

Czynniki ryzyka i chroniące związane z internalizacyjnymi i eksternalizacyjnymi problemami zdrowia psychicznego 13–15-letniej młodzieży

Risk and protective factors associated with internalizing and externalizing mental health problems among 13–15-year-old youth

Krzysztof Jan Bobrowski, Krzysztof Ostaszewski

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zakład Zdrowia Publicznego

Summary

Aim. The main aim of the research was to identify factors (risk and protective) associated with the occurrence of mental health problems in adolescents.

Method. The study group consisted of elementary and junior high school students from Ilawa aged 13–15 years ($N = 574$). The self-administered, anonymous questionnaire had been completed during school lessons. Two groups of mental health problems were included in the study: internalizing (depressive symptoms and emotional problems) and externalizing (use of psychoactive substances, aggressive behavior, delinquency), as well as a number of psychosocial factors (parental support and control, school bonding, peer influence, victimization, leisure activities). Hierarchical logistic regression models with Wald statistics were used to identify risk and protective factors.

Results. Parental support and control appeared to be universal protective factors that reduce the risk of both internalizing and externalizing problems. On the other hand, being a victim of peer violence and spending a lot of time on e-contacts appeared to be risk factors for both groups of adolescent mental health problems. In addition, sex, negative peer influences, school bonding, and use of computer/video games were important factors in the regression models.

Conclusions. Prevention of mental health problems should be directed to educating parents in the skills of support and monitoring adolescents, strengthening school bonding, and resilience to negative peer influence.

Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne, etiologia, młodzież

Key words: mental health, etiology, adolescents

Wstęp

Badania zdrowia psychicznego w populacji ogólnej oraz w wybranych populacjach są istotne dla kształtowania polityki zdrowotnej, zarówno na poziomie kraju, jak i społeczności lokalnych. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zaburzenia psychiczne są poważnym i narastającym problemem. Jako najbardziej rozpowszechnione i zagrażające zdrowiu wskazywane są szczególnie takie zaburzenia jak depresja oraz problemy związane z pićem alkoholu [1].

Jednym ze sposobów na całościowe badanie zdrowia psychicznego młodzieży jest stosowanie wielowskaźnikowej oceny zaburzeń zdrowia psychicznego, a następnie kategoryzacja wskaźników z podziałem na problemy eksternalizacyjne i internalizacyjne. Podział ten jest oparty na wynikach analizy czynnikowej i znany jest w literaturze światowej od połowy lat 60. XX wieku [2]. Jego zaletą jest uproszczenie mozaiki problemów zdrowia psychicznego przez ich redukcję do dwóch zasadniczych wymiarów. Wymiar zaburzeń internalizacyjnych odnosi się do problemów wewnętrznych jednostki, takich jak zaburzenia depresyjne, lękowe, emocjonalne i problemy psychosomatyczne. Natomiast zaburzenia eksternalizacyjne odnoszą się do problemów, które uzewnętrzniają się w zachowaniach młodzieży naruszających normy społeczne. Są to zaburzenia zachowania, zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zachowania agresywne, problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych oraz inne zachowania społeczne.

Dwuwymiarowe podejście do problemów zdrowia psychicznego jest szeroko stosowane w badaniach populacyjnych młodzieży. Wyniki badań wskazują, że zaburzenia eksternalizacyjne częściej występują u chłopców, a internalizacyjne u dziewcząt [3–5]. Przy tym znacząca grupa młodych ludzi przejawia symptomy zarówno zaburzeń internalizacyjnych, jak i eksternalizacyjnych. W związku z tym w badaniach populacyjnych analizowane są czasem także „zaburzenia mieszane”.

Wyniki badań dotyczących uwarunkowań problemów internalizacyjnych u dzieci i młodzieży wskazują na istotną rolę czynników rodzinnych, które z jednej strony mogą silnie wpływać na powstawanie tych zaburzeń (np. konflikty rodzinne, przemoc w rodzinie), a z drugiej mogą przed nimi chronić (np. wsparcie rodziców) [6]. W etiologii zaburzeń internalizacyjnych dużą rolę odgrywają również negatywne wydarzenia życiowe (np. rozwód rodziców) oraz czynniki indywidualne, np. niska samoocena jest czynnikiem ryzyka, a poczucie koherencji – czynnikiem chroniącym [7–8]. W wypadku zaburzeń eksternalizacyjnych dużą rolę odgrywają zachowania i postawy środowiska społecznego, szczególnie środowiska rówieśniczego [9], monitorowanie dziecka przez rodziców [10], czynniki indywidualne [11] i cechy środowiska szkolnego [12].

W niniejszej pracy przedstawiono wyniki szóstej edycji badań ławskich, których celem było monitorowanie rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych oraz innych zachowań ryzykownych w populacji ławskiej młodzieży szkolnej [13]. W tej edycji poszerzono merytoryczny zakres badań, włączając problematykę zaburzeń internalizacyjnych młodzieży. Dzięki temu obraz problemów doświadczanych przez młodzież jest pełniejszy. Uwzględnienie tej problematyki w lokalnych badaniach epidemiologicznych stanowi realizację ważnego postulatu Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 oraz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

nego na lata 2017–2022 [14, 15], jakim jest monitorowanie zaburzeń psychicznych w wybranych populacjach.

Prezentowana praca koncentruje się na czynnikach warunkujących występowanie problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Miała ona dwa zasadnicze cele:

- (1) zidentyfikowanie czynników najsilniej warunkujących problemy w zakresie zdrowia psychicznego w populacji 13- i 15-letniej młodzieży;
- (2) sprawdzenie, czy i jakie ewentualnie aspekty spędzania czasu wolnego przez młodzież mogą mieć znaczenie dla zdrowia psychicznego.

Wyniki badań miały zostać wykorzystane w celu odpowiedniego ukierunkowania lokalnego programu działań profilaktycznych.

Material i metoda

Procedura badań

Badania, realizowane na początku grudnia 2018 roku, miały charakter ankietowy, prowadzone były metodą audytoryjną, w klasach szkolnych, w sposób zapewniający zachowanie anonimowości poszczególnym uczniom, klasom i szkołom. Funkcję ankieterów i organizatorów badań pełnili specjalnie w tym celu przeszkoleni pracownicy i wolontariusze Ośrodka Psychoedukacji, Profilaktyki Uzależnień i Pomocy Rodzinie w Iławie.

Udział uczniów w badaniach był dobrowolny. Ich rodzice otrzymali specjalnie przygotowaną informację, opisującą cele i zakres badania. Zapewniono im także możliwość zapoznania się (na osobiste życzenie) z treścią ankiety. W wypadku sprzeciwu wobec udziału dziecka w badaniach rodzice proszeni byli o przesłanie do szkoły podpisanego oświadczenia, którego blankiet dołączono do materiałów z informacjami o badaniach.

Badania przebiegły bez większych zakłóceń. Ankieterzy na ogół nie odnotowywali żadnych okoliczności, które mogłyby wpływać na rzetelność uzyskiwanych danych. Wyjątek stanowiła jedna klasa, w której uczniowie byli wyraźnie ożywieni, głośno rozmawiali ze sobą, ankieterowi trudno było opanować panujący w klasie hałas.

Badane grupy

Badania obejmowały całą populację, tj. 14 klas siódmych szkół podstawowych ($N = 317$) oraz 12 klas trzecich gimnazjalnych ($N = 317$). Ankieterzy ponownie odwiedzali szkoły, w których była wysoka absencja uczniów, przekraczająca 15% stanu klasy, w celu zbadania nieobecnych wcześniej uczniów. Uzyskano wypełnione ankiety od 586 uczniów, w tym 294 z klas siódmych szkół podstawowych i 292 z klas trzecich gimnazjalnych (tab. 1). Spośród tej liczby 12 ankiet oceniono jako niewiarygodne. W ocenie wiarygodności brano pod uwagę spełnienie co najmniej 2 z 5 kryteriów:

- (1) znaczne braki danych (wiele pytań z brakami lub całe strony ankiety);
- (2) komentarze, wulgaryzmy lub inne wpisy świadczące o niepoważnym traktowaniu badania;

- (3) odpowiedzi na pytania o picie alkoholu i używanie środków narkotyzujących wskazujące na maksymalną częstość intoksykacji;
- (4) nietypowy sposób wypełniania ankiety – np. „we wzorki”;
- (5) sprzeczności w odpowiedziach na różne pytania ankiety o podobnym zakresie przedmiotowym.

W efekcie analizowano dane od 574 uczniów, w tym 293 z klas siódmych szkół podstawowych oraz 281 z klas trzecich gimnazjalnych, co stanowiło około 91% liczebności badanej populacji (tab. 1).

W grupie uczniów, którzy wiarygodnie wypełnili ankiety, odsetek chłopców wyniósł 48% w klasach siódmych i 46% wśród uczniów klas trzecich. Przy tym 7 uczniów ze starszej wiekowej grupy nie oznaczyło w ankiecie swojej płci. Uczniowie starsi niż większość uczniów klasy (prawdopodobnie drugoroczni) stanowili około 4% badanej grupy. Odsetek uczniów młodszych niż przeciętnie w klasie wyniósł wśród klas trzecich 6,5%, a w klasach siódmych osiągnął 20%.

Tabela 1. **Badane grupy**

Wyszczególnienie	Klasy siódme Szkoly podstawowe	Klasy trzecie Gimnazjum	RAZEM
Liczba klas	14	12	26
Liczba uczniów (N) w populacji*	317	317	634
Oddane ankiety (n1) w stosunku do N (%)	294 (93%)	292 (92%)	586 (92%)
Wiarygodne ankiety (n2) w stosunku do N (%)	293 (92%)	281 (89%)	574 (91%)
Dane z wiarygodnych ankiet, oznaczona płeć (n3)	293	274	567
Chłopcy (%)	48%	46%	47%
Młodszy rocznik niż większość (%)	19,9%	6,5%	13,2%
Starszy rocznik niż większość (%)	4,1%	4,3%	4,2%

* dane z dzienników lekcyjnych zebrane przez ankierów

Narzędzia i wskaźniki

Problemy internalizacyjne

O występowaniu problemów internalizacyjnych świadczyły „duże ryzyko depresji” lub „negatywna ocena własnego zdrowia psychicznego”. Symptomy depresji identyfikowano za pomocą skróconej skali CES-D [16]. Zawiera ona cztery pytania o objawy smutku, poczucia osamotnienia, przygnębienia i płaczu w ciągu 7 dni po-

przedzających badanie. Przyjęto, że odpowiedzi „często” lub „cały czas” na wszystkie cztery pytania skali wskazują na duże ryzyko depresji. Natomiast samoocena zdrowia psychicznego szacowana była na podstawie jednego z pytań z narzędzia HRQOL-4 [17]: „Jeśli chodzi o Twoje zdrowie psychiczne, a w tym stres, przygnębienie i problemy emocjonalne, w ciągu ilu dni, w ostatnich 30 DNIACH, Twoje zdrowie psychiczne nie było dobre?”. Wskaźnikiem był odsetek uczniów potwierdzających utrzymywanie się złego samopoczucia psychicznego przez co najmniej 14 dni w ostatnim miesiącu.

Problemy eksternalizacyjne

Przyjęto założenie, że o ile pojedyncze zachowania problemowe można uznać za normatywne w okresie dorastania, to jako symptomatyczne, świadczące prawdopodobnie o zaburzeniach zdrowia psychicznego, można uznać powtarzające się zachowania i współwystępowanie różnych rodzajów zachowań problemowych [18]. W konsekwencji wskaźnik problemów eksternalizacyjnych uwzględniał wystąpienie co najmniej dwóch z trzech rodzajów problemów: nadużywanie substancji psychoaktywnych, przemoc wobec innych oraz zachowania sprzeczne z prawem.

Nadużywanie substancji psychoaktywnych

Wskaźnik ten obejmował występowanie co najmniej jednego zachowania spośród trzech: używanie jakichkolwiek środków narkotyzujących w ostatnim roku, upijanie się w okresie ostatnich 30 dni lub codzienne używanie nikotyny [19–20]. Ten ostatni aspekt dotyczył nie tylko codziennego palenia papierosów, ale i zażywania nikotyny w jakiegokolwiek innej formie – np. w postaci e-papierosów czy tytoniu podgrzewanego (IQOS i in.).

Wskaźnik używania środków narkotyzujących powstał na podstawie odpowiedzi na proste pytanie: „Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że używałaś/ używałś środków narkotyzujących?”. Pięć kategorii odpowiedzi zrekodowano do dwóch: „TAK”/„NIE” [20]. Analogicznie skonstruowano wskaźnik upijania się, oparty na pytaniu: „Ile razy (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się upić napojem alkoholowym, tzn. piwem, winem lub wódką, w ciągu ostatnich 30 DNI?” [21].

Przemoc wobec innych

Wskaźnik ten obejmował cztery formy zachowań: (1) sprawstwo przemocy oraz (2) udział w bójkach na terenie szkoły, (3) celowe uszkodzenie lub uderzenie kogoś oraz (4) uporczywe nękanie – „cyberprzemoc”. W pierwszym wypadku był to regularny udział, jeden raz na tydzień lub częściej, w przemocy wobec innych uczniów na terenie szkoły, w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie. W pytaniu ankietowym określono, że chodzi o przemoc fizyczną lub psychiczną, przy czym ta ostatnia definiowana była następująco: „przemoc psychiczna ma miejsce wtedy, gdy jedna lub więcej osób dokucza, obraża lub niepokoi celowo inną osobę”. W okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie uwzględniano także częsty udział (6 lub więcej

razy) w bójkach na terenie szkoły oraz pytanie ankietowe o celowe „uderzenie lub uszkodzenie kogoś” (kategorie odpowiedzi „tak” lub „nie”). Pytania te zaczerpnięto z badań kanadyjskich *Ontario Study* [22].

Z kolei udział w cyberprzemocy badano w odniesieniu do zjawiska określanego jako „uporczywe nękanie” (*stalking*) kiedykolwiek w życiu, definiowanego jako uporczywe, złośliwe nękanie, które może wywołać poczucie zagrożenia. Dychotomiczny wskaźnik powstał na podstawie pytania: „Czy zdarzyło Ci się samemu lub w grupie przez dłuższy czas, regularnie nękać kolegę/koleżankę, korzystając z internetu lub telefonów komórkowych, w taki sposób, że trudno mu było się obronić?” [23].

Wykroczenia

Ten dychotomiczny wskaźnik obejmował występowanie (bądź nie) co najmniej jednego z pięciu zachowań analizowanych w ostatnich 12 miesiącach: (1) branie samochodu na przejażdżkę bez zgody właściciela, (2) niszczenie (celowo) czyjejś własności, (3) handel narkotykami, (4) drobne kradzieże, (5) ucieczki z domu [22].

Czynniki związane z problemami zdrowia psychicznego

Wsparcie i kontrola rodzicielska

Skala składała się z 4 pozycji dotyczących: oceny bliskości z rodziną, częstości okazywania przez rodziców zainteresowania odczuciami i poglądami dziecka, częstości podejmowania rozmów z matką lub ojcem o własnych problemach (uwzględniano najwyższe wartości z odpowiedzi o ojcu i matce) oraz kontroli rodziców nad spędzaniem wolnego czasu przez dziecko [24–25]. Zakres wartości skali: od 4 do 20 pkt, alpha Cronbacha = 0,70 .

Więź ze szkołą

Skalę tworzyło osiem pytań opisujących poczucie więzi ze szkołą, w tym z rówieśnikami ze szkoły i nauczycielami, poczucie bezpieczeństwa w szkole, spostrzegane wsparcie ze strony nauczycieli i wychowawcy oraz ocenę, na ile interesujące są zajęcia szkolne [22]. Zakres wartości skali: od 8 do 33 pkt, alpha Cronbacha = 0,76.

Pozostałe wskaźniki

Na dychotomiczny wskaźnik „doświadczenie bycia ofiarą przemocy” składało się częste doświadczanie przemocy fizycznej lub psychicznej na terenie szkoły, raz na tydzień lub częściej [22], lub doświadczanie kiedykolwiek w życiu cyberprzemocy [23].

W obszarze relacji z rówieśnikami analizowano także „uczestniczenie (bądź nie) w ostatnich 12 miesiącach w spotkaniach w towarzystwie młodzieżowym, w trakcie których piło się alkohol – piwo, wino lub wódkę” (wskaźnik binarny – „Tak”/ „Nie”) [20].

Wskaźniki codziennej aktywności w czasie wolnym były także dwuwartościowe, z punktem odcięcia według mediany (w nawiasach podano kategorie wskaźnikowe) [26]:

- „gry komputerowe/wideo” (1 godzina lub więcej dziennie),
- „e-kontakty” – telefony, maile, czat, portale społecznościowe itp. (3 godziny lub więcej dziennie),
- „filmy” – oglądanie filmów/programów w TV, DVD lub internecie (1 godzina lub więcej dziennie),
- „internet” – przeglądanie, ściąganie filmów, muzyki itp. (1 godzina lub więcej dziennie),
- „odrabianie lekcji” (1 godzina lub więcej dziennie),
- „czas poza domem” – spędzany na podwórku, osiedlu lub „na mieście” (3 godziny lub więcej dziennie).

Wskaźniki aktywności w czasie wolnym, przeciętnie w tygodniu (opracowanie własne):

- „shopping” – spędzanie czasu w supermarketach, centrach handlowo-rozrywkowych (1 godzina lub więcej tygodniowo),
- „sport zorganizowany” – uczestniczenie w zajęciach sportowych, SKS lub w innych klubach („Tak”),
- „inne zorganizowane zajęcia” – np. językowe, artystyczne, harcerskie, religijne („Tak”),
- „indywidualna aktywność fizyczna” – np. rower, rolki, deska, bieganie (1 godzina lub więcej tygodniowo).

Pozostałe wskaźniki:

- „wyniki w nauce” – wskaźnikiem dobrych osiągnięć szkolnych była subiektywna ocena badanych, że radzą sobie z nauką lepiej niż średnio inni koledzy z klasy [25],
- zmienne demograficzne: płeć i poziom klasy (wiek).

Analizy statystyczne

W celu analizy różnic międzygrupowych stosowano, w zależności od typu zmiennych, testy Chi-kwadrat (tabele 2 x 2) lub testy *t*-Studenta. Do analiz regresji, wyjaśniających występowanie symptomów problemów internalizacyjnych oraz eksternalizacyjnych zdrowia psychicznego, włączano tylko te czynniki, które w analizach korelacyjnych były istotnie związane ze zmiennymi wyjaśnianymi. Wykorzystano hierarchiczne analizy regresji logistycznej, krokowe, postępujące, ze statystyką Walda.

Wyniki

Rozpowszechnienie problemów dotyczących zdrowia psychicznego

W całej badanej grupie problemy zdrowia psychicznego dotyczyły ok. 45% młodzieży, przy czym w klasach siódmych szkoły podstawowej było to 36%, a w klasach trzecich gimnazjalnych – 54% (tab. 2). Zakres rozpowszechnienia problemów był podobny wśród dziewcząt i chłopców, ale w grupach tych różny był profil doświadczanych problemów. Zdecydowanie częściej problemy internalizacyjne przejawiały dziewczęta w porównaniu z chłopcami. W klasach młodszych dysproporcja ta wyglądała następująco: 26% (dziewczęta) do 9% (chłopcy), a w klasach starszych – odpowiednio 40% do 17% (obie różnice istotne w teście Chi-kwadrat, $p \leq 0,001$). Natomiast problemy eksternalizacyjne miały większy zasięg wśród chłopców w porównaniu z dziewczętami, choć dysproporcje były mniejsze: w klasach młodszych 30% do 22% (różnica nieistotna statystycznie), a w klasach starszych – 47% do 33% ($p \leq 0,05$).

Tabela 2. Rozpowszechnienie problemów w zakresie zdrowia psychicznego (N = 567)

		Problemy		
		Internalizacyjne	Eksternalizacyjne	Razem problemy
Klasy 7 SP	Chłopcy	9,2***	29,8 ^{ns}	35,5 ^{ns}
	Dziewczęta	26,3	21,7	35,5
	Razem	18,1	25,6	35,5
Klasy 3 Gim	Chłopcy	16,8***	47,2*	52,8 ^{ns}
	Dziewczęta	39,6	32,9	55,7
	Razem	29,2	39,4	54,4
Ogółem	Chłopcy	12,8***	38,0**	43,6 ^{ns}
	Dziewczęta	32,9	27,2	45,5
	Razem	23,5	32,3	44,6

*** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$; poziomy istotności różnic ze względu na płeć w teście Chi-kwadrat; n.s. – brak istotności

Związki wybranych czynników z problemami zdrowia psychicznego młodzieży

Analizowano czynniki, które mogą nasilać bądź zmniejszać ryzyko występowania problemów internalizacyjnych, obejmujących depresję i inne problemy emocjonalne, oraz problemów eksternalizacyjnych, definiowanych jako współwystępowanie dwóch lub trzech różnych rodzajów zachowań problemowych, takich jak: sprawstwo przemocy, wykroczenia lub nadużywanie substancji psychoaktywnych. Okazało się, że czynniki istotnie związane z występowaniem zarówno problemów internalizacyjnych, jak i eksternalizacyjnych to: płeć, poziom klasy (wiek), wsparcie i kontrola ze strony

rodziców oraz więź ze szkołą, kontakty z towarzystwem młodzieżowym, w którym piło się alkohol, doświadczenie przemocy ze strony rówieśników, a także niektóre formy codziennego spędzania czasu wolnego, takie jak e-kontakty, surfowanie w internecie oraz oglądanie filmów (tab. 3).

Zajmowanie się na co dzień grami oraz uczestniczenie co tydzień w zorganizowanych zajęciach sportowych wiązało się z ograniczeniem występowania problemów internalizacyjnych. Z kolei niewielkie zaangażowanie w odrabianie prac domowych (mniej niż godzina dziennie) oraz spędzanie na co dzień dużej ilości czasu (co najmniej 3 godziny) poza domem związane było z większym ryzykiem wystąpienia problemów eksternalizacyjnych.

Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku między samooceną wyników w nauce a występowaniem problemów internalizacyjnych lub eksternalizacyjnych. Podobnie było w wypadku kilku zmiennych opisujących zaangażowanie w zorganizowane zajęcia inne niż sportowe czy w indywidualną aktywność fizyczną, hobby i wizyty w centrach handlowych. Brak istotnych związków skutkowało wykluczeniem zmiennych z dalszych analiz.

Tabela 3. Wyniki analiz Chi-kwadrat oraz t-Studenta, w których testowano związki puli kilkunastu czynników z problemami internalizacyjnymi i eksternalizacyjnymi młodzieży (dane z 2018 roku, N = 574)

Zmienne objaśniane	Problemy internalizacyjne	Problemy eksternalizacyjne
Zmienne wyjaśniające		
Zmienne demograficzne:		
Płeć	31,801***	7,434**
Poziom klasy	10,399***	11,462***
Rodzina:		
Wsparcie i kontrola rodzicielska	-7,792*** (t-Studenta)	-6,633*** (t-Studenta)
Szkoła:		
Więź ze szkołą	-6,941*** (t-Studenta)	-4,982*** (t-Studenta)
Odrabianie prac domowych	n.s.	14,478***
Wyniki w nauce	n.s.	n.s.
Wpływy rówieśnicze		
Towarzystwo alkoholowe (uczestniczenie w spotkaniach w ostatnim roku)	8,195**	65,040***
Doświadczenie przemocy rówieśniczej	18,116***	15,943***
Spędzanie wolnego czasu:		
Gry	20,176***	n.s.
e-kontakty	22,111***	27,291***
Oglądanie filmów	7,708**	9,161**
Surfowanie w internecie	16,157***	10,617***

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Czas poza domem	n.s.	9,937**
Zorganizowane zajęcia sportowe	5,436*	n.s.
Inne zorganizowane zajęcia	n.s.	n.s.
Indywidualna aktywność fizyczna	n.s.	n.s.
Shopping	n.s.	n.s.

*** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$; poziomy istotności dla wartości statystyk Chi-kwadrat (lub t-Studenta); n.s. – brak istotności statystycznej

Wyniki analiz regresji

Czynnikami ochronnymi, które wiązały się z mniejszym ryzykiem występowania problemów internalizacyjnych u młodzieży, okazały się: wsparcie i kontrola rodzicielska, więź ze szkołą oraz zajmowanie się grami w czasie wolnym. Natomiast większe ryzyko problemów internalizacyjnych występowało wśród dziewcząt, uczniów doświadczających przemocy rówieśniczej oraz poświęcających znaczącą część czasu wolnego (3 lub więcej godzin dziennie) na kontakty interpersonalne z użyciem mediów elektronicznych (tab. 4). Podobnie czynnikiem ograniczającym występowanie problemów eksternalizacyjnych okazało się wsparcie i kontrola rodzicielska, a większe nasilenie problemów występowało wśród osób doświadczających przemocy rówieśniczej oraz poświęcających znaczącą część czasu wolnego na kontakty interpersonalne z użyciem mediów elektronicznych.

Najsilniejszym czynnikiem zwiększającym ryzyko występowania problemów eksternalizacyjnych było uczestniczenie w ostatnich 12 miesiącach w spotkaniach towarzyskich, gdzie piło się alkohol. Ponadto większe ryzyko występowania problemów dotyczyło chłopców niż dziewcząt.

W obu równaniach regresji nie miał istotnego znaczenia poziom klasy (wiek) przy kontrolowaniu wpływu silniejszych zmiennych.

W modelach regresji nie znalazło się kilka zmiennych opisujących styl spędzania czasu wolnego: odrabianie prac domowych (≥ 1 godz. dziennie), oglądanie filmów (≥ 1 godz. dziennie), surfowanie w internecie (≥ 1 godz. dziennie), spędzanie czasu wolnego „na mieście” (≥ 3 godz. dziennie) oraz zorganizowany sport (≥ 1 godz./tydzień).

Tabela 4. Wyniki ostatniego kroku dwu hierarchicznych analiz regresji logistycznej, w których wyjaśniano występowanie wśród młodzieży problemów internalizacyjnych i następnie eksternalizacyjnych (dane z 2018 roku, N = 566)

Zmienne objaśniane	Problemy internalizacyjne			Problemy eksternalizacyjne		
	B	Wald	OR and 95% CI	B	Wald	OR and 95% CI
Demograficzne			2,627			0,419
Płeć (dziewczęta)	0,966	12,795***	1,548–4,460	-0,870	16,542***	0,276–0,637
Poziom klasy (3)	Zmienna niewłączona do równania			Zmienna niewłączona do równania		

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Rodzina Wsparcie i kontrola rodzicielska (silne)	-0,180	30,360***	0,836 0,784–0,891	-0,145	26,395***	0,865 0,819–0,914
Szkoła Więź ze szkołą	-0,101	12,219***	0,904 0,855–0,957	Zmienna niewłączona do równania		
Rówieśnicy Doświadczenie przemocy rówieśniczej (TAK)	0,584	6,146*	1,793 1,130–2,845	0,503	5,558*	1,654 1,089–2,513
Towarzystwo alkoholowe (uczestniczenie w ostatnim roku)	Zmienna niewłączona do równania			1,344	38,755***	3,836 2,512–5,858
Czas wolny Gry (≥ 1 godz. dziennie)	-0,725	7,859**	0,484 0,292–0,804	n.a.		
e-kontakty (≥ 3 godz. dziennie)	0,509	4,673*	1,664 1,049–2,640	0,810	14,086***	2,247 1,472–3,430
Odrabianie prac domowych(≥ 1 godz. dziennie)	n.a.			Zmienna niewłączona do równania		
Oglądanie filmów (≥ 1 godz. dziennie)	Zmienna niewłączona do równania			Zmienna niewłączona do równania		
Internet (≥ 1 godz. dziennie)	Zmienna niewłączona do równania			Zmienna niewłączona do równania		
Sport zorganizowany (≥ 1 godz./tydz.)	Zmienna niewłączona do równania			n.a.		
Czas na mieście (≥ 3 godz. dziennie)	n.a.			Zmienna niewłączona do równania		
Stała	2,739	14,202***	15,477	0,442	0,885 n.s.	1,556

*** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$; – poziomy istotności; n.s. – brak istotności; n.a. – nie analizowano w równaniu regresji, brak istotnego związku ze zmienną wyjaśnianą; Zmienna niewłączona do równania – w analizie regresji nieistotna wartość statystyki Walda przy kontrolowaniu innych zmiennych

Omówienie wyników

Z przeprowadzonych analiz wynika, że najsilniejszym czynnikiem chroniącym, zarówno w zakresie problemów internalizacyjnych, jak i eksternalizacyjnych, było wsparcie i kontrola rodzicielska. Istotne znaczenie miała także więź ze szkołą, ale tylko w wypadku problemów internalizacyjnych. Okazało się natomiast, że ryzyko występowania różnego typu problemów zwiększało się w wyniku doświadczania przemocy rówieśniczej. Znaczenie tego typu czynników zauważają także inni autorzy. Na przykład Stadler i wsp. [27] wykazali negatywne znaczenie wiktyimizacji dla

stanu zdrowia psychicznego 11–18-letniej młodzieży. Co więcej, badacze potwierdzili hipotezę, że wsparcie zarówno ze strony rodziców, jak i szkoły może pełnić funkcję bufora, osłabiającego negatywną rolę wiktyimizacji. Analogicznie jak w naszych badaniach stwierdzono większe znaczenie wsparcia rodzicielskiego w porównaniu ze szkolnym.

Warto także zauważyć, że najsilniejszym czynnikiem wyjaśniającym problemy eksternalizacyjne było uczestniczenie przynajmniej raz w ostatnim roku w spotkaniach z kolegami, gdzie pito alkohol. Czynnikiem ten można przypisać do szerszej kategorii, określanej jako „negatywne wpływy rówieńnicze”. Jego znaczenie jest od dawna bardzo dobrze udokumentowane w licznych badaniach dotyczących uwarunkowań zachowań problemowych młodzieży [28–30].

Postawiono we wstępie pytanie, czy i jakie ewentualnie aspekty spędzania czasu wolnego przez młodzież mogą mieć znaczenie dla zdrowia psychicznego. Należy podkreślić, że większość z analizowanych aspektów spędzania czasu wolnego nie miała istotnego znaczenia przy kontrolowaniu innych, silnych czynników. Dotyczyło to np. udziału w zorganizowanych zajęciach sportowych oraz zajęciach innego typu czy indywidualnej aktywności fizycznej. Takie wyniki stoją w pewnej sprzeczności z niektórymi doniesieniami wskazującymi na korzystne oddziaływanie podejmowania regularnego wysiłku fizycznego na zdrowie psychiczne w populacji ogólnej, a także w okresie późnej adolescencji [31–33]. Być może w czasie wczesnej adolescencji czynnik ten ma mniejsze znaczenie.

W świetle naszych badań jedynie dwa aspekty sposobów spędzania wolnego czasu znalazły się w modelach wyjaśniających występowanie problemów z zakresu zdrowia psychicznego. Istotnym czynnikiem ryzyka, zarówno dla występowania problemów internalizacyjnych, jak i eksternalizacyjnych, okazało się poświęcanie dużej ilości czasu na kontakty z innymi drogą elektroniczną. Wynik ten potwierdza hipotezę sformułowaną w naszej wcześniejszej pracy na podstawie obserwacji długoletnich trendów w rozpowszechnieniu problemów zdrowia psychicznego wśród warszawskiej młodzieży [3]. Także inni badacze zwracają uwagę na możliwe negatywne konsekwencje używania smartfonów i innych form komunikacji elektronicznej dla zdrowia psychicznego młodzieży [34, 35].

Drugi znaczący czynnik z obszaru czasu wolnego to zaangażowanie w gry komputerowe jedną godzinę lub więcej dziennie. Czynnikiem ten ograniczał występowanie problemów internalizacyjnych wśród 13–15-letniej młodzieży. Interpretacja tego wyniku nie jest prosta. Najczęściej możemy bowiem spotkać się z poglądami akcentującymi szkodliwość nadmiernego korzystania z gier komputerowych, szczególnie w postaci nasilenia drażliwości czy zachowań agresywnych, a nawet depresji. Mamy jednak i takie doniesienia, które wskazują na możliwe korzystne efekty takiej aktywności dla młodzieży z problemami w zakresie zdrowia psychicznego [36–38]. Wydaje się, że zaangażowanie w gry komputerowe można interpretować jako okresową koncentrację uwagi i świadomości na innym obszarze niż świat przeżyć i myśli związanych z wewnętrznymi problemami. Stymulacja i wzmocnienia oferowane przez twórców gier mogą ułatwiać graczom oderwanie się od własnych, przykrych przeżyć i poprawiać stan samopoczucia.

Pozostał jeden ważny czynnik – płeć. Dziewczęta w porównaniu z chłopcami narażone były na większe ryzyko zaburzeń internalizacyjnych i mniejsze ryzyko doświadczenia zaburzeń eksternalizacyjnych. Wynik ten nie wymaga szczególnego komentarza, ponieważ takie prawidłowości potwierdzają nie tylko badania empiryczne, ale także dane z placówek opieki psychiatrycznej [39].

Wnioski

W planowaniu działań profilaktycznych można wykorzystać przedstawione wyniki analiz czynników związanych z występowaniem określonych problemów wśród młodzieży i odpowiednio ukierunkować te działania na:

- wzmacnianie więzi uczniów ze szkołą i ich zaangażowania w naukę,
- edukację rodziców w zakresie bliskich relacji z nastolatkami oraz propagowanie wśród nich potrzeby kontroli spędzania wolnego czasu przez nastoletnią młodzież,
- wzmacnianie odporności młodzieży na negatywne wpływy towarzystwa rówieśniczego.

Problemy internalizacyjne, obejmujące depresję oraz inne problemy emocjonalne, dotyczyły blisko $\frac{1}{3}$ populacji 15-latków ławskich. Sugeruje to pilną potrzebę wprowadzania skutecznych programów zapobiegających depresji, wypracowania i upowszechnienia informacji i procedur służących wczesnej diagnozie depresji i innych zaburzeń afektywnych, poszerzenia dostępności oferty pomocy psychologicznej i psychiatrycznej, zapewnienia dostępności lokalnej infolinii dla dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym i upowszechnienia o niej informacji.

Ograniczenia badań

Chociaż lista analizowanych czynników była dość długa, nie obejmowała zmiennych osobowościowych i temperamentalnych charakteryzujących jednostkę, takich jak np. zapotrzebowanie na stymulację, poczucie koherencji czy samoocena [10]. Uwzględnienie takich zmiennych mogłoby wzmocnić nasze modele regresji. Poszerzenie listy zmiennych okazało się jednak niemożliwe ze względu na limitowaną objętość ankiety oraz ograniczony budżet badań.

Podziękowania

Dziękujemy Panu Krzysztofowi Panfilowi, kierownikowi Ośrodka Psychoedukacji, Profilaktyki Uzależnień i Pomocy Rodzinie w Ławie, oraz jego zespołowi za 20-letnią współpracę w organizacji i realizacji badań ławskich. Dziękujemy także władzom samorządowym Ławy, jej burmistrzowi, za sponsorowanie badań w ramach umowy z Instytutem Psychiatrii i Neurologii.

Piśmiennictwo

1. Gromulska L. *Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*. Przegł. Epidemiol. 2010; 64(1): 127–132. <http://www.przegl Epidemiol.pzh.gov.pl/zdrowie-psychiczne-w-swietle-dokumentow-swiatowej-organizacji-zdrowia?lang=pl>.
2. Achenbach T. *The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study*. Psychol. Monogr. 1966; 80(7): 1–37. DOI: 10.1037/h0093906
3. Bobrowski K, Ostaszewski K, Pisarska A. *Zdrowie psychiczne warszawskich gimnazjalistów. Badania mokatowskie 2004–2016*. Psychiatr Pol. 2021; 55(1): 127–143. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/112215
4. Boak A, Hamilton HA, Adlaf EM, Henderson JL, Mann RE. *The mental health and well-being of Ontario students, 1991–2015: Detailed OSDUHS findings*. CAMH Research Document Series No. 43. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health; 2016.
5. Wolańczyk T. *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży w Polsce*. Warszawa: Akademia Medyczna w Warszawie; 2002.
6. Schleider JL, Weisz JR. *Family process and youth internalizing problems: A triadic model of etiology and intervention*. Dev. Psychopathol. 2017; 29(1): 273–301. DOI: <https://doi.org/10.1017/S095457941600016X>
7. Ostaszewski K. *Psychospołeczne czynniki problemów internalizacyjnych młodzieży w wieku 15 lat*. W: Danielewicz D, Rola J red. *Stare dylematy i nowe wyzwania w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej; 2017. S. 119–137.
8. Sowislo JF, Orth U. *Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies*. Psychol. Bull. 2013; 139(1): 213–240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
9. Jessor R. *Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking*. Br. J. Addict. 1987; 82(4): 331–342. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1987.tb01490>
10. Ostaszewski K. *Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2014.
11. Cooper M, Wood P, Orcutt H, Albino A. *Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence*. J. Pers. Soc. Psychol. 2003; 84(2): 390–410.
12. Leon J, Carmona J, Garcia P. *Health-risk behaviors in adolescents as indicators of unconventional lifestyles*. J. Adolesc. 2010; 33(5): 663–671. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.11.004
13. Bobrowski K. *Trends in the prevalence of psychoactive substance use among Ilawa's junior high school students in 2001–2014 on the background of other surveys results*. Alcohol. Drug Addict. 2017; 30(4): 223–248. DOI: <https://doi.org/10.5114/ain.2017.73875>
14. Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Dz.U. z 2 marca 2017 r., poz. 458. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20170000458/O/D20170458.pdf>.
15. Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. Dz.U. z dnia 16 września 2016 r., poz. 1492. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20160001492/O/D20161492.pdf>.
16. Radloff L. *The CES-D Scale: A self-report depression for research in general population*. Appl. Psychol. Measur. 1977; 1(3): 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
17. Centers for Disease Control and Prevention. *Measuring Healthy Days: Population assessment of health-related quality of life*. Atlanta, Georgia: CDC 2000. <http://www.cdc.gov/hrqol/> (dostęp: 1.09.2022).

18. Jessor R. ed. *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
19. Bobrowski K, Czabała C, Brykczyńska C. *Risk behaviours as a dimension of mental health assessment in adolescents*. Arch. Psychiatry Psychother. 2007; 1–2: 17–26.
20. Ostaszewski K, Bobrowski K, Borucka A, Okulicz-Kozaryn K, Pisarska A, Biechowska D i wsp. *Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nałogowych i problemów zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży. Badania mokotowskie 2004–2016. Badania ukraińskie, obwód lwowski 2016*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2017. https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1262448 (dostęp: 1.09.2022).
21. Sierosławski J. *Używanie narkotyków przez młodzież szkolną. Wyniki ogólnopolskich badań ankietowych*. Serwis Informacyjny Narkomania 1997; 1(6): 13–27.
22. Paglia-Boak A, Mann RE, Adlaf EM, Beitchman JH, Wolfe D, Rehm J. *The mental health and well-being of Ontario students. Findings from the OSDUS 1991–2009*. CAMH Research Document Series No. 29. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2010.
23. Pyżalski J. *Agresja elektroniczna wśród 15-latków w Polsce*. W: Okulicz-Kozaryn K, Ostaszewski K red. *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce, część druga*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2010. S. 159–172.
24. Zimmerman M. *Flint [Michigan] Adolescent Study (FAS): A longitudinal study of school dropout and substance use, 1994–1997*. ICPSR 34598-v1. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research; 2014. <http://doi.org/10.3886/ICPSR34598.v1> (dostęp: 1.09.2022).
25. Frączek A, Stępień E. *Kwestionariusz Ty i Zdrowie*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1991.
26. Bobrowski K, Ostaszewski K, Pisarska A. *Rekomendacje narzędzi do oceny zagrożeń zdrowia psychicznego młodzieży do dalszego stosowania w badaniach mokotowskich oraz w innych badaniach ankietowych młodzieży szkolnej*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2007.
27. Stadler C, Feifel J, Rohrmann S, Vermeiren R, Poustka F. *Peer-victimization and mental health problems in adolescents: Are parental and school support protective?* Child Psychiatry Hum. Dev. 2010; 41(4): 371–386. DOI: 10.1007/s10578-010-0174-5
28. Hawkins J, Catalano R, Miller J. *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention*. Psychol. Bull. 1992; 112(1): 64–105. DOI: 10.1037/0033-2909.112.1.64
29. Hansen W, Rose L, Dryfoos J. *Casual factors interventions and policy considerations in school-based substance abuse prevention. Report submitted to Office of Technologic Assessment United States Congress*. Washington, D.C.; 1993.
30. Deković M. *Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence*. J. Youth Adolesc. 1999; 28(6): 667–685. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1021635516758>
31. Hamer M, Stamatakis E, Steptoe A. *Dose-response relationship between physical activity and mental health: The Scottish Health Survey*. Br. J. Sports Med. 2009; 43(14): 1111–1114. DOI: 10.1136/bjism.2008.046243
32. Harris AH, Cronkite R, Moos R. *Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients*. J. Affect. Disord. 2006; 93(1–3): 79–85. DOI: 10.1016/j.jad.2006.02.013
33. Pisarska A, Ostaszewski K, Bobrowski K. *Risk and protector factors associated with internalizing problems in late adolescence*. Adv. Psychiatry Neurol. 2018; 27(4): 261–280. DOI: <https://doi.org/10.5114/ppn.2018.80880>

34. Twenge JM, Martin GN, Campbell WK. *Decreases in psychological well-being among American adolescents after 2012 and links to screen time during the rise of smartphone technology*. *Emotion* 2018; 18(6): 765–780. DOI: 10.1037/emo0000403
35. Czerska I. *Pokolenie head down jako konsekwencja smartfonizacji społeczeństwa*. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*. 2016; 459: 215–221. DOI: 10.15611/pn.2016.459.20
36. Ferguson CJ, Kilburn J. *Much ado about nothing. The misestimation and over interpretation of violent video game effects in Eastern and Western nations*. *Psychol Bull.* 2010; 136(2): 174–178.
37. Modzelewski P, Oronowicz-Jaśkowiak W. *Gry komputerowe a funkcjonowanie psychospołeczne. Przegląd aktualnych doniesień naukowych*. *Konteksty Pedagogiczne* 2018; 11(2): 105–118. DOI: 10.19265/KP.2018.211105
38. Halbrook YJ, O'Donnell AT, Msetfi RM. *When and how video games can be good: A review of the positive effects of video games on well-being*. *Perspect. Psychol. Sci.* 2019; 14(6): 1096–1104. <https://doi.org/10.1177/1745691619863807>
39. Skrzypkowska-Brancewicz B, Janas-Kozik M, Anczewska M, Kucharska K, Biechowska D, Zięba M i wsp. *Analiza świadczeń psychiatrycznych udzielonych populacji rozwojowej w latach 2010–2016 na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia*. *Psychiatr. Pol.* 2020; 54(5): 877–895. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/110030>

Adres: Krzysztof Jan Bobrowski
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Zakład Zdrowia Publicznego
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9
e-mail: kbob@ipin.edu.pl

Otrzymano: 19.05.2021

Zrecenzowano: 25.06.2021

Przyjęto do druku: 28.06.2021