STRESUL PERCEPUT ȘI CALITATEA VIEȚII LEGATĂ DE STAREA DE SĂNĂTATE LA UN GRUP DE ADULȚI DIN ROMÂNIA

ILEANA TUDORAN[1], FLORENTINA LIGIA FURTUNESCU[2]

[1]Doctorand Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila" București, [2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila" București

Cuvinte cheie: *adulți, stres perceput, calitatea vieții legată de starea de sănătate, corelații, cerc vicios vs. cerc virtuos*

Rezumat: *Impactul stresului asupra calității vieții legată de starea de sănătate (HRQoL) este considerat o certitudine în societatea modernă, dar magnitudinea acestui fenomen nu este încă foarte bine cunoscută. Măsurarea nivelului stresului perceput și evaluarea corelațiilor cu scorurile HRQoL ar putea furniza informații valoroase pentru intervențiile din domeniul medical și al sănătății publice, dar și social. Obiectiv: Evaluarea nivelului stresului perceput în relație cu nivelul scorurilor HRQoL, pe componenta fizică și mentală și pe cele opt domenii. Materiale și metodă: Un lot de 928 subiecți adulți a fost selecționat, prin metoda "bulgărelui de zăpadă", din diferite zone geografice ale României. Pentru culegerea datelor au fost utilizate două instrumente bine-cunoscute: Scala Stresului Perceput cu 14 items (PSS-14) pentru măsurarea nivelului stresului perceput și SF-36v2 Health Survey, pentru Calitatea vieții legată de starea de sănătate percepută. Au fost analizate posibilele corelații între nivelul scorurilor PSS -14 și diferitele niveluri ale scorurilor SF-36, pe componenta fizică și mentală și pe cele opt domenii. Rezultate: Cele mai mici valori ale SF-36 au fost înregistrate pentru domeniul Vitalitate, (61.8±17.69), iar cele mai înalte pentru funcționalitatea fizică (84.1±20.52), însă scorurile MCS și PCS au înregistrat valori relative apropiate (71.7±19.02, respectiv 74.5±19.44). Bărbații și subiecții din mediul urban tind să aibă o percepție mai bună a HRQoL, ca și cei din Transilvania. Scorul HRQoL scade cu vârsta, mai ales după 55 de ani, dar este corelat pozitiv cu nivelul educației și al veniturilor, exceptând o depresiune surprinzătoare înregistrată la nivelul grupului cu venituri între 2000 – 2499 lei. Între scorurile PSS-14 și toate elementele SF-36 Health Survey, componentele fizică și mentală și cele opt domenii analizate, a fost identificată o corelație negativă moderată semnificativă Concluzii: Rezultatele studiului furnizează argumente suplimentare în ceea ce privește importanța evaluării nivelului stresului perceput în intervențiile din domeniile medical, al sănătății publice și social, împreună cu măsuri țintite de reducere a stresului.*

Keywords: *adults, Perceived Stress Scale, health related quality of life, correlations*

Abstract: *Background: The impact of stress on Health Related Quality of Life is considered a certainty in modern society, but the magnitude of this phenomenon is still not very well known. Measuring perceived stress level and assessing the correlations with perceived Health Related Quality of Life scores may bring valuable information for medical, public health and also for social interventions. Objective: to assess the level of perceived stress in relationship with self evaluated Health Related Quality of Life both on physical and mental components and by the eight domains. Materials and methods: A sample of 928 adult subjects was selected through "snow ball method" from different geographic regions of Romania. Two well-known tools have been used for collecting data: Perceived Stress Scale 14 items (PSS-14) for measuring perceived stress level and SF-36v2 Health Survey, for perceived Health Related Quality of Life assessment. Possible correlation between PSS-14 scores level and different levels of SF-36 scores, by physical and mental components and by the eight domains, have been analyzed. Results: The lowest SF-36 score value was registered for vitality (61.8±17.69) and the highest for physical functioning (84.1±20.52), MCS and PCS had closed values (71.7±19.02 and 74.5±19.44 respectively). Males and people from urban areas tend to have a better perceived HRQoL, also people from Transilvania. Perceived HRQoL score decreases with age, especially after 55 years but it is positively correlated with education and income level, excepting an intriguing gap in 2000 – 2499 lei group. Significant moderate negative correlations were identified between PSS-14 scores and all SF-36 Health Survey components – both Physical and Mental scores and for all of the eight analyzed domains. Conclusions: Study results provide additional arguments regarding the importance of perceived stress level assessment in medical, public health and social interventions, together with tailored stress reduction measures.*

INTRODUCERE

"Nu a existat niciodată un interes atât de mare legat de stres, în toată lumea, atât printre cercetătorii din domeniul social și al științelor vieții, cât și din partea publicului larg. Acest interes se extinde și la diferiții clinicieni, care utilizează cunoașterea științifică pentru a ajuta la ameliorarea disstresului, disfuncțiilor, afecțiunilor fizice și maladiilor sociale, generate de stres", postula Lazarus încă din 1999.(1) În zilele noastre,

[1]Autor corespondent: Ileana Tudoran, B-dul Eroilor Sanitari, Nr. 8, Sector 5, București, E-mail: ileana.tudoran@yahoo.com, Tel: +4021 3180762
Articol intrat în redacție în 13.06.2013 și acceptat spre publicare în 08.08.2013
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Septembrie 2013;2(3):27-30

cuvintele lui sunt mai adevărate ca oricând. Stresul a devenit unul dintre cei mai importanţi factori care ne impactează sănătatea socială, fizică şi psihologică şi, în final, calitatea vieţii.(2,3) Evaluarea potenţialelor corelaţii între nivelul stresului perceput şi calitatea vieţii legată de starea de sănătate percepută, ar putea furniza informaţii valoroase, atât pentru intervenţiile din domeniile medical şi al sănătăţii publice, cât şi cel social.

SCOP

Principalul obiectiv al acestui studiu a fost investigarea relaţiei dintre stresul perceput şi Calitatea vieţii legată de starea de sănătate percepută, pe baza asumpţiei că un nivel crescut al stresului perceput este asociat cu o percepţie mai proastă asupra stării de sănătate.

MATERIAL ŞI METODĂ DE LUCRU

Am realizat un studiu transversal, pe un lot de 928 de subiecţi adulţi, selectaţi prin metoda "bulgărelui de zăpadă", din trei regiuni geografice diferite ale României. Ca instrumente pentru colectarea datelor au fost utilizate (auto-administrate, în format tipărit) două chestionare bine-cunoscute, Scala Stresului Perceput cu 14 items (PSS-14) pentru măsurarea nivelului stresului perceput şi SF-36v2 Health Survey, pentru Calitatea vieţii legată de starea de sănătate percepută. Acest studiu este parte a unui demers de cercetare mai larg, în care PSS - 14 şi SF-36 au fost aplicate simultan, împreună cu un chestionar referitor la date demografice şi socio-economice (vârstă, gen, educaţie, venit, ocupaţie).

PSS -14 este un chestionar auto-administrat proiectat să măsoare "gradul în care indivizii apreciază situaţiile apărute în viaţa lor ca fiind stresante".(4,5) Practic este utilizat pentru măsurarea nivelului stresului perceput. În studiul nostru am utilizat o versiune în limba română a PSS -14 care a mai fost aplicată şi în alte studii.(6,7) Datorită condiţiilor asociate utilizării acestui chestionar, am stabilit ca şi criteriu de includere în lot minimum opt ani de studii. Chestionarul PSS conţine 14 întrebări, care se referă la situaţiile potenţial stresante din ultima lună. Întrebările 1, 2, 3, 8, 11, 12 şi 14 sunt formulate negativ, răspunsul "niciodată" fiind cuantificat cu 0 puncte. Întrebările 4, 5, 6,7, 9, 10 şi 13 au conotaţie pozitivă, iar răspunsului "niciodată" i se atribuie 4 puncte. Scorul total PSS-14 se obţine prin însumarea scorurilor celor 14 întrebări, într-un interval între 56 şi 0 puncte, scorurile mai mari indicând un nivel mai ridicat al stresului. În literatură, nu sunt precizate plafoane specifice, dar în alte studii realizate în România am întâlnit o clasificare a stresului perceput în funcţie de scorul PSS global ca "scăzut" (0 – 14), "moderat" (15 – 28), "înalt" (29 – 42) şi "foarte înalt" (43 – 56).(7) Cel de-al doilea instrument – chestionarul SF-36 - a fost aplicat pentru măsurarea Calităţii vieţii legată de starea de sănătate percepută. SF-3v2 Health Survey este un chestionar multi-dimensional în forma prescurtată, cu 36 întrebări, considerat a fi un instrument general, "opozabil celor specifice pe grupuri de vârstă, pe diferite afecţiuni sau intervenţii terapeutice".(8) Conţine o scală cu 8 domenii referitoare la sănătate funcţională şi starea de bine (funcţionalitatea fizică, limitări ale rolului legate de sănătatea fizică sau cauzate de problemele emoţionale, vitalitate/ oboseală, starea de bine emoţională, funcţionalitatea socială, durerea şi starea generală de sănătate). Scorurile pot fi sumarizate în două măsurători psihometrice (scorul "PCS"pentru componenta fizică, respectiv scorul "MCS" pentru componenta mentală). SF-36 şi-a dovedit utilitatea atât în studii pe populaţia generală, cât şi pe grupuri specifice, pentru compararea poverii relative a diferitelor boli pentru măsurarea diferenţei beneficiilor de sănătate produse de diverse intervenţii.(3,9) Am folosit versiunea 2, varianta în limba română. Versiunea 2 a fost tradusă spre a fi utilizată în peste 60 ţări (inclusiv România), ca parte a International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project şi a fost testată pentru validitate şi fiabilitate (10). Chestionarul SF-36 v2 poate fi folosit pe format hârtie sau computerizat, autoadministrat sau prin operatori de interviu instruiţi, direct sau prin telefon, pentru persoane peste 14 ani.

Analiza datelor:

Am investigat scorul PSS-14 în populaţia studiată, în general şi în funcţie de gen, grupe de vârstă, mediu de rezidenţă, regiune geografică, nivel de educaţie şi categorie de venit. Rezultatele au fost publicate într-o lucrare anterioară.(11) Scorurile SF-36 au fost calculate pe cele două componente principale şi pe cele opt domenii: Componenta fizică – Funcţionalitate fizică (PF), Limitarea rolului – componenta fizică (RP), Durere fizică (BP), Stare general de sănătate (GH) şi Componenta mentală – Vitalitate (VT), Funcţionalitatea Socială (SF), Limitarea rolului - componenta emoţională (RE), Sănătatea Mentală (MH) – utilizând instrucţiunile de calculare a scorului prezentate în MOS Core Survey Instrument.(12,13) Au fost calculate mediile şi deviaţiile standard pentru fiecare domeniu. Normalitatea a fost evaluată utilizând testul Kolmogorov-Smirnov. Variabilele non-simetrice au fost raportate ca mediane. Pentru compararea mediilor / medianelor au fost utilizate teste parametrice (T student test) sau nonparametrice (Mann–Whitney *U*-test sau Kruskal Wallis). O valoare a $p < 0.05$ a fost luată în considerare pentru semnificaţia statistică (two tailed test). Variabilele categorice au fost prezentate ca proporţii cu o singură zecimală şi au fost comparate utilizând testul Chi pătrat ($p<0.05$). Pentru analiza relaţiei dintre PSS-14 şi SF-36 a fost utilizată corelaţia Spearman. Pentru realizarea bazei de date s-a folosit Microsoft Office Excel 2007 pentru Windows, iar analiza statistică s-a efectuat cu ajutorul programului SPSS, version 17.0.

REZULTATE

Lotul investigat a totalizat 928 de subiecţi, cu un raport barbaţi: femei 1:2 şi o vârstă medie de 40.22±13.109 ani (18 – 90 ani), majoritatea provenind din mediul urban (77.7%). După regiunea geografică, 47.3% au provenit din Moldova, 28.8% din Muntenia şi 23.9% din Transilvania, iar după nivelul de educaţie, repartiţia a fost de 69%, 24.5% şi 6.6% pe nivelurile superior, mediu şi respectiv scăzut (subiecţii cu mai puţin de 8 ani de studii fiind excluşi). Corelaţiile între caracteristicile demografice şi socio-economice şi scorurile PSS -14 au fost descrise într-un articol publicat anterior.(11) Scorurile SF-36 în populaţia de studiu sunt prezentate în figura nr. 1. Cele mai mici valori au fost înregistrate pentru Vitalitate (61.8±17.69), iar cele mai mari pentru Funcţionalitatea fizică (84.1±20.52), în timp ce scorurile MCS şi PCS au avut valori relative apropiate (71.7±19.02, respectiv 74.5±19.44). Analiza în funcţie de gen a relevat valori ale scorurilor mai înalte la bărbaţi (figura nr. 2) şi în mediul urban pentru toate domeniile, exceptând vitalitatea, care este similară pentru mediul rural şi urban.

Figura nr. 1. Scoruri medii pe componentele SF-36 în populaţia totală a studiului

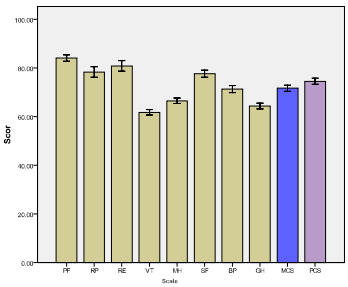
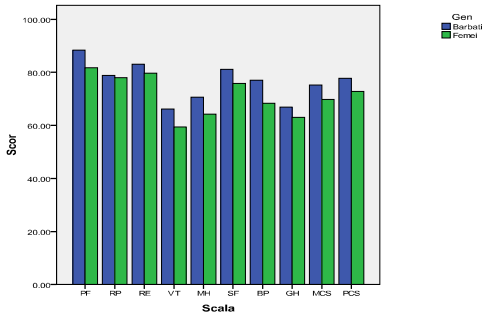


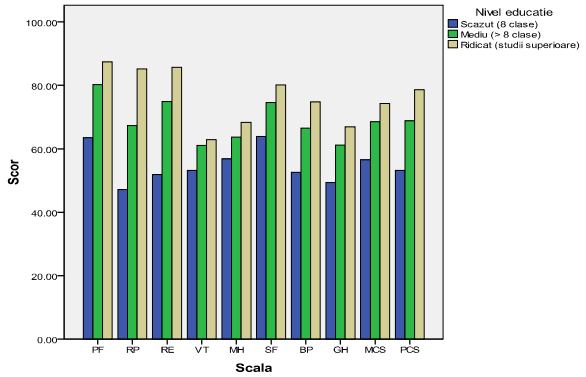
Figura nr. 2. Scoruri SF- 36 în funcție de gen



De asemenea, subiecții din Muntenia par să aibă cele mai scăzute scoruri în toate domeniile, cei din Moldova au prezentat scoruri ceva mai mari, cele mai înalte scoruri fiind identificate în Transilvania.

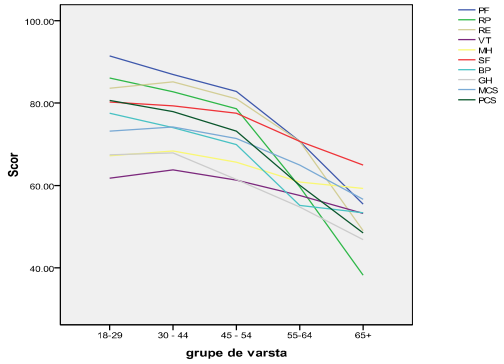
Educația pare să influențeze pozitiv percepția asupra stării de sănătate, subiecții cu un nivel mai înalt de educație prezentând scoruri evident mai mari în toate domeniile (figura nr. 3).

Figura nr. 3. Scoruri SF- 36 pe nivele de educație



De asemenea, scorurile SF -36 analizate au fost mai mari la grupele de vârstă mai tinere (figura nr. 4), scăzând odată cu creșterea vârstei, cu o pantă vizibil abruptă după 55 de ani. Scorurile înregistrate au fost mai mari la categoriile cu venituri mai mari, cu o depresiune interesantă în zona celor cu venituri din categoria 2000 – 2499 lei/ membru de familie.

Figura nr. 4. Scoruri SF- 36 pe grupe de vârstă



În ceea ce privește obiectivul principal al studiului, am investigat relația între nivelul scorurilor PSS-14 și SF-36, pe cele două componente și toate cele 8 domenii. Coeficienții de corelație sunt prezentați în tabelul nr. 1.

Din tabelul nr. 1 se observă că între scorurile PSS-14 și elementele SF-36 v2 Health Survey – respectiv componenta fizică și cea mintal[și cele opt domenii, au fost identificate corelații negative moderate semnificative.

Tabelul nr. 1. Coeficienții de corelație ai scorurilor PSS-14 și SF-36

PSS 14	PF	RP	RE	VT	MH	SF	BP	GH	MCS	PCS
Pearson Correlation	-.303**	-.372**	-.398**	-.623**	-.677**	-.489**	-.443**	-.507**	-.620**	-.494**
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

DISCUȚII

În pofida principalei limitări, determinată de metoda ”bulgăre de zăpadă” de selecție a lotului, datorită numărului mare de respondenți și diversității caracteristicilor demografice și socio-economice ale acestora, acest studiu furnizează o serie de rezultate interesante. Corelația pozitivă dintre scorurile SF-36 și nivelul de educație și al veniturilor nu reprezintă o surpriză, dar depresiunea identificată la nivelul grupului cu venituri între 2000- 2499 lei/ membru de familie, care se situează peste nivelul mediu al veniturilor din România, poate sugera faptul că această categorie particulară, care reprezintă un segment destul de important din populația activă, poate fi supusă unor presiuni/ factori stresori suplimentari, iar situația lor necesită investigații suplimentare. Un alt fapt îngrijorător este panta abruptă care descrie scăderea nivelului scorurilor HRQoL la persoanele peste 55 ani, având în vedere că această categorie reprezintă la rândul ei o parte semnificativă a populației active.

Important de subliniat este și potențialul cerc vicios, corelația negativă moderată semnificativă între nivelul stresului perceput și cel al HRQoL percepute, sugerând că subiecții care prezintă un nivel mai ridicat al stresului perceput, tind să aibă o percepție mai proastă a stării de sănătate / calității vieții legată de starea de sănătate, care, la rândul ei poate crește nivelul de stres.

CONCLUZII

În opinia noastră, rezultatele studiului oferă argumente în plus privind importanța evaluării de rutină a nivelului stresului perceput în cadrul analizei de situație din domeniul medical, al sănătății publice și social, însoțită apoi de măsuri de reducere a stresului, ca parte a diferitelor intervenții în aceste domenii, pentru transformarea cercului vicios într-un cerc virtuos.

REFERINȚE

1. Lazarus RS. Stress and Emotions. A new Synthesis, Springer Publishing New York; 1999.
2. Iamandescu IB. Medical Psychology Vol 2: General and applied Psychosomatics, Ed. Infomedica. 2008;2:101-111.

3. Mincă DG, Marcu MG. Sănătate publică și management sanitar. Note de curs pentru învățământul postuniversitar. Ed. Universitară Carol Davila, București; 2005.
4. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress, J Health Soc Behav. 1983;24:385-396.
5. Cohen S, Williamson G. The Social Psychology of Health. Sage Publications, London;1988.
6. Mihăilescu A, Matei V, Cioca I, Iamandescu IB. Perceived stress – predictor of anxiety and depression in a group of first year medical students, Medical Practice IV 2011;22(2).
7. Paşcanu R, Lupaş C, Ardelean D, Spatarel D, Stoleru M. Investigating the quality of life of the medical team in psychiatric facilities, disp. at http://www.snpcar.ro/articole/100.pdf.
8. Ware JE. Conceptualization and Measurement of Health-Related Quality of Life: Comments on an Evolving Field, Arch Phys Med Rehabil 2003;84 Suppl 2:S43-51; available at http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml.
9. Mincă DG, Furtunescu F (coord). Managementul serviciilor de sănătate. Abordare prin proiecte. Ediția a doua. Editura universitară "Carol Davila", București; 2010.
10. Aaronson NK, et colab. International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. Qual Life Res 1992;1:349-51.
11. Tudoran I, Tudoran R. Assessment of perceived stress, socio-demographic and economic characteristics in Romanian adults, Acta Medica Transilvanica. 2013;2:17 available on http://www.amtsibiu.ro/Arhiva/2013/Nr2-en/Tudoran-en.pdf.
12. Rand Health Org, Scoring Instructions for MOS Core Survey Instrument, available at http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos.html.
13. Ware JE, Kosinski M, Dewey JE. How to Score Version Two of the SF-36 Health Survey. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated; 2000.