly people's power of concentration, blood pressure and pulse rate. *Journal of Housing for the Elderly*, 19(3-4), 227-256.
- Perczel-Forintos, D., Sallai, J., Rózsa, S. (2001): A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16 (6): 632-643.
- Perczel-Forintos, D., Rózsa, S., & Kopp, M. (2007). A Beck-féle Reménytelenség Skála rövidített változatának vizsgálata Magyarországon egy országos reprezentatív felmérés tükrében. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata*, 22(5), 375-389.
- Rihmer, Z. (2001): Öngyilkosság. In.: Szádóczky E., Rihmer Z. (szerk): *Hangulatzavarok*. Budapest: Medicina Kiadó, 302-319.
- Rihmer, Z.(2005): Depresszív kórképek idős korban. In.: Székács Béla (szerk): *Geriátria- Az időskor gyógyászata*. Medicina Kiadó. Budapest. 206-209.
- Rihmer, Z., Szekeres, Gy., Pestality, P., Balázs, J., Mirnics, Zs., Szili, I., Döme, P. (2017): A bipoláris affektív betegségek diagnosztikájáról és terápiájáról. *Psychiat Hung.* 32 (2):178-224.
- Rihmer, Z., Szili, I., Kalabay, L., Torzsa, P.(2016): A depresszió és öngyilkossági veszély szűrése a háziorvosi és általános orvosi gyakorlatban. *Lege Artis Medicinæ*, 27: 17-24.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI manual for the State-Trait Inventory*. Palo Alto.
- Stauder, A., Konolj Thege, B. (2006): Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 3: 203-216.
- Susánszky, E., Konolj Thege B., Stauder, A., Kopp, M. (2006): A WHO Jólét Kérdőív Rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7,3, 247-255.
- Szádóczky, E, Papp, Z, Vitrai, J, (2000). A hangulat és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében. *Orv Hetil*, 141: 17-22.
- Takács, Sz. (2012): Érzékenységvizsgálatok a statisztikai eljárásokban, *Alkalmazott Matematikai Lapok*, 29: 67-100.
- Takács, Sz. (2016): *Bevezetés a matematikai statisztikába, elmélet és gyakorlat*, Antarsz Kiadó, Budapest.
- WHO: Preventing suicide: A global imperative. Geneva, 2014. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/,