

KLAIPĖDOS MIESTO ŠEIMOS GYDYTOJO PACIENTŲ DEPRESIJOS IR NERIMO PAPLITIMAS

Gintarė Sirutytė, Rūta Radzevičienė-Jurgutė, Arvydas Martinkėnas, Arnoldas Jurgutis

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakultetas

Santrauka

Tyrimo tikslas – išanalizuoti pas savo šeimos gydytoją apsilankiusių Klaipėdos miesto gyventojų depresijos ir nerimo paplitimą.

Atlikta anketinė apklausa Klaipėdos mieste esančioje pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje ir jos filialuose. Apklausta 212 respondentų (74 vyrai ir 138 moterys). Tirtų vyrų amžiaus vidurkis buvo 39,1 m. (SN = 15,3 m.), moterų – 41,4 m. (SN = 14,4 m.) ($p = .277$). Duomenys analizuoti IBM SPSS v.21 programa. Taikyti neparametriniai analizės metodai. Reikšmingumo lygmuo tikrinant statistines hipotezes buvo 0,05.

Rezultatai. Atžvelgiant į visus galimus sunkumo laipsnius depresija (41 proc.) ir nerimas (40 proc.) dažniau nustatyti moterims nei vyrams (atitinkamai 31 proc. ir 20 proc., $p = 0,004$). Depresijos (65–67 proc.) epizodai ir lengvas nerimas (65–79 proc.), kurie nebuvo traktuojami kaip psichikos sveikatos sutrikimai, dažniau nustatyti jaunesnio amžiaus tiriamiesiems. Vidutinio ir vidutiniškai sunkaus nerimo atvejų daugiau diagnozuota vidutinio ir vyresnio amžiaus respondentams (35–50 proc.). Dažniausiai nerimas nustatytas tiriamiesiems, kuriems buvo daugiau kaip 60 metų (67 proc.). Nerimas ir depresija, atsižvelgiant į visus jų sunkumo laipsnius, dažnesni žemesnį išsilavinimą įgijusiems tiriamiesiems (50 proc.). Vidutinio ir vidutiniškai sunkaus nerimo daugiausia atvejų nustatyta našliams (75 proc.), o sunkaus nerimo atvejai dažnesni išsiskyrusių asmenų grupėje (64 proc.), reikšmingai daugiau nei vedusių respondentų (29 proc.) grupėje ($p = 0,001$).

Išvados. Didžioji dauguma respondentų nevartojo vaistų depresijai gydyti ar nerimui ir stresui mažinti. Psichologines problemas savo šeimos gydytojui dažniausiai buvo linkę išsakyti vyresnio amžiaus bei žemesnio išsilavinimo respondentai. Puikiai savo sveikatą įvertino tik penktadalis tiriamų moterų ir kiek mažiau nei ketvirtadalis vyrų. Daugiau nei pusė tiriamų asmenų savo psichikos sveikatą įvertino gerai.

Reikšminiai žodžiai: depresija, nerimas, psichikos sveikatos sutrikimai, šeimos gydytojas.

ĮVADAS

Žinių apie depresijos ir nerimo diagnozavimą bei gydymą trūkumas yra labai didelė problema, siekiant mažinti gyventojų sergamumo ir ligotumo šia liga rodiklius [1]. Kartais į šeimos gydytojus kreipiasi pacientai, turintys mediciniškai nepaaiškinamų simptomų. Tokie pacientai sunaudoja didžiulę dalį sveikatos priežiūros lėšų, kadangi ligai nustatyti gana dažnai skiriami netikslingi, brangūs tyrimai. Šeimos gydytojai (ŠG) dažnokai kritikuojami dėl netinkamo tokio pobūdžio problemų sprendimo ir valdymo. Dėl šios situacijos ŠG dažnai patiria nusivylimą, kadangi, viena vertus, jie negali skeptiškai žvelgti į tokių pacientų

būklės sudėtingumą ir turi priimti tam tikrus diagnostikos ir gydymo sprendimus. Antra vertus, jų pagrindinė atsakomybė – diagnozuoti rimtus tokių pacientų sveikatos sutrikimus, kurie negali likti neatpažinti. Šios situacijos priežasčių yra labai daug: menki psichosocialiniai šeimos gydytojų įgūdžiai, skirtingi paciento ir šeimos gydytojo lūkesčiai gydymo atžvilgiu, šeimos gydytojų psichikos sveikatos sutrikimų diagnostikos kompetencijos trūkumas, vis dar biomedicininio modelio taikymas, kai atskiriamas kūnas nuo psichikos, todėl sunku suvokti biologinių, psichologinių, tarpasmeninių ir medicininių faktorių sąveiką ir polinkį į įvairius funkcinis somatinius simptomus [2]. Būtina paskatinti šeimos gydytojus labiau domėtis depresija ir nerimu, norint išvengti ilgalaikio ir neefektyvaus gydymo bei neracionalaus pacientų siuntimo į psichiatrų konsultacijas [3]. Jei pacientai išsako savo nusiskundimus, jei jie ieško pagalbos, šeimos gydytojui yra lengviau padėti jiems, įskaitant gydymą ir kitų sveikatos

Adresas susirašinėti: Arvydas Martinkėnas
Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto
Medicinos technologijų katedra
Malūnininkų g. 4, 92294 Klaipėda
El. p. arvydas.martinkenas@ku.lt

priežiūros specialistų pagalbos užtikrinimą. Deja, ne visi pacientai, turintys psichikos sveikatos problemų, išsako jas savo šeimos gydytojui. Dėl to neretai tokio pobūdžio sveikatos problemos lieka nedidžios. Psichikos sveikatos sutrikimų turintys pacientai dažnai bijo pasakoti apie tokio pobūdžio problemas ŠG dėl įvairiausių priežasčių (trūksta žinių apie psichikos sutrikimų požymius, baimė, pačios ligos poveikis, dažnai tokiems pacientams sunku pažinti savo emocijas ir jas išreikšti). Dažnai pacientai mano, kad ŠG turi gydyti tik somatinės ligas, o psichologinės problemos nėra jų sritis, todėl tarp pacientų lūkesčių ir šeimos gydytojo yra atotrūkis. Dažnai pacientai „maskuoja“ psichologines problemas, įvardydami jas tam tikrais fiziais nusiskundimais [4]. Kaip savo tyrimuose parodė V. Adomaitienė ir kt., gydytojų apklausa atskleidė, kad daugelio jų praktikoje depresija yra aktuali, tačiau daugiau kaip pusė medikų nepakanka žinių apie depresijos diagnostiką, dar daugiau gydytojų trūksta žinių apie depresijos gydymą. Dauguma respondentų apie depresiją sužino iš medicininės literatūros ir farmacijos kompanijų atstovų teikiamos informacijos, kuri ne visada būna patikima ir orientuota į individualių pacientų poreikių tenkinimą. Savarankiškai depresiją diagnozuoja beveik visi apklausti ŠG, todėl žinių apie depresijos diagnostiką ir gydymą trūkumas yra rimta problema, siekiant mažinti Lietuvos gyventojų sergamumo ir ligotumo šia liga rodiklius. Atsižvelgiant į blogėjančius Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos rodiklius, ŠG žinias apie psichikos sutrikimų diagnostiką ir gydymą reikia plėsti, kartu tobulinti ŠG kvalifikaciją psichikos sveikatos srityje [1, 5, 6].

Depresija yra viena iš penkių dažniausių būklių, gydomų pirminės sveikatos priežiūros gydytojų. Be to, depresiniai sutrikimai – viena dažniausių apsilankymo priežasčių pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Pacientams depresijos epizodai pasireiškia įvairiais simptomais, iš jų akivaizdžiausias yra prislėgta nuotaika. Žmogus gali prarasti susidomėjimą įvairia veikla, skūstis išsiblaškyti. Pasireiškia neviltingas, bejėgiškumas ar didelis kaltės jausmas. Ligoniai gali jaustis pavargę net po nedidelės veiklos ar visai nedėję jokių pastangų. Jų judesiai gali būti vizualiai sulėtėję ar pagreitėję, sulėtėjęs kalbėjimo greitis, susilpnėjęs kalbėjimo garsas. Gydytojai turėtų atpažinti ir nespecifinius ženklus ar simptomus, įskaitant neapibrėžtus somatinius nusiskundimus, kurie gali būti susiję su depresiniu epizodu. Dažniausiai nenustatoma jokios somatinės nusiskundimų etiologijos. Tokie simptomai, kaip galvos skausmas, gastrointestiniai sutrikimai, kaulų ar raumenų skausmai, kurie

neišnyksta ir nesumažėja dėl tinkamo medikamentinio gydymo, gali būti depresinio epizodo klinika. Jei išlieka somatinių sutrikimų, gydytojai, nepaisydami adekvataus gydymo, turėtų pacientus įvertinti dėl depresijos [7]. Pakartotinai depresija susirgusių pacientus ŠG siunčia į psichiatro konsultaciją (apie 61,5 proc. atvejų). Psichiatrai jiems dažniausiai išrašo tuos pačius, anksčiau jau skirtus vaistus (73,4 proc. atvejų). Farmacininkai pažymi faktą, kad neretai žmonės prašo parduoti antidepresantų, neturėdami gydytojo recepto. Kadangi pasikartojančios depresijos atvejų daugėja, būtina paskatinti ŠG labiau domėtis ir gilinti savo žinias apie depresiją, kad jie galėtų imtis šios ligos valdymo, norėdami išvengti ilgalaikio ir neefektyvaus gydymo bei neracionalaus pacientų siuntimo į psichiatrų konsultacijas [8]. Nerimo sutrikimai priklauso labiausiai paplitusiems psichikos sutrikimams ir sudaro didelę našą ne tik pacientams, turintiems šių sutrikimų, bet ir sveikatos priežiūros sistemai [9]. Psichinių ir fizinių ligų nustatymas ir jų, kaip gretutinių ligų, įvertinimas išlieka prioritetine tyrimų ir reikšminga pirminės sveikatos priežiūros sritimi, žinant šeimos gydytojų reikšmę atpažįstant, diagnozuojant ir gydant psichikos ligas [10]. ŠG yra pajėgus užtikrinti prieinamą ir priimtina pirminę sveikatos priežiūrą visuomenei, taip pat teisingą ir racionalų sveikatos priežiūros išteklių paskirstymą [11].

Tyrimo tikslas – išanalizuoti pas savo šeimos gydytoją apsilankiusių Klaipėdos miesto gyventojų depresijos ir nerimo paplitimą.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Klaipėdos mieste esančioje pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje bei jos filialuose 2013 m. rugsėjo–lapkričio mėn. atlikta anketinė apklausa. Siekiant įvertinti asmenų, apsilankiusių pas savo šeimos gydytoją, depresijos ir nerimo paplitimą buvo sudaryta tyrimui adaptuota anketa, kurioje panaudotas psichikos sveikatos sutrikimų diagnostikos pirminėje sveikatos priežiūros grandyje instrumentas – paciento sveikatos klausimynas (angl. *Patient health Questionnaire*, PHQ). PHQ-9 klausimynas padeda įvertinti 9 depresijos simptomus pagal DSM-IV kriterijus depresijos lygiui tirti [12, 13]. Kiekvienas klausimas vertinamas balais: 0 – visai nekamavo, 1 – keletą dienų, 2 – daugiau nei pusę iš visų dienų, 3 – beveik kiekvieną dieną. Šio klausimyno atsakymai yra interpretuojami skaičiuojant bendrą balų sumą pagal keturias grupes: 1) 0–5 balai – lengva depresija arba depresijos epizodas, tokiam pacientui gydymas neskiriamas,

jam siūloma pakartotinai užpildyti klausimyną po tam tikro laiko; 2) 6–10 balų – vidutinė depresija, sprendžiamas klausimas apie galimą medikamentinį gydymą; 3) 11–15 balų – vidutiniškai sunki depresija, papildomai rekomenduojama psichoterapija; 4) 16–20 balų – sunki depresija, pacientui skiriamas medikamentinis gydymas, būtina psichikos sveikatos specialisto konsultacija, psichoterapija.

GAD-7 klausimynas, kuris įeina į anksčiau minėtą PHQ klausimyną, leidžia identifikuoti nerimo sutrikimą. Kiekvienas klausimas vertinamas balais: 0 – visai nekamavo, 1 – keletą dienų, 2 – daugiau nei pusę iš visų dienų, 3 – beveik kiekvieną dieną. Šio klausimyno atsakymai taip pat interpretuojami skaičiuojant bendrą balų sumą pagal keturias vertinimo grupes: 1) 0–5 balai – lengvas nerimo sutrikimas, pacientams gydymo nereikia; 2) 6–10 balų – vidutinis nerimo sutrikimas, pacientui siūloma po kurio laiko vėl užpildyti klausimyną, sprendžiamas klausimas dėl medikamentinio gydymo; 3) 11–15 balų – vidutiniškai sunkus nerimo sutrikimas, pacientui taikomas medikamentinis gydymas, psichikos sveikatos specialisto konsultacija; 4) 16–20 balų – sunkus nerimo sutrikimas, pacientui būtinas medikamentinis gydymas, psichikos sveikatos specialisto konsultacija.

Apklausta 212 respondentų: 74 vyrai, kurių amžiaus vidurkis buvo 39,1 m. (SN = 15,3 m.), ir 138 moterys, jų amžiaus vidurkis – 41,4 m. (SN = 14,4 m.), tarp lyčių $p = .277$. Tirta kontingento demografiniai ir klinikiniai rodmenys pateikti 1 lentelėje.

1 lentelė. Demografiniai ir klinikiniai rodmenys

	Vyrai n (proc.)	Moterys n (proc.)	Iš viso n (proc.)
Amžius			
18–30	28 (37,9)	30 (21,8)	58 (27,4)
31–40	16 (21,6)	49 (35,5)	65 (30,7)
41–50	10 (13,5)	25 (18,1)	35 (16,5)
51–60	10 (13,5)	18 (13,0)	28 (13,2)
61–70	8 (10,8)	9 (6,5)	17 (8,0)
> 70	2 (2,7)	7 (5,1)	9 (4,2)
Išsilavinimas			
Nebaigtas vidurinis	8 (10,8)	6 (4,3)	14 (6,6)
Vidurinis	32 (43,2)	37 (26,8)	69 (32,6)
Aukštesnysis	10 (13,5)	24 (17,4)	34 (16,0)
Aukštasis (kolegija)	7 (9,5)	20 (14,5)	27 (12,7)
Universitetinis	17 (23)	51 (37)	68 (32,1)
Šeiminė padėtis			
Vedę	42 (56,7)	91 (65,9)	133 (62,7)
Nevedę	25 (33,8)	24 (17,4)	49 (23,1)
Išsiskyre	6 (8,1)	16 (11,6)	22 (10,4)
Našliai	1 (1,4)	7 (5,1)	8 (3,8)

Lyginant skirstinius tarp grupių χ^2 kriterijus taikytas kategoriniams, Mano ir Vitnio ar Studento kriterijai – kiekybiniais kintamiesiems, priklausomai nuo normalumo sąlygų atitikties. Tikimybėms tarp grupių palyginti pasitelktas z kriterijus. Kiekybinių kintamųjų ryšiui vertinti naudotas Pirsono koreliacijos koeficientas. Statistinių hipotezių reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$. Duomenų analizė atlikta naudojant MS Excel 2010 ir SPSS 20 programinę įrangą.

REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Tyrimo metu nustatyta, kad daugiau nei pusė apklaustų respondentų, apsilankusių pas savo šeimos gydytoją, neturėjo depresijos simptomų (epizodas nebuvo traktuojamas kaip psichikos sveikatos sutrikimas): tokių vyrų buvo 68,9 proc., moterų – 58,7 proc. Vidutinio sunkumo depresija nustatyta 24,3 proc. vyrų ir 33,3 proc. moterų. Vidutiniškai sunkios ir sunkios depresijos, kai reikia skubios psichikos sveikatos specialisto konsultacijos, medikamentinio gydymo bei psichoterapijos, vyrų grupėje buvo 6,8 proc., moterų – 8 proc. atvejų. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp vyrų ir moterų depresijos sunkumo lygio nenustatyta ($p > 0,05$).

Išanalizavus depresijos paplitimą tiriamųjų amžiaus atžvilgiu statistiškai reikšmingų skirtumų taip pat nenustatyta ($\chi^2 = 12,1$, $l/s = 12$, $p = 0,441$) (2 lentelė). Depresijos epizodas, kuris netraktuojamas kaip psichikos sveikatos sutrikimas, dažniausiai nustatytas tiriamiesiems, kurie buvo ≤ 30 m. (65,5 proc.) ir 31–40 m. (67,7 proc.) amžiaus grupėse. Vidutinė depresija dažniausiai nustatyta 51–60 m. (42,9 proc.) amžiaus grupėje, o rečiausiai – 31–40 m. (23,1 proc.) ir > 60 m. (23,1 proc.) amžiaus grupėse. 41–50 m. amžiaus respondentams vidutinio sunkumo depresijos atvejų nenustatyta. Sunki depresija dažniausiai diagnozuota vyresniems nei 60 m. amžiaus respondentams (3,8 proc.), rečiausiai – 31–40 m. (1,5 proc.) asmenims.

Analizuojant depresijos sunkumo laipsnio paplitimą priklausomai nuo išsilavinimo, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai ($\chi^2 = 25,125$, $l/s = 12$, $p = 0,014$) (2 lentelė). Tiriamiesiems, turintiems nebaigtą vidurinį išsilavinimą, dažniausiai buvo diagnozuota vidutinė, vidutiniškai sunki (po 21,4 proc.) ir sunki depresija (14,3 proc.). Depresijos epizodų buvo mažiau kaip pusė atvejų (42,9 proc.). Vidurinį išsilavinimą įgijusiems respondentams daugiausia nustatyta vidutinės depresijos (27,5 proc.) atvejų. Sunki depresija nustatyta 1,4 proc., vidutiniškai sunki – 2,9 proc. respondentų, depresijos

2 lentelė. Klaipėdos miesto gyventojų, apsilankusių pas šeimos gydytoją, depresijos sunkumo laipsnio paplitimas priklausomai nuo išsilavinimo, amžiaus ir šeiminių padėties

	Depresijos sunkumas				Iš viso
	Lengva (be depresijos)	Vidutinė	Vidutiniškai sunki	Sunki	
Amžius	$(\chi^2 = 12,1, IIs = 12, p = 0,441)$				
≤ 30 m.	38 (65,5)	18 (31,0)	1 (1,7)	1 (1,7)	58 (100)
31–40 m.	44 (67,7)	15 (23,1)	5 (7,7)	1 (1,5)	65 (100)
41–50 m.	21 (60,0)	13 (37,1)	0	1 (2,9)	35 (100)
51–60 m.	13 (46,4)	12 (42,9)	2 (7,1)	1 (3,6)	28 (100)
> 60 m.	16 (61,5)	6 (23,1)	3 (11,5)	1 (3,8)	26 (100)
Iš viso	132 (62,2)	64 (30,2)	11 (5,2)	5 (2,4)	212 (100)
Išsilavinimas	$(\chi^2 = 25,1, IIs = 12, p = 0,014)$				
Nebaigtas vidurinis	6 (42,9)	3 (21,4)	3 (21,4)	2 (14,3)	14 (100)
Vidurinis	47 (68,1)	19 (27,5)	2 (2,9)	1 (1,4)	69 (100)
Aukštesnysis	19 (55,9)	12 (35,3)	3 (8,8)	0	34 (100)
Kolegija	14 (51,9)	11 (40,7)	2 (7,4)	0	27 (100)
Universitetinis	46 (67,6)	19 (27,9)	1 (1,5)	2 (2,9)	68 (100)
Iš viso	132 (62,2)	64 (30,2)	11 (5,2)	5 (2,4)	212 (100)
Šeiminė padėtis	$(\chi^2 = 27,3, IIs = 9, p = 0,001)$				
Vedę	94 (70,7)	34 (25,6)	4 (3,0)	1 (0,8)	133 (100)
Nevedę	28 (57,1)	18 (36,7)	2 (4,1)	1 (2,0)	49 (100)
Išsiskyre	8 (36,4)	8 (36,4)	4 (18,2)	2 (9,1)	22 (100)
Našliai	2 (25,0)	4 (50,0)	1 (12,5)	1 (12,5)	8 (100)
Iš viso	132 (62,2)	64 (30,2)	11 (5,2)	5 (2,4)	212 (100)

epizodai sudarė 68,1 proc. Reikia pasakyti, kad sunkios depresijos atvejų nenustatyta tiriamiesiems, įgijusiems aukštesnįjį ar aukštąjį (kolegijos) išsilavinimą. Respondentų, turinčių aukštesnįjį išsilavinimą, depresijos epizodai sudarė 55,9 proc. atvejų, o vyravo vidutinė depresija (35,3 proc.). Vidutiniškai sunkios depresijos nustatyta 8,8 proc. atvejų. Aukštąjį (kolegijos) išsilavinimą įgijusių respondentų grupėje depresijos epizodai sudarė 51,9 proc. atvejų, dažniausia – vidutinė depresija (40,7 proc.). Vidutiniškai sunki depresija nustatyta 7,4 proc. respondentų. Universitetinį išsilavinimą turinčių respondentų grupėje dažniausi buvo depresijos epizodai (67,7 proc.) ir vidutinė depresija (27,9 proc.), reti – vidutiniškai sunkios depresijos (1,5 proc.) ir sunkios depresijos (2,9 proc.) atvejai.

Depresijos sunkumo lygio paplitimas respondentų šeiminių padėties atžvilgiu buvo statistiškai reikšmingai skirtingas ($\chi^2 = 27,3, IIs = 9, p = 0,001$). Depresija (depresijos epizodas) dažniausiai nenustatyta vedusiems apklausos dalyviams – tokių buvo net

70,6 proc. Mažiausiai depresijos epizodų nustatyta našliams (25 proc.). Daugiau nei pusė depresijos epizodų buvo nustatyta nevedusiems tiriamiesiems (57,1 proc.), daugiau nei ketvirtadalis – išsiskyrusiems apklausos dalyviams (36,4 proc.). Dažniausiai vidutinė depresija diagnozuota našliams (50 proc.), šiek tiek mažiau – nevedusių (36,7 proc.) ir išsiskyrusių (36,3 proc.) respondentų grupėse. Pažymėtina tai, kad mažiausiai vidutinės depresijos atvejų nustatyta vedusiems tiriamiesiems asmenims (25,6 proc.). Vidutiniškai sunki depresija dažniausiai diagnozuota išsiskyrusiems respondentams (18,2 proc.) ir našliams (12,5 proc.). Mažiausiai vidutiniškai sunkios depresijos atvejų nustatyta nevedusiems (4,1 proc.) ir vedusiems respondentams (3 proc.). Taip pat tyrimo rezultatai parodė, kad daugiausia sunkios depresijos atvejų nustatyta našliams (12,5 proc.) ir išsiskyrusiems tiriamiesiems asmenims (9,1 proc.). Rečiausiai sunki depresija diagnozuota vedusiems (0,8 proc.) ir nevedusiems (2 proc.) respondentams.

Tarp tyrimo dalyvių depresijos sunkumo ir jų nerimo lygio nustatytas stiprus teigiamas Pirsono koreliacijos ryšys ($r = 0,70, p < 0,01$).

Klaipėdos miesto vyrų ir moterų, besilankančių pas šeimos gydytoją, nerimo pasireiškimo sunkumo lygiai reikšmingai skyrėsi ($\chi^2 = 10,5, IIs = 3, p = 0,014$). Net 79,7 proc. vyrų ir tik 59,4 proc. ($z = 3,24, p = 0,004$) moterų nepasireiškė nerimo simptomų. Vidutinis nerimo sutrikimas nustatytas 13,5 proc. vyrų ir 31,9 proc. moterų ($z = 3,27, p = 0,004$). Vidutiniškai sunkaus ir sunkaus vyrų nerimo atvejų buvo 6,8 proc., moterų – 8,7 proc.

Tarp nerimo intensyvumo paplitimo ir respondentų amžiaus nustatytas teigiamas Pirsono koreliacinis ryšys ($r = 0,24, p < 0,01$).

Analizuojant tyrimo duomenis paaiškėjo, kad dažniausiai lengvas nerimas buvo nustatytas tiriamiesiems, kuriems buvo 18–30 m. (79,4 proc.) ir 41–50 m. (71,4 proc.) (3 lentelė). Vidutinio sunkumo nerimo atvejų mažiausiai nustatyta 18–30 m. (17,2 proc.) ir 41–50 m. (20 proc.) amžiaus grupėse. Daugiausia vidutiniškai sunkaus nerimo atvejų diagnozuota vyresniems nei 60 m. (11,5 proc.), sunkaus nerimo – 51–60 m. (10,7 proc.) tiriamiesiems. Sunkaus nerimo nebuvo jaunesnių nei 30 m. amžiaus grupėje ir nustatyta tik keliems respondentams, kurie buvo 31–40 m. amžiaus (1,5 proc.) (3 lentelė).

Nerimo atvejų nenustatyta respondentams, kurie buvo įgiję universitetinį (73,5 proc.) ir vidurinį išsilavinimą (72,5 proc.). Vidutinio sunkumo nerimas dažniausiai nustatytas tiems tiriamiesiems asmenims, kurie

3 lentelė. Klaipėdos miesto gyventojų, apsilankusių pas šeimos gydytoją, nerimo sunkumo laipsnio paplitimas priklausomai nuo išsilavinimo, amžiaus ir šeiminių padėties

	Nerimo sunkumas				Iš viso
	Lengvas (be nerimo)	Vidutinis	Vidutiniškai sunkus	Sunkus	
Amžius	$(\chi^2 = 19,2, \text{lls} = 12, p = 0,083)$				
≤ 30 m.	46 (79,3)	10 (17,2)	2 (3,4)	0	58 (100)
31–40 m.	42 (64,6)	20 (30,8)	2 (3,1)	1 (1,5)	65 (100)
41–50 m.	25 (71,4)	7 (20,0)	2 (5,7)	1 (2,9)	35 (100)
51–60 m.	14 (50,0)	10 (35,7)	1 (3,6)	3 (10,7)	28 (100)
> 60 m.	14 (53,8)	7 (26,9)	3 (11,5)	2 (7,7)	26 (100)
Iš viso	141 (66,5)	54 (25,5)	10 (4,7)	7 (3,3)	212 (100)
Išsilavinimas	$(\chi^2 = 18,6, \text{lls} = 12, p = 0,089)$				
Nebaigtas vidurinis	7 (50,0)	3 (21,4)	3 (21,4)	1 (7,1)	14 (100)
Vidurinis	50 (72,5)	17 (24,6)	1 (1,4)	1 (1,4)	69 (100)
Aukštesnysis	20 (58,8)	11 (32,4)	2 (5,9)	1 (2,9)	34 (100)
Kolegija	14 (51,9)	10 (37,0)	1 (3,7)	2 (7,4)	27 (100)
Universitetinis	50 (73,5)	13 (19,1)	3 (4,4)	2 (2,9)	68 (100)
Iš viso	141 (66,5)	54 (25,5)	10 (4,7)	7 (3,3)	212 (100)
Šeiminė padėtis	$(\chi^2 = 18,9, \text{lls} = 9, p = 0,026)$				
Vedę	93 (69,9)	31 (23,3)	4 (3,0)	5 (3,8)	133 (100)
Nevedę	35 (71,4)	11 (22,5)	3 (6,1)	0	49 (100)
Išsiskyrę	11 (50,0)	8 (36,4)	1 (4,5)	2 (9,1)	22 (100)
Našliai	2 (25,0)	4 (50,0)	2 (25,0)	0	8 (100)
Iš viso	141 (66,5)	54 (25,5)	10 (4,7)	7 (3,3)	212 (100)

turėjo kolegijos (37 proc.) ir aukštesnį išsilavinimą (32,4 proc.). Vidutinio sunkumo nerimas nustatytas mažiau nei ketvirtadaliui respondentų, įgijusių vidurinį (24,6 proc.) ir nebaigtą vidurinį išsilavinimą (21,4 proc.). Mažiausiai vidutinio sunkumo nerimo atvejų diagnozuota respondentams, kurie buvo baigę universitetus (19,1 proc.). Vidutiniškai sunkaus nerimo atvejų mažiausiai nustatyta apklausos dalyviams, turintiems vidurinį išsilavinimą (1,4 proc.). Dažniausiai (net 21,4 proc.) vidutiniškai sunkus nerimas nustatytas respondentams, kurie turėjo nebaigtą vidurinį išsilavinimą. Sunkaus nerimo atvejų mažiausiai buvo vidurinio išsilavinimo (1,4 proc.), daugiausiai – kolegijos (7,4 proc.) ir nebaigto vidurinio išsilavinimo (7,1 proc.) respondentų grupėse. Nerimo sunkumo lygis nepriklausė nuo respondentų išsilavinimo ($\chi^2 = 18,6, \text{lls} = 12, p = 0,089$).

Tyrimo metu nustatyta, kad nerimo sunkumo lygis statistiškai reikšmingai priklausė nuo šeiminių padėties ($\chi^2 = 18,9, \text{lls} = 9, p = 0,026$). Dažniausiai nerimo atvejų nebuvo nustatyta nevedusių

respondentų grupėje (71,4 proc.). Tik 25 proc. nerimo atvejų pasitaikė našliams. Lengvas nerimas nustatytas daugiau nei pusei respondentų, kurie buvo vedę (69,9 proc.), ir pusei išsiskyrusių tiriamųjų (50 proc.). Vidutinio sunkumo nerimas dažniausiai diagnozuotas našliams (50 proc.), rečiausiai – nevedusiems (22,5 proc.) ir vedusiems (23,3 proc.) apklausos dalyviams. Sunkus nerimas dažniausiai diagnozuotas išsiskyrusiems respondentams (9,1 proc.). Sunkaus nerimo atvejų nenustatyta našliams ir nevedusiems asmenims.

Tyrimo metu nustatyta, kad tarp Klaipėdos miesto gyventojų, apsilankusių pas savo ŠG dėl depresijos ir nerimo, dažniausiai tiek moterys, tiek vyrai vaistų nerimui ir stresui mažinti ar depresijai gydyti nevartojo. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad ir vyrai, ir moterys nėra linkę su savo ŠG aptarinėti savo psichologinių problemų. Atviras pokalbis, savo psichologinių problemų išsakymas priklausė nuo tiriamųjų asmenų amžiaus – kuo vyresni buvo tiriamieji, tuo labiau jie buvo linkę kalbėti su savo ŠG apie savo psichikos sveikatą ($p < 0,05$). Psichologinių problemų išsakymas ŠG priklausė ir nuo tiriamųjų išsilavinimo. Labiausiai atvirauti buvo linkę tie respondentai, kurie turėjo žemesnį išsilavinimą. Mažiausiai apie savo psichologines problemas su ŠG kalbėdavosi aukštąjį išsilavinimą įgiję apklausos dalyviai ($p < 0,05$). Nustatyta, kad daugiau nei pusė vyrų ir moterų savo sveikatą įvertino gerai, kiek mažiau nei ketvirtadalis respondentų – puikiai. Savo psichikos sveikatą vidutiniškai vertino ketvirtadalis apklausoje dalyvavusių moterų ir kiek mažiau nei ketvirtadalis vyrų.

Apibendrinant galima teigti, kad trumpi psichikos sveikatos įvertinimo klausimynai – PHQ-9 ir GAD-7 – galėtų būti pagalbine priemone, padedančia geriau atskleisti pacientus varginančias psichikos sveikatos problemas šeimos gydytojų darbe.

IŠVADOS

Psichologines problemas savo šeimos gydytojui išsakyti dažniausiai buvo linkę vyresnio amžiaus ir žemesnio išsilavinimo respondentai.

Puikiai savo sveikatą įvertino tik penktadalis tirtų moterų ir kiek mažiau nei ketvirtadalis vyrų. Daugiau nei pusė tiriamųjų gerai įvertino savo psichikos sveikatą.

Dauguma respondentų nevartojo vaistų depresijai gydyti ar nerimui ir stresui mažinti.

Straipsnis gautas 2014-03-28, priimtas 2014-07-08

Literatūra

1. Adomaitienė V, Valius L. Psichikos sutrikimų prevencijos užtikrinimas Lietuvoje, didinant šeimos gydytojų kompetenciją. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2009;11:715.
2. Alarzaquena JM, Grandes G, Salazar A, Gaminde I, Sanchez A. The diagnostic challenges presented by patients with medically unexplained symptoms in general practice. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2008;26:99-105.
3. Kavaliauskienė L, Pečiūra R, Adomaitienė V. Medicational rationality in treating depression. Acta Medica Lituanica. 2011;2:92-96.
4. Epstein RM, Duberstein PR, Feldman MD. „I didn't know what was wrong“: How people with undiagnosed depression recognize, name and explain their distress. Society of general internal medicine. 2010;25:9-954.
5. Adomaitienė V, Danilevičiūtė V, Valius L. Šiuolaikinė depresijos samprata. Bendrosios praktikos gydytojas. 2008;2:130-132.
6. Adomaitienė V. Psichikos sutrikimai pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje. Bendrosios praktikos gydytojas. 2008;2:166.
7. Janonytė K, Kasiulevičius V. Depresija pirminėje sveikatos priežiūroje. Gerontologija. 2009;1:52-59.
8. Kavaliauskienė L, Pečiūra R, Adomaitienė V. Medicational rationality in treating depression. Acta Medica Lituanica. 2011;2:92-96.
9. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S. Nerimo, obsesinio-kompulsinio ir potrauminio streso sutrikimų farmakologinio gydymo rekomendacijos. World Journal of Biological Psychiatry. 2008;4:248-312.
10. Pečeliūnienė J. Pirminės sveikatos priežiūros pacientų nuotaikos, nerimo sutrikimai ir suicidinės tendencijos. Biological psychiatry and psychopharmacology. 2012;1:75.
11. Briaukuvienė M, Martinkėnas A, Jurgutis A, Bumblys A. Klaipėdos ir Šilalės rajono gyventojams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų pokyčiai rajono ligoninių restruktūrizacijos metu 2008–2010 metais. Visuomenės sveikata. 2012;1:58-63.
12. Spitzer R, Kroenke K, Williams J. Validation and utility of a self-report Version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. Journal of the American Medical Association. 1999;282:1737-1744.
13. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: A new depression and diagnostic severity measure. Psychiatric Annals. 2002; 232:509-521.

Depression and anxiety prevalence among a Klaipėda city a family physician's patients

Gintarė Sirutytė, Rūta Radzevičienė-Jurgutė, Arvydas Martinkėnas, Arnoldas Jurgutis
Faculty of Health Sciences, Klaipėda University

Summary

Methods. The questionnaire survey performed in the city of Klaipėda primary health care and its subsidiaries. The total number of respondents was 212 (74 man and 138 women).

The mean age was 39.1 y. (SD = 15.3 y.) for men and 41.4 years. (SD = 14.4 y.) women ($p = .277$). Data were analyzed with IBM SPSS V.21 program. Was used non-parametric methods of analysis. Statistical significance level was 0.05.

Results. In the light of all possible severity levels and with regard to the sex, depression (41 %) and anxiety (41 %) prevalence were mostly identified among female respondents. Depression episodes (65-67 %) and minor anxiety (65-79 %), which were not attributed to mental disorders, were more common in younger patients. Moderate and moderately severe anxiety is mostly appropriate to middle aged or senior individuals (35-50 %). Among the respondents over 70, there were 67 % of anxiety. Anxiety and depression with reference to their severity mostly occur among the less educated respondents (50 %). Moderate to moderately severe anxiety is very often in the widowed people -75 % and severe anxiety was prevailing among the

divorced respondents – 64 %, significant more than married (29 %) ($p = 0.001$).

Conclusions. The majority of respondents didn't use any medications for treatment of depression and anxiety. Senior people and less educated respondents were more eager to speak about their psychological problems with family physicians. One fifth and one fourth of female and male respondents respectively defined their health condition as excellent. More than a half of the respondents reported that their health condition was good.

Keywords: depression, anxiety, mental health disorders, family doctor.

Correspondence to Arvydas Martinkėnas
 Faculty of Health Sciences, Klaipėda University,
 Medical technology Department
 Malūnininkų str. 4, LT-92294 Klaipėda, Lithuania
 E-mail: arvydas.martinkenas@ku.lt

*Received 28 March 2014,
 accepted 08 July 2014*