

Beata Jurkiewicz, Małgorzata Kołpa

Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

S

Stres a ryzyko wystąpienia depresji u ludzi młodych w przedziale wiekowym 20–35 lat

Stress and the risk of developing depression among young people aged between 20 and 35

STRESZCZENIE

Wstęp. Stres jest nieodłącznym elementem ludzkiego życia, określanym przez Światową Organizację Zdrowia jako najbardziej szkodliwy czynnik zagrażający zdrowiu współczesnego człowieka. Jednym ze skutków przewlekłego działania stresu jest depresja, której rozpowszechnienie nadało jej miano „przeziębienia psychiatrii”.

Cel pracy. Celem badania było poznanie czynników wywołujących stres oraz określenie częstotliwości występowania objawów depresji u ludzi młodych.

Materiał i metody. Badaniami objęto 100 osób w przedziale wiekowym 20–35 lat, które wzięły udział w internetowym badaniu ankietowym. Wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.

Wyniki. Głównym źródłem stresu dla ludzi młodych była szkoła, następnie kolejno praca, dom, sytuacja zdrowotna (osób bliskich). Najbardziej znanymi chorobami związanymi ze stresem były depresja i nerwica, wrzody, choroby sercowo-naczyniowe. Najczęstszymi metodami radzenia sobie ze stresem były: rozwiązanie sytuacji problemowej, spędzanie czasu z bliską osobą, zajęcie się czymś innym. Objawy depresji wystąpiły u 20% ankietowanych. Objawy zespołu przedmiesiączkowego stwierdzono u 85,2% respondentek, natomiast przedmiesiączkowych zaburzeń dysforycznych u 7,4% badanych kobiet.

Wnioski. Ludzie młodzi postrzegają środowisko szkolne jako najbardziej stresogenny czynnik. Wybierane metody walki ze stresem różnią się w zależności od płci i wieku badanych. Występuje zależność między miejscem zamieszkania a ryzykiem depresji.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (1): 13–19

Słowa kluczowe: stres; depresja; ludzie młodzi; radzenie sobie

ABSTRACT

Introduction. Stress is an inherent element of human life. World Health Organization points to stress as the most harmful factor influencing the life of people today. One of the effects of extensive stress is depression, which is spread so widely that it is now called the “common cold of psychological disorders”.

Aim. The aim of the study was to describe stressful situations and to estimate the prevalence of depressive symptoms among young people.

Material and methods. The research included 100 people of 20 to 35 years of age (Internet survey). The questionnaire was prepared especially for the purposes of the study.

Results. The main source of stress for young people is school, then respectively work, home, health related problems (of family members). The most often mentioned stress related illnesses were depression and neurosis, ulcers, heart diseases. The most often indicated methods of dealing with stress are: solving the stress generating problem, spending time with a close person, taking care of other matters. Fears of depression were present among 20% of respondents. 85,2% of female respondents presented symptoms of PMS and 7% presented symptoms of PMDD.

Adres do korespondencji: mgr piel. Beata Jurkiewicz, Zakład Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, ul. Mickiewicza 8, 33–100 Tarnów, tel./faks: 14 631 66 00, e-mail: beatajurkiewicz@interia.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0003

Conclusions. The main source of stress for young people is school. Methods of dealing with stress differ depending on gender and age. Depression is dependent on domicile.

Nursing Topics 2015; 23 (1): 13–19

Key words: stress; depression; young people; coping with stress

Wstęp

Pojęcie „stresu” zostało wprowadzone do literatury naukowej w latach 50. ubiegłego stulecia przez fizjologa Hansa Selye’go [1]. Najogólniej rzecz ujmując, stresem nazywana jest każda niespecyficzna reakcja organizmu, która pojawia się jako odpowiedź na działanie szkodliwych bodźców (stresorów) [2]. Za sprawą stresorów aktywowane są złożone mechanizmy reagowania fizjologicznego, jak również psychologicznego, które w znaczny sposób wpływają na zdrowie człowieka [3].

Selye uważał, że nie każdy stres jest szkodliwy dla zdrowia [za: 4, 5]. Aktywacja zachodząca pod jego wpływem może być źródłem pozytywnej siły motywującej, która poprawia zdrowie i jakość życia. Jest to tak zwany stres pozytywny — *eustres*. Jego przeciwieństwo stanowi stres dekonstruktywny, tak zwany *dystrés*. O tym, czy dany czynnik będzie stanowił stresor, czy nie decydują zarówno cechy jednostki, jak również jej możliwości adaptacyjne oraz tożsamość [6].

Do wczesnych następstw stresu zalicza się pogorszenie nastroju, zaburzenia somatyczne, obniżenie sprawności działania, a także pogorszenie procesów poznawczych. Przedłużające się obniżenie nastroju oraz pogorszenie sprawności działania może doprowadzić do trwałych zmian w postawach zarówno wobec świata, jak i samych siebie, a także do deficytów w funkcjonowaniu społecznym [7, 8].

Poważnym zagrożeniem dla osób narażonych na silne bądź długotrwałe bodźce stresogenne jest depresja, której rozpowszechnienie nadało jej miano „przeziębienia psychiatrii” [9, 10]. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), depresja stanowi 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami oraz odpowiada za utratę 11% wszystkich lat życia skorygowanych o zmianę jego jakości (DALY, *disability adjusted life-years*) [11]. Chorzy na depresję doświadczają nieproporcjonalnie większej liczby niesprawności i zachorowań w swoim życiu niż osoby bez zaburzeń w sferze psychicznej [11–13].

Według WHO, do 2020 roku depresja znajdzie się na drugim miejscu w ogólnoświatowym rankingu obciążenia chorobowego, zaraz po chorobach układu krążenia [14].

Z raportu projektu badawczego „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej — EZOP Polska” wynika, że

u 3% mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym wystąpił w ciągu życia przynajmniej jeden epizod depresyjny o dowolnym nasileniu. Według powyższego badania, depresja dotyczy 766 tysięcy osób w wieku produkcyjnym, a przy włączeniu do tej grupy chorych z rozpoznaniem dystymii można przyjąć, że problem depresji dotyka około miliona mieszkańców Polski [15]. Dane te są potwierdzane na podstawie szacunkowego zużycia leków przeciwdepresyjnych w Polsce. Z informacji zebranych przez firmę IMS Health wynika, że w 2002 roku apteki wydały ponad 11 mln opakowań leków przeciwdepresyjnych wypisywanych na receptę, podczas gdy w 2009 roku sprzedano ich ponad 14 mln [za: 16].

Kobiety ze względu na specyfikę czynników konstytucjonalnych (anatomicznych i fizjologicznych) są w sposób szczególny narażone na ujawnienie różnych zaburzeń emocjonalnych, a nawet depresyjnych. Ze względu na częstość występowania, należy zwrócić uwagę na przedmiesiączkowe zaburzenia nastroju związane z lutealną fazą cyklu [17]. Zespół przedmiesiączkowy (PMS, *premenstrual syndrome*) występuje u ponad 75% kobiet w wieku reprodukcyjnym, przebiega zwykle łagodnie, niezaburzając istotnie funkcjonowania. Z kolei przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne (PMDD, *Premenstrual Dysphoric Disorder*) dotyczą 3–8% kobiet. Jest to szczególna postać zaburzeń nastroju, które znacznie utrudniają codzienne funkcjonowanie i relacje z ludźmi [18, 19].

Cel pracy

Celem pracy było poznanie czynników wywołujących stres u ludzi młodych w przedziale wiekowym 20–35 lat oraz określenie częstotliwości występowania objawów depresji w tej grupie wiekowej.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. W tym celu skonstruowano kwestionariusz ankiety, który składał się z 24 pytań o charakterze zamkniętym (3 pytania skierowane były wyłącznie do kobiet) oraz 5 otwartych. Pierwsza część kwestionariusza miała na celu scharakteryzowanie badanej grupy pod względem demograficznym i społecznym. Pytania zawarte w drugiej części dotyczyły częstotliwości narażenia na bodźce stresujące, czynników wywołujących napięcie oraz sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Do rozpoznania zaburzeń

depresyjnych oraz określenia ryzyka zaburzeń przedmiesiączkowych posłużono się pytaniami opartymi na kryteriach diagnostycznych według klasyfikacji ICD-10 oraz DSM-IV. Spełnienie kryteriów wyżej wymienionej klasyfikacji wymagałoby weryfikacji rozpoznania poprzez badanie psychiatryczne, dlatego na podstawie kwestionariusza można jedynie mówić o występowaniu objawów depresji czy PMS/PMDD.

Badanie przeprowadzono w okresie od października do grudnia 2010 roku. Kwestionariusz ankiety udostępniony w Internecie wypełniły łącznie 172 osoby. Warunkiem włączenia do badanej grupy było spełnienie kryterium wiekowego 20–35 lat. Ostatecznej analizie poddano 100 osób (54% kobiet, 46% mężczyzn; śr. $24,3 \pm 4,69$ lat), które spełniły wyżej wymienione kryterium. Wybór grupy wiekowej był celowy, jako że dane naukowe wskazują na wystąpienie pierwszego epizodu depresyjnego pomiędzy 20. a 35. rokiem życia [20]. Badanie miało charakter anonimowy, a udział w nim był dobrowolny.

Do analizy statystycznej zastosowano: test chi-kwadrat, test Kruskala-Wallisa, test Fishera oraz współczynnik korelacji rang Spearmana. Za znamienne statystycznie przyjęto te wyniki, dla których poziom istotności był mniejszy lub równy 0,05.

Wyniki

Największą grupę badanych stanowili mieszkańcy dużych miast (46%), w większości (69%) osoby stanu wolnego, 29% pozostawało w związkach małżeńskich, natomiast pozostali byli owdowiali. Poziom wykształcenia był zróżnicowany, dominowały osoby posiadające wykształcenie średnie (40%), znaczna część badanych była w trakcie nauki (34%).

Jako główne źródło stresu ludzie młodzi najczęściej wskazywali szkołę (44%), dla 27% stres wiązał się z pracą, dla 21% z sytuacją panującą w domu, a dla 8% z sytuacją zdrowotną.

Największy stres mający związek ze szkołą dotyczył konieczności zdawania egzaminów ustnych (46%). Osoby, które występowanie stresu łączyły ze zdawaniem egzaminów ustnych, pisemnych oraz wystąpieniami przed grupą, cechowały się niższą średnią wieku niż te, dla których wymienione czynniki nie były bodźcami stresogennymi ($p < 0,05$).

Charakter pracy był najczęściej wskazywanym źródłem stresu w miejscu zatrudnienia (17%). Badani, którzy występowanie stresu wiązali z charakterem pracy, szefem lub podwładnymi, mieli średnią wieku wyższą od osób, u których wymienione czynniki nie wywoływały stresu ($p < 0,05$).

Napięta sytuacja rodzinna wiązała się dla większości osób z problemami materialnymi (33%). Badani, dla których głównym źródłem stresu związanego z domem były dzieci, cechowali się wyższą średnią wieku

niż osoby, na które dzieci nie działały stresogennie ($H = 6,434$, $p = 0,0112$).

Znaczna część osób (28%) była zaniepokojona fizycznym stanem zdrowia bliskiej osoby. Analiza wykazała, że uczestnicy badania, którzy martwili się fizycznym stanem zdrowia (swoim lub bliskich), mieli średnią wieku wyższą niż osoby, których zdrowie fizyczne nie niepokoiło ($H = 5,192$, $p = 0,0227$).

Średnia wieku badanych, dla których głównym źródłem stresu była praca oraz sytuacja zdrowotna, była wyższa niż w przypadku osób, które wskazywały dom lub szkołę ($H = 33,952$, $p < 0,001$). Szczegółowy wykaz czynników wywołujących stres w obrębie wymienionych dziedzin życia przedstawiono w tabeli 1.

W dalszej części ankiety badano, czy zdaniem młodych ludzi stres może być czynnikiem motywującym. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 61% badanych, natomiast pozostałe 39% nie dostrzegało motywacyjnej funkcji stresu. Nie stwierdzono różnic w odpowiedziach w zależności od wieku badanych ($p > 0,05$).

Uczestników badania poproszono również o zaznaczenie schorzeń, za których wystąpienie ich zdaniem odpowiedzialne jest długofalowe podleganie bodźcom stresogennym. Najwięcej osób, bo 82% było świadomych wpływu działania stresu na wystąpienie depresji i nerwicy, 61% wiedziało, że stres może wywołać wrzody żołądka i dwunastnicy, 56% zaznaczyło choroby sercowo-naczyniowe, 40% znało związek stresu z obniżeniem odporności, 30% z siwieniem włosów i łysieniem, 15% z występowaniem chorób nowotworowych, natomiast 12% wskazało bóle kręgosłupa oraz trądzik. Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru odpowiedzi. Warto zaznaczyć, że średnia wieku osób, które były świadome wpływu stresu na dolegliwości bólowe kręgosłupa, była wyższa niż osób tego nieświadomych ($H = 12,421$, $p = 0,0004$).

W celu poznania rozpowszechnienia stosowania przez ludzi młodych danych metod walki ze stresem, ankietowani udzielali odpowiedzi według 5-stopniowej skali Likerta (1 — nigdy, 2 — rzadko, 3 — czasami, 4 — często, 5 — zawsze). Ludzie młodzi w większości (85%) nigdy bądź też rzadko zażywali leki uspokajające. Rozpowszechnienie stosowania leków wzrastało wraz z wiekiem ($r = 0,208$, $p = 0,038$). Metoda „zajadania stresu” była nieco częściej stosowana niż farmakoterapia: 45% badanych postępowało w ten sposób czasami, często lub zawsze. Rozwiązywanie sytuacji problemowej deklarowało 90% uczestników badania. Kolejne wyniki wykazały jednak, że aż 76% młodych ludzi w sytuacjach stresowych angażowało się w czynności zastępcze. Spośród 100 przebadanych osób, 62% nigdy bądź też rzadko

Tabela 1. Źródła stresu osób badanych**Table 1.** Sources of stress subjects

Źródło stresu	N (%)
Szkoła	
Egzaminy/zaliczenia ustne	46 (46%)
Egzaminy/zaliczenia pisemne	25 (25%)
Wystąpienia przed grupą	25 (25%)
Zbyt duże wymagania	13 (13%)
Zbyt duża liczba zajęć	12 (12%)
Kontakt z nauczycielem/wykładowcą	7 (7%)
Praca	
Charakter pracy	17 (17%)
Szef	15 (15%)
Brak pracy	12 (12%)
Współpracownicy	11 (11%)
Płaca	10 (10%)
Podwładni	7 (7%)
Inne — nadmiar pracy	1 (1%)
Dom	
Problemy materialne	33 (33%)
Partner	25 (25%)
Rodzice	24 (24%)
Dzieci	11 (11%)
Rodzice partnera	8 (8%)
Inne — rodzeństwo	4 (4%)
Sąsiedzi	3 (3%)
Sytuacja zdrowotna	
Własna natury fizycznej	9 (9%)
Własna natury psychicznej	23 (23%)
Bliskiej osoby natury fizycznej	28 (28%)
Bliskiej osoby natury psychicznej	13 (13%)

*odsetki nie sumują się do 100% — pytanie wielokrotnego wyboru
odpowiedzi

sięgało po papierosy. Z podobną częstotliwością, co po papierosy, ludzie młodzi sięgali po alkohol. Nigdy lub rzadko postępowano w ten sposób 64% badanych. Zdecydowana większość, bo 72% uczestników badania, relaksowało się przy muzyce. Równie połowa badanych zawsze, często lub czasami spała, aby nie myśleć o problemach. Analiza wykazała, że częstość wyboru snu jako metody walki ze stresem malała wraz z wiekiem ($r = -0,212$, $p = 0,034$). Na sprawności fizycznej koncentrowało się 41% młodych ludzi (zawsze, często lub czasami). Modlitwa lub

medytacja była rzadziej stosowaną metodą, 67% osób nie robiło tego nigdy lub postępowano w ten sposób rzadko. Z taką samą częstotliwością ludzie młodzi odreagowywali stres poprzez zabawę, 67% nigdy lub rzadko wybierało tę metodę. Robienie zakupów było sposobem wybieranym często lub czasami przez 46% badanych osób. Kobiety częściej w porównaniu z mężczyznami łagodzą w ten sposób napięcie związane ze stresem ($p = 0,00023$). Z bliską osobą przebywało zawsze, często lub czasami 80% młodych osób, a z taką samą częstotliwością radziło się osoby cenionej 75% badanych. Wykazano, że wybór metody, jaką było spędzanie czasu z bliską osobą wzrastał wraz z wiekiem ($r = 0,203$, $p = 0,043$), natomiast kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni poszukiwały porady ($p = 0,00699$).

Do korzystania w związku ze stresem z porad specjalistów przyznało się 12% młodych ludzi, z czego 75% stanowiły kobiety ($n = 9$).

Jednym z kryteriów rozpoznawania depresji (oprócz występowania specyficznych objawów) jest czas trwania obniżonego nastroju przez co najmniej dwa tygodnie [15]. Kryterium to spełniło 27% badanych, którzy odpowiedzieli, że obniżony nastrój trwał u nich kilka tygodni (10%) lub dłużej (17%). U 31% młodych ludzi zły nastrój przechodził tego samego dnia, w którym się rozpoczął, następnego dnia mijał u 30%, z kolei kilka dni utrzymywał się u 12% badanych.

Do rozpoznania objawów depresji posłużono się kryteriami diagnostycznymi według ICD-10. Ryzyko depresji stwierdzono u 20% uczestników badania (z czego 65% to kobiety) (tab. 2).

Ostatnia część kwestionariusza była skierowana do kobiet. Ich zadaniem było zaznaczenie dolegliwości, które odczuwały w okresie przedmiesiączkowym. Co najmniej jeden uciążliwy objaw, świadczący o PMS dotyczył aż 38 młodych kobiet (70,4%). Więcej niż pięć objawów odnotowano w przypadku 12 uczestniczek badania (22,2%), natomiast dolegliwości związanych z okresem przedmiesiączkowym nie odczuwały 4 kobiety (7,4%).

Spośród kobiet, u których w poprzednim pytaniu stwierdzono występowanie pięciu i więcej objawów w okresie przedmiesiączkowym ($n = 12$, 22,2%), 4 z nich (7,4%) określiły, że dolegliwości te wywierały duży wpływ na ich funkcjonowanie w życiu codziennym — w przypadku tych respondentek można mówić o objawach PMDD. U pozostałych 8 (14,8%) istnieje podejrzenie PMS, którego objawy odnotowano w sumie u 85,2% badanych kobiet ($n = 46$).

Ocenie poddano wpływ niektórych czynników na występowanie ryzyka depresji. Brano pod uwagę takie zmienne, jak: płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, częstotliwość narażenia na bodźce stresogenne.

Tabela 2. Objawy depresji u badanych wg kryteriów ICD-10**Table 2.** Symptoms of depression in subjects according to the ICD-10

Liczba występujących objawów depresji	Spełnione kryterium czasowe			Pozostali ankietowani N (%)
	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni	
	N (%)	N (%)	N (%)	
< 2 objawy podstawowe	7 (7%)	4 (7,4%)	3 (6,5%)	63 (63%)
≥ 2 objawy podstawowe + 2 inne częste objawy*	8 (8%)	5 (9,3%)	3 (6,5%)	17 (17%)
≥ 2 objawy podstawowe + 3–4 inne częste objawy**	12 (12%)	8 (14,8%)	4 (8,7%)	20 (20%)

*łagodny epizod depresji; **umiarkowany epizod depresji

Tabela 3. Ryzyko depresji a miejsce zamieszkania badanych**Table 3.** The risk of depression and place of residence of respondents

Depresja	Wieś	Miasto 5-10 tys.	Miasto 10-30 tys.	Miasto 30-50 tys.	Miasto 50-100 tys.	Miasto > 100 tys.	P	Tau
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
Brak depresji	25 (89,3%)	4 (100%)	2 (50%)	4 (50%)	4 (40%)	41 (89,1%)	p = = 0,001	-0,043
Łagodny epizod depresji	1 (3,6%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (25%)	4 (40%)	1 (2,2%)		
Umiarkowany epizod depresji	2 (7,1%)	0 (0%)	2 (50%)	8 (11,6%)	4 (13,8%)	0 (0%)		

Objawy depresji występowały nieco częściej u kobiet niż u mężczyzn ($n = 13$, 24% vs. $n = 7$, 16%). Analiza statystyczna nie wykazała jednak istotnego związku między objawami depresji a płcią badanych ($p = 0,534$).

Podejrzenie zaburzeń depresyjnych stwierdzono u 8 osób pozostających w związkach małżeńskich (28,6%) oraz u 12 badanych stanu wolnego (17,4%). Różnica ta również nie była istotna statystycznie ($p = 0,590$).

Wykazano natomiast, że objawy depresji miały istotny związek z miejscem zamieszkania badanych osób ($p = 0,001$). Stwierdzono, że im większe miasto, tym liczba potencjalnych epizodów depresji była mniejsza ($\tau = -0,043$) (tab. 3).

Z analizy częstotliwości, z jaką ludzie młodzi znajdowali się pod wpływem stresu wynika, że 32% podlegało działaniu stresu 2–3 razy w tygodniu, podczas gdy aż 29% odczuwało stres kilkakrotnie w ciągu dnia. Pozostali badani określali częstość narażenia na stres jako: rzadkie (1%), raz w miesiącu (8%), raz w tygodniu (11%), raz dziennie (14%) lub też nie było w stanie określić (5%). Objawy depresji najczęściej występowały u osób, na które bodźce stresogenne oddziaływały do

kilku razy dziennie (umiarkowany epizod depresji: $n = 6$, 20,7%; łagodny: $n = 3$, 10,3%). Wynik ten nie był jednak istotny statystycznie ($p = 0,476$).

Dyskusja

Ludzie odmiennie postrzegają sytuacje stresowe i tym samym reagują na nie w zindywidualizowany sposób. Zgodnie z literaturą przedmiotu wiele problemów zdrowotnych wiąże się z doświadczaniem przewlekłego stresu. Działania i wysiłki, jakie człowiek podejmuje w jego obliczu, w istotny sposób warunkują zdrowie jednostki [21].

Badania sondażowe przeprowadzone w Wielkiej Brytanii pod koniec lat 80. ubiegłego wieku wskazały na powszechne przekonanie, że stres stanowi bezpośrednią przyczynę chorób. Wśród najczęściej wymienianych schorzeń związanych ze stresem był „atak serca” i „załamanie nerwowe” [22]. Podobna świadomość negatywnego wpływu stresu na zdrowie istnieje obecnie. W badaniach własnych, ludzie młodzi jako konsekwencję długotrwałego narażenia na stres najczęściej wymieniali depresję i nerwicę, na drugim miejscu wrzody żołądka i dwunastnicy, na trzecim zaś choroby sercowo-naczyniowe.

Znaczną część badanej grupy stanowiły osoby uczące się. Wykazano, że głównym źródłem stresu dla osób młodych była szkoła i związane z nią egzaminy ustne (46%). Analiza zespołu badaczy z Pakistanu dotycząca między innymi przyczyn stresu u studentów medycyny wykazała, że głównym jego źródłem w badanej grupie były egzaminy szkolne (77,5%). W dalszej kolejności wymieniano nieporozumienia z bliskimi (26,5%) oraz problemy rodzinne (26%) [23]. Również z prac polskich autorów wynika, że młodzież postrzega środowisko szkolne jako najbardziej stresogenny czynnik [24].

Nieumiejętność radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz odczuwany stres, są jedną z przyczyn objadania się. Ucieczka w jedzenie jest prostym, dostępnym sposobem na złagodzenie napięcia, unikanie zagrożenia oraz kompensowanie przeżywanego trudności [25]. Badania przeprowadzone z udziałem Amerykanów wykazały, że blisko 50% badanych, jako sposób radzenia sobie ze stresem wybierało jedzenie [26]. Zbliżone wyniki uzyskano w toku analizy badań własnych; w ten sam sposób zawsze, często lub czasami postępowało 45% młodych osób.

Z badań przeprowadzonych przez Shaiks i wsp. wynika, że najczęściej wybieranymi przez studentów metodami radzenia sobie ze stresem były: spędzanie czasu z bliskimi (65,5%), sen (63,2%), słuchanie muzyki (58,3) oraz uprawianie sportu (46,2%) [23]. Wśród uczestników niniejszego badania wyżej wymienione sposoby walki ze stresem były równie popularne. Także młodzież gimnazjalna, którą Ponczek i Olszowy oceniły pod kątem stylu życia, w sytuacjach stresowych słuchała muzyki (30%), rozmawiała z przyjaciółmi (23,2%), a rzadziej sięgała po leki uspokajające (2,6%) [27].

Wsparcie społeczne stanowi swoisty bufor wspomagający zdrowie psychiczne i fizyczne, zwłaszcza w trudnych sytuacjach życiowych [28, 29]. Wyniki licznych badań wskazują, że kobiety są bardziej skłonne do korzystania ze wsparcia społecznego jako metody radzenia sobie ze stresem [23, 30]. Analiza badań własnych potwierdza wcześniejsze doniesienia. Młode kobiety częściej niż mężczyźni korzystały z rozmowy jako środka radzenia sobie ze stresem, zwierzały się bliskim ze swoich problemów oraz częściej poszukiwały wsparcia u specjalistów.

Biorąc pod uwagę kryteria ICD-10 stwierdzono, że do objawów świadczących o depresji częściej przyznawały się kobiety. Ryzyko zaburzeń depresyjnych rozpoznano u 13 badanych kobiet (24,1%) i u 7 badanych mężczyzn (15,2%). Wyniki badań własnych są podobne do analizy przeprowadzonej na Śląskim Uniwersytecie Medycznym, gdzie objawy depresyjne stwierdzono u 33% kobiet i u 13% mężczyzn [31]. Przytoczone wyniki badań są zbliżone do danych

epidemiologicznych, według których kobiety cierpią z powodu zaburzeń depresyjnych dwa razy częściej niż mężczyźni [32]. Ponadto, kobiety deklarują znacznie wyższy poziom odczuwanego stresu niż mężczyźni [33].

Jedne z największych międzynarodowych badań przeprowadzonych przez Scott przy współpracy między innymi WHO donoszą, że małżeństwo zmniejsza ryzyko wystąpienia depresji [34]. Natomiast rezultaty, jakie otrzymano porównując stan cywilny z występowaniem objawów depresyjnych, różnią się od wyżej przedstawionych. Objawy depresji wystąpiły u 28,6% osób w związkach małżeńskich oraz u 17,4% osób stanu wolnego (wynik ten nie był jednak istotny statystycznie). Zjawisko to można tłumaczyć dwojako: osoby samotne były bardziej przystosowane do samodzielnego radzenia sobie z sytuacjami stresującymi lub też wsparcie ze strony małżonka było niewystarczające. Z analizy innych autorów wynika, że brak lub niewystarczające wsparcie może być czynnikiem odpowiedzialnym za wywołanie depresji [35].

Wnioski

- Ludzie młodzi postrzegają środowisko szkolne jako najbardziej stresogenny czynnik, a największy stres wywołują u nich egzaminy ustne.
- Płeć i wiek badanych osób determinują rodzaj stosowanych sposobów radzenia sobie ze stresem.
- W badanej grupie występują objawy depresji, przy czym częściej obserwowane są one u kobiet.
- Zauważalna jest zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a ryzykiem wystąpienia depresji.

Piśmiennictwo

1. Selye H. Stres życia. PZWL, Warszawa 1963.
2. Ogińska Bulik N., Juczyński Z. Osobowość stres a zdrowie. Difin, Warszawa 2008.
3. Grygorczuk A. Pojęcie stresu w medycynie i psychologii. *Psychiatria* 2008; 5: 111–115.
4. Chodkiewicz J. Psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia. Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2005.
5. Selye H. Stres okiełznany. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1978.
6. Huber L. Style adaptacyjne do sytuacji stresowych w różnych grupach wiekowych a choroby cywilizacyjne XXI wieku. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2010; 91: 268–275.
7. Łosiak W. Natura stresu. Spojrzenie z perspektywy ewolucyjnej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
8. Łosiak W. Psychologia stresu. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
9. Beszczyńska B. Molekularne podstawy zaburzeń psychicznych wywołanych stresem. *Postepy Hig. Med. Dosw.* 2007; 61: 690–701.
10. Alfonso J., Frasch A.C., Flugge G. Chronic stress, depression and antidepressants: effects on gene transcription in the hippocampus. *Rev. Neurosci.* 2005; 16: 43–56.

11. World Health Organisation. Mental Health Action Plan (2013–2020). WHO Document Production Services, Geneva 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf; data pobrania:
12. Klimaszewska K., Bondaruk I., Rolka H. i wsp. Rola edukacyjna pielęgniarki w zakresie postępowania z chorym na depresję. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2007; 88: 408–416.
13. Puzyński S. Choroby afektywne nawracające. W: Bili-kiewicz A., Puzyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.). *Psychiatria. Tom II.* Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002, 343-415.
14. WHO Meeting on Evidence for Prevention and Pro-motion in Mental Health, Conceptual and Meas-urement Issues. Prevention and Promotion in Mental Health, Geneva 2002. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42539/1/9241562161.pdf?ua=1>; data pobrania: 13.03.2015.
15. Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyński B. (red.). *Kondycja Psychiczna Mieszkańców Polski. Raport z badań Epide-miologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychia-trycznej opieki zdrowotnej — EZOP Polska.* Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
16. Poławski P., Buczek J. Medykalizacja kontroli społecznej. Opieka zdrowotna, sprzedaż i konsumpcja leków w Pol-sce. *Prace Katedry Socjologii Norm, Dewiacji i Kontroli Społecznej* 2011; 12: 82–100.
17. Samochovec J., Tymicz A., Wojciechowski B. Problemy emocjonalne kobiet. *Med. Dypl.* 2002; 9: 75–86.
18. Yonkers K.A., O'Brien P., Eriksson E. Premenstrual syndrome. *Lancet.* 2008; 371: 1200–1210.
19. Steiner M., Pearlstein T. Premenstrual dysphoria and the serotonin system: pathophysiology and treatment. *J. Clin. Psychiatry.* 2000; 61: 17–21.
20. Świącicki Ł. Depresje — definicja, klasyfikacja, przyczyny. *Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.* 2002; 2: 151–159.
21. Sygit-Kowalkowska E. Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka — perspektywa psy-chologiczna. *Hygeia Public Health* 2014; 49 (2): 202–208.
22. Jones F., Bright J. *Stress. Myth, Theory and Research.* Pearson Education Limited, London 2001: 65.
23. Shaikh B.T., Kahloon A., Kazmi M. i wsp. Students, Stress and Coping Strategies: A Case of Pakistani Medical School. *Educ. Health* 2004; 17: 346–353.
24. Płotka A., Majcherczyk I., Czernikiewicz A. i wsp. Uczeń w sytuacji stresu szkolnego. *Zdr. Publ.* 2002, 112 (supl. 1): 169–173.
25. Makara-Studzińska M., Buczyjan A., Moryłowska. Jedzenie — przyjaciel i wróg. Korelaty psychologiczne otyłości. *Przegląd piśmiennictwa. Zdr. Publ.* 2007; 117 (3): 392–396.
26. Stambor Z. Stressed out nation. *Monit. on Psych.* 2006; 37: 28.
27. Ponczek D., Olszowy I. Ocena stylu życia młodzieży i świa-domości jego wpływu na zdrowie. *Hygeia Public Health* 2012; 47 (2): 174–182.
28. Michalska-Leśniewicz M., Gruszczyński W. Czynniki psychologiczne w depresji. *Psychiatria* 2010; 7 (3): 95–103.
29. Sikora R. Wsparcie społeczne i strategie radzenia sobie ze stresem a depresyjność młodzieży. *Psych. Rozw.* 2012; 17 (2): 41–54.
30. Greenglass E. Różnice wynikające z ról płciowych, wsparcie społeczne i radzenie sobie ze stresem. W: Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006: 138–151.
31. Foltyn W., Nowakowska-Zajdel E., Knopik J., Brodziak A. Wpływ negatywnych doświadczeń z okresu dzieciństwa na występowanie depresji u studentów medycyny — doniesie-nie wstępne. *Psychiatr. Pol.* 1998; 32: 177–186.
32. Van de Velde S., Bracke P., Levecque K. Gender differen-ces in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med.* 2010; 71 (2): 305–313.
33. Shah M., Hasan S., Malik S. i wsp. Perceived Stress, Sour-ces and Severity of Stress among medical undergraduates in a Pakistani Medical School. *BMC Med. Educ.* 2010; 10: 2
34. Scott K. Marriage good news for mental health, but separ-ation and divorce have negative impacts. <http://www.hrc.govt.nz/assets/pdfs/publications/Dr%20Kate%20Scott.pdf>; data pobrania: 6.04.2011.
35. Malhi G., Bridges P. *Postępowanie w depresji.* Urban & Partner, Wrocław 2001.