

# DEPRESIŠKUMO PAPLITIMAS TARP LIETUVOS KAIMŲ GYVENTOJŲ

ONA DAVIDONIENĖ, JELENA STANISLAVOVIENĖ, JANINA UTKUVIENĖ

Valstybinis psichikos sveikatos centras

**Raktažodžiai:** *depresiškumas, paplitimas, kaimo gyventojai.*

## Santrauka

*Tyrimo tikslas: nustatyti, kokia dalis Lietuvos kaimų gyventojų išgyvena depresiškumą; palyginti depresiškumo paplitimą skirtingose demografinėse grupėse. Tyrimo imtis 1681 Lietuvos kaimų gyventojas. Depresiškumo nustatymui panaudota Zungo savęs vertinimo skalė. Depresiškumo paplitimas pateiktas absoliučiais skaičiais ir procentais. Kategorinių duomenų analizė atlikta naudojant chi kvadrato ( $\chi^2$ ) tikslųjį metodą. Šiuo tyrimu depresiškumą nustatėme 6,0% tyrimo respondentų, lengvą/ vidutinio sunkumo depresiškumą sudaro 5,7% ir sunkų 0,3%. Didesnis depresiškumo paplitimas nustatytas tarp moterų, vyresnio amžiaus respondentų, asmenų, įgijusių vidurinį išsilavinimą, pensininkų, asmenų, gyvenančių neregistruotoje santuokoje, ir respondentų, kurių pajamos per mėnesį yra mažesnės nei 500 Lt.*

## IVADAS

Tarptautiniuose ir Lietuvos politiniuose ir strateginiuose dokumentuose minima, kad siekiant įvertinti šalies gyventojų psichikos sveikatą, planuojant prevencines priemones, siekiant įvertinti paslaugų poreikį svarbu vykdyti psichikos sveikatos epidemiologinius tyrimus [1,2].

Depresija yra vienas dažniausiai pasitaikančių psichikos sveikatos sutrikimų. Skirtingi šaltiniai nurodo, kad nuo 3 iki 17 proc. Europos gyventojų patiria įvairias depresines būsenas [3-5]. Prognozuojama, kad 2020 m. dėl ekonominės naštos sunkumų depresija užims antrą vietą po išeminės širdies ligos [6].

Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, sergamumas depresija 2009 metais Lietuvoje buvo 53,6 atvejų/100000 gyventojų, ligotumas – 685,5/100000 gyventojų [7]. Šie skaičiai rodo, kiek žmonių kreipėsi pagalbos į psichikos sveikatos specialistus, dirbančius valstybinėse įstaigose. Manoma, kad dalis depresinių sutrikimų maskuojami kitomis ligomis,

nežinoma, kiek žmonių kreipėsi pagalbos į bendrosios praktikos gydytojus, neurologus dėl psichikos sveikatos problemų. Žmonėms, išgyvenantiems psichikos sveikatos problemas, dažnai tenka susidurti su neigiamomis visuomenės nuostatomis ir diskriminacija, todėl dalis visiškai nesikreipia pagalbos arba kreipiasi į psichikos sveikatos specialistus, dirbančius privačiai. Taip pat yra duomenų, kad 25% žmonių, turinčių depresiją arba nerimo sutrikimą, nemano, kad serga psichikos liga [8]. Todėl oficiali statistika atspindi tik tą depresijos dalį, su kuria susiduria psichikos sveikatos specialistai.

Iki 2006 metų Lietuvoje buvo atliekami tyrimai, nagrinėjantys depresijos paplitimą tik atskirose gyventojų grupėse: sergančiųjų sunkiomis ligomis, pagyvenusiujų, neseniai pagimdžiusių moterų, jaunų žmonių, dirbančių asmenų [9-14]. Dažniausiai šie tyrimai buvo vykdomi didžiuosiuose Lietuvos miestuose. 2006-2007 vykdytas CINDI programos tyrimas parodė, kad depresijos simptomai būdingi 43,8 proc. Lietuvos rajonų gyventojų [15].

Užsienyje atliktų tyrimų duomenimis, depresijos paplitimas tarp miesto ir kaimo gyventojų skiriasi, nors duomenys prieštaringi. Pasaulio mokslininkai mano, kad ramus gyvenimas kaimuose, artimesni socialiniai kontaktai tarp žmonių gali teigiamai veikti psichikos sveikatą. Bet pagyvenusių žmonių vienišumas, blogesnė ekonominė situacija, bedarbystė, nepalankios alkoholio vartojimo tradicijos gali būti susiję su didesniu depresijos paplitimu. Sunkesnis paslaugų prieinamumas dėl atstumo, neigiamos nuostatos žmonių su psichikos sveikatos problemomis atžvilgiu apsunkina žmonių apsisprendimą kreiptis pagalbos [15-18]. Taip pat kai kurie autoriai mano, kad didesnis depresijos paplitimas kaimuose yra sąlygotas ypatinga kaimų gyventojų grupe: dauguma jų yra vieniši pagyvenę žmonės [19,20]. Žinoma, kad netaikant adekvataus ir savalaikio gydymo depresija užsitęsia, kartojasi ir gali komplikuotis į savižudišką elgesį [21]. Jau dešimtmetį savižudybės yra skausminga tema Lietuvai ir svarbu atkreipti dėmesį, kad mūsų kaimuose depresijų skaičius yra dvigubai didesnis nei miestuose – 46 atvejai/100000 gyventojų ir 23 atvejai/100000 gyventojų atitinkamai [22].

**Tyrimo tikslas:** nustatyti, kokia dalis Lietuvos kaimų

gyventojų išgyvena depresiškumą; palyginti depresiškumo paplitimą skirtingose demografinėse grupėse.

#### TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Depresiškumo paplitimui įvertinti buvo atlikta anoniminė anketinė apklausa. Apklausą vykdė UAB „RAIT“. Respondentams atrinkti naudojama daugiapakopė atsitiktinė atranka, užtikrinanti visiems 18 – 74 m. amžiaus Lietuvos kaimų gyventojams vienodą galimybę patekti į apklausą ir pareikšti savo nuomonę. Taikant

daugiapakopę atsitiktinę atranką respondentui atrinkti buvo naudojami keli etapai: vietovės atranka – vietovės buvo atrenkamos remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis; namo ir buto atranka – vietovėje buvo pasirenkamas atrankos taškas ir naudojant tam tikrą žingsnį jame atrenkamas namas, name – butas. Kiekviename atrankos taške daugiabučiuose namuose klausėjas eidavo į kiekvieną namą, jame atsirinkdavo kas 5-tą/ 3-čią butą; privačių namų kvartale klausėjai atsirinkdavo kas 2-ą namą; respondento atranka – naudojant gimtadienio taisyklę – atrinktame bute buvo pasirenkamas ir apklausiamas vienas respondentas. Apklausa buvo vykdoma 2007 metų balandžio, gegužės birželio, spalio ir gruodžio mėnesiais.

Tyrimo dalyvavo 2058 asmenys. Duomenų analizei panaudota 1681 anketa. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, lytį, išsimokslinimą, apklausos mėnesį, pajamas, užimtumą ir šeiminių padėčių pateiktas 1 lentelėje.

Depresiškumui nustatyti bei jo lygiui įvertinti naudota Zungo depresijos skalė. Ją sudaro 20 afektyvūs, psichologiniai ir somatiniai depresijos simptomai, vertinantys klausimai. Galimi atsakymų variantai pateikti pagal dažnumą [23].

Kiekvienam atsakymui buvo priskirtas tam tikras balas. Depresiškumas buvo vertinamas pagal surinktą balų sumą: mažesnė nei 50 balų suma buvo vertinama kaip gera psichikos sveikata; 50-59 balai – lengvo/vidutinio sunkumo depresiškumas; 60-80 - sunkus/labai sunkus depresiškumas.

Neišskiriant sunkumo, didesnė kaip 49 balų suma buvo vertinama kaip depresiškumas.

Antrą anketos dalį sudarė klausimai apie demografinius duomenis (amžių, lytį, išsimokslinimą, gyvenamąją vietą, vaikų skaičių šeimoje, pajamas, užimtumą, šeiminių padėčių).

Prieš taikant statistinę duomenų analizę respondentai buvo standartizuoti pagal amžių, lytį ir išsilavinimą. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant „SPSS 11.0“ kompiuterinę programą. Depresiškumo paplitimas pateiktas absoliučiais skaičiais ir procentais. Kategorinių duomenų analizė atlikta naudojant chi kvadrato ( $\chi^2$ ) arba Fišerio (kai imtys mažos) metodą. Šiems testams atlikti sudaryta „2x2“ lentelė – pavyzdžiui, depresiškumo, neišskiriant sunkumo laipsnio, paplitimo skirtumas tarp vyrų ir moterų. Duomenų skirtumas laikomas statistiškai reikšmingas, kai  $p < 0,05$ .

#### REZULTATAI

Šiuo tyrimu depresiškumą nustatėme 6 % tyrimo respondentams, lengvą/vidutinio sunkumo depresišku-

1 lentelė. Respondentų demografiniai rodikliai.

Rodikliai	Abs. sk.	Procentai
<b>Lytis</b>		
Vyrai	845	50,3
Moterys	836	49,7
<b>Amžiaus grupės</b>		
18-24	351	20,9
25-34	236	14,0
35-44	333	19,8
45-54	287	17,1
55-64	232	13,8
65-74	241	14,3
<b>Išsimokslinimas</b>		
Vidurinis	1104	65,7
Aukštesnysis	429	25,5
Aukštasis	147	8,8
<b>Apklauso mėnuo</b>		
Balandis	322	19,2
Gegužė	337	20,1
Birželis	295	17,6
Spalis	238	14,2
Lapkritis	238	14,2
Gruodis	250	14,8
<b>Pajamos vienam šeimos nariui</b>		
Iki 500 Lt	741	49
501-1000 Lt	546	36,1
1001 – 2099 Lt	151	10,2
2100 ir daugiau	35	2,4
<b>Užimtumas</b>		
Dirbantis asmuo	960	57,3
Pensininkas	277	16,5
Bedarbis	130	7,8
Namų šeimininkė, vaiko priežiūros atostogose	123	7,3
Mokslėivis, studentas		
<b>Šeiminė padėtis</b>		
Vedęs/Ištekėjusi	879	52,9
Nevedęs/netekėjusi	411	24,7
Išsiskyręs/Išsiskyrusi	130	7,8
Našlys/Našlė	171	10,3
Gyvena nesusituokęs/nesusituokusi	70	4,2

mą 5,7% ir sunkų 0,3% respondentų. Vyrams depresiškumas nustatytas beveik 2 kartus rečiau nei moterims, 4,3% ir 7,8% atitinkamai ( $\chi^2=10,685$ ;  $p<0,01$ ).

Analizuojant Zungo skalės įverčius atskirose amžiaus grupėse, nustatyta, kad daugiausia 13,3% depresiškumas yra paplitęs 65-74 m. amžiaus grupėje, o mažiausiai – 2,3% jauniausioje 18-24 amžiaus grupėje. Vertinant rezultatus atskirose amžiaus grupėse pagal lytį nustatyta, kad daugiausia depresiškumas yra papli-

2 lentelė. Depresiškumo paplitimas priklausomai nuo respondentų demografinių rodiklių

Depresiškumas/ demografinis rodiklis	Depresiškumas		Lengvo/vidutinio sunkumo depresiškumas		Sunkus, labai sunkus depresiškumas	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
<b>Išsimokslinimas<sup>1</sup></b>						
Vidurinis	71	6,9	69	6,7	3	0,2
Aukštesnysis	24	5,6	21	5,4	2	0,2
Aukštasis	6	4,1	5	4,0	1	0,1
<b>Aplkausos mėnuo</b>						
Balandis	23	7,1	22	6,8	1	0,3
Gegužė	21	6,2	19	5,6	2	0,6
Birželis	10	3,4 <sup>1*</sup>	9	3,1 <sup>1*</sup>	1	0,3
Spalis	17	4,6	16	4,4	1	0,2
Lapkritis	16	4,3	15	4,0	1	0,3
Gruodis	13	3,6	13	3,6	-	-
<b>Šeiminė padėtis<sup>2</sup></b>						
Vedęs/ištekėjusi	39	4,4 <sup>6***</sup>	37	4,2 <sup>6***</sup>	2	0,2
Nevedęs/netekėjusi	14	3,4 <sup>6***</sup>	14	3,2 <sup>6***</sup>	1	0,2
Išsiskyręs/išsiskyrusi	11	8,5 <sup>3*</sup>	11	8,5 <sup>3*</sup>	-	-
Našlys/našlė	24	14,0 <sup>5***</sup>	23	13,5 <sup>5**</sup>	1	0,5
Gyvena nesusituokę	11	15,7 <sup>4***</sup>	9	14,5 <sup>4**</sup>	1	1,2
$\chi^2$						
<b>Pajamos vienam šeimos<sup>3</sup> nariui</b>						
Iki 500 Lt	53	6,29	51	6,1	2	0,19
500-1000 Lt	36	4,89	34	4,5	2	0,39
1001 – 2099 Lt	3	1,6	-	-	-	-
2100 ir daugiau	1	2,6	-	-	-	-
$\chi^2$						
<b>Užimtumas<sup>7</sup></b>						
Mokslėivis, studentas	1	0,8 <sup>7****</sup>	1	0,8 <sup>7****</sup>	-	-
Vaiko priežiūros atostogose, namų šeimininkė	8	4,3 <sup>10****</sup>	7	3,7 <sup>10**</sup>	1	0,5
Dirbantis asmuo	46	5,0	44	4,8	2	0,2
Pensininkas	34	12,3 <sup>11**</sup>	32	11,6 <sup>11**</sup>	2	0,7
Bedarbis	10	*	10	7,7 <sup>9**</sup>	-	-
		7,7 <sup>9****</sup>				

$p<0,05$ ; \*\*  $p<0,01$ ; \*\*\*  $p<0,001$

1-respondentų atsakinėjusių balandžio ir birželio mėnesiais depresiškumo palyginimas

2-nevedusių (netekėjusių) ir išsiskyrusių respondentų depresiškumo palyginimas

3-nevedusių (netekėjusių) ir našlių depresiškumo palyginimas

4-nevedusių (netekėjusių) ir gyvenančių neregistruotoje santuokoje depresiškumo palyginimas

5-vedusių (ištekejusių) ir našlių depresiškumo palyginimas

6-vedusių (ištekejusių) ir gyvenančių neregistruotoje santuokoje depresiškumo palyginimas

7-mokslėivių/studentų ir dirbančiųjų depresiškumo palyginimas

8-pensininkų ir mokslėivių/studentų depresiškumo palyginimas

9-mokslėivių/studentų ir bedarbių depresiškumo palyginimas

10-pensininkų ir namų šeimininkų/moterų esančių vaiko priežiūros atostogose depresiškumo palyginimas

11-pensininkų ir dirbančiųjų depresiškumo palyginimas

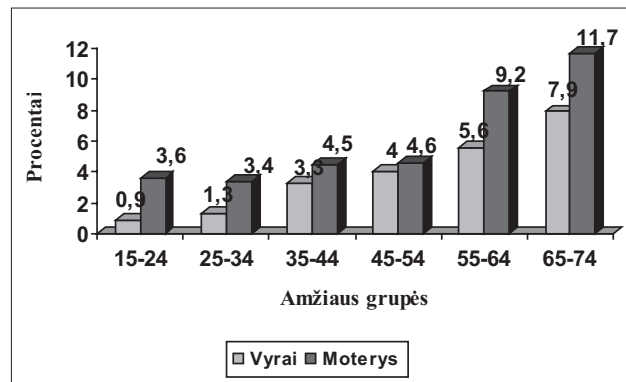
tęs 65-74 metų amžiaus moterų grupėje (1 pav.).

Vertindami depresiškumo paplitimą įvairaus išsilavinimo respondentų grupėse nustatėme, kad tarp aukštąjį išsilavinimą turinčių žmonių depresiškumas yra paplitęs daugiau (depresiškumas 6,9%, lengvas/vidutinis depresiškumas 6,7, sunkus 0,2), nei tarp turinčių vidurinį (5,6%) ir aukštesnįjį (4,1%) išsilavinimą (2 lentelė). Tačiau skirtumas nėra statistiškai reikšmingas.

Atliekant tyrimą daugiausia depresiškumo atvejų buvo nustatyta balandžio ir gegužės mėnesiais, 7,1% ir 6,2% atitinkamai. Birželio, spalio, lapkričio ir gruodžio mėnesiais depresiškumo paplitimas tarp kaimų gyventojų buvo labai panašus (2 lentelė). Statistiškai reikšmingas skirtumas nustatytas lyginant balandžio, kuomet depresiškumo paplitimas buvo didžiausias, ir birželio, kuomet depresiškumo paplitimas buvo mažiausias, mėnesių rezultatus ( $\chi^2=4,28$ ;  $p<0,05$ ).

Tyrimo rezultatų analizė pagal šeimines padėtis rodo didžiausią depresiškumo paplitimą tarp respondentų, gyvenančių neregistruotoje santuokoje – 15,7%, kiek mažesnis našliams – 14,0% ir išsiskyrusiems respondentams 8,5%, mažiausias nevedusiems ir netekėjusiems respondentams (2 lentelė). Statistiškai reikšmingas depresiškumo paplitimo skirtumas nustatytas lyginant nevedusius (netekėjusius) ir išsiskyrusius (išsiskyrusius) respondentus ( $\chi^2=5,7$ ;  $p<0,05$ ), nevedusius (netekėjusius) ir našlius (našles) ( $\chi^2=22,35$ ;  $p<0,001$ ), vedusius (ištekejusius) ir našlius (našles) ( $\chi^2=23,38$ ;  $p<0,001$ ), vedusius (ištekejusius) ir gyvenančius (gyvenančias) neregistruotoje santuokoje ( $\chi^2=16,52$ ;  $p<0,001$ ), taip pat nevedusius (netekėjusius) ir gyvenančius (gyvenančias) neregistruotoje santuokoje ( $\chi^2=18,39$ ;  $p<0,001$ ).

Lyginant depresiškumo paplitimą tarp skirtingas pajamas gaunančių asmenų nustatyta, kad tarp tų respondentų, kurių pajamos per mėnesį yra mažesnės nei



1 pav. Depresiškumo paplitimas priklausomai nuo respondentų lyties ir amžiaus

500 Lt – 6,29 %, šiek tiek mažiau tarp asmenų, kurių pajamos per mėnesį yra nuo 500Lt iki 1000Lt – 4,89%, tarp kitų tyrimo respondentų depresiškumo paplitimas nesiekė 3%. Tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (2 lentelė).

Remiantis tyrimo rezultatais galima teigti, kad depresiškumo paplitimas yra susijęs su užsiėmimo pobūdžiu. Didžiausias depresiškumo paplitimas nustatytas pensininkų 12,3% ir bedarbių asmenų 7,7% grupėse. Dirbantiems asmenims ir namų šeimininkėms bei moterims, esančioms vaiko priežiūros atostogose, nustatytas labai panašus depresiškumo paplitimas 5% ir 4,3%. Mažiausias depresiškumo paplitimas nustatytas moksleivių ir studentų – 0,8 grupėse. Statistiškai reikšmingas skirtumas nustatytas lyginant studentų rezultatus su dirbančiais respondentais ( $p < 0,05$ ), bedarbiais (0,01) ir pensininkais ( $p < 0,01$ ). Taip pat statistiškai patikimai skyrėsi pensininkų ir namų šeimininkų/moteryų, esančių vaiko priežiūros atostogose, depresiškumo paplitimas ( $\chi^2 = 6,54$ ;  $p < 0,01$ ) ir pensininkų ir dirbančių asmenų depresiškumo paplitimas ( $\chi^2 = 19,9$ ;  $p < 0,001$ ) (2 lentelė).

#### REZULTATŲ APTARIMAS

Atlikus šį tyrimą 6% kaimo gyventojų nustatė depresiškumą. Tyrimo rezultatai keletą kartų skiriasi nuo rezultatų, gautų 1996 metais, kuomet depresija kaimuose skundėsi 32,1% vyrų ir 44,11% moterų [24]. Kiek artimesnius rezultatus gavo Statistikos departamentas 2005 metais: 6% respondentų pateiktame ligų sąrašė pažymėjo, kad jiems buvo diagnozuotas lėtinis nerimas arba depresija, tačiau čia yra bendri Lietuvos duomenys ir miestų, ir kaimų [25]. 2006-2007 CINDI programos rėmuose atliktame tyrimo didelis ir vidutinis depresiškumas nustatytas 43,7% respondentų [15]. Manome, kad šiuos skirtumus sukėlė didelis depresinių sutrikimų heterogeniškumas ir naudojamų metodikų skirtumai. Net žodis „depresija“ labai dažnai vartojamas kasdienėje medikų ir mokslininkų kalboje, dažnai suprantamas skirtingai. Depresija vadinamos būsenos apima tiek nedidelius nuotaikos svyravimus, kurie dažnai yra normalaus gyvenimo dalis, ypač patyrus nesėkmių, tiek sunkius sutrikimus, kurie diagnozuojami tada, kai simptomai pasiekia tam tikrą slenkstį ir trunka tam tikrą laiką: bipolius afektinius sutrikimus, depresijos epizodus, mišrius nerimo ir depresijos sutrikimus, distimiją. Tyrimo, atlikto 1996 metais, respondentų tiesiog klausta, ar jie išgyvena depresiją [24]. Be abejo, toks klausimas duos labai plačias paplitimo reikšmes. Tiriant specifiniais metodais, paplitimo rodikliai mažės

ir atspindės specifinės būsenos paplitimą. Statistikos departamento tyrime respondentų buvo prašoma atsakyti, ar jiems yra diagnozuota depresija [25]. CINDI programos tyrimo autoriai naudojo BDI klausimyną ir vertino depresiškumą, kaip tam tikrą kontinuumą tarp depresijos nebuvimo ir klinikinės depresijos. Šiam tyrimui pasirinkta Zungo depresijos skalė, kuri dažnai naudojama epidemiologiniuose tyrimuose. Nustatyta, kad daugelei sergančių depresija žmonių pagal šią skalę tenka 49 ir daugiau balų. Tai reiškia, kad surinkus tokią balų sumą pagal Zungo skalę, yra didelė tikimybė, kad žmogus serga depresija, tačiau tai nepatvirtinta kliniškai, nenustatyta ir depresijos forma. Todėl būseną, nustatytą šio klausimyno pagalba, vadinome ne depresija, o depresiškumu. Geriausiai metodo tinkamumą apibūdina tokie rodikliai kaip tikslumas ir specifiškumas. Pirmasis jų rodo tikimybę, kad sergančio žmogaus tyrimo duomenys patvirtina ligą. Diagnostikos metodo tikslumas tuo didesnis, kuo mažiau būna klaidingai neigiamų rezultatų, t. y. kuo rečiau nenustatoma liga, kai pacientas serga. Zungo skalės tikslumas yra 97 procentai. Kitas rodiklis, apibūdinantis metodą, yra jo specifiškumas: šis diagnostikos metodo tikslumo rodiklis reiškia, kad sveiko žmogaus tyrimo duomenys patvirtina, jog jis yra tikrai sveikas. Zungo skalės specifiškumas yra 63 procentai. Be to, paplitimo rodikliai skiriasi priklausomai nuo to, ar vertinamos būklės paplitimas tam tikru laiko momentu (momentinis paplitimas), ar bet kuriuo gyvenimo metu (paplitimas tam tikru gyvenimo laikotarpiu).

Nepaisant tokio didelio bendro paplitimo rezultatų skirtumo įvairiuose tyrimuose yra nustatytos tam tikros bendros tendencijos. Literatūros duomenimis, depresijos paplitimas yra didesnis tarp moterų, kas atsispindėjo ir mūsų tyrimo rezultatuose [14,16,17]. Taip pat depresijos paplitimas buvo didesnis vyresnio amžiaus ir pensininkų grupėse. Vilniaus miesto pagyvenusių gyventojų depresijos tyrimas parodė, kad depresijos simptomų turėjo beveik kas antras respondentas, beveik kas trečiam nustatyta lengva depresija (32%) [27]. Nors mūsų tyrimo respondentų amžius yra tik iki 75 metų, bet net vyriausioje grupėje depresiškumo paplitimas buvo didžiausias – 10,3%.

Analizuodami depresiškumo paplitimo priklausymą nuo išsilavinimo, nustatėme, kad depresiškumas daugiau pasireiškia žmonėms su viduriniu išsilavinimu. Panašius rezultatus gavo Vilniaus miesto dirbančiųjų tyrimo autoriai [14]. CINDI tyrimo autoriai išskyrė, kad tarp respondentų su nebaigtu viduriniu išsilavinimu jis yra didžiausias.

Šiame tyrimo nustatyta, kad depresiškumo papli-

timas didesnis tarp asmenų, kurių pajamos yra mažiausios. Panašius rezultatus gavo kai kurių užsienyje atliktų studijų autoriai, teigdami, kad finansinis nestabilumas ir gyvenimas skurde neigiamai veikia psichikos sveikatą [20,28].

Atlikus tyrimą gavome ir netikėtų rezultatų: pakankamai didelis depresiškumo paplitimas tarp respondentų, gyvenančių neregistruotoje santuokoje. Literatūros šaltinių, su kuriais galėtumėme lyginti gautus duomenis, neradome.

Deja, šiame tyrime ne visada buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp skirtingų gyventojų grupių, tačiau manome, kad taip atsitiko dėl didelio respondentų skaičiaus skirtumo šiose grupėse.

Manome, kad šio tyrimo rezultatai turėtų padėti psichikos sveikatos politikos formuotojams ir gydytojams praktikams kasdieninėje klinikinėje praktikoje, ypač didelį dėmesį skiriant toms gyventojų grupėms, kurioms būdingas didžiausias depresiškumo paplitimas. Gauti rezultatai leidžia atnaujinti žinias ir diskutuoti apie naujai išskylančius praktinius klausimus, sprendžiant visuomenės psichikos sveikatos problemas. Taip pat lieka aktualūs tęstiniai tyrimai, kurie leis įvertinti vykstančius pokyčius ir tendencijas.

## IŠVADOS

1. Šiuo tyrimu depresiškumą nustatėme 6,0% respondentų, lengvą / vidutinio sunkumo depresiškumą sudaro 5,7% ir sunkų 0,3%.

2. Didesnis depresiškumo paplitimas nustatytas tarp moterų, vyresnio amžiaus respondentų, asmenų, įgijusių vidurinį išsilavinimą, pensininkų, asmenų, gyvenančių neregistruotoje santuokoje, ir respondentų, kurių pajamos per mėnesį yra mažesnės nei 500Lt .

## Literatūra

1. Lietuvos Respublikos Seimas. Nutarimas dėl psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo. Valstybės žinios, 2007-04-14; 42-1572.
2. European Pact for Mental Health and Well-Being . EU high-level conference „Together for mental health and wellbeing“. Brussels, 2008.
3. Ayuso-Mateos J.L., Vazquez-Barquero J. L, Dowrick C., Lehtinen V., Dalgard O.S., Casey P., et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 2001; 179:308–316.
4. Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005; 15(4):411–23.
5. Pasaulio sveikatos pranešimas, 2001. Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis. PSO, 2001.
6. Murray C.J., Lopez A.D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge,

MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury series, Vol.1)

7. Sergamumas ir ligotumas depresija Lietuvoje 2000-2009 metais 100000gyventojų. Prieinama per [http://www.vpsc.lt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=105:sergamumas-ir-ligotumas-depresija&catid=12:psichikos-sveikatos-statistika&Itemid=23](http://www.vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=105:sergamumas-ir-ligotumas-depresija&catid=12:psichikos-sveikatos-statistika&Itemid=23)

8. Van Beljouw I, Verhaak P, Cuijpers P, Van Mrwijk H, Penninx B. The course of untreated anxiety and depression, and determinants of poor one-year outcome: a one-year cohort study. *BMC Psychiatry* 2010; 10:86.

9. Markevičiūtė A. Sąsajos tarp paauglių depresyvumo ir psichosocialinio streso. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 2003; (5), 1:11–14.

10. Germanavičius A., Dembinskas A. Moterų depresinių sutrikimų gydymo prognostiniai faktoriai. *Neurologijos seminarai*, 2001; 1–2 (11–12): 118–126.

11. Juocevičius A., Jasiulionienė I., Kurilionok M. Pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, emocinės būsenos tyrimai. *Sveikatos mokslai*, 2003, 1:24–27.

12. Kasiulevičius V. Poinsulitinės depresijos ir nerimo įtaka ligonių savarankiškumui ir pažintinei funkcijai. *Medicinos teorija ir praktika*, 2002; 3:222–226.

13. Gaigalienė B., Čeremnych J., Filipavičiūtė R., Alekna V. Vilniaus mieste gyvenančių ilgaamžių žmonių funkcinis savarankiškumas ir jo ryšys su sociodemografiniais bei sveikatos veiksniais. *Sveikatos mokslai*, 2006; 1–2:95–99.

14. Stanislavovienė J, Pajarskienė B, Jankauskas R, Miliajaviene J. Vilniaus miesto dirbančiųjų depresinių būsenų paplitimas. *Medicinos teorija ir praktika*, 2006; (12)2:169-175.

15. Šidlauskaitė-Stripeikienė I, Žemaitienė N, Klumbienė J. Associations between depressiveness and psychosocial factors in Lithuanian rural population. *Medicina (Kaunas)*, 2010;46(10):693-9.

16. Rohrer JE, Borders TF, Blanton J. Rural residence is not a risk factor for frequent mental distress: a behavioral risk factor surveillance survey. *BMC Public Health* 2005; 5:46.

17. John P, Blandford A, Strain L. Does a rural residence predict the development of depressive symptoms in older adults. *Can J Rural Med* 2009;14(4);150-156.

18. Michalak E., Wilkinson C, Hood K, Srinivasa J, Dowrick C, Dunn G. Prevalence and risk factors for depression in rural settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* , 2002; 37:567-571.

19. Unsal A, Aytanci U, Tozun M. Prevalence of depression and its relationship with sociodemographic characteristics among women in a rural town of western Turkey. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2008; 9:148-155.

20. Probst J., Laditka S, Motore C, Harun N, Powell P, Baxley E. Rural-Urban Differences in Depression Prevalence: Implications for Family Medicine. *Fam Med* 2006;38(9):653-60.

21. Wang JL. Rural-urban differences in the prevalence of major depression and associated impairment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004 Jan;39(1):19-25

22. Thornicroft G, Santorini N. The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive disorders. *Psychological Medicine*, 23:1023-1032

23. Savižudybių dinamika miestuose ir kaimuose, vyrai ir moterys 1930-1940 ir 1980-2010 metais (100 000 gyventojų). [http://www.vpsc.lt/saviz\\_statistika.htm](http://www.vpsc.lt/saviz_statistika.htm)

24. Zung self-rating depression scale. [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/zungdepressionscale/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/zungdepressionscale/en/).

25. Nacionalinės sveikatos tarybos 1998 m. metinis pranešimas. 1999.
26. 2005 m. Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo rezultatai. Lietuvos statistikos departamentas, 2006.
27. Biggs J, Wylie L, Ziegler V. Validity of the Zung Self-rating Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 1978;132:381-385.
28. Filipavičiūtė R, Jurgelėnas A, Juozulynas A, Butkienė B. Depresijos sindromas – pagyvenusių žmonių socialinės rizikos veiksnys. *Gerontologija*, 2008; (9)2:93-98.
29. Copeland J, Beekman A, Braam A, Dewey M, Delespaul P et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*, 2004; February (3)1:45-49

*THE PREVALENCE OF THE DEPRESSIVENESS AMONG RURAL RESIDENTS IN LITHUANIA*

*Ona Davidonienė, Jelena Stanislavovienė, Janina Utkuvienė*

*Summary*

*Key words: depressiveness, prevalence, rural residents.*

*Objective. To determine the prevalence of the depressiveness among rural residents in Lithuania.*

*Material and methods. Randomly selected residents in Lithuanian villages participated in study. 1681 completed questionnaires were used for analysis. The depressiveness was evaluated according to Zung self-rating depression scale. The significance of data was estimated by the  $\chi^2$  and Fisher tests. Results and conclusions: It was established, that 6.0 % of rural residents in Lithuanian experience depressiveness. The higher prevalence of depressiveness established among woman, older people, pensioners, people with secondary education, people, whose marriage unregistered, and whose incomes are less than 500Lt per month.*

**Correspondence to: elena@vpssc.lt**

Gauta 2011-11-15

