

CZU: 159.9:616.89-008.454

**STIGMATIZAREA PERSOANELOR CU DEPRESIE***Andrei ESANU, Jana CHIHAI**Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N.Testemițanu”*

Depresia este una dintre cele mai importante provocări pentru sănătatea publică. Peste 350 de milioane de oameni din lume suferă de depresie. Stigmatizarea față de persoanele cu depresie reprezintă o barieră importantă în adresarea la un specialist în sănătate și respectarea tratamentului. Mai mult de 50% din persoanele cu depresie nu au vizitat niciodată un specialist în domeniul sănătății mintale pentru a primi ajutor profesional.

**Cuvinte-cheie:** *depresie, stigmatizare, sănătate mintală, adresare la specialist.*

**STIGMA TOWARDS PEOPLE WITH DEPRESSION**

Depression is one of the most significant public health challenges. More than 350 million people in the world suffer from depression. Stigma towards people with depression represent an important barrier in health seeking and compliance to the treatment. More than 50% of people with depression never visited a mental health specialist for receiving professional help.

**Keywords:** *depression, stigma, mental health, health seeking.*

**Introducere**

Depresia reprezintă o povară importantă pentru sănătate. Astfel, conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), depresia este a doua cauză principală a Anilor de Viață Ajustați la Dizabilitate (DALY – Disability Adjusted Life Years) printre toate problemele de sănătate [1]. Numărul persoanelor care suferă de depresie la nivel mondial atinge cifra de 350 milioane. În regiunea europeană, tulburările psihice reprezintă 11,8% din totalul DALY. În această regiune tulburările psihice care prezintă un impact mai mare asupra sănătății sunt: tulburările depresive unipolare (locul 3 din toate cauzele) – 3,8%; tulburările cauzate de consumul de alcool (locul 6) – 2,9%; boala Alzheimer și alte demențe (locul 12) – 1,9%; autovătămarea (locul 13) – 1,8% și tulburarea de anxietate (locul 17) – 1,4% [2]. Numărul persoanelor care îndeplinesc criteriile pentru o tulburare mintală a crescut de la 17,5% în 2007 la 21,6% în 2012. Femeile sunt diagnosticate mai frecvent cu o tulburare mentală decât bărbații (33% față de 19%). Diagnosticul cel mai frecvent raportat a fost depresia (19% din populația adultă) [3].

Stigmatizarea persoanelor cu tulburări psihice este o problemă importantă și provocatoare nu doar pentru aceste persoane, dar și pentru specialiștii care lucrează în sistemul de sănătate mintală și care depun eforturi pentru a preveni și a trata tulburările mintale [4]. Doar aproximativ 50% din numărul de persoane care suferă de tulburări psihice primesc ajutor profesional [5]. Stigmatizarea este un fenomen care creează bariere semnificative accesului la tratament [6]. Rezultatele din literatura de specialitate arată că neadresarea după ajutor din partea specialiștilor și reducerea complianței cu tratamentul este o consecință frecventă a stigmatizării [7-9]. Având în vedere faptul că multe persoane au primele simptome de tulburări mintale din vârstă fragedă, crește probabilitatea ca persoanele cu tulburări mintale să trăiască experiența stigmatizării pe toată durata vieții, începând cu perioada copilăriei [5]. Stigmatizarea adaugă la povara tulburării mintale un șir de provocări sociale și emoționale, cum ar fi scăderea stimei de sine, retragerea socială, depresia, pierderea productivității [10]. Reducerea stigmatizării poate conduce la creșterea adresabilității la serviciile de sănătate, complianță mai strânsă față de tratamentul prescris, precum și la prevenirea depresiei, a anxietății și a altor probleme de sănătate mintală datorate impactului stigmatizării [7,11].

La moment nu există date statistice la nivel de țară cu referire la depresie, iar datele statistice care sunt nu reflectă realitatea, ceea ce devine evident comparând aceste date cu datele oferite de OMS pe regiunea Europa. Cauza este, în parte, faptul că diagnosticul depresie nu este foarte popular în rândurile medicilor de familie și ale altor specialiști. Stigmatizarea depresiei este un fenomen complex care include atât autostigmatizarea persoanelor cu depresie, cât și stigmatizarea societală, stigmatizarea din partea specialiștilor de la centrele de sănătate, inclusiv a medicilor de familie. Acest studiu oferă informație cu privire la barierele atitudinale, la stigmatizarea cu care se confruntă persoanele cu depresie, ceea ce permite utilizarea acestor cunoștințe în

practica medicilor de familie, a specialiștilor de la centrele comunitare de sănătate mintală și a altor specialiști din domeniul sănătății.

În Republica Moldova are loc reforma în domeniul Sănătății Mintale, care are ca scop oferirea de servicii calitative, cât mai aproape de casă, persoanelor cu tulburări mintale. Pentru aceasta persoanele cu depresie ușoară și moderată vor fi tratate de către echipa medicilor de familie, iar persoanele cu depresie severă vor fi tratate de către echipele multidisciplinare de la centrele comunitare de sănătate mintală. În acest context, stigmatizarea persoanelor cu depresie de către societate și frica de a discuta despre problemele de sănătate mintală reprezintă o barieră importantă în adresarea la serviciile de sănătate și complianța la tratament a persoanelor cu depresie. Elaborarea și ulterior implementarea unui program comprehensiv de diminuare a fenomenului stigmatizării depresiei ar reprezenta un garant al continuității reformei în sănătatea mintală.

### Obiectivele

1. Evaluarea stigmatizării persoanelor cu depresie
2. Elaborarea unui program pentru diminuarea fenomenului stigmatizării depresiei

### Metodele de cercetare

Acesta este un studiu observațional transversal multicentric efectuat în trei regiuni ale Moldovei. Cercetarea este realizată pe un eșantion de 384 de persoane din Nordul, Centrul și Sudul țării și de pacienți din spitalele de psihiatrie.

*Volumul eșantionului depinde de următoarele informații:*

- d – distanța sau toleranța – cât de aproape de proporția care ne interesează dorim să fie valoarea estimată (de obicei, se ia valoarea 0,05);
- $Z_a$  – pentru nivelul de încredere de 95% este de 1,96;
- P – proporția sau cea mai bună estimare despre valoarea proporției cercetate. Valoarea conservativă a lui P este 0,5.

Folosind aceste informații, volumul necesar al eșantionului pentru un studiu descriptiv se calculează după formula:

$$n = \frac{P \times (1-P) \times Z_a^2}{d^2} = \frac{0,5 \times 0,5 \times 1,96^2}{0,05^2} = 384$$

De asemenea, pentru a estima mărimea eșantionului poate fi utilizat calculatorul de dimensiuni de eșantion online, unde am luat ca repere:

- marja de eroare de 5%
- intervalul de încredere de 95%
- mărimea populației de interes pentru cercetare.

Astfel, eșantionul calculat de către instrumentul de calculare a eșantioanelor, disponibil online, este de 384 de persoane cu depresie care urmează a fi incluse în cercetare.

Datele au fost colectate cu ajutorul chestionarelor anonime. A fost aplicat un chestionar care a determinat caracteristicile sociodemografice ale persoanelor. Stigmatizarea la persoanele cu depresie a fost evaluată utilizând Scala de determinare a stigmatizării față de depresie propusă de Griffith – DSS (Depression Stigma Scale) (*Anexa*).

Analizele au fost efectuate utilizând pachetul statistic pentru științele sociale, versiunea 24 (SPSS – 24 – Statistical Package for Social Science). Rezultatele au fost prezentate sub formă de Diferența Mediilor ( $\pm$  Deviațiile Standard), luând în considerare Intervalul de Încredere de 95% și nivelul de semnificație alfa = 0,05 (astfel, vor fi considerate statistic semnificative datele care vor avea valoarea  $p < 0,05$ ). După verificarea distribuției normale, datele au fost sintetizate folosind mediane și deviații standard. Comparațiile au fost efectuate utilizând testul t Student sau ANOVA; comparația proporțiilor a fost făcută folosind testul chi-pătrat.

Recrutarea subiecților:

- Participanții la cercetare au fost aleși din regiunile de Nord, Centru și Sud.
- Procedura de recrutare nu presupune examinarea datelor personale private ale potențialilor subiecți.

*Acordul informat*

Cercetarea presupune obținerea acordului informat de tip A de la participanți – acord informat direct.

*Confidențialitatea*

În cadrul chestionării nu vor fi înregistrate datele cu caracter personal ale participanților.

*Motivare și remunerare*

Din cauza resurselor limitate, participanții nu vor beneficia de remunerare pentru participarea lor la studiu. Activitățile de cercetare vor fi organizate într-o locație și la o oră convenabilă, evitându-se cheltuielile de călătorie și pierderea timpului de muncă de către participanții la cercetare.

**Rezultate:** Nivelul stigmatizării medii (deviația standard) măsurat de Scala de evaluare a Stigmatizării față de persoanele cu Depresie (DSS) a prezentat valori mai ridicate la persoanele din localitățile rurale, atât pentru stigmatizarea personală (19,73 (4,88) vs. 14,09 (4,88)  $p < 0,001$ ), cât și pentru stigmatizarea percepută [27,43 (3,30) față de 21,62 (4,15)  $p < 0,001$ ]. Nu există nicio diferență între nivelul stigmatizării privind prezența unei persoane cu depresie în familie din localitățile rurale și cele urbane. Studiile anterioare arată că prin contact cu persoanele care au depresie scade nivelul de stigmatizare. Datele din studiul nostru arată rezultate neclare.

**Concluzii**

Nivelul stigmatizării persoanelor cu depresie este mai mare în localitățile rurale decât în localitățile urbane din Moldova. Sunt necesare mai multe cercetări pentru a înțelege caracteristicile stigmatizării față de depresie.

*Anexa***Scala de evaluare a stigmatizării depresiei – DSS**

**Vă rugăm să citiți următoarea declarație despre Ion:** Ion are 31 de ani. El se simte neobișnuit de trist și mizerabil în ultimele două săptămâni. Chiar dacă este obosit tot timpul, are probleme cu dormitul aproape în fiecare noapte. Ion nu dorește să mănânce și a pierdut în greutate. El nu poate să se concentreze la lucru și lasă pe altă dată orice decizie. Chiar și cerințele din fiecare zi îi par prea mult pentru el. Acest fapt a ajuns în atenția angajatorului lui Ion, care este îngrijorat de productivitatea scăzută a lui Ion.

**Următoarele câteva întrebări conțin afirmații despre problema lui Ion. Te rugăm să indici modul în care personal ești de acord sau nu cu fiecare afirmație.**

**Scala 2 a***Părerea personală*

	Dezacord total	Dezacord parțial	Nici acord, nici dezacord	Acord parțial	Acord total
Persoanele cu depresie ar putea să scape de ea, dacă ar fi vrut.					
Depresia este un semn de slăbiciune personală.					
Depresia nu este o boala medicală reală.					
Persoanele cu depresie sunt periculoase.					
Cel mai bine este să evit persoanele cu depresie, astfel încât să nu devin depresiv și eu.					
Persoanele cu depresie sunt imprezvizibile.					
Dacă aș fi avut depresie, nu aș fi spus nimănui.					
Nu aș angaja pe cineva dacă aș ști că a fost depresiv.					
Nu aș vota pentru un politician dacă aș fi știut că a fost depresiv.					

**Scala 2 b***Părerea altora*

	Dezacord total	Dezacord parțial	Nici acord, nici dezacord	Acord parțial	Acord total
Majoritatea oamenilor consideră că persoanele cu depresie ar putea să scape de ea, dacă ar fi vrut.					
Majoritatea oamenilor consideră că depresia este un semn de slăbiciune personală.					
Majoritatea oamenilor consideră că depresia nu este o boala medicală reală.					
Majoritatea oamenilor consideră că persoanele cu depresie sunt periculoase.					
Majoritatea oamenilor consideră că cel mai bine este să evite persoanele cu depresie, astfel încât să nu devină depresivi și ei.					

Majoritatea oamenilor consideră că persoanele cu depresie sunt imprevizibile.					
Majoritatea oamenilor consideră că dacă ar fi avut depresie nu ar fi spus nimănui.					
Majoritatea oamenilor consideră că nu ar angaja pe cineva dacă ar ști că a fost depresiv.					
Majoritatea oamenilor consideră că nu ar vota pentru un politician dacă ar fi știut că a fost depresiv.					

Va mulțumim mult!

#### Referințe:

1. VOS, T. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. In: *Lancet*, 2012, vol.380, no 9859, p.2163-2196.
2. W. H. O. „Global Health Estimates – Summary tables: DALY by cause, age and sex, by WHO Region, 2000-2012,” June 2014.
3. M. H. Foundation. Starting today – the future of mental health services. In: *Mental Health Foundation*, 2013.
4. CRISP, A.H. Stigmatisation of people with mental illness. In: *British Journal of Psychiatry*, 2000, no 177, p.4-7.
5. W. H. O. Fact sheet – Mental Health, Regional Committee for Europe – 63rd session, 2013.
6. ANGERMEYER, M.C. et al. Cultural differences in stigma surrounding schizophrenia: comparison between Central Europe and North Africa. In: *The British Journal of Psychiatry*, 2015.
7. GHAZIUDDIN, G.M. Medication noncompliance in adolescents with psychiatric disorders. In: *Child Psychiatry & Human*, 1999, no 30, p.103-110.
8. HACK, S. & C. B. Pediatric psychotropic medication compliance: A literature review and research-based suggestion for improving medication compliance. In: *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2001, no 11, p.57-59.
9. Kazdin. Dropping out of child psychotherapy: Lessons for research and implication for practice. In: *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1996, no 1, p.133-156.
10. Social psychology of stigma / Edited by Todd F. Heatherton, Robert E. Kleck, Michelle R. Hebl, and Jay G. Hull, 2000.
11. WALKER-NOACK, F. *Youth perceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder and barriers to treatment*, 2013, vol.28 (2), p.193-218.
12. [Interactiv]. Available: <https://www.checkmarket.com/sample-size-calculator/>.

#### Date despre autori:

**Andrei ESANU**, doctorand la Catedra de Psihiatrie și Narcologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N.Testemițanu”.

**Jana CHIHAI**, doctor, conferențiar universitar la Catedra de Psihiatrie și Narcologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N.Testemițanu”.

Prezentat la 27.10.2018