

Piotr Słowik¹, Krzysztof Walczewski²

¹ Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii Stosowanej, Zakład Interwencji Kryzysowej i Psychoterapii

² Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Babińskiego w Krakowie

Ocena roli konsultacji profilaktycznej pod kątem możliwości prowadzenia profilaktyki depresji.

Analiza uzyskanych wyników badań

Rating Preventive Advice for Opportunities to Reduce the Level of Depression. Conduct and Analysis of Results

STRESZCZENIE

W Europie w ostatnich latach obserwuje się wzrost zachorowalności na choroby psychiczne. Dlatego ważnym i nowym problemem jest pojawiające się pytanie o profilaktykę tych zaburzeń.

Celem badań było sprawdzenie, czy zastosowanie wczesnej interwencji profilaktycznej może przyczynić się do zmniejszenia skutków pojawiającej się depresji, a także odpowiedź na pytanie, czy konsultacja profilaktyczna może przyczynić się do zmian w obszarach zadowolenia oraz prężności psychicznej.

W badaniach wykorzystano następujące narzędzia badawcze: Test Dwóch Pytań (TDP) służący do wstępnego diagnozowania depresji i jej natężenia, Skalę Depresji HS-20 do badania poziomu depresji, Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25), Kwestionariusz Oceny Obszarów Zadowolenia (KOOZ), służący m.in. do badania obszarów zadowolenia, oraz ankietę socjodemograficzną.

Wyniki badań pokazały, że u osób, które wzięły udział w drugim badaniu (po miesiącu), obserwuje się istotnie statystycznie niższy poziom depresji w stosunku do poziomu depresji, jaki u nich wystąpił w trakcie pierwszej konsultacji. Zaobserwowano także, że obszary zadowolenia zwiększyły się w wielu przypadkach. Wyższy poziom prężności sprzyjał niższemu poziomowi depresji oraz wyższemu poziomowi zadowolenia.

Uzyskane wyniki wymagają dalszych badań, aby w pełni wyjaśnić przyczynę obserwowanych zmian.

Słowa kluczowe: depresja, profilaktyka, prężność, obszary zadowolenia

Adres do korespondencji/Address for correspondence: pslow@op.pl, **ORCID:** Piotr Słowik – 0000-0003-2806-0905
Źródła finansowania/Sources of financing: grant Marszałka Woj. Małopolskiego dla Szpitala Specjalistycznego im. dr. J. Babińskiego SPZOZ „Profilaktyka depresji i rozpowszechnienie postaw prozdrowotnych w obszarze zdrowia psychicznego. Program edukacyjny dla mieszkańców woj. małopolskiego 2012–2016”

ABSTRACT

In recent years Europe has seen an increase in the incidence of mental illness. Therefore, an important and new problem is the emerging question about the prevention of such disorders.

The aim of the study was to check whether the use of early preventive intervention can contribute to reducing the effects of emerging depression, as well as to look at whether preventive consultation can contribute to changes in the areas of satisfaction and mental resilience in the respondents. The following research tools were used in the research: Two Question Test (TDP) for initial diagnosis of depression and its severity, HS-20 Depression Scale for testing the level of depression, Scale for Measuring Pressure (SPP-25), Satisfaction Assessment Questionnaire (KOOZ), used for among others to survey areas of satisfaction, socio-demographic survey. The results of the study showed that people who took part in the second study (after a month) had a statistically significantly lower level of depression compared to the level of depression they experienced during the first consultation. It is also observed that areas of satisfaction have increased in many cases. A higher level of resilience promotes lower levels of depression and stronger areas of satisfaction. The results obtained require further research in order to explain fully the reason for the observed changes.

Keywords: depression, prevention, resilience, areas of satisfaction

Wprowadzenie

Artykuł prezentuje kolejne wyniki badań dotyczących oceny psychologicznej roli konsultacji profilaktycznej rozpatrywanej pod kątem możliwości prowadzenia profilaktyki zaburzeń depresyjnych. Badania te prowadzone są od 4 lat, w każdym roku uwzględniając nieco inne aspekty, które po ich zakończeniu będą porównane w prezentacji zbiorczej. Obecny artykuł przedstawia badania, w których główny akcent położono na analizę porównawczą poziomu nastroju (depresji) przed oraz po konsultacji profilaktycznej, a także na analizach korelacyjnych dotyczących związków pomiędzy nastrojem (depresją) i badanymi obszarami zadowolenia oraz prężnością psychiczną (jako istotnym zasobem psychologicznym, rozumianym tutaj jako odporność psychiczna).

W tym miejscu warto przypomnieć, że w ostatnich latach obserwuje się w Polsce, a także w Europie systematyczny wzrost zachorowań na choroby psychiczne i zwiększanie się liczby osób cierpiących na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne. Wskazują na to również raporty Światowej Organizacji

Zdrowia (WHO) mówiące, że zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania stają się coraz powszechniejsze wśród ludności. Badania różnych autorów, takich jak: Wittchen, Jacobi (2005), Fava, Tossani (2007), Brian i wsp. (2010), Wittchen i wsp. (2011), pokazują, że problem zaburzeń psychicznych staje się coraz powszechniejszy. Przyjmuje się, że ok. 25% ludności w ciągu życia doświadcza takich zaburzeń. W kontekście prowadzonych badań można zauważyć, że szczególnie istotnym problemem, który obserwuje się w europejskich społeczeństwach, stają się zaburzenia nastroju. Whooley, Simon (2000) wskazują, że coraz wyraźniej widać, że zaburzenia depresyjne stanowią w ostatnim czasie jeden z najczęstszych stanów chronicznych, z którymi spotykają się lekarze różnych specjalności (nie zawsze gotowi poradzić sobie z tym problemem).

Bardzo interesujące badania przedstawiają Laserre i wsp. (2016) Wynika z nich, że trzy razy wyższa umieralność występuje u osób z epizodem depresji niż u osób, u których depresji nie rozpoznano. Na podstawie wielu badań (o czym pisali wspomniani autorzy) należy mocno podkreślić, że depresji towarzyszy

wysokie prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa, a z kolei epizod depresyjny należy zawsze traktować jako stan zagrożenia życia osoby, u której wystąpił.

W tym kontekście nowością omawianych tu badań jest postawienie pytań o możliwość podjęcia profilaktyki zaburzeń nastroju (depresyjnych).

Jak zauważają Słowik, Walczewski, Müldner-Nieckowski (2017), aby odpowiedzieć na takie pytania, należy podejmować programy badawcze, których zadaniem byłoby poszukiwanie nowych rozwiązań mogących przyczynić się do ograniczenia zwiększającej się liczby zaburzeń depresyjnych. Zwraca uwagę, że stosunkowo nowym zagadnieniem jest psychoedukacja i psychoprofilaktyka dla osób zagrożonych lub potencjalnie narażonych wystąpieniem u nich zaburzeń psychicznych. Autorzy przedstawianego w obecnej pracy programu stwierdzają, że działania profilaktyczne mogą być ważnymi, choć jeszcze niedocenianymi metodami wpływającymi na zmniejszenie występowania takich zaburzeń lub minimalizowania ich skutków, choć zagadnienie to wymaga jeszcze wielu badań i analiz (por. Słowik, Walczewski, Müldner-Nieckowski, 2016; Walczewski, Słowik, Müldner-Nieckowski, 2017).

Jak piszą dalej Słowik, Walczewski, Müldner-Nieckowski (2017), szukając sposobów prowadzenia profilaktyki zaburzeń nastroju warto nawiązać do propozycji Grzesiuk (2006), która wskazuje, że w ostatnich latach pojawiają się nowe podejścia w psychoterapii osób z zaburzeniami psychicznymi, a szczególnie przydatnym rodzajem takiej pracy z pacjentem może być psychoedukacja.

Autorzy omawianego tu projektu badawczego za szczególnie ważną uważają sugestię, by tego typu profilaktyka mogła mieć charakter łatwo dostępnej edukacji prozdrowotnej, mającej na celu naukę prostych zachowań prozdrowotnych oraz wzmacnianie odporności psychicznej i w konsekwencji wykształcenie psychicznej prężności, przydatnej w profilaktyce (por. Ogińska-Bulik, Juczyński 2008; Ogińska-Bulik 2012; Oleś, 2000).

Wydaje się, że różne zasoby psychologiczne mogą mieć wpływ na poziom nastroju i w związku z tym istotny jest ich poziom nasilenia, tzn. im większa ich siła, tym niższy będzie poziom depresji. Wg różnych autorów takimi istotnymi zasobami psychologicznymi mogą być np.: poczucie koherencji, prężność psychiczna (*resilience*), poczucie własnej skuteczności, poczucie sensu życia, a także wiele innych, bowiem pojęcie zasobów jest coraz szerzej rozumiane przez wielu badaczy (por. Heszen, Sęk, 2012).

Dlatego też, jak uważają autorzy projektu, istotne jest, aby podjąć badania, które oprócz analizy poziomu depresji i oddziaływań profilaktycznych zwrócą także uwagę na potencjalne zasoby psychologiczne mogące mieć związek z poprawą poziomu nastroju u osób badanych. W związku z tym w dalszych badaniach, także w kontekście oddziaływań profilaktycznych, należy sukcesywnie analizować najważniejsze, różne zasoby psychologiczne.

Cel pracy

Celem badań była ocena skuteczności podjętych działań profilaktycznych i odpowiedź na pytanie, czy mogą się one przyczynić do obniżenia poziomu depresji u osób badanych, zgłaszających się na konsultację profilaktyczną. Kolejne pytanie brzmiało: Czy konsultacja może przyczynić się do zmian w badanych obszarach zadowolenia oraz prężności psychicznej u osób badanych? Następnie postawiono pytanie dotyczące tego, czy zasoby osobiste, którymi dysponuje dana jednostka, mogą mieć związek z poziomem depresji? W tym kontekście poszukiwano związków pomiędzy poziomem depresji a badanymi obszarami zadowolenia oraz prężnością (czyli ważnym psychologicznym zasobem osobistym).

Opis przebiegu badań

Osoby badane były zapraszane na konsultację profilaktyczną. W jej trakcie odbywały rozmowę z konsultantem, która służyła profilaktyce,

oraz wypełniały testy. Na konsultację profilaktyczną zapraszano osoby, które obawiały się, że może u nich wystąpić depresja w obecnym czasie lub w przyszłości (takie informacje były zawarte w ogłoszeniu). Osoby biorące udział w konsultacji dowiadywały się o niej z mediów elektronicznych, ogłoszeń, komunikatów telewizyjnych i radiowych oraz ulotek informacyjnych.

Konsultacja przebiegała tak samo jak w roku poprzednim (por. Słowik, Walczewski, Müldner-Nieckowski, 2017; Walczewski, Słowik, Müldner-Nieckowski, 2017). Odbывała się w Krakowie, a także kilku innych miejscowościach w obrębie województwa małopolskiego.

Prowadzone porady miały charakter bezpłatny dzięki uzyskanym funduszom (grantu) od organizatora projektu – Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego. Program był realizowany (merytoryczna odpowiedzialność) przez zespół ze Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie (we współpracy naukowej z Instytutem Psychologii Stosowanej UJ). Konsultantami były osoby odpowiednio przeszkolone w tym celu (psychiatrzy, psychoterapeuci, psychologowie), którzy przeprowadzali rozmowę trwającą wraz z badaniem ok. 50 minut.

W stworzonej na użytek programu („Wyprzedzić Smutek”) autorskiej formie profilaktyki przygotowano odpowiedni scenariusz rozmowy prowadzonej podczas konsultacji oraz odpowiednie kwestionariusze. Należy podkreślić, że zasadniczą formą profilaktyki w tym programie była psychoedukacja. Polegała ona na dostarczeniu, w jak najbardziej nieinwazyjnej formie, wiedzy o samopoczuciu i jego uwarunkowaniach. Osoby uczestniczące w konsultacji wypełniały najpierw otrzymane kwestionariusze w obecności osoby prowadzącej konsultację, następnie uczestnik odpowiadał na 22 pytania Kwestionariusza Oceny Obszarów Zadowolenia (KOOZ), a wyniki były zapisywane przez konsultanta. W dalszej kolejności podejmowano z uczestnikiem dialog dotyczący obszarów życia, w których ujawniał się u niego niski poziom zadowolenia

(czy też obniżony nastrój). Konsultant przekazywał też informacje o charakterze psychoedukacyjnym, dotyczące możliwości wprowadzenia korzystnych zmian w danym obszarze życia. Był to najważniejszy element konsultacji (będący elementem psychoedukacji i psychoprofilaktyki). W celu obserwacji ewentualnych zmian po ok. miesiącu i po zaproszeniu badanych osób do ponownego wypełnienia kwestionariuszy badanie powtórzono. W trakcie tego okresu uczestnicy konsultacji profilaktycznej mogli wprowadzić zalecone przez konsultanta zmiany w swoim życiu.

Grupa badana

W pierwszym etapie badań wzięły udział 584 osoby, w tym 378 kobiet (tj. 64,4%) oraz 209 mężczyzn (35,6%). Średni wiek osób badanych to 39,82 lata (rozpiętość wiek wahała się od 18 do 87 lat, $SD = 18,01$).

Wykształcenie badanych w grupie podstawowej (I etap): wyższe (wraz z licencjackim) 29,31%, średnie 33,62%, zawodowe 14,14%, podstawowe 22,93%. Pojawiła się tutaj różnica w stosunku do badań z poprzednich lat, tzn. osoby z obecnej grupy badanej charakteryzowały się niższym poziomem wykształcenia (poprzednio wyższe wykształcenie posiadało 40,5%).

W drugim, kolejnym badaniu (które odbyło się po miesiącu) wzięło udział jedynie 46 osób (w obecnych badaniach stosunkowo niewiele osób zgłosiło się na ponowne badanie), w tym 35 kobiet (tj. 76,09%) oraz 11 mężczyzn (23,91%). Średni wiek osób badanych to 38,9 lat (rozpiętość wieku wahała się od 18 do 68 lat ($SD = 14,33$)).

Wykształcenie badanych w grupie II etapu: wyższe (wraz z licencjackim) 69,56%, średnie 21,74%, zawodowe 4,35%, podstawowe 4,35%. W drugim badaniu wyraźnie dominowały osoby z wyższym wykształceniem (czyli na ponowne badanie chętniej zgłaszały się osoby lepiej wykształcone).

Narzędzia

W badaniach wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

Test Dwóch Pytań (TDP). Test ten służy do wstępnego diagnozowania depresji oraz poziomu natężenia jej objawów. Składa się z dwóch rozbudowanych pytań diagnostycznych, a każde pytanie ma 10-punktową skalę. Skala ta powstała jako forma adaptacji językowej podobnych prostych narzędzi występujących w obszarze języka angielskiego. Jest to narzędzie autorstwa: Walczewski, Müldner-Nieckowski, Słowik, które zostało zmodyfikowano o skalę ocen (1–10), pozwalającą na ilościową ocenę wyników (Walczewski, Słowik, Müldner-Nieckowski, 2017).

Skalę Depresji (beznadziejności) HS-20 (Beck i in., 1974) w polskiej adaptacji opartej na badaniach Stacha (1991). Jest to narzędzie do badania oceny przyszłości. Badany proszony jest o odniesienie się do 20 stwierdzeń. Wysoki wynik odpowiada wysokiemu poziomowi beznadziejności, wskazując na negatywną ocenę przyszłości, co świadczy o depresji.

Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25) służącą do badania zasobu osobistego, określanego

jako prężność (*resilience*) (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Kwestionariusz oceny obszarów zadowolenia (KOOZ). Kwestionariusz ten służy do badania obszarów zadowolenia z życia. Jest to narzędzie autorstwa: Müldner-Nieckowski, Walczewski, Słowik (Walczewski, Słowik, Müldner-Nieckowski, 2017) umożliwiające stosunkowo szybką ocenę profilu oceny jakości życia w 22 obszarach.

Kwestionariusz Oceny Porady Profilaktycznej przez Uczestnika (KPP-U). Kwestionariusz zawiera 10 pytań stanowiących informację zwrotną na temat jakości kontaktu uczestnika programu z konsultantem oraz korzyści wynikające z udziału w konsultacji. Jest to narzędzie autorstwa: Słowik, Walczewski, Müldner-Nieckowski (Walczewski, Słowik, Müldner-Nieckowski, 2017).

Ankieta socjodemograficzną.

Wyniki

Pierwszy etap badań – pierwszy pomiar

Poniżej przedstawiono wyniki pierwszego etapu badań. W tabeli 1 zostały przedstawione statystyki opisowe analizowanych zmiennych.

Tabela 1. Statystyki opisowe badanych zmiennych (Pomiar 1)

Zmienna P1	N	Średnia	OS	Minimum	Maksimum
TDP1	584	5,66	2,88	1,00	10,00
TDP2	584	5,00	3,06	1,00	10,00
TDP suma	584	10,66	5,39	2,00	20,00
KOOZ średnia	583	4,50	1,17	1,05	7,00
KPP-U	566	3,40	0,39	1,18	5,00
HS20 średnia	583	0,37	0,29	0,00	1,00
Prężność Wytrwałość	584	3,73	0,78	1,20	5,00
Prężność Otwartość	584	3,83	0,78	1,20	5,00
Prężność Kompetencje	584	3,42	0,87	1,20	5,00
Prężność Tolerancja	584	3,58	0,81	1,20	5,00
Prężność Optymizm	584	3,28	0,86	1,20	5,00
Prężność Ogólna	584	3,57	0,74	1,24	5,00

P1 – Pomiar w pierwszym etapie badań

Tabela 2. Korelacje między badanymi zmiennymi psychologicznymi (Pomiar 1)

Zmienne P1	TDP1	TDP2	TDP	KOOZ	HS20
TDP2	0,65**				
TDP	0,90**	0,91**			
KOOZ	-0,57**	-0,62**	-0,66**		
HS20	0,58**	0,56**	0,62**	-0,69**	
Prężność Wytrwałość	-0,40**	-0,42**	-0,45**	0,58**	-0,60**
Prężność Otwartość	-0,47**	-0,44**	-0,50**	0,62**	-0,71**
Prężność Kompetencje	-0,48**	-0,46**	-0,52**	0,61**	-0,66**
Prężność Tolerancja	-0,49**	-0,50**	-0,55**	0,65**	-0,70**
Prężność Optymizm	-0,51**	-0,48**	-0,54**	0,65**	-0,69**
Prężność Ogólna	-0,52**	-0,51**	-0,57**	0,69**	-0,75**

P1 – Pomiar w pierwszym etapie badań

Korelacje *r* Pearsona: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Uzyskane wyniki badań pokazują, że w skali TDP (składającej się z dwóch pytań diagnostycznych ze skalami: TDP1 i TDP2), wskazującej na objawy depresyjne i ich natężenie, uczestnicy konsultacji uzyskali stosunkowo wysokie wyniki. Może to sugerować występowanie u badanych obniżonego nastroju (średnie wyniki na dwóch skalach dziesięciopunktowych to odpowiednio: w pierwszej skali 5,66 punktów oraz w drugiej skali 5,00 punktów), wynik sumy był dosyć wysoki i wynosił 10,66. Wyniki te można uważać za stosunkowo wysokie, mimo że mieszczą się w granicach 50% każdej ze skali. Należy jednak pamiętać, że mówią one o pojawieniu się obniżonego nastroju, a sam fakt wystąpienia objawu jest już wynikiem znaczącym. Należy tutaj podkreślić, że badani poprzez wybór danego pytania wskazywali na wystąpienie objawów (wg założeń pytania testującego), jednocześnie zaznaczając na skali poziom ich natężenia. Zdaje się to wskazywać, że na konsultacje przychodziły głównie osoby, które odczuwały problemy depresyjne, choć o różnej etiologii i o różnym natężeniu. Także stosunkowo wysoki poziom obniżonego nastroju w badanej grupie (gdzie zgodnie z przyjmowanymi normami, można mówić o podwyższonym poziomie depresji) potwierdzał także średni wynik

uzyskany przez badanych w skali HS-20, który wynosił 0,37 (na użytek tej analizy oznacza to wynik 7,4 w przeliczeniu na skalę od 0 do 20 punktów).

Z kolei średni wynik dla 22 badanych obszarów zadowolenia z życia wynosi 4,50 i mieści się on powyżej średniej (można go uznać za wynik powyżej przeciętnego). Natomiast ocena przeprowadzonej konsultacji (i wynikające z niej korzyści dla osoby badanej) była w miarę wysoka (znacząco powyżej średniej) i wyniosła 3,40 punktów (na 5 punktów maksymalnie możliwych do uzyskania). Obserwować można także stosunkowo podwyższony poziom prężności – średni wynik to 3,57 (na 5 możliwych do uzyskania punktów), podobnie przedstawiają się poszczególne składowe prężności.

W kolejnym etapie przeprowadzono analizy korelacyjne pomiędzy badanymi zmiennymi (tabela 2).

Analizy korelacji pokazują występowanie istotnych (i stosunkowo silnych) związków pomiędzy skalami mierzącymi poziom depresji (tzn. pomiędzy Skalą HS-20 a skalami TDP zarówno jako sumy, jak i TDP1 i TDP2). Korelacje te są dodatnie, co oznacza, że jeżeli poziom depresji w jednej ze skal badanej depresyjności jest wysoki, to także wysoki jest

poziom depresji w innej skali badającej depresję. Pokazuje to, że badanie jest spójne i wysoki wynik w jednym z testów jest potwierdzony w pozostałych testach mierzących poziom depresji. Można na tej podstawie stwierdzić, że TDP okazał się dobrym predyktorem wstępnej diagnozy depresji (co było przyjętym założeniem w prowadzonych badaniach, uzyskując potwierdzenie w analizie empirycznej). Można więc stwierdzić, że osoby zgłaszające się na konsultację miały podwyższony poziom depresji.

Kolejne istotne i silne korelacje wystąpiły pomiędzy wszystkimi skalami mierzącymi depresję a obszarami zadowolenia (mierzonymi skalą KOZZ). Korelacje te były ujemne, wskazując, że im niższy poziom depresji, tym wyższy poziom obszarów zadowolenia u osób badanych (i odwrotnie im wyższy poziom depresji, tym niższy poziom obszarów zadowolenia u osób badanych). Podobnie przedstawiają się korelacje pomiędzy skalami mierzącymi depresję a skalą SPP-25 mierzącą poczucie prężności. Z analizy wynika, że im wyższy poziom poczucia prężności, tym niższy poziom depresji u badanych (we wszystkich skalach).

Jednocześnie im wyższy poziom poczucia prężności (dla sumy oraz dla wszystkich jej

składowych), tym silniejszy poziom obszarów zadowolenia z życia (KOZZ jako sumy, a także wielu jej składowych).

Podsumowując wykonane analizy korelacyjne, można zauważyć także, iż osoby mające niższy poziom depresji (we wszystkich skalach), a wyższy poziom poczucia prężności (SPP-25) oraz wyższy poziom zadowolenia z życia (KOZZ), lepiej oceniają przeprowadzoną konsultację profilaktyczną.

Drugi etap badań – drugi pomiar (po ok. 1 miesiącu od konsultacji profilaktycznej)

Po miesiącu badania zostały powtórzone, a uzyskane wyniki przedstawiono w poniższych tabelach. W tabeli 3 zostały przedstawione dane statystyczne badanych zmiennych (tzw. statystyki opisowe analizowanych zmiennych w drugim etapie badań).

Uzyskane wyniki badań pokazały, że w skali TDP (składającej się z dwóch pytań diagnostycznych ze skalami: TDP 1 i TDP 2), wskazującej na objawy depresyjne i ich natężenie, uczestnicy konsultacji uzyskali nadal stosunkowo wysokie wyniki, co może sugerować występowanie u badanych obniżonego nastroju (średnie wyniki na dwóch

Tabela 3. Statystyki opisowe w drugim badaniu po miesiącu (Pomiar 2)

Zmienne P2	N	Średnia	OS	Minimum	Maksimum
TDP1	46	5,57	3,23	1,00	10,00
TDP2	46	5,59	3,19	1,00	10,00
TDP suma	46	11,15	6,16	2,00	20,00
KOOZ średnia	46	4,04	1,38	1,00	6,86
KPP-U średnia	46	3,12	0,90	1,10	4,80
HS20 średnia	46	0,43	0,33	0,00	1,00
Prężność Wytrwałość	46	3,36	0,76	2,00	5,00
Prężność Otwartość	46	3,60	0,81	1,80	5,00
Prężność Kompetencje	46	3,10	0,87	1,40	4,80
Prężność Tolerancja	46	3,21	0,83	1,20	5,00
Prężność Optymizm	46	2,81	0,84	1,40	4,20
Prężność Ogólna	46	3,22	0,76	1,84	4,72

P2 – Pomiar w drugim etapie badań

skalach dziesięciopunktowych to odpowiednio w pierwszej skali 5,57 punktów oraz w drugiej skali 5,59 punktów (wynik wyższy niż w pierwszym badaniu, ale w odniesieniu do całej grupy, czyli do wszystkich badanych w pierwszym etapie). Także wynik sumy był dosyć wysoki, bo wynosił 11,16 (także nieco wyższy niż w pierwszym badaniu). Stosunkowo wysoki poziom obniżonego nastroju w badanej grupie potwierdzał także średni wynik uzyskany w skali HS-20, który wynosił 0,43 i jest też nieco wyższy niż w pierwszym badaniu dla całej grupy (na użytek tej analizy oznacza to wynik 8,6 w przeliczeniu na 20 punktów).

Z kolei średni wynik dla 22 badanych obszarów zadowolenia z życia wynosi 4,04 i jest on nieco powyżej średniej (można go uznać za wynik przeciętny), jest on nieco niższy niż wynik uzyskany w pierwszym badaniu. Natomiast ocena przeprowadzonej konsultacji (w oparciu o Kwestionariusz Oceny Porady Profilaktycznej przez Uczestnika, KPP-U), wskazująca na zadowolenie oraz wynikające z niej korzyści dla osoby badanej, była przeciętna (choć powyżej średniej) i wyniosła 3,12 punktów (na 5 punktów maksymalnie możliwych do uzyskania).

Obserwuje się u badanych także przeciętny poziom przężności – średni wynik to 3,22 (na 5 możliwych do uzyskania maksymalnie punktów), podobnie przedstawiają się poszczególne składowe prężności (jest ona nieco niższa niż w pierwszym badaniu ale również dla całej grupy badanej na początku).

Jak można przypuszczać podsumowując ten fragment badań, na powtórny konsultację zgłosiły się głównie osoby, u których poziom nasilenia objawów depresyjnych był wyższy i bardziej dotkliwy niż w pełnej grupie badanej podczas pierwszej konsultacji. Dlatego też w dalszym etapie analizy przeprowadzono porównawcze badanie parami (czyli dokonano ponownego porównania) – z tą różnicą, że dotyczyło ono wyłącznie tych samych osób uczestniczących w I i II etapie badań.

Porównanie wyników między pierwszym a drugim pomiarem (poszukiwanie istotności zmiany)

W tych analizach zostały uwzględnione tylko te osoby, które wzięły udział zarówno w pierwszym, jak i drugim badaniu.

W tabeli 4 zostały przedstawione różnice pomiędzy średnimi wynikami w I i II pomiarze dla wszystkich badanych zmiennych. Aby stwierdzić, które z widocznych różnic są statystycznie istotne, dokonano analizy poziomów istotności różnic, zamieszczając wyniki w tabeli 5.

Na podstawie analizy porównawczej pomiędzy badanymi osobami, które wzięły udział zarówno w pierwszym, jak i drugim badaniu, obserwuje się ważne istotne statystycznie różnice pomiędzy niektórymi badanymi zmiennymi. Z analizy tej wynika, że istotnie zmniejszyły się wskaźniki depresji mierzone skalami TDP i TDP1 (jedynie w przypadku TDP2 nie wystąpiły zmiany). Poza tym należy podkreślić, że poziom depresji mierzony skalą TDP jako sumą jest istotnie niższy niż w pierwszym badaniu, co potwierdza przyjmowaną hipotezę o obniżeniu poziomu depresji po odbyciu konsultacji profilaktycznej. Także badanie skalą HS-20 wskazuje na obniżony poziom depresji u osób badanych w drugim pomiarze, czyli miesiąc po konsultacji profilaktycznej. Można zatem stwierdzić, że poziom depresji u osób badanych po miesiącu od konsultacji profilaktycznej obniżył się.

Sugeruje to (można postawić hipotezę dla dalszych badań), że konsultacja profilaktyczna może przyczynić się do zmniejszenia objawów depresyjnych. Analiza porównawcza pokazała także, iż podniósł się poziom niektórych wskaźników KOOZ (czyli obszarów zadowolenia z życia). Stało się tak w przypadku 6 obszarów, tj.: *Efekty działań*, *Aktywność fizyczna*, *Radzenie sobie z codziennymi sprawami*, *Zdrowie fizyczne*, *Osiągnięcia*, *Sposób spędzania czasu wolnego*. Pojawiła się też tendencja do poprawy w obszarze *Chęć do działania*. Obserwacja ta może sugerować, że dzięki konsultacji profilaktycznej u badanych osób

Tabela 4. Statystyki opisowe zmiennych w 1 oraz 2 pomiarze tych samych osób (średnie dla poszczególnych zmiennych, $N = 46$)

Zmienne P1 i P2	N	Pomiar 1		Pomiar 2	
		Średnia	OS	Średnia	OS
TDP1	46	7,04	2,79	5,57	3,23
TDP2	46	6,11	3,08	5,59	3,19
TDP suma	46	13,15	5,43	11,15	6,16
KOOZ suma (średnia)	46	4,29	1,04	4,04	1,38
KOOZ1	46	4,76	1,83	4,07	1,94
KOOZ2	46	4,13	1,54	3,96	1,73
KOOZ3	46	3,50	1,64	3,98	1,65
KOOZ4	46	4,20	1,83	3,57	1,68
KOOZ5	46	4,57	1,50	4,11	1,88
KOOZ6	46	3,67	1,67	3,85	1,79
KOOZ7	46	4,20	1,71	3,89	1,85
KOOZ8	46	4,85	1,30	4,28	1,54
KOOZ9	46	3,37	1,73	3,80	1,64
KOOZ10	46	4,07	1,31	3,61	1,67
KOOZ11	46	5,00	1,52	4,20	1,60
KOOZ12	46	4,72	1,80	4,15	1,69
KOOZ13	46	4,22	1,74	3,74	1,82
KOOZ14	46	3,63	1,60	3,91	1,76
KOOZ15	46	4,35	1,46	4,07	1,68
KOOZ16	46	5,26	1,77	4,80	1,75
KOOZ17	46	3,76	2,09	3,43	2,20
KOOZ18	46	3,91	1,76	3,91	1,74
KOOZ19	46	4,56	1,98	4,43	2,10
KOOZ20	46	5,00	1,62	4,74	1,51
KOOZ21	46	4,53	1,41	4,39	1,67
KOOZ22	46	4,24	1,80	4,00	1,79
HS20 średnia	46	0,49	0,29	0,43	0,33
Prężność Wytrwałość	46	3,49	0,69	3,36	0,76
Prężność Otwartość	46	3,59	0,70	3,60	0,81
Prężność Kompetencje	46	3,01	0,72	3,10	0,87
Prężność Tolerancja	46	3,17	0,80	3,21	0,83
Prężność Optymizm	46	2,74	0,75	2,81	0,84
Prężność Ogólna	46	3,20	0,63	3,22	0,76

KOOZ1–KOOZ22: poszczególne obszary zadowolenia z życia uwzględnione w badaniach

Tabela 5. Poziom istotności zmiany pomiędzy 1 i 2 pomiarem (po miesiącu)

Porównanie zmiennych P1 i P2	Średnia zmiana	OS zmiany	t	Df	p
TDP1	1,48	2,99	3,35	45	0,002
TDP2	0,52	3,12	1,13	45	0,262
TDP – suma	2,00	5,59	2,43	45	0,019
KOOZ suma (średnia)	0,25	0,98	1,75	45	0,087
KOOZ1	0,70	1,68	2,80	45	0,007
KOOZ2	0,17	1,50	0,79	45	0,434
KOOZ3	-0,48	2,02	-1,61	45	0,115
KOOZ4	0,60	1,85	2,17	44	0,035
KOOZ5	0,46	1,83	1,69	45	0,098
KOOZ6	-0,17	1,64	-0,72	45	0,475
KOOZ7	0,30	1,74	1,19	45	0,241
KOOZ8	0,57	1,29	2,96	45	0,005
KOOZ9	-0,43	1,72	-1,71	45	0,094
KOOZ10	0,46	1,60	1,93	45	0,059
KOOZ11	0,80	1,41	3,87	45	0,001
KOOZ12	0,57	1,24	3,09	45	0,003
KOOZ13	0,44	1,36	2,20	44	0,033
KOOZ14	-0,28	1,59	-1,21	45	0,233
KOOZ15	0,28	1,66	1,16	45	0,253
KOOZ16	0,46	2,04	1,52	45	0,136
KOOZ17	0,33	2,07	1,07	45	0,290
KOOZ18	0,00	2,05	0,00	45	0,999
KOOZ19	0,13	1,73	0,52	44	0,607
KOOZ20	0,26	1,57	1,13	45	0,266
KOOZ21	0,16	1,26	0,83	44	0,412
KOOZ22	0,24	1,70	0,95	45	0,346
HS20 (średnia)	0,07	0,19	2,39	45	0,021
Prężność Wytrwałość (średnia)	0,13	0,66	1,28	45	0,206
Prężność Otwartość (średnia)	-0,01	0,60	-0,11	45	0,913
Prężność Kompetencje (średnia)	-0,08	0,72	-0,77	45	0,443
Prężność Tolerancja (średnia)	-0,05	0,76	-0,42	45	0,679
Prężność Optymizm (średnia)	-0,07	0,72	-0,68	45	0,502
Prężność Ogólna (średnia)	-0,02	0,60	-0,18	45	0,858

Istotne: dla $p < 0,5$

KOOZ1– KOOZ22: poszczególne obszary zadowolenia z życia uwzględnione w badaniach

Tabela 6. Korelacje między badanymi zmiennymi psychologicznymi (Pomiar 2)

Zmienne P2	TDP1 P2	TDP2 P2	TDP P2	KOOZ P2	HS20 P2
TDP2	0,84**				
TDP	0,96**	0,96**			
KOOZ	-0,77**	-0,79**	-0,81**		
HS20	0,86**	0,80**	0,87**	-0,82**	
Prężność Wytrwałość	-0,51**	-0,51**	-0,53**	0,60**	-0,66**
Prężność Otwartość	-0,70**	-0,72**	-0,74**	0,77**	-0,78**
Prężność Kompetencje	-0,50**	-0,51**	-0,52**	0,60**	-0,57**
Prężność Tolerancja	-0,66**	-0,71**	-0,71**	0,80**	-0,76**
Prężność Optymizm	-0,59**	-0,63**	-0,63**	0,69**	-0,65**
Prężność Ogólna	-,64**	-,67**	-,68**	,75**	-,74**

P2 – pomiar w drugim etapie badań

Korelacje r Pearsona * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

poprawiło się funkcjonowanie w 7 obszarach zadowolenia z życia.

W końcowej części wykonanych obliczeń przeprowadzono analizę korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi, której wyniki zamieszczono w tabeli 6.

Korelacje w drugim badaniu po miesiącu (zamieszczone w tabeli) są takie same dla badanych zmiennych jak w pierwszym badaniu, lecz siła ich związków jest jeszcze większa (prawdopodobnie dlatego, że grupa badana jest znacznie mniejsza i bardziej zainteresowana oddziaływaniami profilaktycznymi, a przez to bardziej spójna).

Podsumowanie

Zaprezentowane wyniki, choć wskazują na wyraźną tendencję do obniżenia się poziomu depresji po upływie miesiąca od konsultacji profilaktycznej, nie mogą w pełni potwierdzić przyczynowej roli samej konsultacji. Na obecnym etapie wykonane badania nie mogą jeszcze jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie o przyczynę obserwowanych zmian, choć uzyskane wyniki potwierdzają wyniki, jakie uzyskano w badaniach z lat poprzednich w ramach prowadzonego programu (takie same tendencje w kolejnych latach). Przy-

kładowo można podać, że podobne badania wykonane rok wcześniej (por. Słowik, Walczewski, Müldner-Nieckowski, 2017) w grupie 531 osób, z której w badaniu powtórnym po ok. miesiącu zgłosiły się aż 242 osoby, pokazały dokładnie taką samą tendencję (przy czym różnice były większe i wyższy był ich poziom istotności, na co – jak się wydaje – wpływ miała większa grupa osób, która wzięła udział w badaniu po miesiącu). Uzyskane dane zachęcają do kontynuacji prezentowanych badań, przy jednoczesnej ich modyfikacji (np. z grupą kontrolną) celem umożliwienia dokładniejszej analizy obserwowanych zmian i oceny mechanizmów mogących mieć wpływ na obserwowane zmiany.

Wnioski

- Przeprowadzone badania wskazują, że osoby, które zgłaszają się na konsultację profilaktyczną, mają obniżony poziom nastroju (co może świadczyć, że przychodzą także osoby, które szukają specjalistycznej pomocy).
- Można zauważyć, że im wyższy poziom oceny obszarów zadowolenia, tym niższy poziom depresji u osób badanych. Wyższy poziom obszarów zadowolenia

wiąże się wyższym poziomem nastroju (czyli niższym poziomem depresji) zarówno w pierwszym, jak i drugim etapie badań.

- Badania wykazały, że wyższy poziom prężności wiąże się z niższym poziomem depresji. Związek ten wydaje się istotny w kontekście profilaktyki zaburzeń nastroju.
- Wyższy poziom poczucia prężności (ogólnej oraz wszystkich jej składowych) wiąże się z wyższym poziomem obszarów zadowolenia z życia (jako ich sumy, a także wielu jej składowych).
- Osoby z niższym poziomem depresji (we wszystkich skalach), a wyższymi poziomami poczucia prężności i zadowolenia z życia (KOZZ) lepiej oceniają przeprowadzoną konsultację profilaktyczną.
- Zauważa się, że jakość uzyskanej porady profilaktycznej w badanej grupie oceniana była stosunkowo wysoko.
- W grupie osób, które zgłosiły się na drugie badanie po miesiącu od konsultacji profilaktycznej, wystąpiło istotnie statystycznie podwyższenie poziomu obszarów zadowolenia (w 7 różnych obszarach zadowolenia z życia).
- W grupie osób, które zgłosiły się na drugie badanie po miesiącu od konsultacji profilaktycznej, poziom nastroju poprawił się (czyli obniżył się poziom depresji).

Piśmiennictwo

- Fava G.A., Tossani E. (2007). Prodromal stage of major depression. *Early Interv. in Psychiatry* 1(1): 9–18.
- Grzesiuk L. (2006). *Psychoterapia. Praktyka*. ENETEIA, Warszawa.
- Heszen I., Sęk H., (2012), *Psychologia zdrowia*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Iacoviello B.M., Alloy L.B., Abramson L.Y., Choi J.Y. (2010). The Early Course of Depression: A Longitudinal Investigation of Prodromal Symptoms and Their Relation to the Symptomatic Course of Depressive Episodes, *J. Abnorm. Psychol.*: 119 (3): 459–467.
- Lasserre A.M., Marti-Soler H., Strippoli M.P., Vaucher J., Glaus J., Vandeleur C.L. (2016). Clinical and course characteristics of depression and all-cause mortality: A prospective population-based study. *J. Affect. Disord.* Jan 1;189:17–24.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008). Skala pomiaru prężności – SPP-25, *Nowiny Psychologiczne*: 3, 39–56.
- Ogińska-Bulik N. (2012). Prężność a postraumatyczny rozwój w młodzieży. Ogińska-Bulik N., Miniśewska J. (red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 75–87.
- Oleś P. (2000). *Psychologia przełomu połowy życia*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
- Słowik P., Walczewski K., Müldner-Nieckowski Ł. (2016). Konsultacja profilaktyczna jako możliwość prowadzenia edukacji prozdrowotnej w zakresie profilaktyki depresji. Przebieg badań i analiza programu. Borzęcki A. (red.), *Problemy współczesnej higieny*, Wyd. Norbertinum Drukarnia-Księgarnia, Lublin, 329–347.
- Słowik P., Walczewski K., Müldner-Nieckowski Ł. (2017). Związki pomiędzy poziomem depresji a obszarami zadowolenia i prężnością u osób zgłaszających się na poradę profilaktyczną. Przebieg i analiza badań. Borzęcki A. (red.), *Środowisko a zdrowie*, Wyd. Norbertinum Drukarnia-Księgarnia, Lublin, 329–347.
- Stach R. (1991). *Uzależnienie od alkoholu a depresja. Możliwość stosowania psychoterapii poznawczej w leczeniu uzależnienia*, Wyd. UJ, Kraków.
- Walczewski K., Słowik P., Müldner-Nieckowski Ł. (2017). Ocena porady edukacyjnej pod kątem możliwości obniżenia poziomu depresyjności. Przebieg i analiza uzyskanych wyników badań, *Psychoterapia*, 1 (180): 71–86.
- Whooley, M.A., & Simon, G.E., (2000), Managing Depression in Medical Outpatients. *The New England Journal of Medicine*, 343 (26): 1942–1950.
- Wittchen H.U., Jacobi F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies, *Eur. Neuropsychopharmacol*, 15 (4): 357–76.
- Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B., Olesen J., Allgulander C., Alonso J., Faravelli C., Fratiglioni L., Jennum P., Lieb R., Maercker A., van Os J., Preisig M., Salvador-Carulla L., Simon R., Steinhausen H.C. (2011). The Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of the Brain in Europe 2010; *Eur. Neuropsychopharmacol*, 21 (9): 655–79.