PSYHOSOCIAL ASPECTS OF GENDER AND *GENERATIONS STUDIES**
ASPECTE PSIHOSOCIALE ALE STUDIILOR *GENERAȚII DE GEN*

CZU: 159.923.2:616.895.4 **DOI:** https://doi.org/10.5281/zenodo.7361225

AUTOAPRECIEREA STĂRII DE SĂNĂTATE, A STĂRILOR DEPRESIVE ŞI A SENTIMENTULUI DE SINGURĂTATE LA PERSOANELE ADULTE

Doina ERHAN, Ana TARNOVSCHI
Republica Moldova

În prezentul studiu s-a întreprins o analiză comparativă a autoaprecierii stării de sănătate, a stărilor depresive şi a sentimentului de singurătate la persoanele adulte în dependenţă de mediul de trai, gen şi statutul marital al subiecţilor.

Cuvinte-cheie: *autoaprecierea stării de sănătate, diferenţe gender, stare depresivă, sentiment de singurătate, adulţi, statut marital, mediu de trai.*

SELF-ASSESSMENT OF THE STATE OF HEALTH, DEPRESSIVE STATES AND THE FEELING OF LONELYNESS IN ADULTS

In the present study, a comparative analysis of the self-assessment of the state of health, depressive states and the feeling of loneliness in adults was undertaken depending on the living environment, gender and marital status of the subjects.

Keywords*: self-assessment of health status, gender differences, depressive state, feeling of loneliness, adults, marital status, living environment.*

Introducere

Factorul de instabilitate în societate a adus în prim-plan probleme, precum: adaptarea persoanei într-o situație de instabilitate a mediului, apariția de simptome complexe distructive psihosociale ale individului, cum ar fi dezvoltarea stărilor depresive, a sentimentului de singurătate şi o autoapreciere scăzută a stării de sănătate la adulţi.

Singurătatea cu toate fațetele sale se bucură de o utilizare destul de largă în momentele de exprimare a stării, sentimentului, atitudinii, a unui proces, a trăirii şi de evaluare a comportamentului unei persoane. Deși sociabilitatea și relaționarea sunt valorizate, contactele profunde și autentice par a fi mai dificil de stabilit. Pe termen lung această variantă se asociază cu un declin constant al stării de bine [1]. Singurătatea este o problemă universală care poate afecta pe oricine, indiferent de vârstă, etnie și gen. După I.Crumpei-Tanasă, singurătatea este ”un deficit perceput subiectiv al cantității și calității relațiilor sociale disponibile, este o durere socială care semnalează importanța reconectării sociale pentru supraviețuire” [2]. Persoanele adulte în singurate pe termen lung

intră într-un cerc vicios al izolării, consecințele fiind grave și privesc sănătatea fizică și psihică. Singurătatea prezice tulburări psihiatrice, cardiace, imunitare, endocrine, cognitive și crește șansele unei morți premature cu aproximativ 30%.

Dacă e să vorbim despre stările depresive, ele sunt unele dintre cele mai importante probleme ale sănătăţii mintale, cu aproximativ 3,8% din populație afectată, inclusiv 5,0% în rândul adulților și 5,7% în rândul adulților peste 60 de ani [3]. Ele exercită efecte negative asupra funcţionalităţii generale şi se asociază cu alte tulburări, cum ar fi tulburările anxioase, abuzul de substanţe, comportamentul antisocial, alcoolismul, suicidul. Stările depresive rezultă dintr-o interacțiune complexă a factorilor sociali, psihologici și biologici. Persoanele care au trecut prin evenimente adverse de viață (șomaj, doliu, evenimente traumatice) sunt mai susceptibile de a dezvolta depresie. Stările depresive pot duce, la rândul lor, la mai mult stres și disfuncție și pot înrăutăți situația de viață a persoanei adulte afectate și depresia în sine.

Starea de sănătate reprezintă un indicator important al condiţiilor de mediu, de viaţă şi un criteriu fundamental în vederea aprecierii rezultatelor privind măsurile aplicate în scopul ridicării standardului de trai şi ocupaţional, în general, şi a activităţii medico-sanitare, în special. Starea de sănătate ”nu este doar absența bolii, ci o stare de bunăstare completă, fizică, morală și socială, iar standardele de comparație pot fi diferite de la o persoană la alta” [4], conceptul fiind deci unul plurisemantic, cu o semnificație ce poate varia în funcție de diferite grupuri, clase sociale sau populații. În virtutea multiplelor definiții date sănătății, criteriile cele mai des utilizate sunt legate de bunăstarea funcțională, capacitatea organismului de a se adapta la condițiile variate de viață și de muncă și condiția umană care îl face pe individ creativ. Așadar, este o unitate tridimensională, adică biopsihosocială. Autoaprecierea stării de sănătate reprezintă percepția adultului asupra stării lui de sănătate, asupra prosperității lui și asupra stării sale de bine în general.

Demersul experimental

Stările depresive, sentimentului de singurătate şi o autoapreciere scăzută a stării de sănătate sunt unele dintre problemele extrem de majore şi cu consecinţe grave asupra vieţii adultului. Analiza distribuţiei acestor trei factori în dependenţă de genul, mediul de trai şi starea maritală a subiecţilor ar facilita depistarea ariei de dezvoltare a problemelor.

Obiectivele cercetării:

1. Identificarea diferenţelor privind distribuţia subiecţilor în funcţie de gen, mediul de trai şi statutul marital.
2. Identificarea diferenţelor privind distribuţia rezultatelor autoaprecierii stării de sănătate, a stărilor depresive şi a sentimentului de singurătate.
3. Manifestarea variabilelor: autoaprecierea stării de sănătate, a stărilor

depresive şi a sentimentului de singurătate în dependență de gen, mediul de trai şi statutul marital.

Studiul cantitativ se axează pe baza datelor oferite de GGS, în care chestionării au fost supuse 10048 de persoane din Republica Moldova [5]. Acest chestionar oferă o multitudine de variabile care pot fi analizate și interpretate. În studiul dat ne vom axa pe bilanțul negativ al autoaprecierii stării de sănătate, a stărilor depresive şi a sentimentului de singurătate.

În urma analizei rezultatelor putem constata că într-un procentaj mai mare (65,7%) subiecţii cercetării sunt din mediul rural, de asemenea într-un procentaj mai mare (61,9%) sunt persoane de genul feminin şi în unul la fel mai mare parte (53,1%) sunt persoane căsătorite. Totodată, putem observa că din 4704 subiecţi necăsătoriţi, circa 3000 nu au partener.

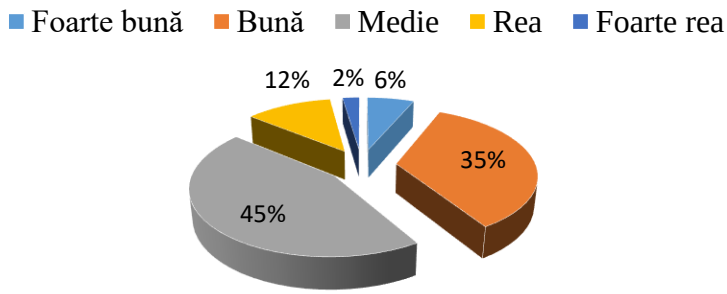


Figura 1. Distribuirea rezultatelor obţinute de către subiecţii cercetării referitor la *Autoaprecierea stării de sănătate*, N=10026

În urma analizei rezultatelor putem deduce că 2% dintre subiecţi îşi autoapreciază starea de sănătate ca fiind una foarte rea, 12% – ca fiind una rea, 45% fiind una medie, 35% – ca fiind una bună şi doar 6% – ca fiind una foarte bună.

Tabelul 1. Distribuirea rezultatelor obţinute de către subiecţii cercetării referitor la *Sentimentul de singurătate*, N=10026

Subiecţii cercetării	**Sentimentul de singurătate**					
	Da		**M. mult sau m. puţin**		**Nu**	
	f(a)	f(r)	f(a)	f(r)	f(a)	f(r)
Sunt mulţi oameni pe care mă pot baza atunci când am probleme	6657 p.	66.4%	2223 p.	22.2%	1146 p.	11.4%
Am un sentiment general de gol	1259 p.	12.6%	2038 p.	20.3%	6729 p.	67.1%

Îmi lipseşte să am oameni prin preajmă	5228 p.	52.1%	2622 p.	26.2%	2176 p.	21.7%
Sunt multe persoane în care pot avea încredere totală	5638 p.	56.2%	2864 p.	28.6%	1524 p.	15.2%
Deseori mă simt respins	692 p.	6.9%	1544 p.	15.4%	7790 p.	77.7%

Tabelul 2. Distribuirea rezultatelor obţinute de către subiecţii cercetării referitor la *Stările depresive*, N=10026

Subiecţii cercetării	**Stările depresive**							
	Niciodată		**Uneori**		**Deseori**		**În cele mai multe cazuri**	
	f(a)	f(r)	f(a)	f(r)	f(a)	f(r)	f(a)	f(r)
Am simţit că nu pot scăpa de starea de rău nici cu ajutorul familiei/prietenilor	4867 p.	48.5%	4262 p.	42.5%	715 p.	7.1%	182 p.	1.8%
M-am simţit reprimat	4487 p.	44.8%	4632 p.	46.2%	764 p.	7.6%	143 p.	1.4%
Am crezut că viaţa mea este un eşec	7105 p.	70.9%	2373 p.	23.7%	427 p.	4.3%	121 p.	1.2%
M-am simţit oribil/ înfricoşat	4153 p.	41.4%	4951 p.	49.4%	791 p.	7.9%	131 p.	1.3%
M-am simţit trist	2299 p.	22.9%	6103 p.	60.9%	1399 p.	14.0%	225 p.	2.2%

De asemenea, observăm rezultate pozitive la nivelul sentimentului de singurătate şi a stărilor depresive, subiecţii reprezentând într-un procentaj mai mare absenţa simptomelor caracteristice variabilelor.

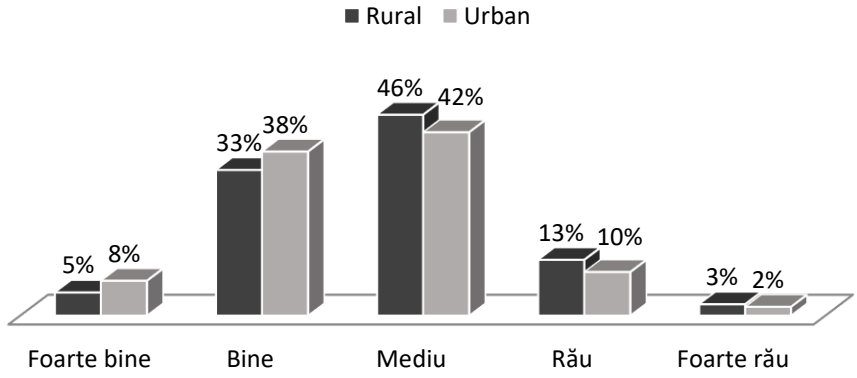


Figura 2. Distribuirea rezultatelor obţinute de către subiecţii cercetării referitor la *Autoaprecierea stării de sănătate* în dependenţă de mediul de trai, N=10026

În urma datelor prezentate putem observa că doar 38% dintre subiecţii din mediul rural apreciază propria sănătate ca fiind bună sau foarte bună, ceea ce este un procentaj mai mic faţă de al celor din mediul urban (46%). În același timp, ponderea populaţiei din mediul rural, care au apreciat starea propriei sănătăţi ca fiind rea, sau foarte rea, este mai mare faţă de mediul urban. Astfel, starea sănătăţii populaţiei de la sate din Republica Moldova este mai precară în comparaţie cu populaţia din orașe. Printre cauzele care rezultă într-o astfel de apreciere a propriei stări de sănătate din mediul rural ar putea fi accesul mai redus la serviciile medicale, venituri mai reduse, atitudinea neglijentă faţă de sănătate, modul de viaţă mai nociv etc.

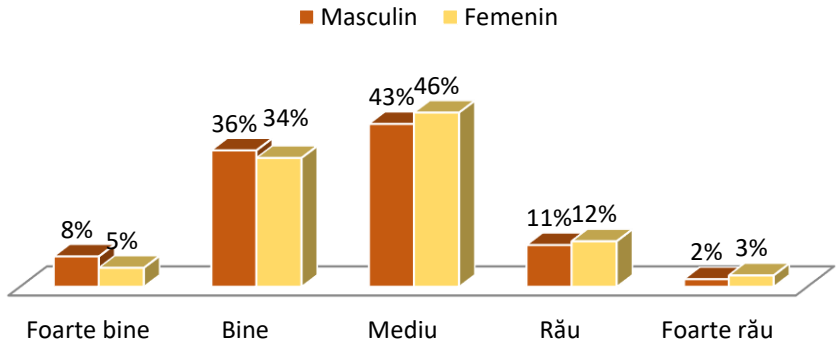


Figura 3. Distribuirea rezultatelor obţinute de către subiecţii cercetării referitor la *Autoaprecierea stării de sănătate* în dependenţă de gen, N=10026

44% dintre bărbaţi și-au apreciat starea sănătăţii ca fiind una bună sau foarte bună, în comparaţie cu doar 39% dintre femei. În același timp, 15% dintre femei și 13% dintre bărbaţi au raportat o stare a sănătăţii rea și foarte rea. O posibilă explicaţie ar putea fi de natură educaţională în contextul stereotipurilor de gen, în conformitate cu care băieţii şi fetele sunt educaţi diferit cu privire la starea de sănătate, în sensul unei preocupări mai mari de ea la fete şi neglijenţă, faţă de ea la băieţi. Această orientare dezechilibrată pentru starea sănătăţii se repercutează prin subestimarea unor simptome şi neglijarea semnelor de boală, ceea ce determină o morbiditate sporită la bărbaţi prin anumite maladii şi o mortalitate mai precoce.

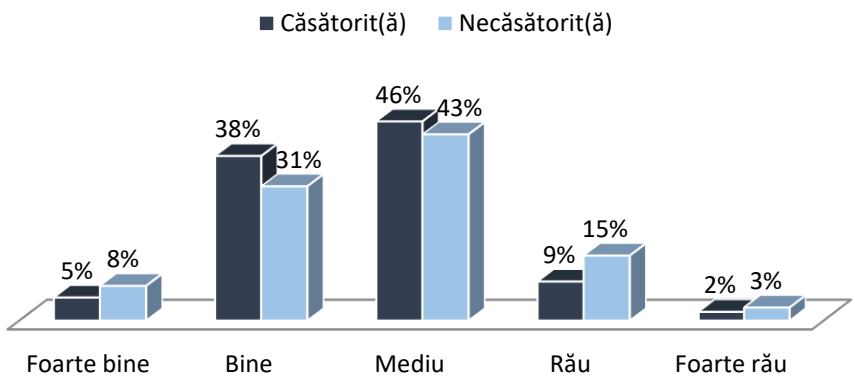


Figura 4. Distribuirea rezultatelor obţinute de către subiecţii cercetării referitor la *Autoaprecierea stării de sănătate* în dependenţă de statutul marital, N=10026

De asemenea, putem observa că doar 39% dintre subiecţii necăsătoriţi apreciază propria sănătate ca fiind bună sau foarte bună, ceea ce este un procentaj mai mic faţă de al celor căsătoriţi (43%). În același timp, 18% dintre cei necăsătoriți și 11% dintre cei căsătoriţi au raportat o stare rea a sănătății și o stare foarte rea.

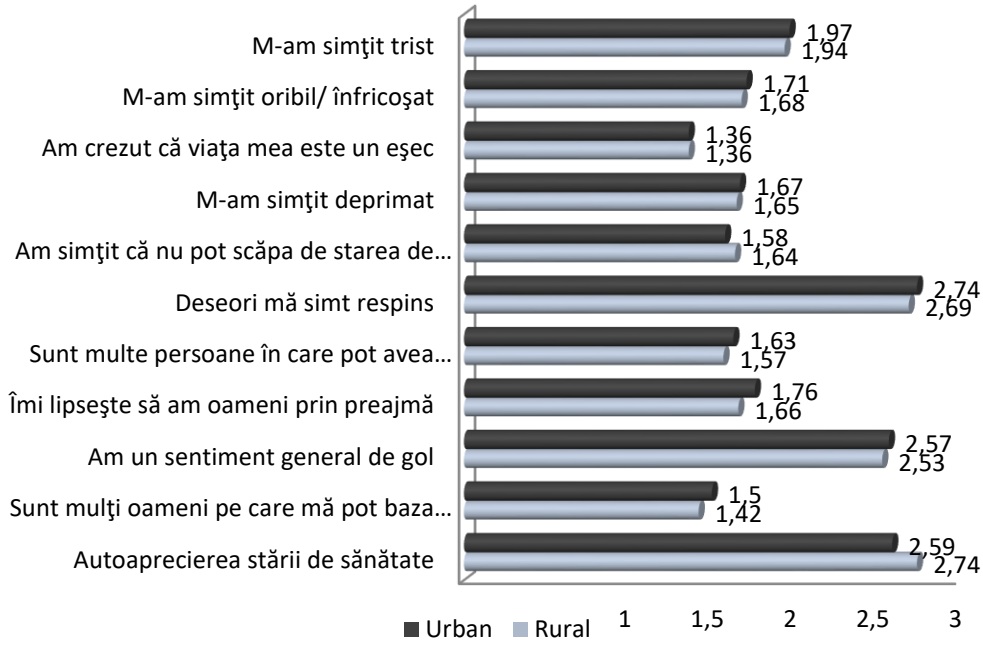


Figura 5. Distribuirea diferențelor dintre medii privind *Autoaprecierea stării de sănătate*, a *Stărilor depresive* şi a *Sentimentului de singurătate* în dependenţă de mediul de trai

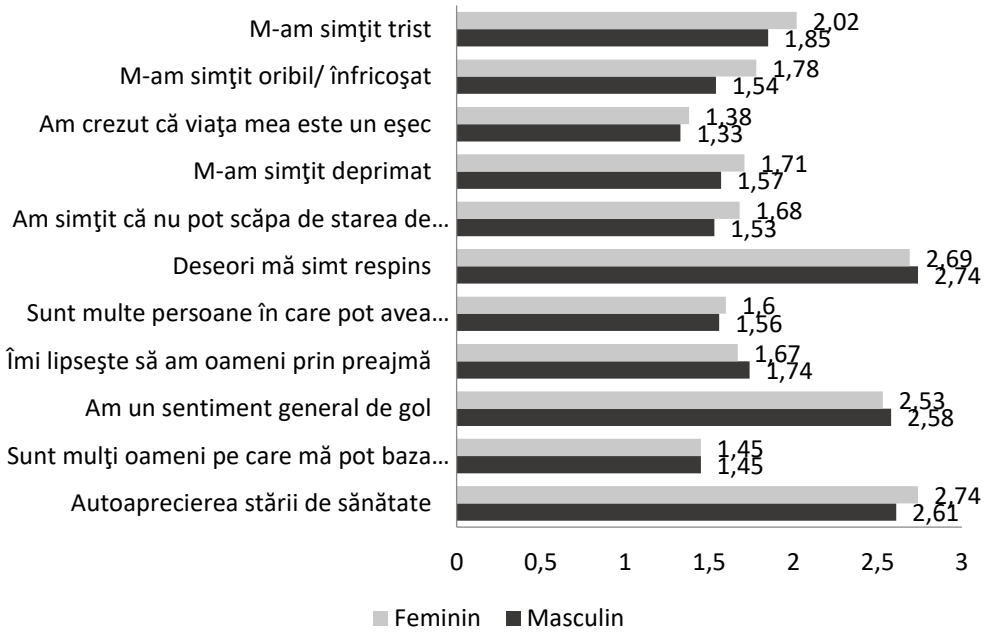


Figura 6. Distribuirea diferenţelor dintre medii privind *Autoaprecierea stării de sănătate*, a *Stărilor depresive* şi a *Sentimentului de singurătate* în dependenţă de gen

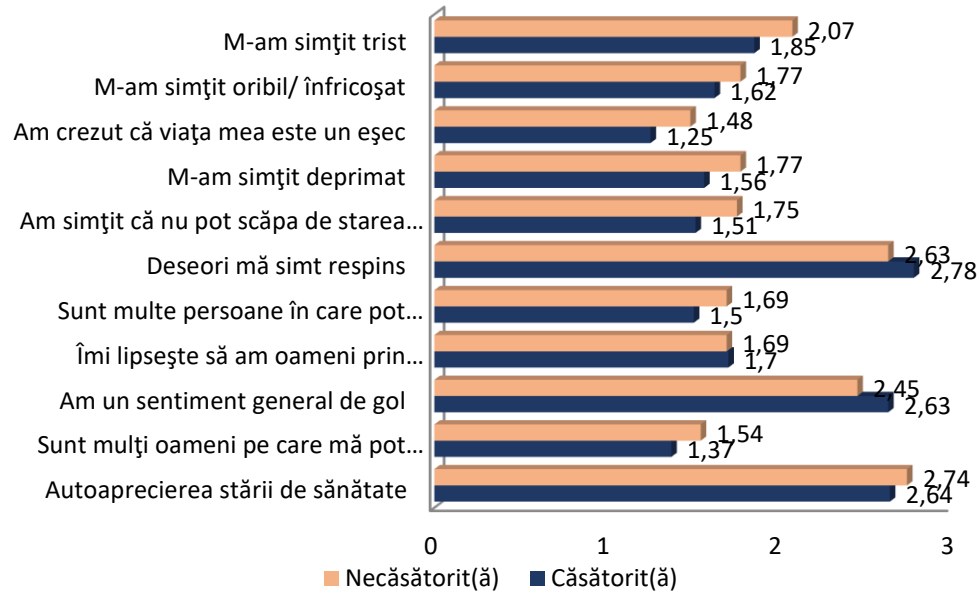


Figura 7. Distribuirea diferenţelor dintre medii privind *Autoaprecierea stării de sănătate*, a *Stărilor depresive* şi a *Sentimentului de singurătate* în dependenţă de statutul marital

Conform rezultatelor din Figurile 5, 6 şi 7, putem observa diferenţe la nivel de medii. În cazul autoaprecierii stării de sănătate întâlnim o medie mai mare la persoanele din mediul rural (2,64:2,59), la persoanele de genul feminin (2,74:2,61) şi la persoanele necăsătorite (2,74:2,64). Dacă e să vorbim despre stările depresive, atunci cu medii mai mari la toate scalele predomină persoanele din mediul urban, de genul feminin şi subiecţii necăsătoriţi. Iar în cazul sentimentului de singurătate la toate scalele medii mai mari atestăm la subiecţii din mediul urban, de genul masculin şi la persoanele căsătorite.

Concluzie

Date fiind rezultatele acestei cercetării, putem deduce faptul că în cazul autoaprecierii stării de sănătate subiecţii din mediul rural, de genul masculin şi care nu sunt căsătoriţi îşi percep starea generală a sănătăţii ca fiind mai defavorabilă decât a celorlalți. În cazul stărilor depresive subiecţii din mediul urban, genul feminin şi cei necăsătoriţi dezvoltă anumite simptome depresive într-o mai mare măsură. Sentimentul de singurătate este mai predominant în cazul persoanelor din mediul urban, de genul masculin şi la cei căsătoriţi. Aceste rezultate ne vor permite să cunoaştem grupurile ţinte în cazul întreprinderii anumitor măsuri cu scopul de a reduce simptomele şi de a elabora un set de recomandări privind îmbunătăţirea stării generale şi de bine.

Referințe:

1. JONES, W.H., FREEMON, J.A., and GOGWICK, R.A. The persistence of loneliness: self and other determinants. In: *Journal of Personality*, 1981, no.49, p.27-48.
2. CRUMPEI-TANASĂ, I. Singurătatea. În: Boncu Ș., Turliuc M.N. *Relațiile intime Atracție interpersonală și convețuire în cuplu*. Iași: Polirom, 2016, p.72-79.
3. EVANS-LACKO, S, AGUILAR-GAXIOLA, S, Al-HAMZAWI, A., et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. In: *Psychol. Med*., 2018, no.48(9), p.1560-1571.
4. FLEURET, S. Bien-être, santé et géographie, In: *Géographie de la santé – Un panorama*, Chapitre VI, Paris: Anthropos, Economica, 2007, p.72, 76
5. https://moldova.unfpa.org/en/unfpa-moldova (Accesat: 13.09.22)

Date despre autori:

Doina ERHAN, masterandă, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, Republica Moldova

E-mail: doinaer13@gmail.com

ORCHID: 0000-0002-3875-839X

Ana TARNOVSCHI, doctor în psihologie, conferențiar universitar, Departamentul Psihologie; prodecan, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, Republica Moldova

E-mail: ana.tarnovschi@usm.md

ORCHID: 0000-0003-2217-6237