



Raport z badań na próbie reprezentatywnej
Profilaktyka zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży
w wieku 16 – 17 lat

Raport opracowała Agencja Badawczo-Informacyjna PASAD

Warszawa, grudzień 2013 r.

Spis treści

PODSUMOWANIE	3
WPROWADZENIE	4
DOBÓR PRÓBY	4
PROCEDURA BADAWCZA	10
NARZĘDZIA BADAWCZE	11
SKALA DEPRESJI BECKA (BDI)	11
SKALA DEPRESJI NASTOLATKÓW (KADS)	11
KWESTIONARIUSZ OGÓLNEGO STANU ZDROWIA GHQ-12	12
WYNIKI	13
SKALA DEPRESJI BECKA (BDI)	13
<i>Intensywność objawów depresji diagnozowanej skalą Becka</i>	14
<i>Częstotliwość komponentów depresji w skali Becka</i>	14
<i>Rozkład kumulatywny wyników w skali depresji Becka</i>	17
SKALA DEPRESJI NASTOLATKÓW (KADS)	18
<i>Objawy depresji na poszczególnych skalach KADS</i>	19
<i>Rozkład kumulatywny wyników w KADS</i>	21
KWESTIONARIUSZ OGÓLNEGO STANU ZDROWIA GHQ-12	22
<i>Częstotliwość przeżywania komponentów dystresu mierzonych skalą GHQ-12</i>	22
<i>Rozkład kumulatywny wyników w GHQ-12</i>	25
OSZACOWANIE SUMARYCZNE POZIOMU ZAGROŻENIA DEPRESJĄ I INNYMI ZABURZENIAMI PSYCHOEMOCJONALNYMI	26
<i>Objawy dystresu i/lub depresji – porównanie chłopców i dziewcząt</i>	28
<i>Udział branych pod uwagę wskaźników w objawach depresyjnych</i>	29
TENDENCJE AUTODESTRUKCYJNE.	30
<i>Ostre tendencje autodestrukcyjne</i>	32
SPIS WYKRESÓW	35

Podsumowanie

Badania przeprowadzone na reprezentatywnej dla województwa lubelskiego próbie N=624 uczniów szkół ponadgimnazjalnych w wieku 16-17 lat umożliwiają sformułowanie następujących wniosków:

1. Objawy depresji (mierzonej skalami BDI i KADS), przeżywanej w okresie nie dłuższym niż ostatnie 2 tygodnie, ujawnia 39% badanej młodzieży, istotnie częściej dziewczęta (52% badanych dziewcząt) w porównaniu z chłopcami (27% badanych chłopców). Ekstrapolacja wyników na ogół młodzieży w wieku 16-17 lat z województwa lubelskiego (po uwzględnieniu maksymalnego błędu pomiaru) pozwala stwierdzić, że w objawy depresji przeżywało co najmniej 20 300 nastolatków (16-17 lat), w tym około 13 200 dziewcząt i ok. 7 100 chłopców.
2. Kłopoty w zakresie zdrowia psychicznego (dalej określane jako *dystres*) – mierzone testem GHQ-12 przeżywało (w okresie ostatnich kilku tygodni przed badaniem) 53% młodzieży, istotnie częściej dziewczęta (70%) w porównaniu z chłopcami (36%). W skali województwa lubelskiego dystres odczuwało (po uwzględnieniu maksymalnego błędu pomiaru) nie mniej niż 27 400 nastolatków w wieku 16-17 lat, w tym nie mniej niż 17 900 dziewcząt i 9 500 chłopców.
3. Łączna ilość młodzieży 16 i 17-letniej w województwie lubelskim z objawami depresji i/lub dystresu (po uwzględnieniu błędu pomiaru) liczy nie mniej niż 30 600 osób, w tym 18 900 dziewcząt i 11 700 chłopców. W próbie odsetek respondentów z problemami depresyjnymi i/lub dystresem (odczuwanym w okresie nie dłuższym niż ostatnich kilka tygodni) wynosił 59%. Wynik jest istotnie wyższy wśród dziewcząt (74%) w porównaniu z chłopcami (44%).
4. W badanej próbie obecność tendencji autodestrukcyjnych (myśli, plany lub próby samobójcze lub samouszkodzające) stwierdzono u 21% uczniów. Płeć nie różnicuje wyników. Odnosząc ten rezultat do województwa lubelskiego szacujemy, że tendencje autodestrukcyjne (po uwzględnieniu maksymalnego błędu pomiaru) charakteryzują nie mniej niż 10 900 16 i 17-letniej młodzieży (nie mniej niż 5 900 dziewcząt i nie mniej niż 5 000 chłopców).
5. Tendencje autodestrukcyjne o dużym natężeniu ujawnia 9% badanej młodzieży. Różnica między chłopcami i dziewczętami nie jest istotna statystycznie. Ten wskaźnik odniesiony do województwa pozwala oszacować ilość 16 i 17-letniej młodzieży przeżywającej intensywne tendencje autodestrukcyjne (po uwzględnieniu max. błędu pomiaru) na poziomie nie niższym niż 4 900 osób, w tym nie mniej niż 2 000 dziewcząt i 2 900 chłopców).

Wprowadzenie

W ramach realizacji programu zdrowotnego *Profilaktyka zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16–17 lat* wykonany został program badań diagnostycznych mających na celu oszacowanie skali zjawiska występowania zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16-17 lat. Badania przeprowadzono na reprezentatywnej próbie młodzieży w wieku 16-17 lat uczącej się w szkołach ponadgimnazjalnych zlokalizowanych w województwie lubelskim, o liczebności N=624 respondentów. Ta grupa młodzieży brała udział wyłącznie w anonimowych badaniach, nie uczestniczyła w programie profilaktycznym.

Rozdzielenie respondentów uczestniczących w badaniach anonimowo, zrekrutowanych zgodnie z losowym doбором próby zapewniającym jej reprezentatywność od młodzieży ochotniczo uczestniczącej w programie umożliwia:

a/ rzetelną ekstrapolację wyników badań na ogół młodzieży w wieku 16-17 lat uczącej się w szkołach ponadgimnazjalnych zlokalizowanych w województwie lubelskim,

b/ porównanie próby losowej uczestników badań z próbą celową – uczestnikami programu psychoedukacyjnego i odpowiedź na pytanie, czy do programu zgłasza się młodzież z intensywniejszymi problemami psychoemocjonalnymi w szczególności depresyjnymi w porównaniu z młodzieżą „przeciętną” z próby losowej.

W województwie lubelskim liczba młodzieży w wieku 16-17 lat liczy ok. 54 000 osób (dane na koniec 2011 roku) i na taką populację ekstrapolowane są wyniki przeprowadzonych badań¹.

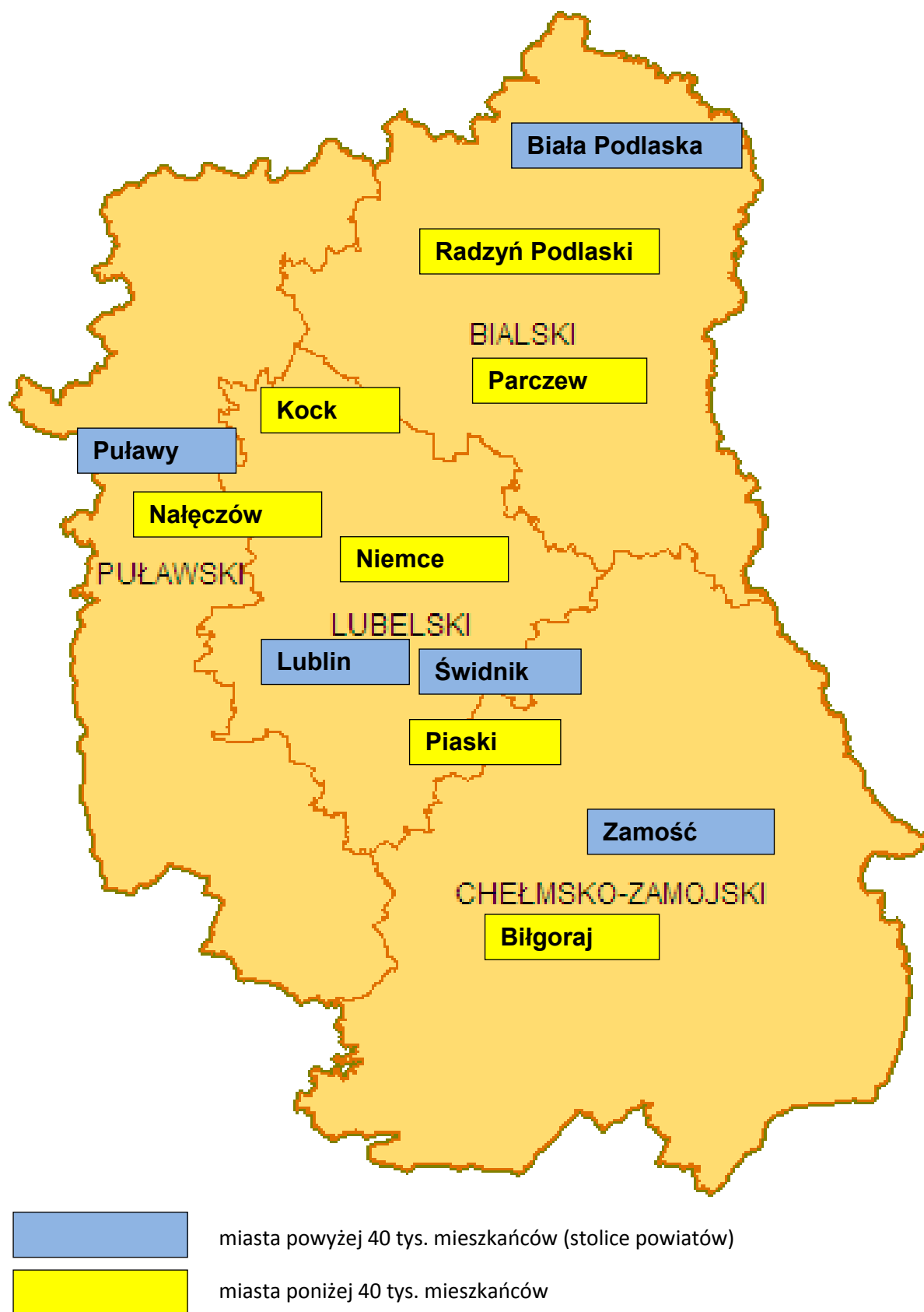
Dobór próby

Do wyłonienia klas szkolnych uczestniczących w badaniach wykorzystano procedurę doboru warstwowo-losowego. Województwo lubelskie zostało podzielone na 5 regionów (białski, chełmsko-zamojski, lubelski bez Lublina, puławski, a Lublin potraktowano jako odrębny region). W każdym regionie wylosowano po 5 szkół (dwa licea ogólnokształcące, dwie średnie szkoły zawodowe – technika lub licea profilowane oraz jedna zasadnicza szkoła zawodowa). Co druga szkoła była losowana z puli szkół zlokalizowanych w miastach powyżej 40 tys. mieszkańców, co druga w miastach do 40 tys. mieszkańców. W każdej szkole wylosowano na ogół jedną klasę, wyjątkowo dwie (w co drugiej wylosowanej szkole losowano klasę pierwszą z uczniami 16-letnimi, w co drugiej klasę drugą – z uczniami 17-letnimi). Dane zebrane od uczniów szkół w Lublinie i województwie lubelskim zostały połączone i w analizach potraktowano je jako dane z jednego regionu.

Rozkład terytorialny próby prezentuje kartogram 1 na następnej stronie.

¹ Przy próbie o liczebności N=624 i operacie o liczebności N= 54 000 maksymalny błąd pomiaru wynosi $\pm 4\%$.

Kartogram 1. Liczebności respondentów w próbie reprezentatywnej (N=624) w subregionach województwa lubelskiego



Ponieważ dobór próby był warstwowy a nie proporcjonalny, skonstruowano – na podstawie dostępnych danych statystycznych - wagi uwzględniające rzeczywiste udziały uczniów poszczególnych kategorii (tzn. wyróżnionych ze względu na płeć, wielkość miejscowości lokalizacji szkoły oraz typ szkoły) w populacji młodzieży 16-17 letniej mieszkającej w województwie lubelskim, przy pomocy których przeliczono wyniki.

Tabele 1 i 2 oraz wykresy 1, 2 i 3 na następnych stronach prezentują porównanie udziałów poszczególnych kategorii młodzieży w ogóle młodzieży 16 i 17-letniej w województwie lubelskim, udziały poszczególnych kategorii respondentów w próbie oraz wynik zastosowania procedury ważenia danych.

W próbie (tabela 1) niedoreprezentowane były dziewczęta (poniżej 44%, w populacji młodzieży 16-17 lat z woj. lubelskiego jest 49% dziewcząt) oraz uczniowie z regionu chełmsko-zamojskiego (6% w próbie, 15% w populacji). Nadreprezentowani byli chłopcy (56% w próbie, 51% w populacji) oraz uczniowie z regionu bialskiego (14% w próbie, 7% w populacji). Po zastosowaniu procedury ważenia wyników żadna różnica między udziałami branych pod uwagę kategorii respondentów w porównaniu z udziałami tych kategorii w ogóle młodzieży 16 i 17-letniej z woj. lubelskiego nie przekracza 0,1%.

W próbie (tabela 2) niedoreprezentowani byli uczniowie liceów (46% w próbie, 51% w populacji). Ta niedoreprezentacja była spowodowana niskim udziałem uczniów liceów z regionu chełmsko-zamojskiego (8% w próbie, 15% w populacji). Nadreprezentowani byli uczniowie zasadniczych szkół zawodowych (17,5% w próbie, 11% w populacji), co było spowodowane nadreprezentacją uczniów ZSZ we wszystkich regionach z wyjątkiem puławskiego. Udziały liceów profilowanych oraz techników były w próbie podobne do udziałów uczniów tych typów szkół w populacji. W próbie nadreprezentowani byli uczniowie ze szkół regionu bialskiego, a niedoreprezentowani uczniowie regionu chełmsko-zamojskiego. Po zastosowaniu procedury ważenia wyników żadna różnica między udziałami branych pod uwagę kategorii respondentów w porównaniu z udziałami tych kategorii w ogóle młodzieży 16 i 17-letniej z woj. lubelskiego nie przekracza 3,7%.

Tak więc próba ważona odzwierciedla strukturę ogółu młodzieży 16 i 17-letniej z woj. lubelskiego ze względu na kryteria płci, regionu oraz typu szkoły.

W ogóle młodzieży 16 i 17-letniej z woj. lubelskiego jest 48,14% 16-latków i 51,86% 17-latków. W próbie ważonej odpowiednio: 50,70% 16-latków i 49,30% 17-latków.

Więc także wiek respondentów odpowiada udziałom branych pod uwagę kategorii wiekowych w populacji.

Tabela 1. Udziały chłopców i dziewcząt w rozbiciu na regiony

płeć	w próbie		w populacji		po zważeniu	
	chłopcy	dziewczęta	chłopcy	dziewczęta	chłopcy	dziewczęta
region						
lubelski	20,7%	13,5%	15,1%	14,6%	15,1%	14,6%
pulawski	9,8%	9,9%	12,2%	11,7%	12,2%	11,7%
białski	9,8%	14,1%	7,7%	7,4%	7,7%	7,4%
chelmsko-zamojski	16,2%	6,1%	15,9%	15,3%	15,9%	15,4%
razem	56,4%	43,6%	51,0%	49,0%	50,9%	49,1%
		100,0%		100,0%		100,0%

Wykres 1. Porównanie rozkładu chłopców i dziewcząt w rozbiciu na regiony w populacji i w próbie ważonej

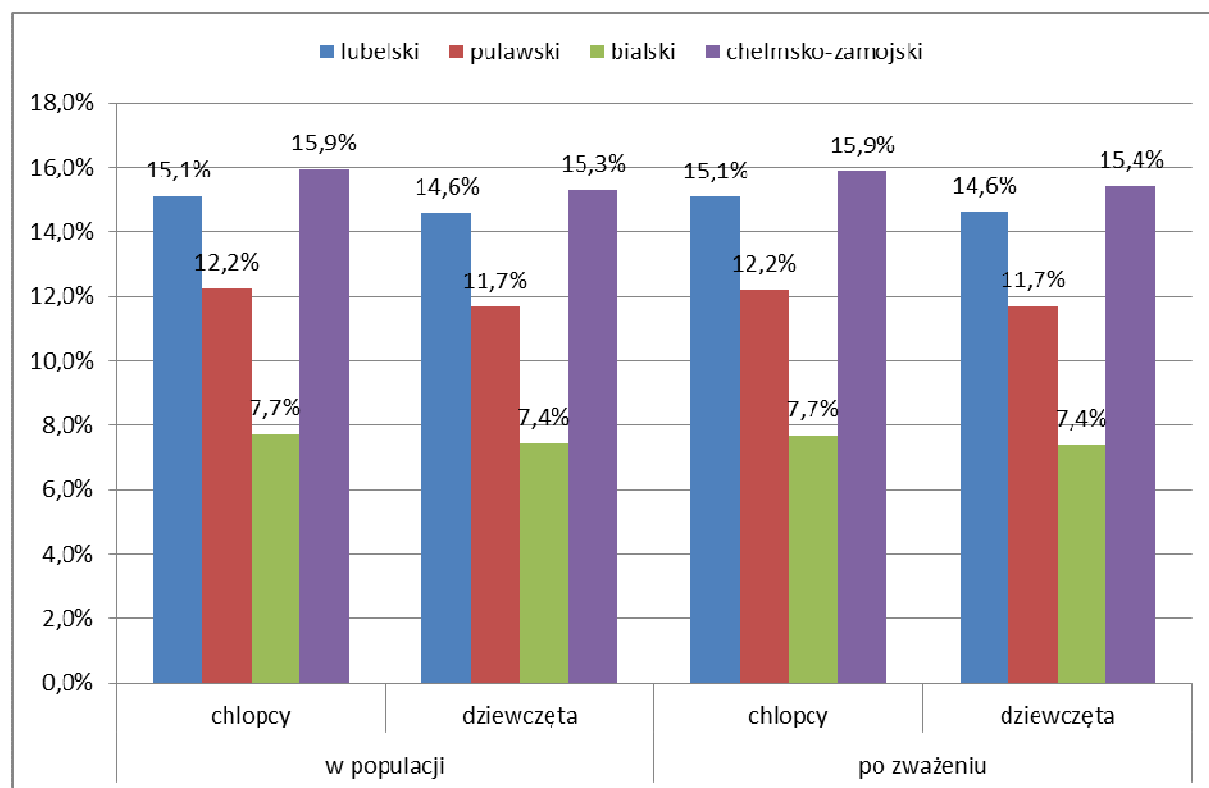
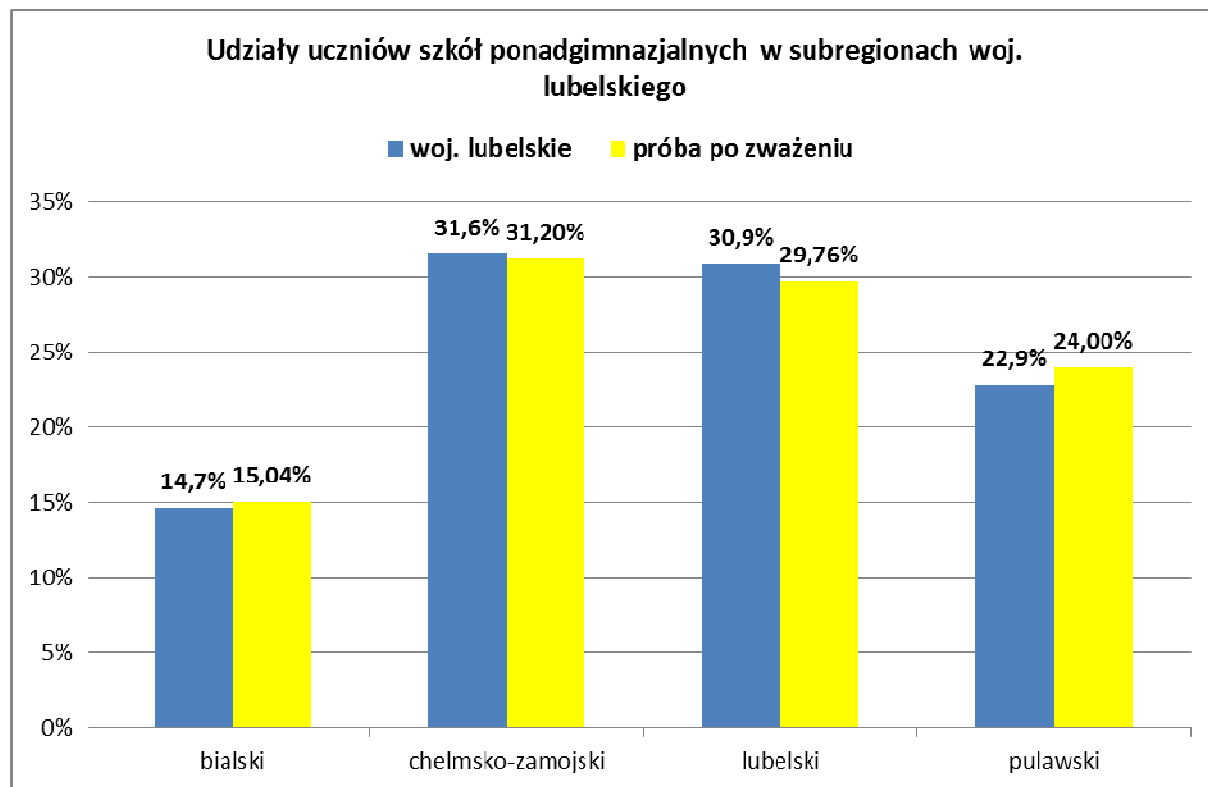


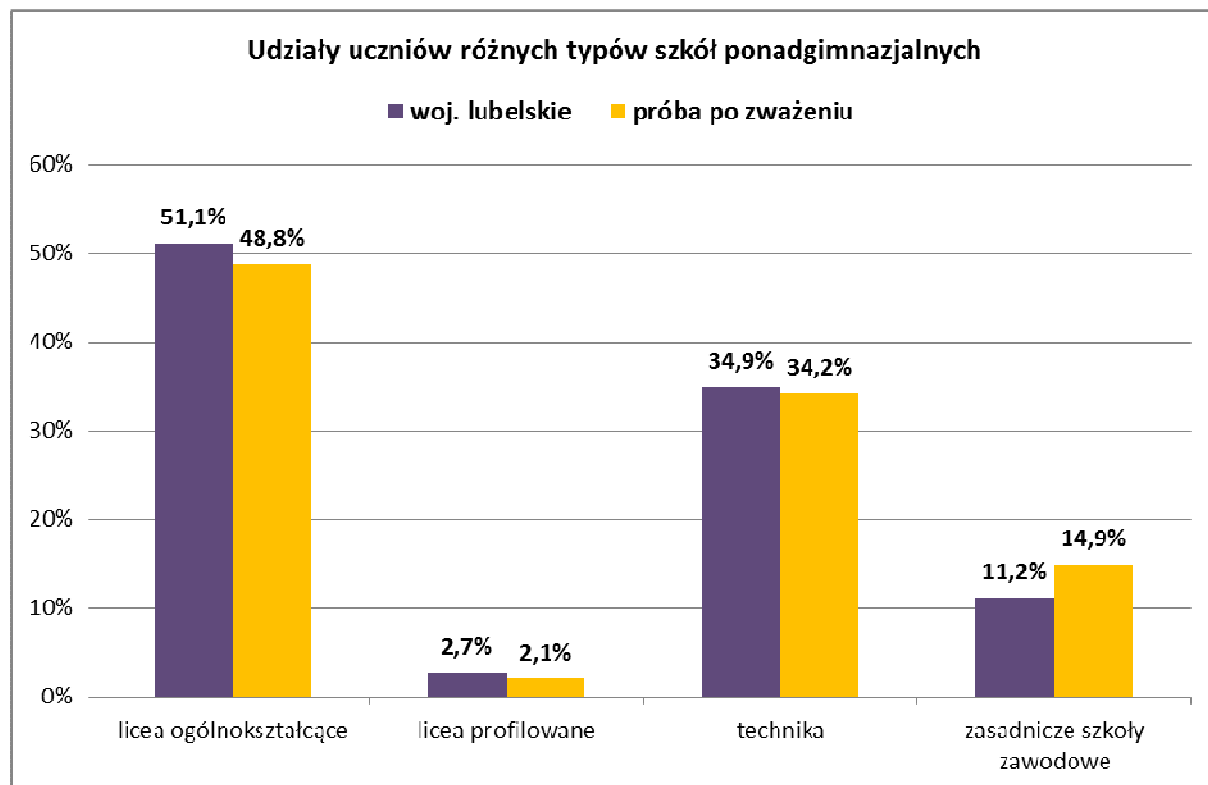
Tabela 2. Odsetki uczniów różnych typów szkół w układzie regionalnym

Udziały uczniów różnych typów szkół ponadgimnazjalnych w poszczególnych subregionach woj. lubelskiego					
	licea ogólnokształcące	licea profilowane	technika	zasadnicze szkoły zawodowe	razem
LUBELSKIE	51,1%	2,7%	34,9%	11,2%	100,0%
białski	7,2%	0,7%	5,0%	1,7%	14,7%
chełmsko-zamojski	15,2%	1,1%	11,5%	3,8%	31,6%
lubelski	17,3%	0,4%	10,4%	2,8%	30,9%
pulawski	11,5%	0,5%	8,1%	2,8%	22,9%
Udziały w próbie respondentów z różnych typów szkół ponadgimnazjalnych w poszczególnych subregionach woj. lubelskiego					
	licea ogólnokształcące	licea profilowane	technika	zasadnicze szkoły zawodowe	Ogółem
próba	46,0%	1,8%	34,8%	17,5%	100,0%
białski	12,3%	0,0%	6,4%	5,1%	23,9%
chełmsko-zamojski	8,3%	0,0%	8,2%	5,8%	22,3%
lubelski	15,7%	0,0%	13,5%	5,0%	34,1%
pulawski	9,6%	1,8%	6,7%	1,6%	19,7%
Udziały respondentów z różnych typów szkół ponadgimnazjalnych w poszczególnych subregionach woj. lubelskiego po zważeniu próby					
	licea ogólnokształcące	licea profilowane	technika	zasadnicze szkoły zawodowe	Ogółem
próba ogółem po	48,8%	2,1%	34,2%	14,9%	100,0%
białski	6,9%	0,0%	4,6%	3,5%	15,0%
chełmsko-zamojski	15,0%	0,0%	10,6%	5,6%	31,2%
lubelski	15,4%	0,0%	10,7%	3,7%	29,8%
pulawski	11,5%	2,1%	8,3%	2,1%	24,0%

Wykres 2. Odsetki uczniów w subregionach – populacja i próba ważona



Wykres 3. Odsetki uczniów w typach szkół – populacja i próba ważona



Należy zwrócić uwagę, że istnieje współzależność między zmienną płeć a zmienną typ szkoły (tabela 3).

Tabela 3.

	Ogółem	chłopcy	dziewczęta
LO	48,7%	21,9%	76,7%
LPROF	2,1%	1,3%	3,0%
TECH	34,3%	50,2%	17,7%
ZSZ	14,9%	26,6%	2,6%
razem	100,0%	100,0%	100,0%

Dziewczęta przeważają w liceach (77% badanych dziewcząt i 22% badanych chłopców). W technikach i zasadniczych szkołach zawodowych wyższe są udziały chłopców (w technikach uczy się 50% badanych chłopców i 18% dziewcząt, w ZSZ 27% chłopców i tylko 3% dziewcząt).

Ta współzależność płci i typu szkoły jest przyczyną podobnych rozkładów istotności statystycznej różnic w wynikach. Na ogół jeśli istotna jest różnica między wynikami dziewcząt i chłopców na analizowanym wymiarze, to istotna jest także na tym wymiarze różnica wyników między uczniami różnych typów szkół i kierunki zależności są zbieżne (tzn. jeśli wynik dziewcząt na analizowanym wymiarze jest wyższy niż wynik chłopców, to wynik uczniów LO jest wyższy niż uczniów techników i ZSZ).

Procedura badawcza

Wejście do wylosowanych szkół odbywało się na podstawie zgody dyrekcji szkoły. Dyrekcje były informowane o programie i warunkach realizacji badań. Jeśli Zlecający program (Zarząd Województwa Lubelskiego) wyrazi zgodę, raport z badań zostanie udostępniony dyrekcjom szkół, których uczniowie uczestniczyli w badaniach.

Udział młodzieży w badaniach był anonimowy. Badanie zrealizował metodą ankiety audytoryjnej zespół ankieterów rekrutujący się spoza systemu oświaty i wychowania.

W procedurze badania bardzo duży nacisk położono na zapewnienie respondentom maksimum poczucia bezpieczeństwa oraz pełnej anonimowości. Przestrzegane były następujące zasady:

- wymóg nieobecności nauczyciela w klasie w trakcie badania,
- reguły postępowania ankietera (np. nie mógł chodzić po klasie i zaglądać uczniom do kwestionariuszy).

Uczniowie w instrukcji otrzymali zapewnienie o pełnej anonimowości badań, zarówno na poziomie pojedynczych uczniów, jak również całej szkoły. Oznacza to, że tajemnicą objęte są również wyniki na poziomie szkół.

Ankieterzy po sprawdzeniu kompletności materiałów przekazali je koordynatorowi.

W badaniach wzięło udział 661 respondentów. Ankiety po zarejestrowaniu zostały poddane procedurze weryfikacji. W jej efekcie wyeliminowano osoby nie spełniające

kryterium wieku lub takie, które nie podały wieku (w sumie 33 osoby) oraz kwestionariusze, co do których była pewność, że respondenci nie potraktowali badania poważnie (4 kwestionariusze). Następnie założono i zweryfikowano zbiór danych. Do analiz zakwalifikowano dane od 624 respondentów.

Zastosowano opisaną wcześniej procedurę ważenia wyników. W dalszej części raportu analizy prowadzone są wyłącznie na próbie ważonej.

Narzędzia badawcze

Respondenci audytoryjnie (w grupach klasowych) wypełnili trzy kwestionariusze diagnozujące poziom natężenia zaburzeń depresyjnych i innych problemów psychoemocjonalnych:

- Skalę depresji Becka (BDI),
- Skalę depresji u młodzieży Kutchera (KADS),
- Kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia GHQ-12 Davida Goldberga.

Skala Depresji Becka (BDI)

Skala Depresji Becka składa się z 21 grup opisów uwzględniających 21 najczęstszych objawów towarzyszących depresji. Z każdej grupy badany powinien wybrać jeden opis, który jego zdaniem w najlepszy sposób określa jego stan we wskazanym okresie (ostatnie 2 tygodnie). Kolejne warianty opisów odpowiadają zwiększonej intensywności objawów, są więc odpowiednio również punktowane od 0 do 3 punktów.

Opisy wskazane przez respondenta są sumowane. Wynik mieści się w przedziale od 0 (21 grup opisów x 0 punktów) do 63 (21 x 3 punkty).

Wyniki są interpretowane wg poniższego klucza:

suma punktów	diagnoza
0–11	bez depresji
12–26	łagodna depresja
27–49	umiarkowanie ciężka depresja
50–63	bardzo ciężka depresja

Skala depresji nastolatków (KADS)

Skala depresji nastolatków (KADS) Stana Kutchera składa się z 6 stwierdzeń. Ocena określa natężenie (częstość) stanu opisywanego w stwierdzeniu od 0 - rzadko kiedy lub w ogóle nie, poprzez 1 - dość często, 2 - przez większość czasu, do 3 - cały czas.

Oceny są sumowane. Wynik mieści się w przedziale od 0 (6 stwierdzeń x 0 punktów) do 18 (6 x 3 punkty). Wynik od sześciu punktów. Wzwyż diagnozuje poważne zaburzenie depresyjne. Ponadto KADS służy rozpoznaniu lęków młodzieży, takich jak panika czy lęki społeczne. KADS jest bardzo wrażliwy w rozpoznawaniu ryzyka popełnienia samobójstwa (stwierdzenie 6: W zeszłym tygodniu miałem(am) myśli, plany albo czyny samobójcze lub samouszkodzające).

Skala KADS jest napisana językiem zrozumiałym dla przeciętnego nastolatka i jest przeznaczona dla osób w wieku 12- 22 lat. Możliwość wychycenia objawów depresji przez ten kwestionariusz jest oceniana na ponad 90%, rzetelność jest również oceniana wysoko – w odniesieniu do rozpoznania poszczególnych objawów depresji - ponad 70%. Sprawia to, że skala znajduje się na szczycie rankingu dostępnych w tej chwili narzędzi-testów samooceny i samoopisu występowania depresji.

Kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia GHQ-12

Do pomiaru ogólnego stanu zdrowia psychicznego zastosowano dostosowaną do młodzieży szkolnej skróconą wersję skali Davida Goldberga - General Health Questionnaire (GHQ-12), która składa się z 12 pytań dotyczących stanu zdrowia psychicznego. Przyjęto za autorami kanadyjskimi (Adolfa i Palia, 2001)², że wskaźnikiem podwyższonego poziomu stresu psychicznego (dystresu) jest występowanie przynajmniej trzech spośród 12 objawów pogorszonego samopoczucia psychicznego. Jest to zgodne z wynikami badań autorek polskiej adaptacji kwestionariusza GHQ-12 (Makowska i Merecz 2001)³. Wykazują one, że wynik 3 punkty i powyżej jest wskaźnikiem podwyższonego, nieprzypadkowego prawdopodobieństwa zaburzeń psychicznych.

Odpowiedzi są punktowane od 1 do 4. W celu obliczenia wskaźnika odpowiedzi na każde z 12 pytań składowych należy zdychotomizować stosując następujący przelicznik:

odpowieź	przekształcenie
1	0
2	0
3	1
4	1

W konsekwencji w odpowiedzi na każde pytanie można uzyskać 0 punktów lub 1 punkt. Tak przekształcone odpowiedzi są sumowane. Wynik mieści się w przedziale od 0 punktów (12 pytań x 0 punktów) do 12 punktów (12 x 1 punkt).

Wynik w przedziale od 3 punktów do 12 punktów jest interpretowany jako podwyższony poziom stresu.

² Adlaf E., Paglia A. (2001): The Mental Health and Well-Being of Ontario Students. Findings from the OSDUS. Centre for Addiction and Mental Health, Toronto.

³ Makowska Z., Merecz D. (2001): Polska adaptacja kwestionariuszy ogólnego stanu zdrowia Davida Goldberga GHQ-12 i GHQ-28. [w:] red. B. Dudek Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga, Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 211-262.

Wyniki

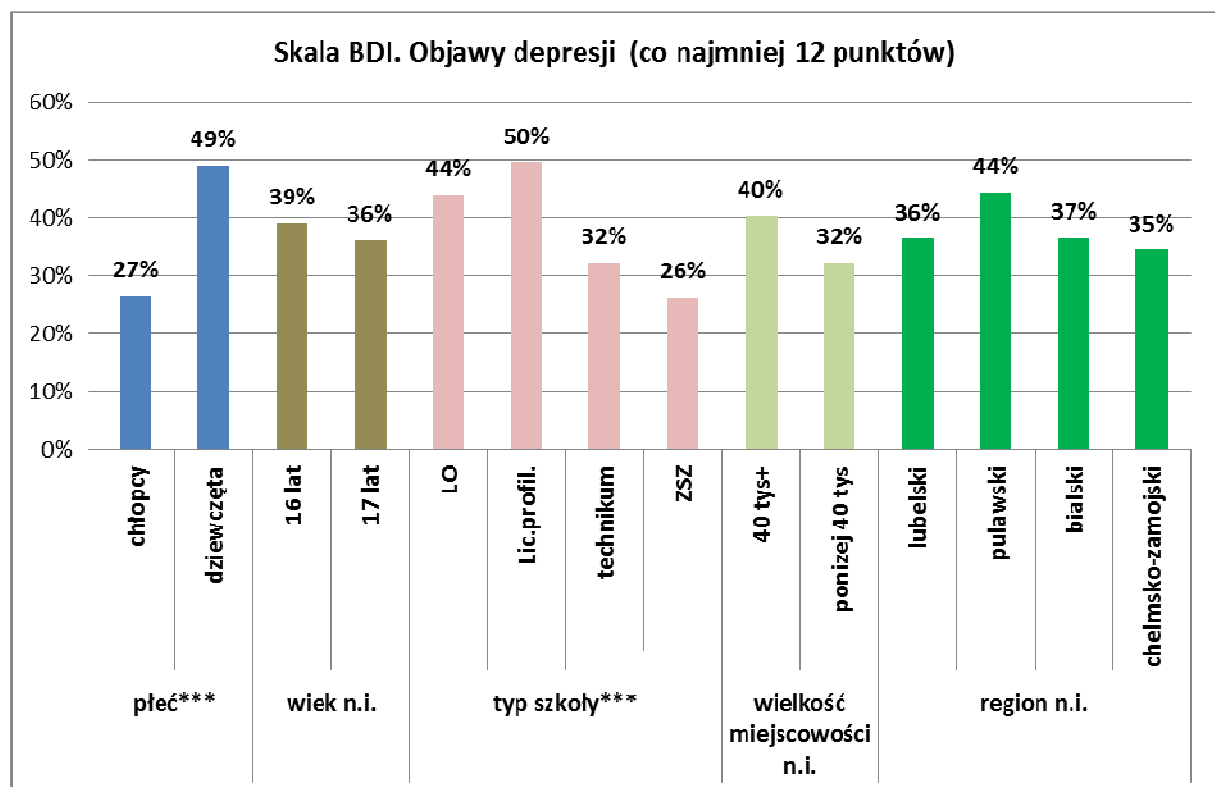
Skala Depresji Becka (BDI)

W badanej grupie objawy depresji mierzonej skalą BDI (wynik co najmniej 12 punktów) relacjonowało 38% respondentów.

Znacząco częściej depresję przeżywały dziewczęta (49%) niż chłopcy (27%), uczniowie liceów (44%) szczególnie w porównaniu z uczniami zasadniczych szkół zawodowych (26%), uczniowie szkół zlokalizowanych w dużych miastach (40%) w porównaniu z małymi (32%). Wiek i region nie różnicuje wyników (wykres 4).

Ekstrapolacja wyników na ogół młodzieży w wieku 16-17 lat w województwie lubelskim pozwala oszacować (po uwzględnieniu maksymalnego błędu pomiaru), że objawy depresji diagnozowanej skalą BDI przeżywa nie mniej niż 19 700 młodych ludzi w tym wieku, w tym nie mniej niż 12 500 dziewcząt i 7 200 chłopców.

Wykres 4. Objawy depresji zdiagnozowanej skalą BDI w branżach pod uwagę kategoriach respondentów



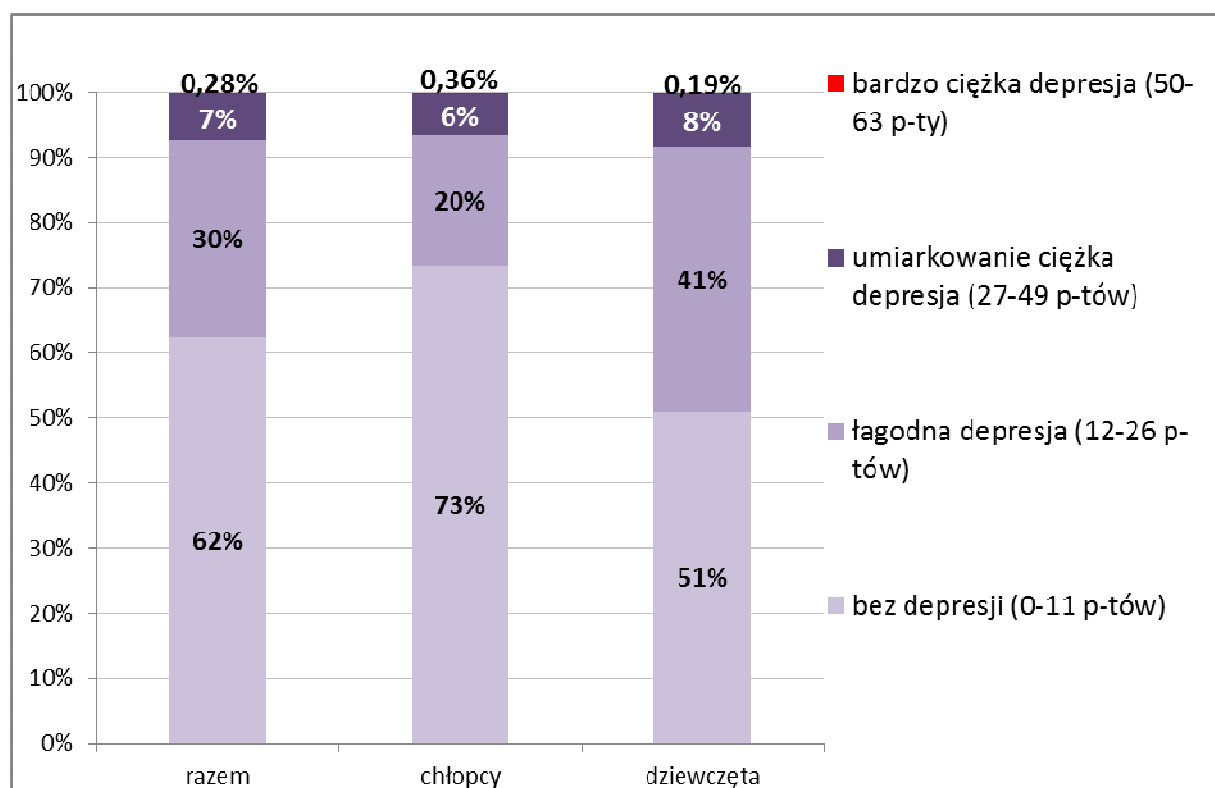
*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$, n.i. – różnice nieistotne statystycznie

Intensywność objawów depresji diagnozowanej skalą Becka

Analizując intensywność objawów depresji mierzonej skalą BDI (wykres 5) należy stwierdzić, że w grupie osób z objawami (38% próby):

- 30% respondentów charakteryzuje łagodna depresja (12-26 punktów), częściej dziewczęta 41%, niż chłopcy 20%,
- 7% przeżywa umiarkowanie ciężką depresję (27-49 punktów),
- 0,28% charakteryzuje bardzo ciężka depresja 50-63 punkty).

Wykres 5. Zasięg i głębokość depresji – porównanie chłopców i dziewcząt



Częstotliwość komponentów depresji w skali Becka

Wśród 21 grup opisów objawów depresji najczęściej przeżywanymi komponentami depresyjnymi w badanej grupie są (powyżej 40% wskazań co najmniej łagodnego przeżywania objawu) – wykres 6:

- obawy co do przyszłości (60% wskazań)
- drażliwość (48%)
- poczucie winy (46%)

- popełnianie błędów i zaniedbania (45%)
- odczuwanie smutku (45%)
- negatywny stosunek do siebie (45%)
- trudności ze snem (44%)
- trudności z podjęciem decyzji (44%).

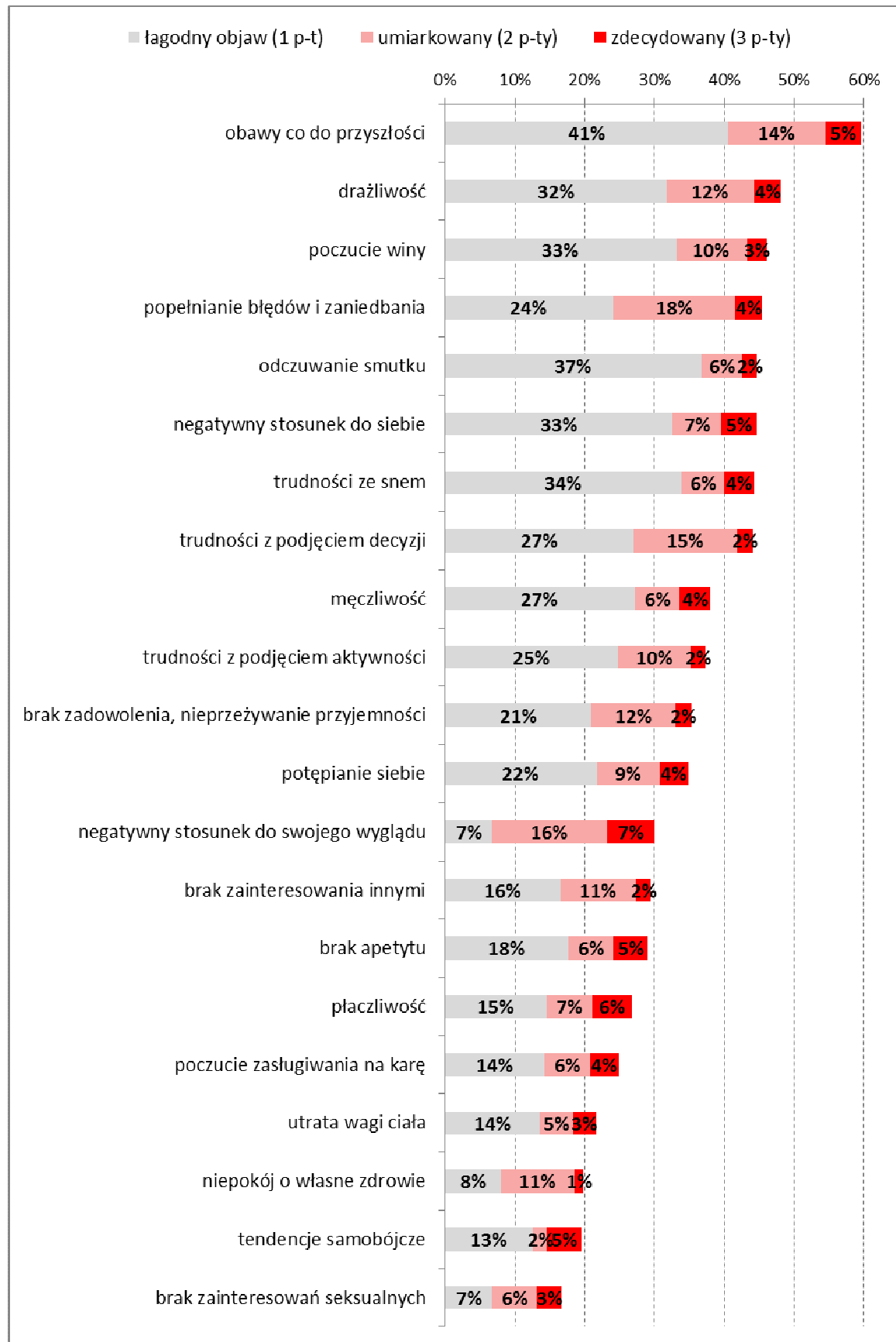
10 kolejnych komponentów depresji uzyskało 20% - 38% wskazań co najmniej łagodnego przeżywania danego objawu:

- męczliwość (38%)
- trudności z podjęciem aktywności (37%)
- brak zadowolenia, nieprzeżywanie przyjemności ((35%)
- potępienie siebie (35%)
- negatywny stosunek do swojego wyglądu (30%)
- brak zainteresowania innymi (29%)
- brak apetytu (29%)
- płaczliwość (27%)
- poczucie zasługiwania na karę (25%)
- utrata wagi ciała (22%).

Najrzadziej respondenci skarżą się na:

- niepokój o własne zdrowie (20%)
- tendencje samobójcze (20%)
- brak zainteresowań seksualnych (17%)

Wykres 6. Intensywność przeżywania objawów depresji



Rozkład kumulatywny wyników w skali depresji Becka

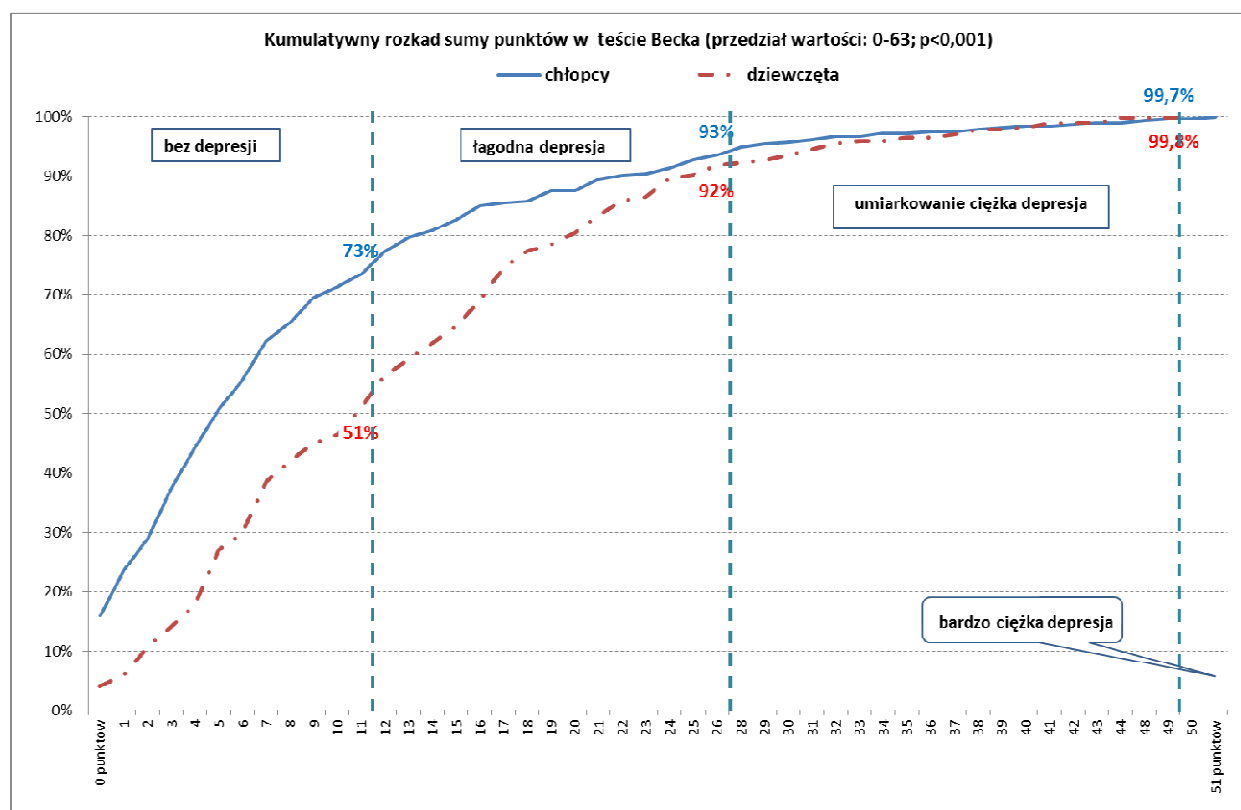
Wykres 7 prezentuje porównanie kumulatywnych rozkładów wyników w BDI chłopców i dziewcząt, pozwalając odpowiedzieć na pytanie jaki procent badanych miał nie wyższy wynik niż n punktów.

Nie więcej niż 11 punktów (brak depresji) miało 73% chłopców i 51% dziewcząt.

Nie więcej niż 26 punktów (co najwyżej łagodna depresja) miało 93% chłopców i 92% dziewcząt.

Nie więcej niż 49 punktów (co najwyżej umiarkowanie ciężka depresja) miało 99,7% chłopców i 99,8% dziewcząt.

Wykres 7. Porównanie kumulatywnych rozkładów wyników w BDI chłopców i dziewcząt



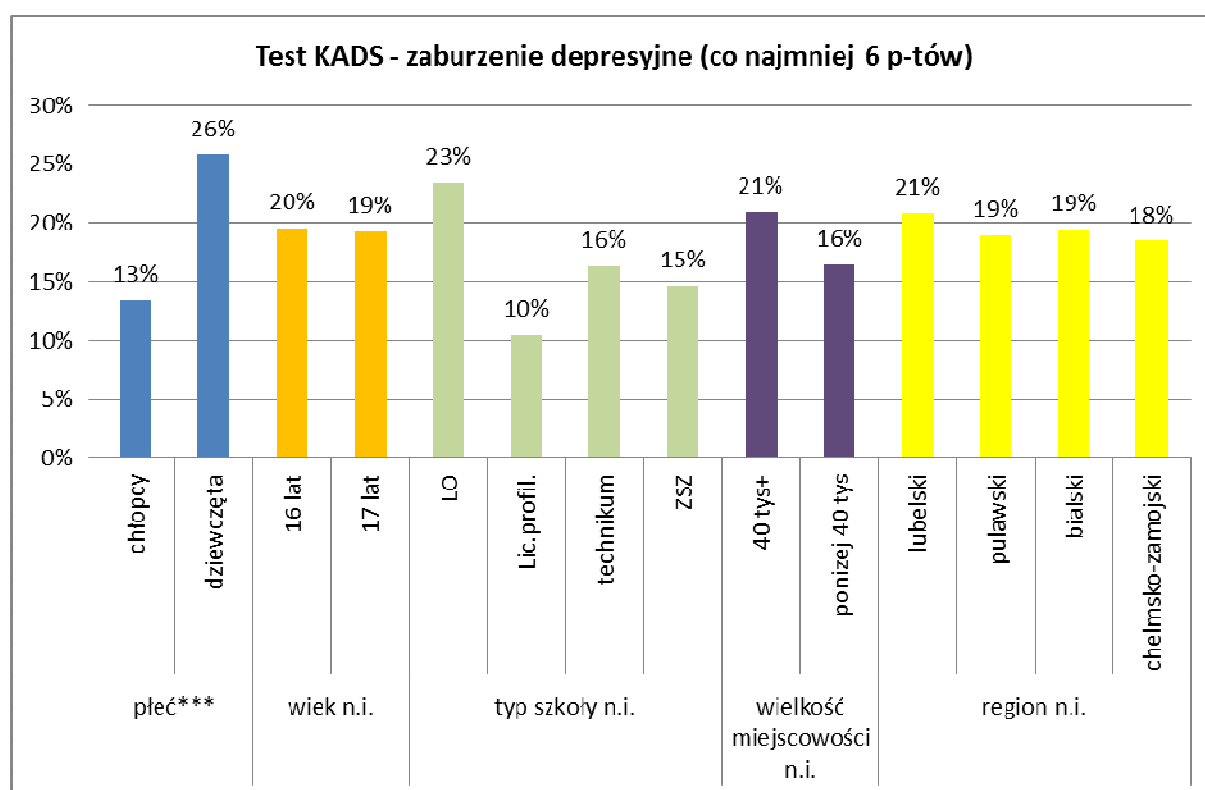
Skala depresji nastolatków (KADS)

W badanej grupie objawy depresji mierzonej skalą KADS (wynik co najmniej 6 punktów) ujawniło 19% respondentów.

Znacząco częściej depresję przeżywały dziewczęta (26%) niż chłopcy (13%). Wiek, typ szkoły, wielkość miejscowości i region nie różnicuje wyników (wykres 8).

Ekstrapolacja wyników na ogół młodzieży w wieku 16-17 lat w województwie lubelskim pozwala oszacować (po uwzględnieniu max. błędu pomiaru), że objawy depresji diagnozowanej skalą KADS przeżywa nie mniej niż 10 000 młodych ludzi w tym wieku, w tym nie mniej niż 6 500 dziewcząt i 3 500 chłopców.

Wykres 8. Objawy depresji zdiagnozowanej skalą KADS w branych pod uwagę kategoriach respondentów



*** $p < 0,001$; n.i. – różnice nieistotne statystycznie

Wśród 6 komponentów depresji w skali KADS w ostatnim tygodniu najczęściej respondenci przeżywali wyczerpanie fizyczne, zmęczenie, brak energii, brak motywacji, poczucie nieradzenia sobie (43% wskazań co najmniej częstego występowania tego objawu w ostatnim tygodniu) – wykres 9.

Każdy z czterech kolejnych objawów depresji był co najmniej często przeżywany przez ponad 30% badanych:

smutek, ponury nastrój, depresja (40% wskazań)

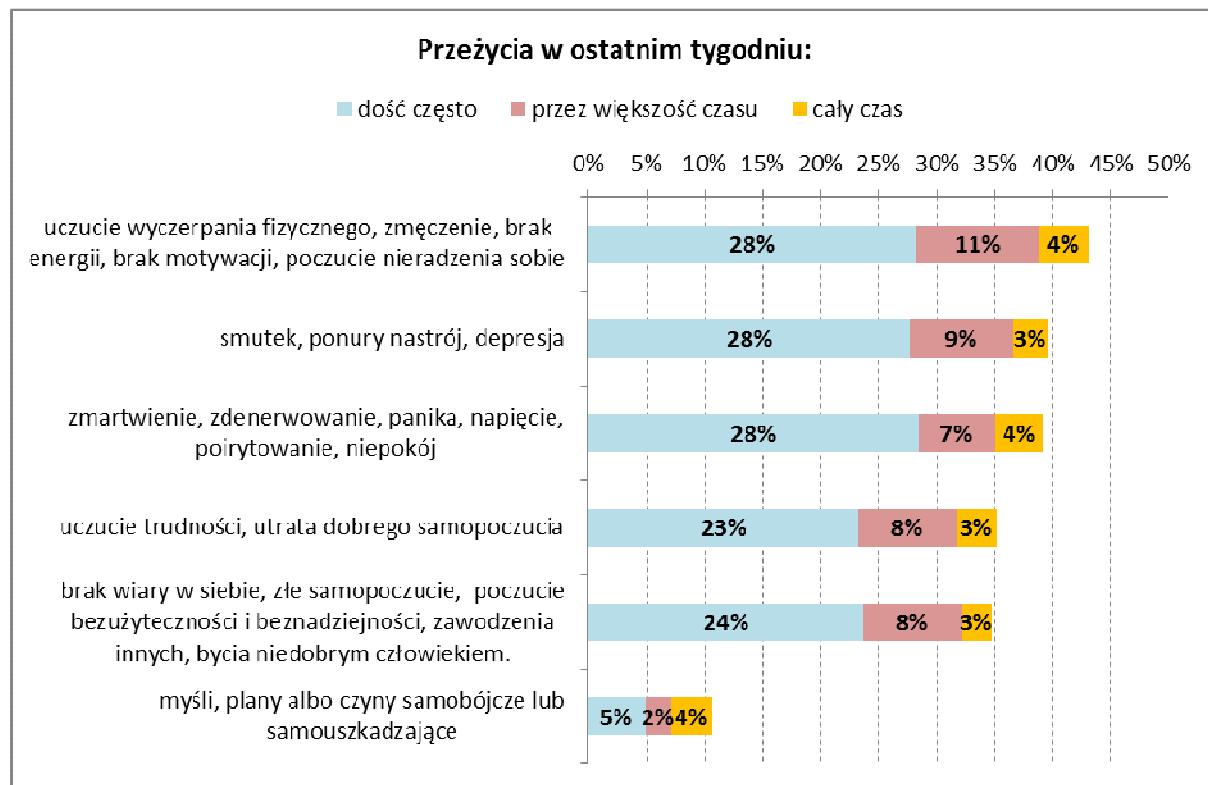
zmartwienie, zdenerwowanie, panika, napięcie, poirytowanie, niepokój (39%)

uczucie trudności, utrata dobrego samopoczucia (35%)

brak wiary w siebie, złe samopoczucie, poczucie beżyteczności i beznadziejności, zawodzenia innych, bycia niedobrym człowiekiem (35%).

Co najmniej dość częste myśli, plany albo czyny samobójcze lub samouszkodzające ujawniło 11% respondentów.

Wykres 9. Intensywność przeżywanych komponentów depresji w skali KADS



Objawy depresji na poszczególnych skalach KADS

Pięć z sześciu branych pod uwagę komponentów depresji mierzonych skalą KADS było istotnie statystycznie częściej wskazywanych przez dziewczęta niż przez chłopców (wykres 10). Większość objawów częściej zgłaszali uczniowie liceów ogólnokształcących i profilowanych, rzadziej uczniowie techników i zasadniczych szkół zawodowych:

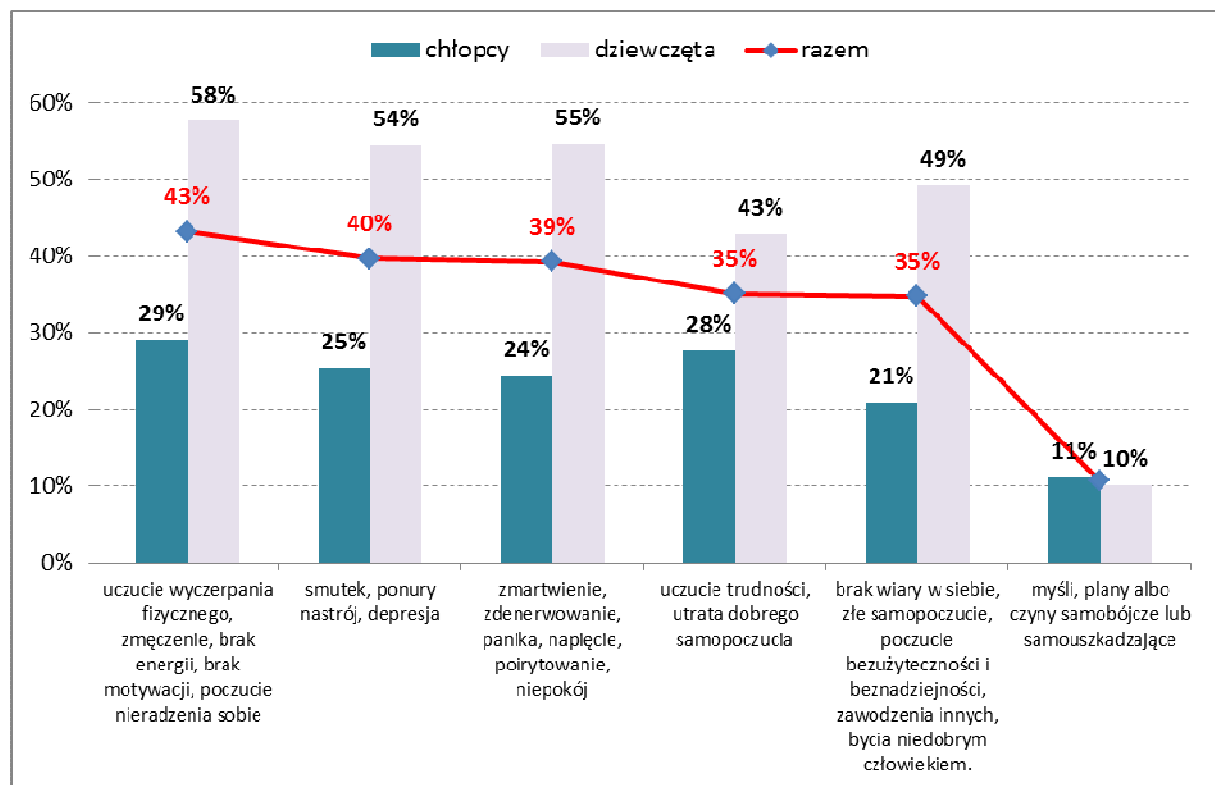
- uczucie wyczerpania fizycznego, zmęczenie, brak energii, brak motywacji, poczucie nieradzenia sobie ze sprawami, które uprzednio nie sprawiały kłopotów istotnie częściej przeżywały dziewczęta i uczniowie liceów ogólnokształcących,
- smutek, ponury nastrój, uczucie przygnębienia, depresję, ogólne zniechęcenie częściej przeżywały dziewczęta, uczniowie liceów profilowanych i ogólnokształcących,
- uczucie zmartwienia, zdenerwowania, paniki, napięcia, poirytowania, niepokoju częściej przeżywały dziewczęta oraz uczniowie liceów profilowanych i ogólnokształcących,
- uczucie, że życie jest trudne, brak dobrego samopoczucia w okolicznościach, w których przeważnie (przedtem) dobre samopoczucie było odczuwane, brak

pozytywnego odczucia w okolicznościach, w których przeważnie (przedtem) szczęście było odczuwane częściej ujawniały dziewczęta oraz uczniowie liceów profilowanych i ogólnokształcących,

- brak wiary w siebie, złe samopoczucie, poczucie bezużyteczności i beznadziejności, zawrozenia innych, bycia niedobrym człowiekiem istotnie statystycznie częściej zgłaszały dziewczęta i uczniowie liceów.

Na wymiarze myśli, planów albo czynów samobójczych lub samouszkodzających nie zanotowano istotnych różnic między żadną z branych pod uwagę kategorii respondentów.

Wykres 10. Objawy depresji mierzone skalą KADS (co najmniej 6 punktów). Porównanie chłopców i dziewcząt

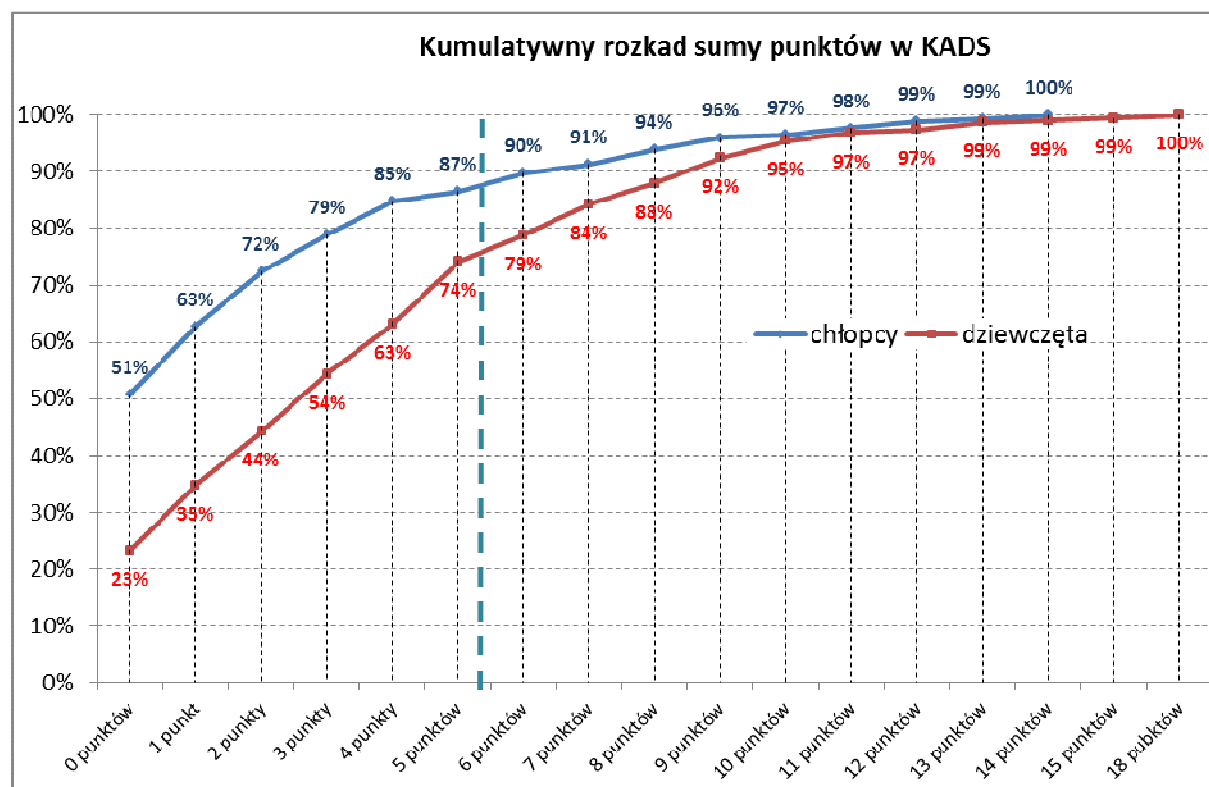


Rozkład kumulatywny wyników w KADS

Wykres 11 prezentuje porównanie kumulatywnych rozkładów wyników w KADS chłopców i dziewcząt, pozwalając odpowiedzieć na pytanie jaki procent badanych miał nie wyższy wynik niż n punktów.

Nie więcej niż 5 punktów (brak depresji) miało 87% chłopców i 74% dziewcząt.

Wykres 11. Porównanie kumulatywnych rozkładów wyników w KADS chłopców i dziewcząt

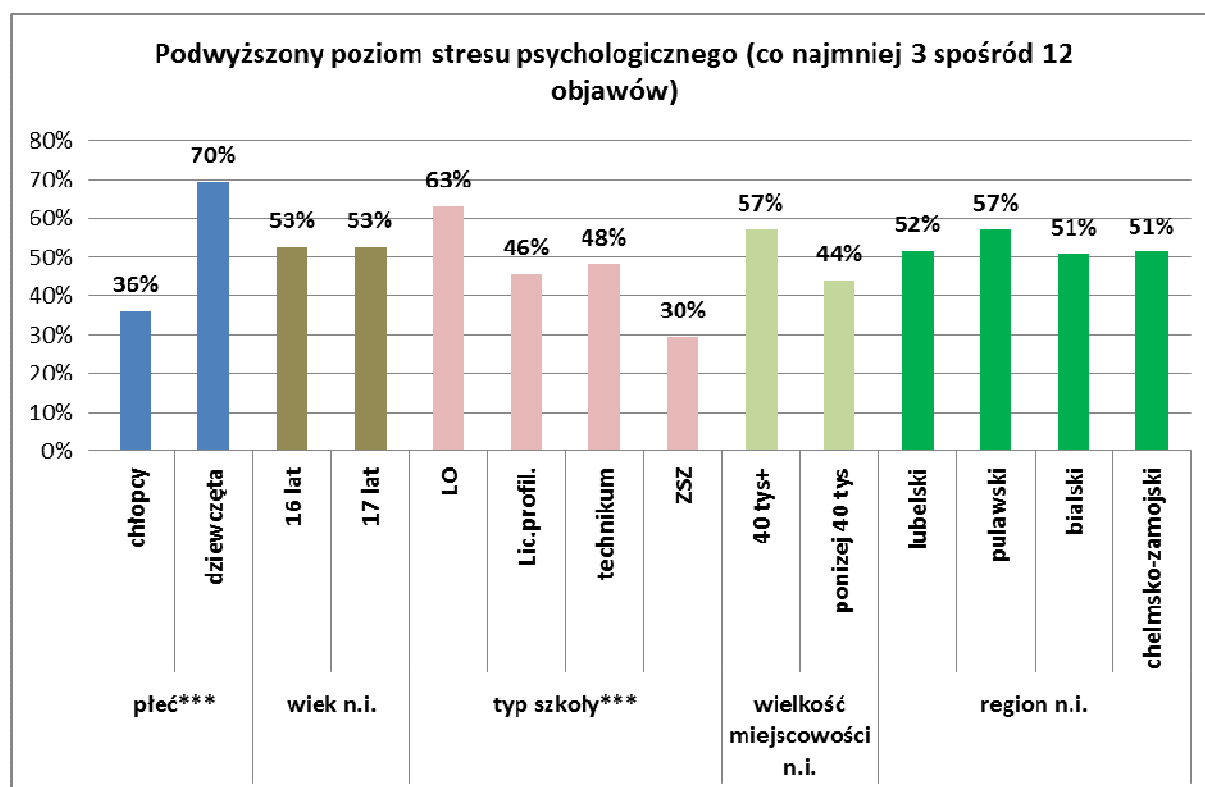


Kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia GHQ-12

W całej badanej grupie podwyższony poziom stresu psychologicznego relacjonowała ponad połowa badanych (53%). Znacząco częściej stresu doświadczały dziewczęta (70%) niż chłopcy (36%), uczniowie liceów (63%) szczególnie w porównaniu z uczniami zasadniczych szkół zawodowych (30%), uczniowie szkół zlokalizowanych w dużych miastach (57%) w porównaniu z małymi (44%). Wiek i region nie różnicuje wyników (wykres 12).

Ekstrapolacja wyników na ogół młodzieży w wieku 16-17 lat w województwie lubelskim pozwala oszacować (po uwzględnieniu max. błędu pomiaru), że podwyższony poziom stresu psychologicznego (dystresu) przeżywa nie mniej niż 27 400 młodych ludzi w tym wieku, w tym nie mniej niż 17 900 dziewcząt i 9 500 chłopców.

Wykres 12. Wyniki GHQ-12 w branych pod uwagę kategoriach respondentów

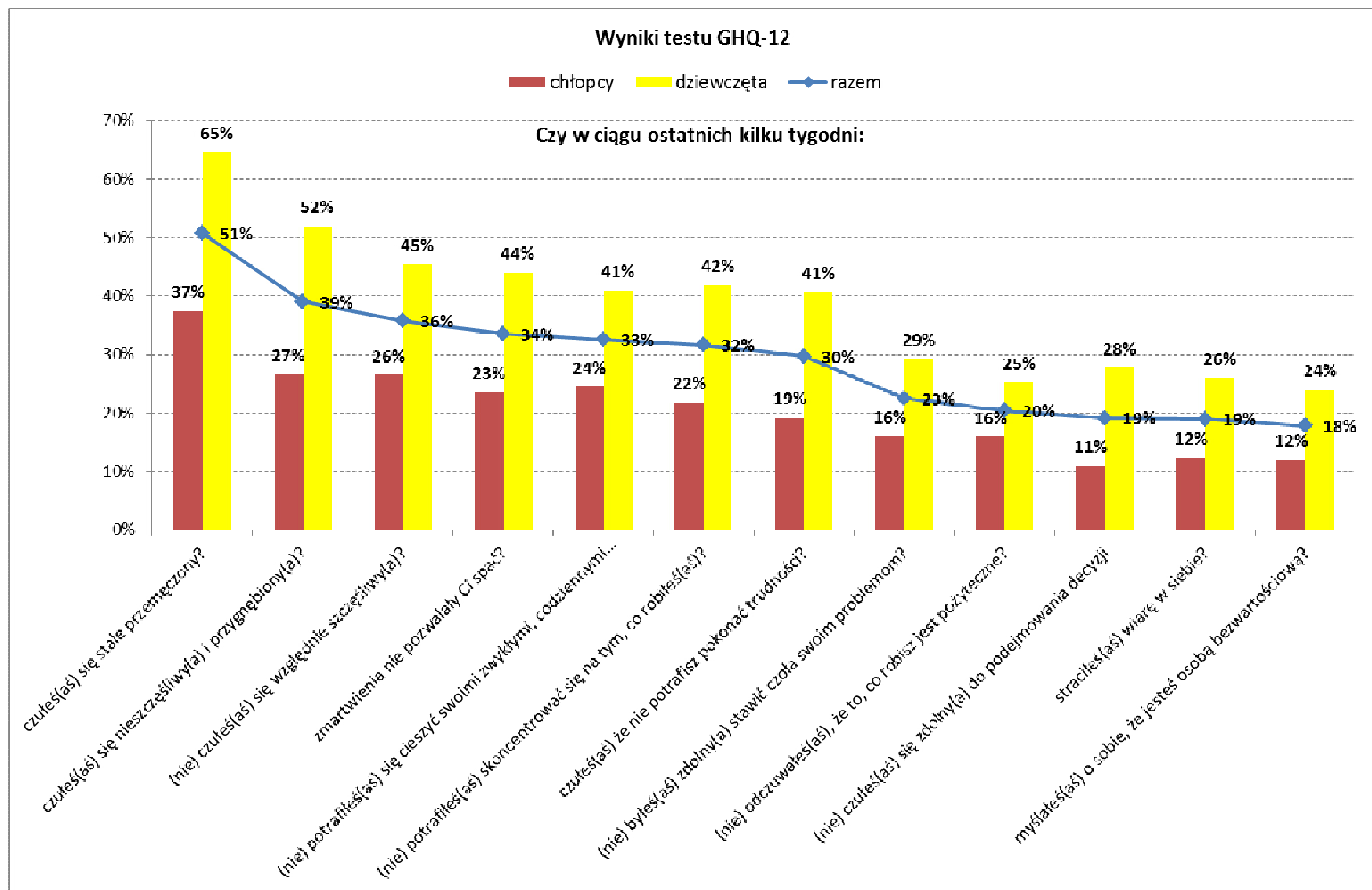


*** p < 0,001; n.i. – różnice nieistotne statystycznie

Częstotliwość przeżywania komponentów dystresu mierzonych skalą GHQ-12

Każdy z branych pod uwagę objawów dystresu był znacząco częściej odczuwany przez dziewczęta niż przez chłopców (wykres 13). Większość objawów częściej zgłaszali uczniowie liceów ogólnokształcących, w drugiej kolejności uczniowie techników, najrzadziej uczniowie zasadniczych szkół zawodowych.

Wykres 13. Podwyższony poziom stresu (3 punkty lub więcej). Porównanie chłopców i dziewcząt



Do grupy najczęściej występujących objawów dystresu należały:

- uczucie przemęczenia (51%),
- poczucie przygnębienia (39%),
- brak poczucia szczęścia (36%),
- problemy ze snem (34%),
- nieumiejętność cieszenia się swoimi zwykłymi, codziennymi zajęciami (33%),
- nieumiejętność skoncentrowania się na przedmiocie własnej aktywności (32%),
- nieradzenie sobie z trudnościami (30%).

Pozostałe objawy dystresu przeżywało mniej niż 25% badanych:

- niezdolność stawienia czoła swoim problemom (23%),
- brak poczucia robienia pożytecznych rzeczy (20%)
- niezdolność podejmowania decyzji (19%)
- utrata wiary w siebie (19%)
- czucie się osobą bezwartościową (18%).

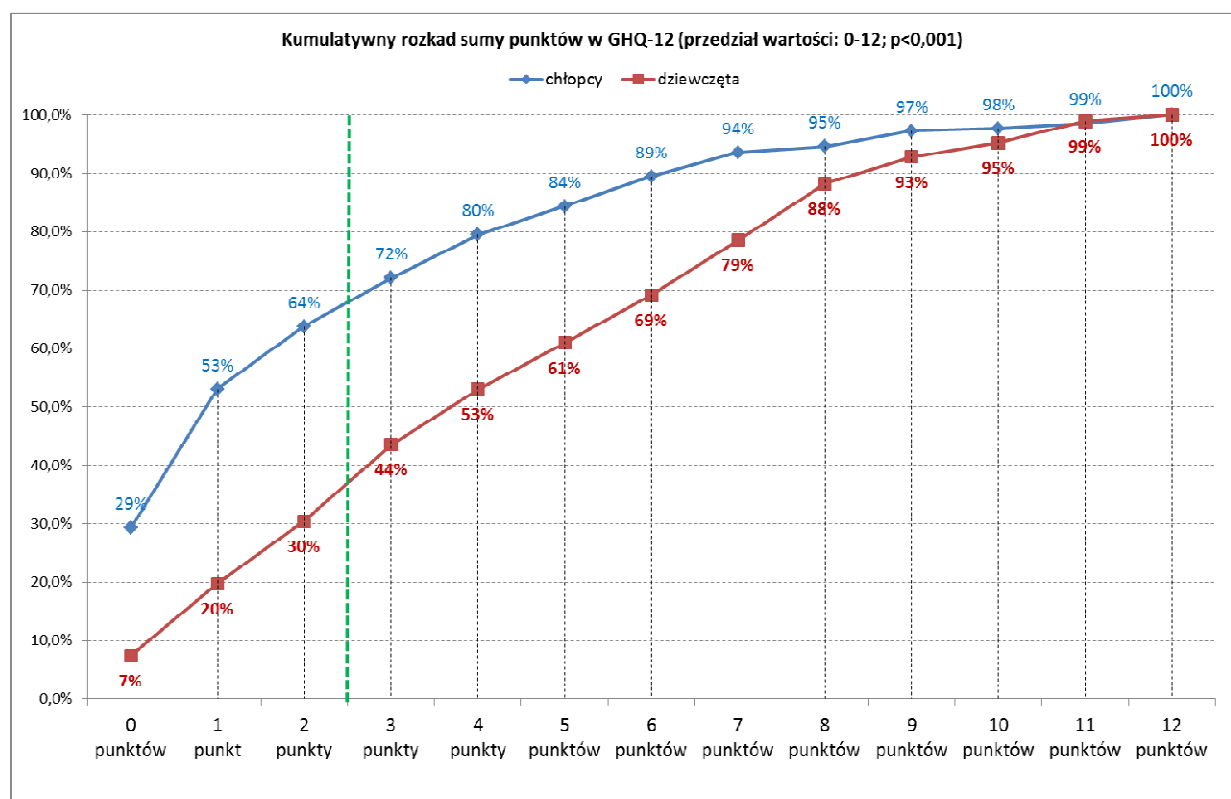
Rozkład kumulatywny wyników w GHQ-12

Wykres 14 prezentuje porównanie kumulatywnych rozkładów wyników w GHQ-12 chłopców i dziewcząt, pozwalając odpowiedzieć na pytanie jaki procent badanych miał nie wyższy wynik niż n punktów.

Nie więcej niż 2 punkty (brak podwyższonego stresu) miało 64% chłopców i tylko 30% dziewcząt.

Nie więcej niż 6 punktów (połowę możliwych do uzyskania) miało 89% chłopców i tylko 69% dziewcząt.

Wykres 14. Porównanie kumulatywnych rozkładów wyników w GHQ-12 chłopców i dziewcząt



Oszacowanie sumaryczne poziomu zagrożenia depresją i innymi zaburzeniami psychoemocjonalnymi

Diagram 1. Współwystępowanie objawów

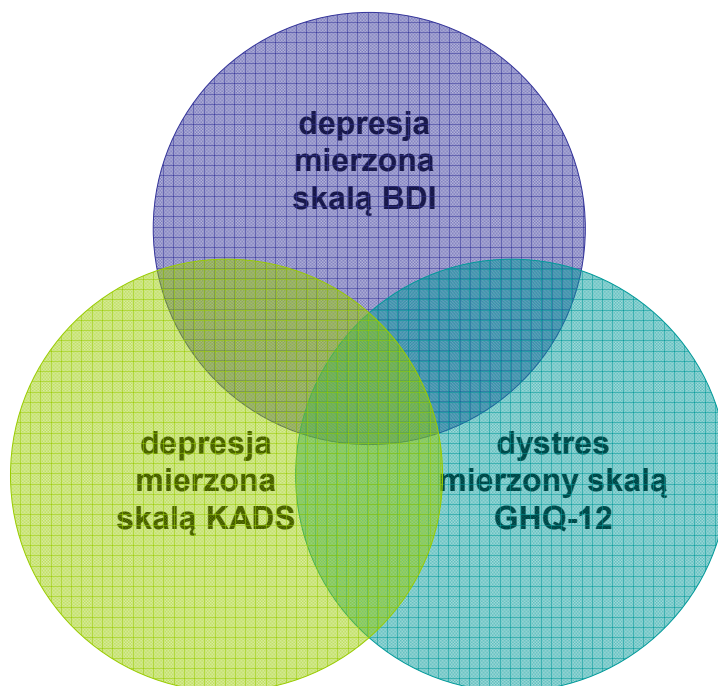


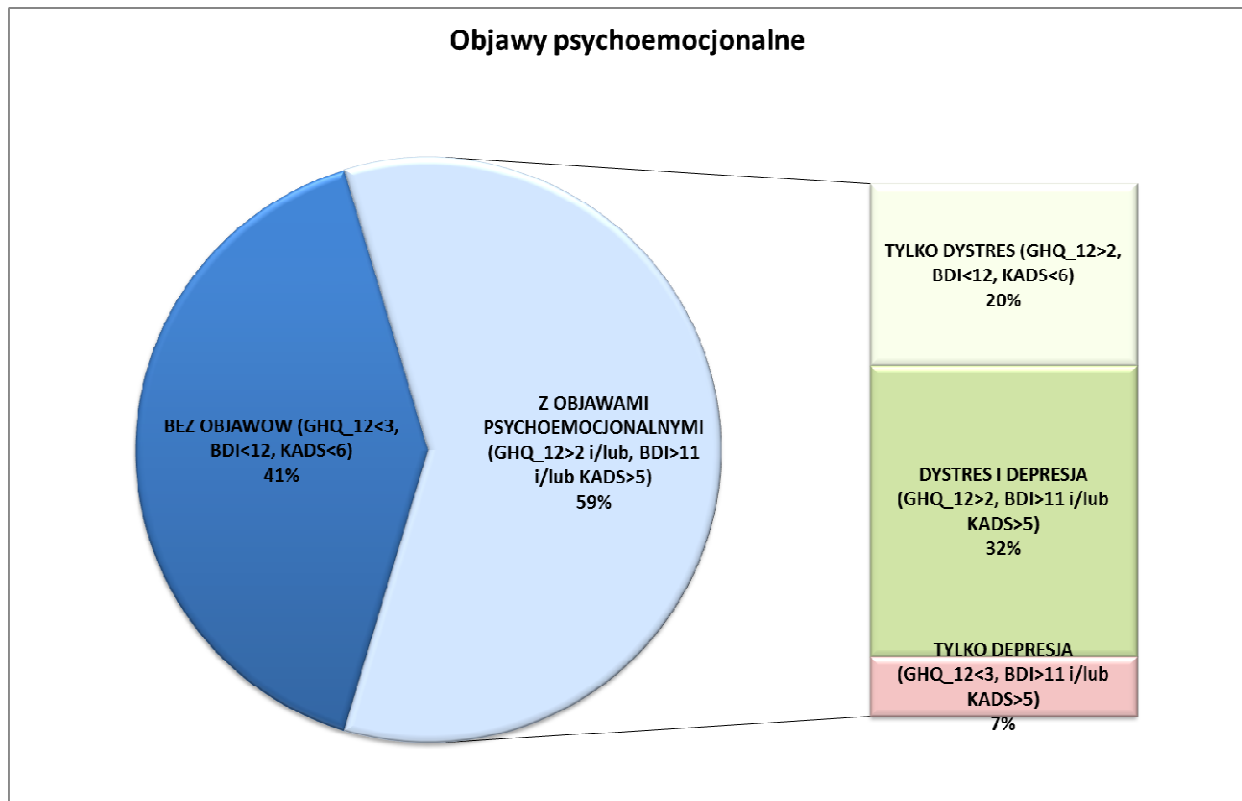
Diagram pokazuje, że możemy mieć do czynienia z kilkoma różnymi kategoriami osób z brany pod uwagę problemami psychoemocjonalnymi:

- ❖ osoby, które uzyskują podwyższony wynik tylko w jednym kwestionariuszu
- ❖ osoby z podwyższonym wynikiem w dwóch kwestionariuszach
- ❖ osoby z podwyższonym wynikiem we wszystkich trzech kwestionariuszach.

Żeby uzyskać odpowiedź na pytanie jaka jest liczba 16 i 17-letnich uczniów szkół ponadgimnazjalnych w województwie lubelskim z objawami depresji i/lub dystresu, należy

uwzględnić fakt, że jedna osoba mogła mieć podwyższony wynik w więcej niż jednym kwestionariuszu wykorzystanym w badaniach. Takie osoby we wcześniejszych oszacowaniach były podawane jako zagrożone w wynikach każdego wykorzystanego kwestionariusza diagnostycznego (BDI, KADS, GHQ-12), w którym miały podwyższony wynik. A więc zsumowanie liczby osób z podwyższonymi wynikami w wykorzystanych kwestionariuszach prowadziło do przeszacowania grupy osób z objawami depresji i dystresu (bo niektóre osoby były liczone więcej niż raz). Rozmiar rzeczywistej liczby zagrożonych depresją i dystresem musi uwzględniać ten fakt.

Wykres 15. Objawy depresji i/lub dystresu – dane łączne



Podwyższone objawy dystresu i jednocześnie brak objawów depresji charakteryzuje 20% badanych.

32% badanych ujawniło zarówno objawy dystresu jak i objawy depresji.

Objawy depresji przy jednoczesnym braku objawów dystresu przeżywa 7% respondentów.

W sumie podwyższony wynik w co najmniej jednym kwestionariuszu (a więc w GHQ_12 wynik wyższy niż 2 p-ty i/lub w skali Becka BDI wynik wyższy niż 11 p-tów i/lub w skali KADS wynik wyższy niż 5 punktów) charakteryzuje 59% próby.

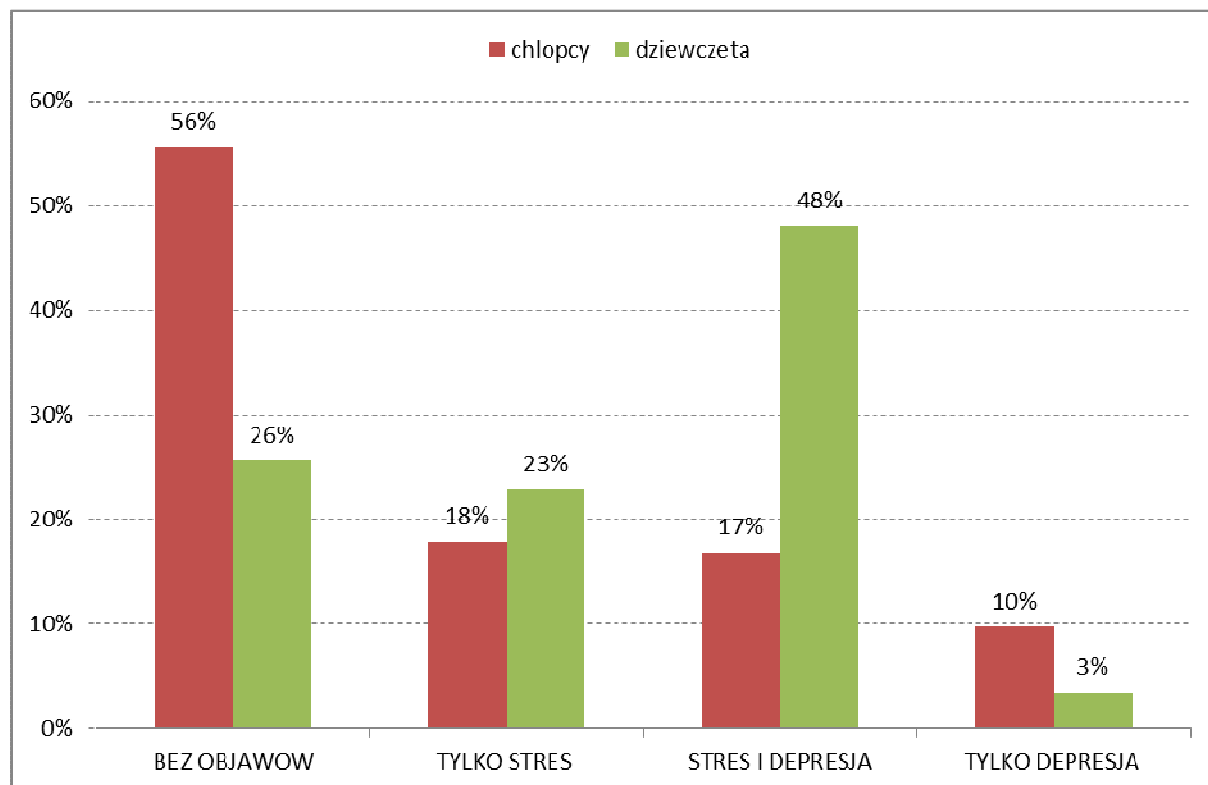
Ekstrapolując ten wynik na ogół 16 i 17-letniej młodzieży w województwie lubelskim szacujemy (po uwzględnieniu max. błędu pomiaru), że przeżywających objawy depresji i/lub dystresu jest nie mniej niż 30 600 osób w wieku branym pod uwagę.

Objawy dystresu i/lub depresji – porównanie chłopców i dziewcząt

Objawy dystresu i/lub depresji istotnie częściej przeżywają dziewczęta (74%) niż chłopcy (44%) – wykres 16.

Odnosząc te dane do całej populacji 16 i 17-latków w woj. lubelskim stwierdzamy, że w tej grupie wiekowej problemy depresyjne i/lub dystres przeżywa nie mniej niż 18 900 dziewcząt i 11 700 chłopców.

Wykres 16. Objawy depresji i/lub dystresu – porównanie dziewcząt i chłopców

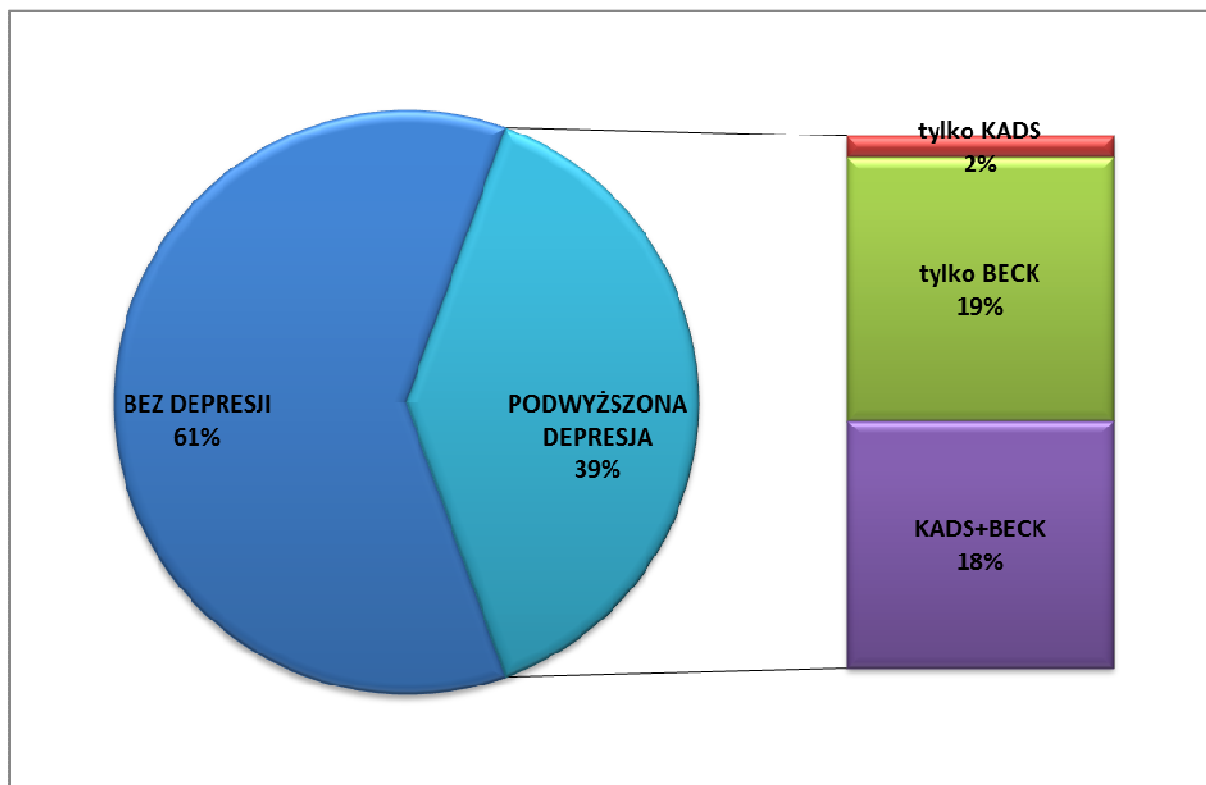


Udział branych pod uwagę wskaźników w objawach depresyjnych

Objawy depresyjne były mierzone skalą BDI (Becka) oraz KADS (Goldberga). Jak pokazuje wykres 15 odsetek osób przeżywających depresję wynosi w próbie 39% (kategorie *dystres i depresja plus tylko depresja*).

Policzono udziały podwyższonych wyników każdego z tych dwóch kwestionariuszy (wykres 17).

Wykres 17. Udziały wyników BDI i KADS w objawach depresji



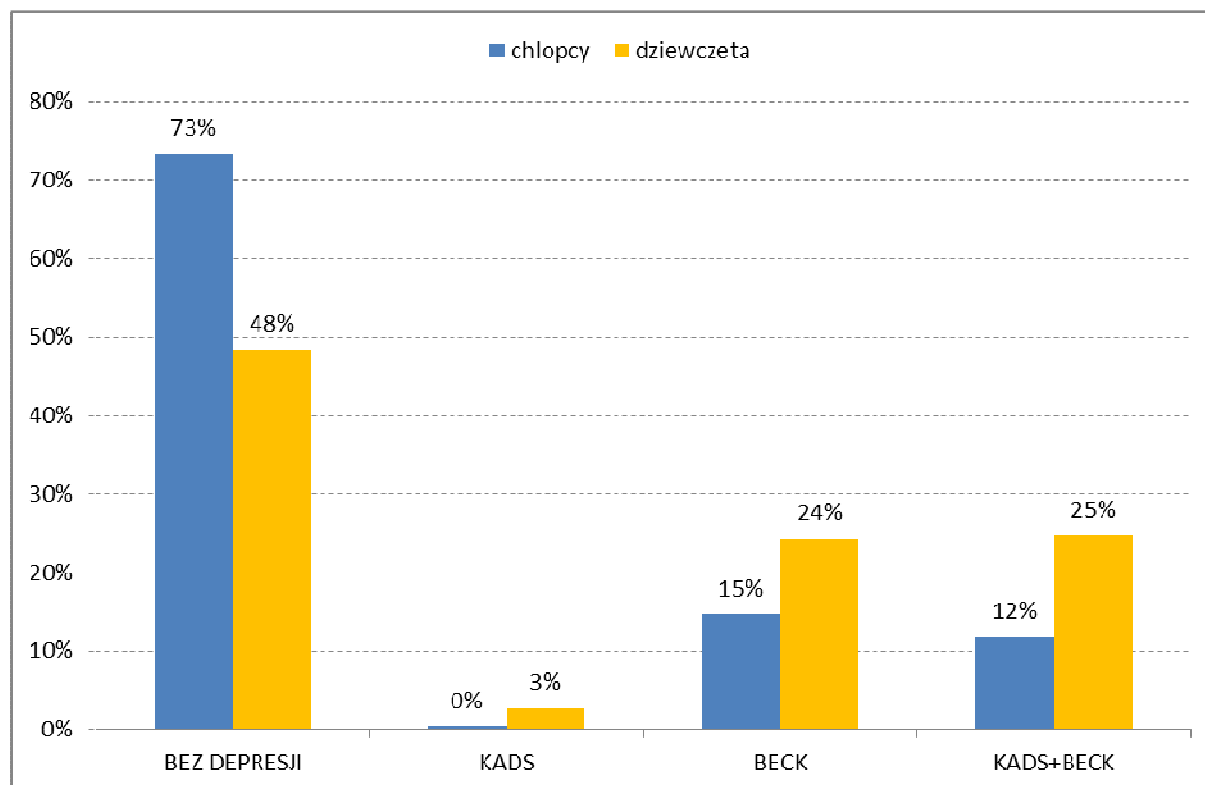
2% badanych to osoby, które uzyskały podwyższony wynik tylko w kwestionariuszu KADS.

19% respondentów miało podwyższony wynik tylko w kwestionariuszu BDI (Becka).

18% badanych uzyskało podwyższony wynik zarówno w kwestionariuszu KADS jak i w kwestionariuszu BDI.

Objawy depresji istotnie częściej charakteryzują dziewczęta ($p < 0,001$). Porównanie wyników dziewcząt i chłopców prezentuje wykres 18.

Wykres 18. Udziały wyników BDI i KADS w objawach depresji – porównanie dziewcząt i chłopców



39% udział respondentów z objawami depresji przekłada się (po uwzględnieniu maks. błędu pomiaru) na liczbę nie mniej niż 20 300 osób w całej populacji 16 i 17-latków w województwie lubelskim.

Odsetek dziewcząt ujawniających objawy depresji wynosi 52%, czyli (po uwzględnieniu maks. błędu pomiaru) nie mniej niż 13 200 dziewcząt w tej kategorii wiekowej w województwie lubelskim, a chłopców 27%, czyli nie mniej niż 7 100 wśród 16 i 17-latków z woj. lubelskiego.

Tendencje autodestrukcyjne.

W puli wykorzystanych w badaniach kwestionariuszy znalazły się dwa pytania diagnozujące tendencje autodestrukcyjne – myśli, plany lub próby samobójcze lub samouszkodzające.

Pytanie 9 w skali BDI:

0. Nie myślę o odebraniu sobie życia.
1. Myślę o samobójstwie - ale nie mógłbym tego dokonać.
2. Pragnę odebrać sobie życie.
3. Popelnię samobójstwo, jak będzie odpowiednia sposobność.

Pytanie 6 w skali KADS:

W zeszłym tygodniu miałem(am) myśli, plany albo czyny samobójcze lub samouszkodzające.

0. rzadko kiedy lub w ogóle nie

1. dość często

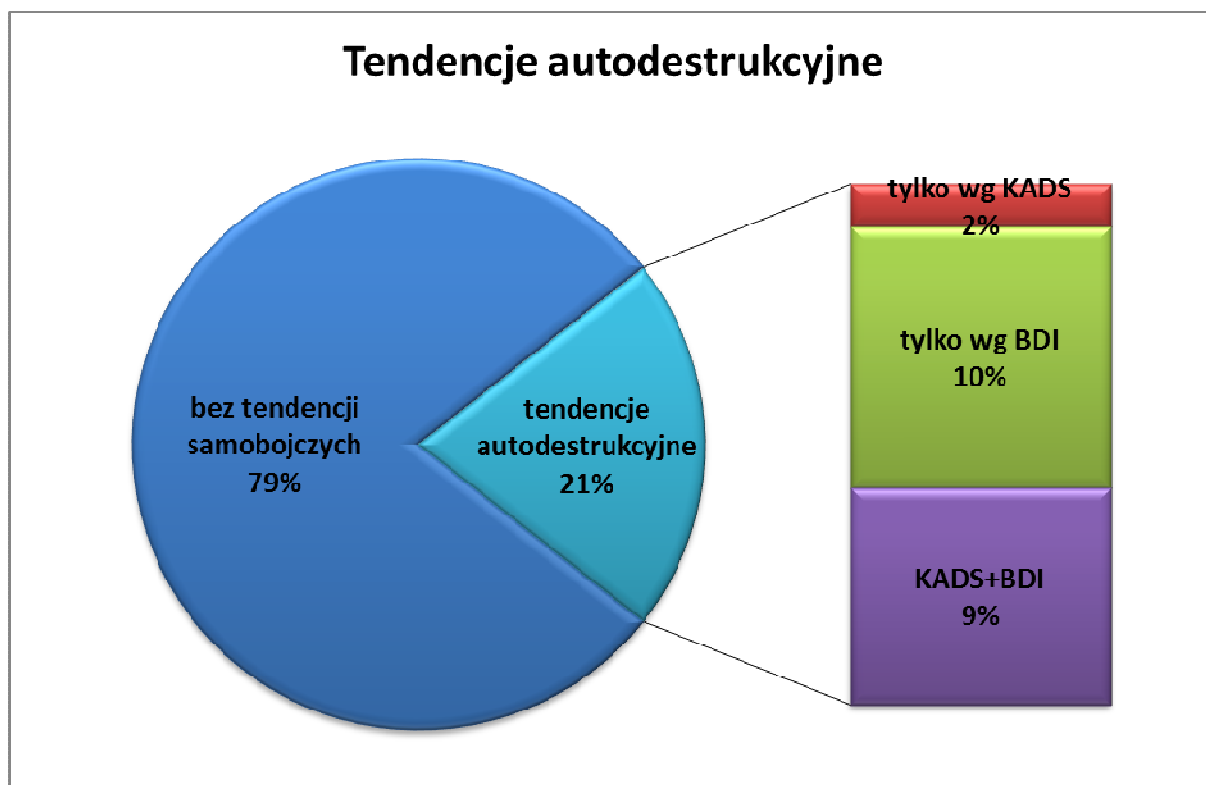
2. przez większość czasu

3. cały czas

Ze względu na drastyczność konsekwencji traktujemy tę kategorię objawów depresyjnych w szczególny sposób.

Wykres 19 prezentuje odsetki niezerowych odpowiedzi na każde z pytań dotyczących objawów autodestrukcyjnych.

Wykres 19. Tendencje autodestrukcyjne



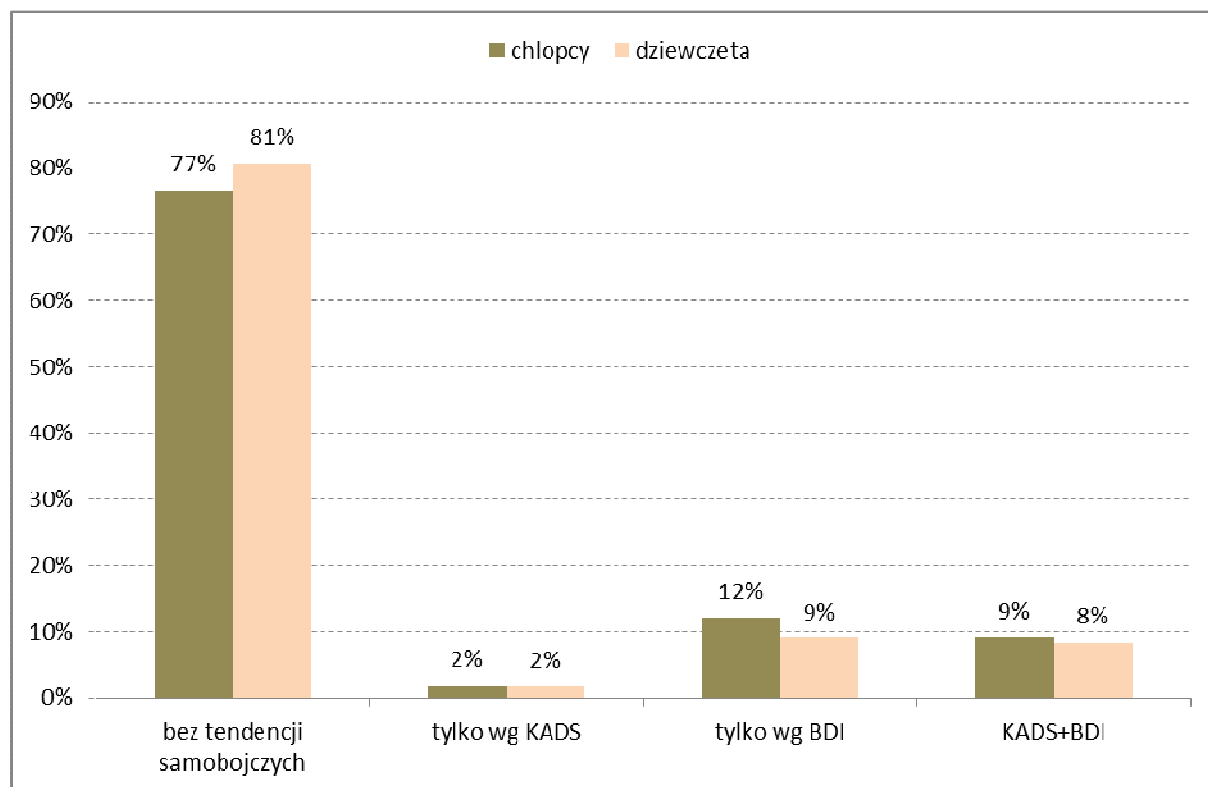
21% respondentów udzieliło co najmniej jednej odpowiedzi świadczącej o tendencjach autodestrukcyjnych. 2% tylko w pytaniu 6 KADS, 10% tylko w pytaniu 9 BDI i 9% zarówno w Kads jak i w BDI.

Płeć nie różnicuje odpowiedzi respondentów na pytania diagnozujące tendencje autodestrukcyjne (wykres 20). Jest to zastanawiający wynik w kontekście systematycznie wyższych wskaźników depresji i dystresu wśród badanych dziewcząt.

Depresja i dystres są powszechniejsze wśród dziewcząt, ale objawy autodestrukcyjne są podobnie częste wśród dziewcząt i chłopców (odpowiednio 19% i 23%). Różnica jest nieistotna statystycznie.

Ekstrapolacja uzyskanych wyników na ogół młodzieży woj. lubelskiego w branych pod uwagę kategoriach wiekowych pokazuje (po uwzględnieniu max. błędu pomiaru), że tendencje autodestrukcyjne charakteryzują nie mniej niż 10 900 młodych ludzi, w tym nie mniej niż 5 000 chłopców i 5 900 dziewcząt.

Wykres 20. Tendencje autodestrukcyjne – porównanie dziewcząt i chłopców



Ostre tendencje autodestrukcyjne

Przeprowadzono dodatkową analizę dotyczącą tendencji autodestrukcyjnych. Policzono odpowiedzi stanowiące wybór jednej z dwóch możliwości określających największe natężenie objawu:

w pytaniu 9 BDI odpowiedzi

2. Pragnę odebrać sobie życie.
3. Popelnię samobójstwo, jak będzie odpowiednia sposobność.

w pytaniu 6 KADS (W zeszłym tygodniu miałem(am) myśli, plany albo czyny samobójcze lub samouszkodzające) odpowiedzi

2. przez większość czasu
3. cały czas

Ten zabieg umożliwi oszacowanie odsetka osób, które przeżywają intensywne objawy autodestrukcyjne, bo usunął – jako odpowiedzi diagnostyczne, świadczące o tendencjach autodestrukcyjnych – następujące odpowiedzi:

w pytaniu 9 BDI:

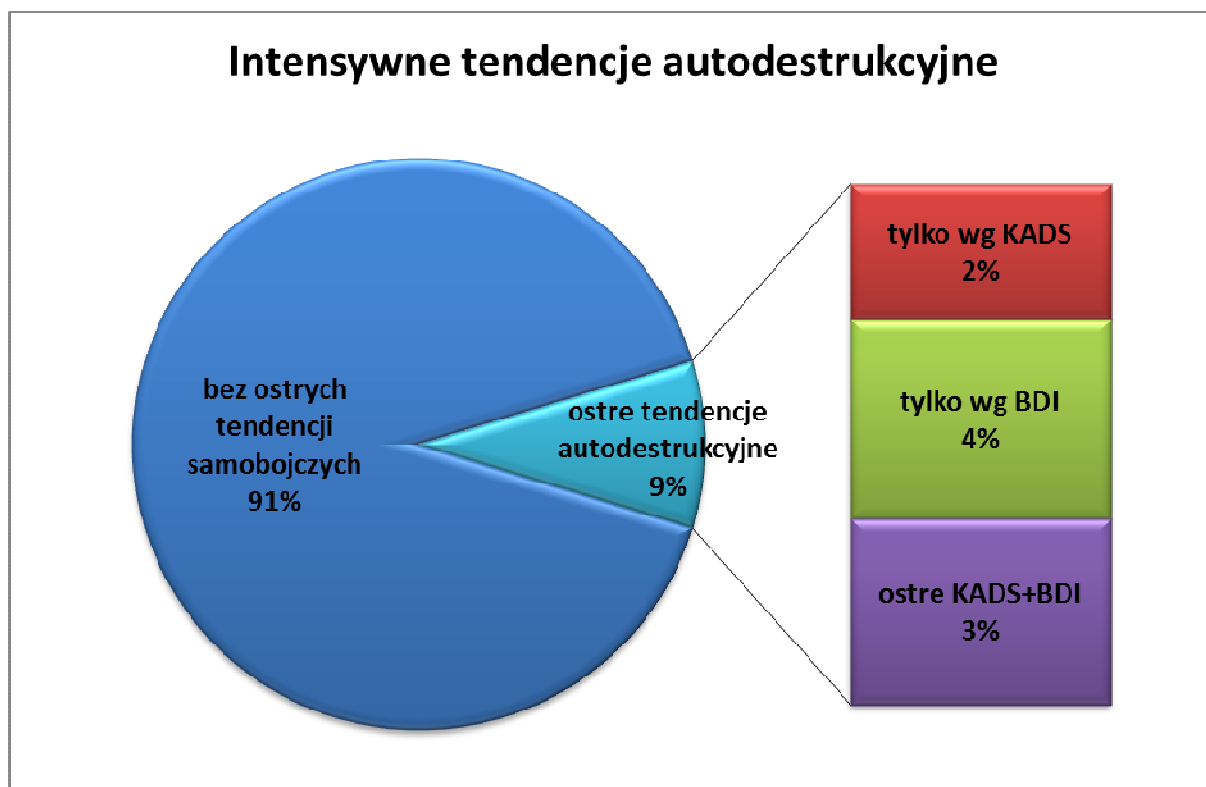
1. Myślę o samobójstwie - ale nie mógłbym tego dokonać.

w pytaniu 6 KADS (W zeszłym tygodniu miałem(am) myśli, plany albo czyny samobójcze lub samouszkodzające).

1. dość często

Intensywne tendencje autodestrukcyjne przeżywa 9% badanych nastolatków (wykres 21).

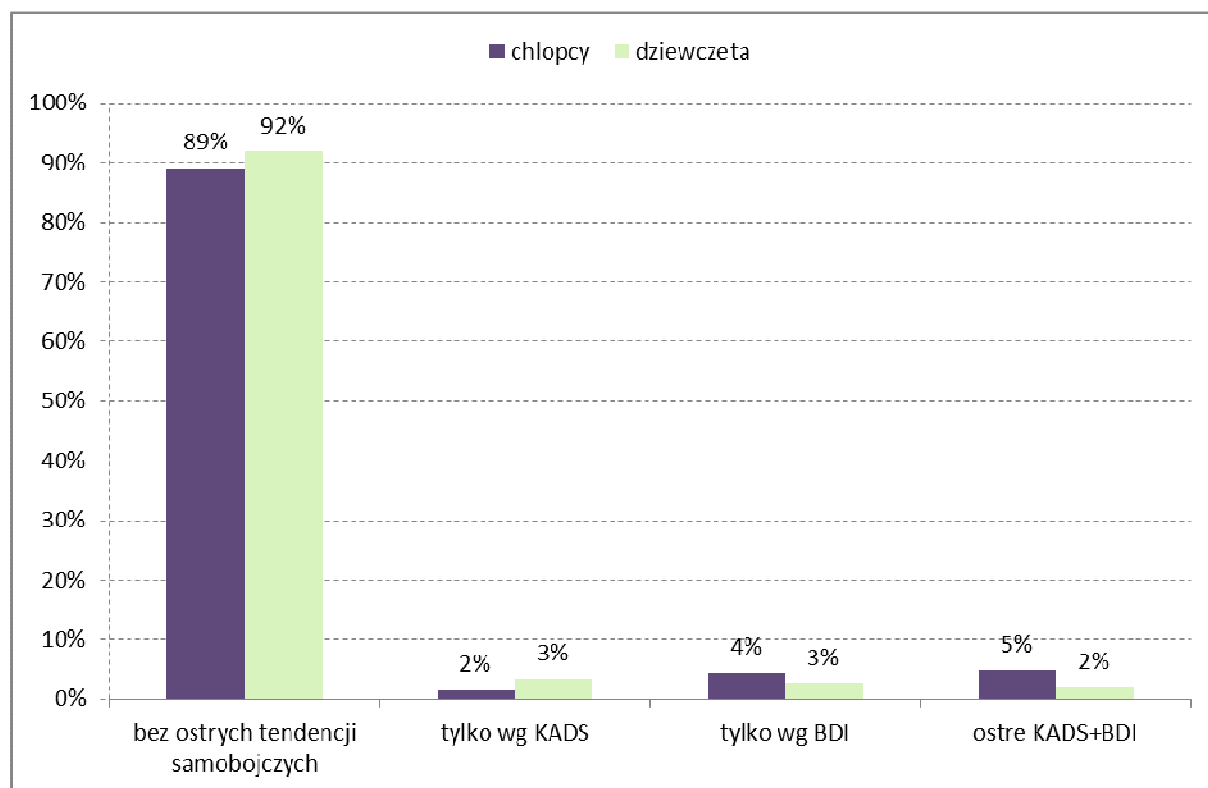
Wykres 21. Intensywne tendencje autodestrukcyjne



Tylko w pytaniu 6 KADS możliwość 2 i 3 wybrało 2% badanych, tylko w pytaniu 9 BDI możliwość 2 i 3 wybrało 4% badanych, możliwość 2 i 3 jednocześnie w obu pytaniach wybrało 3% badanych.

Porównanie wyników chłopców i dziewcząt prezentuje wykres 22.

Wykres 22. Intensywne tendencje autodestrukcyjne – porównanie chłopców i dziewcząt.



Różnica między chłopcami i dziewczętami nie jest istotna statystycznie (11% chłopców i 8% dziewcząt przeżywa intensywne objawy autodestrukcyjne).

Ekstrapolacja wyników pokazuje (po uwzględnieniu max. błędu pomiaru), że intensywne objawy autodestrukcyjne przeżywa nie mniej niż 4 900 nastolatków w wieku 16 i 17 lat z woj. lubelskiego, w tym nie mniej niż 2 900 chłopców i 2 000 dziewcząt.

Spis wykresów

KARTOGRAM 1. LICZEBNOŚCI RESPONDENTÓW W PRÓBIE REPREZENTATYWNEJ (N=624) W SUBREGIONACH WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO	5
WYKRES 1. PORÓWNANIE ROZKŁADU CHŁOPCÓW I DZIEWCZĄT W ROZBICIU NA REGIONY W POPULACJI I W PRÓBIE WAŻONEJ	7
WYKRES 2. ODSETKI UCZNIÓW W SUBREGIONACH – POPULACJA I PRÓBA WAŻONA	9
WYKRES 3. ODSETKI UCZNIÓW W TYPACH SZKÓŁ – POPULACJA I PRÓBA WAŻONA	9
WYKRES 4. OBJAWY DEPRESJI ZDIAGNOZOWANEJ SKALĄ BDI W BRANYCH POD UWAGĘ KATEGORIACH RESPONDENTÓW.....	13
WYKRES 5. ZASIĘG I GŁĘBOKOŚĆ DEPRESJI – PORÓWNANIE CHŁOPCÓW I DZIEWCZĄT	14
WYKRES 6. INTENSYWNOŚĆ PRZEŻYWANIA OBJAWÓW DEPRESJI	16
WYKRES 7. PORÓWNANIE KUMULATYWNYCH ROZKŁADÓW WYNIKÓW W BDI CHŁOPCÓW I DZIEWCZĄT	17
WYKRES 8. OBJAWY DEPRESJI ZDIAGNOZOWANEJ SKALĄ KADS W BRANYCH POD UWAGĘ KATEGORIACH RESPONDENTÓW.....	18
WYKRES 9. INTENSYWNOŚĆ PRZEŻYWANYCH KOMPONENTÓW DEPRESJI W SKALI KADS	19
WYKRES 10. OBJAWY DEPRESJI MIERZONE SKALĄ KADS (CO NAJMNIEJ 6 PUNKTÓW). PORÓWNANIE CHŁOPCÓW I DZIEWCZĄT	20
WYKRES 11. PORÓWNANIE KUMULATYWNYCH ROZKŁADÓW WYNIKÓW W KADS CHŁOPCÓW I DZIEWCZĄT	21
WYKRES 12. WYNIKI GHQ-12 W BRANYCH POD UWAGĘ KATEGORIACH RESPONDENTÓW.....	22
WYKRES 13. PODWYŻSZONY POZIOM STRESU (3 PUNKTY LUB WIĘCEJ). PORÓWNANIE CHŁOPCÓW I DZIEWCZĄT	23
WYKRES 14. PORÓWNANIE KUMULATYWNYCH ROZKŁADÓW WYNIKÓW W GHQ-12 CHŁOPCÓW I DZIEWCZĄT	25
DIAGRAM 1. WSPÓŁWYSTĘPOWANIE OBJAWÓW.....	26
WYKRES 15. OBJAWY DEPRESJI I/LUB DYSTRESU – DANE ŁĄCZNE.....	27
WYKRES 16. OBJAWY DEPRESJI I/LUB DYSTRESU – PORÓWNANIE DZIEWCZĄT I CHŁOPCÓW.....	28
WYKRES 17. UDZIAŁY WYNIKÓW BDI I KADS W OBJAWACH DEPRESJI.....	29
WYKRES 18. UDZIAŁY WYNIKÓW BDI I KADS W OBJAWACH DEPRESJI – PORÓWNANIE DZIEWCZĄT I CHŁOPCÓW	30
WYKRES 19. TENDENCJE AUTODESTRUKCYJNE	31
WYKRES 20. TENDENCJE AUTODESTRUKCYJNE – PORÓWNANIE DZIEWCZĄT I CHŁOPCÓW.....	32
WYKRES 21. INTENSYWNE TENDENCJE AUTODESTRUKCYJNE	33
WYKRES 22. INTENSYWNE TENDENCJE AUTODESTRUKCYJNE – PORÓWNANIE CHŁOPCÓW I DZIEWCZĄT.	34