

ZAJĄC, Anna, DOBKO, Katarzyna, FRĄCZ, Gabriela, GLAC, Agata, KULIGA, Klaudia, MUSZ, Kinga, SEJNOWSKA, Natalia, SOCHA, Agnieszka, SUROWIEC, Agata and ŚNIEŻEK, Kinga. Causes of depressive disorders and their degree and severity among high school students. Journal of Education, Health and Sport. 2023;18(1):123-146. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.18.01.012> <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/44550> <https://zenodo.org/record/8138092>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of December 21, 2021. No. 32343. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical Sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences). Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 21 grudnia 2021 r. Lp. 32343. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przynależność dyscypliny naukowej: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu).
© The Authors 2023;
This article is published with open access at License Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 10.06.2023. Revised: 24.06.2023. Accepted: 18.07.2023. Published: 18.07.2023.

Causes of depressive disorders and their degree and severity among high school students

Przyczyny zaburzeń depresyjnych i stopień i ich nasilenia wśród młodzieży szkolnej

Anna Zajac

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie

ul. Fryderyka Szopena 2, 35-055 Rzeszów

0009-0009-9385-805X

<https://orcid.org/0009-0009-9385-805X>

annazajac950407@gmail.com

Katarzyna Dobko

Centrum Medyczne w Łąncucie Sp. z o.o.

Ignacego Paderewskiego 5, 37-100 Łącut

0009-0001-2664-5291

<https://orcid.org/0009-0001-2664-5291>

katarzyna.dobko@gmail.com

Gabriela Frącz

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Rzeszowie

ul. Rycerska 4, 35-241 Rzeszów

0000-0002-2176-112X

<https://orcid.org/0000-0002-2176-112X>

fracz.gabriela@gmail.com

Agata Glac

Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski,

al. Tadeusza Rejtana 16c, 35-310 Rzeszów

0000-0002-1503-521X

<https://orcid.org/0000-0002-1503-521X>

agatglac@gmail.com

Klaudia Kuliga

Centrum Medyczne w Łąncucie Sp. z o.o.

ul. Ignacego Paderewskiego 5, 37-100 Łącut

0009-0002-7617-5301

<https://orcid.org/0009-0002-7617-5301>

klaudiakuligaa@gmail.com

Kinga Musz

Centrum Medyczne w Łąncucie Sp. z o.o.

ul. Ignacego Paderewskiego 5, 37-100 Łącut

0009-0003-8226-1369

<https://orcid.org/0009-0003-8226-1369>

kinmus96@gmail.com

Natalia Sejnowska

Centrum Medyczne w Łąncucie Sp. z o.o.

ul. Ignacego Paderewskiego 5, 37-100 Łącut

0009-0005-7071-9787

<https://orcid.org/0009-0005-7071-9787>

niepokoj.natalia@gmail.com

Agnieszka Socha

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Rzeszowie

ul. Rycerska 4, 35-241 Rzeszów

0000-0003-0970-1172

<https://orcid.org/0000-0003-0970-1172>

agnieszkapojnar999@gmail.com

Agata Surowiec

Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

al. Tadeusza Rejtana 16c, 35-310 Rzeszów

0000-0002-5351-5086

<https://orcid.org/0000-0002-5351-5986>

agatasurowiec2@gmail.com

Kinga Śnieżek

Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie

ul. Skarbowa 1, 31-121 Kraków

0009-0009-9119-371X

<https://orcid.org/0009-0009-9119-371X>

kin.sniezek@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Depressive disorders are common in children and adolescents, but often go undiagnosed. They are associated with serious consequences, as well as with serious impairments both in terms of personal and social life, increasing the risk of suicide and psychoactive substance abuse.

Objective: The aim of the study was to analyze the most common factors causing depressive disorders and to assess their frequency and severity among adolescents.

Materials and methods: The study was conducted in one of the secondary schools in Krosno. 316 students (245 girls, 71 boys) aged 15 to 19 participated in the study. The results of 27 questions on depressive disorders were obtained using an anonymous online questionnaire.

Results: Among 316 students, as many as 40.5% do not know whether they suffer from depressive disorders, while 12% are sure of it, of which 71% have started treatment. However, sadness and depression as well as loss of interest and pleasure from doing favorite activities lasting 2 weeks or more, as well as a sense of worthlessness and lower self-esteem reach over 27% of students. The study shows that 15% of students may be undiagnosed. Suicidal thoughts occur in 44.9% of the respondents. 6.3% of students have attempted suicide and 2.8% want to take their own lives.

Conclusions: Depressive disorders are a common problem among high school students. The most common disorders coexisting with depression in the examined adolescents were eating disorders. Increased awareness of depression symptoms among adolescents, parents, school psychologist and family doctor is a key element for diagnosis and therapy.

Key words: adolescents; depressive disorders; social media; depressive symptoms

ABSTRAKT

Wstęp: Zaburzenia depresyjne są powszechne u dzieci i młodzieży, jednakże często są nierozpoznane. Wiążą się z poważnymi konsekwencjami, a także z poważnymi upośledzeniami zarówno z zakresie życia osobistego jak i społecznego zwiększając ryzyko samobójstw oraz nadużywania środków psychoaktywnych.

Cel: Celem pracy była analiza najczęstszych czynników wywołujących zaburzenia depresyjne oraz ocena częstości ich występowania i stopnia ich nasilenia wśród młodzieży szkolnej.

Materiały i metody: Badanie przeprowadzono w Krośnie w jednej ze szkół ponadgimnazjalnych. W badaniu wzięło udział 316 uczniów (245 dziewcząt, 71 chłopców) w wieku od 15 do 19 lat. Wyniki spośród 27 pytań na temat zaburzeń depresyjnych uzyskano za pomocą anonimowego autorskiego kwestionariusza online.

Wyniki: Wśród 316 uczniów aż 40,5% nie wie czy cierpi na zaburzenia depresyjne, natomiast 12% jest tego pewna, z których 71% rozpoczęło leczenie. Jednakże smutek i przygnębienie oraz utrata zainteresowań i przyjemności z wykonywania ulubionych czynności utrzymujące się 2 tygodnie lub dłużej oraz poczucie bezwartościowym i obniżenie samooceny sięga ponad 27% uczniów. Z badania wynika, że 15% uczniów może być niezdiagnozowanych. U 44,9% badanych występują myśli samobójcze. 6,3% uczniów jest po próbie samobójczej, a 2,8% chce odebrać sobie życie.

Wnioski: Zaburzenia depresyjne to powszechny problem wśród młodzieży szkolnej. Szczególnie częstym objawem wśród uczniów z depresją było poczucie bezwartościowości, obniżona samoocena oraz myśli samobójcze. Zwiększona świadomość objawów depresji wśród młodzieży, rodziców, psychologa szkolnego i lekarza rodzinnego jest kluczowym elementem do diagnozy i terapii.

Słowa kluczowe: młodzież szkolna; zaburzenia depresyjne; media społecznościowe; próby samobójcze; traumatyczne wydarzenia

WPROWADZENIE

W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 depresja ujęta jest jako epizod depresyjny (F32) i zaburzenia depresyjne nawracające (F33). W zależności od liczby i nasilenia objawów epizod depresyjny możemy określić jako łagodny, umiarkowany i ciężki. Zaburzenia depresyjne nawracające cechują się powtarzającymi się epizodami depresji, bez jakichkolwiek niezależnych epizodów wzmoczonego nastroju zwiększonej energii (manii) w przeszłości. Bezpośrednio po epizodzie depresyjnym mogą jednak wystąpić krótkotrwałe stany podwyższonego nastroju i zwiększonej aktywności (hipomania), niekiedy związane ze stosowaniem leczenia depresyjnego.

Możliwy jest także inny podział depresji, a mianowicie na egzogenną i endogenną [1]. Depresja endogenna wywołana jest czynnikami biologicznymi, np. przez zaburzenia hormonalne czy nerwowe, natomiast znacznie częściej spotykana depresja egzogenna, która może być wywołana występowaniem stresujących wydarzeń, np. rozwodem rodziców, żałobą czy długotrwałą sytuacją stresową.

Wśród dzieci na depresję cierpi 1% przedszkolaków (powyżej drugiego i trzeciego roku życia) i 2% wśród dzieci między szóstym a dwunastym rokiem życia [2]. W grupie nastolatków wskaźniki zapadalności na depresję wzrastają między trzynastym a osiemnastym rokiem życia [3]. Wraz z wiekiem i dojrzewaniem płciowym ryzyko zachorowania wzrasta. Wśród małych dzieci objawy depresji występują w takich samych proporcjach u obu płci. Okres dojrzewania działa niekorzystnie dla dziewcząt i wiąże się z wyższą zachorowalnością na depresję w tej grupie w porównaniu do chłopców [4]. Jednokrotne zachorowanie we wczesnym okresie życia jest obciążone wysokim ryzykiem nawrotu [3].

Powstawanie zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży jest uwarunkowane interakcją czynników genetycznych oraz środowiskowych. Badania bliźniąt, rodzin i osób adoptowanych wskazują na znaczący udział czynników genetycznych, których całościowy wpływ szacuje się za pomocą zmiennej odziedziczalności na około 30-40%. Jednocześnie w niemal we wszystkich badaniach potwierdzono, że obniżony nastrój rodzica, a zwłaszcza matki jest czynnikiem ryzyka wystąpienia objawów depresyjnych u dziecka. W takich

przypadkach ryzyko jest związane nie tylko z przekazaniem genetycznej predyspozycji, ale również z oddziaływaniem środowiska rodzinnego.

Przebadano liczne markery biologiczne związane z depresją u dzieci i młodzieży i do najlepiej poznanych należą wskaźniki aktywacji reakcji zapalnej oraz osi podwzgórze-przysadka-nadnercza. W badaniach dotyczących markerów zapalnych opartych na metaanalizie stwierdzono, że w 3 na 7 badań podłużnych i w 5 na 9 badań przekrojowych zaobserwowano związek między depresją a czynnikami prozapalnymi u dzieci i młodzieży [5]. w innym badaniu autorzy stwierdzili, że występowanie objawów depresyjnych może być poprzedzone nieprawidłowym funkcjonowaniem osi podwzgórze-przysadka-nadnercza u młodzieży, co z kolei może być spowodowane oddziaływaniem różnych czynników stresowych we wczesnym okresie życia [6].

Objawy występujące u młodzieży są względnie podobne do obserwowanych u dorosłych, należą do nich m.in. nadmierne poczucie winy, drażliwość, zaburzenia snu i łaknienia, silne wahania i reaktywność nastroju, trudności w podejmowaniu decyzji oraz myśli samobójcze. Często obniżenie nastroju może u młodzieży przybierać postać wycofania społecznego, a niekiedy ograniczenie kontaktów społecznych do komunikowania się przez internet. W procesie diagnostycznym można wykorzystać różne skale, np. skalę depresji Becka.

Na początku postępowania diagnostycznego należy wykluczyć wszystkie przyczyny somatyczne obniżonego nastroju. Należą do nich m.in. niedoczynność tarczycy oraz niedokrwistość z niedoboru żelaza. W psychiatrycznym rozpoznaniu różnicowym należy także uwzględnić żalobę, zaburzenia adaptacyjne oraz działania opozycyjno buntownicze. Należy także wziąć pod uwagę możliwość występowania zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Objawy podobne do depresji może powodować przewlekłe używanie marihuany i jej pochodnych oraz odstawienie amfetaminy i nowych substancji syntetycznych tzw. dopalaczy. U dzieci i młodzieży w ponad połowie przypadków objawom depresji towarzyszą zaburzenia lękowe, nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz zespół nadruchliwości/deficytu uwagi.

Według klasyfikacji ICD-10, aby stwierdzić występowanie epizodu depresyjnego, muszą występować przez co najmniej 2 tygodnie co najmniej 2 z 3 następujących objawów:

- obniżenie nastroju,
- utrata zainteresowań i anhedonia,
- mniejsza energia lub wytrzymałość na zmęczenie,

oraz 2 lub więcej objawów takich jak:

- obniżenie samooceny,
- zmniejszenie apetytu,
- problemy ze snem,
- trudności w skupieniu uwagi,
- odczuwanie winy, poczucie się bezwartościowym,
- pesymistyczne postrzeganie przyszłych wydarzeń,
- myśli bądź zachowania samobójcze lub zachowania autoagresywne.

W każdym przypadku leczenia depresji u dzieci i młodzieży należy wziąć pod uwagę uwarunkowania rozwojowe i rodzinne danej osoby. Terapia nie powinna zakłócać procesów takich jak separacja młodej osoby, a w niektórych przypadkach nie powinna ograniczać się do osoby pacjenta, ale objąć leczeniem całą rodzinę. W łagodnych objawach depresyjnych najlepszym sposobem postępowania jest psychoedukacja, a także wsparcie psychospołeczne łagodzące wpływ stresorów środowiskowych [7]. W metaanalizie Brown i wsp. [2013] wykazano, iż aktywność fizyczna może stanowić cenne uzupełnienie innych form leczenia depresji dzieci i młodzieży [8].

W depresji o umiarkowanym i dużym nasileniu występującej u osób poniżej 18. roku życia najpowszechniejszym stosowanym oddziaływaniem terapeutycznym jest leczenie farmakologiczne. Leki przeciwdepresyjne nowej generacji w przeciwieństwie niż leki trójpierścieniowe przeciwdepresyjne cechują się istotną skutecznością w porównaniu do placebo, jednakże nie są one pozbawione swoistych objawów ubocznych. Do najczęściej dyskutowanych objawów niepożądanych należą pojawienie się/zwiększenie nasilenia i zachowań samobójczych, dlatego podczas pierwszych kilku tygodni leczenia farmakologicznego należy obserwować pacjenta, zwracając szczególnie uwagę na objawy pobudzenia psychoruchowego czy objawy wycofania społecznego.

Pamiętając o powyższym, należy podkreślić, że korzyści wynikające z leczenia są znacząco większe niż ryzyko nasilenia myśli samobójczych, gdyż największym czynnikiem ryzyka samobójstwa stanowi sama depresja.

W badaniach dotyczących depresji u młodzieży stwierdzono, że skojarzone leczenie farmakologiczne wspólnie z terapią poznawczo-behawioralną powodowało lepszą poprawę niż każdy rodzaj monoterapii, zwłaszcza z zakresie zmniejszenia myśli i zamiarów samobójczych, szybkiego powrotu do prawidłowego funkcjonowania społecznego i szkolnego oraz częstości występowania remisji po 12 tygodniach leczenia [9].

Niniejszy artykuł będzie oparty na analizie zebranych danych z ankiet dotyczących zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży szkolnej. Otrzymane wyniki dostarczą wiedzy na temat problemu depresji występującej u uczniów w szkole ponadgimnazjalnej oraz dostarczą informacji, które pomogą w podjęciu odpowiednich działań edukacyjnych, profilaktycznych i leczniczych.

Otrzymane wnioski z przeprowadzonego badania dostarczą kluczowych informacji na temat szerzącego się problemu depresji dla społeczności szkolnej, lekarzy oraz politycznych decydentów zajmujących się zdrowiem publicznym. Świadomość wzrostu zapadalności na zaburzenia depresyjne oraz poważnych ich następstw, w tym wycofania społecznego oraz popełnionych samobójstw może przyczynić się do stworzenia odpowiednich strategii, które mogą zwiększyć działania prewencyjne i lecznicze w tym temacie.

W następnej części artykułu ukażemy wszystkie najważniejsze wyniki badania wraz z ich interpretacją oraz przedstawimy konsekwencje tych wyników dla celów prewencyjnych, leczniczych i politycznych w aspekcie zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży szkolnej.

CEL

Celem pracy była analiza najczęstszych czynników wywołujących zaburzenia depresyjne oraz ocena częstości ich występowania i stopnia ich nasilenia wśród młodzieży szkolnej.

MATERIAŁ I METODY

Badanie o tematyce zaburzeń depresyjnych przeprowadzono w maju 2023 roku, wśród młodzieży szkolnej w przedziale wiekowym 15-19 lat, w miejscowości Krosno w szkole ponadgimnazjalnej. W badaniu wzięło udział 316 uczniów, tj. 245 dziewcząt i 71 chłopców. Dane zebrano za pomocą autorskiej anonimowej ankiety przeprowadzonej online. W badaniu wykorzystano 27 pytań zarówno jednokrotnego jak i wielokrotnego wyboru. Ankieta dotyczyły danych ogólnych, tj. wieku, płci oraz szczegółowych związanych z zaburzeniami depresyjnymi. Pytania związane były z statusem rodziny, czynnikami zwiększającymi ryzyko depresji, objawami i kryteriami rozpoznawania zaburzeń depresyjnych. Zapytano również o próby samobójcze, a także wpływ mediów społecznościowych na ryzyko depresji.

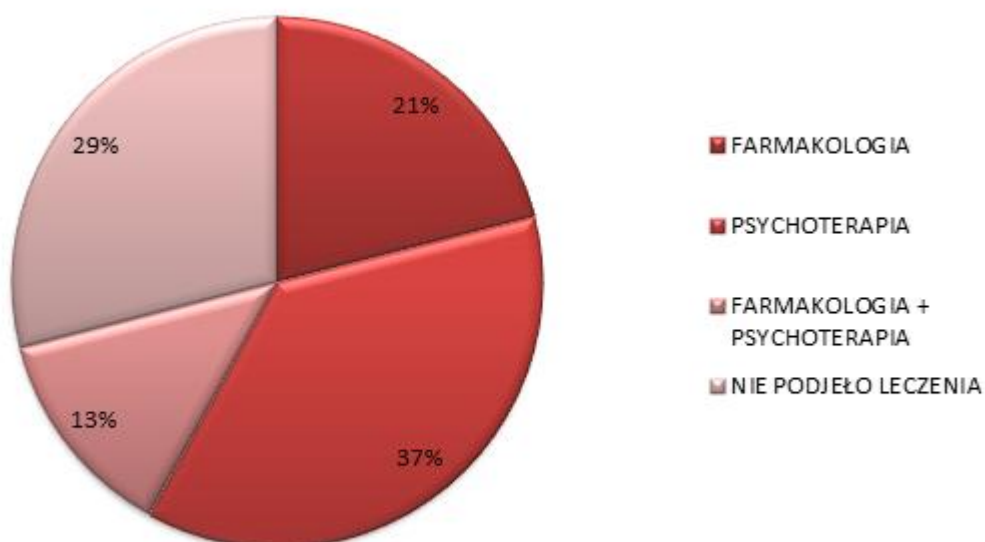
WYNIKI

W badaniu wzięło udział 316 uczniów w przedziale wiekowym 15-19 lat. 77,5% stanowiły dziewczęta, a 22,5% chłopcy. Najliczniejszą grupę stanowili 16-latkowie, tj. 30,1%, następnie 26,3% 15-latkowie, 20,9% 17-latkowie, 14,2% 18-latkowie, a najmniejszą grupą byli 19-latkowie stanowiąc 8,5% respondentów.

Jedno z najważniejszych pytań zawartych w ankiecie dotyczyło tego, czy respondenci cierpią na zaburzenia depresyjne i czy się leczą z tego powodu?

12% uczniów odpowiedziało, że cierpi na zaburzenia depresyjne, 40,5% nie jest pewna czy choruje na zaburzenia depresyjne, a 47,5% respondentów je neguje. Z powodu zaburzeń depresyjnych leczy się 71% osób zdiagnozowanych, z czego psychoterapia stanowi 37 %, farmakologia -13%, a psychoterapia skojarzona z farmakologią - 21%.

Wykres 1. Leczenie z powodu zaburzeń depresyjnych u osób zdiagnozowanych



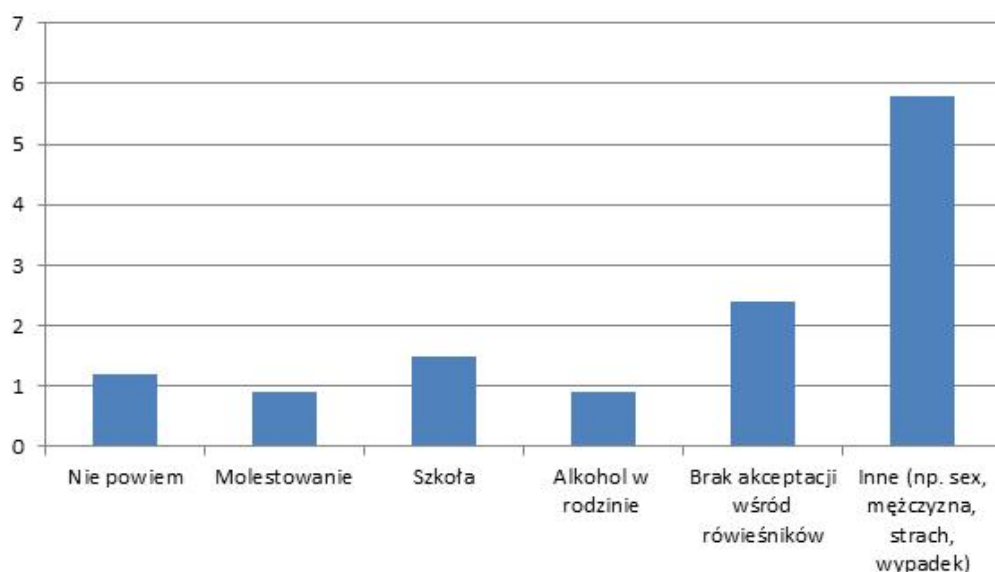
Wśród badanych 1,2% uczniów uczęszcza na psychoterapię, choć nie wie czy cierpi na zaburzenia depresyjne.

Ankietowanych zapytano również o traumatyczne wydarzenia w przeszłości. Poza wymienionymi 6 wariantami, uwzględniono również wariant 7 pod nazwa inne, gdzie respondenci mogli sami wpisać swoje najbardziej stresogenne życiowe sytuacje.

Respondenci mogli zaznaczyć wariant NIE, co oznaczało że nie przeżyli żadnego traumatycznego wydarzenia, co stanowiło 42,4% odpowiedzi oraz takie warianty jak śmierć bliskiej osoby- 26,6%, choroba jednego z członków rodziny- 6,3%, przemoc w rodzinie- 6%, rozwód rodziców- 5,1% oraz bezrobocie rodziców 0,9%.

Pozostałe 12,7% stanowił wariant INNE, gdzie uczniowie sami wpisywali swoje odpowiedzi.

Wykres 2. Inne traumatyczne wydarzenia wśród młodzieży szkolnej



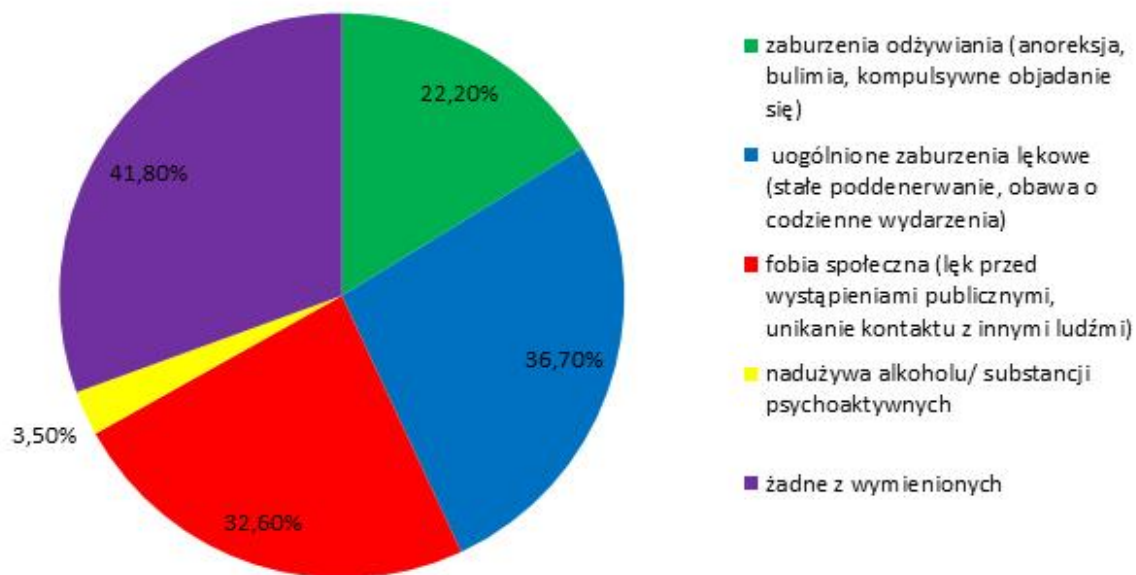
Kolejne pytanie było wielokrotnego wyboru i dotyczyło innych zaburzeń psychicznych, które często współistnieją z zaburzeniami depresyjnymi.

70 osób zaznaczyło, że cierpi na zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia, kompulsywne objadanie się), 116 podało, że choruje na uogólnione zaburzenia lękowe (stałe poddenerwanie, obawa o codzienne wydarzenia), 103 uczniów zaznaczyło, że ma fobię społeczną (lęk przed wystąpieniami publicznymi, unikanie kontaktu z innymi ludźmi), 11- nadużywa alkoholu/ substancji psychoaktywnych, a 132 respondentów nie cierpi na żadne z powyższych zaburzeń. 93 ankietowanych wybrała więcej niż jedno zaburzenie.

Zaobserwowano, że wśród 38 osób, które zadeklarowały, że cierpią na depresję, aż u 37 współistnieją dodatkowe zaburzenia: zaburzenia odżywiania występują u 19 osób,

uogólnione zaburzenia lękowe- 25 osób, fobia społeczna- 27 osób i nadużywanie alkoholu/substancji psychoaktywnych- 5 osób.

Wykres 3. Inne zaburzenia psychiczne (pytanie wielokrotnego wyboru)



Zapytano również ankietowanych o odczuwany smutek i przygnębienie w ostatnim czasie, jego czas trwania, a także o utratę zainteresowań z wykonywania codziennych czynności lub utratę przyjemności z wykonywania ulubionych czynności oraz czas trwania takiego stanu.

Tabela 1. Odczuwanie smutku i przygnębienia oraz czas jego trwania

Czy odczuwasz smutek i przygnębienie w ostatnim czasie?	Tak (73,1%)	Jak długo to trwało?	Kilka dni (40,3%)
			Tydzień (13%)
			2 tygodnie lub dłużej (16%)
			Miesiąc lub dłużej (30,7%)

	Nie (26,9%)
--	-------------

16% uczniów odpowiedziało, że w ostatnim czasie odczuwa smutek i przygnębienie przez 2 tygodnie lub dłużej, zaś aż 30,7% uczniów odczuwa taki stan przez miesiąc lub dłużej.

Tabela 2. Utrata zainteresowań codziennymi czynnościami lub utrata przyjemności z wykonywania ulubionych czynności oraz czas trwania tego stanu

Czy w ostatnim miesiącu utraciłeś zainteresowanie wykonywaniem codziennych czynności lub utraciłeś przyjemność z wykonywania ulubionych czynności?	Tak (55,7%)	Jak długo to trwało?	Kilka dni (32,4%)
			Tydzień (11,4%)
			2 tygodnie lub dłużej (19,3%)
			Miesiąc lub dłużej (36,9%)
	Nie (44,3%)		

Natomiast 19,3% uczniów zaznaczyło, że w ciągu ostatniego miesiąca utraciło zainteresowanie codziennymi czynnościami lub utraciło przyjemność z wykonywania ulubionych czynności przez 2 tygodnie lub dłużej, zaś aż 36,9% uczniów odczuwa taki stan przez miesiąc lub dłużej.

Uczniów zapytano także o zadowolenie z siebie. 46,8% odpowiedziało, że jest z siebie zadowolonych, 33,9%- nie jest z siebie zadowolonych, 12,7% czuje do siebie niechęć, zaś 6,6% nienawidzi siebie.

Zauważono również, że wśród wszystkich uczniów, którzy czuli do siebie niechęć lub nienawidzili siebie, aż 85% uczniów jednocześnie odczuwa smutek i przygnębienie przez 2 tygodnie lub dłużej, bądź utraciło zainteresowanie codziennymi czynnościami lub utraciło przyjemność z wykonywania ulubionych czynności przez 2 tygodnie lub dłużej.

W kolejnym pytaniu uczniowie odpowiedzieli czy czują się gorsi od innych. 15,5% odpowiedziało, że prawie zawsze czują się gorsi od innych, 55,7%- czasami, a 28,8% respondentów nie czuje się gorszymi od innych.

Dodatkowo zauważono, że 59% uczniów, którzy uważają się za gorszych od innych, jednocześnie czuje do siebie niechęć lub nienawidzi siebie.

Ankietowani odpowiedzieli również na temat własnego wyglądu. 57,9% uczniów odpowiedziało, że wygląda mniej atrakcyjnie niż jego rówieśnicy, zaś 42,1% uczniów temu zaprzeczyło. Sprawdzono to w zestawieniu do osób, którzy wiedzą, że chorują na zaburzenia depresyjne. Obliczono, że 82% osób z zaburzeniami depresyjnymi uważa jednocześnie, że wygląda gorzej niż ich rówieśnicy.

Wyjątkowo istotne co do analizowanego problemu była świadomość młodzieży co do tego, czy w ich otoczeniu znajdują się osoby cierpiące na depresję.

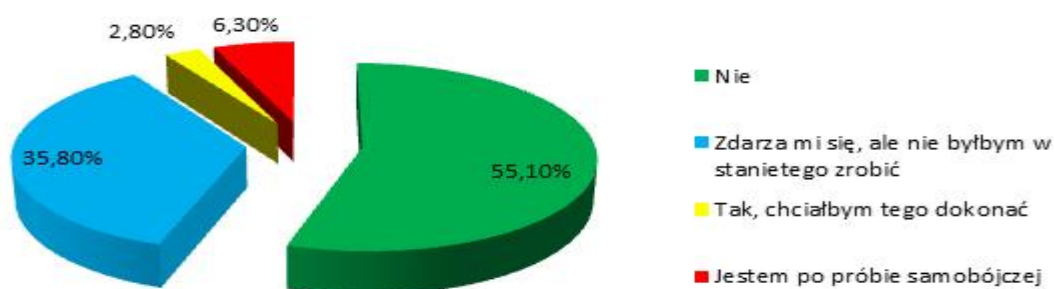
46% ankietowanych deklaruje, że w ich otoczeniu znajdują się osoby cierpiące z powodu depresji, a 54% odpowiedziało, że nie zna takich osób.

Natomiast wśród 46% uczniów, którzy znają osoby z zaburzeniami depresyjnymi w ich najbliższym otoczeniu przyznało, że jest to w 23% rodzeństwo/rodzice/rodzina, a 77%- kolega/koleżanka ze szkoły.

Dodatkowo 19,6% wszystkich ankietowanych zna osoby z Mediów społecznościowych (YouTube, TikTok, Instagram) z zaburzeniami depresyjnymi.

Następnie zadano pytanie czy ankietowani mają myśli samobójcze. 35,8% uczniów odpowiedziało, że ma takie myśli, ale nie byłoby w stanie tego dokonać, 2,8% - chce tego dokonać, 6,3% - jest po próbie samobójczej, zaś 55,1% nie miało nigdy myśli samobójczych.

Wykres 4. Pytanie na temat myśli samobójczych

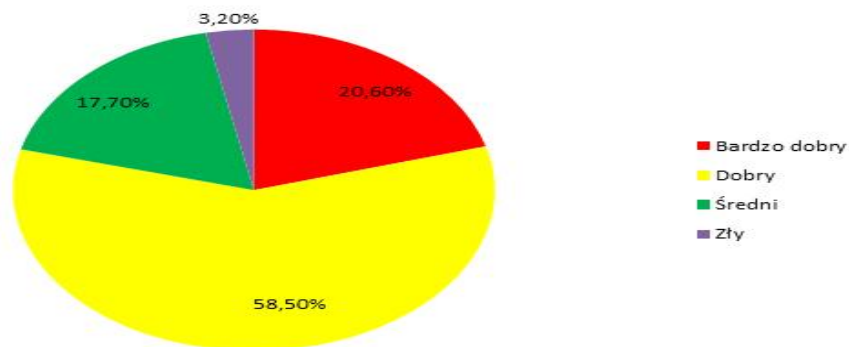


75% osób po próbie samobójczej przyznało w ankiecie, że cierpi na zaburzenia depresyjne, a pozostałe 25% choć nie zaznaczyli, że chorują z powodu depresji to jednak zaznaczyli, że czują smutek i przygnębienie trwające 2 tygodnie lub więcej.

Natomiast 33,3% osób z chęcią popełnienia samobójstwa zaznaczyło, że cierpi na zaburzenia depresyjne, a 44,5% przyznało, że czuje smutek i przygnębienie trwające 2 tygodnie lub dłużej, a pozostałe 22,2% odpowiedziało, że nie jest zadowolona z siebie i że nie jest pewna czy cierpi na zaburzenia depresyjne.

Kolejne pytanie dotyczyło statusu materialnego rodziny ankietowanych.

Wykres 5. Status materialny rodziny ankietowanych



20,6% ankietowanych określiło status materialny swojej rodziny jako bardzo dobry, 58,5% jako dobry, 17,7% jako średni, a 3,2% jako zły.

Ankietowani odpowiedzieli także na pytanie czy wychowują się w pełnej rodzinie, to jest z matką i ojcem. 81,6% odpowiedziało, że żyje w rodzinie pełnej, 8,2% - tylko z jednym rodzicem, 7,9% w kryzysie, tzn, rodzice są po rozwodzie, a 2,2% wychowuje się w rodzinie zastępczej.

Następnie przeanalizowano zależność między wychowaniem a samopoczuciem ankietowanych. Zauważono, że odczuwany smutek i przygnębienie przez 2 tyg lub dłużej, bądź utrata zainteresowania codziennymi czynnościami lub utrata przyjemnościami z wykonywania ulubionych czynności przez 2 tygodnie lub dłużej dotyczy 68% uczniów, którzy wychowują się z rodzicami po rozwodzie, 42% uczniów, którzy wychowują się tylko z jednym rodzicem i aż 100% uczniów wychowujących w rodzinie zastępczej.

Tabela 6. Zależność między wychowaniem a samopoczuciem ankietowanych



W dalszej części zapytano uczniów czy w ich rodzinie ktokolwiek nadużywa alkohol lub substancje psychoaktywne. 75% uczniów zaprzeczyło, a 25% potwierdziło w tym pytaniu. Zauważono również, że 36% ankietowanych, którzy mają w swojej rodzinie kogoś kto nadużywa alkohol lub substancje psychoaktywne jednocześnie czuje do siebie niechęć lub nienawidzi siebie.

W kolejnym pytaniu ankietowani odpowiedzieli czy mają rodzeństwo. 89,2% uczniów posiada rodzeństwo, zaś pozostałe 10,8% to jedynacy.

Wśród jedynaków 53% jest, a 47% nie jest z siebie zadowolona.

Uczniom zadano także pytanie czy wiedzą jak rozpoznać depresję. 73,1% ankietowanych deklaruje, że potrafi u siebie lub kogoś z bliskich rozpoznać depresję, pozostali twierdzą, że tego nie potrafią (26,9%).

Wykres 7. Objawy zaburzeń depresyjnych (pytanie wielokrotnego wyboru)

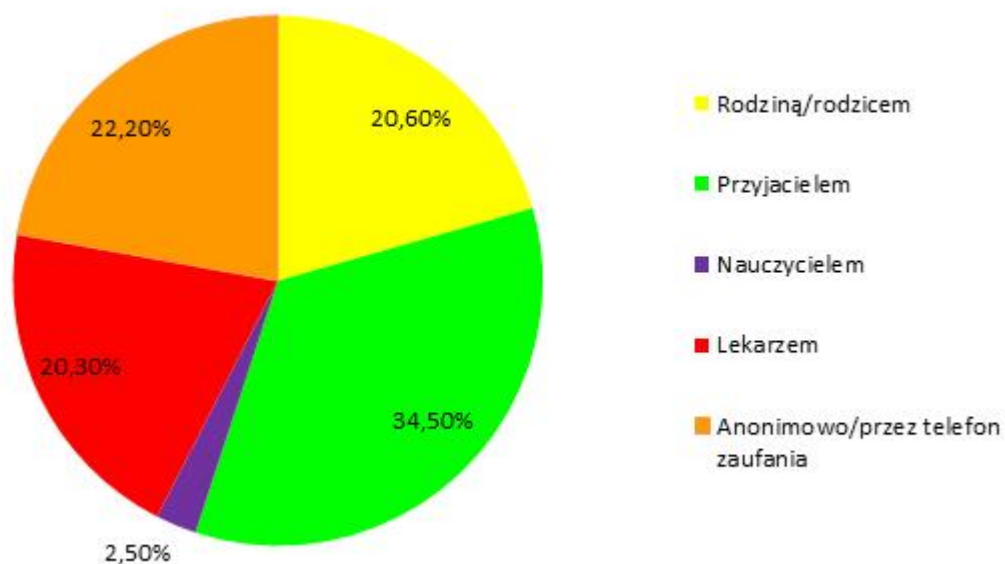


Natomiast w kolejnym pytaniu wielokrotnego wyboru wymieniono objawy depresji wraz z błędnymi odpowiedziami.

Ponad 90% ankietowanych odpowiedziało poprawnie, że objawami depresji jest poczucie własnej bezwartościowości oraz nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie. 78,8% uczniów zaznaczyło również poprawnie bezsenność lub nadmierną senność oraz uczucie zmęczenia. Symptodem zaburzeń depresyjnych może być także wzmoczony lub osłabiony apetyt. Co ciekawe 71,5% respondentów zaznaczyło osłabienie apetytu, a tylko 39,9% wzmoczenie apetytu. Odpowiedzi błędne były zaznaczone w mniejszości, tj. za objawy zaburzeń depresyjnych 23,1% uczniów podało słuchanie smutnych piosenek, a 12,7% - ubieranie się na czarno.

Kolejne pytanie dotyczyło zaufania. Uczniowie odpowiedzieli z kim chcieliby porozmawiać o problemie depresji.

Wykres 8. Wybór osoby do rozmowy o problemie depresji



Uczniowie odpowiedzieli, że najchętniej chcieliby porozmawiać na temat depresji z przyjacielem - 34,5%, a następnie anonimowo/przez telefon zaufania- 22,2%, z rodziną/rodzicem- 20,6%, z lekarzem- 20,3%, a z nauczycielem jedynie 2,5%.

W następnym pytaniu większość uczniów, to jest 82,3% odpowiedziała, że temat depresji nie jest tematem wstydlwym, a pozostali uczniowie, czyli 17,7% temu zaprzeczyła.

Zauważono również, że spośród wszystkich osób, które uważają depresję za temat wstydlwy aż 69% uczniów jest jednocześnie z siebie niezadowolonych, czuje do siebie niechęć lub nienawidzi siebie, a także że 41% uczniów jednocześnie odczuwa smutek i przygnębienie trwające 2 tygodnie lub dłużej.

Bezradność, obniżony poziom energii to jedne z objawów depresji, które w oczach nieświadomej rodziny są wytykane i krytykowane. Osoba chora ma poczucie wstydu ze swoich słabości, co niestety opóźnia skontaktowanie się ze specjalistą i rozpoczęcie terapii. Uświadamianie społeczeństwa rangi problemu depresji może być dla osób chorych ułatwieniem i otwarciem na pomoc.

Tabela 3. Wstydlwy temat depresji

Uczniowie, którzy uważają depresję, jako temat wstydlivy	69% jest jednocześnie z siebie niezadowolona/czuje do siebie niechęć/nienawidzi siebie
	41% uczniów odczuwa jednocześnie smutek i przygnębienie trwające 2 tygodnie lub dłużej

Sprawdzono również wiedzę uczniów na temat wpływu aktywności fizycznej na zaburzenia depresyjne. 69,9% ankietowanych odpowiedziało poprawnie, tzn. zgodziło się z tym, że aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko zachorowania na depresję, pozostałe 30,1% uczniów odpowiedziało błędnie.

Przeanalizowano również odpowiedzi osób z myślami samobójczymi. Wnioski były następujące: 55% uczniów po próbie samobójczej i 67% uczniów, którzy chcą popełnić samobójstwo uważa, że aktywność fizyczna nie zmniejsza zachorowania na depresję.

Na koniec zapytano uczniów o media społecznościowe, tzn. jak długo i jak intensywnie korzystają z mediów społecznościowych.

Tabela 4.

Ile godzin dziennie poświęcasz na korzystanie z mediów społecznościach?	
2h	9,5% uczniów
3-4h	33,2% uczniów
5-6h	32% uczniów
>6h	25,3% uczniów

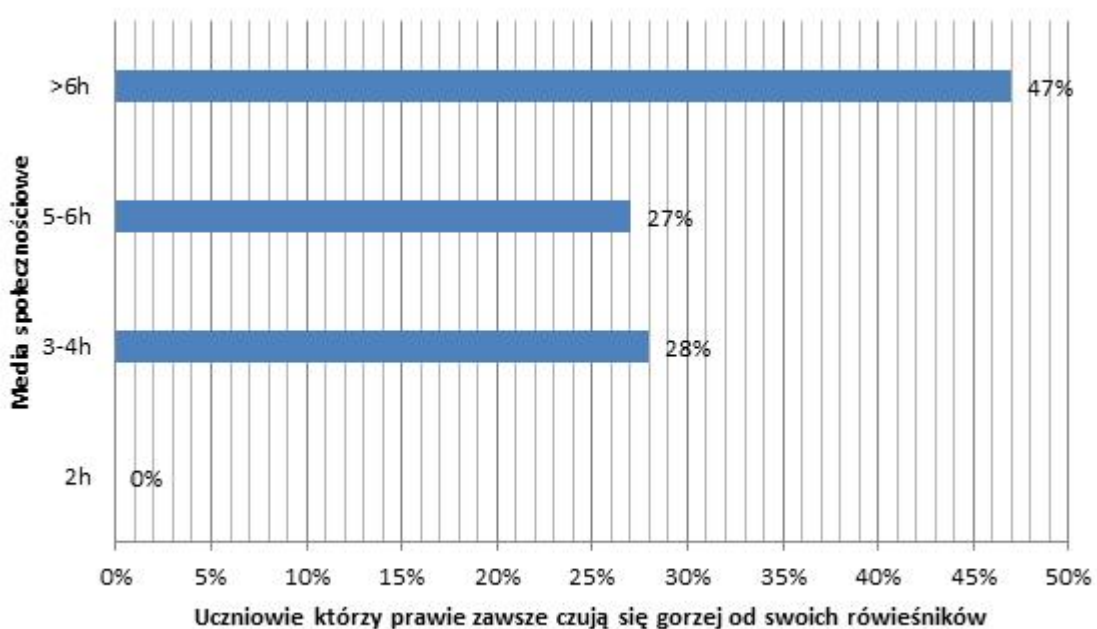
Tabela 5.

Jak intensywnie korzystasz z mediów społecznościowych?

Publikuję treści/zdjęcia codziennie	3,1% uczniów
Publikuję treści/ zdjęcia raz na jakiś czas	57,3% uczniów
Jestem tylko obserwatorem, nic nie publikuję	39,6% uczniów

Zauważono, że spośród uczniów, którzy prawie zawsze czują się gorsi od swoich rówieśników aż 45% korzysta z mediów społecznościowych >6h/dobę, 27% przez 5-6h/dobę, 28% przez 3-4h/dobę, natomiast nie ma wśród nich uczniów korzystających jedynie z mediów społecznościowych 2h/dobę.

Wykres 9. Wpływ mediów społecznościowych na samopoczucie



Dodatkowo zaobserwowano, że wśród uczniów, którzy korzystają z mediów społecznościowych jedynie 2h/dobę 67% jest zadowolona z siebie i 57% nie uważa, żeby wyglądała mniej atrakcyjnie niż ich rówieśnicy.

Natomiast wśród uczniów, którzy korzystają z mediów społecznościowych >6h/dobę 65%, jest niezadowolona z siebie i 66% uważa, że wygląda gorzej niż ich rówieśnicy.

Osoby, które chcą popełnić samobójstwo lub są po próbie samobójczej w 62% korzystają z mediów społecznościowych >5-6h/dobę, a znaczną mniejszość, tj. 10%- 2h/dobę.

WNIOSKI I DYSKUSJA

Uzyskane wyniki z badań własnych pozwalają do sformułowania poniższych wniosków:

1. Wśród wszystkich badanych 38 uczniów przyznaje, że cierpi z powodu zaburzeń depresyjnych, z których 71% (27 osób) podjęło leczenie.
2. Ponad połowa ankietowanych (182 osoby) przyznaje, że przeżyła w swoim życiu traumatyczne wydarzenie, z czego najczęściej wymienia śmierć bliskiej osoby.
3. Depresja często współwystępuje z innymi zaburzeniami. Wśród osób, które zadeklarowały, że cierpią na zaburzenia depresyjne dodatkowo współistnieją zaburzenia odżywiania (bulimia, anoreksja, kompulsywne objadanie się) u 50%, uogólnione zaburzenia lękowe (stałe poddenerwowanie, obawa o codzienne wydarzenia)- u 66%, fobia społeczna (lęk przed wystąpieniami publicznymi, unikanie kontaktu z innymi ludźmi) – u 71% lub nadużywanie alkoholu/substancji psychoaktywnych u 13%.
4. Ponad czterdzieści procent uczniów jest w stanie wskazać w swoim najbliższym otoczeniu osoby cierpiące na depresję.
5. Depresja istotnie częściej objawia się wśród uczniów wychowywanych przez jednego rodzica, przez rodziców po rozwodzie oraz w rodzinie zastępczej.
6. Blisko siedemdziesiąt pięć procent badanych deklaruje, że posiada wiedzę pozwalającą na rozpoznanie zaburzeń depresyjnych u innych osób, jednakże ponad czterdzieści procent uczniów nie jest w stanie u siebie samego określić czy występujące u niego objawy jednoznacznie świadczą o depresji
7. Jedna trzecia ogółu badanych najchętniej porozmawiałaby na temat problemu depresji z przyjacielem, a co piąty z rodziną/ rodzicem, z lekarzem bądź anonimowo/przez telefon zaufania.
8. Większość uczniów nie uważa, żeby temat depresji był tematem wstydlivym.
9. Trwające 2 tygodnie lub dłużej smutek i przygnębienie oraz utrata zainteresowania codziennymi czynnościami lub czynnościami, które wcześniej sprawiały przyjemność, a także niezadowolenie z siebie i poczucie gorszości ujawniło się dodatkowo u 46 nowo niezdiagnozowanych osób.

10. Ponad pięćdziesiąt procent badanych jest niezadowolona z siebie, w tym co piąty czuje do siebie niechęć lub nienawidzi siebie.
11. Wśród badanych prawie 10% jest po próbie samobójczej (20 osób) bądź przed próbą odebrania sobie życia (9 osób).
12. Intensywne korzystanie z Mediów Społecznościowych negatywnie wpływa na samoocenę badanych uczniów.
13. Blisko jedna trzecia ankietowanych nie posiada podstawowej wiedzy na temat pozytywnego wpływu aktywności fizycznej na zmniejszenie zachorowania na depresję.

Znane wyniki badań na temat rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych zarówno w Polsce jak i na świecie są wysokie bądź dramatycznie wysokie [10]. Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat obserwuje się tendencję wzrostową zapadania na zaburzenia depresyjne wśród dzieci i młodzieży i jest to najczęstszy problem w tej grupie wiekowej.

Rezultaty naszego badania korelują z wynikami polskich badań, które mówią, że około 20% młodzieży cierpi na depresję [11,12]. Wyniki z badań prospektywnych z lat 1984 i 2001 wynosiły odpowiednio 27,4% i 26,7% [13].

Z zaburzeniami depresyjnymi bardzo często współwystępują zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia, kompulsywne objadanie się), uogólnione zaburzenia lękowe (stałe poddenerwowanie, obawa o codzienne wydarzenia), fobia społeczna (lęk przed wystąpieniami publicznymi, unikanie kontaktu z innymi ludźmi) czy też nadużywanie alkoholu/substancji psychoaktywnych. W naszym badaniu 20 osób jest po próbie samobójczej, a 9 osób chce odebrać sobie życie. Badania mówią, że młodzież po próbach samobójczych miewa częściej niż ich rówieśnicy problemy w szkole, częściej zapada na zaburzenia psychiczne, a przed próbą samobójczą miewa przez około rok myśli suicydalne [14].

Pierwszy epizod depresji w dzieciństwie obciążony jest wysokim ryzykiem nawrotu. Birmaher i in. podają, że 30-70% dzieci, u których wystąpił epizod depresji doświadczy kolejnego w wieku dziecięcym, adolescencji lub będąc osobą dorosłą [15]. Tyczy się to głównie dzieci, które obciążone są wieloma czynnikami ryzyka, jak: traumatyczne życiowe doświadczenia, np. przemoc w rodzinie, molestowanie, rozwód rodziców, śmierć bliskiej osoby, czy też współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych lub obciążenia rodzinnego. Jak przedstawiają nasze wyniki, a co potwierdzają dostępne badania, intensywne korzystanie z mediów społecznościowych negatywnie wpływa na samoocenę młodych ludzi. Metaanalizy

wskazują, że wraz ze wzrostem liczby godzin spędzanych każdego dnia w mediach społecznościowych ryzyko depresji wzrasta liniowo [16].

Zdaniem niektórych autorów [17] badania przesiewowe przeprowadzane są wśród młodzieży zdrowej i nie zawsze muszą dotyczyć epizodu depresyjnego, lecz subiektywnej oceny nasilenia objawów mierzonych za pomocą kwestionariuszy. Uważają również, że do zdiagnozowania depresji konieczne są szczegółowe badania psychologiczne lub psychiatryczne, a sama subiektywna ocena stanu psychiatrycznego jest ważnym lecz niewystarczającym kryterium. Celem rozstrzygnięcia tych sporów konieczne jest przeprowadzenie dalszych badań na większej liczbie populacji.

Ocena objawów depresyjnych u młodzieży przez psychologa szkolnego czy lekarza rodzinnego jest kluczowym elementem prowadzącym do diagnozy a później do terapii. Do głównych elementów terapii należy psychoedukacja, terapia skupiająca się m.in. na relacjach rodzinnych, szkolenie umiejętności społecznych oraz leczenie farmakologiczne. Podstawowym i jednocześnie najskuteczniejszym elementem leczenia jest terapia poznawczo-behawioralna, której celem jest umiejętne interpretowanie wydarzeń oraz adekwatne postrzeganie siebie. U osoby chorej dzięki terapii dochodzi do samowzmocnienia oraz samodzielnego rozwiązywania problemów.

Chociaż dostarczone dane zgromadziły dużą wiedzę na temat depresji, to jednak potrzebne są dodatkowe badania w celu głębszego zrozumienia przebiegu depresji i jej związku z innymi zaburzeniami psychicznymi.

Disclosures: No disclosures.

Financial support: No financial support was received.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest

Bibliografia

1. Tatarowicz J. Depresja, [w:] Encyklopedia pedagogiczna XXI w., t. 1, Wyd. Akademickie „ŻAK”, Warszawa 2003; 644-645
2. Kim-Cohen J. et al. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective longitudinal cohort. Arch Gen Psychiatry 2003; 60(7): 709-717

3. Kalinowska S. et al. Depresja u dzieci i młodzieży- obraz kliniczny, etiologia, terapia. *Ann Acad Med Stetin* 2013; 59(1): 32-36
4. Birmaher B. et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad child Adolesc psychiatry* 1996; 35(11): 1427-1439
5. Kim J-W et al. Inflammatory markers and the pathogenesis of pediatric depression and suicide: a systematic review of the literature. *J Clin Psychiatry* 2014; 75(11): 1242-1253
6. Guerry JD et al.. In search of HPA axis dysregulation in child and adolescent depression. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2011; 14(2): 135-160
7. Rocha TBM et al. Mood disorders in childhood and adolescence. *Rev Bras Psiquiatr* 2013; 35(Suppl. 1): S22-S31
8. Brown HE et al. Physical activity interventions and depression in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sport Med Auckl NZ* 2013; 43(3): 195-206
9. March J. et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: treatment for Adolescents with Depression study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292(7): 807-820
10. Bomba J. et al. Rozpowszechnienie i obraz depresji u młodzieży szkolnej, „Psychoterapia” 1985; 4/55: 7–18.
11. Modrzejewska R., Bomba J. A comparative study of adolescent depression among high school pupils in a large Polish city. *Arch. Psychiatry Psychotherapy* 2010; 2: 17–22
12. Jaklewicz H., Barańska Z., Deli D. et al. Woźniak A. Zaburzenia depresyjne u młodzieży w okresie transformacji społecznej. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2001; 1: 26–36
13. Bomba J., Modrzejewska R. Prospektywne badanie dynamiki depresji u młodzieży w średniej fazie dorastania. *Psychiatr. Pol.* 2006; 4: 683–695
14. Gmitrowicz A., Dubla W. Zachowania samobójcze w reprezentatywnej grupie młodzieży z terenu Łodzi. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2001; 3: 236
15. Birmaher B. et al. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders, “*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*” 1998; 37 (Suppl. 10): 63S–82S
16. Liu M, Kamper-DeMarco KE, Zhang J, et al. Time Spent on Social Media and Risk of Depression in Adolescents: A Dose-Response Meta-Analysis. *Int J Environ Res*

Public Health. 2022 Apr 24;19(9):5164. doi: 10.3390/ijerph19095164. PMID: 35564559; PMCID: PMC9103874.

17. Radziwiłowicz W. Depresja u dzieci i młodzież. Analiza systemu rodzinnego — ujęcie kliniczne. Wyd. Impuls, Kraków 2011; s. 44