

Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży

Badania mokotowskie 2012

Krzysztof Ostaszewski

Krzysztof Bobrowski, Anna Borucka, Katarzyna Okulicz-Kozaryn,

Agnieszka Pisarska, Joanna Raduj, Daria Biechowska

Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży

Badania mokotowskie 2012

INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII W WARSZAWIE

Zakład Zdrowia Publicznego

Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”

Warszawa 2013

Zespół autorów:

dr n. hum. Krzysztof Ostaszewski
mgr psych. Krzysztof Bobrowski
mgr psych. Anna Borucka
dr n. hum. Katarzyna Okulicz-Kozaryn
dr n. med. Agnieszka Pisarska
mgr pedagog. Joanna Raduj
dr n. hum. Daria Biechowska

Recenzent: dr hab. Joanna Mazur

Redakcja i korekta językowa: Kamila Wrzeńska

Skład: Tomasz Rostkowski

Projekt okładki: Jerzy Grzegorkiewicz

Druk okładki: AERO-GRAF Zakład Poligraficzny

© Copyright by Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2013

Wydawca:

Instytut Psychiatrii i Neurologii
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

ISBN 978-83-61705-22-2

Pracę wykonano w ramach badań statutowych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie *Monitorowanie zachowań ryzykownych i zdrowia psychicznego młodzieży szkolnej. Kontynuacja badań mokotowskich*. Korespondencję należy kierować do kierownika projektu Krzysztofa Ostaszewskiego, Zakład Zdrowia Publicznego, Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
e-mail: ostasz@ipin.edu.pl

Spis treści

Przedmowa	7
Rozdział 1 <i>Krzysztof Ostaszewski, Krzysztof Bobrowski</i> Przedmiot i metodologia badań	10
Rozdział 2 <i>Krzysztof Ostaszewski, Agnieszka Pisarska</i> Trendy w używaniu substancji psychoaktywnych w latach 1984–2012: Substancje psychoaktywne inne niż alkohol	20
Rozdział 3 <i>Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Anna Borucka</i> Trendy i wzory picia napojów alkoholowych w latach 1984–2012	38
Rozdział 4 <i>Krzysztof Bobrowski</i> Problemy zdrowia psychicznego młodzieży w latach 2004–2012	56
Rozdział 5 <i>Agnieszka Pisarska</i> Stosowanie leków na dolegliwości bólowe i negatywne stany emocjonalne w latach 2004–2012	77
Rozdział 6 <i>Joanna Raduj, Krzysztof Ostaszewski</i> Monitorowanie wybranych aspektów stylu życia młodzieży w latach 2004–2012	88
Rozdział 7 <i>Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Joanna Raduj</i> Wsparcie, kontrola i inne zachowania rodziców związane z piciem alkoholu przez dorastających	106
Rozdział 8 <i>Daria Biechowska</i> Dysfunkcyjne korzystanie z internetu	120
Aneks	128

Przedmowa

Badania ankietowe prowadzone w warszawskich dzielnicach Mokotów, Ursynów i Wilanów, zwane *badaniami mokotowskimi*, są w naszym kraju pod wieloma względami wyjątkowe. Są to badania o najdłuższej historii wśród projektów badawczych, których przedmiotem jest ocena zmian w kontaktach młodzieży szkolnej z substancjami psychoaktywnymi. Zostały zainicjowane przez Barbarę Wolniewicz-Grzelak na początku lat 80. i są przez Pracownię „Pro-M” kontynuowane do dzisiaj. Zgromadzony w ciągu prawie 30 lat materiał badawczy jest cennym dokumentem przemian w zakresie kontaktów młodzieży z substancjami psychoaktywnymi w naszym kraju. Dzięki temu badania mokotowskie stały się jednym ze znaczących źródeł informacji o trendach w picciu alkoholu, paleniu papierosów, używaniu narkotyków i leków uspokajających/nasennych przez młodzież szkolną. Niniejsza praca prezentuje w poszczególnych rozdziałach najważniejsze wątki realizowane pod hasłem *badania mokotowskie*.

Zaletą naszych badań jest prosta i dająca się łatwo powtarzać metoda, która polega na stosowaniu w porównywalnych warunkach anonimowego kwestionariusza. Konsekwentne stosowanie tych samych pytań ankietowych zapewnia w dużym stopniu porównywalność wyników poszczególnych rund i umożliwia systematyczne monitorowanie zmian w zachowaniach młodzieży szkolnej w długiej perspektywie czasu. W pierwszym rozdziale została opisana metodologia i przedmiot badań, a także charakterystyka socjodemograficzna uczestników i ograniczenia tych badań. Po raz pierwszy w historii badań mokotowskich szczegółowo przedstawiono założenia dotyczące losowania klas, co jest istotnym uzupełnieniem wcześniejszych opracowań.

Jednym z celów tej publikacji jest kontynuacja pierwotnego zamiaru badań mokotowskich, jakim było monitorowanie trendów używania substancji psychoaktywnych przez 15-letnią młodzież. Z tym zamiarem wiążą się dwa podstawowe pytania badawcze:

- co się zmieniło w używaniu substancji psychoaktywnych od ostatniej rundy, czyli – w przypadku niniejszego raportu – w latach 2008–2012?
- czy oraz jak zmieniały się trendy w dłuższym okresie, czyli od połowy lat 80.?

Na te pytania staramy się odpowiedzieć w rozdziale drugim, opisującym zmiany w używaniu narkotyków, leków uspokajających/nasennych oraz paleniu papierosów, a także w rozdziale trzecim, który dotyczy zmian w picciu napojów alkoholowych przez młodzież. W odniesieniu do trendów dotyczących nielegalnych substancji psychoaktywnych, ostatnia runda badań przyniosła istotne uzupełnienie. W naszej ankiecie znalazło się pytanie o rodzaj narkotyków używanych przez młodzież. W ten sposób badania mokotowskie „doganiają” czas i innych badaczy, którzy już od dawna

w ankietowych badaniach populacyjnych pytają 15-latków o używanie całej gamy nielegalnych substancji psychoaktywnych.

W 2004 roku, a więc w szóstej rundzie badań mokotowskich, zapytaliśmy uczniów o samoocenę zdrowia psychicznego, symptomy depresji, udział w zachowaniach niezgodnych z prawem oraz w przemocy rówieśniczej. Stworzyło to warunki do monitorowania internalizacyjnych i eksternalizacyjnych problemów zdrowia psychicznego młodzieży. W 2012 roku kontynuowaliśmy te wątki, ale również dołączyliśmy pytania ankietowe, które odnoszą się do pomiaru nowych zjawisk, stanowiących zagrożenie dla zdrowia psychicznego i rozwoju młodzieży. Przedmiotem naszego zainteresowania stała się również agresja elektroniczna rozwijająca się w internecie i w innych obszarach cyberprzestrzeni oraz różne formy hazardu. Rozdział czwarty podsumowuje, co zmieniło się w problemach zdrowia psychicznego młodzieży w latach 2004–2008–2012.

Holistyczne podejście do problematyki zdrowia psychicznego młodzieży, przyjęte od szóstej rundy badań mokotowskich (w 2004 roku), stworzyło okazję do poszerzania tematyki o wciąż zmieniające się obszary zagrożeń dla zdrowia psychicznego młodego pokolenia. Jednym z nich jest ogromna dostępność leków przeciwbólowych i leków stosowanych na łagodzenie negatywnych stanów emocjonalnych. Rynek leków dostępnych bez recepty (tzw. leków OTC) rozwinął się dynamicznie w ostatnim dwudziestoleciu. W związku z tym do ankiety dołączyliśmy pytania do pomiaru rozpowszechnienia przyjmowania tych leków. Wyniki naszych badań z lat 2004–2012 w odniesieniu do tej problematyki podsumowuje rozdział piąty.

W nurcie holistycznego podejścia do zdrowia młodzieży mieści się również nasze zainteresowanie dotyczące stylu życia współczesnych nastolatków. Związki między stylem życia i zdrowiem są dość dobrze udokumentowane. Nas interesują dwa aspekty stylu życia nastolatków. Po pierwsze, ile czasu młodzież poświęca na takie zajęcia jak surfowanie w sieci, gry komputerowe, wizyty w centrach handlowych, treningi sportowe, zajęcia pozalekcyjne, czytanie książek i odrabianie lekcji. Po drugie, jakie jest rozpowszechnienie takich sposobów modyfikowania wyglądu ciała jak tatuaż oraz piercing. Wyniki badań nad zmianami tych aspektów stylu życia warszawskiej młodzieży w latach 2004–2012 przedstawia rozdział szósty.

Ostatnia, ósma runda badań mokotowskich przyniosła ze sobą jeszcze dwa nowe wątki badawcze. Pierwszy z nich dotyczy praktyk rodzicielskich ukierunkowanych na kontrolowanie picia alkoholu przez dorastające dzieci. W tej materii badaniu poddano takie ogólne wymiary zachowań rodzicielskich, jak wsparcie i kontrolę, a także postawy i zachowania rodziców specyficznie związane z piciem alkoholu przez nastoletnie dziecko. Czy rodzice akceptują picie niewielkich ilości alkoholu przez ich dorastające dzieci, czy uczą dzieci kulturalnego picia, czy raczej stosują jednoznaczne zakazy i twarde zasady? Odpowiedzi na te i inne pytania badawcze zostały przedstawione w rozdziale siódmym. Ważnym uzupełnieniem analizowanych tam wyników są dane jakościowe pochodzące z odpowiedzi uczniów na pytania otwarte dodane do ankiety w 2012 roku. Jest to próbka nowych kierunków rozwoju naszego projektu badawczego, które wykraczają poza dotychczasowy standard badań ilościowych.

Potencjalne kierunki rozwoju badań mokotowskich są również związane z badaniami nad tzw. nowymi zachowaniami ryzykownymi młodzieży. W tym obszarze najbardziej rozpowszechnio-

nym zachowaniem ryzykownym jest nadmierne korzystanie z komputera i sieci internetowej. W ostatniej rundzie podjęliśmy trud zdiagnozowania rozmiarów funkcjonalnego i dysfunkcyjnego korzystania z internetu i komputera przez 15-letnią młodzież. Wyniki tej diagnozy prezentuje rozdział ósmy.

Badania mokotowskie są obecnie jednym z kilku projektów badawczych, w których okresowo monitoruje się używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania ryzykowne młodzieży szkolnej. Wśród innych projektów poświęconych tej problematyce najbardziej znane są międzynarodowe badania ESPAD i HBSC oraz krajowe sondaże prowadzone przez CBOS. Brakuje jednak w Polsce badań, które w sposób systematyczny monitorowałyby problemy zdrowia psychicznego młodzieży. Ostatnie trzy rundy badań mokotowskich przełamują to ograniczenie. Na przykładzie populacji 15-latków z Warszawy mamy okazję do przyglądania się przeobrażeniom wybranych zachowań ryzykownych młodzieży wielkomiejskiej i ich stylu życia oraz problemów zdrowia psychicznego.

W niniejszym opracowaniu skoncentrowano się na analizach trendów w zachowaniach ryzykownych, problemach zdrowia psychicznego i wybranych aspektach stylu życia młodzieży. Innymi słowy jest to rodzaj fotografii zachowań, problemów i codziennego życia nastolatków z kilku dzielnic Warszawy. Materiał badawczy zgromadzony w ramach badań mokotowskich będzie przedmiotem dalszych opracowań, w których analizie zostaną poddane związki pomiędzy różnymi zachowaniami ryzykownymi, problemami zdrowia psychicznego, stylem życia młodzieży oraz zachowaniami ich rodziców.

Krzysztof Ostaszewski

Rozdział 1 Przedmiot i metodologia badań

Krzysztof Ostaszewski, Krzysztof Bobrowski

Streszczenie

Celem badań mokotowskich, nieprzerwanie od 1984 roku, jest obserwacja trendów w używaniu substancji psychoaktywnych (alkoholu, tytoniu, narkotyków i leków uspokajających/nasennych) przez 15-letnią młodzież. W 2004 roku poszerzono zakres badań o obserwację wybranych zachowań problemowych młodzieży (przemoc i zachowania sprzeczne z prawem), wybrane wskaźniki zdrowia psychicznego (samoocena zdrowia psychicznego, depresja), używanie leków i wybrane elementy stylu życia (np. internet, piercing, tatuaż, gry komputerowe, zajęcia pozalekcyjne).

Metoda. Badania są prowadzone co cztery lata od 1984 roku na tym samym obszarze obejmującym dzielnice Warszawy: Mokotów, Ursynów oraz Wilanów (teren dawnej dzielnicy Mokotów). Do tej pory przeprowadzono osiem rund. Ostatnia miała miejsce w 2012 roku. Począwszy od 1992 roku stosowany był losowy, warstwowo-klastrowy dobór reprezentatywnej próby uczniów, którzy w większości byli w wieku 15 lat. Jednostką doboru losowego była klasa szkolna, a warstwę stanowił typ szkoły, czyli szkoły publiczne i niepubliczne. Konsekwentne stosowanie tych samych pytań ankietowych zapewniło w dużym stopniu porównywalność wyników poszczególnych rund. W 2012 roku – podobnie jak poprzednich latach – populację stanowili 15-letni uczniowie (N = 984). Badania ankietowe były prowadzone metodą audytoryjną w klasach przez ankieterów spoza szkoły z zachowaniem anonimowości osób badanych, klas i szkół.

Analizy. Ze względu na znaczące różnice w odsetkach osób starszych (opóźnionych w realizacji obowiązku szkolnego) w poszczególnych rundach, wyniki dotyczące trendów w używaniu substancji psychoaktywnych w latach 1988–2012, a także trendów w zakresie wskaźników zdrowia psychicznego i wybranych aspektów stylu życia młodzieży w latach 2004–2012 zostały obliczone tak, aby uwzględniały tylko dane osób nieopóźnionych w nauce.

Wprowadzenie

Trzydzieści lat temu po raz pierwszy zastosowano w szkołach ankietę NAN (Narkotyki, Alkohol, Nikotyna). Była to nowatorska jak na owe czasy próba oceny potrzeb zdrowotnych środowisk szkolnych warszawskiej dzielnicy Mokotów (Wolniewicz-Grzelak, Ostaszewski, 1983). Z wynikami tej diagnozy zespół kierowany przez dr Barbarę Wolniewicz-Grzelak udał się do czterech najbardziej zagrożonych szkół w celu motywowania ich kadry nauczycielskiej do wczesnych działań profilaktycznych. W ten sposób staraliśmy się realizować idee psychiatrii środowiskowej, którym patronował profesor Stanisław Dąbrowski, ówczesny dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Pozytywny oddźwięk w środowisku szkolnym i recenzje naszej pracy zachęciły nas do kontynuacji tego pomysłu badawczego. W ten sposób narodził się projekt zwany później *badaniami mokotowskimi*.

Do tej pory przeprowadzono osiem rund badań mokotowskich. Ich uczestnikami byli zawsze 15-letni uczniowie z trzech warszawskich dzielnic: Mokotowa, Ursynowa i Wilanowa. Pierwsza (1984 rok) i druga (1988 rok) runda odbyły się jeszcze w czasach PRL-u. Dzięki tak długiej historii badania mokotowskie stały się cennym źródłem informacji o trendach w picu alkoholu, paleniu papierosów i używaniu narkotyków przez młodzież szkolną w okresie transformacji ustrojowej i ekonomicznej naszego kraju (Okulicz-Kozaryn, Borucka, 2008; Ostaszewski, Pisarska, 2008; Ostaszewski, 2010; Okulicz-Kozaryn, Borucka, 2013). W ostatnich trzech rundach pytaliśmy również uczestników o używanie leków przeciwbólowych, zachowania agresywne, wykroczenia, zdrowie psychiczne i wybrane elementy stylu życia młodzieży. W ten sposób poszerzyliśmy zakres naszych zainteresowań, pierwotnie skoncentrowany tylko na substancjach psychoaktywnych (Pisarska, Ostaszewski, 2006; Bobrowski, 2007; Ostaszewski, Kocoń, 2007; Ostaszewski i wsp., 2009; Bobrowski, 2010; Pisarska, Ostaszewski, 2011).

Badania mokotowskie są jednym z kilku projektów badawczych, w których monitoruje się używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania ryzykowne młodzieży szkolnej. Prawie trzydziestoletnia historia naszych badań upoważnia nas do stwierdzenia, że młodzież warszawska w swoich zachowaniach ryzykownych często wyprzedza rówieśników z mniejszych miast lub środowisk wiejskich. W tym sensie wyniki badań mokotowskich stają się zapowiedzią zmian obserwowanych w całym kraju. Stanowią interesujące uzupełnienie dla ogólnopolskich wyników badań nad zachowaniami ryzykownymi młodzieży, takich jak na przykład ESPAD i HBSC oraz sondaże prowadzone przez CBOS.

Metoda. Badanie trendów

Badania mokotowskie koncentrują się na obserwowaniu zmian w kolejnych rocznikach warszawskich 15-latków. W tym sensie należą do typu badań dynamicznych, określanych w literaturze fachowej jako „badanie trendów” (Babbie, 2008). Badania mokotowskie zostały zainicjowane przez B. Wolniewicz-Grzelak w 1983 roku (Wolniewicz-Grzelak, Ostaszewski, 1983), a następnie były powtarzane co cztery lata – od 1984 do 2012 roku. Konsekwentne stosowanie tych samych pytań ankietowych zapewnia w dużym stopniu porównywalność wyników poszczególnych rund badań i umożliwia obserwowanie trendów w zachowaniach ryzykownych, zdrowiu psychicznym i stylu życia młodzieży szkolnej.

Przedmiot badań

Początkowo badania mokotowskie służyły głównie do obserwacji trendów w picu alkoholu i używaniu innych substancji psychoaktywnych wśród 15-letniej młodzieży. Inicjatorzy badań mokotowskich przyjęli założenie, że anonimowa ankieta powinna zawierać niewielką liczbę pytań, tak aby uczniowie mogli wypełnić ją w ciągu ok. 20 minut (Wolniewicz-Grzelak, Ostaszewski, 1983). Przez wiele lat ankieta stosowana w badaniach mokotowskich ulegała tylko niewielkim modyfikacjom.

Od rundy z 2004 roku zakres pytań i zmiennych został znacznie poszerzony. Wśród pytań ankietowych stosowanych w ostatnich trzech rundach badań mokatowskich można wyodrębnić następujące cztery grupy pytań ankietowych:

- 1) pytania dotyczące używania tytoniu, alkoholu, leków uspokajających i nasennych oraz innych substancji psychoaktywnych, a więc podstawowa część ankiety składająca się z dwóch zbiorów pytań: ankiety „NAN” (Wolniewicz-Grzelak, Ostaszewski, 1983) i arkusza „Piwo – wino – wódka” (Wolniewicz-Grzelak, 1995);
- 2) pytania dotyczące internalizacyjnych i eksternalizacyjnych zaburzeń zdrowia psychicznego młodzieży: symptomy depresji, samoocena zdrowia psychicznego, przemoc, wykroczenia i inne zachowania ryzykowne (Bobrowski i wsp., 2007);
- 3) pytania dotyczące wybranych aspektów stylu życia: spędzania wolnego czasu, posiadania piercingu (Bobrowski i wsp., 2007);
- 4) pytania dotyczące stosowania leków na dolegliwości bólowe i negatywne stany emocjonalne (Pisarska, Ostaszewski, 2006).

W 2012 roku poszerzono zakres badań o obszary dotąd nieanalizowane w badaniach mokatowskich. Dołączono pytania dotyczące oceny zachowań rodziców związanych z piciem alkoholu przez dorastających oraz skalę do pomiaru dysfunkcyjnego korzystania z internetu przez młodzież.

Dobór próby w 2012 roku

W 2012 roku, podobnie jak w poprzednich latach, badaną populację stanowili 15-letni uczniowie szkół publicznych i niepublicznych z trzech dzielnic Warszawy: Mokotowa, Ursynowa oraz Wilanowa. W latach 80. był to obszar jednej dzielnicy Warszawy – Mokotowa. Przed reformą szkolnictwa z 1999 roku 15-latkowie uczyli się w pierwszych klasach szkół ponadpodstawowych (liceach ogólnokształcących, technikach i zasadniczych szkołach zawodowych). Po wprowadzeniu reformy młodzież w tym wieku uczęszcza do trzeciej klasy gimnazjum. Wobec tego trzy ostatnie rundy badań mokatowskich (2004, 2008, 2012) zostały przeprowadzone w trzecich klasach gimnazjalnych, tak aby zachować ciągłość badania tej samej grupy wiekowej.

W pierwszych dwóch rundach staraliśmy się badać wszystkich 15-letnich uczniów uczących się na Mokotowie. Dlatego liczebności prób z lat 1984 i 1988 są zdecydowanie większe. Począwszy od 1992 roku stosowany był losowy, warstwowo-klastrowy dobór reprezentatywnej próby uczniów, którzy w większości byli w wieku 15 lat. Jednostką doboru losowego była klasa szkolna, a warstwę stanowił typ szkoły, obejmujący szkoły publiczne i niepubliczne znajdujące się na obszarze ww. trzech dzielnic Warszawy. W kolejnych rundach realizowano założenie polegające na losowym doborze co najmniej 50% klas. Mając na uwadze możliwe odmowy udziału niektórych szkół w badaniach, losowano zwykle nieco większą próbę klas.

W 2012 roku minimalną liczebność próby (n_b) wyliczono według wzoru zamieszczonego poniżej (Brzeziński, 2011; Matuszak i Matuszak, 2011), uwzględniając dodatkowo poprawkę ze względu na dobór klastrowy ($DEFF$)¹. W obliczeniach przyjęto następujące założenia: poprawka na dobór

¹ $DEFF$ – design effect, efekt planu losowania, poprawka dla losowania grupowego (klastrowego).

klastrowy $DEFF = 2$; wielkość frakcji w populacji wynosi 50%; maksymalny przedział błędu przy szacowaniu frakcji $d = \pm 4\%$; $\alpha = 0,05$, a więc $z_\alpha = 1,96$. Wielkość frakcji oznacza zakładaną częstość badanego zjawiska, na przykład zakładamy, że 50% uczniów pije alkohol w ciągu ostatnich 30 dni. Ponieważ badamy zjawiska o różnym rozpowszechnieniu (frakcjach) konserwatywnie przyjmujemy, że wartość p równa się 0,5, co w konsekwencji wymaga zbadania relatywnie największej próby. Na podstawie danych uzyskanych ze stołecznego Biura Edukacji wielkość populacji uczniów klas trzecich gimnazjów (N) oszacowano na 2342 uczniów w 102 klasach.

$$n_b = \frac{N}{1 + \frac{d^2 (N - 1)}{z_\alpha^2 pq}} \times DEFF$$

gdzie:

- N – licznosc populacji;
- p – spodziewany rzad wielkosci szacowanej frakcji;
- q – $1-p$;
- z_α – 1,64 dla $\alpha=0,10$;
1,96 dla $\alpha=0,05$;
2,58 dla $\alpha=0,01$;
- d – dopuszczalny blad szacunku frakcji p (podany w ulamku dziesietnym).
- $DEFF$ – poprawka ze wzgledu na dobór klastrowy.

Według wyliczeń, minimalna wielkość próby wyniosła 956 uczniów. Przy średnio 23 uczniach w klasie i założonym wykonaniu próby na poziomie minimum 85% oznaczało to konieczność objęcia badaniami minimum 50 klas spośród ogólnej liczby 102 klas.

Ze względu na ewentualne odmowy udziału w badaniach ze strony dyrekcji niektórych szkół, w roku 2012 wylosowano do badań 54% klas, zarówno w gimnazjach publicznych, jak i niepublicznych. W gimnazjach publicznych wylosowano 40 z 74 klas. Wylosowane klasy pochodziły z 18 gimnazjów. W roku szkolnym 2012/13 w trzech dzielnicach Warszawy objętych badaniami funkcjonowały 22 gimnazja publiczne. W gimnazjach niepublicznych wylosowano 15 z 28 klas z jedenastu placówek. Przy czym około 15 gimnazjów niepublicznych kwalifikowało się do badań. Liczba klas wylosowanych do badań wahała się od jednej do sześciu klas w danej szkole. Do badań zostali zakwalifikowani uczniowie, których klasy zostały wylosowane i których rodzice (lub prawni opiekunowie) wyrazili zgodę na udział ich dzieci w badaniu. W 2012 roku, podobnie jak w 2008 roku, zastosowano formułę „biernej zgody” stosowaną w tego typu badaniach populacyjnych. Uczniowie, których rodzice lub prawni opiekunowie nie wyrazili zgody na udział dziecka w badaniu, zostali wyłączeni z badań².

2 Procedura biernej zgody rodziców i cały projekt badawczy uzyskały akceptację Komisji Bioetycznej działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Realizacja badań w 2012 roku na tle poprzednich rund

Badania przeprowadzono w październiku i listopadzie 2012 roku, czyli w takim samym okresie roku szkolnego, w jakim badano uczestników poprzednich rund badań mokotowskich. Wobec braku środków na zatrudnienie ankieterów, badania terenowe w szkołach prowadzili pracownicy naukowcy Pracowni „Pro-M”. W poprzednich latach badań mokotowskich ankieterami byli zwykle studenci niezwiązani ze szkołami. Badania prowadzono metodą audytoryjną z zachowaniem procedur zapewniających anonimowość odpowiedzi pojedynczych uczniów, klas i szkół. W trzech gimnazjach niepublicznych badania nie odbyły się z powodu odmowy dyrekcji szkoły lub większości rodziców. Prawie 80 rodziców indywidualnie nie wyraziło zgody na udział ich dzieci w badaniu, ok. 100 uczniów było nieobecnych w szkole w dniu badania, co stanowiło około 8% wylosowanej grupy uczniów. We wszystkich poprzednich rundach odsetki uczniów, którzy w czasie badania byli nieobecni w szkole, były zbliżone i wynosiły: 6% próby w 1988 roku, 7% w 2008, 8% w latach 1984, 1992 i 2000 oraz 10% w 1996 i 2004.

W badaniach wzięty udział 1004 osoby, stanowiło to ponad 80% liczebności wylosowanej próby (39 klas z gimnazjów publicznych i 12 klas z niepublicznych). W poprzednich latach „procent wykonania” był wyższy i wynosił odpowiednio: w 2008 roku – 88,5%, w 2004 – 90% próby. Dwadzieścia ankiet uznano za niewiarygodne ze względu na znaczne braki danych, niewiarygodny sposób wypełniania ankiety i komentarze świadczące o niepoważnym stosunku do badań. Zostały one wyeliminowane z obliczeń. Wobec powyższego, w analizach z 2012 roku uwzględnionoankiety 984 osób.

Charakterystyka socjodemograficzna próby z 2012 roku na tle poprzednich rund

Płeć. W 2012 roku, podobnie jak w roku 2008, odsetek dziewcząt i chłopców był rozłożony prawie równomiernie – spośród 975 osób, które odpowiedziały na pytanie o płeć, 49,9% stanowili chłopcy, a 50,1% dziewczęta. Przez lata 1984–2000 w badanych grupach było więcej dziewcząt (51–53%) niż chłopców (47–49%). Jedynie w próbie z 2004 roku odsetek dziewcząt (48%) był mniejszy niż odsetek chłopców (52%). Tabela 1.1 przedstawia zestawienie liczebności badanych grup w latach 1984–2012 z podziałem na płeć.

Struktura rodziny. Przeważająca większość uczestników badań (72%) mieszkała z biologicznymi rodzicami. Ponad 16% wychowanych było tylko przez matki, a ok. 2% tylko przez ojców. Prawie 7% mieszkało w rodzinach zrekonstruowanych (z ojczymami lub macochami), a 3% nastolatków mieszkało bez rodziców, z innymi krewnymi, lub wychowywało się w ośrodkach opiekuńczych. Około 1% uczestników podało w ankiecie, że nie ma matki, a ok. 5%, że nie ma ojca. W poprzednich rundach nie pytano o strukturę rodziny.

Sytuacja zawodowa rodziców. W 2012 roku uczniowie posiadający rodziców (matkę i ojca) z wyższym wykształceniem (dyplom licencjata lub wyżej) stanowili ok. 57% badanej grupy. W poprzednich dwóch rundach, kiedy pytano o wykształcenie rodziców, odsetki rodziców z wyższym wykształceniem były na zbliżonym poziomie, w 2004 roku – ok. 54,5%, a w 2008 roku – ok. 59%. Przeważająca większość rodziców (ok. 85% matek i ok. 90% ojców) uczniów zbadanych w 2012 roku

pracowała zawodowo. Około 7% badanych uczniów w 2012 roku nie znało wykształcenia swoich rodziców i około 3–4% nie znało ich sytuacji zawodowej.

Wiek. Zdecydowana większość uczniów (93,5%) biorących udział w ostatniej rundzie badań urodziła się w 1997 roku, czyli prawdopodobnie realizowała obowiązek nauki zgodnie z planem i w dniu badania miała ukończone 15 lat. Dwudziestu uczniów (2%) urodziło się w 1998 roku i prawdopodobnie rozpoczęło edukację w szkole w wieku 6 lat. Czterdziestu czterech uczniów (4,5%) urodziło się przed 1997 rokiem. Są to uczniowie, którzy z różnych powodów byli opóźnieni w swojej edukacji szkolnej. Najprawdopodobniej powtarzali kiedyś klasę, choć w przypadku pojedynczych uczniów starszy wiek mógł być spowodowany innymi powodami niż powtarzanie klasy (np. chorobą lub odroczeniem obowiązku szkolnego). W naszych badaniach grupa starszych wiekiem uczniów określana jest jako „opóźnieni w realizacji obowiązku szkolnego”, w skrócie „starsi”. Odsetki uczniów opóźnionych w nauce, a więc starszych, znacząco zmniejszały lub zwiększały się pomiędzy poszczególnymi rundami badań. W 2012 roku, podobnie jak w 2008 roku, odsetek „starszych” wyniósł 4,5% i był znacząco mniejszy niż w poprzednich rundach badań z lat 1984–2004, tabela 1.2.

Status szkoły. W latach 80. na Mokotowie istniały tylko dwie szkoły niepaństwowe (męska i żeńska szkoła katolicka), które były objęte badaniami od 1984 roku, tabela 1.3. W latach 90. powstały szkoły społeczne i prywatne. W związku z tym od 1996 roku do badanej próby dołączano losowo dobraną próbkę klas z nowo powstałych szkół niepublicznych. W latach 1996–2004 roku uczniowie uczący się w niepublicznych gimnazjach stanowili ok. 10–12% badanej grupy. W 2008 roku odsetek uczniów z gimnazjów niepublicznych wzrósł znacząco i wyniósł ok. 16% próby. Ten odsetek odzwierciedla aktualne proporcje gimnazjalistów uczących się w szkołach niepublicznych w tych trzech dzielnicach Warszawy. Proporcja uczniów ze szkół niepublicznych, którzy wzięli udział w badaniu w 2012 roku, zmniejszyła się do ok. 13%, ponieważ dyrektorzy (lub rodzice) trzech szkół niepublicznych nie wyrazili zgody na badania.

Tabela 1.1. Zestawienie liczebności prób, lata 1984–2012

Rok badania	Chłopcy (%)	Dziewczęta (%)	Razem*
1984	1600 (47%)	1802 (53%)	3402
1988	1830 (47%)	2088 (53%)	3918
1992	918 (46%)	1082 (54%)	2000
1996	1175 (47%)	1309 (53%)	2484
2000	1205 (49%)	1266 (51%)	2471
2004	758 (52%)	703 (48%)	1461
2008	604 (49,5%)	617 (50,5%)	1221
2012	487 (49,9%)	488 (50,1%)	975

* Rzeczywista liczba badanych w poszczególnych rocznikach była nieco większa. W powyższej tabeli zostały pominięte osoby, które nie podały w ankiecie informacji o swojej płci.

Tabela 1.2. Odsetki uczniów opóźnionych w nauce w badanych próbach (starsze roczniki), lata 1984–2012

Rok badania	Chłopcy	Dziewczęta	Razem
1984	18,0%	12,5%	15,1%
1988	18,0%	9,7%**	13,9%
1992	14,8%**	9,7%	12,0%
1996	14,3%	8,5%	11,2%
2000	19,3%***	11,5%**	15,3%***
2004	9,5%***	4,2%***	7,0%***
2008	4%***	5,2%	4,6%**
2012	6,6%*	2,5%*	4,5%

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

Tabela 1.3. Proporcje uczniów w badanej próbie ze względu na szkoły publiczne/niepubliczne, lata 1984–2012

Rok badania	Szkoły publiczne	Szkoły niepubliczne
1984	96%	4%
1988	96%	4%
1992	96%	4%
1996	87,5%	12,5%
2000	88,6%	11,4%
2004	89,5%	10,5%
2008	83,7%	16,3%***
2012	86,7%	13,3%**

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

Analizy trendów w porównywalnej wiekowo grupie młodzieży

Ze względu na znaczące różnice w odsetkach osób starszych (tabela 1.2), dla zachowania porównywalności danych wyniki dotyczące trendów w używaniu substancji psychoaktywnych w latach 1988–2012, a także trendów w zakresie wskaźników zdrowia psychicznego i wybranych aspektów stylu życia młodzieży w latach 2004–2012 zostały tak przeliczone, aby uwzględniały dane tylko dla osób nieopóźnionych w nauce. Ze względów technicznych przeliczenie w taki sposób danych z 1984 roku nie było możliwe. W związku z tym trendy z lat 1988–2012 (prezentowane w rozdziałach 2 i 3) oraz

trendy z lat 2004–2012 (opisywane w rozdziałach 4, 5 i 6) dotyczą tylko uczniów realizujących swój obowiązek szkolny zgodnie z planem (wiek 15 lat). Uzasadnieniem dla wyłączenia uczniów starszych z obliczeń trendów są znaczne różnice w wielu analizowanych wskaźnikach używania substancji psychoaktywnych pomiędzy grupą „starszych” a pozostałymi uczniami (Ostaszewski i wsp., 2009).

Dla oceny istotności różnic wyników ze względu na płeć oraz poszczególne rundy badań zastosowano test chi kwadrat liczony zawsze z tabel 2×2 , z powszechnie przyjmowanym progiem istotności – $p < 0,05$. Porównania wskaźników rozpowszechnienia danego zjawiska dotyczą przede wszystkim porównań z poprzednią rundą. Zatem, na przykład, wynik dotyczący rozpowszechnienia okazjonalnego używania narkotyków z 2012 roku był porównywany z wynikiem rozpowszechnienia okazjonalnego używania narkotyków z 2008 roku, a ten sam wynik z 2008 roku był porównywany z odpowiednim wynikiem z 2004 roku, itd. Porównania ze względu na płeć były dokonywane w ramach wyników poszczególnych rund.

Ograniczenia badań

Ograniczenia badań mokotowskich wiążą się przede wszystkim z ich lokalnym zasięgiem, sposobem doboru próby oraz ze stosowaniem ankiety jako jedyne źródła informacji. Pierwsze, dość oczywiste ograniczenie związane jest z doбором grupy osób badanych. Badania obejmowały jedynie część populacji 15-letnich uczniów z Warszawy (dzielnice Mokotów, Wilanów i Ursynów). W związku z tym nie można bez zastrzeżeń uogólniać wyników badań na całą populację warszawskich 15-latków, ani tym bardziej na populację młodzieży ogólnopolskiej. Co więcej, losowanie całych klas a nie pojedynczych uczniów jest związane z mniejszą wariancją badanych zjawisk w obrębie jednostki losowania (klasy). Jednym ze sposobów rozwiązania tego problemu byłoby pokazanie różnic w rozpowszechnieniu badanych zjawisk w poszczególnych klasach wylosowanych do badań. Tego jednak nie udało się zrobić w niniejszym opracowaniu.

Niewątpliwym ograniczeniem tych badań są błędy pomiaru wynikające z niedoskonałości metody samoopisowej do badania zachowań problemowych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Pytania ankietowe dotyczyły wielu „drażliwych” tematów: używania substancji psychoaktywnych, łamania prawa, przemocy, hazardu, problemów ze zdrowiem psychicznym. Niektórzy spośród uczniów mogli więc obawiać się ujawnienia odpowiedzi wobec personelu szkoły lub rówieśników. Znany jest także mechanizm aprobaty społecznej, który utrudnia rzetelne udzielanie odpowiedzi na pytania ankietowe. W związku z tym przez wszystkie lata badań podejmowano konsekwentne starania, aby zminimalizować podawanie nieprawdziwych odpowiedzi. W tym celu zapewniano uczniów o całkowitej anonimowości badań na poziomie indywidualnym, klasy i szkoły. Podkreślano także w ustnej i pisemnej instrukcji dobrowolny charakter udziału w badaniach i ich poufny charakter. Warto także wspomnieć, że stosowano procedury weryfikacji rzetelności wypełniania ankiet. Zwracano uwagę na sprzeczności w odpowiedziach, przeglądano uważnie wszystkie ankietę zawierające skrajne odpowiedzi, dopiski mogące świadczyć o niepoważnym traktowaniu badań i metodą sędziów kompetentnych oceniano wiarygodność takich ankiet. Można jednak założyć, że błędy pomiaru wynikające ze stosowania metody samoopisowej (ankiety) były zbliżone

przez wszystkie lata badań. Wobec tego nie mają one tak istotnego znaczenia dla oceny trendów w używaniu substancji psychoaktywnych, monitorowania problemów zdrowia psychicznego lub aspektów stylu życia młodzieży.

Obserwacja trendów w zachowaniach ryzykownych młodzieży w perspektywie 20–30 lat jest niestety narażona na różne (niezależne od badacza) czynniki zakłócające. W interpretacji długookresowych trendów trzeba uwzględnić reformę szkolnictwa oraz rozwój sektora szkół niepublicznych. Trudno oczywiście precyzyjnie oszacować wpływ tych czynników na zachowanie dorastającej młodzieży, dlatego porównywalność danych z lat 80., 90. i 2000. jest ograniczona.

Piśmiennictwo

1. Babbie E. Podstawy badań społecznych. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2008.
2. Bobrowski K. Zdrowie psychiczne i zachowania ryzykowne 15-latków – badania mokotowskie. *Alkoholizm i Narkomania* 2006; 19(3): 225–242.
3. Bobrowski K. Czas wolny a zachowania ryzykowne młodzieży. *Alkoholizm i Narkomania* 2007; 20(3): 267–287.
4. Bobrowski K. Monitorowanie wybranych wskaźników zdrowia psychicznego 15-latków w badaniach mokotowskich. Zmiany pomiędzy 2004 i 2008 rokiem. [W:] Okulicz-Kozaryn K., Ostaszewski K. (red.) *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce, część II*. Wydawnictwo Naukowe, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010; 145–158.
5. Bobrowski K., Pisarska A., Ostaszewski K. Rekomendacje narzędzi do oceny zagrożeń zdrowia psychicznego młodzieży do dalszego stosowania w badaniach mokotowskich oraz w innych badaniach ankietowych młodzieży szkolnej. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.
6. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2011.
7. Matuszak A., Matuszak Z. Określenie próby i jej liczebności w badaniach pedagogicznych. *General and Professional Education* 2011; 2: 33–39.
8. Okulicz-Kozaryn K., Borucka A. Warsaw adolescent alcohol use in period of social change in Poland: Cluster analyses of five consecutive surveys, 1988 to 2004. *Addictive Behaviors* 2008; 33: 439–450.
9. Okulicz-Kozaryn K., Borucka A. The Social Drinking among Warsaw Adolescents. [W:] Everly K.T., Cossell E.M. (eds.) *Social Drinking. Uses, Abuses and Psychological Factors*. Nova Science Publishers, Inc., New York 2010; 261–278.
10. Ostaszewski K. Problemy nastolatków związane z używaniem substancji psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania* 2008; 21(4): 363–389.
11. Ostaszewski K. Badania mokotowskie – siódma runda. *Serwis Informacyjny. Narkomania* 2010; 3(51): 31–39.
12. Ostaszewski K., Kocoń K. Tatuaż i kolczykowanie ciała a używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania ryzykowne wśród gimnazjalistów. *Alkoholizm i Narkomania* 2007; 20(3): 247–266.

13. Ostaszewski K., Pisarska A. Trends in adolescent substance use: The Mokotow study 1988–2004. *Drugs: education, prevention and policy*. August 2008; 15(4): 378–394.
14. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Cybulska M., Kocoń K., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. Raport techniczny z realizacji projektu badawczego Monitorowanie zachowań ryzykownych młodzieży. *Badania mokotowskie*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2009.
15. Pisarska A., Ostaszewski K. Stosowanie wybranych leków przez 15-letnich uczniów szkół warszawskich. *Alkoholizm i Narkomania* 2006; 19(1): 53–70.
16. Pisarska A., Ostaszewski K. Medicine use among Warsaw ninth-grade students, *Drugs: education, prevention and policy*, October 2011; 18(5): 361–370.
17. Wolniewicz-Grzelak B., Ostaszewski K. Badanie środowisk szkolnych w zakresie zagrożenia uzależnieniem od środków odurzających. *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego* 1983; 4(52): 68–82.
18. Wolniewicz-Grzelak B. Badanie picia napojów alkoholowych przez młodzież arkuszem „Piwo – Wino – Wódka”. *Alkoholizm i Narkomania* 1995; 2(19): 117–127.

Rozdział 2 Trendy w używaniu substancji psychoaktywnych w latach 1984–2012: Substancje psychoaktywne inne niż alkohol³

Krzysztof Ostaszewski, Agnieszka Pisarska

Streszczenie

Okres obserwacji. Wyniki podsumowują obserwacje prowadzone w ramach badań mikołowskich w latach 1984–2012.

Narzędzia. Do pomiaru częstości używania nielegalnych substancji psychoaktywnych, częstości palenia papierosów i używania leków uspokajających/nasennych wykorzystywano ankietę NAN opracowaną przez B. Wolniewicz-Grzelak. Pytania tej ankiety dotyczą doświadczeń ostatniego roku.

Wyniki. Wyniki z lat 2004–2012 wskazują na stabilizację wskaźników rozpowszechnienia używania narkotyków oraz palenia tytoniu po latach wyraźnych wzrostów (lub wahań) w zakresie tych zachowań. Biorąc pod uwagę cały okres obserwacji (28 lat), stosowanie leków nasennych/uspokajających wykazywało tendencję wzrostową, szczególnie wśród dziewcząt. Najczęściej stosowaną nielegalną substancją psychoaktywną były przetwory konopi. W 2012 roku 16% badanych uczniów choć raz w ostatnim roku użyło marihuany lub haszyszu. Inne substancje psychoaktywne, w tym dopalacze, były stosowane przez mniej niż 2% badanych uczniów. W ostatnich kilku rundach płeć nie różnicowała wskaźników rozpowszechnienia kontaktów z nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi. Wyniki ostatnich rund wskazują również, że płeć przestaje różnicować odsetki uczniów palących papierosy codziennie. Po leki nasenne lub uspokajające zdecydowanie częściej sięgali dziewczęta, co potwierdzają wyniki wszystkich ośmiu rund.

Wnioski. Zahamowanie w ostatniej dekadzie tendencji wzrostowych obserwowanych w latach 90. w zakresie używania narkotyków oraz codziennego palenia tytoniu należy ocenić pozytywnie z perspektywy zdrowia publicznego 15-letniej młodzieży. Z tej perspektywy niepokoi utrzymujący się na wysokim poziomie (20–25%) odsetek 15-letnich dziewcząt stosujących leki nasenne i uspokajające.

Wprowadzenie

Używanie substancji psychoaktywnych jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych zachowań ryzykownych młodzieży w okresie dojrzewania. Z każdym rokiem nauki w gimnazjum skokowo zwiększają się odsetki uczniów, którzy piją alkohol, palą papierosy i używają narkotyków (Ostaszewski i wsp., 2011). Wyniki ogólnopolskich badań z 2010 r. wskazują, że połowa 15–16-latków piła

3 Dane z 1984 roku, jeśli są podawane, dotyczą całej badanej próby – łącznie z osobami opóźnionymi w nauce.

często alkohol, ponad jedna dziesiąta paliła codziennie papierosy i około jedna piąta co najmniej raz w życiu próbowała marihuany lub haszyszu (Mazur i wsp., 2011). Problemem zdrowotnym w naszym kraju jest również używanie przez młodzież leków o działaniu psychoaktywnym, takich jak leki nasenne i uspokajające. Wyniki badań ESPAD (prowadzonych od 1995 roku) sugerują niezmiennie, że młodzież z Polski ma najwyższe wskaźniki stosowania tych leków w Europie (Hibell i wsp., 2011; Sierosławski, 2011).

Badania pokazują, że używanie środków psychoaktywnych w okresie dorastania jest powiązane z częstszym występowaniem problemów w nauce, wykroczeń przeciw prawu i innych zachowań problemowych, problemów zdrowotnych (w tym dla zdrowia psychicznego) oraz trudności w relacjach z rodziną i rówieśnikami (Windle, 1994; Mazur, Woynarowska, 2004; Bobrowski, 2006). Sięganie po substancje psychoaktywne wiąże się ze szkodami, których młodzież zazwyczaj doświadcza „tu i teraz”. Najczęstszymi bezpośrednimi skutkami używania substancji psychoaktywnych są problemy w relacjach społecznych (z rodzicami, nauczycielami, przyjaciółmi), zachowania agresywne (konflikty, bójki, inne akty agresji) oraz wypadki i urazy (wypadki drogowe, utonięcia, upadki z wysokości) (Hibell i wsp., 2004; Ostaszewski, 2008). W przypadku używania narkotyków i innych nowych substancji psychoaktywnych (zwanym „dopalaczami”) młodzież może doświadczać zaburzeń psychicznych, naraża się na uszkodzenia narządów wewnętrznych, a także groźne dla życia przedawkowania i zatrucia. Używanie substancji psychoaktywnych stanowi zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa dorastającej młodzieży.

Narzędzia badawcze i wskaźniki

Ankieta NAN. Do pomiaru częstości używania nielegalnych substancji psychoaktywnych, częstości palenia papierosów i używania leków uspokajających/nasennych od początku badań wykorzystywano ankietę NAN opracowaną przez B. Wolniewicz-Grzelak (Wolniewicz-Grzelak, Ostaszewski, 1983). Pytania ankiety NAN zostały tak skonstruowane, aby ograniczyć uzyskiwane dane do doświadczeń ostatniego roku. Ankieta NAN zawiera również pytanie o pośrednie kontakty młodzieży z narkotykami, czyli o częstość przebywania w towarzystwie młodzieżowym, w którym używa się nielegalnych substancji psychoaktywnych. To pytanie o pośrednie kontakty z narkotykami, skonstruowane w latach 80., wynikało z troski o to, aby badania ankietowe nie zachęcały młodzieży do używania narkotyków. Z tych powodów w ogóle nie pytano młodzieży o używanie poszczególnych narkotyków, a jedynie zadawano ogólne pytanie o częstość używania „środków narkotyzujących”. Używanie narkotyków przez młodzież szkolną w latach 1980. było bardzo rzadkim zjawiskiem, nie było więc sensu szczegółowo wypytywać o poszczególne substancje.

Pytanie o rodzaj narkotyków. W 2012 roku opracowano i dodano jedno pytanie o rodzaj nielegalnej substancji psychoaktywnej (narkotyku) używanej w ostatnim roku. Jeśli ktoś odpowiedział pozytywnie na pytanie o częstość używania narkotyków w ostatnim roku, to był proszony o określenie, jaka to była substancja. W tym celu dołączona była lista sześciu najbardziej popularnych narkotyków używanych przez młodzież: marihuana/haszysz, kleje/rozpuszczalniki, leki psychotropowe/nasenne, amfetamina, ecstazy, dopalacze oraz siódma kategoria – „inne, jakie?”.

Wskaźniki

- W przypadku **narkotyków i leków uspokajających/nasennych** wskaźnikami, które służyły do porównań w poszczególnych latach, były:
 - używanie tych środków przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku,
 - używanie okazjonalne (raz, dwa lub kilka razy w ciągu ostatniego roku),
 - używanie częste (przynajmniej kilkanaście razy w ciągu ostatniego roku).
- **Uczestniczenie w młodzieżowych spotkaniach towarzyskich, podczas których używa się narkotyków.** Do porównań służyły następujące wskaźniki:
 - uczestniczenie w ogóle (przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku),
 - uczestniczenie okazjonalne (raz, dwa lub kilka razy w ciągu ostatniego roku),
 - uczestniczenie częste (przynajmniej kilkanaście razy w ciągu ostatniego roku).
- Do zbierania informacji na temat **rodzajów narkotyków** używanych przez młodzież w czasie spotkań towarzyskich wykorzystano pytanie, które umożliwia zakreślanie odpowiedzi z listy dwunastu substancji lub dopisanie przez respondenta nazwy substancji, jeśli nie ma jej na tej liście (kategorie dychotomiczne odpowiedzi: występuje, nie występuje).
- Do zbierania informacji na temat **rodzajów narkotyków** używanych przez młodzież wykorzystano pytanie, które umożliwia zakreślanie odpowiedzi z listy sześciu substancji lub dopisanie przez respondenta nazwy substancji, jeśli nie ma jej na tej liście (kategorie dychotomiczne odpowiedzi: występuje, nie występuje).
- Do oceny zmian w trendach **palenia papierosów** przez 15-letnią młodzież wybrano trzy wskaźniki:
 - palenie ogółem, który określa odsetki młodzieży przyznającej się do palenia,
 - palenie okazjonalne (od kilku razy w roku do kilku razy w tygodniu),
 - palenie codzienne.
- Do oceny zmian w trendach **palenia papierosów przez rodziców** 15-letniej młodzieży wybrano również trzy wskaźniki:
 - rodzice nie palili papierosów,
 - palili okazjonalnie (jeżeli „czasem” palił przynajmniej jeden z rodziców),
 - palili nałogowo (jeżeli „nałogowo” palił przynajmniej jeden z rodziców).

Wyniki

Narkotyki

W tabelach 2.1, 2.2 i 2.3 zestawione są wyniki dotyczące kontaktów młodzieży z nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi. Wyniki ostatnich trzech rund badań mokotowskich (2004, 2008, 2012) pokazują stabilizację kontaktów młodzieży z nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi. Wskazują na to utrzymujące się na względnie stałym poziomie 16–18% odsetki młodzieży przyznającej się do używania narkotyków przynajmniej raz w ostatnim roku, tabela 2.2, rycina 2.2. Towarzyszy temu ustabilizowanie się w ostatnich kilku latach liczby młodzieży uczestniczącej w spotkaniach, gdzie używano takich środków (w latach 2008 i 2012 ok. jedna trzecia badanej młodzieży uczestniczyła w takich spotkaniach), tabela 2.1, rycina 2.1. Dane z trzech ostatnich rund badań mokotowskich wy-

rażnie pokazują, że na Mokotowie, Ursynowie i Wilanowie zahamowaniu uległa tendencja wzrostowa obserwowana od 1988 roku do 2000 roku. Niepokojącym sygnałem jest wzrost, jaki odnotowano w latach 2008–2012 wśród nastolatków często bywających w towarzystwie narkotykowym (wzrost z ok. 6% do 9%, $p < 0,05$, tabela 2.1) oraz często używających narkotyków. Ta ostatnia grupa zwiększyła się z ok. 3% do 4,5% ($p < 0,05$), tabela 2.2.

Tabela 2.1. Uczestniczenie w ostatnim roku w spotkaniach towarzyskich, podczas których używano nielegalnych substancji psychoaktywnych. Trendy w latach 1984–2012

Rok badania	Liczba respondentów	W roku poprzedzającym badanie (odsetki badanych)			
		Nie uczestniczyli	Uczestniczyli okazjonalnie (raz, dwa lub kilka razy)	Uczestniczyli często (przynajmniej kilkanaście razy)	Uczestniczyli choć raz (kolumna 4 + 5 razem)
Dziewczęta					
1984	1802	92,2			7,8
1988	1870	96,1	3,0	0,8	3,9
1992	971	85,1	13,5***	1,4	14,9***
1996	1181	67,1	27,0***	5,8***	32,9***
2000	1111	54,1	34,4***	11,5***	45,9***
2004	663	55,1	32,0	13,0	44,9
2008	565	64,8	29,4	5,8***	35,2***
2012	476	65,8	26,5	7,8	34,2
Chłopcy					
1984	1600				7,9
1988	1460	95,4	3,5	1,1	4,6
1992	770	86,5	10,1***	3,4***	13,5***
1996	986	67,5	25,1***	7,4***	32,5***
2000	961	55,9	30,3**	13,8***	44,1***
2004	673	67,0	23,2**	9,8**	33,0***
2008	556	69,4	23,7	6,8	30,6
2012	452	69,7	20,6	9,7 #	30,3
Razem					
1984	3402	92,2			7,8
1988	3330	95,8	3,2	0,9	4,2
1992	1752	85,6	12,2***	2,3***	14,4***
1996	2170	67,4	26,1***	6,5***	32,6***
2000	2083	55,0	32,5***	12,6***	45,0***
2004	1345	61,0	27,7**	11,3	39,0***
2008	1129	67,1	26,7	6,3***	32,9**
2012	935	67,5	23,7	8,8*	32,5

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0% do 0,6%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

Uwaga! Dane z roku 1984 dotyczą wszystkich uczniów – opóźnionych i nieopóźnionych w nauce. Ze względów technicznych nie jest możliwe wyodrębnienie z bazy danych z 1984 roku uczniów nieopóźnionych w nauce i w związku z tym nie są sprawdzane istotności różnic statystycznych między rokiem 1984 a 1988.

Tabela 2.2. Używanie przez młodzież nielegalnych substancji psychoaktywnych w ostatnim roku. Trendy w latach 1984–2012

Rok badania	Liczba respondentów	W roku poprzedzającym badanie (odsetki badanych)			
		Nie używali	Używali okazjonalnie (raz, dwa lub kilka razy)	Używali często (przynajmniej kilkanaście razy)	Użyli choć raz (kolumna 4 + 5 razem)
Dziewczęta					
1983	Brak inf.				
1988	901	97,6	2,0	0,4	2,4
1992	968	94,6	4,8***	0,6	5,4***
1996	1182	88,2	10,1***	1,7*	11,8***
2000	1112	83,4	13,0*	3,6**	16,6***
2004	666	82,0	13,5	4,5	18,0
2008	565	85,5	11,5	3,0	14,5#
2012	475	81,9	14,1	4,0	18,1
Chłopcy					
1983	Brak inf.				
1988	702	98,0	1,6	0,4	2,0
1992	771	92,5	6,6***	0,9	7,5***
1996	983	83,9	12,4***	3,7***	16,1***
2000	962	81,8	13,6	4,6	18,2
2004	673	83,1	13,1	3,9	16,9
2008	556	82,6	14,9	2,5	17,4
2012	451	82,3	13,1	4,7#	17,7
Razem					
1983	1352	97,4	2,0	0,6	2,6
1988	1603	97,8	1,8	0,4	2,2
1992	1750	93,7	5,6***	0,7	6,3***
1996	2168	86,3	11,1***	2,6***	13,7***
2000	2085	82,7	13,3*	4,0**	17,3***
2004	1348	82,6	13,2	4,2	17,4
2008	1121	84,0	13,2	2,8	16,0
2012	933	81,8	13,9	4,3#	18,2

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,1% do 0,6%.

* $p < 0,05$

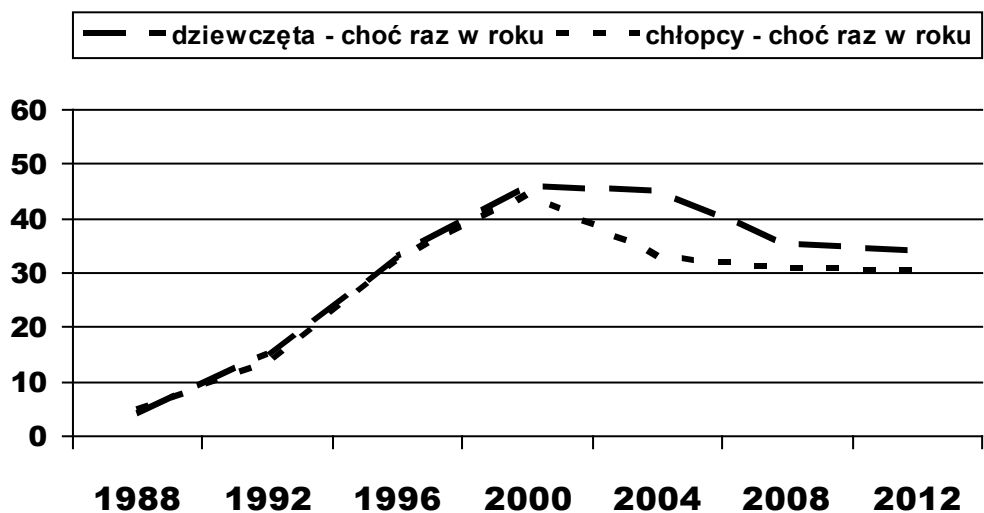
** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

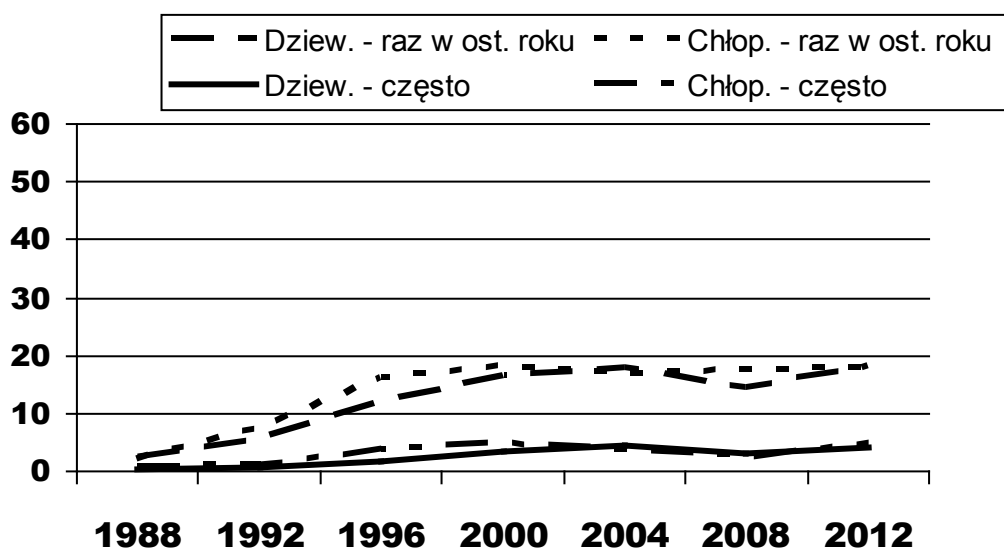
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

Uwaga! Dane z roku 1984 dotyczą wszystkich uczniów – opóźnionych i nieopóźnionych w nauce. Ze względów technicznych nie jest możliwe wyodrębnienie z bazy danych z 1984 roku uczniów nieopóźnionych w nauce i w związku z tym nie są sprawdzane istotności różnic statystycznych między rokiem 1984 a 1988.



Rycina 2.1. Trendy w uczestniczeniu w spotkaniach młodzieżowych, podczas których używano narkotyków, lata 1988–2012



Rycina 2.2. Płeć a trendy w używaniu narkotyków przez młodzież w latach 1988–2012

W 2012 roku dołączono pytanie o rodzaj nielegalnej substancji psychoaktywnej używanej przez badanego ucznia w ostatnim roku. Wyniki wskazują na dominację przetworów konopi, tabela 2.3. Jeśliby przyjąć za podstawę liczbę wszystkich uczniów, którzy potwierdzili używanie nielegalnej substancji psychoaktywnej w ostatnim roku (N=170), to w pytaniu o rodzaj używanej substancji 150 osób zakresliło przetwory konopi. Stanowiło to więc 88% wszystkich osób, które użyły w ostatnim roku jakiegoś narkotyku. Dla porównania, drugie na liście leki psychotropowe, nasenne lub uspoka-

jające zostały zakreślone przez 24 uczestników badań, a więc przez ok. 14% uczniów, którzy używali jakiegoś narkotyku w ostatnim roku.

Tabela 2.3. Rodzaje substancji psychoaktywnych używanych przez młodzież w ostatnim roku (odsetki).
Dane z 2012 roku

Rodzaje substancji psychoaktywnych	Dziewczęta N=449	Chłopcy N=471	Razem N=935
Marihuana lub haszysz	15,3	16,7	16,0
Substancje wziewne (kleje)	1,7	0,2	1,0
Leki psychotropowe i uspokajające	4,2	0,9**	2,6
Amfetamina	1,1	1,3	1,2
Ecstasy	1,1	0,2	0,7
Dopalacze	1,9	0,2	1,1
Inne (np. acodin, tabaka)	1,7	2,0	1,8

Odsetek braków danych w odpowiedziach na to pytanie wyniósł.

**p<0,01

Uwaga! Sumy odsetków w tej tabeli są większe od odsetków osób przyznających się do używania jakiegokolwiek rodzaju substancji w ostatnim roku przed badaniem, ponieważ niektóre osoby ankietowane wymieniały więcej niż jeden rodzaj substancji.

Na przestrzeni lat 1992–2012 najbardziej popularnymi nielegalnymi substancjami używanymi podczas młodzieżowych spotkań towarzyskich pozostawały przetwory konopi indyjskich (marihuana i haszysz). Około 30% badanych 15-latków w latach 2008–2012 uczestniczyło w spotkaniach towarzyskich, gdzie używano marihuany lub haszyszu. Pozostałe substancje były znacznie mniej dostępne na spotkaniach towarzyskich młodzieży, choć należy odnotować, że w latach 90. w środowiskach młodzieży szkolnej na Mokotowie, Ursynowie i Wilanowie wzrastała dostępność prawie wszystkich substancji nielegalnych. Nowym zjawiskiem odnotowanym w 2012 roku była dostępność tzw. dopalaczy. Około 5% młodzieży uczestniczyło w spotkaniach towarzyskich, na których brano dopalacze. Wyniki ostatnich dwóch rund sugerują, że w młodzieżowych kręgach dostępność przetworów konopi, heroiny, amfetaminy, kokainy, leków psychoaktywnych oraz LSD i innych halucynogenów utrzymywała się na zbliżonym poziomie (tabela 2.4). Wyniki dotyczące rodzajów substancji mają jedynie charakter orientacyjny, ponieważ ze względu na zmiany w konstrukcji pytania (w latach 1992 i 1996 było to pytanie otwarte, a w latach 2000–2012 zastosowano pytanie z listą odpowiedzi, która zawierała nazwy substancji psychoaktywnych) zrezygnowano z obliczeń istotności różnic.

Tabela 2.4. Rodzaje substancji psychoaktywnych używanych podczas młodzieżowych spotkań towarzyskich. Trendy w latach 1992–2012

Odsetki uczniów, którzy wymieniali poszczególne substancje psychoaktywne używane w czasie tych spotkań						
Rodzaje substancji używanych w czasie tych spotkań	Rok 1992 N=1712	Rok 1996 N=2024	Rok 2000 N=2027	Rok 2004 N=1330	Rok 2008 N=1099	Rok 2012 N=935
Marihuana lub haszysz	10,3	24,1	41,4	36,0	29,4	30,2
Substancje wziewne (kleje)	2,9	1,0	3,6	2,9	2,1	3,9
LSD i inne halucynogeny	2,0	8,1	8,7	3,4	3,7	3,7
Leki psychotropowe i uspokajające	1,5	0,5	4,3	2,6	6,2	7,2
Amfetamina	0,5	8,1	11,4	5,2	3,6	3,9
Opiaty (w tym „kompot” i heroina)	0,3	1,0	7,6	3,0	2,1	2,2
Kokaina	0,2	0,4	3,6	1,8	4,2	3,0
Ecstasy	Nie było	1,3	6,7	5,3	3,2	2,8
Sterydy anaboliczne	Nie było	0,2	3,2	2,8	1,0	1,1
Kodeina		brak takiej kategorii			2,2	1,1
Dopalacze		brak takiej kategorii				5,1
Inne (np. acodin, tabaka, oraz trudne do interpretacji, nieznanne)	0,7	2,2	1,6	2,6	5,7	5,3

Uwaga! Sumy odsetków w poszczególnych latach są większe od odsetków osób biorących udział w narkotykowych spotkaniach towarzyskich w tych latach, ponieważ osoby ankietowane wymieniały często więcej niż jeden rodzaj substancji.

Odsetek braków odpowiedzi w pomiarach z lat 1992 i 1996 wynosił około 14% (pytanie otwarte), a w latach 2000–2012 roku poniżej 5% (pytanie z gotowymi kategoriami odpowiedzi).

Leki uspokajające lub/i nasenne

W tabeli 2.5 przedstawiono dane dotyczące przyjmowania leków uspokajających lub/i nasennych w ostatnim roku przed badaniem. W latach 1984–2012 zwiększyła się grupa 15-latków, którzy potwierdzali przyjmowanie takich leków. Odsetki nastolatków, którzy choć raz w ciągu roku sięgnęli po te farmaceutyki, wynosiły w 1984 roku około 12%, zaś w 2012 roku – około 18%. Różnica ta jest istotna statystycznie na poziomie $p < 0,001$. Wzrost w zakresie przyjmowania tych leków był widoczny

szczególnie wśród dziewcząt. Na przestrzeni 24 lat odsetek nastolatków sięgających po leki uspokajające lub nasenne wzrósł z około 17% w 1988 roku do około 26% w roku 2012 ($p < 0,001$), rycina 2.3. Warto również zwrócić uwagę na grupę dziewcząt, które leki uspokajające i nasenne stosowały często – tj. kilkanaście razy i więcej w ostatnim roku. W roku 1988 jedynie 2% nastolatków potwierdzało częste przyjmowanie tych leków, podczas gdy w roku 2012 odsetki te przekroczyły 6% ($p < 0,001$).

Tabela 2.5. Używanie przez młodzież leków uspokajających i nasennych. Trendy w latach 1984–2012

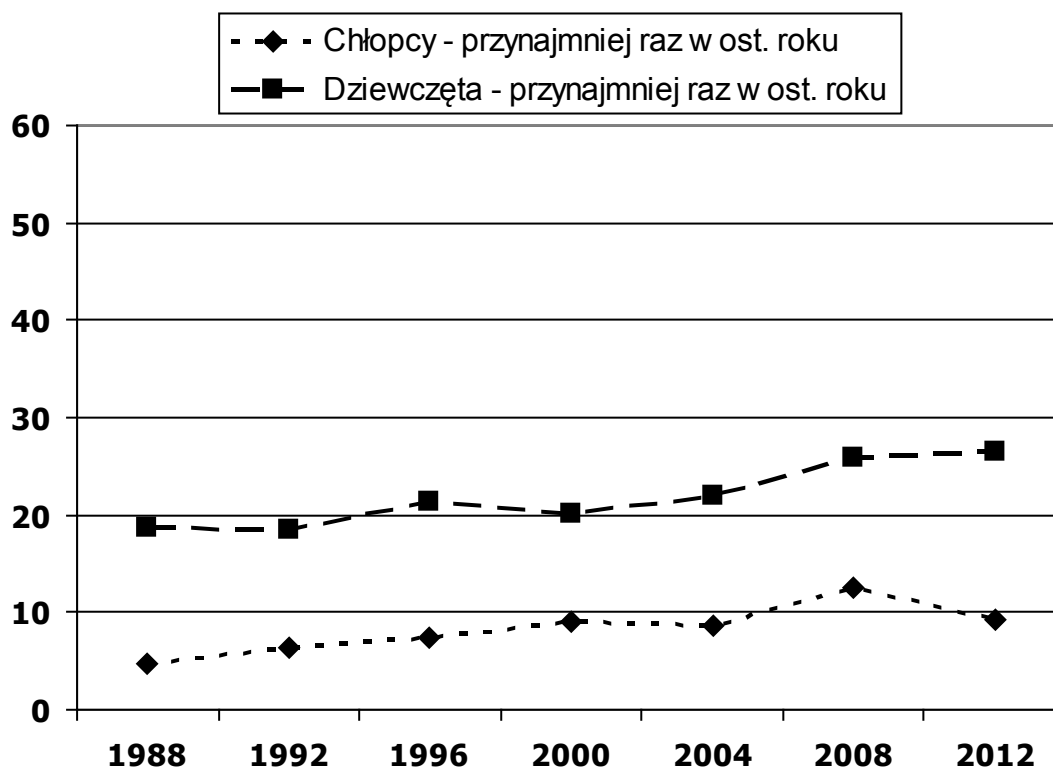
Rok badania	Liczba respondentów	W roku poprzedzającym badanie (odsetki badanych)			
		Nie używali	Używali okazjonalnie (raz, dwa lub kilka razy)	Używali często (przynajmniej kilkanaście razy)	Użyli choć raz (kolumna 4 + 5 razem)
Dziewczeta					
1984	1802	83,3			16,7
1988	1872	81,2	16,7	2,1	18,8
1992	968	81,5	17,0	1,4	18,5
1996	1181	78,7	18,4	3,0*	21,3
2000	1107	79,8	16,9	3,3	20,2
2004	664	78,0	17,9	4,1	22,0
2008	564	74,1	20,7	5,1	25,9
2012	474	73,4	20,0	6,5	26,6
Chłopcy					
1984	1600	93,8			6,2
1988	1456	95,3	4,1	0,7	4,7
1992	769	93,6	5,6	0,8	6,4
1996	985	92,5	6,2	1,3	7,5
2000	960	90,9	7,9	1,1	9,1
2004	670	91,3	7,2	1,5	8,7
2008	554	87,4	10,3*	2,3	12,6*
2012	443	90,7	7,7	1,6	9,3
Razem					
1984	3402	87,8			12,2
1988	3328	87,3	11,1	1,5	12,7
1992	1748	86,8	12,0	1,2	13,2
1996	2169	85,0	12,8	2,2	15,0
2000	2078	84,8	12,8	2,3	15,2
2004	1343	84,7	12,6	2,8	15,3
2008	1118	80,7	15,6*	3,7	19,3**
2012	917	81,8	14,1	4,1	18,2

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,2% do 1,2%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)



Rycina 2.3. Płeć a trendy w używaniu leków uspokajających/nasennych przez młodzież w latach 1988- 2012

Papierosy

W tabeli 2.6. zestawione są dane dotyczące palenia papierosów w ostatnim roku w latach 1988–2012. Wyniki ostatniej rundy badań mokatowskich wskazują na stabilizację wskaźników palenia papierosów w latach 2008–2012. Porównania w obrębie wszystkich trzech wskaźników (palenie ogółem, palenie okazjonalne i codzienne) wskazują na brak istotnych zmian. Stabilizacja wskaźników palenia tytoniu jest interesująca na tle wahań, jakim to zachowanie podlegało na przestrzeni ostatnich 30 lat, rycina 2.4.

Interesującym tłem dla obserwacji palenia papierosów przez młodzież są trendy w paleniu tytoniu przez ich rodziców. Jeśli spojrzymy na cały okres badań mokatowskich, to widać, że palenie papierosów w populacji rodziców 15-latków zdecydowanie zmniejszyło swoje rozmiary. W 2012 roku ponad połowa rodziców badanych uczniów nie paliła papierosów. Dwadzieścia osiem lat wcześniej takich rodziców było tylko 27%. Radykalnie na przestrzeni lat 1984–2012 zmniejszyły się odsetki rodziców palących okazjonalnie (o ok. 10%) i nałogowo (o ok. 18%), tabela 2.7.

Tabela 2.6. Palenie papierosów przez młodzież w ostatnim roku. Trendy w latach 1984–2012

Rok badania	Liczba respondentów	W roku poprzedzającym badanie (odsetki badanych)			Palenie ogółem (kolumna 4 + 5 razem)
		Nie palili	Palili okazjonalnie	Palili codziennie	
Dziewczęta					
1984	1802	73,6	17,6	8,8	26,4
1988	1873	81,5	13,8	4,7	18,5
1992	971	72,6	19,1 ^{***}	8,3 ^{***}	27,4 ^{***}
1996	1182	68,4	18,9	12,8 ^{***}	31,6 [*]
2000	1107	63,4	22,4 [*]	14,2	36,6 ^{**}
2004	664	68,8	16,4 ^{**}	14,8	31,2 [*]
2008	566	63,4	27,9 ^{***}	8,7 ^{***}	36,6 [*]
2012	475	64,2	25,1	10,7	35,8
Chłopcy					
1984	1600	62,1	22,2	15,7	37,9
1988	1462	74,8	16,1	9,0	25,2
1992	773	73,6	15,7	10,7	26,4
1996	984	65,2	20,0 ^{**}	14,7 ^{**}	34,8 ^{***}
2000	961	72,1	14,3 ^{***}	13,6	27,9 ^{***}
2004	673	78,3	12,6	9,1 ^{**}	21,7 ^{**}
2008	558	72,9	18,8 ^{**}	8,2	27,1 [*]
2012	450	74,4	16,2	9,3	25,6
Razem					
1984	3402	68,3	19,7	12,0	31,7
1988	3335	78,6	14,8	6,6	21,4
1992	1755	72,9	17,6 ^{**}	9,5 ^{***}	27,1 ^{***}
1996	2169	66,9	19,4	13,7 ^{***}	33,1 ^{***}
2000	2078	67,5	18,6	13,9	32,5
2004	1346	73,6	14,5 ^{**}	12,0	26,4 ^{***}
2008	1132	68,3	23,3 ^{***}	8,4 ^{**}	31,7 ^{**}
2012	932	69,0	21,0	10,0	31,0

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,1% do 0,5%.

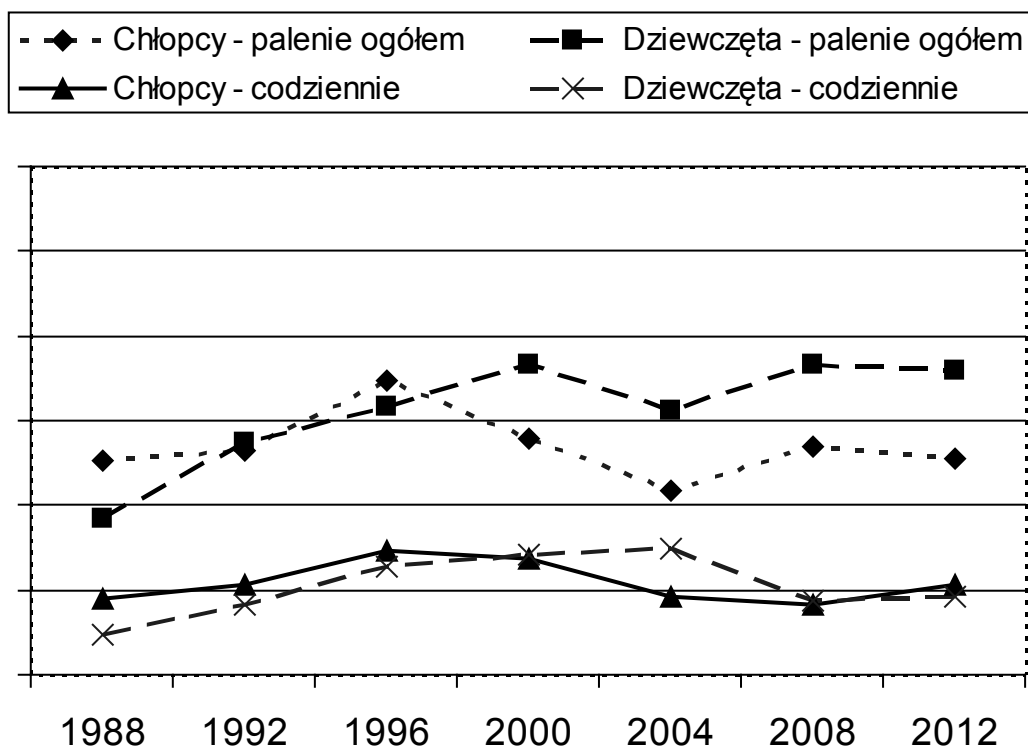
* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

Uwaga! Dane z roku 1984 dotyczą wszystkich uczniów – opóźnionych i nieopóźnionych w nauce. Ze względów technicznych nie jest możliwe wyodrębnienie z bazy danych z 1984 roku uczniów nieopóźnionych w nauce i w związku z tym nie są sprawdzane istotności różnic statystycznych między rokiem 1984 a 1988.



Rycina 2.4. Płec a trendy w paleniu papierosów przez młodzież w latach 1988–2012

Tabela 2.7. Palenie papierosów przez rodziców 15-letnich uczniów. Trendy w latach 1984–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Odsetki uczniów, których rodzice:		
		Nie palili papierosów	Palili okazjonalnie (przynajmniej jeden z rodziców)	Palili nałogowo (przynajmniej jeden z rodziców)
1984	3402	27,0	26,3	46,5
1988	3334	31,5	24,0	44,5
1992	1754	30,0	21,2*	48,7**
1996	2171	36,5	17,4***	46,1
2000	2080	40,0	16,2	43,8*
2004	1349	48,6	14,2	37,2***
2008	1131	52,4	14,9	32,6**
2012	919	56,0	15,0	28,9 #

Odsetek braków danych na to pytanie wahał się od 0,1% do 1,7%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

Różnice ze względu na płeć

Narkotyki. W 2012 roku ok. 18% dziewcząt i chłopców z Mokotowa, Ursynowa i Wilanowa przyznało się do użycia narkotyku w ciągu ostatniego roku przed badaniem. Nie różniły się też liczebnie grupy dziewcząt i chłopców często używających narkotyków. Wyniki ostatnich rund badań mokotowskich sugerują, że rozpowszechnienie kontaktów z nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi wygląda podobnie u dziewcząt i u chłopców, podczas gdy w latach 90. znacząco większa grupa chłopców niż dziewcząt sięgała po te substancje, tabela 2.8, rycina 2.2. Dodatkowe dane pochodzące z 2012 roku wskazują, że dziewczęta częściej niż chłopcy sięgali w celu odurzenia się po takie substancje psychoaktywne, jak leki psychotropowe, uspokajające/nasenne, tabela 2.3, co jest zgodne z innymi wynikami dotyczącymi rozpowszechnienia stosowania tych leków przez dziewczęta, rycina 2.3. W stosowaniu pozostałych rodzajów narkotyków nie stwierdzono różnic ze względu na płeć lub różnice te trudno interpretować w kategoriach statystycznych – ze względu na płeć osób w poszczególnych kategoriach, np. 0,2% chłopców raportowało przyjmowanie substancji wziewnych w ostatnim roku.

Leki. Odsetki dziewcząt sięgających po leki uspokajające/nasenne we wszystkich analizowanych latach były 2- lub 3-krotnie wyższe niż odsetki chłopców, tabela 2.8, rycina 2.3. W 2012 roku ok. 9% chłopców oraz 27% dziewcząt zaznaczyło w ankiecie, że w ostatnim roku przynajmniej raz używało tych leków.

Papierosy. Wyniki z lat 2008–2012 potwierdzają, że więcej 15-letnich dziewcząt niż chłopców pali papierosy okazjonalnie ($p < 0,001$), natomiast w paleniu codziennym płeć nie różnicuje w istotny sposób rozpowszechnienia tych zachowań, tabela 2.8, rycina 2.4. W latach 80. chłopcy częściej palili papierosy niż dziewczęta (tabela 2.8). Inna dynamika zmian w paleniu papierosów obserwowana w latach 1996–2004 u chłopców i u dziewcząt spowodowała, że dziewczęta około 2000 roku „wyprzedziły” chłopców w niektórych wskaźnikach palenia.

Podsumowanie i omówienie wyników

Narkotyki. Wyniki ostatnich trzech rund badań mokotowskich wskazują na stabilizację kontaktów warszawskiej młodzieży gimnazjalnej z narkotykami. Świadczy o tym wyraźne zmniejszenie się odsetka młodzieży „uczestniczącej w spotkaniach, gdzie używano takich środków”, ale przede wszystkim utrzymanie się na względnie stałym poziomie (16–18%) odsetka młodzieży przyznającej się do używania narkotyków przynajmniej raz w ostatnim roku. Jest to istotna zmiana po dekadzie wzrostu wskaźników używania narkotyków w populacji 15-latków na Mokotowie. Wyniki sugerują więc, że (przynajmniej w Warszawie) niepokojący trend z lat 90. uległ zahamowaniu. Niestety, ostatnie wyniki badań ogólnopolskich nad młodzieżą szkolną ESPAD-2011 (Sierosławski, 2011) oraz HBSC-2010 (Dzielska, 2012) nie potwierdzają stabilizacji trendu w tym zakresie. Wyniki tych dwóch badań wskazują na powrót tendencji wzrostowej w kontaktach młodzieży z narkotykami w ostatnich kilku latach. Szczególnie wyniki ESPAD sugerują wyraźny wzrost we wskaźnikach używania marihuany w latach 2007–2011 (Sierosławski, 2011). Dla równowagi należy dodać, że sondaże

Tabela 2.8. Porównanie wybranych wskaźników używania substancji psychoaktywnych ze względu na płeć w latach 1988–2012, odsetki

	1988		1992		1996		2000		2004		2008		2012	
	Dziew- częta	Chłopcy	Dziew- częta	Chłopcy	Dziew- częta	Chłopcy	Dziew- częta	Chłopcy	Dziew- częta	Chłopcy	Dziew- częta	Chłopcy	Dziew- częta	Chłopcy
Używanie narkotyków – przynajmniej raz w ostatnim roku	2,4 N=901	2,0 N=702	5,4 N=968	7,5* N=771	11,8 N=1182	16,1** N=983	16,6 N=1112	18,2 N=962	18,0 N=666	16,9 N=673	14,5 N=565	17,4 N=556	18,1 N=475	17,7 N=451
Używanie leków nasennych/ uspokajających – przynajmniej raz ostatnim roku	18,8 N=1872	4,7*** N=1456	18,5 N=968	6,4*** N=769	21,3 N=1181	7,5*** N=985	20,2 N=1107	9,1*** N=960	22,0 N=664	8,7*** N=670	25,9 N=564	12,6*** N=554	26,6 N=474	9,3*** N=443
Codziennie palenie papierosów	4,7 N=1873	9,0*** N=1462	8,3 N=971	10,7 N=773	12,8 N=1182	14,7 N=984	14,2 N=1107	13,6 N=961	14,8 N=664	9,1*** N=673	8,7 N=566	8,2 N=558	10,7 N=475	9,3 N=450
Picie alkoholu - przynajmniej raz w ostatnich 30 dniach	26,3 N=1830	33,8*** N=1426	46,0 N=954	55,7*** N=770	47,2 N=1177	54,8*** N=982	51,9 N=1106	53,0 N=948	53,9 N=662	45,1*** N=657	52,8 N=562	47,2* N=549	43,6 N=470	41,5 N=446
Upijanie się - przynajmniej raz w ostatnich 30 dniach	4,1 N=1815	11,9*** N=1415	7,6 N=955	21,0*** N=768	14,6 N=1174	26,9*** N=978	15,1 N=1095	26,3*** N=945	18,8 N=649	21,0 N=653	18,1 N=554	25,0** N=548	15,1 N=464	20,3* N=443

* p<0,05

** p<0,01

*** p<0,001

CBOS-u z lat 1992–2010, prowadzone wśród pełnoletniej młodzieży kończącej edukację w szkołach ponadgimnazjalnych, wskazują na stabilizację wskaźników używania narkotyków (Malczewski, 2011).

Badania mokotowskie i ogólnopolskie jednoznacznie wskazują na dominację przetworów marihuany wśród nielegalnych substancji psychoaktywnych używanych przez dorastającą młodzież (Sierosławski, 2011; Malczewski, 2011; Dzielska, 2012). Nasze badania przeprowadzone jesienią 2012 roku, a więc w dwa lata po zamknięciu sklepów z dopalaczami, wskazują również, że tzw. dopalacze odgrywają aktualnie marginalną rolę wśród substancji psychoaktywnych używanych przez młodzież. Do ich użycia w ciągu ostatniego roku przyznało się ok. jednego procenta uczestników badań mokotowskich. Wyniki ogólnopolskich badań ESPAD przeprowadzonych rok wcześniej wskazywały jeszcze na 7% 15-latków używających dopalaczy w ciągu roku poprzedzającego badanie (Sierosławski, 2011).

Leki uspokajające/nasenne. Biorąc pod uwagę cały okres badań mokotowskich, ich wyniki wskazują na wzrost odsetka 15-letniej młodzieży, która używa leków nasennych/uspokajających. Ta tendencja wzrostowa wyraźniej była zaznaczona wśród dziewcząt niż wśród chłopców. Rozpowszechnienie używania tych leków w badaniach mokotowskich nie podlegało gwałtownym zmianom, jak to miało miejsce w przypadku narkotyków lub papierosów. Porównanie wyników badań mokotowskich z ogólnopolskimi badaniami ESPAD, w których również uczestniczą uczniowie trzecich klas gimnazjalnych, wskazuje na interesujące różnice. Przede wszystkim, odsetki respondentów sięgających po leki uspokajające i nasenne są znacznie wyższe wśród gimnazjalistów z Mokotowa, Ursynowa i Wilanowa niż wśród uczniów pochodzących z całej Polski. Według danych ESPAD w 2007 roku⁴, około 7% uczniów trzecich klas gimnazjalnych potwierdziło przyjmowanie bez zalecenia lekarza leków uspokajających i nasennych w ostatnich 12 miesiącach przed badaniem (Sierosławski, 2007). Wyniki *badania mokotowskiego* z lat 2008–2012 wskazują natomiast, że takich uczniów było 18–19%. Obserwowane rozbieżności można częściowo wyjaśnić tym, że w badaniu ESPAD badacze wyraźnie podkreślili w ankiecie, że chodzi o leki przyjmowane bez zalecenia lekarza. W *badaniach mokotowskich* pytamy o leki bez zaznaczenia, że interesują nas wyłącznie farmaceutyki przyjmowane na własną rękę. Nasze dane obejmują więc również takich uczniów, którym leki uspokajające lub nasenne zapisał lekarz. Bez względu jednak na wspomniane różnice w metodzie, porównanie ESPAD z *badaniami mokotowskimi* sugeruje, że młodzież wielkomiejska znacznie częściej sięga po leki uspokajające i nasenne niż ich rówieśnicy z populacji ogólnopolskiej.

Kolejną interesującą różnicą pomiędzy wynikami naszych badań a wynikami ESPAD dotyczy trendów w używaniu tych leków. Inaczej niż w *badaniach mokotowskich*, w których obserwowany jest wzrost odsetka 15-latków sięgających po leki uspokajające i nasenne, badania ESPAD sugerują istotny statystycznie spadek używania tych leków. Warto jednak dodać, że w przypadku ESPAD wynik ten odnosi się do używania tych leków w całym życiu (Hibell i wsp., 2011). Pomimo trendu spadkowego, międzynarodowe porównania ESPAD wskazują, że odsetki polskiej młodzieży, która potwierdza przyjmowanie leków uspokajających i nasennych, są dwukrotnie wyższe niż średnia wszystkich krajów uczestniczących w tym projekcie (Hibell i wsp., 2011).

4 Dane dotyczące odsetków uczniów stosujących leki uspokajające i nasenne w ostatnim roku przed badaniem zamieszczone są w raporcie ESPAD z roku 2007, w raporcie z roku 2011 podano jedynie informacje o przyjmowaniu leków w całym życiu.

Papierosy. Stabilizacja wskaźników palenia papierosów przez młodzież obserwowana w latach 2008–2012 dzieje się na tle zmniejszającego się rozpowszechnienia palenia przez rodziców. W 2012 roku większość (56%) rodziców 15-latków biorących udział w badaniu nie paliła papierosów, podczas gdy prawie 30 lat temu niepalących rodziców było tylko 27%. Wyniki badań *mokotowskich* wskazują, że na przestrzeni ostatnich 20–30 lat grupa rodziców palących nałogowo zmniejszyła się o około 20%, a grupa rodziców palących okazjonalnie o ok. 10%. Dorośli ludzie w Polsce w ostatnich 20 latach znacznie ograniczyli palenie (Czapiński, 2011). Zdecydowanie mniej pali się w biurach, szkołach, szpitalach i innych miejscach publicznych. Powoli i z oporami zaczyna się to przekładać na zachowania nastoletniej młodzieży. Badania mokotowskie dokumentują ten proces. Po okresie wzrostu do połowy lat 90., w latach dwutysięcznych nastąpiło wyraźne zmniejszenie się odsetków młodzieży palącej codziennie. W 2012 roku ok. 10% nastolatków paliło papierosy codziennie, podczas gdy w latach 1996–2000 takiej młodzieży było ok. 14%. Na zmniejszanie się w ostatnich kilkunastu latach grupy młodzieży, która pali papierosy regularnie, wskazują również ogólnopolskie badania HBSC (Kowalewska, 2012) i sondaże CBOS-u (Malczewski, 2011). W innym ogólnopolskim badaniu (ESPAD) odnotowano w latach 2007–2011 wzrost wskaźników palenia zarówno wśród młodzieży 15-letniej, jak i 17-letniej (Sierosławski, 2011). Należy jednak dodać, że w badaniu ESPAD do porównań wykorzystuje się inny wskaźnik – palenie papierosów w ostatnich 30 dniach oraz palenie w życiu, który dotyczy także osób palących okazjonalnie.

Różnice ze względu na płeć. Wyniki ostatnich dwóch-trzech rund badań mokotowskich wskazują, że płeć przestaje różnicować rozpowszechnienie takich zachowań ryzykownych 15-letniej młodzieży, jak eksperymenty z narkotykami lub codzienne palenie papierosów. Różnice w rozpowszechnieniu tych zachowań (obserwowane we wcześniejszych rundach badań mokotowskich) stopniowo uległy zatarciu. Różnicą, która jest związana z płcią i utrzymała się przez wszystkie lata badań mokotowskich, jest znacznie większe rozpowszechnienie używania leków nasennych/uspokajających w grupie dziewcząt. Tę różnicę potwierdzają wyniki badań międzynarodowych (Hibell i wsp., 2011).

Zahamowanie w ostatniej dekadzie tendencji wzrostowych obserwowanych w latach 90. w zakresie używania narkotyków oraz codziennego palenia tytoniu należy ocenić pozytywnie z perspektywy zdrowia publicznego 15-letniej młodzieży. Jeśli do tego dodamy zmniejszenie się grupy 15-letniej młodzieży, która nadużywa napojów alkoholowych (porównaj rozdział 3), to ogólny obraz może budzić nadzieję na poprawę stanu zdrowia i bezpieczeństwa nastolatków uczących się w Warszawie. Oprócz zmian legislacyjnych wprowadzających ograniczenia w dostępności do substancji psychoaktywnych oraz działań profilaktycznych w tym zakresie, istotne dla zachowań nastolatków mogły być również pozytywne zmiany w zachowaniach ich rodziców – zmniejszenie się grupy rodziców palących papierosy. Z tej perspektywy niepokoi utrzymujący się na wysokim poziomie (20–25%) odsetek 15-letnich dziewcząt stosujących leki nasenne i uspokajające (por. rozdział 5). Sprzyja temu zarówno dostępność, jak i promocja rozmaitych farmaceutyków (Pisarska, Ostaszewski, 2011).

Piśmiennictwo

1. Bobrowski K. Zdrowie psychiczne i zachowania ryzykowne 15-latków – badania mokotowskie. *Alkoholizm i Narkomania* 2006; 19(3): 225–242.
2. Czapiński J. Nikotynizm w Polsce. Raport dla World Health Organization 2011; dostęp: <http://wsse-poznan.pl/wp-content/uploads/2010/OZ/palenie/materialy/Nikotynizm.pdf>.
3. Dzielska A. Używanie marihuany lub haszyszu przez młodzież 15-letnią. [W:] Woynarowska B., Mazur J. (red.) Wyniki badań HBSC 2010. Tendencja zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010. Instytut Matki i Dziecka 2012; 109–116.
4. Hibell B., Andersson B., Bjarnason T., Ahlstrom S., Balakireva O., Kokkevi A., Morgan M. The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The Pompidou Group at the Council of Europe, Stockholm 2004.
5. Hibell B., Guttormsson U., Ahlstrom S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Kraus L. The 2011 ESPAD Report. Substance use among students in 36 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Drug Trafficking in Drugs (Pompidou Group) 2011.
6. Kowalewska A. Palenie tytoniu. [W:] Woynarowska B., Mazur J. (red.), Wyniki badań HBSC 2010. Tendencja zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010. Instytut Matki i Dziecka 2012; 83–92.
7. Malczewski A. Młodzież a substancje psychoaktywne. [W:] Opinie i diagnozy nr 19. Młodzież 2010. Centrum Badania Opinii Społecznej, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 2011; 138–159.
8. Mazur J., Woynarowska B. Zespół zachowań ryzykownych a zdrowie subiektywne i zadowolenie z życia młodzieży 15-letniej. *Medycyna wieku rozwojowego* 2004; 8(3) cz.1 lipiec-wrzesień; 567–583.
9. Mazur J., Woynarowska B., Małkowska-Szkutnik A., Kołoto, H., Tabak, I., Kowalewska A., Dzielska, A. Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011; dostęp: http://www.imid.med.pl/klient2/pliki/hbhc_rap1.pdf.
10. Ostaszewski K. Problemy nastolatków związane z używaniem substancji psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania* 2008; 21(4): 363–389.
11. Ostaszewski K., Rostecka-Krawczyk A., Wójcik M. Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I-III. Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011.
12. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011; dostęp: <http://www.parpa.pl/images/file/Raport%20ESPAD.pdf>.

13. Pisarska A., Ostaszewski K. Medicine use among Warsaw ninth-grade students, *Drugs: education, prevention and policy* 2011; 18(5): 361–370.
14. Windle M. Substance use, risky behaviors, and victimization among a US national adolescent sample. *Addiction* 1994; 89 : 175–182.
15. Wolniewicz-Grzelak B., Ostaszewski K. Badanie środowisk szkolnych w zakresie zagrożenia uzależnieniem od środków odurzających. *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego* 1983; 4(52): 68-82.

Rozdział 3 **Trendy i wzory picia napojów alkoholowych w latach 1984–2012**

Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Anna Borucka

Streszczenie

Okres obserwacji. Wyniki podsumowują obserwacje prowadzone w latach 1984–2012.

Narzędzia. Do badań wykorzystano ankietę „Piwo-Wino-Wódka” opracowaną przez Barbarę Wolniewicz-Grzelak, pozwalającą zebrać informacje o ostatnim przypadku picia każdego rodzaju napoju alkoholowego.

Wyniki. Niemal ¼ warszawskich 15-latków badanych w 2012 roku nigdy nie piła alkoholu, ale 43% piło, a 18% upiło się w ciągu ostatnich 30 dni. Najbardziej popularnym napojem alkoholowym wśród młodzieży jest piwo (często pite przez 34% nastolatków), a najmniej – wino (14%). Najbardziej rozpowszechnionym wzorem picia alkoholu jest picie w umiarkowanych ilościach w towarzystwie rówieśników (30%). Dziewczeta częściej niż chłopcy piją wino (odpowiednio: 18% i 11%), a chłopcy częściej niż dziewczeta piją w ilościach prowadzących do upicia się (odpowiednio: 20% i 15%). Uzyskane wyniki wskazują na korzystny trend zmian – zmniejszanie się liczby 15-latków pijących alkohol i upijających się.

Wnioski. Ograniczenie picia alkoholu obserwowane wśród warszawskich nastolatków może być zapowiedzią korzystnych zmian w populacji ogólnej 15-latków w Polsce.

Wprowadzenie

Alkohol jest substancją psychoaktywną używaną przez największą grupę młodzieży w Polsce (Malczewski, 2011; Mazur i wsp., 2011; Sierosławski, 2012). Poza oczywistymi czynnikami kulturowymi, takimi jak legalność napojów alkoholowych dla osób dorosłych, duża dostępność i tradycja picia alkoholu, znanych jest wiele czynników psychospołecznych, które sprzyjają picciu alkoholu przez młodzież (Pertais i wsp., 1995). Praktyki rodzicielskie i zachowania rówieśników odgrywają zasadniczą rolę w rozwoju wzorów picia alkoholu przez nastolatków. Takie zachowania rodziców, jak m.in. dobre komunikowanie się, utrzymywanie bliskich relacji z dzieckiem, wspólne spędzanie czasu oraz monitorowanie dziecka są ważnymi czynnikami chroniącymi, które mogą zmniejszać ryzyko picia alkoholu przez dzieci (Dishion, McMahon, 1998; Ostaszewski, 2008; Reimuller i wsp., 2011). Jednak wpływ rodziców na postawy i zachowania dzieci słabnie wraz z ich dorastaniem na rzecz silniejszych oddziaływań grupy rówieśniczej. Wyniki niektórych badań wskazują, że picie alkoholu przez młodych ludzi jest związane ze wzrostem popularności i pozycji społecznej w grupie, większą liczbą przyjaciół, poczuciem bycia akceptowanym i wartościowym (Pedersen i Kolstad, 2000; Hoel

i wsp., 2004; Dermant i Jarvinen, 2006; Jarvinen i Gundelach, 2007). Dla młodych ludzi picie alkoholu może być próbą poradzenia sobie z własnymi emocjami, szukaniem potwierdzenia swojej niezależności od dorosłych, potrzebą bycia akceptowanym czy szanowanym przez rówieśników. To są tylko niektóre motywy, dla których młodzi sięgają po alkohol i wszystkie one wpływają na to, ile, z kim, jak często i w jakich okolicznościach młodzi ludzie piją (Cox i Klinger, 1988; Coopre i wsp., 1995; Vorts i wsp., 2009).

Poniżej przedstawiono zmiany w zakresie podstawowych wskaźników charakteryzujących rozpowszechnienie picia alkoholu w populacji warszawskich 15-latków oraz zmiany wzorów picia: w różnych ilościach i w różnym towarzystwie.

Metoda

Narzędzie badawcze

Do pomiaru wzorów spożywania napojów alkoholowych od początku badań wykorzystywano ankietę „Piwo – Wino – Wódka” opracowaną przez B. Wolniewicz-Grzelak (Wolniewicz-Grzelak, 1995), która dotyczy charakterystyki ostatniego przypadku picia trzech typów napojów alkoholowych: piwa, wina, wódki lub innych mocnych alkoholi. Picie każdego rodzaju trunku jest opisywane w kategoriach czasu (kiedy ostatni raz pił?), ilości (ile wtedy wypił?) oraz towarzystwa (z kim pił?). Metoda ta opiera się na założeniu potwierdzającym się w dużych grupach (Święcicki, 1963; Wolniewicz-Grzelak, 1985), iż okres, jaki upływa od dnia ostatniego przypadku picia do momentu badania jest mniej więcej taki sam jak okres, jaki upłynie między terminem badania a przypadkiem ponownego picia. Przyjmowano również, że ilość wypitego alkoholu przy ostatniej okazji picia określa średnią ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu.

Wskaźniki

Do porównań trendów w picciu napojów alkoholowych wybrano następujące wskaźniki:

- abstynenci – nigdy w życiu nie pili alkoholu,
- częste picie napojów alkoholowych – picie napojów alkoholowych przynajmniej raz w ostatnich 30 dniach poprzedzających badanie,
- upijanie się w ciągu ostatnich 30 dni – przyjęto za B. Wolniewicz-Grzelak (1985), że wypicie przy ostatniej okazji 60 i więcej gramów 100% alkoholu z dużym prawdopodobieństwem oznacza upicie się. Odpowiada to: trzem lub więcej półlitrowym butelkom piwa 4–5 % (1,5 litra piwa lub więcej), trzem i więcej lampkom wina (600 ml wina lub więcej) oraz przynajmniej trzem dużym kieliszkom wódki (150 ml wódki lub więcej).

Te trzy wskaźniki zostaną omówione w odniesieniu do picia jakichkolwiek napojów alkoholowych oraz osobno – do trzech rodzajów napojów: piwa, wina i wódki.

Zebrane informacje pozwalają również prześledzić trendy zmian na przestrzeni lat 1988–2012 w rozpowszechnieniu różnych wzorów picia alkoholu przez młodzież, tzn. zmiany w zakresie picia

w różnym towarzystwie i z uwzględnieniem ilości wypijanego alkoholu. Wskaźnik wzorów picia powstał z kombinacji wszystkich trzech miar picia alkoholu przez młodzież dostępnych w ankiecie „Piwo – Wino – Wódka”: ostatniego przypadku picia, ilości wypijanego alkoholu i towarzystwa, w jakim alkohol był pity. Utworzono sześć grup młodzieży ze względu na wzory picia alkoholu:

- Niepijący – nastolatki, którzy nigdy nie pili alkoholu. Jest to grupa tożsama z wymienioną powyżej grupą abstynentów.
- Pijący umiarkowanie w towarzystwie rówieśników – nastolatki, którzy przy ostatniej okazji pili w towarzystwie rówieśników i w umiarkowanych ilościach („pijący towarzysko”). Przyjęto, że wskaźnikiem umiarkowanego picia jest wypicie przy ostatniej okazji nie więcej niż czterech porcji standardowych (1 porcja standardowa = 250 ml piwa lub 100 ml wina lub 30 ml wódki)⁵, tzn. nie więcej niż dwóch półlitrowych butelek piwa lub dwóch 200 ml lampek wina, lub dwóch 60 ml kieliszków wódki. Młodzi ludzie, którzy nie upijają się i piją po to, by być w grupie rówieśniczej, są przez niektórych badaczy określani jako „kompetentnie” lub „umiarkowanie” pijący (Bogren, 2006) albo pijący „towarysko” (Senchak i wsp., 1998).
- Upijający się w towarzystwie rówieśników – nastolatki pijący w towarzystwie rówieśników i w dużych ilościach (przynajmniej 3 półlitrowe butelki piwa lub trzy 200 ml lampki wina, lub trzy 60 ml kieliszki wódki, przy ostatniej okazji). Młodzież pijąca „szkodliwie” lub „ryzykownie” ponosi najpoważniejsze konsekwencje zdrowotne i społeczne związane z piciem alkoholu i zwykle jest przeciwstawiana młodzieży pijącej umiarkowanie (Engels, Knibbe, 2000; Hellandsjo Bu i wsp., 2002; Hingson, Winter, 2003; Hingson i wsp., 2003; Hoel i wsp., 2004).
- Pijący w towarzystwie rodziców – nastolatki, którzy pili alkohol w umiarkowanych ilościach z rodzicami. Z analiz zostali wyłączeni respondenci, którzy nadużywali alkoholu z rodzicami. Jest to bardzo mała grupa, w żadnej rund badań (między 1988 a 2008 rokiem) nieprzekraczająca 0,7%, prawdopodobnie zdecydowanie różna od reszty populacji ze względu na znaczne ryzyko rozwoju problemów alkoholowych.
- Pijący samotnie – nastolatki, którzy przy ostatniej okazji pili alkohol bez żadnego towarzystwa, samotnie. W tej grupie nie brano pod uwagę ilości wypitego alkoholu.
- Pijący z innymi osobami – nastolatki, którzy na pytanie o towarzystwo, w jakim ostatni raz pili alkohol, wskazali „innych dorosłych” lub zaznaczyli kilka kategorii. W tej grupie nie brano pod uwagę ilości wypitego alkoholu.

Ocena zmian w czasie

Tradycyjnie w badaniach mokotowskich ocena istotności zmian w czasie była oparta na wynikach testu χ^2 , którym porównywano rozpowszechnienie danego zjawiska w aktualnym pomiarze ze stanem sprzed 4 lat. Również w niniejszym opracowaniu utrzymano ten sposób oceny zmian w zakresie trzech podstawowych wskaźników: niepicia, częstego picia i upijania się w ostatnich 30 dniach.

5 Porównaj: Rozpoznawanie problemów alkoholowych i krótkie interwencje. Wytyczne kliniczne dla podstawowej opieki zdrowotnej. PAMPAMEDIA, PARPA, Warszawa 2009, s. 51–52.

Jednak zgodnie ze strategią przyjętą m.in. w badaniach ESPAD (Hibell i wsp., 2009), za kluczowe uznajemy raczej wystarczająco duże zmiany wyrażone w punktach procentowych niż różnice istotne statystycznie. Zakładamy, że różnica mniejsza niż 3 punkty procentowe (por. Hibell i wsp., 2012) nie jest „rzeczywistą różnicą” i nie ma istotnego znaczenia dla polityki społecznej i planowania działań w obszarze zdrowia publicznego. Dlatego też, omawiając wyniki badań mokotowskich, koncentrujemy się na różnicach przynajmniej o 4%.

Wyniki

Trendy w picciu napojów alkoholowych

W tabeli 3.1 przedstawiono wyniki dotyczące picia napojów alkoholowych ogólnie, bez rozróżnienia rodzajów napoju.

Niepijący. Dane z 2012 roku wskazują, że odsetek abstynentów wśród 15-letniej młodzieży wzrósł o sześć punktów procentowych ($p < 0,001$) w porównaniu do danych z 2008 roku. Prawie jedna czwarta młodzieży nie piła alkoholu. Jest to poziom podobny do tego, jaki odnotowywano w latach 80. Korzystne zmiany dotyczące wzrostu odsetka 15-latków utrzymujących abstynencję zostały odnotowane zarówno w grupie chłopców (ok. 26% abstynentów, wzrost o 6 punktów procentowych w porównaniu do 2008 roku, $p < 0,05$), jak i dziewcząt (ok. 20% abstynentek, wzrost również o 6 punktów procentowych w porównaniu do 2008 roku, $p < 0,01$). Warto również odnotować fakt, że jest to najwyższy odsetek abstynentów w grupie chłopców na przestrzeni wszystkich lat objętych badaniami mokotowskimi. Dane zamieszczone w tabeli 3.1 wskazują, że do połowy lat 90. systematycznie zmniejszały się odsetki młodzieży, która nigdy nie piła napojów alkoholowych. Między rokiem 1996 a 2004 obserwowaliśmy stabilizację odsetka niepijących. Korzystny trend wzrostu odsetka 15-letniej młodzieży, która utrzymała abstynencję od alkoholu, został odnotowany po raz pierwszy od blisko 20 lat w roku 2008. Ten trend umocnił się w latach 2008–2012.

Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach przed badaniem (częste picie). W 2012 roku obserwujemy znaczący spadek odsetka młodzieży (z 50% w 2008 roku do 43% w 2012, $p < 0,001$), która często piła alkohol. Te korzystne zmiany zostały odnotowane zarówno w grupie dziewcząt, jak i chłopców. Przy czym w grupie dziewcząt po raz pierwszy od 1988 roku odnotowano znaczny spadek odsetka pijących często alkohol, aż o 9 punktów procentowych (z 53% w 2008 roku do 44% w 2012 roku, $p < 0,01$). W grupie chłopców te korzystne zmiany wystąpiły już w latach 2000–2004 (odpowiednio 53% i 45%). Między rokiem 2008 a 2012 o 5 punktów procentowych (z ok. 47% w 2008 do 42% w 2012) spadł odsetek chłopców, którzy pili alkohol w ciągu 30 dni przed badaniem. Mimo że ta różnica nie jest istotna statystycznie, to jednak obrazuje stały, korzystny trend, tabela 3.1.

Upijanie się – ostatnie 30 dni. W 2012 roku w porównaniu do 2008 roku spadł odsetek młodzieży, która upiła się w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem – z 21% do 18% ($p < 0,05$). Spadek odsetka osób upijających się alkoholem w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem nastąpił również: w grupie chłopców (z 25% w 2008 do blisko 20% w 2012 roku). Na przestrzeni lat 1984–1996 odsetek młodzie-

ży, która często upijała się napojami alkoholowymi, systematycznie wzrastał: od 8% w 1984 roku do 20% w 1996 roku. W następnych latach objętych badaniami obserwujemy stabilizację trendu na poziomie 20–21%. W grupie dziewcząt między rokiem 1988 a 2004 wzrastały wskaźniki częstego upijania się (od 4% w 1988 roku do ok. 19% w 2004 roku). W tym samym okresie objętym badaniami w grupie chłopców wystąpiła nieco inna dynamika tego zjawiska. Między rokiem 1988 a 1996 również wystąpił niekorzystny trend zwiększania się odsetka często upijających się chłopców: od 12% w 1988 roku do ok. 27% w 1996. W roku 2000 odnotowano stabilizację trendu na poziomie ok. 26%, a w 2004 roku spadek odsetka do 21% ($p < 0,05$). W roku 2004, w związku z różnym kierunkiem zmian zachodzących w grupie dziewcząt (wzrost odsetek często upijających się alkoholem do 19%) i w grupie chłopców (spadek odsetka często upijających się do 21%), zatarły się tradycyjne różnice między tymi grupami – dziewczęta „dogoniły” chłopców w częstości upijania się.

Picie piwa, tabela 3.2. Na przestrzeni 28 lat objętych badaniami piwo stało się najbardziej rozpowszechnionym wśród młodzieży napojem alkoholowym. Jednak między rokiem 2008 a 2012 został odnotowany wzrost odsetka uczniów, którzy nigdy nie pili piwa – z 28% do 33% ($p < 0,01$). Ta korzystna tendencja ujawniła się już w roku 2008, w którym odsetek niepijącej piwa młodzieży wzrósł o 9 punktów procentowych w porównaniu do roku 2004 ($p < 0,01$). Do połowy lat 90. obserwowano systematyczny spadek odsetka uczniów, którzy nigdy nie pili piwa (z 48% w 1984 roku do 15% w 1996). Natomiast od połowy lat 90. odsetki niepijących piwa rosły.

W roku 2012 korzystny trend wzrostu liczby młodzieży, która nigdy w życiu nie piła piwa, był wypadkową zmian zachodzących zarówno w grupie chłopców (odsetek utrzymujących abstynencję od piwa wzrósł z 28% w 2008 do 35% w 2012, $p < 0,05$), jak i dziewcząt (wzrost z 28% w 2008 do 32% w 2012, nieistotny statystycznie). Od początku lat 90. malał systematycznie odsetek dziewcząt niepijących piwa, zbliżając się tym samym do odsetka niepijących piwa chłopców. Punkt „przełomu” nastąpił w roku 2004, w którym to stwierdzono, że więcej chłopców (23%) w porównaniu do dziewcząt (16%) nie piło piwa nigdy w życiu.

W roku 2012 w porównaniu do roku 2008 odsetek nastolatków często pijących piwo spadł o nieco ponad 3 punkty procentowe (z 37% do 34%). Tendencja spadkowa trendu częstego picia piwa utrzymuje się od 2000 roku, podczas gdy we wcześniejszych okresach objętymi badaniami, tj. między rokiem 1988 a 2000, następował jego ciągły wzrost (od 14% do 45%). Dynamika zmiany była jednak zróżnicowana wśród dziewcząt i chłopców. W 2008 i 2012 roku odsetki dziewcząt i chłopców, którzy pili piwo 30 dni przed badaniem, zrównały się (odpowiednio 37% i 38% oraz 33% i 34%). Oznacza to, że w porównaniu do roku 2004 zmniejszył się odsetek dziewcząt pijących często piwo, a w grupie chłopców pozostał on na względnie stałym poziomie. Wśród dziewcząt odsetek często pijących piwo ustabilizował się w latach 1996–2004 na poziomie ponad 40–43% i tym samym w roku 2004 przewyższył odsetek często pijących chłopców (38%).

Tabela 3.1. Picie napojów alkoholowych przez młodzież. Trendy w latach 1984–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Odsetki uczniów, którzy pili napoje alkoholowe		
		Nigdy nie pili	Pili w ciągu ostatnich 30 dni	Upili się w ciągu ostatnich 30 dni
Dziewczęta				
1984	1713	23,1		
1988	1875	29,7	26,3	4,1
1992	971	15,6***	46,0***	7,6***
1996	1183	12,0*	47,2	14,6***
2000	1113	10,0	51,9*	15,1
2004	666	7,7	53,9	18,8*
2008	567	13,4***	52,8	18,1
2012	476	19,7**	43,6**	15,1
Chłopcy				
1984	1546	21,5		
1988	1467	20,2	33,8	11,9
1992	775	11,5***	55,7***	21,0***
1996	987	8,2*	54,8	26,9**
2000	963	10,7	53,0	26,3
2004	676	15,8**	45,1**	21,0*
2008	558	19,5	47,2	25
2012	452	25,8*	41,5	20,3
Razem				
1984	3259	22,3		
1988	3342	25,5	29,6	7,5
1992	1757	13,7***	50,4***	13,6***
1996	2173	10,3**	50,7	20,2***
2000	2087	10,3	52,5	20,3
2004	1351	11,7	49,4	19,8
2008	1133	16,6***	49,9	21,4
2012	935	22,7***	42,6***	17,6*

Odsetek braków danych wahał się od najniższego 0,3% do najwyższego 3,6%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

W roku 2012 nie odnotowano istotnych zmian w zakresie wskaźnika upijania się przez młodzież piwem w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem. Od roku 1996 do 2012 roku obserwujemy stabilizację trendu z lekką tendencją spadkową (10% w 1996, 11% w 2000 i 2004, 9% w 2008 i ok. 7% w 2012 roku). We wcześniejszym okresie, tj. między rokiem 1988 i 1996, widoczny był wzrost odsetka uczniów, którzy często upijali się piwem (z 4% w 1988 do 10% w 1996 roku). W 2012 roku spadł odsetek chłopców często upijających się piwem (z 12% w 2008 roku do 8% w 2012, $p < 0,05$), zbliżając się tym samym do poziomu z końca lat 80. Odsetek często upijających się piwem dziewcząt nie uległ wyraźnym zmianom od 1996 do 2012 roku i oscylował w przedziale od blisko 5% do 8%.

Tabela 3.2. Picie piwa przez młodzież. Trendy w latach 1984–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Odsetki uczniów, którzy pili piwo		
		Nigdy nie pili	Pili w ciągu ostatnich 30 dni	Upili się w ciągu ostatnich 30 dni
Dziewczeta				
1984	1750	58,7	9,5	
1988	1875	53,3	12,9	1,4
1992	971	27,6***	35,1***	2,5
1996	1183	18,0***	40,2*	4,7**
2000	1113	17,1	43,2	6,5
2004	666	16,0	42,4	7,6
2008	567	28,1***	36,9*	5,3
2012	476	32	33,3	5,3
Chłopcy				
1984	1564	35,7	19,0	
1988	1467	29,8	24,0	6,7
1992	775	15,8***	49,5***	12,7***
1996	987	11,6*	50,3	15,9
2000	963	17,4***	47,0	16,6
2004	676	22,8**	38,3**	13,9
2008	558	28,2**	37,7	12,1
2012	452	34,7*	34,1	8,0*
Razem				
1984	3314	47,8	14,1	
1988	3342	43,0	17,8	3,7
1992	1757	22,2***	41,5***	7,0***
1996	2173	15,0***	44,9*	9,8**
2000	2087	17,2	45,0	11,2
2004	1351	19,3	40,4**	10,7
2008	1133	28,2***	37,2	8,6
2012	935	33,4**	33,7*	6,7

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od najniższego 0,2% do najwyższego 2%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

Uwaga! Dane z roku 1984 dotyczą wszystkich uczniów – opóźnionych i nieopóźnionych w nauce. Ze względów technicznych nie jest możliwe wyodrębnienie z bazy danych z 1984 roku uczniów nieopóźnionych w nauce i w związku z tym nie są sprawdzane istotności różnic statystycznych między rokiem 1984 a 1988.

Picie wina, tabela 3.3. Między rokiem 2008 a 2012 wrosła grupa 15-letniej młodzieży, która nigdy w życiu nie piła wina – o ponad 10 punktów procentowych (z 30% w 2008 do 41% w 2012, $p < 0,001$), osiągając tym samym poziom wyższy niż kiedykolwiek wcześniej od początku prowadzenia badań

mokotowskich. W 2012 roku w porównaniu do 2008 roku zarówno w grupie chłopców, jak i dziewcząt został odnotowany wzrost odsetka tych, którzy nigdy w życiu nie pili wina. Wśród chłopców wzrósł on z 35% w 2008 roku do 47% w 2012 roku ($p < 0,001$), a w grupie dziewcząt z 25% w 2008 roku do 36% w 2012 roku ($p < 0,001$).

Tabela 3.3. Picie wina przez młodzież. Trendy w latach 1984–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Odsetki uczniów, którzy pili wino		
		Nigdy nie pili	Pili w ciągu ostatnich 30 dni	Upili się w ciągu ostatnich 30 dni
Dziewczęta				
1984	1783	27,6	20,6	
1988	1875	36,3	20,8	2,9
1992	971	22,4 ^{***}	28,4 ^{***}	4,6 [*]
1996	1183	27,9 ^{**}	20,9 ^{***}	6,1
2000	1113	21,7 ^{**}	26,4 ^{**}	6,1
2004	666	17,3 [*]	25,7	5,8
2008	567	24,6 ^{**}	30,4	8,4
2012	476	35,6 ^{***}	18,2 ^{***}	2,3 ^{***}
Chłopcy				
1984	1575	31,8	20,4	
1988	1467	32,8	22,2	7,6
1992	775	26,0 ^{**}	30,2 ^{***}	11,5 ^{**}
1996	987	29,3	20,5 ^{***}	10,1
2000	963	31,2	20,8	6,2 ^{**}
2004	676	31,2	18,5	5,4
2008	558	35,3	22,6	8,1
2012	452	46,8 ^{***}	10,5 ^{***}	2,2 ^{***}
Razem				
1984	3358	29,6	20,5	
1988	3342	34,8	21,4	4,9
1992	1757	24,0 ^{***}	29,3 ^{***}	7,6 ^{***}
1996	2173	28,5 ^{**}	20,7 ^{***}	7,9
2000	2087	26,0	23,9 [*]	6,1 [*]
2004	1351	24,4	22,0	5,6
2008	1133	30,0 ^{**}	26,4 ^{**}	8,2 ^{**}
2012	935	41,1 ^{***}	14,3 ^{***}	2,3 ^{***}

Odsetek braków danych wahał się od najniższego 0,4% do najwyższego 1,8%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

Uwaga! Dane z roku 1984 dotyczą wszystkich uczniów – opóźnionych i nieopóźnionych w nauce. Ze względów technicznych nie jest możliwe wyodrębnienie z bazy danych z 1984 roku uczniów nieopóźnionych w nauce i w związku z tym nie są sprawdzane istotności różnic statystycznych między rokiem 1984 a 1988.

Taki sam pozytywny kierunek zmian stwierdzono w zakresie wskaźników częstego picia i upijania się winem. W 2012 roku odsetek pijących często wino spadł do 14% z 26% w 2008 roku ($p < 0,001$), osiągając tym samym najniższy wynik od 28 lat. Za ten korzystny trend odnotowany w 2012 roku w takim samym stopniu odpowiadają dziewczęta (spadek o 12 punktów procentowych w porównaniu do roku 2008, $p < 0,001$), jak i chłopcy (również spadek o 12 punktów procentowych, $p < 0,001$).

Odsetek często upijających się winem również osiągnął najniższą wartość w historii badań – 2%. Oznacza to spadek o 6 punktów procentowych w porównaniu do roku 2008 (z 8% do 2%, $p < 0,001$). W pozostałych latach odsetki często sięgających po wino oscylowały między 20 a 30%, a upijających się – w przedziale od 5% do 8%. W roku 2012 odsetki chłopców i dziewcząt upijających się często winem kształtowały się na tym samym poziomie – 2%. W przypadku obu tych grup odsetki te zmniejszyły się o około 6 punktów procentowych w porównaniu do 2008 roku ($p < 0,001$).

Picie wódki, tabela 3.4. W 2012 roku w porównaniu do 2008 roku nie uległa zmianie liczba 15-latków, którzy w swoim życiu nigdy nie pili wódki. Utrzymuje się ona na względnie stałym poziomie od 2004 roku i oscyluje wokół 43–46%. Na przestrzeni lat 1988–2004 widoczny był spadek odsetka młodzieży, która utrzymywała abstynencję od wódki (z 82% w roku 1988 do 43% w roku 2004). W roku 2012 w porównaniu do 2008 roku odsetek chłopców, którzy nigdy nie pili wódki, wzrósł z 44% do 48%, co jest wyraźną, acz statystycznie nieistotną zmianą. W grupie dziewcząt odsetek ten pozostał na poziomie zbliżonym do roku 2008 (43%–45%).

W 2012 odsetek 15-latków często pijących wódkę zmalał o ponad 3 punkty procentowe (z 26% w 2008 roku do mniej niż 23% w 2012 roku). Odsetki dziewcząt i chłopców pijących często wódkę są do siebie bardzo zbliżone od 2008 roku (22% i 24% w 2012 oraz 25% i 27% w 2008). Natomiast w roku 2004, jedyny raz w historii tych badań, więcej dziewcząt (23%) niż chłopców (18%) piło często wódkę. Różnica ta zatarła się cztery lata później. Systematyczny wzrost grupy dziewcząt często sięgających po wódkę rozpoczął się w roku 1992 (z 3% w 1988 do 12%). Natomiast w grupie chłopców, po skokowym wzroście między rokiem 1988 a 1992 (o ponad 13 punktów procentowych, $p < 0,001$), nastąpiła jego stabilizacja na poziomie dwudziestu paru procent.

Między rokiem 2008 a 2012 nie zmienił się odsetek nastolatków, którzy często upijali się wódką (14%–15%). Od roku 1988 odsetek ten systematycznie rósł: od 2% do 12% w 1996. Od tamtego roku nastąpiła stabilizacja trendu, która utrzymała się do 2008 roku, w którym odsetek młodzieży często upijającej się wódką wzrósł do 15% ($p < 0,05$).

W roku 2012 nie odnotowano istotnych statystycznie zmian zarówno w grupie chłopców (17%), jak i dziewcząt (12%) w zakresie wskaźnika upijania się wódką. Od 1988 roku do roku 2004 wśród dziewcząt zwiększała się grupa często upijających się wódką – z 0,5% do 12%. Między rokiem 2004 a 2012 nastąpiła stabilizacja trendu – co dziesiąta dziewczynka upiła się wódką w okresie 30 dni przed badaniem. Natomiast w wśród chłopców odsetek upijających się często wódką wzrósł do 17% w roku 1996, po czym nastąpiła względna stabilizacja trendu, która trwała do 2004 roku. W roku 2008 odsetek często upijających się wódką chłopców wzrósł do blisko 20%.

Tabela 3.4. Picie wódki przez młodzież. Trendy w latach 1984–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Odsetki uczniów, którzy pili wódkę		
		Nigdy nie pili	Pili w ciągu ostatnich 30 dni	Upili się w ciągu ostatnich 30 dni
Dziewczęta				
1984	1732	81,5	5,4	
1988	1875	87,9	3,4	0,5
1992	971	71,3 ^{***}	11,8 ^{***}	3,1 ^{***}
1996	1183	58,4 ^{***}	15,8 ^{**}	8,0 ^{***}
2000	1113	49,6 ^{***}	16,8	7,9
2004	666	41,8 ^{**}	23,3 ^{**}	12,4 ^{**}
2008	567	43,2	25,4	11,5
2012	476	44,5	21,9	11,7
Chłopcy				
1984	1555	64,4	12,0	
1988	1467	75,0	7,9	4,4
1992	775	57,3 ^{***}	21,6 ^{***}	8,5 ^{***}
1996	987	43,2 ^{***}	23,1	17,0 ^{***}
2000	963	46,5	22,7	14,6
2004	676	43,6	18,4 [*]	12,1
2008	558	43,5	26,9 ^{**}	19,5 ^{***}
2012	452	47,8	23,5	17,1
Razem				
1984	3287	73,4	8,5	
1988	3342	82,3	5,4	2,2
1992	1757	65,0 ^{***}	16,2 ^{***}	5,5 ^{***}
1996	2173	51,5 ^{***}	19,1 [*]	12,1 ^{***}
2000	2087	48,0 [*]	19,6	11,0
2004	1351	42,7 ^{**}	20,7	12,2
2008	1133	43,4	26,0 ^{**}	15,4 [*]
2012	935	46,3	22,7	14,3

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od najniższego 0,4% do najwyższego 1,9%.

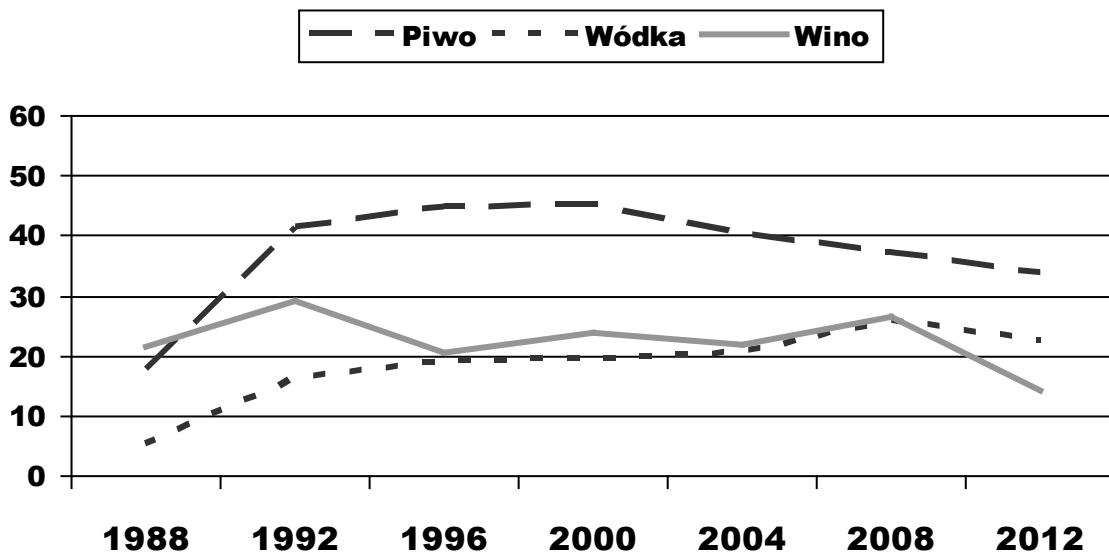
* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

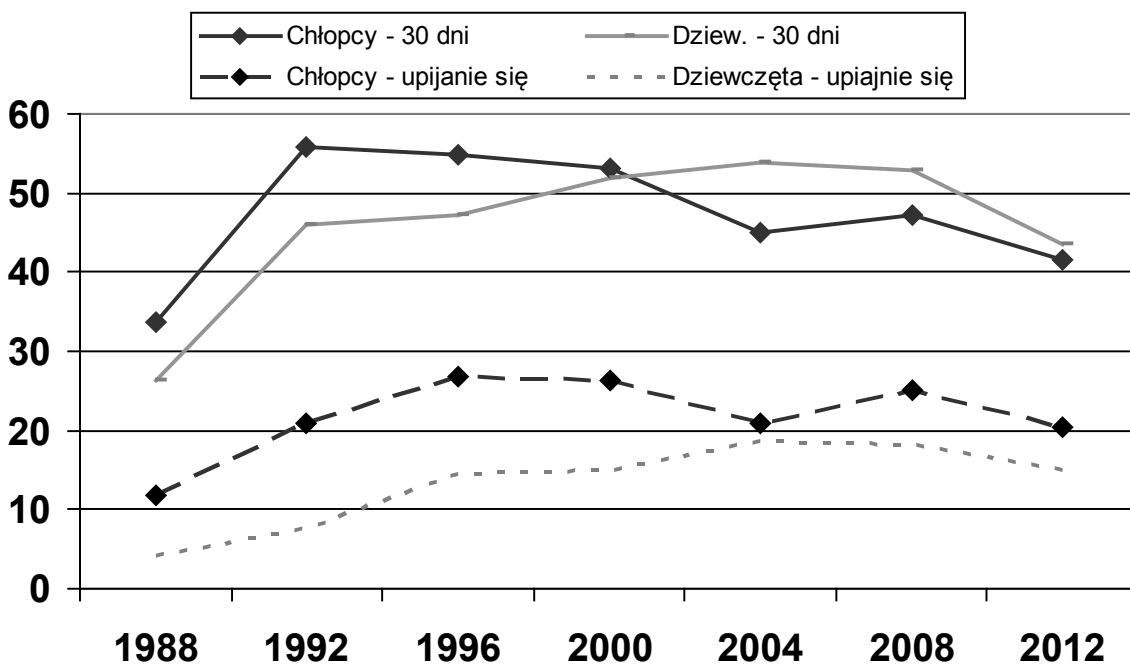
*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

Uwaga! Dane z roku 1984 dotyczą wszystkich uczniów – opóźnionych i nieopóźnionych w nauce. Ze względów technicznych nie jest możliwe wyodrębnienie z bazy danych z 1984 roku uczniów nieopóźnionych w nauce i w związku z tym nie są sprawdzane istotności różnic statystycznych między rokiem 1984 a 1988.



Rycina 3.1. Trendy w picciu poszczególnych napojów alkoholowych przez młodzież w latach 1988–2012



Rycina 3.2. Płeć a trendy w picciu alkoholu przez młodzież w latach 1988–2012

Wzory picia alkoholu przez młodzież

Poniżej są omówione zmiany w czasie w zakresie wzorów picia alkoholu przez młodzież. Nie opisujemy jedynie omówionych powyżej zmian w zakresie abstynencji, koncentrując się na pięciu grupach młodzieży pijącej alkohol.

Picie alkoholu w umiarkowanych ilościach w towarzystwie rówieśników. Picie alkoholu w umiarkowanych ilościach w gronie rówieśników było najbardziej rozpowszechnionym wzorcem picia wśród mokotowskich 15-latków na przestrzeni całego okresu objętego badaniami. W roku 2012 ok. 1/3 uczniów piła alkohol towarzysko. Na przestrzeni lat 1988–2000 odsetki nastolatków pijących razem z rówieśnikami wzrosły z 28% do 40%. Od roku 2000 do 2008 obserwowany był spadek odsetka młodzieży pijącej alkohol umiarkowanie w gronie rówieśników – z 40% do 26%, rycina 3.3.

W roku 2012 w zestawieniu z rokiem 2008 w grupie chłopców odnotowany został wzrost rozpowszechnienia picia towarzyskiego z 22% do 28%. Jest to zmiana kierunku trendu, ponieważ między rokiem 1992 a 2008 zwracał uwagę wyraźny spadek rozpowszechnienia picia towarzyskiego wśród chłopców z 39% do 22%, rycina 3.5. W roku 2012 obserwujemy również tendencję do zacierania się różnic między odsetkami dziewcząt (rycina 3.4) i chłopców (rycina 3.5) pijących alkohol w umiarkowanych ilościach w towarzystwie rówieśników. Odsetek chłopców wynosił 28%, a dziewcząt 31%. Tym razem to chłopcy „doganiają” dziewczęta w umiarkowanym picu alkoholu razem z rówieśnikami. W poprzednich latach, tj. na przełomie lat 80. i 90., odsetki dziewcząt pijących towarzysko były nieco niższe niż odsetki chłopców. Natomiast w roku 1996 ten styl picia był bardziej rozpowszechniony wśród dziewcząt (43%) niż chłopców (37%). W następnych latach różnica ta utrzymywała się na podobnym poziomie, wskazując nadal na większą wśród dziewcząt popularność picia alkoholu w gronie rówieśników.

Upijanie się w gronie rówieśników. W roku 2012 w porównaniu do roku 2008 o 4 punkty procentowe (z 24% do 20%) zmniejszył się odsetek młodzieży upijającej się z rówieśnikami, rycina 3.3. Ta pozytywna tendencja jest widoczna zarówno w grupie dziewcząt (rycina 3.4), które upiły się w towarzystwie rówieśników (spadek o 3 punkty procentowe, z 21% w 2008 do 18% w 2012), jak i w grupie upijających się chłopców (rycina 3.5) (spadek o 4 punkty procentowe z 28% w 2008 roku do 23% w 2012 roku).

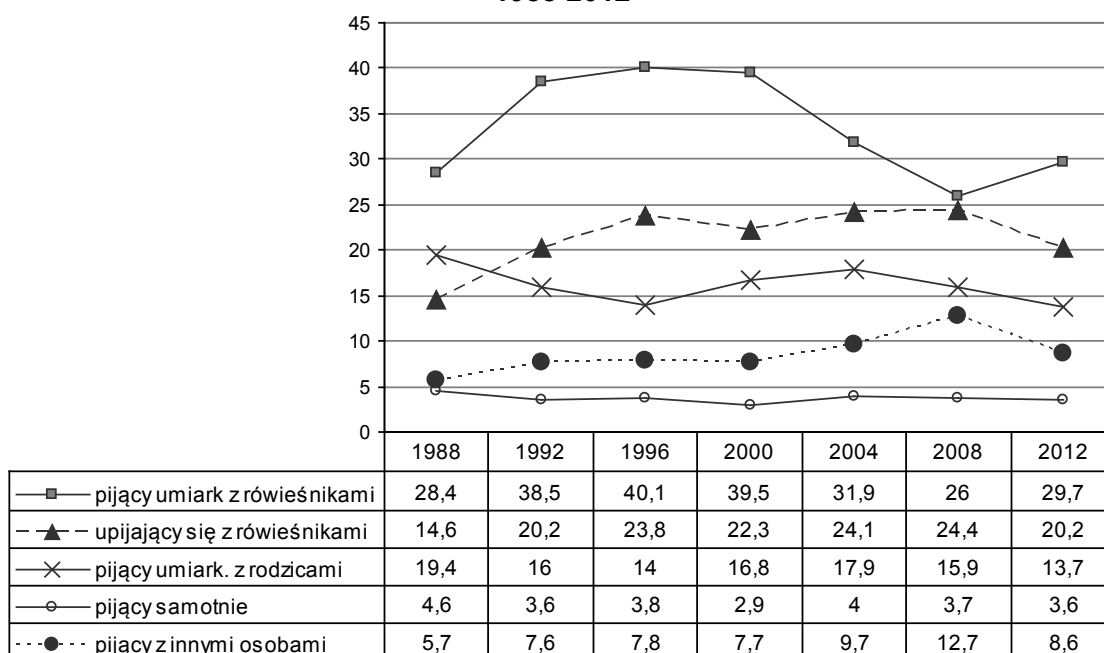
W 2012 roku picie ryzykowne w towarzystwie rówieśników, zgodnie z tradycją, było bardziej rozpowszechnione wśród chłopców (23%) niż wśród dziewcząt (18%). Na przestrzeni lat 1988–2000 różnica ta kształtowała się na poziomie 9–12%. W 2004 roku odnotowano zbliżone odsetki dziewcząt (24%) i chłopców (25%) upijających się w towarzystwie rówieśników. Natomiast w 2008 roku ten styl picia znów stał się bardziej popularny wśród chłopców (28%) niż wśród dziewcząt (21%).

Picie alkoholu w towarzystwie rodziców. W roku 2012 picie alkoholu w umiarkowanych ilościach razem z rodzicami kształtowało się wśród mokotowskich 15-latków na poziomie 14%, rycina 3.3. Między rokiem 1988 a 2008 odsetek młodzieży pijącej alkohol w towarzystwie rodziców mieścił się w przedziale między 14 a 19%. W roku 2012 odsetek dziewcząt pijących w ten sposób wynosił 17% (rycina 3.4), a chłopców 11%, rycina 3.5. Na przestrzeni całego okresu objętego badaniami ten styl picia jest bardziej popularny wśród dziewcząt (16–22%) niż wśród chłopców (11%–17%).

Picie samotne. W roku 2012 picie alkoholu w samotności wśród 15-latków kształtowało się na poziomie ok. 4%, rycina 3.3. Na przestrzeni całego okresu objętego badaniami rozpowszechnienie tego stylu picia wśród młodzieży nie ulegało wyraźniej zmianie i kształtowało się na poziomie od ok. 3 do 5%. W roku 2012 odsetki dziewcząt (3%) i chłopców (4%) pijących w ten sposób alkohol zbliżyły się do siebie, wykres 3.4 i 3.5. W pozostałych latach ten styl picia był nieco bardziej popularny w grupie chłopców (od 4 do 7% w poszczególnych pomiarach) niż wśród dziewcząt (2–4%).

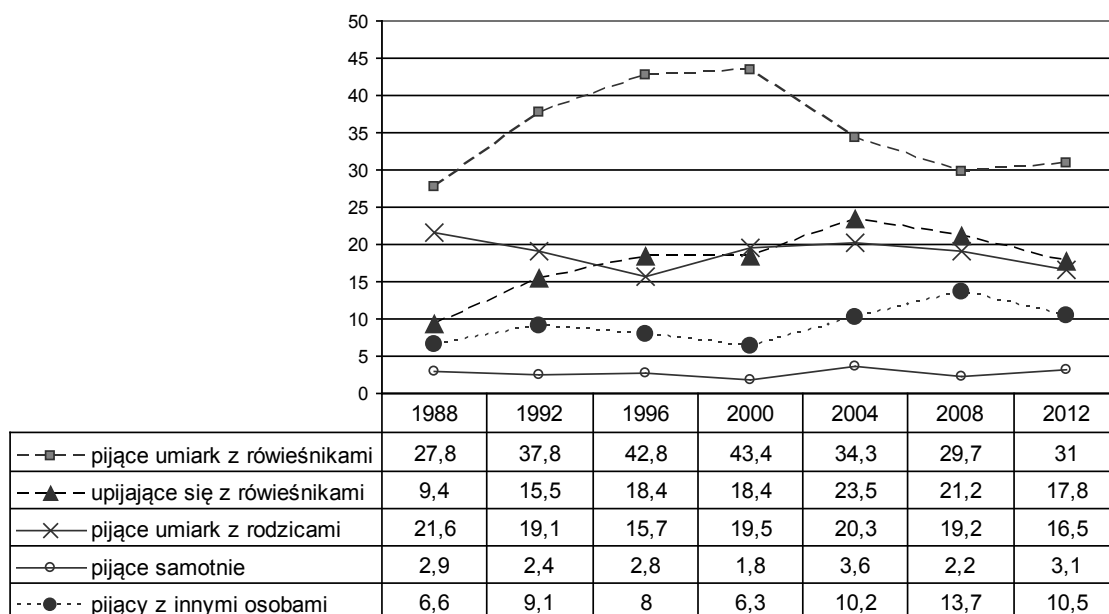
Picie w towarzystwie innych dorosłych. W roku 2012 w porównaniu do roku 2008 odsetek 15-latków pijących alkohol w towarzystwie dorosłych innych niż rodzice lub z rodzicami i innymi dorosłymi, lub z rodzicami i rówieśnikami, lub z innymi dorosłymi i rówieśnikami, spadł o 4 punkty procentowe, rycina 3.3. Około 9% młodzieży piło alkohol z innymi osobami w roku 2012. Odsetek chłopców pijących alkohol z kimś innym wynosił ok. 7% (rycina 3.5), a dziewcząt blisko 11%, rycina 3.4. Wielkość grupy, która piła alkohol w towarzystwie innych osób, w latach 1988–2012 mieściła się przedziale od 6 do 13%. Przy czym odsetek chłopców wahał się od 4 do 12%, a dziewcząt od 7 do 14%.

Rycina 3.3. Zmiany wzoru picia alkoholu przez młodzież w latach 1988-2012



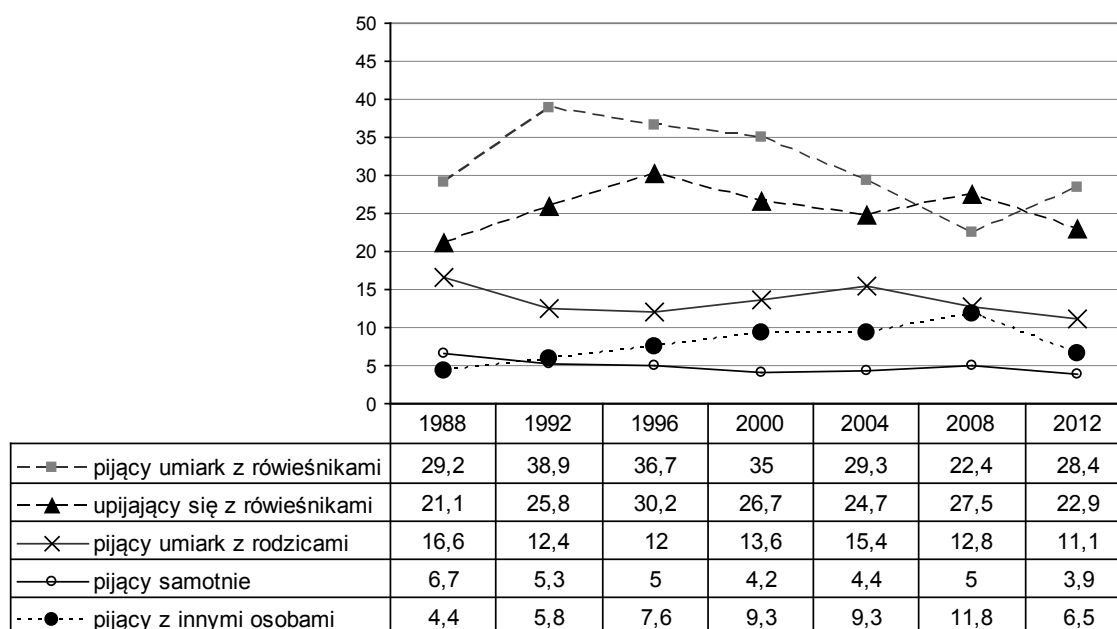
* Odsetki respondentów w poszczególnych latach nie sumują się do 100%, ponieważ nie uwzględniają abstynentów.

Rycina 3.4. Zmiany wzorów picia alkoholu przez dziewczęta w latach 1988-2012



* Odsetki respondentów w poszczególnych latach nie sumują się do 100%, ponieważ nie uwzględniają abstynentów.

Rycina 3.5. Zmiany wzorów picia alkoholu przez chłopców w latach 1988-2012



* Odsetki respondentów w poszczególnych latach nie sumują się do 100%, ponieważ nie uwzględniają abstynentów.

Podsumowanie i omówienie wyników

Badania mokotowskie z 2012 roku wskazują na znaczące zmniejszenie się liczby 15-latków pijących alkohol. Ten ogólny wniosek jest udokumentowany przez jednoznaczne co do kierunku zmiany we wszystkich trzech wskaźnikach: abstynencji, picia częstym i częstym upijaniu się. W prawie 30-letniej historii naszych badań jest to wynik, który warto zaakcentować. Nasze wieloletnie obserwacje wskazują, że wśród młodzieży warszawskiej nowe trendy zachowania pojawiają się wcześniej niż w populacji ogólnopolskiej. Być może mamy więc do czynienia z zapowiedzią ograniczenia znacznego rozpowszechnienia picia alkoholu w populacji ogólnej 15-latków w Polsce, choć na razie badania ogólnopolskie wskazują raczej na stabilizację wskaźników picia alkoholu niż na ich zmniejszanie się (Sierosławski, 2012; Mazur i wsp., 2011; Malczewski, 2011).

Te obserwowane w Warszawie korzystne zmiany dotyczące ogólnie picia alkoholu znajdują odzwierciedlenie we wskaźnikach picia poszczególnych napojów alkoholowych. W ciągu ostatnich 4 lat odnotowano ograniczenie rozpowszechnienia picia i upijania się winem, i to zarówno wśród chłopców, jak i dziewcząt, we wszystkich uwzględnionych wskaźnikach. Wzrósł również odsetek młodzieży, która nigdy nie piła piwa, i spadł odsetek tych, którzy piją piwo często. Wyraźnie zmalał też odsetek chłopców często upijających się piwem. Jedynie w odniesieniu do wódki nie można mówić o wyraźnych pozytywnych zmianach, a raczej o stabilizacji rozpowszechnienia jej picia wśród 15-latków.

Różnice w picu alkoholu ze względu na płeć znacznie się zmniejszyły. W 2012 roku podobna grupa 15-letnich chłopców i dziewcząt piła alkohol często (jednak chłopcy częściej niż dziewczęta się upijali). Jeśli chodzi o picie poszczególnych napojów alkoholowych, to jedyna wyraźna różnica dotyczy częstszego picia wina przez dziewczęta (18%) niż chłopców (11%). Natomiast picie i upijanie się wódką nie jest zróżnicowane ze względu na płeć. W badaniach ogólnopolskich również obserwuje się zmniejszanie różnic w picu alkoholu, jednak nadal wskaźniki picia i upijania się są wyższe u chłopców niż u dziewcząt (Sierosławski, 2012; Mazur i wsp., 2011; Malczewski, 2011).

Najczęstszym wzorem picia alkoholu przez 15-letnią młodzież jest picie w gronie rówieśników. Taki wzorzec picia jest najbardziej popularny nie tylko w Polsce, ale w wielu innych krajach (Bogren, 2006; Bourgault, Demers, 1997; Christiansen i wsp., 2002; Mohr i wsp., 2001; Senchak i wsp., 1998). Od początku lat 90. do 2004 roku najbardziej rozpowszechnione wśród warszawskich nastolatków było picie alkoholu w umiarkowanych ilościach w towarzystwie rówieśników. Jednak popularność tego stylu picia systematycznie malała od połowy lat 90. do 2008 roku, by ponownie wzrosnąć w ostatnich 4 latach. W 2012 roku blisko co trzeci nastolatek pił w sposób umiarkowany w gronie rówieśników, a co piąty upił się w ich towarzystwie.

W 2012 roku stwierdzono tendencję spadkową w zakresie rozpowszechnienia wszystkich stylów picia, poza towarzyskim picciem z rówieśnikami. Przy czym najbardziej wyraźne (o 4 punkty procentowe) było zmniejszenie się popularności upijania się w towarzystwie rówieśników. Na przestrzeni ostatnich 24 lat na mniej więcej stałym poziomie pozostawały odsetki nastolatków pijących alkohol w towarzystwie rodziców (14–19%) i pijących samotnie (3–5%), przy czym dziewczęta częściej niż chłopcy piły alkohol w towarzystwie rodziców, a chłopcy częściej niż dziewczęta pili alkohol sa-

motnie. Warto przy tym zauważyć, że picie alkoholu przez dorastających w towarzystwie rodziców jest przez wielu rodziców uznawane za czynnik chroniący młodzież przed rozwojem problemów alkoholowych (por. rozdział 7).

Piśmiennictwo

1. Bogren A. The competent drinker, the authentic person and strong person: Lines of reasoning in Swedish young people's discussions about alcohol. *Journal of Youth Studies* 2006; 9: 515–538.
2. Bourgault C., Demers, D. Solitary drinking: A risk factor for alcohol-related problems? *Addiction* 1997; 92: 303–312.
3. Christiansen M., Vik P.W., Jarchow A. College student heavy drinking in social context versus alone. *Addictive Behaviors* 2002; 27: 393–404.
4. Cooper M.L., Frone M., Russel M., Mudar P. Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995; 69(5): 990–1005.
5. Cox M., Klinger E. A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology* 1988; 97(2): 168–180.
6. Demant J., Jarvinen, M. Constructing maturity through alcohol experience – Focus group interviews with teenagers. *Addiction Research and Theory* 2006; 14(6): 589–602.
7. Dishion T., McMahon R. J. Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical reformulation. *Clinical Child and Family Psychology Review* 1998; 1(1): 61–75.
8. Engels R., Knibbe R. A. Young people's alcohol consumption from a European perspective: risk and benefits. *European Journal of Clinical Nutrition* 2000; 54(Suppl 1): S52–S55.
9. Hellandsjo Bu ET, Watten R.G., Foxcroft D.R., Ingebrigtsen J.E., Relling G. Teenage alcohol and intoxication debut: the impact of family socialization factors, living area and participation in organized sports. *Alcohol Alcohol* 2002; 37(1): 74–80.
10. Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L. The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Drug Trafficking in Drugs (Pompidou Group); 2009.
11. Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L. The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European Countries.. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The European Moni-

- toring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Drug Trafficking in Drugs (Pompidou Group); 2012.
12. Hingson R., Heeren T., Winter M.R., Wechsler H. Early age of first drunkenness as a factor in college students' unplanned and unprotected sex attributable to drink. *Pediatrics* 2003; 111(1): 34–40.
 13. Hingson R., Winter, M. Age of drinking onset and alcohol-related crash involvement. *Epidemiology and Consequences of Drinking and Driving* 2003; 27(1): 75.
 14. Hoel S., Eriksen B., Breidablik H.J., Meland, E. Adolescent alcohol use, psychological health and social integration. *Scand J Public Health* 2004; 32:361–367.
 15. Jarvinen M., Gundelach P. Teenage drinking, symbolic capital and distinction. *Journal of Youth Studies* 2007; 10(1): 55–71.
 16. Malczewski A. Młodzież a substancje psychoaktywne. [W:] *Młodzież 2010. Opinie i diagnozy*. CBOS, KBPN, Warszawa 2011; 19:138–159.
 17. Mazur J., Małkowskiej-Szkutnik A. Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
 18. Mohr C.D., Armeli S., Tennem H., Carney M.A., Affeck G., Hromi A). Daily interpersonal experiences, context and alcohol consumption: Crying in your beer and toasting good times. *Journal of Personality and Social Psychology* 2001; 80:489–500.
 19. Ostaszewski K. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w zachowaniach ryzykownych dzieci i młodzieży. [W:] Mazur J. i wsp. Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. Instytut Matki i Dziecka. Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Warszawa 2008; 19–46.
 20. Pedersen W., Kolstad A. Adolescent alcohol abstainers: traditional patterns in new groups. *Acta Sociologica* 2000; 43:219–233.
 21. Petraitis J., Flay B.R., Miller T. Q. Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychosocial Bulletin* 1995; 117(1): 67–86.
 22. Reimuller A., Shadur J., Hussong. A. M. Parental social support as a moderator of self-medication in adolescents. *Addictive Behaviors* 2011; 36:203–208.
 23. Senchak M., Leonard, K., Greene B. Alcohol use among college students as a function of their typical social drinking context. *Psychology of Addictive Behaviors* 1998; 12:62–70.
 24. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
 25. Świąćicki A. Struktura spożycia napojów alkoholowych w Polsce na podstawie badań ankietowych. SPK, Warszawa 1963.
 26. Van Der Vorst H., Vermulst Ad.A., Meeus W.H.J., Deković M., Engels R.C.M. E. Identification and prediction of drinking trajectories in early and mid-adolescence. *Journal of Clinical & Adolescent Psychology* 2009; 38(3): 329–341.

27. Wolniewicz-Grzelak B. Badania ankietowe nad spożywaniem alkoholu przez uczniów szkół podstawowych Mokotowa w 1984 roku i niektóre problemy metodologiczne. Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego 1985; 4:65–85.
28. Wolniewicz-Grzelak B. Badanie picia napojów alkoholowych przez młodzież arkuszem „Piwo-Wino-Wódka”. Alkoholizm i Narkomania 1995; 2:117–127.

Rozdział 4 Problemy zdrowia psychicznego młodzieży w latach 2004–2012

Krzysztof Bobrowski

Streszczenie

Okres obserwacji. Począwszy od 2004 roku cele badań mokotowskich obejmują także monitorowanie wybranych wskaźników zdrowia psychicznego 15-latków. Prezentowane wyniki obejmują ostatnie trzy rundy badań prowadzonych w latach 2004–2012.

Narzędzia. Większość pytań ankietowych opracowano na podstawie narzędzi stosowanych w badaniach zdrowia młodzieży kanadyjskiej (*Ontario Study*), pojedyncze pytania zaczerpnięto z badań prowadzonych w USA (samoocena zdrowia psychicznego) i w Polsce (cyberprzemoc).

Wyniki. W latach 2008–2012 w badanej populacji 15-latków skala problemów internalizacyjnych nie zmieniła się znacząco ani w zakresie rozpowszechnienia depresji, ani też w zakresie negatywnej samooceny zdrowia psychicznego. Ograniczeniu uległo rozpowszechnienie problemów eksternalizacyjnych. W szczególności odnotowano znaczące spadki rozpowszechnienia przemocy oraz zachowań sprzecznych z prawem. Biorąc pod uwagę nakładanie się zakresów wskaźników, można ocenić, że około 40% 15-letnich gimnazjalistów doświadczało wyraźnych problemów w obszarze zdrowia psychicznego, przy czym u dziewcząt dominowały problemy emocjonalne (internalizacyjne), natomiast u chłopców – zaburzenia zachowania (problemy eksternalizacyjne).

Wnioski. Wyniki wskazują na potrzebę ułatwienia młodzieży dostępu do specjalistycznej pomocy psychologicznej. Potrzeba także rozwoju działań ukierunkowanych na promocję zdrowia psychicznego wśród młodzieży, w tym radzenie sobie ze stresem, zapobieganie depresji, przemocy, wykroczeniom oraz nadużywaniu substancji psychoaktywnych.

Wprowadzenie

Rozwój badań epidemiologicznych ukierunkowanych na ocenę stanu zdrowia psychicznego w wybranych populacjach (w tym młodzieży) stanowi jeden z ważnych celów sformułowanych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (Wciórka i wsp., 2006). Dane na temat rozpowszechnienia różnych problemów są potrzebne dla właściwego planowania i finansowania działań w zakresie polityki społecznej i zdrowotnej. Monitorowanie wybranych wskaźników zdrowia psychicznego, czyli systematyczne powtarzanie badań w określonych populacjach, może stanowić także podstawę dla oceny efektów programów ochrony zdrowia.

W badaniach zagranicznych (Achenbach, 2001; Adlaf i Paglia, 2001; Deković 1999) podejmowane były próby uporządkowania szerokiego wachlarza miar zaburzeń zdrowia psychicznego młodzie-

ży – poprzez wprowadzenie podziału na dwie duże kategorie, określane jako wskaźniki zaburzeń eksternalizacyjnych (*externalizing indicators*) i internalizacyjnych (*internalizing indicators*). Pierwsza z tych kategorii obejmuje zachowania związane z agresją, przemocą, wyraźnym łamaniem norm życia społecznego, zachowania przestępcze, używanie substancji psychoaktywnych. Druga kategoria opisuje problemy wewnętrzne, emocjonalne, głównie zaburzenia depresyjne i lękowe, nadmierny stres i inne problemy. W Polsce podobne podejście do zagadnień zdrowia psychicznego młodzieży było wykorzystane w badaniach klinicznych i populacyjnych dzieci i młodzieży T. Wolańczyka (2002), a także w innym własnym projekcie badawczym dotyczącym oceny stanu zdrowia psychicznego warszawskich gimnazjalistów (Bobrowski, 2005; Bobrowski i wsp., 2005, Czabała i wsp., 2005).

Począwszy od 2004 roku cele badań mokotowskich obejmują nie tylko analizę trendów w rozpowszechnieniu używania substancji psychoaktywnych, ale także monitorowanie wybranych wskaźników zdrowia psychicznego 15-latków (Ostaszewski i wsp., 2009; Bobrowski, 2010b). W tym celu wybrano takie miary, które z jednej strony okazały się najtrafniejsze, a z drugiej nie powodują znacznego zwiększenia „objętości” ankiety od wielu lat stosowanej w badaniach mokotowskich (Bobrowski i wsp., 2007).

Zmienne, wskaźniki i narzędzia badawcze

Problemy internalizacyjne

Objawy depresyjne. Do pomiaru objawów depresyjnych u młodzieży wykorzystano skalę CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, Radloff, 1977). Na potrzeby niniejszych badań wykorzystano skróconą wersję tej skali zaczerpniętą z kanadyjskich badań zdrowia młodzieży *Ontario Student Drug Use and Health Survey* (Adlaf, Paglia, 2001). Skrócona wersja skali składa się z 4 pytań o objawy smutku, samotności, przygnębienia i płaczu w ciągu ostatnich 7 dni przed badaniem, np. *W ciągu ostatnich 7 dni jak często było Ci smutno?* (4-punktowa skala odpowiedzi od 1 „nigdy lub rzadko” do 4 „cały czas”). Adaptacja tej skali została dokonana za zgodą autorów w ramach badań statutowych IPiN (Czabała i wsp., 2005).

Wysokie ryzyko depresji. Przyjęto, że odpowiedzi „często” lub „cały czas” na wszystkie cztery pytania skali CES-D wskazują na duże ryzyko depresji (Radloff, 1977; Adlaf, Paglia, 2001).

Samocena stanu zdrowia psychicznego. Do oceny bieżącego stanu zdrowia psychicznego wykorzystano jedno pytanie zaczerpnięte ze skali do pomiaru jakości życia związanego ze zdrowiem CDC Health Related Quality of Life -4: *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?* (Odp. od 0 do 31 dni). Pytanie zostało opracowane przez amerykańską agendę rządową *Center for Disease Control and Prevention* (1998) z przeznaczeniem do badań populacyjnych nad zdrowiem i jakością życia. Skala jest własnością publiczną.

Negatywna samoocena stanu zdrowia psychicznego. Przyjęto za twórcami tego pytania, że wskaźnikiem problemów ze zdrowiem psychicznym jest występowanie w ostatnim miesiącu przynajmniej 14 dni pogorszonego samopoczucia (Center for Disease Control and Prevention, 1998).

Ogólny wskaźnik problemów internalizacyjnych. O występowaniu problemów internalizacyjnych świadczyła bądź negatywna ocena stanu swojego zdrowia psychicznego (przez co najmniej 14 dni w ostatnim miesiącu), bądź też odpowiedzi wskazujące na duże ryzyko depresji.

Problemy eksternalizacyjne

Przemoc. Pojęcie przemocy obejmowało różne jej formy, zarówno przemoc psychiczną, jak i fizyczną. Przemoc psychiczną definiowano w ankiecie następująco: „*Przemoc ma miejsce wtedy, gdy jedna lub więcej osób dokucza, obraża lub niepokoi celowo słabszą osobę*”. Jedno pytanie dotyczyło osobistego doświadczenia przemocy: „*W okresie od września zeszłego roku do teraz, jak często osobiście doświadczałeś/łaś przemocy na terenie szkoły lub w pobliżu szkoły?*”. Odpowiedzi: „nigdy”, „rzadziej niż raz na miesiąc”, „około raz na tydzień”, „codziennie lub prawie codziennie”. Analogiczne pytanie opisywało branie czynnego udziału w przemocy, czyli *sprawstwo przemocy na terenie szkoły*.

Analizowano także *udział w bójkach na terenie szkoły*: „*W ostatnich 12 miesiącach ile razy brałeś/brałaś udział w bójkach na terenie szkoły?* (8-punktowa skala odpowiedzi od „ani razu” do „12 lub więcej razy”). Kolejne pytanie z obszaru przemocy dotyczyło *celowego uderzenia lub uszkodzenia kogoś* w okresie 12 miesięcy (odpowiedzi „tak” lub „nie”).

Powyższe pytania zostały zaadaptowane do polskich warunków za zgodą autorów badań kanadyjskich (Adlaf i Paglia, 2001).

Złożony wskaźnik sprawstwa przemocy obejmował występowanie w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie co najmniej jednego spośród trzech zachowań:

- częste branie udziału w przemocy fizycznej lub psychicznej wobec innych uczniów na terenie szkoły (raz na tydzień lub częściej),
- częsty udział w bójkach na terenie szkoły (sześć lub więcej razy),
- celowe uderzenie lub uszkodzenie kogoś.

Zachowania sprzeczne z prawem. Do pomiaru zachowań sprzecznych z prawem wykorzystano pięć pytań zaczerpniętych z badań kanadyjskich (Adlaf, Paglia, 2001). Dotyczyły one takich zachowań, jak: drobne kradzieże, niszczenie (celowo) czyjejś własności, handel narkotykami, ucieczki z domu, zabieranie samochodu na przejażdżkę bez zgody właściciela: np. *Czy kiedykolwiek w ostatnich 12 miesiącach robiłeś/łaś niżej wymienione rzeczy? (np. brałeś/łaś samochód na przejażdżkę bez zgody właściciela?)* (odpowiedzi „tak” lub „nie”). O zachowaniach sprzecznych z prawem świadczyło wystąpienie w ostatnim roku przynajmniej jednego spośród pięciu wymienionych wyżej zachowań.

Nadużywanie substancji psychoaktywnych. Do pomiaru tej zmiennej wykorzystano informacje uzyskane z pytań ankiety NAN (Wolniewicz-Grzelak, Ostaszewski, 1983) oraz ankiety „Piwo – Wino – Wódka” (Wolniewicz-Grzelak, 1995). Narzędzia te zostały opisane w 1 i 2 rozdziale niniejszej monografii. Zastosowano złożony wskaźnik, który obejmował: codzienne palenie papierosów lub używanie narkotyków (co najmniej raz w ostatnim roku), bądź też upicie się w okresie 30 dni poprzedzających badanie – wypicie przy jednej okazji w przeliczeniu 60 g 100% alkoholu, czyli co najmniej trzy butelki piwa (1,5 l), trzy duże lampki wina (600 ml) lub przynajmniej trzy duże kieliszki wódki (150 ml).

Ogólny wskaźnik problemów eksternalizacyjnych. Wielu badaczy podkreśla funkcjonalne znaczenie zachowań ryzykownych w okresie dorastania (Stępień, 2001; Jessor, 1987; Wójtowicz, 1996). W związku z tym przyjęto, że sporadyczne pojawianie się takich zachowań nie świadczy jeszcze o problemach w obszarze zdrowia psychicznego, a przeciwnie, może być „normatywne” dla tego okresu w życiu człowieka. Z drugiej strony nasilone zachowania ryzykowne mogą być przyczyną wielu bardzo poważnych problemów zdrowotnych i społecznych. Z powyższych względów ogólny wskaźnik problemów eksternalizacyjnych zdefiniowano jako współwystępowanie co najmniej dwóch spośród trzech typów zachowań ryzykownych: nadużywanie substancji psychoaktywnych, zachowania sprzeczne z prawem oraz sprawstwo przemocy.

Problemy eksternalizacyjne włączone do badań w 2012 roku. W badaniach z 2012 roku dodatkowo analizowano udział w tzw. *cyberprzemocy* definiowanej jako uporczywe, złośliwe nękanie mogące wywołać poczucie zagrożenia. Pytania do pomiaru cyberprzemocy zaczerpnięto z badań J. Pyżalskiego (2010), za zgodą autora. Sprawstwo cyberprzemocy opisywało pytanie ankietowe: „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?” Badani mieli do wyboru cztery kategorie odpowiedzi: nigdy mi się nie zdarzyło, zdarzyło mi się 1 raz, zdarzyło mi się 2 lub 3 razy, zdarzyło mi się 4 lub więcej razy. Drugie, analogiczne pytanie, opisywało bycie ofiarą cyberprzemocy.

Poszerzono także zakres badań o *hazard* (Bobrowski, 2010a). Został on zdefiniowany w ankiecie jako korzystanie w ostatnim roku z co najmniej jednej z wymienionych poniżej form:

- automatów do gier,
- LOTTO lub innych loterii,
- zakładów bukmacherskich,
- różnych rodzajów gry na pieniądze,
- udziału w konkursach opłacanych telefonicznie,
- innych form hazardu.

Podjęto także próbę oszacowania rozpowszechnienie problemowego korzystania z hazardu, w oparciu o pytanie ankietowe: „W ciągu w ostatnich 12 miesięcy, czy HAZARD był przyczyną jakichkolwiek Twoich kłopotów, jak na przykład brak pieniędzy, sprzeczki w domu czy z kolegami, problemy w szkole, problemy z odrabianiem na czas prac domowych, itp.?” Badani w odpowiedzi potwierdzali (bądź nie) występowanie jakichkolwiek kłopotów.

Hazardu oraz cyberprzemocy nie włączono do ogólnego wskaźnika problemów eksternalizacyjnych. Włączenie nowych zmiennych zakłóciłoby porównywalność wyników z kolejnych rund badań.

Wyniki

Rozpowszechnienie problemów internalizacyjnych

Samooceńca stanu zdrowia psychicznego

Pomiędzy 2008 i 2012 rokiem nie stwierdzono istotnych statystycznie zmian w samoocenie zdrowia psychicznego uczniów (tabela 4.1). Wyniki badań wskazują, że w 2012 roku około 19% uczniów negatywnie oceniało własne zdrowie psychiczne, czyli informowało o tym, że w ciągu ostatniego miesiąca zdarzyło im się 14 lub więcej dni pogorszonego samopoczucia. Podobnie jak w poprzednich latach negatywna samoocena zdrowia psychicznego trzykrotnie częściej charakteryzowała – ok. 28% niż chłopców – ok. 9%, tabela 4.1.

Symptomy depresji

Nie odnotowano także istotnych statystycznie zmian pomiędzy 2008 i 2012 rokiem w rozkładach odpowiedzi na pytania o symptomy depresji (tabele 4.2–4.5). W 2012 roku wysokie ryzyko występowania depresji dotyczyło 8,5% uczniów, nieco więcej niż cztery lata wcześniej – 6,8%. Nie były to jednak zmiany istotne statystycznie (tabela 4.6). Wysokie ryzyko występowania depresji było znacząco większe wśród dziewcząt (ok. 15%) niż wśród chłopców (2%).

Problemy internalizacyjne ogółem

Ogółem w 2012 roku problemy internalizacyjne charakteryzowały 21% badanych uczniów i występowały one zdecydowanie częściej wśród dziewcząt (32%) niż wśród chłopców (10%), tabela 4.6.

Tabela 4.1. Samoocena zdrowia psychicznego: *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?*
Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	W ciągu ostatnich 30 dni (odsetki badanych)			
		0 dni	1–6 dni	7–13 dni	14–30 dni
Dziewczęta					
2004	634	16,7	33,8	22,7	26,8
2008	552	18,7	36,8	19,2	25,4
2012	457	16,6	33,0	22,3	28,0
Chłopcy					
2004	635	52,6	29,6	7,7	10,1
2008	529	51,4	32,5	7,9	8,1
2012	435	49,7	33,8	7,4	9,2
Razem					
2004	1275	35,0	31,5	15,1	18,4
2008	1088	34,8	34,7	13,6	16,9
2012	898	32,7	33,4	15,0	18,8

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 4% do 5,6%.

Tabela 4.2. Symptomy depresji: *Jak często było ci smutno?* Dane od 15-letnich uczniów, badania mokotowskie 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	W ciągu ostatnich 7 dni (odsetki badanych)			
		Nigdy lub rzadko	Czasami	Często	Cały czas
Dziewczęta					
2004	662	20,5	47,4	27,2	4,8
2008	566	18,6	44,0	30,9	6,5
2012	476	16,8	43,1	31,7	8,4
Chłopcy					
2004	670	43,7	41,9	11,5	2,8
2008	557	48,7	35,5*	11,5	4,3
2012	451	44,8	38,8	12,0	4,4
Razem					
2004	1341	32,3	44,7	19,2	3,8
2008	1131	33,6	39,9*	21,1	5,4
2012	933	30,4	41,1	22,1	6,4

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,2% do 0,7%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

Tabela 4.3. Symptomy depresji: *Jak często czułeś się samotny?* Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	W ciągu ostatnich 7 dni (odsetki badanych)			
		Nigdy lub rzadko	Czasami	Często	Cały czas
Dziewczęta					
2004	664	40,8	35,1	16,4	7,7
2008	564	47,3*	27,5**	18,6	6,6
2012	475	41,7	31,4	19,6	7,4
Chłopcy					
2004	670	62,5	24,5	8,4	4,6
2008	557	67,1	21,5	7,5	3,8
2012	449	69,9	18,7	8,2	3,1
Razem					
2004	1343	51,7	29,8	12,4	6,1
2008	1129	57,3**	24,4**	13,1	5,1
2012	930	55,5	25,2	14,1	5,3

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,4% do 0,6%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

Tabela 4.4. Symptomy depresji: *Jak często byłeś/aś przygnębiony/a?* Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	W ciągu ostatnich 7 dni (odsetki badanych)			
		Nigdy lub rzadko	Czasami	Często	Cały czas
Dziewczęta					
2004	665	33,1	39,1	22,3	5,6
2008	564	34,4	37,9	21,8	5,9
2012	474	28,1*	40,3	25,1	6,5
Chłopcy					
2004	674	55,3	33,4	9,1	2,2
2008	557	55,3	30,3	10,6	3,8
2012	448	55,8	31,0	9,2	4,0
Razem					
2004	1348	44,4	36,3	15,5	3,9
2008	1129	44,9	34,1	16,2	4,8
2012	928	41,6	35,8	17,3	5,3

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,2% do 0,7%.

Tabela 4.5. Symptomy depresji: *Jak często chciało Ci się płakać?* Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	W ciągu ostatnich 7 dni (odsetki badanych)			
		Nigdy lub rzadko	Czasami	Często	Cały czas
Dziewczęta					
2004	665	41,7	33,7	20,3	4,5
2008	563	43,2	33,4	17,9	5,5
2012	473	41,2	29,6	20,1	9,1
Chłopcy					
2004	676	87,6	8,4	2,5	1,5
2008	556	88,5	7,9	2,2	1,4
2012	449	87,3	9,6	2,0	1,1
Razem					
2004	1350	64,9	20,9	11,3	3,0
2008	1127	65,9	20,6	10,0	3,5
2012	928	63,6	20,0	11,2	5,2

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,1% do 0,7%.

Tabela 4.6. Internalizacyjne problemy zdrowia psychicznego: duże ryzyko depresji i negatywna samoocena zdrowia psychicznego. Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Wskaźniki problemów internalizacyjnych (odsetki badanych)		
		Duże ryzyko depresji	Negatywna samoocena zdrowia psychicznego	Ogólny wskaźnik problemów internalizacyjnych
Dziewczęta				
2004	636	11,1	26,8	29,6
2008	554	11,5	25,4	28,2
2012	462	14,8	28,0	31,8
Chłopcy				
2004	636	2,2	10,1	10,7
2008	530	2,2	8,1	9,2
2012	435	2,0	9,2	9,9
Razem				
2004	1278	6,6	18,4	20,0
2008	1091	6,8	16,9	18,9
2012	903	8,5	18,8	21,2

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,1% do 5,6%.

Problemy eksternalizacyjne

Przemoc

Doświadczanie przemocy na terenie szkoły lub w pobliżu. Według badań z 2012 roku, podobnie jak cztery lata wcześniej, około 45% 15-letnich uczniów doświadczało przemocy na terenie szkoły w ciągu roku poprzedzającego badania. Natomiast 15% doświadczało przemocy często (tzn. raz na tydzień lub częściej) i był to nieznacznie mniejszy odsetek niż w 2008 roku (18%). Odnotowano przy tym istotny wzrost odsetka dziewcząt doświadczających raz na tydzień przemocy, z 5,8% w 2008 roku do 9,9% w 2012 roku, przy jednoczesnym spadku wartości tego wskaźnika wśród chłopców z 14,6% do 8,9% (tabela 4.7).

Sprawcy przemocy na terenie szkoły lub w pobliżu. Aktywna przemoc wobec innych uczniów na terenie szkoły w 2012 roku była udziałem około 27% badanych, a w tym 35% chłopców i 20% dziewcząt (tabela 4.8). Pomiędzy 2008 a 2012 rokiem odnotowano istotne statystycznie ograniczenie udziału chłopców w aktach przemocy (spadek o 12%) oraz w całej badanej grupie (spadek o 5,3%).

Udział w bójkach na terenie szkoły. Bójki na terenie szkoły były także domeną chłopców. W 2012 roku brało w nich udział (przynajmniej raz) 18% uczniów, 28% chłopców i 9% dziewcząt. Odsetki te, w porównaniu z poprzednią edycją badań, były istotnie niższe wśród chłopców (o 9%) oraz w całej badanej grupie (o 5%). Częsty udział w bójkach (6 i więcej razy w ciągu roku) charakteryzował 3,8% chłopców oraz 1,7% dziewcząt, ogółem problem ten dotyczył 2,8% badanej grupy (tabela 4.9).

Uderzenie lub uszkodzenie kogoś (celowo). Pomiędzy 2008 a 2012 rokiem stwierdzono istotne statystycznie spadki tego wskaźnika: w grupie dziewcząt do 17% (spadek o 6%), wśród chłopców – do 32% (spadek o 8%), a w całej badanej grupie – do 24% (spadek o 7%), tabela 4.10.

Wskaźnik sumaryczny – przemoc wobec innych. Ogółem przemoc wobec innych w 2012 roku była udziałem 29% badanych (21% wśród dziewcząt oraz 37% wśród chłopców) i ograniczyła się znacząco w porównaniu z poprzednią rundą badań (spadek o 7% w całej grupie, o 10% wśród chłopców oraz o 6% wśród dziewcząt), tabela 4.11.

Tabela 4.7. Doświadczanie przemocy na terenie szkoły lub w jej pobliżu. Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	W roku poprzedzającym badanie (odsetki badanych)			
		Nigdy	Rzadziej niż raz na miesiąc	Około raz na tydzień	Codziennie lub prawie codziennie
Dziewczęta					
2004	662	66,2	18,1	10,9	4,8
2008	567	64,4	24,5**	5,8**	5,3
2012	475	61,1	24,8	9,9*	4,2
Chłopcy					
2004	670	50,3	25,5	12,2	11,9
2008	556	47,3	28,2	14,6	9,9
2012	451	49,2	33,7	8,9**	8,2
Razem					
2004	1341	57,9	22,0	11,5	8,6
2008	1131	56,0	26,3*	10,2	7,6
2012	932	55,2	29,4	9,3	6,1

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahał się od 0,2% do 0,7%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

Tabela 4.8. Sprawstwo przemocy na terenie szkoły lub w jej pobliżu. Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	W roku poprzedzającym badanie (odsetki badanych)			
		Nigdy	Rzadziej niż raz na miesiąc	Około raz na tydzień	Codziennie lub prawie codziennie
Dziewczęta					
2004	664	77,9	14,8	4,4	3,0
2008	566	81,3	12,5	4,9	1,2*
2012	451	80,1	13,1	4,2	2,5
Chłopcy					
2004	672	53,3	26,3	11,8	8,6
2008	556	53,1	28,8	11,3	6,8
2012	472	64,7***	21,5**	8,4	5,3
Razem					
2004	1345	65,4	20,6	8,1	5,9
2008	1130	67,3	20,5	8,1	4,0*
2012	929	72,6*	17,2	6,2	4,0

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,3% do 0,6%.

* p<0,05

** p<0,01

*** p<0,001

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

Tabela 4.9. Udział w bójkach na terenie szkoły. Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	W ciągu ostatniego roku (odsetki badanych)				
		Ani razu	1 raz	2 lub 3 razy	4 lub 5 razy	6 lub więcej razy
Dziewczęta						
2004	663	88,2	5,3	3,6	1,4	1,5
2008	565	91,3	4,4	2,8	0,7	0,7
2012	475	91,4	4,2	1,7	1,1	1,7
Chłopcy						
2004	671	67,4	13,4	8,2	3,6	7,5
2008	558	63,1	15,2	12,7**	3,2	5,7
2012	451	72,3**	13,5	8,0*	2,4	3,8
Razem						
2004	1343	77,7	9,5	5,9	2,5	4,5
2008	1131	77,2	9,7	7,7	2,0	3,4
2012	932	82,0**	8,8	4,7**	1,7	2,8

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,2% do 0,6%.

* p<0,05

** p<0,01

*** p<0,001

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

Zachowania sprzeczne z prawem

Odnotowano znaczący spadek rozpowszechnienia zachowań sprzecznych z prawem w badanej grupie: z 45% w 2008 roku do 40% w 2012 roku, tabela 4.11. Przy tym tego typu zachowania były bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż dziewcząt (44% i 37%). Najbardziej powszechne były drobne kradzieże (29%), przejawy wandalizmu (np. celowe niszczenie czegoś) 15% i ucieczki z domu (13%). W ciągu czterech lat dzielących obie edycje badań odnotowano istotny statystycznie spadek wskaźników opisujących przejawy wandalizmu (zarówno wśród dziewcząt, jak i chłopców) oraz wzrost rozpowszechnienia ucieczek z domu (tylko wśród dziewcząt), tabela 4.10.

Tabela 4.10. Zachowania sprzeczne z prawem: Czy kiedykolwiek w ostatnich 12 miesiącach robiłeś/aś niżej wymienione rzeczy? Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	W ciągu ostatniego roku (odsetki badanych)					
		Brałeś/aś samochód na przejażdżkę bez zgody właściciela	Łamałeś/aś lub niszczyłeś/aś (celowo) coś, co nie należało do Ciebie	Sprzedawałeś/aś marihuanę lub inne narkotyki	Brałeś/aś rzeczy, które nie należały do Ciebie	Uciekałeś/aś z domu (to znaczy opuszczałeś/aś dom bez pozwolenia rodziców)	Uderzyłeś/aś lub uszkodziłeś/aś kogoś (celowo) (a)
Dziewczęta							
2004	659	0,6	14,1	2,3	25,3	12,7	24,6
2008	566	1,2	14,5	2,3	30,4*	11,1	22,9
2012	476	1,3	9,9*	2,5	26,2	16,7**	17,1*
Chłopcy							
2004	672	5,5	28,1	4,2	24,9	5,6	36,5
2008	556	6,1	26,5	3,6	28,0	9,7**	39,4
2012	449	5,6	20,0*	5,4	31,5	9,5	31,5**
Razem							
2004	1339	3,1	21,1	3,3	25,3	9,2	30,7
2008	1129	3,7	20,8	2,9	29,4*	10,4	31,1
2012	930	3,3	14,8***	4,0	28,9	13,4*	24,2***

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,4% do 2,4%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

(a) Chociaż pytanie to znajdowało się w grupie opisującej zachowania sprzeczne z prawem, ze względów treściowych włączono je do wskaźnika mówiącego o braniu udziału w przemocu wobec innych osób.

Nadużywanie substancji psychoaktywnych

Wartości wskaźnika opisującego nadużywanie substancji psychoaktywnych nie zmieniły się istotnie w ciągu czterech lat, tabela 4.11. Codzienne palenie papierosów, upijanie się w ostatnim miesiącu lub

sięganie po narkotyki w 2012 roku charakteryzowało 29% badanych. Nie było przy tym istotnych różnic w tym zakresie pomiędzy dziewczętami (27%) a chłopcami (30%).

Problemy eksternalizacyjne ogółem

Ogólnie w 2012 roku problemy eksternalizacyjne (definiowane jako współwystępowanie różnych typów zachowań ryzykownych) dotyczyły około 29% badanych: częściej chłopców (33%) niż dziewcząt (24%). Pomiedzy 2008 i 2012 rokiem odnotowano znaczący spadek tego wskaźnika w całej badanej grupie o 7%, wśród dziewcząt o 6% oraz wśród chłopców o 8%, tabela 4.11.

Tabela 4.11. Problemy eksternalizacyjne (zachowania ryzykowne) w obszarze zdrowia psychicznego: nadużywanie substancji, przemoc wobec innych, zachowania sprzeczne z prawem. Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Wskaźniki problemów eksternalizacyjnych (odsetki badanych)				Ogólny wskaźnik problemów eksternalizacyjnych
		Nadużywanie substancji	Przemoc wobec innych	Zachowania sprzeczne z prawem		
Dziewczęta						
2004	652	31,4	26,4	37,6	26,8	
2008	553	27,3	25,3	42,6	30,2	
2012	470	27,4	20,7	37,0	23,8*	
Chłopcy						
2004	663	30,2	43,9	40,7	36,8	
2008	549	32,1	46,6	47,2*	40,8	
2012	443	30,1	37,0**	43,7	33,2*	
Razem						
2004	1324	30,7	35,3	39,3	31,9	
2008	1110	29,6	35,9	45,2**	35,6	
2012	919	28,9	28,8***	40,4*	28,6***	

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,8% do 2,7%.

* p<0,05

** p<0,01

*** p< 0,001

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

Problemy eksternalizacyjne analizowane dodatkowo w 2012 roku

Cyberprzemoc. Ofiarami przemocy przy użyciu środków komunikacji elektronicznej było ok. 15% badanych uczniów. W tym zakresie nie stwierdzono znaczących różnic pomiędzy dziewczętami i chłopcami. Najczęściej doświadczanie tego typu przemocy miało charakter jednorazowy (10% badanych). Doświadczanie cyberprzemocy dwa lub trzy razy w życiu było udziałem 3,1% uczniów, a cztery i więcej razy – 2,3%, tabela 4.12.

Sprawcami cyberprzemocy było 19% badanych. Przy tym takie zachowania charakteryzowały częściej dziewczęta (25%) w porównaniu z chłopcami (13%). Różnice te dotyczyły głównie jednorazowych aktów cyberprzemocy (18% wśród dziewcząt i 8% wśród chłopców). W przypadku powtarzającego się sprawstwa przemocy (6% w całej grupie) nie stwierdzono znaczących różnic ze względu na płeć, tabela 4.13.

Hazard był dość powszechny i był udziałem ok. 41% uczniów, tabela 4.14. Zdecydowanie częściej zachowania te charakteryzowały chłopców (48%) niż dziewczęta (36%). Najbardziej popularną formą hazardu był udział w loteriach, jak np. LOTTO (29%), następnie gry przy użyciu automatów oraz inne gry na pieniądze (po 11%). Mniej popularne były zakłady bukmacherskie, udział w konkursach opłacanych telefonicznie i inne formy hazardu (5–7%). Pomimo dużego rozpowszechnienia hazardu, problemy z tego powodu dotyczyły niewielkiej części badanych uczniów – 2,7%. Częściej doświadczali takich problemów chłopcy (3,9%) niż dziewczęta (1,5%)

Tabela 4.12. Bycie ofiarą cyberprzemocy kiedykolwiek w życiu. Dane z 2012 roku

Rok badania	Liczba respondentów	Kiedykolwiek w życiu (odsetki badanych)			
		Ani razu	1 raz	2 lub 3 razy	4 lub więcej razy
Dziewczęta					
2012	474	85,7	8,6	3,6	2,1
Chłopcy					
2012	451	84,0	10,9	2,7	2,4
Razem					
2012	925	84,9	9,7	3,1	2,3

Odsetek braków danych w odpowiedziach na to pytanie wyniósł 1,1%.

Problemy w obszarze zdrowia psychicznego – nakładanie się wskaźników

W 2012 roku 42% 15-latków przejawiało symptomy problemów w sferze zdrowia psychicznego. W przypadku 13% uczniów były to problemy wyłącznie emocjonalne, czyli internalizacyjne, a w przypadku 21% były to tylko problemy eksternalizacyjne. Osoby z problemami obu rodzajów stanowiły ok. 7% badanej grupy, rycina 4.1. W porównaniu z poprzednią edycją badań mokatowskich (ryciny 4.4–4.6) uwidoczniło się ograniczenie o 6% rozpowszechnienia izolowanych problemów eksternalizacyjnych (z 27% do 21%).

Jakiegokolwiek problemy częściej występowały wśród dziewcząt (45%) niż chłopców (38%), ryciny 4.2 i 4.3. Wśród dziewcząt dominowały problemy emocjonalne, czyli internalizacyjne, a wśród chłopców przeważały zdecydowanie problemy eksternalizacyjne, czyli współwystępowanie różnych zachowań ryzykownych, a tylko nieliczni chłopcy (ok. 5%) demonstrowali wyłącznie internalizacyjne problemy w zakresie zdrowia psychicznego.

Tabela 4.13. Sprawcy cyberprzemocy kiedykolwiek w życiu. Dane z 2012 roku

Rok badania	Liczba respondentów	Kiedykolwiek w życiu (odsetki badanych)			
		Ani razu	1 raz	2 lub 3 razy	4 lub więcej razy
Dziewczęta					
2012	474	75,5***	18,1***	3,8	2,5
Chłopcy					
2012	451	86,6	8,2	2,4	2,7
Razem					
2012	925	80,9	13,3	3,1	2,6

Odsetek braków danych w odpowiedziach na to pytanie wyniósł 1,3%.

*** $p < 0,001$

(dotyczy porównania wskaźników dla dziewcząt i chłopców)

Tabela 4.14. Hazard w ostatnim roku. Dane z 2012 roku

Rok	Liczba respondentów	W ciągu ostatniego roku (odsetki badanych)						
		Jakiegokolwiek formy hazardu	Automaty do gier	LOTTO lub inne loterie	Zakłady bukmacherskie	Gra na pieniądze	Konkursy w TV opłacone telefonicznie	Inne formy
Dziewczęta								
2012	474	35,5***	8,2	25,9	3,2	7,9	5,7	3,0
Chłopcy								
2012	450	47,6	12,8	33,0	11,3	15,1	5,3	6,9
Razem								
2012	932	41,4	10,5	29,4	7,2	11,4	5,5	4,9

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,5% do 1,0%.

*** $p < 0,001$

(dotyczy porównania wskaźników dla dziewcząt i chłopców)

Omówienie wyników

Według wyników badań mokotowskich, w 2012 roku wysokie ryzyko występowania depresji dotyczyło 8,5% uczniów i było znacząco większe wśród dziewcząt (ok. 15%) niż wśród chłopców (2%). Wyniki te zbliżone są do danych z badań populacji młodzieży w wieku 12–17 lat w USA, z 2012 roku (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013*), które mówią o występowaniu

epizodów tzw. dużej depresji (*major depression*) u 9,1% nastolatków, przy czym wśród dziewcząt odsetek ten wynosił ok. 13,7%, a wśród chłopców 4,7%.

Niestety, trudno znaleźć wyniki badań krajowych, do których można by odnieść tego rodzaju dane. Wiele z tych badań dotyczy bowiem nasilenia **nastroju depresyjnego**, a nie depresji rozumianej jako zaburzenie (Bobrowski, 2010b; Radziwiłłowicz, 2012). Jak konkluduje autorka jednego z przeglądów badań (Witkowska-Ulatowska, 2000; s. 141), to między innymi różnorodność stosowanych wskaźników jest przyczyną bardzo dużego rozrzutu w szacowaniu rozpowszechnienia przejawów depresji i innych zaburzeń afektywnych u dzieci i młodzieży w Polsce. Dodatkowym utrudnieniem są szerokie i nieprecyzyjne definicje zdrowia czy też zaburzeń zdrowia psychicznego (Bobrowski i wsp., 2005; Heszen-Niejodek, Wrześniewski, 2002).

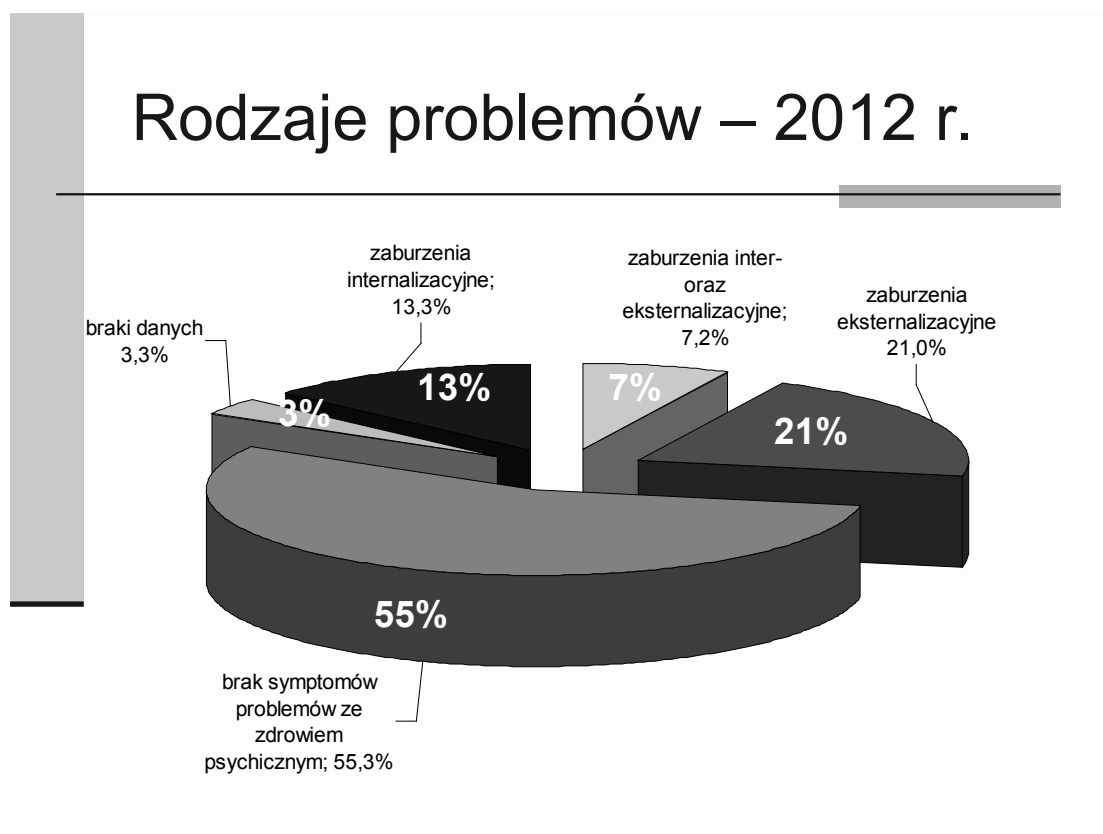
Jednym ze składowych wskaźników dużego ryzyka depresji w badaniach mokotowskich było poczucie przygnębienia. Częste lub trwające cały czas przygnębienie dotykało 22,6% uczniów III klas gimnazjalnych. Podobny wskaźnik stosowano w ogólnopolskich badaniach HBSC z 2010 roku, w których oszacowano, że przygnębienie doświadczane częściej niż raz w tygodniu dotykało 18,2% uczniów z tej samej grupy wiekowej (Mazur, Małkowska-Szkutnik, 2011). Być może więc doświadczanie przygnębienia jest bardziej powszechne wśród młodzieży z Warszawy niż przeciętnie w Polsce.

Szereg aspektów zdrowia psychicznego oszacowanych w badaniach mokotowskich można odnieść do wyników badań kanadyjskich z 2011 roku dla tej samej grupy wiekowej (Paglia-Boak i wsp., 2012). I tak odsetek uczniów negatywnie oceniających własne zdrowie psychiczne był podobny w badaniach mokotowskich i kanadyjskich i wynosił odpowiednio 19% i 17%. W obu badaniach identyczne były odsetki uczniów zajmujących się jakimikolwiek formami hazardu w ostatnim roku – 41%, a także odsetki osób doświadczających problemów w związku z hazardem – ponad 2%. Podobne były także odsetki sprawców przemocy na terenie szkoły: 27% w naszych badaniach i 25% w badaniach kanadyjskich. Z drugiej strony dwukrotnie mniejsza grupa młodzieży kanadyjskiej uczestniczyła w bójkach w ostatnim roku: 9% w stosunku do 18% wśród młodzieży warszawskiej. Również drobne kradzieże były blisko dwukrotnie mniej rozpowszechnione wśród młodzieży kanadyjskiej: 15% w stosunku do 29% wśród młodzieży warszawskiej. Pozostałe wskaźniki związane z łamaniem prawa, tj. wandalizm, ucieczki z domu, handel narkotykami oraz branie samochodu bez zgody właściciela, miały podobne wartości w obu badaniach. Jedynie w przypadku cyberprzemocy możemy mówić o większym rozpowszechnieniu zjawiska wśród młodzieży kanadyjskiej, wśród której 21% stanowiły ofiary cyberprzemocy, w porównaniu z 15% ofiar wśród młodzieży warszawskiej.

Wracając do samych badań mokotowskich, w latach 2008–2012 w badanej populacji 15-latków skala problemów internalizacyjnych nie zmieniła się znacząco ani w zakresie rozpowszechnienia depresji, ani też w zakresie negatywnej samooceny zdrowia psychicznego. Dane z 2012 roku wskazują, że ograniczeniu uległo rozpowszechnienie problemów eksternalizacyjnych. W szczególności odnotowano znaczące spadki rozpowszechnienia przemocy oraz zachowań sprzecznych z prawem.

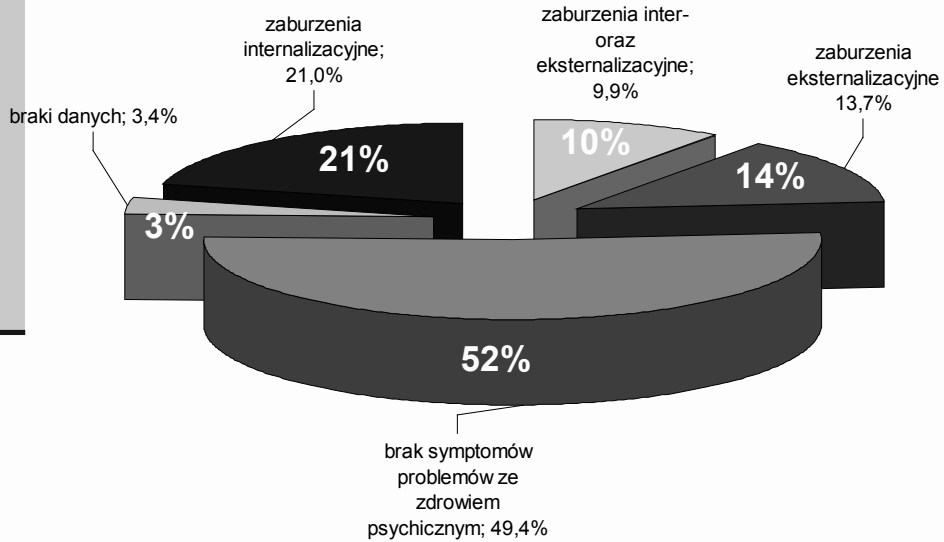
Biorąc pod uwagę nakładanie się zakresów wskaźników, można ocenić, że około 40% 15-letnich gimnazjalistów doświadczało wyraźnych problemów w obszarze zdrowia psychicznego, przy tym u dziewcząt dominowały problemy emocjonalne (internalizacyjne), natomiast u chłopców

– zaburzenia zachowania (eksternalizacyjne). W związku z powyższym widoczna jest potrzeba zapewnienia znaczącej części młodzieży łatwego dostępu do fachowej pomocy psychologicznej, czasem też psychiatrycznej. Tego typu dane powinny być uwzględniane w realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz w planach Ministerstwa Zdrowia. Potrzeba także działań wspierających rozwój profesjonalnych programów ukierunkowanych na promocję zdrowia psychicznego, w tym radzenie sobie ze stresem, a także programów profilaktycznych dotyczących zapobiegania depresji, przemocy, wykroczeniom oraz nadużywaniu substancji psychoaktywnych przez młodzież.



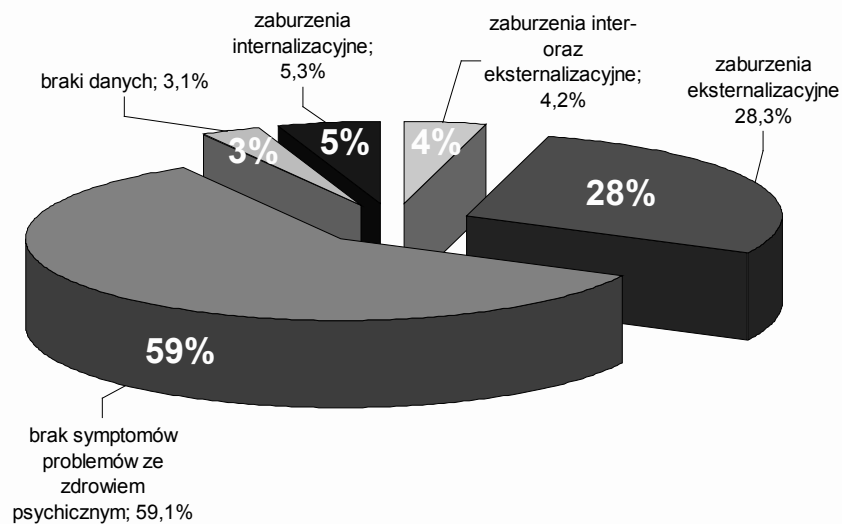
Ryc. 4.1. Problemy w obszarze zdrowia psychicznego. Dane od 15-letnich uczniów, badania mokotowskie 2012 r.

Dziewczęta



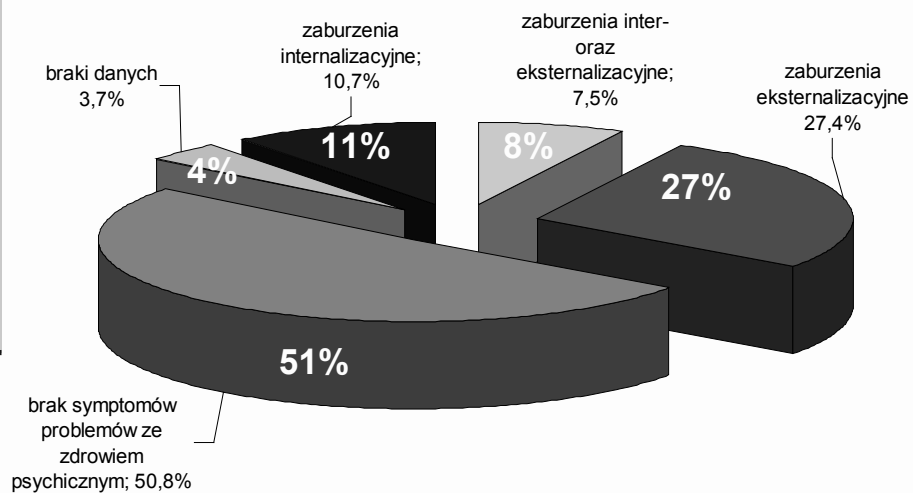
Ryc. 4.2. Problemy w obszarze zdrowia psychicznego wśród 15-letnich dziewcząt, badania mokotowskie 2012 r.

Chłopcy



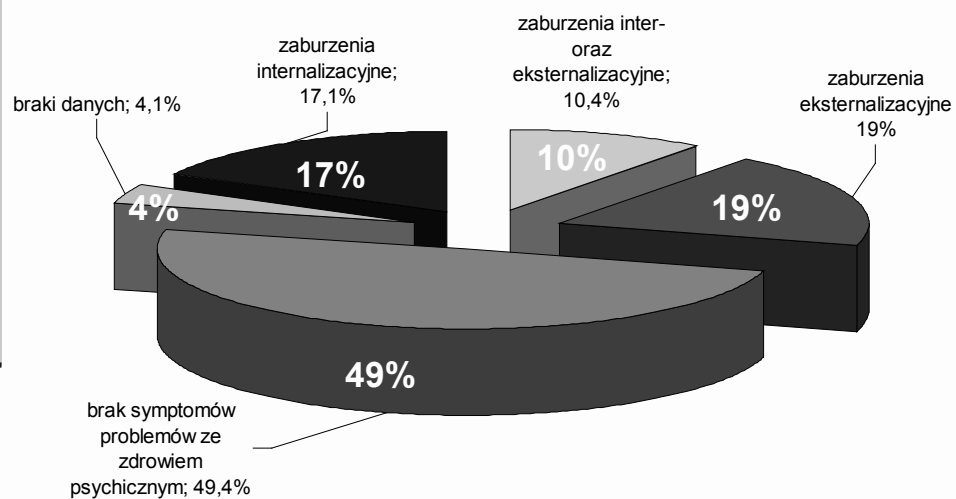
Ryc. 4.3. Problemy w obszarze zdrowia psychicznego wśród 15-letnich chłopców, badania mokotowskie 2012 r.

Rodzaje problemów – 2008 r.



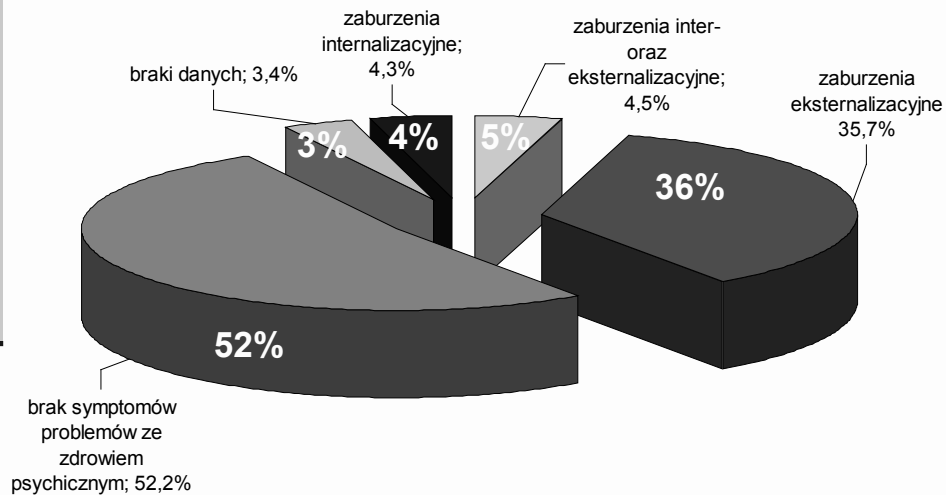
Ryc. 4.4. Problemy w obszarze zdrowia psychicznego. Dane od 15-letnich uczniów, badania mokatowskie 2008 r.

Dziewczęta



Ryc. 4.5. Problemy w obszarze zdrowia psychicznego wśród 15-letnich dziewcząt, badania mokatowskie 2008 r.

Chłopcy



Ryc. 4.6. Problemy w obszarze zdrowia psychicznego wśród 15-letnich chłopców, badania mokotowskie 2008 r.

Piśmiennictwo

1. Achenbach T. M. Challenges and benefits of assessment, diagnosis, and taxonomy for clinical practice and research. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35:263–71.
2. Adlaf E., Paglia A. *The Mental Health and Well-Being of Ontario Students. Findings from the OSDUS.* Centre for Addiction and Mental Health, Toronto 2001.
3. Bobrowski K. Używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania problemowe młodzieży gimnazjalnej. Zmiany pomiędzy 14. a 16. rokiem życia. *Alkoholizm i Narkomania* 2005; 18: (1/2): 27–38.
4. Bobrowski K., Czabała Cz., Brykczyńska C. Zachowania ryzykowne jako wymiar oceny stanu zdrowia psychicznego młodzieży. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005; 14(4): 285–292.
5. Bobrowski K., Pisarska A., Ostaszewski K. Rekomendacje narzędzi do oceny zagrożeń zdrowia psychicznego młodzieży do dalszego stosowania w badaniach mokotowskich oraz w innych badaniach ankietowych młodzieży szkolnej. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.
6. Bobrowski K. Raport z badań ankietowych rozpowszechnienia używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wśród uczniów iławskich gimnazjów, maszynopis Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010 (a).
7. Bobrowski K. Monitorowanie wybranych wskaźników zdrowia psychicznego 15-latków w badaniach mokotowskich. Zmiany pomiędzy 2004 i 2008 rokiem. [W:] Okulicz-Kozaryn K., Osta-

- szewski K. (red.) Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce. Część druga. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010 (b).
8. Center for Disease Control and Prevention. Self-reported frequent mental distress among adults. United States, 1993-1996. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1998; 47(6): 325-31.
 9. Czabała Cz.J., Brykczyńska C., Bobrowski K., Ostaszewski K. Problemy zdrowia psychicznego w populacji gimnazjalistów warszawskich. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005; 14(1): 1-9.
 10. Deković M. Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 1999; 28(6): 667-685.
 11. Heszen-Niejodek I., Wrześniewski K. Udział psychologii w rozwiązywaniu problemów zdrowia somatycznego. [W:] Strelau J. (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 3, Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2002.
 12. Jessor R. Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *Br J Addic* 1987; 82:331-42.
 13. Mazur J., Małkowska-Szkutnik A. Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
 14. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Cybulska M., Kocoń K., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. Raport techniczny z realizacji projektu badawczego „Monitorowanie zachowań ryzykownych młodzieży. Badania mokotowskie”. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2009.
 15. Paglia-Boak A., Adlaf E.M., Hamilton H.A., Beitchman J.H., Wolfe D., Mann R. E. The mental health and well-being of Ontario students, 1991-2011: OSDUS highlights (CAMH Research Document Series No. 35). Centre for Addiction and Mental Health Toronto, 2012.
 16. Pyżalski J. Agresja elektroniczna wśród 15-latków w Polsce [W:] Okulicz-Kozaryn K., Ostaszewski K. Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce. Część druga. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010; 159-172.
 17. Radloff L. The CES-D Scale: A self-report depression for research in general population. *Appl Psychol Measur*, (1977). 1:385-401.
 18. Radziwiłłowicz W. Czynniki ryzyka oraz różnorodność obrazu klinicznego depresji u dzieci i młodzieży. Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy w Sopocie, Sopot 2012.
 19. Stępień E. Czynniki ryzyka kontaktów z narkotykami od dorastania do wczesnej dorosłości (badania katamnesticzne). *Alkoholizm i Narkomania* 2001; 3(14): 407-20.
 20. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings*, NSDUH Series H-47, HHS Publication No. (SMA) 13-4805. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2013.
 21. Witkowska-Ulatowska H. Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. Przegląd badań. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP, Kraków 2000; 137-144.
 22. Wciórka J., Jarema M., Boguszevska L., Brodniak W., Czabała J.C., Langiewicz W., Prot K., Pużynski S., Słupczyńska-Kossobudzka E. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006; dostęp: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/program_npozp_16032007.pdf.

23. Wolańczyk T. Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce. Akademia Medyczna, Warszawa 2002.
24. Wolniewicz-Grzelak B., Ostaszewski K. Badanie środowisk szkolnych w zakresie zagrożenia uzależnieniem od środków odurzających. Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego 1983; 4(52): 68-82.
25. Wolniewicz-Grzelak B. Badanie picia napojów alkoholowych przez młodzież arkuszem „Piwo-Wino-Wódka”. Alkoholizm i Narkomania 1995; 2(19): 117-127.
26. Wójtowicz S. Picie alkoholu przez dorastających w kontekście realizacji zadań rozwojowych. Alkoholizm i Narkomania 1996; 1(22): 75-82.

Rozdział 5 Stosowanie leków na dolegliwości bólowe i negatywne stany emocjonalne w latach 2004–2012

Agnieszka Pisarska

Streszczenie

Okres obserwacji. Dane dotyczące leków pochodzą z obserwacji prowadzonych w latach 2004–2012.

Narzędzia. Do pomiaru wykorzystano pytania opracowane na podstawie ankiety HBSC odnoszące się do przyjmowania leków z powodu dolegliwości bólowych, negatywnych stanów (trudności w zasypianiu, zdenerwowanie, przygnębienie) oraz braku energii.

Wyniki. Wyniki wskazują, że w latach 2004–2012 rozpowszechnienie stosowania leków przeciwbólowych nie zmieniło się znacząco. Nie stwierdzono również istotnych zmian w rozpowszechnieniu używania leków przyjmowanych z powodu zdenerwowania, przygnębienia oraz braku energii. Wyjątkiem są leki przyjmowane z powodu trudności w zasypianiu, których używanie wzrosło znacząco w latach 2008–2012 – szczególnie wśród dziewcząt. Stosowanie leków przeciwbólowych, uspokajających, nasennych i poprawiających nastrój we wszystkich pomiarach było bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców.

Wnioski. Programy edukacyjne dotyczące leków powinny uwzględniać specyficzne potrzeby dorastających dziewcząt.

Wprowadzenie

Pytania dotyczące przyjmowania leków z powodu dolegliwości bólowych oraz negatywnych stanów emocjonalnych zostały dołączone do *badania mokotowskich* w 2004 roku. We wcześniejszych rundach respondenci pytani byli o przyjmowanie leków uspokajających i nasennych, ponieważ tego rodzaju farmaceutyki bywają stosowane przez młodzież w celu odurzenia. W ankiecie ESPAD leki nasenne/uspokajające są wymieniane jako jedna z substancji psychoaktywnych obok marihuany, amfetaminy czy heroiny (Sierosławski, 2011). Intencją dołączenia do *badania mokotowskich* nowych pytań o leki było poszerzenie zakresu badań o informacje dotyczące zachowań ryzykownych, które służą zaspokojeniu potrzeb nastolatków innych niż chęć odurzenia czy włączenia do grupy rówieśniczej.

Motywnym skłaniającym młodzież do stosowania leków przeciwbólowych, uspokajających czy nasennych jest bowiem najczęściej chęć złagodzenia dolegliwości somatycznych lub psychicznych (Pisarska, Ostaszewski, 2006; Pisarska, 2008). Samodzielne stosowanie leków przez dorosłych jest powszechnie akceptowane, ponieważ wiąże z licznymi korzyściami zarówno dla pacjentów, jak i lekarzy, farmaceutów oraz systemu ochrony zdrowia (Hughes i wsp., 2001). Nastoletnia młodzież również

sięga samodzielnie po leki, a wyniki badań wskazują, że najpowszechniej stosowane są farmaceutyki przeciwbólowe oraz uspokajające i nasenne dostępne bez recepty (Pisarska i Ostaszewski, 2006; Sieroślawski, 2011). Przyjmowanie tych leków bez kontroli lekarza może być przyczyną poważnych zagrożeń dla zdrowia dzieci i młodzieży (Gunn i wsp., 2001; Szkolnicka, 2005; Schmidt, 2008). Z tego względu monitorowanie zjawiska stosowania przez młodzież leków przeciwbólowych oraz farmaceutyków przyjmowanych z powodu negatywnych stanów emocjonalnych jest ważnym zadaniem badawczym z zakresu zdrowia publicznego. W celu poszerzenia wiedzy o tym problemie, do ankiety wykorzystanej w obecnej rundzie *badania mokotowskich* dołączono również pytania o doświadczanie przez uczniów dolegliwości bólowych oraz trudności w zasypianiu, zdenerwowania, przygnębienia i braku energii.

Zmienne, wskaźniki i narzędzia badawcze

Przyjmowanie leków z powodu dolegliwości bólowych i negatywnych stanów emocjonalnych.

W badaniach mokotowskich wykorzystano kilka pytań z kwestionariusza HBSC (Woynarowska i wsp., 2002) odnoszących się do częstości przyjmowania przez młodzież leków z powodu bólu brzucha, bólu głowy, trudności w zasypianiu, zdenerwowania/przygnębienia oraz z powodu braku energii. Zastosowano następujące kategorie odpowiedzi: „nie używałem” „tak, 1–2 razy”, „tak, kilka razy”, „tak, kilkanaście razy”, „tak, więcej niż kilkanaście razy”. Pytania te zostały zaadaptowane i zmodyfikowane przez A. Pisarską (Pisarska, Ostaszewski, 2006).

Dolegliwości bólowe i negatywne stany emocjonalne. W ankiecie z 2012 roku wykorzystano kilka pytań dotyczących doświadczania w ostatnim miesiącu takich dolegliwości jak: bóle głowy, bóle brzucha, trudności w zasypianiu, zdenerwowanie, przygnębienie i zły nastrój oraz brak energii. Kategorie odpowiedzi były analogiczne jak w pytaniu o stosowanie leków tj.: „nie odczuwałem/odczuwałam”, „tak, 1–2 razy”, „tak, kilka razy”, „tak, kilkanaście razy”, „tak, więcej niż kilkanaście razy”. Pytania te zostały zaczerpnięte z ankiety HBSC (Mazur i wsp., 2011) i zmodyfikowane na potrzeby opisywanych tu badań.

Wskaźniki

Używanie leków – przyjęte wskaźniki:

- częste używanie – przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu,
- bardzo częste używanie – sięganie po leki kilkanaście razy lub więcej w ciągu ostatniego miesiąca.

Doświadczanie dolegliwości somatycznych i negatywnych stanów emocjonalnych – przyjęte wskaźniki:

- częste problemy zdrowotne – dolegliwości somatyczne i negatywne stany emocjonalne przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu,
- bardzo częste problemy zdrowotne – dolegliwości somatyczne i negatywne stany emocjonalne kilkanaście razy lub więcej w ciągu ostatniego miesiąca.

Wyniki

Dolegliwości bólowe i negatywne stany emocjonalne

Tabela 5.1. Doświadczanie przez młodzież dolegliwości bólowych i negatywnych stanów emocjonalnych. Dane z 2012 roku

Odsetki uczniów, którzy doświadczali poszczególnych dolegliwości					
Rodzaj dolegliwości	Nie doświadczają/a w ostatnim miesiącu	Doświadczają/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu	Doświadczają/a kilka razy w ostatnim miesiącu	Doświadczają/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu	Doświadczają/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4+ 5+ 6)
Dziewczęta (N=476)					
Ból głowy	22,1	30,6	27,6	19,7	77,9
Ból brzucha	17,4	39,1	28,9	14,4	82,6
Trudności w zasypianiu	40,8	22,2	15,9	21,1	59,2
Zdenerwowanie	8,3	21,9	29,4	40,4	91,7
Przygnębienie i zły nastrój	12,4	26,6	30,4	30,6	87,6
Brak energii	20,6	26,1	23,5	29,9	79,4
Inne	47,4	9,8	15,0	27,8	52,6
Chłopcy (N = 452)					
Ból głowy	40,0	37,1	15,9	7,0	60,0
Ból brzucha	54,7	30,4	10,9	4,1	45,3
Trudności w zasypianiu	55,0	20,4	12,8	11,8	45,0
Zdenerwowanie	22,7	29,9	28,1	19,3	77,3
Przygnębienie i zły nastrój	39,8	31,1	18,3	10,7	60,2
Brak energii	40,7	28,4	16,6	14,4	59,3
Inne	68,0	4,1	8,1	19,8	32,0
Razem (N = 935)					
Ból głowy	30,7	33,9	21,9	13,5	69,3
Ból brzucha	35,5	34,8	20,0	9,6	64,5
Trudności w zasypianiu	47,6	21,4	14,4	16,6	52,4
Zdenerwowanie	15,3	25,7	28,8	30,2	84,7
Przygnębienie i zły nastrój	25,7	28,8	24,6	20,9	74,3
Brak energii	30,5	27,0	20,2	22,3	69,5
Inne	59,2	6,5	11,0	23,3	40,8

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,4% do 1,5%.

Wyniki wskazują, że około 70% 15-latków skarżyło się na bóle głowy przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu, zaś 64,5% uczniów na bóle brzucha. Trudności w zasypianiu w ostatnim miesiącu potwierdziło około 52% gimnazjalistów, zdenerwowanie około 85%, zaś przygnębienie i zły nastrój około 74% badanych. Brak energii dokuczał 70% uczniów. W kategorii „inne dolegliwości” uczniowie (41%) wpisywali rozmaite problemy zarówno zdrowia somatycznego, jak i negatywne stany emocjonalne. Najwięcej uczniów wymieniło stres (15 osób) oraz zmęczenie (12 osób). Pojedynczy uczniowie wpisywali rozmaite dolegliwości bólowe, takie jak: ból nogi, kolana, ręki, gardła, kręgosłupa, pleców, klatki piersiowej, stawów oraz mięśni. Z negatywnych stanów emocjonalnych najczęściej pojawiały się rozmaite formy agresji (furia, atak szału, niechęć, nienawiść, wkurzenie, nieopanowana agresja) oraz smutek. Dolegliwości, o które pytano w ankiecie, znacząco częściej były udziałem dziewcząt niż chłopców – wszystkie różnice były na poziomie $p < 0,001$. Na przykład na zdenerwowanie w ostatnim miesiącu skarżyło się 77% chłopców i 92% dziewcząt. Porównanie z danymi dotyczącymi stosowania leków wskazuje, że nastoletnia młodzież radzi sobie z problemami – szczególnie natury psychicznej – bez sięgania po leki. Na przykład około 85% badanych uczniów odczuwało w ostatnim miesiącu zdenerwowanie (w tym około 30% kilkanaście lub więcej razy), a po leki z tego powodu sięgało około 9% respondentów.

Stosowanie leków przeciwbólowych

Stosowanie leków przeciwbólowych jest zjawiskiem rozpowszechnionym wśród badanych 15-letnich uczniów z Warszawy. W rundach *badań mokotowskich* zrealizowanych w latach 2004, 2008 oraz 2012 około połowa badanych nastolatków potwierdziła przyjmowanie leków z powodu bólu przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu. Leki z powodu bólu brzucha stosowało około 40% 15-latków – przy czym w roku 2012 odsetki uczniów sięgających po te leki w ostatnim miesiącu były nieco wyższe niż w roku 2008 (38% vs 42%, $p < 0,05$) (tabela 5.2). Odsetki warszawskich gimnazjalistów stosujących leki przeciwbólowe bardzo często – kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu – wahały się w kolejnych pomiarach od 4,5 do 5% (tabela 5.2). W odniesieniu do tych wskaźników nie stwierdzono znaczących różnic pomiędzy pomiarami z lat 2004, 2008 oraz 2012.

Po leki przeciwbólowe sięga znacznie więcej dziewcząt niż chłopców. We wszystkich rundach *badań mokotowskich* odsetki dziewcząt potwierdzających stosowanie przynajmniej 1–2 razy w miesiącu leków z powodu bólu głowy oraz bólu brzucha były istotnie wyższe ($p < 0,001$) niż odsetki chłopców.

Tabela 5.2. Używanie przez młodzież leków z powodu bólu głowy. Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Odsetki uczniów, którzy stosowali leki z powodu bólu głowy				
		Nie używał/a w ostatnim miesiącu	Używał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu	Używał/a kilka razy w ostatnim miesiącu	Używał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu	Używał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4+ 5+ 6)
Dziewczęta						
2004	319	36,6	36,2	17,5	9,7	63,4
2008	567	37,9	36,8	15,9	9,4	62,1
2012	476	37,5	32,2	22,9	7,4	62,5
Chłopcy						
2004	330	61,6	26,7	7,8	3,9	38,4
2008	558	59,0	30,4	7,8	2,8	41,0
2012	452	59,6	28,1	10,4	1,8	40,4
Razem						
2004	652	48,8	31,5	12,6	7,1	51,2
2008	1133	48,2	33,8	11,8	6,2	51,8
2012	935	48,2	30,3	16,9	4,7	51,8

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 1,7% do 7%.

Tabela 5.3. Używanie przez młodzież leków z powodu bólu brzucha. Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Odsetki uczniów, którzy stosowali leki z powodu bólu brzucha				
		Nie używał/a w ostatnim miesiącu	Używał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu	Używał/a kilka razy w ostatnim miesiącu	Używał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu	Używał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4+ 5+ 6)
Dziewczęta						
2004	319	39,0	37,0	16,4	7,5	61,0
2008	567	43,0	32,5	17,5	6,9	57,0
2012	476	37,3	33,1	22,5	7,2	62,7
Chłopcy						
2004	330	80,8	13,2	3,6	2,3	19,2
2008	558	81,2	12,3	4,9	1,7	18,8
2012	452	79,4	13,6	5,4	1,6	20,6
Razem						
2004	652	59,8	25,3	10,0	4,9	40,2
2008	1133	62,0	22,4	11,2	4,4	38,0
2012	935	57,6	23,8	14,1	4,5	42,4*

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,8% do 8,5%.

* $p < 0,05$

(porównanie dotyczy lat 2008 i 2012)

Stosowanie leków z powodu negatywnych stanów emocjonalnych

W roku 2012 około 8% badanych 15-latków potwierdziło stosowanie leków z powodu trudności w zasypianiu przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu przed badaniem. W porównaniu z pomiarem z roku 2008 odnotowano więc dwukrotny wzrost odsetka nastolatków przyjmujących często leki nasenne. Na ten wyraźny wzrost miały wpływ przede wszystkim zmiany zaobserwowane wśród dziewcząt (tabela. 5.4). Odsetki uczniów sięgających w ostatnim miesiącu po leki z powodu zdenerwowania wyniosły w roku 2012 około 9%, zaś odsetki nastolatków stosujących leki z powodu przygnębienia i złego nastroju około 5% (tabela 5.6). W porównaniu z latami 2004 i 2008 odsetki uczniów przyjmujących leki uspokajające oraz poprawiające nastrój nie zmieniły się znacząco. Jedynie pomiędzy rokiem 2004 i 2008 zmniejszyły się nieco odsetki 15-letnich dziewcząt stosujących leki z powodu zdenerwowania. Niewielu badanych uczniów bardzo często (tj. kilkanaście i więcej razy w ostatnim miesiącu) stosowało leki uspokajające, nasenne i poprawiające nastrój.

Tak jak w poprzednich rundach *badania mokotowskich*, po leki przyjmowane z powodu trudności w zasypianiu, zdenerwowania oraz przygnębienia i złego nastroju sięgało znacznie więcej dziewcząt niż chłopców. Istotnie statystycznie różnice odnotowano w przypadku częstego stosowania leków nasennych (12% dziewcząt vs 4% chłopców; $p < 0,001$), uspokajających (13% vs 5%; $p < 0,001$) oraz poprawiających nastrój (6% vs 3%; $p < 0,05$).

Tabela 5.4. Używanie przez młodzież leków z powodu trudności w zasypianiu. Trendy w latach 2004–2012

Odsetki uczniów, którzy stosowali leki z powodu trudności w zasypianiu						
Rok badania	Liczba respondentów	Nie używał/a w ostatnim miesiącu	Używał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu	Używał/a kilka razy w ostatnim miesiącu	Używał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu	Używał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4+ 5+ 6)
Dziewczęta						
2004	319	91,7	4,1	1,0	3,1	8,3
2008	567	94,3	2,6	1,8	1,3	5,7
2012	476	87,8	6,2	2,8	3,2	12,2***
Chłopcy						
2004	330	95,1	2,0	1,6	1,3	4,9
2008	558	97,3	1,5	0,8	0,4	2,7
2012	452	95,7	2,5	1,1	0,7	4,3
Razem						
2004	652	93,3	3,2	1,3	2,2	6,7
2008	1133	95,8	2,0	1,3	0,8	4,2
2012	935	91,6	4,4	2,1	2,0	8,4***

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 1,5% do 9,1%.

* $p < 0,001$

(porównanie dotyczy lat 2008 i 2012)

Tabela 5.5. Używanie przez młodzież leków z powodu zdenerwowania. Trendy w latach 2004–2012

Odsetki uczniów, którzy stosowali leki z powodu zdenerwowania						
Rok badania	Liczba respondentów	Nie używał/a w ostatnim miesiącu	Używał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu	Używał/a kilka razy w ostatnim miesiącu	Używał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu	Używał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4+ 5+ 6)
Dziewczęta						
2004	319	85,4	9,7	2,1	2,8	14,6
2008	567	90,1	5,7	2,2	2,0	9,9*
2012	476	87,2	6,6	2,8	3,4	12,8
Chłopcy						
2004	330	95,3	1,3	1,3	2,0	4,7
2008	558	94,9	3,2	1,1	0,8	5,1
2012	452	95,2	1,8	1,8	1,1	4,8
Razem						
2004	652	90,5	5,4	1,7	2,4	9,5
2008	1133	92,5	4,5	1,7	1,4	7,5
2012	935	90,9	4,5	2,3	2,3	9,1

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 1,9% do 9,7%.

* $p < 0,05$

(porównanie dotyczy lat 2004 i 2008)

Tabela 5.6. Używanie przez młodzież leków z powodu przygnębienia i złego nastroju. Trendy w latach 2004–2012

Odsetki uczniów, którzy stosowali leki z powodu przygnębienia i złego nastroju						
Rok badania	Liczba respondentów	Nie używał/a w ostatnim miesiącu	Używał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu	Używał/a kilka razy w ostatnim miesiącu	Używał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu	Używał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4+ 5+ 6)
Dziewczęta						
2004	319	91,7	5,5	0,7	2,1	8,3
2008	567	94,9	2,6	0,7	1,8	5,1
2012	476	93,6	1,9	1,3	3,2	6,4
Chłopcy						
2004	330	96,3	0,7	1,0	2,0	3,7
2008	558	97,0	1,5	1,0	0,6	3,0
2012	452	97,0	1,1	1,4	0,5	3,0
Razem						
2004	652	94,0	3,1	0,9	2,1	6,0
2008	1133	95,9	2,0	0,8	1,2	4,1
2012	935	95,2	1,6	1,3	1,9	4,8

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 1,7% do 10,9%.

Stosowanie leków z powodu braku energii

W roku 2012 po leki z powodu braku energii sięgało przynajmniej raz w miesiącu 8,5% uczniów gimnazjów mokatowskich (tabela 5.7). W porównaniu z pomiarami w latach 2004 i 2008 nie stwierdzono istotnych różnic w odsetkach uczniów przyjmujących często tego rodzaju farmaceutyki. Podobnie jak w poprzednich latach, nie stwierdzono też znaczących statystycznie różnic w rozpowszechnieniu stosowania leków z powodu braku energii wśród dziewcząt i chłopców.

Tabela 5.7. Używanie przez młodzież leków z powodu braku energii. Trendy w latach 2004–2012

Odsetki uczniów, którzy stosowali leki z powodu braku energii						
Rok badania	Liczba respondentów	Nie używał/a w ostatnim miesiącu	Używał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu	Używał/a kilka razy w ostatnim miesiącu	Używał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu	Używał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4+ 5+6)
Dziewczęta						
2004	319	87,7	6,5	3,1	2,7	12,3
2008	567	92,5	3,7	1,5	2,4	7,5*
2012	476	92,1	5,0	0,9	1,9	7,9
Chłopcy						
2004	330	90,3	3,0	4,7	2,0	9,7
2008	558	91,0	4,3	1,9	2,8	9,0
2012	452	90,7	4,8	2,7	1,8	9,3
Razem						
2004	652	89,1	4,7	3,9	2,4	10,9
2008	1133	91,8	4,0	1,7	2,6	8,2
2012	935	91,5	4,9	1,7	1,9	8,5

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 1,5% do 9,1%.

* $p < 0,05$

(porównania dotyczą lat 2004 i 2008)

Podsumowanie i omówienie wyników

Odpowiedzi uczniów na pytanie o bóle głowy, bóle brzucha, trudności w zasypianiu, zdenerwowanie, przygnębienie i zły nastrój oraz brak energii wskazują, że w ostatnim miesiącu przed badaniem takich problemów zdrowotnych doświadczała przynajmniej połowa badanych 15-latków z Warszawy. Problematyka dolegliwości bólowych oraz negatywnych stanów emocjonalnych jest również przedmiotem ogólnopolskich badań HBSC. W rundzie tych badań zrealizowanych w 2010 roku, w których pytano respondentów o występowanie rozmaitych dolegliwości w ostatnich 6 miesiącach przed badaniem, około 10% uczniów 15–16-letnich skarżyło się, że „prawie codziennie” cierpi z powodu bólu głowy, 7,5% doświadczało bardzo częstego przygnębienia, zaś około 8% trudności w zasypianiu, a około 15% zdenerwowania. Z kolei 30,5% dziewcząt i około 54% chłopców odpowiedziało,

że w ostatnim półroczu nigdy lub rzadko doświadczało bólu głowy, a jedynie 11% dziewcząt (i około 20% chłopców) rzadko lub nigdy nie odczuwało zdenerwowania (Mazur i wsp., 2011). Realizowane w całym kraju badania HBSC, jak i lokalne *badania mokotowskie* wskazują więc, że dolegliwości bólowe oraz negatywne stany emocjonalne są powszechne wśród uczniów gimnazjów. Warto jednak w tym miejscu odwołać się do wyników opisanych w rozdziale 4, poświęconym problemom zdrowia psychicznego młodzieży. Zgodnie z przytoczonymi tam danymi, większość nastolatków pozytywnie ocenia swoje zdrowie psychiczne, a symptomy depresji dotyczą mniejszość – tj. 8,5% uczestników *badania mokotowskich*. Można więc wnioskować, że problemy zdrowia somatycznego i psychicznego większości mokotowskich gimnazjalistów mają charakter przejściowy.

Dolegliwości, o które pytano w ankiecie, znacznie częściej występują u dziewcząt niż u chłopców. Ten rezultat nie jest zaskakujący, wiadomo bowiem z licznych badań, że kobiety są bardziej niż mężczyźni skłonne skarżyć na dolegliwości zdrowia somatycznego i złe samopoczucie psychiczne (Wool i Barsky, 1994; Woynarowska i wsp., 2002; Gobina i wsp., 2011).

W latach 2004, 2008 oraz 2012 rozpowszechnienie stosowania leków przeciwbólowych nie uległo znaczącym zmianom – jedynie w porównaniu do pomiaru z 2008 roku rozpowszechnienie przyjmowania leków z powodu bólu brzucha wzrosło o cztery punkty procentowe, co jest różnicą istotną statystycznie. Podsumowując, około połowa badanych 15-latków przyjmowała przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu leki z powodu bólu głowy, a nieco mniej niż połowa (około 42%) sięgała po leki z powodu bólu brzucha. W Polsce niewiele jest publikacji ilustrujących trendy w stosowaniu przez młodzież leków przeciwbólowych. Informacje zebrane w latach 90. w ramach badań HBSC wskazywały, że pomiędzy rokiem 1990 i 1994 odsetki nastolatków w wieku 11, 13 i 15 lat przyjmujących leki z powodu bólu głowy i bólu brzucha nie zmieniały się znacząco. Jednak pomiędzy rokiem 1994 i 1998 wyraźnie zwiększyły się odsetki młodzieży sięgającej po leki z powodu dolegliwości bólowych – leki z powodu bólu głowy przyjmowało przynajmniej raz w ostatnim miesiącu przed badaniem 43%, zaś leki z powodu bólu brzucha 34% respondentów HBSC (Woynarowska i wsp., 2002). Mając na uwadze, że dane HBSC dotyczą łącznie uczniów w wieku 11 i 13 lat oraz 15-latków, można przyjąć, że wyniki obu projektów są zbliżone.

W roku 2012 odsetki 15-latków stosujących w ostatnim miesiącu leki z powodu trudności w zasypianiu wyniosły około 8% – w porównaniu do pomiaru z 2008 roku odnotowano dwukrotny wzrost tego wskaźnika. Nie stwierdzono istotnych zmian w rozpowszechnieniu używania leków przyjmowanych z powodu takich negatywnych stanów emocjonalnych, jak zdenerwowanie oraz przygnębienie i zły nastrój. W sumie 11,5% uczniów sięgało po leki z powodu problemów natury psychicznej przynajmniej 1–2 razy przed badaniem. Podobnie jak w przypadku leków przeciwbólowych, dane z badań HBSC również pokazały, że w latach 1994–1998 nastąpił znaczny wzrost rozpowszechnienia wśród nastolatków przyjmowania leków z powodu trudności w zasypianiu oraz zdenerwowania. W roku 1998 po leki nasenne sięgało w ostatnim miesiącu przed badaniem 6%, zaś po leki uspokajające 12% uczestników badań HBSC (Woynarowska, 2002).

Wyniki badań HBSC z lat 90. wskazują, że okres transformacji ustrojowej wiązał się ze wzrostem konsumpcji leków przeciwbólowych, uspokajających i nasennych nie tylko wśród dorosłych – ale również wśród młodzieży (Woynarowska i wsp., 2002). Wyniki *badania mokotowskich* sugerują

natomiast, że po roku 2000 nastąpiła stabilizacja trendu w tym zakresie – choć oczywiście należy pamiętać, że dane zebrane w Warszawie mogą odbiegać od danych ogólnopolskich. Wyjątkiem są leki przyjmowane z powodu trudności w zasypianiu, których przyjmowanie wzrosło znacząco – szczególnie wśród dziewcząt. Wynik ten jest do pewnego stopnia zbliżony z danymi dotyczącymi używania leków uspokajających i nasennych w latach 1984–2012, opisanymi w rozdziale 2, które wskazują na stopniowy systematyczny wzrost przyjmowania tych leków przez młodzież ze szkół mokotowskich. Warto w tym kontekście ponownie przywołać wyniki naszych wcześniejszych badań oraz dane z ostatniej rundy ESPAD, w których okazało się, że leki uspokajające i nasenne przyjmowane przez młodzież w Polsce to najczęściej ziołowe preparaty dostępne bez recepty (Pisarska, Ostaszewski, 2006; Sierostawski, 2011).

Duża dostępność oraz wszechobecna reklama to istotne czynniki sprzyjające sięganiu po rozmaite farmaceutyki. Jedną z przyczyn wzrostu rozpowszechnienia leków uspokajających jest promocja tych farmaceutyków w mediach oraz dostęp do szerokiej gamy takich środków dostępnych bez recepty. Ze względu na powszechność wśród nastolatków przyjmowania leków – szczególnie przeciwbólowych, ale również środków przyjmowanych w celu radzenia sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi – konieczne jest podjęcie przemyślanych działań zapobiegawczych. Porównania międzynarodowe przeprowadzone w ramach projektu HBSC pokazały bowiem, że choć odsetki polskiej młodzieży stosującej leki przeciwbólowe były zbliżone do średniej wszystkich krajów biorących udział w projekcie HBSC, to leki uspokajające okazały się bardziej rozpowszechnione wśród nastolatków z Polski niż wśród ich rówieśników z większości krajów biorących udział w tym badaniu (Hansen i wsp., 2003). Podobne rezultaty, tak jak wspomniano powyżej, uzyskano w badaniach ESPAD.

Stosowanie leków przeciwbólowych, uspokajających, nasennych i poprawiających nastrojów we wszystkich pomiarach było bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców. Wyjątkiem są leki przyjmowane z powodu braku energii – czyli, jak wskazują nasze wcześniejsze badania, witaminy i preparaty mineralne (Pisarska i Ostaszewski, 2006). Rezultaty te są zgodne w wynikami licznych badań zrealizowanych w wielu krajach – na przykład z cytowanymi już badaniami HBSC oraz ESPAD (Hansen i wsp., 2003; Hibbel i wsp., 2011). Programy edukacyjne dotyczące problematyki leków powinny więc uwzględniać specyficzne potrzeby dziewcząt.

Piśmiennictwo

1. Gobina I., Välimaa R., Tynjälä J., Villberg J., Villerusa A., Iannotti R.I., Godetu E., Nic Gabhainn S., Andersen A., Holstein B. E. The medicine use and corresponding subjective health complaints among adolescents, a cross-national survey. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2011; 40(4): 424–431.
2. Gunn V.L., Taha H. S., Lebelt E.L., Serwint J. R. Toxicity of over-the-counter cough and cold medications. *Pediatrics* 2001; 108(3) e-52.
3. Hansen E. H., Holstein B. E., Due P., Currie C. E. International survey of self-reported medicine use among adolescents. *The Annals of Pharmacotherapy* 2003; 37: 361–366.

4. Hibell B., Guttormsson U., Ahlstrom S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Kraus L. The 2011 ESPAD Report. Substance use among students in 36 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Drug Trafficking in Drugs (Pompidou Group); 2011.
5. Hughes C.M., McElnay J.C., Fleming G. F. Benefits and risk of self-medication. *Drug Safety* 2001; 24:1027–1037.
6. Mazur J., Woynarowska B., Małkowska-Szcutnik A., Kołoto H., Tabak I., Kowalewska A., Dziel-ska, A. Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011; dostęp http://www.imid.med.pl/klient2/pliki/hbsc_rap1.pdf.
7. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Cybulska M., Kocoń K., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. Raport techniczny z realizacji projektu badawczego Monitorowanie zachowań ryzykownych młodzieży. Badania mokotowskie. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2009.
8. Pisarska A., Ostaszewski K. Medicine use among Warsaw ninth-grade students, *Drugs: edu-cation, prevention and policy* October 2011; 18(5): 361–370.
9. Woynarowska B., Lutze I., Mazur, J. Zmiany w zdrowiu i samopoczuciu psychospołecznym mło-dzieży szkolnej w okresie transformacji ustrojowej. *Przegląd Pediatryczny* 2002; 32(3): 218–222.
10. Wool C.A., Barsky A. J. Do women somatize more than men? *Psychosomatics* 1994; 35: 445–52.
11. Hughes C.M., McElnay J.C., Fleming G. F. Benefits and risk of self-medication. *Drug Safety* 2001; 24:1027–1037.
12. Pisarska A. Doświadczenia i opinie młodzieży o lekach dostępnych bez recepty. *Serwis Infor-macyjny Narkomania* 2008; 4(43): 35–40.
13. Pisarska A., Ostaszewski K. Stosowanie wybranych leków przez 15-letnich uczniów szkół warszawskich. *Alkoholizm i Narkomania* 2006; 19(1): 53–70.
14. Schmidt L. E. Age and paracetamol self-poisoning, 2005; Dostęp: <http://gut.bmj.com/cgi/content/full/54/5/686>.
15. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopol-skich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011; dostęp: <http://www.parpa.pl/images/file/Raport%20ESPAD.pdf>.
16. Szkolnicka B. Leki na receptę i dostępne bez recepty jako przyczyna prób samobójczych i nie-zamierzonych nadużyć – badania wstępne. *Przegląd Lekarski* 2005; 62(6): 568–571.

Rozdział 6 **Monitorowanie wybranych aspektów stylu życia młodzieży w latach 2004–2012**

Joanna Raduj, Krzysztof Ostaszewski

Streszczenie

Okres obserwacji. Dane dotyczące stylu życia młodzieży pochodzą z obserwacji prowadzonych w latach 2004–2012.

Narzędzia. Do pomiaru elementów stylu życia wykorzystano pytania dotyczących codziennych i cotygodniowych zajęć podejmowanych przez młodzież w czasie wolnym oraz dwa pytania dotyczące modyfikowania wyglądu ciała.

Wyniki. Wśród codziennych zajęć korzystanie z internetu i własne hobby należą do najpopularniejszych praktykowanych w domu. Wśród zajęć konstruktywnych w grupie chłopców dominuje aktywność fizyczna, a w grupie dziewcząt – inne zajęcia pozalekcyjne. Powszechną formą swobodnego spędzania czasu jest odwiedzanie centrów handlowych, w czym przeważają dziewczęta.

Wnioski. Analiza sposobu zagospodarowania czasu przez młodzież gimnazjalną wskazuje na przewagę form indywidualnych nad zespołowymi. Także spędzanie czasu w sposób niezorganizowany przeważa nad zorganizowanymi formami aktywności pozaszkolnej. Niezorganizowane formy spędzania wolnego czasu przez młodzież zwykle powiększają ryzyko angażowania się w zachowania ryzykowne.

Wprowadzenie

Stylem życia nazywamy charakterystyczny sposób bycia odróżniający daną zbiorowość lub jednostkę od innych, na który składają się powtarzające się zachowania nakierowane na określone cele, motywy tych zachowań, a także ich rezultaty, którym przypisywane są pewne wartości (Siciński, 2002). We współczesnym społeczeństwie style życia różnią się w różnych środowiskach oraz grupach wiekowych. Ważnymi elementami stylu życia młodzieży szkolnej są między innymi: sposób wykorzystania czasu po szkole, udział w zajęciach pozalekcyjnych, hobby, zachowania rekreacyjne i aktywność fizyczna, surfowanie po internecie, przebywanie w centrach handlowych, a także praktyki modyfikacji ciała (m.in. tatuaż, piercing).

Obserwowanie tych składowych stylu życia młodzieży ma znaczenie, ponieważ elementy te mogą mieć charakter prozdrowotny lub antyzdrowotny. Zgodnie z definicją Abła (1991), na prozdrowotny styl życia składają się nie tylko wzory zachowań związanych ze zdrowiem, ale także wartości i postawy reprezentowane przez ludzi w odpowiedzi na warunki ich środowiska społecznego, kulturowego i ekonomicznego. Styl życia może więc sprzyjać budowaniu poczucia

własnej wartości i indywidualności, wspierać rozwój społeczny i pozytywne relacje z innymi, wspierać zdrowie i dobrostan młodzieży (Rose-Krasnor i wsp., 2006). Z drugiej strony wadliwy styl życia może powodować problemy natury psychicznej i sprzyjać podejmowaniu zachowań ryzykownych. Na przykład uporządkowana struktura czasu wolnego młodzieży wiąże się z mniejszą liczbą zachowań ryzykownych (Sesma, Mannes, Scales, 2005), natomiast brak struktury czasu wolnego i niedostateczna opieka ze strony dorosłych są znaczącymi czynnikami ryzyka zachowań problemowych młodzieży (O'Malley, Johnston, Bachman, 1998). Również posiadanie przez młodzież tatuażu lub piercingu jest powiązane z większym zaangażowaniem się w różne zachowania ryzykowne, w tym problemowe picie alkoholu, używanie narkotyków i innych substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne, stosowanie przemocy, wagar, ucieczki z domu czy kradzieże (Carroll i wsp., 2002; Roberts, Ryan, 2002; Brooks i wsp., 2003; Roberts i wsp., 2004; Ostaszewski, Kocoń, 2007). Dlatego z naszej perspektywy monitorowanie elementów stylu życia młodzieży jest ważnym uzupełnieniem obserwacji zachowań ryzykownych (używanie substancji psychoaktywnych, leków, przemoc i zachowania niezgodne z prawem) oraz problemów zdrowia psychicznego.

Zmienne, wskaźniki i narzędzia badawcze

Codziennie zajęcia wykonywane w domu

Zmienna obejmowała następujące cztery codzienne aktywności najczęściej wykonywane w domu: odrabianie lekcji, korzystanie z internetu, gry komputerowe, czytanie książek dla przyjemności. Pomiaru dokonano za pomocą kilku pytań dotyczących codziennych zajęć podejmowanych przez młodzież w czasie wolnym. W odpowiedzi na pytanie *Ile przeciętnie godzin dziennie poświęcasz na...* badani określali liczbę godzin przeznaczaną codziennie na te aktywności (5-punktowa skala odpowiedzi: *od 0 godzin do 5 lub więcej godzin*). Dla śledzenia zmian w codziennych zajęciach wykonywanych w domu stosowano przede wszystkim wskaźnik *powyżej 2 godz. dziennie* (Bobrowski i wsp., 2007).

Ustrukturyzowane zajęcia w czasie wolnym

Zmienna obejmowała następujące trzy rodzaje zajęć w domu lub poza domem: zorganizowana aktywność sportowa (kluby sportowe, SKS), indywidualna aktywność fizyczna, zajęcia pozalekcyjne inne niż sportowe. Pomiaru dokonano za pomocą kilku pytań dotyczących zajęć podejmowanych przez młodzież w czasie wolnym w przeciętnym tygodniu. W odpowiedzi na pytanie *Ile przeciętnie godzin w tygodniu poświęcasz na...* badani określali liczbę godzin przeznaczaną codziennie na te zajęcia (5-punktowa skala odpowiedzi: *od 0 godzin do 8 lub więcej godzin*). Zmiany w zajęciach realizowanych w przeciętnym tygodniu oceniano przede wszystkim na podstawie wskaźnika *powyżej 3 godz. tygodniowo* (Bobrowski i wsp., 2007).

Nieustrukturyzowane zajęcia w czasie wolnym

Zmienna obejmowała następujące dwa rodzaje aktywności: spędzanie czasu poza domem (na mieście, osiedlu, przed blokiem) oraz odwiedzanie centrów handlowych (shopping). Pomiaru dokonano

za pomocą dwóch pytań dotyczących codziennych zajęć podejmowanych przez młodzież w czasie wolnym. W odpowiedzi na pytanie *Ile przeciętnie godzin dziennie poświęcasz na...* badani określali liczbę godzin przeznaczaną codziennie na te rodzaje aktywności (5-punktowa skala odpowiedzi: od 0 godzin do 5 lub więcej godzin). Dla śledzenia zmian w tych aktywnościach stosowano przede wszystkim wskaźnik *powyżej 2 godz. dziennie* (Bobrowski i wsp., 2007).

Modyfikowania wyglądu ciała

Zmienna obejmowała dwa rodzaje modyfikowania wyglądu ciała – piercing i tatuaż. Piercing polega na wykonywaniu przekłuć w specyficznych miejscach ciała (np. nos, język, miejsca intymne) i wprowadzaniu w takie miejsca kolczyków. Tatuaż, czyli znak graficzny na ciele, powstaje w wyniku wszczepienia pod skórę barwnika.

Piercing. Do oceny rozmiarów tego zjawiska w badanej próbie wykorzystano pojedyncze pytanie opracowane przez autorów badań: *Czy nosisz kolczyki typu „piercing”? (nie pytamy tu o tradycyjne kolczyki)*⁶, z następującą skalą odpowiedzi: *nie; tak, w uchu lub w uszach; tak, w nosie; tak, w brwi; tak, w wardze; tak, na języku; tak, w innych częściach ciała* (Ostaszewski, Kocoń, 2007).

W analizach trendów używano trzech wskaźników posiadania piercingu:

- ozdoby typu piercing ogółem – wszystkie miejsca razem; odpowiedzi *tak/nie*,
- noszenie ozdób typu piercing w uszach; odpowiedzi *tak/nie*,
- posiadanie piercingu w innych miejscach niż uszy; odpowiedzi *tak/nie*.

Tatuaż. Do oceny rozpowszechnienia praktyki tatuowania ciała wśród gimnazjalistów wykorzystano pojedyncze pytanie: *Czy masz tatuaż? (nie pytamy tu o nalepki, które udają tatuaż)*, z trzema odpowiedziami do wyboru: *nie; tak, mam nietrwały tatuaż⁷; tak, mam trwały tatuaż* (Ostaszewski, Kocoń, 2007). W analizach trendów używano wskaźnika *posiadanie trwałego lub nietrwałego tatuażu*.

Wyniki

Codziennie zajęcia wykonywane zwykle w domu

Odrabianie lekcji

W 2012 roku w porównaniu z okresem 2004–2008 zmieniła się struktura czasu poświęcanego na odrabianie lekcji. Znacząco wzrósł w całej grupie odsetek młodzieży przyznającej, że nie poświęca w ogóle czasu na odrabianie lekcji, a także zmniejszył się odsetek uczniów odrabiających lekcje przez ponad dwie godziny dziennie. Wzrósł natomiast odsetek nastolatków, którzy przeznaczali na odrabianie lekcji do 2 godzin dziennie. Za zmiany w całej grupie „odpowiada” przede wszystkim wyraźna zmiana struktury czasu poświęcanego na odrabianie lekcji wśród dziewcząt. Znacznie

6 Tzw. standard lobe (ABC kolczykowania, 2014).

7 Tatuaż tymczasowy, w którym barwniki wprowadzone pod skórę wchłaniają się lub schodzą w czasie od 1 miesiąca do 3 lat oraz tatuaż z henny (mehendi), który utrzymuje się przez 1–3 tygodnie (Kuśmierz, 1989).

mniej dziewcząt w 2012 roku w porównaniu do lat 2004–2008 spędzało nad pracą domową ponad 2 godziny dziennie, natomiast zdecydowanie więcej dziewcząt w 2012 roku poświęcało na to zajęcie mniej niż 2 godziny dziennie (tabela 6.1).

W latach 2004–2012 znacząco większe grupy 15-letnich dziewcząt – w porównaniu z 15-letnimi chłopcami – poświęcały ponad 2 godziny dziennie na odrabianie lekcji (tabela 6.12).

Tabela 6.1. Czas poświęcany dziennie na odrabianie lekcji. Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Czas spędzany na odrabianiu lekcji (odsetki badanych)		
		o godz. dziennie	Do 2 godz. dziennie	Ponad 2 godz. dziennie
Dziewczęta				
2004	666	2,0	69,9	28,1
2008	567	2,8	68,7	28,5
2012	470	5,3*	77,7***	17,0***
Chłopcy				
2004	676	5,9	79,3	14,8
2008	558	6,2	80,2	13,6
2012	447	8,9	81,2	9,8 #
Razem				
2004	1351	4,3	74,3	21,4
2008	1133	4,5	74,4	21,2
2012	924	7,0*	79,5**	13,4***

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 1,8% do 2,1%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

Czytanie książek dla przyjemności

W 2012 roku, w porównaniu do 2008 roku czas spędzany przez 15-latków na czytaniu książek dla przyjemności nie zmienił się znacząco. W obserwowanym okresie 2004–2012 największe zmiany w czytelnictwie książek dla przyjemności odnotowano pomiędzy 2004 i 2008 rokiem. Wówczas nastąpił znaczący wzrost odsetka gimnazjalistów, którzy nie czytali regularnie książek dla przyjemności, szczególnie w grupie chłopców, oraz jednocześnie znacząco zmniejszyła się grupa nastolatków poświęcających powyżej 2 godzin dziennie na tę aktywność (tabela 6.2). W latach 2008–2012 czytanie książek dla przyjemności przez ponad 2 godziny dziennie było bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców (tabela 6.12).

Tabela 6.2. Czas spędzany dziennie na czytaniu książek dla przyjemności. Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Czas spędzany na czytaniu dla przyjemności (odsetki badanych)		
		o godz. dziennie	Do 2 godz. dziennie	Ponad 2 godz. dziennie
Dziewczęta				
2004	337	24,9	57,6	17,5
2008	566	22,4	65,9*	11,7*
2012	471	23,1	62,8	14,0
Chłopcy				
2004	324	26,2	55,9	17,9
2008	555	38,9***	53,3	7,7***
2012	447	42,7	51,0	6,3
Razem				
2004	667	25,3	56,8	17,8
2008	1129	30,6*	59,7	9,7***
2012	925	32,6	57,2	10,1

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,4% do 1,1%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

Korzystanie z internetu

Tabela 6.3. Czas spędzany dziennie w internecie. Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Czas spędzany w internecie (odsetki badanych)		
		o godz. dziennie	Do 2 godz. dziennie	Ponad 2 godz. dziennie
Dziewczęta				
2004	666	27,1	49,7	23,2
2008	567	4,6***	64,8***	30,6**
2012	472	1,3**	58,9*	39,8**
Chłopcy				
2004	676	25,7	51,9	22,4
2008	556	3,8***	67,0***	29,2**
2012	447	5,4	71,8	22,8*
Razem				
2004	1351	26,4	50,6	22,9
2008	1133	4,2***	66,0***	29,8***
2012	926	3,2	65,1	31,7

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,4% do 2,2%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

W latach 2008–2012 tylko ok. 3–4% 15-latków nie spędzało codziennie czasu w internecie, podczas gdy w 2004 roku ponad jedna piąta badanych nie korzystała codziennie z sieci. Między rokiem 2004 a 2008 skokowo zwiększył się odsetek 15-letniej młodzieży korzystającej codziennie z internetu. Ten wzrost dotyczył wszystkich obserwowanych wskaźników, zarówno u dziewcząt, jak i u chłopców. W 2012 roku, w porównaniu z 2008, czas spędzany przez młodzież w sieci (ogółem) nie zmienił się znacząco. Grupa osób korzystających z internetu przez ponad 2 godziny dziennie zwiększyła się z ok. 23% w 2004 roku do ok. 30% w 2008 i utrzymała na podobnym poziomie (ok. 32%) w 2012 roku, tabela 6.3.

Interesujące zmiany w intensywnym korzystaniu z internetu zaobserwowano w grupach podzielonych ze względu na płeć. W latach 2004–2012 skokowo zwiększyła się grupa dziewcząt korzystających intensywnie z internetu (ponad 2 godziny dziennie) – z ok. 23% do ok. 40%. Jednocześnie wśród chłopców odnotowano najpierw wzrost (lata 2004–2008), a następnie spadek intensywnie korzystających z internetu (lata 2008–2012). W związku z tą dynamiką zmian w latach 2004–2008 rozpowszechnienie ponad 2-godzinnego korzystania z internetu nie różniło się ze względu na płeć, natomiast już w 2012 roku znacząco większa grupa 15-letnich dziewcząt w porównaniu z 15-letnimi chłopcami poświęcała ponad 2 godziny dziennie na surfowanie w sieci (tabela 6.12).

Gry komputerowe

Tabela 6.4. Czas spędzany dziennie na grach komputerowych. Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Czas poświęcany na gry komputerowe (odsetki badanych)		
		o godz. dziennie	Do 2 godz. dziennie	Ponad 2 godz. dziennie
Dziewczęta				
2004	666	55,7	39,7	4,6
2008	567	66,4***	29,7***	3,9
2012	469	66,5	28,4	5,1
Chłopcy				
2004	676	16,9	53,3	29,8
2008	556	13,5	57,0	29,5
2012	449	19,4*	58,8	21,8**
Razem				
2004	1351	36,0	46,7	17,3
2008	1133	39,8*	43,5	16,7
2012	925	43,4	43,4	13,3*

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,7% do 1,4%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

W 2012 roku, w porównaniu z okresem 2004–2008, grupa 15-latków intensywnie grających w gry komputerowe zmniejszyła się znacząco, szczególnie dotyczyło to chłopców. Pozostałe dwa wskaźniki korzystania z gier komputerowych pozostały bez istotnych zmian. W latach 2004–2008 zwiększyły się odsetki 15-latków, którzy nie korzystali z gier komputerowych z codzienną regularnością. To zmniejszenie popularności gier odnotowano przede wszystkim wśród dziewcząt, tabela 6.4.

We wszystkich badanych latach gry komputerowe były formą spędzania czasu popularniejszą wśród chłopców. W 2012 roku absorbowały one przez ponad 2 godziny dziennie ok. 22% chłopców i tylko ok. 5% dziewcząt; $p < 0,001$ (tabela 6.12).

Ustrukturyzowane zajęcia w czasie wolnym

Zorganizowane zajęcia sportowe

Tabela 6. 5. Czas przeznaczany w tygodniu na zajęcia sportowe zorganizowane (np. w klubie). Trendy w latach 2008–2012^{^^}

Rok badania	Liczba respondentów	Udział w zorganizowanych zajęciach sportowych (odsetki badanych)		
		o godz. tygodniowo	Do 3 godz. tygodniowo	Ponad 3 godz. tygodniowo
Dziewczęta				
2008	567	45,9	41,9	12,2
2012	469	50,5	38,9	10,6
Chłopcy				
2008	556	36,0	38,0	26,0
2012	449	39,6	37,8	22,7
Razem				
2008	1222	40,9	40,0	19,1
2012	969	45,1*	38,4	16,5

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,5% do 1,4%.

* $p < 0,05$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

^{^^} W związku z inną konstrukcją pytania w 2004 roku, porównanie wyników jest możliwe jedynie w latach 2008–2012.

W 2012 roku ok. 50% dziewcząt i ok. 40% chłopców nie brało udziału w zorganizowanych zajęciach sportowych w czasie wolnym. Odsetek nastolatków niebiorących udziału w zorganizowanych zajęciach sportowych wzrósł znacząco w porównaniu z poprzednim badaniem. Pozostałe dwa wskaźniki korzystania ze zorganizowanych zajęć sportowych pozostały bez istotnych zmian statystycznych, tabela 6.5.

W latach 2008–2012 udział w zorganizowanych zajęciach sportowych był formą spędzania wolnego czasu popularniejszą wśród chłopców. W 2012 roku około jedna czwarta chłopców spędzała ponad 3 godziny tygodniowo na uprawianiu sportu w klubie lub SKS, podczas gdy tylko ok. 10% dziewcząt uprawiało sport z taką intensywnością; $p < 0,001$ (tabela 6.12).

Indywidualna aktywność fizyczna

Tabela 6.6. Czas przeznaczony w tygodniu na indywidualną aktywność fizyczną (rower, rolki, bieganie, siłownia, fitness itp.). Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Czas przeznaczony na indywidualną aktywność fizyczną (odsetki badanych)		
		o godz. tygodniowo	Do 3 godz. tygodniowo	Ponad 3 godz. tygodniowo
Dziewczęta				
2004	337	17,5	65,9	16,6
2008	565	18,1	69,4	12,6
2012	470	18,1	69,1	12,8
Chłopcy				
2004	333	15,0	60,1	24,9
2008	547	14,4	63,1	22,5
2012	447	14,3	62,9	22,8
Razem				
2004	676	16,4	62,9	20,7
2008	1120	16,3	66,2	17,6
2012	923	16,1	66,1	17,8

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 1,1% do 1,3%.

Odsetki 15-letnich gimnazjalistów podejmujących indywidualną aktywność fizyczną w czasie wolnym były zbliżone we wszystkich trzech pomiarach. Wyniki wskazują, że w badanych latach ok. 16% 15-latków nie przejawiało indywidualnej aktywności fizycznej. Większość badanych uczniów (ok. dwie trzecie) podejmowała aktywność fizyczną do 3 godzin tygodniowo. Intensywnie (ponad 3 godziny tygodniowo) ćwiczyło ok. 18–20% 15-latków, tabela 6.6.

Podobnie jak w przypadku sportu zorganizowanego, indywidualna aktywność fizyczna była formą spędzania wolnego czasu znacząco popularniejszą wśród chłopców. Te różnice odnotowano we wszystkich trzech latach badań. W 2012 roku około 22–23% chłopców spędzało ponad 3 godziny tygodniowo na uprawianiu własnej aktywności fizycznej, podczas gdy tylko ok. 13% dziewcząt ($p < 0,001$) podejmowało indywidualną aktywność fizyczną z podobną intensywnością (tabela 6.12).

Zajęcia pozalekcyjne inne niż sportowe

Tabela 6.7. Czas przeznaczany w tygodniu na udział w innych zajęciach pozalekcyjnych (zajęcia językowe, artystyczne, harcerstwo, kółka tematyczne). Trendy w latach 2008–2012^{^^}

Rok badania	Liczba respondentów	Udział w zorganizowanych zajęciach pozalekcyjnych (odsetki badanych)		
		o godz. tygodniowo	Do 3 godz. tygodniowo	Ponad 3 godz. tygodniowo
Dziewczęta				
2008	566	24,6	54,2	21,2
2012	473	31,1*	51,4	17,5
Chłopcy				
2008	552	40,2	48,4	11,4
2012	448	49,6**	42,6#	7,8*
Razem				
2008	1126	32,3	51,1	16,6
2012	927	39,9***	47,2	12,8*

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,5% do 0,9%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

^{^^} W związku z inną konstrukcją pytania w 2004 roku, porównanie wyników jest możliwe jedynie w latach 2008–2012.

wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

W 2012 roku około 60% 15-latków brało udział (z różną intensywnością) w innych niż sportowe zajęciach pozalekcyjnych. W latach 2008–2012 nastąpił istotny statystycznie wzrost odsetka nastolatków niebiorących udziału w zajęciach pozalekcyjnych. Jednocześnie w sposób istotny statystycznie zmniejszył się odsetek tych, którzy biorą udział w zajęciach pozalekcyjnych w wymiarze ponad 3 godzin tygodniowo (w całej grupie i wśród chłopców), tabela 6.7.

W latach 2008–2012 znacząco większa grupa 15-letnich dziewcząt w porównaniu z 15-letnimi chłopcami poświęcała ponad 3 godziny tygodniowo na inne niż sport zajęcia pozalekcyjne (tabela 6.12).

Nieustrukturyzowane zajęcia w czasie wolnym

Spędzanie czasu poza domem

W 2012 roku ponad 35% badanych 15-latków spędzało poza domem (na podwórku, na mieście, osiedlu) ponad 2 godziny dziennie. Po znaczącym spadku odsetka nastolatków spędzających regularnie ponad 2 godziny poza domem, który odnotowaliśmy między 2004 a 2008 rokiem, w 2012 roku

nastąpił ponowny wzrost (na poziomie tendencji statystycznej). Jednocześnie w okresie 2008–2012 odnotowano znaczący wzrost odsetka chłopców w tej kategorii, tabela 6.8.

W latach 2008–2012 podobne grupy 15-letnich chłopców i dziewcząt spędzały ponad 2 godziny dziennie poza domem na dowolnych, nieustrukturyzowanych zajęciach. Interesujące, że w 2004 roku znacząco większa grupa dziewcząt niż chłopców spędzała w ten sposób 2 godziny dziennie poza domem, tabela 6.12.

Tabela 6.8. Czas spędzany codziennie poza domem (na podwórku, osiedlu, na mieście). Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Czas spędzany poza domem (odsetki badanych)		
		o godz. dziennie	Do 2 godz. dziennie	Ponad 2 godz. dziennie
Dziewczęta				
2004	666	8,4	50,8	40,8
2008	567	11,9	54,5	33,6**
2012	466	8,8	56,8	34,3
Chłopcy				
2004	676	9,8	57,4	32,8
2008	556	8,9	61,9	29,2
2012	440	7,5	55,5*	37,0**
Razem				
2004	1351	9,1	54,3	36,7
2008	1133	10,4	58,1	31,6**
2012	913	8,1	56,4	35,5 #

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 1,8% do 2,1%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

Wizyty w centrach handlowych

Odwiedzanie centrów handlowych przez warszawskich 15-latków jest zachowaniem znacznie rozpowszechnionym. W 2012 roku prawie 80% badanej młodzieży spędzało w ten sposób przynajmniej jakiś czas w przeciętnym tygodniu, chociaż w 2012 roku, w porównaniu z 2008, znacząco spadła liczba badanych intensywnie odwiedzających te centra. Znacząco zwiększyła się również grupa gimnazjalistów, którzy w ogóle nie bywają w centrach handlowych, tabela 6.9.

Wśród nastolatków spędzających w centrach handlowych wiele godzin (ponad 3 godziny tygodniowo) w okresie 2004–2012 przeważały dziewczęta, tabela 6.12.

Tabela 6.9. Czas spędzany w tygodniu w centrach handlowych. Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Czas spędzany w centrach handlowych (odsetki badanych)		
		o godz. tygodniowo	Do 3 godz. tygodniowo	Ponad 3 godz. tygodniowo
Dziewczęta				
2004	336	17,9	64,0	18,2
2008	565	8,5 ^{***}	78,2 ^{***}	13,3 [*]
2012	473	10,6	81,0	8,5 [*]
Chłopcy				
2004	322	23,6	67,7	8,7
2008	553	24,6	71,1	4,3 ^{**}
2012	449	34,5 ^{***}	63,1 ^{**}	2,5
Razem				
2004	664	20,8	65,8	13,4
2008	1126	16,5 [*]	74,6 ^{***}	8,9 ^{**}
2012	928	22,4 ^{***}	72,1	5,5 ^{**}

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,6% do 0,7%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

Praktyka modyfikacji ciała wśród młodzieży

Piercing

Odsetki 15-letniej młodzieży, która ozdabiała swoje ciało kolczykami typu piercing, zmniejszyły się w okresie 2004–2012 i oscylowały wokół 18%. To zachowanie jest jednak bardzo zróżnicowane ze względu na płeć. Średnio w trzech badanych latach około jedna trzecia 15-letnich dziewcząt posiadała tego rodzaju kolczyki, natomiast wśród chłopców jedynie 2% przyznawało się do stosowania piercingu. Odsetek uczniów z piercingiem w miejscach innych niż uszy oscylował w badanych okresach wokół 10% u dziewcząt i 2% u chłopców, tabela 6.10 i 6.12.

Tabela 6.10. Posiadanie ozdób typu piercing. Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Posiadanie piercingu (odsetki badanych)			
		Nie	Ozdoby typu piercing ogółem	Piercing w uszach	Piercing w miejscach innych niż uszy
Dziewczęta					
2004	658	61,2	38,8	35,6	7,9
2008	502	66,9	33,1*	29,6*	13,5**
2012	475	65,9	34,1	31,4	11,6
Chłopcy					
2004	670	96,9	3,1	0,9	2,1
2008	556	97,5	2,5	1,6	1,6
2012	445	98,2	1,8	0,2	1,6
Razem					
2004	1337	79,1	20,9	18,2	5,0
2008	1118	82,2	17,8*	15,5 #	7,2*
2012	927	81,6	18,4	16,3	6,8

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,4% do 8,6%

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

Uwaga! Tylko dane zawarte w kolumnie 3. i 4. sumują się rzędami do 100%. Dane zawarte w pozostałych dwóch kolumnach 5. i 6. częściowo pokrywają się w przypadku osób, które jednocześnie mają piercing w uszach i w innych częściach ciała.

Tatuaż

Odsetki młodzieży przyznającej się do posiadania tatuażu były niewielkie i nie przekraczały 4% we wszystkich badanych okresach. W roku 2008 procent młodzieży posiadającej trwałe lub nietrwałe tatuaże obniżył się w porównaniu z rokiem 2004, tabela 6.11. We wszystkich trzech pomiarach posiadanie tatuażu przez 15-letnich uczniów nie było istotnie zróżnicowane ze względu na płeć, tabela 6. 12.

Tabela 6.11. Posiadanie trwałego lub nietrwałego tatuażu. Trendy w latach 2004–2012

Rok badania	Liczba respondentów	Posiadanie tatuażu (odsetki badanych)			
		Nie	Nietrwały tatuaż	Trwały tatuaż	Trwały lub nietrwały tatuaż
Dziewczęta					
2004	663	95,5	2,1	2,4	4,5
2008	566	97,2	1,2	1,6	2,8
2012	473	96,0	1,7	2,3	4,0
Chłopcy					
2004	672	96,7	0,3	3,0	3,3
2008	557	98,2	0,2	1,6	1,8
2012	448	96,7	2,0	1,3	3,3
Razem					
2004	1343	96,0	1,3	2,8	4,0
2008	1132	97,6	0,8	1,6	2,4*
2012	928	96,3	1,8	1,8	3,7

Odsetki braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahały się od 0,2% do 0,7%.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

Poniżej zestawiono najważniejsze uzyskane wyniki, oddzielnie dla dziewcząt i chłopców.

Tabela 6.12. Porównanie wybranych elementów stylu życia i codziennych zajęć nastolatków ze względu na płeć. Dane z lat 2004–2012, odsetki

	2004		2008		2012	
	Dziewczęta 321 ≤ N ≤ 664	Chłopcy 318 ≤ N ≤ 673	Dziewczęta 502 ≤ N ≤ 567	Chłopcy 547 ≤ N ≤ 557	Dziewczęta 440 ≤ N ≤ 475	Chłopcy 445 ≤ N ≤ 449
Odrabianie lekcji ponad 2 godz. dziennie	28,1	14,8***	28,5	13,6***	17,0	9,8***
Czytanie dla przyjemności ponad 2 godz. dziennie	17,5	17,9	11,7	7,7*	14,0	6,3***
Korzystanie z internetu ponad 2 godz. dziennie	23,2	22,4	30,6	29,9	39,8	22,8***
Gry komputerowe ponad 2 godz. dziennie	4,6	29,8***	3,9	29,5***	5,1	21,8***
Sport zorganizowany ponad 3 godz. tygodniowo	26,5	37,5**	12,2	26,0***	10,6	22,7***
Sport indywidualny ponad 3 godz. tygodniowo	16,6	24,9**	12,6	22,5***	12,8	22,8***
Inne zajęcia pozalekcyjne ponad 3 godz. tygodniowo	19,0	21,4	21,2	11,4***	17,5	7,8***
Czas poza domem ponad 2 godz. dziennie	40,8	32,8**	33,6	29,2	34,3	37,0
Wizyty w centrach handlowych ponad 3 godz. tygodniowo	18,2	8,7***	13,3	4,3***	8,5	2,4***
Piercing w uszach	35,6	0,9***	29,6	1,6***	31,4	0,2
Piercing w innych miejscach niż uszy	7,9	2,1***	13,5	1,6***	11,6	1,6***
Tatuaż trwały lub nietrwały	4,5	3,3	2,8	1,8	4,0	3,3

* p<0,05

** p<0,01

*** p<0,001

Podsumowanie i omówienie wyników

Codziennie zajęcia wykonywane zwykle w domu. Wśród codziennych zajęć 15-letniej młodzieży z Wilanowa, Ursynowa i Mokotowa dużo czasu zajmowało korzystanie z internetu. Około jedna trzecia badanej młodzieży w 2012 roku przeznaczała na ten rodzaj aktywności ponad dwie godziny dziennie. Na kolejnych miejscach w rankingu codziennych czynności znajdowało się odrabianie lekcji i gry komputerowe. W 2012 roku po ok. 13% młodzieży poświęcało tym dwóm zajęciom ponad 2 godziny dziennie. Czytanie książek dla przyjemności zajmowało ostatnią pozycję wśród codziennych zajęć nastolatków (ok. 10%). Również z profilu czasu wolnego nastolatków sporządzonego na podstawie badań J. Kurzępy z 2010 roku (cyt. za: Szafraniec, 2011) wynika, że czytanie książek pozostaje w tyle za oglądaniem telewizji, korzystaniem z internetu i słuchaniem muzyki.

Większa grupa dziewcząt niż chłopców poświęcała 2 godziny dziennie na takie zajęcia, jak korzystanie z internetu, odrabianie lekcji i czytanie książek dla przyjemności. Ta ostatnia czynność – aktywność czytelnicza – jest wyraźnie domeną dziewcząt, co potwierdzają wyniki badań ogólnopolskich na reprezentatywnej próbie gimnazjalistów (Zasacka, 2011). Chłopcy dominowali natomiast w innych zajęciach czasu wolnego, m.in. w grach komputerowych.

Ustrukturyzowane zajęcia w czasie wolnym. Wśród zajęć gimnazjalistów, które miały zorganizowaną formę, w 2012 roku największą intensywnością wyróżniały się zajęcia sportowe: po ok. 17% badanych regularnie uprawiało sport (ponad 3 godziny tygodniowo), zarówno w formie zajęć zorganizowanych (np. w klubie), jak i indywidualnie (np. jazda na rowerze, na rolkach, bieganie, ćwiczenie na siłowni, zajęcia fitness itp.). Zajęcia te – jako główną aktywność podejmowaną w czasie wolnym przez osoby w wieku 15–30 lat – wymienia raport *Młodzi 2011* (Szafraniec, 2011). Według danych tego raportu, uprawianie sportu zajmuje nastolatkom nieco ponad 20% czasu wolnego.

Badania mokotowskie wskazują, że wśród 15-latków uczestniczących w intensywnych zajęciach sportowych (zarówno grupowych, jak i indywidualnych) chłopcy mieli dwukrotną przewagę liczebną nad dziewczętami (po ok. 23% wobec ok. 11%). Na mniejszą aktywność ruchową dziewcząt w porównaniu z chłopcami wskazuje także B. Woynarowska, która w badaniach prowadzonych w latach 1990–2010 zaobserwowała niski poziom aktywności fizycznej u dziewcząt 15-letnich (Woynarowska, 2012). Zdaniem tej autorki, aktywność fizyczna dziewcząt zmniejsza się w okresie dorastania: *po wystąpieniu pierwszej miesiączki obserwuje się wyraźną niechęć do ruchu, a nawet „lenistwo” ruchowe, które utrzymuje się w dalszych latach* (Woynarowska, 2006: 51). Także wyniki badań J. Czapińskiego z 2009 roku wskazują na mniejszą aktywność ruchową uczennic gimnazjum w porównaniu z ich kolegami (Czapiński, 2009). Z drugiej strony badania mokotowskie wskazują, że dziewczęta wyraźnie częściej niż chłopcy wybierają inne niż sportowe zajęcia pozalekcyjne (kursy języków obcych, zajęcia artystyczne, harcerstwo, kółka tematyczne).

Nieustrukturyzowane zajęcia w czasie wolnym. Wyniki badań mokotowskich wskazują, że w 2012 roku ok. 36% badanych gimnazjalistów spędzało poza domem (na podwórku, osiedlu,

na mieście) ponad 2 godziny dziennie, poświęcając ten czas na zajęcia niemające zorganizowanej formy. Miejscem często uczęszczanym przez 15-letnią młodzież były również centra handlowe: niemal 80% badanych nastolatków spędzało w nich przynajmniej jakiś procent czasu w tygodniu. Badane dziewczęta istotnie częściej niż chłopcy spędzały w centrach handlowych ponad 3 godziny tygodniowo, z kolei istotnie większy odsetek chłopców spędzał średnio ponad 2 godziny dziennie poza domem.

Praktyka modyfikacji ciała wśród młodzieży. Odsetek osób z piercingiem wśród badanych gimnazjalistów wynosił w 2012 roku ok. 18% i nie zmienił się istotnie w porównaniu z poprzednimi rundami badań mokotowskich. Dziewczęta są zdecydowanie bardziej niż chłopcy zainteresowane tą formą zdobienia ciała. Potwierdzają to wyniki badań nad popularnością zabiegów kosmetycznych i zdobniczych wśród młodzieży szkół ponadpodstawowych, wskazujące na zdecydowaną dominację dziewcząt wśród korzystających z takich zabiegów. Najpopularniejszą formą jest przekłuwanie ciała (Łoś-Rycharska, Flicińska, 2009).

Odsetek nastolatków przyznających się do posiadania tatuażu (trwałego lub nietrwałego) był w naszych badaniach niewielki (ok. 4%). Większe rozpowszechnienie tego zjawiska może dotyczyć nieco starszej młodzieży, ponieważ o wykonaniu na własnym ciele tatuażu mogą w Polsce zgodnie z przepisami decydować osoby, które ukończyły 18 lat. W przypadku młodszych osób wymagana jest zgoda rodziców. Jednak z powodu braku szczegółowych regulacji prawnych osoby wykonujące tatuaże nie są zobowiązane do żądania dowodu osobistego od młodocianych, ani tym bardziej zgody ich rodziców.

Analiza sposobu zagospodarowania czasu przez młodzież gimnazjalną wskazuje na przewagę form indywidualnych nad zespołowymi. Także spędzanie czasu w sposób niezorganizowany przeważa nad zorganizowanymi formami aktywności pozalekcyjnej czy pozaszkolnej. Wyjaśnieniem tego zjawiska może być niewielki udział młodzieży w zorganizowanych zajęciach grupowych, co potwierdzałyby wyniki badań wskazujące, że zaledwie 30% młodzieży z dużych miast identyfikuje się z jakąś grupą formalną lub nieformalną (Badora i wsp., 2011). Aktywność grupowa współczesnej młodzieży przeniosła się w dużej mierze do internetowych portali społecznościowych. Są one znakiem czasu, a jednocześnie wydają się być lepiej dopasowane do indywidualnych możliwości i oczekiwań młodzieży. Świat multimediów sprzyja większemu udziałowi młodzieży w niezorganizowanych formach spędzania czasu. Jednak niezorganizowane formy spędzania wolnego czasu mogą powiększać ryzyko angażowania się w zachowania ryzykowne. Spora grupa badanej młodzieży nadużywa komputera i internetu, korzystając w sposób dysfunkcyjny ze współczesnej technologii informatycznej (patrz rozdział 8. tej pracy). Zwraca także uwagę zmniejszająca się grupa gimnazjalistów, którzy poświęcają czas wolny na odrabianie lekcji i czytanie książek. Jest to o tyle ważne, że oba zachowania świadczą o zaangażowaniu w proces edukacji, który jest jednym z kluczowych czynników chroniących przed występowaniem zachowań ryzykownych (Jessor i wsp., 1995; Willoughby i wsp., 2007; Bobrowski, 2007).

Zauważalne jest także dążenie nastolatków do kreowania własnej tożsamości poprzez różne formy modyfikacji własnego ciała. To ostatnie zjawisko skupia uwagę socjologów i antropologów,

którzy mówią o współczesnym renesansie modyfikacji ciała jako o reakcji na dynamiczne zmiany w makroskali społecznej (Dziuban, 2012). Ważnym efektem tych zmian jest, zdaniem Giddensa, poszukiwanie własnej tożsamości (Giddens, 2005).

Piśmiennictwo

1. ABC kolczykowania <http://www.wildcat.pl/abc/?page=5>; dostęp 14.01.2014.
2. Abel T. Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings, *Soc Sci Med* 1991(32): 899–908, cyt. za: Woynarowska B. (red.) Edukacja zdrowotna, Rozdz. 2: Czynniki warunkujące zdrowie i dbałość o zdrowie, PWN, Warszawa 2010; 51.
3. Badora B., Hipsz N., Gwiazda M. Młodzież o sobie: wartości, obyczajowość, grupy odniesienia. [W]: Raport Młodzież 2010, Centrum Badania Opinii Społecznej i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2011; 103–123.
4. Bobrowski K. Czas wolny a zachowania ryzykowne młodzieży. *Alkoholizm i Narkomania* 2007; 20(3): 267–287.
5. Bobrowski K., Pisarska A., Ostaszewski K. Rekomendacje narzędzi do oceny zagrożeń zdrowia psychicznego młodzieży do dalszego stosowania w badaniach mokotowskich oraz w innych badaniach ankietowych młodzieży szkolnej. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.
6. Brooks T.L., Woods E.R., Knight J.R., Shrier L. A. Body modification and substance use in adolescents: Is there a link? *Journal of Adolescent Health* 2003; 32:44–49.
7. Carroll S.T., Riffenburg, R.H., Roberts T.A., Myhre E. B. Tattoos and body piercing as indicators of adolescent risk-taking behaviors. *Pediatrics* 2002; 109:1021–1027.
8. Czapiński J. Diagnoza Szkolna 2009. Przemoc i problemy w polskiej szkole. [W]: Raport Roczny Programu Społecznego Szkoła bez przemocy, Warszawa, Wyd. FORTE, Janki 2009; 22–118.
9. Dziuban A. Ja zapisane na skórze. Tatuowanie ciała jako praca tożsamościowa w indywidualizującym się społeczeństwie polskim. *Przegląd Socjologii Jakościowej* 2012; 8(2): 200–227. <http://www.przegladsocjologiijakosciowej.org> [dostęp 13.01.2014].
10. Giddens A. *Socjologia*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2005; 52–53.
11. Jessor R., Van Den Bos J., Vanderryn J., Costa F., Turbin M. Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology* 1995; 31(6): 923–933.
12. Kuśmierz J. Mehendi – sztuka, zwyczaj, rytuał. *Etnografia Polska*, XXXIII, 1989 (1): 109–133.
13. Łoś-Rycharska E., Flicińska K. Analiza popularności zabiegów kosmetycznych i/lub zdobniczych wśród młodzieży szkolnej, *Pediatrics Polska* 2009; 84(6): 524–534.
14. O'Malley P.M., Johnston L.D., Bachman J. G. Alcohol use among adolescents. *Alcohol Health and Research World* 1998; 22(2): 85–93.
15. Ostaszewski K., Kocoń K. Tatuaz i kolczykowanie ciała a używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania ryzykowne wśród gimnazjalistów. *Alkoholizm i Narkomania* 2007; 20(3): 247–266.

16. Roberts T.A., Ryan S. A. Tattooing and high-risk behavior in adolescents. *Pediatrics* 2002; 110:1058–1063.
17. Roberts T.A., Auinger P., Ryan, S. A. Body piercing and high-risk behavior in adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2004; 34:224–229.
18. Rose-Kranor L., Busseri M., Willoughby, T., & Chalmers, H. Breadth and intensity of youth activity involvement as contexts for positive development, *Journal of youth and Adolescence* 2006; 35(3): 385–499.
19. Sesma A., Mannes M., Scales P. Positive adaptation, resilience, and the developmental asset Framework. [W]: Goldstein S., Brooks R. (red.) *Handbook of resilience in children*, Springer 2005; 281–296.
20. Siciński A. Styl życia, kultura, wybór. Szkice. Instytut Filozofii i Socjologii, Państwowa Akademia Nauk, Warszawa 2002; 22–23.
21. Szafraniec K. Młodzi 2011. Raport Zespołu Seminaryjnego, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 2011.
22. Willoughby T., Chalmers H., Busseri M., Bosacki S., Dupont D., Marini Z., Rose-Krasnor L., Sadava S. Ward A., Woloshyn V. Adolescent non-involvement in multiple risk behaviors: an indicator of successful development? *Applied Development Science* 2007: 11(2), 89–103.
23. Woynarowska B. Aktywność fizyczna. [W]: Woynarowska B., Mazur J. (red.) *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1009–2010*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012; 25–39.
24. Woynarowska B. Aktywność fizyczna i zajęcia sedenteryjne w czasie wolnym. [W]: Oblacińska A., Woynarowska B. (red.) *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006; 51–56.
25. Zasacka Z. Gimnazjaliści czytelnicy książek i ich wybory lekturowe *Biuletyn EBIB* 2011; 4/2011 (122): 1–9, www.ebib.pl/images/numery/122/122_zasacka.pdf.

Rozdział 7 **Wsparcie, kontrola i inne zachowania rodziców związane z pićem alkoholu przez dorastających**

Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Joanna Raduj

Streszczenie

Okres obserwacji. W niniejszym rozdziale są prezentowane wyniki dotyczące wyłącznie 2012 roku.

Narzędzia. Do badań wykorzystano skale mierzące: (1) kontrolę dziecka przez rodziców; (2) wsparcie w rodzinie; oraz autorskie pytania dotyczące postaw i zachowań rodziców specyficznie związanych z pićem alkoholu przez nastolatka.

Wyniki. Chłopcy wyżej niż dziewczęta oceniają poziom wsparcia rodziny, a dziewczęta w większym stopniu niż chłopcy czują się kontrolowane przez rodziców. Ponad 1/3 ogółu warszawskich 15-latków, czyli połowa tych, którzy kiedykolwiek pili alkohol, mówiła o tym swoim rodzicom. Co szósty nastolatek uważa, że jego rodzice akceptują pić przez nią/niego alkoholu, a drugie tyle nie wie, jakie rodzice mają w tej sprawie zdanie. Jedynie co czwarty respondent przyznaje, że rodzice zabronili mu pić alkohol, a ponad 1/3 opisuje zasady, na jakich rodzice akceptują takie zachowania.

Wnioski. Niezależnie od obowiązujących w Polsce przepisów prawnych zabraniających udostępniania alkoholu osobom nieletnim, wielu rodziców akceptuje i samodzielnie reguluje pić alkoholu przez swoje 15-letnie dzieci. Wpływ takich praktyk wychowawczych na pić alkoholu przez dorastających wymaga dalszych badań.

Wprowadzenie

Wsparcie i kontrola są od wielu lat uznawane za te elementy wychowania w rodzinie, które mają największe znaczenie dla ograniczenia ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego i zachowania u dorastających (Lowe i wsp., 2000; Jacob i wsp., 1997; Dryll, 1995; Barber, 1996; Barnes i wsp., 1986; Peterson i wsp., 1995). Dlatego dobre poznanie tych dwóch wymiarów wychowania w rodzinie może mieć duże znaczenie dla profilaktyki zachowań ryzykownych młodzieży.

Jak podają Lowe i wsp. (2000), kontrola rodzicielska jest opisywana za pomocą takich zmiennych jak: dyscyplina, zasady, postawa rodziców (permisywna – autorytarna), surowość, walka o władzę, zdolność do adaptacji (sztywność – elastyczność granic) lub gotowość rodziców do angażowania się w sprawę dziecka. Niezależnie od sposobu ujęcia, wyniki badań jednoznacznie wskazują, że silna kontrola jest czynnikiem ograniczającym zachowania problemowe, w tym także pić alkoholu. Jednak aby kontrola zachowań nastolatków przynosiła oczekiwane pozytywne skutki, a nie prowadziła do buntu, dorastające dziecko musi ją aprobować i rozumieć jej celowość (Sartor, Youniss, 2002). Barber (1994; 1996) wprowadza rozróżnienie między kontrolą psychologiczną polegającą na wywoły-

waniu u dziecka poczucia winy i jego emocjonalnym odrzuceniu oraz kontrolą behawioralną, która jest oparta na wyjaśnianiu i uświadamianiu dziecku konsekwencji jego działań. Ten pierwszy rodzaj kontroli jest destrukcyjny, ponieważ utrudnia rozwój emocjonalny dziecka, natomiast drugi – jest właśnie tym, czego dziecko, zwłaszcza w okresie dorostania, potrzebuje. Kontrola behawioralna sprawowana w pozytywnym, wspierającym środowisku rodzinnym uczy samokontroli, niezależnego myślenia i ułatwia kształtowanie poczucia tożsamości.

Wymiar wsparcia odnosi się do takich zachowań i cech rodziny, jak opieka okazywana dziecku i zainteresowanie dzieckiem, poczucie więzi, spójność, przywiązanie, miłość, klimat emocjonalny, zaufanie i troska, zaangażowanie, obowiązki rodziny, akceptacja/odrzucenie, konflikty (Lowe i wsp., 2000). Można powiedzieć, że poczucie wsparcia w rodzinie sprzyja prawidłowemu rozwojowi i socjalizacji w okresie dorostania. Zaangażowanie rodziców w relacje z dzieckiem ułatwia mu kształtowanie własnej tożsamości (Sartor, Youniss, 2002) i zmniejsza ryzyko nadużywania alkoholu (Weiss, Schwarz, 1996). Zwłaszcza silne wsparcie ze strony matki jest związane z ograniczeniem używania substancji psychoaktywnych (Bogenschneider i wsp., 1998). Miłość i akceptacja okazywane przez rodziców również są czynnikami chroniącymi przed rozwojem problemowego picia alkoholu (Engels, Knibe, 1999; Barnes i wsp., 1992).

W latach 90. XX wieku zaczął się rozwijać nurt badań odnoszących się do specyficznych reguł dotyczących picia alkoholu przez dorastających, jakie wprowadzają rodzice (Barnes i wsp., 1995; Stępień, 1996; Jackson i wsp., 1999). Pokazały one, że wprowadzenie jasnych zasad zdecydowanie zakazujących picia alkoholu jest czynnikiem najsilniej chroniącym młodzież przed piciem (van der Vorst i in., 2005; Koning i in., 2012). Badania pokazały również, że uwzględnienie w modelach wyjaśniających konkretnych zasad dotyczących picia ogranicza znaczenie zarówno wsparcia, jak i kontroli (van Zundert i in., 2006). Wprowadzenie przez rodziców jasnego zakazu picia alkoholu ma szczególne znaczenie, zanim dzieci zaczną sięgać po alkohol, jednak po inicjacji picia rola profilaktyczna rodzicielskiego zakazu zdecydowanie maleje (van der Vorst i in., 2007).

W 2012 roku do ankiety wykorzystywanej w badaniach mokotowskich dołączono kilka pytań, które pozwalały: 1) oszacować poziom wsparcia i kontroli rodziców wobec 15-letnich córek i synów, 2) opisać zasady dotyczące picia alkoholu obowiązujące dorastających oraz 3) poznać inne zachowania rodziców specyficznie związane z piciem alkoholu przez dorastające dzieci. W niniejszym opracowaniu przedstawimy jedynie opis relacji w rodzinach respondentów oraz zachowań rodziców związanych specyficznie z piciem alkoholu przez dorastające dziecko, tak jak ono je spostrzega. Kwestia relacji tych czynników rodzinnych z piciem alkoholu przez dziecko będzie przedmiotem osobnego opracowania.

Zmienne i sposoby pomiaru

Do oceny wsparcia i kontroli wykorzystano dwie skale:

1. Skalę „Zasady rodzinne” (9 pytań) dotyczącą sprawowania kontroli przez rodziców (np. *Moi rodzice wiedzą, na co wydają pieniądze*) oraz zasad związanych ze spędzaniem przez nastolatka czasu poza domem. (np. *Gdy mam zamiar wrócić do domu później niż zwykle, rodzice oczekują,*

że zadzwonię, by ich o tym uprzedzić). Skala odpowiedzi przy wszystkich pytaniach była 5-stopniowa, od „nigdy” do „zawsze” (Zimmerman, Schmeelk-Cone, 2003). Współczynnik spójności wewnętrznej tej skali w niniejszych badaniach wynosił $\alpha = 0,875$.

2. Wsparcie w rodzinie. Skala „Wsparcie w rodzinie” została zaczerpnięta z *Brief Family Life Questionnaire* (Hellandsjo Bu i wsp., 2002). Spójność wewnętrzna tej skali stwierdzona w niniejszych badaniach jest wysoka ($\alpha = 0,888$). Składają się na nią trzy podskale (każda zawiera 4 pytania, z 4-stopniowymi skalami odpowiedzi, od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zdecydowanie się zgadzam”):

- spójność (np. *W mojej rodzinie naprawdę sobie pomagamy i wspieramy się nawzajem*, współczynnik spójności wewnętrznej skali α Cronbacha = 0,830),
- ekspresja (np. *W mojej rodzinie dużo się rozmawia*, $\alpha = 0,854$),
- konflikty (np. *W mojej rodzinie raczej rzadko tracimy cierpliwość*, $\alpha = 0,563$).

3. Do oceny zachowań rodziców wykorzystano 3 pytania ankietowe opracowane przez autorów badań mokotowskich dotyczące spostrzegania przez nastolatka:

- wiedzy rodziców na temat picia przez nią/niego alkoholu. W tym pytaniu respondenci mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi:

1. *nigdy nie piłem/łam*
2. *nie wiedzą, że piłem/łam*
3. *wiedzą, gdy piję przy nich (np. w czasie uroczystości rodzinnych)*
4. *wiedzą, gdy im o tym mówię*
5. *wiedzą, gdy się sami domyślą lub coś zauważą*

- akceptacji lub braku akceptacji dla picia przez nią/niego alkoholu. Odpowiedzi do wyboru:

1. *zdecydowanie tego nie akceptują*
2. *raczej nie akceptują, ale nie robią problemu, gdy czasem trochę wypiję*
3. *jest im to obojętne, nie zwracają na to uwagi*
4. *raczej akceptują, gdy piję w niewielkich ilościach*
5. *zdecydowanie to akceptują*
6. *nie wiem, nigdy o tym nie rozmawialiśmy*
7. *żadne z tych zdań nie odpowiada sytuacji w mojej rodzinie.*

Moi rodzice myślą:.....

(napisz własnymi słowami, co Twoi rodzice myślą o piciu przez Ciebie alkoholu)

- ustalonych przez rodziców zasad dotyczących picia alkoholu. W tym pytaniu respondenci mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi:

1. *nie*
2. *tak, nie wolno mi pić alkoholu*
3. *tak, mogę trochę wypić przy nich*
4. *tak, mogę trochę wypić z rówieśnikami*
5. *tak:.....*

.....(wpisz zasadę ustaloną w Twojej rodzinie)

Zrozumiałość tych pytań dla respondentów została zweryfikowana w badaniach pilotażowych przed rozpoczęciem badań głównych.

Wyniki

Spostrzeżenie wsparcia i kontroli

Do oceny różnic w zakresie postrzegania wsparcia i kontroli w rodzinie przez dziewczęta i chłopców zastosowano test t-Studenta. Jak pokazuje zestawienie wyników w poniższej tabeli 7.1, chłopcy wyżej niż dziewczęta oceniają poziom wsparcia, jakie członkowie rodziny dają sobie nawzajem. Ta różnica ocen dotyczy nie tylko ogólnego wskaźnika wsparcia, ale też jego trzech składowych: spójności, otwartości i umiejętności rozwiązywania konfliktów w rodzinie. Dziewczęta natomiast w większym stopniu niż chłopcy czują się kontrolowane przez rodziców.

Tabela 7.1. Porównanie średnich ocen wsparcia i kontroli w rodzinie w grupie dziewcząt i chłopców. Dane z 2012 roku

		spójność	otwartość	konflikty	wsparcie rodziców	kontrola rodziców
chłopcy	średnia	7,91	7,72	7,40	23,19	21,36
	N	224	220	223	209	218
	odchylenie stand.	2,29	2,45	2,42	6,16	7,43
dziewczęta	średnia	7,09	6,91	6,62	20,64	22,97
	N	238	243	241	231	244
	odchylenie stand.	2,63	2,89	2,64	7,18	7,44
	F	12,897	10,312	10,947	15,940	5,410
	p	000	0,001	001	000	020

Zasady dotyczące picia alkoholu

Wyniki zestawione w tabeli 7.2 wskazują, że ponad 1/3 nastolatków biorących udział w badaniu powiedziała (mówi) rodzicom o tym, że zdarzyło im się (lub zdarza) pić alkohol. Natomiast ponad 20% rodziców nie jest świadomych tego, że ich dziecko pije alkohol, a kolejne 13% rodziców – tylko się tego domyśla.

Ponad 40% nastolatków ma świadomość tego, że ich rodzice są zdecydowanie przeciwni picciu przez nich alkoholu, a ponad 1/4 respondentów uważa, że ich rodzice tego raczej nie akceptują. Pozostali respondenci są natomiast przekonani o tym, że ich rodzice, przynajmniej do pewnego stopnia, akceptują picie przez nich alkoholu lub nie znają stanowiska rodziców w tej sprawie.

Najczęściej (niemal w 40%) dorastający uważają, że w ich rodzinach nie zostały ustalone żadne zasady dotyczące ich kontaktów z alkoholem. Natomiast 1/4 nastolatków ma całkowity zakaz picia alkoholu, a niewiele mniej (23%) – zgodę na picie alkoholu tylko w towarzystwie rodziców. Pozostali są przekonani, że wolno im pić alkohol także poza domem, tzn. poza bezpośrednią kontrolą rodziców.

Wyniki zamieszczone w tabeli 7.2 wskazują, że dziewczęta częściej niż chłopcy mówią swoim rodzicom o tym, że piły alkohol, częściej wyrażają przekonanie, że ich rodzice raczej akceptują picie przez nie alkoholu i częściej są przekonane, że rodzice zgadzają się na picie alkoholu w ich towarzystwie. Rodzice chłopców są częściej niż rodzice dziewcząt nieświadomi picia alkoholu przez dziecko, nie akceptują takiego zachowania i wprowadzają zasady zdecydowanie sprzeciwiające się picciu.

Tabela 7.2. Porównanie częstości wyborów określonych opinii na temat wiedzy, przekonań i zasad ustalanych przez rodziców w grupie dziewcząt i chłopców. Dane z 2012 roku

wiedza rodziców na temat picia alkoholu przez dziecko	wiedzą od dziecka	wiedzą, jak się domyślą	nie wiedzą	nie piję	χ^2 (p)
chłopcy	33,3%	13,2%	24,1%	29,3%	10,639
dziewczęta	43,4%	13,5%	21,3%	21,8%	(,014)
opinie rodziców na temat picia alkoholu przez dziecko	nie akceptują	raczej nie akceptują	raczej akceptują/akceptują	nie wiem/ obojętne inne	χ^2 (p)
chłopcy	45,7%	26,2%	14,1%	14,1%	8,314
dziewczęta	37,3%	27,2%	18,8%	16,7%	(,040)
zasady dotyczące picia alkoholu	zakaz picia alkoholu	nie ma zasad	zgoda na picie z rodzicami	zgoda na picie bez rodziców	χ^2 (p)
chłopcy	27,3%	40,6%	19,1%	12,9%	8,238
dziewczęta	22,3%	38,4%	26,5%	12,8%	(,041)

Analiza jakościowa swobodnych wypowiedzi

Ważnych informacji na temat postaw i działań rodziców związanych z piciem alkoholu przez dorastające dzieci dostarczają swobodne wypowiedzi badanych (wpisy w kategorii „inne” w odpowiedzi na odpowiednie pytanie ankiety) na temat tego, co ich rodzice myślą o piciu przez nich alkoholu oraz tego, jakie zasady w związku z tym wprowadzają. W toku analizy tych wypowiedzi nastolatków wyodrębniono trzy główne kategorie: 1) stan wiedzy rodziców o piciu nastolatka, 2) postawy rodziców wobec picia alkoholu przez ich dzieci i rodzinne zasady, 3) brak konsekwencji w zachowaniach rodziców oraz, w ich obrębie, szereg podkategorii.

1. Stan wiedzy rodziców o piciu nastolatka

Wyodrębniono następujące podkategorie:

a) rodzice wiedzą, że nastolatek nie pije alkoholu

Część rodziców wie, że ich dziecko nie pije alkoholu (np. [rodzice myślą] że *nie piję alkoholu i mają rację*). Wiąże się to z zaufaniem rodziców do dziecka: *wiedzą, że nie naruszę ich zaufania i że nie mogę pić z powodów zdrowotnych; mogą mi ufać i wierzą, że nie piję alkoholu*.

b) rodzice myślą, że nastolatek nie pije alkoholu, a nie wiedzą o tym, że pije

Według wypowiedzi badanych, część rodziców sądzi, że ich dziecko nie pije: [rodzice] *myślą, że nie piję*; [myślą] *że ja w ogóle nie piję*; [rodzice myślą] *że nigdy nie piłam alkoholu*. Zestawienie tych trzech wypowiedzi ukazuje różne przekonania rodziców: od sądu, że ich dziecko nie pije alkoholu, przez myślenie o jego abstynencji, do przekonania o braku z jego strony jakichkolwiek doświadczeń z alkoholem. Chociaż z kontekstu nie wynikało, czy rodzice myślą się, myśląc, że ich dzieci nie piją alkoholu, kolejne wypowiedzi ujawniły, że część rodziców nie jest pewna ich abstynencji, np.: *myślą, że nie piję, ale domyślają się, że próbowałam i mi się zdarza [pić alkohol]; bardzo rzadko piję alkohol, a rodzice o tym nie wiedzą*.

Pojawiły się także wypowiedzi podające przyczynę ukrywania przez nastolatka picia przed rodzicami – nieakceptowanie przez nich takich zachowań: [myślą] *że nigdy nie piję alkoholu, nie*

zaakceptowałyby tego; [rodzice myślą] że nie piję i są przeciwni picciu. Mogą one oznaczać, że badany musi ukrywać picie alkoholu przed rodzicami. Wypowiedzi nastolatków: [rodzice] nie wiedzą [o tym, że piję] i nie wiem, jak by zareagowali, gdyby się dowiedzieli oraz: nie byłoby zadowolony, gdybym im otwarcie o tym powiedziała, mogą świadczyć o braku w tych rodzinach otwartej komunikacji na temat picia alkoholu przez nastolatka. Inna wypowiedź potwierdzająca brak orientacji rodziców w zachowaniach nastolatka związanych z alkoholem: *każdy ma swoje tajemnice, a oni też byli w moim wieku*, przypuszczalnie również oznacza, że badany nastolatek pije alkohol, ale jego rodzice o tym nie wiedzą.

c) rodzice podejrzewają, że nastolatek pije alkohol

Wśród swobodnych wypowiedzi niektóre świadczyły o podejrzeniach rodziców, że nastolatek pije alkohol: [rodzice myślą] że piję cały czas i jestem na kacu, gdy mówię, że łeb mi pęka. Można sądzić, że rodzice są wobec respondenta nadmiernie podejrzliwi, być może na skutek wcześniejszych negatywnych doświadczeń.

d) rodzice wiedzą, że dziecko pije alkohol

Wśród wypowiedzi nastolatków było wiele takich, które potwierdzały wiedzę rodziców o picciu ich dziecka i szczerą komunikację na ten temat w rodzinie, np. *jak się napiłam, to im powiedziałam; nie popierają picia, ale jakbym miał taki problem, to pomogliby mi się wydostać*. W tej ostatniej wypowiedzi zwraca przede wszystkim uwagę zaufanie dziecka do rodziców.

Inne wypowiedzi potwierdzające, że rodzice wiedzą o picciu nastolatka, dotyczyły zasad (warunków) na jakich dziecko, zdaniem rodziców, może sięgać po alkohol. Świadczyły więc o przekonaniu rodziców, że mogą zaufać swojemu dziecku w kwestii przestrzegania ustalanych zasad. Zasady są omówione szczegółowo w dalszej części opracowania.

2. Postawy rodziców wobec picia alkoholu przez ich dzieci i rodzinne zasady

a) rodzice nie przedstawili dziecku swego stanowiska w sprawie picia przez nie alkoholu

Niezajomość przez dziecko postawy rodziców wobec picia przez nie alkoholu często wiąże się z tym, że dziecko nie sięga po alkohol. Osoby deklarujące się jako niepijące następująco opisywały brak wyartykułowanej postawy rodziców: *nigdy nie piłem i nie wiem, co [rodzice] o tym sądzą; nie piję, więc nie martwią się o to; nie jest to potrzebne, bo nie piję alkoholu; raczej nigdy nie rozmawiamy o tym, ale rodzice mi po prostu mówili tzn. nie mam żadnych nakazów itd. Po prostu sama nie chcę*.

Brak zakazu picia może także wynikać z zaufania rodziców do nastolatka: [rodzice] ufają mi, wiedzą, że mogą mnie puścić na imprezę, gdzie wypiję np. piwo i sama to kontroluję; wiedzą, że nie jestem głupia; nie [ma zakazów], ponieważ [rodzice] wiedzą, że sam wiem, co jest dobre, a co nie.

Zdarza się też, że rodzice nie werbalizują jasno swojego stanowiska, ale w sprzyjających okolicznościach wyrażają je swoim zachowaniem: *moi rodzice zawsze wymyślą jakiś powód, dla którego mam nie pić*.

Jedna z osób sygnalizowała, że w jej rodzinie zasady dotyczące picia przez nią alkoholu niedługo zostaną sformułowane: *jestem coraz starsza i na pewno będzie wkrótce męska rozmowa [na temat zasad związanych z piciem alkoholu].*

b) rodzice jasno wyrazili, że nie akceptują picia alkoholu przez dziecko

Część rodziców zdecydowanie nie akceptuje picia alkoholu przez ich dzieci: *są przeciwni picciu; nie powinienem tego robić; nie zaakceptowałiby tego; w hipotetycznej sytuacji, gdybym pił, to by tego nie akceptowali; nie akceptują i robią czasem problem [gdy piję].*

Zdecydowany brak akceptacji picia skłania rodziców do formułowania wobec ich dzieci kategorycznego zakazu picia alkoholu, co ujawniają wypowiedzi: *nie mogę pić; nie wolno mi pić alkoholu; nie mogę pić i koniec.* Czasem takie zakazy spotykają się z całkowitą aprobatą nastolatka: *nie wolno mi, ale ja sama nie czuję potrzeby, a oni mi ufają.*

Ankietowani przytaczali również argumenty rodziców przeciw picciu. Jednym z nich było przekonanie o szkodliwości alkoholu: *[rodzice uważają, że] alkohol nie jest dobry, picie alkoholu nie jest zdrowe; [rodzice myślą] że alkohol szkodzi; uważają, że w moim wieku jest to bardzo szkodliwe.* Nie zawsze przekonanie o szkodliwości alkoholu było podzielane przez nastolatki: *[rodzice] uważają, że alkohol szkodzi, ale ja się z nimi nie zgadzam.*

Argument wieku pojawiał się także w innych wypowiedziach dotyczących postawy rodziców wobec picia: *jestem za młoda na picie alkoholu; nie jest to odpowiednie dla dzieci i młodzieży; picie alkoholi przez nieletniego to zbrodnia i [rodzice] zdecydowanie to negują; mówili, że będę mieć czas na alkohol; do 18 roku życia nie mogę pić; jak skończę 18 lat, to będę mogła się napić; nikt nie może pić aż do pełnoletniości; jak wyzdrowieję i przestanę brać leki, nie mówiąc już o pełnoletniości [będę mogła pić].*

Zakaz picia uzasadniany był przez rodziców nie tylko szkodliwością, wiekiem lub chorobą nastolatka, ale także problemami wynikającymi z picia alkoholu, w tym także uzależnieniem: *[rodzice zakazują picia] bo wierzą, że nawet małe ilości mogą prowadzić do problemów; jeżeli parę razy za dużo się napijesz, wpadniesz w nałóg.* Niektórzy z rodziców nie akceptowali picia z jeszcze innego powodu: *[ponieważ] to głupie; służy tylko popisaniu się przed innymi.*

c) rodzice są przeciwni, ale tolerują picie alkoholu przez dziecko

Z wypowiedzi ankietowanych można było także wywnioskować, że część rodziców jest co prawda przeciwna picciu przez ich dzieci alkoholu, ale czasem tolerują oni takie zachowanie: *jest to złe, ale gdy czasem to robię, to nie robią wielkich awantur; nie mają mi tego za złe, ale uważają, że jest to niestosowne w moim wieku; nie akceptują, ale tłumaczą to dojrzewaniem.*

O ustępstwach ze strony rodziców świadczyły też następujące wypowiedzi: *[rodzice] uważają, że jestem młoda i mam czas, ale czasami pozwalają; [myślą] że picie alkoholu nie jest dobre dla młodzieży, ale pozwalają mi czasem wypić trochę.*

Czasami rodzice łagodzą swoje zakazy, traktując przyzwolenie na picie jak nagrodę za dobre zachowanie: *nie akceptują, ale ponieważ zmieniam się na lepsze, obchodzą się z tym delikatniej.*

Niektóre wypowiedzi miały charakter prawd ogólniejszych: *trzeba wszystkiego w życiu spróbować; wszystko jest dla ludzi i można spróbować; należy coś poznać, aby móc to odrzucić – być może*

były tu przytaczane opinie rodziców wskazujące, że nie są oni zdecydowanie przeciwni piciu nastolatka. Możliwe także, że była to próba wyjaśnienia przez badanych nieegzekwowania w ich domu zakazu picia.

Pojawiła się także wypowiedź mówiąca o tym, że respondent nie korzysta z przyzwolenia rodziców na picie: *mogę, ale nie chcę*.

d) rodzice wprowadzają zasady określające warunki dopuszczalnego picia alkoholu

Picie dopuszczalne od pewnej granicy wieku (innej niż 18 lat)

Badani wspominali o zakazie picia, który ma charakter czasowy i przestanie obowiązywać w określonym momencie: *po 16 [r.ż.]; mogę zacząć pić alkohol w ograniczonych ilościach od 17 lat; dopóki nie będę mieszkał sam, nie mogę pić; nie mogę pić, dopóki nie będę miał 20 lat; muszą skończyć 30 lat* (co można traktować w kategoriach żartu).

Picie za wiedzą i/lub zgodą rodziców

Jednym z warunków, pod jakimi rodzice dopuszczają picie alkoholu przez 15-latków, było otwarte przyznanie się i poinformowanie rodziców o picciu: *[rodzice myślą] że jest mi to [picie alkoholu] niepotrzebne, ale jak powiem [że piję], to ok; mogę pić w małych ilościach i gdy ich o tym informuję*. Tego typu stanowisko rodziców jest czasami sformułowane jako reguła: *nie mogę pić bez ich [rodziców] wiedzy; bez zgody [rodziców] nie próbuję nigdy [alkoholu]*. Z wymogiem informowania rodziców o używaniu alkoholu wiąże się także zasada niepicia po kryjomu: *wolno mi spróbować piwa, ale nie po kryjomu*, która oznacza możliwość kontroli ze strony rodziców ilości alkoholu i okoliczności jego spożywania przez nastolatka.

Picie we własnym domu lub w towarzystwie rodziców

Podobne są intencje zasady niepicia poza domem: *poza domem mam absolutny zakaz; tak, [mogę wypić] trochę, ale nie na zewnątrz*. Dla części badanych zasadą ustaloną przez rodziców jest niepicie publiczne alkoholu: *gdy zdarzy mi się wypić mało i niepublicznie, to jest to do przyjęcia; nie powinnam robić tego poza domem, jeżeli chcę spróbować, to na razie tylko z nimi i w małych ilościach*.

Część rodziców toleruje picie nastolatków pod warunkiem obecności ich samych lub innych dorosłych: *mój tato nic nie mówi, kiedy piję przy nim; mogę przy nich lub przy rodzicach moich przyjaciół trochę wypić; mogę pić alkohol tylko i wyłącznie w ich obecności; mogę trochę wypić przy nich bądź na uroczystościach, ale za ich pozwoleniem i pod ich okiem; jeśli jestem z tatą lub matką chrześną na wakacjach; ewentualnie mogę spróbować od nich wina; mogę się napić łyk wina od nich, ale nic więcej; zdarza się, że dają spróbować [alkoholu], bo wiedzą że się nie wciągnę*.

Jak wskazują inne wypowiedzi, niektórzy młodzi ludzie akceptują taki układ i przestrzegają ustalonych zasad: *[rodzice] wiedzą, że piję tylko przy nich, za ich pozwoleniem; nie piję bez ich [rodziców] obecności*. Natomiast wypowiedź: *[rodzice myślą] że piję tylko z nimi* może oznaczać, że respondent nie ogranicza swojego picia do sytuacji kontrolowanych przez rodziców i świadczy o pewnej nieszczerości wobec nich i łamaniu domowych zasad.

Dorastający zdają sobie sprawę z tego, że zgoda rodziców na picie w ich obecności, czyli w sytuacji przez nich kontrolowanej, jest próbą wyboru mniejszego zła: *[rodzice uważają] że lepiej [pić] przy nich niż z kolegami; wolą, gdy wypiję przy nich [rodzicach] niż przy kolegach; wolą, żeby*

spróbował w domu [niż pił poza domem]; lepiej, żebym się napił w domu niż z przyjaciółmi po bramach; nie ma problemu, kiedy piję, pod warunkiem, że robię to pod ich nadzorem.

W swoich wypowiedziach niektórzy ankietowani podkreślali, że w ich przypadku zgoda rodziców na picie jest skuteczną formą zabezpieczenia przed nadużywaniem alkoholu: *jeśli [tata] mi pozwoli [pić alkohol], to nie będę tego robić i [tata] ma rację, może 1 czy 2 razy [piłem]; tata mi pozwala, przez to ja też mniej piję.*

Picie z zaufanymi rówieśnikami

Część rodziców dopuszcza picie nastolatków z rówieśnikami, pod warunkiem, że są oni znani rodzicom: *to zależy, do jakiego [idę] znajomego, gdzie i kiedy; [mogę pić alkohol] gdy wiedzą, z kim jestem lub gdy jesteśmy ze wspólnymi znajomymi; mogę wypić, gdy powiem im z kim, kiedy i gdzie.* Rodzice, czerpiąc z własnych doświadczeń, formułują także przestrogi dotyczące picia: *tata pamięta, że sam był młody, więc ostrzega mnie, żebym nie przesadzała i uważała, z kim piję.*

Picie okazjonalne

Część rodziców akceptuje sporadyczne używanie alkoholu przez ich dzieci: *od czasu do czasu nie zaszkodzi; okazynie można, nie mają nic przeciwko, ale rzadko; tak, ale tylko okazynie.*

Okolicznościami, w jakich rodzice dopuszczają picie nastolatków, są święta i uroczystości rodzinne – z tej okazji zakaz picia jest czasowo uchylany: *[rodzice] akceptują [picie przeze mnie] na uroczystościach i jestem z nimi szczerzy; podczas uroczystości takich jak sylwester możemy troszeczkę wypić (pół lampki); pozwalają mi czasem wypić podczas uroczystości; nie powinnam pić alkoholu, chyba że z okazji uroczystości rodzinnych; mogę trochę wypić podczas uroczystości rodzinnych; jak są urodziny, imieniny; raczej mogę spożywać alkohol w różne okazje np. urodziny, sylwester, wtedy na to zezwalają; mogę pić troszkę przy uroczystościach; [rodzice myślą] że ja tego nie robię, ale (...) na imprezach w niewielkich ilościach mogę.*

Picie w ograniczonych ilościach

Część rodziców pozwala na „próbowanie” alkoholu: *wiedzą, że nie piję tylko raczej próbuję i nie przeszkadza im to; nie wolno mi pić alkoholu, chyba że to jest mała ilość do spróbowania od nich.* Inni rodzice dopuszczają picie niewielkich ilości: *mogę [wypić] trochę z rówieśnikami; jeśli chcę, mogę wypić trochę piwa; mogę go [alkohol] spożywać w małych ilościach; akceptacja, kiedy piję z nimi, ale nie robią problemu, kiedy wypije poza domem, gdyż nie są to duże ilości.* Z kilku wypowiedzi wynika, że ilość alkoholu, której wypicie dopuszczają rodzice, to 1–2 puszki piwa: *ale nie więcej niż 1 puszkę piwa; mogę jedno piwo lub dwa; mogę trochę wypić z rówieśnikami tyle, ile matka mi da, zazwyczaj 1 piwo.*

Wymogiem stawianym przez innych rodziców jest „odpowiedzialne” picie: *pod warunkiem, że są to małe ilości, robię to w sposób odpowiedzialny; [akceptują] jeżeli nie piję co parę chwil w dużych ilościach.* Brak przesady, czyli picie z umiarem, jest także zasadą przywoływaną przez innych badanych: *mam już swoje lata i czasem można wypić z umiarem ze znajomymi; wszystko jest dla ludzi, ale z umiarem; z umiarem i rozsądkiem.*

Picie napojów o niskiej zawartości alkoholu

Czasami rodzice zezwalają na picie alkoholu, pod warunkiem, że nie będzie on mocny: *nie mogę pić wódki; wino przy rodzinnych uroczystościach jest dopuszczalne.* O akceptacji rodziców dla picia piwa przez dorastających mówili cytaty przytoczone powyżej.

Picie bez upijania się

Część rodziców daje swoją zgodę na używanie przez nastolatka alkoholu bez ograniczeń ilościowych, jednak pod warunkiem, że picie nie spowoduje poważniejszych konsekwencji: *nieważne, ile wypiję, ważne, żebym przez alkohol nic sobie nie zrobiła; wolno mi wypić tyle, ile uważam, nie mam prawa się upijać; mogę pić, ale mam nie przychodzić na zgonie; mogę wypić, ale gdy mam wrócić do domu, nie mogę widzieć, że jestem pijana i nie mogę ode mnie wyczuć niczego; mogę wypić tyle, żeby się bardzo nie upić i nie zrobić czegoś głupiego ani nie zemdleć itp.; mogę wypić, kiedy chcę, ale nie mogę wrócić pijany do domu; tata raczej akceptuje, jeśli się potem nie zataczam; mogę wypić tyle [ile chcę, o] ile jestem w stanie potem funkcjonować; [rodzice uważają] że nie zaszkodzi mi trochę alkoholu, ale nie mam prawa się upijać aż do pełnoletności.*

3. Brak konsekwencji w zachowaniach rodziców

a) nieprzestrzeganie ustalonych zasad

Respondenci opisują także sytuacje, w których zakaz picia istnieje, ale jest łamany bez wielkich sankcji lub jego przestrzeganie nie jest kontrolowane: *nie wolno mi pić alkoholu, ale jak wypiję, to im o tym mówię i nie robią problemu; nie pozwalają mi na to, ale nie są świadomi, że to robię; nie wolno mi pić, ale ze względu na późny powrót mamy z pracy, wie, że tego nie upilnuje.*

b) brak spójności zachowań mamy i taty

Dorastający zdają sobie sprawę z różnic w postawach między rodzicami i czasem to wykorzystują: *mama i tata nie akceptują, ale mama dała mi spróbować; tata czasami mi daje, jak nie ma mamy; mama tego nie akceptuje, ale tata i macoch[a] nie robią problemu; mój ojciec akceptuje, gdy piję w małych ilościach, a matka woli, żebym nie piła (...); nie akceptują tego, szczególnie ojciec, matka ciągle mnie kryje, też tego nie akceptuje, ale wie, że nie przestanę tego robić, nawet gdy mi zabroni.*

c) wątpliwe kompetencje moralne rodziców

Wśród wypowiedzi badanych znalazła się również uwaga, że rodzice, którzy sami piją lub pili alkohol, nie bardzo mogą zakazywać swemu dziecku picia: *sami pili, więc [ja] też mam prawo od czasu do czasu się napić.*

Omówienie wyników

Wyniki naszych badań potwierdzają i znacząco poszerzają dotychczasową wiedzę na temat relacji w rodzinie i postępowania rodziców wobec zainteresowania nastoletnich dzieci alkoholem. Silniejsze kontrolowanie córek niż synów stwierdzone w badaniach mokotowskich znajduje potwierdzenie zarówno w wynikach badań ogólnopolskich (Tabak, 2011), jak i w badaniach holenderskich (van Zundert, 2006). Przy czym wyższy poziom kontroli nad córkami stwierdzony w badaniach HBSC (Tabak, 2011) dotyczył wyłącznie relacji matki z córką, a nie zachowań obydwójga rodziców. Wynik

wskazujący na wyższy poziom wsparcia w rodzinie odczuwany przez chłopców w porównaniu z dziewczętami jest zbliżony z wynikami *badania mokotowskich* z 2008 roku, w których stwierdzono silniejsze poczucie więzi z rodziną wśród synów w porównaniu z córkami (Ostaszewski i in., 2009).

Nie są nam znane inne polskie badania dotyczące zachowań rodziców związanych specyficznie z piciem alkoholu przez ich dorastające dzieci. Również badania prowadzone w innych krajach, chociaż uwzględniono w nich takie zmienne, jak wiedza rodziców na temat picia alkoholu przez nastoletnie dzieci (Koning i in., 2013) i ustalone w rodzinie zasady dotyczące kontaktów dziecka z alkoholem (m.in. van der Vorst i in., 2005, 2007; Koning i in., 2012, 2013; van Zundert i in., 2006), nie dostarczają danych do porównań epidemiologicznych. We wszystkich tych badaniach koncentrowano się na analizie zależności między ww. zmiennymi a piciem alkoholu przez dzieci, a pomijano kwestie rozpowszechnienia określonych postaw i zachowań wśród rodziców.

Uzyskane przez nas wyniki wskazują, że rodzice warszawskich nastolatków pijących alkohol często wiedzą o takich zachowaniach od samych dzieci. Inni są skazani na domysły lub pozostają w nieświadomości problemu. Stopień poinformowania rodziców na temat picia alkoholu przez ich dzieci, zrekonstruowany na podstawie wypowiedzi badanych, oscylował od pewności, że ich dziecko nie pije, przez założenie, że nie pije, nieświadomość tego, że pije, podejrzenia, że jednak to robi, aż po wiedzę, że pije alkohol.

Postawy rodziców wobec picia przez ich dzieci alkoholu są według nastolatków zdecydowanie negatywne lub raczej negatywne. Wśród argumentów przeciwko picu pojawia się szkodliwość zdrowotna alkoholu oraz zbyt młody wiek nastolatków. Warto jednak dodać, że 19% dziewcząt i 14% chłopców uważa, że ich rodzice raczej akceptują picie przez nich alkoholu, a kolejne 15% nie zna stanowiska swoich rodziców w tej sprawie. Te wyniki mogą niepokoić, ponieważ, zdaniem niektórych autorów, akceptacja wyrażana przez rodziców dla picia alkoholu przez ich dzieci jest silniejszym czynnikiem ryzyka niż picie alkoholu przez rodziców (Lowe i wsp., 2000). Jeżeli dzieci wiedzą, że rodzice nie akceptują sięgania przez nie po alkohol, to jest bardziej prawdopodobne, że nie będą tego robić (Bruce i wsp., 1980; Barnes, 1986; Peterson i wsp., 1995).

Wyniki niniejszych badań pokazały również, że rodzice 32% chłopców i 39% dziewcząt ustalili zasady dopuszczające pod określonymi warunkami picie alkoholu przez ich 15-letnie dzieci. Najczęściej wprowadzaną przez rodziców regułą jest picie za ich zgodą albo w ich towarzystwie. Jest to strategia głęboko zakorzeniona w polskiej tradycji. Przeprowadzony przez Antoniego Zielińskiego (2004) przegląd badań dotyczących wzorów picia alkoholu przez polskich nastolatków w XX wieku wskazuje, że w pierwszych dekadach XX wieku picie alkoholu przez dzieci i młodzież w domach, za wiedzą i zgodą rodziców, było dość rozpowszechnione w niektórych kręgach społecznych. Tradycja „wczesnego osławiania” dzieci z alkoholem przetrwała w wielu polskich rodzinach do połowy lat 60., kiedy to zaczęło dominować picie alkoholu w towarzystwie rówieśników. Badania pokazują, że rodzice często pierwsi podają swoim dzieciom alkohol (Sanchez-Sosa, Poldrugo, 2001; Milgram, 2001), a rozpowszechnienie picia alkoholu w towarzystwie rodziców, stwierdzone w *badaniach mokotowskich*, nie spada poniżej 14% od połowy lat 80. XX wieku (por. rozdział 3 tego raportu).

Jeżeli przyjąć, że picie alkoholu stanowi jedną z umiejętności społecznych nabywanych w drodze socjalizacji (wychowania), picie alkoholu wspólnie z rodzicami może być wskazane. Pozwala

dzieciom nauczyć się korzystania z alkoholu w sposób odpowiedzialny i zgodny z obowiązującymi normami (Shipper i wsp., 2001). Rodzice, wprowadzając dzieci w tajniki życia społecznego, zapoznają je również ze społecznymi normami i tradycjami dotyczącymi picia alkoholu. Zastosowanie w praktyce takiej strategii postępowania rodzicielskiego potwierdzają wypowiedzi niektórych naszych respondentów, chociaż inne wpisy świadczą o nadużywaniu zaufania rodziców i piciu alkoholu również w towarzystwie rówieśników.

Poza piciem pod kontrolą dorosłych, rodzice tolerują próbowanie alkoholu lub picie w bardzo małych ilościach i od święta. Chociaż przeciwstawiają picie małych ilości alkoholu w domu piciu poza domem w towarzystwie rówieśników, uznając pierwszy sposób za bardziej pożądany, dopuszczają jednak picie z rówieśnikami, pod warunkiem ograniczenia częstości i ilości. Pojawiająca się w kilku wypowiedziach dopuszczalna ilość alkoholu: 1–2 piwa, budzi zaniepokojenie, podobnie jak inny, jedyny warunek stawiany przez rodziców, którym jest nieprzychodzenie do domu w stanie nietrzeźwości, ponieważ oznacza to przyzwolenie na picie alkoholu.

Podsumowując uzyskane wyniki, można stwierdzić, że niektórzy rodzice badanych 15-latków mają swój własny, indywidualny „program wychowawczy”, nie zawsze zgodny z zapisami Ustawy o Wychowaniu w Trzeźwości (z dnia 26 października 1982 r.), która zabrania podawania alkoholu osobom poniżej 18. roku życia. Jak podaje Zieliński (2006), już w latach 60. A. Świącicki twierdził, że gdy dziecko osiągnie 15. rok życia, rodzice przestają się otwarcie sprzeciwiać piciu przez nie alkoholu, ponieważ zdają sobie sprawę ze swoich znikomych możliwości ingerowania w tego typu zachowania. Sam Zieliński określa tego typu reakcje rodziców mianem oportunistycznego wychowawczego. Uznaje go przy tym za racjonalny sposób postępowania, pozwalający pogodzić oficjalne ograniczenia dostępu do alkoholu osobom niepełnoletnim z ogólnymi doświadczeniami wskazującymi na powszechność picia alkoholu przez dorastających. „Mądra w swej istocie zasada oportunistycznego nakazuje stosować wobec nastolatka zakaz picia i patrzeć ‘przez palce’ na ‘nieśmiałe i ukryte’ próby, a ostro reagować na godzące w autorytet rodzica ostentacyjne – ‘bezczelne’ sięganie po alkohol” (Zieliński, 2006, s. 80). W związku z tym pożądane jest przyglądanie się różnym metodom postępowania rodziców z dorastającym dzieckiem w kwestiach związanych z piciem alkoholu.

Piśmiennictwo

1. Barber B.K., Olsen J.E., Shagle S. C. Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child Development* 1994; 65:1120–1136.
2. Barber B. K. Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development* 1996; 67: 3296–3319.
3. Barnes G.M., Farrell M.P., Cairns A. Parental Socialization Factors and Adolescent Drinking Behaviors. *Journal of Marriage and the Family* 1986; 48:27–36.
4. Barnes G.M., Farrell M. P. Banerjee S. Family influences on alcohol abuse and other problem behaviors among Black and white adolescents in a general population. [W:] Boyd G.M., Howard

- J., Zucker R.A. (red.) Alcohol problems among adolescents. Current directions in prevention research., LEA Publishers, Hillsdale, NJ. Hove, UK 1995; 13–31.
5. Bogenschneider K., Wu M., Raffaelli M., Tsay J. C. Parent influences on adolescent peer orientation and substance use: The interface of parenting practices and values. *Child Development* 1998; 69(6): 1672–1688.
 6. Bruce J., Biddle B.J., Bank B.J., Marlin M. M. Social determinants of adolescent drinking. *Journal of Studies on Alcohol* 1980; 41(3): 215–241.
 7. Dryll E. Trudności wychowawcze. Analiza interakcji matka-dziecko w sytuacjach konfliktowych. Oficyna Wydawnicza Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1995.
 8. Engels R., Knibbe R. A. Young people's alcohol consumption from a European perspective: risk and benefits. *European Journal of Clinical Nutrition* 2000; 54(suppl 1): S52–S55.
 9. Hellandsjo Bu E.T., Watten R.G., Foxcroft D.R., Ingebrigtsen J.E., Relling G. Teenage alcohol and intoxication debut: the impact of family socialization factors, living area and participation in organized sports. *Alcohol Alcohol* 2002; 37(1):74–80.
 10. Jackson C., Henriksen L., Dickinson D. Alcohol-specific socialization, parenting behaviors and alcohol use by children. *Journal of Studies on Alcohol* 1999; 60: 362–367.
 11. Jacob T., Leonard K. Wpływ rodziny i rówieśników na nadużywanie alkoholu w okresie dorastania. [W:] Powstawanie problemów alkoholowych. Biologiczne, psychospołeczne i socjologiczne czynniki ryzyka uzależnienia od alkoholu. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1997.
 12. Koning I.M., van den Eijnden R., Verdurmen J., Engels R., Vollebergh W. Developmental alcohol-specific parenting profiles in adolescence and their relationships with adolescents' alcohol use. *J. Youth Adolescence* 2012; doi:10.1007/s10964-012-9772-9
 13. Koning I.M., van den Eijnden R., Glatz T., Vollebergh W. Don't worry! Parental worries, alcohol-specific parenting and adolescents' drinking. *Cogn. Ther Res.* 2013; 37: 1079–1088.
 14. Lowe G., Foxcroft D.R., Sibley D. Picie młodzieży a style życia w rodzinie. PARPA, Warszawa 2000.
 15. Milgram G. G. Alcohol Influences: The role of family and peers. [W:] Houghton E., Roche A. (eds.) *Learning about drinking*. Brunner-Routledge, USA, UK, 2001; 85–107.
 16. Peterson P. L., Hawkins J.D., Abbott R.D., Catalano R. F. Disentangling the effects of parental drinking, family management and parental alcohol norms on current drinking by black and white adolescents. [W:] Boyd G.M., Howard J., Zucker R.A. (red.) *Alcohol problems among adolescents*. LEA, Hillsdale NJ, Hove UK, 1995; 33–58.
 17. Sanchez-Sosa J.J., Poldrugo F. Family and cultural influences on alcohol and young people [W:] Houghton E., Roche A. (red.) *Learning about drinking*, Brunner-Routledge, USA, UK, 2001; 57–83.
 18. Sartor CE., Youniss J. The relationship between positive parental involvement and identity achievement during adolescence. *Adolescence* 2002; 37(146): 221–234.
 19. Schipper G.M., van Aken M.A.G., Lammers, S.M.M., de Feuntes Merillas L. Acquiring the competence to drink responsibly. [W:] Houghton E., Roche A. (red.) *Learning about drinking*, Brunner-Routledge, USA, UK, 2001; 35–56.

20. Stępień E. Ocena własnych relacji z rodziną a picie alkoholu przez dorastających. *Alkoholizm i Narkomania* 1996; 1(22): 83–96.
21. Tabak I. Rodzinne determinanty zdrowia psychicznego 17-latków w kontekście uwarunkowań społeczno-ekonomicznych. [W:] Mazur J. (red.) *Społeczne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej. Raport z badań HBSC 2010*. Instytut Matki i Dziecka 2011; 13–41.
22. Van Der Vorst H., Engels, R., Meeus W., Dekovic M., Leeuwe J. Y. The role of alcohol specific socialization in adolescents' drinking behaviour. *Addiction* 2005; 100:1464–1476. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01193.x.
23. Van Der Vorst H., Engels, R., Dekovic M., Meeus W., Vermulst A. Alcohol-specific rules, personality and adolescents' alcohol use: a longitudinal person-environment study. *Addiction* 2007; 102:1064–1075. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.01855.
24. Van Zundert R., Van Der Vorst H., Vermulst A., Engels R. Pathways to alcohol use among Dutch students in regular Education and education for adolescents with behavioral problems: The role of parental alcohol use, general parenting practices and alcohol-specific parenting practices. *Journal of Family Psychology* 2006; 20(3): 456–467. doi:10.1037/0893-3200.20.3.456.
25. Weiss L.H, Schwarz J. C. The relationship between parenting types and older adolescents' personality, academic achievement, adjustment and substance use. *Child Development* 1996; 67: 2101–2114.
26. Zieliński A. *Ewolucja wzorów prób z alkoholem wśród dorastającej młodzieży w Polsce w okresie ostatniego stulecia*. Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa 2006.
27. Zieliński A. Polish adolescents and alcohol in 20th century. Patterns, trends, theoretical explanations. Referat przedstawiony na XXX Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Helsinki 2004; 31.05–04.06.
28. Zimmerman M.A., Schmeelk Cone K. H. A longitudinal analysis of adolescent substance use and school motivation among African American youth. *J Res Adolesc* 2003; 13(2):185–210.

Rozdział 8 **Dysfunkcyjne korzystanie z internetu**

Daria Biechowska

Streszczenie

Okres badań. Badania zrealizowano w 2012 roku.

Narzędzie. Wzorce korzystania przez młodzież gimnazjalną z internetu określane jako funkcjonalne i dysfunkcyjne, w tym zagrożenie nadużywaniem internetu i nadużywanie internetu – określono na podstawie skróconej wersji skali do oceny uzależnienia od internetu Kimberly Young.

Wyniki. Wyniki wskazują, że co trzeci badany uczeń prezentuje dysfunkcyjny wzorzec korzystania z internetu. Oszacowano, że około 40% badanych uczniów przebywa w sieci dłużej niż trzy godziny w ciągu dnia, przy czym bardziej zaangażowane w dysfunkcyjną aktywność internetową są dziewczęta. Większość zbadanych przez nas uczniów w sposób funkcjonalny korzysta z internetu.

Wnioski. Przeprowadzone badania pokazują raczej optymistyczny obraz korzystania z internetu przez młodzież, a przynajmniej relatywizują nadmiernie stereotypowy wizerunek nastolatka spędzającego cały dzień przed komputerem. Wyniki badań stanowią jednak przesłankę dla rodziców i nauczycieli do bacznego przyglądania się aktywności młodzieży w internecie.

Wprowadzenie

Nadmierne korzystanie z internetu staje się dziś niezwykle poważnym problemem społecznym. Na ryzyko uzależnienia szczególnie narażone są dzieci i młodzież, dla których internet jest nieodłącznym elementem ich codziennej aktywności, życia społecznego oraz rozrywki. Cały czas trwa dyskusja, czy termin „uzależnienie” jest adekwatny do problemu nadmiernego korzystania z internetu. Niezależnie jednak od debaty ekspertów, badania pokazują, że problem staje się coraz poważniejszy i wymaga szybkiej reakcji rodziców, opiekunów i pedagogów. Z ostatniego badania EU Kids Online przeprowadzonego wśród dzieci z 25 państw Europy wynika, że niedojadanie lub niedosypianie z powodu surfowania po sieci deklaruje prawie 20% polskich nastolatków. Ponad 30% młodzieży odczuwa dyskomfort, kiedy nie ma dostępu do internetu, a 35% przyznaje, że internet ma niekorzystny wpływ na ich relacje z rodziną lub przyjaciółmi (Kirwił, 2011). Nadmierne korzystanie z internetu przez dzieci ma również ogromny wpływ na ich rozwój emocjonalny.

Narzędzia i wskaźniki

W badaniu wykorzystano skróconą wersję skali Kimberly Young, która składa się z 8 pytań (Young, 1998; 1999). Poszczególne pytania autorka sformułowała w oparciu o kryteria patologicznego hazardu.

W celu określenia wzorów korzystania z internetu przez młodzież gimnazjalną wykorzystano poszczególne pytania tej skali, które dotyczą kluczowych ośmiu objawów uzależnienia od internetu.

Te objawy to:

1. Silne pochłonięcie internetem, wyrażające się w obsesyjnym myśleniu o nim nawet wtedy, gdy się z niego nie korzysta.
2. Sukcesywnie zwiększająca się ilość czasu spędzanego w internecie, aby osiągnąć satysfakcję z tej aktywności.
3. Powtarzające się nieudane próby kontrolowania czasu spędzanego w internecie.
4. Odczuwanie przygnębienia, niepokoju i podenerwowania z powodu ograniczenia dostępu lub zrezygnowania z korzystania z internetu.
5. Problem z kontrolowaniem czasu przebywania w internecie.
6. Występowanie problemów społecznych i osobistych (w kontaktach z rodziną, przyjaciółmi, pracą lub/i szkołą), wynikających z zaabsorbowania internetem.
7. Okłamywanie ludzi z najbliższego otoczenia w celu ukrycia wzrastającego zaangażowania w sprawę internetu.
8. Aktywność internetowa przybierająca formę ucieczki od problemów oraz przykrych stanów emocjonalnych.

W naszych badaniach skala uzyskała poprawne wskaźniki spójności wewnętrznej – alpha Cronbacha dla całej grupy – 0,77. Liczba braków odpowiedzi przynajmniej na jedno z 8 pytań skali – ok. 4%.

Wskaźniki

Czas spędzany w ciągu dnia w internecie:

Mało czasu – mniej niż jedna godzina dziennie

Przeciętna ilość czasu – 1–3 godziny dziennie

Duża ilość czasu – ponad 3 godziny dziennie

Wzory korzystania z internetu

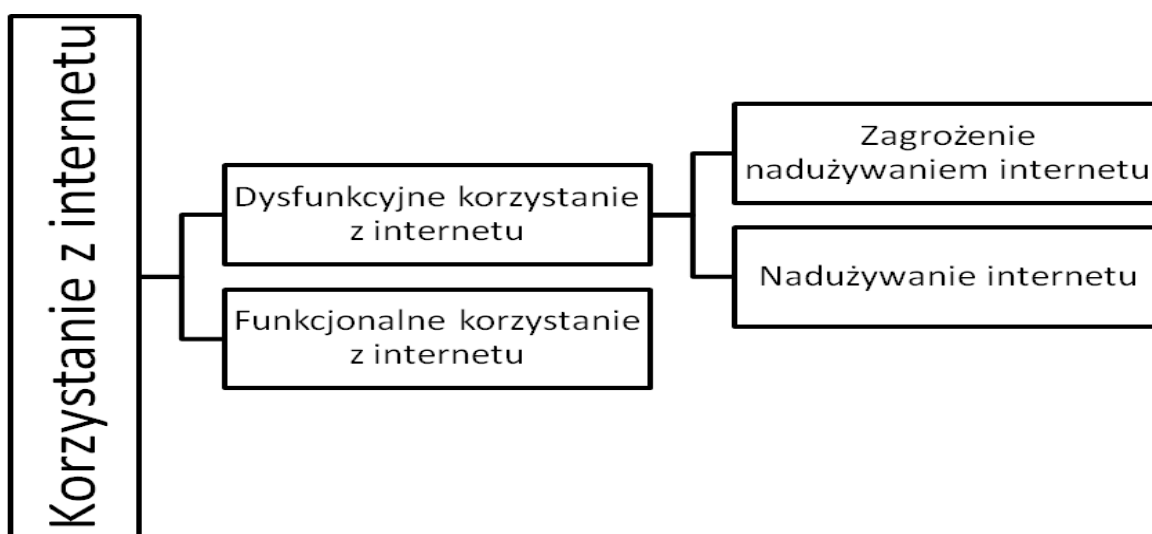
Celem analiz statystycznych było opisanie specyficznych wzorców korzystania z internetu u badanych uczniów. Przeprowadzono analizę profilową aktywności w sieci. Obliczono wynik ogólny dla skali, a następnie dokonano jego transformacji poprzez wyrażenie na skali standardowej. Przekształcenia dokonano na podstawie średniej i odchylenia standardowego. Taki sposób analizy koncentruje się na całym profilu wyników badania, który uwzględnia intraindywidualne (nie zaś międzygrupowe) różnice pomiędzy wynikami testowymi. Omawiane podejście diagnostyczne z powodzeniem stosowane jest w różnych dyscyplinach psychologii (Brzeziński, 1980). Dzięki niniejszej ipsatyżacji prześledzono zmienność intraindywidualną. Podstawowym kryterium wykonania zadania było odchylenie standardowe. Przyjęto następujące kryteria oceny wykonania:

- funkcjonalne korzystanie z internetu ($-1 \leq z \leq 1$),
- zagrożenie nadużywaniem internetu ($-2 \leq z \leq -1$),
- objawy nadużywania internetu ($z < -2$).

W niniejszym opracowaniu używa się poniższych terminów w następujących znaczeniach:

- funkcjonalne korzystanie z internetu – oznacza kontrolowane korzystanie z internetu bez powodowania niekorzystnych następstw dla zdrowia i relacji społecznych,
- nadużywanie internetu – zachowanie charakteryzujące się utratą kontroli nad korzystaniem z internetu, może prowadzić do izolacji oraz zaniedbywania różnych form aktywności społecznej, nauki, aktywnego wypoczynku, higieny osobistej oraz zdrowia.
- dysfunkcyjne korzystanie z internetu – termin szerszy niż nadużywanie internetu. Obejmuje zarówno nadużywanie internetu, jak i zagrożenie nadużywaniem (tj. przejawianie tylko niektórych objawów).

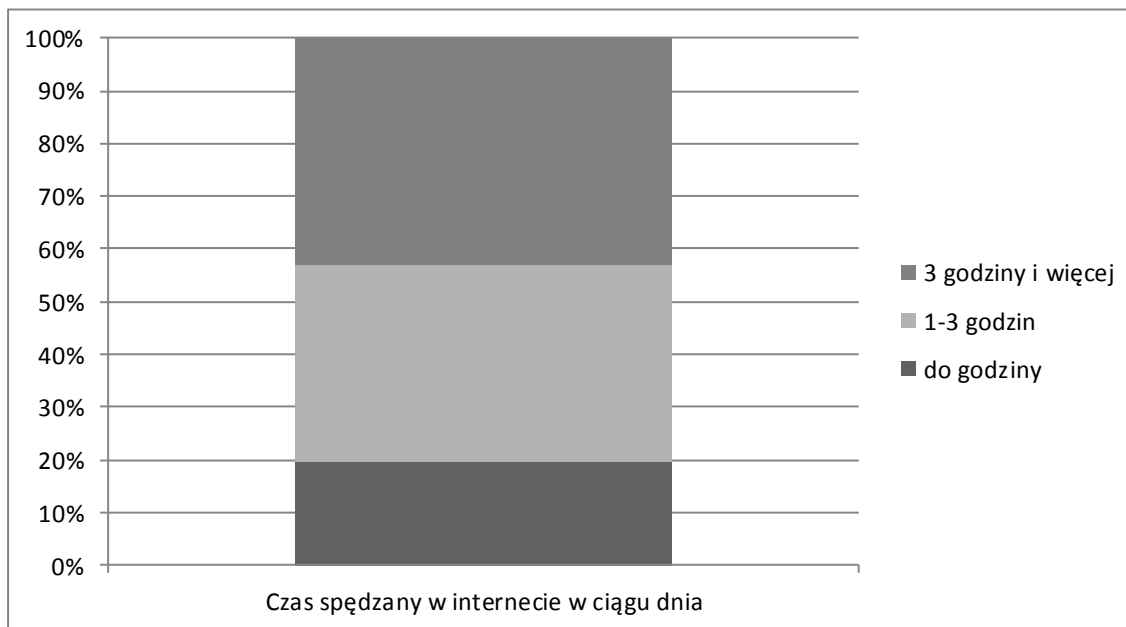
Wzajemne powiązania pomiędzy dysfunkcyjnym korzystaniem z internetu a objawami zagrożenia i nadużywania internetu przedstawia rycina 8.1.



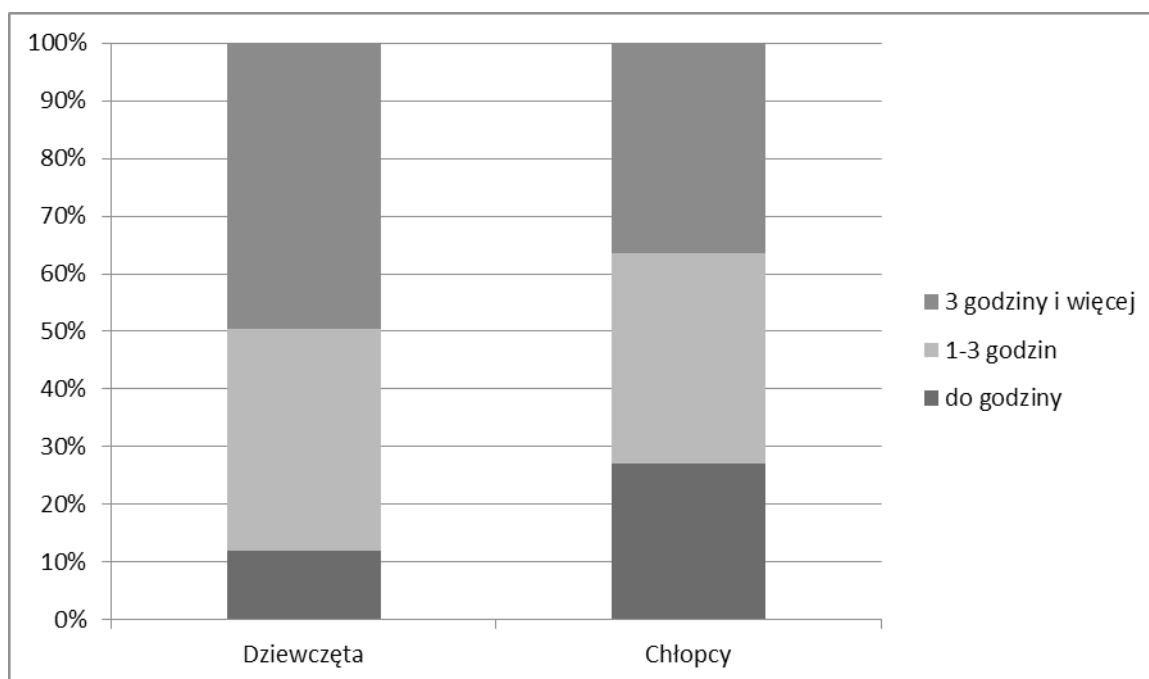
Rycina 8.1. Wzorce korzystania z internetu

Czas spędzany w ciągu dnia w internecie

Wyniki wskazują, że tylko co piąty uczeń gimnazjum spędza w internecie mniej niż godzinę dziennie, 37% badanych poświęca na przebywanie w sieci do 3 godzin dziennie, a aż 43% uczniów deklaruje, że używa internetu dłużej niż 3 godziny w ciągu dnia, rycina 8.2. Ponad 88% badanych dziewcząt i 74% chłopców w wieku 15 lat korzysta średnio z internetu więcej niż godzinę dziennie (rycina 8.3).



Rycina 8.2. Czas spędzany przez 15-letnią młodzież w internecie w ciągu przeciętnego dnia

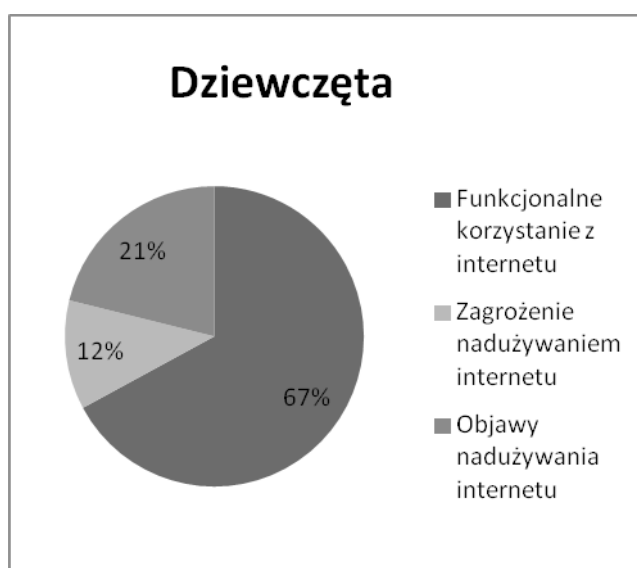


Rycina 8.3. Czas spędzany przez 15-letnią młodzież w internecie w ciągu przeciętnego dnia w podziale ze względu na płeć

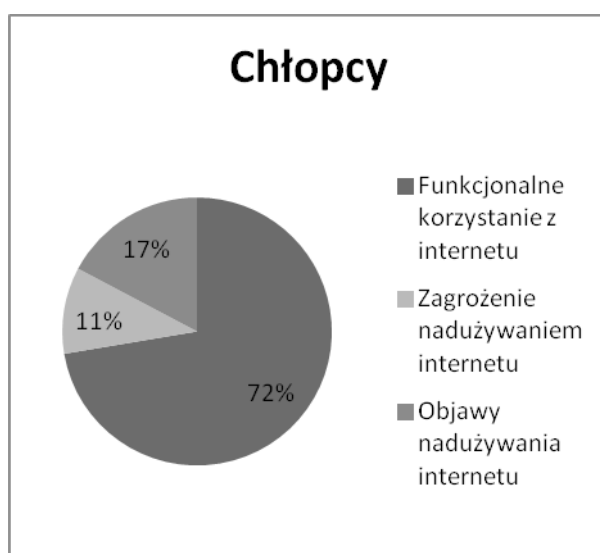
Wyniki badań wskazują, że 30% zbadanych nastolatków prezentuje dysfunkcyjny sposób korzystania z internetu. Więcej dziewcząt (33%) niż chłopców (28%) ($p < 0,044$) w ten sposób korzysta z internetu. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 8.1 oraz na rycinach 8.4 i 8.5.

Tabela 8.1. Korzystanie z internetu ze względu na płeć – liczby bezwzględne

		Dziewczęta	Chłopcy	Razem
	Funkcjonalne korzystanie z internetu	324	348	672 (70%)
Dysfunkcyjny sposób korzystania z internetu	Zagrożenie nadużywaniem internetu	57	50	107 (11%)
	Objawy nadużywania internetu	102	83	185 (19%)
Razem		483	481	964 (100%)



Rycina 8.4. Wzorce korzystania z internetu przez dziewczęta – odsetki



Rycina 8.5. Wzorce korzystania z internetu przez chłopców – odsetki

Problemy związane z internetem: różnice ze względu na płeć

Następnie przeanalizowano odpowiedzi na poszczególne pytania związane z korzystaniem z internetu. Przy każdym z pytań zamieszczono 4-punktową skalę odpowiedzi (1– nie, 2 – raczej nie, 3 – raczej tak, 4 – tak). Do analizy różnic w średnich dla dziewcząt i chłopców wykorzystano test t-Studenta. Wyniki analiz zamieszczono w tabeli 8.2.

Dziewczęta miały większy niż chłopcy problem z kontrolowaniem czasu przebywania w internecie. Istotnie częściej sygnalizowały również, że aktywność internetowa przybiera formę ucieczki od problemów oraz przykrych stanów emocjonalnych. Różnice istotne na poziomie trendu statystycznego, które również wskazywały na większe problemy dziewcząt w korzystaniu z internetu, dotyczyły silnego pochłonięcia internetem, które wyraża się w obsesyjnym myśleniu o nim nawet wtedy, gdy się z niego nie korzysta oraz występowaniu problemów społecznych i osobistych (związanych z rodziną, przyjaciółmi i szkołą), wynikających z zaabsorbowania internetem.

Tabela 8.2. Doświadczenia związane z korzystaniem z internetu. Różnice ze względu na płeć

	Porównanie średnich (skala 1–4)			
	Dziewczęta	Chłopcy	t	p
Czy czujesz się zaabsorbowany internetem, kiedy nie jesteś w sieci, lub marzysz o przebywaniu w sieci?	1,55	1,46	–1,893	0,059
Czy czujesz potrzebę spędzania coraz więcej czasu w sieci?	1,46	1,42	–0,904	0,366
Czy nieskutecznie próbujesz zmniejszyć ilość czasu spędzanego w sieci?	1,53	1,46	–1,466	0,143
Czy czujesz się niespokojny, zdenerwowany albo przygnębiony, gdy próbujesz ograniczyć czas spędzany w internecie lub przestać z niego korzystać?	1,33	1,34	0,181	0,856
Czy zdarza Ci się korzystać z internetu dłużej niż zamierzałeś?	2,95	2,58	–5,482	0,001
Czy czas spędzany w sieci negatywnie wpływa na Twoją rodzinę, znajomych, oceny lub pracę w szkole?	1,66	1,56	–1,845	0,065
Czy próbujesz ukrywać, jak długo byłeś w sieci?	1,33	1,29	–0,968	0,333
Czy używasz internetu jako sposobu na ucieczkę od problemów lub sposobu na pogorszony nastrój?	1,74	1,58	–2,445	0,015

Podsumowanie i omówienie wyników

Internet pełni w życiu młodzieży szczególną rolę ze względu na cechy rozwojowe wieku dojrzewania, takie jak pragnienie wrażeń oraz ciekawość. Atrakcyjność internetu wynika z możliwości:

- uzyskania szybkiej odpowiedzi na różnorodne pytania,
- szybkiego zdobywania najbardziej aktualnych informacji,
- podtrzymywania już istniejących kontaktów oraz zawierania nowych znajomości,
- dostępu do różnorodnej rozrywki.

Internet ułatwia codzienne życie nastolatków. Może być także źródłem dodatkowych bodźców (pozytywnych wzmocnień psychologicznych). Wzmocnienia psychologiczne następują w wyniku pozytywnych doświadczeń internetowych, takich jak zawieranie przyjaźni, osiąganie dobrych wyników w grach online, odczuwanie przynależności czy wypełnianie wolnego czasu (Makaruk, Wójcik, 2012; Majchrzak, 2008).

Co trzeci badany uczeń prezentuje dysfunkcyjny wzorzec korzystania z internetu, przy czym około 40% badanych przebywa w sieci ponad trzy godziny dziennie. W świetle zaprezentowanych powyżej wyników bardziej zaangażowane w aktywność internetową są dziewczęta. W dotychczas prowadzonych badaniach obejmujących większe i mniej lokalne populacje uczniów (np. Kirwił, 2011; Majchrzak, 2008; Makaruk, Wójcik, 2012) to raczej chłopcy częściej i dłużej korzystali z internetu.

Przeprowadzone badania pokazują raczej optymistyczny obraz korzystania z internetu przez młodzież, a przynajmniej relatywizują nadmiernie stereotypowy wizerunek nastolatka spędzającego cały dzień przed komputerem. Otóż większość zbadanych przez nas uczniów spędza w sieci mniej niż 3 godziny w ciągu dnia, dodatkowo mniej niż 20% badanych nastolatków przejawia objawy nadużywania internetu. Mamy jednak nadzieję, że wyniki przeprowadzonych badań skłonią rodziców i nauczycieli do baczniejszego przyglądania się aktywności młodzieży w internecie.

Piśmiennictwo

1. Brzeziński J. Elementy metodologii badań psychologicznych. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1980.
2. Kirwił L. Polskie dzieci w Internecie. Zagrożenia i bezpieczeństwo – część 2. Częściowy raport z badań EU Kids Online II przeprowadzonych wśród dzieci w wieku 9–16 lat i ich rodziców. Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa 2011.
3. Majchrzak P. Wybrane aspekty patologicznego użytkowania Internetu. [W:] Chudzik A. (red.) Współczesne zagrożenia rozwojowe dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2008; 93–105.
4. Makaruk K., Wójcik S. (red.). EU NET ADB – Badanie nadużywania internetu przez młodzież w Polsce i Europie. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 2012.
5. Sokołowski M. (red.). Oblicza internetu. Internet w przestrzeni komunikacyjnej XXI wieku. Wydawnictwo PWSZ, Elbląg 2006.

6. Young K. S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder, *CyberPsychology & Behavior* 1998; 1(3): 237–244.
7. Young K. S. Internet addiction: symptoms, evaluation, and treatment, *Innovation in clinical practice: a source book*, Professional Resource Press, Sarasota 1999.

Ankieta NAN 2012

BARDZO PROSIMY CIĘ O WYPEŁNIENIE PONIŻSZEJ ANKIETY!!!

Pytania dotyczą tego, jak spostrzegasz siebie, swoje życie, ludzi i sprawy, z którymi się stykasz! Szczególnie interesuje nas Twoje zdrowie psychiczne, relacje z rówieśnikami, to, jak spędzasz czas wolny, a także poglądy i zachowania związane z przemocą i używaniem środków psychoaktywnych (na przykład tytoniu, alkoholu lub narkotyków).

Ankieta jest anonimowa. Nie wpisuj swojego nazwiska na kwestionariuszu. Informacje, których udzielasz, są poufne i będą wykorzystane tylko do zbiorczych opracowań naukowych. Zależy nam bardzo, żebyś wypełnił całą ankietę (odpowiedział na wszystkie pytania), ale możesz w każdym momencie wycofać się z udziału w badaniach. Twój udział w badaniu jest dobrowolny.

Pracuj indywidualnie. Staraj się nie zaglądać koledze lub koleżance do ankiety. Pamiętaj, to nie jest „klasówka”. Nie ma tu „dobrych” ani „złych” odpowiedzi. Staraj się odpowiadać **szczerze i dokładnie.**

Dziękujemy za wypełnienie ankiety :)

Co zrobić, jeśli pomylisz się i zakreślisz niewłaściwą odpowiedź?

Przekreśl nieprawidłową odpowiedź

~~3.~~ Kilka razy

3. Kilkanaście razy

i zaznacz strzałką właściwą odpowiedź:

np. ~~3.~~ Kilka razy

→ 3. Kilkanaście razy

Legenda:

Pytania wykorzystane we wszystkich rundach badań mokatowskich, czyli w okresie **1984–2012**:

1–4, 6–7, 8–11, 38

Pytanie dodane w 1992 roku i wykorzystywane w okresie **1992–2012**:

5

Pytania dodane w 2004 roku i wykorzystywane w okresie **2004–2012**:

18–21, 23–24, 24C, 25, 29–32, 35, 39–40

Pytania dodane w **2012 roku i wykorzystane w tym opracowaniu**:

7A, 22, 24A, 24B, 26–27, 34, 37, 41–45

Pytania dodane w **2012 roku będące przedmiotem dalszych opracowań**:

6A, 12–17, 28, 33, 36

Przy każdym pytaniu zaznacz (otocz kółkiem) tylko jedną odpowiedź.

Postaraj się nie opuścić żadnego pytania.

1. Zaznacz rok swojego urodzenia:

1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000

2. Jesteś... 1. CHŁOPCEM 2. DZIEWCZYNĄ

3. Czy w okresie od września zeszłego roku do teraz zdarzyło się, że byłeś/łaś w towarzystwie młodzieżowym, w którym piło się piwo, wino, wódkę?

1. Nie zdarzyło się
2. Tak – jeden lub dwa razy
3. Tak – kilka razy
4. Tak – kilkanaście razy
5. Tak – więcej niż kilkanaście razy

4. Czy w okresie od września zeszłego roku do teraz zdarzyło się, że byłeś/łaś w towarzystwie młodzieżowym, w którym używało się środków narkotyzujących?

1. Nie zdarzyło się
2. Tak – jeden lub dwa razy
3. Tak – kilka razy
4. Tak – kilkanaście razy
5. Tak – więcej niż kilkanaście razy

5. Jeżeli zdarzyło się, że w wyżej wymienionym okresie byłeś/łaś w towarzystwie młodzieżowym, w którym używało się środków narkotyzujących, to zaznacz, jakie to były środki?

W tym pytaniu możesz zaznaczyć kilka odpowiedzi

1. Marihuana, haszysz
2. Kleje, rozpuszczalniki, itp.
3. LSD lub inne halucynogeny
4. Leki psychotropowe, uspokajające, nasenne
5. Amfetamina
6. Revinol
7. Heroina, „brown sugar” lub „kompot”
8. Kokaina lub crack
9. Ecstasy
10. Sterydy anaboliczne
11. Kodeina
12. Dopalacze
13. Inne środki, napisz jakie: _____

6. Czy palisz papierosy?

1. Nie
2. Tak – kilka razy w roku
3. Tak – kilka razy w miesiącu
4. Tak – kilka razy w tygodniu
5. Tak – codziennie

6A Jak często (jeśli w ogóle) paliłeś/łaś papierosy w ciągu ostatnich 30 DNI?

1. Wcale
2. Mniej niż jeden papieros dziennie
3. Jeden do pięciu papierosów dziennie
4. Około pół paczki dziennie
5. Około paczki dziennie lub więcej

7. Czy w okresie od września zeszłego roku do teraz zdarzyło się, że używałeś/łaś środków narkotyzujących?

1. Nie zdarzyło się
2. Tak – jeden lub dwa razy
3. Tak – kilka razy
4. Tak – kilkanaście razy
5. Tak – więcej niż kilkanaście razy

7A Jeżeli na poprzednie pytanie odpowiedziałeś /aś „Tak”, to zaznacz, jakie to były środki?

W tym pytaniu możesz zaznaczyć kilka odpowiedzi

1. Marihuana, haszysz
2. Kleje, rozpuszczalniki, itp.
3. Leki psychotropowe, uspokajające, nasenne
4. Amfetamina
5. Ecstasy
6. Dopalacze
7. Inne środki, napisz jakie: _____

8. Czy w okresie od września zeszłego roku do teraz zdarzyło się, że używałeś/łaś leków uspokajających lub nasennych?

1. Nie zdarzyło się
2. Tak – jeden lub dwa razy
3. Tak – kilka razy
4. Tak – kilkanaście razy
5. Tak – więcej niż kilkanaście razy

Piwo – Wino – Wódka

w każdym z poniższych dziewięciu pól zaznacz jedną, najbardziej właściwą odpowiedź.

I. PIWO		
9. Kiedy piłeś(aś) ostatni raz? (ile to było dni lub miesięcy temu?)	Ile wtedy wypić(aś)?	Z kim wtedy piłeś(aś)?
0. nigdy nie piłem/łam 1. przeszło rok temu 2. 7 do 12 miesięcy temu 3. 3 do 6 miesięcy temu 4. 1 do 2 miesięcy temu 5. 16 do 30 dni temu 6. 8 do 15 dni temu 7. 5 do 7 dni temu 8. 1 do 4 dni temu	0. nigdy nie piłem/łam 1. pół butelki – 250 ml 2. butelkę – 500 ml 3. dwie butelki – 1 l 4. trzy butelki – 1,5 l 5. cztery butelki – 2 l 6. więcej niż cztery butelki	0. nigdy nie piłem/łam 1. z rodzicami 2. z innymi dorosłymi 3. tylko z młodzieżą 4. sam
II. WINO (wino białe, czerwone, szampan, wino domowe)		
10. Kiedy piłeś(aś) ostatni raz?	Ile wtedy wypić(aś)?	Z kim wtedy piłeś(aś)?
0. nigdy nie piłem/łam 1. przeszło rok temu 2. 7 do 12 miesięcy temu 3. 3 do 6 miesięcy temu 4. 1 do 2 miesięcy temu 5. 16 do 30 dni temu 6. 8 do 15 dni temu 7. 5 do 7 dni temu 8. 1 do 4 dni temu	0. nigdy nie piłem/łam 1. pół „lampki” – 100 ml 2. jedną „lampkę” – 200 ml 3. dwie „lampki” – 400 ml 4. trzy „lampki” – 600 ml 5. prawie całą butelkę – ok. 750 ml 6. butelkę lub więcej	0. nigdy nie piłem/łam 1. z rodzicami 2. z innymi dorosłymi 3. tylko z młodzieżą 4. sam
III. WÓDKA (wódka, whisky, gin, koniak, itp.)		
11. Kiedy piłeś(aś) ostatni raz?	Ile wtedy wypić(aś)?	Z kim wtedy piłeś(aś)?
0. nigdy nie piłem/łam 1. przeszło rok temu 2. 7 do 12 miesięcy temu 3. 3 do 6 miesięcy temu 4. 1 do 2 miesięcy temu 5. 16 do 30 dni temu 6. 8 do 15 dni temu 7. 5 do 7 dni temu 8. 1 do 4 dni temu	0. nigdy nie piłem/łam 1. mały kieliszek – 25 ml 2. duży kieliszek – 50 ml 3. dwa duże kieliszki – 100ml 4. trzy duże kieliszki – 150ml 5. prawie ćwierć litra 6. ćwierć litra lub więcej	0. nigdy nie piłem/łam 1. z rodzicami 2. z innymi dorosłymi 3. tylko z młodzieżą 4. sam

12. Ile razy (jeśli w ogóle) w ciągu ostatnich 30 DNI zdarzyło Ci się...

w każdej linii otocz kółkiem wybraną przez Ciebie odpowiedź

	Nie piłem/ nie piłam	1–2 razy	3–5 razy	6–9 razy	10–19 razy	20 razy lub więcej
a)... pić piwo	0	1	2	3	4	5
b)... pić wino	0	1	2	3	4	5
c)... pić wódkę, whisky, koniak. itp.	0	1	2	3	4	5
d)... pić jakiegokolwiek napój alkoholowy (wszystko jedno jakie napoje)	0	1	2	3	4	5
e)... upić się napojem alkoholowym	0	1	2	3	4	5

KILKA PONIŻSZYCH PYTAŃ DOTYCZY SZKOŁY, TWOICH KOLEGÓW I PRZYJACIÓŁ ORAZ INNYCH SPRAW DOTYCZĄCYCH TWEGO ŻYCIA

13. Jak, Twoim zdaniem, radzisz sobie z nauką w porównaniu z innymi ludźmi w Twojej klasie?

1. Świetnie, jestem chyba jednym/jedną z najlepszych
2. Znacznie powyżej przeciętnej
3. Nieco lepiej niż średnio
4. Średnio
5. Mniej niż średnio
6. Znacznie poniżej przeciętnej
7. Słabo, jestem chyba jednym/jedną z najgorszych

14. Poniżej znajduje się lista stwierdzeń na temat Twojej szkoły. Prosimy o uważne przeczytanie każdego z tych stwierdzeń i zastanowienie się, w jakim stopniu są one prawdziwe lub nieprawdziwe.

w każdej linii otocz kółkiem wybraną przez Ciebie odpowiedź

W mojej szkole ...	Nieprawdziwe /fałszywe	W niewielkim stopniu prawdziwe	Do pewnego stopnia prawdziwe	W dużym stopniu prawdziwe	Całkowicie prawdziwe
a) ...uczniowie ufają sobie nawzajem	1	2	3	4	5
b) ... uczniowie zawierają przyjaźnie z kolegami/koleżankami z innych klas	1	2	3	4	5
c) ... uczniowie pomagają sobie nawzajem, nawet gdy nie są przyjaciółmi	1	2	3	4	5
d) ... uczniowie generalnie traktują się z szacunkiem	1	2	3	4	5

15. Poniższe stwierdzenia odnoszą się do Twoich odczuć i doświadczeń związanych z Twoimi przyjaciółmi. Nie dotyczą one Twojego chłopaka lub Twojej dziewczyny.

w każdej linii otocz kółkiem wybraną przez Ciebie odpowiedź

	Nieprawdziwe	W niewielkim stopniu prawdziwe	Do pewnego stopnia prawdziwe	W dużym stopniu prawdziwe	Całkowicie prawdziwe
a. Mogę liczyć na wsparcie emocjonalne moich przyjaciół (np. pomoc, pocieszenie, poradzenie)	1	2	3	4	5
b. Moi przyjaciele szukają u mnie wsparcia emocjonalnego	1	2	3	4	5
c. Moi przyjaciele dobrze pomagają mi w rozwiązywaniu problemów	1	2	3	4	5
d. Moi przyjaciele uważają, że dobrze pomagam im w rozwiązywaniu problemów	1	2	3	4	5

16. Jak często chodzisz do kościoła?

1. Nigdy
2. Rzadko
3. Jeden lub dwa razy w miesiącu
4. Raz w tygodniu lub częściej

17. Na ile w Twoim życiu ważna jest wiara (religia)?

1. Nie jest ważna
2. Niezbyt ważna
3. Dość ważna
4. Bardzo ważna

NASTĘPNYCH KILKA PYTAŃ DOTYCZY TWOJEGO ZDROWIA PSYCHICZNEGO I FIZYCZNEGO

18. W ciągu OSTATNICH 7 DNI ...

w każdej linii otocz kółkiem wybraną przez Ciebie odpowiedź

	Nigdy lub rzadko	Czasami	Często	Cały czas
a) w ciągu ostatnich 7 dni jak często było ci smutno?	1	2	3	4
b) w ciągu ostatnich 7 dni jak często czułeś/aś się samotny/na?	1	2	3	4
c) w ciągu ostatnich 7 dni jak często byłeś/aś przygnębiony/na?	1	2	3	4
d) w ciągu ostatnich 7 dni jak często chciało ci się płakać?	1	2	3	4

19. 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?

Liczba dni _____ (wpisz w to miejsce odpowiednią liczbę dni, jeśli nie było takich dni, wpisz „0”)

20. Jeśli chodzi o Twoje zdrowie fizyczne, a w tym chorobę lub uszkodzenie ciała, w ciągu ilu dni, w ostatnich 30 DNIACH, Twoje zdrowie fizyczne nie było dobre?

Liczba dni _____ (wpisz w to miejsce odpowiednią liczbę dni, jeśli nie było takich dni, wpisz „0”)

21. W ciągu ilu dni, w ostatnich 30 DNIACH, słabe zdrowie fizyczne lub psychiczne uniemożliwiło Ci Twoją zwykłą aktywność, taką jak dbanie o siebie, uczenie się, rekreacja?

Liczba dni _____ (wpisz w to miejsce odpowiednią liczbę dni, jeśli nie było takich dni, wpisz „0”)

22. Czy w ciągu ostatniego miesiąca odczuwałeś/odczuwałaś wymienione poniżej dolegliwości?

	Nie odczu- wałem/ odczu- wałam	Tak, 1–2 razy	Tak, kilka razy	Tak, kilkanaście razy	Tak, więcej niż kilkanaście razy
a) bóle głowy	1	2	3	4	5
b) bóle brzucha	1	2	3	4	5
c) trudności w zasypianiu	1	2	3	4	5
d) zdenerwowanie	1	2	3	4	5
e) przygnębienie, zły nastrój	1	2	3	4	5
f) brak energii	1	2	3	4	5
g) inne (wpisz jakie.....)	1	2	3	4	5

NASTĘPNE PYTANIA DOTYCZĄ MIĘDZY INNYMI **PRZEMOCY** FIZYCZNEJ I PSYCHICZNEJ. PRZEMOC PSYCHICZNA MA MIEJSCE WTEDY, GDY JEDNA LUB WIĘCEJ OSÓB DOKUCZA, OBRAŻA LUB NIEPOKOI CELOWO SŁABSZĄ OSOBĘ.

23. W okresie od września zeszłego roku do teraz, jak często osobiście doświadczałeś/łaś przemocy na terenie szkoły lub w pobliżu szkoły?

1. Codziennie lub prawie codziennie
2. Około raz na tydzień
3. Rzadziej niż raz na miesiąc
4. Nigdy

24. W okresie od września zeszłego roku do teraz, jak często brałeś/łaś udział w przemocy fizycznej lub psychicznej wobec innych uczniów na terenie szkoły lub w pobliżu szkoły?

1. Codziennie lub prawie codziennie
2. Około raz na tydzień
3. Rzadziej niż raz na miesiąc
4. Nigdy

24A. Przeczytaj następujący opis i napisz, czy kiedykolwiek byłeś/aś ofiarą takiej sytuacji: Jedna lub kilka osób z twojej szkoły/klasy lub społeczności w internecie przez dłuższy czas, regularnie nękało Cię, korzystając z Internetu lub komórki w taki sposób, że cierpiełeś/aś i trudno było Ci się obronić?

1. Nigdy mi się nie zdarzyło
2. Zdarzyło mi się 1 raz
3. Zdarzyło mi się 2 lub 3 razy
4. Zdarzyło mi się 4 lub więcej razy

24B. Czy zdarzyło Ci się samemu/samej lub w grupie przez dłuższy czas, regularnie nękać kolegę/koleżankę korzystając z internetu lub telefonów komórkowych, w taki sposób, że trudno mu/jej było się obronić?

1. Nigdy mi się nie zdarzyło
2. Zdarzyło mi się 1 raz
3. Zdarzyło mi się 2 lub 3 razy
4. Zdarzyło mi się 4 lub więcej razy

24C. W ostatnich 12 miesiącach ile razy brałeś/łaś udział w bójkach na terenie szkoły?

1. Ani razu
2. 1 raz
3. 2 lub 3 razy
4. 4 lub 5 razy
5. 6 lub 7 razy
6. 8 lub 9 razy
7. 10 lub 11 razy
8. 12 lub więcej razy

25. Czy kiedykolwiek w ostatnich 12 miesiącach robiłeś/łaś niżej wymienione rzeczy? Odpowiedz na każde z tych pytań.

- | | |
|--|-----------------|
| 1. Brałeś/łaś samochód na przejażdżkę bez zgody właściciela? | 1 – tak 2 – nie |
| 2. Łamałeś/łaś lub niszczyłeś/łaś (celowo) coś, co nie należało do Ciebie? | 1 – tak 2 – nie |
| 3. Sprzedawałeś/łaś marihuanę lub inne narkotyki? | 1 – tak 2 – nie |
| 4. Brałeś/łaś rzeczy, które nie należały do Ciebie? | 1 – tak 2 – nie |
| 5. Uderzyłeś/łaś lub uszkodziłeś/łaś kogoś (celowo)? | 1 – tak 2 – nie |
| 6. Uciekałeś/łaś z domu?
(to znaczy opuszczałeś/łaś dom bez pozwolenia jednego czy dwojga rodziców) | 1 – tak 2 – nie |
| 7. Ściągałeś/łaś na zajęciach w szkole na teście, klasówce, sprawdzianie itp.? | 1 – tak 2 – nie |

26. Czy kiedykolwiek w ostatnich 12 miesiącach:

- | | |
|---|-----------------|
| 1. Korzystałeś/aś z automatów do gier hazardowych? | 1 – tak 2 – nie |
| 2. Grałeś/aś w LOTTO lub kupowałeś/aś kupony innych loterii? | 1 – tak 2 – nie |
| 3. Stawiałeś/aś pieniądze w zakładach bukmacherskich (sportowych lub innych)? | 1 – tak 2 – nie |
| 4. Grałeś/aś na pieniądze w karty, kości lub inne gry (w „realu” lub w internecie)? | 1 – tak 2 – nie |
| 5. Uczestniczyłeś/aś w konkursach lub grach proponowanych przez telefon lub w TV (rebusy, krzyżówki, itp.), w których udział opłacany jest telefonicznie? | 1 – tak 2 – nie |
| 6. Wydawałeś/aś pieniądze na inne rodzaje hazardu niż wyżej wymienione? | 1 – tak 2 – nie |

27. W ciągu w ostatnich 12 miesięcy, czy hazard był przyczyną jakichkolwiek Twoich kłopotów, jak na przykład brak pieniędzy, sprzeczki w domu czy z kolegami/koleżankami, problemy w szkole, problemy z odrabianiem na czas prac domowych, itp.?*W tym pytaniu możesz zaznaczyć kilka odpowiedzi*

1. Tak
2. Nie
3. Nie zajmowałem/am się hazardem w ostatnim roku
4. Nigdy nie zajmowałem/am się hazardem

28. Następane pytanie dotyczy ostatnich 4 tygodni.*Otocz kółkiem właściwą odpowiedź*

	o dni	1 dzień	2 dni	3 dni	4-5 dni	6-10 dni	11 lub więcej
Ile całych dni w szkole opuściłeś/łaś z powodu wagarów w ostatnich 4 tyg.?	0	1	2	3	4	5	6

NASTĘPNYCH KILKA PYTAŃ DOTYCZY TWOJEGO STYLU ŻYCIA I CZASU WOLNEGO**29. Czy masz tatuaż? (nie pytamy tu o nalepki, które udają tatuaż)**

1. Nie
2. Tak, mam nietrwały tatuaż
3. Tak, mam trwałe tatuaż

30. Czy nosisz kolczyki typu „piercing”? (nie pytamy tu o tradycyjne kolczyki)*W tym pytaniu możesz zaznaczyć kilka odpowiedzi*

1. Nie
2. Tak, w uchu lub w uszach
3. Tak, w nosie
4. Tak, w brwi
5. Tak, w wardze
6. Tak, w języku
7. Tak, w innych częściach ciała

31. Ile przeciętnie godzin DZIENNIE poświęcasz na:

	o godzin	Mniej niż 1 godzinę	12 godziny	3-4 godz- iny	5 lub więcej godzin
Gry komputerowe	1	2	3	4	5
Internet (surfowanie, maile, czaty, gry on line, facebook itp.)	1	2	3	4	5
Odrabianie lekcji	1	2	3	4	5
Swoje hobby	1	2	3	4	5
Spędzanie czasu poza domem (na podwórku, osiedlu, na mieście)	1	2	3	4	5
Czytanie książek dla przyjemności	1	2	3	4	5

32. Ile przeciętnie godzin w TYGODNIU (w czasie wolnym) poświęcasz na:

	o godzin	Mniej niż 1 godzinę	1-3 godziny	4-7 godzin	8 lub więcej godzin
a) spędzanie czasu w supermarketach, centrach handlowo-rozrywkowych (shopping)	1	2	3	4	5
b) uczestniczenie w zorganizowanych zajęciach sportowych (np. SKS-ie lub klubie)	1	2	3	4	5
c) uczestniczenie w – innych niż sportowe – zajęciach zorganizowanych (np. nauka języków, zajęcia artystyczne, kółka, zbiórki harcerskie itp.)	1	2	3	4	5
d) jeżdżenie na rowerze, rollkach, deskorolce, basen, bieganie, ćwiczenia wspinaczkowe, siłownię lub inne formy własnej aktywności fizycznej	1	2	3	4	5

33. W ciągu ostatnich 6 miesięcy jak często:

	Nigdy	Jeden – dwa razy	Kilka razy	Często	Bardzo często
a) robiłeś/łaś coś niebezpiecznego tylko dla dreszczyku, jaki to wywołuje?	1	2	3	4	5
b) jeździłeś/łaś na rowerze, wrotkach lub deskorolce bardzo szybko, lub wręcz ryzykownie, bo było to ekscytujące?	1	2	3	4	5
c) zrobiłeś/łaś parę dość ryzykownych rzeczy, bo Cię to ekscytowało?	1	2	3	4	5
d) narażałeś/łaś swoje bezpieczeństwo, będąc wieczorem poza domem, bo Cię to ekscytowało?	1	2	3	4	5

34. Poniższe stwierdzenia odnoszą się do Twoich odczuć i doświadczeń związanych z internetem:

1. Ile czasu dziennie spędzasz w internecie? Wpisz, proszę, liczbę godzin					
	Nie	Raczej Nie	Raczej Tak	Tak	
2. Czy czujesz się zaabsorbowany internetem, kiedy nie jesteś w sieci, lub marzysz o przebywaniu w sieci?	1	2	3	4	
3. Czy czujesz potrzebę spędzania coraz więcej czasu w sieci?	1	2	3	4	
4. Czy nieskutecznie próbujesz zmniejszyć ilość czasu spędzanego w sieci?	1	2	3	4	
5. Czy czujesz się niespokojny, zdenerwowany albo przygnębiony, gdy próbujesz ograniczyć czas spędzany w internecie lub przestać z niego korzystać?	1	2	3	4	
6. Czy zdarza Ci się korzystać z internetu dłużej niż zamierzałeś?	1	2	3	4	
7. Czy czas spędzany w sieci negatywnie wpływa na Twoją rodzinę, znajomych, oceny lub pracę w szkole?	1	2	3	4	
8. Czy próbujesz ukrywać, jak długo byłeś w sieci?	1	2	3	4	
9. Czy używasz internetu jako sposobu na ucieczkę od problemów lub sposobu na pogorszony nastrój?	1	2	3	4	

NASTĘPNE DWA PYTANIA DOTYCZĄ PRZYJMOWANIA LEKÓW

35. Czy w ciągu ostatniego miesiąca używałeś/łaś lekarstw z powodu wymienionych poniżej problemów?

Zaznacz kółkiem jedną odpowiedź w każdej linii

	Nie używałem/ używałam	Tak, 1–2 razy	Tak, kilka razy	Tak, kil- kanaście razy	Tak, więcej niż kilkanaście razy
a) bóle głowy	1	2	3	4	5
b) bóle brzucha	1	2	3	4	5
c) trudności w zasypianiu	1	2	3	4	5
d) zdenerwowanie	1	2	3	4	5
e) przygnębienie, zły nastrój	1	2	3	4	5
f) brak energii	1	2	3	4	5
g) inne (wpisz jakie...)	1	2	3	4	5

36. Jeśli zdarza się, że samodzielnie sięgasz po leki, to czym się kierujesz, wybierając konkretny farmaceutyk? W tym pytaniu możesz zaznaczyć kilka odpowiedzi

1. Opinią rodziców na temat leku
2. Własnym doświadczeniem w stosowaniu tego leku
3. Opinią koleżanek (kolegów) na temat leku
4. Reklamą w telewizji, gazetach, czasopismach
5. Dostępem do leku
6. Inne powody (wpisz jakie)

NASTĘPNYCH KILKA PYTAŃ DOTYCZY TWOJEJ NAJBLIŻSZEJ RODZINY

37. Z kim głównie mieszkasz?

1. Z rodzicami
2. Tylko z ojcem
3. Tylko z matką
4. Z jednym z rodziców oraz z macochą lub ojczymem
5. Z kimś innym

38. Czy Twoi rodzice palą papierosy?

1. Nie
2. Tak – jedna osoba – czasem
3. Tak – oboje – czasem
4. Tak – jedna osoba – nałogowo
5. Tak – oboje – nałogowo

39. Jakie wykształcenie uzyskali Twoi rodzice?

- Matka**
1. Podstawowe
 2. Zawodowe lub niepełne średnie
 3. Średnie (matura)
 4. Wyższe (licencjat, mgr, inż., dr)
 5. Nie wiem
 6. Nie mam mamy

- Ojciec**
1. Podstawowe
 2. Zawodowe lub niepełne średnie
 3. Średnie (matura)
 4. Wyższe (licencjat, mgr, inż., dr)
 5. Nie wiem
 6. Nie mam taty

40. Czy Twoi rodzice pracują?

	Tak	Nie	Nie wiem	Nie mam mamy/ taty
a. Czy Twoja mama pracuje?	1	2	3	4
b. Czy Twój tata pracuje?	1	2	3	4

41. Następane pytania dotyczą Twoich rodziców lub dorosłych opiekunów, z którymi mieszkasz

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Przeważnie	Zawsze
a. Gdy mam zamiar wrócić do domu później niż zwykle, rodzice oczekują, że zadzwonię, by ich o tym uprzedzić.	1	2	3	4	5
b. Przed wyjściem z domu mówię rodzicom, z kim mam się spotkać.	1	2	3	4	5
c. Gdy wychodzę wieczorem, moi rodzice wiedzą, gdzie jestem.	1	2	3	4	5
d. Moi rodzice uważają, że ważne jest, aby wiedzieć, kim są moi przyjaciele.	1	2	3	4	5
e. Moi rodzice uważają, że ważne jest, aby wiedzieć, kim są rodzice moich przyjaciół.	1	2	3	4	5
f. Moi rodzice wiedzą, na co wydaję pieniądze.	1	2	3	4	5
g. Rozmawiam ze swoimi rodzicami na temat moich wspólnych planów z przyjaciółmi.	1	2	3	4	5
h. Gdy wychodzę, rodzice pytają, dokąd idę.	1	2	3	4	5
i. Moi rodzice wiedzą, co robię i gdzie przebywam po szkole.	1	2	3	4	5

42. Czy zgadzasz się z poniższymi stwierdzeniami opisującymi sytuację w Twojej rodzinie, tzn. wśród bliskich ludzi, z którymi mieszkasz:

	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Raczej tak	Zdecydowanie tak
a. W mojej rodzinie naprawdę sobie pomagamy i wspieramy się nawzajem	1	2	3	4
b. Moja rodzina rozmawia o swoich problemach	1	2	3	4
c. W mojej rodzinie często dochodzi do awantur	1	2	3	4
d. W mojej rodzinie jesteśmy pełni energii i w dobrych nastrojach	1	2	3	4
e. W mojej rodzinie jest ważne, żeby każdy wyraził swoje zdanie	1	2	3	4
f. W mojej rodzinie rzadko tracimy cierpliwość	1	2	3	4
g. Moja rodzina zawsze robi coś wspólnie	1	2	3	4
h. W mojej rodzinie dużo się rozmawia	1	2	3	4
i. W mojej rodzinie nikt nikogo nie bije	1	2	3	4
j. My naprawdę dobrze się razem czujemy	1	2	3	4
k. Mówimy sobie nawzajem o swoich osobistych problemach	1	2	3	4
l. W rodzinie nie krytykujemy się nawzajem	1	2	3	4

OSTATNIE TRZY PYTANIA DOTYCZĄ POGLĄDÓW TWOICH RODZICÓW NA TEMATY ZWIĄZANE Z EWENTUALNYM PICIEM ALKOHOLU PRZEZ CIEBIE

PROSIMY O ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA NIEZALEŻNIE OD TEGO, CZY PIJESZ ALKOHOL, CZY NIE PIJESZ ALKOHOLU.

43. Czy Twoi rodzice wiedzą, że piłeś/łaś alkohol? (w tym pytaniu możesz zaznaczyć kilka odpowiedzi)

1. Nigdy nie piłem/łam
2. Nie wiedzą, że piłem/łam
3. Wiedzą, gdy piję przy nich (np. w czasie uroczystości rodzinnych)
4. Wiedzą, gdy im o tym mówię
5. Wiedzą, gdy się sami domyślą lub coś zauważą

44. Co Twoi rodzice myślą o picciu przez Ciebie alkoholu? (wybierz tylko jedną odpowiedź)

1. Zdecydowanie tego nie akceptują
 2. Raczej nie akceptują, ale nie robią problemu, gdy czasem trochę wypiję
 3. Jest im to obojętne, nie zwracają na to uwagi
 4. Raczej akceptują, gdy piję w niewielkich ilościach
 5. Zdecydowanie to akceptują
 6. Nie wiem, nigdy o tym nie rozmawialiśmy
 7. Żadne z tych zdań nie odpowiada sytuacji w mojej rodzinie.
 8. Moi rodzice myślą.....
- (napisz własnymi słowami, co Twoi rodzice myślą o picciu przez Ciebie alkoholu)

45. Czy Twoi rodzice ustalili zasady dotyczące picia przez Ciebie alkoholu? (w tym pytaniu możesz zaznaczyć kilka odpowiedzi)

1. Nie
2. Tak, nie wolno mi pić alkoholu
3. Tak, mogę trochę wypić przy nich
4. Tak, mogę trochę wypić z rówieśnikami
5. Tak.....

.....
(wpisz zasadę ustaloną w Twojej rodzinie)

DZIĘKUJEMY BARDZO! :)

Zespół Pracowni „Pro-M”

Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

