

Ocena częstości występowania niskiego poziomu wsparcia społecznego oraz objawów depresji w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ

Jerzy Piwoński¹, Aleksandra Piwońska¹, Jerzy Głuszek², Wojciech Bielecki³, Andrzej Pająk⁴, Krystyna Kozakiewicz⁵, Bogdan Wyrzykowski⁶, Stefan Rywik¹

¹Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii, Warszawa

²Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych, Instytut Kardiologii, Akademia Medyczna, Poznań

³Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny, Łódź

⁴Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

⁵III Katedra i Klinika Kardiologii, Śląska Akademia Medyczna, Katowice

⁶Katedra i Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Akademia Medyczna, Gdańsk

Wstęp

Prowadzone na świecie badania naukowe w coraz większym stopniu określają rolę, jaką czynniki psychospołeczne pełnią w powstawaniu i rozwoju choroby niedokrwiennej serca (ChNS). Wśród nich coraz więcej badań koncentruje się wokół problematyki stopnia wsparcia społecznego (WS), przewlekłego stresu i depresji oraz roli, jaką te zmienne psychospołeczne odgrywają w patofizjologii ChNS. Problematyka WS mieści się w nurcie badań nad wpływem zmiennych psychospołecznych na stan zdrowia i WS uważane jest za czynnik, który może przyczynić się do powstania choroby (jeżeli jest niskie) lub chronić przed nią (jeżeli jest wysokie). Coraz liczniejsze w ostatnim czasie doniesienia zakładają, że WS jako wskaźnik integracji jednostki ze społeczeństwem jest niezależnym czynnikiem ryzyka wpływającym na ludzkie zdrowie. Istnieje szereg doniesień z badań epidemiologicznych, że niski poziom WS związany jest z nasileniem wskaźnika chorobowości i umieralności z powodu chorób serca. Osoby o niewystarczającym WS częściej zapadają na chorobę wieńcową serca oraz narażone są na zwiększone ryzyko zgonu z powodu zawału serca [1, 2]. Wyniki wieloletniego monitorowania stanu zdrowia w ramach programu Pol-MONICA prowadzonego w populacji prawobrzeżnej Warszawy wykazały duże rozpowszechnienie negatywnych psychospołecznych czynników ryzyka chorób układu krążenia: ni-

skiego poziomu WS i wysokiego natężenia stresujących wydarzeń życiowych [3]. W latach 1988–2001 przyczyn obserwowanego wzrostu negatywnych psychospołecznych czynników ryzyka chorób układu krążenia należy szukać prawdopodobnie w tempie dokonujących się zmian społeczno-gospodarczych, kłopotów z adaptacją do nowych warunków życia i akceptacji nowego stylu życia.

Depresja jako zespół zaburzeń psychosomatycznych zajmuje istotne miejsce w badaniach nad epidemiologią ChNS w populacjach światowych. Obserwowany na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat wzrost częstości zaburzeń depresyjnych w populacji polskiej i światowej stanowi coraz poważniejszy problem zarówno osób dorosłych, jak i ludzi młodych, a nawet dzieci, i jest jedną z przyczyn wczesnego inwalidztwa. Spośród wszystkich chorych zgłaszających się do lekarzy pierwszego kontaktu ok. 20–33% to pacjenci z różnymi objawami depresyjnymi. W Stanach Zjednoczonych w 1990 r. depresja zajmowała 4. miejsce na liście głównych przyczyn inwalidztwa, wyprzedzając w tym względzie ChNS, a szacunkowe dane wskazują, że do 2020 r. depresja zajmie w tym rankingu 2. miejsce. W wielu badaniach depresja okazała się niezależnym predykatorem ChNS. Według Pratta i wsp., osoby, które przeżyły w ciągu dotychczasowego życia przynajmniej jeden epizod depresji, mają 4-krotnie większe ryzyko zawału serca [4], a Aromaa i wsp. wykazali większą umieralność z powodu chorób układu serco-

Adres do korespondencji:

dr med. Jerzy Piwoński, Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel. +48 22 815 65 56, faks +48 22 613 38 07, e-mail: j. piwonski@ikard.waw.pl

wo- naczyniowego u osób z depresją [5]. Coraz więcej doniesień prowadzonych badań sugeruje, że czynniki psychospołeczne mogą wpływać na globalne ryzyko sercowo-naczyniowe u dorosłych Polaków, szczególnie w okresie dokonującej się transformacji społeczno-ekonomicznej zmieniającej warunki i styl życia społeczeństwa polskiego. Permanentny brak czasu i zwiększone tempo życia są często przyczyną ograniczającą intensywność kontaktów z rodziną lub przyjaciółmi, co w konsekwencji prowadzi do spadku poziomu WS. Utrzymujące się wysokie tempo codziennego życia, bezrobocie i pauperyzacja rozwarstwowanego społeczeństwa często są powodem frustracji, przewlekłego stresu i depresji.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena częstości występowania niskiego poziomu WS oraz objawów depresji (DP) w populacji polskiej w wieku 20–74 lat, w zależności od płci oraz struktury terytorialno-wojewódzkiej.

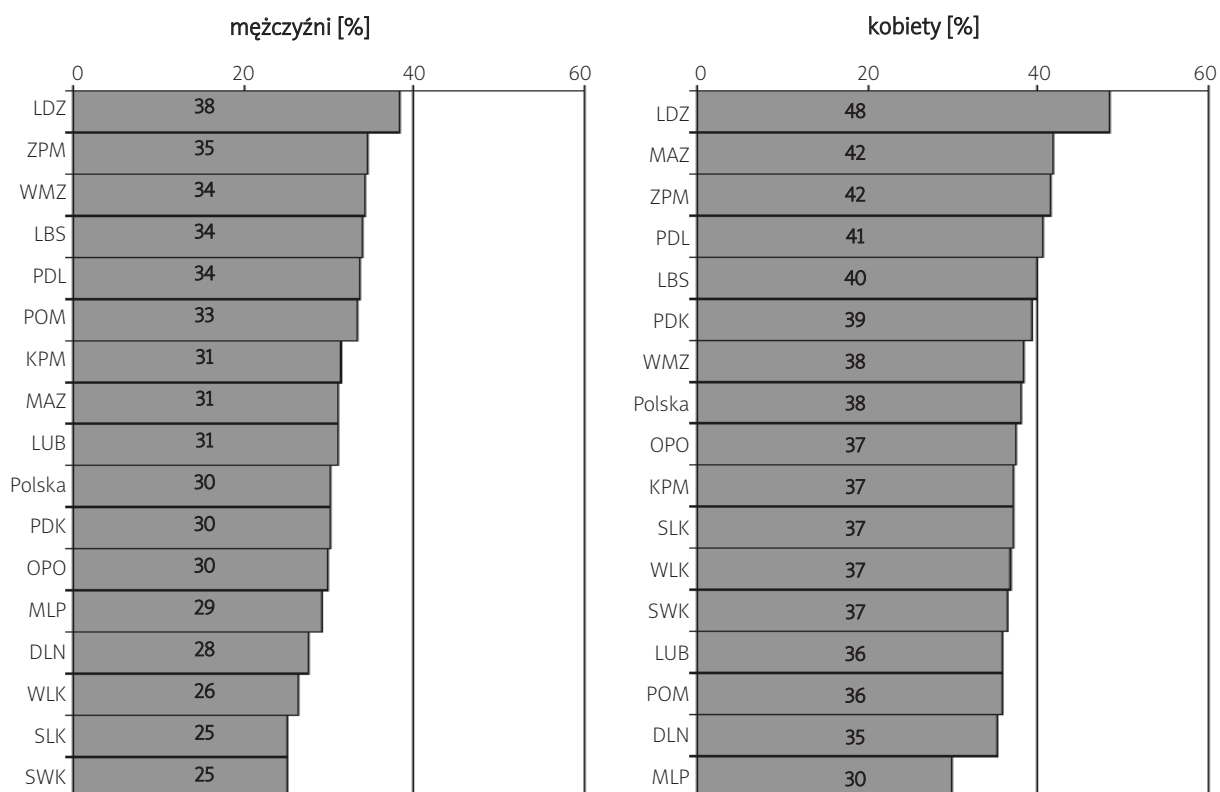
Metodyka

Oceny częstości występowania niskiego poziomu wsparcia społecznego oraz objawów depresji dokonano w oparciu o wyniki badania przekrojowego próby losowej populacji polskiej. Metodyka badania przekrojowego i sposób pobrania próby przedstawiono w pracy Rywika i wsp. [6]. Niski poziom WS oceniono wg *kwestionariusza wsparcia społecznego* Berkmana i Syme'a, a występowanie objawów DP wg *kwestionariusza skali depresji Becka*. Ogółem w 16 województwach poziom WS oceniono u 3 156 mężczyzn i 3 538 kobiet, a występowanie objawów DP u 3 113 mężczyzn oraz 3 493 kobiet (wylosowano 50% osób z próby ludności w województwie).

Wyniki

Niski poziom wsparcia społecznego

Niski poziom WS dla badanej populacji Polski występował ogółem u 30% mężczyzn i 38% kobiet (Rycina 1.). W obu grupach płci obserwowano znaczne zróżnicowa-



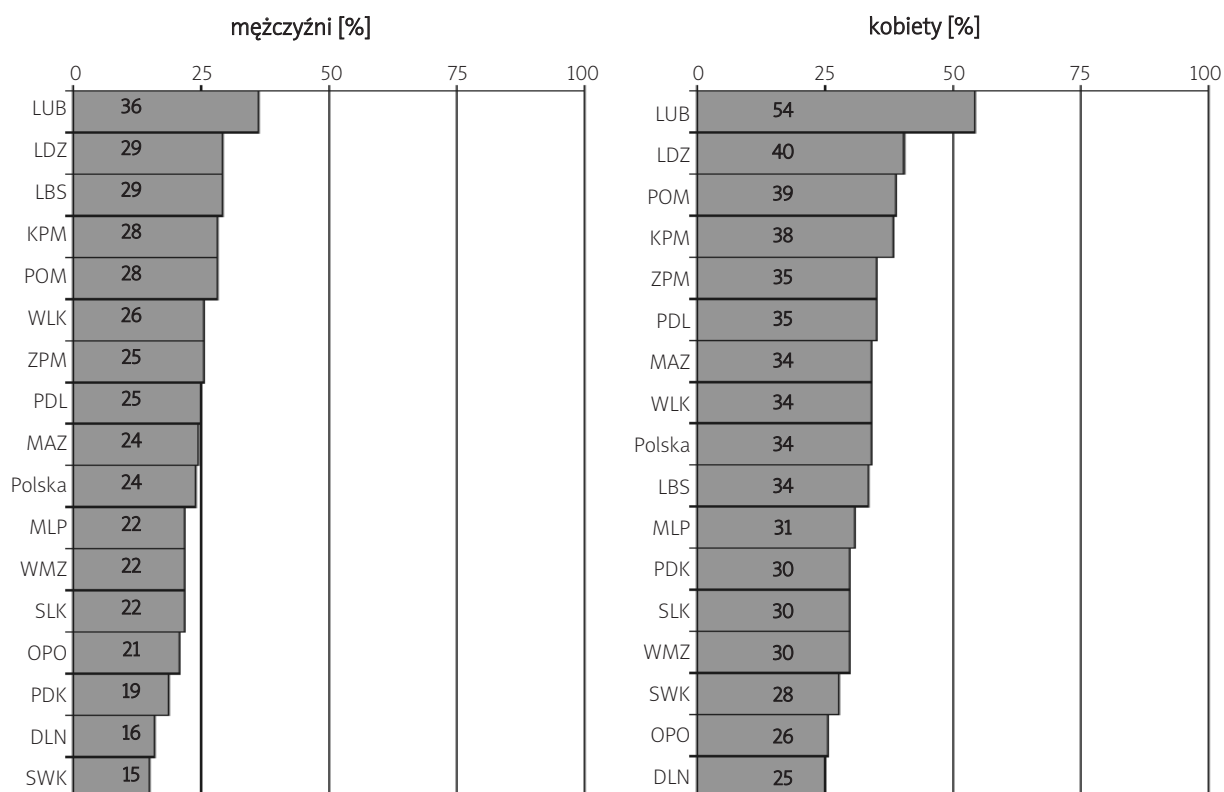
DLN – dolnośląskie, KPM – kujawsko-pomorskie, LUB – lubelskie, LBS – lubuskie, LDZ – łódzkie, MLP – małopolskie, MAZ – mazowieckie, OPO – opolskie, PDK – podkarpackie, PDL – podlaskie, POM – pomorskie, SLK – śląskie, SWK – świętokrzyskie, WMZ – warmińsko-mazurskie, WLK – wielkopolskie, ZPM – zachodniopomorskie

Rycina 1. Odsetki osób z niskim poziomem wsparcia społecznego wg województw

nie między województwami. Najczęściej niski poziom WS zaobserwowano u mężczyzn w województwach: łódzkim (38%), zachodniopomorskim (35%), warmińsko-mazurskim, lubuskim i podlaskim (34%), pomorskim (33%) oraz kujawsko-pomorskim, mazowieckim i lubelskim (31%), a najrzadziej w województwach: świętokrzyskim i śląskim (25%), wielkopolskim (26%), dolnośląskim (28%) oraz małopolskim (29%), opolskim i podkarpackim (30%). U kobiet występowanie niskiego poziomu WS zaobserwowano najczęściej w województwach: łódzkim (48%), mazowieckim i zachodniopomorskim (42%), podlaskim (41%), lubuskim (40%), podkarpackim (39%) oraz warmińsko-mazurskim (38%), a najrzadziej w województwie małopolskim (30%). W województwach dolnośląskim, pomorskim, śląskim i świętokrzyskim oraz lubelskim, opolskim, wielkopolskim i kujawsko-pomorskim odsetki te były tylko nieco niższe niż średnia krajowa (35–37%). Warto zauważyć, że we wszystkich województwach odsetek niskiego WS był wyższy u kobiet niż u mężczyzn i w obu grupach płci najwyższy w województwie łódzkim.

Objawy depresji

Objawy depresji w populacji Polski stwierdzono ogółem u 24% mężczyzn i 34% kobiet (Rycina 2.). W populacji mężczyzn najczęstsze występowanie objawów DP wykazano w województwie lubelskim, gdzie odsetek ten był znacznie wyższy niż średnia krajowa i wynosił 36%. Nieco wyższe odsetki niż średnia krajowa obserwowano w województwach łódzkim i lubuskim (29%), kujawsko-pomorskim i pomorskim (28%), wielkopolskim (26%) oraz zachodniopomorskim i podlaskim (25%). Do województw, w których w grupie mężczyzn objawy DP występowały rzadziej niż w całej populacji Polski, należały: świętokrzyskie (15%), dolnośląskie (16%), podkarpackie (19%), opolskie (21%) oraz śląskie, warmińsko-mazurskie i małopolskie (22%). W populacji kobiet najczęstsze występowanie objawów DP wykazano w województwach lubelskim (aż 54%), łódzkim (40%), pomorskim (39%), kujawsko-pomorskim (38%), zachodniopomorskim i podlaskim (35%). Rzadziej niż w całej populacji Polski występowanie objawów DP wśród kobiet zaobserwowano w wojewódz-



DLN – dolnośląskie, KPM – kujawsko-pomorskie, LUB – lubelskie, LBS – lubuskie, LDZ – łódzkie, MLP – małopolskie, MAZ – mazowieckie, OPO – opolskie, PDK – podkarpackie, PDL – podlaskie, POM – pomorskie, SLK – śląskie, SWK – świętokrzyskie, WMZ – warmińsko-mazurskie, WLK – wielkopolskie, ZPM – zachodniopomorskie

Rycina 2. Odsetki osób z objawami depresji wg województw

twach dolnośląskim (25%), opolskim (26%), świętokrzyskim (28%), podkarpackim, śląskim i warmińsko-mazurskim (30%) oraz małopolskim (31%). Zwraca uwagę fakt, że zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet spośród wszystkich województw, najwyższy odsetek osób z objawami DP wystąpił w województwie lubelskim. Odsetek osób z objawami DP w poszczególnych województwach był wyższy u kobiet niż u mężczyzn i różnił się między województwami u kobiet od 25% w województwie dolnośląskim do 54% (!) w lubelskim, a u mężczyzn odpowiednio od 15% w świętokrzyskim do 36% w lubelskim.

Omówienie

Wyniki badania WOBASZ wykazały, że niski poziom WS dla badanej populacji Polski częściej występował u mężczyzn niż u kobiet i dotyczył ponad 1/3 ogółu zbadanych. Przeprowadzone do tej pory badania skryningowe ludności Polski potwierdzają podobne duże rozpowszechnienie występowania niskiego poziomu WS [3]. Częstsze występowanie niskiego poziomu WS u kobiet niż u mężczyzn wynika zapewne z faktu, że kobiety, bardziej od mężczyzn obciążone pracą zawodową i obowiązkami rodzinnymi, nie mają wystarczająco dużo czasu na nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów z innymi ludźmi, a presja godzenia roli zawodowej z rolą matki-żony wywołuje dodatkowe sytuacje stresowe prowadzące do zachowań depresyjnych. Jest rzeczą charakterystyczną, że niski poziom WS zaobserwowano częściej w województwach centralnej, zachodniej, północnej i północno-wschodniej Polski w porównaniu z województwami południowymi. W badaniu WOBASZ występowanie objawów DP stwierdzono w badaniu kwestionariuszowym *skali depresji Becka* ogółem u ponad 1/4 zbadanej populacji. W badaniu WOBASZ nie było weryfikacji klinicznej otrzymanych wyników. Stwierdzono częstsze występowanie objawów DP u kobiet niż u mężczyzn. Częstość występowania objawów DP w populacji ogólnej Polski, potwierdzoną badaniem klinicznym, ocenia się na ok. 20% [7]. Autorzy innych badań w zakresie epidemiologii depresji potwierdzają podobne obserwacje. Alloy i wsp. wykazali, że depresja rozwija się 2 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn [8]. Ta, powtarzająca się jak w przypadku WS, prawidłowość częstszego występowania negatywnych psychospołecznych czynników ryzyka u kobiet niż u mężczyzn jest konsekwencją wymienionej powyżej presji godzenia obowiązków utrzymania domu, pracy zawodowej (lub jej braku) z rolą matki. W badanej populacji dorosłej ludności Polski objawy DP, podobnie jak niskie WS, częściej obserwowano w województwach zachodniej, północnej, centralnej i wschodniej Polski, a rzadziej

w województwach południowych. Jest rzeczą charakterystyczną, że obszary występowania niskiego poziomu WS i objawów DP w zdecydowanej większości są zbieżne i pokrywają się wg danych GUS-u z wysoką stopą bezrobocia w tych regionach Polski [9]. Stopa bezrobocia w większości małych i średnich miejscowości, w których zaobserwowano jednocześnie niski poziom WS i objawy DP, wynosiła od 25% do 40% (!) w województwach zachodniopomorskim i warmińsko-mazurskim. Utrzymująca się wysoka stopa bezrobocia oraz brak WS w sytuacjach trudnych losowo prowadzą nieuchronnie do wystąpienia objawów DP. Niski poziom WS i narastająca częstość zaburzeń DP w populacji Polski są istotnym problemem zarówno społecznym, ekonomicznym, jak i zdrowotnym, ponieważ obniżają znacznie jakość życia jednostki i pogarszają lub ograniczają jej funkcjonowanie.

Piśmiennictwo

1. Orth-Gomer R, Rosengren W, Wilhelmsen L. Lack of social support and incidence of Coronary Heart Disease in middle-age Swedish Men. *Psychosom Med* 1993; 55: 37-43.
2. Moore I, Meyer F, Perusse M, et al. Psychological stress and incident of ischaemic heart disease. *Inter J Epidemiol* 1999; 28: 652-8.
3. Piwoński J, Piotrowski R. Poziom wsparcia społecznego i stresu a choroba niedokrwienna serca. Badanie Pol-MONICA Warszawa. *Kard Pol* 1998; 48: 7, 847-53.
4. Pratt LA, Ford DE, Crum RM, et al. Depression, psychotropic medication and risk of myocardial infarction: prospective data from Baltimore ECA follow-up. *Circulation* 1996; 94: 3123-9.
5. Aromaa A, Raitasalo R, Impivaara O, et al. Depression and cardiovascular disease. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1994; 377: 77-82.
6. Rywik S, Broda G, Piotrowski W, et al. Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności – program WOBASZ. *Polski Przegląd Kardiologiczny* 2004; 6: 1, 77-83.
7. Araszkiewicz A, Piekarska A, Drózd W. Zaburzenia depresyjne i lękowe u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. W: *Dyskusje o depresji* 2001; 16: 2-3.
8. Alloy LB, Kelly KA, Mineka S, et al. Comorbidity of anxiety and depressive disorders: a helplessness- hopelessness perspective. W: Maser JD, Cloninger CR (ed.). *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*. Washington, DC: *American Psychiatric Press* 1990; 499-543.
9. Liczba bezrobotnych zarejestrowanych oraz stopa bezrobocia według województw, podregionów i powiatów. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2005.