

Jasik Karolina, Jaślikowska Urszula, Zbrojkiewicz Marta, Ślusarska Barbara, Jasińska Magdalena, Grzegorzczak Magdalena, Nowicki Grzegorz Józef. Czynniki związane z występowaniem depresji u osób dorosłych. Przegląd systematyczny literatury polskiej w latach 2009-2014 = Factors related to occurrence of depressive disorders in adults. A systematic review of Polish literature in years 2009-2014. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(4):297-318. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.50206> <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3472>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7
© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, 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/4.0/>) 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/4.0/>) 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: 20.03.2016. Revised 17.04.2016. Accepted: 17.04.2016.

Czynniki związane z występowaniem depresji u osób dorosłych. Przegląd systematyczny literatury polskiej w latach 2009-2014

Factors related to occurrence of depressive disorders in adults. A systematic review of Polish literature in years 2009 – 2014

Jasik Karolina¹, Jaślikowska Urszula¹, Zbrojkiewicz Marta¹, Ślusarska Barbara², Jasińska Magdalena¹, Grzegorzczak Magdalena¹, Nowicki Grzegorz Józef²

¹Studenckie Koło Naukowe Katedry Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Słowa kluczowe: depresja, czynniki etiologiczne, przegląd systematyczny, literatura polska, lata 2009-2014

Key words: depression, etiological conditions, systematic review, Polish literature, years 2009-2014

Streszczenie

Wstęp: Stały wzrost liczby chorych na depresję w społeczeństwach krajów rozwiniętych jest sygnałem dla wnikliwej analizy polietyologicznych ich uwarunkowań. W społeczeństwie dorosłych Polaków zaburzenia depresyjne zalicza się także do częstych problemów zdrowotnych.

Cel: Określenie czynników związanych z występowaniem depresji u osób dorosłych w przeglądzie literatury polskiej w latach 2009-2014.

Materiał i metoda: Dokonano przeglądu systematycznego literatury polskiej latach 2009-2014. Przeszukano elektroniczne bazy danych oraz opublikowane wyniki badań. Aby zidentyfikować doniesienia spełniające wybrane kryteria selekcji, zastosowano wieloetapowy proces wyboru, a następnie poddawano prace krytycznej ocenie.

Wyniki: W analizowanym okresie znaleziono 1067 artykułów zawierających użyte hasła. Do pełnej wersji zakwalifikowano 31 prac, które spełniały wszystkie kryteria włączenia. Wśród zakwalifikowanych prac najczęściej stosowanymi narzędziami oceny depresji były: Skala depresji Becka (BDI) - w 21 badaniach, Skala depresji i lęku (HADS) - w 4 badaniach oraz Skalę geriatrycznej oceny depresji (GDS) - w 4 badaniach. Przeanalizowano dane 3607 osób, w tym 1789 osób z rozpoznaną depresją.

Wnioski: Głównymi przyczynami depresji w grupie osób objętych analizą było: pełnienie roli opiekuna nad przewlekle chorym członkiem rodziny (69,7%) oraz występowanie wśród ankietowanych choroby przewlekłej (65,3%).

Abstract

Introduction. Constant increase in number of people suffering from depression in societies of developed countries is a signal for thorough analysis of their polyethologic conditions. In society of Polish adults, depression is also classified as frequent health problems.

Purpose. Determining the factors related to occurrence of depression in adults in Polish society in years 2009 - 2014.

Material and method. A systematic review of Polish literature in years 2009-2014 was undertaken. The electronic databases and published study results were searched through. In order to identify reports meeting selection criteria, the multi-stage selection process was used, and then the projects were critically evaluated.

Results. There were 1067 articles including used keywords found in the analysed period. 31 articles were qualified for the research analysis as they fulfilled all of the inclusion criteria. Among the qualified projects, the most frequently used tools of depression evaluation were: Beck Depression Inventory (BDI) - in 23 projects, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - in 4 projects, and Geriatric Depression Scale (GDS) - in 4 projects. In total, data from 3607 persons with recognized depression were analysed.

Conclusions. The main causes for depression in the analysed group were: acting as caregiver of chronically ill family member (69,7%) and occurrence of chronic disease among respondents (65,3%).

Wstęp

Od kilkunastu lat obserwuje się wyraźny wzrost liczby chorych na depresję. Depresją dotkniętych jest około 15% populacji, przy czym kobiety chorują dwukrotnie częściej niż mężczyźni (kobiety – 20%, mężczyźni – 10%), zaburzenia to mogą wystąpić w każdym wieku – od dzieciństwa do późnej starości [1].

Depresja jako szczególny rodzaj zaburzeń nastroju i emocji objawia się zaburzeniami psychopatologicznymi lub zachowaniami odbiegającymi od normy. Według kryteriów Światowej Organizacji Zdrowia (ICD-10), epizod depresyjny cechuje smutny nastrój utrzymujący się przez okres przynajmniej dwóch tygodni. Obniżony nastrój jest w stopniu wyraźnie nieprawidłowym dla danej osoby, utrzymujący się przez większość dnia i prawie każdego dnia, w zasadzie nie podlegający wpływowi wydarzeń zewnętrznych. Ponadto występuje utrata zainteresowań lub zadowolenia w zakresie aktywności, które zwykle sprawiają przyjemność oraz zmniejszona energia lub zwiększona męczliwość. Występowanie co najmniej dwóch objawów psychopatologicznych stanowi podstawę rozpoznania epizodu depresyjnego. Towarzyszy temu utrata zdolności przeżywania radości, negatywna ocena sytuacji życiowej, obniżenie nastroju, lęk, utrata bodźców i zainteresowania oraz zdolności koncentracji, spowolnienie psychoruchowe i ogólnej sprawności [2]. Oprócz typowych objawów u osób chorujących na depresję występują dysfunkcje poznawcze, które manifestują się najczęściej spowolnieniem, upośledzeniem funkcji wykonawczych i pamięci operacyjnej [3, 4] oraz wpływają na obraz złego funkcjonowania chorych, a także mogą być przyczyną ich gorszego samopoczucia nawet po ustąpieniu typowych objawów depresyjnych [5, 6]. Depresji współtowarzyszą charakterystyczne objawy somatyczne, takie jak: zaburzenia snu, utrata apetytu, brak zainteresowania seksem, a także liczne, mało specyficzne dolegliwości bólowe, ubytek masy ciała oraz pesymistyczne postrzeganie przyszłych wydarzeń. Może to prowadzić do wystąpienia myśli samobójczych i konkretnych chęci popełnienia samobójstwa [2].

Rozwojowi depresji mogą sprzyjać różne czynniki: biologiczne, społeczne, genetyczne, psychiczne, somatyczne czy biochemiczne [7]. W klasyfikacji nozologicznej depresji ze względu na przyczynę wyróżnia się przyczyny „endogenne” (hipotetyczne) (w piśmiennictwie amerykańskim: „pierwotne zaburzenia depresyjne” – *primary depressive disorders*); przyczyny psychologiczne (zawody emocjonalne, straty) oraz przyczyny somatyczne, organiczne (depresje w schorzeniach somatycznych; w chorobach organicznych mózgu, związane ze stosowaniem leków i innych substancji, w przebiegu zatruc, uzależnień) [8]. Powyższa klasyfikacja systematyzuje wiedzę o przyczynach depresji, jednak nie ujmuje holistycznego podejścia do poszukiwania przyczyn depresji

u poszczególnych osób, która powinna mieć charakter kompleksowy i uwzględniać ich złożoność oraz patogenezę depresji u człowieka.

Występowanie depresji bez względu na jej przyczynę jest nie tylko ogromnym cierpieniem doznawanym przez chorego, ale także znacznym obciążeniem dla jego rodziny, ochrony zdrowia i społeczeństwa [9]. Liczne badania wskazują na potrzebę poszukiwania przyczyn depresji w sposób holistyczny. Polietiologiczne uwarunkowania zaburzeń depresyjnych ukazują ich strukturę zarówno somatogenną (czynniki genetyczne, organiczne, egzogenne), jak i psychogenną czy socjogenną (np. straty osób bliskich, straty materialne, samotność, osłabienie więzi rodzinnych, izolacja społeczna, trudna sytuacja materialna, brak aktywności, beczynność, poczucie zagrożenie bytu, życia, wartości itp.). Przyczyny depresji są wyjątkowo złożone i wśród nich jest wiele różnych czynników, a prowadzący do rozwoju depresji proces jest wieloletni. Poznanie roli układu neurohormonalnego podwzgórze - przysadka - nadnercza jego odmiennego działania w etiologii depresji jest ważnym elementem współczesnej wiedzy o tej chorobie. Wiadomym jest także, że osoby z depresją oraz w okresie przed ujawnieniem się choroby wykazują odmienną i nadmierną reaktywność stresową, czego konsekwencją są zakłócenia pracy wielu ośrodków mózgu, m. in. regulujących nastroj, napęd i emocjonalność. Jednakże podejście do przyczyn depresji przez pryzmat tylko roli mediatorów takich jak serotonina i noradrenalina, jest zbyt wąskie. [10]

Rola czynników psychospołecznych uznawana jest od wielu lat za jedną z kluczowych w złożonej etiopatogenezie depresji. Zachorowanie na depresję w większości przypadków wiąże się z przewlekłym stresem. Depresja jest schorzeniem całego organizmu z istotnymi zaburzeniami mechanizmów ludzkiej biologii, ale jest też chorobą, w której niebagatelną rolę odgrywają trudne wydarzenia życia, problemy w realizacji celów życiowych, nieumiejętność radzenia sobie z trudnościami, życiowy stres, a być może także pewien typ osobowości. Wyniki badań wskazują, że psychospołeczne czynniki ryzyka wydają się predysponować do choroby w połączeniu z dziedziczną predyspozycją genetyczną do depresji, a zwłaszcza interakcji polimorfizmów genów 5-HTT, COMT, MAOA, CRHR1 i czynników środowiskowych [11]. Zredukowanie zatem podejścia do zasadniczego czynnika przyczynowego depresji może doprowadzić do nieskuteczności w działaniach terapeutycznych [12; 8].

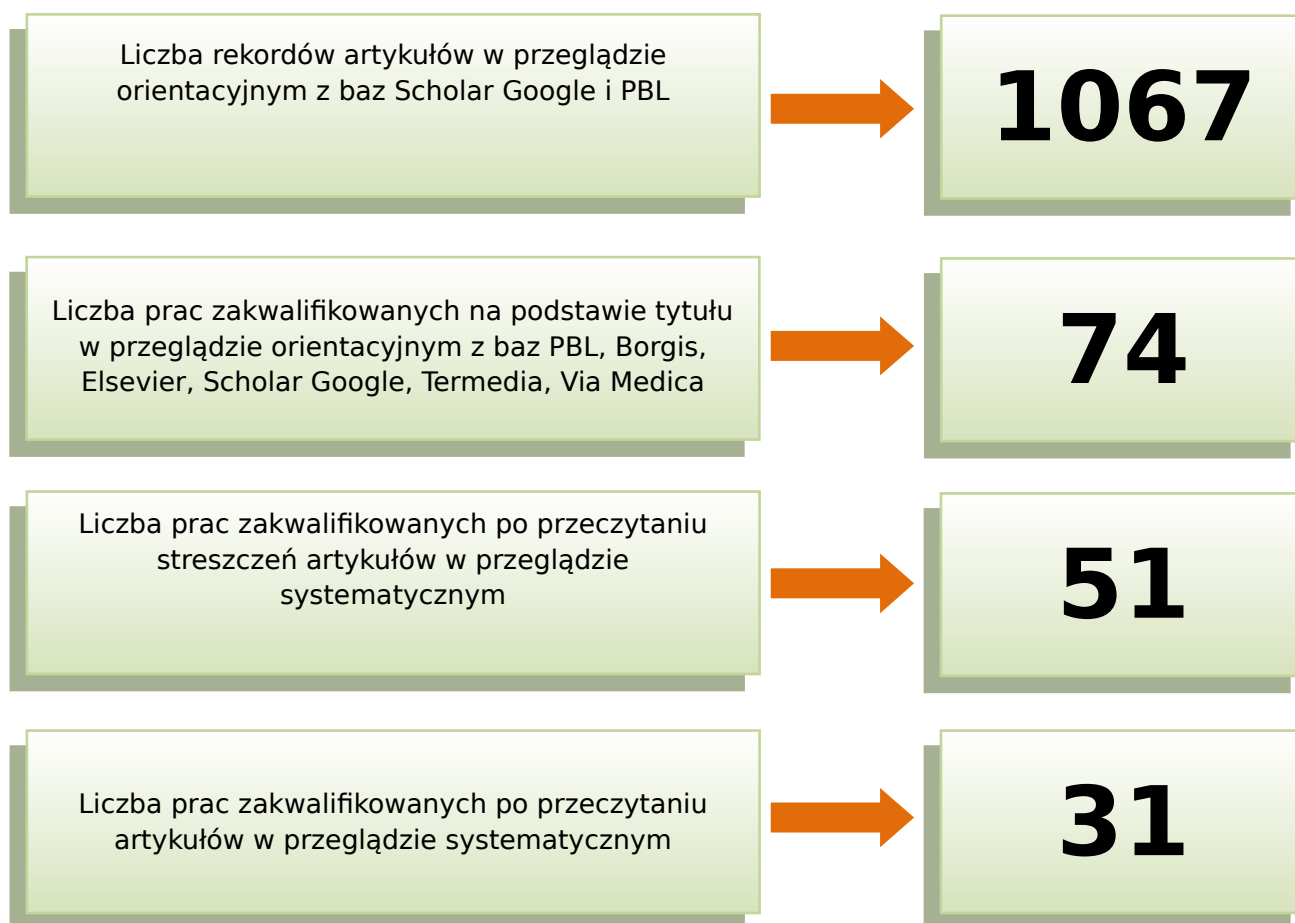
Cel pracy

Celem pracy było określenie czynników związanych z występowaniem depresji u osób dorosłych w przeglądzie literatury polskiej w latach 2009-2014.

Material i metody

Przeprowadzono systematyczny przegląd literatury poświęcony ocenie depresji i jej przyczyn wśród osób dorosłych. Aby odnaleźć artykuły dotyczące występowania depresji opublikowane w latach 2009-2014 wykorzystano wyszukiwarki: Scholar Google oraz przeszukano bazy danych Polskiej Bibliografii Lekarskiej oraz platformy wydawnicze Borgis, Elsevier, Termedia, Via Medica. Terminy jakie wykorzystano do przeszukiwania baz danych to: „depresja”, „depresja endogenna”, „epizod depresji”, „zaburzenia depresyjne”, „załamania nerwowe”, „choroba afektywna”, „zaburzenia afektywne”, „obniżenie nastroju”, „zaburzenia nastroju”, „zespoły depresyjne”, „przyczyny depresji”, „czynniki depresyjne”, „dorośli”, „społeczeństwo polskie”.

W analizowanym okresie znaleziono 1067 artykułów zawierających użyte hasła. W pierwszym etapie dokonano kwalifikacji prac do analizy na podstawie ich tytułów i zakwalifikowano 74 artykuły. Następnie po przeczytaniu streszczeń odrzucono 23 artykuły, a pozostawiono ich 51. Pozostałe artykuły w pełnej wersji analizowano na podstawie kryteriów selekcji. Po analizie artykułów w pełnej wersji zakwalifikowano 31 prac, które spełniały wszystkie kryteria (Ryc. 1).



Rycina 1. Schemat kwalifikowania artykułów do analizy badawczej.

Kryteria włączenia do analizy w badaniu

Do niniejszej analizy włączono wszystkie opublikowane badania, w których zastosowano przynajmniej jedną z poniższych sposobów oceny zaburzeń depresyjnych:

- Skala depresji Becka (BDI)
- Skala geriatryczna oceny depresji (GDS)
- Skala depresji i lęku (HADS)
- Skala depresji Hamiltona (HDRS)
- Skala MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)
- Skala samooceny depresji Zunga (ZDS)
- Międzynarodowa klasyfikacja chorób (ICD-10) (epizod depresyjny, zaburzenia depresyjne nawracające)

Kryteria włączenia obejmowały badania z udziałem osób dorosłych (>17 r.ż.) z chorobą przewlekłą lub bez choroby, niezależnie od płci.

Wyniki

Wśród zakwalifikowanych prac najczęściej stosowanymi narzędziami oceny depresji były: Skala depresji Becka (BDI) - w 21 badaniach, Skala depresji i lęku (HADS) - w 4 badaniach, które dotyczyły osób z chorobą nowotworową, rodziców dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej i kobiet w ciąży, ponadto wykorzystano Skalę geriatrycznej oceny depresji (GDS) - w 4 badaniach, obejmujących grupę seniorów.

W zgromadzonym materiale badawczym, łącznie objęto analizą 3607 osób, wśród których wyróżnić można 4 grupy ze względu na główną przyczynę lub stan związany z depresją (tab. 1):

1. Opiekunowie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii oraz rodzice dzieci chorych.
2. Osoby z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych kwalifikowanym przez lekarza specjalistę.
3. Chorzy przewlekle (chorzy z cukrzycą, po udarze mózgu, chorzy w ostrej fazie udaru mózgu, osoby z patologiczną otyłością, z astmą aspirynową, chorzy na astmę oskrzelową, kobiety leczone na niepłodność, osoby z łuszczycą, ze schyłkową niewydolnością nerek, z zaburzeniami rytmu serca, chorzy cierpiący na bóle kręgosłupa, kobiety po operacji z powodów ginekologicznych, pacjenci z chorobami układu ruchu poddani rehabilitacji szpitalnej, kobiety po mastektomii, z chorobą nowotworową).
4. Osoby zdrowe (kobiety w ciąży, kobiety po poronieniu, seniorzy, mężczyźni, kobiety stosujące terapię hormonalną w okresie menopauzalnym).

Tabela 1. Wyniki głównych czynników związanych z występowaniem depresji w przeglądzie systematycznym literatury w latach 2009-2014.

Rok publikacji	Autorzy	Wiek badanych	Liczba badanych	Narzędzia badawcze	Stan lub czynniki powiązane z depresją
2009	Kurowska K. i wsp. [13]	I: 34-84 lat II: 69±8,4	87	BDI	Choroba przewlekła (cukrzyca typu 2)
2009	Nowakowska K. i wsp. [9]	I: 47-84 lat II: 60,0 ±9,9	52	BDI	Choroba przewlekła (minimum 3 miesiące od wystąpienia udaru mózgu)
2009	Makara-Studzińska M. i wsp.[14]	I: 45-55 lat II: brak	91	BDI	Kobiety stosujące terapię hormonalną w okresie okołomenopauzalnym
2009	Jadczuk A. i wsp. [15]	I: 23-82 lat II: brak	60	BDI	Chorzy w ostrej fazie udaru mózgu
2009	Jaracz M. i wsp.[14]	I: 19-59 lat II: 39 ± 11	75	BDI, HDRS	Osoby z patologiczną otyłością
2009	Humańska MA., Kędziora-Kornatowka K. [17]	I: 65-94 lat II: brak	100	GDS	Osoby starsze
2009	Zielińska-Więczkowska H. i wsp.[18]	I: 55-81 lat II:64,13±5,7	77	GDS	Osoby w podeszłym wieku - słuchacze UTW
2009	Majchrzak A. i wsp. [19]	I: brak II:29,5±10,2	43	ZDS	Choroba przewlekła (niewyrównana metabolicznie cukrzyca typu 1)
2010	Tsirigotis K. i wsp. [20]	I: 18-70 lat II: 43,5	100	BDI	Opiekunowie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii
2010	Potoczek A. [21]	I: brak II K: 52,0 II M: 48,15	100	BDI	Choroba przewlekła (astma aspirynowa)
2010	Makara-Studzińska M. i wsp. [22]	I: 20-40 lat i >40 lat II: brak	104	BDI	Kobiety leczone na niepłodność
2010	Parafianowicz K. i wsp. [23]	I. 19-72 lat II:43,9±13,9 I: 17-65 lat II:31,6±14,2	64	M.I.N.I., BDI, HDRS	Choroby przewlekłe (łuszczyca i inne przewlekłe choroby skórne)
2011	Makara-Studzińska M. i wsp.[24]	Brak informacji	323	BDI	Choroba przewlekła (schyłkowa niewydolność nerek) oraz rodzaj zastosowanej terapii

2011	Marek L., Placek W., Borkowska A. [25]	I:18-60 lat II:44,1±13,0	97	BDI	Choroba przewlekła (łuszczyca)
2011	Hajduk A. i wsp. [26]	I: 23-82 lat II: brak	52	BDI	Chorzy z zaburzeniami rytmu serca
2011	Kurowska K., Kubak A. [27]	I: brak II: 67, 0	92	BDI	Choroba przewlekła (raka jelita grubego)
2011	Składzień T., i wsp [28]	Brak danych	65	HADS	Rodzice dzieci leczonych chirurgicznie z powodu wrodzonej wady serca
2011	Ślusarz R. i wsp. [7]	I: 18-84 lat II: brak	90	ICD-10	Choroba przewlekła (rozpoznane zaburzenie depresyjne przez specjalistę psychiatrii)
2012	Toploski A. i wsp. [29]	I: 25-70 lat II: 54,7	101	BDI	Choroba przewlekła (ból kręgosłupa oraz ograniczone zmiany w lędźwiowo-krzyżowym odcinku kręgosłupa)
2012	Gomułka K., Szczepaniak W. [30]	I: brak II:50,6±12,8	120	BDI	Choroba przewlekła (astma oskrzelowa)
2012	Lewicka M. i wsp.[31]	I:20-50 lat oraz >50 lat II:brak	220	BDI	Kobiety po operacji z powodów ginekologicznych
2013	Łopuszańska M., Szklarska A, Jankowska E.[32]	I:32-79 lat II: brak	341	BDI	Mężczyźni zdrowi
2013	Murlikiewicz M., Sieroszewski P. [33]	I:18-39 lat II:30,6±5,07	40	BDI	Kobiety, które doświadczyły poronienia samoistnego
2013	Fudala M., Broła W., Czernicki J.[34]	I:47-88 lat II: brak	101	GDS	Choroba przewlekła (3 lata po udarze mózgu)
2013	Babiarczyk B., Schlegel-Zawadzka M., Turbiarz A.[35]	I: brak II: 77,6±7,4	202	GDS	Osoby powyżej 65. roku życia
2014	Kaczmarek M. i wsp.[36]	IK:41-87 lat II: 65,03 IM:47-79lat II: 61,69	50	BDI	Pacjenci w trakcie rehabilitacji z powodu różnych chorób układu kostno-stawowego
2014	Łuczyk R. i wsp. [37]	I: brak II:56,75±7,1	104	BDI	Kobiety po mastektomii
2014	Poznachowska M., Borkowska A. [38]	I:22-83 lat II:58,7 ±12	200	BDI	Choroba nowotworowa – pacjenci leczeni radioterapią

2014	Kosowicz M. i wsp. [39]	I:19-69 lat II: 41,0	40	HADS	Choroba nowotworowa tkanek miękkich i kości oraz ilość hospitalizacji
2014	Moryłowska-Topolska J. i wsp.[40]	I:19-44 lat II:28,6±4,77	314	HADS	Ciąża w zależności od czasu jej trwania (I trymestr, II trymestr, III trymestr)
2014	Cepuch G., Wojnar-Gruszka K., Gdańska K. [41]	I:21-40 lat oraz >40lat II: brak	102	HADS-M	Rodzice dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej krwi
Ogółem badanych			N= 3607		Skala BDI – w 21 badaniach Skala GDS – w 4 badaniach Skala HADS – w 4 badaniach Skala ZDS – w 1 badaniu Rozpoznanie ICD-10 w 1 badaniu Inne towarzyszące: M.I.N.I., HDRS

Legenda: K- kobiety M-mężczyźni

Wiek badanych: I: rozpiętość wiekowa w grupie w latach; II: średnia wieku w latach ± odchylenie standardowe

Analiza czynników związanych z depresją ze względu na grupę badanych

Największą grupę badanych stanowili w analizowanym materiale chorzy przewlekłe - 1981 osób, wśród których, aż 954 cierpiało na depresję, co stanowi 65,29% grupy. Drugą co do wielkości grupę stanowiły osoby zdrowe - 1269, wśród których chorowało na depresję 559, czyli 47,82%. Opiekunowie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii cierpiących na depresję oraz rodzice dzieci chorych stanowili grupę 267 osób, z czego u 186 osób zdiagnozowano depresję – 69,66%. Wśród wszystkich badanych osób, łącznie z osobami z rozpoznaniem depresji przez lekarza specjalistę, chorujących na depresję było 1789, co stanowi 49,60% (tabela 2).

Tabela 2. Czynniki powiązane z częstością występowania depresji ze względu na rodzaj badanej grupy.

Czynniki powiązane z depresją	Liczba wszystkich badanych	Liczba osób cierpiących na depresję	Wartość %
Opiekunowie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii oraz rodzice dzieci chorych	267	186	69,66%
Osoby z rozpoznaniem depresji przez lekarza specjalistę	90	90	100,00%
Chorzy przewlekle	1981	954	65,29%
Osoby zdrowe	1269	559	47,82%
OGÓLEM	N=3607	1789	49,60%

Częstość depresji w analizowanych grupach ze względu na zastosowane narzędzie oceny depresji

Spośród 31 zakwalifikowanych prac, aż w 21 artykułach zastosowanym narzędziem badawczym do oceny zaburzeń depresyjnych była Skala Depresji Becka (BDI). Skala depresji i lęku (HADS) została wykorzystana w 4 pracach, tak samo jak Skala Geriatryczna do oceny depresji (GDS). W dwóch z badań tj. Parafinowicz K. i wsp. 2010 [23] oraz Jaracz M. i wsp. 2009 [16], posłużono się zestawem narzędzi badawczych: Skala M.I.N.I, Skala Depresji Becka (BDI), Skala Depresji Hamiltona (HRSD). W pozostałych badaniach użyto inne skale wymienione w kryteriach włączenia. Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Podsumowanie wyników oceny częstości depresji w analizowanych badaniach ze względu na użyte narzędzie badawcze.

Narzędzie badawcze	Liczba badanych	Liczba osób cierpiących na depresję w grupie	Wartość %
<i>Skala BDI</i>	2206	840	38,08%
<i>Skala HADS</i>	521	223	42,80%
<i>Skala GDS</i>	480	226	47,08%
<i>Pozostałe badania</i>	272	175	64,33%

Czynniki związane z występowaniem depresji ze względu na rodzaj badanej grupy

W dalszej analizie zgromadzanego materiału segregowano czynniki związane z występowaniem depresji ze względu na rodzaj badanej grupy. Wyniki szczegółowe prezentuje tabela 4 i 5. W grupie opiekunów osób dorosłych (pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii) i dzieci (leczonych z powodu choroby nowotworowej oraz leczonych chirurgicznie z powodu wrodzonej wady serca) czynnikiem choroby pacjenta/dziecka, którymi się opiekowali opiekunowie był najsilniejszą przyczyną występowania zaburzeń depresyjnych z częstością kolejno: 95,00% u opiekunów pacjentów z schizofrenią, 67,65% u rodziców dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej krwi oraz 33,84% u rodziców dzieci leczonych chirurgicznie z powodu wrodzonej wady serca. (tabela 4).

W grupie osób z rozpoznaniem depresji stwierdzonym przez lekarza psychiatrę czynnikami istotnie związanymi z depresją były konflikty zawodowe i rodzinne oraz złe warunki materialne.

W licznie reprezentowanej grupie osób z chorobami przewlekłymi, wyniki badań ukazują zróżnicowanie czynników związanych z depresją analizowanych pacjentów (tabela 5). Sam czynnik obecności choroby przewlekłej był podstawowym determinantem zaburzeń depresyjnych, natomiast analiza wyników badań wskazuje ponadto znaczenie innych czynników, takich jak:

- czynniki społeczno – demograficzne, w tym: bezrobotność oraz pozostawanie na zasiłku rentowym (w grupie osób z cukrzycą), brak wsparcia ze strony bliskich, niski poziom dochodu w rodzinie (grupie kobiet leczonych na niepłodność oraz z rakiem jelita grubego), wiek, płeć i wykształcenie (w grupie osób chorych na łuszczycę, z rakiem jelita grubego), zaawansowany wiek (w grupie osób z ograniczonymi zmianami w lędźwiowo-krzyżowym odcinku kręgosłupa, różnymi chorobami układu kostno-stawowego oraz osób w wieku geriatrycznym), wiek, wykształcenie, źródło utrzymania i liczba posiadanych dzieci (kobiety po operacji z powodów ginekologicznych), wiek, samotność, niskie wykształcenie (kobiety po mastektomii);
- czynniki psychiczne, w tym: typ osobowości chorego (w grupie osób z cukrzycą typu 1), cechy temperamentu (w grupie osób z łuszczycą), umiejscowienie kontroli zdrowia oraz nasilenie lęku (w grupie osób z chorobą nowotworową);

- czynnik z przeszłości chorobowej: wystąpienie urazów w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości (w grupie osób z astmą aspirynową).

Do czynników powiązanych z depresją w grupie osób zdrowych należą: gorsza jakość życia (w grupie osób starszych), niski poziom i krótko trwająca edukacja w życiu (słuchacze UTW), zaawansowany wiek (w grupie mężczyzn zdrowych), nieplanowana ciąża, nieprawidłowy przebieg poprzedniej ciąży, trudna sytuacja materialna i bytowa (w grupie kobiet ciężarnych).

Tabela 4. Czynniki związane z depresją w grupie opiekunów osób z chorobami przewlekłymi oraz osób zdrowych.

Czynniki powiązane z depresją	Liczba osób z depresją	Wartość %	Czynniki związane z występowaniem depresji
Opiekunowie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii oraz rodzice dzieci chorych			
Opiekunowie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii	95	95,00%	Opiekunowie doświadczali dolegliwości somatycznych i psychicznych, opiekując się najbliższymi od dłuższego czasu.
Rodzice dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej krwi	69	67,65%	Występowanie negatywnych emocji u rodziców dzieci chorych onkologicznie zaburza stan zdrowia oraz funkcjonowanie społeczne, a także powoduje zwiększenie kontroli emocji.
Rodzice dzieci leczonych chirurgicznie z powodu wrodzonej wady serca	22	33,84%	Objawy tj. lęk oraz wzrost napięcia psychicznego świadczą o wyczerpaniu możliwości adaptacyjnych. Rodzice ze wzmożoną drażliwością mieli obniżony nastrój i objawy lękowe.
Osoby zdrowe			
Kobiety stosujące terapię hormonalną w okresie okołomenopauzalnym	30	32,97%	Częstości występowania objawów depresyjnych jest większa w grupie kobiet stosujących HT w porównaniu z kobietami, które jej nie stosowały. Ogromny wpływ na decyzję o wyborze tego typu terapii mają poglądy i opinie, a także sytuacja materialno-bytowa. HT wpływa na zmniejszenie niektórych dolegliwości związanych z okresem menopauzy, takich jak nerwowość, osłabienie i bóle głowy.
Osoby starsze	Brak danych		Wykazano istotne statystycznie zależności między poczuciem jakości życia a nastrojem emocjonalnym osób w wieku podeszłym. Z analizy statystycznej wynika, że im wyższa liczba punktów uzyskanych w skali GDS, tym poczucie jakości życia było znamienne statystycznie niższe. Wraz z nasileniem się stanów depresyjnych, poczucie jakości życia ulegało pogorszeniu.

Osoby w podeszłym wieku - słuchacze UTW	21	27,27%	Całozyciowa edukacja umacnia poczucie koherencji, nadaje życiu sens a tym samym przeciwdziała i ogranicza występowanie depresji w populacji osób starszych, co sprzyja poprawie jakości życia.
Mężczyźni zdrowi	122	35,77%	Wiek stanowi istotną determinantę nasilenia objawów depresyjnych u mężczyzn bez towarzyszących schorzeń przewlekłych.
Kobiety, które doświadczyły poronienia samoistnego	21	53,50%	Poronienie samoistne jest czynnikiem ryzyka depresji, podwyższonego poziomu lęku i objawów zaburzenia po stresie pourazowym. Szczególnie narażone są pacjentki o lękowej osobowości, preferujące styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach, jak również kobiety, które wcześniej doświadczyły utraty ciąży.
Osoby powyżej 65. roku życia	110	54,45%	Głównym czynnikiem ryzyka wystąpienia depresji jest się obecność chorób somatycznych pogarszających funkcjonowanie. Wykazano istotną statystycznie dodatnią zależność pomiędzy płcią, stanem cywilnym oraz liczbą posiadanych chorób. Obecność objawów depresyjnych upośledza jakość życia osób starszych i pogarsza często rokowanie chorób.
Ciąża w zależności od czasu jej trwania (I trymestr, II trymestr, III trymestr)	255	81,21%	Ciąża nieplanowana wiązała się z większym nasileniem objawów lękowych depresyjnych w przebiegu całej ciąży. Nieprawidłowy przebieg poprzedniej ciąży wiązał się z większym nasileniem objawów depresyjnych w trzecim trymestrze. Badane będące pannami miały większe nasilenie objawów depresyjnych w pierwszym i trzecim trymestrze. Ocena sytuacji materialnej i mieszkaniowej przez badane wiązała się z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w przebiegu całej ciąży.

Tabela 5. Czynniki związane z depresją w grupie osób z rozpoznaniem chorobowym.

Czynniki powiązane z depresją	Liczba osób z depresją	Wartość %	Czynniki związane z występowaniem depresji
Osoby z rozpoznaniem depresji przez lekarza specjalistę			
Rozpoznane zaburzenie depresyjne przez specjalistę psychiatrii	90	100%	W przypadku kobiet ze średnim/wyższym wykształceniem główną przyczyną depresji są konflikty zawodowe (54%) i rodzinne (65%). Wśród kobiet z podstawowym/zawodowym wykształceniem są to złe warunki materialne (62%).
Chorzy przewlekłe			
Choroba przewlekła (cukrzyca typu 2)	Brak danych		Osoby stosujące zalecaną dietę posiadały zdecydowanie niższy poziom depresyjności ($p < 0,0278$). Poziom depresyjności był zdecydowanie wyższy u badanych bezrobotnych oraz u osób będących na zasiłku rentowym ($p < 0,0305$).
Choroba przewlekła (minimum 3 miesiące od wystąpienia udaru mózgu)	Ponad 50%		Nasilenie cech depresji wg BDI było najwyższe w grupie chorych po udarze lewopółkulowym. U badanych po udarze lewopółkulowym obniżona była szybkość czytania i werbalna pamięć operacyjna.
Chorzy w ostrej fazie udaru mózgu	44	73,33%	Częstość oraz nasilenie objawów depresji w ostrym okresie niedokrwionego udaru mózgu są związane przede wszystkim z naczyniowym uszkodzeniem półkuli dominującej. U pacjentów występuje obniżenie sprawności intelektualnej, zniekształcony obraz własnego ciała, utratę energii, zaburzenie rytmu okołodobowego, zaburzenie aktywności złożonej.
Osoby z patologiczną otyłością	Ponad 50%		Zaobserwowano istotne osłabienie pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych w grupie badanej. Wykazano zależność pomiędzy wartością BMI a spadkiem sprawności poznawczej.
Choroba przewlekła (niewyrównana metabolicznie cukrzyca typu 1)	Brak danych		Typ osobowości chorego na cukrzycę wpływa na występowanie objawów depresji oraz wiąże się ze stopniem wyrównania metabolicznego cukrzycy w zakresie gospodarki lipidowej.

Choroba przewlekła (astma aspirynowa)	65	31,55%	Wystąpienie urazów w okresie dzieciństwa, wcześniej młodości ($p=0,0001$) i dorosłości ($p<0,03$) miało istotny statystycznie związek z występowaniem, a także z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w obu badanych grupach. Obecność objawów lękowych i depresyjnych pogłębia ciężkość astmy.
Kobiety leczone na niepłodność	46	44,23%	Istotnymi zmiennymi, które wpływały na nasilenie lęku i depresji, były brak wsparcia ze strony bliskich ($p=0,005$), poziom dochodu w rodzinie ($p = 0,002$) oraz sam lęk ($p<0,000001$).
Choroby przewlekłe (łuszczyca i inne przewlekłe choroby skórne)	64	65,62%	Depresja bardzo często współwystępuje z łuszczycą, ważne są dane wskazujące na wpływ leków przeciwdepresyjnych na zmniejszenie nasilenia łuszczycy oraz leków przeciwłuszczycowych na redukcję objawów depresji.
Choroba przewlekła (schyłkowa niewydolność nerek) oraz rodzaj zastosowanej terapii	254	78,64%	Najwięcej pacjentów dotkniętych depresją znajdowało się w podgrupie osób dializowanych otrzewnowo 92,19%, nieco mniej w podgrupie pacjentów hemodializowanych 83,49%. Pacjenci po transplantacji nerek byli znacznie mniej narażeni na zaburzenia depresyjne - 5,66% niż osoby poddawane dializom.
Choroba przewlekła (łuszczyca)	58	46,40%	Cechy temperamentu depresyjnego, drażliwego i lękowego mogą predysponować do wystąpienia zaburzeń afektywnych i dysfunkcji poznawczych, podczas gdy cechy hipertymiczne wiążą się z mniejszym ryzykiem wystąpienia tych zaburzeń.
Chorzy z zaburzeniami rytmu serca	22	42,31%	Występuje zależność pomiędzy nasileniem depresji a wystąpieniem migotania przedsionków i jest zależne od takich czynników jak wiek, płeć i wykształcenie ($p < 0,05$).
Choroba przewlekła (raka jelita grubego)	62	67,39%	Wysoki poziom depresji spowodowany był niskim poziomem poczucia koherencji, które spadało w grupie osób w wieku 70-80 lat w sytuacji choroby. Osoby z niskim wykształceniem częściej wskazywały na występującą u nich depresję. Kobiety częściej uzyskiwały wyniki odpowiadające depresji łagodnej, natomiast mężczyźni umiarkowanej.
Choroba przewlekła (ból kręgosłupa oraz ograniczone zmiany w lędźwiowo-krzyżowym odcinku kręgosłupa)	61	60,39%	Wraz z wiekiem osób z bólami dolnego odcinka kręgosłupa zwiększa się ryzyko występowania depresji ($p=0,015$).

Choroba przewlekła (astma oskrzelowa)	49	40,83%	Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy stopniem nasilenia zaburzeń depresyjnych a stopniem ciężkości astmy oskrzelowej ($p = 0,046$). Zaburzenia depresyjne są związane z gorszą kontrolą przebiegu klinicznego astmy oskrzelowej oraz pogorszeniem jakości życia u tych pacjentów.
Kobiety po operacji z powodów ginekologicznych	Brak danych		Wartość średnia sytuowała badaną grupę na pograniczu depresji. Badane po wykonanej operacji drogą pochwową charakteryzowały się wyższym poziomem depresji ($p=0,003$) niż pacjentki, u których wykonano laparoskopię. Wiek, wykształcenie, źródło utrzymania i liczba posiadanych dzieci warunkowały poziom depresji.
Choroba przewlekła (3 lata po udarze mózgu)	47	6,53%	Powikłania po udarze mózgu występują statystycznie niezależnie od stanu funkcjonalnego, ale częstość ich występowania narasta wraz z narastaniem niepełnosprawności.
Pacjenci w trakcie rehabilitacji z powodu różnych chorób układu kostno-stawowego	16	32%	Wiek pacjentów, występowanie chorób układu kostno-stawowego oraz współistnienie chorób towarzyszących koreluje dodatnio z objawami depresyjnymi. Rehabilitacja szpitalna wpływa na ustąpienie lub zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych i wyraźną poprawę w codziennym funkcjonowaniu pacjentów.
Kobiety po mastektomii	71	68,27%	Bardziej narażone na wystąpienie depresji były kobiety po 50 roku życia, kobiety nie będące w związku małżeńskim oraz kobiety z wykształceniem podstawowym i zawodowym.
Choroba nowotworowa – pacjenci leczeni radioterapią	95	47,50%	Nasilenie depresji wyraźnie koreluje z nasileniem objawów lęku będących indywidualnymi dyspozycjami pacjenta oraz wynikających z aktualnej sytuacji psychologicznej pacjenta. Pacjenci o większym nasileniu depresji i lęku częściej prezentują obawy związane z radioterapią i jej potencjalnymi skutkami ubocznymi, jak też rzadziej spostrzegają korzyści z leczenia tą metodą.
Choroba nowotworowa tkanek miękkich i kości oraz ilość hospitalizacji	Brak danych		U pacjentów leczących się po raz pierwszy w porównaniu z pacjentami leczącymi się po raz kolejny stwierdzono wyższy poziom depresji oraz niższy poziom kontroli wewnętrznej i wpływu innych. U pacjentów leczących się po raz kolejny odnotowano istotny ujemny związek między poziomem depresji a kontrolą wewnętrzną

Dyskusja

Psychofizyczna struktura jedności człowieka warunkuje, że zaburzenia depresyjne oraz schorzenia somatyczne, zarówno na poziomie psychologicznym, jak i na poziomie zjawisk patofizjologicznych, pozostają ze sobą we wzajemnym, niekorzystnym dla leczenia i rokowania oddziaływaniu [42]. Liczne badania anglojęzycznych autorów wskazują na częstsze występowanie depresji lub pojedynczych objawów depresyjnych u osób cierpiących na choroby somatyczne w porównaniu z populacją ogólną [43, 44, 45]. Przeprowadzona analiza zgromadzonego materiału w grupie osób dorosłych Polaków w latach 2009-2014 potwierdza takie obserwacje, bowiem w grupie 1981 osób z chorobą przewlekłą, aż u 65,29% osób występowały objawy depresyjne, natomiast w grupie osób zdrowych (1269 badanych), stwierdzono zaburzenia depresyjne u 47,82% osób.

Ważnym aspektem przeprowadzonej analizy jest wykazanie grupy szczególnego ryzyka zaburzeń depresyjnych tj. osób sprawujących opiekę nad chorymi. W tej grupie wskaźnik zaburzeń depresyjnych był wyższy niż w grupie pacjentów z chorobą przewlekłą i wynosił 69,66%. Obecność choroby somatycznej jest istotnym czynnikiem ryzyka zachorowania na depresję, jakkolwiek pełnienie roli opiekuna nad pacjentem o trudnym rokowaniu stanowi jeszcze wyższe ryzyko rozwoju zaburzeń depresyjnych.

Literatura podaje, że objawy depresyjne można stwierdzić średnio u ok. 40% osób przebywających w szpitalach z powodu chorób somatycznych, choć ich częstość jest różna w poszczególnych schorzeniach np.: w chorobie niedokrwiennej serca: 17–20%, w udarze mózgu - 17–65%, chorobie Parkinsona -ok. 35%, w zespołach bólowych: ponad 50%, w nowotworach złośliwych - 20–40%, w cukrzycy u 10–27% [46, 47, 48, 49, 50, 51]. Przeprowadzona analiza wskazuje, że udziały procentowe osób z depresją w wybranych chorobach przewlekłych są zróżnicowane od 73,33% u pacjentów w ostrej fazie udaru mózgu do około 32% w grupie pacjentów w trakcie rehabilitacji z powodu różnych chorób układu kostno-stawowego czy w grupie osób astmą aspirynową.

Dokonany przegląd w systematycznej analizie polskiego piśmiennictwa tematycznego pozwala na szersze spojrzenie na przyczyny zaburzeń depresyjnych u osób dorosłych w kontekście znaczenia czynników pozachorobowych, które najczęściej w literaturze są eksponowane [42].

Wnioski

1. Głównymi czynnikami związanymi z występowaniem zaburzeń depresyjnych u osób dorosłych jest pełnienie roli opiekuna nad przewlekle chorym członkiem rodziny (69,7%), występowanie wśród respondentów choroby przewlekłej (65,3%) oraz wybrane stany wśród osób zdrowych predysponujące do zaburzeń depresyjnych takie jak: kobiety w ciąży, kobiety po poronieniu, seniorzy, kobiety stosujące terapię hormonalną w okresie menopauzalnym (47,82%).
2. Związek z występowaniem depresji u osób dorosłych stwierdzono także w zakresie czynników społeczno-demograficznych i psychicznych. Uznając ich istotność w rozwoju zaburzeń depresyjnych należy rozważyć psychoprofilaktykę w grupach osób szczególnie narażonych tj. osób w zaawansowanym wieku, samotnych bez wsparcia ze strony bliskich, z niskim poziomem dochodu w rodzinie czy niskim wykształceniem.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

dr n. o zdrowiu Grzegorz Józef Nowicki

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego

Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

ul. Staszica 6; 20-081 Lublin

(+4881) 448 6810

grzesiek_nowicki@interia.pl

Piśmiennictwo

1. Keck ME. Depresja - Jak powstaje? Jak jest leczona? Jaki ma związek ze stresem? Dokument Lundbeck (Szwajcaria) AG, 31.05.2010; dostęp on-line 21.05.2015r.
2. Pużyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Wydawnictwo Vesalius, Kraków 2007: 107-116.
3. Jarema M, Dudek D, Czernikiewicz A. Dysfunkcje poznawcze w depresji – niedoszacowany objaw czy nowy wymiar? *Psychiatria Polska* 2014; 48(6):1105–1116.
4. Trivedi MH, Greer TL. Cognitive dysfunction in unipolar depression: implications for treatment. *Journal of Affective Disorders* 2014; 152: 19–27.
5. Jaeger J, Berns S, Uzelac S, Davis-Conway S. Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder. *Psychiatry Research* 2006; 145: 39–48.
6. Etkin A, Gyurak A, O'Hara R. A neurobiological approach to the cognitive deficits of psychiatric disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2013; 15: 419–429.

7. Ślusarz R, Borzyszkowska A, Szrajda J, Fidecki W, Haor B. Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na występowanie zaburzeń depresyjnych wśród kobiet. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19(1): 21-26.
8. Puzyński S. *Depresje i zaburzenia afektywne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
9. Nowakowska K, Adamiak G, Jabłowska K, Lewandowska A, Stetkiewicz A, Borkowska A. Deficyty poznawcze i zaburzenia depresyjne u chorych po udarze mózgu. *Postęp Psychiatrii i Neurologii* 2009; 18(3): 255-262.
10. Rybakowski J, Rajewska-Rager A. Rola stresujących wydarzeń życiowych w patogenezie depresji. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2008; 3(3-4): 147-152.
11. Jarema M, Rabe-Jabłońska J. (red.) *Psychiatria*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
12. Krzyżanowski J. *Depresja*. Wydawnictwo Medyk Sp. z o.o., Warszawa 2002: 19.
13. Kurowska K, Strzesak E, Głowacka M, Felsmann M, Ponczek D. Depresyjność a poczucie koherencji u osób z rozpoznaniem typu 2 cukrzycy. *Psychogeriatrya Polska* 2009; 6(1): 1-7.
14. Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Bakalczuk G, Bakalczuk S. Wpływ terapii hormonalnej na poziom depresji i jakości życia kobiet w wieku okołomenopauzalnym, zamieszkujących tereny wiejskie. *Przegląd Menopauzalny* 2009; 5: 284-289.
15. Jadczyk A, Kaca-Oryńska M, Friedman A. Poziom depresji w ostrej fazie udaru mózgu w zależności od lokalizacji ogniska niedokrwiennego w dominującej lub niedominującej półkuli mózgu. *Udar Mózgu* 2009; 11(1): 1-8.
16. Jaracz M, Bieliński M, Junik R, Dąbrowiecki S, Szczęsny W, Chojnowski J, Borkowska A. Zaburzenia pamięci operacyjnej, funkcji wykonawczych i objawy depresji u osób z patologiczną otyłością. *Psychiatria* 2009; 6(1): 9-14.
17. Humańska MA, Kędziora-Kornatowska K. Współzależność pomiędzy nasileniem stanów depresyjnych a poczucie jakości życia u osób starszych. *Psychogeriatrya Polska* 2009; 6(1): 15-22.
18. Zielińska-Więczkowska H, Ciemnoczołowski W, Kędziora-Kornatowska K. Poczucie koherencji a występowanie stanów depresyjnych u słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. *Psychogeriatrya Polska* 2009; 6(3): 141-146.
19. Majchrzak A, Pietrzykowska E, Zozulińska-Ziółkiewicz D, Wierusz-Wysocka B. Wpływ typu osobowości na poziom depresji i wyrównanie metaboliczne u chorych na cukrzycę typu 1. *Diabetologia Praktyczna* 2009; 10(3): 85-91.
20. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Krawczyk B. Zaburzenia depresyjne u członków rodzin pacjentów z rozpoznaniem przewlekłej schizofrenii. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18(4): 469-476.

21. Potoczek A. Płeć i obecność doznanych urazów psychicznych a współwystępowanie zespołu lęku napadowego i depresji w astmie ciężkiej i trudnej oraz w astmie aspirynowej. *Psychiatria Polska* 2010; 44(6): 785-799.
22. Makara-Studzińska M, Moryłowska-Topolska J, Wdowiak A, Bakalczuk G, Bakalczuk S. Lęk i depresja u kobiet leczonych z powodu niepłodności. *Przegląd Menopauzalny* 2010; 6: 414-418.
23. Parafianowicz K, Sicińska J, Moran A, Szumański J, Staniszewski K, Rudnicka L, Kokoszka A. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych w łuszczycy - doniesienie wstępne. *Psychiatria Polska* 2010; 44(1): 119-126.
24. Makara-Studzińska M, Książek P, Koślak A, Załuska W, Książek A. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. *Psychiatria Polska* 2011; 45(2): 187-195.
25. Marek L, Placek W, Borkowska A. Zaburzenia funkcji poznawczych i temperament afektywny u pacjentów z łuszczycą. *Przegląd Dermatologiczny* 2011; 98: 483-490.
26. Hajduk A, Korzonek M, Przybycień K, Ertmański S, Stolarek J. Badanie depresyjności Skala Depresji Becka u pacjentów z zaburzeniami rytmu serca. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2011; 57(1): 45-48.
27. Kurowska K, Kubak A. Wpływ poczucia koherencji na depresyjność u osób z rozpoznaniem raka jelita grubego. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011; 3: 149-154.
28. Składzień T, Górecka K, Wiśniowski Z, Jaworska I, Wójcik E, Tomasz Mroczek T, Skalski J. Lęk, depresyjność i drażliwość u rodziców dzieci leczonych chirurgicznie z powodu wrodzonej wady serca. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska* 2011; 4: 479-482.
29. Topłowski A, Sapała R, Topłowska M. Częstość występowania depresji u osób z zespołem bólowym kręgosłupa. *Zamojskie Studia i Materiały* 2012; 1(35): 21-25.
30. Gomułka K, Szczepaniak W. Problem depresji u chorych na astmę oskrzelową. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2012; 80 (4): 317-322.
31. Lewicka M, Makara-Studzińska M, Sulima M, Wdowiak A, Bakalarczuk G, Polska A, Stasiak-Kosarzycka M, Wiktor H. Analiza poziomu depresji u kobiet leczonych operacyjnie na oddziale ginekologii. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2012; 58(1): 40-44.
32. Łopuszańska M, Szklarska A, Jankowska E. Ocena nasilenia objawów depresyjnych z zastosowaniem polskiej wersji IA Inwentarza Depresji Becka u zdrowych mężczyzn, mieszkańców Wrocławia. *Psychiatria Polska* 2013; 47(6): 1001-1009.
33. Murlikiewicz M, Sieroszewski P. Poziom depresji, lęku i objawów zaburzenia po stresie pourazowym w następstwie poronienia samoistnego. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2013; 6(2): 93-98.

34. Fudala M, Broła W, Czernicki J. Stan funkcjonalny chorych trzy lata po udarze mózgu w zależności od powikłań neurologicznych i ogólnomedycznych. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2013; 1: 7-20.
35. Babiarczyk B, Schlegel-Zawadzka M, Turbiarz A. Ocena częstości występowania objawów depresji w populacji osób powyżej 65. roku życia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2013; 19(4): 453-457.
36. Kaczmarek M, Moneta P, Żytkowski A, Niedzielski J. Objawy depresji u starszych pacjentów z chorobami układu ruchu poddanych rehabilitacji szpitalnej. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja* 2014; 6(6): 645-660.
37. Łuczyk R, Owsik E, Łuczyk M, Charzyńska-Guła M, Stanisławek A. Występowanie i wpływ zaburzeń depresyjnych na jakość życia kobiet po mastektomii. *Journal of Health Sciences* 2014; 4(10): 137-150.
38. Poznachowska M, Borkowska A. Lęk i depresja u pacjentów z chorobą nowotworową leczonych radioterapią - wstępne wyniki badań własnych. *Journal of Health Sciences* 2014; 4(12): 31-44.
39. Kosowicz M, Kulpa M, Ziętalewicz U, Stypuła-Ciuba B, Grzejszczak M, Ziółkowska P, Kazalska D. Umiejscowienie kontroli zdrowia a lęk i depresja u pacjentów z chorobą nowotworową tkanek miękkich i kości. *Medycyna Paliatywna* 2014; 6(3): 165-169.
40. Moryłowska-Topolska J, Makara-Studzińska M, Kotarski J. Wpływ wybranych zmiennych socjo-demograficznych i medycznych na nasilenie objawów lękowych i depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży. *Psychiatria Polska* 2014; 48(1): 173-186.
41. Cepuch G, Wojnar-Gruszka K, Katarzyna Gdańska K. Kontrola emocji a lęk, agresja i zaburzenia o charakterze depresyjnym u rodziców dzieci chorych onkologicznie. *Psychoonkologia* 2014; 1: 35-41
42. Dudek D, Siwek M, Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria* 2007; 4(1):17-4.
43. Crum RM, Cooper-Patrick L, Ford DE. Depressive symptoms among general medical patients: prevalence and one-year outcome. *Psychosomatic Medicine* 1994; 56: 109-117.
44. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *The American Journal of Psychiatry* 1988; 145: 976-981.
45. Koenig HG, George LK, Peterson BL, Pieper CF. Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence, characteristics and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *The American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 1376-1383.

46. Carney R, Freedland K, Miller G, Jaffe A. Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity. A review of potential mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 897-902.
47. Rudisch B, Nemeroff C. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biological Psychiatry* 2003; 54: 227-240.
48. Ziółkowska-Kochan M, Pracka D. Depresja po udarze mózgu. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2003; 3(4): 203-208.
49. Wichowicz H, Sławek J, Derejko M, Cubała WJ. Factors associated with depression in Parkinson's disease: a cross-sectional study in a Polish population. *European Psychiatry* 2006; 21: 516-520.
50. Nowicki A, Rządowska B. Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współczesna Onkologia* 2005; 9(9): 396-403.
51. Potyralaska MM, Krawczyk AM. Depresja u osób z cukrzycą typu 2 – współwystępowanie, implikacje kliniczne i terapeutyczne. *Wiadomości Lekarskie* 2007; 60(9-10): 449-453.