



Problemy zdrowia psychicznego w populacji gimnazjalistów warszawskich

Mental health problems in the population of high school students in Warsaw

CZESŁAW J. CZABAŁA, CELINA BRYKCYŃSKA, KRZYSZTOF BOBROWSKI,
KRZYSZTOF OSTASZEWSKI

Z Zakładu Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. W różnych badaniach wskazuje się na występowanie objawów i zachowań wskazujących na problemy ze zdrowiem psychicznym wśród młodzieży. Najczęściej wymieniane są objawy lękowe, depresyjne, nadużywanie alkoholu i eksperymentowanie z narkotykami. Oceniano stan zdrowia psychicznego młodzieży we wczesnym okresie adolescencji, uczniów pierwszej klasy gimnazjalnej.

Metoda. Badania przeprowadzono wśród uczniów klas pierwszych szkół gimnazjalnych znajdujących się na terenie Gminy Warszawa-Centrum. Klasy zostały dobrane losowo; wylosowano 40 klas pierwszych gimnazjów publicznych i 7 klas gimnazjów niepublicznych – łącznie przebadano 1128 osób. Badania prowadzono wykorzystując własną adaptację kanadyjskiego kwestionariusza przeznaczonego do monitorowania zdrowia psychicznego młodzieży, opracowanego w Centre for Addiction and Mental Health w Toronto.

Wyniki. Ok. 43% badanych gimnazjalistów sygnalizowało różne objawy złego samopoczucia psychicznego. Większość tych osób charakteryzowała się podwyższonym poziomem dystresu psychicznego (ok. 30% całej badanej grupy, wskaźnik GHQ-12). Grupę bardzo wysokiego ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego mogą stanowić osoby z podwyższonym poziomem dystresu psychicznego (GHQ-12), które jednocześnie oceniły stan swojego zdrowia psychicznego jako zły przez co najmniej 14 dni w ostatnim miesiącu (ok. 9% badanych). Zdrowie psychiczne około 11–13% badanych gimnazjalistów jest poważnie zagrożone. Szczególnie duża liczba gimnazjalistów podaje, że odczuwa stany wskazujące na występowanie u nich objawów depresyjnych: poczucie smutku, samotności, przygnębienia, myśli samobójcze. Metody promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, poradnictwo psychologiczne mogą stać się ważnymi narzędziami zmniejszania dystresu psychicznego i ograniczania jego negatywnych skutków dla zdrowia psychicznego i rozwoju dzieci i młodzieży.

Wnioski. Około 43% gimnazjalistów klasy pierwszej, uczących się w Warszawie-Gmina Centrum, doświadcza różnych objawów złego samopoczucia, stanowiących ryzyko dla ich zdrowia psychicznego. Grupa osób szczególnie zagrożonych zaburzeniami zdrowia psychicznego, to ok. 11–13% badanej populacji.

SUMMARY

Objectives. In various studies symptoms and behaviours suggesting mental health problems in adolescents have been reported. Anxiety, depressive symptoms, alcohol abuse and experimenting with drugs are most frequently listed. This study was aimed at mental health assessment in early adolescence (i.e. in first grade students of high school).

Methods. Participants were Warsaw high school students (N=1128) from randomly selected 40 first grades of state secondary schools and 7 first grades of private high schools in the City area. A Canadian questionnaire developed in the Toronto Centre for Addiction and Mental Health to monitor adolescents' mental health was adapted by the authors and used in the study.

Results. About 43% of the participants reported some symptoms of mental health problems. A majority of them manifested an increased level of distress as assessed by the GHQ-12 scale. Adolescents with an increased distress level (GHQ-12) who at the same time rated their mental health as poor for at least 14 days in the past month (about 9% of subjects) can be regarded as a group at a very high risk for mental disorders. Mental health in about 11–13% of the high school students in our research is at a serious risk. Especially numerous group of the high school students reported experiencing depressive symptoms: sadness, loneliness, depressed mood, suicidal thoughts. Methods of mental health promotion and prevention of mental health disorders as well as psychological counselling may become important instruments for alleviating psychological distress and reducing its negative consequences to mental health and development of children and adolescents.

Conclusions. About 43% of high school first graders in the City of Warsaw experience various symptoms of psychological malaise that constitute a risk for their mental health. The group at a particular high risk for mental disorders was as numerous as about 11–13% of the population studied.

Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne / młodzież / zagrożenia

Key words: mental health / adolescents / risk factors

We współczesnym piśmiennictwie przedmiotu zdrowie psychiczne młodzieży ujmowane jest najczęściej holistycznie. Zwolennicy holistycznego podejścia uważają zdrowie psychiczne za część zdrowia w ogóle i są raczej skłonni podkreślać, że „(...) czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne wzajemnie wpływają na siebie, często w bardzo skomplikowany sposób i wspólnie określają stan zdrowia.” [1].

W badaniach nad zdrowiem poszukuje się zarówno „pozytywnych” jak i „negatywnych” wskaźników zdrowia psychicznego. Wśród tych „negatywnych” wskazuje się na szereg zagrożeń dla zdrowia psychicznego młodzieży takich jak: objawy depresyjne i lękowe, nadmierny stres, przemoc i agresja, zaburzenia odżywiania, problemy somatyczne, używanie substancji psychoaktywnych i inne zaburzenia zachowania.

W różnych pracach badawczych wskazuje się na zagrożenie zdrowia psychicznego młodzieży w postaci objawów lękowych i depresyjnych. Wyniki badań prowadzonych w różnych krajach i na różnych populacjach wskazują na duże rozpowszechnienie tych objawów. W badaniach Rabe-Jabłońskiej i wsp. [2] stwierdzono, że u 17% badanej populacji uczniów szkół ponadpodstawowych występuje silny lęk lub doświadczanie zawstydzienia w kontaktach z osobami obcymi, trwający co najmniej 6 miesięcy. Podobnie wysokie wskaźniki obserwuje się w zakresie nasilenia innych problemów zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Dane z badań epidemiologicznych przedstawia tabl. 1.

Przedstawione wyniki badań sugerują, że najczęstszymi objawami doświadczanymi przez młodzież są objawy

lękowe i depresyjne. Wyniki badań w populacjach niemieckich [3, 4] i nowozelandzkiej [9] sugerują także wysoki procent osób spełniających kryteria rozpoznawania zaburzeń depresyjnych i lękowych albo co najmniej jednego zaburzenia spełniającego kryteria diagnostyczne.

Wyniki badań sugerują współwystępowanie różnych zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży. Angold i wsp. [10] w przeglądzie badań nad współwystępowaniem stwierdza, że zaburzenia depresyjne współwystępują z zaburzeniami zachowania (w różnych badaniach 21–83%), z zaburzeniami lękowymi (30–75%) oraz z zaburzeniami uwagi (0–57%). Goodyer i wsp. [11] w swoich badaniach dziewcząt w wieku 11–16 lat stwierdzili, że u osób z objawami depresyjnymi występowały także zaburzenia lękowe, zachowania i obsesyjne (wg DSM-III-R). Bird i wsp. [12] w badaniach dzieci w wieku od 4 do 16 roku życia stwierdzili wysokie współwystępowanie takich zaburzeń jak: zaburzenia uwagi, zachowania, lękowe i depresyjne. Współwystępowanie tych zaburzeń było charakterystyczne zarówno dla dziewcząt, jak i dla chłopców, a dla młodszych dzieci (9–12 r.ż.) szczególnie znacząca była zależność między zaburzeniami uwagi a zaburzeniami depresyjnymi.

Tak wysoki procent młodych osób z objawami albo zaburzeniami psychicznymi rodzi pytania o uwarunkowania objawów, wśród których podstawowym jest to czy objawy nie są przejawem normatywnych zaburzeń dorastania, kryzysu adolescencyjnego czy depresji młodzieńczej [13]. Wymienia się następujące czynniki warunkujące występowanie tych objawów: cechy temperamentu, brak zdolności adaptacyjnych, uwarunko-

Tablica1. Wyniki badań epidemiologicznych

Rodzaj objawów	Częstość w badanej populacji (%)	Wiek osób badanych	Źródło
Lęk społeczny	24	szkoła średnia	Rabe-Jabłońska i wsp. 2003 [2]
Zaburzenia lękowe (DSM-IV)	18,6	12 – 17	Essau i wsp. 2000 [3]
Zaburzenia lękowe (DSM IV, ICD-10)	14,4	14 – 24	Wittchen i wsp. 1998 [4]
Dolegliwości somatyczne (ból głowy, brzucha)	10 – 19	11 – 15	Jodkowska i wsp. 1998 [5]
Nadużywanie alkoholu	15	szkoła średnia	Rabe-Jabłońska i inni, 2001 [2]
Nadużywanie substancji psychoaktywnych	17,7	14 – 24	Wittchen i wsp. 1998 [4]
Obawy przed samotnością	48,9	12 –13	Fenczyn 2003 [6]
Zaburzenia depresyjne (DSM-III R)	6 w ostatnim roku	dziewczęta, 11 – 16	Cooper i wsp. 1993 [7]
Objawy depresyjne	20,7	dziewczęta, 11 – 16	Cooper i wsp. 1993 [7]
Zaburzenia depresyjne (DSM-IV, ICD-10)	16,8	14 – 24	Wittchen i wsp. 1998 [4]
Myśli samobójcze	31,8	14 – 22	Gmitrowicz i wsp. 2001 [8]
Próby samobójcze	7,3	14 – 22	Gmitrowicz i wsp. 2001 [8]
Zaburzenia jedzenia (DSM-IV, ICD-10)	3	14 – 24	Wittchen i wsp. 1998 [4]
Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży (DSM-III)	dziewczęta 25,9 chłopcy 18,2	15	McGee i wsp. 1990 [9]
Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży	17% 9,1% (uśrednione wyniki 3 grup respondentów)	7 – 19 12 – 19	Wolańczyk 2002 [17]

wania rodzinne, zaburzenia więzi [14]. Gmitrowicz i Dubla [8] badając zachowania samobójcze wśród młodzieży i młodych dorosłych (14–22 r.ż.) pytali m.in. o „cele zachowań samobójczych”. Osoby, które podejmowały próby samobójcze, wymieniały następujące „cele”: „ucieczka przed lękiem” (38,6%), „ukaranie osoby bliskiej” (35,8%), „zwrócenie uwagi otoczenia” (17,9%). Z kolei jako *motyw* podjęcia próby samobójczej: 47,6% badanych wymieniało „brak sensu w życiu”, 30% – „kłopoty w szkole”, 24,9% – „trudną sytuację rodzinną”, 22,9% – „stratę kogoś bliskiego”, 19% – „fascynację śmiercią”.

Ciekawe badania nad zależnością między doświadczaniem przemocy a objawami lękowymi albo depresyjnymi przeprowadzili Bond i wsp. [15] w szkołach średnich w Australii. Trzydzieści trzy procent osób badanych doświadczało wielokrotnie przemocy. Okazało się, że każde zdarzenie związane z doświadczaniem przemocy było istotnie związane z doświadczaniem objawów lęku lub depresji. Zdarzało się to szczególnie często w populacji dziewcząt.

W badaniach Bomby i wsp. [13] podjęto próbę odpowiedzi na pytanie czy depresyjny przebieg dorastania może być lub nie być czynnikiem ryzyka powstania zaburzeń psychicznych w wieku dorosłym. Autorzy po 15 latach ponownie przebadali osoby, które wcześniej zbadano we wczesnej i średniej fazie adolescencji. Wyniki badań pokazały dwojakiego rodzaju zależności: osoby doświadczające depresji we wczesnej i średniej fazie adolescencji zgłaszały częściej występowanie poważnych chorób w ciągu ostatnich 15 lat i miały więcej problemów w relacjach interpersonalnych – mężczyźni większe trudności w nawiązaniu i utrzymaniu trwałego związku emocjonalnego, a kobiety – z posiadaniem dzieci, zakończeniem ostatniego związku.

Z badań Dhossche i wsp. [16] wynika, że objawy zaburzeń czynnościowych somatycznych są dosyć częste w okresie adolescencji, ale nie stanowią podstawy do występowania zaburzeń psychicznych we wczesnej dorosłości. Natomiast zaburzenia odżywiania się występujące w okresie adolescencji mogą być predyktorem poważnych fizycznych i psychicznych problemów zdrowotnych.

W badaniach Wolańczyka [17], przeprowadzonych za pomocą polskiej wersji kwestionariuszy z rodziny *Child Behavior Checklist* (3 kwestionariusze przeznaczone dla uczniów, nauczycieli oraz rodziców) stwierdzono, że ok. 17% dzieci i młodzieży w Polsce zgłasza problemy emocjonalne i behawioralne, których nasilenie może wskazywać na ewentualne zaburzenia psychiczne. Przy uwzględnieniu uśrednionej opinii 3 grup respondentów (ucznia w wieku 12–19 lat, nauczyciela i rodzica) odsetek młodzieży z zaburzeniami emocjonalnymi i behawioralnymi jest niższy i wynosi 9,1%.

CEL

Celem badań była próba oceny stanu zdrowia psychicznego młodzieży we wczesnym okresie adolescen-

cji. Ponieważ „zdrowie psychiczne” jest pojęciem szerokim i różnie definiowanym, przyjęto w badaniach założenie, że stan zdrowia psychicznego należy badać przy pomocy różnorodnych wskaźników – zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych. Dopiero analiza relacji pomiędzy różnymi wskaźnikami, a szczególnie współwystępowania – pokrywania się zakresów wskaźników obiektywnych i subiektywnych, powinna dać w miarę precyzyjny obraz stanu zdrowia psychicznego badanej młodzieży.

Szczególną wagę, ze względu na cytowane powyżej wyniki badań empirycznych, przywiązywano do uchwycenia najczęstszych symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego doświadczanych przez młodzież – objawów lękowych i depresyjnych. W związku z tym, w badaniach zastosowano skalę oceniającą występowanie objawów depresyjnych, wskaźnik występowania myśli samobójczych oraz skalę Goldberga [18] oceniającą ogólny stan zdrowia. Interesowała nas także samoocena zdrowia (wskaźnik subiektywny) – częste występowanie problemów ze zdrowiem psychicznym lub fizycznym [19].

W związku z tym sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jaki jest ogólny stan zdrowia psychicznego młodzieży w wieku 13–14 lat – uczniów pierwszej klasy gimnazjum? Jaka część badanej młodzieży nie wykazuje symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego?
2. Czy występowanie symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego zależy od płci osób badanych?
3. W jakim stopniu ogólne wskaźniki zdrowia psychicznego (Goldberga i wskaźnik subiektywny) pokrywają się zakresami z innymi stosowanymi w badaniach wskaźnikami – depresji i myśli samobójczych?

W badaniach, oprócz zaburzeń psychicznych, analizowano także inne zaburzenia, np. zachowania problemowe, a także szereg zmiennych pozwalających na analizę uwarunkowań zdrowia: osobowościowych, charakteryzujących środowisko szkolne i rodzinne młodych ludzi oraz szereg zmiennych socjodemograficznych. Wyniki badań w tych obszarach stanowią przedmiot osobnych prac.

BADANA GRUPA

Badania przeprowadzono wśród uczniów klas pierwszych szkół gimnazjalnych znajdujących się na terenie Gminy Warszawa-Centrum. Klasy zostały dobrane losowo. Wylosowano 40 klas pierwszych gimnazjów publicznych i 7 klas gimnazjów niepublicznych. Klasy z gimnazjów publicznych losowano osobno z każdej dzielnicy Warszawy (po ok. 13% klas). Klasy gimnazjów niepublicznych losowano z ogólnej puli 34 wszystkich takich klas w Gminie Warszawa-Centrum (to jest ok. 20% klas).

W badaniach wzięło udział łącznie 1128 uczniów, co stanowi ok. 90% wylosowanej próby. Średnia wieku

badanych wynosiła 13,8 lat. Z powodu odmowy dyrekcji nie zrealizowano badań w jednej z wylosowanych klas. Ankiety 5 osób wyeliminowano z analizy ze względu na bardzo dużą liczbę braków odpowiedzi lub odpowiedzi sprzecznych. Wobec tego w analizach uwzględniono odpowiedzi 1123 respondentów: 46,5% chłopców i 53,5% dziewcząt.

METODA

Badania przeprowadzone zostały na przełomie maja i czerwca 2002 roku metodą audytoryjną w czasie lekcji z zapewnieniem warunków anonimowości i pełnej poufności danych ankietowych. Przed rozpoczęciem badań do dyrektorów szkół zostały rozesłane listy z prośbą o wyrażenie przez nich, jak i rodziców uczniów, zgody na przeprowadzenie badań. Osiem osób odmówiło udziału w badaniach.

Wskaźniki i sposoby ich pomiaru

Badania prowadzono wykorzystując własną adaptację kanadyjskiego kwestionariusza przeznaczanego do monitorowania zdrowia psychicznego młodzieży, opracowanego w *Centre for Addiction and Mental Health* w Toronto [20]. Badania pilotażowe odbioru i rozumienia treści pytań ankietowych pozwoliły na dopracowanie tego narzędzia i dostosowanie go do określonej grupy wiekowej. Dołączono także szereg skal i pytań z innych sprawdzonych w badaniach narzędzi. Istotne z perspektywy opisywanych tu wyników było dołączenie pytań o złe samopoczucie psychiczne i fizyczne w ostatnim miesiącu (tzw. wskaźnik subiektywny) [19]. Uwzględniono następujące wskaźniki zdrowia psychicznego młodzieży:

- *Ogólny wskaźnik zdrowia – dystres psychiczny* – do pomiaru tej zmiennej wykorzystano skróconą wersję „Kwestionariusza ogólnego stanu zdrowia” (GHQ-12 Goldberga) składającą się z 12 pytań dotyczących stanu zdrowia psychicznego. Wersja skali stosowana w badaniach była analogiczna jak w badaniach kanadyjskich, dostosowana do badania młodzieży. Każde z pytań miało cztery kategorie odpowiedzi punktowane od 0 do 3. Zsumowane odpowiedzi dawały ogólny wynik w przedziale od 0 do 36. Jednak głównym wskaźnikiem podwyższonego poziomu dystresu psychicznego było występowanie przynajmniej trzech spośród 12 objawów pogorszonego samopoczucia psychicznego [20]. W celu obliczenia tego wskaźnika odpowiedzi na każde z pytań składowych zostały zdychotomizowane (odpowiedzi np. „czułem się napięty nieco bardziej niż zwykle” lub „...dużo bardziej niż zwykle” wskazywały na podwyższony poziom dystresu psychicznego).
- *Objawy depresyjne* – do pomiaru tej zmiennej wykorzystano skróconą skalę CES-D [21] składającą się z 4 pytań, o objawy smutku, samotności, przygnębienia i płaczu w ciągu ostatnich 7 dni przed badaniem. Zakres wartości skali wynosił od 0 do 12.

Przyjęto, że potwierdzenie występowania objawów w odpowiedzi na wszystkie cztery pytania (odpowiedzi „często” lub „zawsze”) jest wskaźnikiem dużego ryzyka depresji.

- *Subiektywny wskaźnik zdrowia psychicznego* – do pomiaru tej zmiennej wykorzystano kilka pojedynczych pytań o ocenę stanu zdrowia psychicznego i fizycznego w ostatnich 30 dniach przed badaniem. Przyjęto, za autorami pytań, że wskaźnikiem częstych problemów ze zdrowiem jest występowanie przynajmniej 14 dni „złych” w ostatnim miesiącu. Dodatkowo analizowano także analogiczny wskaźnik dotyczący problemów ze zdrowiem fizycznym.
- *Wskaźnik myśli samobójczych* – oparty o odpowiedzi na jedno pytanie: „Czy kiedykolwiek w ostatnich 12 miesiącach przychodziły ci do głowy myśli samobójcze?” – z odpowiedziami „tak” lub „nie”.
- *Przyjmowanie leków z powodu lęku lub depresji* – jedno pytanie: „Czy w ostatnich 12 miesiącach miałeś przepisywane leki z powodu lęku czy depresji?”

WYNIKI

Ogólny wskaźnik zdrowia – dystres psychiczny

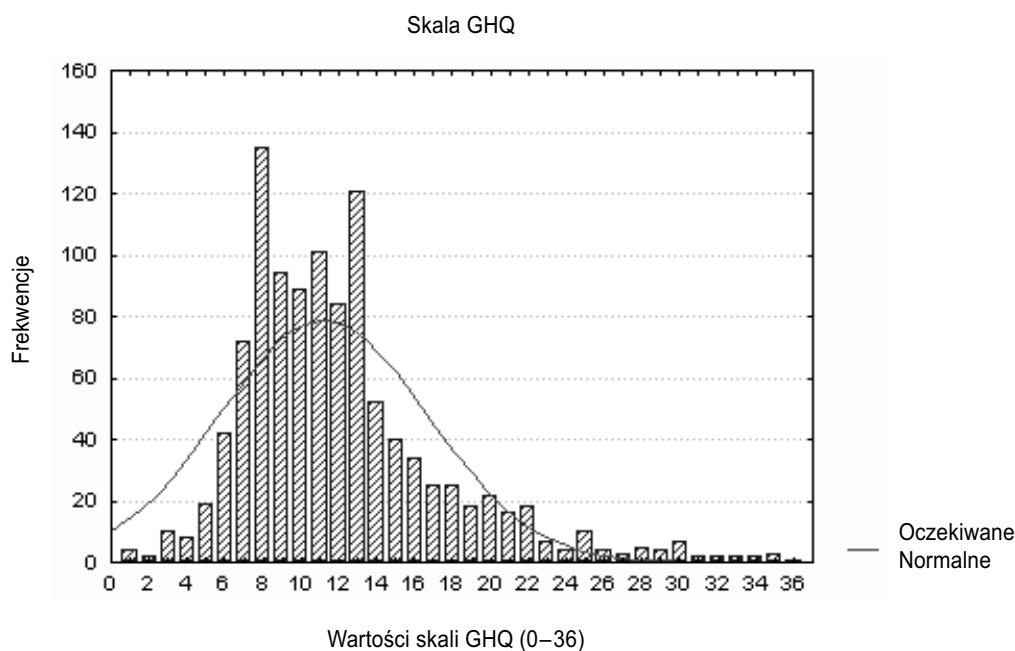
Skrócona skala Goldberga GHQ-12, w odróżnieniu od jej szerszych wersji: GHQ-28 czy GHQ-60, nie zawiera podskal [18], a więc można głównie przedstawiać ogólne wyniki skali i rozkłady odpowiedzi na poszczególne pytania składowe. Wysokie wyniki w skali świadczą o nasileniu występowania różnych objawów tzw. „dystresu psychicznego”, a więc chwilowej lub trwającej dłużej niezdolności do normalnego, zdrowego funkcjonowania.

W całej badanej grupie gimnazjalistów ($n = 1087$) średnia wartość skali wyniosła 11,2 (odchylenie standardowe 5,52). Przy tym wyższe wyniki w zakresie dystresu charakteryzowały dziewczęta (średnia 12,11) niż chłopcy (średnia 10,12; $p < 0,001$ w t-Studenta). Rozkład wyników w skali GHQ-12 dla całej badanej próby przedstawia poniższy rys. 1.

W naszej próbie rozkład wyników skali, choć graficznie zbliżony do normalnego, jednak istotnie od niego odbiegał. Środek rozkładu przesunięty był w stronę wartości niskich, wskaźnik skośności wynosił 1,42, kształt rozkładu był także bardziej wysmukły niż rozkładu normalnego (kurtoza = 2,83). Spójność wewnętrzna skali okazała się wysoka (α Cronbacha = 0,85), podobnie jak w badaniach Makowskiej i Merecz [22] nieco innej wersji skali GHQ-12, na grupach osób dorosłych, gdzie α Cronbacha, w zależności od grupy badanej, wynosiła od 0,79 do 0,89.

Dodatkowych informacji dostarczają wyniki GHQ-12 obliczane dla zdychotomizowanych odpowiedzi, wskazujących na pogorszone samopoczucie psychiczne (tabl. 2).

Podwyższony poziom stresu psychologicznego relacjonowało ok. 30% badanych nastolatków; znacząco



Rys. 1. Histogram rozkładu liczebności Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-12)

częściej dziewczęta (37%) niż chłopcy (22,5%). Do grupy najczęściej występujących objawów należą: uczucie przygnębienia (25%), problemy ze snem (23%), poczucie stałego napięcia (22%) i nie radzenie sobie z trudnościami (21%). Niemal wszystkie (z wyjątkiem jednego) uwzględnione w badaniach objawy dystresu psychicznego występują wyraźnie częściej wśród dziewcząt niż wśród chłopców.

Objawy depresyjne

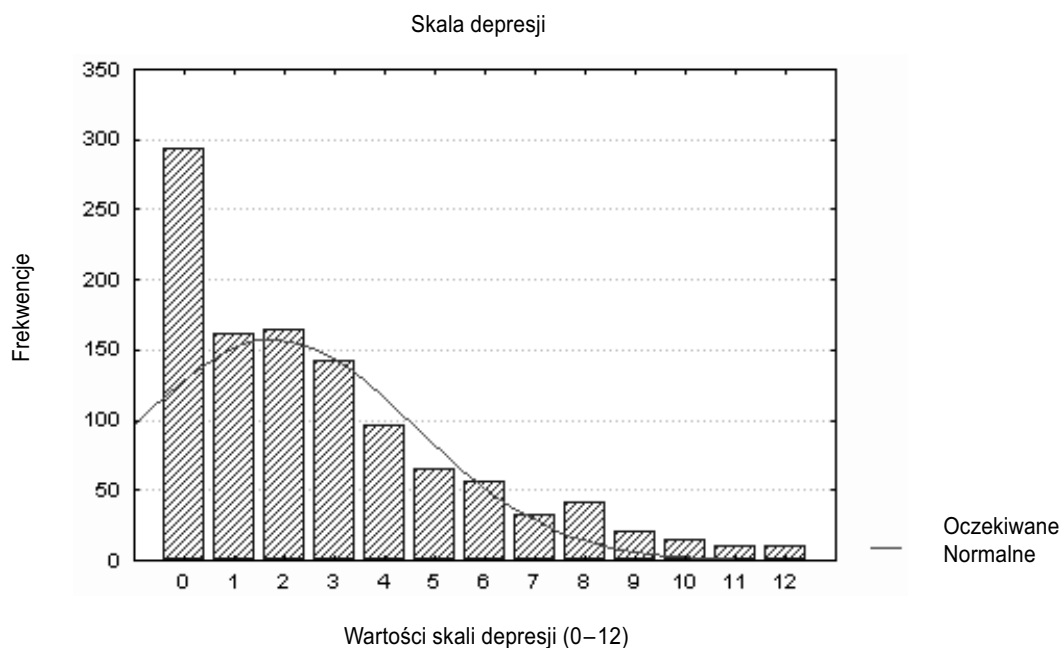
Do pomiaru tej zmiennej wykorzystano skróconą skalę CES-D. Podobnie jak w przypadku skali GHQ-12 – im wyższy wynik w skali, tym większe nasilenie objawów. Rozkład wyników uzyskanych przez osoby badane w całej skali, obliczonych jako suma odpowiedzi na poszczególne pytania (w punktacji od 0 do 3) przedstawia histogram (rys. 2).

Tablica 2. Wyniki Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-12) dla odpowiedzi zdychotomizowanych a płeć badanych osób

„Czy w ciągu ostatnich kilku tygodni...”	% osób z objawami pogorszonego samopoczucia w zakresie poszczególnych pozycji kwestionariusza i w całej skali		
	Razem N = 1123	Chłopcy N = 521	Dziewczęta N = 600
– byłeś w stanie skoncentrować się na tym, co robisz?	13,8	8,4	18,5***
– czułeś, że to co robisz, ma jakieś znaczenie?	12,8	10,9	14,5
– czułeś się zdolny do podejmowania decyzji?	8,7	6,9	10,3*
– twoje normalne zajęcia sprawiały Ci przyjemność?	13,3	10,0	16,2**
– byłeś w stanie zmierzyć się ze swoimi problemami?	14,6	10,6	18,2***
– ogólnie rzecz biorąc, byłeś zadowolony?	16,1	11,3	20,3***
– miałeś problemy ze snem z powodu jakiś zmartwień?	22,7	15,2	29,2***
– czułeś się stale napięty?	21,9	14,4	28,5***
– czułeś, że nie poradzisz sobie z trudnościami?	20,9	13,8	27,0***
– czułeś się nieszczęśliwy i przygnębiony?	24,9	16,7	32,0***
– brakowało Ci wiary w siebie?	17,8	12,5	22,5***
– myślałeś o sobie jako o kimś bezwartościowym?	14,9	9,8	19,3***
% z podwyższonym poziomem stresu psychologicznego (co najmniej 3 spośród 12 objawów) #	30,2	22,5	37,0***

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001 w testach χ^2

wskaźnik używany w badaniach kanadyjskich [20]



Rysunek 2. Histogram rozkładu liczebności wyników skali CES-D

W całej grupie ($n = 1110$) średnia wartość skali wyniosła 2,80 (odchylenie standardowe 2,81). Rozkład wartości skali był wyraźnie lewostronnie skośny (skośność 1,21, kurtoza = 0,72), średnia przesunięta w kierunku wartości niskich. Spójność wewnętrzna skali depresji okazała się wysoka (α Cronbacha = 0,87). Szczegółowe wyniki dla zdychotomizowanych odpowiedzi na każde z pytań wskazujących na symptomy depresji przedstawia tabl. 3.

Wyniki badań wskazują, że wysokie ryzyko objawów depresyjnych występuje u ok. 6,5% badanych (1,7% chłopców i 10,5% dziewcząt). Dodatkowych informacji o nasileniu objawów depresyjnych dostarczają odpowiedzi na pytanie o myśli samobójcze oraz o przyjmowanie leków z powodu lęku lub depresji (tabl. 4).

Dwadzieścia jeden procent badanych (14% chłopców i 27% dziewcząt) potwierdziło, że miało myśli samobójcze w ostatnim roku przed badaniem. Nato-

miast leki przyjmowane były głównie z powodu depresji. W ostatnim roku przed badaniem leki przyjmowało ogółem 4,3% badanej młodzieży, częściej dziewczęta (5,7%) niż chłopcy (2,7%).

Subiektywny wskaźnik zdrowia – częste problemy ze zdrowiem psychicznym

Badanych pytano o liczbę dni, w których występowało u nich złe samopoczucie psychiczne lub fizyczne. Wyniki tych odpowiedzi przedstawiono w tabl. 5.

Wyniki badań wskazują, że ok. 13% badanych nastolatków miało częste problemy ze zdrowiem psychicznym, a ok. 6% ze zdrowiem fizycznym (wskaźnik 14 i więcej „złych” dni w ciągu ostatniego miesiąca). Bieżące problemy ze zdrowiem psychicznym zdecydowanie częściej relacjonują dziewczęta (19%) niż chłopcy (6%), podczas gdy bieżące problemy ze zdrowiem fizycznym nie różnicują chłopców i dziewcząt.

Tablica 3. Wyniki uzyskane na skali CES-D

„W ciągu ostatnich 7 dni...”	% odpowiedzi wskazujących na występowanie objawu („często”, „zawsze”)		
	Cała próba N = 1123	Chłopcy N = 521	Dziewczęta N = 600
– jak często było ci smutno?	21,6	13,4	28,7***
– jak często czułeś się samotny?	14,6	9,8	18,8***
– jak często czułeś się przygnębiony?	15,3	9,8	20,0***
– jak często chciało ci się płakać?	14,1	2,7	24,0***
Wysokie nasilenie objawów depresyjnych – % odp. „często” lub „zawsze” w 4 pytaniach#	6,4	1,7	10,5***

*** istotne statystycznie różnice w nasileniu objawów depresyjnych u dziewcząt i chłopców ($p < .001$)

wskaźnik używany w badaniach kanadyjskich [20]

Tablica 4. Występowanie myśli samobójczych oraz przyjmowanie leków z powodu lęku lub depresji – w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Czy przychodziły ci do głowy myśli samobójcze?	Cała próba N = 1123	Chłopcy N = 521	Dziewczęta N = 600
– Tak	21,0	14,0	27,0***
– Nie	79,0	86,0	73,0
Czy w ostatnich 12 miesiącach miałeś przepisywane leki z powodu lęku lub depresji?			
– Tak – tylko z powodu lęku	1,0	1,2	0,8
– Tak – tylko z powodu depresji	2,1	1,0	3,2*
– Tak – zarówno z powodu lęku jak i depresji	1,2	0,6	1,7
Razem	4,3	2,7	5,7*

* istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą dziewcząt i chłopców ($p < .001$)

Tablica 5. Występowanie złego samopoczucia z powodów psychicznych i dolegliwości fizycznych – w ostatnim miesiącu przed badaniem

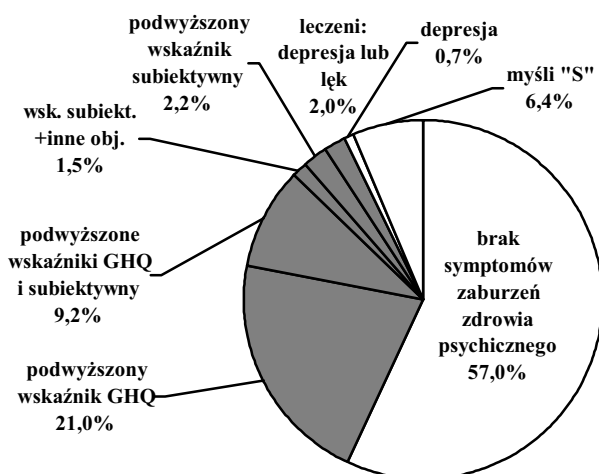
Wskaźniki „złych dni” w ciągu ostatniego miesiąca	Cała próba N = 1123	Chłopcy N = 521	Dziewczęta N = 600
– 14 i więcej „złych” dni psychicznych	12,8	6,0	18,8***
– 14 i więcej „złych” dni fizycznych	6,3	6,5	6,2

Analiza współwystępowania objawów złego samopoczucia psychicznego

Biorąc pod uwagę pokrywanie się zakresów wskaźników, ok. 43% badanych gimnazjalistów sygnalizowało różne objawy złego samopoczucia psychicznego. Większość tych osób charakteryzowała się podwyższonym poziomem dystresu psychicznego (ok. 30% całej

badanej grupy, wskaźnik GHQ-12). Część badanej grupy (w sumie ok. 13%) to osoby, które nie miały podwyższonego poziomu dystresu psychicznego, ale charakteryzowały się innymi, takimi wskaźnikami pogorszonego stanu zdrowia psychicznego, jak: objawy depresji, myśli samobójcze, czy zły stan zdrowia psychicznego oceniany subiektywnie (co najmniej 14 „złych” dni w ostatnim miesiącu). Współwystępowanie poszczególnych wskaźników przedstawia rys. 3.

Grupę bardzo wysokiego ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego mogą stanowić osoby z podwyższonym poziomem dystresu psychicznego (GHQ-12), które jednocześnie oceniły stan swojego zdrowia psychicznego jako zły przez co najmniej 14 dni w ostatnim miesiącu (ok. 9% badanych). Część badanych (1,5%), sygnalizujących symptomy depresji lub myśli samobójcze, nie miała podwyższonych wyników w zakresie dystresu psychicznego (w skali GHQ-12), ale oceniała stan swojego zdrowia jako zły (>14 dni w ostatnim miesiącu). Tak więc grupa osób szczególnie zagrożonych może być większa i może obejmować około 11–13% badanych.



Rysunek 3. Relacje pomiędzy wskaźnikami mówiącymi o zagrożeniu stanu zdrowia psychicznego. Na rycinie przedstawiono nakładanie się zakresów podwyższonego wskaźnika GHQ ze wskaźnikiem subiektywnym, oraz nakładanie się wskaźnika subiektywnego z innymi objawami. Część osób badanych, biorących leki, sygnalizujących stany depresyjne lub myśli samobójcze, nie została „uchwycona” przez ogólne wskaźniki zagrożenia dla zdrowia psychicznego (ani w zakresie GHQ, ani wskaźnika subiektywnego)

OMÓWIENIE

Znaczący procent badanych gimnazjalistów (ok. 43%) przejawia różnego rodzaju problemy ze zdrowiem psychicznym. Wyniki „Kwestionariusza ogólnego stanu zdrowia” (GHQ-12) pokazują, że ok. 30% wszystkich badanych doświadcza objawów dystresu psychicznego, co przejawia się przede wszystkim w odczuwaniu:

przygnębienia, poczucia stałego napięcia, nie radzenia sobie z trudnościami i problemami ze snem. Wśród dziewcząt wyniki dystresu są statystycznie istotnie wyższe, świadczy o tym zarówno wynik ogólny, jak również wynik poszczególnych pytań Kwestionariusza.

Wyniki badania skalą GHQ-12 nie są wystarczające dla formułowania wniosków na temat występowaniu zaburzeń psychicznych. Jednak, jeśli wziąć pod uwagę jednocześnie utrzymywanie się stanu złego samopoczucia psychicznego przez co najmniej dwa tygodnie w ostatnim miesiącu [21], to można stwierdzić, że zdrowie psychiczne ok. 11–13% badanych gimnazjalistów jest poważnie zagrożone.

Szczególnie duża liczba gimnazjalistów podaje, że odczuwa stany wskazujące na występowanie u nich objawów depresyjnych: smutek, samotność, przygnębienie, myśli samobójcze. Wyniki te są zbieżne z danymi pochodzącymi z innych badań i sugerują istnienie poważnych zagrożeń dla zdrowia psychicznego młodych ludzi [4, 7, 8]. Ciągłe otwarte jest pytanie o to, czy objawy depresji występującej w okresie dorastania są „normatywnym”, rozwojowym stanem psychicznym czy też zapowiedzią zaburzeń psychicznych w wieku dorosłym [13]. Niezależnie od odpowiedzi na to pytanie wydaje się, że doświadczanie objawów depresyjnych w okresie kształtowania się poczucia własnej tożsamości, kształcenia się, nabywania wiedzy o sobie, świecie i innych ludzi, musi mieć znaczący wpływ na rozwój młodzieży. Warto pamiętać, że myśli samobójcze i inne objawy depresyjne mogą kończyć się próbami samobójczymi [8]. Zachodzi zatem potrzeba poszerzenia w społeczeństwie świadomości tego typu zagrożeń oraz uczenia umiejętności ich rozpoznawania przez rodziców, nauczycieli i innych profesjonalistów [17]. Potrzebne jest wypracowywanie metod pomocy młodzieży, która doświadcza objawów złego samopoczucia psychicznego. Metody promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, poradnictwo psychologiczne mogą stać się ważnymi narzędziami zmniejszenia dystresu psychicznego i ograniczania jego negatywnych skutków dla zdrowia psychicznego i rozwoju dzieci i młodzieży.

Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-12) okazał się czułym narzędziem, obejmującym swym zakresem większość osób z symptomami depresji, myśli samobójczych oraz subiektywnie oceniających stan swego zdrowia psychicznego jako zły.

WNIOSKI

1. Ok. 43 % warszawskich gimnazjalistów z klas pierwszych (13–14 r.ż.) doświadcza różnych objawów złego samopoczucia, stanowiących ryzyko dla ich zdrowia psychicznego.
2. Istotnie częściej objawy takie występują w populacji dziewcząt.

3. Szczególnie niepokojąca jest duża liczba uczniów z objawami depresyjnymi (u 14–21% przynajmniej jeden z objawów) i myślami samobójczymi (21%).
4. Grupa uczniów szczególnie zagrożonych zaburzeniami zdrowia psychicznego, to ok. 11–13 % badanej populacji.
5. Istnieje potrzeba stworzenia i wprowadzania metod promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki zaburzeń psychicznych i poradnictwa psychologicznego dla młodzieży gimnazjalnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Taylor F. Rozwój i perspektywy psychologii zdrowia. W: Heszten-Niejodek I, Sęk H, red. Psychologia zdrowia. PWN Warszawa 1997; 232–51.
2. Rabe-Jabłońska J, Dietrich-Muszalska A, Gmitrowicz A. Występowanie lęku społecznego wśród reprezentatywnej grupy młodzieży z Łodzi. *Psychiatr Pol* 2003; 37 (1); 87–95.
3. Essau CA, Conradt J, Peterman F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *J Anxiety Disord* 2000; 14 (3); 263–79.
4. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998; 28 (1); 109–26.
5. Jodkowska M, Woynarowska B, Obłacińska A, Dobrowolska A, Wojciechowska A. Postrzeganie własnego zdrowia i wyglądu przez młodzież w wieku 11–15 lat w Polsce. W: Jopkiewicz A, Schejbal J, red. Zdrowie dzieci i młodzieży w aspekcie fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym. Kielce 1998; 65–71.
6. Fenczyn J. Obawa i lęk przed samotnością u współczesnej młodzieży polskiej w okresie dorastania. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2003; 3 (1); 4–10.
7. Cooper PJ, Goodyer I. A community study of depression in adolescent girls. I: Estimates of symptom and syndrome prevalence. *Br J Psychiatry* 1993; 163; 369–74, 379–80.
8. Gmitrowicz A, Dubla W. Zachowania samobójcze w reprezentatywnej grupie młodzieży z terenu Łodzi. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży* 2001; 1 (3); 236–43.
9. Mc Gee R, Feehan M, Williams S, Partridge F, Silva PA, Kelly J. DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29 (4); 611–9.
10. Angold A, Costello EJ. Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *Am J Psychiatry* 1993; 150 (12); 1779–91.
11. Goodyer I, Cooper PJ. A community study of depression in adolescent girls. II: The clinical features of identified disorder. *Br J Psychiatry* 1993; 163; 374–80.
12. Bird HR, Gould MS, Staghezza BM. Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32 (2); 361–8.
13. Bomba J, Modrzejewska R, Pilecki M. Depresyjny przebieg dorastania jako czynnik ryzyka powstawania zaburzeń psychicznych – piętnastoletnie badania prospektywne. *Psychiatr Pol* 2003; 37 (1); 57–69.
14. Rabe-Jabłońska J. Dziecięce zaburzenia lękowe. Epidemiologia, czynniki ryzyka, zasady rozpoznawania, przebieg, współchorobowość, leczenie, zapobieganie. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży* 2001; 1 (3); 203–8.

15. Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ* 2001; 323 (7311); 480–4.
16. Dhossche D, Ferdinand R, Van der Ende J, Werhulst F. Outcome of self-reported functional-somatic in a community sample of adolescents. *Ann Clin Psychiatry* 2001; 13 (4); 191–9.
17. Wolańczyk T. Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce. *Akademia Medyczna w Warszawie* 2002 , 135–140.
18. Goldberg D., Williams P.: Podręcznik dla użytkowników Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia. W: B. Dudek red. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy; 2001. s. 15–189.
19. Center for Disease Control and Prevention: Self-reported Frequent mental Distress Among Adults – United States, 1993–1996, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, May 1, 1998, Vol. 47(6), 325–331.
20. Adlaf E.M., Pagila A. (2001) The mental health-being of Ontario students. Findings from the OSDUS 1991–1999, Centre for Addiction and Mental Health, Ontario.
21. Radloff L. (1977) The CES-D scale: A self-report depression from research in general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401.
22. Makowska Z., Merez D.: Polska adaptacja Kwestionariuszy Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga: GHQ-12 i GHQ-28. W: B. Dudek red. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy; 2001. s. 191–264.