

Wsparcie społeczne a przeciwdziałanie depresji w grupie młodych dorosłych w czasie pandemii COVID-19

Social support against depression in young adults' group during COVID-19 pandemic

Magdalena Gawrych¹, Ewelina Cichoń^{2,3}, Andrzej Kiejna^{2,3}

¹Institut Psychologii, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

²Institut Psychologii, Wyższa Szkoła Bankowa w Toruniu

³Kolegium Studiów Psychologicznych, Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

Summary

Aim. The present study aimed at analyzing the prevalence of depressive symptoms in a group of learning young adults, as well as the social support as a predictor of depression in late adolescence during the COVID-19 pandemic

Method. An online national survey of young adults attending schools was conducted. The semi-structured questionnaire, including a section on sociodemographic data, stressors, needs and sources of support, as well as brief version of the Kutcher Adolescent Depression Scale, was distributed to young Poles. The final sample consisted of 1,500 students aged 18–23. Multivariable logistic regression assessed the relationships between support needs and sources and depressive symptoms.

Results. The support needs that are most commonly reported by young adults are support from loved ones (family, friends) ($n = 843$; 56.2%) and teachers (e.g., care, appreciation) ($n = 603$; 40.2%). Fifty-six per cent of Polish young adults are experiencing significant depressive symptoms (95% confidence interval [CI]: 1.82–13.96). Young adults with no social support had higher KADS score than participants reporting some form of support ($b = 1.794$; 95% BCa CI = 0.659, 2.947). Participants receiving support from mother, both parents and siblings had a lower severity of depressive symptoms, while young people receiving support from father had more severe symptoms.

Conclusions. This study provides initial findings in terms of depressive symptoms and support needs of young adults during the COVID-19 pandemic. It is imperative for mental health services, communities and schools to provide the necessary support to young adults.

Słowa kluczowe: COVID-19, młodzi dorośli, depresja

Key words: COVID-19, young adults, depression

Wstęp

Pandemia COVID-19 wypchnęła setki milionów uczniów różnych poziomów edukacyjnych ze szkół, tym samym stała się przyczyną ich izolacji od przyjaciół i źródeł wsparcia. Wielu młodych ludzi spędziło miesiące na nauce zdalnej, podczas gdy okresy adolescencji i wczesnej dorosłości stanowią krytyczne okresy rozwojowe w obszarze neurobiologicznym, społecznym i emocjonalnym. Pandemia COVID-19 jest czynnikiem powodującym przyrost problemów psychicznych populacji ogólnej, mając równocześnie wpływ na dobrostan psychiczny młodych dorosłych. Mechanizmy wpływu pandemii na ich zdrowie psychiczne są różnorodne. Zmianie uległy codzienne aktywności, pojawiła się nieobecna dotychczas w Polsce nauka zdalna oraz doświadczenie utraty kontaktów społecznych i relacji osobistych. Tym samym zmniejszył się zakres możliwych strategii radzenia sobie. Młodzi dorośli nadal mają potrzebę bliskich relacji z rodzicami, a ich interakcje społeczne odgrywają kluczową rolę jako strategie radzenia sobie i samoregulacji [1]. Wielu autorów [2–4] sugeruje znaczenie rozwijania indywidualnej odporności, elastyczności i umiejętności radzenia sobie w tej grupie uznając, że mogą one pomóc zrównoważyć aktualne i przyszłe psychologiczne skutki pandemii.

Wyniki badań dotyczących wpływu pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne wskazują na wzrost objawów depresyjnych i lękowych [5]. Wysoki odsetek młodych dorosłych doświadczał objawów klinicznych, takich jak depresja, lęk i zespół stresu pourazowego (PTSD). Istotną rolę w utrzymaniu lub pogorszeniu zdrowia psychicznego przypisuje się takim czynnikom jak: samotność, osobiste strategie radzenia sobie, odporność psychiczna, tolerancja na stres i wsparcie rodziny [4, 6–10]. Ye i in. [11] przebadali 7800 studentów (61,53% kobiet, średni wiek 20,54 roku). Analizy wykazały, że w tej grupie związek między stresującymi doświadczeniami związanymi z COVID-19 a ostrym zaburzeniem stresowym może być pośredniczony przez prężność ($\beta = 0,01$, $p < 0,001$), adaptacyjne strategie radzenia sobie ($\beta = 0,02$, $p < 0,001$) oraz wsparcie społeczne ($\beta = 0,01$, $p < 0,001$). Horigian i wsp. [8] przeprowadzili przekrojowe badanie, w którym oceniano związki między samotnością a depresją, lękiem, używaniem alkoholu i narkotyków. Badana grupa składa się z 1008 młodych dorosłych Amerykanów w wieku 18–35 lat, którzy zostali zaproszeni do udziału za pośrednictwem mediów społecznościowych. Wśród badanych 80% populacji zgłosiło istotne objawy depresji, 61 % lęk o nasileniu od umiarkowanego do znacznego, a 30% – szkodliwy poziom używania alkoholu. Ponadto odczuwana przez nich samotność wiązała się z wyższym poziomem występowania objawów psychopatologicznych [5].

Badacze koncentrują się na wsparciu społecznym młodych dorosłych jako czynniku zmniejszającym występowanie problemów ze zdrowiem psychicznym. Qi i in. [12] wykazali, że niski poziom wsparcia wiązał się ze wzrostem występowania depresji (OR = 4,24, 95% CI: 3,38–5,33). Hou i in. [13] wykazali natomiast, że związek ryzyka zakażenia COVID-19 z objawami depresyjnymi nie był istotny u osób, które zgłaszały wyższy zakres doświadczanego wsparcia społecznego. Ghafari i in. [14] dowiedli, że większe wsparcie społeczne (mierzone za pomocą PRQ-85-Część 2) poprawia wskaźnik ogólnego funkcjonowania (mierzony za pomocą GHQ-28) ($B = 0,26$; CI 95% = $-0,32$

do $-0,20$; $p < 0,001$). Nadal jednak nie wiemy, jakie elementy składowe wsparcia społecznego młodych dorosłych stanowią o jego skuteczności.

Główne pytania badawcze niniejszego badania brzmiały: (1) w jakim stopniu pandemia i nauka online wpływają na zdrowie psychiczne młodych dorosłych, (2) jakie są czynniki ochronne oraz czynniki ryzyka w ramach wsparcia społecznego? Zdaniem autorów, identyfikacja zarówno czynników ryzyka, jak i czynników ochronnych może odegrać kluczową rolę w rozwijaniu systemu wsparcia w obliczu pandemii. Badanie koncentruje się na populacji młodych dorosłych w wieku 18–23 lat. Wyniki mogą być przydatne przy projektowaniu możliwych rozwiązań zapobiegających negatywnym skutkom pandemii COVID-19 i edukacji online dla zdrowia psychicznego w okresie późnej adolescencji.

Metoda

Niniejsze badanie zostało zaprojektowane jako przekrojowe i obejmuje młodych dorosłych w wieku 18–23 lat. Przeprowadzono je z udziałem respondentów z Polski w zimie na przełomie 2020 i 2021 r. Celem badania była analiza stanu zdrowia psychicznego, poziomu stresu i strategii radzenia sobie uczących się młodych osób. Niniejsza praca koncentruje się na analizie wsparcia i jego wartości predykcyjnej dla depresji, w innym miejscu (w druku) omawiamy zbiorczo czynniki ochronne i ryzyka dla wystąpienia depresji w badanej populacji. Zaproszenia do udziału w badaniu rozpowszechniono wśród dyrektorów szkół zawodowych, liceów ogólnokształcących i techników. Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z Deklaracją helsińską. Protokół badania został zatwierdzony przez Komisję ds. Etyki Badań Naukowych Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Cała procedura badawcza została przedstawiona uczestnikom badania w sposób klarowny, a wszyscy uczestnicy wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu, wiedząc jednocześnie, że mogą je przerwać w dowolnym momencie, a także wycofać zgodę już po jego zakończeniu bez wyjaśniania powodów takiego postępowania. Podczas procedury badania nie pozyskiwano danych osobowych, zachowując tym samym anonimowość respondentów.

Opracowano częściowo ustrukturyzowany kwestionariusz przy użyciu formularzy Google. Całość badania ze względów epidemiologicznych została przeprowadzona online. Kwestionariusz badawczy zawierał pytania na temat danych socjodemograficznych, objawów depresyjnych, doświadczanych stresorów związanych z pandemią i nauką zdalną oraz potrzeb w zakresie wsparcia. Dane socjodemograficzne obejmowały również ogólny stan zdrowia (zarówno psychicznego, jak i somatycznego). Szczegółowe pytania dotyczyły tego, czy respondenci doświadczyli jakiegokolwiek krytycznego wydarzenia życiowego w ciągu trzech miesięcy poprzedzających badanie, problemów związanych z nauką zdalną lub obaw dotyczących COVID-19. Pytano również o sposoby radzenia sobie z nimi. Objawy depresyjne mierzono polską 6-punktową wersją Kutcher Adolescents Depression Scale (KADS) [15, 16]. Badania wykazały, że KADS jest rzetelną i trafną miarą oceny objawów depresyjnych również w badanej populacji młodych dorosłych [15, 16]. Należy podkreślić, że KADS jest skalą przesiewową, która jakkolwiek stanowi użyteczne narzędzie, to jednak nie

zastępuje diagnozy klinicznej. Poszczególnym stwierdzeniom przypisana została punktacja 0–3, gdzie 0 – prawie nigdy, 1 – dość często, 2 – przeważnie, 3 – zawsze. Respondenci każdorazowo wskazywali odpowiedź, która najdokładniej opisywała ich uczucia. Uzyskanie wyniku równego lub wyższego 6 punktów wskazuje na istotne ryzyko depresji i sugeruje konieczność kontaktu z psychiatrą w celu podjęcia dalszych działań diagnostycznych.

Grupa badana obejmowała 1500 uczących się młodych dorosłych w wieku 18–23 lat ($M = 18,30$; $SD = 0,56$). Zdecydowana większość tej grupy to kobiety ($n = 987$; 65,8%). Wśród osób badanych 61,1% uczestników ($n = 916$) stanowili uczniowie szkół średnich, 61,5% mieszkało w mieście ($n = 923$), 10,5% ($n = 158$) miało zaburzenia zdrowia psychicznego. W badanej grupie 30,6% osób miało bezpośrednie doświadczenie COVID-19 – zachorowało lub zachorował ich bliski krewny ($n = 459$), podczas gdy 51,1% miało doświadczenie zachorowania na COVID-19 przez koleżankę/ kolegę z klasy lub też wychowawcę klasy ($n = 766$) (tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyki socjodemograficzne i zdrowotne badanej grupy (N=1500)

| Zmienne | Kategoria | Częstość |
|----------------------|---|--------------|
| Płeć | Kobieta | 987 (65,8%) |
| | Mężczyzna | 499 (33,3%) |
| | Inna | 14 (0,9%) |
| Poziom szkoły | Rok przerwy w nauce | 1 (0,1%) |
| | Liceum ogólnokształcące | 916 (61,1%) |
| | Technikum | 545 (36,3%) |
| | Szkoła wyższa | 12 (0,8%) |
| | Szkoła policealna/ liceum zawodowe | 26 (1,7%) |
| Miejsce zamieszkania | Wieś | 577 (38,5%) |
| | Małe miasto (< 20 000 mieszkańców) | 166 (11,1%) |
| | Miasto średniej wielkości (20 000 – 100 000 mieszkańców) | 270 (18%) |
| | Duże miasto (100 000-350 000 mieszkańców) | 131 (8,7%) |
| | Bardzo duże miasto (> 350 000 mieszkańców) | 177 (11,8%) |
| | Stolica Polski (Warszawa, 1 789 620 mieszkańców) | 179 (11,9%) |
| Wiek | Średnia (SD) | 18,30 (0,56) |
| | Mediana | 18 |
| | Min. – maks. | 18 – 23 |
| | Q1; Q3 | 18; 19 |

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

| Stan zdrowia | | |
|--------------------|------------------------------------|--------------|
| Choroba przewlekła | Zdrowa/y | 1077 (71,8%) |
| | Niepelnosprawna/y | 10 (0,7%) |
| | Choroba somatyczna | 101 (6,7%) |
| | Zaburzenie/ choroba psychiczna | 158 (10,5%) |
| | W procesie diagnozy | 101 (6,7%) |
| | Zarówno psychiczna, jak i fizyczna | 53 (3,5%) |

Analiza statystyczna

Zmienne kategoryjne przedstawiono w postaci częstości (n) i procentów (%). Dla zmiennych ciągłych obliczono średnie (M) i odchylenia standardowe (SD). Aby określić wkład poszczególnych źródeł wsparcia społecznego w wyjaśnianie nasilenia objawów depresji (mierzonych wynikami KADS), wykorzystano analizę regresji wielokrotnej. Do analizy regresji jako zmienne objaśniające wprowadzono następujące źródła wsparcia społecznego: nikt, matka, ojciec, oboje rodziców, rodzeństwo, babcia i/lub dziadek, ciocia i/lub wujek, inni krewni, nauczyciel/trener/ksiądz, wychowawca, pedagog/psycholog szkolny, lekarz/terapeuta, najbliższy przyjaciel, chłopak/dziewczyna, koledzy z klasy, przyjaciele spoza klasy, kościół/społeczność/Bóg, zwierzę domowe, pomoc psychologiczna, psychiatryczna opieka lekarska. Wszystkie analizy statystyczne wykonano za pomocą SPSS w wersji 25 dla Windows [17]. We wszystkich testach statystycznych poziom istotności ustalono na $p < 0,05$.

Wyniki

Depresja, potrzeby wsparcia oraz jego źródła

Wynik uzyskany przez 848 uczestników (56,5%) sugeruje możliwą depresję i potrzebę pogłębionej diagnozy specjalistycznej (uczestnicy ci uzyskali 6 lub więcej punktów na skali KADS). Średni wynik KADS to 6,82 (SD = 4,69). Spośród wszystkich respondentów 19,1% (n = 286) odpowiedziało, że przynajmniej dość często miało myśli, plany lub zachowania samobójcze i dokonywało samoookaleczeń.

Najczęściej zgłaszane przez młodych dorosłych potrzeby wsparcia to wsparcie ze strony bliskich (rodziny, przyjaciół) (n = 843; 56,2%) oraz nauczycieli (np. opieka, docenienie) (n = 603; 40,2%). Aż 519 (34,6%) osób wskazało na potrzebę zaspokojenia swoich podstawowych potrzeb (jedzenie, sen, spokój, pieniądze). Łącznie 824 (54,93%) uczących się młodych ludzi uznało, że potrzebuje profesjonalnego wsparcia: konsultacji/wsparcia psychologicznego (n = 270; 18%), warsztatów na temat relaksacji, radzenia sobie ze stresem (n = 261; 17,4%), a nawet leków w związku z doświadczaniem znacznego nasilenia objawów (np. bezsenność, wyczerpanie, smutek) (n = 293;

19,5%). Prawie 11% badanych zgłosiło potrzebę wsparcia informacyjnego na temat psychologicznych strategii radzenia sobie ($n = 130$; 8,7%) oraz miejsc, w których młodzież może uzyskać pomoc (np. telefony zaufania, ośrodki pomocy dla ofiar przemocy) ($n = 31$; 2,1%) (tabela 2).

Tabela 2. **Potrzeby w zakresie wsparcia i źródła wsparcia młodych dorosłych (N = 1500)**

| Zgłoszone potrzeby w zakresie wsparcia | Częstość |
|--|-------------|
| Wsparcie nie jest potrzebne | 66 (4,4%) |
| Mniejsze wymagania w szkole/pracy/więcej odpoczynku | 11 (0,7%) |
| Bliskość/wrażliwość | 10 (0,7%) |
| Zaspokojenie podstawowych potrzeb w domu (jedzenie, sen, spokój, pieniądze) | 519 (34,6%) |
| Materiały informacyjne na temat: | |
| Psychologicznych metod radzenia sobie | 130 (8,7%) |
| Miejsc pomocy dla młodzieży (np. infolinie, ośrodki pomocy dla ofiar przemocy) | 31 (2,1%) |
| Potrzeba wsparcia od: | |
| Bliskich (rodzina, przyjaciele) | 843 (56,2%) |
| Nauczycieli (np. troska, docenienie) | 603 (40,2%) |
| Przyjaciół, kolegów z klasy (np. troska, docenienie) | 331 (22,1%) |
| Konsultacja/wsparcie psychologiczne | 270 (18%) |
| Warsztaty radzenia sobie ze stresem, relaksacji | 261 (17,4%) |
| Leki w związku z ciężkimi objawami (np. bezsennością, wyczerpaniem, smutkiem) | 293 (19,5%) |
| Inne potrzeby | 22 (1,5%) |
| Źródła otrzymywanego wsparcia: | |
| Nikt | 105 (7%) |
| Matka | 479 (31,9%) |
| Ojciec | 166 (11,1%) |
| Oboje rodziców | 475 (31,7%) |
| Rodzeństwo | 356 (23,7%) |
| Babcia i/lub dziadek | 306 (20,4%) |
| Ciocia i/lub wujek | 86 (5,7%) |
| Inni krewni | 7 (0,5%) |
| Nauczyciel/trener/ksiądz | 52 (3,5%) |
| Wychowawca | 89 (5,9%) |
| Doradca szkolny/psycholog szkolny | 24 (1,6%) |
| Lekarz/terapeuta | 58 (3,9%) |
| Najbliższy przyjaciel | 825 (55%) |

| | | |
|--|----------|--------------|
| Sympatia (chłopak/dziewczyna) | | 96 (6,4%) |
| Koledzy z klasy | | 222 (14,8%) |
| Znajomi spoza klasy | | 359 (23,9%) |
| Kościół/spoleczność/Bóg | | 3 (0,2%) |
| Zwierzę domowe | | 2 (0,1%) |
| Wsparcie psychologiczne/psychiatryczne | | |
| Czy masz dostęp do opieki psychologicznej w szkole? | Tak | 852 (56,8%) |
| | Nie | 126 (8,4%) |
| | Nie wiem | 522 (34,8%) |
| Czy w okresie pandemii korzystałaś/eś z opieki psychologicznej? | Tak | 223 (14,9%) |
| | Nie | 1277 (85,1%) |
| Czy w okresie pandemii korzystałaś/eś z opieki psychiatrycznej? | Tak | 149 (9,9%) |
| | Nie | 1351 (90,1%) |
| Czy Twoim zdaniem powód zgłoszenia po pomoc psychologiczną/ psychiatryczną miał związek z pandemią | Tak | 73 (12,6%) |
| | Nie | 508 (87,4%) |

Wyniki analizy regresji wielokrotnej

Socjodemograficzne czynniki ryzyka i czynniki protekcyjne wystąpienia depresji (KADS)

Celem zweryfikowania możliwości przewidywania wystąpienia depresji w badanej grupie na podstawie płci, wieku, typu szkoły i miejsca zamieszkania, przeprowadzono analizę regresji logistycznej. Model uwzględniający zmienne socjodemograficzne okazał się statystycznie istotny względem modelu zerowego ($\chi^2(11) = 86,75, p < 0,001$), wyjaśniał około 7,5% zmienności depresji (*Nagelkerke R2* = 0,075) i prawidłowo przewidywał 61,2% przypadków depresji.

Mężczyźni mają o ponad połowę mniejsze ryzyko wystąpienia objawów depresji (≥ 6 pkt na skali KADS) w porównaniu z kobietami (OR = 0,47; B = - 1,57; 95% BCa CI: - 0,995; - 0,550). Ryzyko jest istotnie wyższe wśród uczniów liceów ogólnokształcących w porównaniu z uczniami techników (OR = 0,60; B = - 0,52; 95% BCa CI: - 0,774; - 0,254) i uczniami szkół wyższych (OR = 0,14; B = - 1,99; 95% BCa CI: - 21,896; - 0,718). Młodzi dorośli mieszkający w bardzo dużych miastach są o około 50% bardziej zagrożeni depresją niż osoby mieszkające na wsi (OR = 1,57; B = 0,45; 95% BCa CI: 0,082–0,816) (patrz tabela 3).

Tabela 3. Podsumowanie analizy regresji logistycznej metodą bootstrap (1000 próbek) dla cech społeczno-demograficznych predykcyjnych depresji wśród młodzieży w Polsce (KADS) (N=1500)

| Depresja (KADS) | | | | | | | | |
|--|--------|-------|--------|----|---------|--------|------------|--------|
| | B | SE | Wald | df | p | Exp(B) | 95% BCa CI | |
| | | | | | | | lower | upper |
| (stałe) | -1,566 | 2,449 | 0,480 | 1 | 0,500 | 0,209 | -6,914 | 3,120 |
| Płeć | | | | | | | | |
| Kobieta (ref.) | | | | | | | | |
| Mężczyzna | -0,764 | 0,117 | 44,553 | 1 | < 0,001 | 0,466 | -0,995 | -0,550 |
| Inne | 0,017 | 1,449 | 0,001 | 1 | 0,966 | 1,017 | -1,353 | 1,773 |
| Wiek | 0,123 | 0,136 | 0,958 | 1 | 0,360 | 1,130 | -0,131 | 0,408 |
| Poziom szkolny | | | | | | | | |
| Liceum ogólnokształcące (ref.) | | | | | | | | |
| Technikum | -0,517 | 0,148 | 12,774 | 1 | < 0,001 | 0,596 | -0,774 | -0,254 |
| Szkoła wyższa | -1,992 | 4,455 | 7,049 | 1 | 0,009 | 0,136 | -21,896 | -0,718 |
| Szkoła policealna/liceum zawodowe | -0,383 | 0,455 | 0,866 | 1 | 0,389 | 0,682 | -1,267 | 0,507 |
| Miejsce zamieszkania | | | | | | | | |
| Wieś (ref.) | | | | | | | | |
| Małe miasto (< 20 000 mieszkańców) | -0,113 | 0,194 | 0,389 | 1 | 0,529 | 0,893 | -0,537 | 0,280 |
| Miasto średniej wielkości (20 000–100 000 mieszkańców) | 0,022 | 0,155 | 0,021 | 1 | 0,891 | 1,023 | -0,274 | 0,317 |
| Duże miasto (100 000–350 000 mieszkańców) | 0,047 | 0,206 | 0,054 | 1 | 0,813 | 1,048 | -0,342 | 0,471 |
| Bardzo duże miasto (> 350 000 mieszkańców) | 0,453 | 0,186 | 5,940 | 1 | 0,013 | 1,573 | 0,082 | 0,816 |
| Stolica Polski (Warszawa, 1 789 620 mieszkańców) | 0,120 | 0,190 | 0,396 | 1 | 0,517 | 1,127 | -0,248 | 0,533 |

BCa CI – przedziały ufności uzyskane metodą BCa (bias-corrected and accelerated);

Test Hosmera-Lemeshowa: $\chi^2(8) = 6,048$; $p = 0,642$; Dokładność klasyfikacji: 61,2%;

Nagelkerke $R^2 = 0,075$; $\chi^2(11) = 86,748$; $p < ,001$

Źródła wsparcia społecznego prognozujące nasilenie depresji (KADS)

W kolejnym kroku przeprowadzono analizę regresji wielokrotnej, aby zbadać, czy różne źródła wsparcia społecznego mogą istotnie przewidywać nasilenie objawów depresji (wynik KADS). Wyniki regresji wykazały, że model wyjaśniał 12,1% wariacji i był istotnym predyktorem nasilenia depresji, $F(20, 1479) = 10,16$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,12$. Wyniki analizy regresji przedstawiono w tabeli 4.

Badani bez wsparcia społecznego mieli wyższy wynik KADS niż respondenci zgłaszający jakąkolwiek formę wsparcia ($B = 1,79$; 95% BCa CI = 0,659; 2,947). Uczestnicy otrzymujący wsparcie od matki ($B = -0,80$; 95% BCa CI = -1,347; -0,220), od obojga rodziców ($B = -0,20$; 95% BCa CI = -2,592; -1,404) i rodzeństwa ($B = -0,77$; 95% BCa CI = -1,302; -0,257) mieli mniejsze nasilenie objawów depresji w KADS, podczas gdy młodzi ludzie otrzymujący wsparcie ze strony ojca ($B = 0,90$; 95% BCa CI = 0,176; 1,686) mieli bardziej nasilone objawy. Odnosząc się do źródeł wsparcia w środowisku szkolnym należy wskazać, że jedynie osoby otrzymujące wsparcie wychowawcy deklarowały mniejsze objawy depresyjne niż osoby nieuzyskujące wsparcia z tego źródła ($B = -1,24$; 95% BCa CI = -2,243; -0,220). Młodzi ludzie znajdujący wsparcie u lekarza/terapeuty ($B = 2,09$; 95% BCa CI = 0,864; 3,406), kościoła/społeczności/Boga ($B = 2,13$; 95% BCa CI = 0,217; 4,033) i zwierzęcia domowego ($B = 5,07$; 95% BCa CI = 3,593; 6,819) mieli bardziej nasilone objawy depresji niż uczestnicy, którzy nie zgłaszali wsparcia z tych źródeł. Osoby korzystające z profesjonalnej pomocy (psychologicznej/psychiatrycznej) miały bardziej nasilone objawy depresji niż młodzi dorośli, którzy nie szukali tego rodzaju wsparcia ($B = 1,39$; 95% BCa CI = 0,59; 2,287; $B = 1,07$; 95% BCa CI = 0,587; 2,287; $B = 1,07$; 95% BCa CI = 0,043; 2,143, odpowiednio) (tabela 4).

Tabela 4. Podsumowanie analizy regresji metodą bootstrap (1000 próbek) dla źródeł wsparcia jako predyktorów depresji (KADS) (N = 1500)

| Depresja (KADS) | | | | | | | |
|--------------------------------|--------|-------|--------|--------|-------|------------|--------|
| | B | SE | beta | t | p | 95% BCa CI | |
| | | | | | | lower | upper |
| | 7,038 | 0,288 | | 24,526 | 0,001 | 6,407 | 7,581 |
| Źródła otrzymywanego wsparcia: | | | | | | | |
| Nikt | 1,794 | 0,588 | 0,098 | 3,559 | 0,004 | 0,659 | 2,947 |
| Matka | -0,796 | 0,289 | -0,079 | -2,739 | 0,004 | -1,347 | -0,220 |
| Ojciec | 0,903 | 0,381 | 0,060 | 2,232 | 0,025 | 0,176 | 1,686 |
| Oboje rodziców | -2,000 | 0,294 | -0,198 | -6,809 | 0,001 | -2,592 | -1,404 |
| Rodzeństwo | -0,766 | 0,274 | -0,070 | -2,618 | 0,005 | -1,302 | -0,257 |
| Babcia i/lub dziadek | -0,052 | 0,281 | -0,004 | -0,165 | 0,850 | -0,590 | 0,497 |
| Ciocia i/lub wujek | -0,172 | 0,473 | -0,009 | -0,328 | 0,702 | -1,061 | 0,829 |
| Inni krewni | -1,093 | 1,657 | -0,016 | -0,650 | 0,475 | -4,234 | 2,329 |

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|
| Nauczyciel/trener/ksiądz | 0,406 | 0,486 | 0,020 | 0,802 | 0,391 | -0,570 | 1,391 |
| Wychowawca | -1,236 | 0,527 | -0,048 | -1,890 | 0,009 | -2,243 | -0,220 |
| Doradca szkolny/psycholog szkolny | 0,670 | 1,067 | 0,018 | 0,707 | 0,524 | -1,462 | 2,767 |
| Lekarz/terapeuta | 2,092 | 0,662 | 0,086 | 3,146 | 0,002 | 0,864 | 3,406 |
| Najbliższy przyjaciel | 0,394 | 0,250 | 0,042 | 1,542 | 0,112 | -0,093 | 0,857 |
| Sympatia (chłopak/dziewczyna) | 0,290 | 0,568 | 0,015 | 0,547 | 0,614 | -0,743 | 1,569 |
| Koledzy z klasy | 0,152 | 0,326 | 0,012 | 0,452 | 0,640 | -0,497 | 0,798 |
| Znajomi spoza klasy | -0,016 | 0,284 | -0,001 | -0,056 | 0,963 | -0,552 | 0,560 |
| Kościół/społeczność/Bóg | 2,132 | 0,974 | 0,020 | 0,821 | 0,018 | 0,217 | 4,033 |
| Zwierzę domowe | 5,065 | 0,916 | 0,039 | 1,612 | 0,001 | 3,593 | 6,819 |
| Pomoc specjalistyczna | | | | | | | |
| Opieka psychologiczna | 1,392 | 0,431 | 0,106 | 3,199 | 0,001 | 0,587 | 2,287 |
| Opieka psychiatryczna | 1,072 | 0,530 | 0,068 | 2,141 | 0,045 | 0,043 | 2,143 |

BCa CI – Przedziały ufności uzyskane metodą BCa

$F(20, 1479) = 10,156$; $p < ,001$; $R^2 = 0,121$; $_{adj}R^2 = 0,109$

Dyskusja

Niniejsze badanie analizuje predyktory depresji młodych dorosłych związane ze wsparciem społecznym podczas pandemii COVID-19. Zastosowano skalę KADS, będącą narzędziem przesiewowym, wskazującym prawdopodobieństwo depresji. Skala ta, choć nie zastępuje diagnozy klinicznej, to umożliwia oszacowanie natężenia objawów depresyjnych wśród respondentów. Polskie badania nad rozpowszechnieniem depresji u osób w środkowym i późnym okresie dorastania przeprowadzone przed pandemią wykazały, że nawet 29,5% respondentów z populacji nieklinicznej prezentowało objawy depresyjne [18]. W innym polskim badaniu Bomba i Modrzejewska uzyskali następujące rozpowszechnienie punktowe depresji: 27,27% dla 17-latków, 27,43% dla 18-latków i 26,69% dla 19-latków [19]. Zdaniem autorów wyniki te potwierdzają hipotezę o rozwojowym charakterze depresyjności w okresie adolescencji.

Niniejsze badanie stanowi jedno z nielicznych europejskich badań dotyczących populacji bardzo młodych dorosłych w okresie pandemii i nauki zdalnej [20–23]. Koncentruje się na młodszych dorosłych – większość respondentów to 18-latkowie, którzy jeszcze uczęszczają do szkoły.

Omawiając prezentowane badanie własne autorów warto zwrócić uwagę na wskaźnik sugerujący prawdopodobną depresję u większości respondentów (56,5%). Niemniej jednak 20,7% stanowiły osoby z rozpoznaniem zaburzenia psychicznego, somatycznego lub obu jednocześnie, co mogło mieć związek z jednej strony z obniżonym dobrostanem psychicznym badanych, jak i gorszym radzeniem sobie ze stresem. Wskaźniki objawów depresyjnych uzyskane w niniejszym badaniu wskazują

na wyniki zbliżone do danych europejskich uzyskanych podczas pandemii. W Belgii w związku z COVID-19 objawy depresyjne prezentowało 56% młodych dorosłych (w wieku 18–30 lat) [20]. Greccy studenci ($N = 1000$; wiek: $22,07 \pm 3,30$ lat; 68,01% kobiet) doświadczało wzrostu objawów depresyjnych (60,9%) i szeroko definiowanych skłonności samobójczych (20,2%) [21]. Francuskie badanie [22] wskazuje, że depresję obserwuje się u 43% studentów. Jednocześnie 14,86% respondentów zgłasza myśli o samookaleczeniu lub myśli samobójcze. Inne badanie francuskie [23] przeprowadzone na dużej grupie studentów ($N = 69\ 054$ w wieku 18–22 lat, 72,8% kobiet) wykazało, że rozpowszechnienie myśli samobójczych wynosi 11,4%, a ciężkiej depresji 16,1%. Delmastro i Zamariola [24] ocenili wpływ COVID-19 na funkcjonowanie psychiczne w reprezentatywnej dla populacji włoskiej grupie 6700 Włochów. Potwierdzono, że nastolatki i młodzi dorośli (w wieku 16–24 lat) są bardziej narażeni na negatywny nastrój wskazujący na dystres psychiczny, podobnie jak kobiety.

W przeciwieństwie do badań europejskich, badania chińskie wykazują znacznie niższe wskaźniki depresji w okresie pandemii COVID-19. W badaniu przeprowadzonym przez Wang i wsp. [25] rozpowszechnienie objawów depresji wynosiło 12,2% (95%CI: 11,9%; 12,5%). Ma i wsp. [26] wykazali w badaniu ogromnej populacji ($N = 746\ 217$; 55,6% kobiet), że 21,1% studentów miało prawdopodobne objawy depresyjne. Istotną rolę w wyjaśnieniu różnic w cytowanych badaniach mogą odgrywać takie czynniki, jak: (1) zakres wdrożonych lokalnie strategii prewencyjnych w obszarze zdrowia psychicznego, (2) regionalne różnice w dostępności usług w zakresie zdrowia psychicznego, (3) funkcjonowanie ekonomiczne państwa i poziom przygotowania rządu do radzenia sobie z pandemią, (4) zróżnicowany przebieg i nasilenie pandemii, a także właściwe rozpowszechnianie informacji związanych z COVID (5) wielkość próby (zwykle większa w badaniach chińskich) i błąd selekcji.

Niniejsze badanie dowiodło, że brak wsparcia społecznego jest istotnym predyktorem depresji w porównaniu z uzyskiwaniem jakiegokolwiek formy wsparcia. Ponadto uczestnicy otrzymujący wsparcie od matki, dwojga rodziców, jak i rodzeństwa mieli mniejsze nasilenie objawów depresyjnych, podczas gdy młodzi ludzie otrzymujący wsparcie jedynie od ojca mieli bardziej nasilone objawy. Jak dotąd przeprowadzono niewiele badań dotyczących wsparcia społecznego jako predyktora depresji w tej grupie wiekowej. Hou i in. [13] objął analizami 1251 młodych dorosłych (62,6% kobiet w wieku 18–25; 91,5% stanowili Chińczycy). Wyniki wykazały, że związek ryzyka zakażenia COVID-19 z objawami depresji nie był istotny u osób zgłaszających wyższy poziom wsparcia społecznego. Natomiast w przypadku osób zgłaszających niższy poziom wsparcia społecznego, związek między ryzykiem zakażenia COVID-19 a objawami depresyjnymi był dodatnio związany u młodych dorosłych wykazujących niższy poziom wytrwałości [$B = 2,99$, $SE = 0,76$, 95% CI = (1,50, 4,49), $t = 3,92$, $p < 0,001$], w odróżnieniu od osób wykazujących wyższy poziom wytrwałości [$B = 0,39$, $SE = 1,14$, 95% CI = (-1,84, 2,64), $t = 0,34$, $p = 0,72$] [13]. Ghafari i in. [14] wykazali, że lepsze ogólne funkcjonowanie (GHQ-28) związane było z wyższym wsparciem społecznym (mierzonym za pomocą PRQ-85-Część 2) [$B = 0,26$; CI 95% = -0,32 do -0,20; $p < 0,001$]. Badanie Zhuo i in. [25] przeprowadzono na próbie $N = 940$, 53,3% kobiet, 92,8% w wieku 18–25 lat studentów z różnych uniwersytetów w Wuhan w sierpniu

i wrześniu 2020 r. Zespół wskazał, że efekt interakcji między nietolerancją niepewności a wsparciem społecznym ujemnie wpływa na objawy depresyjne ($\beta = -0,06, p < 0,001$). Ponadto wsparcie społeczne okazało się czynnikiem moderującym, wpływającym na readaptację do szkoły oraz zasięg oddziaływania stresorów pandemicznych [26-29].

Rzecz jasna, nasze badanie cechują pewne ograniczenia, na które należy zwrócić uwagę. Ze względu na dobór do grupy badanej, nie można ich ekstrapolować na całą populację młodych dorosłych w Polsce. W szczególności dobrowolność udziału oraz prowadzenie badania online w oparciu o infrastrukturę cyfrową, może zwiększyć stronniczość doboru. Kolejnym ograniczeniem jest przekrojowy charakter badania, które nie pozwala na prześledzenie zmian w zakresie stanu psychicznego badanych.

Ukazane w niniejszej pracy czynniki protekcyjne i czynniki ryzyka sugerują konkretny kierunek strategii prewencyjnej skierowanej do młodych dorosłych (więcej na ten temat w innej pracy autorów). Przede wszystkim należy zwrócić większą uwagę na zdrowie psychiczne bardzo młodych osób dorosłych (poprzez badania przesiewowe w kierunku depresji, kampanie psychoedukacyjne i prewencyjne). Po drugie, samorządy powinny móc zapewnić łatwo dostępną opiekę psychologiczną i psychiatryczną, tak w trakcie, jak i po pandemii. Po trzecie, szkoły powinny wdrażać długoterminowe programy zdrowia psychicznego ukierunkowane na wzmocnianie odporności psychicznej. Programy te powinny obejmować zagadnienia poszukiwania wsparcia społecznego i radzenia sobie ze stresem.

Piśmiennictwo

1. Shah K, Mann S, Singh R, Bangar R, Kulkarni R. *Impact of COVID-19 on the mental health of children and adolescents*. Cureus 2020; 12(8): e10051. DOI: 10.7759/cureus.10051
2. Shigeto A, Laxman DJ, Landy JF, Scheier LM. *Typologies of coping in young adults in the context of the COVID-19 pandemic*. J. Gen. Psychol. 2021; 148(3): 272–304. DOI: 10.1080/00221309.2021.1874864
3. Volk AA, Brazil KJ, Franklin-Luther P, Dane AV, Vaillancourt T. *The influence of demographics and personality on COVID-19 coping in young adults*. Pers. Individ. Dif. 2021; 168: 110398. DOI: 10.1016/j.paid.2020.110398.
4. Lee CM, Cadigan JM, Rhew IC. *Increases in loneliness among young adults during the COVID-19 pandemic and association with increases in mental health problems*. J. Adolesc. Health 2020; 67(5): 714–717. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2020.08.009
5. Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J i wsp. *Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis*. J. Affect. Disord. 2021; 281: 91–98. DOI: 10.1016/j.jad.2020.11.117.
6. Liu CH, Zhang E, Wong GTF, Hyun S, Hahm HC. *Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: clinical implications for U.S. young adult mental health*. Psychiatry Res. 2020; 290: 113172. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113172
7. Sharma V, Reina Ortiz M, Sharma N. *Risk and protective factors for adolescent and young adult mental health within the context of COVID-19: a perspective from Nepal*. J. Adolesc. Health 2020; 67(1): 135–137. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2020.04.006

8. Horigian VE, Schmidt RD, Feaster DJ. *Loneliness, mental health, and substance use among US young adults during COVID-19*. J. Psychoactive Drugs 2020; 28: 1–9. DOI: 10.1080/02791072.2020.1836435
9. Parola A, Rossi A, Tessitore F, Troisi G, Mannarini S. *Mental health through the COVID-19 quarantine: a growth curve analysis on Italian young adults*. Front. Psychol. 2020;11: 567484. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.567484.
10. Theis N, Campbell N, De Leeuw J, Owen M, Schenke KC. *The effects of COVID-19 restrictions on physical activity and mental health of children and young adults with physical and/or intellectual disabilities*. Disabil. Health J. 2021; 22: 101064. DOI: 10.1016/j.dhjo.2021.101064
11. Ye Z, Yang X, Zeng C, Wang Y, Shen Z, Li X I wsp. *Resilience, social support, and coping as mediators between COVID-19-related stressful experiences and acute stress disorder among college students in China*. Appl. Psychol. Health Well Being 2020; 12(4): 1074–1094. DOI: 10.1111/aphw.12211
12. Qi M, Zhou SJ, Guo ZC, Zhang LG, Min HJ, Li XM I wsp. *The effect of social support on mental health in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19*. J. Adolesc. Health 2020; 67(4): 514–518. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2020.07.001
13. Hou J, Yu Q, Lan X. *COVID-19 infection risk and depressive symptoms among young adults during quarantine: the moderating role of grit and social support*. Front. Psychol. 2021; 8(11): 577942. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.577942
14. Ghafari R, Mirghafourvand M, Rouhi M, Osouli Tabrizi S. *Mental health and its relationship with social support in Iranian students during the COVID-19 pandemic*. BMC Psychol. 2021; 9(1): 81. DOI: 10.1186/s40359-021-00589-4
15. LeBlanc JC, Almudevar A, Brooks SJ, Kutcher S. *Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck depression inventory*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 2002; 12(2): 113–126. DOI: 10.1089/104454602760219153
16. Mojs E, Bartkowska W, Kaczmarek Ł, Ziarko M, Bujacz A, Warchoń-Biedermann K. *Właściwości psychometryczne polskiej wersji skróconej Skali Depresji Kutchera dla Młodzieży (Kutcher Adolescent Depression Scale) – pomiar depresji w grupie studentów*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 135–144. DOI: 10.12740/PP/22934
17. IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.
18. Modrzejewska R, Bomba J, Pac A. *Objawy depresyjne wśród adolescentów w nieleczonej populacji Krakowa – 30-letnia katamneza*. Psychiatr. Pol. 2019; 53(4): 723–735. DOI: 10.12740/PP/99536
19. Bomba J, Modrzejewska R. *Prospektywne badanie dynamiki depresji u młodzieży w późnej fazie dorastania*. Psychiatr. Pol. 2006; 40(4): 695–706.
20. Glowacz F, Schmits E. *Psychological distress during the COVID-19 lockdown: The young adults most at risk*. Psychiatry Res. 2020; 293:113486. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113486
21. Kaparounaki CK, Patsali ME, Mousa DV, Papadopoulou EVK, Papadopoulou KKK, Fountoulakis KN. *University students' mental health amidst the COVID-19 quarantine in Greece*. Psychiatry Res. 2020; 290: 113111. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113111.
22. Essadek A, Rabeyron T. *Mental health of French students during the Covid-19 pandemic*. J. Affect. Disord. 2020; 277: 392–393. DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.042.
23. Wathelet M, Duhem S, Vaiva G, Baubert T, Habran E, Veerapa E i wsp. *Factors associated with mental health disorders among university students in France confined during the COVID-19 pandemic*. JAMA Netw Open 2020; 3(10): e2025591. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.25591

24. Delmastro M, Zamariola G. *Depressive symptoms in response to COVID-19 and lockdown: a cross-sectional study on the Italian population*. Sci. Rep. 2020; 10(1): 22457. DOI: 10.1038/s41598-020-79850-6
25. Wang ZH, Yang HL, Yang YQ, Liu D, Li ZH, Zhang XR i wsp. *Prevalence of anxiety and depression symptom, and the demands for psychological knowledge and interventions in college students during COVID-19 epidemic: A large cross-sectional study*. J. Affect. Disord. 2020; 275: 188–193. DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.034. Erratum in: J Affect Disord. 2020 Nov 1;276:1173.
26. Ma Z, Zhao J, Li Y, Chen D, Wang T, Zhang Z I i wsp. *Mental health problems and correlates among 746 217 college students during the coronavirus disease 2019 outbreak in China*. Epidemiol. Psychiatr. Sci. 2020; 29: e181. DOI: 10.1017/S2045796020000931
27. Zhuo L, Wang Q, Le H, Li H, Zheng L, Ma G, i wsp. *COVID-19-related intolerance of uncertainty and mental health among back-to-school students in Wuhan: the moderation effect of social support*. Int. J. Environ. Res. Public Health; 18(3): 981. DOI: 10.3390/ijerph18030981.
28. Zhang X, Huang PF, Li BQ, Xu WJ, Li W, Zhou B. *The influence of interpersonal relationships on school adaptation among Chinese university students during COVID-19 control period: multiple mediating roles of social support and resilience*. J. Affect. Disord. 2021; 285: 97–104. DOI: 10.1016/j.jad.2021.02.040
29. Li X, Wu H, Meng F, Li L, Wang Y, Zhou M. *Relations of COVID-19-Related stressors and social support with Chinese college students' psychological response during the COVID-19 pandemic*. Front. Psychiatry; 11: 551315. DOI: 10.3389/fpsy.2020.551315

Adres: Magdalena Gawrych
Instytut Psychologii, Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie
02–353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40
e-mail: mgawrych@aps.edu.pl

Otrzymano: 10.12.2021
Zrecenzowano: 14.01.2022
Otrzymano po poprawie: 20.01.2022
Przyjęto do druku: 16.03.2022