

Katarzyna Michalska¹

¹Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Gostyninie

ANALIZA FUNKCJONOWANIA PACJENTÓW Z DEPRESJĄ W ODNIESIENIU DO POPRAWY JAKOŚCI ICH ŻYCIA

Analysis of functioning of patients with depression with reference to the improvement of the quality of their lives

Streszczenie.

Wstęp.

Depresja jest najczęściej spotykanym zaburzeniem psychicznym na świecie. Zaburzenie to częściej dotyka kobiet niż mężczyzn. Charakteryzuje się występowaniem objawów negatywnych od obniżonego nastroju po poczucie rezygnacji i niezdolności do prawidłowego funkcjonowania. Symptomy te posiadają podłoże genetyczne, psychologiczne i społeczne. W leczeniu zaburzeń depresyjnych istotne znaczenie odgrywa nie tylko farmakoterapia czy psychoterapia, ale przede wszystkim prawidłowo zdefiniowana choroba.

Cel pracy

Celem badań było ukazanie negatywnych aspektów funkcjonowania pacjentów z depresją uniemożliwiających poprawę jakości ich życia.

Material i metody

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego przy wykorzystaniu techniki ankietowania, wśród pacjentów stanowiących 70 osób obu płci z zaburzeniami depresyjnymi, hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych i osób korzystających z pomocy doraźnej w Poradni Zdrowia Psychicznego.

Wyniki

W przebiegu badań wyodrębniono negatywne aspekty utrudniające funkcjonowanie pacjentów w depresji.

Wnioski

Czynniki utrudniające funkcjonowanie pacjentów z depresją to: niewiedza związana z istnieniem choroby, zaniżona samoocena wynikająca z braku dobrego samopoczucia, krytycyzmu własnego wyglądu, samotność, rozpad pożycia małżeńskiego, brak wiary w możliwość pokonania choroby, chwile załamania i towarzyszące myśli samobójcze sprzyjały rozwojowi zaburzeń.

Słowa kluczowe. pacjent, funkcjonowanie, depresja.

Abstract

Introduction

Depression described by WHO is the most frequently encountered mental disorder in the world. This disorder more often affects women than men. It is characterized by the appearing of negative manifestations, from lowered mood to the feeling of resignation and incapability of functioning properly. These symptoms have genetic, psychological and social basis. In treating depressive disorders, what matters is not only pharmacotherapy or psychotherapy but above all correctly defined illness.

Aim of the study

The research study aimed at portraying negative aspects of functioning of the patients with depression, which made the improvement of the quality of their lives impossible to enhance.

Material and methods

The examinations were conducted in accordance with the method of diagnostic survey, with the use of questionnaire, amongst patients constituting 70 patients with depressive disorders of both sexes, hospitalized in psychiatric wards as well as those using the ad-hoc assistance at the Clinic of the mental health.

Results

In the course of the examinations, negative aspects hampering the functioning of the patients were distinguished in depression.

Conclusions

The factors hampering the functioning of patients with depression are as follows: ignorance associated with the existence of illness, the lowered self-esteem resulting from the lack of the sense of well-being, criticism of their own appearance, solitude, disintegration of marriage, lack of the faith in the possibility of overcoming the illness, moments of breakdown and accompanying suicidal thoughts – they all supported the development of the disorders.

Keywords: patient, functioning, depression.

Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) depresja jest wiodącą przyczyną niesprawności i niezdolności do pracy na świecie, oraz najczęściej spotykanym zaburzeniem psychicznym. Występuje bardzo często, a jej rozpowszechnienie w podstawowej opiece zdrowotnej wynosi 5-10% [Preston., 2004].

Popularyzacja objawów depresyjnych w społeczeństwie ogólnym może sięgać nawet 30%, z uwzględnieniem dwukrotnie częstszego występowania u kobiet niż mężczyzn [Grzywa, 2007]. Depresja jest źródłem wyniszczenia. Jednym z jej najbardziej bolesnych aspektów jest poczucie bezradności i bezsilności [Preston, 2004]. Pomimo dostępności skutecznego leczenia zaburzenie to nie jest często diagnozowane i leczone. Objawy depresji zarówno poprzez samego pacjenta, jak i klinicystę nie zawsze są uważane za zrozumiałe w kontekście obecnych okoliczności społecznych, środowiska czy pochodzenia. Granica pomiędzy „normalnym” przygnębieniem, a depresją jako stanem chorobowym nie jest trudna do zdiagnozowania. W związku z tym pacjenci nie powinni być pozbawiani specjalistycznej opieki medycznej, która może nie tylko złagodzić objawy choroby, poprawić funkcjonowanie ale też umożliwić lepsze radzenie sobie z obecnymi problemami. Na patogenezę choroby, jej postać, czy różnorodne objawy wpływa wiele czynników. Niektóre z nich przyjmują podłoże genetyczne, psychologiczne, a inne wynikają z warunków w jakich człowiek funkcjonuje i sytuacji z jakimi się zmierza [Preston, 2004].

W kontekście depresji należy zwrócić uwagę również na wysoki współczynnik śmiertelności. Samobójstwa stanowią drugą ważną przyczynę śmierci osób w wieku 20-35 lat w tym 50% przypisuje się zaburzeniom depresyjnym jako głównemu czynnikowi zamachów samobójczych. Człowiek nie znający istoty swojej choroby, zmagający się z problemami, które stają się trudne do pokonania bez żadnego wsparcia podejmuje drogę ucieczki zażywając substancje psychoaktywne. W danej chwili są one dla niego wyznacznikiem lepszego samopoczucia. Jednak w momencie całkowitej bezradności, targa się na własne życie, aby ulżyć sobie w cierpieniu.

Specjalistyczna opieka medyczna z zastosowaniem odpowiednich środków farmakologicznych wsparta prawidłową psychoterapią powinna być dla pacjenta celem dążącym do poprawy jakości jego życia [Preston, 2004].
Prawidłowo funkcjonować to znaczy pełnić jakąś funkcję, być sprawnym, spełniać czynności, pracować, działać.

Cel

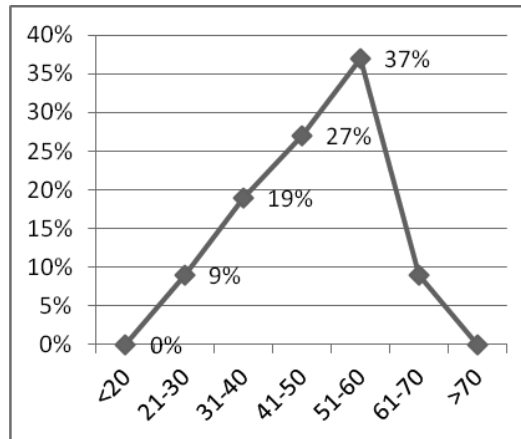
Celem badań było ukazanie negatywnych aspektów funkcjonowania pacjentów z depresją uniemożliwiających poprawę jakości ich życia.

Material i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi stanowiącymi 70 osób obu płci. Grupa pacjentów poddanych procesowi badawczemu była hospitalizowana w: Wojewódzkim Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gostyninie na wybranych oddziałach psychiatrycznych oraz w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Płońsku. Zespół ankietowanych tworzyli również pacjenci korzystający z pomocy doraźnej w Poradni Zdrowia Psychicznego działającej w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Medicus” w Gostyninie oraz Poradni Zdrowia Psychicznego przy SPZZOZ w Płońsku. Zgodę na przeprowadzenie badań wyraziła Komisja Bioetyczna przy UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy. W przeprowadzonych badaniach do obliczenia danych statystycznych wykorzystano współczynnik korelacji pomiędzy zmiennymi oraz test Chi-kwadrat. Test ten pozwolił określić bieżący zakres zawierający tabelę komórek z rzeczywistymi odpowiedziami grupy badanej i przewidywany zakres komórek zawierający tabelę z teoretycznymi odpowiedziami w tej samej grupie respondentów. Przy założeniu typowego poziomu istotności $p=0,05$ uzyskana testem Chi-kwadrat wartość jest większa od $p (\geq 0,05)$ nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej. W przypadku uzyskania mniejszej wartości od $p (\leq 0,05)$ są podstawy do odrzucenia hipotezy zerowej i określenia, że dana cecha ma wpływ na wyniki badań.

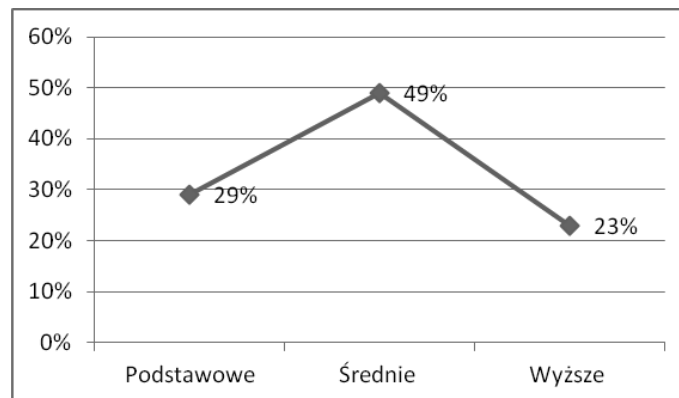
W generalizacji badanej grupy aż 76% stanowiły kobiety natomiast 24% mężczyźni. W kwestii wieku istotne znaczenie odegrał podział na siedem kategorii wiekowych. Dominującą grupę stanowiły osoby w wieku 51-60 (37%) wszystkich ankietowanych. Żaden z respondentów nie zakwalifikował się do kategorii wiekowej poniżej 20 lat i powyżej 70 lat.

Ryc.1. Wiek ankietowanych.
Fig. 1. Age of respondents.



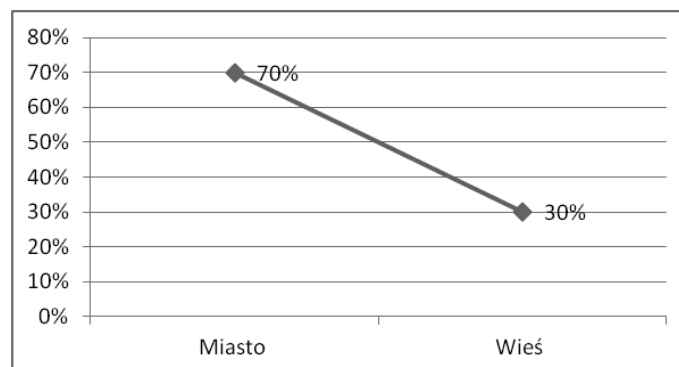
W toku dalszej analizy grupy uwagę zwrócono na miejsce zamieszkania tych osób. Przeważająca większość respondentów zamieszkiwała miasto. Osób tych było 49 co odpowiada 70% całej liczby badanych. Pozostałe 21 osób mieszkało na wsi co stanowiło 30% ankietowanych.

Ryc.2 Wykształcenie ankietowanych.
Fig. 2 Educating respondents.



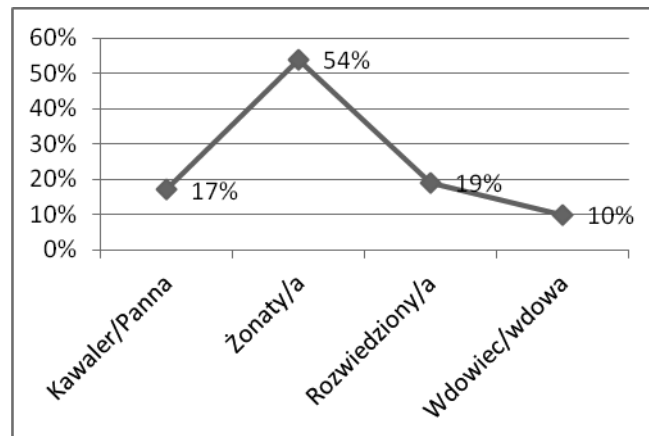
Strukturę analizy badanej grupy stanowiło również wykształcenie respondentów. Prawie połowa ankietowanych posiadała wykształcenie średnie. Do grupy tej należały 34 osoby, co odpowiada 48% badanych. Kształcenie na poziomie podstawowym zakończyło 20 osób, tj.29%. Najmniejsza grupa 16 osób posiadała wykształcenie wyższe co odpowiada 23% respondentów.

Ryc. 3. Miejsce zamieszkania ankietowanych
Fig. 3. Domicile of respondents



Uznano stan cywilny ankietowanych za komponent dalszego etapu badanej grupy. Przedstawione dane wyszczególniły ponad połowę ankietowanych będących w związku małżeńskim. Osób takich było 38 co stanowi 54% wszystkich respondentów. Osób rozwiedzionych było 13, co odpowiada 19% badanych. Podobną grupę stanowiły osoby w stanie kawalerskim. Było ich 12, co stanowi 17% badanych. Najmniej liczną grupę stanowili wdowcy i wdowy, których było 7 osób, co odpowiadało 10% wszystkich objętych badaniem.

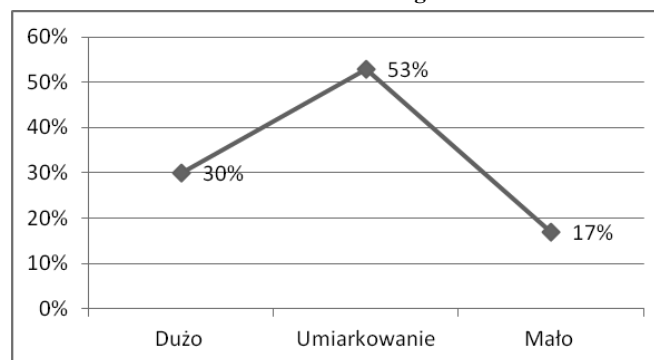
Ryc. 4. Stan cywilny ankietowanych.
Fig. 4. Marital status of respondents.



Wyniki

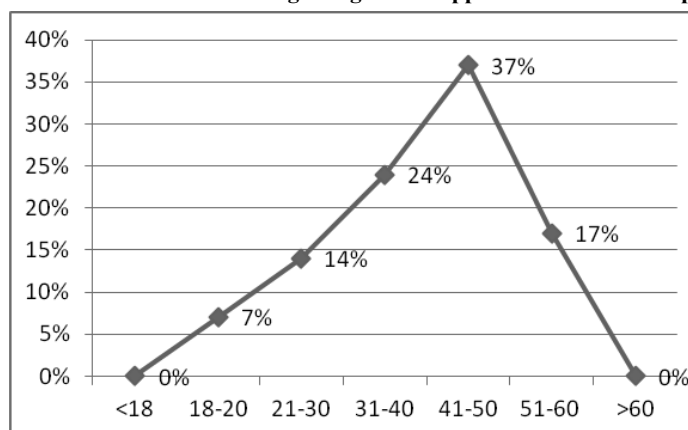
W badanej grupie analizowano stopień wiedzy respondentów o ich chorobie. Dane uwidoczniły różne poziomy wiedzy. Większość badanych osób (53%), posiadała umiarkowany poziom wiedzy na temat choroby. Jest to grupa 37 osób. Wysoki poziom wiedzy prezentowało 21 osób stanowiących 30%. Niewielką wiedzę można przypisać 12 osobom czyli 17% ankietowanych.

Ryc. 5. Poziom wiedzy ankietowanych o chorobie.
Fig. 5. Level of the knowledge of respondents about illness.



Rycina 6 interpretuje dane dotyczące wieku wystąpienia pierwszego epizodu choroby u osób badanych. Przedział wiekowy 41-50 lat, który prezentowało 26 osób stanowiących 37% był okresem, w którym najczęściej dochodziło do wystąpienia pierwszego epizodu. Kolejnym przedziałem okazał się wiek 31-40 lat, który dotyczył 17 osób, tj. 24% respondentów. Trzecim w kolejności był przedział wieku 51-60 lat, w którym 12 osób tj. 17% ankietowanych, przeżyło pierwszy epizod chorobowy. Niewiele mniejszy był przedział 21-30 lat, który zadeklarowało 10 osób, a więc 14% ogółu badanych. Najmniejszy zaś był przedział osób 18-20 lat. Osób tych było 5, co stanowi 7% respondentów. Wiek wystąpienia pierwszego epizodu choroby poniżej 18 roku życia oraz powyżej 60 roku życia nie zadeklarowała żadna z badanych osób.

Ryc. 6. Wiek wystąpienia pierwszego epizodu choroby u ankietowanych.
Fig. 6. Age of the appearance of the first episode of illness at respondents.



Użycie kwestionariusza ankiety, jako narzędzia badawczego pozwoliło na ukazanie negatywnych aspektów utrudniających funkcjonowanie pacjentów z depresją. Respondenci byli pytani o możliwość wykonywania pracy zawodowej. Znaczna część badanych potwierdziła, że nie realizuje się zawodowo – 61% badanych.

Ankietowane osoby odpowiadały na pytanie dotyczące satysfakcji z wykonywanej pracy zawodowej. Ponad połowa badanych nie odczuwała satysfakcji z wykonywanej pracy zawodowej - 79% wszystkich osób.

Respondenci udzielali odpowiedzi na pytanie dotyczące usposobienia. Wyniki otrzymanych odpowiedzi były do siebie zbliżone. W niewielkim stopniu przeważały odpowiedzi świadczące o fakcie, że ankietowani uważają siebie za osoby małomówne – 57%.

Badani pacjenci pytani byli o utrzymywanie kontaktów międzyludzkich, posiadanie przyjaciół. Z pośród ankietowanych osób aż 61% uważało, że ma przyjaciół.

Pacjentów przebywających w oddziale psychiatrycznym jak i korzystających z pomocy doraźnej w poradniach zapytano czy są lubiani w swoim środowisku. Zgromadzone dane pokazały jednoznaczne 50% zarówno dla odpowiedzi pozytywnych jak i negatywnych. Reasumując połowa badanych osób uważała, że jest lubiana. Druga połowa jednak twierdziła, że do osób lubianych nie należy.

Respondenci badani pod względem odczuwania dobrego samopoczucia w 59% udzielili negatywnych odpowiedzi. Twierdzili, że nie odczuwają dobrego nastroju. Dobre samopoczucie potwierdziło 41% osób badanych.

W toku dalszych badań pytano respondentów o satysfakcję z życia. Ankietowani pozytywnie odpowiadający na pytanie, stanowili grupę liczącą 67% wszystkich badanych. Osoby te twierdziły, że w ich życiu istnieją rzeczy przyjemne wywołujące zadowolenie. Pozostali badani stanowiący 33% ogółu, nie argumentowało satysfakcji z życia.

Wśród osób badanych poruszano kwestie zadowolenia ze swojego wyglądu. Do braku zadowolenia ze swojego wyglądu przyznało się 61% pacjentów.

Grupa respondentów udzieliła odpowiedzi na pytanie dotyczące poczucia własnej wartości. Ankietowani wypowiadali się pozytywnie (34%) kreując tym samym przekonanie o własnej wartości. Przeważały jednak negatywne odpowiedzi (66%) osób nie mających poczucia własnej wartości.

Przeważająca ilość osób (77%) wśród badanych potwierdziła, że ważne jest, co człowiek sądzi o drugim człowieku. Trudności w nawiązywaniu kontaktów ujawniła grupa respondentów licząca 61% ogółu badanych.

Badane osoby stanowiące 39% ogółu, przyznały się do nałogów. Większą grupę (61%) prezentowały osoby nie posiadające nałogów.

Analiza wyników pod względem stabilnej sytuacji społecznej pacjenta doprowadziła do osiągnięcia następujących danych. Mało stabilną sytuację społeczną posiadało 64% osób badanych. Grupa 36% respondentów określiła swoje warunki społeczne jako niezmiennie.

Grupa licząca 41 osób stanowiąca 59% ogółu, potwierdziła, iż posiada umiejętności zaplanowania codziennych czynności. Znaczna grupa 76% badanych pacjentów potwierdziła, iż nie potrafi sobie radzić z problemami. Ankietowani pacjenci w znacznej mierze potwierdzili, że pojawiały się trudności w pokonywaniu problemu. Grupa ta stanowiła 84% respondentów a tylko 16% osób badanych deklarowała pokonanie problemu.

Faktem jest, że ponad 94% ankietowanych potwierdziło odczuwane chwile przygnębienia.

Występowanie myśli samobójczych potwierdziła grupa osób badanych stanowiąca 46% ogółu. W odpowiedzi na pytanie „czy Pan/i zażywała środki psychoaktywne celem poprawy nastroju” respondenci odpowiadali w większości twierdząco. Poprawę samopoczucia po zażyciu środków psychoaktywnych potwierdziła grupa licząca 41 osób stanowiąca 59% ogółu. Druga grupa badanych deklarowała dobry nastrój bez zażycia środków psychoaktywnych. Była to grupa 29 osób stanowiąca 41%.

Podczas wypełniania ankiety pacjenci między innymi odpowiadali na pytanie dotyczące problemów ze snem. Respondenci potwierdzający bezsenność stanowili 66% wszystkich badanych. Większość badanych pacjentów potwierdziła często odczuwane zmęczenie lub brak energii. Grupa ta stanowiła 83% wszystkich ankietowanych.

W przypadku dokonania analizy podłoża rodzinnego u osób z depresją można stwierdzić, że większa grupa badanych pacjentów nie potwierdziła, aby u któregoś członka rodziny była stwierdzona w/w jednostka chorobowa. Wyniki badań potwierdziły, że grupa ta osiągnęła 66% wszystkich ankietowanych. 53% osób badanych nigdy wcześniej nie korzystała z profesjonalnej pomocy specjalistycznej.

Większość ankietowanych udzieliła odpowiedzi twierdzących w kwestii zażywania środków farmakologicznych poprawiających stan psychiczny. Grupa ta stanowiła 89% ogółu.

Grupa ankietowanych pacjentów przekonanych co do skuteczności przyjmowania leków stanowiła 69% ogółu. Pozostałe 31 % osób badanych nie było zdecydowanych co do efektywnego działania leków p/depresyjnych.

Podobne sytuacje dotyczyły pytania odnoszącego się do odczuwanego przez pacjenta wsparcia osób najbliższych – 47% ankietowanych takie wsparcie otrzymywało. Znaczna większość ankietowanych – 84% twierdziła, że brak wsparcia otoczenia pogłębia u nich rozwój choroby.

Podczas rozpatrywania ostatniego pytania w kwestionariuszu ankiety dowiedziono znaczącą rolę profesjonalnej pomocy, która zasadniczo może przyczynić się do poprawy jakości życia pacjenta. Badane osoby w przeważającej liczbie 86% bezwzględnie potwierdziły tą efektywność udzielając twierdzących odpowiedzi.

W analizie statystycznej wyników badań wzięto pod uwagę poziom wiedzy respondentów o chorobie.

Po zbadaniu korelacji oraz poziomu istotności między skrajnymi grupami, tj. między grupą o dużej oraz o niewielkiej wiedzy na temat choroby, uzyskano następujące wyniki.

Otrzymany testem Chi- kwadrat wynik poziomu istotności jest mniejszy od przyjętego ($p=0,05$) co oznacza, że rozkład odpowiedzi w badanych grupach kształtuje się tak samo. Cecha badana jaką jest poziom wiedzy o chorobie okazała się istotna dla wyników pomiaru. Według dalszych obliczeń współczynnik korelacji wskazuje na niskie podobieństwo grup o niewielkim oraz dużym poziomie wiedzy na temat choroby. Podczas analizy poszczególnych pytań można również zauważyć, że w grupie osób o niewielkiej wiedzy na temat choroby, przeważały odpowiedzi potwierdzające nieradzenie sobie z codziennym funkcjonowaniem i problemami.

Tabela 1. Korelacja stopnia wiedzy pacjenta o chorobie.
Table 1. Correlation of the step of the knowledge of the patient about illness.

	Pyt.1		Pyt.2		Pyt.11		Pyt.14.		Pyt.15		Liczebność	Współczynnik korelacji	Poziom istotności testu Chi kwadrat
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie			
Niewielki	1	11	0	12	11	1	4	8	1	11	12	0,269	0,0014
Umiarkowany	16	21	7	30	23	14	22	15	9	28	37		
Duży	10	11	8	13	9	12	15	6	7	14	21		

Badania statystyczne uwidoczniły zaniżoną samoocenę wśród pacjentów z depresją, którzy wypełniali kwestionariusz ankiety. Uzyskane wyniki na powyższe pytania potwierdziły, że osoby z depresją w większości mają niskie poczucie własnej wartości, nie są zadowolone ze swojego wyglądu, nie odczuwają dobrego samopoczucia zwracają uwagę na to co, myślą o nich inni.

Analizie statystycznej została poddana kwestia radzenia sobie z chorobą pacjentów z depresją. Otrzymane wyniki wykazały, że 94% respondentów miewała chwile załamania, zdecydowana większość z nich (84%) miewała trudności z pokonaniem problemu, nieco połowa ankietowanych zażywała środki psychoaktywne celem poprawy nastroju. U 46%, badanych występowały myśli samobójcze.

Wyniki badań statystycznych wyodrębniły stopień korelacji odczuwanego wsparcia najbliższych przez pacjenta. W zależności od udzielanych odpowiedzi na pytania, respondentów podzielono na dwie grupy.

Uzyskany współczynnik korelacji jest w przedziale korelacji bardzo wysokiej, co wskazuje na bardzo duże prawdopodobieństwo odpowiedzi obu grup. Otrzymany testem chi – kwadrat, wynik poziomu istotności jest większy od przyjętego ($p=0,05$) co oznacza, że rozkład odpowiedzi w badanych grupach kształtuje się tak samo. Niewielka różnica między poziomem przyjętym a wyliczonym, może jednak wskazywać na mało znaczący wpływ wsparcia ze strony najbliższych na wyniki pomiaru.

Tabela 2. Korelacja odczuwanego wsparcia przez pacjenta.
Table 2. Correlation of felt supporting by the patient.

	Pyt. 27		Pyt. 28		Liczebność	Współczynnik korelacji	Poziom istotności testu Chi- kwadrat
	Tak	Nie	Tak	Nie			
Osoby odczuwające wsparcie najbliższych	25	8	31	2	33	0,902	0,076
Osoby nie odczuwające wsparcia najbliższych	34	3	29	8	37		

Badania statystyczne przedstawiły wpływ obciążenia genetycznego dającego predyspozycje do częstszego występowania depresji-jedynie u 34% badanych zdarzały się przypadki zachorowania w rodzinie na depresję.

Analiza badań statystycznych polegała na ocenie stopnia wpływu utraty pracy, jej braku, rozpadu pożycia małżeńskiego, samotności lub braku posiadania potomstwa na zaburzenia depresyjne.

Z grupy respondentów wybrano osoby będące w związku małżeńskim i osoby rozwiedzione i zestawiono ich odpowiedzi na pytania: Czy uważa Pan/i że jest lubiany/a?; Czy odczuwa Pan/i dobre samopoczucie?; Czy ma Pan/i poczucie własnej wartości?; Czy zdarzyło się, że nie mógł Pan/i pokonać problemu?

Uzyskany współczynnik korelacji jest w przedziale korelacji przeciętnej, co wskazuje na małe prawdopodobieństwo odpowiedzi obu grup. Wynik otrzymany testem Chi- kwadrat jest bardzo bliski od przyjętego ($p=0,05$), co wskazuje na fakt, że rozpad pożycia małżeńskiego może sprzyjać rozwojowi zaburzeń.

Tabela 3. Korelacja stanu cywilnego pacjenta.
Table 3. Correlation of the marital status of the patient.

	Pyt. 5		Pyt. 6		Pyt. 9		Pyt. 15		Liczebność	Współczynnik korelacji	Poziom istotności testu Chi- kwadrat
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie			
Rozwiedziony/a	4	9	2	11	1	12	4	9	13	0,467	0,058
W związku małżeńskim	20	18	18	20	12	26	22	16	38		

Wyniki badań statystycznych wykazały wpływ samotności na chorobę. Ankietowanych podzielono na dwie grupy. Do pierwszej z nich zaliczono osoby będące w związku małżeńskim, do drugiej grupy pozostałe osoby (wdowców/wdowy, rozwodników oraz kawalerów/ panny). Następnie zestawiono ich odpowiedzi na te same pytania, jakie rozpatrywano we wcześniejszej analizie, badającej osoby rozwiedzione i będące w związku małżeńskim. Współczynnik korelacji również

znajdował się w przedziale korelacji przeciętnej. Wynik testem Chi- kwadrat był mniejszy od przyjętego ($p=0,05$), co w konsekwencji dało potwierdzenie, że samotność może sprzyjać rozwojowi depresji.

Tabela 4. Korelacja wpływu samotności na rozwój zaburzeń.
Table 4. Correlation of the influence of the solitude on the development of disorders.

	Pyt. 5		Pyt. 6		Pyt. 9		Pyt. 15		Liczebność	Współczynnik korelacji	Poziom istotności testu Chi- kwadrat
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie			
Samotni	9	23	6	26	5	27	13	19	32	0,548	0,035
W związku małżeńskim	20	18	18	20	12	26	22	16	38		

W toku badań statystycznych uzyskano wynik nie potwierdzający wpływu braku pracy na rozwój choroby. Ponowny podział ankietowanych na dwie grupy: pracujących i bezrobotnych, zestawienie odpowiedzi na te same pytania oraz pytanie - Czy pracuje Pan/i zawodowo? wykazały, duże prawdopodobieństwo odpowiedzi grupy osób pracujących do odpowiedzi osób bezrobotnych. Wyniki te potwierdził obliczony współczynnik korelacji, jak i poziom istotności uzyskany testem Chi- kwadrat.

Tabela 5. Korelacja braku pracy zawodowej.
Table 5. Correlation of the lack of the career.

	Pyt. 5		Pyt. 6		Pyt. 9		Pyt. 15		Liczebność	Współczynnik korelacji	Poziom istotności testu Chi- kwadrat
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie			
Osoby pracujące	11	16	10	17	9	18	2	22	27	0,887	0,914
Osoby nie pracujące	24	19	19	24	15	28	12	31	43		

Badania statystyczne nie wykazały wpływu używek na rozwój zaburzeń depresyjnych.

Respondenci zostali podzieleni na dwie grupy. Do pierwszej z nich włączono osoby posiadające nałogi, do drugiej osoby bez nałogów. Podziału tego dokonano na przykładzie udzielonych odpowiedzi ankietowanych na pytanie: Czy odczuwa Pan/i dobre samopoczucie?; Czy ma Pan/i poczucie własnej wartości?; Czy potrafi Pan/i poradzić sobie z problemami? Czy ma Pan/i problemy ze snem?; Czy często odczuwa Pan/i zmęczenie lub brak energii?

Poziom istotności otrzymany testem Chi- kwadrat był większy od przyjętego ($p=0,05$) co oznacza, że rozkład odpowiedzi w obu grupach kształtował się tak samo. Cecha badana jaką było posiadanie nałogów okazała się nieistotna dla wyników pomiaru. Współczynnik korelacji mieścił się w przedziale silnej korelacji wskazującej na wysokie podobieństwo odpowiedzi osób obu grup.

Tabela 6. Korelacja posiadania nałogów u pacjenta.
Table 6. Correlation of having addictions at the patient.

	Pyt. 6		Pyt. 9		Pyt. 15		Pyt. 20		Pyt.21		Liczebność	Współczynnik korelacji	Poziom istotności testu Chi- kwadrat
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie			
Osoby posiadające nałogi	9	18	9	18	5	22	18	9	25	2	27	0,981	0,839
Osoby bez nałogów	20	23	15	28	12	31	22	15	33	10	43		

Dyskusja

Aspekty funkcjonowania pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi uwidoczniły się na podstawie wyników własnych badań ankietowych wśród grupy liczącej 70 osób.

W oparciu o postawione hipotezy badań własnych można doszukiwać się podobnych przypuszczeń, bądź poznać interpretacje innych autorów badań ze źródeł literatury.

Hipoteza pierwsza dotyczyła niewiedzy związanej z istnieniem choroby, która utrudnia funkcjonowanie pacjentów. Istotną badaną cechą był poziom wiedzy ankietowanych przedstawiony w trzech kategoriach: niewielki, umiarkowany, duży. Wyniki badań własnych ukazały, iż u 12 osób posiadających niewielki poziom wiedzy na temat choroby przeważały odpowiedzi potwierdzające kłopoty z radzeniem sobie z funkcjonowaniem i problemami. Według źródeł literatury niewiedza pacjenta na temat istoty choroby może wynikać z mylnego rozumowania. Zaburzenia depresyjne posiadają szereg objawów somatycznych: zmęczenie, bóle głowy, kręgosłupa, przez co pacjent doszukuje się choroby ukierunkowanej somatycznie. Ból przejawia się w nich jako dominujący symptom. W badaniach naukowych zostało więc poruszone zagadnienie dotyczące zależności depresji z bólem [Poradowska i wsp., 2007]. Dworkin i Giltin dokonali metanalizy 21 badań nad współwystępowaniem bólu i depresji. Dowiedli, że duża depresja występuje u 1,5% do 57% pacjentów z bólem przewlekłym, przy czym 20% do 70% badanych zreferowało doznania zaburzeń depresyjnych w przeszłości [Poradowska i wsp., 2007]. Reasumując wyniki badań własnych, jak i badań naukowych z literatury wykazały, iż niewiedza pacjenta na temat swojej choroby lub błędnie mylone zaburzenie depresyjne z rozwojem schorzenia somatycznego utrudnia funkcjonowanie.

Hipoteza druga przedstawia twierdzenie dotyczące zaniżonej samooceny przez pacjenta. Wyniki badań własnych potwierdziły, że osoby z depresją posiadają niskie poczucie własnej wartości. Przeważały także twierdzące odpowiedzi respondentów, że zwracają uwagę na to, co myślą o nich inni.

Badania naukowe ze źródeł literatury, poruszyły kwestie zaburzeń poznawczych występujących u osób depresyjnych. Beck po dokonaniu podziału zaburzeń na trzy grupy: negatywny obraz siebie, otaczającego świata i własnej przyszłości. Uzasadnił, że pacjent ze schorzeniem depresyjnym ma znacznie obniżoną samoocenę, a wszelkie bodźce zewnętrzne pojmuje jednoznacznie jako wyraz litości i nieżyczliwości innych osób. Przedstawił także obraz koligacji wsparcia emocjonalnego od oceny własnej pacjenta. Na podstawie tych założeń zostały przeprowadzone badania naukowe w poradni leczenia chorób Afektywnych Kliniki Psychiatrii Dorosłych CMUJ w Krakowie. Pacjenci zostali podzieleni na dwie grupy, ze względu na możliwość rozpoznania zaburzeń. Do badań użyto Skali Samooceny Rosenberga (RS), Skali Beznadziejności (HS20) Kwestionariusza Myśli Automatycznych. Uzyskane wyniki potwierdziły występowanie zaburzonego stylu poznawczego u pacjenta, który może skutkować zaniżoną samoocenę. Silna korelacja zaobserwowana u pacjentów, potwierdziła również poczucie własnej wartości od zachowania innych ludzi [Poradowska i wsp., 2008].

Wyniki badań własnych potwierdziły zaniżoną samoocenę osób chorujących na depresję. Pomiar naukowe z literatury udowodniły niską samoocenę uzależnioną nie tylko od zaburzonego stylu ale też poziomu wsparcia emocjonalnego.

Hipoteza trzecia oparta była na przypuszczeniu, że pacjenci na drodze radzenia sobie z chorobą poddają się nie wierząc w możliwości jej pokonania. U respondentów badano możliwości radzenia sobie z chorobą na podstawie pytań zawartych w kwestionariuszu ankiety. Znacząca liczba ankietowanych udzieliła pozytywnych odpowiedzi na pytania dotyczące odczuwanych chwil załamania, czy też pojawienia się myśli samobójczych. Ponad połowa badanych, potwierdziła również zażywanie środków psychoaktywnych w celu poprawienia nastroju.

Badania naukowe według źródeł literatury określiły niewiarę w pokonanie choroby i poddanie się jej na podstawie osobowości i stylu rozwiązywania problemów. Badania te zostały przeprowadzone w Klinice Psychiatrii i Zaburzeń Nerwicowych UM w Łodzi wśród 69 pacjentów z uwzględnieniem płci (42 kobiety i 27 mężczyzn). Osoby te były badane na podstawie Kwestionariusza Orientacji Życiowej, Inwentarzu Osobowości, Testu Radzenia Sobie - Moosa. Metody te pozwoliły przede wszystkim określić istotne różnice w zakresie badanych zmiennych zachodzących u kobiet i mężczyzn na temat rozwiązywania problemu, czy też rezygnacji w pokonaniu choroby. Otrzymane wyniki ujawniły niższe poczucie koherencji u kobiet niż mężczyzn, w stopniu ogólnym, jak również w zakresie poczucia zrozumienia czy zaradności. Poziom koherencji był w tym przypadku głównym wyznacznikiem wyników. Wyższy poziom koherencji, należy przypisać osobom, które w swym działaniu zarówno poszukują wsparcia innych, jak również częściej podejmują konkretne działania na drodze pokonania problemu. Częściej są to osoby płci męskiej. Pacjenci o niższym poziomie koherencji są mniej konwencjonalni, pesymistyczni, nie wierzą w realizację swoich zamierzeń. U większości z nich, z powodu takiego nastawienia, mogą pojawić myśli samobójcze [Zboralski i wsp., 2006].

W wynikach badań własnych przeważał obraz pacjentów miewających chwile załamania i trudności z pokonaniem problemu. Wyniki badań z literatury wyodrębniły natomiast obraz pacjentów, którzy próbują pokonać pojawiające problemy, akceptują je jednocześnie szukając dla siebie pozytywnych rozwiązań [Zboralski i wsp., 2006].

Hipoteza czwarta wskazuje na brak wsparcia, które działa negatywnie na psychikę pacjenta, pogłębia rozwój choroby. Na podstawie dokonanego podziału respondentów na dwie grupy, otrzymano wyniki. Rezultaty badanych osób, które potwierdziły odczuwany brak wsparcia i osób, które tego braku nie odczuwają, były do siebie zbliżone.

Badania naukowe jak podają źródła literatury, przeprowadzone przez innych autorów poruszyły kwestie sieci społecznych pacjentów depresyjnych.

Według Axera sieć społeczna oznacza pewną ilość ludzi z którymi dany człowiek – pacjent utrzymuje kontakt.

Badaniu wzięło udział 40 pacjentów depresją, objętych opieką w Ambulatorium Leczenia Chorób afektywnych Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Grupę kontrolną stanowiły osoby nieleczone psychiatrycznie dobrane pod względem płci i wieku. Pacjentów oceniono za pomocą Kwestionariusza Otoczenia Społecznego Bizonia i Skali Wsparcia Społecznego Cohena [Poradowska i wsp., 2007]. Otrzymane z badań wyniki przedstawiały różnicę pomiędzy obiema grupami (kontrolna i pacjentów z depresją). Uznano, iż pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi mają mniej rozbudowaną sieć społeczną i pozarodzinną. Sieć ta jest mniej aktywna, gdyż pacjenci nie spędzają ze znajomymi dużo czasu, rzadziej podejmują korespondencyjne formy kontaktu. Różnice są także widoczne w funkcjonowaniu tych sieci. Mniej osób będących członkami sieci jest dla pacjentów źródłem wsparcia. Pomoc czerpią zazwyczaj od osób będących członkami ich rodzin najczęściej jest to jedna osoba [Poradowska i wsp., 2007].

Wyniki badań własnych, określiły, że brak wsparcia, nie ma znaczenia lub w niewielkim stopniu może wpłynąć na rozwój choroby.

Badania ze źródeł literatury ukazały natomiast ważność istoty poznania struktury i sposobu funkcjonowania sieci społecznych pacjentów depresyjnych. W pewnym stopniu, może to służyć celom terapeutycznym w leczeniu zaburzeń depresyjnych.

Hipoteza piąta poruszyła kwestię obciążenia genetycznego dającego predyspozycje do częstszego występowania choroby. Wyniki badań własnych potwierdziły, że u 34% osób poddanych badaniu zdarzały się przypadki zachorowania na depresję w rodzinie.

Zależność genetyczną przedstawiają również badania naukowe ze źródeł literatury. W oparciu o uwarunkowanie rodzinne można stwierdzić, iż depresja występująca u obojga rodziców zwiększa stopień zachorowania u jednostek

pochodzących z takich rodzin o 15% do 60%. Na uwarunkowania te mają wpływy przede wszystkim genetyczne predyspozycje, ale też niedostępność depresyjnego rodzica i dysfunkcjonalność relacji rodzinnych [Greszta, 2006].

Hipoteza szósta dotyczyła niestabilnej sytuacji życiowej, która może sprzyjać rozwojowi zaburzeń depresyjnych. Ankietowanych pytano o stan cywilny, biorąc pod uwagę wpływ pożycia małżeńskiego na rozwój choroby. Osoby te wypowiadały się również w kwestii braku pracy zarobkowej. Otrzymane wyniki badań własnych określiły jednoznacznie wpływ samotności jak i rozpad pożycia małżeńskiego, na proces chorobowy. Brak pracy nie jest jednak komponentem predysponującym do rozwoju zaburzeń.

Zięba, Dudek i Jawor przeprowadzili badania (źródło literatury) na temat funkcjonowania rodzin pacjentek depresyjnych. Ukazali znaczne osłabienie relacji z małżonkiem, dziećmi. Dodatkowy deficyt stanowiło obniżenie aktywności seksualnej występującej u 50- 90% pacjentów. Ponad 30% par małżeńskich z których jeden cierpi na depresję, zaprzestaje współżycia, a u 42% par życie intymne uległo zaburzeniu. Deficyty występujące w rodzinach pacjentek depresyjnych mogą stanowić wyznacznik niedostatecznej skuteczności leczenia farmakologicznego, co scala się z pogłębieniem procesu chorobowego. Wyniki w/w autorów również ukazały niekorzystne znaczenie tych czynników [Juczyński i wsp., 2005].

Hipoteza siódma odnosi się do stosowania używek, które mogą pomóc w walce z chorobą lub pogłębić jej rozwój. Po analizie odpowiedzi respondentów na pytanie z kwestionariusza ankiety, przedstawiono wyniki. Określiły one brak wpływu używek na rozwój depresji.

W artykule badawczym Davies dokonał przeglądu badań nad uzależnieniem w depresji. Udowodnił, że ponad jedna trzecia pacjentów nadużywa substancji psychoaktywnych. Najczęstszym środkiem jest alkohol, a następnie narkotyki: kokaina, halucynogeny. Powszechnie obserwowane jest również używanie kilku substancji jednocześnie nawet przez 30% pacjentów. Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów depresyjnych obu płci w ośrodku w Warszawie i poddane wielośrodkiowemu Międzynarodowemu Programowi badawczemu ISADORA. Wyniki badań w ośrodku warszawskim w kontekście innych ośrodków europejskich, dały jasny pogląd, przedstawiając nadużywanie substancji psychoaktywnych, alkoholu wśród mężczyzn. Ukazały także silną korelację uzależnienia i depresji z oczywistym jej rozwojem [Charzyńska i wsp., 2013].

Niewiedza związana z istnieniem choroby, zaniżona samoocena utrudniają pacjentom funkcjonowanie. Samotność, rozpad pożycia małżeńskiego sprzyjają rozwojowi zaburzeń. Wymienione twierdzenia są poparte zarówno wynikami badań własnych jak i badaniami ze źródeł literatury.

Wnioski

Otrzymane wyniki badań pozwoliły zweryfikować założenia i opracować następujące wnioski.

1. Niewiedza związana z istnieniem choroby utrudnia funkcjonowanie pacjentom z zaburzeniami depresyjnymi. Podczas analizy danych widoczne problemy z funkcjonowaniem i nie radzenie sobie z problemami potwierdziła grupa badanych pacjentów posiadających niewielką wiedzę na temat swojej choroby.
2. Pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi mają zaniżoną samoocenę. Badani potwierdzili w swoich odpowiedziach brak dobrego samopoczucia czy też zadowolenia ze swojego wyglądu. Większość respondentów stanowiąca 66% ogółu deklarowała także brak poczucia własnej wartości.
3. Pacjenci depresyjni na drodze radzenia sobie z chorobą, poddają się nie wierząc w możliwość jej pokonania. Znacząca grupa badanych osób (94%) miewała chwile załamania. Zdecydowana większość nie mogła pokonać problemu, zażywała środki psychoaktywne celem, poprawy nastroju. Ponad połowa ankietowanych (46%) zmagala się z myślami samobójczymi.
4. Brak wsparcia ze strony najbliższych, nie ma lub ma niewielkie działanie negatywne na psychikę pacjenta i rozwój choroby.
5. Obciążenie genetyczne może dawać predyspozycje do częstszego wystąpienia choroby. Spośród ogółu badanych osób grupa stanowiąca (34%) potwierdziła przypadki zachorowania na depresję w rodzinie.
6. Samotność i rozpad pożycia małżeńskiego może sprzyjać rozwojowi zaburzeń depresyjnych, a brak pracy okazał się mało znaczącym aspektem. W obu kwestiach przeważały twierdzące odpowiedzi respondentów.
7. Stosowanie używek nie pogłębia rozwoju depresji. Przeważająca grupa badanych pacjentów licząca 43 osoby potwierdziła tę tezę. Respondenci ci nie posiadali nałogów.

Zalecenie dla praktyki pielęgniarstwa

W opiece pielęgniarstwa nad pacjentem z zaburzeniem depresyjnym szczególną rolę odgrywa edukacja pacjenta i jego rodziny. Jest ona wyznacznikiem poprawy jakości życia pacjenta. Ważną rolę przypisuje się także prawidłowej postawie pielęgniarki. Okazywanie wsparcia, zrozumienia, otwartości na dialog, mobilizuje pacjenta do walki z chorobą. Odpowiednie przygotowanie członków rodziny w opiece nad pacjentem może przyczynić się w znacznym stopniu do zmniejszenia ilości nawrotów choroby, łagodniejszego jej przebiegu.

Piśmiennictwo

1. Charzyńska Katarzyna, Sawicka Maryla, Osuchowska Anna. 2013. Profil społeczno-demograficzny i kliniczny pacjentów z podwójną diagnozą mieszkających w warszawskiej dzielnicy Mokotów na tle badanych w innych miastach europejskich- wyniki wielośrodkowego Międzynarodowego Programu badawczego ISADORA. *Psychiatria Polska*. Zeszyt XLVII (6):989-1000.
2. Greszta Elżbieta. 2006. „Rodzinne czynniki rozwoju depresji u dorastających.” *Psychiatria Polska*. Zeszyt XL (4):719-730.
3. Grzywa Anna. 2007. *Oksfordzki podręcznik psychiatrii*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
4. Juczyński Zygfryd, Adamiak Grażyna. 2005. „Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające radzeniu sobie opiekunów z depresją członka rodziny.” *Psychiatria Polska*. Zeszyt XXXIX (1):161-174.
5. Paradowska –Trzos Magdalena, Dudek Dominika, Rogoż Monika., Zięba Andrzej. 2007. „Sieci społeczne pacjentów depresyjnych.” *Psychiatria Polska*. Zeszyt XLI (5): 651-663.
6. Paradowska –Trzos Magdalena, Dudek Dominika, Rogoż Monika. 2008. „Postrzeganie wsparcia społecznego a styl poznawczy w chorobach afektywnych.” *Psychiatria Polska*. Zeszyt XLII (2): 271-282.
7. Preston John. 2004. *Pokonać depresję*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
8. Zboralski Krzysztof, Florkowski Adam., Gałęcki Piotr. 2006. „Poczucie koherencji, osobowości i style rozwiązywania problemów u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych.” *Psychiatria Polska*. Zeszyt XL(2): 291-300