

Analiza częstości występowania objawów depresyjnych wśród studentów Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu w kontekście planów zawodowych

Analysis of the prevalence of depressive symptoms among students of the Faculty of Physiotherapy, University School of Physical Education in Wrocław in the context of career plans

Nr DOI: 10.1515/physio-2014-0007

Lilianna Jaworska, Natalia Morawska, Paulina Morga, Joanna Szczepańska-Gieracha

Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław
Faculty of Physiotherapy, University School of Physical Education in Wrocław

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy była ocena samopoczucia i nastroju studentów ostatniego roku studiów magisterskich Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu oraz identyfikacja czynników towarzyszących zaburzeniom nastroju w badanej grupie. **Materiał i metody:** W badaniu uczestniczyło 153 studentów V roku studiów stacjonarnych, niestacjonarnych i zaocznych. Były to osoby w wieku 22–39 lat. W celu oceny nastroju i czynników z nim związanych wykorzystano Inwentarz Depresji Becka (BDI) oraz ankietę dotyczącą między innymi zadowolenia z wybranego kierunku studiów oraz czynników socjoekonomicznych. **Wyniki:** U większości badanych osób (71%) nastrój nie wykazywał zaburzeń. Poważne objawy depresji stwierdzono u 8% osób z badanej grupy. Przypadków obniżonego nastroju lub nasilonych objawów depresji było więcej w grupie kobiet. **Wnioski:** Zaburzenia nastroju wśród młodzieży akademickiej należą do zjawisk coraz bardziej powszechnych. Konieczne są działania o charakterze prewencyjnym oraz interwencyjnym. Czynniki mające związek z nasileniem objawów depresji to: płeć żeńska, zła sytuacja finansowa i niepodejmowanie pracy zarobkowej w trakcie studiów. Posiadanie bliskiej osoby, z którą można porozmawiać o swoich problemach, oraz regularne podejmowanie aktywności fizycznej stanowią czynniki protekcyjne w rozwoju zaburzeń nastroju.

Słowa kluczowe: depresja, zaburzenia nastroju, studenci

Abstract

The aim of the study: The aim of this study was to assess the general feeling and mood of final-year students of the Faculty of Physiotherapy at University School of Physical Education in Wrocław and to identify the factors that accompany mood disorders in the group covered by the study. **Material and methods:** The study included 153 full-time and part-time students of the fifth year. The subjects were aged 22 to 39 years of age. In order to assess mood and associated factors the authors used Beck Depression Inventory (BDI) and a questionnaire concerning, among others, satisfaction with the chosen field of study and socioeconomic factors. **Results:** The majority of respondents (71%) showed no mood disorders. Serious symptoms of depression were observed in 8% of the sample. Cases of depressed mood or severe symptoms of depression were more common in women. **Conclusions:** The problem of mood disorders among university students is an increasingly common phenomenon. Some preventive and interventional actions are required. The factors related with aggravation of depressive symptoms include: female sex, poor financial situation and no paid job during studies. Protective factors for development of mood disorders include having a close relative or friend with whom one can talk about their problems and regular physical activity.

Key words: depression, mood disorders, university students

Wprowadzenie

Depresja jest obecnie jednym z najczęściej występujących problemów zdrowotnych na świecie [1]. Osoba chora na depresję cierpi z powodu obniżonego nastroju, utraty zainteresowań oraz spadku energii powodującego zmniejszenie aktywności. Do najczęściej występujących objawów zalicza się także problemy z koncentracją uwagi, niską samoocenę,

Introduction

Depression currently ranks among the most common mental health problems in the world [1]. People diagnosed with depression experience lowered mood, loss of interest and lack of energy that leads to decreased activity. The most common symptoms also include concentration problems, low self-esteem, a sense of guilt,

poczucie winy, zaburzenia snu i łaknienia. Pojawić mogą się także myśli o śmierci oraz samobójstwie, a czasem dokładny plan jego popełnienia [2]. Objawy depresyjne często współistnieją z innymi zaburzeniami psychicznymi. U niektórych chorych mogą być maskowane przez dodatkowe objawy, takie jak lęk, rozdrażnienie, nadużywanie alkoholu, zachowanie histeryczne, narastanie istniejących już wcześniej fobii, natręctw, a także dolegliwości hipochondryczne. Depresja wiąże się z obniżeniem aktywności zarówno psychicznej, jak i fizycznej. Spowolnienie w sferze fizycznej dotyczy głównie wykonywanych ruchów, utraty energii, siły i przewlekłego zmęczenia fizycznego. Stałe zmęczenie utrudnia, a czasem uniemożliwia wykonanie nawet najprostszych czynności dnia codziennego [3]. Wśród młodzieży zaburzenia funkcjonowania społecznego jako następstwo zaburzeń depresyjnych mogą przejawiać się poprzez ekspresję nieadekwatnych zachowań, trudności w komunikacji interpersonalnej, gadatliwość, nieprzemyślane wypowiedzi lub skracanie dystansu społecznego względem innych osób [4]. Młodzież studiująca wykazuje zmniejszoną aktywność na ćwiczeniach, słabsze przygotowanie do zajęć, mniejsze zainteresowanie przedmiotem, uczucie znużenia oraz zmniejszoną zdolność koncentracji [5].

Patogeneza depresji jest złożona i mimo wielu badań dotąd przeprowadzonych nadal nie jest dokładnie poznana. Najczęstsze teorie ją wyjaśniające dotyczą wielokierunkowych, złożonych relacji między czynnikami biologicznymi, psychospołecznymi i rozwojowymi. Aaron Beck główną rolę w powstawaniu depresji przypisuje negatywnym schematom poznawczym, zniekształceniom w przetwarzaniu informacji oraz tak zwanej triadzie depresyjnej – negatywnym przekonaniom na temat własnej osoby, otaczającego świata i przyszłości [6]. Błędna ocena poznawcza w przypadku depresji polega na personalizacji, czyli nieuzasadnionym odnoszeniu wydarzeń do siebie, nadmiernej generalizacji, czyli wyciąganiu ogólnych sądów na podstawie pojedynczych doświadczeń, arbitralnym wnioskowaniu, czyli dochodzeniu do wniosków, które nie mają wystarczającego uzasadnienia w rzeczywistości, myśleniu dichotomicznym, czyli przeżywaniu skrajnych, przeciwstawnych uczuć, minimalizowaniu pozytywnych wydarzeń i wyolbrzymianiu niepowodzeń, oraz selektywnej uwadze, czyli koncentracji na szczegółach mało istotnych i spoza kontekstu [7].

W 2000 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała depresję za czwartą najgroźniejszą chorobę na świecie, uwzględniając koszty bezpośrednie (opiekę medyczną, terapię, hospitalizację) oraz pośrednie (niezdolność do prawidłowego pełnienia ról zawodowych i rodzinnych, szeroko pojęte koszty społeczne) [8]. Depresja wiąże się z deficytem w zakresie umiejętności społecznych [9, 10]. Osoby chore psychicznie wykazują trudności i niechęć w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych, a także tendencje do wycofywania się z kontaktów społecznych. Postawa aspołeczna prowadzi do narastania izolacji społecznej, poczucia osamotnienia i obniżenia satysfakcji życiowej. Osoba chora traci umiejętność radzenia sobie w różnorodnych sytuacjach społecznych. Pogorszeniu mogą ulec także zdolności komunikacji werbalnej, niewerbalnej oraz empatii [11]. Depresja w znaczący sposób wpływa również na upośledzenie funkcjonowania zawodowego [12].

Wyniki badań wykazują zmniejszenie wydajności pracy osób cierpiących na przewlekłą depresję. Niekorzystnie wpływa to na stosunek pracodawców do osób z zaburzeniami psychicznymi. Osoby chore na depresję częściej niż inni pracownicy korzystają ze zwolnień. Absencja chorobowa osób z depresją może nawet pięciokrotnie przewyższać zwolnienia lekarskie z innych przyczyn [2]. Depresja jest zjawiskiem bardzo kosztownym, nie tylko ze względu na zmniejszoną produktywność w pracy, lecz również w kontekście bezpośrednich kosztów systemu opieki zdrowotnej, takich jak podstawowa i specjalistyczna opieka zdrowotna

sleeping problems and problems with appetite. The person afflicted by the disease may experience suicidal thoughts or even make exact plans for suicide [2]. Depressive symptoms often coexist alongside other mental problems. Some patients may suffer from additional symptoms such as anxiety, irritability, alcohol abuse, hysterical behaviour, intensification of previously existing phobias, obsessions and hypochondria. Depression is associated with lowered mental and physical activity. The slowdown in terms of physical activity refers to performed movements, loss of energy, strength and chronic fatigue. Constant fatigue makes even the simplest activities of everyday living more difficult [3]. Disorders of the social function among young people as a complication of depressive disorder may manifest themselves in the form of inadequate behaviours, difficulties with interpersonal communication, talkativeness, incautious statements or shortening of the social distance to other people [4]. University students become less active during classes, they are unprepared and their interest in the subject becomes limited. They are weary and experience concentration problems [5].

The pathogenesis of depression is complex and despite vast research it still has not been explained in depth. The most popular theories in this respect concern multidirectional, complex relations between biological, psychosocial and developmental factors. According to Aaron Beck, the crucial role in development of depression is played by negative cognitive schemas, distortions of processed information and the so-called depression triad – negative views about oneself, the world and the future [6]. In the case of depression erroneous cognitive evaluation consists in personalisation, i.e. unfounded application of events to oneself, overgeneralisation, i.e. making general conclusions based on single experience, arbitrary reasoning, i.e. drawing conclusions that have insufficient foundation in reality, dichotomous thinking, i.e. feeling extreme emotions, minimising the significance of positive events and exaggerating failures, and selective attention, i.e. concentrating on insignificant, out-of-context details [7].

In 2000 the World Health Organization (WHO) proclaimed depression to be the fourth most dangerous disease in the world, in light of the direct costs (medical care, therapy, hospitalisation) and indirect costs (inability to pursue professional and family roles, broadly understood social costs) [8]. Depression is associated with deficits in the area of social skills [9, 10]. Patients with mental problems have difficulties and feel reluctance to establishment of interpersonal relations, and they have a tendency to withdraw from social relationships. The antisocial behaviour leads to increased social isolation, loneliness and decreased satisfaction with life. The patient loses the ability to cope in different social situations. Their verbal and nonverbal communication skills and empathy get worse [11]. Depression significantly impairs professional performance [12].

The results of research suggest that chronically depressed people are less productive at work. It affects the attitude of employers to people with mental disorders. People with depression are more likely to go on sick leave. The absence due to sickness among people with depression is even five times greater than the absence for other reasons [2]. Depression is costly not only on account of decreased productivity at work, but also in the context of direct costs of healthcare, such as the costs of primary and specialist healthcare services and hospitalisation. One should take into account the costs of

oraz opieka szpitalna. Należy uwzględnić także wydatki na leki i badania oraz koszty poniesione przez rodziny chorych. Depresja podnosi koszty leczenia innych chorób oraz wydłuża czas hospitalizacji w przebiegu tego leczenia [2]. Na podstawie analiz kosztów wykazano, że skutki ekonomiczne związane z zaburzeniami depresyjnymi są bardzo wysokie i porównywalne ze skutkami ekonomicznymi takich schorzeń, jak choroby układu krążenia, nowotwory i HIV [1].

Około 10% wszystkich osób dorosłych w ciągu roku cierpi z powodu utrzymujących się zaburzeń nastroju typu depresyjnego [1]. U niektórych osób występuje tylko pojedynczy epizod depresji, po którym następuje całkowity powrót do zdrowia, ale u ponad 50% chorych dochodzi do nawrotu zaburzeń depresyjnych [13]. Depresja może rozpocząć się w każdym wieku, przy czym przeciętny wiek pojawienia się pierwszych objawów mieści się między 20. a 30. rokiem życia [2]. Przebieg choroby może mieć charakter przewlekły ze stałym nasileniem objawów lub nawracający w postaci epizodów o łagodnym, umiarkowanym lub ciężkim nasileniu [14]. Z roku na rok obniża się jednak średnia wieku, w którym pojawiają się one po raz pierwszy. Szacuje się, że w wieku 18 lat aż 20% osób przeszło przynajmniej jeden epizod depresyjny. Występowanie zaburzeń depresyjnych wśród adolescentów ocenia się na 2-15%, natomiast wśród dzieci, które nie wkroczyły jeszcze w wiek dorastania, jest to 0,2-2%. Przed okresem adolescencji depresja występuje równie często u przedstawicieli obu płci, w przypadku młodzieży wskaźnik ten okazuje się wyższy wśród dziewcząt [15]. Prawdopodobnie wynika to z różnic hormonalnych, neurobiologicznych i społeczno-kulturowych w rozwoju obu płci [14]. Wystąpienie epizodu depresyjnego we wczesnym okresie życia obciążone jest wysokim ryzykiem nawrotu. Szacuje się, że 30-70% dzieci, które przeszły pierwszy taki epizod, doświadczy kolejnego jeszcze w okresie dziecięcym, adolescencji lub w wieku dorosłym [14]. Prawdopodobieństwo nawrotów u młodszych dzieci wynosi od 12% w ciągu pierwszego roku do 33% w ciągu czterech lat od wystąpienia pierwszego epizodu depresyjnego [15].

W ostatnich latach coraz częściej obserwuje się występowanie zaburzeń nastroju u osób młodych [16]. W Polsce brak jest jednak systematycznego opracowania w tym zakresie. Dotychczasowe dane są fragmentaryczne i trudne do porównania ze względu na różne narzędzia diagnostyczne i zróżnicowany dobór badanych populacji [17]. Dlatego celem przeprowadzonego przez autorów niniejszej pracy badania była ocena samopoczucia i nastroju wśród studentów ostatniego roku studiów magisterskich Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu oraz identyfikacja czynników towarzyszących zaburzeniom nastroju w tej grupie. W ramach postawionego celu sformułowano pytania badawcze dotyczące korelacji ogólnego wyniku w skali depresji z czynnikami takimi jak: forma i zadowolenie z wybranego kierunku studiów, poczucie przygotowania do pracy w zawodzie i plany związane z karierą zawodową po studiach, sytuacja finansowa, podejmowana do tej pory praca zarobkowa, miejsce zamieszkania, posiadanie bliskiej osoby, korzystanie w razie problemów z pomocy psychologa, aktywność fizyczna oraz płęć.

Material i metody

Badaniem objęto grupę 153 osób, w tym 117 kobiet i 36 mężczyzn. Byli to studenci V roku studiów stacjonarnych, niestacjonarnych i zaocznych Wydziału Fizjoterapii AWF we Wrocławiu. Studenci byli w wieku 22-39 lat (średnia wieku – 23,7 r.). Wiek zdecydowanej większości badanych osób (93%) zawierał się w granicach 22-25 lat, tylko dwie kobiety były w wieku przekraczającym 30 lat.

drugs and tests and expenses covered by relatives of the patients. Depression increases the costs of treatment of other diseases and prolongs hospitalisation [2]. Based on the analyses of costs, it has been found that the financial expenses associated with depressive disorders are high and they are comparable to the expenses arising out of problems such as cardiovascular diseases, cancer and HIV [1].

In the course of a year around 10% of all adults suffer from persistent depressive mood disorders [1]. Some people experience a one-time depression episode, and thereafter they make a full recovery, but more than 50% of patients experience a relapse [13]. Depression may develop at any age, but the average age of occurrence of first symptoms ranges between 20-30 [2]. The disease is either chronic with symptoms of fixed intensity or recurrent in the form of episodes with minor, moderate or major aggravation of symptoms [14]. The average age at which first symptoms occur is becoming lower every year. It is estimated that as many as 20% of people aged 18 suffered at least one episode of depression. The incidence of depressive disorder among adolescents is estimated to be 2-15%, while for children prior to adolescence it is estimated to be 0.2-2%. In individuals before adolescence depression is equally frequent in representatives of both sexes, whereas among adolescents the percentage is higher for girls [15]. It is probably caused by the differences in hormones, neurobiology and socio-cultural differences in the development of the two sexes [14]. The occurrence of a depressive episode at an early stage of life entails a high risk of relapse. It is estimated that 30-70% of children who experienced the episode will develop a new episode during childhood, adolescence and adulthood [14]. The probability of relapse in younger children is 12% within the first year and 33% within the four years after occurrence of the first depressive episode [15].

Over the last years, mood disorders have become more common among young people [16]. In Poland the subject still has not been given proper attention. The data collected so far is fragmentary and difficult to compare due to the application of various diagnostic tools and diverse methods of selection of samples [17]. The aim of the study conducted by the authors was to evaluate the general feeling and mood of final-year university students of the Faculty of Physiotherapy of University School of Physical Education in Wrocław and to identify the factors that accompanied mood disorders in the group. Research questions have been formulated for the established aim and they concerned the correlation between the general score on depression scale and factors such as: the mode of education and satisfaction with chosen field of study, the sense of being prepared to work in the profession and plans associated with professional career after graduation, financial situation, gainful activities taken so far, place of residence, the company of a close relative or friend, the use of support offered by a psychologist, physical activity and sex.

Material and methods

The study covered a group of 153 people, out of whom 117 were women and 36 were men. The subjects were final-year full-time, extramural and part-time students of the Faculty of Physiotherapy of University School of Physical Education in Wrocław. The students were aged 22-39 (average age: 23.7). The overwhelming majority (93%) of respondents were aged 22-25, only two women were more than 30 years old.

Tabela 1. Rozkład wieku w badanej grupie
 Table 1. Age distribution in the sample group

Wiek (lata) Age (years)	n	[%]
22-25	143	93
26-28	8	5
> 30	2	1

Do oceny nasilenia zaburzeń nastroju wykorzystano Inwentarz Depresji Becka (BDI) składający się z 21 pytań. Uzyskane wyniki mają jedynie charakter przesiewowy i nie są jednoznaczne z postawieniem diagnozy klinicznej. Badanych poproszono także o zaznaczenie wieku, płci oraz formy studiów. Ponadto przeprowadzono ankietę dotyczącą warunków socjoekonomicznych, zadowolenia z wybranego kierunku studiów oraz planów zawodowych po ich zakończeniu. Zarówno Inwentarz Depresji Becka, jak i ankietę studenci wypełniali anonimowo.

Metody statystyczne

Opis statystyczny cech o rozkładach ciągłych obejmował wyznaczenie wartości średnich i odchyłeń standardowych oraz określenie zakresu zmienności poprzez podanie wartości skrajnych w rozkładzie empirycznym. Cechy skategoryzowane prezentowano w postaci szeregów rozdzielczych. Ponieważ rozkład wartości wskaźnika (inwentarza) depresji Becka istotnie odbiegał od rozkładu normalnego, wykorzystano testy nieparametryczne oparte na rangowaniu danych pomiarowych. W przypadkach dychotomicznego podziału badanej grupy (porównywanie dwóch rozkładów BDI) stosowano test U Manna-Whitneya. Przy porównywaniu większej liczby rozkładów BDI stosowano nieparametryczną statystyką ANOVA Kruskala-Wallis. Wartości testów i współczynników na poziomie $p < 0,05$ przyjęte zostały za statystycznie istotne. Wszystkie obliczenia statystyczne wykonano z użyciem pakietu STATISTICA 10 PL firmy StatSoft.

Wyniki

Nastój badanych osób oceniany według Inwentarza Depresji Becka wahał się w granicach 0-33 pkt ze średnią 9,26 pkt i odchyleniem standardowym 6,32 pkt. Rozkład tak ocenianego nastroju wykazywał wyraźną skośność (ryc. 1).

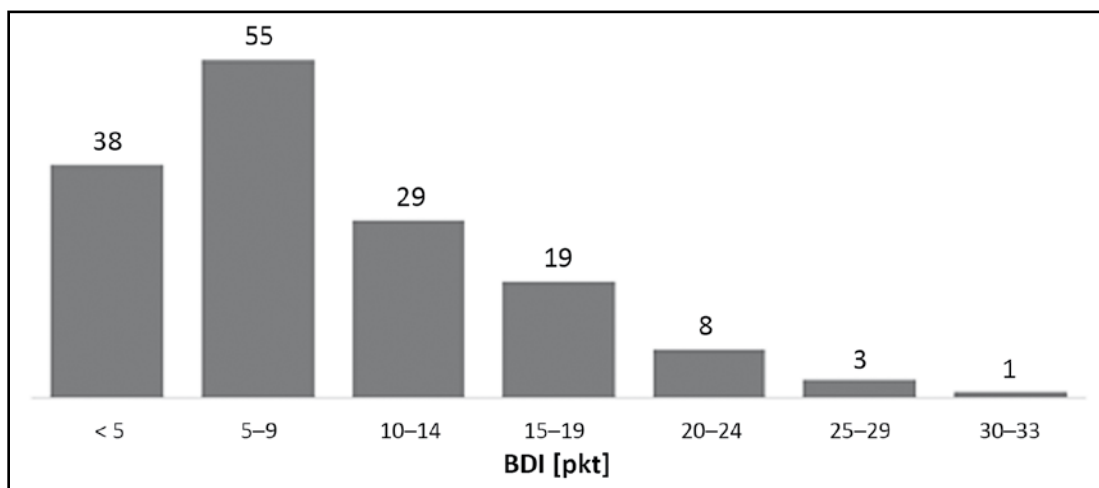
The intensity of mood disorder was evaluated with Beck Depression Inventory (BDI) composed of 21 questions. The results have a screening nature and they are not tantamount to clinical diagnosis. The subjects were asked to specify their age, sex and mode of education. In addition, there was a survey on the socio-economic conditions, satisfaction with chosen field of study and professional plans after graduation. The Beck Depression Inventory and the survey were anonymous.

Statistical methods

The statistical description of features with continuous distribution covered mean values and standard deviations as well as determination of the range of variation through extreme values in empirical distribution. The categorized features were presented in the form of stem-and-leaf display. Since the value of Beck depression indicator (inventory) deviated from normal distribution, nonparametric tests based on ranking of measurement data were used. Mann-Whitney U test was used for dichotomous division of the sample group (comparison of two BDI distributions). For comparison of a larger number of BDI distributions the authors used Kruskal-Wallis ANOVA nonparametric statistics. Test values and coefficients of $p < 0.05$ were deemed statistically significant. All statistical calculations were based on STATISTICA 10 PL by StatSoft.

Results

The mood of the individuals covered by the study was assessed according to the Beck Depression Inventory. The scores ranged between 0-33 points, with a mean score of 9.26 points, and standard deviation of 6.32 points. There was evident skewness in the distribution of mood evaluated in this manner (fig. 1).



Ryc. 1. Rozkład nastroju w badanej grupie w skali depresji Becka
 Fig. 1. Distribution of mood in the sample group according to Beck depression scale

Zgodnie z przyjętym podziałem skali Becka można stwierdzić, że u większości badanych osób (71%) nastrój nie wykazywał zaburzeń. U 21% osób odnotowano objawy depresyjne o umiarkowanym nasileniu. Poważne objawy depresji wystąpiły u 12 osób (8% badanej grupy) (tab. 2).

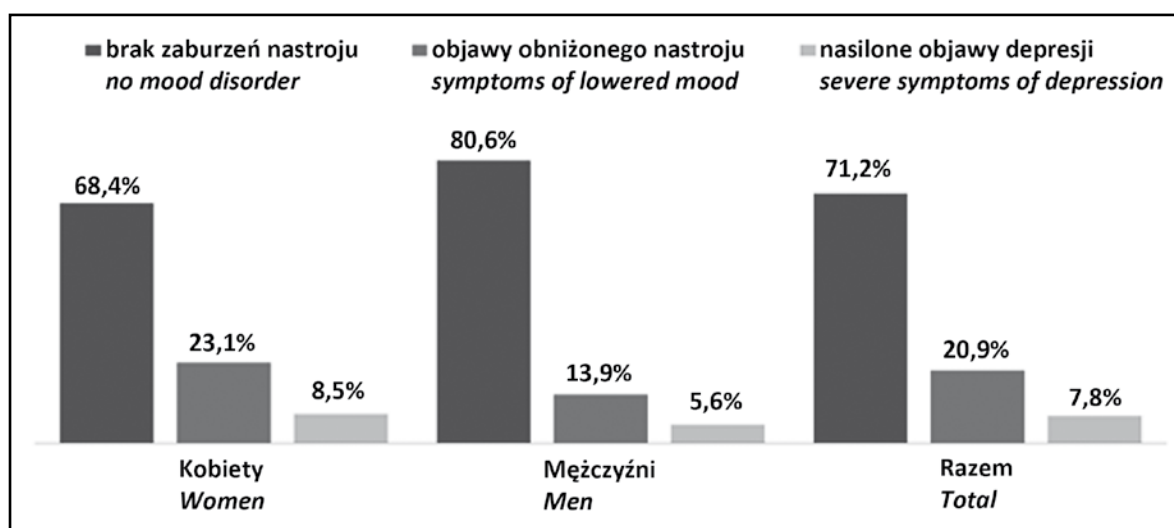
According to the adopted division of Beck scale, one may conclude that the majority of respondents (71%) had no mood disorders. 21% of the respondents were found to have moderate depressive symptoms. Serious symptoms of depression were found in 12 individuals (8% of the sample group) (tab. 2).

Tabela 2. Ocena nastroju badanych osób w skali depresji Becka
 Table 2. Assessment of the mood of respondents according to Beck depression scale

Ocena nastroju Mood assessment	BDI	n	[%]
Nasilone objawy depresji Severe symptoms of depression	> 19	12	8

Przypadków obniżonego nastroju lub nasilonych objawów depresji (BDI > 11 pkt) było więcej w grupie kobiet (ryc. 2). Stwierdzone zróżnicowanie płciowe okazało się statystycznie istotne (tab. 3).

There were more instances of lowered mood or serious symptoms of depression (BDI > 11 points) among women (fig. 2). The variation in terms of sex proved to be statistically significant (tab. 3).



Ryc. 2. Klasyfikacja nastroju respondentów w skali depresji Becka w zależności od płci
 Fig. 2. Classification of the mood of respondents according to Beck depression scale depending on sex

Tabela 3. Zależność nastroju badanych studentów od płci w skali depresji Becka
 Table 3. The association between the mood of respondents and sex according to Beck depression scale

Grupa płciowa Sex	BDI [pkt]		Test U Manna–Whitneya Mann–Whitney U test	
	Średnia (± SD) Mean (± SD)	Z	p	
Kobiety Female	9,79 (± 6,50)	1,96	0,0496*	
Mężczyźni Male	7,56 (± 5,45)			

* Różnice statystycznie istotne przy $p < 0,05$
 * Statistically significant differences at $p < 0.05$

Tylko 6 osób (4% badanej grupy – ryc. 3) uczęszczało na studia niestacjonarne, dlatego w dalszej analizie połączono tę grupę osób z grupą osób studiujących zaocznie. Wprawdzie średnia wartość BDI była wyższa w grupie studiujących niestacjonarnie lub zaocznie, ale nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności poziomu nastroju od rodzaju studiów (tab. 4).

Only 6 individuals (4% of the sample group – fig. 3) were extramural students which is why in further analysis they were incorporated into the group of part-time students. The mean value of BDI was higher among extramural and part-time students, but no statistically significant difference was found between mood and the mode of education (tab. 4).

Tabela 4. Zależność nastroju ankietowanych od rodzaju studiów w skali depresji Becka
 Table 4. The association between the mood of respondents and the mode of education according to Beck depression scale

Rodzaj studiów Mode of education	n	BDI [pkt]		Test U Manna–Whitneya Mann–Whitney U test	
		Średnia (± SD) Mean (± SD)	Z	p	
Stacjonarne Full-time	117	8,91 (± 6,30)	1,41	0,1594	
Niestacjonarne/zaoczne Extramural/part-time	36	10,42 (± 6,35)			

Mimo że 76% badanych osób studiowało stacjonarnie, to dla 75% badanej grupy (114 osób) Wrocław nie był miastem rodzinnym. Średni poziom nastroju w skali Becka był istotnie niższy w grupie osób, dla których Wrocław nie był miastem rodzinnym, od średniego nastroju w grupie osób, które mieszkały stale we Wrocławiu (tab. 5).

Although 76% of the respondents were full-time students, for 75% of the sample group (114 individuals) Wrocław was not a home town. The mean mood level according to Beck scale was significantly lower among the individuals who did not come Wrocław compared to the mean mood level of respondents for whom Wrocław was a place of permanent residence (tab. 5).

Tabela 5. Zależność nastroju badanych osób od tego, czy Wrocław był, czy też nie był ich miastem rodzinnym, w skali depresji Becka
 Table 5. The association between the mood of respondents and the fact whether or not Wrocław was their home town, according to Beck depression scale

Wrocław jest rodzinnym miastem Wrocław is a home town	n	BDI [pkt]		Test U Manna–Whitneya Mann–Whitney U test	
		Średnia (± SD) Mean (± SD)	Z	p	
Nie No	114	9,66 (± 6,00)	1,99	0,0468*	
Tak Yes	39	8,13 (± 7,15)			

* Różnice statystycznie istotne przy $p < 0,05$
 * Statistically significant differences at $p < 0.05$

Średni poziom nastroju studentów i studentek regularnie podejmujących aktywność fizyczną co najmniej dwa razy w tygodniu był istotnie lepszy od osób mniej aktywnych fizycznie (tab. 6).

The mean mood level of students who regularly engaged in physical activity at least twice a week was significantly higher compared to students who were less active (tab. 6).

Tabela 6. Zależność nastroju respondentów od regularnej aktywności fizycznej w skali depresji Becka
 Table 6. The association between the mood of respondents and regular physical activity according to Beck depression scale

Regularna aktywność fizyczna Regular physical activity	n	BDI [pkt]		Test U Manna–Whitneya Mann–Whitney U test	
		Średnia (±SD) Mean (±SD)	Z	p	
Nie No	54	10,63 (6,53)	2,05	0,0403*	
Tak Yes	99	8,53 (6,12)			

* Różnice statystycznie istotne przy $p < 0,05$
 * Statistically significant differences at $p < 0.05$

Im gorsza była sytuacja finansowa według badanych osób, tym gorszy okazywał się nastrój oceniany w skali depresji Becka. Zaobserwowanej tendencji nie można jednak uznać za statystycznie istotną przy $p < 0,05$ (tab. 7).

The more difficult the financial situation of the respondents, the worse was their mood assessed according to Beck depression scale. However, this tendency could not be deemed statistically significant at the adopted level of $p < 0.05$ (tab. 7).

Tabela 7. Zależność nastroju badanych osób od subiektywnie ocenianej własnej sytuacji finansowej w skali depresji Becka
 Table 7. The association between the mood of respondents and their subjectively viewed financial situation according to Beck depression scale

Ocena własnej sytuacji finansowej <i>Evaluation of one's own financial situation</i>	n	BDI [pkt]		Test ANOVA Kruskala–Wallisa <i>Kruskal–Wallis ANOVA test</i>	
		Średnia (± SD) <i>Mean (± SD)</i>	H	p	
Dobra <i>Good</i>	59	8,10 (± 6,19)	4,81	0,0901	
Zadowolająca <i>Satisfactory</i>	84	9,89 (± 6,20)			
Zła <i>Bad</i>	10	10,90 (± 7,65)			

Studentów podejmujących pracę zarobkową charakteryzował lepszy nastrój niż osoby nedorabiające podczas studiów. Również zaobserwowanej tendencji nie można uznać za statystycznie istotną (tab. 8).

The students who had a paid job were characterised by a better mood compared to those who did not earn any extra money. This tendency, too, cannot be deemed statistically significant (tab. 8).

Tabela 8. Zależność nastroju ankietowanych od częstości podejmowania pracy zarobkowej w skali depresji Becka
 Table 8. The association between the mood of respondents and frequency of taking paid jobs according to Beck depression scale

Podejmowanie pracy zarobkowej <i>Paid job</i>	n	BDI [pkt]		Test ANOVA Kruskala–Wallisa <i>Kruskal–Wallis ANOVA test</i>	
		Średnia (± SD) <i>Mean (± SD)</i>	H	p	
Nigdy <i>Never</i>	15	10,27 (± 5,81)	1,30	0,5227	
Sporadycznie <i>From time to time</i>	65	9,51 (± 5,56)			
Często <i>Often</i>	73	8,85 (± 6,26)			

Wyraźna większość badanych deklarowała, że ma bliską, zaufaną osobę (138 respondentów = 90% badanej grupy). Osoby te charakteryzowały się lepszym nastrojem niż ankietowani niemający takiej osoby. Różnica średnich ocen nastroju w tych grupach jest jednak zbyt mała, by można ją uznać za statystycznie istotną (tab. 9).

The vast majority of the respondents declared that they have a close relative or friend (138 respondents = 90% of the sample group). They were characterised by a better mood compared to those who did not have any close relative or friend. The difference in the mean mood levels in the groups was insufficient to be deemed statistically significant (tab. 9).

Tabela 9. Zależność nastroju badanych osób od posiadania lub nieposiadania osoby, z którą mogą szczerze porozmawiać o swoich sprawach, w skali depresji Becka
 Table 9. The association between the mood of respondents and whether or not they had a close relative or friend with whom they could talk about their problems, according to Beck depression scale

Posiadanie osoby, z którą można szczerze porozmawiać o swoich sprawach <i>Having a close person with whom one can talk about personal problems</i>	n	BDI [pkt]		Test U Manna–Whitneya <i>Mann–Whitney U test</i>	
		Średnia (± SD) <i>Mean (± SD)</i>	Z	p	
Tak <i>Yes</i>	138	9,12 (± 6,25)	0,88	0,3800	
Nie <i>No</i>	14	10,93 (± 7,24)			

Zamiar skorzystania albo nieskorzystania w razie potrzeby z pomocy psychologa lub terapeuty nie miał istotnego wpływu na średni poziom nastroju badanych osób (tab. 10).

The intention or no intention to use support of a psychologist or therapist proved insignificant for the mean mood level of respondents (tab. 10).

Tabela 10. Zależność nastroju respondentów od zamiaru skorzystania albo nieskorzystania w razie problemów osobistych z pomocy psychologa lub terapeuty w skali depresji Becka
 Table 10. The association between the mood of respondents and the intention or no intention to use the support of a psychologist or therapist in case of personal problems, according to Beck depression scale

Czy w razie problemów osobistych skorzystałbyś/skorzystałabyś z pomocy psychologa lub terapeuty? Would you refer to a psychologist or therapist in case of personal problems?	n	BDI [pkt]		Test U Manna–Whitneya Mann–Whitney U test	
		Średnia (± SD) Mean (± SD)	Z	p	
Tak Yes	82	9,04 (± 6,59)	0,74	0,4600	
Nie No	70	9,57 (± 6,08)			

Istotne znaczenie dla nasilenia objawów depresji miało zadowolenie z wybranego kierunku studiów (tab. 11).

The satisfaction with chosen field of study proved significant for intensity of depressive symptoms (tab. 11).

Tabela 11. Zależność nastroju ankietowanych od zadowolenia lub niezadowolenia z wybranego kierunku studiów w skali depresji Becka
 Table 11. The association between the mood of respondents and satisfaction with chosen field of study according to Beck depression scale

Czy jesteś zadowolony/zadowolona z wybranego kierunku studiów? Are you satisfied with the chosen field of study?	n	BDI [pkt]		Test U Manna–Whitneya Mann–Whitney U test	
		Średnia (± SD) Mean (± SD)	Z	p	
Tak Yes	111	8,45 (± 5,76)	2,20	0,0281*	
Nie No	39	11,23 (± 7,24)			

* Różnice statystycznie istotne przy p < 0,05
 * Statistically significant differences at p < 0.05

Aż 81% badanych studentów (123 osoby) źle oceniali swoje przygotowanie do zawodu po studiach. Niemniej nie miało to istotnego wpływu na ich średni nastrój określany w skali Becka (tab. 12).

As many as 81% of the respondents (123 individuals) viewed their preparation to enter the profession after graduation in a negative way. Nonetheless, it did not have a significant effect on their mood assessed according to Beck scale (tab. 12).

Tabela 12. Zależność nastroju badanych osób od opinii na temat jakości przygotowania do zawodu fizjoterapeuty po studiach w skali depresji Becka
 Table 12. The association between the mood of respondents and their opinion on being prepared to practise the profession of physiotherapist after graduation, according to Beck depression scale

Czy studia dobrze przygotowały Cię do pracy w zawodzie fizjoterapeuty? Did the university course prepare you well to practise the profession of a physiotherapist?	n	BDI [pkt]		Test U Manna–Whitneya Mann–Whitney U test	
		Średnia (± SD) Mean (± SD)	Z	p	
Nie No	123	9,37 (± 6,09)	0,64	0,5244	
Tak Yes	29	9,07 (± 7,34)			

Mimo złej opinii na temat swego przygotowania do zawodu zdecydowana większość badanych zamierzała pracować w zawodzie fizjoterapeuty po ukończeniu studiów. Pozostałych wprawdzie charakteryzował nieco niższy średni poziom nastroju, ale różnica średnich nie była statystycznie istotna (tab. 13). Decyzja o podejmowaniu lub niepodejmowaniu pracy w zawodzie fizjoterapeuty po studiach nie miała istotnego wpływu na poziom nastroju badanych osób.

In spite of the poor opinions on preparation to practise the profession, the majority of the respondents intended to practise the profession of physiotherapist after graduation. The other respondents were characterised by slightly lower mood, but the difference in mean values was not statistically significant (tab. 13). The decision whether to enter or not enter the profession of physiotherapist after graduation did not have a significant effect on the mood of the respondents.

Tabela 13. Zależność nastroju respondentów od zamiaru podejmowania lub niepodejmowania pracy fizjoterapeuty po zakończeniu studiów w skali depresji Becka

Table 13. The association between the mood of respondents and the intention to enter or not enter the profession of physiotherapist after graduation, according to Beck depression scale

Czy zamierzasz po studiach pracować w zawodzie fizjoterapeuty? <i>Do you intend to work as a physiotherapist after graduation?</i>	n	BDI [pkt]		Test U Manna–Whitneya <i>Mann–Whitney U test</i>	
		Średnia (± SD) <i>Mean (± SD)</i>	Z	p	
Tak Yes	138	9,09 (± 6,04)	0,56	0,5780	
Nie No	15	10,93 (± 8,60)			

Wyjazd z Polski po studiach przewidywało 35% badanych. Decyzja ta nie miała związku z nasileniem objawów depresyjnych (tab. 14).

35% of the respondents anticipated that they will leave Poland after graduation. The decision was in no way associated with aggravation of depressive symptoms (tab. 14).

Tabela 14. Zależność nastroju ankietowanych od planowania lub nieplanowania wyjazdu z Polski po ukończeniu studiów w skali depresji Becka

Table 14. The association between the mood of respondents and plans to leave Poland after graduation according to Beck depression scale

Czy zamierzasz po studiach wyjechać z Polski? <i>Do you intend to leave Poland after graduation?</i>	n	BDI [pkt]		Test U Manna–Whitneya <i>Mann–Whitney U test</i>	
		Średnia (± SD) <i>Mean (± SD)</i>	Z	p	
Nie No	97	9,15 (± 6,56)	0,23	0,8147	
Tak Yes	53	9,15 (± 5,80)			

Dyskusja

Coraz częstsze występowanie depresji wzbudza uzasadniony niepokój w środowisku medycznym. Ze względu na rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych w populacji ogólnej oraz rangę problemu badania nastroju prowadzone są także wśród młodzieży akademickiej. W latach 1979-1982 zaburzenia depresyjne były zjawiskiem rzadkim wśród młodych osób [18], ale już wyniki badań przeprowadzonych w latach 1990-1991 w populacji studentów łódzkich uczelni wykazały występowanie stanów depresyjnych, utrudniających prawidłowe funkcjonowanie u znacznego odsetka tej grupy. Objawy depresji stwierdzono u około 6% studentów akademii medycznej oraz u 15,5% studentów wyższych szkół artystycznych [10]. W 1998 r. przebadano 92 studentów Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Objawy obniżonego nastroju odnotowano u 25% badanych [5]. W 2004 r. ponownie badaniom poddano studentów uczelni w Łodzi, w tym uniwersytetu medycznego, politechniki i uniwersytetu łódzkiego. Depresję zaobserwowano u 22% respondentów. Najbardziej niepokojące wyniki uzyskano wśród studentów II roku medycyny. Wysokie nasilenie objawów depresji wystąpiło u około 30% osób [16]. Z tego samego roku pochodzą doniesienia z Krakowa, gdzie grupę badaną stanowiło łącznie 450 studentów. Depresję stwierdzono u 19,3% studentów Uniwersytetu Jagiellońskiego, u 22% studentów Akademii Pedagogicznej w Krakowie i 24,4% studentów Politechniki Krakowskiej [18]. Rok później przeprowadzono badania wśród studentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku. Badana grupa obejmowała 206 osób – studentów I i IV roku. Objawy depresji odnotowano u 15,5% bada-

Discussion

The growing incidence of depression raises well-founded alarm in medical circles. Due to widespread presence of depressive disorders in general population and the significance of the problem, mood studies are conducted also among university students. In 1979-1982 depressive disorders were a rare occurrence among young people [18] but the results of studies conducted in 1990-1991 on a population of students of Łódź universities pointed to the presence of depressive episodes that disrupted proper function in a significant percentage of the group. Symptoms of depression were found in around 6% of students of Medical University and 15.5% of students of artistic schools [10]. In 1998 a study conducted on 92 students of the Faculty of Medicine of the Medical University of Silesia in Katowice revealed that 25% of the respondents suffer from lowered mood [5]. In 2004 a new study on the students of universities based in Łódź, including the Medical University, University of Technology and the University of Łódź, was conducted. Depression was found in 22% of the respondents. The results were most alarming for second-year students of medicine. Around 30% of the individuals experienced severe symptoms of depression [16]. In the same year a similar study was conducted on a group of 450 students from Cracow. 19.3% of the students of the Jagiellonian University, 22% of the Pedagogical University of Cracow and 24.4% of the students of Cracow University of Technology were found to have depression [18]. A year later students of the Faculty of Medicine of Medical University of Gdańsk were subject to a study. The sample group included 206 individuals – first- and fourth-year students. Symptoms of depression

nej populacji [17]. W 2014 r. badaniami objęto 298 studentów Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego oraz Olsztyńskiej Szkoły Wyższej w Olsztynie. Wykazano, że co ósmy student narażony jest na wystąpienie zaburzeń nastroju [4].

Jak wynika z przeglądu dostępnych wyników badań, rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży akademickiej okazuje się bardzo wysokie. Problem zaburzeń nastroju w środowisku akademickim jest zjawiskiem poważnym, wymagającym dalszej obserwacji, analizy i interwencji. Potwierdzają go również wyniki przeprowadzonych badań własnych. Wśród 153 studentów Wydziału Fizjoterapii AWF we Wrocławiu 21% badanej grupy wykazywało objawy obniżonego nastroju, a 8% – nasilone objawy depresji. Liczby te co roku wzrastają. Na podstawie wcześniejszego badania, przeprowadzonego w 2007 r. w grupie 483 studentów tej samej uczelni, zaobserwowano, że objawy obniżonego nastroju dotyczyły 20% respondentów, a zaburzenia nastroju o znacznym nasileniu – 5% badanej grupy [19].

Analizowano również zależność między występowaniem objawów depresyjnych a płcią. Rezultaty badań pokazują, że grupą bardziej narażoną na pojawienie się zaburzeń depresyjnych są kobiety. Obniżony nastrój lub nasilone objawy depresji wykazano w przypadku 31,6% kobiet i 19,5% mężczyzn. Najczęściej zgłaszanymi objawami obniżonego nastroju wśród studentów fizjoterapii były obawy o przyszłość, trudności z podejmowaniem decyzji, nerwowość i rozdrażnienie, zmiany masy ciała, obwinianie siebie. Szczepańska i wsp. [19] dodają do tego negatywną ocenę własnego wyglądu, poczucie smutku i przygnębienia, trudności z motywacją oraz obawy o własne zdrowie. Gruszczyński i wsp. [6] wskazują na wyczerpanie psychofizyczne, obniżony nastrój, zaburzenia snu, stany lękowe, myśli suicydalne oraz zaburzenia miesiączkowania u kobiet. Z badań Białkowskiej i wsp. [4] wynika, że aż 3,6% ankietowanych kobiet i 2,9% mężczyzn każdego dnia myśli o samobójstwie. W grupie tej największym powodem wystąpienia zaburzeń nastroju i myśli samobójczych okazały się problemy finansowe. Z badań Gruszczyńskiego i wsp. [6] wynika, że o śmierci myśli aż 10% ankietowanych kobiet. Według Kowalewskiego [18] myśli samobójcze dotyczą 2,9% studentów Uniwersytetu Jagiellońskiego, 4,1% Akademii Pedagogicznej w Krakowie i 6,3% studentów Politechniki Krakowskiej. Na wydziale fizjoterapii wrocławskiej AWF wskaźnik ten był wyższy i wynosił aż 8%. Po przeprowadzeniu badań studentów fizjoterapii w 2007 r. wykazano, że 5,8% badanych myśli o śmierci, natomiast 1% deklaruje jednoznaczny zamiar popełnienia samobójstwa [19]. Powyższe wyniki potwierdzają istotność problemu zaburzeń nastroju wśród studentów i konieczność jak najszybszego podjęcia odpowiednich działań, wsparcia ze strony uczelni oraz wprowadzenia czynności z zakresu profilaktyki oraz psychoedukacji.

Jako uzupełnienie danych uzyskanych w Inwentarzu Depresji Becka przeprowadzono ankietę dotyczącą czynników związanych z obecnością zaburzeń nastroju. Na podstawie jej wyników za czynnik współwystępujący z objawami obniżonego nastroju uznano między innymi niezadowolenie z wybranego kierunku studiów. Nastrój depresyjny może być reakcją na niewłaściwie podjętą decyzję dotyczącą wyboru kierunku kształcenia. Prawdopodobnie ma to związek z poczuciem złego przygotowania do wykonywanego zawodu, które zgłasza aż 81% respondentów. Biorąc pod uwagę to, że grupę badaną stanowiły osoby kończące edukację na uczelni, można przypuszczać, że niezadowolenie z własnych kompetencji generuje obawy dotyczące przyszłej pracy zawodowej. Czynnikiem depresyjnym może być także zmiana ról społecznych, która następuje po zakończeniu nauki. Przypuszczenia te potwierdza wzrost

were found in 15.5% of the population [17]. In 2014 researchers conducted a study that covered 298 students of the University of Warmia and Mazury and Olsztyn University School in Olsztyn. It was found that one in eight students suffers from mood disorders [4].

The available results of research suggest that depressive disorders among university students are quite common. The presence of mood disorders in academic circles is a serious problem that requires further observation, analysis and intervention. The problem was confirmed by original research conducted by the authors. Out of the group of 153 students of the Faculty of Physiotherapy of University School of Physical Education in Wrocław 21% were found to have symptoms of lowered mood while 8% had severe symptoms of depression. The percentage is growing every year. Earlier research study conducted in 2007 on a group of 483 students of the same university demonstrated that 20% of the respondents suffered from lowered mood and 5% had serious mood disorders [19].

The association between the presence of depressive symptoms and the sex was subject to analysis. The results of research indicate that women are at a greater risk of development of depressive disorders. Lowered mood or severe symptoms of depression were identified in 31.6% of women and 19.5% of men. The most common symptoms of lowered mood reported by students of physiotherapy were fears for future, difficulties in making decisions, restlessness and irritability, weight fluctuations, blaming oneself. Szczepańska et al. [19] added the negative view of one's external appearance, feeling of sadness and dejection, difficulties with motivation and fears about one's health. Gruszczyński et al. [6] pointed to physical and mental fatigue, lowered mood, sleeping problems, anxiety, suicidal thoughts and menstrual disorders in women. The results of a study conducted by Białkowska et al. [4] indicated that as many as 3.6% of surveyed women and 2.9% of men think about suicide every day. Financial problems proved to be the most common cause of mood disorders and suicidal thoughts in the group. The results of study conducted by Gruszczyński et al. [6] revealed that 10% of surveyed women thought about death. According to Kowalewski [18] suicidal thoughts accompanied 2.9% of students of the Jagiellonian University, 4.1% of the students of the Pedagogical University of Cracow and 6.3% of students of the Cracow University of Technology. The indicator was even higher for students of the Faculty of Physiotherapy of University School of Physical Education in Wrocław where it reached 8%. According to the results of the study conducted on physiotherapy students in 2007, 5.8% of the group thought about death and 1% openly declared their intention to commit suicide [19]. The above results confirm the significance of the problem of mood disorders among university students and the need to introduce appropriate actions, ensure support of the university and implement preventive measures and psychoeducation.

In order to complete the data acquired by means of Beck Depression Inventory, the authors conducted a survey on the factors associated with presence of mood disorders. On the basis of the results it was found that a factor that accompanies symptoms of lowered mood is dissatisfaction with chosen field of study. Depressive mood may result from wrong decision on the chosen field of study. It is probably associated with the sense of being unprepared to enter the profession, reported by as many as 81% of the respondents. Since the sample group was composed of individuals that would soon graduate from university, one may assume that dissatisfaction with one's own skills generated fears about the future in the profession. Another depressogenic factor is

odsetka osób z depresją na wyższych latach studiów. Podobną zależność dostrzeżono w pracach innych autorów. Uwzględniając rezultaty badań oraz znajomość rynku pracy i środowiska studenckiego, Wilczewska [3] wnioskuje, że depresja i lęk występujące u studentów pedagogiki mogą być wynikiem obaw związanych ze znalezieniem pracy po studiach.

Innym czynnikiem wpływającym na obecność objawów depresji jest zła sytuacja ekonomiczna badanych. Im własna sytuacja finansowa w ocenie badanych osób była gorsza, tym gorszy okazywał się nastrój oceniany w skali depresji Becka. Zależność tę potwierdzają wyniki badań Szczepańskiej i wsp. [8]. Białkowska i wsp. [4] za największy czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń depresyjnych również uznali problemy finansowe. Badania Marka i wsp. [17] nie potwierdzają tej tendencji. Większość przebadanych przez autorów studentów oceniało swoją sytuację finansową jako dobrą, niezależnie od wyniku uzyskanego w skali depresji. Kolejna kwestia związana z sytuacją finansową dotyczy podejmowania pracy zarobkowej przez studentów w trakcie studiów. Najlepsze samopoczucie stwierdzono w grupie osób, które często podejmowały pracę zarobkową, natomiast najgorsze – w grupie osób niepodejmujących pracy. Podczas swoich badań Szczepańska i wsp. [8] zaobserwowali, że wśród studentów starszych roczników osoby depresyjne zdecydowanie rzadziej pracowały i zarabiały. W grupie tej aż 27% badanych zgłaszało, że ich sytuacja finansowa jest zła. Pracę zarobkową podejmowali częściej studenci bez zaburzeń depresyjnych, którzy w 91% utrzymywali, że ich sytuacja ekonomiczna jest dobra.

Rezultaty przeprowadzonych badań wskazują także na statystycznie istotny związek między depresyjnością studentów a aktywnością fizyczną. Spośród respondentów 65% zadeklarowało, że regularnie, minimum dwa razy w tygodniu, podejmuje aktywność fizyczną. W grupie tej samopoczucie było lepsze niż u osób mniej aktywnych fizycznie. W porównaniu z wynikami badań na Wydziale Fizjoterapii AWF we Wrocławiu w 2007 r. zauważyć można, że odsetek osób aktywnych fizycznie istotnie wzrósł. Wtedy regularną aktywność deklarowało tylko 40% badanych studentów [8]. Wzrost ten może być efektem większej świadomości korzyści, jakie płyną z podejmowania regularnego wysiłku fizycznego. Jest to prawidłowa tendencja, zważywszy, że badaniami objęto studentów AWF, których cechować powinien aktywny tryb życia. Ponadto studenci wydziału fizjoterapii są w pewnym stopniu zobowiązani do szerzenia aktywności fizycznej wśród swoich pacjentów.

Czynnikiem, który również brano pod uwagę, przeprowadzając analizę, było miejsce zamieszkania studentów. Dla 75% ankietowanych Wrocław nie był miastem rodzinnym. Zauważono, że w grupie tej średni poziom zaburzeń nastroju był wyższy w porównaniu z poziomem osób pochodzących z Wrocławia. Studenci pochodzący z Wrocławia najczęściej mieszkają w domu rodzinnym, korzystają z pomocy i wsparcia rodziców. Osoby, dla których Wrocław nie jest rodzinnym miastem, muszą się w pewnym stopniu usamodzielniać, także finansowo, już w trakcie studiów. W konsekwencji mogą one czuć się przeciążone zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Tezy tej nie potwierdzają wyniki badań wykonanych w Akademii Medycznej w Gdańsku, gdzie objawy depresji występowały najczęściej w grupie osób mieszkających z rodzicami [17]. Rezultaty badań prowadzonych na Wydziale Fizjoterapii AWF we Wrocławiu w 2007 r. również nie wykazały związku między depresyjnością a miejscem pochodzenia badanych studentów [8].

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych stwierdzono, że czynnikiem mogącym mieć większy wpływ

probably the change of social roles that happens after graduation. These assumptions are confirmed by the increased percentage of individuals with depression at final years of education. A similar association was observed by other researchers. In the context of the results of research, the situation on the job market and the student circles, Wilczewska [3] concluded that depression and anxiety among students of pedagogy may result from fears about finding a job after graduation.

Another factor that determines the presence of depression is bad financial situation of the respondents. The worse the situation in the respondents' estimation, the lower the mood assessed on Beck depression scale. The association was confirmed by the results of research conducted by Szczepańska et al. [8]. Białkowska et al. [4] found that financial problems are the most common risk factor for depressive disorders. Marek et al. [17] did not confirm this tendency. The majority of students examined by the authors declared their financial situation to be good, regardless of the score on depression scale. Another issue associated with financial situation refers to engaging in gainful activities in the course of university education. Those who often engaged in gainful activities were found to have the best mood, while those who did not take any jobs had the lowest mood. In their study Szczepańska et al. [8] observed that senior students with depression were less likely to work and earn money. 27% of the group reported that their financial situation is bad. Students with no depressive disorders were more likely to engage in gainful activities – 91% of them declared their financial situation to be good.

The results of research point to statistically significant relation between depression in students and physical activity. 65% of the respondents declared that they exercise regularly, at least twice a week. The group was characterised by a better mood compared to individuals who were less active. One can note that in comparison to the results of research conducted in the Faculty of Physiotherapy of University School of Physical Education in Wrocław in 2007 the percentage of people who engage in physical activity has increased. At the time, only 40% of students declared that they regularly do exercise [8]. The increase might have been caused by greater awareness of the benefits arising from regular physical exercise. It is a natural tendency considering the fact that the study covered students of University School of Physical Education who are expected to lead an active lifestyle. In addition, in a way, students of physiotherapy are expected to promote active lifestyle among their patients.

Another factor taken into consideration in the analysis was place of residence of the students. Wrocław was not a home town to 75% of the respondents. It has been observed that the mean mood disorder level in the group was higher compared to those who came from Wrocław. The students for whom Wrocław was a home town usually lived at their family homes and used the support of their parents. Those who did not come from Wrocław in a way had to become independent, also in terms of finances, during their studies. As a consequence, they can feel physical and mental overload. The theory was not proved by a study conducted at Medical University of Gdańsk where symptoms of depression were more common among people who still lived with their parents [17]. The results of research conducted at the Faculty of Physiotherapy of University School of Physical Education in 2007 did not indicate any relation between depression and place of origin of the students covered by the study [8].

na nastrój niż miejsce zamieszkania jest posiadanie bliskiej osoby. Zdecydowana większość respondentów (90%) deklaruje posiadanie bliskiej osoby, z którą może porozmawiać o swoich problemach. Grupa ta charakteryzowała się lepszym nastrojem niż studenci, którzy takiej osoby nie mieli. Osoby z zaburzeniami depresyjnymi częściej cierpią z powodu poczucia osamotnienia i izolacji. Szczepańska i wsp. [8] odnotowali, że 19% studentów z zaburzeniami depresyjnymi twierdziło, że w ich otoczeniu nie ma osoby, z którą można szczerze porozmawiać. Przy tym 83% badanych, u których wystąpiły zaburzenia nastroju, deklaruje, że w razie problemów osobistych skorzystałoby z pomocy specjalisty. Jak wskazują autorzy, szczególnie ważne jest, by w przypadku braku zrozumienia i wsparcia ze strony bliskich zwrócić się o pomoc do psychologa, psychiatry lub psychoterapeuty. Podstawowym problemem w terapii zaburzeń depresyjnych jest to, że pacjenci nie szukają pomocy u specjalisty. W Polsce wciąż zbyt często korzystanie z niej uważa się za oznakę słabości. Uwzględniając to, jak niebezpieczna w skutkach może być nieleczona depresja, należy podkreślić, że jest to zjawisko bardzo niepokojące [8]. Spośród respondentów Wydziału Lekarskiego AWF we Wrocławiu tylko 54% dostrzegało potrzebę korzystania z pomocy specjalisty w momencie rozpoznania u siebie objawów obniżonego nastroju. W doniesieniach pochodzących z Akademii Medycznej w Gdańsku ponad 2/3 osób deklaruje, że w razie zaobserwowania u siebie objawów depresji nie udałoby się po pomoc do psychiatry [17]. Wyniki te są zaskakujące ze względu na to, że badanymi objęto przyszłych lekarzy i fizjoterapeutów, a więc osoby zobligowane, by w swojej pracy zawodowej nakłaniać pacjentów do korzystania z pomocy specjalistów takich jak psycholog, psychiatra czy psychoterapeuta.

Prezentowane wyniki badań własnych sygnalizują, że zdrowie psychiczne studentów Wydziału Fizjoterapii AWF we Wrocławiu nie jest w najlepszym stanie. Niepokój wzbudza to, że osoby mające w przyszłości pracować w obszarze szeroko rozumianej pomocy i terapii już na początku swojej drogi zawodowej doświadczają zaburzeń nastroju i depresji. Ważnym elementem warunkującym powodzenie procesu rehabilitacji jest zdrowie psychiczne fizjoterapeuty. Rehabilitant, który cierpi z powodu obniżonego nastroju, nie będzie skutecznie motywował pacjenta do podjęcia wysiłku lub walki z bólem i zmęczeniem. Osoby poddane fizjoterapii bardzo często potrzebują wsparcia i empatii ze strony personelu medycznego, jednak trudno wymagać tego od osoby, która sama takiej pomocy potrzebuje. Fizjoterapeuta powinien mieć na uwadze zdrowie psychiczne pacjenta. Niestety, jeśli sam cierpi z powodu obniżonego nastroju, nie będzie w stanie skierować swojego pacjenta na odpowiednie leczenie. Nawet dobrze wykwalifikowany fizjoterapeuta cierpiący z powodu depresji nie będzie zatem efektywnie wykonywać swojej pracy. Dlatego ze względu na wysoki odsetek studentów Wydziału Fizjoterapii AWF we Wrocławiu zagrożonych rozwojem zaburzeń depresyjnych ważne jest podjęcie działań zmierzających w kierunku poprawy kondycji psychicznej studentów. Ponieważ prezentowany przegląd piśmiennictwa wskazuje na duże rozpowszechnienie i nasilenie zaburzeń depresyjnych w całej populacji akademickiej, stosowne wydaje się wprowadzanie programów profilaktycznych i edukacyjnych zarówno dla studentów fizjoterapii, jak i innych kierunków. Ponadto wskazane jest prowadzenie poszerzonych badań psychologicznych i diagnostyki przyczyn zaburzeń depresyjnych w grupie młodych osób dorosłych. Ważne jest także prowadzenie dalszych badań dotyczących występowania depresji w środowisku akademickim w celu oszacowania tego zjawiska w skali kraju.

On the basis of the conducted study, it was found that a factor that may have a greater effect on the mood than place of residence is whether or not the subjects have a close relative or friend. The overwhelming majority of the students (90%) declared that they have a close person with whom they can talk about their problems. The group was characterised by a better mood compared to students who did not have anyone close to talk to. People with depressive disorder often feel lonely and isolated. Szczepańska et al. [8] noted that 19% of students with depressive disorders stated that they have no one around to talk to. 83% of the subjects who had mood disorders declared that they would use professional help in case of personal problems. The authors point out that it is extremely important to refer for help to a psychologist, psychiatrist or psychotherapist if one is shown no understanding or support by relatives and friends. The fundamental problem in the treatment of depressive disorders is the fact that patients fail to seek professional help. In Poland it is still considered to be a sign of weakness. Considering the danger arising out of untreated depression, one should stress that this phenomenon is very alarming [8]. Only 54% of the respondents from the Faculty of Medicine of University School of Physical Education in Wrocław saw the need to use professional help in case of symptoms of lowered mood. According to the results of research conducted at the Medical University of Gdańsk, over 2/3 of the respondents declared that they would not refer to a psychiatrist in case of symptoms of depression [17]. The results are surprising as they concern future physicians and physiotherapists, i.e. people obliged to encourage their patients to use the help of specialists such as psychologists, psychiatrists or psychotherapists.

The results of authors' original research indicate that mental health of students of the Faculty of Physiotherapy of University School of Physical Education in Wrocław is far from perfect. The alarming thing is that people who are going to work in healthcare sector in the future, are afflicted by mood disorders and depression at the very beginning of their career. Mental health of a physiotherapist is an important element that determines the success of therapy. A therapist who suffers from lowered mood will not be able to effectively motivate patient to make an effort and fight the pain and fatigue. Patients who undergo physiotherapy often need support and empathy of healthcare professionals, however, it is hard to expect that from someone who needs it themselves. A physiotherapist should care about the mental health of patients. Unfortunately, if the physiotherapist suffers from lowered mood, they will not be able to refer their patients for appropriate treatment. Despite high qualifications, a therapist who suffers from depression will not be able to perform their job effectively. Therefore, considering the large percentage of students of the Faculty of Physiotherapy of University School of Physical Education in Wrocław who are at risk of development of depressive disorders, it is important to introduce actions aimed at improving mental health of the students. Since the presented publications indicate that depressive disorders are very common and serious in populations of university students, the introduction of preventive and educational programmes for physiotherapy and other students seems to be a reasonable solution. Furthermore, introduction of more advanced psychological and diagnostic tests for identification of the causes of depressive disorders in population of young adults is advisable. Further research into depression in academic circles is important to assess the situation in the entire country.

Wnioski

1. Problem zaburzeń nastroju wśród młodzieży akademickiej jest zjawiskiem bardzo niepokojącym, dlatego ważne jest wprowadzanie działań o charakterze prewencyjnym jeszcze w trakcie nauki na uczelni wyższej, szczególnie w przypadku kierunków związanych z pomaganiem innym.
2. Czynniki mające związek z nasileniem objawów depresji to: płeć żeńska, zła sytuacja finansowa i niepodejmowanie pracy zarobkowej w trakcie studiów.
3. Posiadanie bliskiej osoby, z którą można porozmawiać o swoich problemach, oraz regularne podejmowanie aktywności fizycznej są czynnikami protekcyjnymi w rozwoju zaburzeń nastroju.

Conclusions

1. The problem of mood disorders among university students is very alarming, which is why it is essential to introduce preventive actions at the time of university education, specifically such dedicated to students of majors that are associated with helping other people.
2. Factors that are associated with aggravation of symptoms of depression include: female sex, bad financial situation, no gainful activities taken during university education.
3. Having a close relative or friend with whom one can talk about their problems and regular physical activity are protective factors in development of mood disorders.

Piśmiennictwo References

- [1] Wasilewski D., Puzyński S., Ogólnopolska kampania informacyjna „Depresja jest chorobą. Leczyć depresję”. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2001, 1 (1), 19-24.
- [2] Parikh S., Lam R., Definicje, rozpowszechnienie i koszt choroby. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 2003, 2, 13-28.
- [3] Wilczewska A., Samoocena i poziom depresji studentów kierunków pedagogicznych i niepedagogicznych. *Rozprawy Społeczne*, 2013, 7 (1), 109-116.
- [4] Białkowska J., Mroczkowska D., Zomkowska E., Rakowska A., Ocena zdrowia psychicznego studentów na podstawie Skróconego Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta. *Hygeia Public Health*, 2014, 49 (2), 365-369.
- [5] Foltyn W., Nowakowska-Zajdel E., Knopik J., Brodziak A., Wpływ negatywnych doświadczeń z okresu dzieciństwa na występowanie depresji u studentów medycyny – doniesienie wstępne. *Psychiatria Polska*, 1998, 32 (2), 177-186.
- [6] Link-Dratkowska E., Depresja dzieci i młodzieży – podejście poznawczo-behawioralne. *Teoria i terapia. Psychiatria*, 2011, 8 (3), 84-90.
- [7] Fiszer K., Sobów T., Związek umiejscowienia kontroli zdrowia z depresyjnością wśród studentów uczelni medycznej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19 (3), 294-299.
- [8] Szczepańska J., Klin Z., Jaroszevska A., Ciesielski R., Analiza czynników związanych z obecnością objawów depresji wśród studentów Wydziału Fizjoterapii AWF we Wrocławiu. Część 2. *Fizjoterapia*, 2008, 16 (3), 79-88.
- [9] Michalska-Leśniewicz M., Gruszczyński W., Czynniki psychologiczne w depresji. *Psychiatria*. 2010, 7(3), 95-103.
- [10] Gruszczyński W., Zboralski K., Bielawski E., Zespoły depresyjne w populacji studentów uczelni łódzkich. *Zdrowie Psychiczne*, 2008, 39 (1-2), 92-99.
- [11] Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S., Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2009, 18 (1), 43-50.
- [12] Jaeschke R., Siwek M., Grabski B., Dudek D., Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych. *Psychiatria*, 2010, 7 (5), 189-197.
- [13] Świącicki Ł., Depresje – definicja, klasyfikacja, przyczyny. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2002, 2 (3), 151-160.
- [14] Kalinowska S., Nitsch K., Duda P., Trześniowska-Drukała B., Samochowiec J., Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 2013, 59 (1), 32-36.
- [15] Kołodziejek M., Depresja u dzieci i młodzieży: podstawy teoretyczne, psychoterapia poznawczo-behawioralna. *Psychoterapia*, 2008, 2 (145), 15-33.
- [16] Adamiak G., Świątnicka E., Wołodźko-Makarska L., Świtalska M.J., Ocena jakości życia studentów medycyny w zależności od liczby i nasilenia stwierdzonych objawów depresyjnych. *Psychiatria Polska*, 2004, 38 (4), 631-638.
- [17] Marek K., Białoń P., Wichowicz H., Melloch H., Nitka-Siemieńska A., Przesiewowa ocena rozpowszechnienia objawów depresyjnych i lękowych wśród studentów Akademii Medycznej w Gdańsku. *Psychiatria*, 2005, 2 (4), 217-224.
- [18] Kowalewski J., Charakterystyka sytuacji zdrowotnej studentów w aspekcie ich sprawności psychosomatycznej w wybranych uczelniach wyższych Krakowa. *Edukacja*, 2006, 2, 28-35.
- [19] Szczepańska J., Klin Z., Jaroszevska A., Ciesielski R., Zaburzenia nastroju w populacji studentów Wydziału Fizjoterapii AWF we Wrocławiu. Część 1. *Fizjoterapia*, 2008, 16 (3), 69-78.

Adres do korespondencji:
Address for correspondence:
Lilianna Jaworska
al. I.J. Paderewskiego 35
51-612 Wrocław
e-mail: lilianna.jaworska@op.pl

Wpłynęło/Submitted: XII 2014
Zatwierdzono/Accepted: XII 2014