



**PREDYSPOZYCJE
DO WYSTĘPOWANIA LĘKU,
ZAGROŻENIA DEPRESJĄ
ORAZ SPOSOBY RADZENIA SOBIE ZE STRESEM
WŚRÓD STUDENTÓWI I STUDENTEK
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO
W BIAŁYMSTOKU**

**Mgr Magda Popławska,
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak,
Dr hab. n. o zdr. Jolanta Lewko**



**PREDYSPOZYCJE
DO WYSTĘPOWANIA LĘKU,
ZAGROŻENIA DEPRESJĄ ORAZ
SPOSOBY RADZENIA SOBIE ZE
STRESEM WŚRÓD STUDENTÓW
I STUDENTEK UNIWERSYTETU
MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



**Predyspozycje do występowania lęku,
zagrożenia depresją oraz sposoby radzenia
sobie ze stresem wśród studentów
i studentek Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku**

**Mgr Magda Popławska,
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak,
Dr hab. n. o zdr. Jolanta Lewko**

Białystok 2024

Recenzenci monografii

Dr n. med. Grzegorz Bejda

Centrum Zdrowia Psychicznego MindHealth Białystok

Dr n. med. Anna Ślifirczyk

Uniwersytet Przyrodniczo Humanistyczny w Siedlcach

Wydział Nauk Medycznych i Nauk i Zdrowiu

Instytut Nauk o Zdrowiu

ISBN – 978-83-971735-4-5

Wydanie I

Białystok 2024

Opracowanie graficzne: wykorzystano zdjęcie z <https://pl.freepik.com/darmowe-wektory/>

Monografia powstała na bazie wyników pracy magisterskiej

mgr Magdy Popławskiej

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.

Druk:

RobotA Piotr Duchnowski, Zaścianki 6, 15-521 Zaścianki

AUTORZY

Mgr Magda Popławska

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Dr hab. n. o zdr. Jolanta Lewko

Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW	11
PODSTAWY TEORETYCZNE BADANEGO PROBLEMU – GŁÓWNE DEFINICJE	13
EPIDEMIOLOGIA DEPRESJI	17
WYBRANE NARZĘDZIA DO OCENY DEPRESJI, LĘKU, STRESU	21
PREDYSPOZYCJA STUDENTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH NA ZACHOROWALNOŚĆ NA ZABURZENIA DEPRESYJNE, DEPRESJĘ I STANY LĘKOWE	26
CEL PRACY	29
MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ	30
CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY	32
WYNIKI	34
WERYFIKACJA HIPOTEZ	45
PODSUMOWANIE WYNIKÓW	46
WNIOSKI	53
POSTULATY	54
PIŚMIENNICTWO	55

WYKAZ UŻYTYCH SKRÓTÓW

ACTH	<i>Adrenocorticotropic Hormone</i> hormon adrenokortykotropowy
CISS	<i>Coping Inventory for Stressful Situations</i> Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych
DALY	<i>disability adjusted life years</i> wskaźnik utraconej długości życia korygowanej niepełnosprawnością
EBC	<i>European Brain Council</i>
ECNP	<i>European College of Neuropsychopharmacology</i>
ESEMeD	<i>The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders</i> europejskie badanie epidemiologii zaburzeń psychicznych
GAD-7	<i>Generalised Anxiety Disorder</i> skala lęku uogólnionego
IHME	<i>Institute for Health Metrics and Evaluation</i> Instytut Pomiarów Zdrowotnych i Ewaluacji
IHME	<i>The Institute for Health Metrics and Evaluation</i>
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
OECD	<i>Organisation for Economic Cooperation and Development</i> Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
QoL	<i>Quality of Life</i> Jakość Życia
WHO	<i>World Health Organisation</i> Światowa Organizacja Zdrowia
WHOQOL	<i>World Health Organisation Quality Of Life</i> Światowa Organizacja Zdrowia Jakości Życia

PODSTAWY TEORETYCZNE BADANEGO PROBLEMU – GŁÓWNE DEFINICJE

Zdrowie, choroba

Światowa Organizacja Zdrowia WHO zdrowie definiuje następująco: „Zdrowie to stan zupełnego fizycznego, psychicznego oraz społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub ułomności” [1].

Definicja „ludowa” uważa zdrowie za obfitość witalności fizycznej i jako brak wszelkiej nieprawidłowości [2].

Zdrowie można traktować także jako „dynamiczny proces równoważenia potrzeb człowieka z wymaganiami otoczenia”, który jest „determinowany poziomem dostępnych zasobów tkwiących w jednostce oraz w systemowo z nią powiązonym środowisku życia” [3].

Model holistyczny definiuje zdrowie jako „proces dynamicznej równowagi, gdzie choroba pojawia się wskutek utraty zdolności do przywracania równowagi bio-psycho-społecznej i integralności organizmu [4].

Zdrowie niejednokrotnie utożsamia się z dobrem, dobrobytem, urodą, szczęściem, aktywnością i siłą, a jego wartość określają osobiste przekonania jednostek oraz ich sposób życia. Jednocześnie jest punktem odniesienia dla realizowanych w życiu zachowań pozostających w związku ze zdrowiem, przez co człowiek manifestuje preferowany system wartości i styl życia [5].

Sposób zachowania się oraz postępowania człowieka względem własnego zdrowia jest także zależny od wielu czynników kultury, indywidualnej hierarchii wartości, posiadanego zasobu wiedzy na ten temat oraz wykształcenia i sytuacji ekonomicznej [6].

Odzwierciedleniem stanu zdrowia jest subiektywny dobrostan, obejmujący elementy zarówno emocjonalno-uczuciowe, jak i poznawcze [7].

Generalnie współcześnie występują naukowe modele zdrowia i choroby skupiające się wokół dwóch głównych podejść do zdrowia i choroby –biomedycznego i holistyczno-funkcjonalnego (holistycznego) [8]. W każdym z tych modeli wskazuje inne wyznaczniki, czy determinanty zdrowia i choroby.

Podejście biomedyczne traktuje zdrowie jako brak choroby, tj. brak zakłóceń w przebiegu funkcji biologicznych organizmu. Zdrowie jest jakby tłem dla choroby, a ta stanowi główny przedmiot zainteresowań. Choroba i zdrowie wykluczają się nawzajem - człowiek składa się z dwóch niezależnych części - „somy” i „psyche” (utrzymywanie

kartezjańskiej myśli), a lekarz jest jedyną aktywną osobą w sytuacji choroby. W modelu holistyczno-funkcjonalnym zdrowie jest rozumiane jako proces dynamicznej równowagi, a choroba (nie-zdrowie) pojawia się wskutek utraty zdolności do przywracania równowagi bio-psycho-społecznej i integralności organizmu. Modle podkreśla aktywną rolę podmiotu w osiągnięciu, utrzymaniu i ochronie zdrowia [9].

Depresja i zaburzenia depresyjne

Według definicji WHO depresja jest to zaburzenie psychiczne, charakteryzujące się uporczywym smutkiem, brakiem zainteresowania lub przyjemności wcześniej satysfakcjonującymi lub sprawiającymi przyjemność. Dodatkowo chorobie mogą towarzyszyć zakłócenie snu i apetytu [2,3,4].

Opisy depresji można już znaleźć w Starym Testamencie – klasyczne jej objawy zdradzał król Saul, opętany przez „złego ducha” i popełniający samobójstwo. Przykład człowieka dotkniętego rozpaczą i depresją zawiera również opis wyznań Joba [10].

Przyjmuje się, że autorem najstarszego opisu medycznego depresji jest Hipokrates, który opisał kilka form temperamentu – w tym temperament melancholiczny i uważał przewagę jednego z czterech płynów wewnątrzustrojowych (krwi, flegma, żółci żółtej pochodzącej z wątroby, żółci czarnej pochodzącej ze śledziony) za biologiczną przyczynę depresji. Wprowadził także pojęcie „melancholia”, który opisywał zaburzenia nastroju, okresowe zmiany nastroju, stany chorobowe oraz temperament aż do początku XIX wieku. [10,11].

Samo pojęcie „depresja” wywodzi się z języka łacińskiego od czasownika *deprimere*, które oznacza „uciskać w dół, przygniatać”. Termin „depresja” spopularyzował Meyer na początku wieku XX, a nazwę choroba afektywna, stosowaną obecnie – w roku 1966 szwajcarski psychiatra – Jules Angst [12].

WHO zalicza depresję do wiodących przyczyn niepełnosprawności, zaznaczając, że przebieg choroby jest silnie indywidualny, inny dla każdego chorego. Przyczyny depresji leżą u podłoża czynników społecznych, psychologicznych i biologicznych [2,3,13].

Pojęcie depresji jest bliskie innym zaburzeniom psychicznym m.in. zaburzeniom dwubiegunowym i pokrewnym [2,3,13].

Według Tricketta „*Depresja jest chorobą uczuć. Obejmuje zarówno zbyt gwałtowne relacje na normalny smutek, jak i szarą nicość*” [14].

Subiektywnie definiowane przez chorego „ciężkie sytuacje życiowe” mogą przyczynić się do rozwoju depresji jej stopnia zaawansowania, jednak należy różnicować je pojęciem „żałoby” definiowanej w dziedzinie psychiatrii, jako zaburzenie adaptacyjne przemijające. Skutki są zależne od stopnia nasilenia depresji, czasu postawienia diagnozy, nastawienia chorego, czasu trwania, podjętych działań oraz wielu innych czynników [2,3,13].

W literaturze medycznej wyróżnia się także pojęcie epizodu depresyjnego, różniącego się od depresji czasem trwania [2,3,13].

Depresja jest zjawiskiem ciągłym lub nawracającym, epizod depresyjny występuje jednokrotnie, może trwać od 2 tygodni do 2 lat [2,3,13].

Metodą stosowaną do poprawnego postawienia diagnozy jest przyjęcie chorego na oddział psychiatryczny w celu prowadzenia obserwacji pacjenta [2,3,13]

Stany lękowe

Miano stanów lękowych nadaje się grupie zaburzeń psychicznych, charakteryzujących się występowaniem znacznego poczucia lęku lub strachu. Najczęściej lęk warunkowany jest wydarzeniami osadzonymi w przyszłości, zaś strach jest reakcją na doświadczenia terażniejsze. Oba uczucia mogą być źródłem występowania niektórych objawów fizycznych, t.j.: bóle brzucha, bóle i zwroty głowy, kołatanie serca, duszności, zmęczenie itp.. Osoby cierpiące na wyżej wymienione przypadłości często posiadają także dodatkowe zaburzenia, w tym osobowości, apetytu, uzależnienia [13].

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 – jedenasta wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych sporządzona przez Światową Organizację Zdrowia WHO obowiązująca od 01.01.2022 roku, a także aktualnie funkcjonująca klasyfikacja DSM-5 dzieli zaburzenia związane z lękiem i strachem na następujące podgrupy (numery wg klasyfikacji ICD-11) [15]:

- 6B00 – Uogólnione zaburzenia lękowe
- 6B01 – Zespół lęku panicznego
- 6B02 – Agorafobia
- 6B03 – Specyficzne postacie fobii
- 6B04 – Fobia społeczna
- 6B05 – Lęk separacyjny
- 6B06 – Mutyzm wybiórczy

Stres

Pojęcie stresu zostało użyte po raz pierwszy w literaturze medycznej w latach 50. ubiegłego wieku przez Selyego. Hasło to jest definiowane jako „proces, za pomocą którego organizm reaguje na zagrożenie” [16,17].

Czynniki wywołujące stres nazywane są stresorami i zalicza się do nich m.in. osoby, doświadczenia, zachowania itp.. Zarówno w medycynie, jak i psychologii pojęcie to posiada wiele wyjaśnień, nad którymi pochyliła się Grygorczuk w swojej pracy pogładowej. Autorka zwraca uwagę na definicję biologiczną oraz psychologiczne [19].

Teoria biologiczna powstała na początku XX wieku opierała się na mechanizmie „walcz albo uciekaj”, jako reakcji na stres, w której kluczową rolę grały układy: gruczoł przysadki oraz współczulny układ nerwowy. Gruczoł przysadki wydziela hormon adrenokortykotropowy (ACTH, *adrenocorticotropic hormone*), który aktywuje korę nadnerczy i wydzielanie przez nią kortykosteroidów, a zwłaszcza kortyzolu, powodującego zwiększone spalanie białka i tłuszczu oraz zmniejszanie stanu zapalnego. Pobudzenie współczulnego układu nerwowego zaś aktywuje rdzeń nadnerczy, a następnie wydziela epinefrynę (adrenalinę) oraz norepinefrynę (noradrenalinę). Oba hormony odpowiadają za pobudzenie (wzmoczona reakcja układu krążenia, intensywne oddychanie, zwiększony przepływ krwi do aktywnych mięśni, zwiększona aktywność umysłowa i fizyczna) organizmu, a tym samym ułatwiają szybszą jego reakcję na niebezpieczeństwo. W rezultacie skutkiem ich działania jest pełnienie „funkcji bezpieczeństwa”, której rolą jest adaptacja do zaistniałych warunków. Należy jednak wspomnieć, iż przez długotrwałe i nadmierne ich wytwarzanie może dojść do zakłócenia funkcjonowania organizmu, a w rezultacie do jego wyczerpania, a nawet śmierci [19].

W dziedzinie psychologii istnieją natomiast trzy definicje stresu w oparciu o

- bodziec,
- reakcję wewnętrzną człowieka,
- korelację między bodźcem, a reakcją wewnętrzną człowieka.

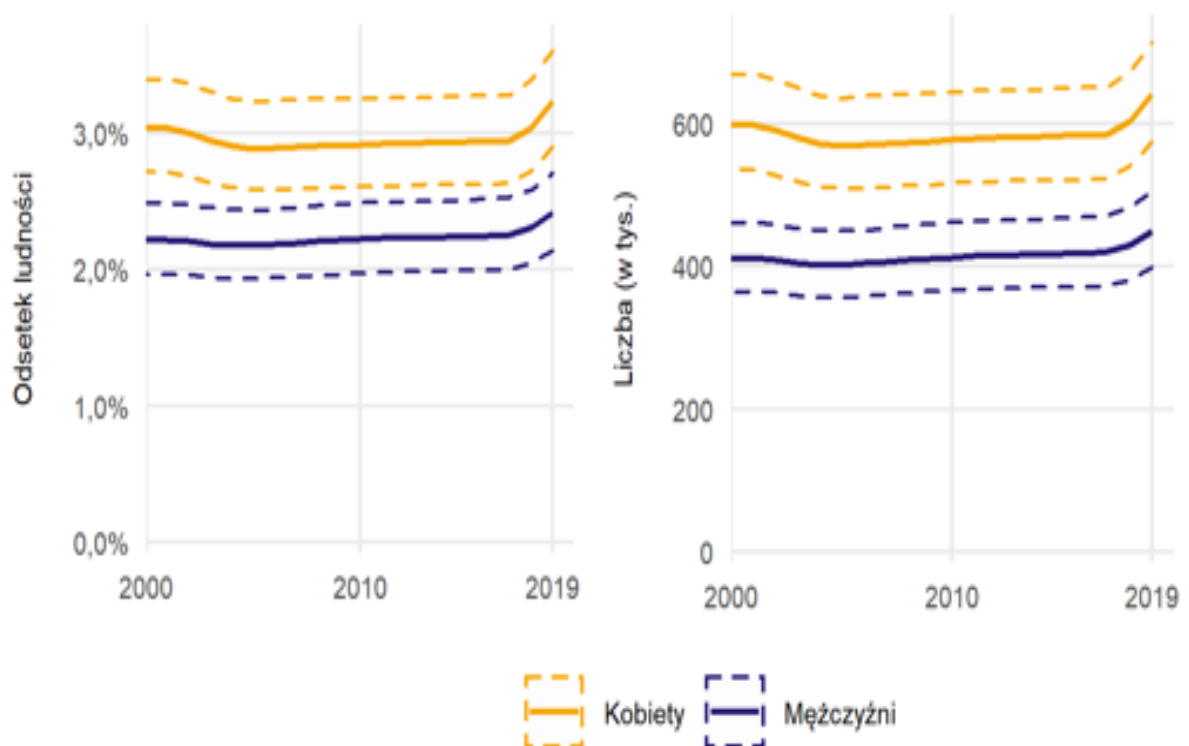
Według dwóch pierwszych definicji u podłoża stresu leży sytuacja, bądź wydarzenie zewnętrzne (bodziec), które poprzez wzbudzenie w jednostce wysokiego stopnia napięcia emocjonalnego uniemożliwia jej prawidłowe funkcjonowanie [19].

Według trzeciej definicji stres jest reakcją pod postacią poczucia dyskomfortu w danej sytuacji, co zbliżone jest do współcześnie rozumianego „napięcia”, poczucia zagrożenia, czy lęku. Przytoczone teorie dały początek nowoczesnemu postrzeganiu stresu [20].

EPIDEMIOLOGIA DEPRESJI

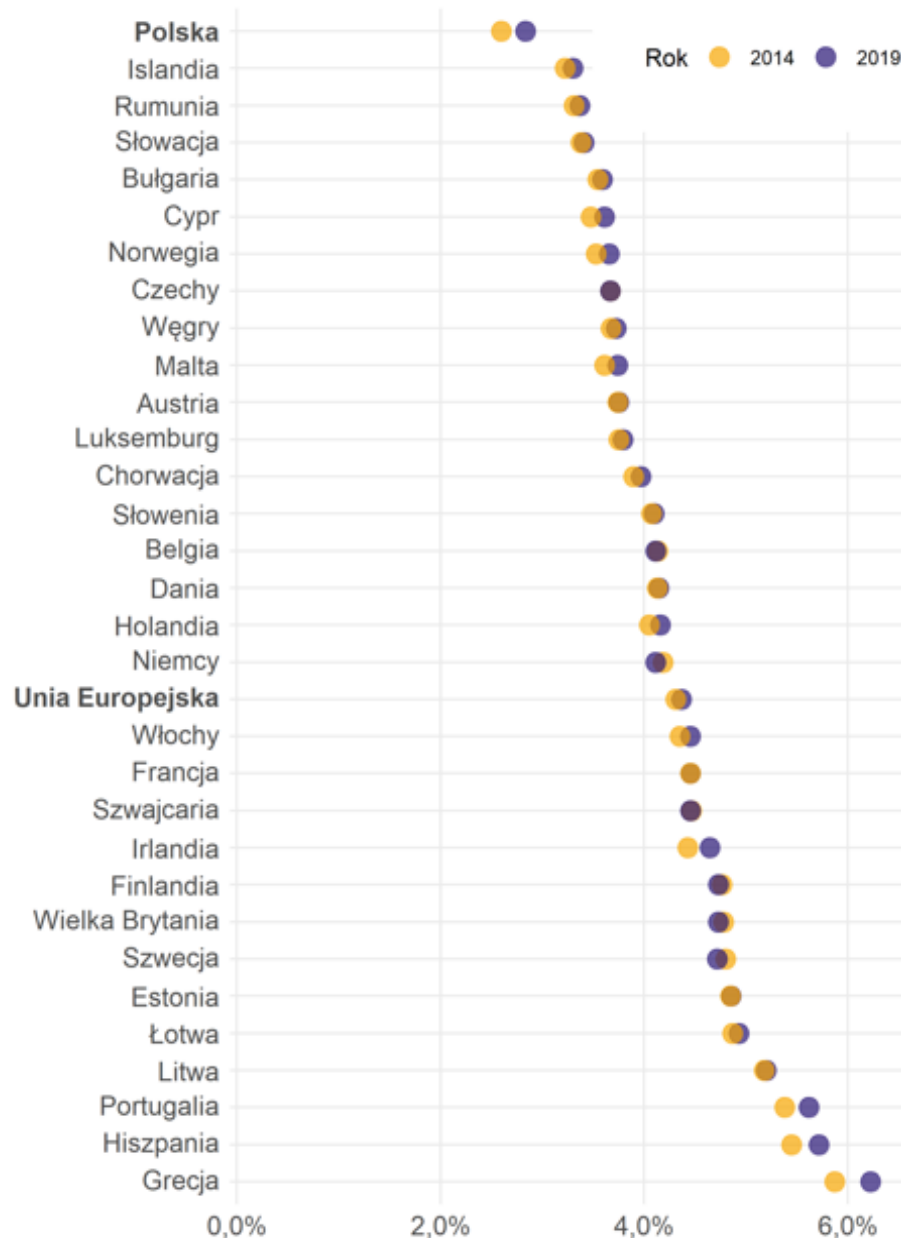
Najbardziej aktualne dane na temat depresji na terenie Polski zostały opublikowane w raporcie NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia) z 2020 roku, który został zaktualizowany w styczniu 2023 roku. Z uzyskanych danych wynika, że problem depresji w Polsce ma tendencję wzrostową. Oszacowano, iż diagnozę depresji posiada blisko 1,2 mln. osób. Dane uzyskane w 2021 roku ukazały, iż 628 tys. osób miało udzielone świadczenia z głównym lub współistniejącym rozpoznaniem depresji, z czego większość pacjentów w wieku 55-64 lata. Głównymi miejscami udzielania świadczeń były placówki POZ oraz poradnie psychiatryczne. W tym samym badaniu wykazano, iż środki farmakologiczne, będące refundowanymi lekami przeciwdepresyjnymi, wykupiło 1,5 mln osób, co stanowiło wzrost o 59%, względem danych z roku 2013. Zaobserwowano także tendencję wzrostową nabywania powyższych leków wśród ludzi poniżej 18. roku życia [21].

Poniżej (Rycina 1) zamieszczono porównanie danych z lat 2000-2019 z uwzględnieniem odsetka ludności i bezwzględnych danych liczbowych, względem liczby osób chorujących na depresję w podanych latach.



Rycina 1. Liczba osób chorych na depresję (F32, F33, F34.1 wg ICD-10) w Polsce (2000-2019) jako odsetek ludności (lewy wykres) i w wartościach bezwzględnych (prawy wykres). Źródło: opracowanie NFZ na podstawie danych Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Dane dotyczące statystyk zachorowalności na depresję wśród krajów Unii Europejskiej ukazują, iż największy odsetek osób na nią chorujących obserwuje się w m.in. w Portugalii, Finlandii, Estonii, Szwecji i Litwie, gdzie sięgał on aż 5%, zaś najniższymi odsetkami osób chorujących na depresję charakteryzowały się karje takie jak: Polska, Islandia, Rumunia, Słowacja (Rycina 2). Polska na tle Unii Europejskiej klasuje się jako kraj o najniższym odsetku osób chorych na depresję [22],



Rycina 2. Odsetek osób chorych na depresję (F32, F33, F34.1 wg ICD-10) w wybranych krajach europejskich w roku 2014 i 2019. Źródło: opracowanie NFZ na podstawie danych Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Źródła informacji na temat statystyk dotyczących omawianego tematu, takie jak OECD (*Organisation for Economic Cooperation and Development*), zwracają uwagę, iż krajów wysokorozwiniętych oraz brak lub mały odsetek stygmatyzacji chorych i bardziej dostępną opieką psychiatryczną [22].

Przewiduje się, że depresja w 2030 roku będzie ona na świecie drugą co do częstości przyczyną niepełnosprawności w krajach wysokorozwiniętych, zaś trzecią w krajach niskorozwiniętych i pod względem całkowitego globalnego obciążenia chorobami niezakaźnymi wyprzedzi schorzenia sercowo-naczyniowe i stanie się najczęściej występującą chorobą [23].

W Hiszpanii, w grupie 5473 osób, duże zaburzenia depresyjne wystąpiły w ciągu życia u 10,6% i w ciągu ostatniego roku u 4,0% badanych osób [24].

W Europejskim badaniu epidemiologii zaburzeń psychicznych (ESEMeD - *The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) stwierdzono, że w ciągu życia 14% badanej populacji doświadczyło zaburzenia nastroju [25].

W roku 2011 *European College of Neuropsychopharmacology* (ECNP) oraz *European Brain Council* (EBC) opublikowały raport pt. „Zakres i częstotliwość występowania chorób i zaburzeń psychicznych w Europie w 2010 r.”. Badaniem objęto łącznie populację 514. milionów ludzi, ze wszystkich państw UE oraz Szwajcarii, Islandii i Norwegii. Okazało się, że każdego roku 164,8 miliona mieszkańców UE (38,2%) cierpiało z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego, w tym z powodu zaburzeń lękowych (14%), bezsenności (7%) i depresji (6,9%) [26].

Z raportu WHO z 2017 wynika, że więcej niż co dwudziesty Europejczyk doświadcza depresji, przy czym najczęściej dotyczyło to Indii (4,5% mieszkańców), Chin (4,2% populacji) i Stanów Zjednoczonych (5,9% wszystkich Amerykanów). W Europie zmagало się z nią 6,3% Ukraińców, 5,9% Estończyków, 5,7% Greków, 5,6% Białorusinów, 5,4% Mołdawian, 5,2% Hiszpanów i 5,1% Polaków [27]. W tym samym roku, zgodnie z szacunkami IHME (*The Institute for Health Metrics and Evaluation*), wśród krajów europejskich, odsetek osób chorych na depresję był wyższy niż 5%, w tym największy w Portugalii, Finlandii, Estonii, Szwecji oraz na Litwie [21].

Badanie *Global Burden of Disease* prowadzone przez IHME pozwoliło na stwierdzenie, że zaburzenia depresyjne (duże depresje - F32, F33 oraz dystymia- F34.1 wg ICD-10) były drugimi (po zaburzeniach lękowych) najczęściej występującymi zaburzeniami psychicznymi. W krajach Unii Europejskiej zaburzenia depresyjne dotyczyły 20,7 mln osób (4,2% populacji), a zaburzenia dwubiegunowe - 4,5 mln osób (1% populacji) [21].

W roku 2019 w Polsce najczęściej deklarowanymi problemami, utrzymującymi się przez przynajmniej połowę dni w ciągu dwóch tygodni poprzedzających dzień badania były: zmęczenie (9,4%) oraz brak regularnego snu (9,2%). Inne odczucia, mogące być objawami depresji, były wskazywane przez mniej niż 5% badanych. Generalnie, zgodnie z uzyskanymi wynikami, objawy mogące świadczyć o depresji, dotknęły w różnym nasileniu 16,1% zbiorowości. Łagodne objawy wymieniło 11,9% badanych, umiarkowane - 2,7%, a nasilone i silne – 1,5%. Odsetek osób wskazujących objawy mogące świadczyć o tej chorobie wzrastał wraz z wiekiem respondentów i im osoba była starsza, tym częściej one występowały. Objawy sugerujące depresję, występujące w przynajmniej łagodnej formie (przy przeciętnej dla całej populacji wynoszącej 16,1%) dotyczyły 36,1% osób z ograniczeniami (poważnymi lub niezbyt poważnymi) w wykonywaniu codziennych czynności oraz 23,2% chorujących przewlekłe i 56,4% osób, które oceniły swoje zdrowie źle lub bardzo źle. Wśród mieszkańców miast występowanie objawów mogących wskazywać na depresję (niezależnie od poziomu ich nasilenia) objęło 17,0% i było to o 2,3 punktu procentowego więcej, niż wśród mieszkańców wsi. Przy objawach umiarkowanie nasilonych oraz silnych, ta różnica wyniosła 0,5 punktu procentowego, a przy niskich odsetkach (1,7% wśród mieszkańców miast i 1,2% wśród mieszkańców wsi, średnio dla Polski 1,5%) [28].

Jak wynika z danych ZUS, w III kwartale 2020 roku liczba dni absencji chorobowych z powodu epizodów depresyjnych wyniosła ponad 1,23 mln, podczas gdy rok wcześniej niecałe 961 tys., natomiast z powodu zaburzeń depresyjnych nawracających wzrosła z 492 tys. do 575 tys. [29].

W określaniu sytuacji zdrowotnej ludności wykorzystywany jest także wskaźnik utraconej długości życia korygowanej niepełnosprawnością (DALY- ang. *disability adjusted life years*), uwzględniający wpływ choroby na długość życia oraz obniżenie jakości życia związanej z niepełnosprawnością i inwalidztwem. Jedna jednostka DALY obrazuje utratę jednego roku życia w zdrowiu w wyniku przedwczesnego zgonu (spowodowanego chorobą) lub inwalidztwa. W roku 2017, w Unii Europejskiej, DALY dla depresji (F32, F33, F34.1 wg ICD-10) wyniosło 3,4 mln i odpowiadało 2,23% łącznej liczby DALY. Udział DALY spowodowanych depresją był najwyższy w Szwecji, Irlandii i Francji wśród DALY z powodu wszystkich chorób. W Polsce wartość DALY z powodu depresji wynosiła 1,27% i był to jeden z niższych w Unii Europejskiej. Niższe wartości występowały jedynie w przypadku Rumunii i Bułgarii [21].

WYBRANE NARZĘDZIA DO OCENY DEPRESJI, LEKU, STRESU

Skala depresji Becka, tzw. Test BECKA

Skala samooceny służąca do przesiewowego rozpoznawania objawów zagrożenia depresji. Jest to narzędzie pomocnicze, które nie może zastąpić badania lekarskiego, ponieważ depresja może zostać zdiagnozowana jedynie przez lekarza.

Wynik testu może być jednak dobrą wskazówką, jeśli podczas wypełniania badany udzieli uczciwych odpowiedzi.

Ocena powinna dotyczyć samopoczucia w wybranym okresie czasu: ostatniego tygodnia lub ostatniego miesiąca (należy przy udzielaniu odpowiedzi stosować jednakową miarę czasu).

Na wypełnienie testu powinno poświęcić się ok. 10-20 minut.

Skala CISS

Kwestionariusz CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*) N.S. Endlera, J.D.A. Parkera służy do badania stylów radzenia sobie ze stresem. W Polsce korzysta się z adaptacji przygotowanej przez Szczepaniaka, Wrześniewskiego oraz Strelau. Narzędzie bada trzy style radzenia sobie ze stresem:

- ✓ Styl skoncentrowany na zadaniu - zadaniowy (SSZ) - polega na podejmowaniu zadań, zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenie lub próby zmiany sytuacji trudnych.

Pytania: 1, 2, 6, 10, 15, 21, 24, 26, 27, 36, 39, 41, 42, 43, 46, 47.

- ✓ Styl skoncentrowany na emocjach (SSE) - jest charakterystyczny dla osób koncentrujących uwagę, w sytuacjach stresowych, na sobie i na własnych emocjach, często wpadające w złość, mające poczucie winy, przygnębione.

Pytania: 5, 7, 8, 13, 14, 16, 17, 19, 22, 25, 28, 30, 33, 34, 38, 45.

- ✓ Styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) - polega na wystrzeganiu się myślenia o sytuacjach trudnych powodujących niepokój, może przybierać formę angażowania się w czynności zastępcze (ACZ), np: oglądanie telewizji, objadanie się - pytania: 3, 9, 11, 12, 18, 20, 23, 32, 40, 44, 48 lub poszukiwania kontaktów towarzyskich (PKT) - Pytania: 4, 29, 31, 35, 37.

Częstość występowania u siebie poszczególnych stwierdzeń opisujących zachowania badany oceniał w skali pięciopunktowej::, gdzie 1 – oznacza nigdy, 2 - bardzo rzadko,

3 - czasami, 4 - często i 5 - bardzo często. Badane osoby mogą uzyskać w każdym z nich od 16 do 80 punktów.

Otrzymane wyniki przedstawia się także w skali stenowej i wyniki:

- z przedziału 5-6 stenów traktuje się jako przeciętne;
- z przedziału 7-10 stenów - jako wysokie;
- z przedziału 1-4 stenów – niskie [30].

Skala Depresji, Lęku i Stresu (DASS-42)

Skala DASS została opracowana przez Lovibonda i Lovibonda w 1995 r. [31,32,33]. Składa się z 42 pozycji, podzielonych na 14 elementów, które stanowią miarę 3 czynników: depresji, lęku, stresu. Narzędzie zakłada, że lęk i stres emocjonalny działają jako dwie oddzielne dziedziny:

- skala stresu dotyczy napięcia, drażliwości oraz podenerwowania
- skala depresji charakteryzuje się odczuwaniem utraty własnej wartości, motywacji i zainteresowania.
- skala lęku stanowi ogólne autonomiczne pobudzenie oraz odczuwanie niepokoju.

Oceny poszczególnych itemów dokonuje się od 0 do 3 punktów za każdą pozycję. To skriningowe narzędzie odnosi się do ostatnich 7 dni. Według Lovibonda i Lovibonda [32] wskaźniki rozkładu od „normalnego do bardzo poważnego” na podstawie wyników centylowych zostały sklasyfikowane jako:

- 0-78 - normalne,
- 78-87 - łagodne,
- 87-95 – umiarkowane,
- 95-98 – poważne,
- 98-100 – bardzo poważne.

Kwestionariusz GAD-7

Kwestionariusz GAD-7 to siedmiopunktowa, zwalidowana skala, zaprojektowana do oceny nasilenia objawów lęku oraz badania przesiewowego w kierunku zaburzenia lękowego uogólnionego (GAD - *Generalized Anxiety Disorder*).

Jest to skala samooceny, w której pacjent określa częstość występowania (w zakresie od 0 – „wcale nie dokuczały” do 3 punktów -”niemal codziennie”) niektórych objawów związanych z występowaniem lęku w ciągu ostatnich 2 tygodni. Im większe nasilenie

objawów lękowych, tym wyższa końcowa suma punktów (w zakresie od 0 do 21 punktów). Wynik 5 punktów jest wartością graniczną dla zaburzenia lękowego łagodnego, 10 punktów dla umiarkowanego, zaś 15 dla ciężkiego. Uzyskanie co najmniej 10 punktów wskazuje na duże prawdopodobieństwo występowania zespołu lęku uogólnionego [34].

CISS - kwestionariusz stylów radzenia sobie ze stresem

Kwestionariusz CISS N.S. Endlera, J.D.A. Parkera służy do badania stylów radzenia sobie ze stresem. W badaniach wykorzystano polską adaptację przygotowaną przez Szczepaniaka, Wrześniewskiego oraz Strelau [35].

Atopowe zapalenie skóry u dziecka może być dla rodziców powodem różnych przykrych przeżyć, trudności życiowych i codziennych ograniczeń, które są przyczyną stresu. Autorzy kwestionariusza wskazują na występowanie różnych, osobniczo zależnych stylów radzenia sobie ze stresem. Narzędzie to bada trzy style radzenia sobie ze stresem:

- styl skoncentrowany na zadaniu – pytania: 1, 2, 6, 10, 15, 21, 24, 26, 27, 36, 39, 41, 42, 43, 46, 47.
- styl skoncentrowany na emocjach - pytania: 5, 7, 8, 13, 14, 16, 17, 19, 22, 25, 28, 30, 33, 34, 38, 45
- styl skoncentrowany na unikaniu – zaangażowanie się w czynności zastępcze - pytania: 3, 9, 11, 12, 18, 20, 23, 32, 40, 44, 48 lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich - pytania: 4, 29, 31, 35, 37.

Styl zadaniowy radzenia sobie ze stresem polega na podejmowaniu zadań, zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenie lub próby zmiany sytuacji trudnych.

Styl skoncentrowany na emocjach jest charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych koncentrują uwagę na sobie i na własnych emocjach. Osoby te często wpadają w złość, mają poczucie winy, są przygnębione.

Styl radzenia sobie ze stresem określany mianem unikowego polega na wystrzeganiu się myślenia o sytuacjach trudnych powodujących niepokój. Styl unikowy może przybierać dwie formy: zaangażowanie się w czynności zastępcze, np: oglądanie telewizji, objadanie się lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Każdy aspekt stylu radzenia sobie ze stresem składał się z 16 itemów, badane osoby mogą uzyskać w każdym z nich od 16 do 80 punktów.

Otrzymane wyniki przedstawia się także w skali stenowej zgodnie z normami dla odpowiednich przedziałów wiekowych. Skalę stenową (od. ang. *standard ten* - standardowa dziesiątka) cechują następujące parametry: średnia=5,5; odchylenie standardowe=2,0. Składa się ona z 10 jednostek (stenów). Jedna jednostka równa się 0,5 odchylenia standardowego. Każdej jednostce skali odpowiada pewien procent powierzchni pod krzywą normalną rozkładu wyników. Wyniki z przedziału 5-6 stenów traktuje się jako przeciętne, wyniki z przedziału 7-10 stenów uważa się za wysokie, a wyniki z przedziału 1-4 stenów uważa się za niskie [35].

PSS10 - kwestionariusz nasilenia stresu

Służy do oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego miesiąca. Skala przeznaczona jest głównie do celów badawczych, może znaleźć zastosowanie w praktyce, w badaniach przesiewowych, profilaktycznych, w ocenie efektywności oddziaływań terapeutycznych [36].

Zawiera 10 pytań dotyczących różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami i zdarzeniami osobistymi, zachowaniami i sposobami radzenia sobie. Badany podaje odpowiedzi, wpisując właściwą cyfrę (0 — nigdy, 1 — prawie nigdy, 2 — czasem, 3 — dość często, 4 — bardzo często).

Ogólny wynik skali jest sumą wszystkich punktów, której rozkład teoretyczny wynosi od 0 do 40.

Im wyższy wynik, tym większe nasilenie odczuwanego stresu. Ogólny wskaźnik po przekształceniu na jednostki standaryzowane podlega interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową. Wyniki w granicach:

- 1–4 stena traktuje się jako wyniki niskie,
- 7–10 stena jako wysokie
- 5 i 6 stena - jako przeciętne [36].

MINI- COPE- Inwentarz poziomu radzenia sobie ze stresem

Autorem jest C.S. Carver, adaptację polską przeprowadził Juczyński oraz Ogińska-Bulik. Narzędzie stanowi skróconą wersję Wielowymiarowego Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem, znanego pod nazwą COPE [36].

Polska adaptacja tego narzędzia obejmuje 28 stwierdzeń, które wchodzi w skład 14 strategii radzenia sobie ze stresem:

- aktywne radzenie sobie,
- planowanie,
- pozytywne przewartościowanie,
- akceptacja,
- poczucie humoru,
- zwrot ku religii,
- poszukiwanie wsparcia emocjonalnego,
- poszukiwanie wsparcia instrumentalnego,
- zajmowanie się czymś innym,
- zaprzeczanie,
- wyładowanie,
- zażywanie substancji psychoaktywnych,
- zaprzestanie działań,
- obwinianie siebie.

Osoba badana zaznacza w odniesieniu do każdego stwierdzenia jedną z czterech możliwych odpowiedzi, które są punktowane w następujący sposób: „prawie nigdy tak nie postępuję” (0 pkt), „rzadko tak postępuję” (1 pkt), „często tak postępuję” (2 pkt) oraz „prawie zawsze tak postępuję” (3 pkt).

Każda z 14 strategii radzenia sobie oceniana jest oddzielnie. Im wyższa punktacja, tym częściej badana osoba stosuje daną strategię [36].

PREDYSPOZYCJA STUDENTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH NA ZACHOROWALNOŚĆ NA ZABURZENIA DEPRESYJNE, DEPRESJĘ I STANY LĘKOWE

Obecnie literatura medyczna jest bogata w badania, przedmiotem których jest zdrowie psychiczne i fizyczne osób wykonujących zawody medyczne, najczęściej lekarzy. Wśród przyczyn predyspozycyjnych do występowania ww. zaburzeń podkreśla się wpływ trybu pracy o charakterze zmianowym, który może spowodować podwyższenie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych. Do czynników psychospołecznych można zaliczyć stres, w skutek którego lekarze są narażeni na subiektywnie niższą ocenę jakości życia oraz dobrostanu psychicznego. Odbiorcami podobnych zagadnień są także osoby studiujące kierunki medyczne [37,38].

Omawiając temat predyspozycji do zaburzeń depresyjnych, depresji czy stanów lękowych, konieczna jest znajomość pojęcia jakości życia - QoL (*Quality of life*), która figuruje jako zagadnienie interdyscyplinarne nauk społecznych, medycznych i nauk o zdrowiu. W 1994 roku WHO powołało sekcję *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), dzięki której ustalono definicję jakości życia jako: „indywidualną percepcję własnej pozycji życiowej z uwzględnieniem warunków kulturowych, systemu wartości w powiązaniu z osobistymi celami, oczekiwaniami, normami, problemami. Wpływa na nią w złożony sposób: zdrowie fizyczne, relacje z innymi ludźmi i ważne dla danej osoby cechy środowiska” [39].

Głównym czynnikiem stanowiącym o naszym zdrowiu jest obrany przez daną osobę styl życia i obrane działania prozdrowotne.

Częstość występowania depresji u studentów medycyny wynosi 10–25% [40], a nawet 30% studentów [41]. Ibrahim i wsp. [42] dokonali przeglądu literatury z lat 1990–2010 i stwierdzili, że rozpowszechnienie depresji wśród studentów kierunków medycznych wynosi ponad 30%, co znacznie przewyższa częstość w populacji ogólnej, ocenianej np. w USA na 9%. Potwierdziły powyższe badania wśród polskich studentów, które wykazały, że aż 21,7% z nich korzystało z pomocy psychologa bądź psychiatry, natomiast dalsze 36,5% deklarowało chęć uzyskania opieki psychologa [43]. Rosal i wsp. [44] stwierdzili, że częstość depresji wśród studentów rozpoczynających studia medyczne jest zbliżona do jej częstości w populacji ogólnej młodych osób, jednak w grupie studentów medycyny odsetek osób z depresją rośnie z czasem trwania studiów znacznie bardziej niż w grupie porównawczej. Z kolei w badaniu Mojs i wsp. [45] studenci pierwszego roku medycyny mieli

znacznie wyższe nasilenie objawów depresji niż studenci kolejnych roczników. W badaniach Marka i wsp [46] w grupie 206 studentów I i IV roku medycyny Akademii Medycznej w Gdańsku, wykazano istotne nasilenie objawów lękowych, natomiast nasilenie depresji było niższe niż w populacji ogólnej. Adamiak i wsp. [47] natomiast wykazali objawy depresji u osób studiujących medycynę średnio u co 3. osoby na II roku i u 14% studentów IV roku.

Teoretycznie studenci kierunków medycznych mają oni lepszy dostęp do opieki zdrowotnej, jednakże w literaturze przedmiotu [48,49] podkreśla się, że rzadziej otrzymują właściwe leczenie niż osoby z depresją w populacji ogólnej. W opinii Schwenk i wsp. [50] jest to związane z faktem, iż ponad połowa studentów z objawami depresji obawia się, że ujawnienie ich choroby może być ryzykowne. Taki stan rzeczy zdaniem autorów można tłumaczyć zjawiskiem autostygmatyzacji, a połowa studentów wykazujących objawy ze spektrum zaburzeń depresyjnych obawia się ujawnienia informacji o swojej chorobie. Motywacją takiego postępowania może być lęk przed uznaniem poszukiwania specjalistycznej pomocy za wyraz słabości oraz braku pożądaných kompetencji w zakresie medycyny, a to prowadzi do sytuacji, w której młodzi medycy rzadziej otrzymują właściwą pomoc niż przeciętny. Z kolei Schwenk i wsp. [50] wykazali, że ponad 60% studentów uważało, że poszukiwanie pomocy oznaczałoby, że własne umiejętności radzenia sobie są niewystarczające.

Warto pamiętać, że wiele czynników ma wpływ na występowanie depresji u studentów. Już od początku studiów medycznych błędne koło stresu, lęku i zaburzeń nastroju związane jest np. z częstym brakiem snu, nieprawidłowym odżywianiem się, brakiem regularnej aktywności fizycznej, wysokimi oczekiwaniami własnymi i społecznymi oraz niewystarczającymi systemami wsparcia.

Studenci muszą odnaleźć się w nowej rzeczywistości, a czas sprzyjający zdobywaniu wiedzy i rozwijaniu zainteresowań w czasie codziennych zajęć, sesji może zostać w każdej chwili zachwiany. W literaturze [51] podkreśla się, że taka sytuacja może doprowadzić do pojawienia się wewnętrznego konfliktu wśród studentów i predysponować do wystąpienia zaburzeń z grupy: depresyjnych, lękowych czy też obsesyjno-kompulsywnych.

Współczesna literatura medyczna podaje także wiele definicji stresu, jednak za najbardziej aktualną uznaje się definicję Łódzińskiej, która omawiane zjawisko określa jako: „Dynamiczną relację adaptacyjną pomiędzy możliwościami jednostki a wymogami sytuacji (stresorem), charakteryzującą się brakiem równowagi”. Według tej definicji bowiem stres psychiczny można określić jako subiektywną ocenę człowieka relacji zachodzącej pomiędzy nim, a jego otoczeniem, jako „zagrożenie”. W wyniku takiej oceny rozpoczyna się reakcja

stresowa na subiektywny brak możliwości i wydolności danej osoby wobec określonej sytuacji [20].

W literaturze medycznej zaś, stres określany jest jako: „Zaburzenie homeostazy (równowagi), spowodowane czynnikami fizycznymi lub psychologicznymi. Czynniki powodujące stres mogą mieć naturę umysłową, fizjologiczną, anatomiczną lub fizyczną” [43].8

Grzegorz i wsp. [47] w swojej pracy dotyczącej zależności między zachowaniami zdrowotnymi a poziomem stresu i występowania bezsenności oraz depresji u studentów zdrowia publicznego zwracają uwagę, iż studenci zdobywający wiedzę na temat prawidłowych zachowań prozdrowotnych w toku nauczania, powinni nabyć umiejętności wprowadzania takowych zachowań do swojego życia prywatnego. Do kierunków, które nabywają tej samej lub podobnej wiedzy zaliczają takie kierunki jak: lekarski, pielęgniarstwo, położnictwo, psychologia, pedagogika, socjologia i wiele innych. Można więc stwierdzić, iż osobami wyróżniającymi się nienaganną postawą prozdrowotnego stylu życia powinni być absolwenci i studenci kierunków medycznych i społecznych, co nie odnajduje jednak swojego realnego odzwierciedlenia. Autorzy tłumaczą to zjawisko obecnością wielu czynników stresowych na ścieżce zawodowej w.w. osób.

*Stres, niepokój, depresja pojawiają się wtedy,
gdy żyjesz tak, aby zadowolić innych*
Pablo Coelho

CEL PRACY

Celem pracy było wykazanie częstości występowania zagrożenia depresją oraz stanów lękowych wśród studentów kierunków medycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Pytania badawcze

1. Czy studenci kierunków medycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku przejawiają objawy depresji?
2. Czy studenci kierunków medycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku doświadczają stanów lękowych?
3. Jaki typ radzenia sobie ze stresem preferują studenci kierunków medycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku?

Hipotezy badawcze

1. Studenci kierunków medycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku przejawiają objawy depresji
2. Studenci kierunków medycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku preferują najczęściej zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem, a najrzadziej styl skoncentrowany na emocjach.
3. U studentów kierunków medycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wykazano obecność łagodnych objawów lękowych

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Material badań

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB-APK.002.476.2023.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety autorstwa własnego oraz dwóch narzędzi standaryzowanych, w grupie 100 studentów kierunków medycznych, studiów stacjonarnych i niestacjonarnych.

Metoda badań

Dobór grupy badanej był celowy – studenci kierunków medycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Badania zostały wykonane za pomocą ankiety internetowej i wykorzystano w tym celu:

- ankietę autorstwa własnego,
- CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*) - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych,
- GAD-7 (*Generalised Anxiety Disorder*) - skalę lęku uogólnionego.

Ankieta składała się z 7 oddzielnych sekcji, takich jak:

- 1) Metryczka
- 2) Pytania dotyczące objawów depresji
- 3) Pytania do osób ze zdiagnozowaną depresją
- 4) Skala CISS
- 5) Kwestionariusz lęku uogólnionego GAD-7
- 6) Pytań dot. psychologa na UMB

CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*) - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych – narzędzie omówione w rozdziale „Wybrane narzędzia do oceny depresji, lęku, stresu”

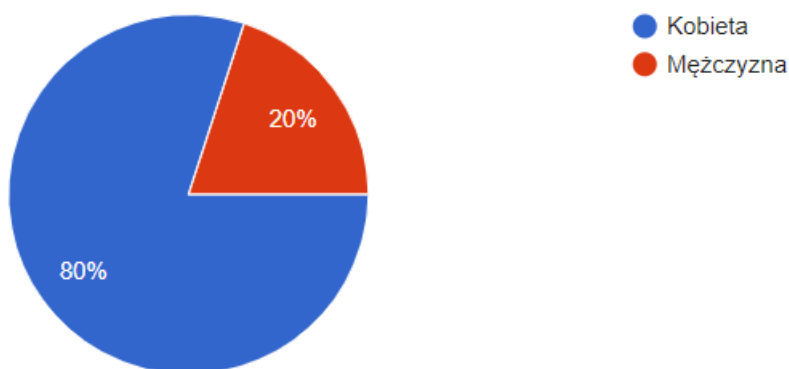
Kwestionariusz Zespołu Lęku Uogólnionego GAD-7 - narzędzie omówione w rozdziale „Wybrane narzędzia do oceny depresji, lęku, stresu”

Analiza statystyczna

W celu zestawienia i opracowania wyników przeprowadzonego badania wykorzystano programy Microsoft Excel oraz Statistica 13. Na podstawie otrzymanych wyników dokonano podstawowego opisu statystycznego.

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY

Badania przeprowadzono w grupie 100 osób: kobiet i mężczyzn studentów/studentek Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na wydziałach: Lekarskim, Farmaceutycznym i Nauk o Zdrowiu (rycina 3).



Rycina 3. Charakterystyka badanej populacji ze względu na płeć

Wśród badanych osób większość stanowiła płeć żeńska - 80%, zaś męska 20%. Zaobserwowano duże zróżnicowanie pod względem obranego kierunku studiów (rycina 3), jak i roku studiów (tabela 1).

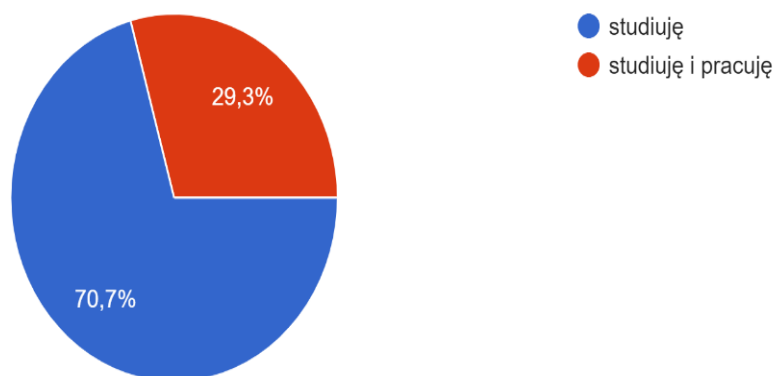
Większość respondentów stanowiły osoby będące na starszych latach studiów (4 rok- 20%, 5 rok- 26%, 6 rok- 20%), zaś mniejszość - studenci młodszych lat (1 rok- 8%, 2 rok- 10%, 3 rok- 16%).

Najliczniejszą grupą były osoby studiujące w trybie stacjonarnym (95,9%). W pytaniu o ilość obranych jednocześnie kierunków studiów, 97% z respondentów podało odpowiedź, że jeden.

Ze względu na możliwość uzyskania prawa do wykonywania zawodu po ukończeniu studiów na poziomie licencjatu (np. pielęgniarstwo, położnictwo) oraz możliwość wcześniejszego podjęcia się pracy, zamieszczono pytanie odnośnie pracy zawodowej, przy czym postawiono warunek: „dotyczy jedynie podpisania umowy o pracę/dzieło, lub samozatrudnienie, bądź bez umowy jeśli godziny pracy w tygodniu przekraczają 10 zegarowych na tydzień”. Na owe pytanie uzyskano wyniki umieszczone w rycinie 4.

Tabela 1. Charakterystyka badanej populacji ze względu na obrany kierunek studiów

Wydział	Kierunek	n	%
Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim (58%)	Lekarski	54	54%
	Lekarsko-Dentystyczny	3	3%
	Biostatystyka	1	1%
Farmaceutyczny (11%)	Farmacja	6	6%
	Analityka Medyczna	3	3%
	Kosmetologia	2	2%
Nauk o Zdrowiu (31%)	Pielęgniarstwo	15	15%
	Położnictwo	5	5%
	Fizjoterapia	2	2%
	Logopedia z fonaudiologią	3	3%
	Elektroradiologia	3	3%
	Dietetyka	3	3%



Rycina 4: Charakterystyka badanej populacji ze względu na sytuację zawodową.

WYNIKI

Wybrane odpowiedzi dotyczące przejawianie przez badanych objawów depresji

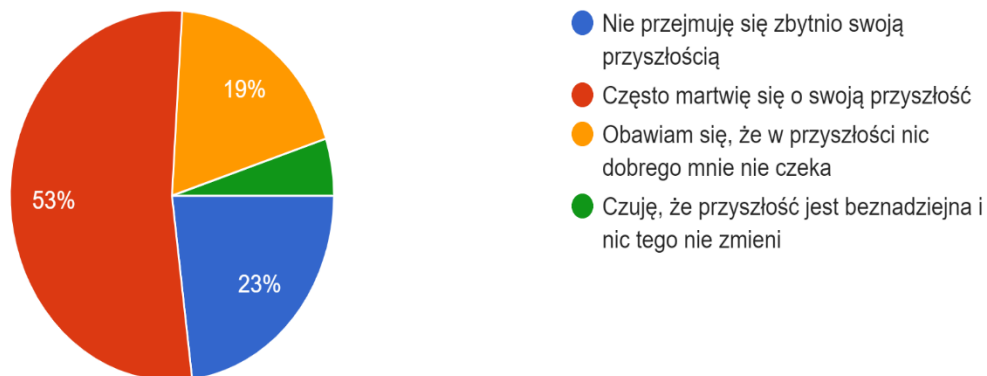
Badanych zapytano o wybrane odczucia w trakcie minionych 30 dni. Okazało się, że

- 60% badanych często odczuwało smutek i przygnębienie (Rycina 5)



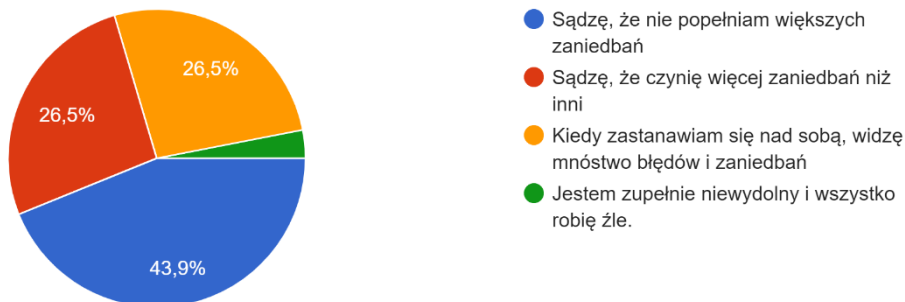
Rycina 5. Odczuwanie smutku i przygnębienia przez badanych

- 53% martwiło się o swoją przyszłość (Rycina 6)



Rycina 6. Martwienie się o przyszłość przez badanych

- po 26,5% badanych uważało że czyni więcej zaniedbań niż inni lub że kiedy się zastanawia nad sobą to dostrzega mnóstwo błędów i zaniedbań (Rycina 7)



Rycina 7. Przekonanie badanych o zaniedbywaniu obowiązków

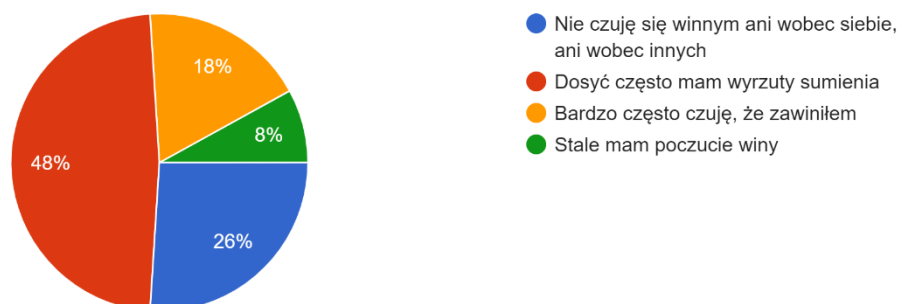
- 64% twierdziło iż robi to co daje im zadowolenie (Rycina 8)



Rycina 8. Przekonanie badanych o zadowoleniu z tego co robią

- 74% miało w samoocenie poczucie winy (Rycina 9)

Rycina 9. Poczucie winy w samocenie badanych



Rycina 9. Poczucie winy w samocenie badanych

Pytania do osób ze zdiagnozowaną depresją

Udział w części ankiety dotyczącej pytań do osób ze zdiagnozowaną depresją był dobrowolny, dlatego też ilość udzielonych odpowiedzi jest niewspółmierna do grupy badanej. Dodatkowo respondenci mogli w każdej chwili zrezygnować z odpowiadania na pytania i/lub zaznaczyć odpowiedź „Nie chcę odpowiadać na to pytanie.”

Wyniki uzyskane od respondentów ukazano w poniższych tabelach.

Chęć uczestnictwa w tej części ankiety 41,4% wyraziło 41,4% badanych (Tabela 2).

Tabela 2. Odpowiedzi respondentów na pytanie: “ Czy chce Pan/Pani uczestniczyć w tej części ankiety?”

Odpowiedź „tak”	Odpowiedź „nie”	Ilość uzyskanych odpowiedzi
<p>24 (41,4%)</p> <p>W tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● analityka medyczna: 1 osoba, ● biostatystyka : 1 osoba, ● elektroradiologia: 1 osoba, ● farmacja: 1 osoba, ● kosmetologia: 1 osoba, ● kierunek lekarski: 17 osób, ● pielęgniarstwo: 2 osoby, 	<p>34 (58,6%)</p> <p>W tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● dietetyka: 1 osoba, ● elektroradiologia: 1 osoba, ● farmacja: 2 osoby, ● fizjoterapia: 1 osoba, ● kosmetologia: 1 osoba, ● kierunek lekarski: 18 osób, ● lekarsko-dentystyczny: 1 osoba, ● logopedia z fonologia: 2 osoby, ● pielęgniarstwo: 6 osób, ● położnictwo: 1 osoba. 	<p>58 (58%)</p>

Depresję u studentów najczęściej zdiagnozował lekarz psychiatra (63%). Pozostałe wyniki obrazuje Tabela 3.

Najwięcej studentów z depresją zauważyło u siebie jej pierwsze objawy ok. mniej niż pół roku temu (16,2%), około 2-3 lat przed postawieniem diagnozy (16,1%) lub powyżej 3. lat przed postawieniem diagnozy (16,1%). Pozostałe odpowiedzi zawiera tabela 4.

Aż 63,3% badanych miało w związku z depresją stosowaną farmakoterapię. Inne wskazania badanych zawiera Tabela 5.

Tabela 3. Osoby które rozpoznały u badanych depresję

Treść odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w liczbach (% udzielonej odpowiedzi)
Lekarz psychiatra	17 (63%) <ul style="list-style-type: none"> ● analityka medyczna: 1 osoba ● biostatystyka: 1 osoba, ● elektroradiologia: 1 osoba, ● farmacja: 1 osoba, ● kosmetologia: 1 osoba, ● kierunek lekarski: 11 osób.
Lekarz z inną specjalizacją	0 (0%)
Psycholog	1 (3,7%) <ul style="list-style-type: none"> ● lekarski
Inna osoba	1 (3,7%) <ul style="list-style-type: none"> ● Kierunek lekarski
Nie chcę udzielać odpowiedzi	8 (29,6%) <ul style="list-style-type: none"> ● Kosmetologia: 1 osoba, ● Pielęgniarstwo: 2 osoby, ● kierunek lekarski: 5 osób.

Tabela 4. Wystąpienie pierwszych objawów choroby a czas postawienia diagnozy.

Treść odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w liczbach (% udzielonej odpowiedzi)
Mniej niż pół roku	5 (17,9%) <ul style="list-style-type: none"> ● Kierunek lekarski: 5 osób.
Do roku	3 (10,7%) <ul style="list-style-type: none"> ● Elektroradiologia: 1 osoba, ● kierunek lekarski: 2 osoby.
Powyżej jednego roku	1 (3,6%) <ul style="list-style-type: none"> ● Kierunek lekarski: 1 osoba.
Okolo 2-3 lat przed postawieniem diagnozy	5 (17,9%) <ul style="list-style-type: none"> ● Kosmetologia: 1 osoba, ● kierunek lekarski: 3 osoby, ● pielęgniarstwo: 1 osoba.
Powyżej 3 lat przed postawieniem diagnozy	4 (14,3%) <ul style="list-style-type: none"> ● biostatystyka: 1 osoba, ● farmacja: 1 osoba, ● kierunek lekarski: 3 osoby.
Nie mam depresji	5 (17,9%) <ul style="list-style-type: none"> ● pielęgniarstwo: 1 osoba, ● kierunek lekarski: 5 osób.
Nie pamiętam	1 (3,6%) <ul style="list-style-type: none"> ● kierunek lekarski: 1 osoba
Nie chcę odpowiadać na to pytanie	4 (14,3%) <ul style="list-style-type: none"> ● kosmetologia: 1 osoba, ● pielęgniarstwo: 1 osoba, ● lekarski: 2 osoby

Tabela 5. Deklaracje przez badanych stosowania farmakoterapii

Treść odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w liczbach (% udzielonej odpowiedzi)
Tak	18 (64,2%) <ul style="list-style-type: none"> ● farmacja: 1 osoba, ● analityka medyczna: 1 osoba, ● biostatystyka: 1 osoba, ● pielęgniarstwo: 1 osoba, ● kosmetologia: 1 osoba, ● kierunek lekarski: 13 osób.
Nie	6 (21,4%) <ul style="list-style-type: none"> ● kierunek lekarski: 5 osób, ● pielęgniarstwo: 1 osoba.
Nie chcę odpowiadać na to pytanie	5 (17,9%) <ul style="list-style-type: none"> ● kierunek lekarski: 3 osoby, ● pielęgniarstwo: 1 osoba, ● kosmetologia: 1 osoba.

Wyraźną zmianę poprawy stanu zdrowia po zastosowanej farmakoterapii odczuło 44% badanych. Inne wyniki obrazuje Tabela 6.

Tabela 6. Deklaracja wyraźnej zmiany jaką przynosi stosowanie farmakoterapii

Treść odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w liczbach (% udzielonej odpowiedzi)
Nie jestem objęta/objęty farmakoterapią	7 (24,1%) <ul style="list-style-type: none"> ● pielęgniarstwo: 2 osoby, ● kierunek lekarski: 5 osób.
Tak	13 (44,8%) <ul style="list-style-type: none"> ● elektroradiologia: 1 osoba, ● kierunek lekarski: 8 osób, ● farmacja: 1 osoba, ● biostatystyka: 1 osoba, ● pielęgniarstwo: 1 osoba, ● kosmetologia: 1 osoba.
Nie	3(10,3%) <ul style="list-style-type: none"> ● kierunek lekarski: 3 osoby.
Nie potrafię tego określić	6 (20,7%) <ul style="list-style-type: none"> ● lekarski: 4 osoby, ● analityka medyczna: 1 osoba, ● kosmetologia: 1 osoba.

Wyniki skali CISS

Analiza wyników pozwoliła na stwierdzenie, że badani najczęściej prezentowali styl skoncentrowany na zadaniu, uzyskując średnio $51,75 \pm 11,63$ pkt (odchylenie standardowe, 1s). Inne wyniki obrazuje tabela 7.

Tabela 7. Style radzenia sobie ze stresem prezentowane przez badanych w skali punktowej

Styl skoncentrowany	Średnia pkt.	Odchylenie	Min.	Maks.
na zadaniu (SSZ)	51,75	11,6330	25	75
na emocjach (SSE)	50,28	11,6207	19	73
na unikaniu (SSU)				
forma angażowania się w czynności zastępcze (ACZ)	26,62	6,5632	14	44
poszukiwania kontaktów towarzyskich (SSU)	15,02	4,9355	6	25

Badani najczęściej (45%) prezentowali przeciętny poziom radzenia sobie ze stresem. Wyniki obrazuje Tabela 8

Tabela 8. Style radzenia sobie ze stresem prezentowane przez badanych w skali stenowej

Styl skoncentrowany	Średnia stenów	Odchylenie	Min.	Maks.
na zadaniu (SSZ)	6	2,0149	1	10
na emocjach (SSE)	5,99	1,9925	1	10
na unikaniu (SSU)				
forma angażowania się w czynności zastępcze (ACZ)	6,04	2,0441	2	10
na unikaniu (SSU) poszukiwania kontaktów towarzyskich	5,97	2,0662	2	10
Poziom radzenia ze stresem				
Niski (1-4 pkt.)		12 %		
Przeciętny (5-6 pkt.)		45 %		
Wysoki (7-10 pkt.)		43 %		

Wyniki kwestionariusza lęku uogólnionego GAD-7

Odpowiedzi badanych na poszczególne problemy kwestionariusza GAD-7 obrazuje tabela 9.

Tabela 9. Odpowiedzi badanych na pytania kwestionariusza Gad-7

		0 wcale	1 przez kilka dni	2 więcej niż przez połowę tego okresu	3 niemal każdego dnia
1.	Czuli się Państwo podenerwowani, niespokojni, mocno spięci	10%	53%	24%	13%
2.	Nie mogli się Państwo przestać się martwić albo zapanować nad tym	22%	48%	21%	9%
3.	Za bardzo się Państwo martwili różnymi rzeczami	11,1%	49,5%	20,2%	19,2%
4.	Mieliście Państwo trudności z relaksowaniem się	24%	33%	24%	19%
5.	Byli Państwo tak niespokojni, że nie mogli usiedzieć na miejscu	52,5%	30,3%	12,1%	10,1%
6.	Łatwo stawaliście się Państwo rozdrażnieni lub poirytowani	21%	42%	27%	10%
7.	Obawiali się Państwo, tak jakby miało się stać coś strasznego	39,4%	30,3%	18,2%	12,1%

Badani uzyskali punktację w zakresie od 0 do 4 punktów w 26%, świadczące o braku lub minimalnych objawach lęku. Wartości graniczne od 5 do 9 pkt. świadczące o niskim nasileniu lęku uzyskało 37% respondentów. Wartości 10 do 14 punktów świadczące o umiarkowanym nasileniu lęku wykazało 26% ankietowanych, zaś wartości od 15 do 21 pkt. uzyskało 11% osób. Szczegółowe wartości punktowe obrazuje tabela 10.

Tabela 10. Ocena nasilenia lęku u badanych z pomocą kwestionariusza GAD-7

Liczba punktów	Liczba osób (%)	ocena
0	3	
1	5	
2	2	
3	9	
4	6	
5	8	Wartość graniczna zaburzenia lękowego łagodnego
6	8	
7	9	
8	5	
9	8	
10	5	Wartość graniczna zaburzenia lękowego umiarkowanego
11	5	
12	2	
13	9	
14	5	
15	0	
16	3	
17	3	
18	0	
19	1	Wartość graniczna zaburzenia lękowego ciężkiego
20	3	
21	1	
Średnie wartości punktów dla ogółu badanych	8	

Wyniki ankiety autorstwa własnego dotyczące wiedzy studentów na temat psychologa pracującego na terenie UMB

Większość ankietowanych (67%) miała świadomość o możliwości skorzystania z wizyt u psychologa pracującego na terenie UMB (Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku), zaś jedynie 33% nie miało takiej świadomości.

Kolejne pytania wielokrotnej odpowiedzi nawiązywało do poszczególnych cech wizyt prowadzonych przez psychologa UMB. Ilość osób odpowiadających na pytanie wyniosła 82 osób (82% ogółu ankietowanych)

O tym, że :

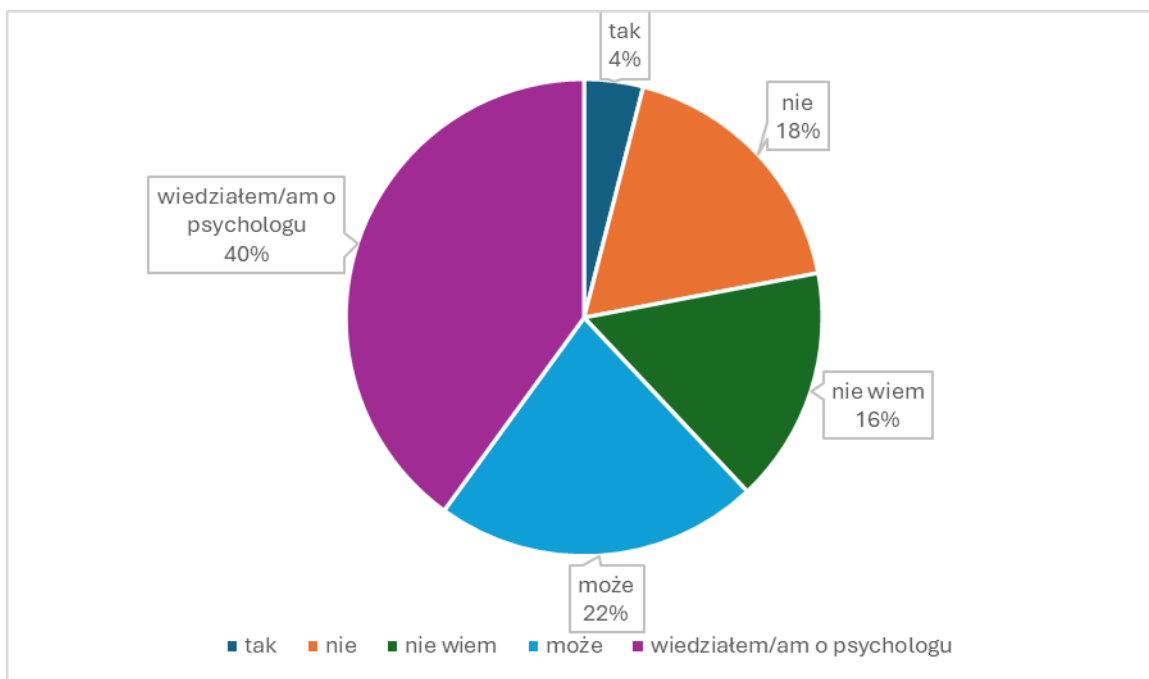
- wizyty mają charakter nieodpłatny wiedziały 64 (78%) osoby i była to odpowiedź prawidłowa. Niepoprawną odpowiedź, sugerującą konieczność odpłatności za taką wizytę zaznaczyły jedynie 2 (2,4%) osoby.
- przy wizycie u psychologa należy okazać legitymację studencką, co było poprawną odpowiedzią, wiedziało 48 (58,5%) osób, przeciwnie uważało 7 (8,5%) osób. Od udzielenia odpowiedzi powstrzymało się 27 osób (32,9 %).
- konieczne jest wcześniejsze umówienie się na wizytę za pomocą wykonania telefonu na numer psycholog podany na stronie UMB miało świadomość 56 (68,3%) osób, zaś niepoprawnej odpowiedzi sugerującej brak konieczności wcześniejszego umówienia się zaznaczyło 8 (9,8%) osób, 36 (56,3%) osób wstrzymało się od udzielenia odpowiedzi.

Większość respondentów (66%) nie korzystała z możliwości wizyt u psychologa w Uczelni, zaś jedynie 10 (10,1%) osób skorzystało z takiej porady. Aż 23 (23,2%) osoby przyznały, iż nie wiedziały o takiej możliwości, 1 (1%) osoba wstrzymała się od udzielenia odpowiedzi.

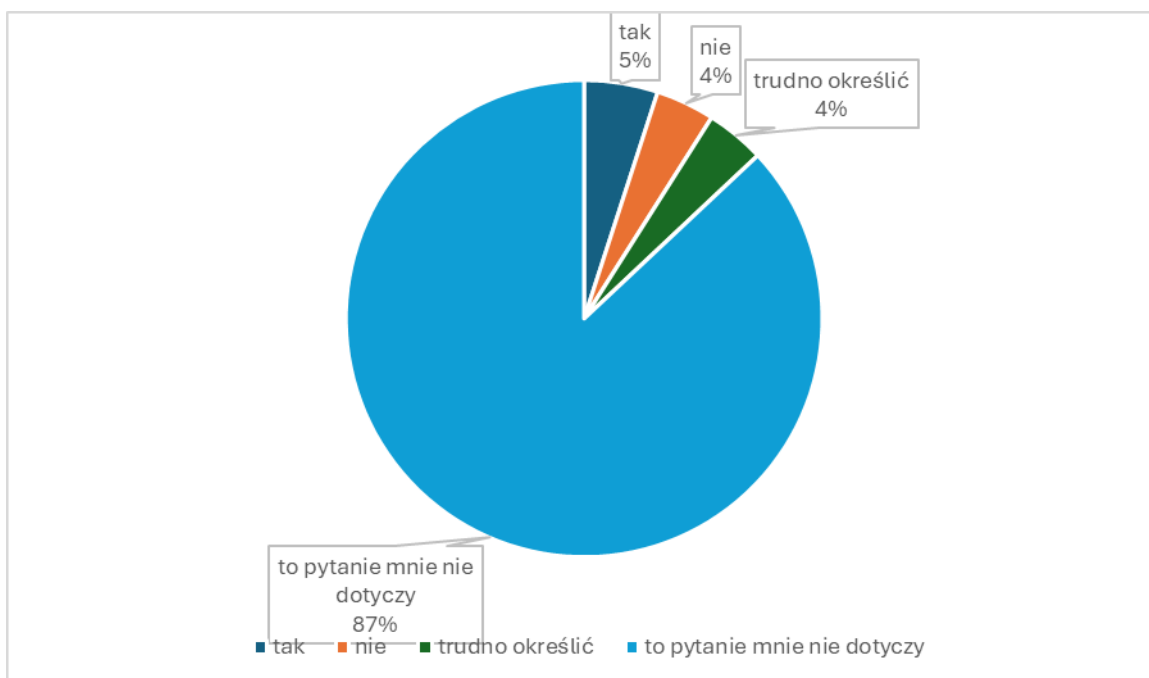
Okazało się że jedynie 4% badanych gdyby wiedziało o możliwości porady psychologicznej na terenie Uczelni to by z niej skorzystało. Inne wskazania obrazuje Rycina 10.

Osoby które skorzystały z pomocy psychologa UMB poproszono o ocenę takiej wizyty. Okazało się że w opinii 4 osób (4%) była ona satysfakcjonująca, przy czym 87,3% badanych (69 osób), zaznaczyła iż to pytanie ich nie dotyczy.

Wyniki obrazuje Rycina 11.



Rycina 10. Deklaracja skorzystania z porady psychologicznej na terenie Uczelni gdyby badani posiadali taką informację.



Rycina 11. Deklaracja skorzystania z porady psychologicznej na terenie Uczelni gdyby badani posiadali taką informację

Postanowiono także sprawdzić, czy istnieją zależności w postrzeganiu wybranych problemów pomiędzy grupą ze zdiagnozowaną depresją a bez takiej diagnozy. Okazało się, że we wszystkich problemach, za wyjątkiem występowania zaburzeń lękowych ciężkich,

występowały różnice istotne statystycznie pomiędzy grupą studentów z rozpoznaną depresją, a grupą bez takiego rozpoznania. Wyniki obrazuje Tabela 11.

Tabela 11. Analiza zależności w postrzeganiu wybranych problemów pomiędzy grupą ze zdiagnozowaną depresją a bez takiej diagnozy

	Liczba studentów		Zależności statystyczne
	Studenci bez stwierdzonej depresji	Studenci z stwierdzoną depresją	
odczuwanie smutku i przygnębienie	69 (75%)	7 (87,5%)	P<0,001
martwienie się o swoją przyszłość	70 (76%)	7 (87,5%)	P<0,001
Przekonanie o czynieniu więcej zaniedbań niż inni	62 (67,4%)	6 (75%)	P<0,001
Przekonanie, że gdy zastanawia nad sobą to dostrzega mnóstwo błędów i zaniedbań	23 (25%)	4 (50%)	P=0,0012
Odczuwanie w samoocenie poczucia winy	75 (81,5%)	8 (100%)	P<0,001
Styl skoncentrowany na zadaniu	27 (29,3%)	6 (75%)	P=0,0013
Styl skoncentrowany na emocjach	28 (30,4%)	1 (12,5%)	P<0,001
Angażowania się w czynności zastępcze	16 (17,4%)	0 (0%)	P<0,001
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	21 (22,8%)	1 (12,5%)	P<0,001
Zaburzenie lękowe łagodne	1 (12,5%)	36 (39,1%)	P<0,001
Zaburzenie lękowe umiarkowane	3 (37,5%)	32 (34,8%)	P<0,001
Zaburzenie lękowe ciężkie	1 (12,5%)	4 (4,3%)	P=0,382 (NS)

Test chi² z poprawką Yates'a

WERYFIKACJA HIPOTEZ

1. Studenci kierunków medycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku przejawiają objawy depresji

Hipoteza potwierdzona

- 74% miało w samoocenie poczucie winy
- 60% badanych często odczuwało smutek i przygnębienie,
- 53% martwiło się o swoją przyszłość
- 26,5% badanych uważało że czyni więcej zaniedbań niż inni
- 26,5% kiedy się zastanawiała nad sobą to dostrzegało mnóstwo błędów i zaniedbań

2. Studenci kierunków medycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku preferują najczęściej zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem, a najrzadziej styl skoncentrowany na emocjach

Hipoteza potwierdzona

Analiza wyników pozwoliła na stwierdzenie, że badani najczęściej prezentowali styl skoncentrowany na zadaniu, uzyskując średnio $51,75 \pm 11,63$ pkt (odchylenie standardowe, 1s).

3. U studentów kierunków medycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wykazano obecność łagodnych objawów lękowych.

Hipoteza potwierdzona

Aż 37 osób bez zdiagnozowanej depresji (37%) studentów wykazało cechy depresji łagodnej.

PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Depresja uważana jest za jeden z najczęstszych i najbardziej poważnych problemów zdrowia psychicznego, dotykającego studentów uniwersytetów na całym świecie [52]. Okres studiów oraz związane z nim zmiany, jak np. wybranie ścieżki rozwoju zawodowego, określenie własnej tożsamości, ustalenia swojej roli w grupie rówieśniczej, podejmowanie pierwszych stabilnych relacji uczuciowych, mogą bowiem wywołać dużą presję emocjonalną, zwiększającą podatność na inne czynniki stresowe [53,54].

Uważa się, że sytuacje lub czynniki ryzyka, które mogą prowadzić do epizodu depresji lub lęku u studentów są związane są np. ze stresem i presją w formie ciągłych zaliczeń. Istotne są w tej kwestii problemy emocjonalne i osobiste studentów. Niektórzy mogą bowiem doświadczać trudności z radzeniem sobie z emocjami, albo z przeżywaniem trudnych doświadczeń życiowych takich jak np. rozstania z partnerem, rodziną, śmierć bliskiej osoby lub konflikty rodzinne. Kolejnym problemem jest stres związany najczęściej z osiągnięciem sukcesu akademickiego, znalezieniem pracy po ukończeniu studiów lub z radzeniem sobie z wymaganiami finansowymi. Nie można także pomijać problemów związanych z adaptacją do nowego środowiska. Studenci mogą także czuć się samotni i odczuwać brak wsparcia emocjonalnego od przyjaciół lub rodziny. Część populacji ogólnej (od 19,2 do 67,4%) [55]. W literaturze fachowej [56, 57, 58, 59, 60] zwraca się także uwagę, że studenci medycyny częściej chorują na depresję i inne zaburzenia psychiczne niż ma to miejsce w populacji ogólnej, a ich jakość życia jest niższa niż innych osób w ich wieku - częstość występowania depresji u studentów medycyny wynosi 10–25%.

Ibrahim i wsp. [61] dokonując przeglądu literatury z lat 1990–2010 stwierdzili, że rozpowszechnienie depresji wśród studentów kierunków medycznych wynosi ponad 30%, co znacznie przewyższa częstość w populacji ogólnej, ocenianej np. w USA na 9%.

Badania prowadzone w Polsce wykazały, że około 20% studentów cierpi na łagodną depresję, a 6% na depresję umiarkowaną i głęboką, zaś badanie Centers for Disease Control and Prevention (CDC) w 2021 wskazało, że 37% studentów amerykańskich cierpiało na jakąś formę depresji [62].

W opinii Marka i wsp. [63] uważają, że zaburzenia depresyjne pojawiają się w większym stopniu na pierwszym roku studiów, niż na końcu okresu kształcenia.

Rosal i wsp. [64] stwierdzili, że częstość depresji wśród studentów rozpoczynających studia medyczne jest zbliżona do jej częstości w populacji ogólnej młodych osób, jednak w grupie studentów medycyny odsetek osób z depresją rośnie z czasem trwania studiów

znacznie bardziej niż w grupie porównawczej. Natomiast w badaniu Mojs i wsp. [65] studenci pierwszego roku medycyny mieli znacznie wyższe nasilenie objawów depresji niż studenci kolejnych roczników.

Drożak i wsp. [66] uważają, że depresja wśród studentów medycyny w Polsce jest powszechna, a jej przyczyną są czynniki związane ze stylem życia. Badaniem objęli 1023 studentów medycyny. Autorzy stwierdzili, że około połowy studentów (51,61%, 95% CI: 48,50 – 54,72) miało ciężką depresję (wynik PHQ-9 \geq 10), 30,21% studentów miało łagodne objawy depresji, 26,00% – umiarkowane objawy depresji, 15,05% – umiarkowanie ciężkie objawy depresji, a 10,56% - objawy ciężkiej depresji. Stwierdzono istotny statystycznie związek między ciężką depresją a: częstymi uczuciami samotności, brakiem regularnego uprawiania sportu, niewystarczającą ilością snu, niewystarczającym udziałem w spotkaniach społecznych, problemami z utrzymaniem stabilnej wagi ciała, stosowaniem alkoholu w celu złagodzenia stresu lub negatywnych emocji oraz niewyrażeniem przynależności religijnej [66]

Badania Nowaka i wsp. [47] którymi objęli studentów zdrowia publicznego wykazały, że objawy depresji dotyczyły 39% badanych, w tym 30% depresji łagodnej, 5% umiarkowanie ciężkiej i 4% ciężkiej.

Karmolińska – Jagodzik [67] w ocenie studentów zastosowała kwestionariusz Becka i stwierdziła w grupie 4500 studentek oraz studentów studiów dziennych i zaocznych, że 23,5% osób badanych uzyskało wyniki świadczące o łagodnym przebiegu depresji a 6,5% badanych wskazuje na objawy depresji umiarkowanej i głębokiej.

Warto w tym miejscu zauważyć, że okres studiowania to czas, w którym poczucie smutku oraz przygnębienia mogą powodować nowe obowiązki, konieczność samowystarczalności i posiadania planów na przyszłość. To także czas doświadczania intensywnych relacji społecznych i intymnych, które mogą wiązać się z odrzuceniem, czy z samotnością.

W badaniu Karmolińskiej – Jagodzik [67] ponad połowa badanych (56,9%) nie doświadczyła uczucia smutku i przygnębienia momencie wykonywania testu. Jednak co trzecia osoba badana (33,9%), wskazała na często doświadczanie stanu przygnębienia i smutku, a 7,5% podało, że jest stale przygnębianym i uczucie smutku jest nie do zniesienia. Odmienne wyniki uzyskano w obecnym badaniu, gdzie 60% studentów deklarowało często odczuwać smutek i przygnębienie.

W grupie badanej przez Karmolińską – Jagodzik [67] tylko jedna trzecia osób badanych (29,8%) nie przejmowała się zbyt swoją przyszłością, natomiast ponad połowa (55,7%) często martwiła się o nią, a 12,0% badanych obawiało się, że w przyszłości nie czeka

ich nic dobrego. Podobne wyniki uzyskano w obecnych badaniach, bowiem 53% martwiło się o swoją przyszłość.

Studenci z badania Karmolińskiej – Jagodzik [67] aż w 62,5% miało poczucie, że wywiązuje się z powierzonych zadań w stopniu zadawalającym, nie popełniając większych zaniedbań. Z kolei w obecnym badaniu 26,5% badanych uważało że czyni więcej zaniedbań niż inni i tyle samo - że kiedy się zastanawia nad sobą to dostrzega mnóstwo błędów i zaniedbań.

Podkreślenia wymaga fakt, że na dobrostan psychiczny składa się badawcza i emocjonalna ocena życia i obejmuje ono doświadczanie przez człowieka pozytywnych emocji, niski poziom szkodliwych nastrojów, a także wysoki poziom zadowolenia z życia, w tym dobre relacje z innymi ludźmi. Z pojęciem dobrostanu psychicznego wiąże się wykonywanie czynności, które w subiektywnym odczuciu dają poczucie zadowolenia i radości, gdzie człowiek czerpie przyjemność. Brak odczuwania przyjemności, związany jest z jednym z obszarów depresji [68].

Zdecydowana większość badanych przez Karmolińską – Jagodzik [67] osób (70,6%) odczuwała przyjemność z wykonywanych czynności życia codziennego lub większych zobowiązań jakie podjęli w toku wyznaczania sobie celów. Podobnie w obecnym badaniu aż 64% twierdziło iż robi to, co daje im zadowolenie.

Związek z doświadczanym obniżonym nastrojem, nie związanym z dokonanymi czynami, ma nienormalne poczucie winy.

Co trzecia osoba z badania Karmolińskiej – Jagodzik [62] dość często (29,2%) miała poczucie winy, 7,8% osób badanych czuła tak często, a 2,5% stale. W obecnym badaniu znacznie więcej, bo aż 74% podawało w samoocenie odczuwanie poczucia winy.

Nie można zapominać, że objawy lękowe mogą poprzedzać wystąpienie objawów depresji [69]. W badaniu przekrojowym populacji młodzieży objawy lękowe wyprzedzały rozpoznanie depresji na dwa lata [70]. Wykazano także, że lęk jest silnym predyktorem depresji wśród studentów, którzy postrzegają go jako mający wpływ na depresję [71]. Udział zaburzeń lękowych w populacji ogólnej szacuje się w zakresie 0,28–53,3% [72]. Często stwierdza się współchorobowość depresji i zaburzeń lękowych. Badanie ECA i NCS wykazało, że po przebytych epizodach depresji prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzeń lękowych jest wysokie (47% w badaniu ECA; 58% w badaniu NCS) [cyt, za 46]. Szacuje się, że rozpowszechnienie depresji w grupie chorych z zaburzeniami lękowymi wynosi 56% [cyt, za 46].

Wiśniewski i Krupka-Matuszczyk [73] badali objawy lękowe w populacji 102 studentów VI roku Śląskiej Akademii Medycznej i okazało się, że wysoki poziom lęku

zaobserwowano u 29% badanych, ale nie wykazano statystycznie istotnych różnic między ankietowanymi płci żeńskiej i męskiej. Brytyjskie badania objawów depresyjnych i lękowych w grupie 3000 studentów potwierdziły znaczący poziom depresji u 12% mężczyzn i 15% kobiet. Z kolei 17% mężczyzn oraz 25% kobiet miało wyniki sugerujące istotny poziom lęku [74].

Podobne wyniki uzyskali Andrews i wsp. [75], w tym dla depresji: 16% mężczyzn, 17% kobiet, a dla lęku 25% mężczyzn i 42% kobiet).

Badania Marka i wsp. [46] w grupie 206 studentów Akademii Medycznej w Gdańsku (106 studentów I roku i 100 studentów IV roku), wykazały że średnie wartości punktacji w skali HADS dla lęku wynosiły 7,7 (\pm 4,3) na I i 6,5 (\pm 4,0) na IV roku; dla depresji odpowiednio 3,9 (\pm 3,7) i 3,75 (\pm 3,3). Wyniki powyżej siedmiu punktów dla lęku uzyskało 41,3% studentów, a dla depresji — 15,5% studentów.

Badania przeprowadzone za pomocą kwestionariusza (GAD-7) przez Kang i wsp. [54] w grupie 994 osób, w tym 881 personelu pielęgniarskiego i 183 personelu lekarskiego wykazały, że 36% personelu medycznego wykazywało objawy podprogowego zaburzenia psychicznego pod postacią zaburzeń lękowych (średnia GAD-7 1,5), u 34,4% respondentów zaobserwowano objawy łagodnych zaburzeń, zaś u 22,4% zaburzenia umiarkowane oraz u 6,2% ciężkie zaburzenia lękowe. W obecnym badaniu u 26% respondentów stwierdzono występowanie minimalnych, bądź brak objawów zaburzeń lękowych, u 37% osób – łagodne objawy lękowe, u 26% - umiarkowane oraz u 11% wykazujących ciężkie zaburzenia lękowe.

Pamiętać należy, że stres jest nieodzownym elementem ludzkiego życia, szczególnie w okresie trwania studiów. W związku z tym radzenie sobie ze stresem jest to „ciągłe zmieniający się wysiłek poznawczy i behawioralny skierowany na specyficzne wymagania zewnętrzne i/lub wewnętrzne, które oceniane są jako obciążające lub przekraczające możliwości człowieka”. Endler i Parker uważają, że radzenie sobie ze stresem to aktywność świadoma, a preferowany styl jest charakterystycznym i typowym sposobem zachowania jednostki w różnych sytuacjach stresowych [76]. Wyróżnia się trzy style radzenia sobie ze stresem [30]. Styl skoncentrowany na zadaniu dotyczy osób aktywnie rozwiązują sytuację stresową, koncentrujących się na planowaniu i poszukiwaniu rozwiązania zadania, jakim jest sytuacja stresowa. Styl skoncentrowany na emocjach (SSE) dotyczy osób wykazujących tendencje do skupiania się na przeżywaniu emocji związanych ze stresem, np. złości, żalu, poczucia winy czy napięcia, a wszelkie podjęte działania mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego występującego podczas sytuacji stresogennej. Z kolei styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) dotyczy osób, które uciekają od myślenia o stresie, przeżywania i

doświadczania sytuacji stresu, aby angażować się w czynności z poszukiwania kontaktów towarzyskich lub poszukiwania kontaktów towarzyskich [30]

W badaniu Szczyrba-Marón [77] wzięło udział 72 studentów I roku pielęgniarstwa. Najczęściej stosowanym sposobem radzenia sobie z sytuacjami stresującymi było myślenie życzeniowe, następnie obwinianie się, walka oraz pozytywne przewartościowanie i planowane rozwiązywanie problemu. Najrzadziej stosowanym sposobem była samokontrola [78].

W badaniu Marka i wsp. [46] najczęstszymi strategiami radzenia studentów z gorszym nastrojem były: towarzystwo przyjaciół (48,5%), uprawianie sportu (28,6%) i oparcie w rodzinie (26,7%).

Makiewicz i Humeniuk [79] u swoich respondentów studentów uzyskali wyniki mieszczące się w granicach wyników przeciętnych w zakresie poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem. Najwyższy wynik osiągnęli w stylu skoncentrowanym na emocjach, jednakże analiza wariancji w schemacie wewnątrzgrupowym wykazała nieistotny statystycznie efekt główny czynnika wewnątrzgrupowego: $F(2,140) = 2,03$; $p = 0,135$, co oznacza, że ankietowani w podobnym stopniu preferują poszczególne style radzenia sobie ze stresem [79].

Żuralska i wsp. [80] badaniami objęli 220 studentek, w tym 114 studentek pielęgniarstwa i 106 studentek położnictwa. Analiza badań wykazała, iż studentki pielęgniarstwa częściej niż studentki położnictwa preferowały styl skoncentrowany na zadaniu i poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. W obu grupach badanych stwierdzono wiele istotnych statystycznie zależności pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem a osobowością [80].

W grupie ankietowanych studentów przez Borek i wsp. [81] - 52,6% charakteryzowało się stylem zadaniowym, 32% stylem unikowym, a styl emocjonalny występował u 14,6% badanych, w równym stopniu u kobiet i u mężczyzn. U 0,8% respondentów żaden z wymienionych stylów nie był stylem dominującym. Poziom poczucia własnej skuteczności w całej badanej grupie kształtował się na wysokim poziomie i wynosił średnio 31,04 [81]. W obecnym badaniu dominował styl skoncentrowany na zadaniu, zaś najmniej obserwowanym stylem radzenia sobie ze stresem był styl skoncentrowany na unikaniu.

W tym miejscu warto zaznaczyć, że wysokie wskaźniki zaburzeń zdrowia psychicznego i niskie wykorzystanie leczenia stanowią poważny problem wśród studentów we wszystkich typach szkół wyższych [82]. Szacuje się, że ok 5% studentów cierpiących na

depresję lub zaburzenia lękowe wzbrania się przed pójściem na terapię [83]. Powody powyższego są różne: przekonanie o tym, że ich problem nie jest wystarczająco istotny, brak pieniędzy lub czasu na terapię [83].

W badaniu Marka i wsp. [36] w wypadku zauważenia objawów depresji z żadnej pomocy specjalistycznej nie skorzystałoby 37% respondentów, natomiast do psychiatry udałoby się 12,3% studentów I i 23% studentów IV roku.

Mimo że studenci medycyny w trakcie studiów uzyskują informacje na temat zaburzeń psychicznych i ich leczenia, często nie traktują depresji jako choroby wymagającej terapii [84]. Podkreślenia wymaga fakt, że 30% studentów medycyny może chorować na depresję [85]. Większość z nich, za Nguyen [86] nie korzysta z pomocy lekarskiej w związku z postrzeganiem depresji jako stygmatyzującej, a to w konsekwencji prowadzi do autostygmatyzacji, utrudnienia wczesnej diagnozy i podjęcia leczenia. Stwierdzono także [87], że ponad połowa studentów z objawami depresji ma obawy, że ujawnienie ich choroby może być ryzykowne. W tej grupie ponad 60% studentów uważało, że poszukiwanie pomocy oznaczałoby, że własne umiejętności radzenia sobie są niewystarczające. Wyniki te sugerują, że studenci z depresją czują się naznaczeni przez kolegów i nauczycieli akademickich, a ta stygmatyzacja/autostygmatyzacja związana z depresją i korzystaniem z psychiatrycznej opieki medycznej może stanowić przeszkodę w poszukiwaniach leczenia [88,89]. W grupie 194 studentów Uniwersytetu Medycznego w Kalifornii Givens i Tjia [89] u 24% uczestników stwierdzono objawy depresji. Tylko 22% z nich korzystało z ambulatoryjnej opieki psychiatry. Najczęściej podawane przeszkody w szukaniu pomocy to: brak czasu (48%), brak poufności (37%), stygmatyzacja związana z leczeniem zaburzeń psychicznych (30%), cena (28%), a także obawa przed niechcianą interwencją (26%) [89].

Również badania Ziemnskiej i Marcinkowskiego [90] wśród polskich studentów wykazały, że aż 21,7% studentów korzystało z pomocy psychologa bądź psychiatry, natomiast dalsze 36,5% deklarowało chęć uzyskania opieki psychologa.

W obecnym badaniu większość respondentów (66%) nie korzystało z możliwości wizyt u psychologa w Uczelni. Jednocześnie okazało się, że jedynie 4% badanych gdyby wiedziało o możliwości porady psychologicznej na terenie Uczelni, to by z niej skorzystało.

Nie można zapominać, że konsekwencje depresji powodują utratę jakości życia, mogą wiązać się ze zwiększonym prawdopodobieństwem wczesnego zgonu, a z pewnością niepełnosprawności i są obecnie na piątym miejscu wśród przyczyn odpowiedzialnych za nią [91]. Depresja ma bardzo negatywny wpływ na motywację, która jest bardzo ważna na studiach. Osoby chore na depresję mają mniejszą ochotę do nauki, gorzej im się skupiać i

koncentrować oraz nie widzą sensu w przygotowaniu do egzaminów. Nie mają siły do zawierania bliższych relacji z innymi studentami. Mogą mieć także trudności z zarządzaniem finansami i w konsekwencji braku pieniędzy lub zadłużenia. Niestety niektórzy mogą sięgać po używki (alkohol lub narkotyki), co może doprowadzić do dodatkowych problemów zdrowotnych i emocjonalnych.

W związku z tym zjawisko depresji wśród studentów jest problemem bardzo niepokojącym, dlatego zdaniem Jaworskiej i wsp. [92] bardzo ważne jest, aby w trakcie studiowania wprowadzić działania o charakterze prewencyjnym oraz interwencyjnym, zwłaszcza na kierunkach, gdzie kształcą się studenci, którzy ze względu na swój wyuczony zawód mają nieść pomoc innym. Także Shamsuddini i wsp. [93] podkreślają potrzebę zwrócenia uwagi ze strony pracowników uczelni wyższych na konieczność opracowania odpowiedniego wsparcia dla studentów. Istotne wydaje się wdrożenie odpowiednich programów dla badań przesiewowych i interwencyjnych, w celu zapobiegania problemom zdrowia psychicznego wśród studentów na uniwersytetach.

Bardzo ważne jest, aby student w sytuacji, kiedy wystąpią u niego trwające kilka tygodni objawy przygnębienia (mogące wskazywać na depresję), znalazł odpowiednią pomoc u specjalisty. Zaburzenia depresyjne mają bowiem przebieg nawracający, mogą przybierać formę przewlekłą i powodować trwałe zmiany w osobowości [94].

Ważne jest rozważenie podjęcia działań mających na celu zmniejszenie wysokiej częstości występowania depresji wśród studentów w Polsce, takich jak np. wprowadzenie rutynowych badań przesiewowych w kierunku depresji i tworzenie zasobów umożliwiających studentom uzyskanie pomocy. Nabiera znaczenia także tworzenie uczelnianych programów promocji zdrowia psychicznego oraz sieci wsparcia i pomocy emocjonalnej dla studentów

Autorzy prac na temat depresji i autostygmatyzacji [95,96,97,98] zgodnie stwierdzają, że należy stworzyć takie warunki edukacji medycznej, w których depresja wśród studentów medycyny jest traktowana jak każdy inny problem medyczny, wymagający zdiagnozowania, leczenia i zapobiegania. Należy również sprawić, żeby studenci korzystający z terapii czuli się komfortowo i bezpiecznie.

WNIOSKI

Na podstawie uzyskanych wyników wyciągnięto poniższe wnioski:

1. Studenci kierunków medycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku przejawiają objawy depresji
2. Studenci kierunków medycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku preferują najczęściej zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem, a najrzadziej unikający
3. U studentów kierunków medycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wykazano obecność łagodnych, umiarkowanych oraz ciężkich objawów lękowych
4. Większość studentów miała świadomość o możliwości skorzystania z wizyt u psychologa pracującego na terenie UMB, ale z nich nie korzystała.

POSTULATY

Postawiono także postulaty

1. Istotne wydaje się dostrzeżenie przez Władze UMB problemu depresji wśród studentów.
2. Celowe wydaje się tworzenie uczelnianych programów promocji zdrowia psychicznego oraz sieci wsparcia i pomocy emocjonalnej dla studentów.
3. Ważne jest stworzenie na UMB warunków do edukacji medycznej odnośnie depresji.

PIŚMIENNICTWO

1. Langford R., Bonell C., Jones H., Pouliou T., Murphy S., Waters E., Komro K., Gibbs L., Magnus D., Campbell. R.: The world Health Organisation's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2015, 15, 130, 1-15.
2. Monge M.A. *Etyka w medycynie*, Wyd. Medi Page, Warszawa, 2012. Pobrano 20.02.2024
3. Kowalski M, Gawęł A. *Zdrowie, wartość, edukacja*. Kraków:1. Impuls; 2007 Pobrano 20.02.2024
4. Czarnecka M, Cierpiałkowska L. Naukowe a subiektywne koncepcje zdrowia i choroby wśród studentów i ich determinanty. *Now Lek.* 2007; 76 (2): 161–165.
5. Domaradzki J. O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie. *Hygeia Public Health.* 2013; 48 (4): 408–419.
6. Majchrowska A. Społeczne definiowanie i wartościowanie zdrowia – wskazaniem dla pracy pielęgniarskiej. *Probl Pielęg.* 2001; 1 (2): 15–19.
7. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: PTP; 2001.
8. Jon-Borys M.: *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2002.
9. Bishop G.D.: *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000. Strona internetowa WHO. World Health Organisation. Depression. link. Pobrano 08.12.2023
10. Bielski T., Markowski W.: *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*. Wydawnictwo Pallotinum, Poznań-Warszawa 1980.
11. Pitucha M, Samek A.: *Depresja, jej poziom i obraz. Ilustracja w oparciu o badanie testem MMPI*. Kraków, 1996.
12. Pużyński S.: *Depresje i zaburzenia afektywne*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.
13. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.*, wyd. 5th ed, Arlington, VA: American Psychiatric Association, pages 155-188; 2013, ISBN 978-0-89042-554-1, OCLC 830807378.
14. Trickett S.: *Lęk i depresja*. Wyd. Jedność, Kielce, 1996.

15. Krawczyk P., Święcicki Ł., ICD-11 vs. ICD-10 – a review of updates and novelties introduced in the latest version of the WHO International Classification of Diseases, *Psychiatria Polska*, 2020; 54 (1): 7–20.
16. Tomaszewski T. *Wstęp do psychologii*. Wydawnictwo PWN, Warszawa, 1963.
17. Tomaszewski T. *Aktywność człowieka* [w:] Maruszewski M., Reykowski J., Tomaszewski T. (red.). *Psychologia jako nauka o człowieku*. Książka i Wiedza, Warszawa, 1966: 197–252.
18. Janis I.L. *Psychological stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients*. Wiley, New York, 1958.
19. Grygorczuk A. *Pojęcie stresu w medycynie i psychologii*. *Via Medica Psychiatria* 2008. <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/viewFile/29147/23912>. Data pobrania 10.02.2024
20. Łodzińska, J. *Stres zawodowy narastającym zjawiskiem w miejscu pracy*. *Białostockie Studia Prawnicze*, 2023; 13: 159-174.
21. *Narodowy Fundusz o Zdrowiu. Depresja*. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia. Warszawa 2020. <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja>, data pobrania: 02.02.2024.
22. OECD/European Union (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, strony 19-40, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en. data pobrania: 02.02.2024
23. Mathers C., Loncar D. *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. *PLoS Med* 2006; 3(11): e442.
24. Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J.M., Fernández, A., Pinto-Meza, A., Alonso, J., 2010. *Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD–Spain project*. *Journal of affective disorders* 120, 76–85
25. Alonso J., Angermeyer MC, Bernert S., Bruffaerts R., Brugha TS, Bryson H., De Girolamo G., Graaf R. et al. : *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*, *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2004; (420): 21-27.
26. Wittchen H U, F Jacobi, J Rehm, A Gustavsson, M Svensson, B Jönsson, J Olesen, C Allgulander, J Alonso, C Faravelli, L Fratiglioni, P Jennum, R Lieb, A Maercker, J van Os, M Preisig, L Salvador-Carulla, R Simon, H-C Steinhausen: *The size and burden of*

- mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010, *Eur Neuropsychopharmacol*, 2011; 21(9): 655-679.
27. <https://twarzedepresji.pl/wp-content/uploads/2018/09/Depresja-na-%C5%9Bwiecie-WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> , data pobrania 20.02.2024.
28. Stan zdrowia ludności Polski w 2019, Źródło danych GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,26,1.html>, data pobrania 20.02.2024.
29. https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa_raport_2020.pdf/6ba50f53-bbab-dc1c-f4bf-f874fdb2561, data pobrania 20.02.2024.
30. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1961, 4: 53-56.
31. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*, 1995, 33(3): 335-343.
32. Norton PJ. Depression Anxiety and Stress Scales (DASS): Psychometric analysis across for racial groups. *Anxiety Stress Coping*, 2007, 20(3): 253-265.
33. Makara-Studzińska M., Załuski M., Adamczyk K., Tyburski E. Polska wersja Skali Depresji Lęku i Stresu (DASS-42) – adaptacja i normalizacja. *Psychiatria Polska*, 2024, 1, 63-78.
34. Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS: Podręcznik do polskiej normalizacji. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2005.
35. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa, 2009.
36. Fujishiro K., Lividoti-Hibert E., Schernhammer E., RichEdward J.W.: Shift work, job strain and changes in the body mass index among women: A prospective study. *Occup. Environ. Med.* 2017; 74: 410–416.
37. Omega-Net [Internet]. Omega-Net. European Project. Fostering Safe and Healthy Work Environments Network on the Coordination and Harmonisation of European Occupational Cohorts, 2019, <http://omeganetcohorts.eu/>, data pobrania 20.02.2024.
38. LaMontagne A.D., Milner A., Krjancki L., Schlichthorst M., Kavanagh A., Page K., i wsp.: Psychosocial job quality, mental health, and subjective wellbeing: A cross-

- sectional analysis of the baseline wave of Australian Longitudinal Study on Male Health. *BMC Public Health* 2016; 16: 1049.
39. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad. Med.* 2006; 81(4): 354–373.
 40. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *J. Psychiatr. Res.* 2013; 47(3): 391–400.
 41. Gonzalez O, Berry J, Mcknighty-Eliy I, Strine T, Edwards V, Lu H. et al. Current depression among adults - United States, 2006 and 2008. *MMWR*, 2010; 59: 1229
 42. Ziemska B, Marcinkowski JT. Badania nad stresem psychologicznym związanym ze studiami medycznymi. *Now. Lek.* 2008; 77(2): 120–125.
 43. Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, Barrett SV, Ma Y, Hebert JR. A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Acad. Med.* 1997; 72(6): 542–546
 44. Mojs EH, Warchoń-Biedermann K, Głowacka MD, Strzelecki W, Ziemska B, Samborski W. Are students prone to depression and suicidal thoughts? *Arch. Med. Sci.* 2015; 11(3): 605–611.
 45. Marek K., Białoń P., Wichowicz H. i wsp.: Przesiewowa ocena rozpowszechnienia objawów depresyjnych i lękowych wśród studentów Akademii Medycznej w Gdańsku. *Psychiatria* 2005; 2: 217-224.
 46. Adamiak G., świętnicka e., Wołodźko-Makarska L., Świtalska3. M.J.: Ocena jakości życia studentów medycyny w zależności od liczby i nasilenia stwierdzonych objawów depresyjnych. *Psychiatr. Pol.* 2004; 38: 631-638.
 47. Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Acad. Med.* 2002; 77(9): 918–921.
 48. Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. 'I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Med. Educ.* 2003; 37(10): 873–880.
 49. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA*, 2010; 304(11): 1181–1190.
 50. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R. et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav. Immun.* 2020; 87: 11-17.

51. Ibrahim A.K., Kelly S.J., Adams C.E., Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *J. Psychiatr. Res.* 2013; 47(3): 391-400.
52. Dembińska E. 2010. Epizody ryzykownych zachowań u studentów- wskazówki praktyczne. www.konstelacjalwa.pl, data pobrania 06.05.2024.
53. <https://mindmatch.pl/porady/studia-depresja-na-studiach-objawy-przyczyny-skutki-leczenie>, data pobrania 06.05.2024.
54. Stallman H. Psychological Distress in University Students: A Comparison with General Population Data. *Australian Psychologist.* 2010, 45(4), 249-257.
55. Tjia J, Givens JL, Shea JA. Factors associated with undertreatment of medical student depression. *J. Am. Coll. Health* 2005; 53(5): 219–224.
56. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad. Med.* 2006; 81(4): 354–373.
57. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K. et al. Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Acad. Med.* 2009; 84(2): 236–241.
58. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med. Educ.* 2005; 39(6): 594–604
59. Rosenthal JM, Okie S. White coat, mood indigo – depression in medical school. *N. Engl. J. Med.* 2005; 353(11): 1085–1088.
60. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *J. Psychiatr. Res.* 2013; 47(3): 391–400
61. <https://mindmatch.pl/porady/studia-depresja-na-studiach-objawy-przyczyny-skutki-leczenie>, data pobrania 24.05.2024
62. Marek K., Białoń P., Wichowicz H., Melloch H., Nitka- Sieminska A. Przesiewowa ocena rozpowszechniania objawów depresyjnych i lękowych wśród studentów Akademii Medycznej w Gdańsku, 2005; 4(2), 217-224
63. Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, Barrett SV, Ma Y, Hebert JR. A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Acad. Med.* 1997; 72(6): 542–546
64. Mojs EH, Warchoń-Biedermann K, Głowacka MD, Strzelecki W, Ziemska B, Samborski W. Are students prone to depression and suicidal thoughts? *Arch. Med. Sci.* 2015; 11(3): 605–611.

65. Drożak P., Duda P., Bryliński Ł., Augustowska K., Drożak M., Bura A. Rudnicka-Drożak E. Depression among Polish medical students and its lifestyle-linked predictors. *J. Educ. Health Sport.* 2012; 11(7): 156–166.
66. Karmolińska-Jagodzik E. Zaburzenia depresyjne wśród studentek i studentów w Polsce, *Studia edukacyjne*, 2019; 55: 139- 162
67. Diener, R. E, Lucas, S, Oishi, Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia [w:] *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka.* J. Czapieński (red.), PWN Warszawa, 2004: 35-50
68. Batterham P. J., Christensen H., Cascarino A. L. Anxiety symptoms as precursors of major depression and suicidal ideation. *Depression and Anxiety.* 2013; 30: 908–916.
69. Price R. B., Rosen D., Siegle G. J., Ladouceur C. D., Tang K., Allen K. B., Ryan N. D., Dahl R. E., Forbes E. E., Silk J. S. From anxious youth to depressed adolescents: Prospective prediction of 2-year depression symptoms via attentional bias measures. *J Abnorm Psychol.* 2016; 125, 267–278.
70. Frewen P. A., Schmittmann V. D., Bringmann L. F., Borsboom D. Perceived causal relations between anxiety, posttraumatic stress and depression: extension to moderation, mediation, and network analysis. 2013, *Eur J Psychotraumatol.* 2013; 4:10.3402/ejpt.v4i0.20656
71. Leder S. Nerwice. [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów.* Bilikiewicz A. (red.). Wyd. PZWL, Warszawa 1998: 281–307.
72. Wiśniewski K., Krupka-Matuszczyk I. Problemy egzystencjalne studentów VI roku medycyny. *Ann. Acad. Med. Siles.* 1995; 30: 263–270.
73. Royal College of Psychiatrists Council Report CR112 (203). The mental health of students in higher education. London: RCP
74. Andrews B., Wilding J.M. The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *Br. J. Psychol.* 2004; 95: 509–520.
75. Wzorek A. Porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice. *Studia Medyczne* 2008; 11: 33–37.
76. Szczyrba -Maroń B. Strategie radzenia sobie ze stresem w grupie studentów pielęgniarstwa z uwzględnieniem korzystania ze środków psychoaktywnych, *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18 (4): 455–460.
77. Szczyrba -Maroń B. Strategie radzenia sobie ze stresem w grupie studentów pielęgniarstwa z uwzględnieniem korzystania ze środków psychoaktywnych, *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18 (4): 455–460.

78. Markiewicz R., Humeniuk E. Styl radzenia sobie ze stresem wśród studentów kierunków Medycznych, neuropsychiatria. *Przegląd Kliniczny*, 2014; 1(6): 42-47.
79. Żuralska R., Majkowitz M., Gaworska-Krzemińska A. Psychologiczna ocena stylów radzenia sobie ze stresem a cechy osobowości studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, *Problemy Pielęgniarstwa* 2012; 20 (2): 240–246.
80. Borek I., Drzastwa W.J., Matuszewska-Zbrońska H., Oleksiak A., Bujak-Rossenbeiger E. Mizgała E., Lewanowski D., Karpe K. Style radzenia sobie ze stresem i poziom poczucia własnej skuteczności u studentów VI roku medycyny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, *Ann. Acad. Med. Siles.* (online) 2016; 70: 229–235.
81. Ketchen Lipson S., Gaddis S. M., Heinze J., Beck K., Eisenberg D. Variations in Student Mental Health and Treatment Utilization Across US Colleges and Universities. *J Am Coll Health*. 2015; 63(6): 388-396.
82. <https://mindmatch.pl/porady/studia-depresja-na-studiach-objawy-przyczyny-skutki-leczenie>, data pobrania 24.05.2024
83. Rosenthal JM, Okie S. White coat, mood indigo – depression in medical school. *N. Engl. J. Med.* 2005; 353(11): 1085–1088.
84. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *J. Psychiatr. Res.* 2013; 47(3): 391–400.
85. Nguyen M. Why medical school is depressing and what we should be doing about it. *AMSJ* 2011; 2(1): 65–68.
86. Tjia J, Givens JL, Shea JA. Factors associated with undertreatment of medical student depression. *J. Am. Coll. Health* 2005; 53(5): 219–224.
87. Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. ‘I wouldn’t want it on my CV or their records’: medical students’ experiences of help-seeking for mental health problems. *Med. Educ.* 2003; 37(10): 873–880.
88. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA* 2010; 304(11): 1181–1190.
89. Givens J.I., Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use *Acad Med.* 2002; 77(9): 918-921.
90. Ziemska B, Marcinkowski JT. Badania nad stresem psychologicznym związanym ze studiami medycznymi. *Now. Lek.* 2008; 77(2): 120–125.
91. Vos T., Abajobir A. A., Abate K. H., Abbafati C., Abbas K. M., Abd-Allah F., Et Al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for

- 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. 2017, *Lancet*. 390; (10100), 1211–1259.
92. Jaworska L., Morawska N., MorGa P., Szczepańska- Gieracha J. Analiza częstości występowania objawów depresyjnych wśród studentów Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. *Fizjoterapia*. 2014, 22(3); 10-22.
93. Shamsuddin K., Fadzil F., Ismail W. S., Shah S. A., Omar K., Muham Mad N. A., Jaffar A., Ismail A., Ma- Hadevan R. Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. 2013, *Asian J Psychiatr*. 2013; 6(4), 318-323.
94. Całka M., Pawlica P.J. Depresja wśród studentów - występowanie i szkodliwość dla zdrowia, *Nauki przyrodnicze*, 2019; 3(25): 3-12.
95. Chavis S. Depression stigma higher in medical students. <http://psychcentral.com/news/2010/09/21/depression-stigma-higher-in-medical-students/18468.html>; data pobrania 21.05.2024.
96. Grant A, Mattick K, Jones D, Winter P. Identifying good practice among medical schools in the support of students with mental health concerns. <http://www.gmc-uk.org/about/research/25018>;
97. General Medical Council and Medical Schools Council. Supporting medical students with mental health conditions. <http://www.gmc-uk.org/education/undergraduate/23289.asp>; data pobrania 06.06.2024 .
98. Sayburn A. Why medical students' mental health is a taboo subject. Why stigma and misconceptions persist. *Student BMJ* 2015; 23: h722.



ISBN – 978-83-971735-4-5