

Bogumiła Lubecka¹, Marek Lubecki¹, Janusz Kasperczyk², Maria Moszczak³,
Jadwiga Joško-Ochojska², Robert Pudło⁴

¹Centrum Psychiatrii im. dr. Krzysztofa Czumy w Katowicach

²Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej w Zabrze

³Beskidzkie Centrum Zdrowia Psychicznego w Międzybrodziu Białym

⁴Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Dysproporcja pomiędzy częstością występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych w populacji mieszkańców powiatu żywieckiego a korzystaniem z psychiatrycznej opieki zdrowotnej

The disproportion between the incidence of anxiety disorders and depression in the population of the Żywiec Poviát and the use of mental health care

Praca sfinansowana przez Śląski Uniwersytet Medyczny

Abstract

Introduction: The aim of the article is to estimate the disproportion between the incidence of anxiety disorders and depression in adult population of the Żywiec Poviát and the use of mental health care.

Material and methods: An anonymous survey was conducted in a randomly selected group of adults living in the Żywiec Poviát. 1659 completed questionnaires were obtained. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used as a screening tool. The data were compared with the number of outpatient and hospitalized people in psychiatric health care facilities in the poviát.

Results: The study released a significant disproportion between the occurrence of anxiety disorders and treatment for this reason. In outpatient settings 1.23% of people suffering from anxiety used medical care, 0.06% were hospitalized. A similar situation applies to the disproportion between the occurrence of depression and treatment for this reason. Among people whose symptoms implement the criteria of depressive episode, 1.11% used outpatient treatment and 0.14% were hospitalized.

Conclusion: Prevalence of anxiety disorders and depression and related to this health needs in examined population significantly exceeds the real use of psychiatric healthcare. Constant underestimation of health needs in the field of psychiatry can be a result and one of the causes of this phenomenon. For better planning of activities in the field of health policy, it is necessary to perform epidemiological studies that reveal scale of the problem.

Psychiatria 2020; 17, 1: 1–8

Key words: anxiety disorders, depression, population-based study, morbidity

Adres do korespondencji:

lek. Bogumiła Lubecka
Centrum Psychiatrii, im. dr. Krzysztofa Czumy
w Katowicach
tel.: 796 388 460
e-mail: magiera.bogumila@gmail.com

Wstęp

Zaburzenia psychiczne są jednym z największych problemów światowej ochrony zdrowia. Dane na temat rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce pochodzą

z raportów placówek lecznictwa i obrazują jedynie liczbę osób, które korzystały z psychiatrycznej opieki zdrowotnej, pomijając grupę cierpiących z powodu wybranych jednostek chorobowych, które nie były poddane terapii. Zwraca uwagę brak analiz dotyczących faktycznej dysproporcji pomiędzy częstością występowania określonych zaburzeń psychicznych a leczeniem z ich powodu w ramach ambulatoryjnej i szpitalnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce. Brak tych danych może utrudniać planowanie rozwoju systemu opieki zdrowotnej, na przykład przez zniekształcanie tak zwanych map potrzeb zdrowotnych, co nie jest tylko specyfiką polską [1]. Skuteczny sposób radzenia sobie z tym problemem stanowi prowadzenie populacyjnych badań terenowych na losowo wybranych próbach za pomocą wystandaryzowanych kwestionariuszy [2]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) depresja stanowi obecnie 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami. Przewiduje się, że do 2020 roku zajmie drugie miejsce pod względem częstości powodowania niepełnosprawności po chorobach układu krążenia [3]. Depresja dwukrotnie częściej występuje wśród kobiet, u których jej częstość wzrasta wraz z wiekiem, natomiast u mężczyzn częstość występowania w ciągu życia utrzymuje się na podobnym poziomie. Jest czynnikiem ryzyka występowania chorób somatycznych oraz najczęstszą przyczyną dokonywania samobójstw [4]. Zaburzenia lękowe są najczęstszą grupą zaburzeń psychicznych. Mogą występować samodzielnie lub współistnieć z depresją [5]. Skutkiem nieleczonych zaburzeń lękowych i depresyjnych jest znaczne pogorszenie codziennego funkcjonowania osób nimi obciążonych, a co za tym idzie wysokie koszty społeczne i ekonomiczne. Na przykładzie badania populacji dorosłych mieszkańców powiatu żywieckiego zobrazowano liczbowo dysproporcję pomiędzy występowaniem a leczeniem zaburzeń lękowych i depresyjnych. Dane te umożliwiają nie tylko orientację w potrzebach zdrowotnych społeczeństwa w zakresie leczenia psychiatrycznego, ale pozwalają także na refleksję na temat planowania działań profilaktycznych w zakresie zapobiegania oraz wczesnego rozpoznawania tych schorzeń, co jest kluczem skutecznej polityki zdrowotnej.

Celem pracy była ocena częstości występowania i nasilenia zaburzeń lękowych i depresyjnych w populacji dorosłych mieszkańców powiatu żywieckiego oraz określenie dysproporcji między rozpowszechnieniem tych zaburzeń a częstością korzystania z psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono na terenie Powiatu Żywieckiego — w mieście Żywiec oraz we wszystkich gminach

powiatu — Czernichów, Gilowice, Jeleśnia, Koszarawa, Lipowa, Łękawica, Łodygowice, Milówka, Radziechowy — Wieprz, Rajcza, Ślemien, Świnna, Ujsoty i Węgierska Górka. Powiat żywiecki ze względu na swoje położenie, zwartą strukturę geograficzną, organizację opieki zdrowotnej oraz charakterystykę demograficzną został uznany za optymalny do pozyskania wiarygodnych danych do badania epidemiologicznego.

Liczba ludności powiatu, według faktycznego miejsca zameldowania wynosi 124 616 mieszkańców, w tym 64 149 kobiet i 60 467 mężczyzn. Struktura badanej grupy pod względem czynników socjodemograficznych odzwierciedla populację powiatu żywieckiego.

Badanie składało się z dwóch etapów: części terenowej, którą przeprowadzono za pomocą anonimowych ankiet, oraz analizy danych pochodzących z placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej powiatu.

W części terenowej łącznie rozdano 5000 kwestionariuszy, z czego uzyskano 1659 kompletnie uzupełnionych. Ankiety te posłużyły do analizy danych grupy badanej (Grupa A), którą stanowili losowo wybrani, dorośli mieszkańcy powiatu żywieckiego. W grupie było 934 kobiet i 725 mężczyzn. Do badań w terenie użyto autorskiego kwestionariusza, którego pierwsza część zawierała ankietę demograficzną z pytaniami na temat wieku, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, aktywności zawodowej, aktywności fizycznej, stosowania używek i substancji psychoaktywnych, rozpoznanych chorób somatycznych i psychicznych oraz przyjmowanych leków. Analiza czynników modyfikujących ryzyko występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych przekracza ramy niniejszej publikacji i będzie przedmiotem oddzielnego opracowania. Druga część służyła do badania zaburzeń depresyjnych i lękowych, do których rozpoznawania użyto Szpitalnej Skala Lęku i Depresji (HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*) będącej inwentarzem samooceny. Skala lęku i depresji HADS składa się z dwóch podskal: HADS-D do badania zaburzeń depresyjnych oraz HADS-A do badania zaburzeń lękowych, po 7 pytań w każdej, w których ankietowany udziela jednej z trzech odpowiedzi. Sumaryczna liczba uzyskanych punktów pozwala określić brak lub obecność oraz nasilenie objawów lęku i depresji. Dla wyniku prawidłowego w obu podskalach przyjęto 0–7 punktów, za wartości graniczne 8–10 punktów, za wskazujące na zaburzenia — powyżej 11 punktów [6].

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej przy użyciu pakietu Statistica 12. Wartość parametrów mierzalnych przedstawiono w postaci średniej i odchylenia standardowego (SD, *standard deviation*), a parametry niemierzalne w postaci liczby i odsetka. Porównań międzygrupowych dokonano testem: Chi² Pearsona oraz Największej Wia-

rygodności. Kierunek i siłę powiązania dwóch zmiennych ilościowych oceniano za pomocą równania regresji i współczynnika korelacji linowej Pearsona lub korelacji nieparametrycznej R Spearmana. We wszystkich analizach za poziom istotny uznano wartość $p < 0,05$. Projekt badania został przedstawiony Komisji Bioetycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, która uznała, że badanie nie wymaga jej zgody. Wszystkie analizowane osoby wyraziły świadomą zgodę na udział w nim.

Grupę korzystającą z psychiatrycznej opieki zdrowotnej (Grupa B) stanowiło 1045 dorosłych osób w wieku 18–100 lat, z których 909 korzystało z leczenia w ramach poradni zdrowia psychicznego, a 207 było hospitalizowanych (osoby korzystające zarówno z poradni, jak i oddziału policzono raz). Poddano analizie dane uzyskane z poradni zdrowia psychicznego znajdującej się przy Beskidzkim Centrum Zdrowia Psychicznego w Międzybrodzu Bialskim, Oddziałów Psychiatrycznych PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodzu Bialskim oraz SPZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku, uzyskując zgodę kierowników obydwu wymienionych podmiotów leczniczych. Dane ze szpitala w Rybniku, pomimo jego lokalizacji poza granicami powiatu, zostały uwzględnione w analizach, ponieważ jest on najbliższą położoną dużą placówką stacjonarnego leczenia psychiatrycznego, a z informacji lekarzy powiatu wynikało, że część mieszkańców korzysta z jego opieki. Powyższe podmioty lecznictwa specjalistycznego praktycznie wyczerpują liczbę publicznych placówek, realizujących świadczenia w zakresie psychiatrii dostępnych dla mieszkańców całego powiatu. Zebrano dane dotyczące wszystkich wizyt ambulatoryjnych i hospitalizacji z okresu od początku stycznia do końca czerwca 2017 roku. Analizie poddano pacjentów, u których w trakcie leczenia zidentyfikowano jedno z następujących rozpoznań klinicznych: F06.3 — Organiczne zaburzenia nastroju, F30-F39 — Zaburzenia nastroju (afektywne), F40-F48 — Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną.

Wyniki

Z grupy badanej za pomocą kwestionariuszy (Grupa A) uzyskano 1659 wypełnionych ankiet. Charakterystykę socjodemograficzną badanej grupy przedstawiono w tabeli 1. Wiek w grupie badanej mieścił się w przedziale 18–92 lat. Średnia wieku wynosiła $43,7 \text{ roku} \pm 14,61$, a mediana — 44 lata.

W podgrupie kobiet badanych widoczna była niewielka przewaga osób w przedziale wiekowym 40–59 lat. Najmniej było osób w przedziale powyżej 60. roku życia. Ze względu na strukturę demograficzną powiatu w badaniu dominowali mieszkańcy gmin. Biorąc pod uwagę

stan cywilny zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn dominowały osoby w stałym związku. Wśród ankietowanych przeważały osoby posiadające potomstwo, jednak w grupie mężczyzn więcej było osób bezdzietnych. W całej grupie badanej dominowały osoby ze średnim wykształceniem, jednak obserwowano umiarkowaną przewagę osób z wyższym wykształceniem 34,5% w grupie kobiet v. 21,5% wśród mężczyzn. Natomiast w grupie respondentów z wykształceniem podstawowym i zawodowym prym wiedli mężczyźni 43,3% v. 25,8%. Za pomocą skali HADS-D objawy depresji stwierdzono u 14,4% badanych. Zgodnie z wynikami w tej skali depresja występowała dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. W badanej grupie na podstawie wyników w skali HADS-A rozpoznano zaburzenia lękowe u 11,2% populacji, z podobną częstością występowania u obu płci (tab. 2).

Z podmiotów leczniczych uzyskano dane 1045 dorosłych pacjentów, w tym 909 z Poradni Zdrowia Psychicznego przy Beskidzkim Centrum Zdrowia Psychicznego w Międzybrodzu Bialskim, 207 osób było hospitalizowanych na Oddziałach Psychiatrycznych ZOL Sp. z o.o. w Międzybrodzu Bialskim oraz SPZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku.

Do analizy włączono 406 pacjentów, których rozpoznania mieściły się w założonych kategoriach diagnostycznych, z tego 372 leczonych było w poradni, 34 było hospitalizowanych (Grupa B). Osoby, które korzystały zarówno z poradni, jak i oddziału, policzono raz. Charakterystykę tej grupy przedstawiono w tabeli 3.

W grupie korzystającej z psychiatrycznej opieki zdrowotnej (Grupa B) z powodu zaburzeń nastroju leczyło się 200 pacjentów w ramach poradni oraz 25 było hospitalizowanych, natomiast z powodu zaburzeń lękowych w poradni leczonych było 172 osoby, a 9 było hospitalizowanych. Zgodnie z kryteriami włączenia, w porównaniach uwzględniono jedynie osoby pełnoletnie. Dorosła populacja powiatu żywieckiego liczy 124 616 mieszkańców, w tym 64 149 kobiet (51%) i 60 467 mężczyzn (49%). W celu porównania obu grup i obliczenia dysproporcji wszystkie wyniki przeliczono na 10 tysięcy mieszkańców (tab. 4). W populacji powiatu żywieckiego z leczenia psychiatrycznego (ambulatoryjnego i stacjonarnego) w okresie od stycznia do czerwca 2017 roku korzystało 0,18% mieszkańców, u których rozpoznano zaburzenia nastroju, oraz 0,14% osób, którzy byli leczeni z rozpoznaniem zaburzeń lękowych.

W celu ukazania dysproporcji pomiędzy występowaniem a leczeniem wybranych zaburzeń porównano dane otrzymane w badaniu ankietowym (Grupa A) z danymi z lecznictwa (Grupa B), na podstawie obliczeń zestawionych w tabeli 5.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna ankietowanych (Grupa A)**Table 1.** Sociodemographic characteristics of the respondents (Group A)

	Grupa A				
	Kobiety	Kobiety	Mężczyźni	Mężczyźni	Ogółem
	n	%	n	%	n
	934	56,3	725	43,7	1659
Przedział wiekowy					
18–39 lat	334	35,8	305	42,1	639
40–59 lat	470	50,3	308	42,5	778
≥ 60 lat	130	13,9	112	15,4	242
Miejsce zamieszkania					
Miasto	249	26,7	242	33,4	491
Gmina	685	73,3	483	66,6	1168
Nie odpowiedziało	0	0	0	0	0
Stan cywilny					
Panna/kawaler/stanu wolnego	269	28,8	226	31,2	495
W stałym związku	665	71,2	499	68,8	1164
Nie odpowiedziało	0	0	0	0	0
Posiadane potomstwo					
Tak, opieka nad nim	390	41,8	286	39,4	676
Tak, dzieci są samodzielne	292	31,3	200	27,6	492
Nie	250	26,8	239	33,0	489
Nie odpowiedziało	2	0,2	0	0	0
Wykształcenie					
Podstawowe	72	7,7	79	10,9	151
Zawodowe	169	18,1	235	32,4	404
Średnie	371	39,7	255	35,2	626
Wyższe (licencjat)	99	10,6	48	6,6	147
Wyższe (magisterskie)	223	23,9	108	14,9	331

Tabela 2. Wyniki w skalach HADS-D oraz HADS-A w badanej ankietowo populacji (Grupa A)**Table 2.** Results on the HADS-D and HADS-A scale in the survey population (Group A)

Grupa A	Ogółem	Ogółem	Kobiety	Kobiety	Mężczyźni	Mężczyźni
	n	%	n	%	n	%
	1659		934		725	
HADS-D1 (norma)	1144	69,0	578	61,9	566	78,1
HADS-D2 (wyniki graniczne)	275	16,6	181	19,4	94	13,0
HADS-D3 (zaburzenia depresyjne)	240	14,4	175	18,7	65	8,9
HADS-A1 (norma)	1275	76,9	736	78,8	539	74,3
HADS-A2 (wyniki graniczne)	198	11,9	113	12,1	85	11,7
HADS-A3 (zaburzenia lękowe)	186	11,2	85	9,1	101	14,0

HADS-D (*Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression*) — Szpitalna Skala Lęku i Depresji do badania zaburzeń depresyjnych; HADS-A (*Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression-Anxiety*) — Szpitalna Skala Lęku i Depresji do badania zaburzeń lękowych

Tabela 3. Charakterystyka grupy leczonej z powodu badanych zaburzeń (Grupa B)**Table 3.** Characteristics of the group treated for the researched disorders (Group B)

	Pacjenci leczeni psychiatrycznie					
	PZP			Hospitalizacje		
	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni
Liczebność grupy	372	261	111	34	20	14
Wiek (lata)	18–81	19–81	18–80	20–73	20–73	24–68
X ± SD	50,4 ± 13,92	51,0 ± 13,50	49,1 ± 14,78	52,4 ± 13,06	54,6 ± 13,31	49,2 ± 12,00
Me	51	51	50	53	57	49,5
Miasto n (%)	104 (28)	71 (27,2)	33 (29,7)	8 (23,5)	7 (35)	1 (7,1)
Gmina n (%)	268 (72)	190 (72,8)	78 (70,3)	26 (76,5)	13 (65)	13 (92)

X — średnia wieku; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; Me (median) — mediana

Tabela 4. Częstość występowania badanych zaburzeń w grupie leczonej psychiatrycznie (Grupa B)**Table 4.** Occurrence frequency of researched disorders in the psychiatrically treated population (Group B)

Rozpoznanie ICD-10	Liczba pacjentów leczonych w PZP						Liczba pacjentów hospitalizowanych					
	Ogółem		Kobiety		Mężczyźni		Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
	n	n/10k	n	n/10k	n	n/10k	n	n/10k	n	n/10k	n	n/10k
F30-F39	200	16,05	135	21,04	65	10,75	25	2,01	13	2,03	12	1,98
F40-F48	172	13,80	126	19,64	46	7,61	9	0,72	7	1,09	2	0,33

n/10k — liczba przeliczona na 10 tysięcy mieszkańców; F30-F39 — zaburzenia nastroju (afektywne); F40-F48 — zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną

Tabela 5. Porównanie pomiędzy częstością występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych, rozpoznanych w poszczególnych skalach diagnostycznych (Grupa A) a ich leczeniem w ramach placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej (Grupa B), w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców**Table 5.** Comparison between the incidence of anxiety and depression diagnosed in particular diagnostic scales (Group A) and their treatment within mental health care facilities (Group B), in conversion per 10,000 inhabitants

	Grupa A			Grupa B — leczeni w ramach PZP			Grupa B — hospitalizowani		
	O/10k	K/10k	M/10k	O/10k	K/10k	M/10k	O/10k	M/10k	K/10k
HADS-D3 (epizod depresyjny)	1446,65	1054,85	391,80	16,05	21,04	10,75	2,01	2,03	1,98
HADS-A3 (zespół lękowy)	1121,16	512,36	608,80	13,80	19,64	7,61	0,72	1,09	0,33

O/10k — liczba ogólna przeliczona na 10 tysięcy mieszkańców; K/10k — liczba kobiet przeliczona na 10 tysięcy mieszkańców; M/10k — liczba mężczyzn przeliczona na 10 tysięcy mieszkańców

W skali HADS-D porównywano Grupę D3, spełniającą kryteria depresji, natomiast w skali HADS-A Grupę A3, która spełniała kryteria rozpoznania zaburzeń lękowych. Wynik badania ukazał znaczną dysproporcję pomiędzy występowaniem zaburzeń lękowych a ich leczeniem w warunkach ambulatoryjnych — ogółem leczy się 1,23% osób cierpiących z tego powodu, w tym 3,83% kobiet oraz 1,25% mężczyzn. W warunkach szpitalnych z powodu zaburzeń lękowych leczy się 0,06% osób z tym rozpoznaniem, w tym 0,21% kobiet i 0,05% mężczyzn.

Podobna sytuacja dotyczy dysproporcji między występowaniem a leczeniem z powodu zaburzeń depresyjnych. Biorąc pod uwagę wyniki w skali HADS-D, z leczenia ambulatoryjnego korzysta 1,11% osób, w tym 2% kobiet i 2,74% mężczyzn spełniających kryteria epizodu depresji. Hospitalizowanych jest 0,14% osób, w tym 0,19% kobiet i 0,51% mężczyzn.

Niezależnie od użytej metody diagnostycznej, dysproporcje pomiędzy zapotrzebowaniem a faktycznym leczeniem są ogromne.

Dyskusja

Prowadzone badania zestawiają wyniki badań populacyjnych z danymi pozyskanymi z lokalnego ośrodka psychiatrycznego. Dzięki temu możliwe było zbadanie zwartej geograficznie, a jednocześnie zróżnicowanej demograficznie i urbanistycznie populacji, jednak przyjęta metoda ma pewne ograniczenia. Istnieje możliwość, że mieszkańcy badanego powiatu leczą się poza swoim miejscem zamieszkania. W celu minimalizacji możliwego błędu pozyskano informacje ze szpitala psychiatrycznego w Rybniku, który jest najbliższym ośrodkiem leczenia psychiatrycznego poza badanym powiatem, a jednocześnie największym ośrodkiem psychiatrycznym na Śląsku. Okazało się, że leczą się tam jedynie pojedyncze osoby z badanego powiatu. Niemniej, istnieje możliwość, że niewielka grupa mieszkańców powiatu leczy się w bardziej oddalonych ośrodkach. Prowadzone badania ankietowe miały charakter dobrowolny. W czasie rozdawania i zbierania ankiet obserwowano skłonność respondentów do udziału w nim. Ankieterzy nie mieli trudności z uzyskaniem współpracy kobiet, jednak zwrócono uwagę na większą trudność w zachęceniu mężczyzn do udziału w badaniu, zwłaszcza w grupach mniej wykształconych. Część osób z zaburzeniami lękowymi lub depresyjnymi może być leczona przez lekarzy rodzinnych lub specjalistów dyscyplin somatycznych. Przyjmuje się jednak, że epizody depresji o nasileniu co najmniej umiarkowanym powinny być leczone przez psychiatrów, a epizody ciężkie w warunkach szpitalnych. Niemniej, istnieje możliwość, że część osób z depresjami umiarkowanymi lub ciężkimi leczy się poza systemem publicznej opieki zdrowotnej. W badanej populacji wyniki odpowiadające rozpoznaniu zaburzeń lękowych uzyskano u 11,2% ankietowanych, a epizodu depresyjnego u 14,4%. W celu porównania danych polskich przytoczono wyniki przeprowadzonego w 2012 roku badania rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych EZOP Polska. Było to pierwsze przekrojowe badania epidemiologiczne z zastosowaniem ustrukturyzowanego kwestionariusza diagnostycznego *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), przeprowadzone w reprezentatywnej próbie badanych w wieku 18–64 lat. Ukazało ono nieco niższą częstość występowania badanych zaburzeń, mianowicie u 23,4% badanych rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne, z tego u 9,6% osób występowały objawy zaburzeń lękowych, a 3,4% spełniało kryteria epizodu dużej depresji [7]. Z badań przeprowadzonych w Europie wynika, że z powodu zaburzeń lękowych cierpi 14% osób, z powodu depresji 6,9% [8]. W 2016 roku dokonano przeglądu 1232 prac dotyczących częstości występowania zaburzeń lękowych w populacji światowej. Oszacowano średnią częstość ich

występowania w ciągu roku na 10,6% i w ciągu życia 16,6%. W poszczególnych krajach rozpowszechnienie zaburzeń lękowych wahało się od 2,8% we wschodniej Azji do 7,7% zarówno w Ameryce Północnej, jak i w Północnej i Środkowo wschodniej Afryce. Wymieniony w pracy mniej rygorystyczny przegląd danych z 2006 roku oszacował najwyższą częstość występowania zaburzeń lękowych w ciągu całego życia w populacjach Szwajcarii i USA (23–28,7%), a najniższą w badaniach w Korei (9,2%). W Pakistanie częstość występowania lęku całkowitego wynosiła od 1,76% do 25%, podczas gdy metaanaliza dotycząca Niemiec podała, że wynosi 13,5% [9]. Rozpowszechnienie depresji na świecie podsumowuje kilka większych prac poglądowych, jednak duża zmienność tych wartości wynika prawdopodobnie z połączenia czynników merytorycznych, pomiarowych i metodologicznych [10]. *Światowa Organizacja Zdrowia usiłowała zniwelować te różnice przez wprowadzenie do badań ustrukturyzowanego kwestionariusza CIDI w wersji 3.0*, aby ocenić rozpowszechnienie depresji na podstawie kryteriów *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) w krajach z każdego kontynentu. Częstość występowania dużej depresji w ciągu 12 miesięcy w zależności od lokalizacji wahały się 2,2% w Japonii do 10,4% w Brazylii [11].

W badaniu ukazano znaczną różnicę w występowaniu zaburzeń depresyjnych badanych skalą HADS-D u obu płci. Dwukrotnie częściej występowały one u kobiet niż u mężczyzn. W skali HADS-A zaburzenia lękowe były na podobnym poziomie — prawdopodobną przyczynę wyrównania tej różnicy można upatrywać w nieco większej liczbie osób z wyższym wykształceniem w grupie kobiet oraz większą liczbą osób z wykształceniem zawodowym w grupie mężczyzn, przyjmując że wyższy poziom wykształcenia stanowi czynnik protekcyjny badanych zaburzeń [12]. Płeć żeńska jest niezależnym czynnikiem ryzyka występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych. Wiadomo obecnie, że zachorowalność na zaburzenia lękowe i depresyjne jest dwukrotnie większa w grupie kobiet niż mężczyzn. Założenie, że mężczyźni są osobami o mniejszej częstości depresji niż kobiety sprawdza się w Polsce i większości krajów Europy. Wyjątek stanowi populacja Finlandii, gdzie częstość depresji u mężczyzn przewyższa nieco jej występowanie u kobiet [13].

Z zebranych danych wynika dodatkowo, że kobiety z zaburzeniami lękowymi znacznie chętniej niż mężczyźni korzystały z pomocy lekarskiej zarówno w trybie ambulatoryjnym, jak i stacjonarnym, natomiast pacjentami hospitalizowanymi z powodu epizodu depresji o nasileniu co najmniej umiarkowanym częściej bywali mężczyźni. Na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii, z raportu z 2014 roku wiadomo, że w ramach poradni

zdrowia psychicznego kobiety leczyły się o 21,6% częściej niż mężczyźni, natomiast w placówkach stacjonarnych mężczyźni leczyli się o ponad 90% częściej niż kobiety i nadwyżka ta jest stała od kilku lat.

Z analizy wizyt lekarskich i hospitalizacji z półrocznego okresu opisanego w badaniu wynika, że wśród wszystkich mieszkańców powiatu z powodu zaburzeń nastroju w ramach poradni leczyło się 161 osób/100 tys., hospitalizowanych było 20/100 tys., co stanowi w sumie 0,18% populacji powiatu. Z powodu zaburzeń lękowych ambulatoryjnie leczyło się 138/100 tys., a hospitalizowanych było 7,2/100 tys., co daje w sumie 0,14% wszystkich mieszkańców. Większość osób leczonych w poradni i hospitalizowanych pochodziło z terenów wiejskich, co wynika z naturalnej struktury powiatu żywieckiego. To znacznie mniej niż wynika z raportu ogólnopolskiego z 2014 roku. Z danych tych wynika, że najczęstszą grupą rozpoznać wśród osób leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są zaburzenia nerwicowe, z powodu których w PZP na każde 100 tys. ludności leczyło się 995 osób. Drugą najliczniejszą grupę stanowiły osoby leczone z powodu zaburzeń afektywnych 883/100 tys. Hospitalizowane z powodu zaburzeń nastroju były 53 osoby/100 tys., natomiast z powodu zaburzeń nerwicowych 37,6 osoby/100 tys. Z zebranych przez Instytut danych wynika także, że mieszkańcy miast znacznie częściej niż mieszkańcy wsi korzystali z ambulatoryjnej i szpitalnej opieki psychiatrycznej [14]. Z uwagi na powyższe informacje można przypuszczać, że niższe wyniki zgłaszalności do leczenia w powiecie mogą wynikać z większego udziału w badaniu ludności wiejskiej.

W badaniu wykazano ogromną dysproporcję pomiędzy występowaniem zaburzeń lękowych i depresyjnych a ich leczeniem. Porównując wyniki w skali HADS-D — w grupie ankietowanych z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych w poradni leczyło się 1,1%, natomiast w szpitalu 0,1%. Wśród osób z zaburzeniami lękowymi (HADS-A3) w poradni leczyło się 2,2%, a hospitalizowanych z tego powodu było 0,1%. Przyczyną tego zjawiska może być

brak wiedzy dotyczącej zdrowia psychicznego i objawów choroby [15] oraz lęk przed stygmatyzacją. Wyniki badań potwierdzają stygmatyzujący społecznie charakter konsultacji psychiatrycznej, co często bywa przyczyną odwołania momentu pierwszego kontaktu z psychiatrą i rozpoczęcia leczenia [16]. Powszechny jest stereotyp szpitala psychiatrycznego jako miejsca izolacji chorych niebezpiecznych i nieobliczalnych, oddalonego od innych placówek medycznych, co wzbudza dodatkowy lęk i brak motywacji do zdrowienia [17]. Przeprowadzono ogólnopolskie badanie współwystępowania zaburzeń depresyjnych i schorzeń kardiologicznych, w którym w trakcie wizyty pacjentów u lekarza POZ wykonywano badanie skalą depresji Becka. Osoby, które uzyskały punktację w skali wyższą lub równą 12 punktom, były następnie kierowane do lekarza psychiatry w celu weryfikacji rozpoznania. Okazało się, że pomimo możliwości darmowej konsultacji psychiatrycznej, na wizytę zgłosiło się mniej niż 50% osób. W tej grupie lekarz psychiatra potwierdził rozpoznanie depresji u 45% osób [18]. Wyniki badań pokazują, że szerzenie wiedzy o chorobach psychicznych nie tylko zmniejsza dystans społeczny w stosunku do osób chorych, ale także pomaga w autodiagnozie i redukuje lęk przez wizytą u specjalisty [19].

Wnioski

Ujawniono znaczącą dysproporcję pomiędzy występowaniem zaburzeń lękowych i depresyjnych a leczeniem z ich powodu.

Stałe niedoszacowanie potrzeb zdrowotnych w zakresie psychiatrii może być zarówno przyczyną, jak i efektem tego zjawiska.

Podziękowania

Autorzy składają podziękowania Dyrekcji i Pracownikom PZOL w Międzybrodzu Bialskim, Władzom Powiatu Żywieckiego i Miasta Żywiec, bez pomocy których wykonanie badań terenowych nie byłoby możliwe.

Streszczenie

Wstęp: Celem artykułu jest ocena dysproporcji pomiędzy częstością występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych u dorosłych mieszkańców powiatu żywieckiego a korzystaniem z psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Materiał i metody: Przeprowadzono anonimowe badanie ankietowe w losowo wybranej grupie dorosłych osób zamieszkujących powiat żywiecki. Uzyskano 1659 kompletnie uzupełnionych ankiet. Jako narzędzia skriningowego użyto Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS). Dane zestawiono z liczbą osób leczonych ambulatoryjnie oraz hospitalizowanych w placówkach lecznictwa psychiatrycznego na terenie powiatu.

Wyniki: Wynik badania ukazał znaczną dysproporcję pomiędzy występowaniem zaburzeń lękowych a ich leczeniem. W warunkach ambulatoryjnych z pomocy korzystało 1,23% osób cierpiących z tego powodu, natomiast hospitalizowanych było 0,06%. Podobna sytuacja dotyczy dysproporcji między występowaniem objawów epizodu depresji a leczeniem.

W warunkach ambulatoryjnych z pomocy korzystało 1,23% osób cierpiących z tego powodu, natomiast hospitalizowanych było 0,06%. Podobna sytuacja dotyczy dysproporcji między występowaniem objawów epizodu depresji a leczeniem z tego powodu. Wśród osób, u których objawy spełniały kryteria epizodu depresji z leczenia ambulatoryjnego korzystało 1,11%, a 0,14% było hospitalizowanych.

Wnioski: Występowanie zaburzeń lękowych i depresyjnych w badanej populacji oraz związane z tym zapotrzebowanie na leczenie psychiatryczne znacząco przewyższa realne korzystanie z psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Stałe niedoszacowanie potrzeb zdrowotnych w zakresie psychiatrii może być zarówno skutkiem, jak i jedną z przyczyn tego zjawiska. Dla lepszego planowania działań w zakresie polityki zdrowotnej konieczne jest prowadzenie badań epidemiologicznych, które ukazują skalę problemu.

Psychiatria 2020; 17, 1: 1–8

Słowa kluczowe: zaburzenia lękowe, depresja, badanie populacyjne, chorobowość

Piśmiennictwo

1. mpz.mz.gov.pl/o-projekcie/. <http://www.mpz.mz.gov.pl/o-projekcie/> (16.062019).
2. Klejna A, Adamowski T, Piotrowski P, et al. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP - ska - metodologia badania. *Psychiatr Pol.* 2015; 49(1): 55–135.
3. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013–2020. https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/. (16.062019).
4. Ustün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry.* 2004; 184: 386–392, doi: 10.1192/bjp.184.5.386, indexed in Pubmed: 15123501.
5. Zięba A, Siwek M, Wróbel A, et al. Miejsce lęku w obrazie psychopatologicznym depresji. *Lęk i Depresja.* 2003; 8 (2): 875–975.
6. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 67(6): 361–370, doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x, indexed in Pubmed: 6880820.
7. Klejna A, Piotrowski P, Adamowski T, et al. Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłychaków z odniesieniem do płci i struktury wieku - Badanie EZOP ska. *Psychiatr Pol.* 2015; 49(1): 155–275.
8. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011; 21(9): 655–679, doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018, indexed in Pubmed: 21896369.
9. Remes O, Brayne C, van der Linde R, et al. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav.* 2016; 6(7): e00497, doi: 10.1002/brb3.497, indexed in Pubmed: 27458547.
10. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health.* 2013; 34: 119–138, doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409, indexed in Pubmed: 23514317.
11. Kessler RC, Ustun TB, et al. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2004; 13: 935–1215.
12. Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, et al. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Soc Sci Med.* 2008; 66(6): 1334–1345, doi: 10.1016/j.socsci-med.2007.12.019, indexed in Pubmed: 18234406.
13. Faravelli C, Alessandra Scarpato M, Castellini G, et al. Gender differences in depression and anxiety: the role of age. *Psychiatry Res.* 2013; 210(3): 1301–1303, doi: 10.1016/j.psychres.2013.09.027, indexed in Pubmed: 24135551.
14. Biechowska D, Rabczenko D. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. In: Wojtyński B, Goryński P, ed. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego — Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018: 231–244.*
15. Beldie A, den Boer JA, Brain C, et al. Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012; 47 Suppl 1: 1–38, doi: 10.1007/s00127-012-0491-z, indexed in Pubmed: 22526821.
16. Franz L, Carter T, Leiner AS, et al. Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: a grounded theory study. *Early Interv Psychiatry.* 2010; 4(1): 47–56, doi: 10.1111/j.1751-7893.2009.00155.x, indexed in Pubmed: 20199480.
17. Fink JP, Tasman A. *Stigma and mental illness.* American Psychiatric Press Inc 1992: 255.
18. Piotrowicz R, Potocka J, Araszkievicz A, et al. Depresja jako problem kardiologiczny w praktyce lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. *Folia Cardiol.* 2003; 10(2): 1775–1845.
19. Stubbs A. Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: a review of the literature. *Australas Psychiatry.* 2014; 22(6): 579–584, doi: 10.1177/1039856214556324, indexed in Pubmed: 25371444.