

# Wiedza i świadomość mieszkańców małego miasta w zakresie profilaktyki depresji

Knowledge and awareness of citizens of small town on depression prevention

Barbara Kubik<sup>1</sup>, Małgorzata Kołpa<sup>2</sup>, Małgorzata Schlegel-Zawadzka<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Institut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

<sup>2</sup>Institut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

<sup>3</sup>Zakład Żywienia Człowieka, Institut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

**Barbara Kubik**  
Institut Ochrony Zdrowia  
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie  
ul. Mickiewicza 8  
33-100 Tarnów

## STRESZCZENIE

### WIEDZA I ŚWIADOMOŚĆ MIESZKAŃCÓW MAŁEGO MIASTA W ZAKRESIE PROFILAKTYKI DEPRESJI

**Wstęp.** We współczesnym świecie zaburzenia psychiczne o charakterze lękowym i depresyjnym są znacznie rozpowszechnione i stanowią poważny problem zdrowotny zarówno w Polsce jak i w Europie.

**Celem pracy.** Poznanie wiedzy i określenie świadomości mieszkańców małego miasta na temat zaburzeń depresyjnych i działań zapobiegających tym zaburzeniom.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w grupie 100 osób obojga płci w przedziale wiekowym 20-60 lat. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego.

**Wyniki.** Ankietowani w wysokim odsetku (72%) to osoby, które miały kontakt z chorymi na depresję. Ponad połowa respondentów (52%) uważa, że zaburzenia depresyjne dotyczą tylko ludzi dorosłych. Badani uważają, że depresja jest chorobą traktowaną w sposób lekceważący, szczególnie przez lekarzy pierwszego kontaktu i wstydliwą w opinii społeczności lokalnej.

**Wnioski.** Wiedza i świadomość mieszkańców małego miasta w zakresie ogólnej problematyki depresji wzrasta, jednakże w kwestii profilaktyki tej choroby jest znikoma.

## Słowa kluczowe:

depresja, małe miasto, profilaktyka

## ABSTRACT

### KNOWLEDGE AND AWARENESS OF CITIZENS OF SMALL TOWN ON DEPRESSION PREVENTION

**Introduction.** In the present world, psychological depressive and anxiety disorders appear very often and are serious health problem in small towns of Poland as well as in Europe.

**Aim.** Getting familiar with the knowledge and describing the awareness of citizens of small town of the depression disorders and ways of preventing them.

**Material and methods.** The research was conducted in the group of 100 people of both sexes at the age of 20-60 years. Diagnostic opinion poll was used as a research method.

**The results.** Majority of respondents (72%) are subjects who deal with people suffering from depression. More than half of the respondents (52%) think that depression disorders develop only among adults. The examined group as a whole thinks that depression is a disease, which is neglected, especially by primary health doctors. They also claim that depression as a disease is considered as embarrassing in a local society.

**Conclusion.** The knowledge and awareness of citizens of small towns in the area of general problem of depression is growing, however the awareness of its prevention is still very low.

## Key words:

depression, small town, prevention

## WSTĘP

Depresja należy do najpowszechniejszych zaburzeń psychicznych, zaliczana jest do grupy chorób cywilizacyjnych. Kiedyś o depresji nie pisało się wcale, nikt nie słyszał o takiej chorobie. Teraz o depresji pisze się bardzo dużo. Stanowi ona poważny i narastający problem międzynarodowy. Prognozy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przewidują, że w 2020 roku depresja zajmie drugie miejsce na liście najważniejszych chorób [1].

Liczba zachorowań rośnie, a wagę problemu ujmuje fakt, że znaczna część osób chorujących na tę chorobę popełnia samobójstwa. Czasem udaje się zapobiec tragedii, jednak przewidywanie, że ktoś może popełnić samobójstwo jest bardzo trudne, często niemożliwe. Zatem należy zwracać baczną uwagę na oznaki mogące wskazywać na to, że osoba dana jest zmęczona życiem, planuje samobójstwo i pragnie własnej śmierci.

Ze wzrostem liczby zachorowań w społeczeństwach wielu krajów wiążą się społeczne i obyczajowe przemiany. Do najważniejszych należą: rozluźnienie więzów wewnątrzrodziny, wzrost liczby rozwodów, objęcie starszych członków rodziny opieką przez instytucje opiekuńcze, przeciążenie pracą zawodową, nieustanna pogoń za pieniądzem celem materialnego zabezpieczenia rodziny, lęk przed utratą pracy, migracje. To wszystko sprzyja powstaniu zaburzeń depresyjnych. Według Seligmana i wsp. depresja jest ceną, jaką płaci współczesny człowiek za życie w ciągłym stresie, związaną z dążeniami i celami nie do pokonania, często przekraczającą własne możliwości [2].

Prawdziwa radość życia jest dziś zjawiskiem coraz rzadszym, ustępuje miejsca smutkowi i przygnębieniu. U zdrowego człowieka te negatywne uczucia są zazwyczaj krótkotrwałe, trwają kilka godzin lub dni. Jednak, gdy utrzymują się nadmiernie długo, a stanom obniżonego nastroju towarzyszą inne objawy np. poczucie braku energii do życia, niemożność przeżywania radości, niska samoocena można podejrzewać depresję. Według danych WHO, na depresję cierpi w świecie około 121 milionów osób. Obecnie w Europie na różne postacie depresji cierpi łącznie około 60 mln osób, przy czym według różnych szacunków u 33,4 mln spośród nich depresja ma charakter ciężki [3,4]. W Polsce depresja jest problemem zdrowotnym stwierdzonym u około 4% populacji, dla krajów Europy wskaźnik ten jest wyższy i wynosi 7%. Inne notowania uwzględniają także depresje maskowane, są one wyższe i wynoszą 10%. Definicje depresji nawiązują do koncepcji społecznych, egzystencjonalnych i psychologicznych. Za czynniki sprawcze podaje się niekorzystne czynniki środowiskowe, a więc katastrofalne doświadczenia wojen, migracje, zagrożenie osobistego bezpieczeństwa, izolację, osamotnienie, przewlekłe choroby, a ponadto wydłużenie średniego czasu życia oraz depresjogenne wpływy substancji chemicznych, zwłaszcza niektórych leków [5]. Ciężkie zaburzenia depresyjne stanowią także poważne obciążenie społeczno-ekonomiczne każdego kraju. Problemy profilaktyki powstawania i rozwoju zaburzeń depresyjnych mają charakter złożony. Wieloczynnikowe uwarunkowanie tych zaburzeń określają konieczność podejmowania działań prewencyjnych w różnorodnych zakresach i na rozmaitych płaszczyznach. Programy profilaktyczne zakładają między innymi konieczność identyfikacji grup „zwiększonego ryzyka”, oraz zwiększenie zakresu świadomości ludzi na temat istoty przeżywanych trudności i problemów, jak i doskonalenie umiejętności ich rozwiązywania i pokonywania.

## CEL PRACY

Celem badań było poznanie wiedzy i określenie świadomości mieszkańców małego miasta na temat zaburzeń depresyjnych i działań zapobiegających tym zaburzeniom.

## Problemy badawcze:

1. Określenie poziomu wiedzy i świadomości wśród badanych dotyczących depresji, jako jednego z głównych problemów wśród Polaków.

2. Poznanie poziomu wiedzy na temat profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród badanych.

## MATERIAŁ I METODYKA

Badania zostały przeprowadzone w październiku 2010 roku, wśród osób o różnej rozpiętości wiekowej, korzystających z usług Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Dębicy.

Objęto nimi 100 osób w przedziale wiekowym 20 – 60 lat (60 kobiet, 40 mężczyzn). Każda osoba przed rozpoczęciem badania była osobiście informowana o celu badań oraz anonimowości. Udział w badaniach był dobrowolny. Respondenci pochodzili z województwa podkarpackiego. Metoda sondażu diagnostycznego, którą zastosowano opiera się na ankiecie, jako technice badawczej. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 27 pytań. Część pierwsza ankiety zbudowana była z pytań, których odpowiedzi umożliwiły poznanie sytuacji społeczno-demograficznej respondentów. Druga część kwestionariusza zawierała zagadnienia pozwalające ocenić wiedzę badanych z zakresu problematyki depresji.

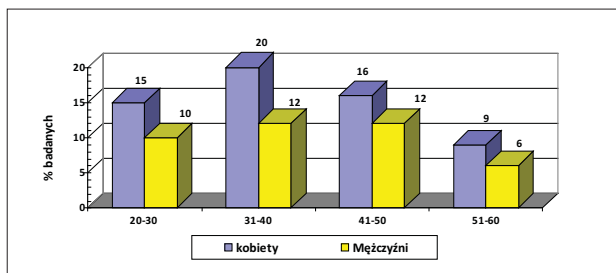
## WYNIKI BADAŃ

Badaniami objęto 60 kobiet i 40 mężczyzn, łącznie 100 osób. Najlichnějšíą grupę stanowiły osoby w przedziale 31-40 lat. Rozkład procentowy osób w poszczególnych przedziałach wiekowych prezentuje Ryc. 1.

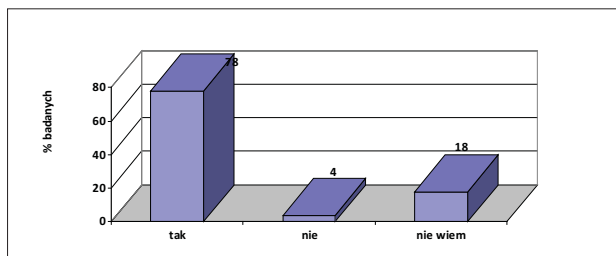
Największą grupę wśród ankietowanych stanowiły osoby z wykształceniem średnim (40%) i zawodowym (35%) – odpowiednio 40 i 35 osób). Wyższe wykształcenie deklarowało 15% respondentów (15 osób), natomiast podstawowe 10% (10). Miejsce zamieszkania badanych to niewielkie miasto (30-50 tys. mieszkańców) i jego okolice. Według Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 zaburzenia psychiczne, w tym depresyjne są poważnym problemem zdrowotnych Polaków. Wśród wszystkich przebadanych, którzy uczestniczyli w prezentowanych poniżej wynikach badań własnych wysoki odsetek (78%) uważa, że depresja jest problemem zdrowotnym polskiego społeczeństwa, niewielka ilość osób tj. 4% (4) nie dostrzega takiego problemu, natomiast 18% nie potrafiło udzielić odpowiedzi na to pytanie (Ryc. 2).

Podobnie prezentuje się rozkład procentowy odpowiedzi badanych odnośnie zachorowalności na depresję. Większość tj 88% (88 osób) uważa, że zachorowalność na tę chorobę w ostatnich latach wzrasta, a tylko 12% (12) jest zdania, że utrzymuje się na stałym poziomie. Przedział wiekowy zachorowalności na depresję według respondentów prezentuje Ryc. 3.

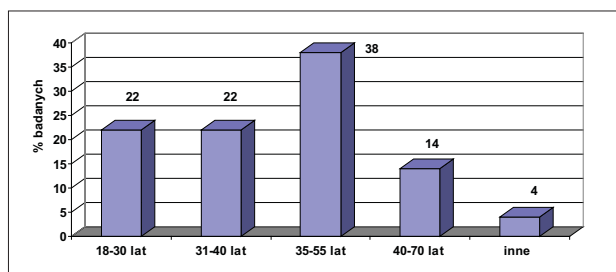
Na pytanie, czy potrafi Pan/Pani wskazać przyczyny depresji 56% (56) odpowiedziało twierdząco, natomiast pozostali 44% (44) deklarowało brak wiedzy na ten temat. Jednak na kolejne pytanie, które pozwalało bardziej szczegółowo zbadać wiedzę dotyczącą przyczyn zaburzeń depresyjnych, każdy z ankietowanych udzielił odpowiedzi, przy czym najlichnějšíą grupą badanych 76% (76) wskazała na przyczyny społeczne, samotność, izolację, przewlekłe choroby, problemy finansowe, utratę bliskiej osoby,



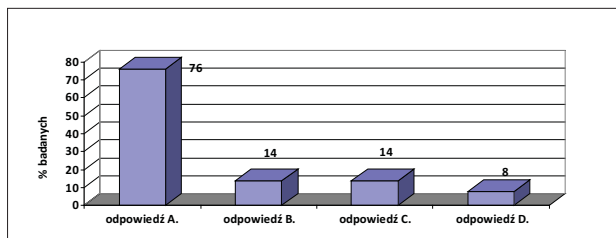
Ryc. 1. Wiek badanych z uwzględnieniem podziału na płeć



Ryc. 2. Depresja jako problem zdrowotny polskiego społeczeństwa



Ryc. 3. Przedział wiekowy, w jakim występuje szczyt zachorowań na depresję wg badanych



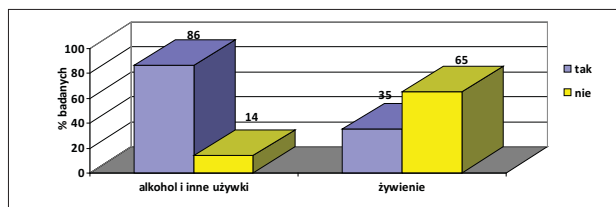
(Odpowiedź A. przyczyny społeczne, samotność, izolacja, przewlekła choroba, problemy finansowe, utrata bliskiej osoby, przemoc, wypadek

Odpowiedź B. przyczyny psychologiczne i utrata własnej wartości, brak akceptacji samego siebie

Odpowiedź C. różne okresy życia człowieka np. ciąża, karmienie, klimakterium, andropauza

Odpowiedź D. współwystępowanie różnych chorób)

Ryc. 4. Przyczyny zaburzeń depresyjnych



Ryc. 5. Wpływ alkoholu, używek i żywienia na występowanie depresji

przemoc i wypadek. Szczegółową analizę odpowiedzi na to pytanie przedstawia Ryc. 4.

Wysoki odsetek badanych – 76% (76) nie potrafił udzielić odpowiedzi na pytanie, którym chorobom somatycznym może towarzyszyć depresja. Pozostali tj. 24% (24), wymienili różne choroby – przewlekłe bóle (6%), nowotwory (5%), zawał mięśnia sercowego (4%), udar mózgu

(4%), nadciśnienie (2%), choroby serca (2%), cukrzyca (1%).

Doniesienia naukowe wskazują, że ryzyko zachorowania na depresję wzrasta u osób, których styl życia charakteryzuje się nieprawidłowym żywieniem, nadmiernym spożyciem alkoholu, nadużywaniem niektórych leków [6,7].

W grupie badanych wysoki odsetek (86%) uważa, że nadużywanie alkoholu i innych substancji chemicznych np. leków może mieć wpływ na występowanie zaburzeń depresyjnych, natomiast sposób żywienia tylko w odczuciu 30% zwiększa ryzyko problemów ze zdrowiem psychicznym.

W odpowiedzi na pytanie, jakie składniki odżywcze zawarte w pokarmach, chronią przed depresją tylko 12% – 12 osób wskazało na produkty białkowe, dietę śródziemnomorską, cynk, magnez i selen (Ryc. 5).

Na podstawie odpowiedzi badanych można przypuszczać, że depresja jest lekceważąco traktowana przez otoczenie (42%), postrzegana jest jako choroba wstydliva (32%), społecznie nie akceptowana (16%) i marginalnie traktowana przez lekarzy pierwszego kontaktu (10%). Tylko 20% respondentów uważa, depresję za chorobę budzącą współczucie i tym samym jest akceptowana.

## OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

Depresja jest obecnie chorobą tak rozpowszechnioną, że nazywana jest „przeziębieniem psychiatrii” [8]. Dotyka ludzi wszystkich ras i narodowości. Jest rzadziej rozpoznawana w państwach rozwijających się, ze względu na mniejszą dostępność do lekarza psychiatry.

Z danych CBOS z 2007 roku, uzyskanych w badaniu na liczącej 844 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski, wynika, że Polacy swoją wiedzę na temat chorób psychicznych oceniają na ogół nie najlepiej. Ponad połowa (52,7%) stwierdziła, że wie niewiele na temat chorób psychicznych, a ponad jedna trzecia (36,5%) oceniła, że praktycznie nic nie wie na temat chorób psychicznych, co pozostaje w pewnej zgodności z wynikami badań własnych prezentowanymi w niniejszej pracy. Z raportu CBOS 2007 wynika także, iż Polacy stykając się z osobą chorą psychicznie najczęściej reagują współczuciem (58,0%) [6]. Nieomal identyczny wynik – pomimo różnic w brzmieniu pytania – uzyskany został w badaniach CBOS z 2005 roku opisanych przez Bognę Wciórkę i Jacka Wciórkę w komunikacie „Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie” [9]. Analiza wyników badań własnych przeprowadzonych w grupie 100 osób wykazała, że depresja jest akceptowana i budzi współczucie w odczuciu 20% – 20 respondentów.

Wysoki odsetek respondentów w badaniach własnych, jako przyczyny depresji wskazał przyczyny społeczne, samotność, izolację, przewlekłe choroby, problemy finansowe, utratę bliskich osób, przemoc, wypadek. Te stresujące sytuacje, długotrwałe doświadczane niosą zakłócenia somatyczne i pogorszenie stanu zdrowia psychicznego. Wyniki badań wykazały, że osoby, które są narażone chronicznie na działanie stresu częściej cierpią z powodu nawracających zaburzeń nastroju [10].

■ Tab. 1. Charakterystyka badanych - płeć, wiek i wykształcenie

Zmienna	Kategoria	n	%	Razem	
				n	%
Płeć	K	60	60	100	100
	M	40	40		
Wiek w latach		n	%	K	M
	20-30	25	25	15	10
	31-40	32	32	20	12
	41-50	28	28	16	12
	51-60	15	15	9	6
Wykształcenie		n	%	K	M
	Wyższe	15	15	10	5
	Średnie	40	40	28	12
	Zawodowe	35	35	18	17
	Podstawowe	10	10	4	6

Literatura przedmiotu oraz doniesienia ze świata nauki wskazują na większe ryzyko depresji wśród ludzi, których styl życia cechuje nadmierne spożycie alkoholu, substancji chemicznych, szczególnie niektórych leków oraz żywienie niedoborowe [6,7]. Badania prowadzone w okresie pięciu lat przez Akbaraly i współpracowników na reprezentatywnej grupie Brytyjczyków (3486 osób,) celem oceny wpływu diety na objawy depresyjne wykazały, że ludzie odżywiający się zdrowo tzn. spożywający duże ilości warzyw, owoców i ryb mają niższe ryzyko depresji, natomiast wysokie spożycie produktów przetworzonych (słodkie desery, produkty smażone, przetworzone mięso, zboże oczyszczone oraz nabiał z dużą zawartością tłuszczu) wiązało się ze zwiększonym ryzykiem depresji [11]. Badanie epidemiologiczne w różnych krajach, także w Stanach Zjednoczonych, sugerują z kolei, że obniżenie spożycie omega-3 długołańcuchowych kwasów tłuszczowych koreluje ze wzrastającymi częstościami występowania depresji [12]. Według zaleceń żywieniowych Instytutu Żywności i Żywności w diecie Polaków powinny znaleźć się orzechy, nasiona i pestki słonecznika i dyni, suszone owoce i rodzynki, które pokrywają 70% dziennego zapotrzebowania na NNKT i 48% na witaminę E. Zawierają także znaczące ilości tryptofanu (TRP), który jest prekursorem serotoniny odpowiedzialnej za stany emocjonalne, sen, pamięć, ból. Niedobór serotoniny może być przyczyną poważnych zaburzeń psychicznych [13,14,15]. Niska wiedza Polaków z zakresu problematyki zaburzeń psychicznych, dotycząca czynników ryzyka związanych z żywieniem, była obserwowana w badaniach własnych. Tylko 30%-30 osób na 100 deklaroowało wpływ sposobu żywienia na występowanie zaburzeń depresyjnych.

Problemy profilaktyki i rozwoju zaburzeń depresyjnych mają charakter złożony. Wieloczynnikowe uwarunkowanie tych zaburzeń określają konieczność podejmowania działań prewencyjnych w różnorodnych zakresach i na rozmaitych płaszczyznach. W odniesieniu do powyższych doniesień celem działań względem społeczeństwa jest zarówno zwiększenie zakresu świadomości na temat istoty przeżywanego trudności i problemów, jak i doskonalenie umiejętności ich rozwiązywania i pokonywania.

## WNIOSKI

1. Poziom wiedzy i świadomości ludzi żyjących w małym mieście na temat depresji wzrasta, jednak jest wciąż niski, tym samym niezbędne jest jej uzupełnianie i pogłębianie.
2. Zdrowie człowieka wymaga podejścia holistycznego, zatem należy zintensyfikować działania profilaktyczne ze szczególnym uwzględnieniem modyfikacji zachowań żywieniowych, propagowaniu życia bez nałogów i kształtowaniu umiejętności radzenia sobie ze stresem.

## PIŚMIENNICTWO

1. WHO: The World Health Report, Genewa, 2001.
2. Seligman M.E., Walter E.F., Rosenhan D.L., Psychopatologia, Zysk i Spółka, Poznań 2003.
3. Ayuso-Mateos IL et al.: Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. Brit J Psychiatry 2001; 179: 308-316.
4. World Health Organisation. <http://www.euro.who.int>
5. Puzyński S.: Depresje, zaburzenia afektywne. PZWL, Warszawa 2002.
6. Raport CBOS 2007 - <http://www.prawapacjenta.eu/var/media/File/Mikros...>
7. Sidorowicz S.: Psychiatria kliniczna. Wydawnictwo medyczne Urban&Partner, Wrocław 2004.
8. Wójcik E., Wojtyna E.: Interwencje poznawczo-behawioralne w oparciu o idiosynkratyczny model depresji Barona Becka. W: Olkusz-Kozaryn K., Ostaszewski K. (red.): Promocja zdrowia psychicznego – Badania i działania w Polsce. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008, 193-206.
9. Wciórka B., Wciórka J. (oprac.): „Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie”, Komunikat z badań CBOS, Warszawa, Lipiec 2005.
10. <http://www.prawapacjenta.eu/var/media/File/Mikros...>
11. Tasnime N. Akbaraly i wsp.: Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. The British Journal of Psychiatry 2009, 195, 408-413.
12. Maes M., Christophe A., Delanghe J., Altamura C., Neels H., Meltzer H.Y.: Lowered omega-3 polyunsaturated fatty acids in serum phospholipids and cholesterol esters of depressed patients. Psychiatry Res., 1999, 85, 275-291.
13. Bruinsma K. A., Douglas L.T: Dieting Essentials fatty acid intake, and depression. Nutr. Rev. 2000, 58, 98-108.
14. Kunachowicz H., Nadolna I., Przygoda B., Iwanow K.: Tabele wartości odżywczej produktów spożywczych. IŻŻ, Warszawa 1998.
15. Szostak B., Cichońska A., Cybulska B.: Zdrowa dieta śródziemnomorska. COMES, Warszawa 2001.

Praca przyjęta do druku: 21.04.2011

Praca zaakceptowana do druku: 25.05.2011