

Kocjan Janusz. Poziom lęku i depresji u pacjentów poddanych rehabilitacji sanatoryjnej = The level of anxiety and depression in patients undergoing rehabilitation treatment in a sanatorium. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(5):389-400. ISSN 2391-8306. DOI [10.5281/zenodo.17899](https://doi.org/10.5281/zenodo.17899)
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%285%29%3A373-388>
<https://pbn.nauka.gov.pl/works/561544>
<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.17899>
Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011 – 2014
<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.

Specyfika i zawartość merytoryczna czasopisma nie ulega zmianie.
Zgodnie z informacją MNiSW z dnia 2 czerwca 2014 r., że w roku 2014 nie będzie przeprowadzana ocena czasopism naukowych; czasopismo o zmienionym tytule otrzymuje tyle samo punktów co na wykazie czasopism naukowych z dnia 31 grudnia 2014 r.

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1089. (31.12.2014).

© The Author (s) 2015;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland and Radom University in Radom, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 20.02.2015. Revised 18.04.2015. Accepted: 25.05.2015.

POZIOM LĘKU I DEPRESJI U PACJENTÓW PODDANYCH REHABILITACJI SANATORYJNEJ

THE LEVEL OF ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS UNDERGOING REHABILITATION TREATMENT IN A SANATORIUM

Janusz Kocjan

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Lekarski w Katowicach
Medical University of Silesia, Faculty of Medicine, Katowice, Poland

STRESZCZENIE

Wstęp:

Lęk i depresja powszechnie występują w ogólnej populacji. Wciąż jednak niewiele wiadomo na temat ich obecności oraz nasilenia wśród pacjentów poddanych rehabilitacji sanatoryjnej.

Cel pracy:

Celem pracy była ocena objawów lęku i depresji w grupie pacjentów poddanych stacjonarnej rehabilitacji sanatoryjnej. Dokonano również oceny zróżnicowania nasilenia lęku i depresji ze względu na płeć, wiek oraz poziom wykształcenia badanych.

Material i metody:

Zbadano 70 osób w wieku od 41 do 80 lat: 36 kobiet (średni wiek: 65,05 ± 8,92 lat) oraz 34 mężczyzn (średni wiek: 64,14 ± 9,89 lat). W badaniu posłużono się Szpitalną Skalą Lęku i Depresji (ang. *Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*) uzupełnioną kwestionariuszem własnej konstrukcji.

Wyniki:

Średnie wartości lęku mieściły się w granicach wartości prawidłowych, zarówno u kobiet jak i u

mężczyzn - bez istotnych różnic statystycznych ze względu na płeć. W przypadku depresji, nasilenie wykraczające poza granice wartości prawidłowych odnotowano u prawie 60% badanych mężczyzn – w porównaniu do 23,5% zaobserwowanych u kobiet. U mężczyzn wykazano korelacje istotne statystycznie między poziomem wykształcenia a nasileniem objawów lęku i depresji. U kobiet odnotowano istotny statystycznie związek wieku i poziomu wykształcenia ze stopniem prezentowanych objawów lękowych.

Wnioski:

Płeć, wiek oraz poziom wykształcenia silnie różnicują nasilenie objawów lęku i depresji

Słowa kluczowe: lęk, depresja, sanatorium, rehabilitacja.

SUMMARY

Introduction:

Anxiety and depression are common in the general population. However, still is little known about their presence and severity among patients undergoing rehabilitation in a sanatorium.

Aim of the study:

The aim of the present study was to evaluate symptoms of anxiety and depression in group of patients subjected rehabilitation in a sanatorium. Differentiation of severity of anxiety and depression based on gender, age and education level was also assessed.

Material and methods:

70 patients in age of 41-80 years: 36 females (mean age: $65,05 \pm 8,92$ years) oraz 34 males (mean age: $64,14 \pm 9,89$ years) participated in this study. HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) and author designed questionnaire were used.

Results:

The mean values of an anxiety were in the normal points range, both in women and men - but with no statistically significant differences based on gender. In the case of depression, severity beyond the limits of normal points value were reported in nearly 60% of male respondents - compared to the 23.5% observed in women. Statistically significant correlation between education level and the intensity of the symptoms of anxiety and depression were noted in men. In women, reported a significant relationship between age and education level with degree of presented anxiety symptoms.

Conclusions:

Gender, age and education level strongly differentiate the severity of symptoms of anxiety and depression.

Key words: anxiety, depression, sanatorium, rehabilitation.

WPROWADZENIE

Lęk jest negatywnym uczuciem pojawiającym się w odpowiedzi na postrzegane zagrożenie pochodzące z wewnętrznych lub zewnętrznych źródeł, które może być prawdziwe bądź wyimaginowane [1]. Pomimo, iż jest on odczuwany jako przykry stan pobudzenia emocjonalnego, pełni on również rolę sygnału ostrzegawczego, pobudzając do działań obronnych i prozdrowotnych [2,3]. Szereg przeprowadzonych badań naukowych wskazuje, iż występowanie zaburzeń lękowych jest powszechne. Szacuje się, że od 13,6% do 28,8% populacji co najmniej raz w życiu doświadcza epizodów lęku, natomiast wskaźnik 12-miesięczny wskaźnik rozpowszechnienia mieści się w granicach od 5,6% do 19,3% [4-9].

W przypadku depresji oszacowanie jej faktycznego występowania jest utrudnione ze względu na fakt, iż u wielu osób pozostaje ona nierozpoznana. Niektórzy badacze sugerują, że około połowa pacjentów nie trafia do właściwego specjalisty lub ze względu na mylący obraz zaburzeń bądź łagodne nasilenie objawów posiada niewłaściwe rozpoznanie. Przyjmuje się jednak, że jej rozpowszechnienie sięga ok. 3-5% [10-14]. Klasyfikacja przyczyn depresji również sprawia pewne problemy. W psychiatrii europejskiej dominuje podejście nozologiczne, w którym dąży się do wyodrębnienia i opisanie charakterystyki klinicznej różnych stanów depresyjnych w zależności od ich przyczyny. Z kolei w psychiatrii amerykańskiej zauważalna jest koncepcja unitarystyczna - koncentrująca się na dokładnym określeniu kryteriów diagnostycznych. Uważa się bowiem, że depresja spowodowana jest licznie nakładającymi się na siebie i wchodzącymi ze sobą w różne związki oraz interakcje zaburzeniami [15,16].

Komponenta behawioralna stanowi istotny element kompleksowego postępowania fizjoterapeutycznego. Jak pokazują dotychczas przeprowadzone badania, nierealistyczne sądy i przekonania, mają wpływ na nastawienie pacjentów do ich problemu zdrowotnego oraz sposobu prowadzonego leczenia. Powodują także powstawanie wielu, czasem sprzecznych ze sobą, wyjaśnień swojego problemu [17,18]. Z podobnym problemem możemy mieć do czynienia podczas rehabilitacji pacjentów, którym oprócz ich pierwotnego schorzenia stanowiącego główny element postępowania fizjoterapeutycznego, towarzyszą nasilone stany lękowo-depresyjne. Przeprowadzona kwerenda piśmiennictwa wskazuje na występowanie obu opisywanych stanów emocjonalnych w różnych jednostkach chorobowych. Wciąż jednak niewystarczająca liczba opracowań empirycznych dotyczy omawianego zagadnienia wśród pacjentów poddanych rehabilitacji - a zwłaszcza rehabilitacji sanatoryjnej prowadzonej w warunkach ambulatoryjnych. Ocena stopnia nasilenia lęku i depresji w tej grupie pacjentów może przyczynić się do optymalizacji procesu rehabilitacji.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena występowania objawów lęku i depresji w grupie pacjentów poddanych stacjonarnej rehabilitacji sanatoryjnej. Dokonano również oceny zróżnicowania nasilenia lęku i depresji ze względu na płeć, wiek oraz poziom wykształcenia badanych.

MATERIAŁ I METODY

Badanie wykonano w Sanatorium Uzdrowskim „Abaton” w Krynicy Zdroju. Do jego przeprowadzenia uzyskano zgodę Dyrekcji Ośrodka oraz Kierownika rehabilitacji. Grupę badaną stanowiło 36 kobiet (średni wiek: $65,05 \pm 8,92$ lat) oraz 34 mężczyzn (średni wiek: $64,14 \pm 9,89$ lat) w wieku od 41 do 80 lat. Dobór do badań był celowy. Byli to pacjenci poddani 3-tygodniowej rehabilitacji sanatoryjnej w warunkach stacjonarnych. Wszystkich respondentów poinformowano o celu wykonywanego badania. Zastosowano następujące kryteria włączenia do badania:

- wyrażenie zgody na uczestnictwo w badaniu,
- poziom sprawności intelektualnej pozwalający na zrozumienie oraz udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie

W badaniu posłużono się narzędziami psychometrycznymi. Wykorzystano Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (ang. *Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*) [19] uzupełnioną kwestionariuszem własnej konstrukcji. Pomiaru dokonywano jednokrotnie, w pierwszym tygodniu pobytu chorego.

Szpitalna Skala Lęku i Depresji (HADS), jest krótkim, składającym się z 14 pozycji, narzędziem służącym do samooceny osoby badanej w zakresie objawów lęku (7 pozycji) i depresji (7 pozycji). Znajduje ona zastosowanie zarówno w codziennej praktyce psychiatrycznej, jak również, u osób zdrowych psychicznie oraz pacjentów poddanych hospitalizacji bądź leczonych ambulatoryjnie, u których z jakichś względów, należy dokonać oceny stanu emocjonalnego. Odpowiedzi na każde z 14 pytań punktowane są w czterostopniowej skali Likerta, od 0 (oznacza brak jakichkolwiek zaburzeń) do 3 (oznacza ciężkie zaburzenia). Wartości uzyskane w poszczególnych podskalach (lęku i depresji) są sumowane, a końcowy rezultat punktowy interpretuje się następująco: 0-7 punktów: wartości świadczące o braku zaburzeń lękowych bądź depresyjnych; 8-10 punktów: wartości graniczne wskazujące na łagodne nasilenie objawów; 11 i więcej punktów: wartości wskazujące na obecność zaburzeń o charakterze patologicznym (zespół lękowy, zespół depresyjny), przy czym wartości od 11 do 14 punktów stanowią umiarkowane nasilenie objawów, a od 15 do 21 punktów – ciężkie zaburzenie [19].

Autorski kwestionariusz zawierał pytania metryczkowe, dotyczące płci oraz cech społeczno-demograficznych ankietowanych, w tym: wieku, poziomu wykształcenia. Po uzyskaniu informacji na temat wieku, zestawiano badanych w grupach, przyjmując następujące przedziały wiekowe: 41-

50 lat; 51-60 lat; 61-70 lat; 71-80 lat. Zastosowano następującą klasyfikację poziomu wykształcenia: podstawowe, zawodowe, średnie oraz wyższe.

Zebrane dane poddano analizie statystycznej przy użyciu programu STATISTICA. Hipotezę o normalności rozkładu weryfikowano za pomocą testu Shapiro-Wilka (SW-W). Ilościowego przedstawienia danych dokonano za pomocą statystyk opisowych. W tym celu obliczono: wartości średnie (M), medianę (Me), odchylenia standardowe (SD) oraz wartości minimum (MIN) i maksimum (MAX). Porównań między dwoma grupami dokonano za pomocą nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya. W grupach o większej liczebności stosowano analizę wariancji Kruskala Wallisa. Po odrzuceniu hipotezy zerowej, w celu dokładniejszej analizy różnic między średnimi z poszczególnych grup, wykonano testy post hoc. Aby określić zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi obliczono współczynniki korelacji rang Spearmana (ρ). Analizując poziom różnic pomiędzy współczynnikami korelacji posłużono się testem Z-Fishera. Przyjęto poziom istotności statystycznej: $p < 0,05$.

WYNIKI

Charakterystykę socjodemograficzną badanych przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych

| ZMIENNA | | kobiety | | mężczyźni | | ogółem | |
|----------------------|------------|-----------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|
| | | Liczba badanych | % | Liczba badanych | % | Liczba badanych | % |
| wiek | 41-50 lat | 5 | 13,88 | 4 | 11,76 | 9 | 12,85 |
| | 51-60 lat | 8 | 22,22 | 8 | 23,52 | 16 | 22,85 |
| | 61-70 lat | 12 | 33,33 | 13 | 38,23 | 25 | 35,71 |
| | 71-80 lat | 11 | 30,55 | 9 | 26,47 | 20 | 28,57 |
| wykształcenie | podstawowe | 1 | 2,77 | 2 | 5,88 | 3 | 4,28 |
| | zawodowe | 5 | 13,88 | 10 | 29,41 | 15 | 21,42 |
| | średnie | 11 | 30,55 | 7 | 20,58 | 18 | 25,71 |
| | wyższe | 19 | 52,77 | 15 | 44,11 | 34 | 48,57 |

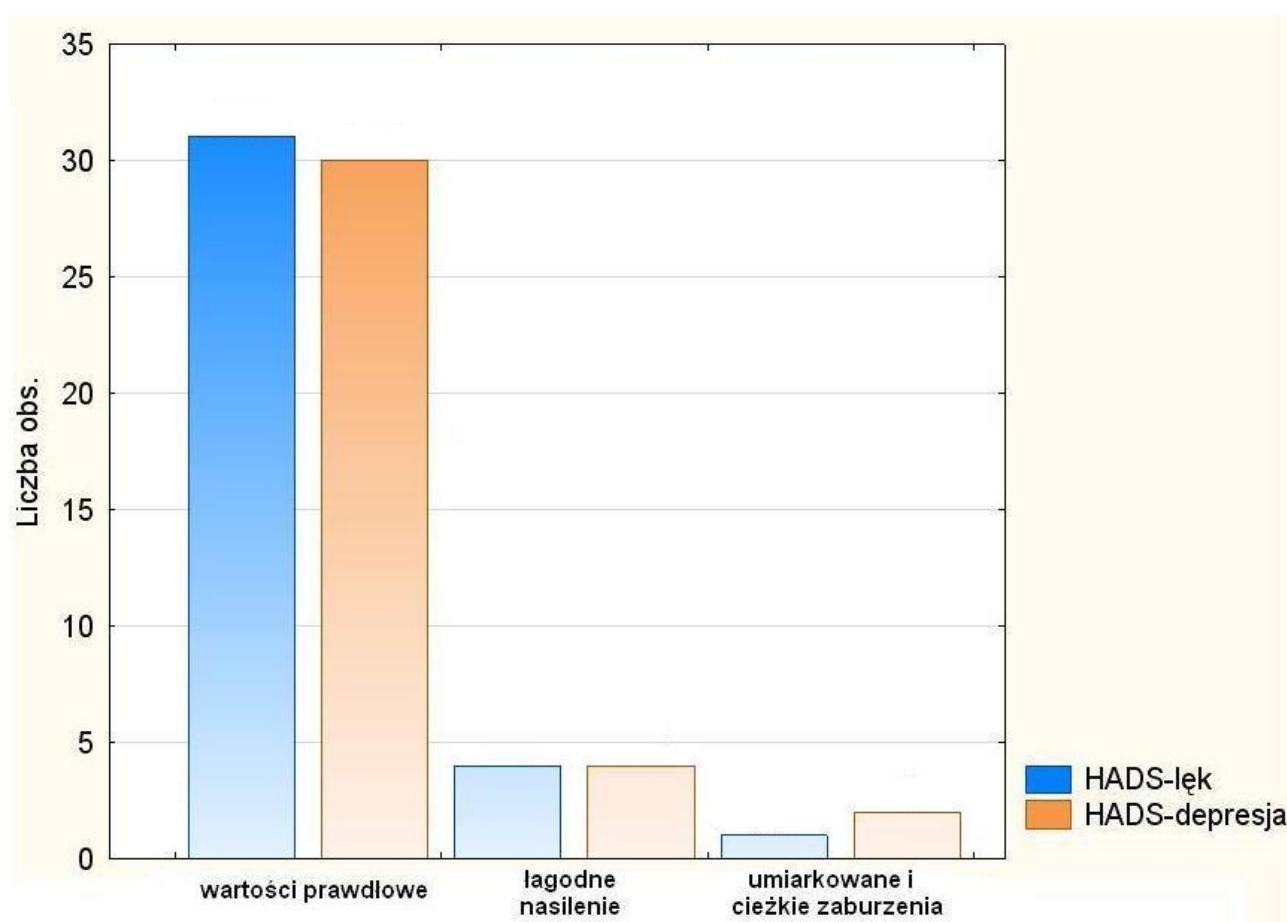
Statystyki opisowe dla poziomu lęku i depresji mierzonego w skali HADS zawarto w tabeli 2.

Tabela 2. HADS - lęk i depresja: statystyki opisowe z podziałem na płeć

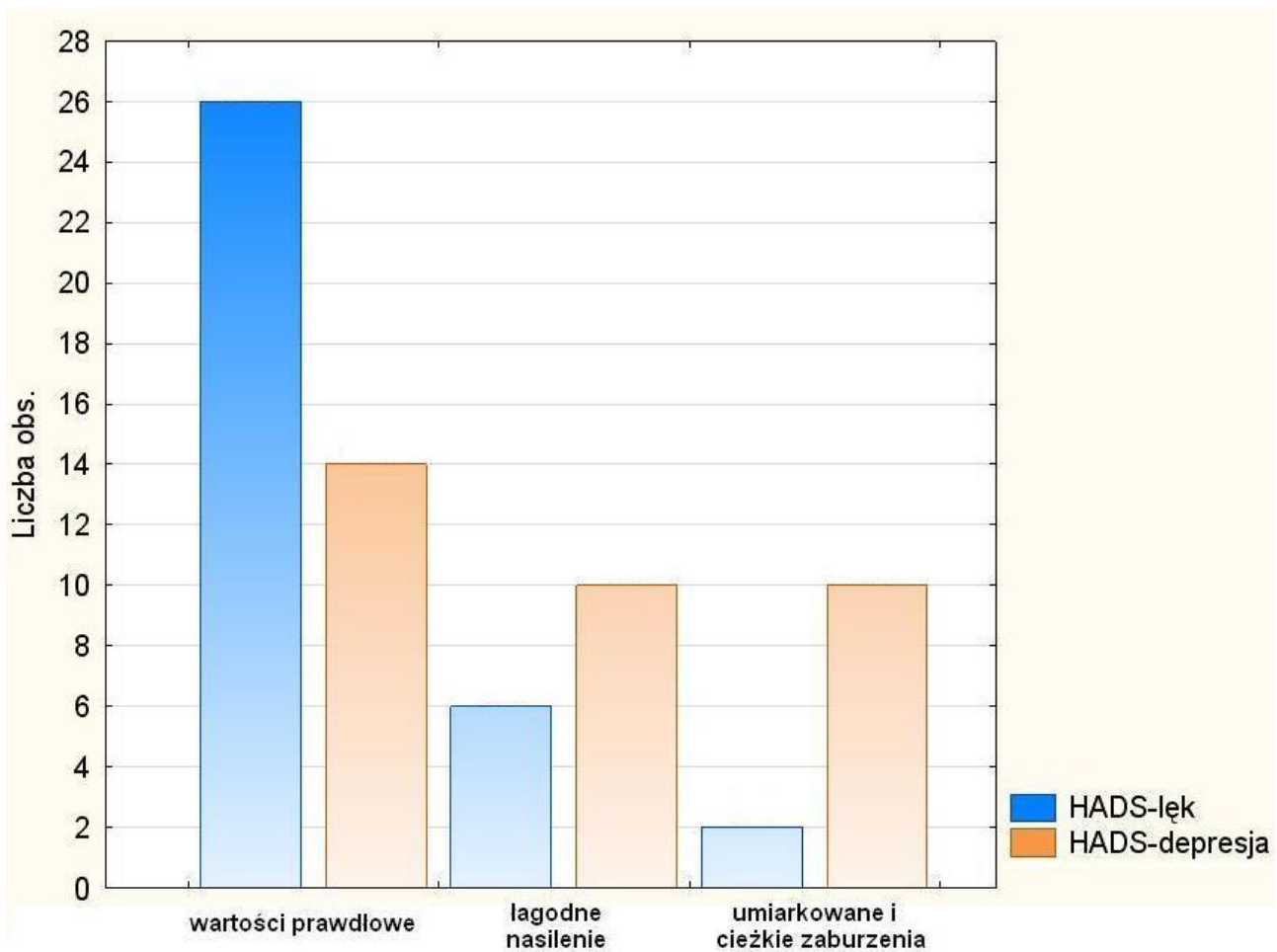
| ZMIENNA | kobiety | | | | | mężczyźni | | | | | p |
|----------|---------|------|------|------|-------|-----------|------|------|------|-------|----------------|
| | M | Me | SD | MIN | MAX | M | Me | SD | MIN | MAX | |
| Lęk | 4,33 | 4,00 | 2,89 | 1,00 | 11,00 | 5,88 | 5,00 | 4,31 | 0,00 | 21,00 | 0,1286 |
| Depresja | 5,19 | 5,00 | 2,90 | 1,00 | 14,00 | 8,61 | 8,50 | 5,53 | 1,00 | 21,00 | 0,0059* |

*różnice istotne statystycznie

Podział badanych ze względu na stopień nasilenia objawów lęku i depresji przedstawiono na rycinach 1 i 2.



Rycina 1. HADS: nasilenie lęku i depresji u kobiet



Rycina 2. HADS: nasilenie lęku i depresji u mężczyzn

Większy odsetek badanych z poziomem lęku i depresji mieszczącym się w granicach wartości prawidłowych odnotowano u kobiet – względem mężczyzn, odpowiednio: lęk: 86,11% vs. 76,47%, $p=0,3484$; depresja: 83,33% vs. 41,17%, $p=0,0045$. W odniesieniu do zaburzeń o łagodnym oraz umiarkowanym i ciężkim stopniu nasilenia, zarówno w przypadku objawów lęku jak i depresji, odsetki osób z wartościami powyżej normy były większe w grupie mężczyzn niż w grupie kobiet. Przeprowadzona analiza testem struktury nie wykazała jednak istotnych statystycznie różnic pomiędzy poszczególnymi odsetkami badanych (lęk - łagodne nasilenie: 11,11% vs. 17,64; $p=0,7771$; lęk - umiarkowane i ciężkie zaburzenia: 2,77% vs. 5,88, $p=0,8462$; depresja – łagodne nasilenie: 11,11% vs. 29,41, $p=0,4700$; depresja - umiarkowane i ciężkie zaburzenia: 5,55% vs. 29,41%, $p=0,4794$).

Analiza zależności testem Spearmana wykazała u mężczyzn korelacje istotne statystycznie między poziomem wykształcenia a nasileniem objawów lęku ($r=-0,24$) i depresji ($r=-0,47$). U kobiet odnotowano istotny statystycznie związek wieku ($r=0,24$) i poziomu wykształcenia ($r=-0,22$) ze stopniem prezentowanych objawów lękowych.

W kolejnym etapie analizy statystycznej dokonano oceny zróżnicowanie nasilenia lęku i depresji ze względu na wiek oraz poziom wykształcenia badanych. Wyniki zawarto w tabelach 3-4.

Tabela 3. Zróżnicowanie nasilenia lęku ze względu na wiek i poziom wykształcenia badanych

| ZMIENNA | | kobiety | | | mężczyźni | | |
|---------------|-------------|---------|------|---------------|-----------|------|---------------|
| | | M | SD | p | M | SD | p |
| wiek | 1. 41-50 | 3,54 | 1,85 | 0,0263 | 4,12 | 2,66 | 0,0377 |
| | 2. 51-60 | 4,75 | 2,05 | | 5,35 | 3,12 | |
| | 3. 61-70 | 5,66 | 2,44 | | 6,15 | 3,01 | |
| | 4. 71-80 | 6,05 | 2,36 | | 6,42 | 2,84 | |
| wykształcenie | 1. zawodowe | 5,87 | 3,48 | 0,3410 | 6,88 | 4,78 | 0,2840 |
| | 2. średnie | 3,62 | 1,99 | | 6,50 | 4,79 | |
| | 3. wyższe | 4,00 | 2,86 | | 4,27 | 2,96 | |

Tabela 4. Zróżnicowanie nasilenia depresji ze względu na wiek i poziom wykształcenia badanych

| ZMIENNA | | kobiety | | | mężczyźni | | |
|---------------|-------------|---------|------|---------------|-----------|------|---------------|
| | | M | SD | p | M | SD | p |
| wiek | 1. 41-50 | 3,67 | 1,06 | 0,0461 | 5,11 | 2,06 | 0,0008 |
| | 2. 51-60 | 4,52 | 1,74 | | 8,51 | 2,32 | |
| | 3. 61-70 | 6,16 | 2,28 | | 10,57 | 4,08 | |
| | 4. 71-80 | 5,87 | 2,36 | | 9,96 | 4,16 | |
| wykształcenie | 1. zawodowe | 7,25 | 3,49 | 0,1030 | 11,55 | 5,15 | 0,0204 |
| | 2. średnie | 4,12 | 2,29 | | 9,57 | 5,41 | |
| | 3. wyższe | 4,80 | 2,56 | | 5,00 | 4,26 | |

DYSKUSJA

Lęk i depresja postrzegane są przede wszystkim jako jedne z objawów występujących w przebiegu chorób psychicznych. Towarzyszą one jednak wielu schorzeniom somatycznym [20-24], a ich obecność stwierdza się również wśród pacjentów poddanych rehabilitacji kardiologicznej [25] i pulmonologicznej [26]. Prezentowane w niniejszej pracy wyniki badań dotyczą pacjentów poddanych rehabilitacji sanatoryjnej. Średnie wartości lęku (tab. 2) wskazują na jego łagodne

nasilenie, bez istotnych statystycznie różnic ze względu na płeć. Odnotowane rezultaty kształtują się jednak na zdecydowanie niższym poziomie niż w przypadku pacjentów poddanych rehabilitacji kardiologicznej [25] oraz oraz pulmonologicznej [26]. Pozostają także w opozycji do wyników uzyskanych przez innych badaczy, w których większe nasilenie lęku stwierdzano u kobiet [27-31]. W przypadku depresji, jej nasilenie było znamienne statystycznie wyższe u mężczyzn względem kobiet. O skali tego zjawiska świadczą dane zawarte na rycinie 2, gdzie nasilenie depresji wykraczające poza granice wartości prawidłowych odnotowano u prawie 60% badanych mężczyzn – w porównaniu do 23,5% zaobserwowanych u kobiet. Uwagę zwracają również wartości odchyłeń standardowych, sugerujące duże indywidualne zróżnicowanie omawianych stanów.

Wykazano zależność między poziomem wykształcenia i wiekiem a nasileniem objawów lęku i depresji u badanych mężczyzn. U kobiet stwierdzono tylko istotny wpływ wykształcenia. Analiza zróżnicowania poziomu lęku i depresji – ze względu na wiek oraz poziom wykształcenia (tab. 3 oraz tab. 4) wskazuje, że czynniki te silnie rzutują na nasilenie stanów lękowych i depresyjnych. Niższe wykształcenie związane było z większą intensyfikacją natężenia lęku i depresji, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. W odniesieniu do wieku badanych, najwyższe średnie wartości w podskali depresji zaobserwowano w przedziale wieku: 61-70 lat.

Uzyskane wyniki badań wskazują na konieczność stosowanie kompleksowych oraz interdyscyplinarnych programów rehabilitacji sanatoryjnej, obejmujących nie tylko kinezyterapię ruchową oraz zabiegi z zakresu fizykoterapii i balneologii, lecz również postępowanie psychoterapeutyczne, wpływając na stan emocjonalny, motywację oraz zaangażowanie ze strony chorego. Monitorowanie stanu emocjonalnego pacjentów powinno stanowić nieodzowny element postępowania fizjoterapeutycznego, zarówno przed przystąpieniem do terapii, jak również w czasie jej trwania oraz po jej zakończeniu.

WNIOSKI

1. Płeć różnicuje nasilenie objawów depresji. W przypadku stanów lękowych nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie
2. Niższy poziom wykształcenia oraz podeszły wiek związany jest z nasileniem objawów lęku i depresji
3. Wysoki poziom lęku i depresji może negatywnie wpływać na proces leczenia oraz późniejszej rehabilitacji sanatoryjnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Gerrig R, Zimbardo PG. Psychologia i życie. Warszawa: Wydawnictwo PWN, 2006. ISBN 978-83-01-14632-0.

2. de Walden-Gałuszko K. Psychospołeczne aspekty raka sutka. W: Jassem J. (red.). Rak sutka. Springer PWN, Warszawa 1998: 377–391.
3. Kopczyńska-Tyszko A. Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór. W: Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W. (red.). Zmagając się z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999: 125-141.
4. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1091-1098.
5. Becker ES, Tuerke V, Neumer S, Soeder U, Krause P, Margraf J. Praevalenz von psychischen und psychiatrischen stoerungen bei jungen Frauen aus der a llgemeinbevoelkerung: ergebnisse der Dresdener Studie. W: Heess-Erler G, Manz R, Kirch W, Red. Public health research and practice: report of the public health research association, Saxony 1998–1999. Regensburg: Roderer, 2000.
6. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 145-153.
7. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, i wsp. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (suppl 420): 21–27.
8. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Prevalence of depression and anxiety symptoms in elderly patients admitted in post-acute intermediate care. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2008; 23: 1141-1147.
9. Michael T, Zetsche U, Margraf J. Epidemiology of Anxiety Disorders. *Psychiatry* 2007; 6(4): 136-142.
10. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 307-311.
11. Andrade L, Caraveo A. Epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys . *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003; 12(1): 3-21.
12. Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA. Revised prevalence based estimates of mental disorders in the United States: Using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry* 2002; 59(2): 115–123.
13. Ohayon MM, Priest RG, Guilleminault C, Caulet M. The prevalence of depressive disorders in the United Kingdom. *Biological Psychiatry* 1999; 45(3): 300–307.
14. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 2004; 184(5): 386–392.
15. Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne, PZWL, Warszawa 1996.
16. Świącicki Ł. Depresje - definicja, klasyfikacja, przyczyny. *Psychiatria w Praktyce*

Ogólnolekarskiej 2002; 2(3): 151–160.

17. Zusman M. Structure orientated beliefs and disability due to back pain. *Australian Journal of Physiotherapy* 1998; 44: 13-20.

18. Shorland S. Management of chronic pain following whiplash injuries. In: *Topical issues in pain*. Ed. Gifford L. NOI, Falmouth 1998; 115-134.

19. Mielcarek P, Kozacka J. Funkcjonowanie emocjonalne chorych z objawami niepowodzenia chemioterapii zaawansowanego raka jajnika. *Psychoonkol.* 2006; 10,1: 9–14

20. Mikkelsen RL, Middelboe T, Pisinger C, Stage KB. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord J Psychiatry* 2004; 58(1): 65-70.

21. Löwe B, Gräfe K, Ufer C, Kroenke K, Grünig E, Herzog W, Borst MM. Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. *Psychosom Med.* 2004; 66(6): 831-836.

22. Gapińska B, Tartas M, Walkiewicz M, Majkiewicz M. Self-efficacy and anxiety and depression in patients with colostomy. *Współczesna Onkologia* 2008; 12(2): 84–89.

23. Jiang W, Kuchibhatla M, Cuffe MS, Christopher EJ, Alexander JD, Clary GL. Prognostic Value of Anxiety and Depression in Patients With Chronic Heart Failure. *Circulation.* 2004; 110: 3452-3456.

24. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai* 2007; 90(10): 2164-2174.

25. Knapik A, Kocjan J. Lęk i depresja a samoocena zdrowia u pacjentów kardiologicznych - spojrzenie z perspektywy fizjoterapii. *Fizjoterapia Pol* 2013; 13(2): 28-32.

26. Bentsen SB, Wentzel-Larsen T, Henriksen AH, Rokne B, Wahl AK. Anxiety and depression following pulmonary rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2013; 27: 541–550.

27. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1994; 51: 8-19.

28. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57(1): 21-27.

29. Bijl RV, De Graaf R, Ravelli A, Smit F, Vollebergh WA. Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37(8): 372-379.

30. Leach LS, Christensen H, Mackinnon AJ, Windsor TD, Butterworth P. Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators. *Social*

Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2008; 43(12): 983-998.

31. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 617–627.