

TENDINȚA PENTRU DEPRESIE ÎN RÂNDUL POPULAȚIEI ADULTE

SEBESI SZILÁRD¹, BÁLINT JÓZSEF², GÁSPÁRIK ILDIKÓ³, ÁBRÁM ZOLTÁN⁴

^{1,2}Doctorand Universitatea de Medicină și Farmacie, Tîrgu-Mureș, ^{3,4}Universitatea de Medicină și Farmacie, Tîrgu-Mureș

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

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

INTRODUCERE

Specialiștii susțin că în jur de fiecare a cincea persoană suferă de o tulburare psihică, în timp ce o treime dintre noi riscăm să avem o problemă psihică de-a lungul vieții. În ultimul timp, problemele psihice și bolile cauzate de ele au devenit din ce în ce mai răspândite, la baza lor de multe ori fiind depresia. Prevalența ei a crescut mult în ultimele decenii, în toată lumea, dar și în țara noastră.(1,2) Este cauza principală a scăderii capacității de muncă, și se situează între primele boli care au efecte sociale cele mai accentuate.(3)

Deoarece bolile psihice afectează în primul rând populația tânără angajată în activitatea productivă, au o evoluție îndelungată și un potențial apreciabil de cronicitate și defectivitate, gradul de incapacitate temporară de muncă și de invaliditate pe care le determină este relativ ridicat. Astfel, sub raportul indicelui de gravitate, bolile psihice se situează pe locul al patrulea (urmând afecțiunilor aparatului respirator, bolilor digestive și accidentelor), iar sub aspectul indicelui de invaliditate ele ocupă locul al treilea după bolile cardiovasculare și pulmonare.(4)

În ceea ce privește cauza depresiilor, acestea nu sunt foarte clar determinate. Se știe că depresiile sunt corelate cu modificări extrem de importante în biochimia cerebrală, se știe destul de mult despre încărcătura genetică, unii indivizi sunt mai predispuși să facă astfel de depresii decât alții. Evenimentele de viață joacă un rol precipitant, îndeosebi cele produse în ultimele trei luni, dar nu cauzează depresia. Trebuie amintite și tulburările de adaptare de tip depresiv, ce presupun un factor de stres.(5)

Pe harta incidenței bolilor psihice, între țările europene, România se afla pe locul 5 în statisticile Organizației Mondiale a Sănătății. Cele mai multe cazuri noi declarate de specialiști sunt cele cauzate de depresii, tulburări anxioase și nevrotice. În toate statisticile OMS, rata sinuciderilor este considerată un indicator foarte important al sănătății mintale a unui popor.(6)

În ultimul timp s-au efectuat multe studii privind epidemiologia psihiatrică care au fost axate cu precădere asupra prevalenței bolilor psihice în funcție de sex, vârstă, statut marital, mediu urban, migrare, nivel socio-cultural etc. Studiind obiceiurile de viață ale diferitelor grupe populaționale, cercetătorii târgumureșeni au urmărit starea de sănătate în relație cu diferite aspecte fizice, psihice și sociale.(7,8,9)

SCOP

Scopul acestui studiu este acela de a analiza frecvența sindromului depresiv, relația dintre starea de depresie a populației adulte și diferiți factori sociali.

MATERIAL ȘI METODĂ DE LUCRU

În anii 2009-2010 s-a efectuat un studiu pe un lot reprezentativ din trei orașe mai mari (reședință de județ), folosind un chestionar foarte complex. Completarea chestionarelor s-a făcut benevol și anonim sub forma interviului la domiciliu. Unele dintre întrebări s-au orientat la acuzele subiective ale celor chestionați și la îmbolnăvirile constatate, dintre care și la bolile psihice, respectiv la datele privind tratamentul acestora, urmărind acele caracteristici ale stilului de viață care poate să fie în relație cu acuzele și îmbolnăvirile

¹Autor corespondent: Sebese Szilárd, Str. Gheorghe Marinescu, Nr. 38, 540139 Tîrgu-Mureș, România, E-mail: sbsszilard@yahoo.com
Articol intrat în redacție în 16.07.2013 și acceptat spre publicare în 20.09.2013
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Decembrie 2013;2(4):21-24

constatate. În această lucrare analizăm în special datele privind frecvența sindromului depresiv al populației, relația dintre starea de depresie a populației adulte și diferiți factori sociali.

În studiul nostru pentru măsurarea depresiei am folosit forma prescurtată a scalei de depresie Beck, care conține nouă întrebări la care răspunsul se dă pe baza unei scale cu patru răspunsuri posibile. Scala de depresie Beck este considerată metoda cea mai proprie pentru măsurarea matematică a depresiei, a tendinței la depresie. După calcularea punctajului din răspunsurile primite de la întrebări, la aprecierea rezultatului se urmăresc următoarele: 0-9 puncte – nu este depresiv (lipsa depresiei); 10-18 puncte: sindrom depresiv slab (depresie minimă); 19-24 puncte: sindrom depresiv mediu (depresie moderată); peste 25 puncte: sindrom depresiv grav (depresie severă).(10)

În cadrul metodologiei aplicate s-a urmărit condiția de reprezentativitate la populația adultă studiată în funcție de vârstă, sex și localitate. Alegerea eșantionului s-a făcut întâmplător, aplicând metoda de stratificare multiplă. Stratificarea s-a făcut după următoarele criterii: sex, vârstă (trei categorii de vârstă aplicate: 18-39 ani, 40-59 ani, peste 60 ani), localitate, ocupație. Treptele alegerii eșantionului au fost: alegerea localităților din studiu, alegerea domiciliilor implicate în studiu din cadrul localităților urmărite (cartier, stradă, casă sau bloc, apartament), alegerea persoanei interogate din cadrul domiciliului. Studiul nu s-a referit la domiciliu, ci la câte o persoană din cadrul domiciliului intrat în eșantion, neînlocuibil cu alt membru al familiei. În cazul refuzului, s-au ales persoane de pe lista de schimb, sau alte persoane din locuințele învecinate, luând în considerare criteriile eșantionajului efectuat.

Alegerea eșantionului s-a făcut pe baza listei de alegători aflate la departamentul statistic al primăriilor din localitățile intrate în studiu. S-au luat în considerare datele statistice ale recensământului din anul 2002, astfel proporțiile locuitorilor după sex, vârstă, naționalitate. Urmărind criteriile sus menționate, s-a ales la urmă câte un lot reprezentativ în cele trei municipii. Cele trei loturi erau următoarele: Tîrgu-Mureș – 149 persoane (41,97%), Miercurea-Ciuc – 106 persoane (29,86%) și Sfântu Gheorghe – 100 persoane (28,17%). Lotul total era de N=355 persoane.

Sintetizarea și analiza datelor, efectuarea iconografiei (tabele, grafice), calculul statistic s-a făcut în programul SPSS, varianta 11.0. Calculul de semnificație s-a efectuat în intervalul de 95%, când $p < 0,05$ s-a considerat diferență semnificativă.

REZULTATE

Repartizarea pe sexe a persoanelor intervievate a fost următoarea: 175 bărbați (49,3%) și 180 femei (50,7%). Repartizarea în funcție de vârstă la întregul lot a fost următoarea: 129 persoane (36,3%) între 18-39 ani, 137 persoane (38,6%) între 40-59 ani și 89 persoane (25,1%) peste 60 ani. Lotul s-a repartizat și în funcție de situația familială, arătând următoarea distribuție: 26,3% necăsătorit, trăiește singur, 51,1% trăiește cu soț/soție, 1,4% nu trăiește împreună cu soț/soție, nefiind divorțat, 3,7% trăiește în concubinaj, 7,3% este procentajul celor divorțați și 10,2% al celor văduvi.

Prelucrând datele de la varianta scurtă a scalei de depresie Beck, se constată că în lotul nostru 42,3% dintre adulții interogați acuză simptome de depresie. Semnele slabe și medii ale depresiei clinice sunt întâlnite la majoritatea lor (31,3%), dar și semnele accentuate sunt bine reprezentate (11,1%). Rezultatele arată pe de altă parte că un procentaj de 57,7% din populația urmărită nu prezintă semne ale depresiei.

Dacă urmărim prevalența depresiei, al sindromului depresiv în funcție de sex, se constată că femeile sunt mai depresive decât bărbații ($\chi^2=4,13$; $p < 0,05$). Diferențe

semnificative există la sindromul depresiv mediu (12,4% la femei și 6,3% la bărbați), pe de altă parte nu sunt diferențe în cazul predispoziției la depresie slabă sau depresie gravă. Punctajul mediu primit după completarea chestionarului de depresie Beck depășește 10 puncte la ambele sexe, fiind mai mare la femei: $11,91 \pm 0,78$ (tabelul nr. 1.).

Tabelul nr. 1. Sindromul depresiv în funcție de sex

Sex	Nu e depresiv	Depresie slabă	Depresie medie	Depresie gravă	Punctaj Beck±SE
Bărbați	60.9%	21.8%	6.3%	10.9%	10,22±0,79
Femei	54.5%	21.9%	12.4%	11.2%	11,91±0,78
Total	57.7%	21.9%	9.4%	11.1%	11,07±0,56

Sindromul depresiv depinde în mare măsură de vârstă, nivelul de semnificație fiind înalt ($\chi^2=18,75$; $p < 0,001$). Pe când semnele depresiei slabe s-au găsit aproape în același procentaj în toate cele trei grupe de vârstă, prevalența sindromului depresiv mediu și grav a crescut mult cu vârsta. Dacă ne uităm la sindromul depresiv grav, generația de vârstă medie are aproape aceeași valoare ca și vârstnicii, fapt care este un semn al suprasolicitării psihice al persoanelor între 40-59 ani. Se poate constata că și punctajul Beck la această grupă de vârstă este mai apropiată de punctajul primit la persoanele peste 60 ani, decât la tinerii (tabelul nr. 2.).

Tabelul nr. 2. Sindromul depresiv în funcție de vârstă

Vârstă	Nu e depresiv	Depresie slabă	Depresie medie	Depresie gravă	Punctaj Beck±SE
18-39 ani	69.5%	21.9%	5.5%	3.1%	7,50±0,63
40-59 ani	54.0%	21.2%	9.5%	15.3%	12,39±0,95
Peste 60 ani	46.0%	23.0%	14.9%	16.1%	14,27±1,30
Total	57.7%	21.9%	9.4%	11.1%	11,07±0,56

S-au constatat diferențe privind tendința la depresie în funcție de localități. La populația adultă din municipiile Miercurea-Ciuc și Sfântu-Gheorghe valorile erau mai mari, decât la populația adultă din municipiul Tîrgu-Mureș. La sindromul depresiv mediu sau grav, diferențele puteau să fie chiar de 2-3 ori ($\chi^2=6,61$; $p < 0,01$). Aceste date subliniază că nu numai mediul urban în sine este un factor de predispoziție la depresie, ci totodată orașele mici promovează mai mult tendința la depresie față de orașele mai mari (tabelul nr. 3.).

Tabelul nr. 3. Sindromul depresiv în funcție de localitate

Localitate	Nu e depresiv	Depresie slabă	Depresie medie	Depresie gravă	Punctaj Beck±SE
M. Ciuc	48.6%	26.7%	9.5%	15.2%	12,80±1,05
Sf. Gheorghe	58.2%	15.3%	16.3%	10.2%	11,79±1,10
Tg. Mureș	63.8%	22.8%	4.7%	8.7%	9,39±0,80
Total	57.7%	21.9%	9.4%	11.1%	11,07±0,56

Un factor extrem de important al depresiei este școlarizarea. Școala dă prilej la însușirea diferitelor posibilități de comunicare, dă posibilitate la dezvoltarea relațiilor. Apariția simptomelor privind sindromul depresiv grav este cel mai mare la persoanele cu 8 clase și la școală de ucenici, persoane fără bacalaureat. La persoanele cu studii superioare media este sub media întregului lot, dar totuși mai mare decât la persoanele care au terminat numai liceu, fără continuarea studiilor ($\chi^2=20,949$; $p<0,001$). Analizând punctajul Beck, se poate constata că la persoanele cu numai 8 clase, valoarea medie a punctajului este la granița dintre sindromul depresiv slab și mediu ($18,33\pm 2,04$), și la două treimi din acest lot de persoane, slab școlarizate, depășește limita depresiei slabe. Valorile medii cele mai mici, situate sub media lotului studiat, sunt la persoanele cu liceu și cu studii superioare: $8,46\pm 0,79$, respectiv $9,91\pm 1,03$ (tabelul nr. 4).

Tabelul nr. 4. Sindromul depresiv în funcție de școlarizare

Școlarizare	Nu eDepresie depresiv	Depresie slabă	Depresie medie	Depresie gravă	Punctaj Beck±SE
8 clase	33.3%	22.2%	19.4%	25.0%	18,33±2,04
Școală de ucenici	47.5%	35.0%	2.5%	15.0%	13,00±1,63
Școală profesională	51.0%	30.6%	12.2%	6.1%	10,47±1,47
Liceu	69.7%	17.2%	6.6%	6.6%	8,46±0,79
Studii superioare	62.6%	18.7%	9.9%	8.8%	9,91±1,03
Total	57.7%	21.9%	9.4%	11.1%	11,07±0,56

Privind situația familială, se constată că în cazul celor căsătoriti avem punctajul Beck cel mai mic și predispoziție mai mică la depresia medie și gravă. Cele mai mari punctaje avem în cazul persoanelor divorțate sau văduve, când tendința la depresie este mai mare, chiar și la formele mai grave. După calculele statistice efectuate se constată o semnificație de $p<0,05$ ($\chi^2=5,04$) (tabelul nr. 5).

Tabelul nr. 5. Sindromul depresiv în funcție de situația familială

Situație familială	Nu eDepresie depresiv	Depresie slabă	Depresie medie	Depresie gravă	Punctaj Beck±SE
Necăsătorit	59.6%	23.6%	11.6%	5.2%	10,66±1,65
Soț/soție	65.5%	25.1%	6.6%	2.8%	9,54±1,06
Divorțat	48.7%	28.4%	15.8%	9.1%	13,83±1,87
Văduv	51.8%	23.4%	13.6%	11.2%	13,16±1,69
Alte	52.9%	22.7%	15.5%	8.9%	12,31±1,33
Total	57.7%	21.9%	9.4%	11.1%	11,07±0,56

Tendința la depresie, frecvența simptomelor depresive are legături strânse și cu alți factori care merită să fie studiați (locul de muncă, condițiile de locuit, situația financiară etc.). În funcție de locul de muncă, dintre persoanele cu tendință la depresie 36,4% sunt inactivi economic, 27,3% sunt funcționari publici, 27,3% cu alte locuri de muncă, 9,1% muncitori fără locuri de muncă stabile.

Se cunoaște bine rolul stresului, ca și factor favorizant, în determinarea depresiei. Însă, situațiile de stres în sine nu dăunează sănătății dacă reușim să le învingem. De aceea, analiza

chestionarului de evaluare a stresului, respectiv al chestionarului de rezolvare a conflictului poate să mai aducă date și informații importante privind starea și predispoziția la depresie. Aceste analize însă nu stau la baza cercetării noastre.

DISCUȚII

Se constată că în ultimul timp problemele psihice și bolile cauzate de ele au devenit din ce în ce mai răspândite, la baza lor de multe ori fiind depresia. Conform constatărilor și prevederilor Organizației Mondiale a Sănătății, în următorul deceniu problemele cele mai grave ale medicinei vor constitui bolile psihice și consecințele lor, în special depresia. Se estimează că în anul 2025 fiecare a patra persoană de pe glob va suferi de o boală psihică în cursul vieții sale. Îmbolnăvirile psihice contribuie în mare măsură la scăderea capacității de muncă, la diminuarea calității vieții, și pot fi factori de risc în apariția diferitelor boli. (6,11)

Astăzi în rândul populației cu vârsta între 15-44 ani, depresia cauzează o parte importantă a îmbolnăvirilor. Aproximativ 30% dintre pierderile cauzate de totalitatea îmbolnăvirilor sunt de origine psihică, și diferite disfuncții sau boli psihice stau la baza lor. Daunele sunt de cinci ori mai mari decât cele cauzate de îmbolnăvirile cardiovasculare. (12)

Majoritatea studiilor privind elementele demografice ale epidemiologiei psihiatrice au fost axate cu precădere asupra prevalenței bolilor psihice în funcție de sex, vârstă sau statut marital, oferind în această privință date care nu sunt încă pe deplin cristalizate.

Activitățile preventive, eforturile pentru reducerea prevalenței depresiei trebuie să fie pe prim plan. (13,14)

CONCLUZII

Prevalența depresiei a crescut mult în ultimele decenii, în toată lumea, dar și în țara noastră. Frecvența sindromului depresiv al populației depinde de diferiți factori.

Dacă urmărim prevalența depresiei în funcție de sex, se constată că femeile sunt mai depresive decât bărbații. Predispoziția la sindromul depresiv crește în mare măsură cu vârsta, cu școlarizarea insuficientă și cu situația familială deficitară, este mai mare în orașele mici și la șomeri, persoanele fără locuri de muncă stabile.

Totodată și alți factori, ca lipsa condițiilor de locuit, problemele personale și cele financiare, apartenența de grupuri socio-culturale inferioare, abilități de comunicare deficitare sau greutăți în reducerea stresului, au legături strânse cu apariția și intensitatea simptomelor și a sindromului depresiv.

REFERINȚE

1. Anuar de statistică sanitară 2008. București: Ministerul Sănătății; 2009.
2. Grecu G, Gabos Grecu I, Gabos Grecu M. Depresia: aspecte epidemiologice, clinice și terapeutico-profilactice. Târgu-Mureș: Ed. Ardealul; 2000.
3. Ember I, Kiss I, Cseh K. Népegészségügyi orvostan. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara; 2013.
4. Cooper B. Mental health epidemiology today. Epidemiol Psychiatr Sci; 2012;21(2):171-173.
5. Kopp M., Skrabski Á. Lelki egészségünk. Természet Világa. 2003;89:37-40.
6. The World Health Report 2009. Geneva: World Health Organization; 2010.
7. Ábrám Z. et al. A felnőtt lakosság testi-lelki egészsége, a háttértenyezők szerepe. Orvostudományi Értesítő. 2004;77:191-195.

8. Sebesi Sz, Gábos Grecu J, Ábrám Z. Depresszió és szorongás a nemek függvényében / Gender Related Depression and Anxiety, Magyar Epidemiológia-Hungarian Epidemiology; 2011;8:S33.
9. Zanoschi G, Duda R, Iliescu L. Studiu epidemiologic privind problemele medicale și psiho-sociale. Revistă de Igienă și Sănătate Publică. 2000;50:14-19.
10. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI – Fast Screen for Medical Patients. The Psychological Corporation, A Hartcourt Assessment Company; 2000.
11. Wiley JA, Comacho TC. Lifestyle and future health. Preventive Medicine. 2006;29:1-21.
12. Thapar A, et al. Depression in adolescence. Lancet; 2012;79:1056.
13. Cassens BJ. Preventive medicine and public health. Philadelphia: Harwal Publishing; 2008.
14. Clark K, Weir C. A review of depression prevention in primary care. W V Med J. 2012;108(3):64-68.