



***Jakość życia
pacjentów z depresją
poddanych terapii elektrowstrząsami***



Mgr Monika Malesińska
Lek. med. Aleksandra Giba
Dr n. med. Katarzyna Krystyna Snarska
Dr hab. n. med. Monika Chorąży

Białystok, 2025

UNIwersytet Medyczny w Białymstoku

*Jakość życia pacjentów
z depresją
poddanych terapii elektrowstrząsami*

Mgr Monika Malesińska

Lek. med. Aleksandra Giba

Dr n. med. Katarzyna Krystyna Snarska

Dr hab. n. med. Monika Chorąży

Białystok, 2025

Recenzenci monografii

Dr n. o zdr. Mariola Pietrzak

Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych,
Wydział Nauk o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

Dr n. med. Elżbieta Nowicka
Prof. Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Zakład Interny i Pielęgniarstwa Internistycznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wydawca: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku ul. Kilińskiego 1 Białystok

Wydanie I

Białystok 2025

Wszelkie prawa zastrzeżone

ISBN - 978-83-68268-53-9

Opracowanie graficzne: wykorzystane w pracy ryciny/fotografie pochodzą z darmowej bazy Pixabay

Druk: Monografia wydana w formie elektronicznej i zamieszczona na stronie
https://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz.

Monografia powstała na bazie wyników pracy magisterskiej

Mgr Moniki Malesinskiej

Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych. Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż

WYKAZ AUTORÓW

- **Mgr Monika Malesińska**

Absolwentka studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

- **Lek. med. Aleksandra Giba**

Lekarz medycyny, Wojskowy Instytut Medyczny Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

- **Dr n. med. Katarzyna Krystyna Snarska**

Zakład Medycyny Klinicznej
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

- **Dr hab. n. med. Monika Chorąży**

Klinika Neurologii
Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SPIS TREŚCI

WYKAZ UŻYWANYCH SKRÓTÓW	7
I. WSTĘP	8
1. Terapia elektrowstrząsami – wyjaśnienie metody	8
2. Historyczne ujęcie elektrowstrząsów	9
3. Konwenanse koncepcji zabiegów elektrowstrząsów	10
4. Rekomendacje stosowania elektrowstrząsów	11
4.1. Wskazania do zastosowania metody elektrowstrząsów	12
5. Procedura kwalifikacyjna przystąpienia do terapii elektrowstrząsów	12
6. Ograniczenia stosowania metody elektrowstrząsów	14
7. Działania i symptomy niepożądane terapii elektrowstrząsów	14
8. Inne metody terapii stosowane w psychiatrii	16
9. Pacjenci z depresją i ich jakość życia	17
9.1. Znaczenie pojęcia życia i jego jakości w depresji	18
II. CEL PRACY	20
III. MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ.....	21
3.1. Metodologia badań	21
3.2. Organizacja badań	22
IV. WYNIKI	25
4.1. Dane charakteryzujące o respondencie	25
4.2. Pytania badawcze	31
4.3. Analiza metody terapii elektrowstrząsami	46
4.4. Ocena jakości życia pacjentów z depresją poddanych terapii elektrowstrząsami za pomocą Kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF	52
V. DYSKUSJA.....	60
VI. WNIOSKI	70
VII. STRESZCZENIE	71
VIII. BIBLIOGRAFIA	73
IX. ANEKS	77
9.1. Wykaz tabel	77
9.2. Wykaz rycin	80

WYKAZ UŻYWANYCH SKRÓTÓW

APA, *American Psychiatric Association* - Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne;
BDI - Inwentarz Depresji Becka;
CZP - Centrum Zdrowia Psychicznego;
DBS, *deep brain stimulation* - głęboka stymulacja mózgu;
EEG – elektroencefalografia;
EKG – elektrokardiografia;
EW, ECT, *electroconvulsive treatment* - leczenie elektrowstrząsowe;
HDRS - Skala Oceny Depresji Hamiltona;
MEP, *motor evoked potentials* - ruchowy i/lub motoryczny wywołany potencjał;
MMSE, *Mini Mental State Examination* – krótki test oceny stanu psychicznego;
MRI - magnetyczny rezonans jądrowy;
MST – magnetowstrząsy;
PD, *Parkinson's disease* - Choroba Parkinsona;
POChP - przewlekła obturacyjna choroba płuc;
rTMS, *repetitive transcranial magnetic stimulation* - powtarzalna przezczaszkowa stymulacja magnetyczna;
SD, *standard deviation* – odchylenie standardowe;
SM - Stwardnienie rozsiane;
STAR-D, *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression* - badanie dotyczące leczenia depresji finansowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego;
TK - tomografia komputerowa;
TMS, *transcranial magnetic stimulation* - przezczaszkowa stymulacja magnetyczna;
USA, Stany Zjednoczone Ameryki;
VNS - stymulacja nerwu błędnego;
WHOQOL-BREF, *The World Health Organization Quality of Life Bref* – Kwestionariusz pomiaru jakości życia;
ZZN - złośliwy zespół neuroleptyczny.

I. WSTĘP

W społeczeństwie indywiduum stanowi sposób reagowania na wszelkie problemy czy sytuacje życiowe powodując nieraz zjawisko psychopatologiczne o charakterze wieloprzyczynowym i wielowymiarowym w odpowiedzi na stres, emocje czy myślenie i zachowanie, w efekcie determinuje depresji [1]. Depresja jest chorobą podstępą która może dotyczyć szeregu populacji bez względu na status społeczny czy płeć, wiek tej populacji [2].

Leczenie elektrowstrząsami (EW, ECT) należy do najstarszych stosowanych form terapii i jako metoda podstawowa leczenia psychiatrycznego [Antosik-Wójcińska i wsp., 2021]. Wysoka skuteczność sięgająca 70–90% i bezpieczeństwo zastosowania terapii elektrowstrząsami skłania do wykorzystania tej metody pacjentom z depresją, jednocześnie pozytywnie wpływając na jakość ich życia równocześnie ograniczając następstwa i konsekwencje choroby [3].

Zarówno w minionych latach jak i obecnie ograniczeniem powszechnego zastosowania zabiegów elektrowstrząsów wśród populacji stanowi negatywna opinia publiczna i mity jej dotyczące, która to metoda kojarzona jest z torturami czy jako środek represyjny, ale także fakt wdrożenia anestezjologicznych technik [3]. W efekcie złowrogie nastawienie pacjenta przy braku rzetelnych informacji niejednokrotnie stwarza niejako blokadę, wycofanie do przystąpienia do tej metody leczenia i strach przed bólem, porażeniem prądem czy całkowitą utratą pamięci tego pacjenta [4].

Dlatego bardzo ważne jest przygotowanie przez personel medyczny, głównie przez pielęgniarki psychiatryczne pacjenta zakwalifikowanego do leczenia elektrowstrząsami wraz z okazaniem wsparciem fizycznym i psychicznym, empatią na każdym z etapów terapii zarówno pacjentowi a także jego rodzinie [5].

1. Terapia elektrowstrząsami – wyjaśnienie metody

Terapia elektrowstrząsami opiera się na zastosowaniu elektrycznej stymulacji przeczaszkowej mózgu. Warunkiem działania leczniczego terapii jest pobudzenie wystarczającej liczby neuronów żeby w efekcie wywołać uogólnioną napadową

czynność bioelektryczną [6].

Literatura wskazuje, iż w medycynie, a głównie w psychiatrii terapia elektrowstrząsami (EW; ECT) należy do stosunkowo starych sposobów form terapii pierwszego rzutu, która stosowana jest w leczeniu szeregu schorzeń i zaburzeń natury psychiatrycznej, w tym szczególnie w depresji [7]. Jest to nefarmakologiczny sposób terapii wykorzystywany w leczeniu psychiatrycznym w śpiączce insulinowej, we wstrząsie kardiazolowym, czy w terapii przedłużonym snem [8].

2. Historyczne ujęcie elektrowstrząsów

Według dostępnej literatury liczne badania elektrycznych metod pozyskiwania źródła, które miałyby wpływ na skuteczność w wielu patologiach były prowadzone od dawna. Zjawisko koncepcji terapii EW było przedmiotem badań Fleminga już w 1956 roku czy Sackeima w 1994 roku [9]. Jednak jak wynika z literatury to włoscy lekarze U. Cerletti i L. Bini w 1938 roku jako pierwsi pomyślnie zastosowali biologiczną metodę leczenia zaburzeń psychicznych pośród populacji poprzez elektrowstrząsy (EW), jednocześnie wykazując skuteczność kliniczną i uznanie. Poprzedzone zostały one w 1936 roku eksperymentami z wywoływaniem drgawek na zwierzętach. Asystent L. Bini skonstruował pierwszy aparat do elektrowstrząsów przesyłający prąd o napięciu 80–100 woltów [1]. Według doniesień wcześniej, w XVI wieku, lekarz Paracelsus podjął próbę leczenia drgawkowego za pomocą podania dawki kamfory i w efekcie wywołał napad padaczkowy u pacjenta [10].

W Europie w latach 40-tych i 50-tych metoda EW była istotnie ważkim sposobem leczenia chorych w psychiatrii [11], niestety farmakoterapia wprowadzona w latach 60-tych osłabiła znaczenie terapii EW szczególnie w USA, na który to wpływ oddziaływał ruch antypsychiatrii. Stanowisko grupy roboczej Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA), które zostało opublikowane w 1970 roku poparło stosowanie zabiegów EW w leczeniu depresji pomimo skutków ubocznych i krytycyzmu [12].

W Polsce lekarz K. Maleszewski w 1861 roku posłużył się metodą elektrowstrząsową pacjentowi w stanie katatonicznym. Zastosował prąd uzyskany z ogniwa galwanicznego, które to leczenie przyczyniło się do istotnej poprawy stanu

tego pacjenta i wprowadzone zostały jako podstawowa metoda leczenia w psychiatrii. Do ograniczeń i całkowitego zaniechania leczenia metodą EW w latach sześćdziesiątych przyczyniły się publikacje ruchu antypsychiatrów o bezskuteczności zabiegów i postawa społeczna w stosunku do chorych z zaburzeniami psychicznymi. Wzrastający powrót do terapii elektrowstrząsowej można zauważyć w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku wraz ze wzrostem liczby ciężkich zespołów depresyjnych u chorych przy złej tolerancji na farmakoterapię. Uściślono wówczas wskazania i przeciwwskazania do zastosowania terapii [13]. Mechanizm działania i skuteczność metody EW uzyskano dzięki licznym badaniom eksperymentalnym na zwierzętach poprzedzającym wprowadzenie tej metody w leczeniu psychiatrycznym [14].

Wykonanie zabiegu EW przy pomocy chlorku sukcyńlocholiny (*Suxamethonii chloridum*), który został wprowadzony do zwiótczenia mięśni poprzecznie prążkowanych i wprowadzenie znieczulenia ogólnego odegrało decydującą rolę w rozwoju i bezpieczeństwie terapii. Aktualnie w Polsce ta technika stanowi standard metody EW [15].

3. Konwenanse koncepcji zabiegów elektrowstrząsów

Według literatury pomimo licznych dowodów zgromadzonych na przestrzeni lat dotyczących skuteczności i przede wszystkim bezpieczeństwa zastosowania metody w populacji pacjentów w każdym wieku, to jak już wspomniano we wprowadzeniu, ograniczeniem i zarzutami powszechnego zastosowania zabiegów elektrowstrząsów i utrzymującym się stereotypom stanowią kontrowersje natury etyczno-moralnej, o metodach represyjnych czy też bezradnością leczenia psychiatrycznego i także nie do końca poznany mechanizm strategii elektrowstrząsów. Krytycyzm ruchu antypsychiatrii podsyca te opinie. W społeczeństwie jest kojarzona jako nieetyczne postępowanie wręcz „*barbarzyński anachronizm*” wobec chorego, jest formą okrutną, niebezpieczną wręcz o charakterze tortur jaki jest stosowany w stosunku do pacjenta w psychiatrii. Aczkolwiek zdarzenia niepożądane zdarzają się raczej rzadko [16] na ogół o łagodnym przebiegu [17] na co wskazują głównie aktualne badania biochemiczne, strukturalne, neurofizjologiczne. Niestety niefortunna nazwa elektroszok inaczej szok elektryczny także niesie negatywne odczucia pacjentom [18].

Autorzy wielu prac pod wpływem kontrowersji opinii publicznej wyjaśniając

implikacje działania terapii EW wyróżniają:

- **efekty bezpośrednie** typowo występujące po jednym zabiegu EW,
- **efekty odległe** jako skutek po zastosowaniu serii zabiegów EW,
- ale też **efekty ogólne** na etapie mózgu i działania swoiste na poziomie komórkowym działania tej metody na układ immunologiczny, nieswoiste efekty psychologiczne, niektóre układy neuroprzekaźnikowe [19].

Wykazano w badaniach wysoką efektywność tej metody w konsekwencji atypowym i całościowego zastosowania koncepcji EW na rozmaite układy m.in. neuroprzekaźnikowy odpowiedzialny za współwystępujące objawy uboczne, a także niepożądane czy układ hormonalny z normalizacją funkcji osi podwzgórze-przysadka-nadnercza łącznie z uwalnianiem wielorakich neuropeptydów i neuroregulatorów. Dowiedziono także istotny wpływ na regionalny przepływ krwi w mózgu i mózgową utylizację glukozy [20].

4. Rekomendacje stosowania elektrowstrząsów

Rekomendacjami zastosowania zgodnie z zaleceniami Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) i jako leczenie pierwszego rzutu EW stanowią przypadki ciężkich depresji i zaburzeń psychotycznych, zaburzenia lekooporne, bezpośrednie zagrożenie życia pacjenta tj. osobom ze znacznym ryzykiem popełnienia samobójstwa oraz w stadium wymagającym bezzwłocznej poprawy stanu zdrowia jak stupor, katatonia, wyniszczenie spowodowane nieprzyjmowaniem posiłków i płynów, które prowadzą do zaburzeń żywieniowych i odwodnienia, niecelnej tolerancji farmakoterapii oraz ryzykownego stosowania farmakoterapii z korzyścią metody EW np. w przypadku depresji w ciąży [21] oraz w ciężkim epizodzie maniakalnym (w sytuacji powolnej czy też niewystarczającej reakcji na farmakoterapię), stan schizofrenii i zaburzenia schizofreniczne, stan wtórny do zaburzeń medycznych i neurologicznych w formie ciężkich stanów afektywnych i psychotycznych, ale również w złośliwym zespole neuroleptycznym (ZZN) i chorobie Parkinsona [22].

W sytuacjach szczególnych metoda elektrowstrząsów stosowana jest także:

- **osobom w wieku podeszłym** bez względu na wiek z ewentualną koniecznością modyfikacji dawek leków przeciwcholinergicznym, znieczulających oraz zwiotczających np. w przypadku zaburzeń funkcji poznawczych;
- **kobietom podczas trwania ciąży** we wszystkich trymestrach z niewielkim ryzykiem dla płodu. Obawa przedwczesnego porodu skłania do wykonania EW na sali porodowej wraz z monitorowaniem EKG płodu podczas terapii EW;
- **kobietom w połogu** bez konieczności przerywania karmienia piersią w trakcie zabiegu EW łącznie z niewielkim ryzykiem podawanego środka znieczulającego dla karmionego niemowlęcia;
- **dzieciom i młodzieży;**
- **pacjentom szczególnym:** z rozrusznikiem serca, kardiowerterem-defibrylatorami serca oraz implantami ślimakowymi po konsultacji z kardiologiem, laryngologiem i niekiedy producentem urządzenia [23].

4.1. Wskazania do zastosowania metody elektrowstrząsów

Według wskazań do zastosowania metody elektrowstrząsów (EW) łącznie z wynikami badania Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR-D) jest:

- lekooporność w zaburzeniach afektywnych,
- zaburzenia psychiczne, w tym leczenie depresji lekoopornej z remisją blisko 50% m.in. w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej (ChAJ) i głównej przyczyny prób samobójczych chorych [17],
- dopełnienie różnorodnych form farmakoterapii [24].

5. Procedura kwalifikacyjna przystąpienia do terapii elektrowstrząsów

Kwalifikacją przystąpienia pacjenta do terapii elektrowstrząsów jest należyte i bezwarunkowe przejście procedury składającej się z badań laboratoryjnych (biochemia i pełna morfologia krwi, funkcji tarczycy), prześwietlenia klatki piersiowej tylnoprzodnie (PA), elektrokardiografii (EKG), badań neuroobrazowych za pomocą tomografii komputerowej (TK) i magnetycznego rezonansu jądrowego (MRI) [12], elektroencefalografii (EEG), szeregu konsultacji okulistycznej wraz z badaniem dna

oka, konsultacji internistycznej, neurologicznej i anestezjologicznej. Rozszerzenie procedury następuje w sytuacji zastrzeżeń czy ewentualnych wątpliwości konsultujących lekarzy skutkujący dodatkowymi badaniami [16]. Przed przystąpieniem do EW ważna jest także ocena ciąży kobiety w ciąży oraz mając na względzie końcowy efekt terapii ocena funkcji poznawczych za pomocą stosowanych w oddziale skal do oceny jak np. MMSE [19], ocena depresji przy zastosowaniu Skali Oceny Depresji Hamiltona (HDRS) bądź Inwentarza Depresji Becka (BDI) [20].

Podkreślenia stanowi, iż podwyższone ryzyko zaistnienia stanu zagrożenia życia stosowanej terapii elektrowstrząsowej pretenduje do wykonania zabiegu w warunkach sali operacyjnej, znieczulenia ogólnego oraz łącznie zastosowania środków zwiotczających mięśnie [21] wraz z monitorowaniem podstawowych funkcji życiowych tj. obserwacją, oceną i udokumentowaniem ciśnienia tętniczego krwi, saturacji, temperatury i tętna [22].

Rekomendowana seria zabiegów składa się z 10–12 terapii EW, jednak liczba zastosowanych cykli jest uzależniona od stanu psychicznego danego pacjenta i efektów terapii. Stosowana jest 2-3 razy w tygodniu [23,24], do której to istotnej poprawy stanu psychicznego może nastąpić nawet po wykonanym pierwszym zabiegu. Kolejne zabiegi natomiast prowadzą do stabilnej remisji. Dawka prądu podana pacjentowi jest ustalana ściśle według zaleceń producenta aparatu i powinna trwać 25 -75 sekund [25,26], jednak według oceny skuteczności poprzedniego wstrząsu jest ustalana dawka energii w kolejnych zabiegach. Satysfakcjonująco zabieg trwa co najmniej 20 sekund [27].

Ważna jest wyrażona i podpisana świadoma zgoda pacjenta hospitalizowanego w oddziale na proponowaną terapię EW. Wielokrotnie samodzielna niezdolność podejmowania tej decyzji za siebie z różnych przyczyn skutkuje przed przystąpieniem do leczenia koniecznością konsultacji z opiekunem prawnym czy też prawnikiem danego pacjenta, bądź też interwencją sędziego [28].

Przed zastosowaniem każdego zabiegu interdyscyplinarny zespół EW weryfikuje i rejestruje udokumentowaną zgodę danego pacjenta [9] rozważa ryzyko i korzyści związane z zastosowanym leczeniem dla danego pacjenta. Następnie zespół ten podejmuje decyzję o podjęciu bądź odstąpieniu od wdrożenia tej metody [12]. Warto nadmienić, że w skład zespołu terapeutycznego w terapii elektrowstrząsowej wymieniany jest wysoko wykwalifikowany i doświadczony personel w dziedzinie psychiatrii posiadający wysoką wiedzę i kompetencje podczas

leczenia EW tj. minimum dwie pielęgniarki, anestezjolog i asystent anestezjologa, lekarz psychiatra oraz minimum jeden personel medyczny gotowy do przeprowadzenia ewentualnego zabiegu resuscytacyjnego oraz w sytuacji awaryjnej pomocnym i niezbędnym jest także personel pomocniczy w osobie salowej. Za złoty standard w technice EW uważana jest wzajemna współpraca całego zespołu terapeutycznego [9].

6. Ograniczenia stosowania metody elektrowstrząsów

Według literatury jak każdy czy to zabieg czy metoda ma względne i bezwzględne przeciwwskazania do zastosowania. Do przystąpienia danego pacjenta do terapii elektrowstrząsowej bezwzględnym przeciwwskazaniem, aczkolwiek jedynym jest podwyższenie ciśnienia śródczaszkowego [15]. Jednak dopuszczalnymi a względnymi przeciwwskazaniami jest:

- przebyty zawał serca w ciągu ostatnich 3 miesięcy, niewyrównana niewydolność serca, ciężkie wady zastawkowe serca, niestabilna dusznica bolesna, złożone zaburzenia rytmu serca, tętniaka aorty;
- udar mózgu (w ciągu ostatnich 4 tygodni), nowotwór wewnątrzczaszkowy,
- niewyrównana cukrzyca, ciężkie zaburzenia metaboliczne;
- niewyrównana niewydolność nerek,
- ciężkie choroby płuc, w tym POChP;
- ostry napad jaskry, odklejenie siatkówki [5].

Dlatego kierując pacjenta na terapię EW należy po wnikliwym wywiadzie, wstępnej kwalifikacji chorego i wyeliminowaniu czynników uniemożliwiających poddanie terapii EW rozważyć rozpatrzyć w/w przeciwwskazania [25] oraz ograniczenia do znieczulenia tych pacjentów w terapii EW. Wnikliwie rozważyć liczne obciążenia somatyczne, szczególnie kardiologiczne i hemodynamiczne budzące największe obawy do terapii EW [17].

7. Działania i symptomy niepożądane terapii elektrowstrząsów

Według szacunkowych danych powikłania zagrażające życiu podczas leczenia EW zdarzają się niezmiernie rzadko u 1/50000 pacjentów, w tym u około 2% pacjentów

zdarzają się znacznie poważniejsze tj. ryzyko zgonu 1/80000 pacjentów podczas całego cyklu terapii EW [16].

Działaniami niepożądanymi oraz wieloma ograniczeniami jest:

- konieczność wdrożenia procedury znieczulenia ogólnego,
- zastosowanie środków zwiotczających mięśnie,
- stan niedotlenienia mózgu podczas zabiegu;
- możliwa interakcja między podawanymi lekami [17].

Literatura wskazuje, że symptomami niepożądanymi jakie można najczęściej zaobserwować po terapii EW są bóle głowy, bóle mięśniowe różnych partii ciała i ból żuchwy i karku, nudności i wymioty, dolegliwości stanu świadomości i pamięci, ale także stany deliryjne trwające 15–20 minut [14]. Uporczywymi skutkami terapii wywołującymi u chorych istotny niepokój w trakcie sesji bądź bezpośrednio po zastosowaniu EW jest:

- **amnezja wsteczna** - bariery w przypomnieniu okresu 1–3 miesięcy i ich części zdarzeń przed wdrożeniem leczenia. Istotnie większe występowanie w dysfunkcji pamięci bezosobowej;
- **amnezja następca** udaremnia i nie daje możliwości zapamiętania nowych informacji w okresie 1–3 tygodni po terapii. Skutek ten nie upośledza funkcjonowania pacjenta, ma niewielkie nasilenie i przemija po zakończeniu serii terapii EW w okresie około 3-6 miesięcy. Następuje powrót wspomnień [19].

Skuteczną strategię zapobiegającą nawrotom depresji, jak w przypadku choroby afektywnej jednobiegunowej, stanowi leczenie EW podtrzymujące. W badaniach wyższą skuteczność udowodniono wraz z leczeniem skojarzonym tj. terapia EW i leczenie lekiem przeciwdepresyjnym. Jednak z elastycznym podejściem do farmakoterapii, głównie z chwilą pojawienia zwiastunów pogorszenia [15].

Istotnych informacji dostarcza Kolshus i wsp. z przeprowadzonej metaanalizy z której wynika, że na wzrost nasilenia skutków ubocznych w formie deficytów poznawczych ma wpływ położenie elektrod i dawka zastosowanego prądu [7].

Doniesienia po dokonaniu przeglądu badań neuroobrazowych i eksperymentalnych wskazują, iż ograniczeniami do przeprowadzania zabiegów w Polsce stanowi zbyt mała liczba ośrodków, uciążliwość zgłaszania pacjentów

na te zabiegi ale również nieskuteczność terapii EW. Dlatego rekomendowane są inne alternatywne metody leczenia biologicznego tej grupie pacjentów między innymi z depresją lekooporną w przebiegu ChAD [17].

8. Inne metody terapii stosowane w psychiatrii

Literatura przybliży także inne, nowoczesne metody stosowane w psychiatrii jak:

- **TMS** *transcranial magnetic stimulation* - przezczaszkowa stymulacja magnetyczna, która służy do stymulacji mózgu i wskazywana jako najnowsza technika fizykalnego leczenia depresji i schizofrenii w psychiatrii oraz w diagnostyce neurologicznej. Metoda ta jest stosowana do drażnienia korzeni nerwowych, również nerwów obwodowych schorzeń ośrodkowych dróg ruchowych, szybkości dominacji w drogach ruchowych i/lub motorycznych wywołanych potencjałów (MEP, *motor evoked potentials*) badania funkcji ciała modelowanego i funkcji neuronów lustrzanych. Wzorami tej terapii jest bezbolesność, bezinwazyjność i brak efektu drgawkowego. Zalety skuteczności – działanie przeciwdepresyjne, skuteczny w destrukcyjnych objawach schizofrenii, ale także w zahamowaniu omamów słuchowych [15].
- **rTMS**, *repetitive transcranial magnetic stimulation* - powtarzalna przezczaszkowa stymulacja magnetyczna, jednak w terapii przynosi stosunkowo niski efekt kliniczny [17].
- **głęboka stymulacja mózgu** (DBS, *deep brain stimulation*) – stanowi metodę alternatywną procedur neurochirurgicznych o specyficznym działaniu i minimalnym ryzyku powikłań. Wszczepiony stymulator w tej metodzie pobudza niewielki, a wyselekcjonowany obszar mózgowia. Rekomendowana głównie w leczeniu choroby Parkinsona, dystonii, zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych i depresji lekoopornej przy deficycie i nietolerancji terapii EW oraz niezdolnością do pracy [17].
- **stymulacja nerwu błędnego** (VNS) [14].
- **magnetowstrząsy** (MST) [4].

Reasumując, dający pozytywne wyniki koncepcją zapobiegającą nawrotom depresji w przypadku choroby afektywnej jednobiegunowej stanowi terapia EW

podtrzymująca łącznie z leczeniem skojarzonym, tj. terapia lekiem przeciwdepresyjnym [4].

Dlatego w dalszej części pracy autor wyjaśni istotę i przybliży jednostkę chorobową najczęściej występującą wśród populacji i rekomendowaną do zastosowania metody leczenia za pomocą EW jaką jest depresja.

9. Pacjenci z depresją i ich jakość życia

Na przestrzeni lat analizą jakości życia zajmowało się wielu badaczy. Jednak szczególnie delikatnie rozważano ją w jednostce chorobowej jaką jest depresja, która stanowi niezmiernie powszechną chorobę cywilizacyjną w ostatnich latach o złożonej i wieloczynnikowej etiologii [16]. Charakterystycznymi cechami obrazu klinicznego pacjenta z depresją stanowi obniżenie nastroju doświadczane jako stan przygnębienia czy smutku, osłabienie tempa procesów psychicznych w postaci spowolnienia myślenia, zaburzeń pamięci, koncentracji i uwagi, ale też problemy z podejmowaniem decyzji, niska samoocena, zaburzenia psychomotoryczne wraz z uczuciem zmęczenia i znużenia oraz zaburzenia rytmów biologicznych [20].

Na wizerunek chorego z depresją wpływa wiele składowych i sytuacji sprzyjających występowaniu tej choroby, depresji m.in. pora roku, choroby współistniejące w tym bezsenność czy zaburzenia snu. Warto podkreślić, iż depresja towarzyszy w większości chorób współistniejących, jak m.in. otyłość, stwardnienie rozsiane (SM) [18], w chorobie Parkinsona (PD), udarze mózgu [5], czy w padaczce [10] oraz nowo zdiagnozowaną chorobą nowotworową. Szczególnie w nowotworze gruczołu piersiowego u kobiet [16]. Niejednokrotnie stygmatyzacja w chorobach prowadzi do pogłębienia depresji w następstwie samotności, braku wsparcia społecznego, odrzucenia przez społeczeństwo ale też najbliższych, partnera [26].

Z doniesień literatury wynika, że na rozwój choroby jaką jest depresja istotny ma wpływ rozwód z różnych przyczyn m.in. z powodu poniżania, nieprawidłowych relacji i ubóstwa w tej rodzinie bądź odrzucenie przez partnera. Te niekorzystne elementy wpływają na subiektywne odczucia, jednostka izoluje się, ma ciągle poczucie winy. Innym niepokojącym elementem w depresji stanowi brak lub nikłe spodziewane rezultaty leczenia farmakologicznego, łącznie po modyfikacjach, ale i zintensyfikowane reakcje niepożądane pogłębiają stan choroby [27]. W społeczeństwie depresja stanowi

poważny problem zdrowotny szczególnie w populacji osób w wieku powyżej 65 lat i wzrasta wraz z wiekiem, w której to grupie pacjentów obserwuje się nawroty choroby afektywnej, jednak o wczesnym początku [28].

Negatywny wpływ etykiety naznaczenia w efekcie prowadzi do nasilenia przebiegu depresji i powiązanych stanów emocjonalnych jak lęk, strach, wstręt do własnego ciała łącznie z poczuciem winy bądź nawet myślami o śmierci, zakłócając życie codzienne. Następują podjęcia, często wielokrotne, prób samobójczych osób obarczonych depresją. Jednostka zdeterminowana, w poczuciu krytycyzmu swoimi czynami, a jednocześnie odtrącona przez otoczenie bądź także najbliższych z łatwością zdolna jest do targnięcia na życie i samobójczego czynu [29].

W celu poprawy jakości życia jednostki z depresją, choroby najczęściej występującej wśród populacji wymaga stałej opieki specjalisty leczenia depresji, nawet kilka razy w ciągu roku, łącznie z zastosowaną kompleksową farmakoterapią, elektrowstrząsami, fototerapią i psychoterapią [16] wraz z koniecznością pobytu w placówkach medycznych. Podkreślenia stanowi ważkość roli jaką odgrywa personel medyczny w jednostce do której uczęszcza pacjent z depresją bądź przebywający w szpitalu. Poprzez obserwację chorego ukierunkowuje działania zmierzające do poprawy stanu zdrowia tych chorych [20].

9.1. Znaczenie pojęcia życia i jego jakości w depresji

Doniesienia literatury wskazują, że wielorakość znaczeń pojęcia życia i jego jakości o interdyscyplinarnym charakterze nie tylko w medycynie ale i innych dyscyplinach naukowych jak socjologia, pedagogika czy ekonomia skłonił autorów do licznych badań i doprecyzowania definicji trafnie określającej tą jakość życia [19].

Wskazywana przez Quality of Life Group, która funkcjonuje przy Światowej Organizacji Zdrowia (WHOQOL Group), a po wielokroć cytowana w wielu publikacjach jakość życia jest to spostrzeganie pozycji przez jednostkę w życiu, w kontekście kultury i systemów wartości akceptowanych przez społeczeństwo, w którym żyje. Również w relacji tej jednostki do celów życiowych, oczekiwań oraz zainteresowań [18].

Trafny opis terminu jakość życia związana ze stanem zdrowia (HRQOL) brzmi: *„Termin odnoszący się do zdrowotnych aspektów jakości życia, powszechnie uważany za odzwierciedlający wpływ choroby i leczenia na niepełnosprawność i codzienne*

funkcjonowanie, która odzwierciedla wpływ postrzeganego zdrowia na zdolność tej jednostki do prowadzenia satysfakcjonującego życia. HRQOL jest miarą wartości przypisanej długości życia zmodyfikowanej przez upośledzenia, stany funkcjonalne, postrzeganie i możliwości, pod wpływem choroby, urazu, leczenia i polityki” [9] w zakresie funkcjonalnym, poznawczym, społecznym, ale również na procesy psychologiczne [20].

Według literatury na postrzeganą jakość życia przez pacjenta z depresją przebywającego w szpitalu ma wpływ wiele składowych, przede wszystkim wiek, płeć, ilość oraz długość hospitalizacji, stopień zadowolenia z opieki i zastosowanego leczenia za pomocą elektrowstrząsów, który istotnie poprawia funkcjonowanie i zmniejsza nasilenie objawów depresyjnych. Z dociekań autorów wynika, że warunki mieszkaniowe chorych obarczonych depresją, niejednokrotnie złe, mają także istotny wpływ na jakość życia tych pacjentów. Pacjenci przebywający w placówce otoczeni wsparciem, ciepłem ze strony personelu niechętnie opuszczają szpital [27].

Zrozumienie przez społeczeństwo jednostki choroby, depresji, otoczenie ich wsparciem istotnie poprawi ich jakość życia oraz łatwiej jest przezwyciężyć chorobę, ponieważ jakość życia jest bardzo ważna w każdej chorobie, nie tylko w depresji, należy motywować jednostkę, zachęcać do współudziału w życiu rodzinnym i społecznym jednocześnie dążąc do poprawy samopoczucia i jakości ich życia

W szpitalu, personel medyczny do modyfikowania celów leczenia, świadczonej opieki wobec pacjentów obarczonych depresją korzysta z dostępnych w oddziale kwestionariuszy jakości życia, które systematycznie przeprowadza wśród chorych uwidoczniając efekty tego leczenia [28]. Istotnym aspektem świadczeń, które realizowane są przez personel medyczny, szczególnie przez pielęgniarkę, stanowią wszelkie działania i relacje interpersonalne na rzecz poprawy jakości życia pacjentów z depresją. Natomiast takie cechy jak empatia, wrażliwość i cierpliwość okazywana przez personel w kontakcie z pacjentem, jego rodziną oraz postrzeganie holistyczne problemów tego chorego zapewnią jakże ważne wsparcie i poczucie bezpieczeństwa stanowiąc gwarancję poprawy stanu zdrowia pacjenta i jego jakości życia [18].

Reasumując, ważną rolę w postrzeganej przez pacjentów jakości życia odgrywa całościowa opieka personelu każdego szczebla, szczególnie pielęgniarek nad chorym, ale również właściwe relacje interpersonalne. Istotnym elementem opieki medycznej nad pacjentem z depresją odgrywa przede wszystkim wsparcie i edukacja pacjenta i jego rodziny na temat deficytu depresji [29], który w efekcie poprawia pacjentom

komfort i poczucie satysfakcji z życia, szybszy powrót do aktywności zawodowej i co jest bardzo istotne zmniejszając ryzyko śmiertelności [30].

II. CEL PRACY

Leczenie elektrowstrząsami należy do najstarszych stosowanych form terapii i jako metoda podstawowa leczenia psychiatrycznego. Wysoka skuteczność i bezpieczeństwo zastosowania terapii elektrowstrząsami skłania do wykorzystania tej metody pacjentom z depresją, jednocześnie pozytywnie wpływając na jakość ich życia oraz ograniczając następstwa i konsekwencje choroby.

Założeniem głównym pracy jest ocena jakości życia pacjentów z depresją poddanych terapii elektrowstrząsami.

Cele zaproponowanych badań

1. Określenie jakości życia pacjentów z depresją poddanych terapii elektrowstrząsami.
2. Wyłonienie czynników wpływających na jakość życia pacjentów z depresją poddanych terapii elektrowstrząsami.
3. Określenie wpływu terapii elektrowstrząsami na przebieg depresji.

Celami szczegółowymi badań jest:

1. Czy kobiety częściej są leczone w szpitalu z powodu depresji?
2. Czy zmienne socjodemograficzne (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie) mają znaczenie na podjęcie prób samobójczych?
3. Jaki ma wpływ terapia elektrowstrząsami na przebieg depresji?

III. MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

3.1. Metodologia badań

Badaniami objęto 82 pacjentów chorych na depresję leczonych elektrowstrząsami, hospitalizowanych w oddziale VI Ogólnopsychiatrycznym w SPP ZOZ im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy w okresie od początku roku do 01.09.2024 roku. Pod koniec badań, tj. dnia 25.08.2024 roku oddział VI Ogólnopsychiatryczny zmienił nazwę na Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP).

Zgoda uzyskana w/w Komisji Bioetycznej jest równoznaczna do przeprowadzenia badań, które to badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego o charakterze anonimowym i dobrowolnym.

Narzędzie badawcze stanowił autorski anonimowy kwestionariusz ankiety oraz standaryzowany kwestionariusz oceniający jakość życia - WHOQOL-BREF w polskiej wersji językowej za pomocą którego został zebrany materiał badawczy . Pytania do kwestionariusza ankiety zostały utworzone do potrzeb sondażu, a składały się z trzech części, tj.:

- I. **Metryczka** – która zawierała dane charakteryzujące o respondencie bez naruszenia anonimowości m.in.: wiek, waga, wzrost, BMI, płeć, miejsce zamieszkania, warunki mieszkaniowe, wskazanie osoby sprawującej opiekę nad badanym, podanie źródła utrzymania i wykształcenie badanego;
- II. **Pytania**, które zawierały informacje dotyczące czasu jaki choruje badany na depresję, pytania dotyczącego stałej opieki specjalistycznej leczenia depresji i ilości razy w ciągu roku uczęszczania do poradni leczenia depresji, częstości hospitalizacji z powodu depresji, o przyjmowane przez badanego leki przeciwdepresyjne na stałe, choroby przewlekłe współistniejące u badanego, sytuacje sprzyjające występowaniu depresji i istniejące u badanych, pytania

o wystąpieniu ewentualnej próbie samobójczej, wiedzy dotyczącej terapii elektrowstrząsami, iloma cyklom poddawany był badany w terapii elektrowstrząsów oraz pytań o objawy występujące podczas elektrowstrząsów, opinię o poprawę funkcjonowania i zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych za pośrednictwem leczenia za pomocą elektrowstrząsów, oraz „Jak Pan/Pani myśli, jaki ma wpływ na Pana/Panią terapia elektrowstrząsami na przebieg depresji?”.

- III. **WHOQOL-BREF - standaryzowany kwestionariusz oceniający jakość życia** - (*The World Health Organization Quality of Life Bref*) w polskiej wersji językowej, który służy do oceny psychometrycznej jakości życia. Narzędzie to na potrzeby naszego kraju zostało zaadoptowane przez L. Wołowicką i K. Jaracz [Wołowicka i Jaracz, 2001] na podstawie formularza WHOQOL-100 wydanego przez Światową Organizację Zdrowia. Poszczególne domeny pięciostopniowej skali analizują odczucia emocjonalne i stan fizyczny respondenta. Kwestionariusz ten składa się z 26 pytań, za które można uzyskać punktację od 1 do 5. Do wytyczenia poziomu jakości życia i samoceny stanu zdrowia poddane są analizie 4 podstawowe domeny (fizyczna, psychologiczna, relacji społecznych oraz funkcjonowania w środowisku) i poszczególne 24 kategorie [Kotarski, 2018]. Ponadto odrębna analiza dwóch pozycji (pytanie nr.1 i nr.2) pozwala otrzymać globalną jakość życia i samoocenę stanu zdrowia, która jest wynikiem indywidualnej całościowej oceny jakości życia (pytanie nr.1) i indywidualnego postrzegania własnego zdrowia a zawarta jest w pytaniu nr.2 [Wołowicka i Jaracz 2001; Kotarski, 2018]. Uzyskane wyższe wartości skali poszczególnych dziedzin wytyczają kierunek pozytywny a tym samym lepszą jakość życia poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej punktacji poszczególnych pozycji dziedzin sekwencji. Zakres punktacji, którą można uzyskać mieści się od 4 do 20 punktów [8].

3.2. Organizacja badań

Wstępna kwalifikacja eliminująca do terapii elektrowstrząsami pod względem przeciwwskazań, w tym chorób współistniejących pacjentów hospitalizowanych w oddziale VI Ogólnopsychiatrycznym a tym samym do udziału w badaniu 11 pacjentów i odmowa udziału w ankietyzacji 7 chorych umożliwiła przeprowadzić

badania wśród grupy 82 chorych.

W oddziale VI Ogólnopsychiatrycznym kwalifikacja każdego pacjenta do leczenia elektrowstrząsowego kierowanego przez lekarza prowadzącego odbyła się po konsultacji neurologicznej, w tym wykonaniu EEG, anestezjologicznej, okulistycznej, internistycznej, wykonaniu niezbędnych badań laboratoryjnych (sód, potas, chlorki) i obrazowych (TK głowy) łącznie z dodatkowymi badaniami zleconymi lekarzy konsultujących chorego oraz pomiar wagi ciała pacjenta, EKG, parametry życiowe tj. pomiar RR i HR, temperatura ciała. Następnie każdy pacjent otrzymał informację dla pacjenta o leczeniu elektrowstrząsowym zawierający podstawowe informacje o sposobie leczenia, celowości i skuteczności terapii, wyjaśnieniu celowości badań przed zakwalifikowaniem do terapii EW, przeciwwskazaniach i objawach ubocznych, formularz wyrażenia świadomej zgody na zabiegi elektrowstrząsowe w znieczuleniu ogólnym ze zwiótczeniem wraz z formularzem zgody na znieczulenie ogólne do zabiegu EW ze szczegółowym wyjaśnieniem przez personel medyczny bezpieczeństwa i ryzyka podczas tego znieczulenia oraz przygotowaniu pacjenta zarówno przed i po znieczuleniu.

Po zakwalifikowaniu pacjentów do terapii EW a przed przystąpieniem do wypełnienia kwestionariusza ankiety każdy ankietowany był poinformowany o anonimowości badania, wyrażeniu zgody na udział w badaniu oraz każdorazowo respondenci otrzymali informację dla osoby ankietowanej o celu prowadzonych badań i świadomą zgodę na udział w badaniu. Informacja dla pacjenta w niej zawarta dotyczyła braku możliwości identyfikacji uczestnictwa w badaniu i możliwości wycofania zgody na udział w badaniu bez podawania przyczyny na każdym etapie trwania badania.

Ankietyzacja badań została przeprowadzona przed przystąpieniem do terapii EW metodą sondażu diagnostycznego o charakterze anonimowym i dobrowolnym wraz z przeczytaniem respondentowi informacji o zasadach postępowania i celu przeprowadzenia badań, który zamieszczony został we wstępie kwestionariusza ankiety (załącznik - Kwestionariusz ankiety).

Założonym celem prowadzonych badań była ocena jakości życia pacjentów w depresji przystępujących do terapii elektrowstrząsami, wyłonienie czynników wpływających na jakość życia i określenie wpływu terapii elektrowstrząsami na przebieg depresji pacjentów chorych na depresję leczonych elektrowstrząsami, hospitalizowanych w oddziale VI Ogólnopsychiatrycznym w SPP ZOZ

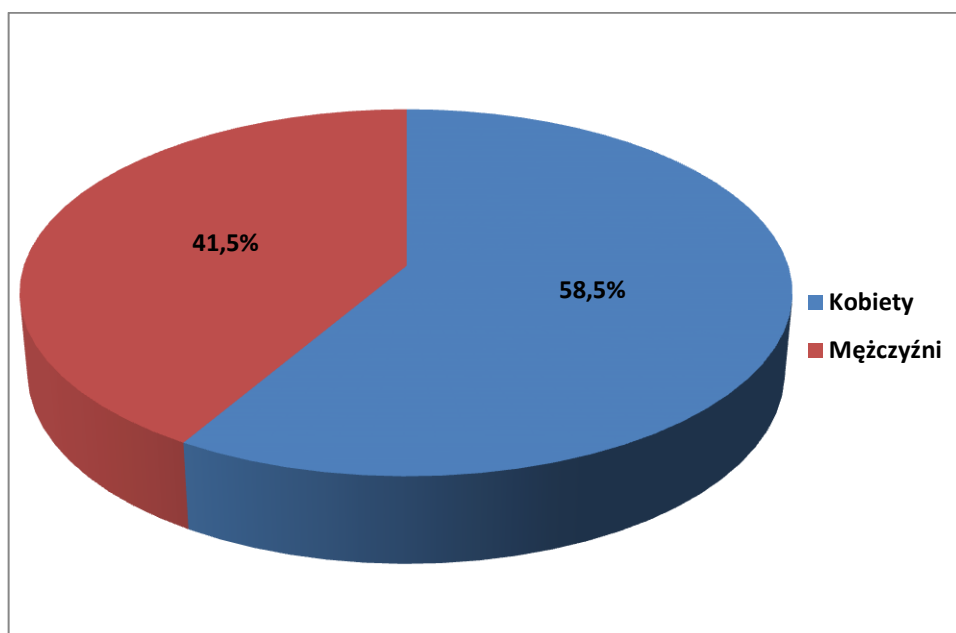
im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy przez zastosowanie w/w ankiety oraz Kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF w polskiej wersji językowej.

Adekwatna liczba zebranego materiału badawczego pozwoliła na zakodowanie danych oraz przeprowadzenie pomiarów i analiz statystycznych z wykorzystaniem arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel, programu STATISTICA v. 17.0 i testu Chi2 Pearsona, natomiast podstawowe pomiary danych jakościowych (nominalne) zostały przedstawione w postaci liczebności (N) i odsetka (%) przy założonym prawdopodobieństwie testowym istotnym statystycznie na poziomie $p < 0,05$ [28].

IV. WYNIKI

4.1. Dane charakteryzujące o respondencie

W przeprowadzonym badaniu wzięło udział N=82 pacjentów, w tym N=48 (58,5%) kobiet i N=34 (41,5%) mężczyzn, chorych na depresję leczonych elektrowstrząsami, hospitalizowanych w oddziale VI Ogólnopsychiatrycznym w SPP ZOZ im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy w okresie od początku roku do 01.09.2024 roku. Szczegółowe dane obrazuje Rycina 1.



Rycina 1. Płeć respondentów (N=82). Źródło: dane własne.

Średnia wieku z uwzględnieniem minimum (19 lat) i maksimum (84 lat) ogółu respondentów miało wartości 45,68 (SD +/-13,03), natomiast pod względem płci respondentów, wśród kobiet miał wartości 46,77 (SD +/-13,99), zaś u mężczyzn – 44,15 (SD +/-11,58). Szczegółowe dane obrazuje Tabela I.

Tabela I. Średnia wieku pod względem ogółu i pod względem płci respondentów (N=82).

	Min.	Średnia wieku respondentów	Max.	SD +/-
Razem N=82	19	45,68	84	13,03
Kobiety N=48	19	46,77	84	13,99
Mężczyźni N=34	25	44,15	68	11,58

SD+/- - odchylenie standardowe

Min. – minimum

Max. - maksimum

Źródło: dane własne

Na potrzeby badań utworzono grupy wiekowe, do których przypisano respondentów. Co trzeci (34,1%) respondent był w wieku 51 lat i więcej i 29,3% badanych przypisano do przedziału wiekowego 41-50 lat. Ale też można zauważyć znaczącą grupę respondentów w przedziale wiekowym 31-40 lat, tj. 19,5% osób i w przedziale wiekowym ≤ 30 lat (17,1%). Kobiety znacznie częściej były w wieku 51 lat i więcej (41,7%), natomiast mężczyźni w wieku 41-50 lat (38,3%). Wśród najmłodszej grupy respondentów (≤ 30 lat) przeważali mężczyźni (20,6%). Pod względem wieku a płcią respondentów nie było różnicy istotnej statystycznie. Szczegółowe dane obrazuje Tabela II.

Tabela II. Wiek a płeć respondentów (N=82).

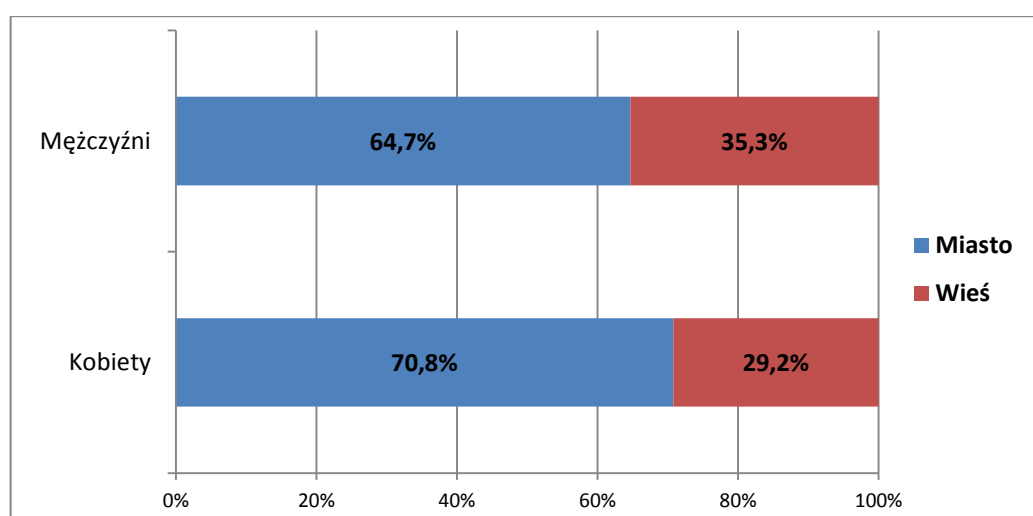
wiek	Kobiety		Mężczyźni		Razem N = 82 (100%)
	N = 48	%	N = 34	%	
Wiek a płeć respondentów (n.z.p=0,257)					
≤ 30 lat	7	14,6	7	20,6	14 (17,1)
31-40 lat	10	20,8	6	17,6	16 (19,5)
41-50 lat	11	22,9	13	38,3	24 (29,3)

51 lat i więcej	20	41,7	8	23,5	28 (34,1)
-----------------	----	------	---	------	-----------

n.z.p – brak różnicy istotnej statystycznie

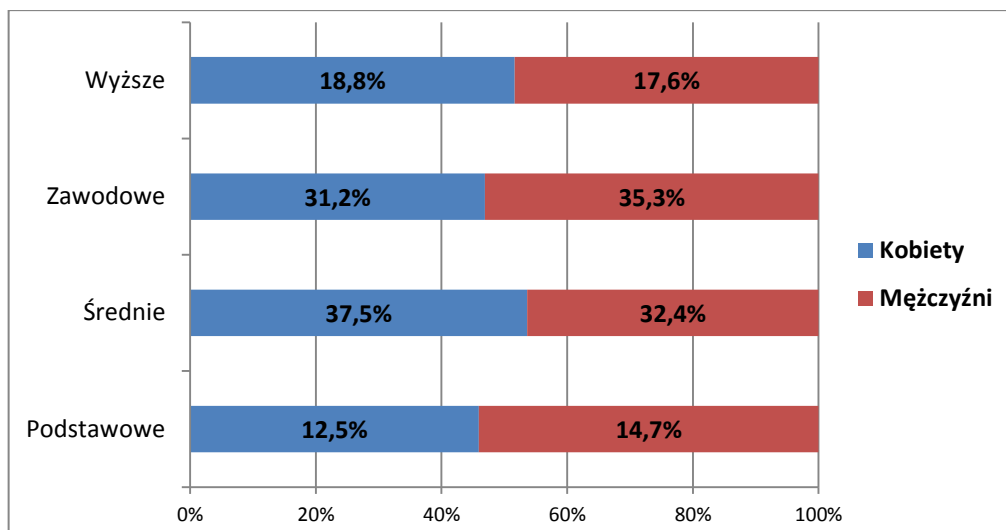
Źródło: dane własne

Znaczna większość, tj. 68,3% respondentów zamieszkiwało miasto, zaś pozostałe 31,7% badanych – wieś. Kobiety częściej zamieszkiwały miasto (70,8%), zaś co trzeci (35,3%) mężczyzna zamieszkiwał wieś. Pod względem miejsca zamieszkania a płcią respondentów nie było różnicy istotnej statystycznie. Szczegółowe dane obrazuje Rycina 2.



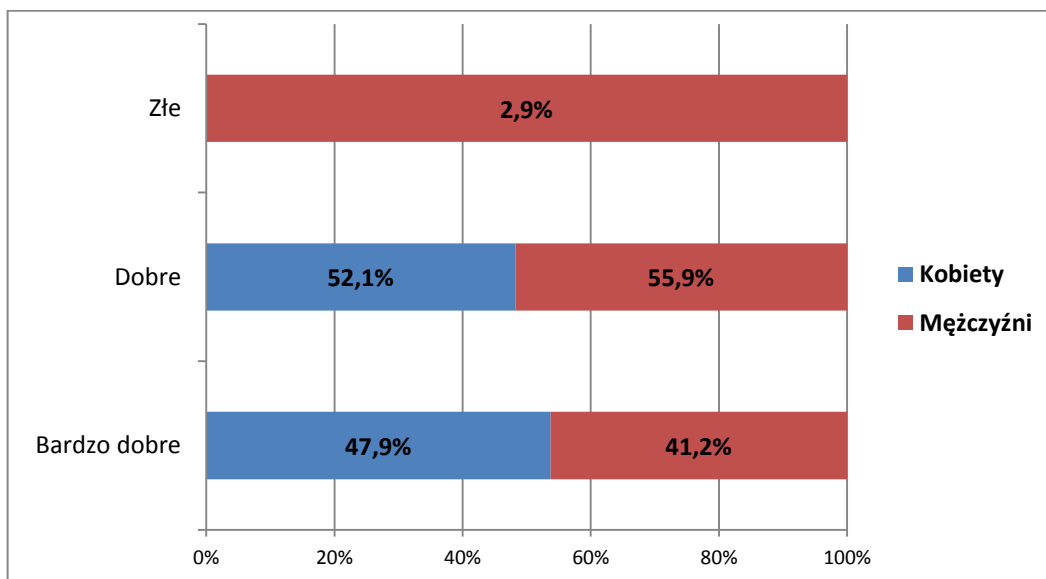
Rycina 2. Miejsce zamieszkania a płeć respondentów (N=82). Źródło: dane własne.

Pośród badanych, najczęściej co trzeci respondent legitymował się wykształceniem średnim (35,4%) i zawodowym (32,9%) oraz prawie co piąty (18,3%) respondent legitymował się wykształceniem wyższym. Pozostałe 13,4% respondentów legitymowało się wykształceniem podstawowym. Kobiety częściej legitymowały się wykształceniem średnim (37,5%), zaś mężczyźni wykształceniem zawodowym (35,3%). Pod względem wykształcenia a płcią respondentów nie było różnicy istotnej statystycznie. Szczegółowe dane obrazuje Rycina 3.



Rycina 3. Wykształcenie a płeć respondentów (N=82). Źródło: dane własne.

Aż 53,7% respondentów wskazało dobre i 45,1% badanych - bardzo dobre warunki mieszkaniowe. Znikomy procent, tylko 1,2% respondentów wskazało złe warunki mieszkaniowe. Spośród badanych mężczyźni nieco częściej deklarowali warunki mieszkaniowe jako dobre (55,9%), zaś kobiety jako - bardzo dobre (47,9%). Ale też 2,9% mężczyzn wskazał złe warunki mieszkaniowe. Pod względem warunków mieszkaniowych a płcią respondentów nie było różnicy istotnej statystycznie. Szczegółowe dane obrazuje Rycina 4.



Rycina 4. Warunki mieszkaniowe a płeć respondentów (N=82). Źródło: dane własne.

W znacznej większości aż 62,2% respondentom źródłem utrzymania była praca. 17,1% respondentom źródłem utrzymania była emerytura i 15,8% badanych – renta

oraz 4,9% respondentów wskazało odpowiedź: Inne, bez podania tego źródła dochodu. Mężczyźni znacznie częściej deklarowali pracę jako źródło utrzymania (73,6%), zaś kobiety - emeryturę (22,9%). Pod względem źródła utrzymania a płcią respondentów nie było różnicy istotnej statystycznie. Szczegółowe dane obrazuje Tabela III.

Tabela III. Źródło utrzymania a płeć respondentów (N=82).

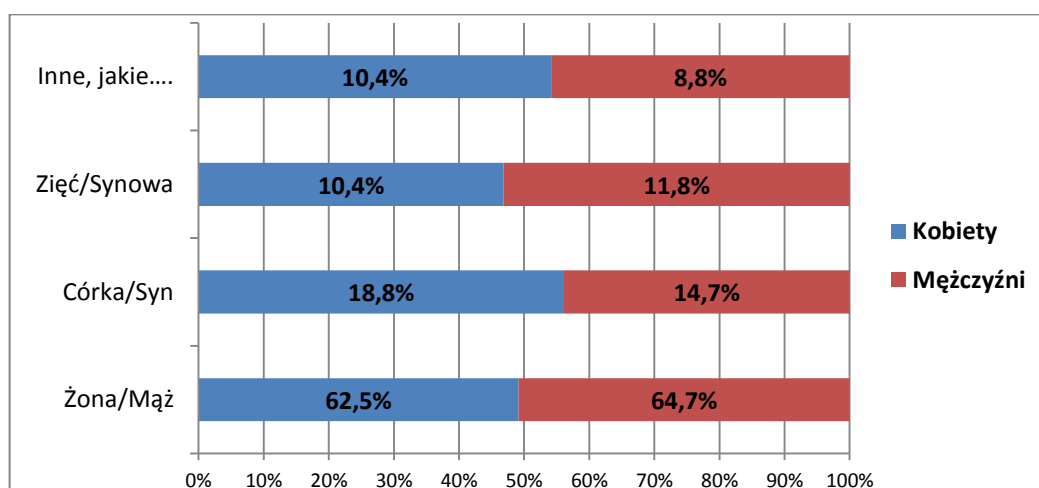
	Kobiety		Mężczyźni		Razem N = 82 (100%)
	N = 48	%	N = 34	%	
Źródło utrzymania a płeć respondentów (n.z.p=0,260)					
Praca	26	54,2	25	73,6	51 (62,2)
Emerytura	11	22,9	3	8,8	14 (17,1)
Renta	8	16,7	5	14,7	13 (15,8)
Inne	3	6,2	1	2,9	4 (4,9)

n.z.p – brak różnicy istotnej statystycznie

Źródło: dane własne

Końcowa suma nie wynosiła 100%, gdyż respondenci wskazali więcej niż jedną liczbę wariantów odpowiedzi do tego zagadnienia.

U 63,4% respondentów opiekę nad badanymi sprawuje małżonek, u 17,1% osób - Córka/Syn i u 11,0% respondentów - Zięc/Synowa. Ale też 9,7% respondentów wskazało własną odpowiedź: Inne, jakie: mama, wujek, rodzina. Można zauważyć, że rozkład płci respondentów w przypadku sprawowanej opieki utrzymywał się prawie na tym samym poziomie, aczkolwiek nad mężczyznami nieco częściej opiekę sprawował małżonek (64,7%) i Zięc/Synowa (11,8%), zaś nad kobietami - Córka/Syn (18,8%) i wskazana własną odpowiedź: Inne, jakie: mama, wujek, rodzina (10,4%). Pod względem osoby sprawującej opiekę nad badanym a płcią respondentów nie było różnicy istotnej statystycznie. Szczegółowe dane obrazuje Rycina 5.



Rycina 5. Osoba sprawująca opiekę nad badanym a płeć respondentów (N=82).
Źródło: dane własne.

4.1.1. Ocena masy ciała respondentów

Interpretując wyniki BMI respondentów według tabeli BMI WHO wykazano, że nikt nie był wygłodzony, zaś 2,4% respondentów było **wychudzonych** i były to kobiety (4,2%). Znacząco, bo 48,8% respondentów odznaczało się **wagą prawidłową** i 31,7% badanych miało **nadwagę**. Można zauważyć, że kobiety częściej miały wagę prawidłową (56,2%), zaś mężczyźni dwukrotnie częściej nadwagę (47,0%). Ale już u pozostałych 17,1% badanych stwierdzono: otyłość I ° (7,3%), otyłość II ° (4,9%) i otyłość III ° (4,9%). Kobiety częściej miały otyłość I ° (8,3%) i otyłość II ° (6,3%), zaś mężczyźni - otyłość III ° (5,9%). Szczegółowe dane obrazuje Tabela IV.

Tabela IV. Ocena masy ciała (BMI) a płeć respondentów (N=82).

	Kobiety		Mężczyźni		Razem N = 82 (100%)
	N = 48	%	N = 34	%	
wychudzenie: 16,0-16,9	0	0,0	0	0,0	0 (0,0)
niedowaga: 17,0 - 18,5	2	4,2	0	0,0	2 (2,4)
waga prawidłowa: 18,5-24,9	27	56,2	13	38,3	40 (48,8)
nadwaga: 25,0-29,9	10	20,8	16	47,0	26 (31,7)
otyłość I ° : 30,0-34,9	4	8,3	2	5,9	6 (7,3)
otyłość II ° : 35,0–39,9	3	6,3	1	2,9	4 (4,9)

otyłość III ^o : ≥ 40	2	4,2	2	5,9	4 (4,9)
--------------------------------------	---	-----	---	-----	---------

n.z.p – brak różnicy istotnej statystycznie

Źródło: dane własne

W badaniu nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną masy ciała (BMI) a płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania i wykształceniem. Tabela V zawiera dane.

Tabela V. Zmienne socjodemograficzne a ocena masy ciała (BMI) (N=82).

zmienna	WARTOŚĆ TESTU/ P -VALUE
PŁEĆ	$\chi^2 = 7,788$; $p=0,254$
WIEK	$\chi^2 = 22,918$; $p=0,194$
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	$\chi^2 = 9,972$; $p=0,126$
WYKSZTAŁCENIE	$\chi^2 = 24,857$; $p=0,129$

Źródło: dane własne

4.2. Pytania badawcze

4.2. 1. Czas trwania depresji

Pośród respondentów, co piąty (20,7%) badany chorował na depresję 3-4 lata oraz 15,9% osób – 2 lata, 14,6% osób – 1 rok bądź 17,1% respondentów - 1-11 miesięcy. Ale też okresy jaki chorują badani na depresję a deklarowany przez respondentów był: 10-16 lat i 20-33 lata (po 11,0%) oraz 5-8 lat (9,7%). Kobiety znacznie częściej chorowały na depresję 3-4 lata (22,9%), 2 lata i 1-11 miesięcy (po 16,7%), natomiast mężczyźni - 1 rok (23,6%) 3-4 lata i 1-11 miesięcy (po 17,6%). Szczegółowe dane obrazuje Tabela VI.

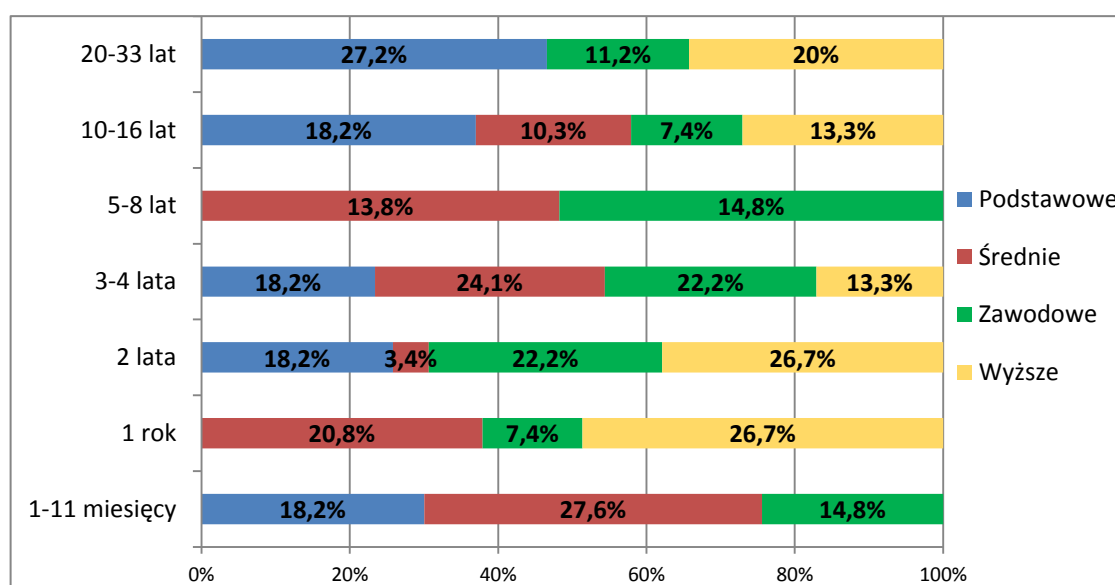
Tabela VI. Ocena czasu jaki choruje badany na depresję a płeć respondentów (N=82).

	Kobiety		Mężczyźni		Razem N = 82 (100%)
	N = 48	%	N = 34	%	
1-11 miesięcy	8	16,7	6	17,6	14 (17,1)
1 rok	4	8,3	8	23,6	12 (14,6)
2 lata	8	16,7	5	14,7	13 (15,9)
3-4 lata	11	22,9	6	17,6	17 (20,7)
5-8 lat	6	12,5	2	5,9	8 (9,7)
10-16 lat	7	14,6	2	5,9	9 (11,0)
20-33 lat	4	8,3	5	14,7	9 (11,0)

n.z.p – brak różnicy istotnej statystycznie

Źródło: dane własne

Analizując to zagadnienie pod względem wykształcenia próg istotności został nieznacznie przekroczony (Tabela VII) to podkreślenia stanowi, że respondenci z wykształceniem podstawowym chorowali na depresję 20-33 lata (27,2%) i prawie co piąty (18,2%) badany w każdym zadeklarowanym czasie trwania depresji. Respondenci wykształceniem wyższym - 1 rok i 2 lata (po 26,7%), badani z wykształceniem średnim - 1-11 miesięcy (27,6%) i 3-4 lata (24,1%) oraz badani z wykształceniem zawodowym – 2 lata i 3-4 lata (po 22,2%). Szczegółowe dane obrazuje Rycina 6.



Rycina 6. Ocena czasu jaki choruje badany na depresję a wykształcenie respondentów (N=82).

W badaniu nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną czasu jaki choruje badany na depresję a płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania i wykształceniem. Tabela VII zawiera dane.

Tabela VII. Zmienne socjodemograficzne a ocena czasu jaki choruje badany na depresję (N=82).

zmienna	WARTOŚĆ TESTU/ P -VALUE
PŁEĆ	$\chi^2=6,469$; $p=0,373$
WIEK	$\chi^2=21,5$; $p=0,255$
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	$\chi^2=3,809$; $p=0,703$
WYKSZTAŁCENIE	$\chi^2=26,19$; $p=0,095$

Źródło: dane własne

4.2.2. Ocena stałej opieki specjalistycznej i leczenia depresji

Przeważająca większość, aż 85,4% respondentów było pod stałą opieką specjalistyczną leczenia depresji. Pozostali (14,6%) badani nie byli objęci stałą opieką specjalistyczną leczenia depresji. Kobiety znacznie częściej były pod opieką specjalistyczną (89,4%), zaś mężczyźni - nie (20,6%). Szczegółowe dane obrazuje Tabela VIII.

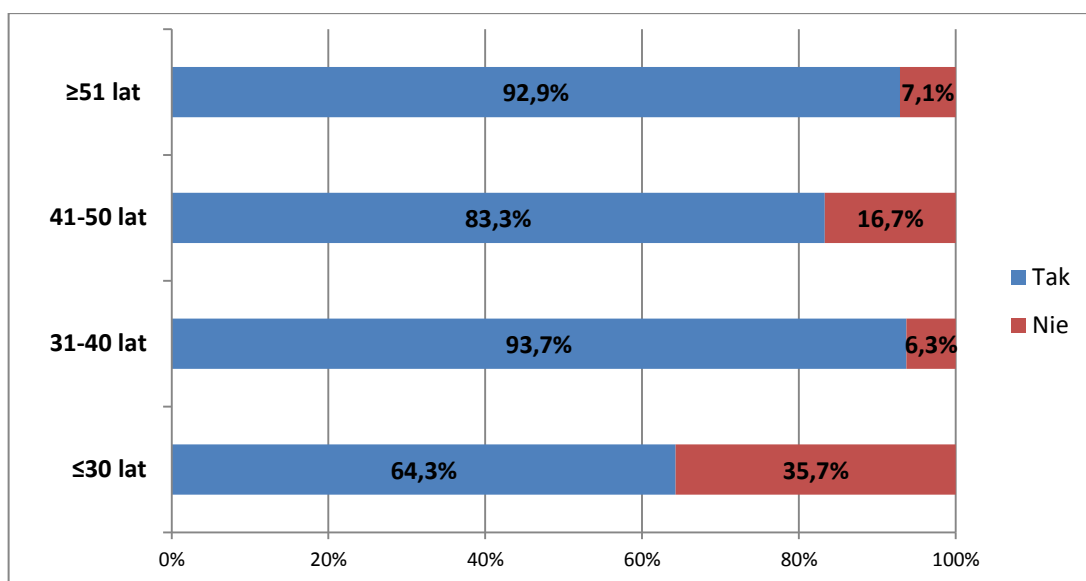
Interpretując wyniki badań pod względem wieku respondentów co obrazuje rycina 7. można zauważyć, że znaczna większość badanych w wieku 31-40 lat (93,7%) i w wieku ≥ 51 lat (92,9%) było pod stałą opieką specjalisty leczenia depresji, ale już co trzeci (35,7%) respondent w wieku ≤ 30 lat - nie był.

Tabela VIII. Ocena stałej opieki specjalistycznej leczenia depresji a płeć respondentów (N=82).

	Kobiety		Mężczyźni		Razem N = 82 (100%)
	N = 48	%	N = 34	%	
Tak	43	89,6	27	79,4	70 (85,4)
Nie	5	10,4	7	20,6	12 (14,6)

n.z.p – brak różnicy istotnej statystycznie

Źródło: dane własne



Rycina 7. Ocena stałej opieki specjalistycznej leczenia depresji a wiek respondentów (N=82). Źródło: dane własne.

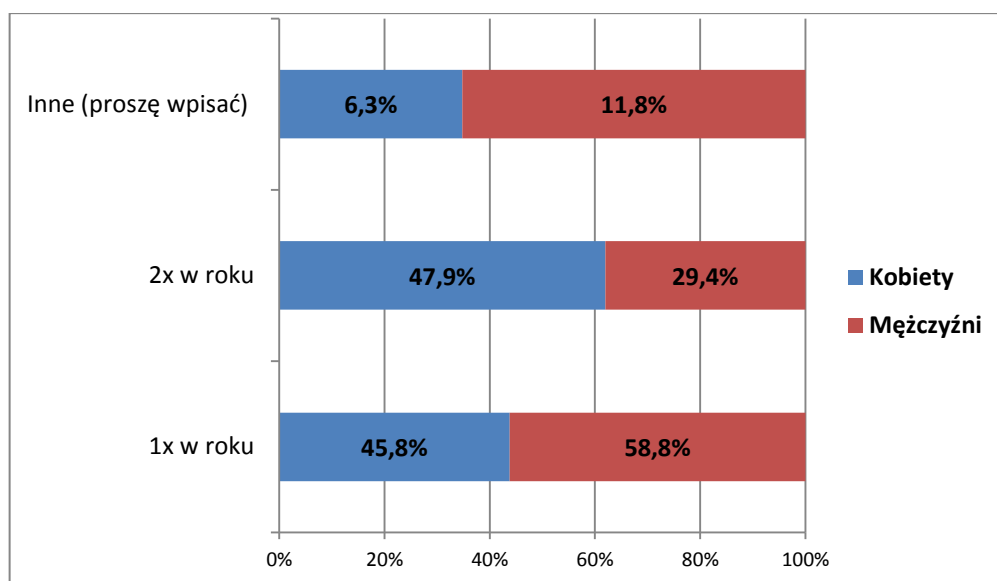
W badaniu nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną stałej opieki specjalistycznej leczenia depresji a płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania i wykształceniem. Tabela IX zawiera dane.

Tabela IX. Zmienne socjodemograficzne a ocena stałej opieki specjalistycznej leczenia depresji (N=82).

zmienna	WARTOŚĆ TESTU/ P-VALUE
PŁEĆ	Chi ² =1,648 ; p=0,199
WIEK	Chi ² =7,217; p=0,065
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	Chi ² =0,644; p=0,422
WYKSZTAŁCENIE	Chi ² =6,206; p=0,102

Źródło: dane własne

Zapytano respondentów o to ile razy uczęszcza do poradni leczenia depresji (Rycina 8). Nieco ponad połowa, bo 51,2% respondentów uczęszcza do poradni leczenia depresji **1x w roku**, natomiast 40,3% badanych - **2x w roku**. Mężczyźni znacznie częściej uczęszczali do poradni leczenia depresji **1x w roku** (58,8%), zaś kobiety - **2x w roku** (47,9%). Pozostałe, 8,5% respondentów wskazało własną odpowiedź: inne: 6 razy w roku, ok.10-12 razy w roku, ale i odpowiedź wcale. Co dwukrotnie częściej wskazywali mężczyźni (11,8%).



Rycina 8. Ocena częstości uczęszczania do poradni leczenia depresji a płeć respondentów (N=82). Źródło: dane własne.

W badaniu nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną częstości uczęszczania do poradni leczenia depresji a płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania i wykształceniem. Tabela X zawiera dane.

Tabela X. Zmienne socjodemograficzne a ocena częstości uczęszczania do poradni leczenia depresji (N=82).

zmienna	WARTOŚĆ TESTU/ P - VALUE
PLEĆ	$\chi^2 = 3,058$; $p = 0,217$
WIEK	$\chi^2 = 4,779$; $p = 0,572$
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	$\chi^2 = 0,753$; $p = 0,686$
WYKSZTAŁCENIE	$\chi^2 = 8,497$; $p = 0,204$

Źródło: dane własne

Najczęściej z powodu depresji w szpitalu 40% respondentów było **1 raz** i po 12,2% badanych – **2 razy** bądź **nie było** jak dotąd w ogóle. Pozostali, po 9,7% respondentów było **3 razy** i **6-7 razy**, 7,3% osób - **11-15 razy**, po 6,1% osób - **4-5 razy** i **16-30 razy** oraz 4,9% badanych - **8-10 razy**. Mężczyźni częściej byli w szpitalu z powodu depresji **1 raz**, **2 razy** i **16-30 razy** bądź **nie byli** jak dotąd w ogóle, zaś kobiety **1 raz** i **6-7 razy**. Szczegółowe dane obrazuje Tabela XI.

Tabela XI. Ocena liczności pobytów w szpitalu z powodu depresji a płeć

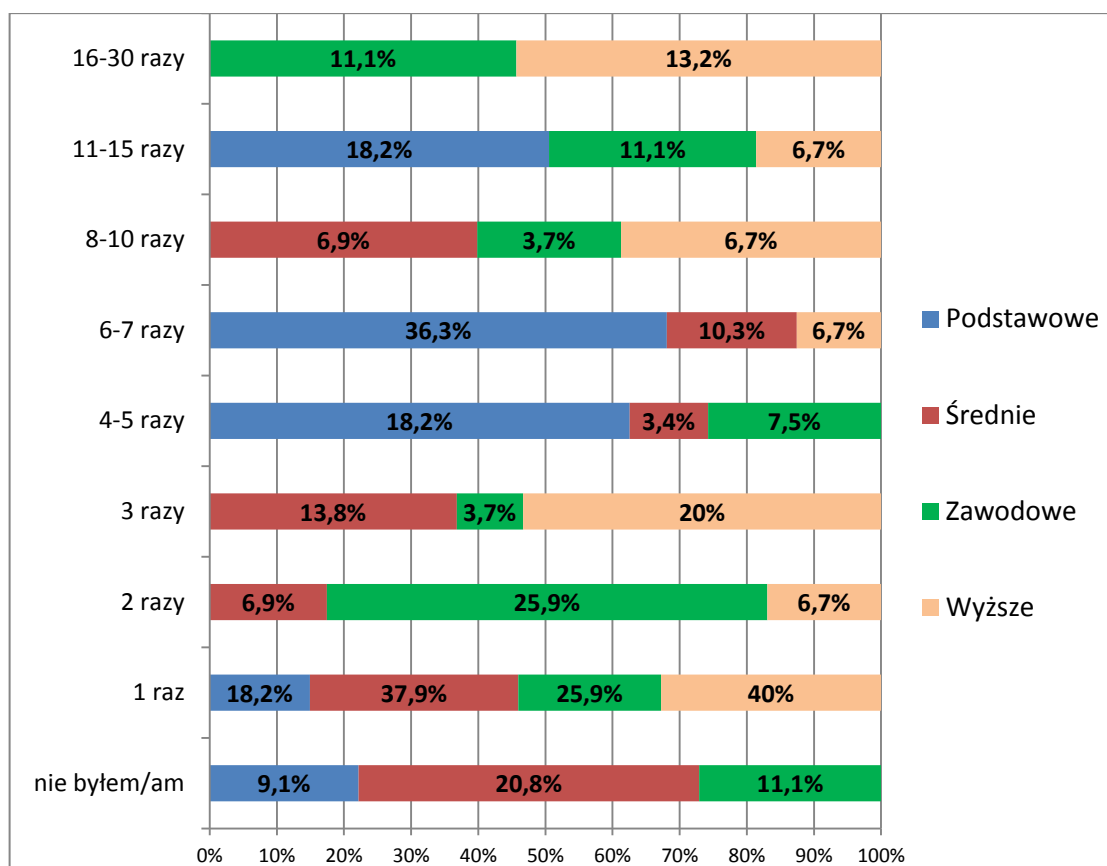
respondentów (N=82).

	Kobiety		Mężczyźni		Razem N = 82 (100%)
	N = 48	%	N = 34	%	
nie byłem/am	6	12,5	4	11,8	10 (12,2)
1 raz	15	31,3	11	32,4	26 (31,8)
2 razy	6	12,5	4	11,8	10 (12,2)
3 razy	5	10,3	3	8,8	8 (9,7)
4-5 razy	2	4,2	3	8,8	5 (6,1)
6-7 razy	7	14,6	1	2,9	8 (9,7)
8-10 razy	3	6,3	1	2,9	4 (4,9)
11-15 razy	3	6,3	3	8,8	6 (7,3)
16-30 razy	1	2,0	4	11,8	5 (6,1)

n.z.p – brak różnicy istotnej statystycznie

Źródło: dane własne

W badaniu potwierdzono statystycznie różnicę istotności pomiędzy oceną liczności pobytów w szpitalu z powodu depresji a wykształceniem respondentów ($\chi^2=40,963$, $p=0,017$) (Rycina 9). Znacząco respondenci z wykształceniem wyższym byli w szpitalu z powodu depresji **1 raz** (40%) i **3 razy** (20%), z wykształceniem średnim - **1 raz** (37,9%) bądź **nie byli** jeszcze (20,8%), z wykształceniem zawodowym **1 raz** i **2 razy** (po 25,9%), natomiast z wykształceniem podstawowym – **6-7 razy** (36,3%), ale też **4-5 razy** i **11-15 razy** (18,2%). Statystyki opisowe z uwzględnieniem zmiennej wykształcenia pokazuje Tabela XII.



Rycina 9. Ocena liczności pobyć w szpitalu z powodu depresji a wykształcenie respondentów (N=82). Źródło: dane własne.

W badaniu nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną liczności pobyć w szpitalu z powodu depresji a płcią, wiekiem i miejscem zamieszkania. Tabela XII zawiera dane.

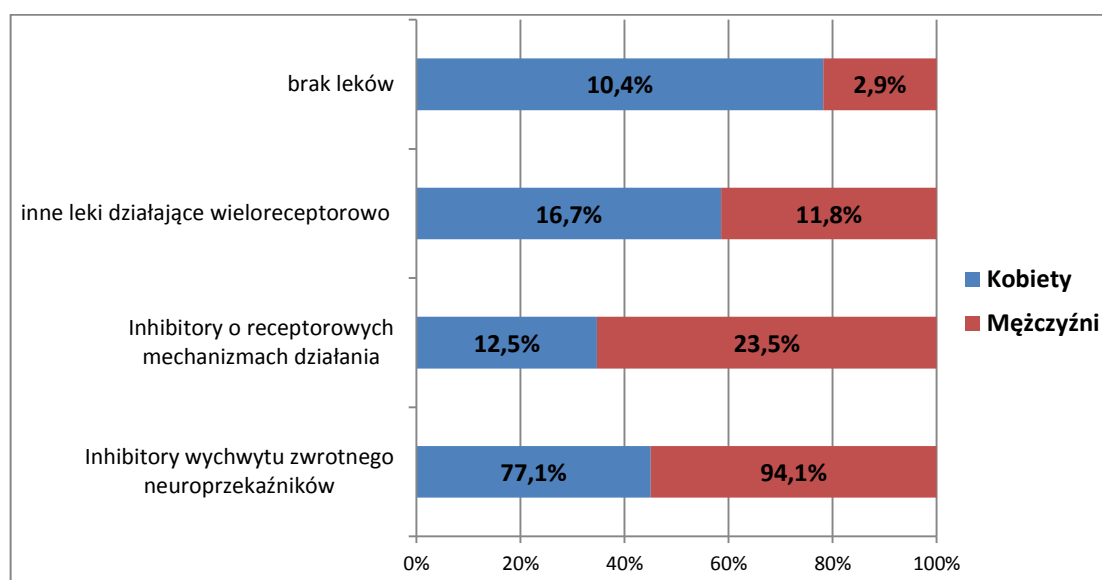
Tabela XII. Zmienne socjodemograficzne a ocena liczności pobyć w szpitalu z powodu depresji (N=82).

zmienna	WARTOŚĆ TESTU/ P -VALUE
PŁEĆ	Chi ² =7,236 ; p=0,511
WIEK	Chi ² =30,418; p=0,171
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	Chi ² =10,54; p=0,229
WYKSZTAŁCENIE	Chi ² =40,963; p=0,017

Źródło: dane własne

84,1% respondentów deklarowało, że przyjmuje selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), 17,1% badanych - selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI) oraz 14,6% badanych - inne, leki działające wieloreceptorowo. Tylko 7,3% respondentów do chwili niniejszych badań nie przyjmowało leków przeciwdepresyjnych na stałe. Mężczyźni znacznie częściej przyjmowali selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI) (94,1%) i - selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI) (23,5%), zaś kobiety - inne, leki działające wieloreceptorowo (16,7%). Szczegółowe dane obrazuje Rycina 10.

Końcowa suma nie wynosiła 100%, gdyż można było wskazać więcej niż jedną liczbę wariantów odpowiedzi.



Rycina 10. Ocena przyjmowanych leków przeciwdepresyjnych na stałe a płeć respondentów (N=82). Źródło: dane własne.

W badaniu nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną przyjmowanych leków przeciwdepresyjnych na stałe a płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania i wykształceniem. Tabela XIII zawiera dane.

Tabela XIII. Zmienne socjodemograficzne a ocena przyjmowanych leków przeciwdepresyjnych na stałe (N=82).

zmienna	WARTOŚĆ TESTU/ P - VALUE
PŁEĆ	Chi ² =3,491 ; p=0,322

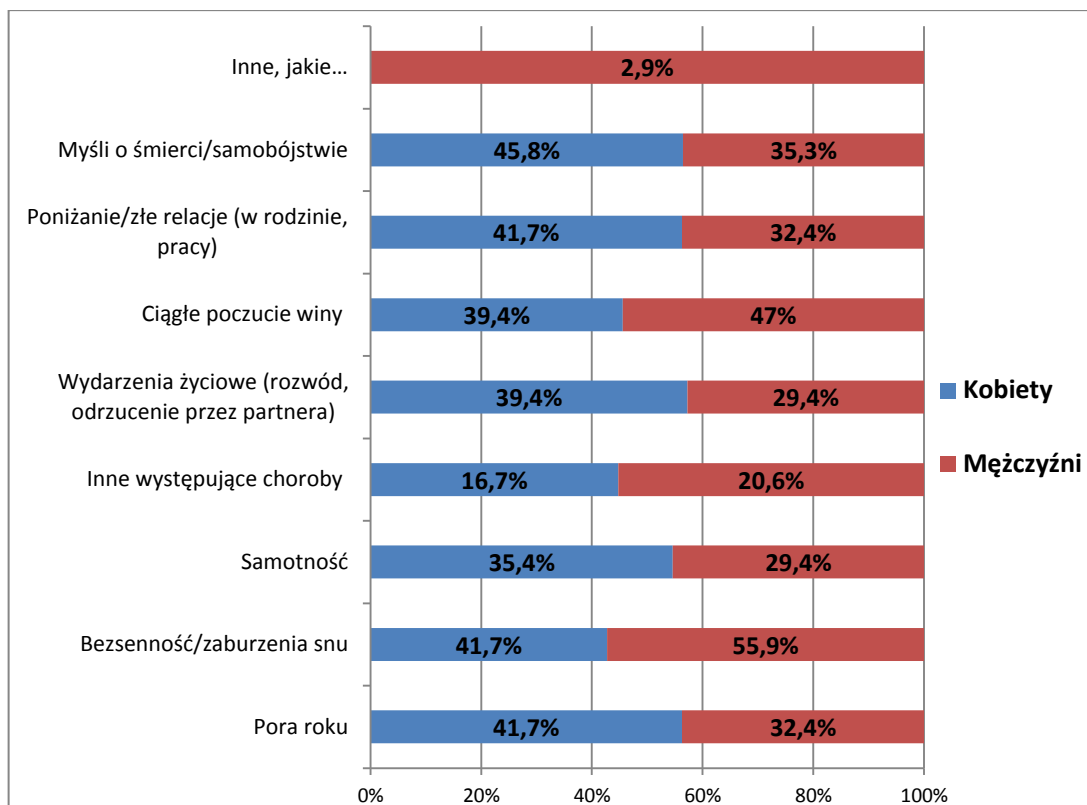
WIEK	Chi ² =5,721; p=0,767
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	Chi ² =0,087; p=0,993
WYKSZTAŁCENIE	Chi ² =6,341; p=0,705

Źródło: dane własne

4.2.3. Ocena sytuacji sprzyjających występowaniu depresji

Badanych zapytano również o sytuacje sprzyjające występowaniu depresji i istniejące u nich. Najczęściej wybieranymi odpowiedziami było: 47,6% osób - **bezsennaść/zaburzenia snu**, 42,7% badanych - **ciągle poczucie winy**, 41,5% respondentów - **myśli o śmierci/samobójstwie**. Nieco mniej, bo 37,8% - **pora roku**, 37,8% - **poniżanie/złe relacje** (w rodzinie, pracy), 35,4% - wydarzenia życiowe w postaci rozvodu czy odrzucenia przez partnera, 32,9% - samotność oraz co piąty (18,3%) respondent - inne występujące choroby i 1,2% - wskazana odpowiedź Inne, jakie: odizolowanie od społeczeństwa. Kobiety częściej zadeklarowały myśli o śmierci/samobójstwie (45,8%) i bezsennaść/zaburzenia snu, porę roku oraz poniżanie/złe relacje (w rodzinie, pracy) (po 41,7%), zaś mężczyźni - bezsennaść/zaburzenia snu (55,9%) i ciągle poczucie winy (47%). Szczegółowe dane obrazuje Rycina 11. Nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną sytuacji sprzyjających występowaniu depresji a płcią badanych (Tabela XIV).

Końcowa suma nie wynosiła 100%, gdyż można było wskazać więcej niż jedną liczbę wariantów odpowiedzi.



Rycina 11. Ocena sytuacji sprzyjających występowaniu depresji a płeć respondentów (N=82). Źródło: dane własne.

W badaniu również nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną sytuacji sprzyjających występowaniu depresji a wiekiem, miejscem zamieszkania i wykształceniem (Tabela XVI).

Tabela XIV. Zmienne socjodemograficzne a ocena sytuacji sprzyjających występowaniu depresji (N=82).

zmienna	WARTOŚĆ TESTU/ P -VALUE
PLEĆ	$\chi^2=4,792$; $p=0,780$
WIEK	$\chi^2=15,138$; $p=0,917$
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	$\chi^2=6,158$; $p=0,630$
WYKSZTAŁCENIE	$\chi^2=19,233$; $p=0,739$

Źródło: dane własne

W dalszej kolejności zapytano respondentów o choroby przewlekłe współistniejące (Tabela XV). Aż 64,6% respondentów nie chorowało przewlekłe, przy rozkładzie płci na tym samym poziomie. Ale już co trzeci (35,4%) respondent deklarował choroby przewlekłe współistniejące, w tym najczęściej: 14,6% osób -

układu krążenia, po 8,5% osób - układu nerwowego i układu hormonalnego oraz 7,3% osób - układu odpornościowego. Kobiety częściej chorowały na choroby układu krążenia (14,6%) i układu hormonalnego (12,5%), zaś mężczyźni - układu krążenia (14,7%) i układu nerwowego (8,8%). Nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną współistniejących chorób przewlekłych a płcią badanych (Tabela XVI).

Końcowa suma nie wynosiła 100%, gdyż można było wskazać więcej niż jedną liczbę wariantów odpowiedzi.

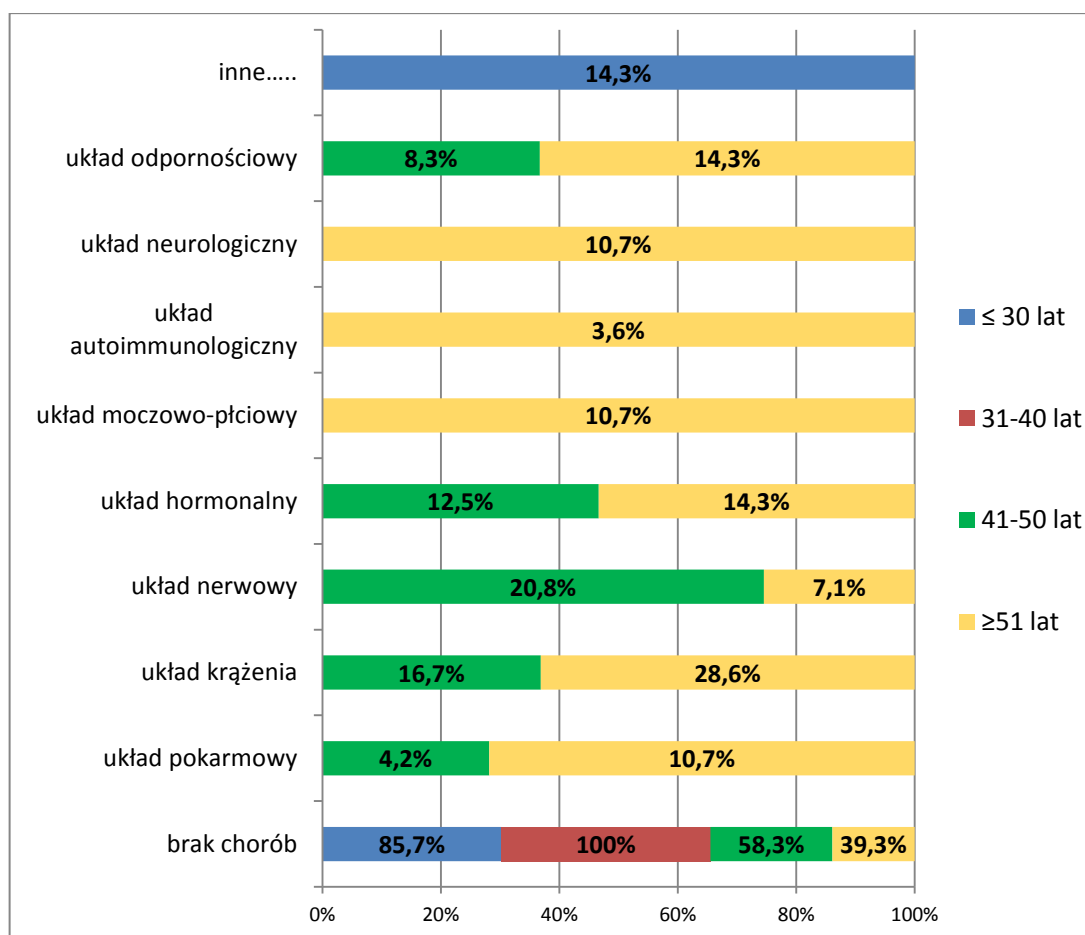
Tabela XV. Ocena współistniejących chorób przewlekłych a płeć respondentów (N=82).

	Kobiety		Mężczyźni		Razem N = 82 (100%)
	N = 48	%	N = 34	%	
brak chorób	31	64,6	22	64,7	53 (64,6)
układ pokarmowy	3	6,3	1	2,9	4 (4,9)
układ krążenia	7	14,6	5	14,7	12 (14,6)
układ nerwowy	4	8,3	3	8,8	7 (8,5)
układ hormonalny	6	12,5	1	2,9	7 (8,5)
układ moczowo-płciowy	2	4,2	1	2,9	3 (3,7)
układ autoimmunologiczny	0	0,0	1	2,9	1 (1,2)
układ neurologiczny	2	4,2	1	2,9	3 (3,7)
układ odpornościowy	4	8,3	2	5,9	6 (7,3)
inne.....	0	0,0	2	5,9	2 (2,4)

n.z.p – brak różnicy istotnej statystycznie

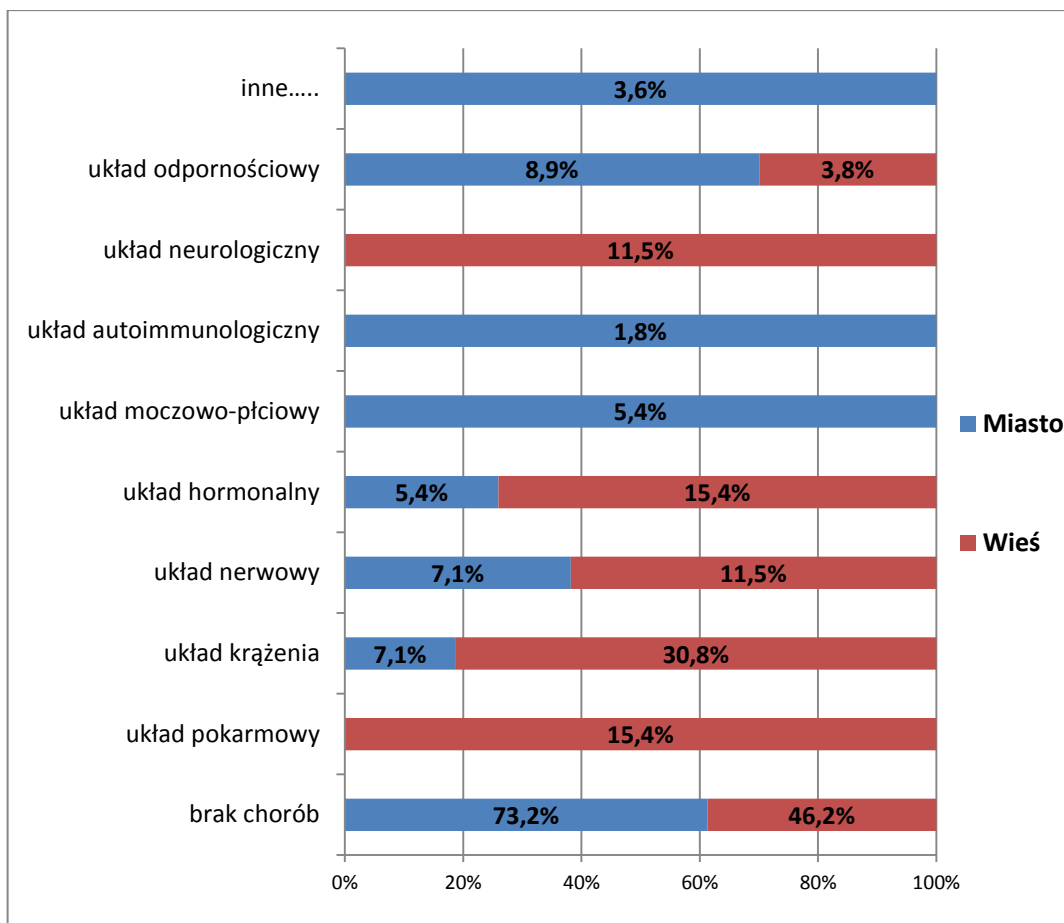
Źródło: dane własne

W badaniu potwierdzono statystycznie różnicę zależności pomiędzy oceną współistniejących chorób przewlekłych a wiekiem respondentów ($\chi^2=57,381$; $p=0,00058$) (Rycina 12, Tabela XVI). 100% respondentów w wieku 31-40 lat i 85,7% badanych w wieku ≤ 30 lat nie chorowało przewlekłe. Najwięcej chorób przewlekłych współistniejących u badanych zgłaszały osoby w wieku ≥ 51 lat, w tym znacząco: 28,6% - układu krążenia i po 14,3% - układu hormonalnego i układu odpornościowego oraz osoby w wieku 41-50 lat, w tym znacząco: 20,8% - układu nerwowego i 16,7% - układu krążenia.



Rycina 12. Ocena współistniejących chorób przewlekłych a wiek respondentów (N=82). Źródło: dane własne

Potwierdzono także istnienie statystycznie różnicy zależności pomiędzy oceną współistniejących chorób przewlekłych a miejscem zamieszkania ($\chi^2=27,39$; $p=0,0012$) (Rycina 13, Tabela XVI). Zdecydowana większość (73,2%) respondentów zamieszkających miasto nie chorowało przewlekle. Mieszkańcy wsi deklarowali znacznie częściej choroby przewlekłe współistniejące, w tym: 30,8% osób - układu krążenia, po 15,4% osób – układu pokarmowego i układu hormonalnego i po 11,5% - układu nerwowego i układu neurologicznego.



Rycina 13. Ocena współistniejących chorób przewlekłych a miejsce zamieszkania respondentów (N=82). Źródło: dane własne

W badaniu nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną współistniejących chorób przewlekłych a płcią, natomiast pod względem wykształcenia próg istotności został nieco przekroczony. Tabela XVI zawiera dane.

Tabela XVI. Zmienne socjodemograficzne a ocena współistniejących chorób przewlekłych (N=82).

zmienna	WARTOŚĆ TESTU/ P -VALUE
PŁEĆ	$\chi^2=7,124$; $p=0,624$
WIEK	$\chi^2=57,381$; $p=0,00058$
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	$\chi^2=27,39$; $p=0,0012$
WYKSZTAŁCENIE	$\chi^2=37,9$; $p=0,079$

Źródło: dane własne

4.2.4. Analiza prób samobójczych

Ponad połowa, 57,3% respondentów nie podejmowało prób samobójczych, zaś 42,7% badanych dopuszczało się tych prób samobójczych. Kobiety częściej nie podejmowały prób samobójczych (58,3%), zaś mężczyźni nieco częściej tych prób samobójczych dopuszczali się (44,1%). Tabela XVII odzwierciedla dane.

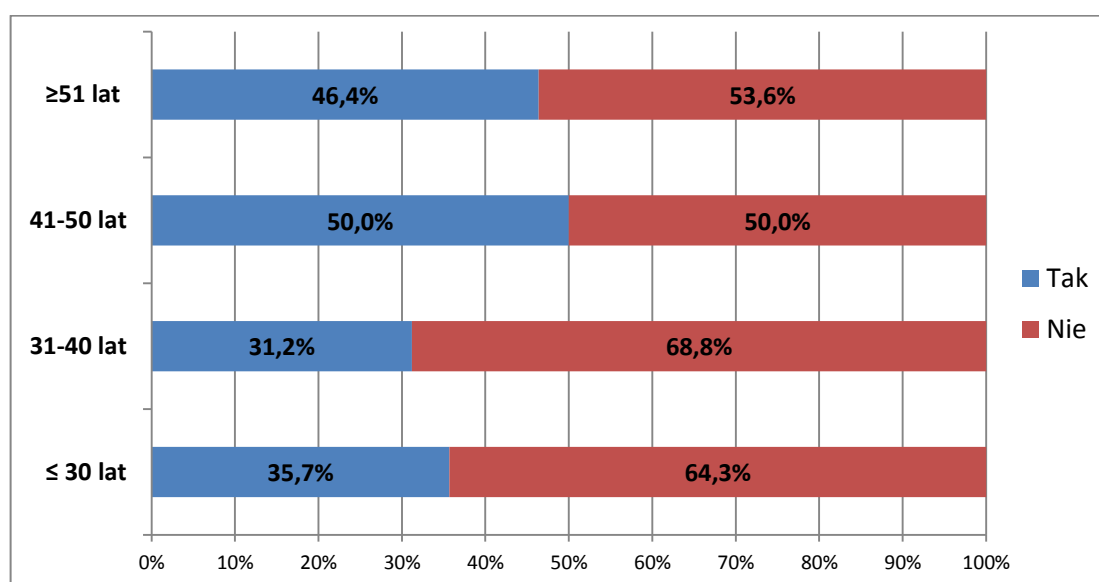
Tabela XVII. Analiza podejmowania prób samobójczych a płeć respondentów (N=82).

	Kobiety		Mężczyźni		Razem N = 82 (100%)
	N = 48	%	N = 34	%	
Tak	20	41,7	15	44,1	35 (42,7)
Nie	28	58,3	19	55,9	47 (57,3)

n.z.p – brak różnicy istotnej statystycznie

Źródło: dane własne

Przeanalizowano to zagadnienie pod względem wieku respondentów, co odzwierciedla Rycina 14. Znacząco, 68,8% respondentów w wieku 31-40 lat i 64,3% badanych w wieku ≤ 30 lat nie podejmowało prób samobójczych, natomiast aż połowa (50%) badanych w wieku 41-50 lat i 46,4% respondentów w wieku ≥ 51 lat dopuszczało się tych prób samobójczych.



Rycina 14. Analiza podejmowania prób samobójczych a wiek respondentów (82).

Źródło: dane własne.

Mieszkańcy miasta (58,9%) znacznie częściej nie podejmowali prób samobójczych, zaś zamieszkujący wieś (46,2%) częściej dopuszczali się tych prób samobójczych. Tabela XVIII odzwierciedla dane.

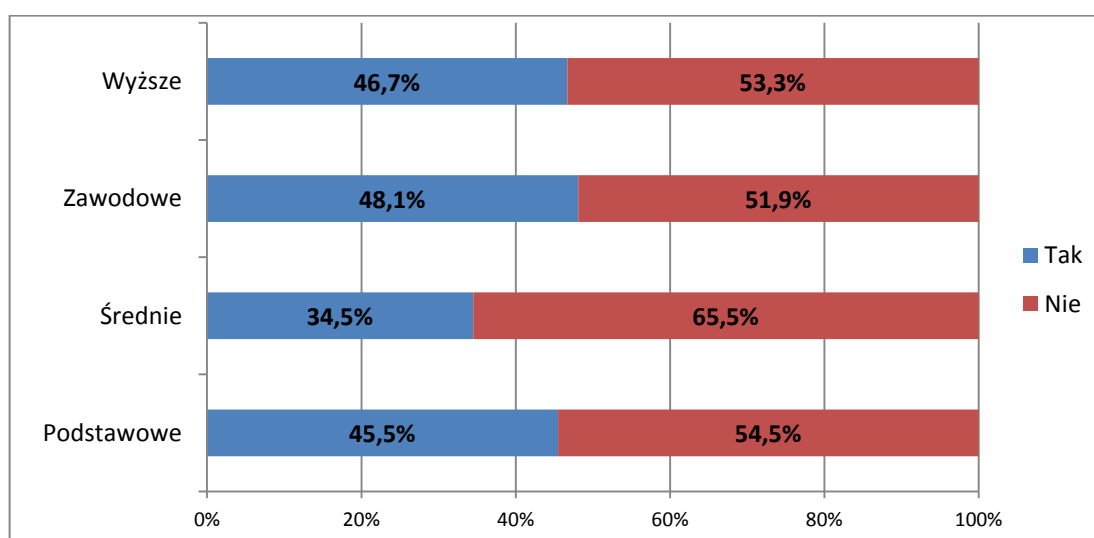
Tabela XVIII. Analiza podejmowania prób samobójczych a miejsce zamieszkania respondentów (N=82).

	Miasto		Wieś		Razem N = 82 (100%)
	N = 56	%	N = 26	%	
Tak	23	41,1	12	46,2	35 (42,7)
Nie	33	58,9	14	53,8	47 (57,3)

n.z.p – brak różnicy istotnej statystycznie

Źródło: dane własne.

Rozpatrując to zagadnienie pod względem wykształcenia badanych (Rycina 15) można wnioskować, że znacznie częściej nie podejmowali prób samobójczych respondenci z wykształceniem średnim (65,5%). Natomiast częściej dopuszczali się tych prób samobójczych respondenci z wykształceniem zawodowym (48,1%) i z wykształceniem wyższym (46,7%).



Rycina 15. Analiza podejmowania prób samobójczych a wykształcenie respondentów (82). Źródło: dane własne.

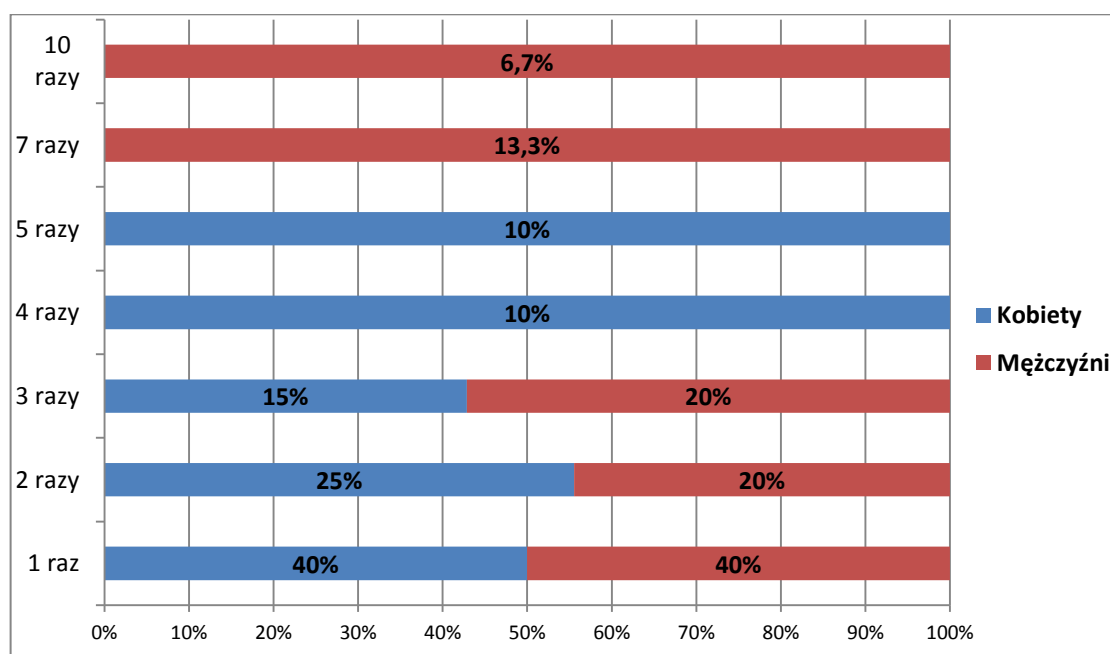
W badaniu nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy analizą podejmowania prób samobójczych a płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania i wykształceniem. Tabela XIX zawiera dane.

Tabela XIX. Zmienne socjodemograficzne a analiza podejmowania prób samobójczych (N=82).

zmienna	WARTOŚĆ TESTU/ P-VALUE
PŁEĆ	$\chi^2=0,049$; $p=0,825$
WIEK	$\chi^2=1,819$; $p=0,611$
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	$\chi^2=0,187$; $p=0,665$
WYKSZTAŁCENIE	$\chi^2=1,259$; $p=0,739$

Źródło: dane własne

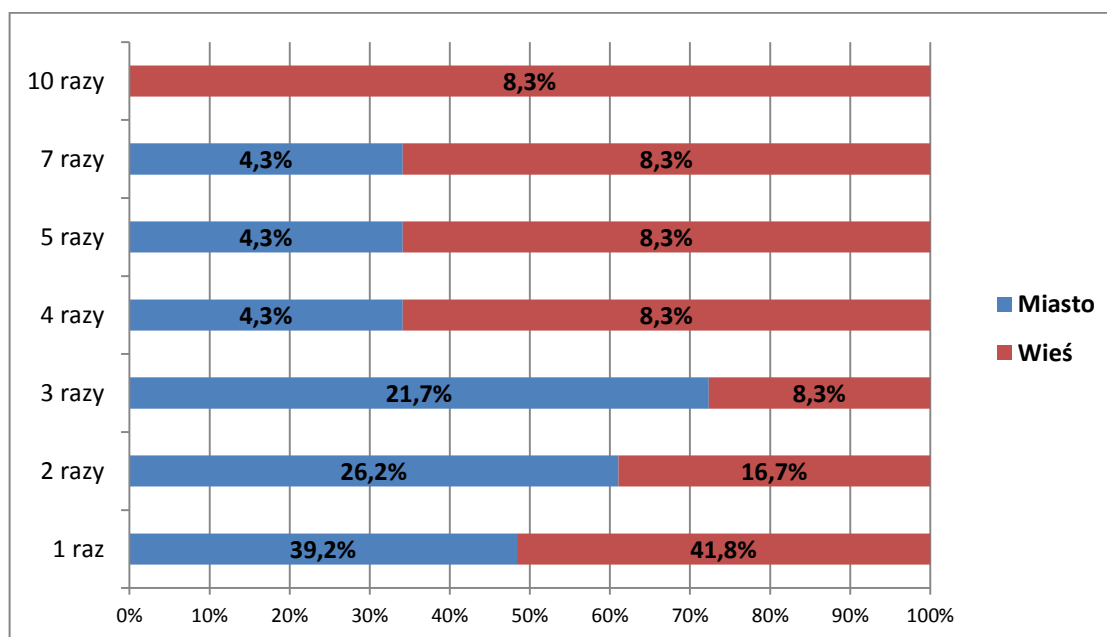
Przeanalizowano również ilości podejmowanych prób samobójczych wskazane przez respondentów (Rycina 16). Wśród 42,7% respondentów najczęściej, bo 40,0% respondentów dopuściło się prób samobójczych 1 raz, 22,9% badanych – 2 razy, 17,1% badanych – 3 razy. Znacznie mniej dopuściło się 4 razy, 5 razy i 7 razy (5,7%) oraz aż 10 razy – 2,9% badanych, był to mężczyzna. Kobiety częściej podejmowały próbę samobójczą 1 raz (40%) i 2 razy (25%), zaś mężczyźni – 1 raz (40%), 2 razy i 3 razy (po 20%) bądź 7 razy (13,3%).



Rycina 16. Ocena ilości podejmowanych prób samobójczych a płeć respondentów (N=35). Źródło: dane własne.

Mieszkańcy miasta częściej podejmowali próbę samobójczą 1 raz (39,2%) i 2 razy (26,2%), zaś zamieszkujący wieś - 1 raz (41,8%) i 2 razy (16,7%)

oraz pozostałe wskazane przez respondentów ilości podejmowanych prób samobójczych (8,3%).



Rycina 17. Ocena ilości podejmowanych prób samobójczych a miejsce zamieszkania respondentów (N=35). Źródło: dane własne.

W badaniu nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną ilości podejmowanych prób samobójczych a płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania i wykształceniem. Tabela XX zawiera dane.

Tabela XX. Zmienne socjodemograficzne a ocena ilości podejmowanych prób samobójczych (N=35).

zmienna	WARTOŚĆ TESTU/ P -VALUE
PŁEĆ	$\chi^2=7,219$; $p=0,301$
WIEK	$\chi^2=20,062$; $p=0,329$
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	$\chi^2=3,71$; $p=0,715$
WYKSZTAŁCENIE	$\chi^2=21,104$; $p=0,274$

Źródło: dane własne

4.3. Analiza metody terapii elektrowstrząsami

Przeważająca większość, aż $\frac{3}{4}$ respondentów wiedziało na czym polega terapia elektrowstrząsami, zaś pozostali (25,6%) tej wiedzy nie posiadali. Kobiety znacznie

częściej wiedziały na czym polega terapia elektrowstrząsami (79,2%), zaś mężczyźni – tej wiedzy nie posiadali (32,4%). Szczegóły zawiera Tabela XXI.

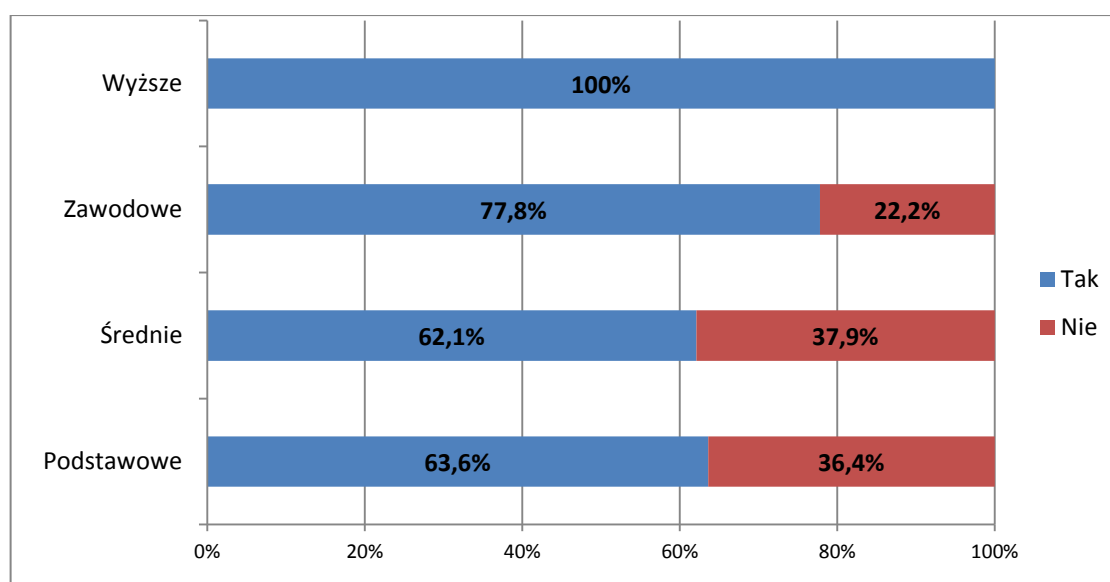
Tabela XXI. Ocena wiedzy dotyczącej: na czym polega terapia elektrowstrząsami a płeć respondentów (N=82).

	Kobiety		Mężczyźni		Razem N = 82 (100%)
	N = 48	%	N = 34	%	
Tak	38	79,2	23	67,6	61 (74,4)
Nie	10	20,8	11	32,4	21 (25,6)

n.z.p – brak różnicy istotnej statystycznie

Źródło: dane własne

Wszyscy, 100% respondentów z wykształceniem wyższym i znacząco 77,8% osób z wykształceniem zawodowym wiedziało na czym polega terapia elektrowstrząsami. Aż 37,9% respondentów z wykształceniem średnim i 36,4% osób z wykształceniem podstawowym tej wiedzy nie posiadało. Szczegóły obrazuje Rycina 18. W badaniu potwierdzono istnienie statystycznie różnicy zależności pomiędzy oceną a wiedzy dotyczącej: na czym polega terapia elektrowstrząsami a wykształceniem ($\chi^2=8,305$; $p=0,040$) (Tabela XXII).



Rycina 18. Ocena wiedzy dotyczącej: na czym polega terapia elektrowstrząsami a wykształcenie respondentów (N=82). Źródło: dane własne.

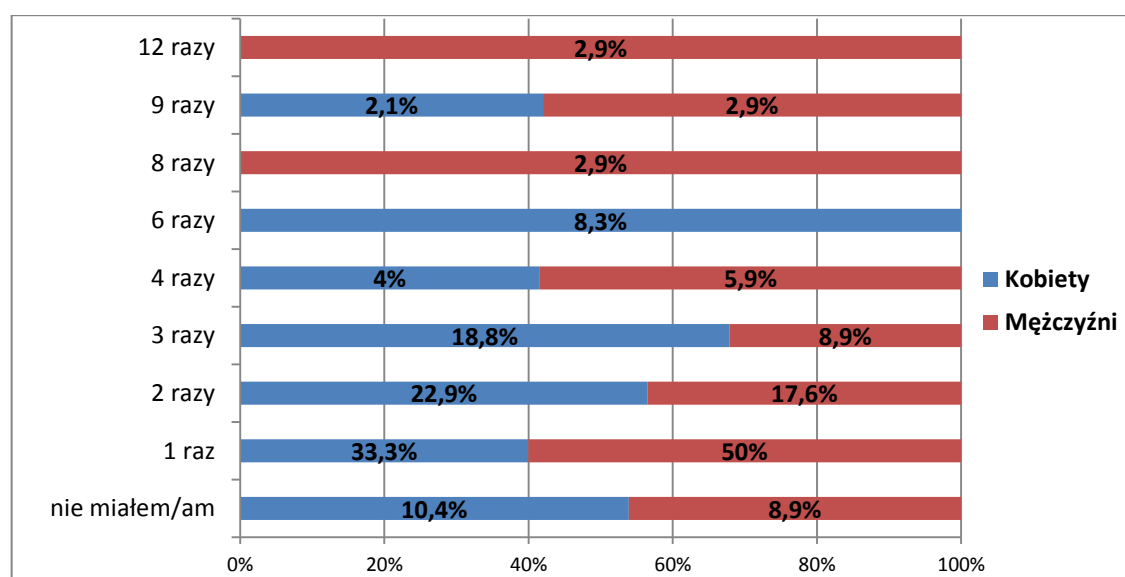
W badaniu nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną wiedzy dotyczącej: na czym polega terapia elektrowstrząsami a płcią, wiekiem i miejscem zamieszkania. Tabela zawiera dane XXII.

Tabela XXII. Zmienne socjodemograficzne a ocena wiedzy dotyczącej: na czym polega terapia elektrowstrząsami (N=82).

zmienna	WARTOŚĆ TESTU/ P - VALUE
PŁEĆ	Chi ² =1,386 ; p=0,239
WIEK	Chi ² =0,812; p=0,847
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	Chi ² =0,813; p=0,367
WYKSZTAŁCENIE	Chi ² =8,305; p=0,040

Źródło: dane własne

Co dziesiąty (9,8%) z respondentów jeszcze nie miał i nie przyjął cykli w terapii elektrowstrząsów, w tym nieco częściej kobiety (10,4%). Znacząco, 40,3% badanych w terapii elektrowstrząsów było poddawanych cykлом 1 raz i 20,7% badanych - 2 razy i 14,6% badanych - 3 razy. Analizując pod względem płci badanych respondenci najczęściej przyjęli cykli 1 raz. Pozostali, po 4,9% badanych przyjęli cykli 4 razy i 6 razy, 2,4% osób - 9 razy oraz po 1,2% osób - 8 razy i 12 razy. Kobiety częściej przyjęły cykli 6 razy, zaś mężczyźni - 4 razy. Szczegóły obrazuje Rycina 19.



Rycina 19. Ocena przyjętych cykli w terapii elektrowstrząsów a płeć respondentów (N=82). Źródło: dane własne.

W badaniu nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną przyjętych cykli w terapii elektrowstrząsów a płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania i wykształceniem. Tabela XXIII zawiera dane.

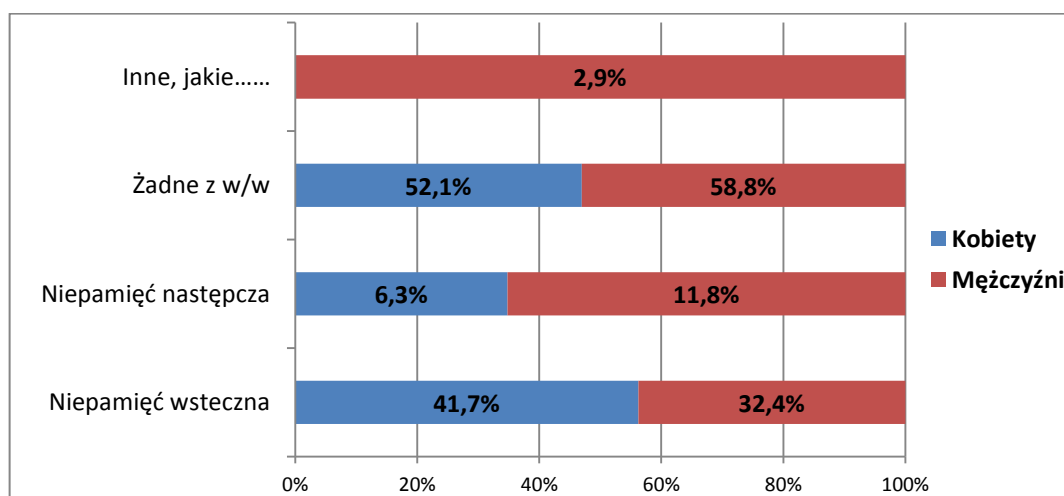
Tabela XXIII. Zmienne socjodemograficzne a ocena przyjętych cykli w terapii elektrowstrząsów (N=82).

zmienna	WARTOŚĆ TESTU/ P - VALUE
PŁEĆ	$\chi^2=8,869$; $p=0,353$
WIEK	$\chi^2=22,658$; $p=0,540$
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	$\chi^2=3,893$; $p=0,867$
WYKSZTAŁCENIE	$\chi^2=29,475$; $p=0,203$

Źródło: dane własne

Zapytano respondentów o to, które objawy wystąpiły podczas terapii elektrowstrząsów. Aż u 54,9% respondentów - żadne z w/w, ale już u 37,8% respondentów wystąpiła **niepamięć wsteczna** i u 8,5% badanych **niepamięć następcza** oraz 1,2% badany wskazał odpowiedź - inne, jakie: jakbym miał Alzheimera, codziennie mówiłem kilkakrotnie: „dzień dobry”. Kobiety częściej doświadczały niepamięci wstecznej (41,7%), zaś mężczyźni - niepamięci następczej (11,8%). Szczegóły obrazuje Rycina 20.

Spośród ogółu badanych N=1 (2,9%) respondent doświadczył wielu objawów z w/w, dlatego odpowiedzi nie sumują się do 100%.



Rycina 20. Analiza objawów występujących podczas elektrowstrząsów a płeć respondentów (N=82). Źródło: dane własne.

W badaniu nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy analizą objawów występujących podczas elektrowstrząsów a płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania i wykształceniem. Tabela XXIV zawiera dane.

Tabela XXIV. Zmienne socjodemograficzne a analiza objawów występujących podczas elektrowstrząsów (N=82).

zmienna	WARTOŚĆ TESTU/ P -VALUE
PŁEĆ	$\chi^2=2,651$; $p=0,449$
WIEK	$\chi^2=7,007$; $p=0,636$
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	$\chi^2=0,966$; $p=0,809$
WYKSZTAŁCENIE	$\chi^2=7,096$; $p=0,627$

Źródło: dane własne

Aż 81,7% respondentom leczenie za pomocą elektrowstrząsów poprawiło funkcjonowanie i zmniejszyło nasilenie objawów depresyjnych, pozostali (18,3%) nie deklarowali takiej opinii. Kobiety częściej były zadowolone z leczenia za pomocą elektrowstrząsów (85,4%), zaś prawie co czwarty mężczyzna – nie (23,5%). Tabela XXV zawiera dane.

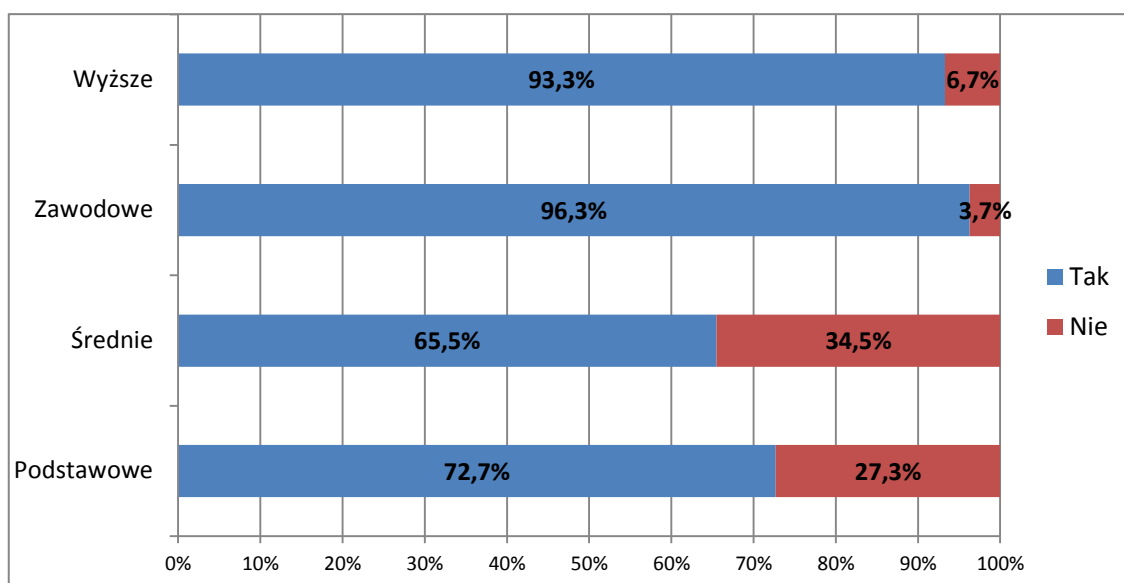
Tabela XXV. Ocena poprawy funkcjonowania i zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych za pomocą elektrowstrząsów a płeć respondentów (N=82).

	Kobiety		Mężczyźni		Razem N = 82 (100%)
	N = 48	%	N = 34	%	
Tak	41	85,4	26	76,5	67 (81,7)
Nie	7	14,6	8	23,5	15 (18,3)

n.z.p – brak różnicy istotnej statystycznie

Źródło: dane własne

W badaniu potwierdzono istnienie statystycznie różnicy zależności pomiędzy oceną poprawy funkcjonowania i zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych za pomocą elektrowstrząsów a wykształceniem ($\chi^2=10,881$; $p=0,012$) (Rycina 21, Tabela XXVI). Aż 93,3% respondentów z wykształceniem wyższym i 96,3% osób z wykształceniem zawodowym deklarowało, że leczenie za pomocą elektrowstrząsów poprawiło funkcjonowanie i zmniejszyło nasilenie objawów depresyjnych. Ale co trzeci (34,5%) respondent z wykształceniem średnim nie deklarował takiej opinii.



Rycina 21. Ocena poprawy funkcjonowania i zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych za pomocą elektrowstrząsów a wykształcenie respondentów (N=82).

W badaniu nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną poprawy funkcjonowania i zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych za pomocą elektrowstrząsów a płcią, wiekiem i miejscem zamieszkania. Tabela XXVI zawiera dane.

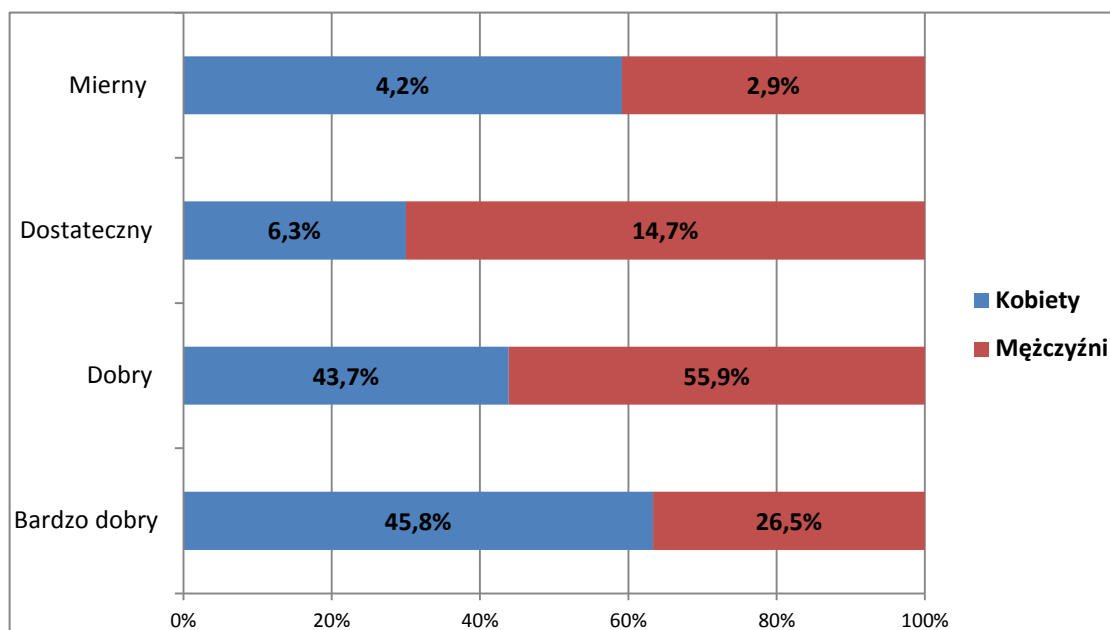
Tabela XXVI. Zmienne socjodemograficzne a ocena poprawy funkcjonowania i zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych za pomocą elektrowstrząsów (N=82).

zmienna	WARTOŚĆ TESTU/ P -VALUE
PŁEĆ	Chi ² =1,066 ; p=0,302
WIEK	Chi ² =4,043; p=0,257
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	Chi ² =1,162; p=0,281
WYKSZTAŁCENIE	Chi ² =10,881; p=0,012

Źródło: dane własne

Prawie połowa, bo 48,8% respondentów zadeklarowało, że terapia elektrowstrząsami na przebieg depresji ma wpływ **dobry** i 37,8% respondentów uważało, że **bardzo dobry**. Mężczyźni częściej wskazywali, że ma dobry (55,9%) wpływ, a kobiety że bardzo dobry (45,5%). Ale 9,7% badanych uważało, że **dostateczny** i 3,7% badanych zadeklarowało, że terapia elektrowstrząsami na przebieg depresji ma wpływ **mierny**. Mężczyźni częściej wskazywali, że ma wpływ

dostateczny (14,7%), a kobiety - mierny (4,2%). Rycina 22 odzwierciedla dane.



Rycina 22. Ocena zdania na temat wpływu terapii elektrowstrząsami na przebieg depresji a płeć respondentów (N=82). Źródło: dane własne.

W badaniu nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną poprawy funkcjonowania i zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych za pomocą elektrowstrząsów a płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania i wykształceniem. Tabela XXVII zawiera dane.

Tabela XXVII. Zmienne socjodemograficzne a ocena zdania na temat wpływu terapii elektrowstrząsami na przebieg depresji (N=82).

zmienna	WARTOŚĆ TESTU/ P-VALUE
PŁEĆ	$\chi^2=4,115$; $p=0,249$
WIEK	$\chi^2=10,382$; $p=0,320$
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	$\chi^2=2,635$; $p=0,451$
WYKSZTAŁCENIE	$\chi^2=12,96$; $p=0,164$

Źródło: dane własne

4.4. Ocena jakości życia pacjentów z depresją poddanych terapii elektrowstrząsami za pomocą Kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF

W dalszej kolejności badania pacjentów z depresją zasadnym było zastosowanie wystandaryzowanego narzędzia w formie kwestionariusza WHOQOL-BREF w polskiej wersji językowej analizy i monitoringu jakości życia tych pacjentów, która w sposób prosty, trafnie adresuje odczucia w danej sferze życia w ostatnich 2 tygodniach interpretując swoje oczekiwania, nadzieje, zwyczaje i czynności sprawiające przyjemność [Kotarski, 2018].

W poszczególnych pytaniach kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL-BREF należało dokonać wyboru najtrafniejszej odpowiedzi od 1 do 5, po przeczytaniu wszystkich 26. pytań, które pozwoliły na otrzymanie profilu ogólnej jakości życia, ogólnego stanu zdrowia i jakości życia w płaszczyznach fizycznej, psychologicznej, środowiskowej i społecznej. Uzyskane wyższe wartości skali poszczególnych dziedzin wytyczają kierunek pozytywny a tym samym lepszą jakość życia poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej punktacji poszczególnych pozycji dziedzin sekwencji. Zakres punktacji, którą można było uzyskać mieścił się od 4 do 20 punktów. Dwa pierwsze zagadnienia kwestionariuszowe (nr.1 i nr.2) analizowane były odrębnie, ponieważ wynikają z indywidualnego rejestrowania jakości swojego życia (zagadnienie nr.1) oraz percypowania własnego zdrowia (zagadnienie nr.2). Poszczególne domeny kwestionariusza WHOQOL-BREF mają przypisany współczynnik zgodności α -Cronbacha o wartości dla podtestów 0,746–0,848 oraz całego testu – 0,921 [Cieślik i Podbielska, 2015; Zięba i Cisoń- Apanasewicz, 2017; Kotarski, 2018].

Jeden respondent płci męskiej zadeklarował uwagę odnośnie tego kwestionariusza, iż *przydałoby się więcej pytań z pisemną formą odpowiedzi*.

4.4.1. Ocena zadowolenia z jakości życia respondentów

Ponad połowa (57,3%) respondentów było ani zadowolonymi ani niezadowolonymi z jakości życia, 24,4% badanych – niezadowolonymi, 13,4% badanych – zadowoleni, 3,7% respondentów bardzo niezadowolonych i tylko 1,2% badanych było bardzo zadowolonych z jakości swojego życia. Mężczyźni znacznie częściej byli ani zadowoleni ani niezadowolonymi (61,8%) bądź niezadowolonymi (29,4%), a kobiety – ani zadowolone ani niezadowolonymi (54,2%) i zadowolonymi (18,7%) z jakości swojego życia. Tabela XXVIII zawiera dane.

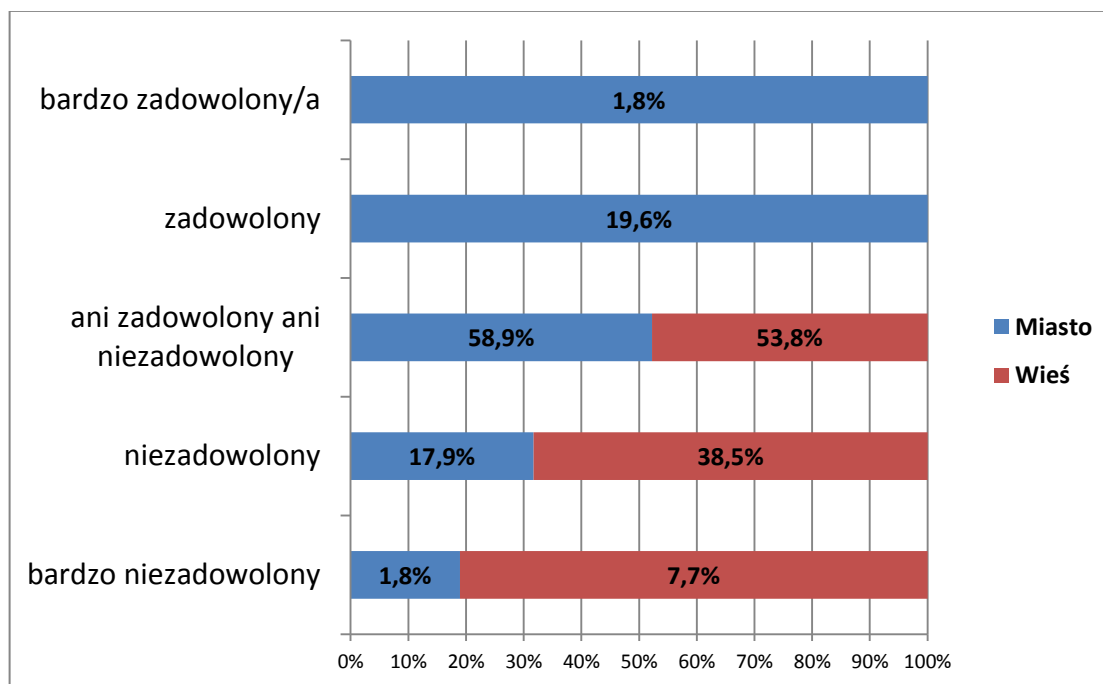
Tabela XXVIII. Ocena zadowolenia z jakości swojego życia a płeć respondentów (N=82).

	Kobiety		Mężczyźni		Razem N = 82 (100%)
	N = 48	%	N = 34	%	
bardzo niezadowolony	3	6,3	0	0,0	3 (3,7)
niezadowolony	10	20,8	10	29,4	20 (24,4)
ani zadowolony ani niezadowolony	26	54,2	21	61,8	47 (57,3)
zadowolony	9	18,7	2	5,9	11 (13,4)
bardzo zadowolony/a	0	0,0	1	2,9	1 (1,2)

n.z.p – brak różnicy istotnej statystycznie

Źródło: dane własne

W badaniu potwierdzono istnienie statystycznie różnicy zależności pomiędzy oceną zadowolenia z jakości swojego życia a miejscem zamieszkania ($\chi^2=10,435$; $p=0,034$) (Rycina 23, Tabela XXIX). Mieszkańcy miasta częściej byli ani zadowoleni ani niezadowolenymi (58,9%) bądź zadowolonymi (19,6%), zaś mieszkańcy wsi – ani zadowolonymi ani niezadowolonymi (53,8%), niezadowolonymi (38,5%) i bardzo niezadowoleni (7,7%) z jakości swojego życia.



Rycina 23. Ocena zadowolenia z jakości swojego życia a miejsce zamieszkania respondentów (N=82). Źródło: dane własne.

W badaniu nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną zadowolenia z jakości Twojego życia a płcią, wiekiem i wykształceniem. Tabela XXIX zawiera dane.

Tabela XXIX. Zmienne socjodemograficzne a ocena zadowolenia z jakości swojego życia (N=82).

zmienna	WARTOŚĆ TESTU/ P -VALUE
PŁEĆ	$\chi^2=6,794$; $p=0,147$
WIEK	$\chi^2=7,188$; $p=0,845$
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	$\chi^2=10,435$; $p=0,034$
WYKSZTAŁCENIE	$\chi^2=20,087$; $p=0,065$

Źródło: dane własne

4.4.2. Ocena zadowolenia ze zdrowia respondentów

W przeważającej większości, aż 62,2% respondentów było ani zadowolonymi ani niezadowolonymi ze swojego zdrowia, 17,1% badanych - bardzo niezadowolonymi, 12,2% respondentów - zadowolonymi i 8,5% badanych – niezadowolonymi ze swojego zdrowia oraz nikt z respondentów nie był bardzo zadowolonym ze swojego zdrowia. Kobiety najczęściej były ani zadowolonymi ani niezadowolonymi (58,3%) i bardzo niezadowolone (22,9%) ze swojego zdrowia, zaś mężczyźni - ani zadowolonymi ani niezadowolonymi (67,6%) ze stanu swojego zdrowia oraz niezadowolonymi i zadowoleni (po 11,8) ze swojego zdrowia. Tabela XXX zawiera dane.

Tabela XXX. Ocena zadowolenia ze zdrowia respondentów z uwzględnieniem płci (N=82).

	Kobiety		Mężczyźni		Razem N = 82 (100%)
	N = 48	%	N = 34	%	
bardzo niezadowolony	11	22,9	3	8,8	14 (17,1)
niezadowolony	3	6,3	4	11,8	7 (8,5)
ani zadowolony ani niezadowolony	28	58,3	23	67,6	51 (62,2)
zadowolony	6	12,5	4	11,8	10 (12,2)
bardzo zadowolony/a	0	0,0	0	0,0	0 (0,0)

n.z.p – brak różnicy istotnej statystycznie

Źródło: dane własne

W badaniu nie potwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną zadowolenia ze zdrowia respondentów a płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania i wykształceniem. Tabela XXXI zawiera dane.

Tabela XXXI. Zmienne socjodemograficzne a ocena zadowolenia ze zdrowia respondentów (N=82).

zmienna	WARTOŚĆ TESTU/ P -VALUE
PŁEĆ	$\chi^2=3,311$; $p=0,507$
WIEK	$\chi^2=6,921$; $p=0,863$
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	$\chi^2=4,374$; $p=0,358$
WYKSZTAŁCENIE	$\chi^2=9,346$; $p=0,673$

Źródło: dane własne

4.4.3. Końcowa ocena ogólna profilu przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF

W ocenie ogólnym profilu za pośrednictwem poszczególnych płaszczyzn: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej wytyczających jakość życia, którą uzyskano przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF mężczyźni uzyskali wyższy średni wynik w płaszczyźnie fizycznej (46,82; SD+/-8,49) i psychologicznej (40,35; SD+/-8,60), natomiast kobiety - w płaszczyźnie społecznej (41,58; SD+/-12,86) i płaszczyźnie środowiskowej (52,25; SD+/- 8,90). Tabela XXXII zawiera dane.

Tabela XXXII. Ocena profilu ogólnej jakości życia przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF a płeć respondentów (N=82).

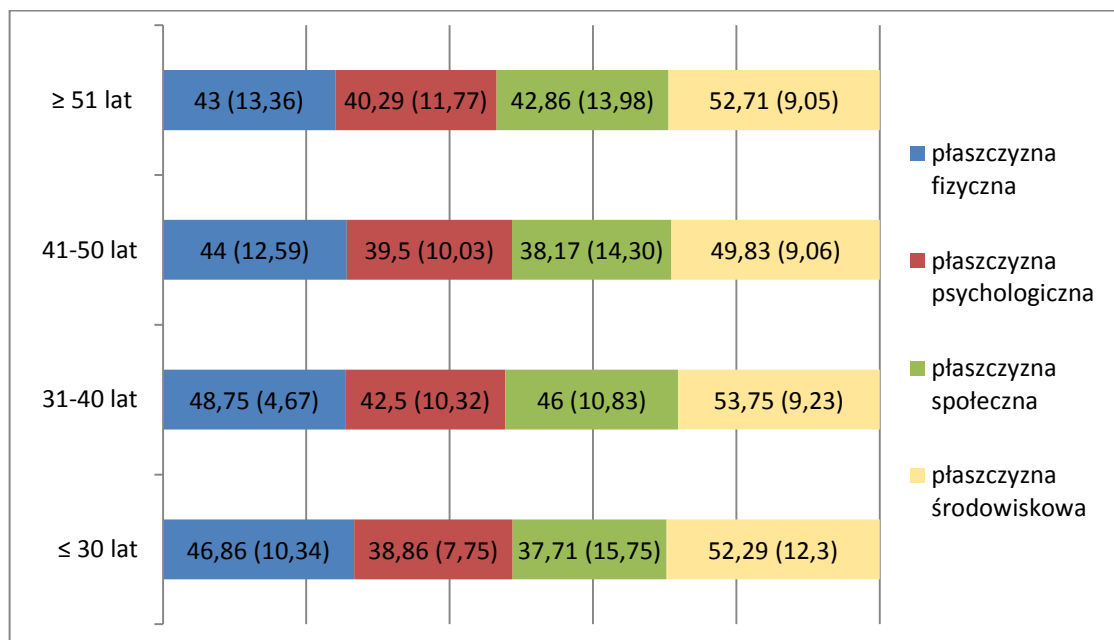
	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N = 48	SD+/-	N = 34	SD+/-	N = 82	SD+/-
płaszczyzna fizyczna	43,83	12,15	46,82	8,49	45,07	14,14
płaszczyzna psychologiczna	40,17	11,40	40,35	8,60	40,24	16,97
płaszczyzna społeczna	41,58	12,86	40,71	15,58	41,22	22,63
płaszczyzna środowiskowa	52,25	8,90	51,64	10,71	52,0	11,31

SD+/- - odchylenie standardowe

Źródło: dane własne

Rozpatrując wiek respondentów (Rycina 24) w ocenie ogólnym profilu za pośrednictwem poszczególnych płaszczyzn przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF można wnioskować, że osoby w wieku 31-40 lat uzyskali najwyższy średni wynik we wszystkich płaszczyznach: fizycznej (48,75; SD+/-4,67) i psychologicznej (42,5; SD+/-10,32), społecznej (46; SD+/-10,83) i środowiskowej (53,75; SD+/- 9,23).

Rycina 24. przedstawia ocenę profilu ogólnej jakości życia przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF a wiek respondentów, w którym wartości poszczególnych płaszczyzn ujęte są najpierw, zaś w nawiasach - odchylenie standardowe (SD+/-).



Rycina 24. Ocena profilu ogólnej jakości życia przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF a wiek respondentów (N=82).

Źródło: dane własne

Rozpatrując miejsce zamieszkania respondentów (Tabela XXXIII) w ocenie ogólnym profilu za pośrednictwem poszczególnych płaszczyzn przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF można wnioskować, że osoby zamieszkujące w mieście uzyskały najwyższy średni wynik we wszystkich płaszczyznach: fizycznej (46,57; SD+/-10,02) i psychologicznej (41,64; SD+/-16,97), społecznej (42; SD+/-22,63) i środowiskowej (54,21; SD+/- 11,31).

Tabela XXXIII. Ocena profilu ogólnej jakości życia przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF a miejsce zamieszkania respondentów (N=82).

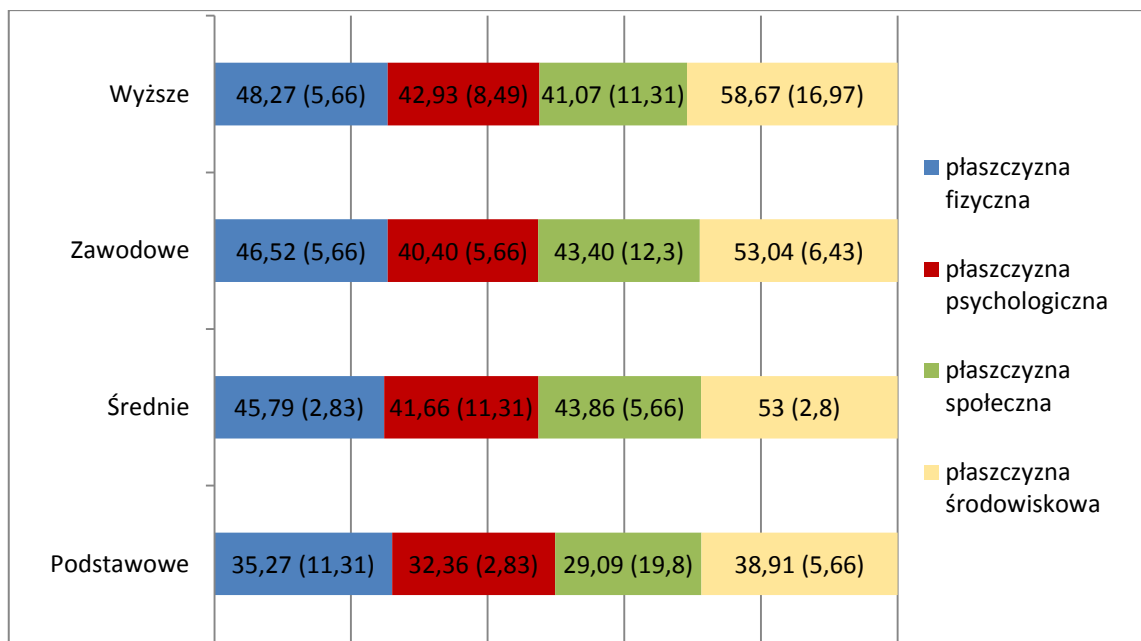
	Miasto		Wieś		Razem	
	N = 56	SD+/-	N = 34	SD+/-	N = 82	SD+/-
płaszczyzna fizyczna	46,57	10,02	41,85	8,49	45,07	14,14
płaszczyzna psychologiczna	41,64	16,97	37,23	10,35	40,24	16,97
płaszczyzna społeczna	42	22,63	39,54	13,83	41,22	22,63
płaszczyzna środowiskowa	54,21	11,31	47,23	8,48	52,0	11,31

SD+/- - odchylenie standardowe

Źródło: dane własne

Rozpatrując wykształcenie respondentów (Rycina 25) w ocenie ogólnym profilu za pośrednictwem poszczególnych płaszczyzn przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF można wnioskować, że osoby legitymujące się wykształceniem wyższym uzyskali najwyższy średni wynik w płaszczyznach: fizycznej (48,27; SD+/-5,66), psychologicznej (42,93; SD+/-8,49) i środowiskowej (58,67; SD+/-16,97), natomiast osoby legitymujące się wykształceniem średnim - w płaszczyźnie społecznej (43,86; SD+/-5,66).

Rycina 25. przedstawia ocenę profilu ogólnej jakości życia przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF a wykształcenie respondentów, w którym wartości poszczególnych płaszczyzn ujęte są najpierw, zaś w nawiasach - odchylenie standardowe (SD+/-).



Rycina 25. Ocena profilu ogólnej jakości życia przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF a wykształcenie respondentów (N=82).

Źródło: dane własne

V. DYSKUSJA

Antosik-Wójcińska donosi, że depresja jest chorobą podstępną która może dotyczyć szeregu populacji bez względu na status społeczny czy płeć, wiek tej populacji [1].

Wielu autorów prowadziło badania nad chorymi na depresję leczonych elektrowstrząsami. Antosik-Wójcińska i Święicki w latach 2013–2014 poddali analizie dane medyczne 107 pacjentów, w tym 58% kobiet i 42% mężczyzn w wieku 17-76 lat poddawanych terapii elektrowstrząsowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii [2]. Natomiast Demir i wsp. prowadzili badania metodą EW wśród 176 pacjentów w latach 2011 - 2014 w oddziale psychiatrycznym Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Dicle. Spośród badanej grupy szczególnie zbadano 21,6% pacjentów leczonych ambulatoryjnie tego oddziału. Większość pacjentów stanowiły kobiety (60,5%), zaś mężczyzn było 39,5%. Średnia wieku wynosiła $32,7 \pm 8,8$ lat [12]. Antosik-Wójcińska i wsp. w latach 2015–2019 poddali badaniu metodą EW 65 chorych, w tym 51% kobiet i 49% mężczyzn w wieku 65 lat bądź więcej w oddziałach klinicznych IPiN, 80% pacjentów przypisano do przedziału wiekowego 65–74 lata i 20% chorych do przedziału wiekowego 75 lat i więcej. W badanej grupie chorych średnia wieku wyniosła 70,6 lat ($\pm 4,34$) [1].

W przeprowadzonym badaniu własnym wzięło udział N=82 pacjentów, w tym N=48 (58,5%) kobiet i N=34 (41,5%) mężczyzn, chorych na depresję leczonych elektrowstrząsami, hospitalizowanych w oddziale VI Ogólnopsychiatrycznym w SPP ZOZ im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy w okresie od początku roku do 01.09.2024 roku. W badaniu własnym średnia wieku z uwzględnieniem minimum (19 lat) i maksimum (84 lat) ogółu respondentów miało wartości 45,68 (SD $\pm 13,03$), natomiast pod względem płci respondentów, wśród kobiet miał wartości 46,77 (SD $\pm 13,99$), zaś u mężczyzn - 44,15 (SD $\pm 11,58$). Co trzeci (34,1%) respondent był w wieku 51 lat i więcej i 29,3% badanych przypisano do przedziału wiekowego 41-50 lat. Ale też można zauważyć znaczącą grupę respondentów w przedziale wiekowym 31-40 lat, tj. 19,5% osób i w przedziale wiekowym ≤ 30 lat (17,1%). Kobiety znacznie częściej były w wieku 51 lat i więcej (41,7%), natomiast mężczyźni w wieku 41-50 lat (38,3%). Wśród najmłodszej grupy respondentów (≤ 30 lat) przeważali mężczyźni (20,6%). Znaczna większość, tj. 68,3% respondentów

zamieszkiwało miasto, zaś pozostałe 31,7% badanych – wieś. Pośród badanych, najczęściej co trzeci respondent legitymował się wykształceniem średnim (35,4%) i zawodowym (32,9%) oraz prawie co piąty (18,3%) respondent legitymował się wykształceniem wyższym. Pozostałe 13,4% respondentów legitymowało się wykształceniem podstawowym.

Według autorów leczenie elektrowstrząsami (EW, ECT) należy do najstarszych stosowanych form terapii i jako metoda podstawowa leczenia psychiatrycznego [1]. Zdaniem Badura-Brzoza i wsp. terapia elektrowstrząsami opiera się na zastosowaniu elektrycznej stymulacji przeczaszkowej mózgu [Badura-Brzoza i wsp., 2013]. W badaniu własnym przeważająca większość, aż $\frac{3}{4}$ respondentów wiedziało na czym polega terapia elektrowstrząsami, zaś pozostali (25,6%) tej wiedzy nie posiadali. Kobiety znacznie częściej wiedziały na czym polega terapia elektrowstrząsami (79,2%), zaś mężczyźni – tej wiedzy nie posiadali (32,4%). Wszyscy, 100% respondentów z wykształceniem wyższym i znacząco 77,8% osób z wykształceniem zawodowym wiedziało na czym polega terapia elektrowstrząsami.

Zyss i wsp. w publikacjach donosi, że wysoka skuteczność sięgająca 70–90% i bezpieczeństwo zastosowania terapii elektrowstrząsami skłania do wykorzystania tej metody pacjentom z depresją, jednocześnie pozytywnie wpływając na jakość ich życia [31]. W badaniu własnym prawie połowa, bo 48,8% respondentów zadeklarowało, że terapia elektrowstrząsami na przebieg depresji ma wpływ dobry i 37,8% respondentów uważało, że bardzo dobry. Mężczyźni częściej wskazywali, że ma dobry (55,9%) wpływ, a kobiety że bardzo dobry (45,5%). Ale 9,7% badanych uważało, że dostateczny i 3,7% badanych zadeklarowało, że terapia elektrowstrząsami na przebieg depresji ma wpływ mierny. Mężczyźni częściej wskazywali, że ma wpływ dostateczny (14,7%), a kobiety - mierny (4,2%).

Zdaniem autorów rekomendowana seria zabiegów składa się z 10–12 terapii EW, jednak liczba zastosowanych cykli jest uzależniona od stanu psychicznego danego pacjenta i efektów terapii [3]. W badaniu Demira i wsp. pacjenci ambulatoryjni otrzymali średnio $8,8 \pm 4,6$ sesji EW, w tym u większości pacjentów zabieg EW przeprowadzono dwa razy w ciągu tygodnia [12]. W badaniu Antosik-Wójcińskiej i wsp. grupy osób 65 lat i więcej pacjenci otrzymali średnio $9,76 \pm 2,67$ sesji EW, w tym 8 cykli przeprowadzono wśród 86,2% pacjentów 10 zabiegów EW wśród 50,7% [1]. W innym badaniu Antosik-Wójcińskiej i Świącieckiego w terapii chorych ≤ 60 lat otrzymali średnio

9,82 serię zabiegów, zaś w grupie osób ≥ 60 lat seria zabiegów wynosiła 10,93 [Antosik-Wójcińska i Świącicki, 2016]. W badaniu własnym co dziesiąty (9,8%) z respondentów jeszcze nie miał i nie przyjął cykli w terapii elektrowstrząsów, w tym nieco częściej kobiety (10,4%). Znacząco, 40,3% respondentów w terapii elektrowstrząsów było poddawanych cyklom 1 raz i 20,7% badanych - 2 razy i 14,6% badanych - 3 razy. Analizując pod względem płci badanych respondenci najczęściej przyjęli cykli 1 raz. Pozostali, po 4,9% badanych przyjęli cykli 4 razy i 6 razy, 2,4% osób - 9 razy oraz po 1,2% osób - 8 razy i 12 razy. Kobiety częściej przyjęły cykli 6 razy, zaś mężczyźni - 4 razy.

Według szacunkowych danych, jak donosi Antosik-Wójcińska i Świącicki powikłania zagrażające życiu podczas leczenia EW zdarzają się niezmiernie rzadko u 1/50000 pacjentów, w tym u około 2% pacjentów zdarzają się znacznie poważniejsze tj. ryzyko zgonu 1/80000 pacjentów podczas całego cyklu terapii EW [2].

Zdaniem wielu autorów uporczywymi skutkami terapii wywołującymi u chorych istotny niepokój w trakcie sesji bądź bezpośrednio po zastosowaniu EW jest amnezja wsteczna, amnezja następcza [19]. Doniesienia Antosik-Wójcińskiej i Świącickiego wskazują, że w badaniu z działań niepożądanych w przedziale wiekowym ≤ 60 lat wystąpiły bóle głowy (13,16%) i zaburzenia pamięci (6,58%), a w przedziale wiekowym ≥ 60 lat - zaburzenia pamięci (22,58%) i zaburzenia rytmu serca (19,35%) [2]. W badaniu Semkovskiej najczęstszymi występującymi objawami podczas terapii było u 26,5% pacjentów - ból głowy, u 16,2% osób - nudności, u 11,8% osób - ból mięśni i u 2,7% osób - doszło do splątania międzynaopadowego, natomiast w mniejszym stopniu, aczkolwiek poważnymi zdarzeniami niepożądanymi, było wystąpienie nadciśnienia tętniczego związanego z terapią EW (5,4% osób), skurcz oskrzeli (1,0% osób), tachyarytmia, po wystąpieniu której zakończono terapię EW (1,0% osób) oraz u 1,0% osób wystąpiła próba samobójcza [14]. W badaniu własnym aż u 54,9% respondentów nie wystąpiły żadne objawy podczas terapii elektrowstrząsów, ale już u 37,8% respondentów wystąpiła niepamięć wsteczna i u 8,5% badanych niepamięć następcza oraz 1,2% badany wskazał odpowiedź - inne, jakie: jakbym miał Alzheimera, codziennie mówiłem kilkakrotnie: „dzień dobry”. Kobiety częściej doświadczały niepamięci wstecznej (41,7%), zaś mężczyźni - niepamięci następczej (11,8%).

Zdaniem Antosik-Wójcińskiej i Poleszczyk wyższą skuteczność zabiegów udowodniono wraz z leczeniem skojarzonym tj. terapia EW i leczenie lekiem

przeciwdepresyjnym [17]. W badaniu własnym 84,1% respondentów deklarowało, że przyjmuje selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), 17,1% badanych - selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI) oraz 14,6% badanych - inne, leki działające wieloreceptorowo. Tylko 7,3% respondentów do chwili niniejszych badań nie przyjmowało leków przeciwdepresyjnych na stałe. Mężczyźni znacznie częściej przyjmowali selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI) (94,1%), selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI) (23,5%), zaś kobiety - inne, leki działające wieloreceptorowo (16,7%).

Według wielu autorów na wizerunek chorego z depresją wpływa wiele składowych i sytuacji sprzyjających występowaniu tej choroby, depresji m.in. pora roku, choroby współistniejące w tym bezsenność czy zaburzenia snu, otyłość, stwardnienie rozsiane (SM), w chorobie Parkinsona (PD), udarze mózgu, w padaczkę oraz nowo zdiagnozowaną chorobą nowotworową [24,27]. W badaniu Antosik-Wójcińskiej

i wsp., choroby współistniejące wykazano aż u 64,6% pacjentów, w tym 49,2% osób - nadciśnienie tętnicze, 15,38% osób - chorobę niedokrwienną serca i 10,77% osób - przerost prostaty oraz w mniejszym stopniu, po 3,08% osób - choroby tarczycy, cukrzycę i POCHP [1]. W badaniu Krzysińskiego i wsp. prowadzących badania wśród trzech kobiet w wieku podeszłym na wizerunek tych pacjentek wpływały zaburzenia psychiczne i w dużym stopniu wielochorobowość, w tym cukrzyca, nadciśnienie tętnicze oraz otyłość olbrzymia [26]. W badaniu własnym co trzeci (35,4%) respondent deklarował choroby przewlekłe współistniejące, w tym najczęściej: 14,6% osób - układu

krążenia, po 8,5% osób - układu nerwowego i układu hormonalnego oraz 7,3% osób - układu odpornościowego. Kobiety częściej chorowały na choroby układu krążenia (14,6%) i układu hormonalnego (12,5%), zaś mężczyźni - układu krążenia (14,7%) i układu nerwowego (8,8%). Najwięcej chorób przewlekłych współistniejących u badanych zgłaszały osoby w wieku ≥ 51 lat, w tym znacząco: 28,6% - układu krążenia i po 14,3% - układu hormonalnego i układu odpornościowego oraz osoby w wieku 41-50 lat, w tym znacząco: 20,8% - układu nerwowego i 16,7% - układu krążenia. Mieszkańcy wsi deklarowali znacznie częściej choroby przewlekłe współistniejące, w tym: 30,8% osób - układu krążenia, po 15,4% osób - układu pokarmowego i układu hormonalnego i po 11,5% - układu nerwowego i układu neurologicznego. Interpretując wyniki BMI

respondentów według tabeli BMI WHO wykazano, że 2,4% respondentów było wychudzonych i były to kobiety (4,2%). Znacząco, bo 48,8% respondentów odznaczało się wagą prawidłową i 31,7% badanych miało nadwagę. Można zauważyć, że kobiety częściej miały wagę prawidłową (56,2%), zaś mężczyźni dwukrotnie częściej nadwagę (47,0%). Ale już u pozostałych 17,1% badanych stwierdzono: otyłość I ° (7,3%), otyłość II ° (4,9%) i otyłość III ° (4,9%). Kobiety częściej miały otyłość I ° (8,3%) i otyłość II ° (6,3%), zaś mężczyźni - otyłość III ° (5,9%).

Zdaniem Dominiak i wsp., oraz Filipskiej i wsp. niejednokrotnie stygmatyzacja w chorobach prowadzi do pogłębienia depresji w następstwie samotności, braku wsparcia społecznego, odrzucenia przez społeczeństwo ale też najbliższych, partnera [13,16].

W badaniu własnym u 63,4% respondentów opiekę nad badanymi sprawuje małżonek, u 17,1% respondentów - Córka/Syn i u 11,0% respondentów - Zięć/Synowa. Ale też 9,7% respondentów wskazało własną odpowiedź: Inne, jakie: mama, wujek, rodzina. Można zauważyć, że rozkład płci respondentów w przypadku sprawowanej opieki utrzymywał się prawie na tym samym poziomie, aczkolwiek nad mężczyznami nieco częściej opiekę sprawował małżonek (64,7%) i Zięć/Synowa (11,8%), zaś nad kobietami - Córka/Syn (18,8%) i wskazana własną odpowiedź: Inne, jakie: mama, wujek, rodzina (10,4%).

Z doniesień wielu autorów wynika, że na rozwój choroby jaką jest depresja istotny ma wpływ rozwód z różnych przyczyn. Te niekorzystne elementy wpływają na subiektywne odczucia, jednostka izoluje się, ma ciągle poczucie winy [5,7]. W badaniu własnym sytuacjami sprzyjającymi występowaniu depresji i istniejącymi u nich było: 47,6% osób - bezsenność/zaburzenia snu, 42,7% badanych - ciągle poczucie winy, 41,5% respondentów - myśli o śmierci/samobójstwie. Nieco mniej, bo 37,8% - pora roku, 37,8% - poniżanie/złe relacje (w rodzinie, pracy), 35,4% - wydarzenia życiowe w postaci rozwodu czy odrzucenia przez partnera, 32,9% - samotność oraz co piąty (18,3%) respondent - inne występujące choroby i 1,2% - wskazana odpowiedź Inne, jakie: odizolowanie od społeczeństwa. Kobiety częściej zadeklarowały myśli o śmierci/samobójstwie (45,8%) i bezsenność/zaburzenia snu, porę roku oraz poniżanie/złe relacje (w rodzinie, pracy) (po 41,7%), zaś mężczyźni - bezsenność/zaburzenia snu (55,9%) i ciągle poczucie winy (47%).

Według Coleman i wsp. negatywny wpływ etykiety naznaczenia w efekcie prowadzi do nasilenia przebiegu depresji i powiązanych stanów emocjonalnych.

Następują podjęcia, często wielokrotne, prób samobójczych osób obarczonych depresją [10]. W badaniu własnym ponad połowa, 57,3% respondentów nie podejmowało prób samobójczych, zaś 42,7% badanych dopuszczało się tych prób samobójczych. Kobiety częściej nie podejmowały prób samobójczych (58,3%), zaś mężczyźni nieco częściej tych prób samobójczych dopuszczali się (44,1%). Znacząco, 68,8% respondentów w wieku 31-40 lat i 64,3% badanych w wieku ≤ 30 lat nie podejmowało prób samobójczych, natomiast aż połowa (50%) badanych w wieku 41-50 lat i 46,4% respondentów w wieku ≥ 51 lat dopuszczało się tych prób samobójczych. Mieszkańcy miasta (58,9%) znacznie częściej nie podejmowali prób samobójczych, zaś zamieszkujący wieś (46,2%) częściej dopuszczali się tych prób samobójczych. Rozpatrując to zagadnienie pod względem wykształcenia to znacznie częściej nie podejmowali prób samobójczych respondenci z wykształceniem średnim (65,5%). Natomiast częściej dopuszczali się tych prób samobójczych respondenci z wykształceniem zawodowym (48,1%) i z wykształceniem wyższym (46,7%). W badaniu wśród 42,7% respondentów najczęściej, bo 40,0% respondentów dopuściło się prób samobójczych 1 raz, 22,9% badanych – 2 razy, 17,1% badanych – 3 razy. Znacznie mniej dopuściło się 4 razy, 5 razy i 7 razy (5,7%) oraz aż 10 razy – 2,9% badanych, był to mężczyzna. Kobiety częściej podejmowały próbę samobójczą 1 raz (40%) i 2 razy (25%), zaś mężczyźni – 1 raz (40%), 2 razy i 3 razy (po 20%) bądź 7 razy (13,3%). Mieszkańcy miasta częściej podejmowali próbę samobójczą 1 raz (39,2%) i 2 razy (26,2%), zaś zamieszkujący wieś - 1 raz (41,8%) i 2 razy (16,7%) oraz pozostałe wskazane przez respondentów ilości podejmowanych prób samobójczych (8,3%).

Doniesienia autorów wskazują, iż w celu poprawy jakości życia jednostki z depresją, choroby najczęściej występującej wśród populacji wymaga stałej opieki specjalisty leczenia depresji, nawet kilka razy w ciągu roku, łącznie z zastosowaną kompleksową farmakoterapią, elektrowstrząsami, fototerapią i psychoterapią [1,4] oraz jak podkreśla Filipskai wsp. wraz z koniecznością pobytu w placówkach medycznych [Filipska i wsp., 2020]. W badaniu własnym przeważająca większość, aż 85,4% respondentów było pod stałą opieką specjalistyczną leczenia depresji. Pozostali (14,6%) badani nie byli objęci stałą opieką specjalistyczną leczenia depresji. Kobiety znacznie częściej były pod opieką specjalistyczną (89,4%), zaś mężczyźni - nie (20,6%). Interpretując wyniki badań pod względem wieku respondentów można zauważyć, że znaczna większość badanych w wieku 31-40 lat (93,7%) i w wieku ≥ 51 lat (92,9%)

było pod stałą opieką specjalisty leczenia depresji, ale już co trzeci (35,7%) respondent w wieku ≤ 30 lat - nie był. Nieco ponad połowa, bo 51,2% respondentów uczęszcza do poradni leczenia depresji 1x w roku, natomiast 40,3% badanych - 2x w roku. Mężczyźni znacznie częściej uczęszczali do poradni leczenia depresji 1x w roku (58,8%), zaś kobiety - 2x w roku (47,9%). Pozostałe, 8,5% respondentów wskazało własną odpowiedź: inne: 6 razy w roku, ok. 10-12 razy w roku, ale i odpowiedź wcale. Co dwukrotnie częściej wskazywali mężczyźni (11,8%).

Według autorów a wskazywana przez Quality of Life Group, która funkcjonuje przy Światowej Organizacji Zdrowia (WHOQOL Group), jakość życia jest to spostrzeganie pozycji przez jednostkę w życiu, w kontekście kultury i systemów wartości akceptowanych przez społeczeństwo, w którym żyje [22,24,33].

W badaniu własnym ponad połowa (57,3%) respondentów było ani zadowolonymi ani niezadowolonymi z jakości życia, 24,4% badanych – niezadowolonymi, 13,4% badanych – zadowoleni, 3,7% respondentów bardzo niezadowolonych i tylko 1,2% badanych było bardzo zadowolonych z jakości swojego życia. Mężczyźni znacznie częściej byli ani zadowoleni ani niezadowolonymi (61,8%) bądź niezadowolonymi (29,4%), a kobiety – ani zadowolone ani niezadowolonymi (54,2%) i zadowolonymi (18,7%) z jakości swojego życia. Mieszkańcy miasta częściej byli ani zadowoleni ani niezadowolonymi (58,9%) bądź zadowolonymi (19,6%), zaś mieszkańcy wsi – ani zadowolonymi ani niezadowolonymi (53,8%), niezadowolonymi (38,5%) i bardzo niezadowolonymi (7,7%) z jakości swojego życia.

Zdaniem Haraldstad et.al. trafny opis terminu jakość życia związana ze stanem zdrowia (HRQOL) brzmi: „*Termin odnoszący się do zdrowotnych aspektów jakości życia, powszechnie uważany za odzwierciedlający wpływ choroby i leczenia na niepełnosprawność i codzienne funkcjonowanie, która odzwierciedla wpływ postrzeganego zdrowia na zdolność tej jednostki do prowadzenia satysfakcjonującego życia*” [21] oraz według innych autorów w zakresie funkcjonalnym, poznawczym, społecznym, ale również na procesy psychologiczne [29].

W badaniu własnym aż 62,2% respondentów było ani zadowolonymi ani niezadowolonymi ze swojego zdrowia, 17,1% badanych - bardzo niezadowolonymi, 12,2% respondentów - zadowolonymi i 8,5% badanych – niezadowolonymi ze swojego zdrowia oraz nikt z respondentów nie był bardzo zadowolonym ze swojego zdrowia. Kobiety najczęściej były ani zadowolonymi ani niezadowolonymi (58,3%) i bardzo niezadowolonymi (22,9%) ze swojego zdrowia, zaś mężczyźni - ani zadowolonymi

ani niezadowolonymi (67,6%) ze stanu swojego zdrowia oraz niezadowolonymi i zadowoleni (po 11,8) ze swojego zdrowia. W ocenie ogólnym profilu za pośrednictwem poszczególnych płaszczyzn: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej wytyczających jakość życia, którą uzyskano przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF mężczyźni uzyskali wyższy średni wynik w płaszczyźnie fizycznej (46,82; SD+/-8,49) i psychologicznej (40,35; SD+/-8,60), natomiast kobiety - w płaszczyźnie społecznej (41,58; SD+/-12,86) i środowiskowej (52,25; SD+/- 8,90). Rozpatrując wiek respondentów przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF można wnioskować, że osoby w wieku 31-40 lat uzyskały najwyższy średni wynik we wszystkich płaszczyznach: fizycznej (48,75; SD+/-4,67) i psychologicznej (42,5; SD+/-10,32), społecznej (46; SD+/-10,83) i środowiskowej (53,75; SD+/- 9,23). Rozpatrując miejsce zamieszkania respondentów przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF można wnioskować, że osoby zamieszkujące w mieście uzyskały najwyższy średni wynik we wszystkich płaszczyznach: fizycznej (46,57; SD+/-10,02), psychologicznej (41,64; SD+/-16,97), społecznej (42; SD+/-22,63) i środowiskowej (54,21; SD+/-11,31). Rozpatrując wykształcenie respondentów przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF można wnioskować, że osoby legitymujące się wykształceniem wyższym uzyskały najwyższy średni wynik w płaszczyznach: fizycznej (48,27; SD+/-5,66), psychologicznej (42,93; SD+/-8,49) i środowiskowej (58,67; SD+/-16,97), natomiast osoby legitymujące się wykształceniem średnim - w płaszczyźnie społecznej (43,86; SD+/-5,66).

Zdaniem Filipskiej i wsp. na postrzeganą jakość życia przez pacjenta z depresją przebywającego w szpitalu ma wpływ wiele składowych, przede wszystkim wiek, płeć, ilość oraz długość hospitalizacji, stopień zadowolenia z opieki i zastosowanego leczenia za pomocą elektrowstrząsów. Z dociekań autorów wynika, że warunki mieszkaniowe chorych obarczonych depresją, niejednokrotnie złe, mają także istotny wpływ na jakość życia tych pacjentów [13,34].

W badaniu własnym co piąty (20,7%) badany chorował na depresję 3-4 lata oraz 15,9% osób – 2 lata, 14,6% osób – 1 rok bądź 17,1% respondentów - 1-11 miesięcy. Ale też okresy jaki chorują badani na depresję a deklarowany przez respondentów był: 10-16 lat i 20-33 lata (po 11,0%) oraz 5-8 lat (9,7%). Kobiety znacznie częściej chorowały na depresję 3-4 lata (22,9%), 2 lata i 1-11 miesięcy (po 16,7%), natomiast mężczyźni - 1 rok (23,6%) 3-4 lata i 1-11 miesięcy (po 17,6%).

Analizując to zagadnienie pod względem wykształcenia, podkreślenia stanowi, że respondenci z wykształceniem podstawowym chorowali na depresję 20-33 lata (27,2%) i prawie co piąty (18,2%) badany w każdym zadeklarowanym czasie trwania depresji. Respondenci wykształceniem wyższym - 1 rok i 2 lata (po 26,7%), badani z wykształceniem średnim - 1-11 miesięcy (27,6%) i 3-4 lata (24,1%) oraz badani z wykształceniem zawodowym – 2 lata i 3-4 lata (po 22,2%). Najczęściej z powodu depresji w szpitalu 40% respondentów było 1 raz i po 12,2% badanych – 2 razy bądź nie było jak dotąd w ogóle. Pozostali, po 9,7% respondentów było 3 razy i 6-7 razy, 7,3% osób - 11-15 razy, po 6,1% osób - 4-5 razy i 16-30 razy oraz 4,9% badanych - 8-10 razy. Mężczyźni częściej byli w szpitalu z powodu depresji 1 raz, 2 razy i 16-30 razy bądź nie byli jak dotąd w ogóle, zaś kobiety 1 raz i 6-7 razy. Znacząco respondenci z wykształceniem wyższym byli w szpitalu z powodu depresji 1 raz (40%) i 3 razy (20%), z wykształceniem średnim - 1 raz (37,9%) bądź nie byli jeszcze (20,8%), z wykształceniem zawodowym 1 raz i 2 razy (po 25,9%), natomiast z wykształceniem podstawowym – 6-7 razy (36,3%), ale też 4-5 razy i 11-15 razy (18,2%). Aż 53,7% respondentów wskazało dobre i 45,1% badanych - bardzo dobre warunki mieszkaniowe. Znikomy procent, tylko 1,2% respondentów wskazało złe warunki mieszkaniowe. Spośród badanych mężczyźni nieco częściej deklarowali warunki mieszkaniowe jako dobre (55,9%), zaś kobiety jako - bardzo dobre (47,9%). Ale też 2,9% mężczyzn wskazał złe warunki mieszkaniowe.

Zdaniem Zawiszy i wsp. oraz Haraldstad i wsp. w szpitalu, personel medyczny do modyfikowania celów leczenia, świadczonej opieki wobec pacjentów obarczonych depresją korzysta z dostępnych w oddziale kwestionariuszy jakości życia, które systematycznie przeprowadza wśród chorych uwidoczniając efekty tego leczenia [21,35]. W badaniu własnym aż 81,7% respondentom leczenie za pomocą elektrowstrząsów poprawiło funkcjonowanie i zmniejszyło nasilenie objawów depresyjnych, pozostali (18,3%) nie deklarowali takiej opinii. Kobiety częściej były zadowolone z leczenia za pomocą elektrowstrząsów (85,4%), zaś prawie co czwarty mężczyzna – nie (23,5%). Rozpatrując poprawę funkcjonowania i zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych za pomocą elektrowstrząsów pod względem wykształcenia, aż 93,3% respondentów z wykształceniem wyższym i 96,3% osób z wykształceniem zawodowym deklarowało, że leczenie za pomocą elektrowstrząsów poprawiło funkcjonowanie i zmniejszyło nasilenie objawów depresyjnych.

Podsumowanie

Zdaniem wielu autorów ważną rolę w postrzeganej przez pacjentów jakości życia odgrywa całościowa opieka personelu każdego szczebla, szczególnie pielęgniarek nad chorym, ale również właściwe relacje interpersonalne [21,36], który według Dominiak i wsp. oraz Coleman i wsp. w efekcie poprawia pacjentom komfort i poczucie satysfakcji z życia, szybszy powrót do aktywności zawodowej i co jest bardzo istotne zmniejszając ryzyko śmiertelności [10].

Zdaniem Vulea i Băcilă bardzo ważne jest przygotowanie przez personel medyczny, głównie przez pielęgniarki psychiatryczne pacjenta zakwalifikowanego do leczenia elektrowstrząsami wraz z okazaniem wsparciem fizycznym i psychicznym, empatią na każdym z etapów terapii zarówno pacjentowi a także jego rodzinie [32].

Vulea i Băcilă opiniuje za cyklicznymi i regularnymi szkoleniami pielęgniarek w zakresie psychiatrii i terapii EW w celu zapewnienia oczekiwanego komfortu oraz bezpieczeństwa pacjentowi [32].

VI. WNIOSKI

Uzyskane wyniki niniejszych badań pozwalają wyciągnąć następujące wnioski:

1. Pomimo, że większość badanych miało stałe źródło utrzymania, dobre i bardzo dobre warunki mieszkaniowe oraz wsparcie w opiece najbliższych to podejmowało próby samobójcze, w tym znacząco częściej mężczyźni powyżej 41 lat, z terenów wiejskich z wykształceniem zawodowym i wyższym.
2. Kobiety znacznie częściej chorowały na depresję, uczęszczwały do poradni leczenia depresji oraz były hospitalizowane i cechowały się ani zadowoleniem ani niezadowoleniem lub były bardzo niezadowolone ze swojego zdrowia.
3. Sytuacjami sprzyjającymi występowaniu depresji u badanych poddanych terapii elektrowstrząsami była bezsenność/zaburzenia snu, ciągłe poczucie winy, myśli o śmierci/samobójstwie oraz u co piątego respondenta - choroby współistniejące, na które to choroby ma wpływ wiek i miejsce zamieszkania.
4. Terapia elektrowstrząsami niezależnie od ilości cykli, wywierała dobry i bardzo dobry wpływ na przebieg depresji pomimo wystąpienia przejściowej niepamięci wstecznej.
5. Wykształcenie respondentów wywierało wpływ na poziom wiedzy dotyczącej zasadności terapii elektrowstrząsami w zakresie poprawy funkcjonowania i zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych oraz na ilości hospitalizacji. Respondenci z wykształceniem wyższym i średnim byli w szpitalu z powodu depresji 1-3 razy, zaś z podstawowym znacząco częściej.
6. Miejsce zamieszkania ma wpływ na ocenę zadowolenia z jakości swojego życia. Mieszkańcy miasta częściej byli ani zadowoleni ani niezadowolonymi bądź zadowoleni z jakości swojego życia.

7. Mężczyźni uzyskali wyższą jakość życia w płaszczyźnie fizycznej i psychologicznej, zaś kobiety - w płaszczyźnie społecznej i środowiskowej.

VII. STRESZCZENIE

Leczenie elektrowstrząsami należy do najstarszych stosowanych form terapii i jako metoda podstawowa leczenia psychiatrycznego. Wysoka skuteczność i bezpieczeństwo zastosowania terapii elektrowstrząsami skłania do wykorzystania tej metody pacjentom z depresją, jednocześnie pozytywnie wpływając na jakość ich życia oraz ograniczając następstwa i konsekwencje choroby.

Założeniem głównym pracy jest ocena jakości życia pacjentów z depresją poddanych terapii elektrowstrząsami.

Material i metody: Badaniami objęto 82 pacjentów chorych na depresję leczonych elektrowstrząsami, hospitalizowanych w oddziale VI Ogólnopsychiatrycznym w SPP ZOZ im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy.

Narzędzie badawcze stanowił autorski anonimowy kwestionariusz ankiety oraz standaryzowany kwestionariusz oceniający jakość życia - WHOQOL-BREF

Wnioski:

1. Próby samobójcze podejmowali, znacząco częściej mężczyźni powyżej 41 lat, z terenów wiejskich z wykształceniem zawodowym i wyższym.
2. Kobiety znacznie częściej chorowały na depresję, uczęszczały do poradni leczenia depresji oraz były hospitalizowane i cechowały się ani zadowoleniem ani niezadowoleniem lub były bardzo niezadowolone ze swojego zdrowia.
3. Sytuacjami sprzyjającymi występowaniu depresji u badanych poddanych terapii elektrowstrząsami była bezsenność/zaburzenia snu, ciągle poczucie winy, myśli

o śmierci/samobójstwie oraz u co piątego respondenta - choroby współistniejące, na które to choroby ma wpływ wiek i miejsce zamieszkania.

4. Terapia elektrowstrząsami niezależnie od ilości cykli, wywierała dobry i bardzo dobry wpływ na przebieg depresji pomimo wystąpienia przejściowej niepamięci wstecznej. Wykształcenie respondentów wywierało wpływ na poziom wiedzy dotyczącej zasadności terapii elektrowstrząsami w zakresie poprawy funkcjonowania i zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych oraz na ilości hospitalizacji.
5. Respondenci z wykształceniem wyższym i średnim byli w szpitalu z powodu depresji 1-3 razy, zaś z podstawowym znacząco częściej.
6. Miejsce zamieszkania ma wpływ na ocenę zadowolenia z jakości swojego życia. Mieszkańcy miasta częściej byli ani zadowoleni ani niezadowolonymi bądź zadowoleni z jakości swojego życia. Mężczyźni uzyskali wyższą jakość życia w płaszczyźnie fizycznej i psychologicznej, zaś kobiety - w płaszczyźnie społecznej i środowiskowej.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Antosik-Wójcińska A., Dominiak M., Goetz Z., Gędek A., Braniecka A., Święcicki Ł., Mierzejewski P.: Analiza skuteczności i bezpieczeństwa zabiegów elektrowstrząsowych u pacjentów w wieku podeszłym: badanie retrospektywne w populacji polskiej. *Psychiatria Polska* 2021; 215: 1–19.
2. Antosik-Wójcińska A., Święcicki Ł. Analiza skuteczności i bezpieczeństwa zabiegów elektrowstrząsowych w populacjach przed i po 60. roku życia. *Psychiatria Polska* 2016; 50(5): 1015–1026.
3. Băcilă C., Anghel C.: Setting up an Electroconvulsive Therapy (ECT) department in the psychiatric hospital “Dr. GH. Preda” of Sibiu. *Acta Medica Transilvanica* 2019; 24(4): 22-26.
4. Borowicz M., Rybka M.: Wybrane aspekty jakości życia pacjentów z depresją. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2016; 1(1): 56-63.
5. Broniarczyk-Czarnecka M., Sowińska K., Białas J., Talarowska M.: Ciężka depresja z nasilonymi zaburzeniami funkcji poznawczych czy otępienie? *Psychiatria* 2019; 16(4): 218–226.
6. Badura-Brzoza K., Ścisło P., Piegza M., Gorczyca P.: Elektrowstrząsy w leczeniu schizofrenii katatonicznej – opis przypadku. *Wiadomości Lekarskie cz. II* 2013; 66(4): 389-392.
7. Chrobak A.A., Janeczko W., Siwek M., Dudek D.: Głęboka stymulacja mózgu jako metoda leczenia depresji lekoopornej w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej — przegląd badań neuroobrazowych i eksperymentalnych. *Psychiatria* 2017; 14(1): 40–46.

8. Cieřlik B., Podbielska H.: Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica* 2015; 21(2): 102-135.
9. Datka W., Rachel W., Zyss T., Sz wajca K., Jabłoński M.J.: Wpływ leczenia elektrowstrząsami na funkcje poznawcze w zaburzeniach depresyjnych. *Psychiatria* 2014; 11(3): 148–154.
10. Coleman H., Peterson C., Walker C.: Examining quality of life in an Australian cohort of people with epilepsy over six years - Understanding the role of stigma and mood. *Epilepsy Behav* 2020; 113: 1-5.
11. Brown ED, Lee H, Scott D, et al. Efficacy of continuation/maintenance electroconvulsive therapy for the prevention of recurrence of a major depressive episode in adults with unipolar depression. A systematic review. *J. ECT* 2014; 3(30): 195–202.
12. Demir S., Bulut M., Atli A., Gunes M., Kaya M.C., Ibiloglu A.O., Cati S., Aytekin Sir A.: Comparison of Clinical Characteristics of Patients on whom Electroconvulsive Therapy was Applied as Inpatient and Outpatient. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni- Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2016; 26(1): 32-38.
13. Filipiska K., Wiśniewski A., Królikowska A., Jabłońska R., Haor B., Szewczyk M.T., Ślusarz R.: Quality of Life and its Predictors Among Neurosurgical Patients - Systematic Review of Research. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing* 2020; 9(3): 114–118.
14. Semkovska M., Landau S., Dunne R., Kolshus E., Kavanagh A., Jelovac A., Noone M., Carton M., Lambe S., McHugh C., McLoughlin D.M.: Bitemporal versus high-dose unilateral twice-weekly electroconvulsive therapy for depression (EFFECT-Dep): a pragmatic, randomized, non-inferiority trial. *American Journal of Psychiatry* 2016; 173(4): 408–417.
15. Ciampi E., Uribe-San-Martin R., Vásquez M. et al. Relationship between Social Cognition and traditional cognitive impairment in Progressive Multiple Sclerosis and possible implicated neuroanatomical regions. *Mult Scler Relat Disord.* 2018; 20: 122–128.
16. Dominiak M., Antosik-Wójcińska A.Z., Baron M., Mierzejewski P., Święcicki Ł.: Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ) wraz z propozycją programu profilaktyczno-edukacyjnego zapobiegania depresji. **W** Rekomendacje postępowania w zakresie zapobiegania,

- wykrywania i leczenia depresji w Polsce na lata 2016-2020. Podpatronatem Ministerstwa Zdrowia. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2018; 3-31.
17. Antosik-Wójcińska A.Z., Poleszczyk A.: Leczenie elektrowstrząsowe – zbiór podręcznych informacji dla lekarza rodzinnego. *Family Medicine & Primary Care Review* 2015; 17(4): 280–283.
 18. Gholamy M.: Rozwój wczesnych biologicznych metod leczenia schizofrenii po II wojnie światowej. *Medycyna Nowożytna* 2021; 27(2): 97-110.
 19. Kolshus E., Jelovac A., McLoughlin D.M.: Bitemporal v. high-dose right unilateral electroconvulsive therapy for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol. Med.* 2017; 47(3): 518–530.
 20. González-Pando D., de la Garza C.L.S., Aparicio-Basauri V., Arboleya T., González-Menéndez A.M., Méndez-Salguero A., Pérez-Álvarez M.: Psychology and electroconvulsive therapy (i): historical and conceptual aspects. *Papeles del Psicólogo* 2020; 41(2): 125-131.
 21. Haraldstad K., Wahl A., Andenæs R., Andersen J.R., Andersen M.H., Beisland E., Borge C.R., Engebretsen E., Eisemann M., Halvorsrud L., Hanssen T.A., Haugstvedt A., Haugland T., Johansen V.A., Larsen M.H., Løvereide L., et al.: A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research* 2019; 28(10): 2641–2650.
 22. Kotarski H.: Determinanty jakości życia i zadowolenia z życia mieszkańców polskiego miasta. *Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, Wrocław 2018; 534: 33-43.
 23. Zyss T., Rachel W., Datka W., Dudek D., Zięba A., Gorczyca P., Hese R.T., Sz wajca K., Piekoszewski W.: Przechwytowa stymulacja magnetyczna w terapii psychiatrycznej. *Przegląd Lekarski* 2015; 72(7): 371-375.
 24. Kozieł P., Lomper K., Uchmanowicz B., Polański J.: Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2016; 10(1): 28–36.
 25. Wołowicka L., Jaracz K.: Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL-BREF. W: *Jakość życia w naukach medycznych*. Pod redakcją L. Wołowickiej. Wydawnictwo Uczelniane AM, Poznań 2001; 196-231.

26. Krzymiński S., Piotrowska E., Czekaj M., Marcinkowski S.: Leczenie elektrowstrząsowe w wieku podeszłym: opis trzech przypadków. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2012; 21(2): 131–138.
27. Rancic N.K., Mandic M.N., Kocic B.N., Veljkovic D.R., Kocic I.D., Otasevic S.A.: Health-Related Quality of Life in Stroke Survivors in Relation to the Type of Inpatient Rehabilitation in Serbia: A Prospective Cohort Study. *Medicina Kaunas* 2020; 56(12): 1-11.
28. Słowińska M.: Use of the chi-square test in consumer preferences studies. *Engineering Sciences and Technologies* 2019; 1(32): 24-38.
29. Kupryjaniuk A., Pietras T.: Jakość życia, deficyty funkcji poznawczych i depresja w chorobie Parkinsona. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio* 2020; 4(44): 314-321.
30. Στεργιοπούλου Α.: Η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία ως θεραπευτική επιλογή στη ψυχιατρική. *Perioperative Nursing* 2015; 4(1): 13-19.
31. Zyss T., Datka W., Rachel W., Hese R.T., Gorczyca P., Zięba A., Szwajca K., Piekoszewski W.: Obecne miejsce terapii elektrowstrząsowej Część 1. Kontekst historyczny i podstawy biologiczne. *Przegląd Lekarski* 2014; 71(12): 720-723.
32. Vulea D., Băcilă C.: Particularities of nursing in electroconvulsive Therapy. *Acta Medica Transilvanica* 2019; 24(4): 62-64.
33. Zięba M., Cisoń-Apanasewicz U.: The quality of life in medical sciences. *Wyd. Wyższej Szkoły Zawodowej, Płock* 2017; 3(6): 57-62.
34. Witkowski G.: Neuroobrazowanie w psychiatrii. *Psychiatria po Dyplomie* 2012; 9(5): 51-57.
35. Wojdacz R., Świącicki Ł., Antosik-Wójcińska A.: Comparison of the effect of intravenous anesthetics used for anesthesia during electroconvulsive therapy on the hemodynamic safety and the course of ECT. *Psychiatria Polska* 2017; 51(6): 1039–1058.
36. Zawisza K., Gałaś A., Tobiasz-Adamczyk B.: Walidacja polskiej wersji skali oceny jakości życia WHOQOL-AGE w populacji osób starszych. *Gerontologia Polska* 2016; 1(24): 7-16.

IX. ANEKS

9.1. Wykaz tabel

Tabela I. Średnia wieku pod względem ogółu i pod względem płci respondentów (N=82).....	23
Tabela II. Wiek a płeć respondentów (N=82).....	23
Tabela III. Źródło utrzymania a płeć respondentów (N=82).....	26
Tabela IV. Ocena masy ciała (BMI) a płeć respondentów (N=82).....	27
Tabela V. Zmienne socjodemograficzne a ocena masy ciała (BMI) (N=82)...	28
Tabela VI. Ocena czasu jaki choruje badany na depresję a płeć respondentów (N=82).....	29
Tabela VII. Zmienne socjodemograficzne a ocena czasu jaki choruje badany na depresję (N=82).....	30
Tabela VIII. Ocena stałej opieki specjalistycznej leczenia depresji a płeć respondentów (N=82).....	31
Tabela IX. Zmienne socjodemograficzne a ocena stałej opieki specjalistycznej leczenia depresji (N=82).....	32
Tabela X. Zmienne socjodemograficzne a ocena częstości uczęszczania do poradni leczenia depresji (N=82).....	33
Tabela XI. Ocena liczności pobytów w szpitalu z powodu depresji a płeć respondentów (N=82).....	35

Tabela XII. Zmienne socjodemograficzne a ocena liczności pobytów w szpitalu z powodu depresji (N=82).....	37
Tabela XIII. Zmienne socjodemograficzne a ocena przyjmowanych leków przeciwdepresyjnych na stałe (N=82).....	38
Tabela XIV. Zmienne socjodemograficzne a ocena sytuacji sprzyjających występowaniu depresji (N=82).....	40
Tabela XV. Ocena współistniejących chorób przewlekłych a płeć respondentów (N=82).....	41
Tabela XVI. Zmienne socjodemograficzne a ocena współistniejących chorób przewlekłych (N=82).....	42
Tabela XVII. Analiza podejmowania prób samobójczych a płeć respondentów (N=82).....	44
Tabela XVIII. Analiza podejmowania prób samobójczych a miejsce zamieszkania respondentów (N=82).....	45
Tabela XIX. Zmienne socjodemograficzne a analiza podejmowania prób samobójczych (N=82).....	47
Tabela XX. Zmienne socjodemograficzne a ocena ilości podejmowanych prób samobójczych (N=35).....	48
Tabela XXI. Ocena wiedzy dotyczącej: na czym polega terapia elektrowstrząsami a płeć respondentów (N=82).....	49
Tabela XXII. Zmienne socjodemograficzne a ocena wiedzy dotyczącej: na czym polega terapia elektrowstrząsami (N=82).....	50
Tabela XXIII. Zmienne socjodemograficzne a ocena przyjętych cykli w terapii elektrowstrząsów (N=82).....	52
Tabela XXIV. Zmienne socjodemograficzne a analiza objawów występujących podczas elektrowstrząsów (N=82).....	54
Tabela XXV. Ocena poprawy funkcjonowania i zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych za pomocą elektrowstrząsów a płeć respondentów (N=82).....	55
Tabela XXVI. Zmienne socjodemograficzne a ocena poprawy funkcjonowania i zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych za pomocą	57
	58

elektrowstrząsów (N=82).....	59
Tabela XXVII. Zmienne socjodemograficzne a ocena zdania na temat wpływu terapii elektrowstrząsami na przebieg depresji (N=82).....	60
Tabela XXVIII. Ocena zadowolenia z jakości swojego życia a płeć respondentów (N=82).....	61
Tabela XXIX. Zmienne socjodemograficzne a ocena zadowolenia z jakości swojego życia (N=82).....	62
Tabela XXX. Ocena zadowolenia ze zdrowia respondentów z uwzględnieniem płci (N=82).....	
Tabela XXXI. Zmienne socjodemograficzne a ocena zadowolenia ze zdrowia respondentów (N=82).....	63
Tabela XXXII. Ocena profilu ogólnej jakości życia przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF a płeć respondentów (N=82).....	64
Tabela XXXIII. Ocena profilu ogólnej jakości życia przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF a miejsce zamieszkania respondentów (N=82).....	

9.2. Wykaz rycin

Rycina 1. Płeć respondentów (N=82).....	22
Rycina 2. Miejsce zamieszkania a płeć respondentów (N=82).....	24
Rycina 3. Wykształcenie a płeć respondentów (N=82).....	24
Rycina 4. Warunki mieszkaniowe a płeć respondentów (N=82).....	25
Rycina 5. Osoba sprawująca opiekę nad badanym a płeć respondentów (N=82).....	26
Rycina 6. Ocena czasu jaki choruje badany na depresję a wykształcenie respondentów (N=82).....	27
Rycina 7. Ocena stałej opieki specjalistycznej leczenia depresji a wiek respondentów (N=82).....	29
Rycina 8. Ocena częstości uczęszczania do poradni leczenia depresji a płeć respondentów (N=82).....	30
Rycina 9. Ocena liczności pobytów w szpitalu z powodu depresji a wykształcenie respondentów (N=82).....	31
Rycina 10. Ocena przyjmowanych leków przeciwdepresyjnych na stałe a płeć respondentów (N=82).....	32
Rycina 11. Ocena sytuacji sprzyjających występowaniu depresji a płeć	

respondentów (N=82).....	35
Rycina 12. Ocena współistniejących chorób przewlekłych a wiek respondentów (N=82).....	36
Rycina 13. Ocena współistniejących chorób przewlekłych a miejsce zamieszkania respondentów (N=82).....	37
Rycina 14. Analiza podejmowania prób samobójczych a wiek respondentów (82).....	39
Rycina 15. Analiza podejmowania prób samobójczych a wykształcenie respondentów (82).....	40
Rycina 16. Ocena ilości podejmowanych prób samobójczych a płeć respondentów (N=35).....	41
Rycina 17. Ocena ilości podejmowanych prób samobójczych a miejsce zamieszkania respondentów (N=35).....	42
Rycina 18. Ocena wiedzy dotyczącej: na czym polega terapia elektrowstrząsami a wykształcenie respondentów (N=82).....	43
Rycina 19. Ocena przyjętych cykli w terapii elektrowstrząsów a płeć respondentów (N=82).....	44
Rycina 20. Analiza objawów występujących podczas elektrowstrząsów a płeć respondentów (N=82).....	46
Rycina 21. Ocena poprawy funkcjonowania i zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych za pomocą elektrowstrząsów a wykształcenie respondentów (N=82).....	47
Rycina 22. Ocena zdania na temat wpływu terapii elektrowstrząsami na przebieg depresji a płeć respondentów (N=82).....	48
Rycina 23. Ocena zadowolenia z jakości swojego życia a miejsce zamieszkania respondentów (N=82).....	49
Rycina 24. Ocena profilu ogólnej jakości życia przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF a wiek respondentów (N=82).	50
Rycina 25. Ocena profilu ogólnej jakości życia przy pomocy kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF a wykształcenie respondentów (N=82).....	51

ISBN- 978-83-68268-53-9