

Depressiooni esinemine perearsti patsientidel

Anu Aluoja¹, Pille Ööpik², Ruth Kalda², Heidi-Ingrid Maaros² – ¹TÜ psühhiaatrikliinik, ²TÜ polikliinik ja peremeditsiini õppetool

depressioon, levimus perearstias, seostuvad tegurid

Depressioon on maailmas üks sagedasemaid psüühikahäireid ja prognoositakse, et aastaks 2020 on see südame-veresoonkonna haiguste järel olulisel kohal ka töövõimetuse põhjustajana. Seetõttu on oluline teada, milline on depressiooni esinemissagedus ning millised on selle häirega seostuvad põhilised tegurid. Üle-euroopalise depressiooni riskitegurite uurimisprojekti PREDICT raames Eestis tehtud uuring näitas, et depressiooni on esinenud viimase kuue kuu jooksul ligikaudu veerandil perearsti patsientidest ning viimase kuu jooksul peaaegu igal seitsmendal patsiendil. Sagedamini seostusid depressiooniga sellised tegurid nagu naissugu, töötus, pikaajaline raske haigus, majanduslik toimetulek ning negatiivsete elusündmuste olemasolu.

Meeleoluhäired ja eriti depressioon on maailmas kõige sagedamini esinevad psüühikahäired (1, 2). Üle-euroopaline depressiivsete häirete uuring DEPRES andis depressiooni 6 kuu levimuseks 3,8–9,9% (2). Eestis esineb olulisi depressioonisümpptomeid 11,1%-l elanikest. Sagedasti täheldatakse depressiooni esmatasandi meditsiinis, ligikaudu 10%-l pere- või üldarsti poole pöördunud patsientidest on leitud depressiivseid häireid (3, 4). Suur levimus, sagedasti krooniline kulgu, kaasnevad subjektiivsed kannatused ja häiritud toimimine teevad depressioonist ühe tänapäeva tähtsama terviseprobleemi. Prognoositakse, et 2020. a on depressioon ülemaailmselt töövõimetuse põhjuste pingereas teisel kohal, jäädes maha vaid südame-veresoonkonna haigustest (5). Eestis on leitud, et depressioon seostub oluliselt halvema subjektiivse sotsiaalse funktsioneerimisega (6).

Kuigi depressiivsete häirete esinemist on palju uuritud, puudub üksmeel depressiooni levimuse ja seostuvate tegurite kohta. Paikkonniti erinevad levimusnäitajad kaks kuni kolm korda ka siis, kui on kasutatud sarnast meetodikat (2). Uuringud näitavad, et vaatamata sagedasele esinemisele jääb enamik depressiivsete häiretega isikutest endiselt õige diagnoosita ja adekvaatse ravita (7, 8). Ligikaudsete hinnangute kohaselt diagnoosivad esmatasandi arstid depressiooni

all kannatajatest ainult 25–50%-l depressiivset häiret (9, 10).

Depressioon tekib bioloogiliste, sotsiaalsete ja psühholoogiliste tegurite koosmõjus. Universaalset kinnitust leidnud riskitegurid on naissugu (6, 11) ja madal sotsiaal-majanduslik staatus. Depressioon seostub vähese sissetulekuga, madala haridustaseme ja töötusega (1, 6, 12, 13). Enesehinnangul põhinev pingeline majanduslik olukord on osutunud heaks prognostiliseks tunnuseks nii depressiooni tekkes kui ka püsimises (12). Depressiooniga on tugevalt seotud negatiivsete elusündmuste kuhjumine (14, 15) ja kehalise tervise probleemid (4).

Kuigi depressiooni määratletakse kui 21. sajandi tervishoiu prioriteeti (16, 17), ei ole Eestis tehtud ühtegi struktureeritud diagnostilisel intervjuul põhinevat meeleoluhäirete uuringut. Seetõttu võime depressiivsete häirete levimuse kohta teha ainult ligikaudseid oletusi depressioonisümpptomite uuringute alusel. Pole teada ka, kui palju perearsti poole pöörduvatest isikutest võiks kannatada meeleoluhäirete all. Nende häirete esinemissageduse teadmine aitaks planeerida diagnostilisi ja raviressursse ning teravdada perearstide tähelepanu depressiivse häirega patsientide suhtes. Kuna depressiooni esinemine on seotud sotsiaalsete, majanduslike ja psühholoogiliste teguritega, aitaks nende tundmine riskirühmasid kindlaks teha ning

mõnel juhul depressiooni vallandumist ära hoida, samuti ennetada depressiooniepisoodide kordumist ja häire krooniliseks muutumist.

Käesolev uuring toimus üle-euroopalise depressiooni riskitegurite uurimisprojekti PREDICT raames, milles osales kuus riiki: Eesti, Suurbritannia, Holland, Sloveenia, Portugal ja Hispaania (18). Töö **eesmärgiks** oli hinnata depressiooni esinemisagedust perearsti poole pöörduvate patsientide hulgas ning analüüsida depressiooni seoseid sotsiaaldemograafilise tausta, elusündmuste ja tervisehinnanguga.

Uuritavad ja meetodid

Uuringusse liitumise ettepanek tehti 1200 patsiendile, neist soostus osalema 1096 patsienti 24 perearsti nimistust. Perearstid valiti välja eelnevalt korraldatud küsitluse põhjal nendest, kes avaldasid valmisolekut oma patsientidega uuringus osaleda. Ettepaneku uuringus osalemiseks tegi patsiendile tema perearst. Patsiendid vanuses 18–75 a hõlmati järjestikuselt 2–3 kuu jooksul perearsti poole pöördunud patsientide hulgas, sõltumata pöördumise põhjusest. Uuringusse ei võetud patsiente, kellel oli liikumist ja teovõimet piirav raske somaatiline või psüühiline haigus, samuti oli uuringus osalemise eelduseks eesti keele oskus. Igast praksisest võeti uuringusse järjestikku kuni 30 informeeritud nõusoleku andnud isikut. Patsiendid täitsid informeeritud nõusoleku vormi, mille nad võisid tagasi võtta ka hiljem uuringu käigus.

Kõiki patsiente intervjueriti struktureeritud intervjuuga. Kasutasime **rahvusvahelise diagnostilise liitintervjuu** (*Composite International Diagnostic Interview*, CIDI) depressiooni alaosa. CIDI on välja töötanud Maailma Terviseorganisatsioon (19). See on täielikult struktureeritud diagnostikaintervjuu, mis annab praeguse (ja eluaja) psüühikahäirete diagnoosid, lähtudes RHK-10 ja DSM-IV klassifikatsioonisüsteemist. Selles uuringus kasutati CIDI 6 kuu varianti ning depressiooni olemasolu hinnati RHK-10 kriteeriumidest lähtuvalt. Tulemused võimaldavad täpsustada ka depressiooniepisoodi raskusastme.

Riskitegurite küsimustik. Patsiendid täitsid selle uuringu jaoks koostatud enesehinnangulise tervise ja elustiili riskitegurite küsimustiku. Küsimustikus hinnati järgmisi näitajaid: demograafilised tegurid, tööprobleemid, majanduslikud pinged, enesehinnang tervisele, varasemad isiklikud ja perekondlikud vaimse tervise probleemid, momeenidil esinevad ärevuse, depressiooni ning sõltuvuse sümptomid, leibkonna karakteristikud, negatiivsed elusündmused ja sotsiaalne toetus, turvalisus ning sotsiaalne kapital. Küsimustik oli eelnevalt läbinud reliaabluse kontrolli 45 patsiendil. Kordustestimise reliaabluse näitajana kasutati kappi-koefitsienti, mis jäi vahemikku 0,62–0,92, ning klassisest korrelatsioonikoefitsienti, mille vahemik oli 0,65–0,96. Töös kasutasime riskiküsimustikust demograafiliste tegurite, majandusliku toimetuleku, elusündmuste ja tervise enesehinnangu osa.

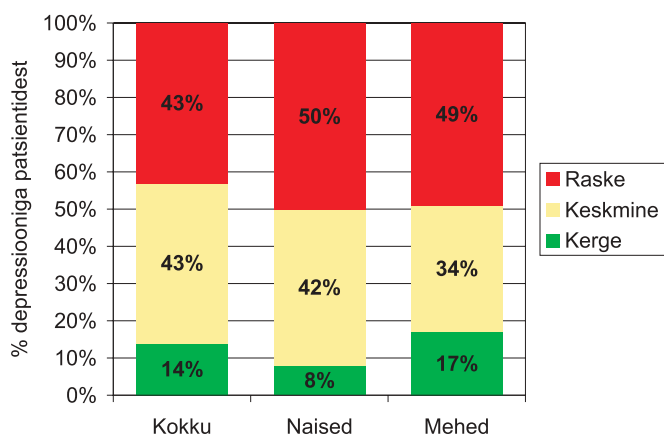
Uuringuandmete statistiline töötlus.

Andmeanalüüsiks kasutasime tarkvarapaketti SPSS for Windows 10.0. Depressiooni ja taustategurite seose olulisust hindasime χ^2 -testiga, seose iseloomu täpsustasime logistilise regressioonanalüüsi abil. Šansside suhte arvutamisel võtsime referentskategoriakts tunnuse selle taseme, mille puhul depressiooni esinemine oli kõige väiksem.

Tulemused

RHK-10 diagnostilistele kriteeriumidele vastav depressiooniepisood esines eelneva 6 kuu jooksul 23,6%-l ja viimasel kuul 15,4%-l perearsti külastanud patsientidest. Depressiooni raskusastmeid iseloomustab joonis. Sagedasemad olid depressiooni raske ja mõõdukas vorm, kerget depressiooni oli vähem. Naistel esines mõnevõrra vähem kerget ja rohkem mõõdukat depressiooni kui meestel ($\chi^2 = 12,13$; $p < 0,01$). Viimase 6 kuu depressiooniga patsientidest 83,7%-l oli ka varem elu jooksul esinenud vähemalt üks depressiooni põhisümptom. Patsientide keskmine vanus depressioonisümptomite esmakordsel ilmnemisel oli 28 ($\pm 12,9$) aastat, mediaan 25 aastat.

Depressiooni esinemisagedus erinevates sotsiaaldemograafilistes rühmades on esitatud tabelis.



Joonis 1. Depressiooni raskusastmed.

Depressiooni esines naistel oluliselt sagedamini kui meestel. Vanuse ja depressiooni vahel seost ei ilmnenud. Kuigi leskede ja lahutatud isikute hulgas esines depressiooni sagedamini, ei olnud see siiski statistiliselt oluline. Kui aga vaatasime eraldi naisi ja mehi, selgus, et naistel ei olnud depressiooni ning abielulisuse vahel mingit seost ($\chi^2 = 0,99$; $p = 0,803$), meestel aga esines depressiooni oluliselt rohkem kõigil, kes ei olnud abielus, s.t nii leskedel, lahutatutel kui ka neil, kes polnud kunagi abielus olnud ($\chi^2 = 19,36$; $p < 0,001$). Kuigi töölase staatusega üldine seos puudus, selgus logistilises regressioonanalüüsis siiski, et töötutel oli statistiliselt oluliselt suurem šans olla depressioonis võrreldes töötavate isikutega (šansside suhe 2,3; usalduspiirid 1,1–4,8; $p < 0,05$). Depressioon seostus mõningal määral haridusega, oluliselt vähem oli depressiooni kõrgharidusega rühmas, kesk- ja põhiharidusega inimeste vahel erinevust polnud.

Depressiooni esines oluliselt rohkem isikutel, kes eelneva 6 kuu jooksul olid läbi elanud mõne negatiivse elusündmuse. Juba ühe negatiivse sündmuse esinemine suurendas depressiooni esinemise šanssi kaks korda (šansside suhe 2,0; usalduspiirid 1,3–2,9; $p < 0,01$); kolm või rohkem sündmust aga viis korda (šansside suhe 5,3; usalduspiirid 3,4–8,1; $p < 0,001$). Majandusliku olukorra näitajana kasutasime hinnangut oma rahalisele toimetulekule. Kõige vähem oli depressiooni rühmas, kus uuritavad leidsid, et nad tulevad toime, oluliselt rohkem

aga patsientidel, kes hindasid oma toimetuleku raskeks (šansside suhe 2,0; usalduspiirid 1,45–2,76; $p < 0,001$) või väga raskeks (šansside suhe 5,7; usalduspiirid 3,56–9,08; $p < 0,001$).

Kui uurisime depressiooni seost muude terviseprobleemidega (vt tabel), selgus, et patsiendid, kellel enesehinnangu kohaselt esines mõni pikaajaline haigus või puue, kannatasid oluliselt sagedamini depressiooni all. Samuti leidsime tugeva seose üldise tervisehinnangu ja depressiooni vahel: mida halvemaks oma tervist hinnati, seda sagedamini esines depressiooni.

Arutelu

Eestis esineb kuni neljandikul perearsti külastavatest patsientidest depressiooni ning seejuures enamasti depressiooni rasket ja keskmist vormi. Seega on depressioon isegi sagedasem probleem, kui mujal tehtud uuringute põhjal arvata võiks. Tavaliselt hinnatakse esmatasandi meditsiinis depressiooni ühe kuu esinemissageduseks 5–10% (3, 4, 9). Võrreldes sama meetodikaga uuritud perearsti-patsientidega teistes riikides (Suurbritannia, Holland, Sloveenia, Hispaania ja Portugal) esineb Eestist rohkem depressiooni vaid Suurbritannias (20). Huvitav tulemus on raske ja mõõduka depressiooni ülekaal. Enamik varasemaid töid on leidnud esmatasandi meditsiinis rohkem mõõdukat ja kerget depressiooni (21). Meiega sarnane näib olevat olukord Saksamaal, kus hiljutine uuring leidis samuti

Tabel 1. Depressiooni esinemine sotsiaaldemograafiliste tunnuste, elusündmuste hulga ja tervisehinnangu järgi

Tunnus	Depressiooniga		χ^2	p
	n	%		
Sugu				
Mehed	48	26,2	11,05	<0,001
Naised	210	16,5		
Vanus				
18–29	85	25,2	2,98	>0,05
30–39	62	24,5		
40–49	42	24,6		
50–59	34	22,8		
60–69	25	19,7		
>70	10	17,5		
Abielulisus			6,95	>0,05
Abielus	156	21,4		
Lahutatud	34	31,5		
Lesk	16	28,1		
Pole abielus	52	26,0		
Haridus			7,42	<0,05
Kõrgem	51	17,8		
Kesk- ja keskeri	171	25,4		
Põhiharidus ja madalam	36	26,9		
Töölane staatus			6,79	>0,05
Töötab	165	23,8		
Töötu	12	41,4		
Pensionil	29	19,2		
Töövõimetu	11	25,6		
Õpib	29	24,4		
Negatiivsete elusündmuste arv viimase 6 kuu jooksul			64,53	<0,001
0	47	12,8		
1	78	22,3		
2	57	28,1		
3 või rohkem	75	43,6		
Pikaajaline haigus			15,96	<0,001
Jah	170	28,2		
Ei	88	17,9		
Hinnang rahalisele toimetulekule			64,45	<0,001
Elab lähedalt	13	24,1		
Tuleb toime	106	16,8		
Toimetulek on raske	92	28,8		
Toimetulek on väga raske	47	53,4		
Üldine tervisehinnang			40,42	<0,001
Suurepärase	3	10,7		
Väga hea	23	14,3		
Hea	59	17,2		
Keskmine	114	28,1		
Vilets	59	37,8		

ülekaalukalt rasket ja mõõdukat depressiooni (3) Seega on depressioon Eestis perearstide praktikas oluliseks probleemiks ning uuringud on näidanud, et perearstid on valmis selle probleemiga tegelema (22).

Depressiooni soodustavate teguritena võib esile tuua demograafilisi näitajaid, neist abielulisus seos- tus väiksema depressioonisagedusega just meestel. Meie tulemused kinnitavad Bebbingtoni ideed, et abielu võiks just meestel olla depressioonivastane

kaitsetegur (23). Kirjandusest on teada, et abielus olek mõjutab positiivselt meeste tervist ka teisi haigusi silmas pidades, nagu koronaarhaigused, II tüüpi diabeet, riskikäitumine (õnnetustesse sattumine, suitsetamine, alkoholi liigtarvitamine) (24). Depressiooni võis täheldada meie uuringus enam töötutel patsientidel ja neil, kellel oli rahalise toime- tulekuga raskusi. Seega peaksid Eesti ühiskonnas toimuvad positiivsed protsessid nagu tööpuuduse vähenemine, keskmise palga suurenemine sood-

salt mõjuma depressiooni esinemissagedusele. Samas on aga palju muid tegureid isiku elus, mis osutusid depressiooni soodustavaks. Nii esines seos negatiivsete elusündmuste arvu ja depressiooni esinemissageduse vahel. Depressiooni ja negatiivsete elusündmuste seost on sageli leitud nii rahvastikus kui ka perearsti patsientidel (14, 15) ning polegi veel päris selge, kas negatiivsed elusündmused põhjustavad depressiooni või depressioonile kalduvad inimesed võimendavad negatiivseid elusündmusi (25).

Uuringurühmas osalenud patsiendid külastasid perearsti mitmesuguste ägedate või krooniliste probleemide tõttu ning vaid mõningatel juhtudel oli arsti poole pöördumise põhjuseks depressioon. Seega on enamikul perearsti külastavatel depressiooniga patsientidel see häire varjatud muude kaebustega või esineb koos teiste haigustega, nagu on osutanud ka teised autorid (26, 27). On näidatud, et perearsti vastuvõtule pöördunud depressiivsetest patsientidest kaebab 81% vaid somaatilisi häireid ja 56% ka põeb kaasvalt somaatilist häiret (28). Paljudel juhtudel arst ega patsient depressiooni ei kahtlustanud ning tähelepanu koondus vaid pöördumise põhjuseks olevatele haigustele. Perearsti konsultatsiooni uuringud Eestis osutavad samuti sellele, et psüühilisi probleeme pöördumise põhju-

senä tuuakse esile ja nende lahendamist oodatakse patsientide poolt harvem kui biomeditsiiniliste probleemide lahendamist (29, 30).

Järeldus

Seega oleks meie uuringu tulemusi järgides perearstil vaja sagedamini mõelda patsientide mitmete probleemide korral ka depressioonile, sest patsiendid, kellel esineb kroonilisi haigusi, kannatavad selle all sagedamini. Uuringu tulemused on olulised perearsti töö paremaks korraldamiseks ning edaspidiseks depressiooni sõelumiseks ja riskirühmade leidmiseks. Patsiente komplekselt ravides, depressiooni riskile tähelepanu juhtides ning lisaks ravimitele ka nõustamist kasutades on perearstil võimalik ära hoida depressiooni püsimist ja kordumist.

Tänuavaldus

Avaldame tänu PREDICT uurimisrühmale: Michael King, Irwin Nazareth, Carl Walker (Suurbritannia); Francisco Torres-González, Berta Moreno-Küstner, Juan Bellon (Hispaania); Miguel Xavier (Portugal); Igor Svab, Danica Rotar Pavlič (Sloveenia); Jan Neeleman, Mirjam Geerlings, Manja van Wezep (Holland). Uuringutöö valmis Eesti Teadusfondi (grant nr 5696) ja sihifinantseeringute (projektid 0182741s06d ja 0182590As03) toetusel.

Kirjandus

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8–19.
2. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, et al. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12:19–29.
3. Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol* 2002;17(Suppl 1):S1–11.
4. Salokangas RKR, Poutanen O, Stengard E, et al. Prevalence of depression among patients seen in community health centers and community mental health centers. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:427–33.
5. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498–504.
6. Aluoja A, Leinsalu M, Shlik J, et al. Symptoms of depression in the Estonian population: prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. *J Affect Disord* 2002;78:27–35.
7. Davidson JR, Meltzer-Brody SE. The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry* 1999;60 Suppl 7:4–9.
8. Lecrubier Y, Boyer P, Lépine J-P, et al. The identification of psychiatric disorders in primary care. *Eur Psychiatry* 1996;11 Suppl 4:178–9.
9. Paykel ES, Priest RG. Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *BMJ* 1992;305:1198–202.
10. Poutanen O. Depression in primary health care patient; prevalence, recognition, definition, and the consulting situation. *Psychiatria Fennica* 1996;27:115–28.

11. Weich S, Sloggett A, Lewis G. Social roles and gender difference in the prevalence of the common mental disorders. *Br J Psychiatry* 1998;173:489–93.
12. Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment and common mental disorders: population-based cohort study. *BMJ* 1998;317:115–9.
13. Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status. Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:470–4.
14. Paykel ES, Cooper Z. Life events and social stress. In: Paykel S, ed. *Handbook of affective disorders*. Singapore: Churchill Livingstone; 1982. p. 149–70.
15. Salokangas RK, Poutanen O. Risk factors for depression in primary care. Findings of the TADEP project. *J Affect Disord* 1998;48:171–80.
16. World Health Organisation. http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
17. Satcher D. Global mental health: its time has come. *JAMA* 2001;285:1697.
18. King M, Weich S, Torres F, et al. Prediction of depression in European general practice attendees: the PREDICT study. *BMC Public Health* 2006;6:6.
19. World Health Organisation. Composite International Diagnostic Instrument (CIDI). Version 2.1. World Health Organisation: Geneva; 1997.
20. Aluoja A, Kalda R, Ööpik P jt. Depressioon esmatasandi meditsiinis: PREDICT uuringu esimese etapi tulemused. *Eesti Arst* 2005;84(9):652.
21. Hildebrandt MG, Stage KB, Kragh-Soerensen P. Gender and depression: a study of severity and symptomatology of depressive disorders (ICD-10) in general practice. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107(3):197–202.
22. Ööpik P, Aluoja A, Maaros HI. Depressiooni ravimine esmatasandil. *Eesti Arst* 2005;84(7):481–7.
23. Bebbington P. The origins of sex differences in depressive disorder: bridging the gap. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:295–332.
24. Ross CE, Mirowsky J, Goldstein K. The impact of the family on health: the decade in review. *JMF (Journal of Marriage and the Family)* 1990;52:1059–78.
25. Harkness KL, Monroe SM, Simons AD, et al. The generation of life events in recurrent and non-recurrent depression. *Psychol Med* 1999;29:135–44.
26. Goodwin GM. Depression and associated physical diseases and symptoms. *Dialogues Clin Neurosci* 2006;8:259–65.
27. Saltman DC, Sayer GP, Whicker SD. Co-morbidity in general practice. *Postgrad Med J* 2005;81:474–80.
28. Lecrubier Y. The burden of depression and anxiety in general medicine. *J Clin Psychiatry* 2001;62:3–12.
29. Tähepõld H, Maaros HI, Kalda R, et al. Structure and duration of consultations in Estonian family practice. *Scand J Prim Health Care* 2003;21:167–70.
30. Tähepõld H, van den Brink-Muinen A, Maaros HI. Patient expectations from consultation with family physician. *Croat Med J* 2006;47:148–54.

Summary

Prevalence of depression in primary care patients

Objective. To estimate the prevalence of depression in family practice and to investigate the relationship of depression with some sociodemographic factors, life-events and general health of patients.

Methods. The current study makes use of the materials of the PREDICT study which was conducted in 6 European countries: Estonia, Slovenia, UK, Netherlands, Spain and Portugal. The study was carried out in 24 family practices across Estonia. The study involved 1096 consecutive patients, aged 18–75 years, attending family practice to consult the family doctor. The occurrence of depression was estimated using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). All patients completed a questionnaire for assessment of sociodemographic and health-related risk factors of depression.

Results. Of the patients 23.6% had a depressive episode according to the ICD-10 criteria during the

last 6 months, and 15.4% had it during the last month. Moderate depression and severe depression were more prevalent compared with mild depression. Female patients had a lower rate of mild depression and a higher rate of moderate depression compared with male patients. Depression was related to female gender, unemployment, poor financial coping, and having more than two negative incidents during the last 6 months. Also, depression was more prevalent among the patients who reported that they had some long-term illness or disability as well as among those who estimated their general health as poor.

Conclusion. Depression is more prevalent than expected among Estonian primary care users. The knowledge of risk groups contributes to identification and treatment of depressive disorders in primary care.

anu.aluoja@ut.ee