

Dobrostan psychofizyczny wśród doktorantów

Well-being among PhD candidates

Daria Pizuńska, Paulina Beata Golińska, Agnieszka Małek,
Wioletta Radziwiłłowicz

Uniwersytet Gdański, Instytut Psychologii

Summary

Aim. The aim of the pilot study was to demonstrate that PhD students declare lower psychological well-being, and more often complain about psychosomatic symptoms and illnesses compared to individuals who did not continue education after university.

Method. A total of 270 participants were involved in the study: 135 PhD students (mean age = 30.03 years) and 135 control individuals (mean age = 30.13 years) who did not continue education beyond their master's degree. The following methods were used: a socio-demographic survey taking into account a list of illnesses and psychosomatic symptoms, *the General Health Questionnaire* (GHQ-28) and the SPP-25.

Results. The results were calculated using ANOVA. The results show a significantly higher severity of the following: somatic symptoms ($F = 12.913$; $p < 0.001$), anxiety and insomnia ($F = 19.769$; $p < 0.001$), behavioral disorders ($F = 8.782$; $p = 0.003$), symptoms of depression ($F = 8.560$; $p = 0.004$) among PhD students when compared with individuals who chose not to continue education.

Conclusions. The results suggest that PhD students demonstrate a significantly lower level of general mental well-being, a higher level of behavioral disorders, somatic symptoms, anxiety and sleep problems, as well as depressive symptoms – compared to individuals who did not continue education after achieving a master's degree.

Słowa kluczowe: edukacja, zaburzenia afektywne, zaburzenia psychosomatyczne

Key words: education, affective disorders, psychosomatic disorders

Wstęp

W dzisiejszym społeczeństwie informacyjnym ciągle zdobywanie oraz poszerzanie wiedzy i umiejętności stanowi ważny czynnik na drodze osiągnięcia wysokiej pozycji zawodowej i społecznej, a jedną z form podnoszenia swoich kompetencji są studia III stopnia. Według szacunkowych danych państw członkowskich OECD liczba

doktorantów znacząco wzrosła w ostatnich latach – o nawet 40% w krajach wysoko rozwiniętych [1]. Podjęcie kolejnych wyzwań naukowych wymaga jednak posiadania odpowiednich zasobów i kompetencji, również psychologicznych. W związku ze wzmożonym zainteresowaniem kontynuacją nauki po studiach II stopnia coraz więcej badaczy koncentruje się na zagrożeniach związanych z wyborem ścieżki kariery naukowej [2, 3]. Z badań wynika bowiem, że doktoranci są grupą szczególnie narażoną na występowanie zaburzeń afektywnych, a zwłaszcza depresji [4]. Także jakość życia doktorantów jest znacznie niższa w porównaniu z jakością życia osób niekontynuujących nauki [5, 6]. Studenci studiów III stopnia deklarują ponadto wyższy poziom doświadczanego stresu, częściej skarżą się na problemy zdrowotne (głównie nawracające infekcje dróg oddechowych) oraz problemy ze zdrowiem psychicznym [7–9].

Hughes [10] wykazał, że studenci studiów III stopnia mają tendencję do negatywizmu i pesymistycznej percepcji rzeczywistości. Częściej niż osoby niekontynuujące nauki mają trudności z utrzymaniem satysfakcjonujących relacji społecznych, a także z angażowaniem się w aktywności o charakterze społecznym [8, 11]. Osłabione funkcjonowanie psychofizyczne wpływa negatywnie na podejmowane działania naukowe oraz obniża motywację i zdolność do osiągania celów krótko – i długoterminowych [12]. Tymczasem umiejętność odraczania gratyfikacji jest jedną z kluczowych zdolności przydatnych w karierze naukowej.

Przyczyny gorszego funkcjonowania psychofizycznego doktorantów dzielono do tej pory na dwie kategorie: czynniki zewnętrzne oraz wewnętrzne. Do czynników zewnętrznych zalicza się: ocenę superwizji oraz jakość relacji z promotorem, podejmowaną aktywność społeczną, strukturę organizacyjną uczelni i aktualny status socjoekonomiczny. Do przyczyn wewnętrznych należą: motywacja, samoocena, poczucie samoskuteczności oraz umiejętność posługiwania się strategiami regulacyjnymi [3]. Natomiast najczęściej deklarowane przez doktorantów trudności to niski status ekonomiczny oraz brak motywacji i czasu [13].

Dotychczas opublikowane badania w małym stopniu koncentrowały się na obniżonym dobrostanie doktorantów, który może wynikać z wysokiego rozpowszechnienia zaburzeń nastroju w tej grupie społecznej. Jednym z istotnych zasobów psychologicznych mających wpływ na dobrostan jest prężność psychiczna. Prężność psychiczna (*resiliency*) jest najczęściej rozumiana jako względnie trwała dyspozycja determinująca proces elastycznej adaptacji do ciągle zmieniających się wymagań życiowych [14]. Związek między deklarowanym przez doktorantów niższym dobrostanem psychofizycznym a nasileniem objawów (dolegliwości) psychosomatycznych znajduje potwierdzenie w badaniach wskazujących, że osoby, u których rozpoznano zespół psychosomatyczny, cechują się niższym dobrostanem niż osoby, u których tego zespołu nie rozpoznano [15].

Prezentowane badanie stanowi pierwszą w Polsce próbę obiektywnej oceny poziomu dobrostanu oraz skali zaburzeń somatycznych w grupie doktorantów. Celem było wykazanie, że doktoranci deklarują niższy dobrostan psychofizyczny, częściej skarżą się na choroby i dolegliwości psychosomatyczne w porównaniu z osobami z wykształceniem wyższym niekontynuującymi nauki. Na tej podstawie sformułowano następujące hipotezy:

H1: Doktoranci istotnie częściej będą deklarować występowanie chorób (dolegliwości) psychosomatycznych w porównaniu z osobami niekontynuującymi nauki.

H2: Doktoranci będą deklarować większe nasilenie problemów psychicznych i dolegliwości fizycznych w porównaniu z osobami niekontynuującymi nauki.

Badana grupa

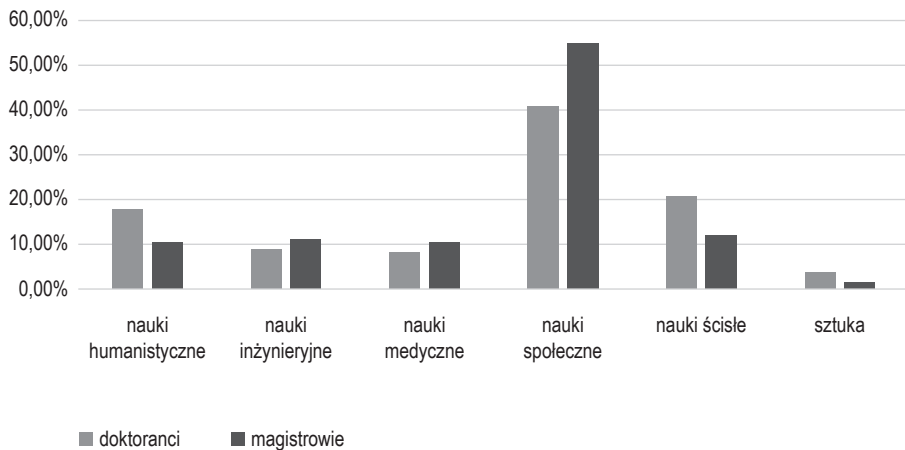
W badaniu wzięło udział 135 doktorantów oraz 135 osób pracujących, posiadających tytuł magistra, ale niekontynuujących nauki na studiach III stopnia. Badani byli absolwentami (z tytułem magistra) lub doktorantami uczelni wyższych różnych kierunków i specjalności z całej Polski. Każda z osób przed przystąpieniem do badania wyrażała zgodę na udział w badaniu i była informowana o możliwości rezygnacji z uczestnictwa na każdym etapie badania.

Kryterium włączającym do grupy doktorantów był status studenta studiów doktoranckich. Osoby, które już uzyskały stopień doktora, były wykluczane z uczestnictwa w badaniu. Kryteria włączające do grupy porównawczej to: posiadanie tytułu magistra, niekontynuowanie nauki na studiach doktoranckich, podyplomowych i/lub na kolejnym kierunku studiu oraz dowolna forma zatrudnienia.

W skład grupy doktorantów weszło 87 kobiet oraz 48 mężczyzn w wieku od 24 do 50 lat (wiek: $\mu = 30,06$; $SD = 5,598$). W grupie osób niekontynuujących nauki uwzględniono taki sam rozkład płci i podobny rozkład wieku (wiek: $\mu = 30,13$; $SD = 5,113$). Badani z tej grupy mieli od 24 do 48 lat. Wyniki analizy statystycznej wykonanej z użyciem testu *t*-Studenta dla grup niezależnych wykazały brak różnicy w wieku badanych grup osób ($t = -0,102$; $p = 0,919$). Przeprowadzono również analizy w celu porównania wieku badanych kobiet oraz mężczyzn (*t*-Studenta dla grup niezależnych), które nie wykazały istotnych różnic ($t = 0,353$; $p = 0,724$). Średnia wieku badanych kobiet wyniosła $\mu = 30,18$ przy odchyleniu standardowym $SD = 5,113$ (przedział wiekowy od 24 do 50 lat). Średnia wieku badanych mężczyzn wyniosła $\mu = 29,94$ przy odchyleniu standardowym $SD = 5,134$ (przedział wiekowy od 24 do 48 lat). Grupy badane nie różniły się od siebie w zakresie oceny aktualnej sytuacji materialnej ($\chi^2 = 3,78$; $p = 0,44$) ani dietności ($\chi^2 = 0,43$; $p = 0,94$). Ponadto w procesie rekrutacji doktorantów oraz osób z grupy porównawczej starano się zachować proporcjonalny rozkład reprezentowanych przez nich dziedzin nauki (klasyfikacja dziedzin według aktualnego podziału zgodnego z Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 20 września 2018 roku – rys. 1). Na podobnym, przeciętnym poziomie, uczestnicy badania określili odczuwane przez nich obciążenie: działaniami związanymi z przygotowaniem pracy doktorskiej (słuchacze studiów III stopnia) oraz pracą (osoby niekontynuujące studiów) (około 6 w skali 10-stopniowej; $t = -0,67$; $p = 0,50$).

Metody

1. Autorska ankieta zawierająca pytania o dane socjodemograficzne, sytuację materialną, występowanie dolegliwości i chorób psychosomatycznych. Ponadto dokto-



Rysunek 1. Rozkład dziedzin naukowych reprezentowanych przez doktorantów i magistrów

ranci pytani byli o rok i tryb realizacji doktoratu, profil uczelni, subiektywną ocenę stopnia obciążenia studiami. Natomiast osoby z grupy porównawczej odpowiadały na analogiczne pytania dotyczące pracy. Badani mieli również zadeklarować, na jakie choroby oraz dolegliwości psychosomatyczne cierpią.

2. *Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia* GHQ-28 D. Goldberga [16] służący do oceny stanu zdrowia psychicznego u osób dorosłych. Składa się z 28 pozycji i umożliwia wyłonienie osób, których stan zdrowia psychicznego uległ czasowemu lub długotrwałemu pogorszeniu. Kwestionariusz składa się z czterech następujących skal: (1) „Symptomy somatyczne”, (2) „Niepokój, bezsenność”, (3) „Zaburzenia funkcjonowania”, (4) „Symptomy depresji”. Możliwe jest też określenie wyniku ogólnego, który stanowi sumę wszystkich skal („Ogólny wskaźnik dobrostanu”). Niższy wynik wskazuje na wyższy poziom dobrostanu psychicznego.
3. Kwestionariusz do pomiaru prężności SPP-25 (adaptacja polska – Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008) [17] – 25-itemowa skala samoopisowa, która składa się z pięciu następujących podskal: (1) „Wytrwałość i determinacja w działaniu”, (2) „Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru”, (3) „Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji”, (4) „Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania”, (5) „Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się”. Ponadto suma wszystkich skal składa się na wynik ogólny. Odpowiedzi są umieszczane na pięciostopniowej skali.

Wyniki

Analizy statystyczne zostały wykonane z użyciem pakietu statystycznego SPSS Statistics 25.0. W celu określenia poziomu dobrostanu psychofizycznego u doktorantów zastosowano analizę kowariancji (ANCOVA) z dwoma czynnikami międzyobiektowymi, którymi były grupa oraz płeć badanych. Ze względu na to, że jednym z istotnych

czynników ochronnych zaburzeń nastroju jest prężność psychiczna [18, 19], zdecydowano się na dodanie tej zmiennej do modelu w charakterze kowariantu (tab. 1).

Tabela 1. Komponenty prężności – różnice międzygrupowe

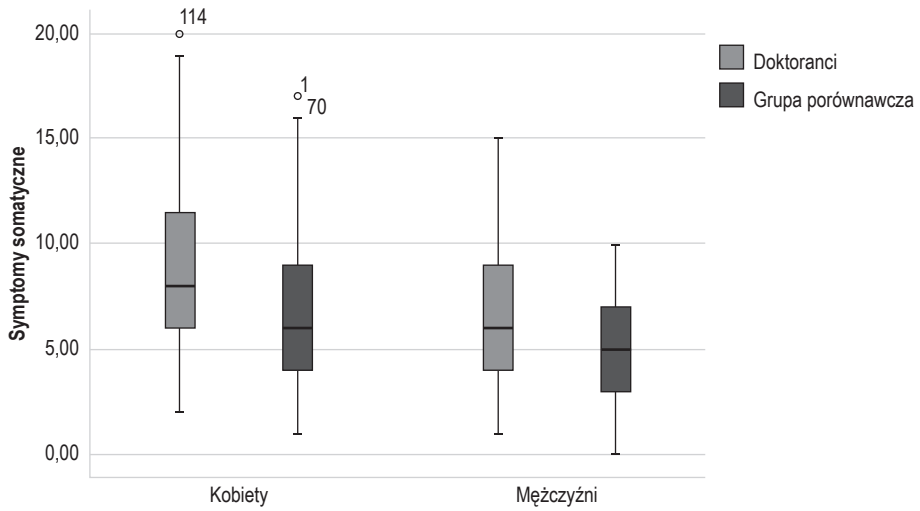
	Doktoranci (n = 135)		Grupa porównawcza (n = 135)		t	p
	M	SD	M	SD		
Wytrwałość i determinacja	14,19	3,103	13,86	3,081	0,87	0,387
Otwartość na nowe doświadczenia	15,79	2,868	15,50	2,875	0,83	0,409
Kompetencje osobiste	14,36	3,352	13,71	3,176	1,64	0,102
Tolerancja na niepowodzenia	14,46	3,131	14,24	2,760	0,60	0,550
Optymistyczne nastawienie do życia	13,18	3,492	12,68	3,383	1,19	0,237
Prężność	71,98	13,408	70,00	12,826	1,24	0,217

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – wartość statystyki testowej t – Studenta; p – poziom istotności statystycznej.

Badane grupy porównano pod względem prężności oraz jej komponentów, wykonywując w tym celu test t-Studenta dla grup niezależnych. Stwierdzono, że nie różnią się one w sposób istotny statystycznie w zakresie prężności ($t = 1,24$; $p = 0,217$) oraz jej składowych: wytrwałości i determinacji ($t = 0,87$; $p = 0,387$), otwartości na nowe doświadczenia ($t = 0,83$; $p = 0,409$), kompetencji osobistych ($t = 1,64$; $p = 0,102$), tolerancji na niepowodzenia ($t = 0,60$; $p = 0,550$), optymistycznego nastawienia do życia ($t = 1,19$; $p = 0,237$).

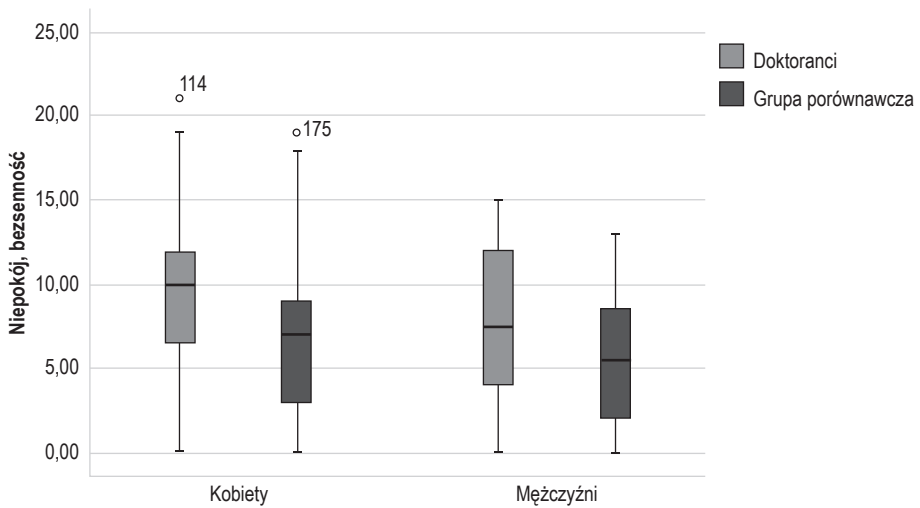
Wyniki analizy statystycznej wykazały, że doktoranci charakteryzują się istotnie wyższym nasileniem symptomów somatycznych świadczących o poczuciu zmęczenia fizycznego oraz osłabienia organizmu, a także o fizjologicznych objawach napięcia, takich jak np. bóle głowy, w porównaniu z grupą osób niekontynuujących nauki na studiach III stopnia ($F = 15,622$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,051$). Stwierdzono również wyższy poziom testowanej zmiennej u kobiet w porównaniu z mężczyznami ($F = 14,296$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,056$). Analiza wykazała brak interakcji pomiędzy czynnikami ($F = 0,081$; $p = 0,776$). Dopasowanie modelu wynosi $R^2 = 0,145$. Na rysunku 2 przedstawiono różnice międzygrupowe oraz międzypłciowe w zakresie zmiennej „Symptomy somatyczne”.

Na rysunku 3 zaprezentowano różnice między doktorantami oraz osobami niekontynuującymi nauki na studiach III stopnia w zakresie niepokoju i bezsenności. Skala ta obrazuje nasilenie lęku oraz trudności ze snem badanych osób. Z przeprowadzonych analiz wynika, że doktoranci charakteryzują się wyższym nasileniem niepokoju i zaburzeń snu w porównaniu z osobami, które nie zdecydowały się na przygotowywanie doktoratu ($F = 25,266$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,087$). Zauważalne są również różnice międzypłciowe w zakresie zmiennej „Niepokój i bezsenność” ($F = 6,678$; $p = 0,01$; $\eta^2 = 0,025$). Kobiety cechują się wyższym nasileniem lęku oraz zaburzeń snu. Efekt interakcji między czynnikiem „grupa” a czynnikiem „płeć” okazał się nieistotny statystycznie ($F = 0,029$; $p = 0,865$). Proporcja wyjaśnianej przez model wariancji wynosi $R^2 = 0,181$.



◦ – górny outlier (obserwacja odstająca)

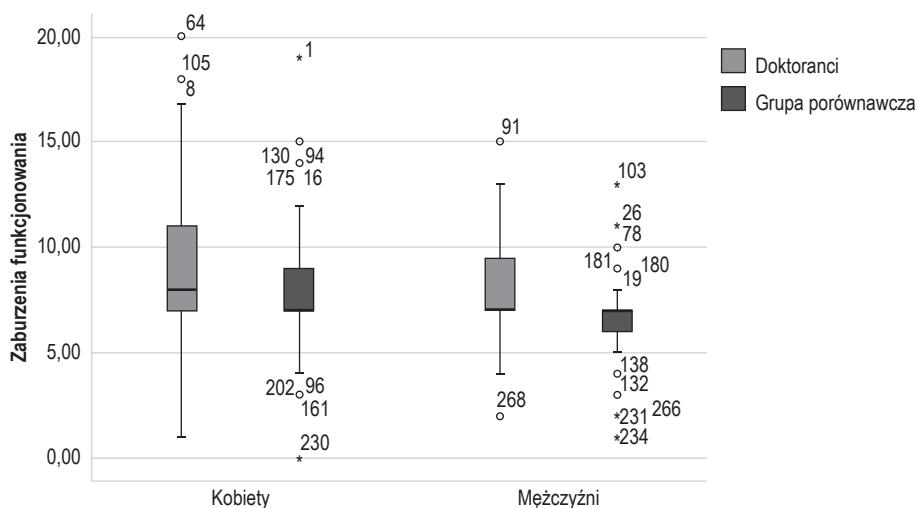
Rysunek 2. Relacja między czynnikami (grupa oraz płeć) w zakresie nasilenia symptomów somatycznych



◦ – górny outlier (obserwacja odstająca)

Rysunek 3. Relacja między czynnikami (grupa oraz płeć) w zakresie nasilenia objawów niepokoju i bezsenności

Wyniki przeprowadzonych analiz dotyczących zaburzeń funkcjonowania zaprezentowano na rysunku 4. I tak doktoranci mają większe trudności z podejmowaniem decyzji oraz wykonywaniem codziennych zadań w porównaniu z osobami, które nie kontynuują nauki na studiach doktoranckich ($F = 12,746$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,046$). Wykazano także wyższe nasilenie zaburzeń w funkcjonowaniu u kobiet w porównaniu z mężczyznami ($F = 9,176$; $p < 0,003$; $\eta^2 = 0,033$). Nie stwierdzono efektu interakcji między badaną grupą a płcią ($F < 0,001$; $p = 0,990$), natomiast 18% zmienności wariacji zaburzeń funkcjonowania można przypisać czynnikom („grupa”, „płeć” oraz „prężność”).

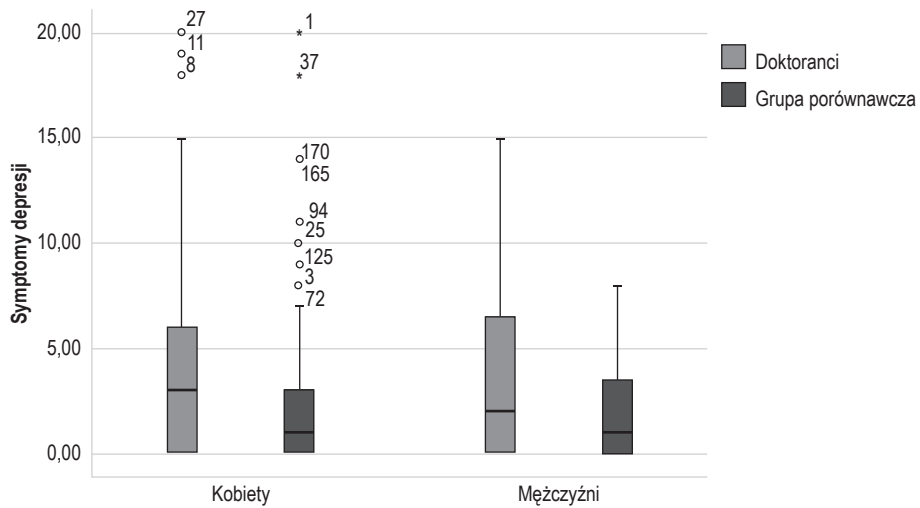


○ – górny i dolny outlier (obserwacja odstająca); * – górna i dolna obserwacja ekstremalna

Rysunek 4. Relacja między czynnikami (grupa oraz płeć) w zakresie nasilenia zaburzeń funkcjonowania

Na rysunku 5 zaprezentowane zostały wyniki dotyczące nasilenia objawów depresji, przekonania o własnej bezwartościowości oraz planów i myśli samobójczych w badanych grupach, mierzonych skalą „Symptomy depresji” (GHQ-28). Zaobserwowano wyższy poziom testowanej zmiennej u doktorantów w porównaniu z ich rówieśnikami niekontynuującymi nauki ($F = 13,583$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,049$). Wyniki wskazują na brak różnic między płciowymi w zakresie nasilenia objawów depresji ($F = 1,331$; $p = 0,250$). Nie odnotowano również istotnego efektu interakcji między czynnikami ($F = 0,033$; $p = 0,855$). Współczynnik determinacji wynosi $R^2 = 191$.

Wyniki dotyczące ogólnego wskaźnika dobrostanu psychofizycznego, które przedstawiono na rysunku 6, wskazują na istotnie większe nasilenie trudności psychicznych u doktorantów w porównaniu z osobami niekontynuującymi nauki na studiach III stopnia ($F = 29,187$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,099$). Istotne okazały się również różnice między płciowe. Kobiety charakteryzują się niższym dobrostanem psychicznym niż



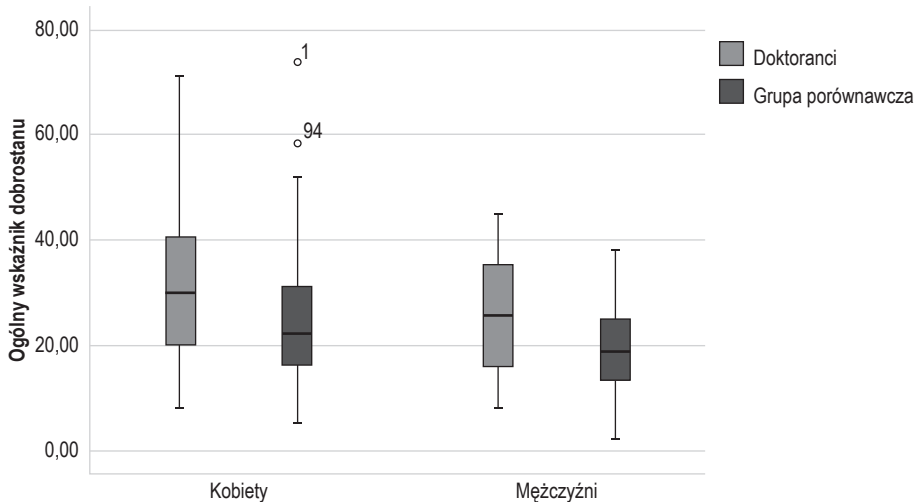
◦ – górny i dolny outlier (obserwacja odstająca); * – górna obserwacja ekstremalna

Rysunek 5. Relacja między czynnikami (grupa oraz płeć) w zakresie nasilenia symptomów depresji

mężczyźni ($F = 11,760$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,042$). Interakcji między czynnikiem „płeć” i czynnikiem „grupa” nie stwierdzono ($F = 0,011$; $p = 0,917$). Odsetek wyjaśnianej zmienności w opisywanym modelu wynosi 26% ($R^2 = 0,257$).

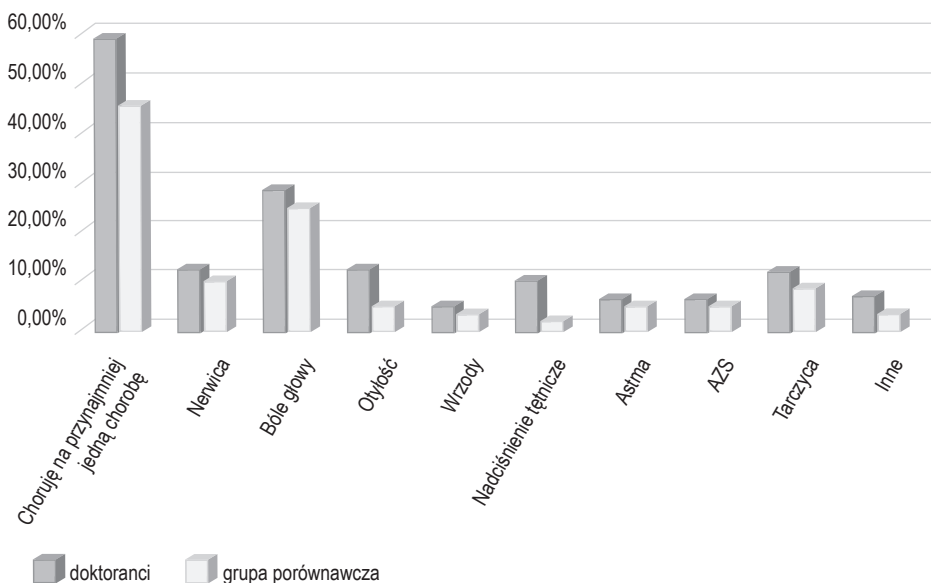
W celu porównania częstości występowania chorób psychosomatycznych wśród doktorantów oraz w grupie osób niekontynuujących nauki po studiach magisterskich przeprowadzono test niezależności. Na tej podstawie wykazano istotne zależności między występowaniem schorzenia a badaną grupą w zakresie otyłości ($\chi^2 = 4,573$; $p = 0,032$) oraz nadciśnienia tętniczego ($\chi^2 = 7,596$; $p = 0,006$). Zdecydowanie więcej doktorantów w porównaniu z grupą porównawczą przyznało również, że choruje na przynajmniej jedną chorobę somatyczną ($\chi^2 = 5,121$; $p = 0,024$). Rozkład procentowy dotyczący częstości występowania chorób psychosomatycznych w badanych grupach zaprezentowano na rysunku 7.

Na rysunku 8 zaprezentowano rozkład procentowy dotyczący częstości występowania dolegliwości psychosomatycznych w badanych grupach. Analizy statystyczne (test niezależności) wykazały, że doktoranci istotnie częściej cierpią z powodu bezsenności ($\chi^2 = 3,267$; $p = 0,071$), przewlekłego zmęczenia ($\chi^2 = 7,174$; $p = 0,007$) oraz spadku aktywności ($\chi^2 = 3,199$; $p = 0,074$) w porównaniu z osobami niekontynuującymi nauki. Doktoranci częściej odczuwają nieuzasadniony niepokój ($\chi^2 = 3,070$; $p = 0,080$), wykazują trudności z koncentracją uwagi ($\chi^2 = 4,424$; $p = 0,035$), jak również częściej miewają napady paniki ($\chi^2 = 4,573$; $p = 0,032$) niż ich rówieśnicy z grupy porównawczej. Niemniej jednak nie stwierdzono różnic w zakresie występowania przynajmniej jednej dolegliwości psychosomatycznej pomiędzy doktorantami a osobami, które nie



◦ – górny outlier (obserwacja odstająca)

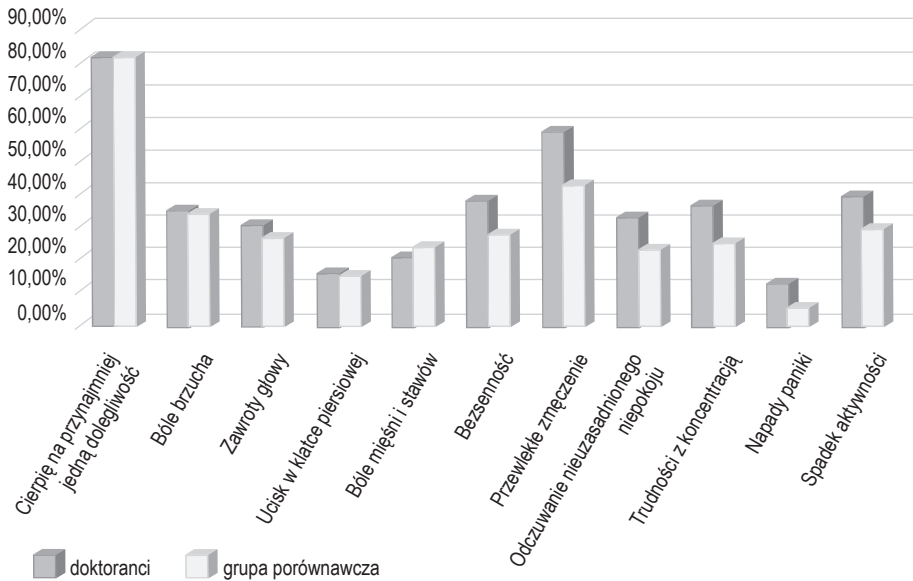
Rysunek 6. Relacja między czynnikami (grupa oraz płeć) w zakresie ogólnego poczucia dobrostanu



Rysunek 7. Rozkład procentowy dotyczący częstości występowania chorób psychosomatycznych w badanych grupach

zdecydowały się na dalszą naukę po ukończeniu studiów magisterskich ($\chi^2 = 0,026$; $p = 0,872$).

W związku z istotnymi różnicami pomiędzy doktorantami a osobami niekontynuującymi nauki w zakresie odczuwanego dobrostanu psychofizycznego zdecydowano się określić, czy doktoranci istotnie częściej należą do grupy ryzyka wystąpienia choroby psychicznej w porównaniu z osobami z tytułem magistra, które nie zdecydowały się na doktorat. Jako punkt odcięcia przyjęto wynik 40 (punktacja na czterostopniowej skali



Rysunek 8. Rozkład procentowy dotyczący częstości występowania dolegliwości psychosomatycznych w badanych grupach

0-1-2-3). Stwierdzono, że 21,5% doktorantów oraz 8,1% osób z grupy porównawczej uzyskało wyniki, które świadczą o złej kondycji psychicznej. Wyniki przeprowadzonych analiz statystycznych (test niezależności) wykazały, że doktoranci istotnie częściej są narażeni na wystąpienie zaburzeń psychicznych niż ich rówieśnicy niekontynuujący nauki ($\chi^2 = 9.501$; $p = 0.002$; $\phi = 0.188$).

Omówienie wyników

Materiał empiryczny zgromadzony w ramach opisywanego badania wykazał, że w badanej grupie doktoranci deklarują istotnie niższy ogólny dobrostan psychofizyczny niż magistrowie, które nie zdecydowali się na kontynuację nauki. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy, na które wskazuje się w międzynarodowych badaniach doktorantów, jest specyfika studiów doktoranckich, wymuszająca konkurencję między

słuchaczami, z częstym poddawaniem doktorantów ocenom, oczekiwaniu aktywności naukowej oraz organizacyjnej, przy jednoczesnym niskim statusie doktoranta w społeczności akademickiej [20, 21]. Dodatkowymi stresorami mogą być ponadto: brak stałego zatrudnienia i niepewna przyszłość akademicka, poczucie braku wsparcia ze strony opiekunów naukowych/promotorów, jak też obciążenie związane z pełnieniem innych ról społecznych [22]. Właśnie konieczność pogodzenia wielu ról społecznych, szczególnie studenta, pracownika, małżonka i rodzica, stanowi przypuszczalnie czynnik decydujący o tym, że to doktorantki deklarują niższy ogólny dobrostan psychiczny niż doktoranci, co potwierdzają wyniki badań prowadzonych wśród szwedzkich słuchaczy studiów doktoranckich [23].

Na podstawie uzyskanych rezultatów można także wskazać, że badani doktoranci charakteryzują się istotnie wyższym nasileniem symptomów somatycznych, które mogą świadczyć o osłabieniu organizmu oraz o fizjologicznych objawach napięcia (np. bóle głowy), i deklarują jednocześnie wyższe poczucie zmęczenia fizycznego. Mianem zaburzeń (chorób) psychosomatycznych określa się te, których etiologia, przebieg oraz terapia są uwarunkowane czynnikami psychicznymi (głównie emocjonalnymi) i socjokulturowymi (naciski i wyzwania środowiska) [24]. Zwraca się ponadto uwagę na ich biologiczną komponentę, pomimo braku spójności efektów prowadzonych badań nad genetycznym podłożem chorób i zaburzeń psychosomatycznych [25]. Związek między deklarowanym przez doktorantów niższym dobrostanem psychofizycznym a nasileniem objawów (dolegliwości) psychosomatycznych znajduje potwierdzenie w badaniach wskazujących, że osoby, u których rozpoznano zespół psychosomatyczny, cechują się niższym dobrostanem niż osoby, u których tego zespołu nie rozpoznano [26]. Częstsze występowanie chorób i/lub dolegliwości psychosomatycznych u osób uczących się niż w populacji ogólnej wskazuje na znaczenie stresorów psychologicznych powiązanych z procesem edukacji w powstawaniu oraz przebiegu tych zaburzeń [27]. Nieliczne prace dotyczące częstotliwości oraz natężenia objawów (chorób) psychosomatycznych wśród studentów [28] są spójne z uzyskanymi w niniejszym badaniu wynikami, zgodnie z którymi doktoranci istotnie częściej zgłaszają problemy ze snem, bóle głowy oraz przewlekłe zmęczenie w porównaniu z magistrami, którzy nie zdecydowali się na dalszą karierę akademicką.

Badani doktoranci deklarują też istotnie wyższe nasilenie symptomów depresji w porównaniu z osobami z grupy porównawczej, co potwierdzają wyniki innych badań [29]. Uczestnicy studiów III stopnia, zarówno kobiety, jak i mężczyźni, deklarują wyższe nasilenie objawów depresji, zwiększone przekonanie o własnej bezwartościowości oraz zgłaszają plany i myśli samobójcze. W badaniu nie wykazano różnic między płciowymi w aspekcie symptomów depresyjnych, co stoi w sprzeczności z wynikami badań epidemiologicznych dowodzącymi, że bardziej podatne na zaburzenia depresyjne są kobiety [30]. Prawidłowości tej nie potwierdzają także badania prowadzone wśród polskich słuchaczy studiów I i II stopnia [31]. Jako możliwą przyczynę wyrównywania się wskaźników rozpowszechnienia zaburzeń nastroju wśród obu płci wskazuje się zmiany społeczne implikujące kulturowe przemiany wzorców kobiecości i męskości.

Zaburzenia depresyjne (zwłaszcza tzw. duża depresja) mogą znacząco wpływać na funkcjonowanie poznawcze, najczęściej pod postacią spowolnienia, upośledzenia

funkcji wykonawczych oraz pamięci operacyjnej [32]. Dysfunkcje poznawcze mogą być przyczyną gorszego samopoczucia nawet po ustąpieniu typowych objawów depresyjnych [33], a przetrwałe deficyty w istotny sposób upośledzają funkcjonowanie psychospołeczne chorych, co może przekładać się na doświadczanie przez doktorantów permanentnego stresu związanego z niemożnością osiągnięcia satysfakcjonujących wyników w pracy naukowej. Konsekwencją zaburzeń depresyjnych mogą być ponadto deklarowane przez badanych doktorantów trudności z podejmowaniem decyzji oraz wykonywaniem codziennych zadań. Międzynarodowe badania wskazują [34, 35], że doświadczane przez doktorantów: stres, lęk, wyczerpanie i utrata zainteresowań sprawiają, że mniej więcej połowa z nich (43–56%) rozważa rezygnację ze studiów.

Prezentowane badanie jest pierwszym polskim projektem dotyczącym dobrostanu psychofizycznego oraz symptomów somatycznych wśród uczestników studiów III stopnia. Ograniczenia niniejszego badania pilotażowego związane są z relatywnie niedużą liczebnością próby oraz niedostateczną reprezentacją poszczególnych typów uczelni, przez co płynące z badania wnioski można odnieść jedynie do badanej grupy doktorantów. Niemniej jednak, z uwagi na uzyskane dane, kolejne badania powinny uwzględnić liczniejszą oraz bardziej zróżnicowaną grupę osób, co pozwoli na analizę epidemiologiczną rozpowszechnienia symptomów somatycznych oraz zaburzeń depresyjnych wśród słuchaczy studiów III stopnia. Trafniejsze oszacowanie wskazanych zaburzeń mogłoby stanowić istotny głos w dyskusji na temat ochrony zdrowia psychicznego doktorantów, ale także kadry akademickiej.

Wśród ograniczeń prezentowanego badania należy ponadto wskazać sposób rekrutacji do badania – ze względu na dobór ochotniczy formułowane wnioski trzeba z ostrożnością generalizować na całą populację doktorantów.

Ograniczenie stanowić może także zastosowanie metod samoopisowych, jednakże polską adaptację zarówno *Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia* GHQ-28, jak i *Kwestionariusza do pomiaru prężności* SPP-25 cechują dobre właściwości psychometryczne: rzetelność ogólnego wyniku skali (α -Cronbacha) GHQ-28 wynosi 0,93 dla próby osób zdrowych, aktywnych zawodowo, które nie pozostawały pod opieką psychiatryczną, a wyniki wskaźnika rzetelności (α -Cronbacha) dla poszczególnych czynników również są zadowalające (odpowiednio: 0,86; 0,88; 0,77; 0,85), z kolei rzetelność SPP-25 mierzona współczynnikiem α -Cronbacha wynosi 0,89, a stabilność bezwzględna mierzona metodą testu–retestu po czterech tygodniach wynosi 0,85.

Wnioski

1. Badani doktoranci wykazują istotnie niższy dobrostan psychofizyczny w porównaniu z osobami, które nie kontynuują edukacji na studiach III stopnia.
2. Uczestnicy studiów doktoranckich biorący udział w badaniu wykazują istotnie wyższe zaburzenia funkcjonowania, nasilenie symptomów somatycznych, niepokoju i trudności ze snem.
3. Badani słuchacze studiów III stopnia mają większe nasilenie symptomów depresji w porównaniu z osobami niekontynuującymi nauki.

Piśmiennictwo

1. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). *Students enrolled by type of institution* [Statistics tables]. 2013. <http://stats.oecd.org>.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR i wsp. *The epidemiology of major depressive disorder: results from the national comorbidity survey replication*. JAMA. 2003; 289(23): 3095–3105.
3. Sverdlík A, Hall NC, McAlpine L, Hubbard K. *The PhD experience: A review of the factors influencing doctoral students' completion, achievement, and well-being*. Inter. J. Doctoral Stud. 2018; 13: 361–388.
4. Hyun JK, Quinn BC, Madon T, Lustig S. *Graduate student mental health: Needs assessment and utilization of counseling services*. J. College Student Develop. 2006; 47(3): 247–26.
5. Kernan W, Bogart J, Wheat ME. *Health-related barriers to learning among graduate students*. Health Educ. J. 2011; 111(5): 425–445.
6. Wyatt T, Oswalt SB. *Comparing mental health issues among undergraduate and graduate students*. Am. J. Health Educ. 2013; 44(2): 96–107.
7. Virtanen V, Taina J, Pyhältö K. *What disengages doctoral students in the biological and environmental sciences from their doctoral studies?* Studies in Continuing Education. 2006; 39(1): 71–86.
8. Juniper B, Walsh E, Richardson A, Morley B. *A new approach to evaluating the well-being of PhD research students*. Assess. Eval. High. Educ. 2012; 37(5): 563–576.
9. Pallos H, Yamada N, Okawa M. *Graduate student blues: The situation in Japan*. J. College Stud. Psychother. 2005; 20(2): 5–15.
10. Hughes C. *Pleasure, change and values in doctoral pedagogy*. Stud. High. Educ. 2011; 36(6): 621–635.
11. Wellington J, Sikes P. *“A doctorate in a tight compartment”: Why do students choose a professional doctorate and what impact does it have on their personal and professional lives?* Stud. High. Educ. 2007; 31(6): 723–734.
12. Tanaka M, Watanabe Y. *Academic and family conditions associated with intrinsic academic motivation in Japanese medical students: A pilot study*. Health Educ. J. 2012; 71(3): 358–364.
13. Gardner SK. *Fitting the mold of graduate school: A qualitative study of socialization in doctoral education*. Innovat. High. Educ. 2008; 33(2): 125–138.
14. Block J, Block J. *The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior*. W: Collins WA. red. *Development of cognition, affect and social relations: The Minnesota symposia on child psychology*, t. 13. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1980. S. 39–101.
15. Grant L, Kinman G. *Enhancing wellbeing in social work students: Building resilience in the next generation*. Soc. Work Educ. 2012; 31(5): 605–621.
16. Goldberg D, Makowska Z, Merez D, Williams P. *Mental health assessment on the basis of David Goldberg questionnaires. Manual for users of the GHQ-12 and GHQ-28 questionnaires*. Łódź: Institute of Occupational Health; 2001.
17. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *A resilience measurement scale: SPP-25*. Psychological News. 2008; 3: 39–55.
18. Block J, Kremen AM. *IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness*. J. Pers. Soc. Psychol. 1996; 70(2): 349–361.
19. Letzring TD, Block J, Funder DC. *Ego-control and ego-resiliency: Generalization of a 55 self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians and self*. J. Res. Pers. 2005; 39(4): 395–422.

20. Kurtz-Costes B, Andrews Helmke L, Ülkü-Steiner B. *Gender and doctoral studies: The perceptions of Ph.D. students in an American university*. *Gend. Educ.* 2006; 18(2): 137–155.
21. Mays TL, Smith BT. *Navigating the doctoral journey*. *J. Hosp. Librariansh.* 2009; 9(4): 345–361.
22. Martinez E, Ordu C, Della Sala MR, McFarlane A. *Striving to obtain a school-work-life balance: The full-time doctoral student*. *International Journal of Doctoral Studies*. 2013; 8: 39–59.
23. Schmidt M, Umans T. *Experiences of well-being among female doctoral students in Sweden*. *Int. J. Qual. Stud. Health Well-being*. 2014; 9: 1–13.
24. Tylka J. *Psychosomatic approach to explaining the whys and establishing methods of health disorders therapy*. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2010; 12(1): 97–103.
25. Finan PH, Tennen H, Thoemmes F, Zautra AJ, Davis MC. *Ambulatory monitoring in the genetics of psychosomatic medicine*. *Psychosom. Med.* 2012; 74(4): 349–355.
26. Mangelli L, Semprini F, Sirri L, Fava GA, Sonino N. *Use of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in a community sample*. *Psychosomatics*. 2006; 47(2): 143–146.
27. Koić O, Filaković P, Veljko-Dorđević V, Koić E, Požgain I, Laufer D. *Psychosomatic disorders in secondary school students in Osijek*. *Acta Clin. Croat.* 2002; 43(3): 257–267.
28. Pikó B, Barabás K, Boda K. *Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population*. *Eur. J. Public Health*. 1997; 7(3): 243–247.
29. Lavecque K, Anseel F, De Beuckelaer A, Van der Heyden J, Gisle L. *Work organization and mental health problems in PhD students*. *Res. Policy*. 2017; 46(4): 868–879.
30. Tsuang MT, Tohen M, Jones P. *Textbook of psychiatric epidemiology*. Oxford: John Wiley & Sons; 2011.
31. Zagdańska M, Kiejna A. *Prevalence and risk factors of depressive episodes among student population in Wrocław – Epidemiological study results*. *Psychiatr. Pol.* 2016; 50(3): 631–641.
32. Jarema M, Dudek D, Czernikiewicz A. *Cognitive dysfunctions in depression – underestimated symptom or new dimension?* *Psychiatr. Pol.* 2014; 48(6): 1105–1116.
33. Etkin A, Gyurak A, O'Hara R. *A neurobiological approach to the cognitive deficits of psychiatric disorders*. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2013; 15(4): 419–429.
34. Stubb J, Pyhältö K, Lonka K. *Balancing between inspiration and exhaustion: PhD students' experienced socio-psychological well-being*. *Studies in Continuing Education*. 2011; 33(1): 33–50.
35. Anttila H, Lindblom-Ylänne S, Lonka K, Pyhältö K. *The added value of a PhD in medicine- PhD Students' perceptions of acquired competences*. *Int. J. High. Educ.* 2015; 4(2): 172–180.

Adres: Paulina Beata Golińska
Uniwersytet Gdański
Instytut Psychologii
80-309 Gdańsk, ul. Jana Bażyńskiego 4
e-mail: paulina.golinska@ug.edu.pl

Otrzymano: 13.06.2019

Zrecenzowano: 30.07.2019

Otrzymano po poprawie: 5.11.2019

Przyjęto do druku: 9.11.2019