

Katarzyna Marek¹, Piotr Białoń¹, Hubert Wichowicz², Hanna Melloch¹,
Anna Nitka-Siemińska²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Akademii
Medycznej w Gdańsku

²Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Akademii Medycznej w Gdańsku

Przesiewowa ocena rozpowszechnienia objawów depresyjnych i lękowych wśród studentów Akademii Medycznej w Gdańsku

Screening trial for frequency of depressive and anxiety symptoms among students of Medical University of Gdańsk

Abstract

Background. The aim of this paper is to present frequency of depressive and anxiety symptoms among students of 1st and 4th year of Medical University of Gdańsk. We examined relation between those symptoms, family support and strain connected with studying. We also observed strategies students develop to cope with decreased mood. Finally we established students' attitude towards mental health services.

Material and methods. We examined 206 students of Medical University in Gdańsk (106 in 1st year and 100 in 4th year) using HADS scale adapted by M. Majkowicz, K. De Walden-Galuszko, G. Chojnacka-Szawlowska and our own questionnaire.

Results. Average HADS results for anxiety were 7.7 (\pm 4.3) on 1st and 6.5 (\pm 4.0) on 4th year; the same value for depression were respectively 3.9 (\pm 3.7) and 3.75 (\pm 3.3). 41.3% of students scored above 7 in anxiety, and 15.5% exceeded those score for depression. The most popular strategies students chose to deal with decreased mood were: social leisure activities (48.5%), sport (28.6%) and family support (26.7%). Thirty-seven percent of students would do nothing to solve their problems with depressed mood while 12.3% of 1st year students and 23% of 4th year students would seek psychiatrist's advice.

Conclusions. 1. Medical students have high anxiety level. Symptoms of anxiety are more frequent among 1st than 4th year students. Depressive complains are less common. 2. Anxiety and depressive symptoms are accompanied by loneliness and excessive strain related to studying. 3. Students prefer "positive" social leisure activities at the time of lowered mood. 4. Majority of students depreciate psychiatrist treatment in depression.

key words: medical students, depressive symptoms, anxiety, HADS

Wstęp

Zaburzenia depresyjne i lękowe uznaje się za jedne z największych problemów zdrowotnych społeczeństw w skali ogólnoswiatowej. Badania przeprowadzone w ostatnim dziesięcioleciu w dużych, reprezentatywnych

populacjach zgodnie wskazują, że rozpowszechnienie tych zaburzeń jest duże. Roczna chorobowość z powodu depresji w populacji osób dorosłych oscyluje w przedziale 6–12% [1]. Natomiast udział zaburzeń lękowych w populacji ogólnej szacuje się w zakresie 0,28–53,3% [2].

Często stwierdza się współchorobowość depresji i zaburzeń lękowych. Po przebytych epizodach depresji prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzeń lękowych jest wysokie (47% w badaniu ECA, 1998; 58%

Adres do korespondencji: Katarzyna Marek
Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych
Akademii Medycznej
ul. Dębinki 7, paw. 25, 80–952 Gdańsk
e-mail: katarzyna.marek@gmail.com

w badaniu NCS [*National Comorbidity Study*], 1996). Mimo że lęk bez depresji występuje częściej niż depresja bez lęku, także rozpowszechnienie depresji w grupie chorych z zaburzeniami lękowymi jest znaczne i według metaanalizy Clarka (1989) wynosi 56% [3]. Rozgraniczenie między stanami depresyjnymi a lękowymi może być trudne, zwłaszcza w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej.

Dotychczas większość badań epidemiologicznych wykonano w Stanach Zjednoczonych. W badaniu NCS oszacowano, że roczny wskaźnik rozpowszechnienia depresji wynosi 9,8% dla mężczyzn i 15,9% dla kobiet, natomiast zaburzeń lękowych odpowiednio 11,8% dla mężczyzn i 22,6% dla kobiet [4]. Zbliżone dane o rozpowszechnieniu zaburzeń nastroju przyniosło przeprowadzone przed 2002 rokiem europejskie badanie DEPRES, w którym oceniono 6-miesięczną zapadalność na depresję na około 17%, wyraźnie większą u kobiet (22,4%) niż u mężczyzn (13,9%) [5]. Z kolei wielośrodkowe badanie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), dotyczące epidemiologii zaburzeń psychicznych w podstawowej opiece zdrowotnej, określa rozpowszechnienie depresji na 10,4%, a zaburzeń lękowych na 10,5% [6]. W warunkach polskich Kiejna i wsp. w 1996 roku na podstawie wywiadów przeprowadzonych z ponad 47 tysiącami osób w wieku powyżej 15 lat określili odsetek osób, u których lekarze rozpoznali „nerwice”, na 14,9% kobiet i 7,1% mężczyzn [7]. Badania Aleksandrowicza prowadzone na przełomie lat 80. i 90. za pomocą kwestionariusza objawowego „S” wskazywały na istnienie „zaburzeń nerwicowych” u około 23% populacji [8].

Przyjmując 5-procentowy wskaźnik rozpowszechnienia depresji, szacunkowa liczba osób dorosłych dotkniętych zaburzeniami depresyjnymi w Polsce wynosi 1,2–1,5 mln [9].

W ostatnich latach niewątpliwie wzrasta liczba zgłoszeń studentów do poradni zdrowia psychicznego [10, 11]. Jednak przy braku zakrojonych na szeroką skalę analiz ogólnopolskich, zwłaszcza tych dotyczących epidemiologii depresji, trudno oczekiwać, by populacja studentów doczekała się systematycznego opracowania w tym zakresie. Dotychczasowe dane są fragmentaryczne i trudne do porównania ze względu na różne narzędzia diagnostyczne i dowolne kryteria doboru badanych populacji. Próby oszacowania tego problemu podjęto w Katowicach, Łodzi i Lublinie. W Polsce dotychczas nie przeprowadzono badań obejmujących łącznie zaburzenia depresyjne i lękowe wśród studentów. Doniesienia na ten temat znane są jedynie z Europy Zachodniej [11, 12].

Do oceny występowania zaburzeń depresyjnych wśród polskich studentów dotychczas stosowano Inwentarz Depresji Becka [13, 14]. W badaniach przeprowadzonych wśród 92 studentów Śląskiej Akademii Medycznej oceniono rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych na 33,3% u kobiet i 13,2% u mężczyzn (ogółem 25%). Dodatkowo wykazano, że na zwiększone występowanie tych zaburzeń mają wpływ traumatyzujące doświadczenia z okresu dzieciństwa, przede wszystkim wymagający i nadopiekuńczy rodzice [13]. W badaniu łódzkim podjęto się oceny zaburzeń depresyjnych z uwzględnieniem zmian zachodzących w trakcie studiów. Objawy depresji stwierdzono u 29% studentów II roku i 14% studentów VI roku Łódzkiej Akademii Medycznej. Podobną częstość objawów zaobserwowano wśród studentów innych łódzkich uczelni [14].

Objawy lękowe w populacji studentów badano, stosując „Kwestionariusz Samooceny Spielberga” [15, 16]. Przebadano 102 studentów VI roku Śląskiej Akademii Medycznej, określając nasilenie lęku jako cechy w powiązaniu ze zgłaszanymi przez respondentów problemami egzystencjalnymi. W analizie tej wysoki poziom lęku zaobserwowano u 29% badanych, przy czym nie wykazano statystycznie istotnych różnic między ankietowanymi płci żeńskiej i męskiej [16]. W badaniu przeprowadzonym w Lublinie wykorzystano kwestionariusz Spielberga oraz kwestionariusz objawowy „O” według Aleksandrowicza. Ze 180 ankietowanych osób wyodrębniono grupę 72 studentów (35 studentów I roku i 37 studentów VI roku). Wykazano, że wśród studentów pierwszego roku nasilenie zaburzeń nerwicowych było wyższe, nie było natomiast różnicy w poziomie lęku zarówno jako stanu, jak i cechy [15].

Łączną analizę objawów depresyjnych i lękowych przy użyciu kwestionariusza Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*) przeprowadzono na brytyjskich uczelniach. W badaniu obejmującym 3000 studentów znaczący poziom depresji zaobserwowano u 12% mężczyzn i 15% kobiet [12]. Z kolei 17% mężczyzn oraz 25% kobiet miało wyniki sugerujące istotny poziom lęku. Zbliżone wyniki uzyskano w analizie przeprowadzonej przez Andrews i wsp. [11] (odpowiednio dla depresji: 16% mężczyzn, 17% kobiet, a dla lęku 25% mężczyzn i 42% kobiet). To ostatnie badanie podkreśla związek zaburzeń depresyjnych i lękowych (oraz negatywnych doświadczeń życiowych) z niższą efektywnością nauki.

Głównym celem pracy było oszacowanie rozpowszechnienia objawów depresyjnych i lękowych wśród studentów Akademii Medycznej w Gdańsku.

Dodatkowo autorzy niniejszej pracy ocenili:

- jak badane objawy zmieniają się w trakcie studiów;
- czy ich natężenie koreluje ze wsparciem rodziny i poczuciem obciążenia studiami;
- jakie strategie respondenci stosują w sytuacji obniżonego nastroju.

Materiał i metody

W kwietniu 2005 roku autorzy niniejszej pracy przebadali za pomocą ankiety grupę 106 z 272 (39%) studentów I roku i 100 z 226 (44%) studentów IV roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku. Badana grupa obejmowała 123 kobiety i 83 mężczyzn. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Projekt uzyskał zgodę Komisji Bioetycznej przy Rektorze Akademii Medycznej w Gdańsku (NKEBN, zgoda nr: 255/2005).

W badaniach autorzy posługiwali się HADS, skalą skonstruowaną przez Zigmonda i Snaitha [17], w wersji polskiej opracowanej przez: M. Majkowicza, K. de Walden-Gałuszko i G. Chojnacką-Szawłowską (wersja 14-pytaniowa, nieuwzględniająca agresji) [18], oraz kwestionariuszem własnym, złożonym z 7 pytań (Aneks 1). Uwzględniono w nim sytuację mieszkaniową i materialną badanych, relacje rodzinne, stres związany z nauką, zadowolenie z wyboru studiów i próby radzenia sobie z gorszym nastrojem. Zamieszczono także pytanie o stosunek do specjalistycznej pomocy medycznej. Należy pamiętać o screeningowym charakterze skali HADS. Wprowadzono ją jako metodę przesiewową identyfikacji zaburzeń lękowych i depresyjnych w populacji pacjentów oddziałów niepsychiatrycznych. W prezentowanej pracy zastosowano ją niezgodnie z pierwotnym zamierzeniem autorów, jednak w Europie Zachodniej często wykorzystuje się tę skalę do badania populacji ogólnej. Jest ona dość dobrym narzędziem do badań przesiewowych, prostym i łatwym, zarówno do wykonania, jak i do późniejszej oceny. Poza tym umożliwia łączną ocenę skarg depresyjnych i lękowych. Dlatego wybrano tę metodę oceny. Zgod-

nie z założeniami autorów, wynik dodatni skali wymaga późniejszej weryfikacji za pomocą pełnego badania psychiatrycznego, co niestety wykluczała założona anonimowość badania. Dlatego też mówi się o „objawach depresyjnych i lękowych”, a nie o pełnych jednostkach chorobowych. Zgodnie z sugestiami autorów skali, do analizy rozpowszechnienia objawów przyjęto następujące progi: 0–7 punktów — brak zaburzeń, 8–10 punktów — stany graniczne, powyżej 10 punktów — stwierdza się zaburzenia. W większości tabel dwie ostatnie grupy połączono w celu wyraźniejszej prezentacji wyników.

Wyniki

Grupa studentów I roku obejmowała 61 kobiet i 45 mężczyzn, średnia wieku tej grupy wynosiła $20,0 \pm 0,9$ roku, natomiast grupa studentów IV roku obejmowała 62 kobiety i 38 mężczyzn, średnia wieku tej grupy wynosiła $23,1 \pm 0,9$ roku. W tabeli 1 przedstawiono średnie wartości punktacji w skalach objawów lękowych i depresyjnych. Warto zwrócić uwagę na fakt wyższego, na granicy znamienności statystycznej, rozpowszechnienia skarg lękowych wśród studentów I roku w porównaniu z grupą starszych studentów. Nasilenie skarg lękowych przedstawiono w tabeli 2. Jest ono wyższe u kobiet niż u mężczyzn i różnica ta pogłębia się wraz ze wzrostem punktacji w skali HADS.

Tabela 1. Średnie wartości w skalach objawów depresyjnych i lękowych całej badanej populacji
Table 1. Mean depression and anxiety levels in the whole population

	Cała populacja	I rok	IV rok
Lęk	$7,1 \pm 4,2$	$7,7 \pm 4,3$	$6,5 \pm 4,0^\dagger$
Depresja	$3,8 \pm 3,5$	$3,9 \pm 3,7$	$3,75 \pm 3,3^*$

Wartości punktacji HADS studentów I roku vs. IV roku, test t dwustronny: *brak różnicy, † różnica na poziomie: $p = 0,037$

Tabela 2. Rozkład skarg lękowych w badanej populacji
Table 2. Distribution of anxiety complaints

Punktacja HADS w skali lęku	I rok		IV rok		Suma n = 206
	Kobiety n = 61	Mężczyźni n = 45	Kobiety n = 62	Mężczyźni n = 38	
0–7	24 (39,3%)	30 (66,7%)	38 (61,3%)	29 (76,3%)	121 (58,7%)
8–10	16 (26,2%)	7 (15,6%)	11 (17,7%)	6 (15,8%)	40 (19,4%)
Powyżej 10	21 (34,4%)	8 (17,8%)	13 (21,0%)	3 (7,9%)	45 (21,8%)

Tabela 3. Rozkład skarg depresyjnych w badanej populacji**Table 3.** Distribution of depressive complaints

Punktacja HADS w skali depresji	I rok		IV rok		Suma n = 206
	Kobiety n = 61	Mężczyźni n = 45	Kobiety n = 62	Mężczyźni n = 38	
0–7	49 (80,3%)	40 (88,9%)	54 (87,1%)	31 (81,6%)	174 (84,5%)
8–10	7 (11,5%)	3 (6,7%)	4 (6,5%)	4 (10,5%)	18 (8,7%)
Powyżej 10	5 (8,2%)	2 (4,4%)	4 (6,5%)	3 (7,9%)	14 (6,8%)

Tabela 4. Wsparcie ze strony rodziny**Table 4.** Family support level among students

Stopień wsparcia ze strony rodziny	Cała populacja (n = 206)	Studenci z wynikiem w skali lęku \geq 8 pkt (n = 85)	Studenci z wynikiem w skali depresji \geq 8 pkt (n = 32)
Znaczny	157 (76,2%)	60 (70,6%)	17 (53,1%)
Umiarkowany	26 (12,6%)	10 (11,8%)	4 (12,5%)
Niewielki	27 (13,1%)	18 (21,2%)	10 (31,3%)

Tabela 5. Poczucie obciążenia studiami**Table 5.** Study-related strain

Na ile studia są dla Ciebie obciążające psychicznie?	Wszyscy studenci (n = 206)	Studenci z wynikiem w skali lęku \geq 8 pkt (n = 85)	Studenci z wynikiem w skali depresji \geq 8 pkt (n = 32)
Bardzo, codzienne zajęcia są stresem	49 (23,8%)	34 (40%)	16 (50%)
Średnio, niektóre przedmioty/zaliczenia	90 (43,7%)	34 (40%)	5 (15,6%)
Denerwuję się tylko w czasie sesji	27 (13,1%)	9 (10,6%)	3 (9,4%)
Studia nie są dla mnie stresujące	29 (14,1%)	7 (8,2%)	7 (21,9%)

Rozpowszechnienie skarg lękowych w populacji studentów I roku również i przy tym sposobie analizy jest wyraźnie wyższe.

Rozkład liczebny skarg depresyjnych przedstawiono w tabeli 3. Z wyjątkiem 1 osoby, wszyscy studenci, którzy w skali depresji uzyskali powyżej 8 punktów, także w skali lęku uzyskali powyżej 8 punktów. Nasilenie skarg depresyjnych w całej badanej populacji i w przypadku poszczególnych roczników było zdecydowanie mniejsze.

Także różnice pomiędzy I i IV rokiem studiów nie są znaczne.

Większość osób zapytanych, czy może liczyć na wsparcie ze strony rodziny, odpowiedziało twierdząco. Odsetek ten jest jednak mniejszy wśród studentów z objawami depresyjnymi, którzy wsparcie to odczuwają w mniejszym stopniu, co przedstawiono w tabeli 4.

Subiektywne poczucie obciążenia studiami przedstawiono w tabeli 5. U osób z objawami depresyjnymi poczucie obciążenia studiami jest największe.

Następnie przedstawiono poglądy, jak radzić sobie z epizodami gorszego nastroju i ewentualnym wystąpieniem depresji. W tabeli dotyczącej strategii radze-

Tabela 6. Odsetek odpowiedzi na pytanie: „Jak radzisz sobie z gorszym nastrojem?”**Table 6.** Answers for question: “How do you cope with lowered mood?”

Strategie radzenia sobie z epizodami „gorszego” nastroju	Wszyscy studenci (n = 206)	Studenci z wynikiem w skali lęku ≥ 8 pkt (n = 85)	Studenci z wynikiem w skali depresji ≥ 8 pkt (n = 32)
Sposoby „pozytywne”			
Towarzystwo przyjaciół	100 (48,5%)	35 (41,2%)	6 (18,8%)
Oparcie w rodzinie	55 (26,7%)	24 (28,2%)	4 (12,5%)
Oparcie w religii	31 (15,0%)	16 (18,8%)	7 (21,9%)
Uprawianie sportu	59 (28,6%)	22 (25,9%)	2 (6,3%)
Słuchanie muzyki	19 (9,2%)	8 (9,4%)	1 (3,1%)
Sposoby „negatywne”			
Użytki, w tym:	32 (15,5%)	18 (21,2%)	14 (43,8%)
alkohol	8 (3,9%)	3 (3,5%)	3 (9,4%)
papierosy	7 (3,4%)	7 (8,2%)	4 (12,5%)
nieokreślone	18 (8,7%)	8 (9,4%)	7 (21,9%)
Samodzielne zażywanie leków	3 (1,5%)	3 (3,5%)	1 (3,1%)
Samotność	68 (33%)	38 (44,7%)	18 (56,3%)
Płacz	6 (2,9%)	4 (4,7%)	1 (3,1%)
Nie radzę sobie ze smutkiem	4 (1,9%)	3 (3,5%)	2 (6,3%)

Tabela 7. Odsetek odpowiedzi na pytanie: „Co zrobiłbyś, gdybyś zauważył u siebie objawy depresji?”**Table 7.** Answers for question: “What would you do if you realised you might be depressed?”

Co zrobiłbyś, gdybyś zauważył u siebie objawy depresji?	Studenci I roku (n = 106)	Studenci IV roku (n = 100)	Studenci z wynikiem w skali lęku ≥ 8 pkt (n = 85)	Studenci z wynikiem w skali depresji ≥ 8 pkt (n = 32)
Poszedłbym do psychiatry	13 (12,3%)	23 (23%)	15 (17,6%)	3 (9,4%)
Poszedłbym do psychologa	38 (35,8%)	27 (27%)	21 (24,7%)	6 (18,8%)
Poszedłbym do lekarza rodzinnego	15 (14,2%)	13 (13%)	8 (9,4%)	0 (0%)
W ogóle nie szukałbym pomocy specjalistycznej	40 (37,7%)	37 (37%)	44 (51,8%)	23 (71,9%)

nia sobie z epizodami gorszego nastroju odpowiedzi z zasady były wielokrotne (tab. 6).

Należy zwrócić uwagę na studentów z dużym nasileniem objawów depresyjnych, wśród których dominują „negatywne” sposoby radzenia sobie z obniżonym nastrojem — prawie połowa z nich w celu poprawy samopoczucia stosuje użytki (tab. 7).

Pytania ankiety własnej, nieprezentowane w tabelach, dotyczyły warunków socjoekonomicznych badanych. Studenci IV roku częściej niż ich młodszy ko-

ledzy mieszkają w domach studenckich. Osoby z domów studenckich w mniejszym stopniu przejawiają objawy depresyjne, natomiast występują u nich objawy lękowe. Z kolei w grupie osób z objawami depresyjnymi najczęściej studentów mieszka razem z rodzicami.

Okazuje się, że pochodzenie studentów (wieś, miasto, duża aglomeracja) nie miało wpływu na wyniki w skali HADS i nie było istotnych różnic w sytuacji finansowej w poszczególnych grupach badanych.

Większość studentów oceniła ją jako dobrą, niezależnie od punktacji uzyskanej w skali HADS.

Dyskusja

Autorzy zbadali studentów I i IV roku Akademii Medycznej jako studentów reprezentujących dwa, nieco odmienne okresy nauki. Studenci I roku stoją przed „wielką niewiadomą”, nowym etapem w ich życiu. W okresie IV roku ich sytuacja jest w pewien sposób ustabilizowana, mają już pewne doświadczenie kliniczne i bardziej realne wyobrażenie o przyszłej pracy. Autorzy niniejszej pracy zdają sobie sprawę, że dokonany przez nich podział jest nieco sztuczny, ponieważ na przykład w okresie drugiej połowy studiów studenci częściej podejmują role małżeńskie i rodzicielskie. Jednak podział ten ujawnił różnice w wynikach testu HADS, głównie w zakresie skarg lękowych.

Średnia wartość punktacji w skali objawów lękowych wśród studentów I roku, wynosząca 7,7 punktu, jest zbliżona do wartości stanów granicznych. Jest dość wysoka i jak wynika z tabeli 2, większość z nich (ok. 60% kobiet i 1/3 mężczyzn, u których stopień nasilenia tych skarg odpowiada poziomowi co najmniej granicznemu) potencjalnie wymagałoby bardziej wnikliwej oceny ich stanu psychicznego. Na IV roku liczba skarg lękowych maleje, przede wszystkim zmniejsza się liczba mężczyzn, którzy w skali lęku przekroczyli 11 punktów. Malejący na wyższym roku studiów odsetek osób z zaburzeniami lękowymi jest sprzeczny z doniesieniem z Lublina [15], zastosowano tam jednak inną metodologię. Odsetek osób z podwyższonymi skargami lękowymi jest prawie dwukrotnie wyższy u kobiet i dotyczy to studentów obydwu lat. Jest to zgodne z piśmiennictwem dotyczącym ogólnego rozpowszechnienia zaburzeń lękowych [3]. Podsumowanie wskazuje, iż 40,2% całej populacji studentów przekracza poziom 8 punktów. Wynik ten wskazuje na dużą potrzebę psychoprofilaktyki i leczenia zaburzeń lękowych w populacji studentów Akademii Medycznej w Gdańsku.

Rozpowszechnienie skarg depresyjnych w porównaniu z lękowymi jest niższe (sumarycznie 15,5% populacji przekroczyło próg 8 pkt, średnia wartość punktacji jest prawie 2 razy niższa niż dotycząca lęku). Ze względu na niewielką liczebność w poszczególnych kategoriach nie analizowano tej grupy pod względem płci i roku studiów.

Ogół badanych studentów ocenia siebie jako osoby mające duże wsparcie rodziny. Poczucie posiadania wsparcia najbliższych maleje u osób ze skargami lękowymi, najniższe jest u osób z depresją. Nie należy jednak zapominać, że jest to ocena subiektywna ankietowanych i mogą oni doświadczać projekcji swojego depresyjnego oceniania sytuacji. To samo dotyczy

poczucia obciążenia studiami. Poczucie obciążenia jest większe u osób ze skargami lękowymi i najwyższe u osób z objawami depresyjnymi. Jednocześnie dość duża liczba osób z objawami depresyjnymi ocenia studia jako niestresujące. Być może jest to wyraz ich zojętnienia emocjonalnego?

Studenci preferują „pozytywne” sposoby radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Najczęściej są to: towarzystwo przyjaciół, uprawianie sportu i oparcie w rodzinie. Są to sposoby wymagające kontaktu towarzyskiego, które ich nie izolują, chociaż 1/3 populacji w okresie „gorszego” nastroju szuka samotności. Na tym tle osoby ze skargami lękowymi specjalnie się nie wyróżniają, poza nieco większą potrzebą samotności i zwiększoną ilością przyjmowania używek. Natomiast osoby ze skargami depresyjnymi zazwyczaj rezygnują z pozytywnych sposobów radzenia sobie ze smutkiem (poza wsparciem religii), z kolei więcej czasu spędzają samotnie, częściej przyjmują używki. Nieco zdziwienia budzi wynik, który przedstawiono w tabeli 7. Należy podkreślić, że zbadana populacja to osoby, które wybrały zawód lekarza. Ponad 2/3 osób w wypadku wystąpienia u nich objawów depresji nie chciałaby szukać pomocy u psychiatry. Te uprzedzenia lub brak rzeczowej wiedzy podziela podobny odsetek studentów, zarówno I, jak i IV roku. Drobną różnicą jest jedynie to, że z upływem 3 lat nieco bardziej doceniono osobę lekarza psychiatry (tab. 7). Ankiety przeprowadzono w drugiej połowie roku, kiedy studenci IV roku byli już po propedeutyce psychiatrii i większość z nich po zajęciach pierwszego z 2 lat właściwych zajęć z psychiatrii (na AMG — IV i V rok studiów). Autorzy sądzą, że to pytanie z ankiety należy powtórzyć na koniec studiów, po zakończeniu całego programu nauki psychiatrii. Potrzeba zgłoszenia się do specjalisty maleje u osób ze skargami lękowymi i jest drastycznie niska w grupie osób ze skargami depresyjnymi. Wśród osób z podwyższonym poziomem objawów depresyjnych ponad 70% w ogóle nie widzi potrzeby szukania jakiegokolwiek pomocy.

Wnioski

1. Studenci Akademii Medycznej w Gdańsku są grupą charakteryzującą się dość wysokim poziomem skarg lękowych. Rozpowszechnienie skarg lękowych jest większe na I roku studiów w porównaniu ze studentami IV roku. Nasilenie skarg depresyjnych jest znacznie niższe od lękowych.
2. Obecności skarg lękowych, a zwłaszcza depresyjnych towarzyszyło poczucie osamotnienia i nadmiernego obciążenia studiami.

3. Studenci z wyraźnymi objawami depresyjnymi często sięgają po używki. Pozostali w sytuacji obniżonego nastroju przeważnie szukają wsparcia u innych osób.
4. Dość znaczna liczba respondentów negowała potrzebę specjalistycznej pomocy w wypadku obecności objawów depresyjnych. Co niepokoi, opinię taką wyrażali studenci, u których objawy te były wyraźnie obecne.

Streszczenie

Wstęp. W prezentowanej pracy podjęto problem rozpowszechnienia objawów depresyjnych i lękowych wśród studentów I i IV roku Akademii Medycznej w Gdańsku. Autorzy badali korelację objawów ze wsparciem rodziny i poczuciem obciążenia studiami oraz strategie, jakie respondenci wybierają, by radzić sobie z gorszym nastrojem. Oceniono również stosunek studentów do szukania porady specjalistycznej w sytuacji kryzysowej.

Materiał i metody. Autorzy za pomocą ankiet przebadali 206 studentów Akademii Medycznej w Gdańsku (106 studentów I roku i 100 studentów IV roku), stosując skalę HADS w adaptacji M. Majkowicza, K. de Walden-Gałuszko i G. Chojnackiej-Szawłowskiej oraz kwestionariusz własny składający się z 7 pytań.

Wyniki. Otrzymane średnie wartości punktacji w skali HADS dla lęku wynoszą 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 7 punktów dla lęku uzyskało 41,3% studentów, a dla depresji — 15,5% studentów. Najczęstszymi strategiami radzenia sobie z gorszym nastrojem są wśród studentów: towarzystwo przyjaciół (48,5%), uprawianie sportu (28,6%) i oparcie w rodzinie (26,7%). 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.

Wnioski. 1. Badana grupa charakteryzuje się dość dużym stopniem skarg lękowych. Częstość skarg lękowych jest większa na I roku studiów w porównaniu z IV rokiem. Nasilenie skarg depresyjnych jest znacznie niższe. 2. Objawom lękowym i depresyjnym towarzyszą poczucie osamotnienia i obciążenia studiami. 3. W sytuacji obniżonego nastroju respondenci najczęściej stosują strategie „pozytywne” wymagające kontaktu społecznego. 4. Duża liczba studentów neguje potrzebę leczenia psychiatrycznego w depresjach.

słowa kluczowe: studenci medycyny, objawy depresyjne, lęk, skala HADS

PIŚMIENNICTWO

1. Wasilewski D., Pużyński S. Ogólnopolska kampania „Depresja jest chorobą. Leczyć depresję”. Psychiatr. w Prakt. Ogólnolek. 2001; 1: 19–24.
2. Leder S. Nerwice. W: Bilikiewicz A. (red.). Psychiatria. Podręcznik dla studentów. PZWL, Warszawa 1998; 281–307.
3. Stein D.J., Hollander E. Współchorobowość depresji i zaburzeń lękowych. Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2004; 1–11.
4. Wittchen H.U., Zhao S., Kessler R.C., Eaton W.W. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. Arch. Gen. Psychiatry 1994; 51: 355–364.
5. Angst J., Gamma A., Gastpar M., Lepine J.P., Mendlewicz J., Tylee A. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosci. 2002; 252: 201–209.
6. Araszkievicz A. Zaburzenia depresyjne i lękowe w podstawowej opiece zdrowotnej — rozpowszechnienie i diagnostyka. Pomorski Magazyn Lekarski 2003; 2: 19–25.
7. Kiejna A., Woityniak B., Rabczenko D., Szewczuk-Bogusławska M., Trypka E., Lupiński P. Samopoczucie ludności polskiej w badaniu przeprowadzonym przez GUS — analiza wstępna. Psychiatr. Pol. 2000; 34: 21–34.
8. Aleksandrowicz J.W. Epidemiologia zaburzeń nerwicowych. W: Kiejna A., Rymaszewska J. (red.). Epidemiologia zaburzeń psychicznych: wybór prac. Komitet redakcyjno-wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Kraków 2003; 89–102.
9. Pużyński S. Zaburzenia depresyjne w praktyce ogólnolekarskiej, zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej. Psychiatr. Pol. 2000; 34: 47–58.
10. Płotka A., Gajewska M. Analiza przyczyn zgłaszalności studentów do Poradni Zdrowia Psychicznego w Łodzi. Pielęg. Pol. 2002; 2: 283–287.
11. 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.
12. Royal College of Psychiatrists Council Report CR112 (203). The mental health of students in higher education. London: RCP.
13. Fołtyn W., Nowakowska-Zajdel E., Knopik J., Brodziak A. Wpływ negatywnych doświadczeń z okresu dzieciństwa na występowanie depresji u studentów medycyny — doniesienie wstępne. Psychiatr. Pol. 1998; 32: 177–186.
14. Adamiak G., Świątnicka E., Wołodźko-Makarska L., Świtalska M.J. Ocena jakości życia studentów medycyny w zależności od liczby i nasilenia stwierdzonych objawów depresyjnych. Psychiatr. Pol. 2004; 38: 631–638.
15. Górecka J., Kupka E., Misztal E., Matysiewicz W., Wójcicka A. Nasilenie lęku i zaburzeń nerwicowych u studentów medycyny. Wiad. Psychiatr. 2001; 4: 17–20.
16. Wiśniewski K., Krupka-Matuszczyk I. Problemy egzystencjalne studentów VI roku medycyny. Ann. Acad. Med. Siles. 1995; 30: 263–270.
17. Zimond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr. Scand. 1983; 67: 361–370.
18. Majkowicz M. Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej — wybrane techniki badawcze. W: de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M (red.). Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Akademia Medyczna Gdańsk, Zakład Medycyny Paliatywnej. Gdańsk 2000; 21–42.

Aneks 1

Wiek: **Płeć: M K** **Rok studiów:**

1. Pochodzisz:
 - a) ze wsi
 - b) z małego miasta
 - c) z dużego miasta
 - d) z dużej aglomeracji miejskiej

2. Twoje warunki mieszkaniowe:
 - a) akademik
 - b) wynajmuję mieszkanie sam/sama
 - c) wynajmuję mieszkanie wspólnie ze znajomymi
 - d) mam własne mieszkanie
 - e) mieszkam z rodzicami
 - f) inne (jakie?).....

3. Jak oceniasz swoją sytuację finansową?
 - a) jako bardzo dobrą
 - b) jako dobrą
 - c) od czasu do czasu mogę sobie pozwolić na drobne przyjemności
 - d) muszę oszczędzać
 - e) jako złą, muszę się liczyć z każdym wydanym groszem

4. Czy czujesz wsparcie ze strony rodziny?
 - a) zawsze mogę liczyć na ich pomoc
 - b) nie wszyscy w rodzinie akceptują moje działania
 - c) swoje problemy rozwiązuję zawsze sam/sama
 - d) nie mam co liczyć na rodzinę
 - e) nie mam co liczyć na rodzinę, ale znajduję wsparcie w osobach spoza mojej rodziny

5. Co zrobiłbyś, gdybyś zauważył u siebie objawy depresji?
 - a) poszedłbym do psychiatry
 - b) poszedłbym do psychologa
 - c) poszedłbym do lekarza rodzinnego
 - d) w ogóle nie szukałbym pomocy specjalistycznej

6. Jak radzisz sobie z gorszym nastrojem?
 - a) sięgam po alkohol lub inne używki (jakie?).....
 - b) na własną rękę biorę leki przeciwdepresyjne (jakie?).....
 - c) szukam samotności
 - d) szukam towarzystwa, głównie mam oparcie wśród przyjaciół
 - e) szukam towarzystwa, głównie mam oparcie w rodzinie
 - f) oparcie mam w swojej religii
 - g) uprawiam sport
 - h) inny sposób (jaki?).....
 - i) nie radzę sobie ze smutkiem

7. Na ile Twoje studia są dla Ciebie obciążające psychicznie (stresujące)?
 - a) bardzo, codzienne zajęcia, każde zaliczenie czy kolokwium jest prawdziwym stresem
 - b) średnio, chociaż niektóre przedmioty lub zaliczenia są dla mnie bardziej obciążające
 - c) denerwuję się jedynie w czasie sesji lub zaliczeń
 - d) nie uważam, by studia były dla mnie stresujące