

ZDROWIE I ZACHOWANIA ZDROWOTNE MŁODZIEŻY SZKOLNEJ W POLSCE

na tle wybranych
uwarunkowań
socjodemograficznych

WYNIKI BADAŃ HBSC 2014



Instytut
Matki i Dziecka



hbsc
POLSKA/POLAND

ZDROWIE
I ZACHOWANIA
ZDROWOTNE
MŁODZIEŻY
SZKOLNEJ
W POLSCE

AUTORZY OPRACOWANIA:

Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka

mgr Anna Dzielska, dr med. Maria Jodkowska, dr n. hum. Agnieszka Małkowska-Szutnik, dr hab. n. o zdr. Joanna Mazur, dr hab. med. Anna Oblacińska, mgr Katarzyna Radiukiewicz, mgr Magdalena Stalmach, dr n. hum. Izabela Tabak, dr n. hum. Dorota Zawadzka

Katedra Biomedycznych Podstaw Edukacji i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego

dr hab. n. społ. Anna Kowalewska, prof. dr hab. med. Barbara Woynarowska

Zakład Zdrowia i Środowiska, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum

dr n. med. Marta Malinowska-Ciešlik

Katedra Teorii Wychowania Fizycznego i Pedagogiki, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

dr n. o kult. fiz. Hanna Natęcz

Recenzenci:

prof. dr hab. n. hum. Zbigniew Izdebski

prof. dr hab. med. Piotr Jankowski

ISBN: 978-83-88767-72-2

Cytowania danych z raportu lub pytań kwestionariusza HBSC z odwołaniem do źródła: Mazur J. (red.): *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015.

Projekt graficzny, skład i druk:  RZECZYOBRAZKOWE.PL

ZDROWIE I ZACHOWANIA ZDROWOTNE MŁODZIEŻY SZKOLNEJ W POLSCE

na tle wybranych
uwarunkowań
socjodemograficznych

Pod redakcją Joanny Mazur

WYNIKI BADAŃ HBSC 2014

SPIS TREŚCI

	PRZEDMOWA	6
	SUMMARY OF KEY FINDINGS	8
	INFORMACJA O BADANIACH – JOANNA MAZUR	12
I	KONTEKST SPOŁECZNY ZDROWIA I ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH	
	1. Łatwość rozmów z rodzicami – Izabela Tabak	23
	2. Jakość komunikacji z rodzicami – Izabela Tabak	32
	3. Komunikacja z rodzicami za pomocą telefonu komórkowego – Izabela Tabak	38
	4. Posiłki rodzinne – Magdalena Stalmach	44
	5. Wsparcie społeczne – Agnieszka Małkowska-Szkutnik	52
	6. Osiągnięcia szkolne – Joanna Mazur	60
	7. Stosunek do szkoły – Katarzyna Radiukiewicz	66
	8. Stres szkolny – Agnieszka Małkowska-Szkutnik	72
II	WYBRANE WSKAŹNIKI ZDROWIA	
	9. Samoocena zdrowia – Joanna Mazur	79
	10. Dolegliwości subiektywne – Joanna Mazur	85
	11. Urazy wymagające pomocy medycznej – Marta Malinowska-Cieślik	93
	12. Zadowolenie z życia – Dorota Zawadzka	100
	13. Nadwaga i otyłość – Anna Oblacińska	106
	14. Samoocena masy ciała – Anna Oblacińska	112

III	ZACHOWANIA ZDROWOTNE	
	15. Aktywność fizyczna – Hanna Nałęcz	119
	16. Spędzanie czasu w bezruchu przed ekranem – Hanna Nałęcz	126
	17. Spożywanie śniadań – Maria Jodkowska	138
	18. Spożywanie wybranych produktów – Anna Dzielska	144
	19. Higiena jamy ustnej – Dorota Zawadzka	156
IV	ZACHOWANIA RYZYKOWNE	
	20. Stosowanie diet odchudzających – Maria Jodkowska	163
	21. Palenie tytoniu – Anna Kowalewska	169
	22. Picie alkoholu – Anna Dzielska	176
	23. Używanie marihuany/haszyszu przez młodzież 15-letnią – Barbara Woynarowska	187
	24. Zachowania seksualne młodzieży 15-letniej – Barbara Woynarowska	193
	25. Uczestniczenie w bójkach – Barbara Woynarowska	200
	26. Przemoc w szkole (bullying) – Agnieszka Małkowska-Szcutnik	205
	27. Cyberprzemoc – Marta Malinowska-Cieślik	212
	PODSUMOWANIE WYNIKÓW – JOANNA MAZUR	220
	ANEKS Z DODATKOWYMI TABELAMI	237
	KWESTIONARIUSZ HBSC (pytania obowiązkowe stosowane w Polsce w roku 2013/14)	258

PRZEDMOWA

Zdrowie ludności, a przede wszystkim dzieci i młodzieży, to podstawowa wartość w strategii rozwojowej większości krajów świata. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), określając swoje główne cele dla Europy w programie Health 2020, wskazuje na promocję zdrowia i zmniejszenie nierówności w zdrowiu. Jednak dla kreślenia celów szczegółowych w poszczególnych krajach niezbędna jest dokładna diagnoza istniejącej sytuacji, głównych zagrożeń, a także określenie grup docelowych dla działań prewencyjnych i interwencyjnych. Bardzo złożonym elementem jest również ocena nierówności w zdrowiu, a przede wszystkim ich przyczyn psychospołecznych.

W regionie Europy choroby niezakaźne stanowią główną przyczynę zgonów, którym można zapobiegać. Wśród nich otyłość i zaburzenia psychiczne stanowią jedno z najistotniejszych czynników wpływających na zdrowie i samopoczucie młodzieży. Powinny też stanowić główne cele działań prewencyjnych dla młodych ludzi.

Badania *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) ze swoją unikalną metodologią stanowią kluczowe źródło wiedzy o zachowaniach zdrowotnych młodych ludzi, o ich uwarunkowaniach psychologicznych i socjodemograficznych. Wyraźnie pokazują, że zachowania te zależą od

warunków zewnętrznych, w jakich nastolatki żyją – otoczenia domowego, szkoły, miejsca zamieszkania, statusu i zamożności rodziny. HBSC wspierane jest przez międzynarodowe Forum HBSC, powołane przez Regionalne Biuro WHO dla Europy. W badaniach bierze udział ponad 40 krajów na całym świecie.

Polska uczestniczy w programach HBSC od ponad 25 lat, a Instytut Matki i Dziecka jest koordynatorem, ale też w znacznej mierze fundatorem tego przedsięwzięcia w naszym kraju.

Niewątpliwie, wyniki badań HBSC – szczególnie trendy obserwowane w latach 2010–2014 – powinny mieć znaczący udział w kształtowaniu aktualnych celów polityki zdrowotnej państwa w zakresie zdrowia publicznego w Polsce. Mamy nadzieję, że prezentowany raport z edycji HBSC z roku 2013/2014 przyczyni się do znaczącej poprawy stanu zdrowia naszych nastolatków i ich prozdrowotnego stylu życia. Będzie też źródłem danych dla dociekań naukowych szeroko pojętego środowiska zdrowia publicznego w naszym kraju.

Tylko od czytelników tego raportu zależy, czy dane przekazane autorom przez nastolatki zostaną skutecznie wykorzystane do stworzenia właściwych programów prewencyjnych i zmniejszania nierówności w zdrowiu.

DR HAB. MED., PROF. IMiD Anna Fijałkowska

Zastępca Dyrektora ds. Nauki
Instytut Matki i Dziecka

DR N. MED. Tomasz Maciejewski

Dyrektor
Instytut Matki i Dziecka

HEALTH AND HEALTH BEHAVIOUR

OF SCHOOL CHILDREN IN POLAND IN THE LIGHT OF SOCIODEMOGRAPHIC DETERMINANTS

Summary of Key Findings

Poland has been part of the HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) international research network since 1990, and the surveys has already been conducted seven times. The most recent Polish research results have been usually presented in national reports (so-called technical reports) since 2002, and supplemented gradually by thematic reports, publications in academic journals and popular science titles. Currently, we are proposing a new formula of the national report, which includes an interpretation of the results, a broader sociodemographic background and an analysis of the short-term changes.

The survey conducted in the 2013-14 school year (called HBSC 2014) comprised 4,545 students (2,643 boys and 2,282 girls) in three groups, where the average age was 11.6; 13.6 and 15.6 years, respectively. This is a representative national sample from all the voivodships. Residents of large cities (over 100,000 inhabitants), small towns and villages made up 32.4%, 35.4% and 32.2% of the respondents. The student response rate was estimated to 86,1%.

The questionnaire included the mandatory questions from the international protocol, additional (optional) questions recommended therein, and extra questions used only in Poland. The scope of the questionnaire was different for each of the three age groups. The focus in the report was on the mandatory questions, using indicator definitions developed for the international reports, including the newest one which will come out in mid 2016. In comparison with the study conducted 4 years ago, numerous new issues have been included (questions or scales), such as: an extended family affluence scale, eating meals with parents, the scales of parental and peer support, the scale of clarity of communication in the family, the frequency of the use of modern media in communication with friends and parents, contacts with friends after school hours (old items substantially modified), the scale of teacher support (previously optional), episodes of getting drunk in the last 30 days, and experiences of cybervictimization.

There were 82 main indicators used in the report; about half of them (37 indicators, including 15 positive and 22 negative ones) are discussed in detail in 27 chapters with a standardised description pattern. The distribution of responses to additional 45 questions is included in the annex (by age and gender). The presented indicators belong to three thematic groups: health outcomes, health-related behaviours (healthy and risky) and the social context of growing up (the family, school and peer environment).

As for the main indicators, the tendencies in changes in 2010-2014 are identified, providing that the question remained unchanged. As a result, the presented report is an important supplement to previous national trend analyses (1990-2010) and a supplement to the *European Journal of Public Health* (suppl. 2/2015) encompassing international perspective.

The basic findings are presented separately for boys and girls in three age groups. In addition, the influence of: the place of living (three categories of localities), family structure (intact family, reconstructed family, single parent) and family affluence (in four categories of the Family Affluence Scale) is demonstrated.

The obtained results indicate the following:

1) With regard to gender-related differences:

- only 6/37 main indicators are not gender-related; others look more favourably in boys or in girls in similar proportions;
- no gender difference was found only in selected risky behaviours (weekly smoking, getting drunk, sexual initiation) and the time spent watching television, as well as in selected aspects of family functioning (perceived support from parents and clarity of communication);
- boys are more prone to injuries; they often engage in violent behaviours; they spend more time playing computer games; obesity rates in boys are higher; boys' school achievements are inferior; their perception of the school and peer environments is more negative;
- girls have lower life satisfaction; they display repeated subjective complaints more frequently; they are not satisfied with their looks, and they go on weight-reducing diets without a reason; they also avoid physical activity and regular meals; they spend more time on computer; they have more difficulties in communication with their parents;

- in comparison with the previous rounds of the HBSC survey, gender-related differences often decrease, in particular with regard to the frequency of engaging in risky behaviours;

2) With regard to age-related differences:

- all main indicators under study (and analysed in age groups) depend on age;
- in both genders, the analysed indicators become more negative with age; in older children only oral hygiene improves; the percentage of overweight people falls, along with the percentage of those experiencing peer violence (fighting and being a victim of bullying at school) ;
- the rate of age-related changes may be different in both genders; a fall in the percentage of overweight people and improvement in oral hygiene occurs only in girls; on the other hand, only in girls does the life satisfaction and self-image worsen; dieting intensifies; as for repeating fights, their frequency significantly falls in the older ages only in boys.

3) With regard to changes in 2010-2014:

- the results were checked for 31 indicators (21 negative and 10 positive) and a comparison was made between the 2010 and the 2014 surveys; in the entire group of respondents, changes relate mostly to health behaviours - nutrition, physical activity and sedentary life style;
- the positive change in health behaviour coincides with decreasing trend of overweight;
- as for risky behaviours, both positive (getting drunk less frequently) and negative (smoking marijuana more frequently) changes were observed;
- in the area related to injuries and violence, selected indicators were found to be worse: more frequent injuries requiring medical assistance and an increased percentage of young people experiencing violence from their peers;
- examples can be given of negative changes in the perception of some aspects of school and home environments; worsening communication with the mother is worrying; so is the increasing school-related stress;

- as for repeating fights, a significant fall in their frequency in boys in 2010-2014 coincides with a significant rise in girls;
- examples can be given of indicators not mentioned earlier, which in 2010-2014 worsened only in one gender; in boys these are usually positive changes (better school achievements and general life satisfaction); in girls they are negative (more frequent smoking; worse communication with the father, intensification of repeated subjective complaints);

4) With regard to other social determinants:

- in the light of the most recent round of the HBSC survey, 29/37 indicators were identified which show strong association with the family structure; the presence in the household of two biological parents provides a strong protecting factor; drawing attention to this correlation is even more important considering that the percentage of full families (who also live together) is decreasing;
- on the other hand, 21/37 indicators pointed to a significant association with family affluence; negative phenomena intensify in less affluent families; affluent families display only more frequent injuries requiring medical assistance; the relationship with cannabis use and sexual behaviours in nonlinear with higher rates both in poor and well-off families;
- only 12/37 indicators were identified which were dependent on the place of living; residents of large cities are usually in the least favourable position (more injuries, worse life satisfaction, more time spent on computer and difficult communication with mother); in rural areas, only inferior oral hygiene is still observed and the more rare use of mobile phones to communicate with parents; the results confirm the purposefulness of departure from the simple division into urban and rural areas and replacing it with an in-depth description of the place of residence.

This report is the first comprehensive review of the findings from the most recent round of the Polish HBSC survey. The results of further analyses will be gradually presented in dedicated publications, using multi-factor analyses and references to optional packages and international comparisons.

PODSTAWOWE INFORMACJE

Joanna Mazur

Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (*Health Behaviour in School-aged Children* – HBSC) są badaniami ankietowymi uczniów, prowadzonymi na terenie szkół, wykonywanymi od 1982 r. cyklicznie co cztery lata we wzrastającej liczbie krajów. Obecnie członkami sieci badawczej są 44 kraje lub regiony (www.hbsc.org) z Europy (według klasyfikacji WHO) oraz Ameryki Północnej. Polska jest członkiem sieci HBSC od 1989 r., co pozwoliło na przeprowadzenie tych badań już siedem razy. Dzięki współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia – Biurem Regionalnym dla Europy, mieszczącym się w Kopenhadze, wyniki badań są szeroko rozpowszechniane i przekazywane rządům oraz twórcom polityki zdrowotnej i edukacyjnej, a także instytucjom naukowym i organizacjom samorządowym.

Zasady funkcjonowania sieci badawczej HBSC określa podstawowy dokument *Terms of Reference*, w którym określono prawa i obowiązki poszczególnych struktur organizacyjnych sieci. Członkiem sieci HBSC, reprezentującym dany kraj, jest jeden zespół, kierowany przez głównego badacza¹ (*Principal Investigator*), zatrudnionego w krajowej instytucji naukowej. Kraje członkowskie finansują z własnych źródeł członkostwo w sieci HBSC, przeprowadzanie badań ankietowych (w terminie i zgodnie z protokołem międzynarodowym) oraz sporządzanie kolejnych publikacji. Polski zespół HBSC liczy obecnie ośmiu zarejestrowanych członków, powiązanych z pięcioma instytucjami naukowymi, i prowadzi aktywną współpracę z wieloma innymi ośrodkami z różnych rejonów Polski. Badania realizowane w roku 2013/2014 uzyskały znaczące wsparcie finansowe ze środków Instytutu Matki i Dziecka, w ramach dofinansowania działalności statutowej przez

¹ W Polsce badania HBSC zainicjowała w 1989 roku prof. Barbara Woynarowska (Instytut Matki i Dziecka do 1996 roku, później Uniwersytet Warszawski), która była odpowiedzialna za przeprowadzenie czterech cykli badań w latach 1990–2002. Od 2004 roku krajowym koordynatorem jest dr hab. Joanna Mazur z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, która kierowała organizacją kolejnych trzech cykli tych badań w latach 2006–2014.

Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Równoległe realizowany jest zintegrowany z badaniami HBSC projekt finansowany przez Narodowe Centrum Nauki (2013/09/B/HS6/03438), co znacznie rozszerza możliwości analiz i prezentacji wyników badań.

Protokół międzynarodowy

Sieć badawcza HBSC działa w cyklach czteroletnich, które kończą się wydaniem raportu międzynarodowego. Dane zawarte w raportach międzynarodowych są wtórnie wykorzystywane w publikacjach organizacji międzynarodowych [1].

Protokół badań HBSC jest opracowywany na początku danego cyklu badań. Obecnie istnieje on w dwóch wersjach: jako rozszerzony wewnętrzny i jako skrócony zewnętrzny, ogólnie dostępny na stronie internetowej projektu, po zarejestrowaniu się². W protokole zawarte są wytyczne na temat organizacji badań, ich harmonogram oraz szczegółowy opis kwestionariusza, z podaniem: tła teoretycznego poszczególnych obszarów tematycznych, źródła i sformułowania pytań oraz instrukcji kodowania [2].

Kwestionariusz badań

Kwestionariusz HBSC składa się z pytań obowiązkowych, stosowanych przez wszystkie kraje, oraz pytań opcjonalnych, rekomendowanych w protokole. Pytania te są opracowywane i testowane przez robocze grupy tematyczne (*Focus Groups*), które opracowują również odpowiednie rozdziały protokołu i raportu międzynarodowego. Kwestionariusz jest tłumaczony na zasadzie tłumaczenia dwustronnego, a tłumaczenie zwrotne jest akceptowane przez zespół anglojęzycznych ekspertów. W wyniku rewizji tłumaczeń ostatnio zmieniono w Polsce sformułowania niektórych pytań, co utrudniło analizę zmian w czasie. W harmonogramie prac obowiązuje badanie pilotażowe nowych pytań i całego kwestionariusza.

W Polsce kwestionariusz używany w roku szkolnym 2013/2014 był zróżnicowany dla poszczególnych grup wieku, znacznie krótszy w najmłodszej grupie.

² Obecnie dostęp do protokołu HBSC jest otwarty, podobnie jak do kwestionariusza badań w wersji obowiązkowej, a także do danych krajowych i międzynarodowych po ustalonym okresie karencji.

Zastosowano (co najmniej w jednej grupie wieku) następujące pakiety dodatkowe, rekomendowane w protokole międzynarodowym³:

- wspólne spędzanie czasu z rodziną,
- kontakty z rodzicami za pośrednictwem nowoczesnych mediów,
- nierówności społeczne,
- motywacja do aktywności fizycznej,
- środowisko fizyczne sprzyjające aktywności fizycznej,
- aktywność fizyczna w czasie drogi do/ze szkoły,
- choroby przewlekłe,
- ogólny indeks dobrostanu KIDSCREEN-10,
- skala zdrowia psychicznego (GHO-12),
- nagradzanie za osiągnięcia w szkole,
- liczba wypalanych papierosów,
- motywacja picia alkoholu,
- formy przemocy rówieśniczej w szkole.

W porównaniu z poprzednim protokołem do badań z roku 2013/2014 wprowadzono szereg nowych pytań, wymienionych w rozdziale podsumowującym ten raport.

Pytania obowiązkowe z kwestionariusza użytego w roku szkolnym 2013/2014 zamieszczono w dokładnym brzmieniu na końcu tego raportu, wychodząc naprzeciw osobom i instytucjom, które wielokrotnie zwracały się z prośbą o udostępnienie tego narzędzia badawczego. Pytania z protokołu HBSC są w Polsce szeroko wykorzystywane w pracach dyplomowych i doktorskich, a także w regionalnych programach monitorowania stanu zdrowia uczniów i programach profilaktycznych (np. Sopot, Wrocław, Tarnów).

Osoby badane w roku szkolnym 2013/2014

Każdy kraj realizujący badania HBSC w danym cyklu jest zobowiązany do przedłożenia do akceptacji schematu losowania próby, a na etapie wysyłania danych – również dokumentacji, pozwalającej oszacować wskaźnik realizacji próby na poziomie ucznia i szkoły. W Polsce zmodyfikowano próbę z 2010 roku. W badaniu uczestniczyły szkoły wylosowanych ze wszystkich 16 województw⁴, a jednostką losowania była klasa szkolna.

³ Włączono też krajowe pytania poza protokołem międzynarodowym, w tym na temat: wykształcenia rodziców, wyjazdów rodziców w celach zarobkowych, kapitału społecznego sąsiedztwa, samooceny sprawności fizycznej, jakości życia związanej ze zdrowiem uczniów z chorobami przewlekłymi, poczucia koherencji, poczucia własnej wartości, orientacji na cel, religijności (duchowości), obciążenia nauką, informowania dorosłych o doświadczanej w szkole przemocy, spożywanych produktach żywnościowych (innych niż opisane w rozdziale 18) oraz na temat dwóch dodatkowych dolegliwości subiektywnych (zmęczenie oraz lęk i niepokój).

⁴ Próby wojewódzkie nie będą analizowane ze względu na małą liczebność.

Zgodnie z międzynarodowym protokołem badani są uczniowie w trzech grupach wiekowych: 11, 13 i 15 lat, a rekomendowana liczebność to 1550 osób w każdej grupie⁵. Podstawową kategorią jest grupa wieku, a nie klasa (poziom nauczania), ponieważ poszczególne kraje różnią się pod względem systemu edukacji i wieku rozpoczynania nauki. Dopuszczalne jest losowanie klas z jednego rocznika szkolnego, typowego dla danego wieku. Jeśli jednak struktura wieku uczniów na jednym poziomie jest zróżnicowana, należy uwzględnić wszystkie poziomy, na których są osoby w wieku 11, 13 i 15 lat. W ostatnim cyklu badań HBSC realizowanych w Polsce zastosowano tę metodę, włączając do badań sześć roczników szkolnych – od V klas szkół podstawowych do I klas szkół ponadgimnazjalnych. Zróżnicowanie wieku w obrębie roczników szkolnych będzie w Polsce przejściowo narastać, z powodu przechodzenia na system rozpoczynania nauki w wieku 6 lat.

W procedurze weryfikacji danych wysłanych do Międzynarodowego Banku Danych w Bergen (Norwegia) wyłoniono polską próbę, która weszła do międzynarodowej bazy, zaakceptowanej w lutym 2015 roku. Liczy ona 4545 uczniów (2263 chłopców i 2282 dziewcząt), z których 18,5% uczęszczało do klasy innej niż typowa dla danego rocznika. Rygorystyczne kryteria definicji grup wieku zakładają dopuszczalny zakres wieku oraz wymóg, aby 90% próby znajdowało się w węższym przedziale jednorocznym. Na przykład w grupie określanej jako 15-latki mogły znaleźć się osoby w wieku 14,5-16,5 roku, jednak 90% musiało być w przedziale 15-16 lat.

W tabeli 1 podano liczebność próby zaakceptowanej do międzynarodowej bazy danych, na której oparte są obliczenia przedstawione w raporcie.

TABELA 1. OSOBY BADANE W RAMACH BADAŃ HBSC W ROKU SZKOLNYM 2013/2014

WIEK*	LICZBA UCZNIÓW			ŚREDNI WIEK	
	Płeć		Ogółem	Średnia	SD
	Chłopcy	Dziewczęta			
11	778	729	1507	11,60	0,33
13	768	757	1525	13,57	0,35
15	700	784	1484	15,57	0,35
Ogółem	2246	2270	4516	13,57	1,65

* Brak danych o dokładnym wieku w 29 przypadkach [17 chłopców i 12 dziewcząt].

⁵ Określając optymalną wielkość próby, wzięto pod uwagę złożony schemat losowania.

Do analiz tendencji zmian wskaźników zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w latach 2010-2014 wykorzystano polską próbę HBSC 2010, obejmującą 4262 uczniów, pochodzącą z międzynarodowej bazy danych i wykorzystaną w raporcie międzynarodowym [4]. Jest ona mniejsza od próby krajowej opisanej w raporcie technicznym z 2010 roku [3], ale jej zaletą jest pełna porównywalność z danymi z roku 2014, jeśli chodzi o definicję grup wieku. Porównywane w bieżącym raporcie próby z lat 2010 i 2014 mają podobną strukturę pod względem płci, grup wieku i miejsca zamieszkania.

Organizacja badań

Anonimowe badania ankietowe przeprowadzone zostały w roku szkolnym 2013/2014 metodą audytoryjną na terenie szkół, przy zastosowaniu tradycyjnej ankiety papierowej. Badanie przeprowadzono między październikiem 2013 a majem 2014 roku. Umownie jednak, wzorem poprzednich lat, używamy określenia „Badania HBSC 2014”.

Przystępując do badań terenowych, uzyskano zgodę dyrektorów wylosowanych szkół oraz zawiadomiono o ankietyzacji wojewódzkie kuratoria oświaty. Za przeprowadzenie badań odpowiedzialni byli przeszkoleni ankieterzy. W przypadku problemów z dotarciem zewnętrznego ankietera do wylosowanej szkoły skorzystano z pomocy pedagoga szkolnego, który otrzymał pisemną instrukcję.

Kwestionariusz ankiety oraz schemat organizacji badań uzyskały akceptację Komisji Bioetycznej działającej przy Instytucie Matki i Dziecka. Rodzice dzieci z wylosowanych klas podpisywali formularz zgody, którego treść również była rozpatrywana przez wspomnianą Komisję. Uczniowie mieli prawo odmówić uczestniczenia w badaniu lub nie odpowiadać na pytania, które wydawały się im zbyt drażliwe.

W stosunku do zaproszonych do badania wskaźnik realizacji próby wysłanej do międzynarodowego banku danych oszacowano na 86,1% uczniów i 95,3% szkół.

Koncepcja raportu

Celem raportu krajowego jest:

- bieżąca ocena zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w wieku 11-15 lat na podstawie wybranych kluczowych wskaźników,
- przedstawienie tendencji zmian w latach 2010-2014,
- analiza wybranych uwarunkowań socjodemograficznych.

Dokonano selekcji zebranego materiału, definiując pytania główne, opisane w tekście, i pytania dodatkowe, uwzględnione w aneksie. Zdefiniowano 37 głównych wskaźników (15 pozytywnych i 22 negatywne), bazujących na pytaniach obowiązkowych (lista s. 258).

Wybierając główne pytania oraz definiując wskaźniki pochodne, wzięto pod uwagę założenia do raportu międzynarodowego, w którego realizacji uczestniczy polski zespół. Powinien on ukazać się w drugim kwartale 2016 roku. Mamy więc nadzieję, że wnioski wynikające dla Polski z tych dwóch publikacji będą się uzupełniać.

Bieżący raport składa się z 27 ukierunkowanych tematycznie rozdziałów, w których przedstawiono wyniki oraz ich interpretację, omawiając kolejno:

- związek danego zagadnienia ze zdrowiem populacji,
- przykłady wcześniejszych publikacji (szczególnie opartych na danych HBSC),
- pełen rozkład odpowiedzi na dane pytanie,
- analizę tendencji zmian w latach 2010–2014,
- definicję wskaźnika dychotomicznego (pozytywnego lub negatywnego),
- istotność różnic w poziomie ww. wskaźnika zależnych od płci i wieku,
- wpływ struktury i zamożności rodziny oraz miejsca zamieszkania, z zastosowaniem prostych tablic wielodzielczych (ogółem oraz według płci i wieku),
- wnioski z wielowymiarowej regresji logistycznej z pięcioma zmiennymi niezależnymi – bez podawania wyników estymacji tych modeli.

Każdy rozdział kończy się wnioskami, a cały raport zamyka rozbudowany rozdział podsumowujący, zawierający dodatkowe zestawienia tabelaryczne i graficzne.

Zmienne niezależne wykorzystane w raporcie

W poprzednich raportach „technicznych” koncentrowano się na analizie wpływu płci i wieku, sporadycznie dodając miejsce zamieszkania. W bieżącym raporcie uwzględniono także strukturę i zamożność rodziny. Publikacja nawiązuje więc do wcześniejszego raportu tematycznego na temat społecznych uwarunkowań zdrowia [5]. Nowością jest kompleksowa analiza wpływu struktury rodziny, co do tej pory analizowane było tylko w ukierunkowanych publikacjach, jako jeden z elementów oceny środowiska rodzinnego [6].

STRUKTURA RODZINY

Wykorzystano odpowiedzi na pytanie dotyczące domu, w którym ankietowany nastolatek mieszka na stałe lub przebywa przez większość czasu. Młodzież zaznaczała osoby, z którymi tam mieszka, w tym: ojca, matkę, macochę (partnerkę ojca), ojczyma (partnera matki). Wyróżniono młodzież mieszkającą z obojgiem biologicznych rodziców, w rodzinie zrekonstruowanej oraz z samotnym rodzicem (odpowiednio: 79,2%, 6,3% oraz 14,4% ankietowanych). Są to dane orientacyjne, gdyż podczas analizy różnych pytań kwestionariusza HBSC stwierdzono rozbieżności w danych na temat obecności ojca i matki. W porównaniu z wynikami badań sprzed czterech lat odsetek rodzin pełnych z obojgiem biologicznych rodziców obniżył się o mniej więcej 2%.

ZAMOŻNOŚĆ RODZINY

W badaniach ankietowych młodzieży szkolnej trudno jest stosować pytania na temat zamożności rodziny, zwyczajowo zadawane dorosłym, szczególnie dotyczące dochodu rodziny. Zobiektywizowane mierniki zamożności często zastępowane są subiektywną oceną, która ma szereg wad, jak preferowanie kategorii przeciętnej. Sieć badawcza HBSC od lat posługuje się skalą zasobów materialnych rodziny FAS (*Family Affluence Scale*), która jest sukcesywnie modyfikowana. Obecnie zaczyna być wdrażana trzecia wersja tej skali (FAS III), która składa się z sześciu pytań. Dotyczą one: posiadania własnego pokoju przez ucznia, liczby samochodów w rodzinie, liczby komputerów w rodzinie, wyjazdów z rodziną na wakacje lub ferie za granicę oraz liczby łazienek w domu i wyposażenia w zmywarkę do naczyń [2]. Poprzednia wersja skali (FAS II) uwzględniała pierwsze trzy pytania oraz inną wersję czwartego (wyjazdy poza miejsce zamieszkania). Skala została uzupełniona po badaniu walidacyjnym (ilościowym

i jakościowym), przeprowadzonym w latach 2012–2013 w ośmiu krajach, w tym w Polsce. Wybrano dwie nowe składowe FAS po przeanalizowaniu szesnastu potencjalnych zmiennych [7].

Odpowiedzi na pytania składowe FAS III znajdują się w aneksie. Zmodyfikowana skala FAS przyjmuje zakres 0–13 punktów. Według zaleceń międzynarodowych rodziny dzieli się na: biedne (0–6 punktów), przeciętne (7–9 punktów) i zamożne (10–13 punktów). Ze względu na stwierdzony w Polsce duży odsetek rodzin z wynikiem FAS poniżej 7 punktów zdecydowano się wyróżnić w pierwszej grupie rodziny biedne (0–4 punkty) i raczej biedne (5–6 punktów) według kryteriów międzynarodowych, określane dalej jako „poniżej przeciętnej zamożności”. Ogółem, w czterech kategoriach według rosnącego poziomu zamożności znalazło się odpowiednio 17,5%, 28,6%, 38,1% oraz 15,8% ankietowanych. Klasyfikując rodziny do czterech grup, zredukowano odsetek braku danych do 2,8%. W przypadku braku danych odnośnie do 1-3 składowych FAS podstawiano wartość średnią obliczoną dla osób, które miały identyczną kombinację wartości w pozostałych pytaniach.

Porównując wspólne pytania skali FAS II (2010) i FAS III (2014), można zauważyć względną poprawę. Większy odsetek rodzin ma więcej niż dwa samochody i więcej niż dwa komputery oraz mniejszy odsetek młodzieży nie ma własnego pokoju. Mimo to subiektywna ocena zamożności się nie poprawia, co może wynikać z rosnących oczekiwań i zmieniających się standardów. W rozkładzie odpowiedzi zauważono przesunięcie w ramach ocen pozytywnych, z kategorii „raczej bogata” do „przeciętna”, co wpłynęło na względne pogorszenie subiektywnej oceny zamożności.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Przedmiotem analiz jest miejsce zamieszkania podawane przez ucznia, które w wielu przypadkach różni się od lokalizacji szkoły. Podobnie brzmiące pytanie pojawiło się jako dodatkowe (krajowe) we wszystkich cyklach badań HBSC w Polsce, jednak zmieniała się klasyfikacja miejscowości – przeważnie był to prosty podział na mieszkańców miast i wsi. W kwestionariuszu ostatnich badań uwzględniono: duże miasta (powyżej 100 tys. mieszkańców), mniejsze miasta oraz wsie. W grupach tych było odpowiednio 32,4%, 35,4% oraz 32,2% ankietowanych, co w porównaniu z danymi GUS świadczy o nadreprezentacji mieszkańców miast. W porównaniu z próbą z 2010 roku odsetek mieszkańców wsi jest mniejszy tylko o 2,3% (kategorie według wielkości miast są nieporównywalne).

Piśmiennictwo

1. UNICEF Office of Research. Children of the Recession. *The impact of the economic crisis on child well-being in rich countries*. Innocenti Report Card 12, UNICEF Office of Research, Florence, 2012.
2. Currie C., Inchley J., Molcho M. et al. *Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) study protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2013/14 Survey*. St. Andrews University, 2014.
3. Mazur J., Małkowska-Szcutnik A. *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2010.
4. Currie C. et al. eds. *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
5. Mazur J. (red.). *Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012 (wyd. II uzupełnione).
6. Tabak I., Mazur J. Dobre relacje rodzinne jako czynniki chroniące młodzież 11-15-letnią przed paleniem tytoniu. *Przegląd Lekarski* 2011; 68: 840–845.
7. Hartley J., Levin K., Currie C. A new version of the HBSC Family Affluence Scale – FAS III: Scottish Qualitative Findings from the International FAS Development Study. *Social Indicators Research* (w druku, dostępne online).

Podziękowania

Zespół Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, który przeprowadził badania HBSC w Polsce w roku szkolnym 2013/2014, składa serdeczne podziękowania wszystkim osobom, które pomogły w organizacji badań ankietowych na terenie 16 województw. Szczególnie dziękujemy Dyrektorom szkół za bardzo przychylny stosunek do tego projektu oraz Ankieterom realizującym badania w szkołach.

Mamy nadzieję, że poniższy raport wzbudzi Państwa zainteresowanie.

I

Kontekst społeczny zdrowia i zachowań zdrowotnych

Wstęp

Efektywna komunikacja w rodzinie jest jednym z najważniejszych warunków prawidłowego jej funkcjonowania. Niezbędnym warunkiem dobrej komunikacji jest łatwość prowadzenia rozmów, świadcząca z jednej strony o braku istotnych barier, a z drugiej – o wzajemnej dostępności członków rodziny. W badaniach HBSC niemal od samego początku funkcjonowania tej sieci badawczej analizowano łatwość prowadzenia przez młodzież rozmów z rodzicami na tematy, które niepokoją nastolatków. Dotychczasowe badania wykazały jednoznacznie, że łatwość komunikacji z rodzicami jest dobrym wskaźnikiem relacji w rodzinie, a jednocześnie czynnikiem chroniącym przed podejmowaniem zachowań ryzykownych [1–3] i zwiększającym satysfakcję młodzieży z życia [4–5].

W ostatnich latach przeprowadzono analizy zmian zachodzących w łatwości komunikacji z rodzicami. Analizy prowadzone na danych polskich wskazują, że łatwość rozmów z rodzicami, która do 2002 roku oceniana była przez nastolatków coraz bardziej pozytywnie (i wyjątkowo korzystnie w stosunku do innych krajów europejskich), od 2006 roku otrzymuje coraz więcej ocen negatywnych [6]. Analizy międzynarodowe pokazały, że w większości krajów zwiększanie się odsetka młodzieży mającej trudności

w rozmowach z rodzicami następowało w latach 90., a później zaczęła następować stopniowa poprawa. Ujawniły one również wyraźną tendencję do upodabniania się (konwergencji kulturowej) różnych krajów Europy [7]. Najnowsze analizy potwierdziły utrzymujący się w większości krajów uczestniczących w badaniach HBSC w 2010 roku pozytywny trend w łatwości rozmów z rodzicami (szczególnie z ojcem), ponownie ukazując pogłębiające się niekorzystne zmiany w tym zakresie w Polsce [8]. Dlatego też dalsza obserwacja zmian oraz wyjaśnienie ich przyczyn wydają się niezbędne.

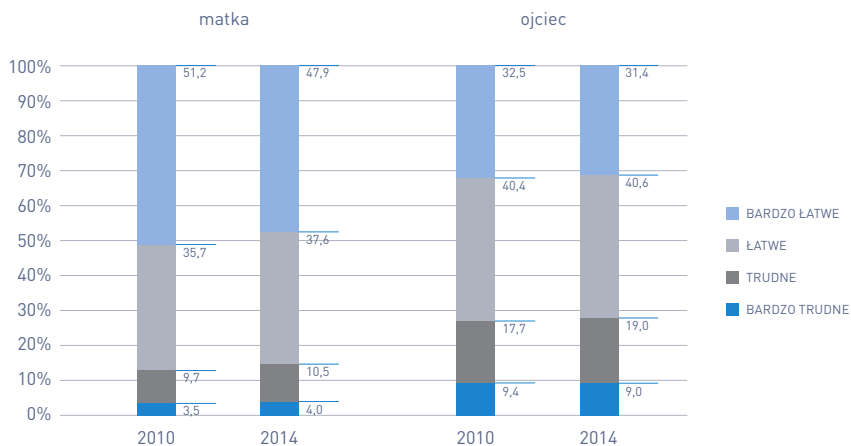
Wskaźniki łatwości komunikacji z rodzicami

Pytania na temat łatwości komunikacji z rodzicami są zadawane w badaniach HBSC od roku 1985/1986. Młodzież ma za zadanie odpowiedzieć na pytanie: *Jak rozmawia Ci się z niżej wymienionymi osobami o sprawach, które Cię naprawdę niepokoją?*, mając do wyboru: *bardzo łatwo, łatwo, trudno, bardzo trudno, nie mam lub nie widuję tej osoby*. Wśród wymienionych osób znaleźli się mama i tata. W poniższych analizach zastosowane zostaną dwa (osobno dla komunikacji z matką i ojcem) **pozytywne wskaźniki** – **odsetek młodzieży, która ocenia swoje rozmowy z matką lub ojcem jako łatwe lub bardzo łatwe**. O ile nie zaznaczono inaczej, odsetek obliczono po wyeliminowaniu ostatniej kategorii (*nie mam lub nie widuję tej osoby*).

Wyniki

Według danych z ostatnich badań HBSC 85,5% ankietowanych uczniów ocenia swoje rozmowy z matką jako łatwe lub bardzo łatwe, podczas gdy 4% uważa je za bardzo trudne. Jednocześnie 72% ankietowanych uczniów ocenia swoje rozmowy z ojcem jako łatwe lub bardzo łatwe, a 9% uważa je za bardzo trudne (ryc. 1).

RYCINA 1. ZMIANY ŁATWOŚCI ROZMÓW Z MATKĄ I OJCEM MŁODZIEŻY 11-15-LETNIEJ W POLSCE W LATACH 2010-2014



W porównaniu z poprzednimi badaniami stwierdzono pogorszenie w zakresie łatwości rozmów z matką ($p=0,026$; ryc. 1), lecz nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie łatwości rozmów z ojcem. Pogorszenie dotyczące rozmów z matką wyraża się przesunięciem w zakresie odpowiedzi pozytywnych – spadkiem odsetka udzielających najbardziej korzystnej odpowiedzi (*bardzo łatwo*) na rzecz kolejnej kategorii (*łatwo*). Wobec tego podstawowy dychotomiczny wskaźnik nie uległ istotnemu obniżeniu ($p=0,087$). Najbardziej niekorzystne zmiany w łatwości rozmów z matką dotyczyły populacji chłopców ($p=0,003$) i najmłodszej badanej grupy młodzieży – 11-latków ($p=0,001$). Wśród 11-latków można zauważyć też, że odsetek młodzieży pozytywnie oceniającej łatwość rozmów z ojcem zmniejszył się z 83% do 78,3% ($p=0,007$).

TABELA 2. ŁATWOŚĆ ROZMÓW Z MATKĄ I OJCEM WEDŁUG PŁCI I WIEKU

ŁATWOŚĆ ROZMÓW		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Rozmowy z matką							
bardzo łatwe	N	435	338	251	441	339	278
	%	57,8	45,2	36,7	61,3	45,5	36,0
łatwe	N	245	296	297	207	282	308
	%	32,5	39,6	43,4	28,8	37,9	39,9
trudne	N	46	70	88	44	82	125
	%	6,1	9,4	12,9	6,1	11,0	16,2
bardzo trudne	N	16	28	34	15	34	46
	%	2,1	3,7	5,0	2,1	4,6	6,0
nie mam / nie widuję mamy	N	11	16	14	12	8	15
	%	1,5	2,1	2,0	1,7	1,1	1,9
Rozmowy z ojcem							
bardzo łatwe	N	323	247	167	218	155	143
	%	43,1	33,1	24,4	30,4	20,7	18,5
łatwe	N	250	293	288	261	284	238
	%	33,3	39,3	42,1	36,4	38,0	30,8
trudne	N	84	100	103	126	156	188
	%	11,2	13,4	15,1	17,6	20,9	24,4
bardzo trudne	N	31	46	53	50	68	110
	%	4,1	6,2	7,7	7,0	9,1	14,2
nie mam / nie widuję taty	N	62	60	73	62	85	93
	%	8,3	8,0	10,7	8,6	11,4	12,0

Dokładny rozkład odpowiedzi na analizowane pytania znajduje się w tabeli 2 (z uwzględnieniem kategorii *nie mam/nie widuję ojca/matki*). Ogółem 9,8% ankietowanych nie ma lub nie widuje ojca, a 1,7% – matki. Należy zwrócić uwagę na pogorszenie łatwości rozmów z matką wraz z wiekiem ankietowanych oraz na wyraźne różnice zależne od płci.

W tabeli 3 przedstawiono wyniki testowania różnic zależnych od płci i wieku, biorąc pod uwagę zdefiniowany wcześniej zdychotomizowany wskaźnik.

Stwierdzono, że:

- odsetek młodzieży oceniającej swoje rozmowy z matką i ojcem o niepokojących sprawach jako *łatwe* lub *bardzo łatwe* istotnie zmniejsza się w starszych grupach wieku;
- niekorzystne zmiany następujące z wiekiem dotyczą zarówno dziewcząt, jak i chłopców;
- różnice między chłopcami i dziewczętami dotyczące łatwości rozmów z matką są niewielkie (są istotne statystycznie jedynie w pełnej próbie i u 15-latków), wyraźnie nasilają się z wiekiem (tab. 3);
- różnice między chłopcami i dziewczętami (na niekorzyść dziewcząt) w zakresie łatwości rozmów z ojcem są istotne statystycznie zarówno w pełnej próbie, jak i we wszystkich analizowanych grupach wieku.

TABELA 3. MŁODZIEŻ, KTÓRA OCENIŁA ROZMOWY Z MATKĄ LUB OJCEM JAKO ŁATWE LUB BARDZO ŁATWE, WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%*)

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	p
Rozmowy z matką				
OGÓŁEM	85,5	86,9	84,2	0,012
11 lat	91,6	91,6	91,7	0,994
13 lat	85,4	86,6	84,3	0,201
15 lat	79,5	81,8	77,4	0,041
P	0,000	0,000	0,000	
Rozmowy z ojcem				
OGÓŁEM	72,0	79,0	65,1	0,000
11 lat	78,3	83,3	73,1	0,000
13 lat	72,6	78,7	66,2	0,000
15 lat	64,8	74,5	56,1	0,000
P	0,000	0,000	0,000	

* Liczony bez kategorii *nie mam / nie widuję*

W tabeli 4 przedstawiono wyniki analizy wybranych uwarunkowań oceny łatwości rozmów młodzieży z matką.

Stwierdzono, że:

- młodzież, która mieszka z obojgiem biologicznych rodziców, ocenia swoje rozmowy z matką jako łatwiejsze niż jej rówieśnicy z rodzin niepełnych i zrekonstruowanych, a zależność ta jest szczególnie wyraźna wśród chłopców i młodzieży 13-letniej;
- młodzież, która mieszka z samotnym rodzicem, rzadziej ocenia swoje rozmowy z ojcem jako łatwe niż jej rówieśnicy z rodzin pełnych i zrekonstruowanych, a zależność ta jest szczególnie wyraźna wśród chłopców i 11-latków; związek ten może wynikać z faktu, że większość samotnych rodziców stanowią matki; w pełnej próbie oraz wśród dziewcząt i młodzieży 11–13-letniej największy odsetek nastolatków pozytywnie oceniających łatwość rozmów z ojcem wykazano w rodzinach z biologicznymi rodzicami, a w grupie chłopców i najstarszej badanej młodzieży – w rodzinach zrekonstruowanych;
- zamożność rodziny słabo różnicuje łatwość rozmów młodzieży z matką, lecz silnie różnicuje spostrzeganą łatwość rozmów z ojcem; najwięcej ocen pozytywnych zaobserwowano w rodzinach zamożnych, a najmniej – w biednych; zależność ta nasila się wraz z wiekiem młodzieży oraz jest silniejsza w populacji dziewcząt;
- młodzież mieszkająca na wsi lepiej ocenia łatwość rozmów z matką niż młodzież miejska, szczególnie z dużych miast; miejsce zamieszkania silniej różnicuje ocenę łatwości rozmów z matką w populacji dziewcząt oraz wśród 13-latków;
- miejsce zamieszkania istotnie różnicuje spostrzeganą łatwość rozmów młodzieży z ojcem jedynie w populacji chłopców i w grupie 13-latków – największy odsetek ocen pozytywnych wykazano na wsi, a najmniejszy – w dużych miastach.

TABELA 4. MŁODZIEŻ, KTÓRA OCENIŁA ROZMOWY Z MATKĄ LUB OJCEM JAKO ŁATWE LUB BARDZO ŁATWE, WEDŁUG PŁĘCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Rozmowy z matką						
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	86,4	91,9	87,0	79,8	87,9	84,9
rodzina zrekonstruowana	82,9	93,2	81,7	76,2	85,8	80,8
samotny rodzic	82,4	89,5	79,6	79,3	82,2	82,6
p	0,017	0,494	0,013	0,698	0,025	0,292
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna [0-4]	84,1	91,3	83,5	78,4	87,3	81,1
poniżej przeciętnej [5-6]	85,2	91,8	86,3	77,4	86,5	84,0
przeciętna [7-9]	86,0	91,4	84,4	81,9	87,0	84,9
rodzina zamożna [10-13]	87,2	91,9	88,1	81,0	88,0	86,6
p	0,365	0,988	0,446	0,340	0,934	0,195
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	83,3	90,5	82,1	79,6	86,0	80,4
małe miasto	86,2	91,6	86,0	78,5	87,3	85,1
wieś	87,0	92,7	88,6	80,2	87,4	86,7
p	0,013	0,558	0,013	0,803	0,699	0,003
Rozmowy z ojcem						
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	72,9	80,1	73,2	64,5	79,7	66,1
rodzina zrekonstruowana	69,7	62,5	71,1	73,7	83,9	60,5
samotny rodzic	65,2	65,2	67,7	63,0	70,8	59,1
p	0,007	0,000	0,427	0,332	0,011	0,112
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna [0-4]	65,8	73,3	66,5	58,3	75,3	56,9
poniżej przeciętnej [5-6]	70,3	77,0	72,0	61,0	77,3	63,2
przeciętna [7-9]	73,3	80,5	71,8	67,6	80,4	66,1
rodzina zamożna [10-13]	77,6	79,8	79,8	72,1	82,1	73,6
p	0,000	0,174	0,021	0,006	0,109	0,000

Miejsce zamieszkania						
duże miasto	69,9	78,0	68,9	65,3	76,1	63,4
małe miasto	72,4	77,9	71,0	65,4	78,8	66,0
wieś	73,7	79,2	77,9	63,7	82,2	65,8
p	0,098	0,881	0,006	0,846	0,025	0,542

Jeżeli weźmiemy pod uwagę pięć analizowanych czynników (płeć, wiek, zamożność rodziny, strukturę rodziny i miejsce zamieszkania), to płeć, wiek i miejsce zamieszkania okazują się niezależnymi silnymi predyktorami łatwości rozmów z matką, a płeć, wiek, zamożność rodziny i struktura rodziny – niezależnymi silnymi predyktorami łatwości rozmów z ojcem.

Podsumowanie

Mniej niż 9 na 10 nastolatków ankietowanych w ramach badań HBSC w roku szkolnym 2013–2014 oceniało swoje rozmowy z matką o niepokojących sprawach jako łatwe lub bardzo łatwe. W przypadku rozmów z ojcem było to 7 na 10 badanych. W porównaniu z poprzednimi badaniami zaszły niekorzystne zmiany w łatwości rozmów z matką, szczególnie wśród chłopców i w najmłodszej badanej grupie – 11-latków. W przypadku rozmów z ojcem niekorzystne zmiany stwierdzono wyłącznie wśród 11-latków. Łatwość rozmów z rodzicami pogarsza się z wiekiem, a rozmowy z ojcem są wyraźnie trudniejsze dla dziewcząt. Z wiekiem pogłębiają się różnice zależne od płci w zakresie łatwości porozumienia się z matką, a u 15-latków są to już różnice istotne. Rozmowy z rodzicami są najtrudniejsze dla nastolatków wychowywanych przez samotnych rodziców oraz mieszkających w dużych miastach. Łatwość rozmów z ojcem jest też pozytywnie związana z zamożnością rodziny.

Piśmiennictwo

1. Tabak I. Dobre relacje w rodzinie jako czynnik chroniący w grupie uwarunkowań związanych ze środowiskiem rodzinnym. W: Mazur J. i wsp. Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. IMD, Warszawa 2008, 85–97.
2. Lenciauskiene I., Zaborskis A. The effects of family structure, parent–child relationship and parental monitoring on early sexual behaviour among adolescents in nine European countries. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008; 36(6): 607–618.
3. Luk J.W., Farhat T., Iannotti R.J. et al. Parent–child communication and substance use among adolescents: Do father and mother communication play a different role for sons and daughters? *Addictive Behavior* 2010; 35(5): 426–431.
4. Levin K.A., Currie C. Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: A cross-sectional multilevel analysis. *Health Education*. 2010; 110(3): 152–168.
5. Boniel-Nissim M., Tabak I., Mazur J. et al. Supportive communication with parents moderates the negative effects of electronic media use on life satisfaction during adolescence. *International Journal of Public Health* 2015; 60: 189–198.
6. Tabak I., Woynarowska B., Mazur J. Zmiany w strukturze rodzin i łatwości rozmów z rodzicami młodzieży 11-15-letniej w Polsce w latach 1994-2006. *Psychologia. Edukacja i Społeczeństwo* 2007; 4: 331–342.
7. Tabak I., Mazur J., Granado M.C. et al. Examining trends in parent-child communication in Europe over 12 years. *Journal of Early Adolescence* 2012; 32(1): 26–54.
8. Brooks F., Zaborskis A., Tabak I. et al. Trends in adolescents' perceived parental communication across 32 countries in Europe and North America from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health* 2015; 25(Suppl. 2): 46–50.

2

Jakość komunikacji z rodzicami

Izabela Tabak

Wstęp

Jako najważniejsze cechy skutecznej komunikacji wymienia się uważne słuchanie innych, mówienie jasno i bezpośrednio, uczciwe ujawnianie informacji o sobie, śledzenie konwersacji innych i okazywanie im szacunku. Dlatego też dobrą miarą jakości komunikacji jest ocena jej jasności, świadczącej zarówno o ważności treści poruszanych w rozmowach, jak i o sposobie prowadzenia tych rozmów. Jak pokazują badania prowadzone w innych krajach, efektywna, jasna komunikacja z rodzicami jest jednym z predyktorów poczucia własnej wartości [1] i satysfakcji z życia młodzieży [2]. Badania polskie dotyczące jasności komunikacji między rodzicami a ich nastoletnimi dziećmi wskazują, że jest ona silnie związana z ogólną satysfakcją z relacji w rodzinie [3], wsparciem rodzinnym i zdrowiem subiektywnym [4].

W badaniach HBSC w 2010 roku, poszukując miary jakości komunikacji wewnątrzrodzinnej (będącej czymś innym niż łatwość), zespół badaczy z Polski zastosował skalę jasności komunikacji. Przeprowadzone analizy pokazały znaczenie jasności komunikacji z rodzicami dla zdrowia psychicznego młodzieży (jako bezpośredniego predyktora oraz mediatora między zamożnością rodziny a zdrowiem psychicznym) [5], zdrowia fizycznego, satysfakcji z życia i ochrony przed zachowaniami ryzykownymi [6–7].

Biorąc pod uwagę bardzo obiecujące wyniki badań polskiego zespołu HBSC oraz przeprowadzonych międzynarodowych badań walidacyjnych skali jasności komunikacji, w 2013/2014 roku podjęto decyzję o wprowadzeniu skróconej skali jasności komunikacji do obowiązkowej części międzynarodowego kwestionariusza. Umożliwi to przeprowadzenie pogłębionych analiz dotyczących znaczenia jasności komunikacji dla zdrowia i jakości życia dzieci i młodzieży, a także międzynarodowych analiz porównawczych.

Wskaźnik jakości komunikacji z rodzicami

Do badania jakości komunikacji została zastosowana skrócona skala jasności komunikacji zaczerpnięta ze Skali Dynamiki Rodzin (*Family Dynamics Measure II* – FDM II) [8]. Polska pełna wersja tego narzędzia (11-itemowa z 6 kategoriami odpowiedzi) została opracowana w Instytucie Matki i Dziecka w 2009 roku [3] i została zastosowana w polskim badaniu HBSC w roku 2009/2010. Skrócona, 4-itemowa wersja skali, z 5 kategoriami odpowiedzi, została zastosowana w międzynarodowych badaniach HBSC 2013/2014 po raz pierwszy. Do każdego ze stwierdzeń dotyczących prawidłowej komunikacji (omawiania ważnych spraw, uważnego słuchania, wyjaśniania nieporozumień) uczniowie mają się ustosunkować, wybierając jedną z odpowiedzi: *zdecydowanie się zgadzam, zgadzam się, trudno powiedzieć, nie zgadzam się, zdecydowanie się nie zgadzam*. Za każdą z odpowiedzi można uzyskać od 1 do 5 punktów. Pełen wynik skali uzyskiwany jest poprzez obliczenie średniej arytmetycznej z odpowiedzi na 4 itemy (im wyższy wynik, tym lepsza jakość komunikacji). Przyjęto, że wyniki większe lub równe wartości 4,5 oznaczają dobrą komunikację w rodzinie. Ze względu na zmianę liczby itemów i kategorii odpowiedzi nie jest możliwe porównanie wyników najnowszych badań z tymi przeprowadzonymi w roku 2009/2010.

W poniższych analizach zastosowany zostanie **pozytywny wskaźnik – odsetek młodzieży, która w sposób jasny komunikuje się z rodzicami** (co najmniej 4,5 punktu w skali jasności komunikacji).

Wyniki

Według danych z ostatnich badań HBSC 33,8% ankietowanych uczniów w sposób jasny komunikuje się z rodzicami, podczas gdy w 30,4% rodzin jakość komunikacji wzbudza poważne wątpliwości (ryc. 2). Średni wynik w skali jasności komunikacji w pełnej próbie wyniósł 3,95 (SD=0,84).

RYCINA 2. JAKOŚĆ KOMUNIKACJI Z RODZICAMI MŁODZIEŻY 11-15-LETNIEJ W POLSCE W ROKU SZKOLNYM 2013/2014

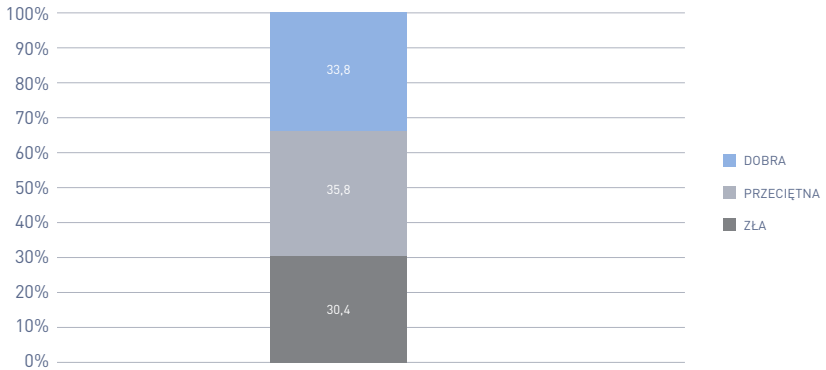


TABELA 5. JAKOŚĆ KOMUNIKACJI Z RODZICAMI WEDŁUG PŁCI I WIEKU

JAKOŚĆ KOMUNIKACJI Z RODZICAMI		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
zła (<=3,5)	N	177	209	257	129	243	332
	%	23,4	27,8	37,6	18,1	32,3	42,5
przeciętna [3,75–4,25]	N	252	281	272	255	262	269
	%	33,3	37,4	39,8	35,8	34,8	34,4
dobra [4,5–5]	N	328	262	155	328	248	180
	%	43,3	34,8	22,7	46,1	32,9	23,0
Wartość średnia	M	4,14	4,00	3,79	4,20	3,91	3,69
	SD	0,78	0,81	0,81	0,73	0,86	0,89

M – średnia; SD – odchylenie standardowe

Rozkład kategorii wyników uzyskiwanych w skali jasności komunikacji – wraz z wartościami średnimi – znajduje się w tabeli 5. Należy zwrócić uwagę na pogorszenie wraz z wiekiem jakości komunikacji z rodzicami zarówno wśród dziewcząt, jak i chłopców. W populacji dziewcząt odsetek osób uzyskujących w skali jasności komunikacji najniższe wyniki (mniejsze lub równe 3,5) między 11. a 15. rokiem życia wzrasta ponad dwukrotnie.

W tabeli 6 przedstawiono wyniki testowania różnic zależnych od płci i wieku, biorąc pod uwagę zdefiniowany wcześniej dychotomizowany wskaźnik.

Stwierdzono, że:

- odsetek młodzieży w jasny sposób komunikującej się z rodzicami istotnie zmniejsza się w starszych grupach;
- niekorzystne zmiany następujące wraz z wiekiem dotyczą zarówno dziewcząt, jak i chłopców;
- różnice między chłopcami a dziewczętami są nieistotne statystycznie (tab. 6).

TABELA 6. MŁODZIEŻ, KTÓRA W JASNY SPOSÓB* KOMUNIKUJE SIĘ Z RODZICAMI, WEDŁUG PŁCI I WIEKU [%]

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	p
Ogółem	33,8	34,0	33,6	0,795
11 lat	44,7	43,3	46,1	0,291
13 lat	33,9	34,8	32,9	0,435
15 lat	22,9	22,7	23,0	0,860
p	0,000	0,000	0,000	

* Co najmniej 4,5 punktu w skali jasności komunikacji

W tabeli 7 przedstawiono wyniki analizy wybranych uwarunkowań jakości komunikacji z rodzicami. Stwierdzono, że:

- struktura rodziny różnicuje jasność komunikacji z rodzicami w grupie 11-latków: młodzież, która mieszka z obojgiem biologicznych rodziców, najlepiej ocenia rodzinną komunikację, a wychowywana w rodzinach zrekonstruowanych – najgorzej;
- zamożność rodziny silnie różnicuje jakość komunikacji z rodzicami: u obu płci i we wszystkich grupach wieku jasność komunikacji wzrasta wraz ze wzrostem zamożności;
- miejsce zamieszkania nie różnicuje jakości komunikacji z rodzicami.

TABELA 7. MŁODZIEŻ, KTÓRA W JASNY SPOSÓB* KOMUNIKUJE SIĘ Z RODZICAMI, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	34,6	46,3	33,9	22,8	34,7	34,5
rodzina zrekonstruowana	27,5	33,8	36,0	16,4	28,3	27,0
samotny rodzic	33,4	39,9	34,6	26,9	32,4	34,4
p	0,057	0,034	0,909	0,095	0,307	0,154
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna [0–4]	26,6	36,2	26,3	18,2	25,5	27,6
poniżej przeciętnej [5–6]	32,3	45,9	31,3	20,2	32,0	32,7
przeciętna [7–9]	34,7	44,2	34,5	25,7	35,5	33,9
rodzina zamożna [10–13]	43,0	52,0	46,4	28,3	45,0	41,4
p	0,000	0,006	0,000	0,013	0,000	0,001
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	32,7	41,0	35,6	24,0	33,3	31,9
małe miasto	35,2	45,1	33,0	22,6	34,8	35,5
wieś	33,4	46,9	32,7	21,9	33,7	33,1
p	0,323	0,231	0,556	0,704	0,827	0,317

* Co najmniej 4,5 punktu w skali jasności komunikacji

Jeżeli weźmiemy pod uwagę pięć analizowanych czynników (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, zamożność rodziny i strukturę rodziny), to tylko wiek i zamożność rodziny okazują się niezależnymi predyktorami jasności komunikacji z rodzicami.

Podsumowanie

Co trzeci nastolatek ankietowany w ramach badań HBSC w roku szkolnym 2013/14 komunikuje się z rodzicami w sposób jasny, a jakość komunikacji z rodzicami pogarsza się z wiekiem. Zamożność rodziny silnie różnicuje jakość komunikacji z rodzicami: jasność komunikacji wzrasta wraz ze wzrostem zamożności rodziny. Według wyników najnowszych badań płeć i miejsce zamieszkania nie są predyktorami jakości komunikacji z rodzicami w okresie dorastania.

Piśmiennictwo

1. Kernis M., Brown A., Brody G. Fragile self-esteem in children and its association with perceived patterns of parent-child communication. *Journal of Personality* 2000; 68: 225–252.
2. Rask K., Åstedt-Kurki P., Paavilainen E. et al. Adolescent subjective well-being and family dynamics. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003; 17: 129–138.
3. Tabak I., Radiukiewicz K. *Polska rodzina oczami nastolatków i ich rodziców. Adaptacja skali Family Dynamics Measure II (FDM II)*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2009.
4. Tabak I., Jodkowska M., Oblacińska A. Spożywanie wspólnych posiłków, wsparcie i komunikacja w rodzinie jako predyktory zdrowia subiektywnego i zadowolenia z życia nastolatków. *Pediatrics Polska* 2013; 6(88): 533–539.
5. Tabak I. *Rodzinne determinanty zdrowia psychicznego 17-latków w kontekście uwarunkowań społeczno-ekonomicznych*. W: Mazur J. (red.). *Społeczne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej*. IMD, Warszawa 2011, 13–41.
6. Tabak I., Mazur J. *Quality and easiness of communication in family as protective factors for adolescent health*. *Psychology & Health* 2012; 27 (supp. 1): 335.
7. Tabak I., Mazur J. Dobre relacje rodzinne jako czynniki chroniące młodzież 11-15-letnią przed paleniem tytoniu. *Przegląd Lekarski* 2011; 68: 840–845.
8. White M., Grzankowski J., Paavilainen E. et al. Family dynamics and child abuse and neglect in three Finnish communities. *Issues in Mental Health Nursing* 2003; 24: 707–722.

3

Komunikacja z rodzicami za pomocą telefonu komórkowego

Izabela Tabak

Wstęp

Ostatnie lata przyniosły ogromny wzrost popularności wśród młodzieży komunikacji za pomocą urządzeń elektronicznych (telefonów komórkowych, komputerów). Liczne badania prowadzone w tym zakresie dotyczą przede wszystkim potencjalnych zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego wynikających z używania i nadużywania urządzeń elektronicznych, a także znaczenia komunikacji elektronicznej w relacjach z rówieśnikami [1]. Co ciekawe, wbrew pierwotnym obawom wiele badań pokazuje pozytywny wpływ mediów elektronicznych na rozwój psychospołeczny młodych ludzi oraz potwierdza hipotezę o stymulacyjnej roli komunikacji elektronicznej względem kontaktów międzyrówieśniczych. W nurt badań o roli komunikacji elektronicznej z rówieśnikami wpisują się również badania HBSC, wskazując wzrost popularności wśród nastolatków komunikacji elektronicznej i jej pozytywny związek z łatwością rozmów z rówieśnikami płci przeciwnej [2], z satysfakcją z życia [3], ale również z używaniem alkoholu [4].

Badań dotyczących komunikacji elektronicznej z rodzicami (w tym za pomocą telefonów komórkowych) jest jak do tej pory niewiele. Prowadzone dotychczas analizy dotyczące komunikacji wewnątrzrodzinnej pokazały

rolę telefonów komórkowych w monitorowaniu aktywności młodych ludzi oraz zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa [5], a także rolę Internetu w przekazywaniu informacji, podtrzymywaniu i zacieśnianiu kontaktów, gdy któreś z rodziców wyjechało za granicę [6]. Niektórzy autorzy podkreślają też znaczenie używania przez młodzież telefonów komórkowych w prowadzeniu negocjacji z rodzicami i nawiązywaniu z nimi prawdziwie dwustronnej komunikacji [7]. Najnowsze badania amerykańskie prezentują pozytywne aspekty używania urządzeń elektronicznych w komunikacji wewnątrzrodzinnej, takie jak zwiększenie zaangażowania rodziców, otwartości nastolatków czy poprawa funkcjonowania rodziny [9]. Dlatego też prowadzenie analiz dotyczących kontaktowania się nastolatków z rodzicami za pomocą nowych technologii (w tym tych najbardziej rozpowszechnionych – telefonów komórkowych) wydaje się bardzo potrzebne.

Wskaźnik częstości komunikacji elektronicznej

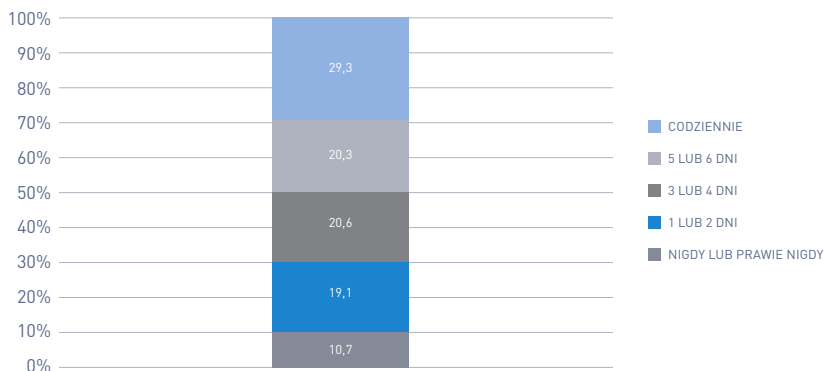
Pytanie o komunikację z rodzicami za pomocą telefonu komórkowego pojawiło się w badaniach HBSC 2013/2014 po raz pierwszy. Zbliżone pytania, dotyczące używania telefonu i wysyłania esemesów, były wykorzystywane w badaniach HBSC od roku 2001/2002 wyłącznie w odniesieniu do kontaktów z rówieśnikami. Uczniowie mają za zadanie ocenić, jak często kontaktują się z rodzicami za pomocą telefonu komórkowego, dzwoniąc lub wysyłając esemesy, z kategoriami odpowiedzi: *nigdy lub prawie nigdy, 1–2 dni w tygodniu, 3–4 dni w tygodniu, 5–6 dni w tygodniu i codziennie*. Uzupełnieniem kategorii *codziennie* jest prośba o wpisanie, ile razy w ciągu dnia taki kontakt ma miejsce, lecz te informacje nie będą analizowane w niniejszym raporcie.

W poniższych analizach zastosowany zostanie **pozytywny wskaźnik – odsetek młodzieży, która codziennie kontaktuje się z rodzicami za pomocą telefonu komórkowego**.

Wyniki

Według danych z ostatnich badań HBSC 29,3% ankietowanych uczniów codziennie kontaktuje się z rodzicami za pomocą telefonu komórkowego, dzwoniąc lub wysyłając esemesy, podczas gdy 10,7% nie robi tego nigdy lub prawie nigdy (ryc. 3).

RYCINA 3. CZĘSTOŚĆ KONTAKTÓW Z RODZICAMI ZA POMOCĄ TELEFONU KOMÓRKOWEGO MŁODZIEŻY 11-15-LETNIEJ W POLSCE W ROKU SZKOLNYM 2013/2014



Dokładny rozkład odpowiedzi na analizowane pytanie znajduje się w tabeli 8. Należy zwrócić uwagę na zmniejszanie się częstości kontaktów telefonicznych i esemesowych z rodzicami wraz z wiekiem ankietowanych, a także na wyraźne różnice zależne od płci.

TABELA 8. CZĘSTOŚĆ KONTAKTÓW MŁODZIEŻY Z RODZICAMI ZA POMOCĄ TELEFONU KOMÓRKOWEGO WEDŁUG PŁCI I WIEKU

CZĘSTOŚĆ KONTAKTÓW		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nigdy lub prawie nigdy	N	60	90	90	27	62	54
	%	17,9	12,5	13,1	8,3	8,5	6,9
1-2 dni w tygodniu	N	65	156	164	48	100	151
	%	19,4	21,7	23,8	14,7	13,7	19,3
3-4 dni w tygodniu	N	57	158	146	57	153	166
	%	17,0	22,0	21,2	17,5	20,9	21,3
5-6 dni w tygodniu	N	63	121	141	73	162	165
	%	18,8	16,9	20,5	22,4	22,2	21,1
codziennie	N	90	193	148	121	254	245
	%	26,9	26,9	21,5	37,1	34,7	31,4

W tabeli 9 przedstawiono wyniki testowania różnic zależnych od płci i wieku, biorąc pod uwagę zdefiniowany wcześniej dychotomizowany wskaźnik.

Stwierdzono, że:

- odsetek młodzieży, która codziennie komunikuje się z rodzicami za pomocą telefonu komórkowego, istotnie zmniejsza się w starszych grupach;
- niekorzystne zmiany wraz z wiekiem są istotne statystycznie jedynie w populacji chłopców, a wyraźne ograniczenie kontaktów telefonicznych z rodzicami ma miejsce między 13. a 15. rokiem życia;
- różnice między chłopcami a dziewczętami są istotne statystycznie zarówno w pełnej próbie, jak i we wszystkich analizowanych grupach wieku i wskazują na znacznie częstsze kontakty elektroniczne podejmowane przez dziewczęta (tab. 9).

TABELA 9. MŁODZIEŻ, KTÓRA CODZIENNIE KOMUNIKUJE SIĘ Z RODZICAMI ZA POMOCĄ TELEFONU KOMÓRKOWEGO, WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%)

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	p
Ogółem	29,3	24,8	33,7	0,000
11 lat	31,9	26,9	37,1	0,005
13 lat	30,8	26,9	34,7	0,001
15 lat	26,7	21,5	31,4	0,000
p	0,014	0,039	0,138	

W tabeli 10 przedstawiono wyniki analizy wybranych uwarunkowań codziennej komunikacji z rodzicami za pomocą telefonu komórkowego.

Stwierdzono, że:

- młodzież, która mieszka w rodzinach zrekonstruowanych, najczęściej komunikuje się z rodzicami za pomocą telefonu komórkowego, a zależność ta jest szczególnie wyraźna wśród dziewcząt; w grupie najstarszej, 15-letniej młodzieży, istotnie najrzadziej za pomocą telefonu kontaktują się z rodzicami osoby wychowywane przez oboje biologicznych rodziców;
- młodzież z rodzin zamożnych istotnie częściej niż rówieśnicy z rodzin biednych i przeciętnie zamożnych komunikuje się z rodzicami, dzwoniąc lub wysyłając esemesy;
- młodzież mieszkająca na wsi istotnie rzadziej niż młodzież miejska komunikuje się z rodzicami za pomocą telefonu komórkowego; wiel-

kość miasta nie różnicuje częstości tych kontaktów; miejsce zamieszkania silniej różnicuje codzienne kontakty elektroniczne w populacji dziewcząt oraz młodzieży młodszej, w wieku 11 i 13 lat.

TABELA 10. MŁODZIEŻ, KTÓRA *CODZIENNIE* KOMUNIKUJE SIĘ Z RODZICAMI ZA POMOCĄ TELEFONU KOMÓRKOWEGO, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	28,2	31,5	29,9	24,9	25,0	31,3
rodzina zrekonstruowana	36,1	47,2	36,3	32,4	25,3	43,4
samotny rodzic	32,5	27,3	33,5	33,3	24,0	40,8
p	0,010	0,091	0,334	0,013	0,939	0,001
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna [0–4]	25,7	27,6	27,3	23,5	20,2	30,6
poniżej przeciętnej [5–6]	25,9	26,0	28,4	23,1	21,3	30,2
przeciętna [7–9]	28,5	33,2	28,7	26,1	23,9	33,0
rodzina zamożna [10–13]	41,5	39,5	43,9	39,8	39,1	43,5
p	0,000	0,066	0,000	0,000	0,000	0,001
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	32,0	39,1	34,3	27,6	26,2	38,1
małe miasto	31,3	32,4	34,0	28,0	26,0	36,2
wieś	24,4	25,1	24,2	24,5	21,7	26,8
p	0,000	0,035	0,001	0,405	0,144	0,000

Jeżeli weźmiemy pod uwagę pięć analizowanych czynników (**pleć, wiek, miejsce zamieszkania, zamożność rodziny, struktura rodziny**), to wszystkie są niezależnymi predyktorami codziennej komunikacji młodzieży z rodzicami za pomocą telefonu komórkowego.

Podsumowanie

Co trzeci nastolatek ankietowany w ramach badań HBSC w roku szkolnym 2013/2014 codziennie kontaktuje się z rodzicami za pomocą telefonu komórkowego, dzwoniąc lub wysyłając esemesy, a zaledwie co dziesiąty w ogóle nie używa tej formy komunikacji z rodzicami. Częstość codziennej komunikacji elektronicznej z rodzicami zmniejsza się z wiekiem oraz jest wyraźnie większa u dziewcząt. Najczęściej z tej formy komunikacji korzystają dziewczęta z rodzin zrekonstruowanych lub wychowywane przez samotnych rodziców. Codzienne kontakty za pomocą telefonów komórkowych są najczęstsze w rodzinach zamożnych i miejskich.

Piśmiennictwo

1. Valkenburg P.M., Peter J. Online communication among adolescents: an integrated model of its attraction, opportunities, and risks. *Journal of Adolescent Health* 2011; 48: 121–127.
2. Boniel-Nissim M., Lenzi M., Zsizos E. et al. International trends in Electronic Media Communication (EMC) among 11- to 15-year-olds in 30 countries from 2002 to 2010: Association with ease of communication with friends of the opposite sex. *European Journal of Public Health* 2015; 25(Suppl. 2): 41–45.
3. Boniel-Nissim M., Tabak I., Mazur J. et al. Supportive communication with parents moderates the negative effects of electronic media use on life satisfaction during adolescence. *International Journal of Public Health* 2015; 60: 189–198.
4. Gommans R., Stevens G.W.J.M., Finne E. et al. Frequent electronic media communication with friends is associated with higher adolescent substance use. *International Journal of Public Health* 2015; 60: 167–177.
5. Devitt K., Roker D. The role of mobile phones in family communication. *Children & Society* 2009; 23, 189–202.
6. Pasternak A., Urbańska-Bulas M. *Wirtualna relacja eurosieroty z eurorodzicem. Komunikacja w rodzinie drogą mediów elektronicznych*. W: Sitarczyk M. (red.). *Rodzina w mediach. Media w rodzinie*. Difin, Warszawa 2013, 19–35.
7. Williams S., Williams L. Space invaders: the negotiation of teenage boundaries through the mobile phone. *The Sociological Review* 2005; 53: 314–331.
8. Coyne S.M., Padill-Walker L.M., Fraser A.M. et al. “Media Time = Family Time”. Positive Media Use in Families With Adolescents. *Journal of Adolescent Research* 2014; 29(5): 663–688.

4

Posiłki rodzinne

Magdalena Stalmach

Wstęp

Posiłki rodzinne stanowią jeden z podstawowych elementów funkcjonowania rodziny i zachowań żywieniowych dzieci i młodzieży [1]. Sprzyjają kontaktom rodzinnym i podtrzymywaniu więzi między członkami rodziny. Umożliwiają modelowanie korzystnych wzorców w zakresie zachowania podczas ich spożywania oraz stosowania korzystnej diety. Wykazano, że przez zachowania rodziców kształtowane są zachowania młodzieży dotyczące nawyków żywieniowych, w tym spożywania śniadań [2].

Wiele międzynarodowych opracowań wykorzystujących wyniki badań HBSC koncentruje się na problematyce wspólnych posiłków rodzinnych [3–5]. Dane kanadyjskie z 2010 roku wskazały na pozytywne znaczenie wspólnych posiłków dla zdrowia emocjonalnego, prospołecznych zachowań i satysfakcji z życia wśród młodzieży oraz na większą częstotliwość spożywania wieczornych posiłków wśród chłopców niż dziewcząt [3]. Mniej więcej jedna trzecia badanej młodzieży deklarowała spożywanie kolacji w towarzystwie rodziców codziennie, a blisko dwie trzecie – co najmniej 5 razy tygodniowo. Związek pomiędzy strukturą rodziny a czasem spędzonym w gronie rodziny, w tym ze spożywaniem wspólnych posiłków, to jedno z zagadnień analizowanych w ramach badań HBSC [4, 5].

W świetle badań przeprowadzonych w Szkocji w 2006 roku blisko połowa uczniów z pełnych rodzin spożywała posiłki rodzinne codziennie, podczas gdy w pozostałej grupie badanych odsetek ten wynosił około 38% [4]. Nie stwierdzono istotnych różnic w częstotliwości posiłków rodzinnych w zależności od płci uczniów.

W opracowaniach krajowych, wykorzystujących wyniki innych dużych badań populacyjnych, podkreślono silny związek regularnych posiłków rodzinnych ze statusem socjoekonomicznym rodziny [6–8]. Na przykład w badaniu przeprowadzonym w 2008 roku udowodniono, że jedną z przeszkód w regularnym spożywaniu posiłków jest niski status ekonomiczny, a także praca zawodowa matki [6].

Wskaźniki regularności posiłków rodzinnych

Dwa pytania na temat spożywania posiłków z rodzicami (śniadania i kolacje) zadawane były w badaniach HBSC jako opcjonalne od roku 2005/2006, a w ostatnim cyklu tych badań zostały włączone do pakietu obowiązkowego.

Uczniowie mają za zadanie ocenić, jak często jedzą śniadanie / wieczorny posiłek razem ze swoją mamą lub tatą: *nigdy, rzadziej niż 1 raz w tygodniu, 1–2 dni w tygodniu, 3–4 dni w tygodniu, 5–6 dni w tygodniu, codziennie*. W poniższych analizach zastosowane zostaną trzy **pozytywne wskaźniki** – odsetek młodzieży, która **codziennie (regularnie) spożywa śniadanie, kolację i oba te posiłki ze swoimi rodzicami**. W opracowaniach międzynarodowych największą wagę przywiązuje się do posiłku wieczornego, kiedy członkowie rodziny mają więcej czasu dla siebie.

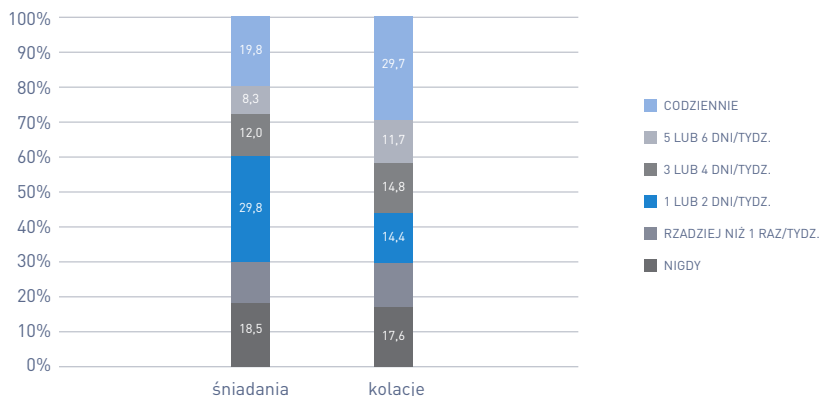
Wyniki

Dokładny rozkład odpowiedzi na analizowane pytania znajduje się w tabeli 11. Prawie co piąty nastolatek nigdy nie je śniadania i kolacji w towarzystwie rodziców (odpowiednio 18,5% i 17,6%). Uwagę zwracają: zmniejszenie częstotliwości spożywania porannego i wieczornego posiłku w towarzystwie rodziców wraz z wiekiem ankietowanych oraz różnice zależne od płci.

TABELA 11. SPOŻYWANIE PRZEZ MŁODZIEŻ ŚNIADAŃ I KOLACJI W TOWARZYSTWIE RODZICÓW WEDŁUG PŁCI I WIEKU

CZĘSTOŚĆ JEDZENIA POSIŁKÓW		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Śniadanie							
nigdy	N	101	134	148	84	143	223
	%	13,1	17,5	21,3	11,6	19,0	28,5
rzadziej niż 1 raz w tyg.	N	62	78	98	72	83	129
	%	8,1	10,2	14,1	9,9	11,0	16,5
1-2/tydz.	N	185	201	228	203	261	256
	%	24,0	26,3	32,8	27,9	34,7	32,7
3-4/tydz.	N	90	106	82	91	88	81
	%	11,7	13,9	11,8	12,5	11,7	10,4
5-6/tydz.	N	79	67	54	74	56	43
	%	10,3	8,8	7,8	10,2	7,4	5,5
codziennie	N	253	178	85	203	122	50
	%	32,9	23,3	12,2	27,9	16,2	6,4
Kolacja							
nigdy	N	72	104	159	77	146	226
	%	9,4	13,8	23,0	10,7	19,4	29,0
rzadziej niż 1 raz w tyg.	N	65	95	88	62	86	132
	%	8,5	12,6	12,7	8,6	11,4	17,0
1-2/tydz.	N	85	82	111	86	136	144
	%	11,1	10,9	16,1	11,9	18,1	18,5
3-4/tydz.	N	99	122	123	115	95	107
	%	12,9	16,2	17,8	15,9	12,6	13,8
5-6/tydz.	N	102	112	72	108	65	64
	%	13,3	14,8	10,4	14,9	8,6	8,2
codziennie	N	346	240	138	275	224	105
	%	45,0	31,8	20,0	38,0	29,8	13,5

RYCINA 4. CZĘSTOŚĆ SPOŻYWANIA POSIŁKÓW RAZEM Z RODZICAMI PRZEZ MŁODZIEŻ W WIEKU 11-15 LAT



Ogółem, w badanej grupie 19,8% nastolatków codziennie jadło śniadanie z rodzicami, 29,7% codziennie jadło z rodzicami kolację, a 14,2% – oba te posiłki (ryc. 4). Oznacza to, że tego typu zwyczaje rodzinne mogą być rozłączne. W grupie ryzyka jest 64,8% ankietowanych, którzy nie jedzą wspólnie z rodzicami żadnego z tych dwóch posiłków.

W tabeli 12 przedstawiono wyniki testowania różnic zależnych od płci i wieku.

Stwierdzono, że:

- odsetek młodzieży codziennie spożywającej posiłki z rodzicami istotnie zwiększa się w młodszych grupach, co dotyczy obu płci; różnica między skrajnymi grupami wieku wynosi odpowiednio 21,4%, 25,1% i 19,1% dla odsetka jedzących z rodzicami śniadania, kolacje i oba te posiłki;
- różnice między chłopcami i dziewczętami w regularności spożywania śniadań z rodzicami są istotne w grupie ogółem i w każdej grupie wieku;
- różnice między chłopcami i dziewczętami w regularności spożywania kolacji są istotne w dwóch skrajnych grupach wieku: wśród 11- i 15-latków;

- jeżeli rozpatrujemy wskaźnik jedzenia obu tych posiłków, różnice zależne od płci nadal są istotne u 13- i 15-latków, ale znacznie się zmniejszają.

TABELA 12. MŁODZIEŻ, KTÓRA CODZIENNIE SPOŻYWA ŚNIADANIA I KOLACJE Z RODZICAMI, WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%)

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Ogółem	19,8	23,1	16,6	<0,001
Śniadania				
11 lat	30,5	32,9	27,9	0,038
13 lat	19,8	23,3	16,2	0,001
15 lat	9,1	12,2	6,4	<0,001
p	<0,001	<0,001	<0,001	
Kolacje				
Ogółem	29,7	32,6	26,8	<0,001
11 lat	41,6	45,0	38,0	0,006
13 lat	30,8	31,8	29,8	0,400
15 lat	16,5	20,0	13,5	0,001
p	<0,001	<0,001	<0,001	
Śniadania i kolacje				
Ogółem	14,2	16,0	12,3	<0,001
11 lat	24,0	25,8	22,0	0,085
13 lat	13,5	15,3	11,7	0,042
15 lat	4,9	6,2	3,7	0,028
p	<0,001	<0,001	<0,001	

W tabeli 13 przedstawiono wyniki analizy wybranych uwarunkowań spożywania poszczególnych posiłków w towarzystwie rodziców, pomijając wskaźnik łączony.

TABELA 13. MŁODZIEŻ, KTÓRA *CODZIENNIE* SPOŻYWA POSIŁKI Z RODZICAMI, WEDŁUG WIEKU, PŁCI I WYBRANYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH [%]

	OGÓLEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Śniadania						
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	20,3	30,8	20,6	8,6	23,2	17,4
rodzina zrekonstruowana	16,6	30,0	17,4	6,3	26,3	9,8
samotny rodzic	18,4	26,2	17,5	12,6	20,2	16,5
p	0,210	0,432	0,483	0,093	0,342	0,046
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna [0-4]	16,3	24,7	17,0	8,2	20,7	12,3
poniżej przeciętnej [5-6]	18,3	30,2	16,0	9,2	20,9	15,8
przeciętna [7-9]	20,1	29,9	21,6	8,3	23,0	17,1
rodzina zamożna [10-13]	25,6	37,8	24,8	12,1	30,5	21,4
p	<0,001	0,018	0,017	0,419	0,005	0,007
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	16,9	29,9	17,2	8,0	19,8	13,8
małe miasto	22,5	30,5	23,1	10,2	25,9	19,1
wieś	19,8	30,9	19,8	9,4	23,2	16,7
p	0,001	0,952	0,062	0,474	0,017	0,022

	OGÓLEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Kolacje						
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	30,4	42,0	31,4	17,1	33,4	27,5
rodzina zrekonstruowana	26,4	41,3	32,6	10,9	30,7	23,5
samotny rodzic	28,0	38,1	30,2	16,4	29,9	26,0
p	0,215	0,598	0,913	0,251	0,439	0,502
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna [0-4]	26,7	34,5	29,0	17,5	30,3	23,4
poniżej przeciętnej [5-6]	27,8	42,2	27,4	14,0	30,7	25,0
przeciętna [7-9]	31,3	43,6	33,5	16,6	33,3	29,4
rodzina zamożna [10-13]	32,2	43,6	32,2	18,3	36,8	28,2
p	0,023	0,095	0,193	0,477	0,199	0,089
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	27,2	39,2	29,8	16,3	30,1	24,0
małe miasto	31,2	42,5	29,4	16,5	33,3	29,2
wieś	30,5	42,2	33,1	16,9	34,4	26,9
p	0,036	0,550	0,365	0,961	0,189	0,078

Stwierdzono, że:

- struktura rodziny słabo różnicuje regularność spożywania poszczególnych posiłków w towarzystwie rodziców w tej grupie wieku; jedynie dziewczęta z rodzin zrekonstruowanych rzadziej spożywają śniadania z rodzicami niż ich rówieśnice z pozostałych typów rodzin;
- zamożność rodziny najsilniej warunkuje regularność spożywania posiłków z rodzicami, co wyraźniej zaznacza się w odniesieniu do śniadań; porównując rodziny najbiedniejsze i najbardziej zamożne, zauważa się wzrost odsetka młodzieży regularnie jedzącej śniadania z rodzicami o 9,3%; w przypadku kolacji jest to wzrost tylko o 5,5% – istotny w całej badanej grupie, ale nieistotny w podgrupach młodzieży;
- w odniesieniu do śniadań zanotowano istotny związek z zamożnością rodziny w prawie wszystkich analizowanych podgrupach, z wyjątkiem 15-latków; w odniesieniu do kolacji zależność jest słabsza;
- regularne spożywanie śniadań i kolacji w towarzystwie rodziców istotnie częściej dotyczy młodzieży z małych miast niż jej rówieśników z dużych miast i wsi; zdecydowanie w najmniej korzystnej sytuacji jest młodzież z dużych miast.

Wykorzystując wyniki wieloczynnikowej analizy statystycznej, uszeregowano badane czynniki według hierarchii ważności.

Stwierdzono, że:

- wiek, płeć i zamożność rodziny są najsilniejszymi determinantami regularnego jedzenia śniadań razem z rodzicami;
- tylko wiek i płeć wpływają na szansę codziennego jedzenia kolacji z rodzicami;
- zestaw predyktorów regularnego jedzenia obu posiłków z rodzicami jest taki sam, jak w przypadku śniadań;
- struktura rodziny i miejsce zamieszkania nie wpływają na regularność jedzenia posiłków z rodzicami.

Podsumowanie

Co piąty nastolatek ankietowany w ramach badań HBSC w roku szkolnym 2013/14 codziennie spożywał w towarzystwie rodziców śniadania, a co trzeci spożywał z rodzicami kolacje. Regularność spożywania śniadań i kolacji z rodzicami zmniejsza się istotnie z wiekiem oraz jest istotnie mniejsza u dziewcząt niż u chłopców. W świetle wyników najnowszych badań HBSC zamożność rodziny, obok wieku i płci, stanowi istotny predyktor spożywania każdego dnia obu analizowanych posiłków z rodzicami. Pozytywne wzorce rodzinne częściej obserwuje się w rodzinach zamożnych.

Piśmiennictwo

1. Książyk J. *Zasady żywienia dzieci i młodzieży. Aktualne (2005) stanowisko American Heart Association poparte przez American Academy of Pediatrics*. Medycyna Praktyczna Pediatria, uzyskano dnia 16.07.2010 z <http://www.mp.pl/artykuly/?aid=27339>.
2. Pearson N., Biddle S.J., Gorely T. Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents. A systematic review. *Appetite* 2009; 52(1): 1–7.
3. Elgar F.J., Craig W., Trites S.J. Family Dinners, Communication, and Mental health in Canadian Adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2013; 52: 433–438.
4. Levin K.A., Kirby J., Currie C. Adolescent risk behaviours and mealtime routines: does family meal frequency alter the association between family structure and risk behaviour? *Health Education Research* 2012; 27(1): 24–35.
5. Zaborskis A., Zemaitiene N., Borup I. et al. Family joint activities in a cross-national perspective. *Public Health* 2007; 7: 94.
6. Korzycka-Stalmach M., Mikiel-Kostyra K., Oblacińska A. i wsp. *Regularność spożywania posiłków przez 13-latków a wybrane cechy społeczno-ekonomiczne rodziny*. Medycyna Wieku Rozwojowego 2010; 14(3): 303–309.
7. Michalak K. Wpływ środowiska rodzinnego na zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej (na przykładzie środowiska warszawskiego), uzyskano dnia 12.04.2010 z http://kpa.im.sggw.waw.pl/acta/e107_plugins/content/images/file/211_05_michalak.pdf.
8. Goryńska-Goldmann E., Sznajder M. Zróżnicowanie w sposobach odżywiania się biednych i bogatych kategorii społecznych w Polsce. *Roczniki Naukowe SERiA* 2005; 7(3): 35–41.

5

Wsparcie społeczne

Agnieszka Małkowska-Szcutnik

Wstęp

Uzyskiwanie wsparcia społecznego z różnych źródeł zapewnia poczucie bezpieczeństwa w codziennym życiu, jako że umożliwia realizację zadań rozwojowych. W okresie dojrzewania szczególnie ważne jest wsparcie ze strony rodziców oraz rówieśników. Poczucie bycia wspieranym przez rodziców kształtuje zdrowie psychiczne nastolatków, umożliwia radzenie sobie z wymaganiami środowiska, zmniejsza ryzyko podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia [1]. Obok wsparcia ze strony rodziców dla młodzieży ważne stają się także wspierające relacje z rówieśnikami. Daje to możliwość utożsamienia się z grupą rówieśniczą i zapobiega poczuciu osamotnienia [2]. Obydwa źródła wsparcia zmniejszają prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego oraz wpływają na odporność psychiczną nastolatków.

Dotychczas w badaniach HBSC analizowano spostrzegane wsparcie społeczne w kontekście szkoły. Efektem pracy badaczy z dwóch grup roboczych: *Family Focus Group* and *Peers Focus Group* jest włączenie do kwestionariusza HBSC dwóch krótkich skal dotyczących spostrzeganego ogólnego wsparcia społecznego ze strony rodziców i rówieśników. Pochodzą one z *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) [3].

Narzędzia te były przed wdrożeniem do badań HBSC testowane w Polsce i zostały wykorzystane w poprzednich opracowaniach. Wykazano, że wsparcie ze strony rodziców pełni funkcję mediatora zależności między częstością wspólnego spożywania posiłków z rodzicami a zadowoleniem z życia nastolatków [4]. W opracowaniach zagranicznych wykazano również związek wsparcia społecznego mierzonego skalą MSPSS zarówno z pozytywnymi wskaźnikami (zadowolenie z życia), jak i zaburzeniami zdrowia psychicznego (m.in. depresja i zaburzenia lękowe) [5].

Wskaźniki wsparcia społecznego

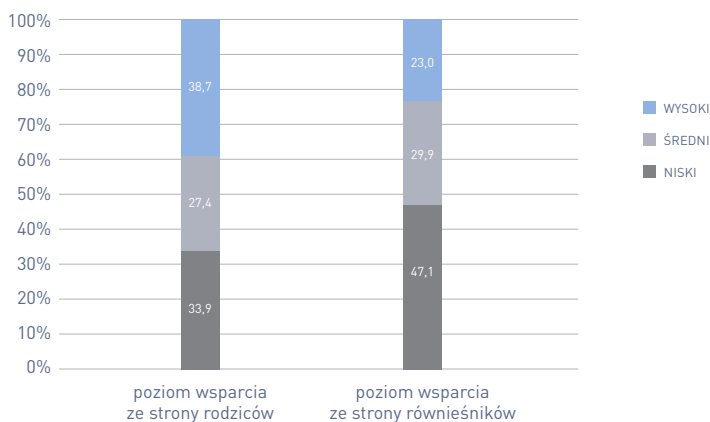
Dwie skale dotyczące spostrzeganego wsparcia ze strony rodziców i rówieśników zostały użyte w badaniach HBSC 2013/14 po raz pierwszy. Skala dotycząca wsparcia ze strony rodziców składa się z czterech stwierdzeń: *Moja rodzina bardzo stara się mi pomóc; Moja rodzina daje mi potrzebną emocjonalną pomoc i wsparcie; Mogę rozmawiać o moich problemach z rodziną; Moja rodzina chętnie pomaga mi w podejmowaniu własnych decyzji*. Skala dotycząca wsparcia ze strony rówieśników także składa się z czterech stwierdzeń: *Moi koledzy i koleżanki naprawdę starają się mi pomóc; Mogę liczyć na moich kolegów i koleżanki, kiedy coś idzie nie tak; Mam kolegów i koleżanki, z którymi mogę dzielić moje radości i troski; Mogę rozmawiać z kolegami i koleżankami o moich problemach*. Zastosowano kategorie odpowiedzi od *całkowicie się nie zgadzam* do *całkowicie się zgadzam*. Za każdą odpowiedź można uzyskać od 1 do 7 punktów. Pełny wynik skali uzyskiwany jest poprzez obliczenie średniej arytmetycznej, biorąc pod uwagę odpowiedzi na cztery stwierdzenia z każdej skali (zakres 1-28 punktów). Wyższy wynik oznacza większy poziom wsparcia społecznego. Założono, że wyniki większe lub równe 5,5 oznaczają wysoki poziom wsparcia społecznego.

W poniższych analizach zostaną zastosowane dwa **pozytywne wskaźniki wsparcia społecznego: odsetek młodzieży, która ma wysoki poziom wsparcia ze strony rodziców lub rówieśników** (średnia z czterech itemów co najmniej 5,5 punktu).

Wyniki

Zgodnie z danymi z ostatnich badań HBSC w całej badanej populacji wysoki poziom wsparcia ze strony rodziców notowano u 38,7%, a ze strony rówieśników – u 23% ankietowanych. Niski poziom wsparcia miało odpowiednio 33,9 i 47,1% badanych (ryc. 5). Wartości średnie w pełnej populacji wynosiły: dla skali wsparcia ze strony rodziców 5,56 (SD=1,56), ze strony rówieśników 5,16 (SD=1,52).

RYC. 5. POZIOM WSPARCIA ZE STRONY RODZICÓW I RÓWIEŚNIKÓW POSTRZEGANEGO PRZEZ MŁODZIEŻ 11-15-LETNIA W POLSCE W ROKU SZKOLNYM 2013/14



Rozkład kategorii wyników uzyskanych w skalach wsparcia ze strony rodziców i rówieśników wraz z wartościami średnimi znajduje się w tabeli 14. Należy zwrócić uwagę na zmniejszający się wraz z wiekiem odsetek młodzieży uzyskującej wysoki poziom wsparcia ze strony rodziców. Różnica między 11- a 15-latkami wynosiła około 20 punktów procentowych i była widoczna zarówno u chłopców, jak i dziewcząt. W przypadku wsparcia ze strony rówieśników obniżanie się w starszych rocznikach odsetka osób z wysokim poziomem wsparcia widoczne jest tylko wśród dziewcząt (tab. 14).

TABELA 14. WSPARCIE ZE STRONY RODZICÓW I RÓWIEŚNIKÓW WEDŁUG PŁCI I WIEKU

POZIOM WSPARCIA SPOŁECZNEGO		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Wsparcie ze strony rodziców							
niski	N	186	249	296	418	269	352
	%	24,6	33,1	43,1	21,1	35,9	45,0
średni	N	189	220	218	161	214	215
	%	25,0	29,3	31,7	22,6	28,6	27,5
wysoki	N	382	283	173	401	266	215
	%	50,5	37,6	25,2	56,3	35,5	27,5
wartość średnia	M	5,88	5,53	5,25	6,03	5,49	5,19
	SD	1,47	1,61	1,60	1,32	1,53	1,60
Wsparcie ze strony rówieśników							
niski	N	418	429	384	231	287	331
	%	55,4	57,7	56,1	32,4	38,4	42,5
średni	N	201	205	200	236	225	260
	%	26,7	27,6	29,2	33,1	30,1	33,4
wysoki	N	135	110	101	246	235	187
	%	17,9	14,8	14,7	34,5	31,5	24,0
wartość średnia	M	4,86	4,79	4,87	5,60	5,46	5,37
	SD	1,62	1,57	1,53	1,40	1,44	1,35

M – średnia; SD – odchylenie standardowe

W tabeli 15 przedstawiono wyniki testowania różnic zależnych od płci i wieku, biorąc pod uwagę zdefiniowane wcześniej dychotomiczne wskaźniki wsparcia społecznego (wysoki poziom wsparcia dla wskaźników dychotomicznych zdefiniowano poprzez połączenie dwóch ostatnich kategorii z ryciny 5 i tabeli 14 i w taki sposób będzie ono opisywane w dalszej części podrozdziału).

Stwierdzono, że:

- odsetek młodzieży z wysokim poziomem wsparcia ze strony rodziców istotnie zmniejsza się wraz z wiekiem; dla wsparcia ze strony rówieśników różnica jest na niższym poziomie istotności;
- niekorzystne zmiany wynikające z wieku i odnoszące się do wsparcia ze strony rodziców dotyczą chłopców i dziewcząt; dla wsparcia

ze strony rówieśników istotne tego typu zmiany notowane są tylko w populacji dziewcząt;

- różnice między chłopcami a dziewczętami (na niekorzyść chłopców) dotyczą tylko wsparcia ze strony rówieśników; są widoczne dla wszystkich kategorii wieku (tab. 15).

TABELA 15. MŁODZIEŻ POSTRZEGAJĄCA WYSOKI POZIOM WSPARCIA SPOŁECZNEGO ZE STRONY RODZICÓW I RÓWIEŚNIKÓW WEDŁUG PŁCI I WIEKU [%]

	WSPARCIE ZE STRONY RODZICÓW				WSPARCIE ZE STRONY RÓWIEŚNIKÓW			
	Ogółem	Chł.	Dz.	p	Ogółem	Chł.	Dz.	P
Ogółem	66,2	66,7	65,6	0,391	53,0	43,6	62,1	0,000
11 lat	77,1	75,4	78,9	0,110	55,8	44,6	67,6	0,000
13 lat	65,5	66,9	64,1	0,253	52,0	42,3	61,6	0,000
15 lat	55,9	56,9	55,0	0,458	51,1	43,9	57,5	0,000
p	0,000	0,000	0,000		0,028	0,671	0,000	

W tabelach 16-18 przedstawiono wyniki analizy wybranych uwarunkowań wsparcia społecznego ze strony rodziców i rówieśników.

Stwierdzono, że:

- struktura rodziny różnicuje poziom wsparcia ze strony rodziców – dla chłopców na niekorzyść samotnych rodziców, dla dziewcząt na niekorzyść rodziny zrekonstruowanej;
- nie wykazano różnic w odniesieniu do wsparcia ze strony rówieśników (tab. 16);

TABELA 16. MŁODZIEŻ POSTRZEGAJĄCA WYSOKI POZIOM WSPARCIA ZE STRONY RODZICÓW I RÓWIEŚNIKÓW WEDŁUG PŁCI, WIEKU I STRUKTURY RODZINY [%]

STRUKTURA RODZINY	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Wsparcie ze strony rodziców						
rodzice biologiczni	67,8	78,8	66,6	57,6	68,6	67,1
rodzina zrekonstruowana	55,9	65,8	60,0	45,4	64,3	50,0
samotny rodzic	63,6	73,7	64,3	54,5	60,2	67,1
p	0,000	0,012	0,404	0,042	0,011	0,000

Wsparcie ze strony rówieśników						
rodzice biologiczni	53,3	57,5	51,8	50,5	44,6	61,9
rodzina zrekonstruowana	55,8	50,0	59,5	57,3	46,0	62,7
samotny rodzic	51,0	49,5	49,8	53,4	38,9	63,1
p	0,363	0,062	0,310	0,329	0,154	0,915

- zamożność rodziny silnie różnicuje postrzeganie wsparcia społecznego zarówno ze strony rodziców, jak i rówieśników; dotyczy to dziewcząt i chłopców oraz wszystkich grup wieku; odsetek postrzegających wsparcie jako wysokie wzrasta wraz z poprawą zamożności rodziny (tab. 17);
- miejsce zamieszkania w niewielkim stopniu różnicuje postrzeganie wsparcia społecznego (dotyczy to jedynie wsparcia ze strony rodziców i odnosi się do populacji dziewcząt); najlepiej oceniła wsparcie ze strony rodziców młodzież z małych miast, a najgorzej – jej rówieśnicy z dużych miast (tab. 18).

TABELA 17. MŁODZIEŻ POSTRZEGAJĄCA WYSOKI POZIOM WSPARCIA ZE STRONY RODZICÓW I RÓWIEŚNIKÓW WEDŁUG PŁCI, WIEKU I ZAMOŻNOŚCI RODZINY (%)

ZAMOŻNOŚĆ RODZINY	OGÓLEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Wsparcie ze strony rodziców						
rodzina biedna (0-4)	57,4	70,8	57,3	46,4	60,4	54,7
poniżej przeciętnej [5-6]	63,7	75,8	63,1	52,3	63,0	64,4
przeciętna [7-9]	68,3	78,0	66,6	60,3	69,4	67,1
rodzina zamożna (10-13)	75,8	82,8	76,7	66,3	74,8	76,5
p	0,000	0,015	0,000	0,000	0,000	0,000
Wsparcie ze strony rówieśników						
rodzina biedna (0-4)	46,5	48,9	47,0	44,5	36,0	56,4
poniżej przeciętnej [5-6]	49,4	54,2	46,9	47,2	40,4	57,9
przeciętna [7-9]	55,4	58,2	52,7	55,4	45,6	65,5
rodzina zamożna (10-13)	61,7	59,3	65,5	59,8	53,8	68,3
p	0,000	0,060	0,000	0,001	0,000	0,000

TABELA 18. MŁODZIEŻ POSTRZEGAJĄCA WYSOKI POZIOM WSPARCIA ZE STRONY RODZICÓW I RÓWIEŚNIKÓW WEDŁUG PŁCI, WIEKU I MIEJSCA ZAMIESZKANIA [%]

MIEJSCE ZAMIESZKANIA	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Wsparcie ze strony rodziców						
duże miasta	63,8	75,6	64,7	55,4	65,9	61,6
małe miasta	68,3	78,8	66,5	54,6	68,4	68,1
wieś	66,0	75,8	65,4	57,6	65,6	66,3
p	0,036	0,379	0,843	0,623	0,451	0,025
Wsparcie ze strony rówieśników						
duże miasta	51,5	52,8	49,8	52,7	41,9	61,8
małe miasta	54,3	58,2	53,2	49,7	44,0	64,5
wieś	52,7	54,3	53,3	50,8	45,1	59,5
p	0,290	0,196	0,435	0,636	0,474	0,134

Jeżeli weźmiemy pod uwagę pięć analizowanych czynników (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, zamożność rodziny i strukturę rodziny), niezależnymi predyktorami wsparcia ze strony rodziców są wiek i zamożność rodziny, a wsparcia ze strony rówieśników – płeć i zamożność rodziny.

Informacje uzupełniające na temat wsparcia społecznego w środowisku szkolnym umieszczono w aneksie, podając wyniki dotyczące sześciu pytań na temat wsparcia ze strony innych kolegów i koleżanek w klasie oraz ze strony nauczycieli w szkole.

Podsumowanie

Ponad 1/3 nastolatków ankietowanych w ramach badań HBSC w roku szkolnym 2013/14 bardzo korzystnie oceniła poziom wsparcia społecznego ze strony rodziców, a co piąty uznał, że wsparcie społeczne ze strony rówieśników jest na bardzo wysokim poziomie. Postrzeganie wsparcia społecznego pogarsza się z wiekiem, szczególnie dotyczy to wsparcia rodziców. Dziewczęta lepiej niż chłopcy postrzegają wsparcie ze strony rówieśników, podczas gdy w odniesieniu do wsparcia ze strony rodziców nie zanotowano różnic zależnych od płci. Zamożność rodziny silnie różnicuje postrzeganie wsparcia społecznego zarówno ze strony rodziców, jak i rówieśników; postrzeganie wsparcia poprawia się wraz ze wzrostem zamożności rodziny. Według wyników najnowszych badań niezależnymi predyktorami dla wsparcia ze strony rodziców są wiek i zamożność rodziny, a dla wsparcia ze strony rówieśników – płeć i zamożność rodziny.

Piśmiennictwo

1. Devitt K., Roker D. The role of mobile phones in family communication. *Children & Society* 2009; 23: 189–202.
2. Pretty G., Andrewes L., Collett C. Exploring adolescents' sense of community and its relationship to loneliness. *Journal of Community Psychology* 1994; 22: 346–358.
3. Zimet G., Dahlem N., Zimet S. et al. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess* 1988; 52: 30–41.
4. Tabak I., Jodkowska M., Oblacińska A. Spożywanie wspólnych posiłków, wsparcie i komunikacja w rodzinie jako predyktory zdrowia subiektywnego i zadowolenia z życia nastolatków. *Pediatrics Polska* 2013; 88: 533–539.
5. Edwards L. Measuring Perceived Social Support in Mexican American Youth: Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 2010; 26(2): 187–194.

6

Osiągnięcia szkolne

Joanna Mazur

Wstęp

Ocena środowiska szkolnego przez szereg lat zajmowała w kwestionariuszu HBSC centralną pozycję w grupie pytań dotyczących kontekstu społecznego zdrowia nastolatków, gdyż badania te traktowane są jako projekt szkolny. Główne obszary badawcze obejmują ogólne zadowolenie ze szkoły, wsparcie ze strony nauczycieli i innych uczniów w klasie, stres szkolny i osiągnięcia w nauce. Aktualne osiągnięcia w nauce można traktować jako zmienną odpowiadającą poziomowi wykształcenia u osób dorosłych, a więc mającą fundamentalne znaczenie w analizie społecznych nierówności w zdrowiu. Gorsze osiągnięcia w nauce prognozują niższy poziom docelowego wykształcenia, mniejsze szanse zatrudnienia w przyszłości, a więc większe zagrożenie ubóstwem i jego skutkami zdrowotnymi. Poprzez działania w kierunku wyrównania szans edukacyjnych (już od najwcześniejszych lat życia) próbuje się niwelować społeczne nierówności w zdrowiu.

W badaniach długofalowych wykazano, że osiągnięcia szkolne mają związek ze zdrowiem osób dorosłych, a niepowodzenia szkolne mogą być powodem podejmowania przez młodzież zachowań ryzykownych i ich utrwalenia w wieku dorosłym [1]. W krajowych analizach, opartych na wy-

nikach wcześniejszych badań HBSC, wykazano związek między osiągnięciami szkolnymi a nasileniem dolegliwości subiektywnych, mediatorem tej zależności był stres szkolny [2]. Wykazano też, że osiągnięcia szkolne mają silne uwarunkowania społeczne, zależą od statusu materialnego rodziny, kapitału społecznego okolicy w miejscu zamieszkania i relacji między uczniami w klasie [2]. Poza warunkami materialnymi rodziny duże znaczenie ma jej kapitał społeczno-kulturowy, czas poświęcany dziecku, postawa rodziców wobec dokształcania się i inwestycje podejmowane w tym kierunku [3]. W raporcie międzynarodowym z poprzednich badań HBSC wykazano, że w Polsce społeczne nierówności edukacyjne są większe niż w innych krajach [4]. Z tego względu konieczne jest monitorowanie zjawiska i pełniejsze wykorzystanie wyników badań HBSC do poznania uwarunkowań oraz skutków lepszych lub gorszych osiągnięć w nauce.

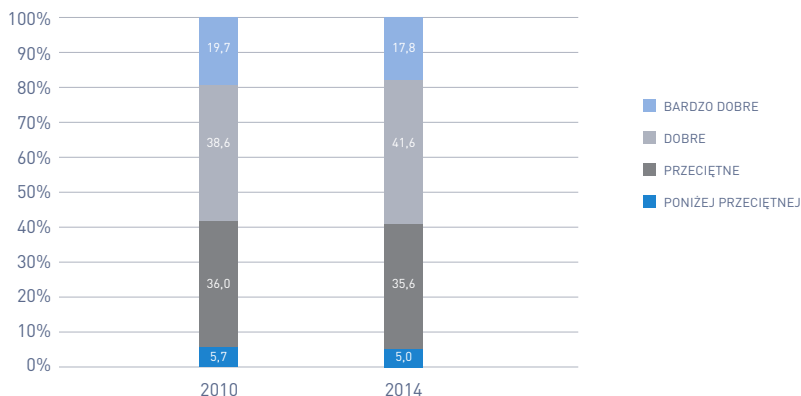
Wskaźnik osiągnięć szkolnych

Pytanie dotyczące osiągnięć szkolnych występuje w kwestionariuszu HBSC w niezmienionej postaci od badań z lat 1985/86, a w Polsce można śledzić trendy od 1990 roku [5]. Jest ono miarą percepcji osiągnięć szkolnych zobiektywizowanej przez odwołanie się do opinii wychowawcy klasy: *Jak uważasz, co twój wychowawca sądzi o twoich osiągnięciach w szkole w porównaniu z innymi uczniami w klasie?* Kategorie odpowiedzi: *bardzo dobre, dobre, przeciętne, poniżej przeciętnej*. Pytanie to było walidowane we wspólnym projekcie badaczy z Austrii, Norwegii i Kanady [6], a ostatnio także w Polsce. W badaniu z 2015 roku wykazaliśmy, że w grupie uczniów gimnazjum odpowiedzi udzielane na powyższe pytanie korelują z oceną, jaką uczeń uzyskał na sprawdzianie państwowym pod koniec VI klasy szkoły podstawowej, świadcząca o ogólnym potencjale intelektualnym i umiejętności uczenia się. W pracy zdefiniowano **wskaźnik pozytywny** – odsetek młodzieży, która ma **bardzo dobre lub dobre osiągnięcia szkolne**.

Wyniki

Według wyników ostatnich badań HBSC 17,8% ankietowanych nastolatków oceniło swoje osiągnięcia szkolne jako bardzo dobre, a tylko 5% jako gorsze niż przeciętne. W porównaniu z wynikami sprzed 4 lat nastąpiła istotna zmiana ($p=0,012$), która wyrażała się 3-procentowym wzrostem osiągnięć „dobrych”, przy równoczesnym spadku częstości skrajnych odpowiedzi (ryc. 6). Różnica dotyczy więc przesunięcia w obrębie odpowiedzi pozytywnych.

RYCINA 6. ZMIANY POZIOMU OSIĄGNIĘĆ SZKOLNYCH MŁODZIEŻY 11-15-LETNIEJ W POLSCE W LATACH 2010-2014



U chłopców zanotowano istotną poprawę ($p=0,004$), podczas gdy u dziewcząt pogorszenie (spadek odsetka ocen bardzo dobrych z 23,5% do 19,6%; $p=0,018$). Patrząc na grupy wieku, stwierdzamy silniejsze zmiany w dwóch starszych rocznikach (gimnazjalnych), podczas gdy u 11-latków zmiana nie była istotna statystycznie. W grupie 13-latków zanotowano poprawę ($p=0,032$), a u 15-latków – pogorszenie wyników w nauce ($p=0,045$). Trudno jest więc mówić o jednolitej tendencji zmian.

TABELA 19. POZIOM OSIĄGNIĘĆ SZKOLNYCH MŁODZIEŻY SZKOLNEJ W ROKU SZKOLNYM 2013/14 WEDŁUG PŁCI I WIEKU

OSIĄGNIĘCIA SZKOLNE		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
bardzo dobre	N	149	117	82	212	124	105
	%	19,7	15,8	12,1	29,5	16,6	13,6
dobre	N	371	300	217	360	318	266
	%	49,1	40,5	32,1	50,1	42,6	34,4
przeciętne	N	198	281	318	133	278	360
	%	26,2	38,0	47,0	18,5	37,2	46,5
poniżej przeciętnej	N	37	42	60	13	27	43
	%	4,9	5,7	8,9	1,8	3,6	5,6

Dokładny rozkład odpowiedzi na pytanie o osiągnięcia szkolne znajduje się w tabeli 19. U obu płci percepcja osiągnięć szkolnych pogarsza się wraz z wiekiem. W grupie 11-latków dziewczynki oceniają się lepiej niż chłopcy, podczas gdy w rocznikach gimnazjalnych różnice zależne od płci są mniejsze.

W tabeli 20 przedstawiono wyniki testowania statystycznego różnic związanych z płcią i wiekiem, posługując się zdefiniowanym wcześniej wskaźnikiem pozytywnym – odsetkiem połączonej oceny *bardzo dobrej* i *dobrej*. Ogólny wskaźnik kształtował się na poziomie 59,4%, wykazując rozpiętość od 44,2% u chłopców 15-letnich do 79,2% u dziewcząt 11-letnich.

Stwierdzono:

- wyraźną tendencję spadkową w kolejnych grupach wieku; różnice zależne od wieku są istotne u obu płci, trochę silniejsze u dziewcząt;
- w najmłodszej grupie wieku odsetek dziewcząt mających dobre i bardzo dobre wyniki w nauce jest o 10,8% większy niż chłopców; w starszych rocznikach są to już dużo mniejsze różnice, nieistotne statystycznie.

TABELA 20. MŁODZIEŻ, KTÓRA MA BARDZO DOBRE OSIĄGNIĘCIA SZKOLNE, WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%)

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Ogółem	59,4	56,9	61,9	0,001
11 lat	74,1	68,9	79,7	0,000
13 lat	57,8	56,4	59,2	0,271
15 lat	46,2	44,2	47,9	0,151
p	0,000	0,000	0,000	

W tabeli 21 przedstawiono analizę wybranych uwarunkowań dobrych osiągnięć szkolnych.

Stwierdzono, że:

- młodzież wychowująca się z obojgiem biologicznych rodziców osiąga lepsze wyniki w nauce; odsetek osiągnięć *bardzo dobrych* lub *dobrych* jest w tych rodzinach o ponad 10 punktów procentowych większy niż w rodzinach zrekonstruowanych lub niepełnych; różnice na korzyść rodzin biologicznych utrzymują się we wszystkich grupach wyróżnionych według płci i wieku;

- osiągnięcia szkolne wykazują bardzo silny związek z zamożnością rodziny; różnica w odsetku uczniów mających lepsze osiągnięcia w nauce wynosi 18,7% przy porównaniu rodzin biednych i zamożnych; wpływ zamożności rodziny utrzymuje się we wszystkich podgrupach, choć jest najslabszy u 13-latków;
- słabo zarysowuje się związek między miejscem zamieszkania a osiągnięciami szkolnymi nastolatków; w grupie *ogółem* i u dziewcząt można zauważyć tendencję do lepszych osiągnięć wśród młodzieży z małych miast.

TABELA 21. MŁODZIEŻ, KTÓRA MA *BARDZO DOBRE* OSIĄGNIĘCIA SZKOLNE, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	62,1	75,8	60,4	49,0	58,9	65,2
rodzina zrekonstruowana	50,5	67,5	52,3	36,7	52,7	49,1
samotny rodzic	51,1	67,9	50,2	37,7	50,6	52,6
p	0,000	0,026	0,010	0,001	0,015	0,000
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna (0-4)	50,8	61,7	53,4	38,7	46,5	54,8
poniżej przeciętnej (5-6)	57,5	74,2	55,6	43,1	55,3	59,7
przeciętna (7-9)	60,8	76,1	57,9	47,8	58,1	63,5
rodzina zamożna (10-13)	69,5	82,5	65,7	58,7	69,7	69,3
p	0,000	0,000	0,034	0,000	0,000	0,000
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	55,8	72,3	55,9	45,3	54,2	57,6
małe miasto	62,7	74,6	59,6	48,0	59,0	66,4
wieś	59,3	75,6	58,2	45,3	57,5	60,8
p	0,001	0,361	0,485	0,636	0,164	0,002

W analizie wielowymiarowej wykazano, że cztery z pięciu analizowanych czynników wpływają na szansę osiągnięcia lepszych wyników w szkole. Według hierarchii ważności są to **wiek**, **zamożność rodziny**, **struktura rodziny** i **płeć**. Tylko miejsce zamieszkania nie zakwalifikowało się do końcowego modelu.

Podsumowanie

Prawie 60% nastolatków uważa swoje osiągnięcia szkolne za bardzo dobre lub dobre. Odsetek ten gwałtownie zmniejsza się z wiekiem. Różnice związane z płcią notowane są głównie w młodszych rocznikach. W latach 2010-2014 stwierdzono pogorszenie osiągnięć szkolnych nastolatków, co wyrażało się zmniejszeniem odsetka ocen bardzo dobrych na rzecz dobrych, przy stabilnym poziomie gorszych ocen. Tempo i kierunek zmian zależą od płci i wieku, pogorszenie zaobserwowano przede wszystkim u dziewcząt oraz w najstarszym roczniku. Osiągnięcia szkolne mają w Polsce silne uwarunkowania społeczne. Odsetek bardzo dobrych uczniów znacząco zwiększa się w rodzinach zamożnych oraz w przypadku zamieszkiwania z obojgiem biologicznych rodziców. Wpływ miejsca zamieszkania zarysowuje się głównie u dziewcząt, na korzyść mieszkanek małych miast.

Piśmiennictwo

1. Hayatbakhsh M.R., Najman J.M., Bor W. et al. School performance and alcohol use problems in early adulthood: a longitudinal study. *Alcohol* 2011; 45(7): 701–9.
2. Mazur J. *Związek między osiągnięciami w szkole a dolegliwościami subiektywnymi młodzieży 15-letniej na tle szerszych uwarunkowań środowiskowych*. W: Mazur J. (red.). *Společne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011, 43–70.
3. Crosnoe R., Cavanaugh S. Families with children and adolescents: a review, critique, and future agenda. *Journal of Marriage and Family* 2010; 72(3): 594–611.
4. Currie C. et al. (eds). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2012, p. 49.
5. Woynarowska B., Małkowska-Szkutnik A., Woynarowska-Sołdan M., Mazur J. Postrzeganie przez młodzież w wieku 11-15 lat wybranych aspektów środowiska psychospołecznego szkoły. Tendencje zmian w latach 1990-2010. *Kwartalnik Pedagogiczny* 2015; 1: 185–205.
6. Felder-Puig R., Griebler R., Samdal O. et al. Does the school performance variable used in the International Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) Study reflect students' school grades? *Journal of School Health* 2012; 82(9): 404–9.

7

Stosunek do szkoły

Katarzyna Radiukiewicz

Wstęp

Jednym z podstawowych środowisk życia dzieci i młodzieży, obok rodziny i grupy rówieśniczej, jest szkoła. Subiektywne postrzeganie środowiska szkolnego przez uczniów wpływa na ich zachowania, przekonania, zaangażowanie w proces kształcenia i osiągnięcia szkolne [1-3]. Negatywne doświadczenia związane ze szkołą mogą prowadzić do podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia, takich jak używanie substancji psychoaktywnych, wagarowanie i przemoc [4].

Wielu badaczy zwraca uwagę na związek postrzegania przez młodzież środowiska szkolnego z cechami socjodemograficznymi rodzin [5]. Uczniowie pochodzący z rodzin o niskim statusie socjoekonomicznym osiągają zazwyczaj słabsze wyniki w nauce [6], co może skutkować niechęcią do szkoły.

W artykule opublikowanym w 2015 roku *Wojnarowska i wsp.* prześledziły zmiany w postrzeganiu niektórych aspektów środowiska psychospołecznego szkoły przez młodzież 11-15-letnią w latach 1990-2010 w Polsce, na tle innych krajów członkowskich sieci HBSC. Poziom zadowolenia ze szkoły i tendencje zmian w Polsce kształtowały się mniej korzystnie niż

w innych krajach. Niepokojące było między innymi to, że w stosunku do średniej dla 39 krajów sieci HBSC Polska wypadła niekorzystnie w zakresie wskaźnika zadowolenia ze szkoły [7].

Z perspektywy prozdrowotnej i edukacyjnej zwiększanie satysfakcji młodzieży ze szkoły powinno być rozważane jako strategia mająca na celu nie tylko zwiększanie ogólnego dobrostanu młodzieży, ale również ograniczanie zachowań ryzykownych dla zdrowia [8].

Wskaźnik stosunku do szkoły

Pytanie na temat stosunku do szkoły jest pytaniem obowiązkowym, systematycznie stosowanym w badaniach HBSC od 1985 roku. W kwestionariuszu HBSC 2014 zmieniono brzmienie polskiej wersji tego pytania z *Jakie obecnie są Twoje odczucia związane ze szkołą?* na *Co sądzisz obecnie o swojej szkole?*; kategorie odpowiedzi zostały jednak takie same: *bardzo ją lubię, trochę ją lubię, niezbyt ją lubię, nie lubię jej wcale*. Sposób sformułowania pytania mógł wpłynąć na odpowiedzi, ponieważ odczucia młodzieży dotyczące ogólnego zadowolenia ze szkoły bardzo zmieniły się w latach 2010-2014.

W poniższych analizach zastosowany został pozytywny wskaźnik dychotomiczny: **odsetek młodzieży, która bardzo lubi szkołę**, względem pozostałych odpowiedzi.

Wyniki

Dane z ostatnich badań HBSC wykazały, że 22,3% ankietowanych uczniów *niezbyt lubi szkołę* lub *nie lubi jej wcale*, podczas gdy 37,9% *lubi ją bardzo*. W porównaniu z poprzednimi wynikami stwierdzono znaczną poprawę (różnica 17,3%) w zakresie pozytywnego postrzegania szkoły (ryc. 7).

RYCINA 7. ZMIANY STOSUNKU DO SZKOŁY UCZNIÓW 11-15-LETNICH W LATACH 2010-2014

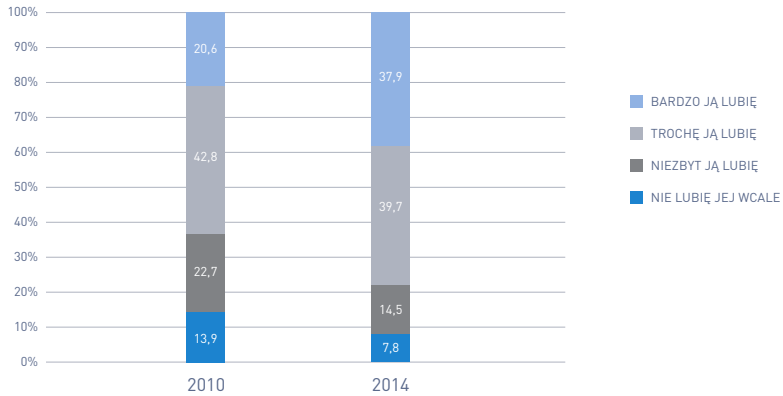


TABELA 22. STOSUNEK UCZNIÓW DO SZKOŁY WEDŁUG PŁCI I WIEKU

CO UCZNIOWIE SĄDZA O SWOJEJ SZKOLE?		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
bardzo ją lubią	N	278	283	190	321	382	230
	%	36,8	38,1	27,8	44,6	51,0	29,6
trochę ją lubią	N	303	309	283	288	249	328
	%	40,1	41,6	41,3	40,0	33,3	42,1
niezbyt ją lubią	N	131	95	121	84	76	134
	%	17,3	12,8	17,7	11,6	10,1	17,2
nie lubią jej wcale	N	44	56	90	27	42	86
	%	5,8	7,5	13,2	3,8	5,6	11,1

Dokładny rozkład odpowiedzi na analizowane pytanie we wszystkich podgrupach według płci i wieku znajduje się w tabeli 22. Należy zwrócić uwagę na zmiany opinii na temat szkoły wraz z wiekiem badanych.

W tabeli 23 przedstawiono wyniki testowania różnic zależnych od płci i wieku, biorąc pod uwagę zdefiniowany wcześniej dychotomizowany wskaźnik.

Stwierdzono, że:

- dziewczęta mają lepszą opinię na temat szkoły niż chłopcy; największa różnica w zależności od płci występuje w wieku 13 lat, podczas gdy w grupie 15-latków jest nieistotna statystycznie;

- zadowolenie ze szkoły u obu płci zmienia się wraz z wiekiem; można zauważyć niewielką poprawę stosunku do szkoły przy przejściu ze szkoły podstawowej do gimnazjum oraz późniejsze gwałtowne pogorszenie między 13. a 15. rokiem życia (tab. 23).

TABELA 23. UCZNIOWIE, KTÓRZY BARDZO LUBIĄ SZKOŁĘ, WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%)

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Ogółem	37,9	34,4	41,5	0,000
11 lat	40,6	36,8	44,6	0,001
13 lat	44,6	38,1	51,0	0,000
15 lat	28,7	27,8	29,6	0,244
p	0,000	0,000	0,000	

W tabeli 24 przedstawiono wyniki analizy wybranych uwarunkowań stosunku do szkoły. Stwierdzono, że:

- odsetki uczniów, którzy bardzo lubią szkołę, są największe w grupie młodzieży, która mieszka z obojgiem biologicznych rodziców, ale są to różnice niewielkie, istotne statystycznie jedynie w pełnej próbie;
- zamożność rodziny nie różnicuje opinii młodzieży na temat szkoły;
- również związek między miejscem zamieszkania a zadowoleniem ze szkoły okazał się nieistotny; u 15-latków zarysowała się tendencja do poprawy opinii na temat szkoły w większych miejscowościach, a w połączonej grupie dziewcząt – do poprawy w małych miastach (tab. 24).

W analizie wielowymiarowej wykazano, że tylko **płeć i wiek** wpływają na stosunek uczniów do szkoły. Miejsce zamieszkania, zamożność rodziny i jej struktura nie zakwalifikowały się do końcowego modelu uwarunkowań stosunku do szkoły.

TABELA 24. UCZNIOWIE, KTÓRZY BARDZO LUBIĄ SZKOŁĘ, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

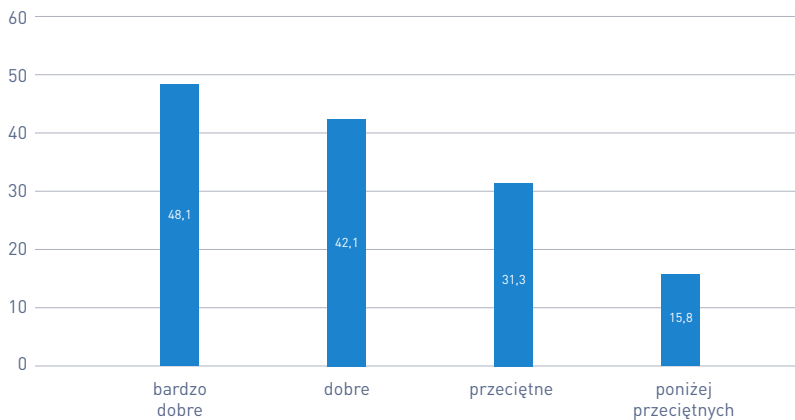
	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	39,0	41,6	45,3	29,7	35,8	42,2
rodzina zrekonstruowana	34,8	39,5	41,2	26,4	31,0	37,4
samotny rodzic	34,3	33,2	44,9	25,3	30,6	38,0
p	0,045	0,092	0,760	0,355	0,151	0,220

Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna [0-4]	37,1	37,1	47,5	27,6	33,2	40,8
poniżej przeciętnej [5-6]	37,5	40,5	41,7	30,0	33,5	41,4
przeciętna [7-9]	38,2	42,3	44,0	28,3	34,9	41,7
rodzina zamożna [10-13]	40,7	42,1	49,1	29,6	38,1	42,9
p	0,479	0,551	0,229	0,893	0,483	0,946
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	38,3	36,7	46,1	31,4	35,9	40,8
małe miasto	39,1	42,7	43,6	29,6	33,7	44,3
wieś	36,3	40,5	43,8	25,1	33,4	38,8
p	0,260	0,175	0,664	0,077	0,543	0,081

Uwarunkowania społeczne słabo różnicują opinie młodzieży na temat szkoły. Można spodziewać się związków pośrednich, gdyż stosunek do szkoły jest wzajemnie zależny od osiągnięć szkolnych, a te, jak wynika z poprzedniego rozdziału, mają silne uwarunkowania społeczne.

W najnowszym badaniu HBSC wykazano, że 48,1% ankietowanych uczniów bardzo lubiących szkołę osiąga bardzo dobre wyniki w nauce, natomiast spośród uczniów o osiągnięciach poniżej przeciętnej bardzo lubi ją jedynie 15,8%. Widoczna jest tendencja wzrostowa – im lepsze wyniki w nauce, tym bardziej pozytywne postrzeżenie szkoły przez uczniów (ryc. 8).

RYCINA 8. ODSETEK UCZNIÓW, KTÓRZY *BARDZO LUBIĄ SZKOŁĘ*, W ZALEŻNOŚCI OD OSIĄGNIĘĆ SZKOLNYCH



Podsumowanie

W roku szkolnym 2013/2014 w porównaniu z badaniami HBSC 2010 stwierdzono istotny wzrost odsetka uczniów, którzy bardzo lubią szkołę. Dziewczeta mają bardziej pozytywny stosunek do szkoły niż chłopcy, co stwierdza się tylko w wieku 11 i 13 lat. Zadowolenie ze szkoły u obu płci pogarsza się wraz z wiekiem. Miejsce zamieszkania, struktura i zamożność rodziny nie warunkują stosunku do szkoły, jest on natomiast zależny od osiągnięć szkolnych, które mają silne uwarunkowania społeczno-ekonomiczne.

Piśmiennictwo

1. Ireson J., Hallam S. Pupils' liking for school: ability grouping, self-concept and perceptions of teaching. *British Journal of Educational Psychology* 2005; 75(Pt 2): 297–311.
2. Koth C.W., Bradshaw C.P., Leaf P.J. A Multilevel Study of Predictors of Student Perceptions of School Climate: The Effect of Classroom-Level Factors. *Journal of Educational Psychology* 2008; 100(1): 96–104.
3. Fredricks J.A., Blumenfeld P.C., Paris A.H. School Engagement: Potential of the Concept, State of the Evidence. *Review of Educational Research* 2004; 74(1): 59–109.
4. Harel-Fisch Y., Walsh S.D., Fogel-Grinvald H. et al. Negative school perceptions and involvement in school bullying: a universal relationship across 40 countries. *Journal of Adolescence* 2011; 34(4): 639–52.
5. Duncan G.J., Magnuson K.A. Can family socioeconomic resources account for racial and ethnic test score gaps? *The Future of Children* 2005; 15(1): 35–54.
6. Summersett-Ringgold F.C., Li K., Haynie D.L., Iannotti R.J. Do school resources influence the relationship between adolescent financial background and their school perceptions? *Journal of School Health* 2015; 85(7): 413–22.
7. Woynarowska B., Małkowska-Szkutnik A., Woynarowska-Soldan M., Mazur J. Postrzeganie przez młodzież w wieku 11-15 lat wybranych aspektów środowiska psychospołecznego szkoły. Tendencje zmian w latach 1990-2010. *Kwartalnik Pedagogiczny* 2015; 1(235): 185–205.
8. Ravens-Sieberer U., Freeman J., Kokonyei G. et al. School as a Determinant for Health Outcomes-A Structural Equation Model Analysis. *Health Education* 2009; 109(4): 342–356.

8

Stres szkolny

Agnieszka Małkowska-Szcutnik

Wstęp

Odczuwanie stresu dotyczy różnych sytuacji w codziennym funkcjonowaniu i w zależności od natężenia zmienia sposób radzenia sobie z trudnościami. Odczuwanie stresu psychologicznego często wiąże się z brakiem równowagi między wymaganiami środowiska a zasobami osoby, tzn. ze zbyt dużymi obciążeniami [1]. W tym podrozdziale zostanie omówione odczuwanie stresu związanego z obowiązkami szkolnymi. Negatywne postrzeganie szkoły, w tym m.in. zwiększone odczuwanie stresu szkolnego, może skutkować dodatkowymi obciążeniami, takimi jak podejmowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia [2] lub gorsze samopoczucie [3].

W krajowych i międzynarodowych publikacjach wykorzystujących wyniki badań HBSC wskazuje się na powiązanie obciążenia stresem szkolnym z postrzeganiem innych obszarów środowiska szkolnego, wsparciem społecznym, zdrowiem, zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia [4, 5, 6]. Wskaźnik ten analizowany był także dla oceny funkcjonowania w szkole uczniów z chorobami przewlekłymi [6, 7].

Wskaźnik stresu szkolnego

W kwestionariuszu badań HBSC pytanie dotyczące stresu szkolnego stosowane jest od dwóch dekad. Jego zmieniana w kolejnych latach forma nie pozwala na śledzenie trendu. Uczniowie odpowiadają na pytanie: *W jakim stopniu odczuwasz stres związany ze szkołą i nauką?* Kategorie odpowiedzi są następujące: *wcale, trochę, dość dużo, bardzo dużo*.

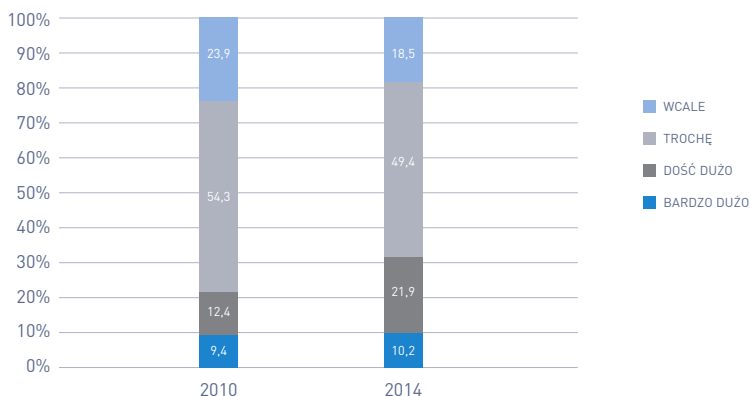
W poniższych analizach zastosowany zostanie **wskaźnik negatywny**, oznaczający podwyższony poziom **stresu szkolnego** – zsumowano dwie ostatnie odpowiedzi, tzn. za podwyższony poziom stresu uznaje się odczuwanie go w *dość dużym* i *bardzo dużym* stopniu.

Wyniki

Według danych z ostatnich badań HBSC 10,2% ankietowanych uczniów odczuwa bardzo duży poziom stresu szkolnego; nie odczuwa go wcale 18,5%. Ponad 1/3 badanych odczuwa, zdefiniowany wcześniej, podwyższony poziom stresu szkolnego (ryc. 9).

W porównaniu z wynikami sprzed 4 lat stwierdzono istotny wzrost odsetka uczniów obciążonych stresem szkolnym, z 21,8% w 2010 roku do 32,1% w roku 2014 (ryc. 9). Odczuwanie obciążenia stresem szkolnym zwiększyło się istotnie zarówno w populacji chłopców, jak i dziewcząt – odpowiednio o 9 i 12 punktów procentowych.

RYCINA 9. ZMIANY NASILENIA STRESU SZKOLNEGO MŁODZIEŻY 11-15-LETNIEJ W POLSCE W LATACH 2010-2014



Dokładny rozkład odpowiedzi na analizowane pytanie znajduje się w tabeli 25. Należy zwrócić uwagę na rosnące wraz z wiekiem badanych obciążenia stresem szkolnym, zarówno w populacji chłopców, jak i dziewcząt.

TABELA 25. NASILENIE STRESU SZKOLNEGO WEDŁUG PŁCI I WIEKU

ODCZUWANIE STRESU SZKOLNEGO		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
wcale	N	174	167	164	117	119	81
	%	22,9	22,4	24,1	16,2	15,9	10,4
trochę	N	400	355	302	394	385	351
	%	52,7	47,7	44,3	54,7	51,4	45,1
dość dużo	N	131	146	147	158	168	221
	%	17,3	19,6	21,6	21,9	22,4	28,4
bardzo dużo	N	54	77	68	51	77	125
	%	7,1	10,3	10,0	7,1	10,3	16,1

W tabeli 26 przedstawiono wyniki testowania różnic zależnych od płci i wieku, biorąc pod uwagę zdefiniowany wcześniej dychotomiczny wskaźnik.

Stwierdzono, że:

- odsetek młodzieży odczuwającej podwyższony poziom stresu szkolnego istotnie zwiększa się z wiekiem;
- różnice zależne od wieku nasilają się w populacji dziewcząt;
- różnice między chłopcami a dziewczętami są nieistotne u 13-latków, a znacząco pogłębiają się wśród 15-latków (tab. 26).

TABELA 26. MŁODZIEŻ, KTÓRA ODCZUWAŁA PODWYŻSZONY STRES SZKOLNY, WEDŁUG PŁCI I WIEKU [%]

	OGÓLEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Ogółem	32,1	28,5	35,6	0,000
11 lat	26,6	24,4	29,0	0,043
13 lat	31,3	29,9	32,7	0,247
15 lat	38,5	31,6	44,5	0,000
p	0,000	0,006	0,000	

W tabeli 27 przedstawiono wyniki analizy wybranych uwarunkowań odczuwania podwyższonego stresu szkolnego.

Stwierdzono, że:

- struktura rodziny i jej zamożność nie różnicują obciążenia stresem szkolnym;
- w populacji 13-latków miejsce zamieszkania różnicuje obciążenie stresem szkolnym; najwyższe wskaźniki uzyskano w dużych miastach, a najniższe w małych miastach; podobną zależność można stwierdzić w połączonej próbie dziewcząt.

TABELA 27. MŁODZIEŻ, KTÓRA ODCZUWAŁA PODWYŻSZONY STRES SZKOLNY, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	31,4	25,4	30,9	38,7	27,0	35,9
rodzina zrekonstruowana	32,2	25,9	40,7	30,3	33,9	31,1
samotny rodzic	32,6	29,9	29,6	38,0	30,3	34,8
p	0,834	0,417	0,141	0,227	0,161	0,464
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna [0-4]	32,0	27,9	32,6	34,7	30,5	33,4
poniżej przeciętnej [5-6]	31,2	25,2	30,7	37,8	26,5	35,7
przeciętna [7-9]	31,8	26,2	30,8	38,9	27,8	36,0
rodzina zamożna [10-13]	33,6	27,7	31,3	43,2	29,7	36,9
p	0,751	0,852	0,957	0,297	0,515	0,761
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	34,9	31,3	34,9	37,5	30,3	39,9
małe miasto	30,9	24,7	27,9	41,1	27,8	32,7
wieś	31,2	25,9	30,2	36,9	27,1	34,9
p	0,016	0,066	0,049	0,368	0,352	0,012

Jeżeli weźmiemy pod uwagę pięć analizowanych czynników (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, zamożność rodziny i strukturę rodziny), to tylko **wiek, płeć i miejsce zamieszkania** są niezależnymi predyktorami odczuwania podwyższonego stresu szkolnego.

Podsumowanie

Co trzeci nastolatek ankietowany w ramach badań HBSC w roku szkolnym 2013/14 odczuwa nasilenie stresu szkolnego. W latach 2010-2014 odsetek młodzieży obciążonej stresem szkolnym istotnie się zwiększył. Odczuwanie znacznego obciążenia stresem szkolnym zwiększa się z wiekiem, co szczególnie dotyczy dziewcząt. Według wyników najnowszych badań miejsce zamieszkania jest kolejnym, oprócz płci i wieku, istotnym predyktorem odczuwania nasilenia stresu szkolnego w okresie dorastania. Bardziej obciążeni stresem szkolnym są uczniowie z dużych miast, szczególnie dziewczęta.

Piśmiennictwo

1. Heszen I. *Psychologia stresu*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN 2014.
2. Archambault I., Janosz M., Morizot J. et al. Adolescent behavioral, affective, and cognitive engagement in school: Relationship to dropout, *Journal of School Health* 2009, 79(9): 408–415.
3. Mazur J. Związek między osiągnięciami w szkole a dolegliwościami subiektywnymi młodzieży 15-letniej na tle szerszych uwarunkowań środowiskowych. W: Mazur J. (red.). *Spoleczne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej. Raport z badań HBSC 2010*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011, s. 43–70.
4. Eriksson U., Sellstrom E. School demands and subjective health complaints among Swedish schoolchildren: A multilevel study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2010; 38: 344–350.
5. Torsheim T., Wold B. School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of Adolescence* 2001; 24: 701–713.
6. Andersen A., Holstein B.E., Due P. School-related risk factors for drunkenness among adolescents: risk factors differ between socio-economic groups. *European Journal of Public Health* 2007; 17(1): 27–32.
7. Małkowska-Szcutnik A., Mazur J. Funkcjonowanie w szkole uczniów z chorobą przewlekłą. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2011; 92(2): 232–240.

II

Wybrane wskaźniki zdrowia

Wstęp

Wskaźnik samooceny zdrowia (SRH – *Self-rated Health*) jest powszechnie stosowany w badaniach populacyjnych stanu zdrowia ludności w różnym wieku. Zakłada się, że daje on ogólny obraz postrzegania różnych aspektów zdrowia fizycznego i psychospołecznego, zgodnie z jego definicją według Światowej Organizacji Zdrowia. Młodzież dużo lepiej ocenia swoje zdrowie niż osoby dorosłe, a sygnalizowanie problemów zdrowotnych już w drugiej dekadzie życia prognozuje gorsze funkcjonowanie w późniejszych latach, większą podatność na choroby i przedwczesną umieralność.

W artykule opublikowanym w kwietniu 2015 r. *Cavallo i wsp.* prześledzili trendy samooceny zdrowia nastolatków z 32 krajów Europy i Ameryki Północnej, posługując się wynikami trzech kolejnych badań HBSC z lat 2002-2010. O ile na początku tej dekady w większości krajów samoocena zdrowia się poprawiała, o tyle w latach 2006-2010 korzystna tendencja uległa zahamowaniu bądź wręcz odwróceniu [1]. Można to wiązać z ogólnym kryzysem ekonomicznym i coraz większymi trudnościami w realizacji zadań rozwojowych w okresie dorastania i przechodzenia do dorosłości.

W wielu krajowych i międzynarodowych opracowaniach wykorzystujących wyniki badań HBSC zwrócono uwagę na silny związek samooceny zdrowia z warunkami życia, zachowaniami zdrowotnymi, jakością relacji w rodzinie i w grupie rówieśniczej [2-4]. Biorąc pod uwagę jego – wielokrotnie udowodnione – społeczne uwarunkowania, wskaźnik samooceny zdrowia powinien być szeroko stosowany w badaniach nad społecznymi nierównościami w zdrowiu.

Wskaźnik samooceny zdrowia

Pytanie na temat postrzegania własnego zdrowia stosowane jest w badaniach HBSC w podobnej postaci od 2002 roku (wcześniej funkcjonowało podobne pytanie z innymi kategoriami odpowiedzi). Za jego źródło przyjmuje się systematyczny przegląd badań opublikowany przez *Idlera i wsp.* [5]. Uczniowie mają za zadanie ocenić swoje zdrowie jako *doskonałe, dobre, niezłe* lub *kiepskie*. W 2010 roku postanowiono zmienić w Polsce tłumaczenie kategorii odpowiedzi, aby zwiększyć porównywalność z danymi międzynarodowymi. Choć trudno jest śledzić wcześniejsze trendy, porównania zmian w latach 2010-2014 nie są już z tego powodu obciążone.

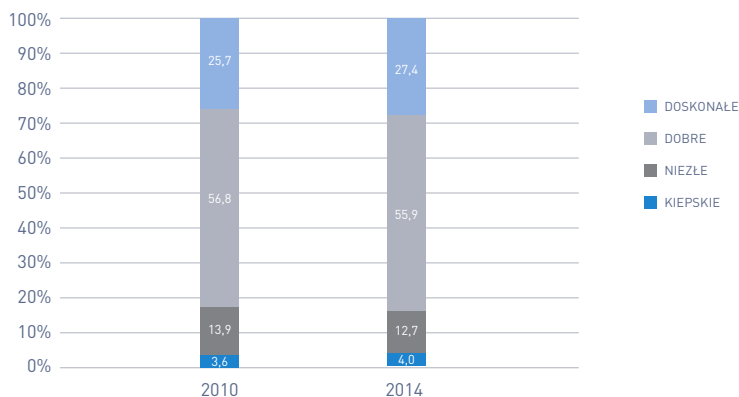
W poniższych analizach zastosowany zostanie najczęściej budowany **negatywny wskaźnik – odsetek młodzieży, która uważa swoje zdrowie za gorsze niż dobre**. W niektórych opracowaniach zaleca się też analizę wskaźnika pozytywnego, częstości oceny zdrowia jako doskonałego.

Wyniki

Według danych z ostatnich badań HBSC 16,7% ankietowanych uczniów uważa swoje zdrowie za gorsze niż dobre, podczas gdy 27,4% uważa je za doskonałe. Ocena skrajnie negatywna (zdrowie kiepskie) występuje rzadko (ryc. 10). Skala zjawiska może być jednak zaniżona. Młodzież była ankietowana na terenie szkoły w czasie zajęć lekcyjnych, co eliminuje uczestnictwo osób trwale lub okresowo nieuczęszczających do szkoły z powodu poważniejszych problemów zdrowotnych.

W porównaniu z poprzednimi badaniami HBSC 2010 nie stwierdzono istotnych różnic w samoocenie zdrowia (ryc. 10). Jedynie w populacji dziewcząt można zauważyć pewną poprawę. Odsetek dziewcząt określających własne zdrowie jako doskonałe zwiększył się z 18,4% do 22,7%.

RYC. 10. ZMIANY SAMOOCENY ZDROWIA MŁODZIEŻY 11-15-LETNIEJ W POLSCE W LATACH 2010-2014



Dokładny rozkład odpowiedzi na analizowane pytanie znajduje się w tabeli 28. Należy zwrócić uwagę na pogorszenie samooceny zdrowia wraz z wiekiem ankietowanych oraz na wyraźne różnice zależne od płci.

TABELA 28. SAMOOCENA ZDROWIA MŁODZIEŻY 11-15-LETNIEJ WEDŁUG PŁCI I WIEKU

ZDROWIE		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
doskonale	N	288	231	186	244	178	90
	%	37,8	31,1	27,2	33,8	23,7	11,5
dobre	N	400	417	379	403	429	454
	%	52,5	56,2	55,3	55,9	57,3	58,2
niezłe	N	62	77	95	59	97	175
	%	8,1	10,4	13,9	8,2	13,0	22,4
kiepskie	N	12	17	25	15	45	62
	%	1,6	2,3	3,6	2,1	6,0	7,9

W tabeli 29 przedstawiono wyniki testowania różnic zależnych od płci i wieku, biorąc pod uwagę zdefiniowany wcześniej dychotomizowany wskaźnik.

Stwierdzono, że:

- odsetek młodzieży gorzej oceniającej swoje zdrowie istotnie zwiększa się w starszych grupach wieku;

- różnice między grupami wieku nasilają się u dziewcząt; porównując skrajne grupy wieku, uzyskujemy różnicę 7,8% u chłopców oraz 20% u dziewcząt;
- różnice między chłopcami i dziewczętami są nieistotne u 11-latków, po czym nasilają się w dwóch starszych grupach wieku, gdzie już są istotne (tab. 29).

TABELA 29. MŁODZIEŻ, KTÓRA OCENIŁA ZDROWIE JAKO GORSZE NIŻ DOBRE, WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%)

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Ogółem	16,7	13,2	20,1	0,000
11 lat	10,0	9,7	10,3	0,394
13 lat	15,8	12,7	19,0	0,001
15 lat	24,4	17,5	30,3	0,000
p	0,000	0,000	0,000	

W tabeli 30 przedstawiono wyniki analizy wybranych uwarunkowań samooceny zdrowia. Stwierdzono, że:

- młodzież, która mieszka z obojgiem biologicznych rodziców, ocenia swoje zdrowie znacznie lepiej niż jej rówieśnicy z rodzin niepełnych i zrekonstruowanych;
- miejsce zamieszkania słabo różnicuje samoocenę zdrowia w tej grupie wieku; u dziewcząt w dużych miastach zauważyć można istotnie większy niż u rówieśniczek z małych miast i wsi odsetek gorzej oceniających swoje zdrowie;
- samoocena zdrowia wyraźnie pogarsza się w rodzinach mniej zamożnych; jest to stabilna zależność, która występuje w prawie wszystkich analizowanych podgrupach, z wyjątkiem 15-latków;
- silny związek liniowy, wyrażający się systematycznym spadkiem odsetka gorzej oceniających swoje zdrowie wraz z poprawą zamożności, notowany jest w grupie 11-latków oraz u chłopców.

TABELA 30. MŁODZIEŻ, KTÓRA OCENIŁA SWOJE ZDROWIE JAKO *GORSZE NIŻ DOBRE*, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH [%]

	OGÓLEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	15,8	9,5	14,9	23,4	12,5	19,0
rodzina zrekonstruowana	19,2	12,3	15,5	27,0	9,7	25,8
samotny rodzic	19,4	12,0	19,4	25,8	16,6	22,2
p	0,037	0,434	0,250	0,553	0,087	0,067
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna (0-4)	18,1	12,9	16,0	24,8	15,4	20,6
poniżej przeciętnej [5-6]	18,6	11,4	18,4	25,9	15,0	22,2
przeciętna [7-9]	16,2	9,1	16,4	23,4	12,5	10,1
rodzina zamożna [10-13]	12,2	6,3	9,5	22,3	9,4	14,7
p	0,002	0,057	0,025	0,735	0,056	0,036
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	18,1	9,5	16,2	25,8	12,8	23,7
małe miasto	15,8	9,6	14,7	25,5	13,2	18,2
wieś	16,5	11,0	16,5	21,7	13,8	18,2
p	0,223	0,697	0,730	0,249	0,857	0,016

Jeżeli weźmiemy pod uwagę pięć analizowanych czynników (**wiek, płeć, zamożność rodziny**, strukturę rodziny i miejsce zamieszkania), to pierwsze trzy (w tej kolejności) są niezależnie oddziałującymi determinantami pogorszonej samooceny zdrowia.

Podsumowanie

Co szósty nastolatek ankietowany w ramach badań HBSC w roku szkolnym 2013/14 zgłaszał poważne zastrzeżenia w odniesieniu do własnego zdrowia. W porównaniu z badaniami prowadzonymi 4 lata wcześniej nie stwierdzono istotnych zmian. Samoocena zdrowia pogarsza się z wiekiem oraz jest wyraźnie gorsza u dziewcząt. Według wyników najnowszych badań HBSC, podobnie jak we wcześniejszych badaniach, oprócz płci i wieku zamożność rodziny jest kolejnym ważnym predyktorem samooceny zdrowia w okresie dorostania.

Piśmiennictwo:

1. Cavallo F., Dalmasso P., Ottová-Jordan V. et al. Trends in self-rated health in European and North-American adolescents from 2002 to 2010 in 32 countries. *European Journal of Public Health* 2015; 25(Suppl. 2): 13–5.
2. Richter M., Moor I., van Lenthe F.J. Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: the contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2012; 66(8): 691–697.
3. Kelleher C.C., Tay J., Nic Gabhainn S. Influence on self-rated health of sociodemographic, lifestyle and affluence factors: an analysis of the Irish and International Health Behaviours Among School-Aged Children (HBSC) datasets. *Irish Medical Journal* 2007; 100: 44–7.
4. Kołoto H. Wpływ aktywności fizycznej na samoocenę zdrowia młodzieży 11-, 13- i 15-letniej na tle uwarunkowań społeczno-ekonomicznych. W: Mazur J. (red.). *Wyniki badań HBSC 2010. Społeczne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej*. IMD, Warszawa 2011, 93–110.
5. Idler E.L., Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 1997; 38: 21–37.

Wstęp

Określenie „dolegliwości subiektywne” odnosi się do objawów nieswoistych, niezwiązanych ze zdiagnozowanymi chorobami. Poprzez określenie „subiektywne” podkreśla się znaczenie osobistego doświadczenia i interpretacji obciążenia daną dolegliwością. Dolegliwości subiektywne często ze sobą współwystępują, co wskazuje na wspólną etiologię. W okresie dorastania obciążenie powtarzającymi się dolegliwościami lub zespołem różnych objawów znacznie pogarsza jakość życia, powodując częstsze korzystanie z usług medycznych i sięganie po leki (zwykle bez recepty) oraz opuszczanie zajęć szkolnych [1]. Z tego względu należy ich występowanie traktować jako ważny problem zdrowia publicznego.

Do tej pory ukazało się wiele opracowań na temat dolegliwości subiektywnych (zespołu lub pojedynczych symptomów). Opierały się one na wynikach kolejnych badań HBSC. Są to porównania częstości występowania dolegliwości u młodzieży w różnych krajach, analizy trendów oraz uwarunkowań. Wielokrotnie analizowany był związek między przemocą doświadczaną w szkole a mnogimi dolegliwościami subiektywnymi [2]. Można też podać przykłady analiz, w których dolegliwości są mediatorem badanych zależności, jak w opracowaniu na temat zależności między

wyborami żywieniowymi a zachowaniami agresywnymi [3]. W jednym z najnowszych opracowań *Ottova i wsp.* przeprowadzili połączoną analizę trendów w latach 2002-2010 i uwarunkowań subiektywnych dolegliwości w 34 krajach [4].

Zwraca się też uwagę na społeczno-ekonomiczne uwarunkowania dolegliwości subiektywnych młodzieży szkolnej. Według badań przeprowadzonych w Polsce na podstawie danych HBSC 2006 wykazano dominujący wpływ klimatu szkoły i jakości relacji w rodzinie, ale istotne też były takie czynniki, jak zamożność rodziny i status społeczno-ekonomiczny sąsiedztwa [5].

Wskaźniki dolegliwości subiektywnych

Skala dolegliwości stosowana w badaniach HBSC nazywana jest często HBSC-SCL, czyli listą kontrolną symptomów (ang. *checklist*). Młodzież pytana jest o występowanie w ostatnich 6 miesiącach: *bólu głowy*, bólu brzucha, bólu pleców, *przygnębienia*, *rozdrażnienia lub złego humoru*, *zdeenerwowania*, *trudności w zasypianiu* i *zawrotów głowy*. Jest to skrócona wersja skali 15 symptomów pochodzącej z badań norweskich [6]¹. Skala stosowana jest w niezmienionej postaci, począwszy od badań 1993/94. Wdrażając wersję skróconą do badań HBSC, wybrano po cztery objawy mające najsilniejsze ładunki czynnikowe na jej dwóch głównych składowych – dolegliwości somatycznych (najczęściej bólowych) i tych o podłożu psychicznym. Ostatnio proponowane jest wyłączenie *trudności w zasypianiu*, z powodu różnic między krajami w funkcjonowaniu tego pytania w obrębie skali.

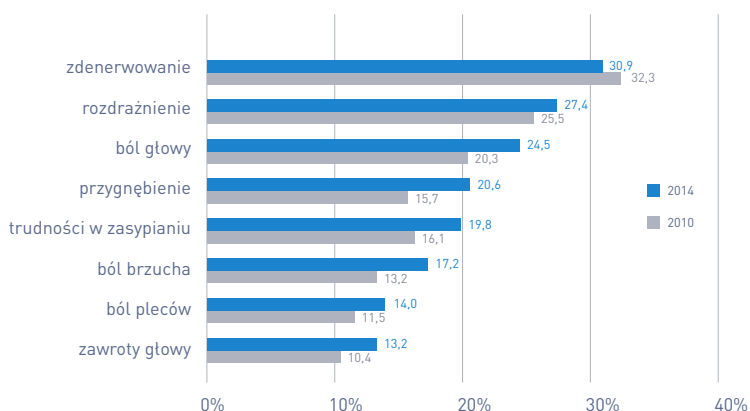
Uwzględniono pięć kategorii odpowiedzi: *prawie codziennie*, *częściej niż 1 raz w tygodniu*, *prawie w każdym tygodniu*, *prawie w każdym miesiącu*, *rzadko lub nigdy*. Za „często” uznaje się odczuwanie dolegliwości *prawie codziennie* lub *częściej niż 1 raz w tygodniu*. W aneksie zamieszczone są odrębne tabele dla ośmiu dolegliwości. Zdefiniowano dwie nowe zmienne, odnoszące się do sumarycznej częstości występowania dolegliwości: 1) zmienna pomocnicza oznaczająca maksymalną częstość występowania któregokolwiek z 8 symptomów; 2) zmienna główna wykorzystywana w większości analiz, odnosząca się do liczby dolegliwości odczuwanych prawie codziennie lub częściej niż raz w tygodniu. Na podstawie tej drugiej zdefiniowano często używany **wskaźnik negatywny** – odsetek młodzieży, która odczuwa **dwie lub więcej dolegliwości co najmniej raz w tygodniu**.

¹ W Polsce w ramach dodatkowych pytań krajowych pytano też o odczuwanie zmęczenia oraz lęku i niepokoju.

Wyniki

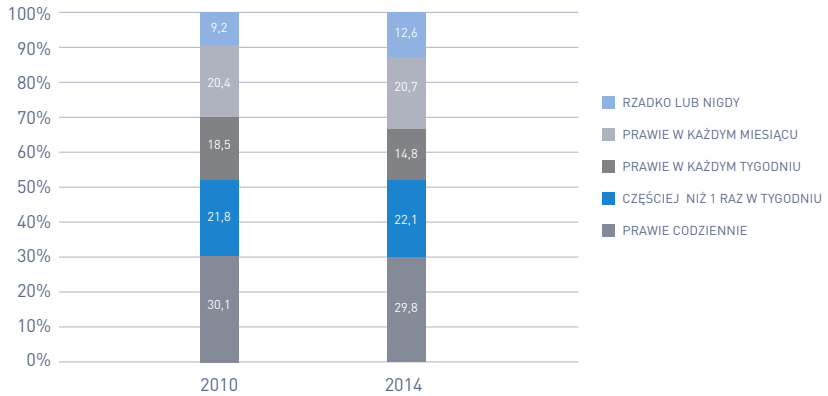
Na rycinie 11 przedstawiono odsetki młodzieży, która odczuwała poszczególne dolegliwości *prawie codziennie* lub *częściej niż 1 raz w tygodniu*, ustawione w kolejności od najrzadziej do najczęściej występującej w świetle wyników najnowszych badań HBSC. Symptomy o silniejszym podłożu psychicznym występują częściej niż dolegliwości somatyczne, chociaż bóle głowy zajmują trzecie miejsce w tym rankingu.

RYCINA 11. ZMIANY CZĘSTOŚCI ODCZUWANIA PRZEZ MŁODZIEŻ 11-15-LETNIĄ W POLSCE POWTARZAJĄCYCH SIĘ DOLEGLIWOŚCI SUBIEKTYWNYCH LATACH 2010-2014 (CZĘŚCIEJ NIŻ 1 RAZ W TYGODNIU)



W porównaniu z wynikami sprzed czterech lat w 2014 roku wykazano nasilenie prawie wszystkich analizowanych symptomów. Tylko rozdrażnienie występuje ze zbliżoną częstością, a zdenerwowanie – nawet istotnie rzadziej ($p=0,047$). Oznacza to, że sześć z analizowanych symptomów występowało u młodzieży w roku 2014 częściej niż cztery lata wcześniej, wszystkie oprócz dwóch najczęściej zgłaszanych.

RYCINA 12. ZMIANY OGÓLNEJ CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA DOLEGLIWOŚCI SUBIEKTYWNYCH U MŁODZIEŻY 11-15-LETNIEJ W POLSCE W LATACH 2010-2014



Ogółem, odsetek młodzieży, która odczuwała w ostatnich sześciu miesiącach co najmniej dwie powtarzające się dolegliwości, zwiększył się w latach 2010-2014 (ryc. 12) z 36,2% do 38,2% ($p=0,044$). U chłopców nie wykazano znaczących zmian (29,5% wobec 29,9% – $p=0,794$). Istotny wzrost tego odsetka zanotowano u dziewcząt (42,5% wobec 46,5% – $p=0,008$). Tempo zmian było też zróżnicowane w grupach wieku: u 11-latków wystąpił niewielki (nieistotny) spadek obciążenia dolegliwościami ($p=0,113$), u 13-latków – niewielki (nieistotny) wzrost ($p=0,153$) i tylko u 15-latków zanotowano wzrost istotny statystycznie ($p=0,001$).

TABELA 31. OGÓLNA CZĘSTOŚĆ* ODCZUWANIA PRZEZ MŁODZIEŻ DOLEGLIWOŚCI SUBIEKTYWNYCH WEDŁUG PŁCI I WIEKU

CZĘSTOŚĆ ODCZUWANIA DOLEGLIWOŚCI		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
prawie codzienne	N	161	175	177	189	275	349
	%	21,1	23,3	26,0	26,2	36,6	44,7
częściej niż 1 raz w tygodniu	N	149	142	166	166	161	195
	%	19,6	18,9	24,3	23,0	21,4	25,0
prawie w każdym tygodniu	N	96	119	124	102	106	111
	%	12,6	15,9	18,2	14,1	14,1	14,2
prawie w każdym miesiącu	N	178	180	142	163	150	108
	%	23,4	24,0	20,8	22,6	19,9	13,8
rzadko lub nigdy	N	178	134	73	101	60	17
	%	23,4	17,9	10,7	14,0	8,0	2,2

* Podano częstość maksymalną z podawanych ośmiu symptomów.

Ogólną częstość występowania jakichkolwiek dolegliwości z tej listy przedstawiono w tabeli 31 i na rycinie 12. Przy tak zdefiniowanej zmiennej można nawet mówić o poprawie, wyrażającej się wzrostem odsetka młodzieży wolnej od jakichkolwiek symptomów. Największe obciążenie dolegliwościami występuje u dziewcząt 15-letnich, z których tylko 2,2% nie zauważyło u siebie wymienionych symptomów. Podobne sygnały poprawy wynikają z analizy pełnych odpowiedzi na pytania dotyczące każdej dolegliwości (aneks), ponieważ odpowiedź *rzadko lub nigdy* coraz częściej jest zakreślana w odniesieniu do zdenerwowania i rozdrażnienia.

TABELA 32. MŁODZIEŻ, KTÓRA ODCZUWA DWIE LUB WIĘCEJ POWTARZAJĄCE SIĘ DOLEGLIWOŚCI CZĘŚCIEJ NIŻ 1 RAZ W TYGODNIU, WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%)

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Ogółem	38,2	29,7	46,4	0,000
11 lat	31,3	25,3	37,6	0,000
13 lat	37,6	28,4	46,7	0,000
15 lat	45,7	36,1	54,1	0,000
p	0,000	0,000	0,000	

Tabela 32 dotyczy porównania podstawowego wskaźnika mnogich dolegliwości względem płci i wieku. W badanej próbie odsetek odczuwających często dwie lub więcej z listy ośmiu dolegliwości waha się od 25,3% u chłopców 11-letnich do 54,1% u dziewcząt 15-letnich.

Ponadto stwierdzono, że:

- odsetek młodzieży obciążonej mnogimi dolegliwościami zwiększa się z wiekiem, co dotyczy obu płci;
- różnica między chłopcami i dziewczętami jest istotna we wszystkich grupach wieku, większa w rocznikach gimnazjalnych niż u 11-latków.

W tabeli 33 przedstawiono wpływ trzech czynników socjodemograficznych na częstość występowania mnogich dolegliwości subiektywnych.

TABELA 33. MŁODZIEŻ ODCZUWAJĄCA DWIE LUB WIĘCEJ POWTARZAJĄCE SIĘ DOLEGLIWOŚCI CZĘŚCIEJ NIŻ 1 RAZ W TYGODNIU WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓLEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	35,9	29,2	35,9	42,7	27,9	43,8
rodzina zrekonstruowana	48,2	42,5	47,6	52,7	33,0	58,6
samotny rodzic	45,3	31,4	42,1	53,0	37,1	53,2
p	0,000	0,001	0,032	0,005	0,004	0,000
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna (0-4)	41,8	40,1	39,0	46,0	32,7	50,1
poniżej przeciętnej (5-6)	38,2	31,6	39,3	43,3	30,2	46,1
przeciętna (7-9)	38,8	29,3	38,3	48,4	30,3	47,7
rodzina zamożna (10-13)	33,5	27,5	32,2	42,4	25,1	40,7
p	0,013	0,012	0,291	0,328	0,178	0,054
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	38,2	32,4	36,7	44,0	28,5	48,5
małe miasto	37,4	30,3	36,3	48,0	30,9	43,8
wieś	39,4	31,9	39,3	45,5	30,2	47,5
p	0,546	0,755	0,502	0,443	0,591	0,159

Stwierdzono, że:

- mnogie dolegliwości rzadziej występują u młodzieży, która wychowuje się z obojgiem biologicznych rodziców, co dotyczy wszystkich grup wyróżnionych ze względu na płeć i wiek; największe obciążenie tymi symptomami notuje się w rodzinach zrekonstruowanych;
- w całej badanej grupie ujawnił się też wpływ zamożności; przy porównaniu młodzieży z rodzin najbiedniejszych i najbardziej zamożnych odsetek mnogich dolegliwości zwiększa się o 8,3%; zależność ta najsilniej zarysowuje się w grupie 11-latków oraz u dziewcząt (na granicy istotności statystycznej), podczas gdy zanika u chłopców i w dwóch młodszych grupach wieku;
- nie wykazano związku między miejscem zamieszkania a zespołem mnogich dolegliwości subiektywnych.

Wyniki analizy wielowymiarowej wykazały, że ryzyko obciążenia powtarzającymi się dolegliwościami subiektywnymi zwiększa się pod wpływem trzech czynników. Według hierarchii ważności są to: **pleć, wiek, struk-**

tura rodziny. Zamożność rodziny nie zakwalifikowała się do końcowego modelu, mimo że w prostej analizie związków zarysowała się omówiona wcześniej istotna zależność.

Jak wykazano w poprzednich opracowaniach, uwzględniających szerokie spektrum uwarunkowań psychospołecznych, inne czynniki mają dominujący wpływ na ryzyko nasilenia dolegliwości somatycznych i psychicznych [7]. W grupie nastolatków ankietowanych w roku szkolnym 2013/14 28,3% odczuwało w ostatnich 6 miesiącach więcej niż jedną dolegliwość psychiczną, a 18,9% – więcej niż jedną somatyczną. Przy ograniczeniu do pięciu analizowanych w tej pracy czynników warunkujących nie uzyskano różnic w doborze optymalnych predyktorów tych dwóch grup dolegliwości. Co prawda siła związku i hierarchia ważności czynników jest różna. W odniesieniu do dolegliwości somatycznych silniej zaznacza się wpływ płci i struktury rodziny. Z kolei dolegliwości o podłożu psychicznym w większym stopniu nasilają się z wiekiem.

Podsumowanie

Prawie 40% nastolatków odczuwa powtarzające się dolegliwości o podłożu psychicznym lub somatycznym. Najczęściej notowane jest uczucie zdenerwowania i rozdrażnienia (złego humoru), a na trzecim miejscu – bóle głowy. W badanej grupie 28,3% odczuwało w ostatnich 6 miesiącach więcej niż jedną dolegliwość psychiczną, a 18,9% – więcej niż jedną somatyczną. Obciążenie zespołem mnogich dolegliwości jest istotnie większe u dziewcząt niż u chłopców oraz nasila się z wiekiem.

Nie można jednoznacznie określić tendencji zmian obserwowanych w latach 2010-2014 jako negatywnych lub pozytywnych. Nieznacznie zwiększył się odsetek młodzieży, u której stwierdzono zespół mnogich dolegliwości subiektywnych, co przede wszystkim dotyczyło dziewcząt oraz grupy 15-latków. Z drugiej strony coraz większa grupa młodzieży jest wolna od tego typu dolegliwości lub zgłasza je rzadko. Istotny wzrost częstości występowania dotyczył sześciu symptomów – wszystkich z wyjątkiem najczęściej występującego zdenerwowania i uczucia rozdrażnienia.

Oprócz płci, której wpływ jest dominujący, i wieku ważnym predyktorem zespołu mnogich dolegliwości jest struktura rodziny, a wychowywanie się z obojgiem biologicznych rodziców stanowi czynnik chroniący. Wpływ wieku silniej zaznacza się w odniesieniu do dolegliwości o podłożu psychicznym.

Piśmiennictwo:

1. Ravens-Sieberer U., Torsheim T., Hetland J. et al. Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health* 2009; 54: 151–159.
2. Vervoort T., Logan D.E., Goubert L., et al. Severity of pediatric pain in relation to school-related functioning and teacher support: an epidemiological study among school-aged children and adolescents. *Pain* 2014; 155(6): 1118–27.
3. Holubcikova J., Kolarcik P., Madarasova Geckova A. et al. The mediating effect of daily nervousness and irritability on the relationship between soft drink consumption and aggressive behaviour among adolescents. *International Journal of Public Health* 2015 (online first 4.07).
4. Ottová-Jordan V., Smith O.R., Augustine L. et al. Trends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their association with health behaviours and social context factors at individual and macro-level. *European Journal of Public Health* 2015; 25(Suppl 2): 83–9.
5. Mazur J., Tabak I., Kololo H. Czynniki ryzyka i ochronne wśród uwarunkowań subiektywnych dolegliwości młodzieży 15-letniej. *Przegląd Epidemiologiczny* 2008; 62(3): 633–641.
6. Hetland J., Torsheim T., Aarø L. Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health* 2002; 30(3): 223–30.
7. Mazur J. Obciążenie dolegliwościami subiektywnymi w drugiej dekadzie życia. W: Szymborski J., Zatoński W. (red.). *Zdrowie dzieci i młodzieży w ujęciu socjomedycznym*. Zdrowie Publiczne. Monografie. Tom II, 2013, 9–31.

Urazy wymagające pomocy medycznej

11

Marta Malinowska-Cieślak

Wstęp

Urazy, będące dominującą przyczyną zgonów i niepełnosprawności dzieci i młodzieży, są poważnym problemem w zdrowiu publicznym. Toteż wszelkie polityki związane z ochroną i poprawą zdrowia dzieci powinny uwzględniać prewencję urazów i promocję bezpieczeństwa. Skuteczne działania prewencyjne wymagają wielosektorowej i interdyscyplinarnej współpracy [1]. Szacuje się, że urazy odpowiadają za około 36% zgonów dzieci poniżej 15. roku życia. Na każdy zgon z powodu urazu przypada 30 hospitalizacji i 300 wizyt w pogotowiu ratunkowym oraz wielokrotnie więcej porad i zabiegów ambulatoryjnych [1]. Ryzyko doznania poważnego urazu dramatycznie rośnie w okresie dorastania. Zrozumienie mechanizmów, zidentyfikowanie czynników ryzyka oraz czynników ochronnych uwzględniających specyfikę różnych typów urazów jest konieczne, aby móc zaplanować skuteczne działania związane z ich nadzorem i prewencją [2-3].

W publikacji omawiającej wyniki badań HBSC z lat 2002-2010 na temat trendów umieralności i chorobowości z powodu urazów wśród nastolatków z 30 krajów Europy i Ameryki Północnej *Molcho i wsp.* opisali zaobserwowany spadek częstości zgonów w tym okresie. Zaproponowano, że jest to prawdopodobnie efekt wdrożenia w wielu krajach polityk mających na

celu poprawę bezpieczeństwa dzieci. Jednak w odniesieniu do chorobowości z powodu urazów nie zaobserwowano tak korzystnych trendów. Analiza czynników ryzyka związanych z występowaniem powtarzających się urazów wymagających pomocy medycznej w grupie 15-latków pokazała związek występowania powtarzających się urazów z zamożnością rodziny, aktywnością fizyczną oraz przejawianiem zachowań ryzyka, w tym przede wszystkim stosowaniem substancji psychoaktywnych [4]. Na związek chorobowości z powodu różnego typu urazów u nastolatków z poziomem zamożności rodziny wskazały również inne badania. Urazy sportowe i rekreacyjne związane były z wyższym statusem społeczno-ekonomicznym rodziny, a urazy z powodu bójek – z niskim statusem [5-6]. Wyniki badań wśród polskich nastolatków pokazały, że powtarzające się urazy występują częściej u chłopców, w starszych grupach, mieszkających w dużych miastach, wychowujących się w rodzinach niepełnych [2].

Wskaźniki urazowości

W kwestionariuszu HBSC pytania dotyczące urazów poprzedzone zostały wstępem wyjaśniającym, co to jest uraz [7]. Brzmi on następująco: *Wielu młodych ludzi doznaje uszkodzenia ciała lub urazu w czasie gier sportowych lub bójek z kolegami w różnych miejscach, np. na ulicy, w domu. Do urazów zaliczamy też zatrucia różnymi substancjami i oparzenia (odmrożenie, porażenie prądem), ale nie są urazami choroby, np. grypa, odra, zatrucie pokarmowe. Następane pytania dotyczą urazów, których mogłeś doznać w ostatnich 12 miesiącach.*

Protokół międzynarodowych badań HBSC zawiera obecnie cztery pytania obowiązkowe na temat urazów wymagających pomocy medycznej, w tym trzy, które poprzednio były opcjonalne. Jedno podstawowe pytanie było stosowane jako obowiązkowe w niezmienionej postaci we wszystkich cyklach badań HBSC od 1994 roku [8]. Jest sformułowane w następujący sposób: *Ile razy w ostatnich 12 miesiącach doznałeś urazu, z powodu którego musiałeś być leczony przez lekarza lub pielęgniarkę? Kategorie odpowiedzi: nie doznałem urazu w ostatnich 12 miesiącach; 1 raz; 2 razy; 3 razy; 4 razy lub więcej.*

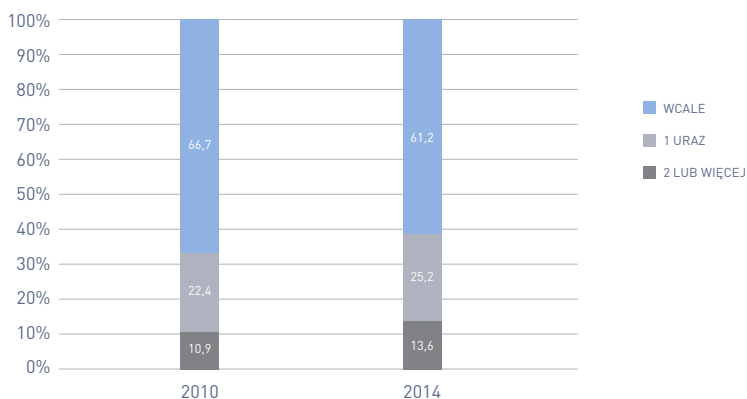
W niniejszej pracy zastosowano **negatywny wskaźnik**, czyli odsetek młodzieży, która uległa wypadkowi i doznała **co najmniej jednego urazu wymagającego pomocy medycznej** w ostatnich 12 miesiącach. W niektórych analizach uwzględnia się też tzw. urazy powtarzające się, czyli wystąpienie 2 urazów lub więcej. W opracowywanym raporcie międzynarodowym z badań HBSC 2013/14 rekomendowany jest też wskaźnik obrazujący **stopień**

ciężkości urazu. Młodzież pytana jest, czy najpoważniejszy uraz, jakiego doznała w ostatnim roku, wymagał zabiegu medycznego (szycie rany, założenie gipsu, operacja) lub hospitalizacji przez co najmniej jedną noc.

Wyniki

Wyniki ostatnich polskich badań HBSC z roku 2014 pokazały, że co najmniej 1 raz w ostatnich 12 miesiącach doznało urazu 38,8% uczniów, w tym 41,7% chłopców i 36% dziewcząt w wieku 11-15 lat. Urazów powtarzających się, czyli dwóch lub więcej, doświadczyło 13,6% badanych nastolatków, w tym 14,4% chłopców i 12,8% dziewcząt. Zidentyfikowano też grupę 17,7% respondentów, którzy doznali urazu wymagającego poważniejszych zabiegów medycznych lub hospitalizacji.

RYCINIE 13. ZMIANY CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA URAZÓW WYMAGAJĄCYCH POMOCY MEDYCZNEJ U MŁODZIEŻY 11-15-LETNIEJ W POLSCE W LATACH 2010-2014



W porównaniu z wynikami badań z 2010 roku stwierdzono istotną tendencję wzrostową w częstości występowania urazów wymagających pomocy medycznej (ryc. 13). Ogółem, odsetek młodych ludzi, którzy doznali urazu, zwiększył się o 5,5%.

Tendencja rosnąca dotyczyła zarówno chłopców, jak i dziewcząt. U chłopców zanotowano wzrost o 4,2% ($p=0,006$), a u dziewcząt o 6,7% ($p<0,001$). Tempo zmian zależało też od wieku badanych; istotny wzrost zaobserwowano w dwóch rocznikach gimnazjalnych, podczas gdy u 11-latków były to zmiany nieistotne statystycznie ($p=0,533$).

TABELA 34. CZĘSTOŚĆ URAZÓW WYMAGAJĄCYCH POMOCY MEDYCZNEJ W OSTATNICH 12 MIESIĄCACH WEDŁUG PŁCI I WIEKU

URAZY W OSTATNICH 12 MIESIĄCACH		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
wcale	N	480	403	388	488	468	480
	%	64,1	54,5	56,2	68,3	62	61,5
1 raz	N	182	222	191	161	185	179
	%	24,3	30,0	27,6	22,5	24,5	22,9
2 razy	N	50	64	65	38	60	60
	%	6,7	8,6	9,4	5,3	7,9	7,7
3 razy	N	22	27	19	18	26	31
	%	2,9	3,6	2,7	2,5	3,4	4,0
4 razy lub więcej	N	15	24	28	10	16	30
	%	2,0	3,2	4,1	1,4	2,1	3,8

Powyższa tabela przedstawia dokładny rozkład odpowiedzi na analizowane pytanie. Należy zwrócić uwagę na rzadsze występowanie urazów wśród 11-latków w porównaniu ze starszymi nastolatkami oraz u dziewcząt w porównaniu z chłopcami.

W tabeli 35 przedstawiono wyniki testowania różnic w zależności od płci i wieku, biorąc pod uwagę doznanie przynajmniej jednego urazu wymagającego leczenia.

TABELA 35. MŁODZIEŻ, KTÓRA W OSTATNICH 12 MIESIĄCACH DOZNAŁA CO NAJMNIEJ 1 URAZU WYMAGAJĄCEGO POMOCY MEDYCZNEJ, WEDŁUG PŁCI I WIEKU [%]

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Ogółem	38,8	41,7	36,2	0,000
11 lat	33,9	35,9	31,7	0,092
13 lat	41,7	45,5	38,0	0,003
15 lat	41,0	43,8	38,5	0,036
p	0,000	0,000	0,011	

Wyniki te pokazują, że:

- odsetek młodzieży, która doznała urazu, jest większy wśród chłopców w porównaniu z dziewczętami, szczególnie dotyczy to 13-latków;
- w grupie 11-latków różnice między chłopcami a dziewczętami są nieistotne;
- zarówno u dziewcząt, jak i u chłopców widać wyraźną różnicę między 11-latkami a 13- i 15-latkami; ani w grupie *ogółem*, ani u obu płci nie zanotowano różnicy między dwoma starszymi grupami wieku.

W tabeli 36 przedstawiono wyniki analizy wybranych socjodemograficznych uwarunkowań występowania urazów wśród nastolatków.

Na podstawie tych wyników można stwierdzić, że:

- struktura rodziny różnicuje występowanie urazów w populacji badanych nastolatków i dotyczy to przede wszystkim dziewcząt; nastolatki, które mieszkają z obojgiem biologicznych rodziców, rzadziej ulegają urazom w porównaniu z rówieśnikami mieszkającymi w rodzinach niepełnych lub zrekonstruowanych;
- urazy częściej występują wśród nastolatków z rodzin bardziej zamożnych, co jest dobrze widoczne w grupie 11- i 13-latków oraz u dziewcząt;
- miejsce zamieszkania również różnicuje występowanie urazów; widać wyraźne różnice pomiędzy młodzieżą mieszkającą w dużych miastach w porównaniu z młodzieżą mieszkającą na wsi, szczególnie w grupie 15-latków oraz wśród dziewcząt; częstość urazów wzrasta w miarę wzrostu wielkości miejscowości.

TABELA 36. MŁODZIEŻ, KTÓRA W OSTATNICH 12 MIESIĄCACH DOZNAŁA CO NAJMNIEJ 1 URAZU WYMAGAJĄCEGO POMOCY MEDYCZNEJ, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	37,7	33,1	40,9	39,5	41,1	34,4
rodzina zrekonstruowana	46,9	46,3	45,3	48,6	50,0	44,8
samotny rodzic	39,9	32,6	43,4	43,0	40,6	39,2
p	0,008	0,053	0,609	0,133	0,164	0,013
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna [0-4]	34,8	25,2	37,1	39,1	38,5	30,2
poniżej przeciętnej [5-6]	38,2	35,3	39,7	39,7	40,3	36,1
przeciętna [7-9]	39,5	36,2	42,7	40,2	42,6	36,4
rodzina zamożna [10-13]	44,0	35,2	48,9	49,0	47,4	41,1
p	0,002	0,023	0,045	0,103	0,091	0,019
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	42,4	36,0	43,5	45,6	42,0	42,7
małe miasto	38,6	34,5	43,1	40,8	43,0	34,4
wieś	35,4	31,2	38,6	36,1	39,8	31,4
p	0,001	0,330	0,206	0,009	0,449	0,000

W analizie wielowymiarowej wykazano, że na wystąpienie urazów wpływają wszystkie analizowane czynniki w następującej kolejności: wiek, płeć, zamożność rodziny, struktura rodziny, miejsce zamieszkania. Nastolatków przed urazami chroni młodszy wiek i mieszkanie z obojgiem biologicznych rodziców. Ryzyko urazów zwiększa się u chłopców, w rodzinach zamożnych i mieszkających w dużym mieście. Potwierdza to wyniki innych badań, wskazujących na związek pomiędzy statusem społeczno-ekonomicznym, zamożnością rodziny a urazami sportowymi i rekreacyjnymi, które są najczęściej leczonymi urazami u nastolatków [5-6]. Na tle innych rozdziałów tego raportu jest to jedyny wskaźnik pogarszający się w rodzinach zamożnych. Jako wytłumaczenie tego zjawiska podaje się lepszy dostęp młodzieży z rodzin zamożnych do zajęć sportowo-rekreacyjnych, zwiększających ryzyko urazowości.

Pogłębiona analiza urazowości młodzieży szkolnej w świetle wyników badań HBSC z roku szkolnego 2013/14 będzie przedmiotem odrębnych publikacji, uwzględniających też dane na temat typu, czyli miejsca i okoliczności najpoważniejszego urazu.

Podsumowanie

Co trzeci nastolatek ankietowany w ramach badań HBSC w roku szkolnym 2013/14 doznał przynajmniej jednego urazu wymagającego pomocy medycznej, a 17,7% doznało urazu wymagającego poważniejszego leczenia, w tym hospitalizacji. W porównaniu z badaniami z roku 2010 stwierdzono tendencję wzrostową, silniejszą u dziewcząt niż u chłopców oraz istotną u 13- i 15-latków, w większości będących uczniami szkół gimnazjalnych. Urazy częściej występują u chłopców niż u dziewcząt oraz są częstsze w grupie 13- i 15-latków w porównaniu z 11-latkami. Oprócz płci i wieku również zmienne społeczne, typu zamożność rodziny, struktura rodziny i miejsce zamieszkania, są istotnymi czynnikami wpływającymi na występowanie urazów wymagających leczenia wśród nastolatków.

Piśmiennictwo

1. Sethi D., Towner E., Vincenten J. et al. *European report on child injury prevention*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
2. Tabak I., Mazur J., Jodkowska M., Oblacińska A. Społeczne uwarunkowania powtarzających się urazów wśród uczniów w wieku 11-15 lat w Polsce. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2004; 3: 595–610.
3. De Looze M., Pickett W., Raaimakers Q. et al. Early risk behaviors and adolescent injury in 25 European and North American countries: a cross-national consistent relationship. *Journal of Early Adolescence* 2012; 32(1): 104–125.
4. Molcho M., Walsh S., Donnelly P. et al. Trend in injury-related mortality and morbidity among adolescents across 30 countries from 2002-2010. *European Journal of Public Health* 2015; 25 (Supp. 2): 33–36.
5. Pickett W., Molcho M., Simpson K., et al. Cross-national study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention* 2005; 11: 213–218.
6. Simpson K., Janssen I., Craig W.M., Pickett W. Multilevel analysis of associations between socioeconomic status and injury among Canadian adolescents. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005; 59 (12): 1072–1077.
7. Christoffel K.K., Scheidt P., Agran P.F. et al. *Standard definitions for childhood injury research*. NIH Publication No. 92-1586, Bethesda, MD, 1992.
8. *Child Health Supplement to the U.S. National Health Interview Survey* (“CHS-NHIS”), 1998.

Wstęp

Ogólnej ewaluacji życia można dokonywać za pomocą prostych pytań, jednowymiarowych skal lub złożonych profili jakości życia. Jest ona istotnym poznawczym aspektem dobrego samopoczucia. W porównaniu ze spontanicznymi uczuciami związanymi z nagłymi doświadczeniami jest uważana za względnie stabilną [1]. W badaniach przeprowadzonych wśród młodzieży na Litwie i Łotwie, których wyniki publikuje *Gobina i wsp.*, udowodniono, że podczas dorastania na życiową satysfakcję silnie wpływają dotychczasowe doświadczenia oraz bliskie relacje, szczególnie w rodzinie [2]. Środowisko szkolne jest kolejnym mającym silny wpływ na zadowolenie z życia w tym okresie [3]. Wyniki wcześniejszych badań potwierdzają silny związek zadowolenia z życia z sytuacją materialną oraz ze strukturą rodziny nastolatków [4]. Wpływ miejsca zamieszkania jest rzadziej analizowany, jednak można przyjąć hipotezę, że w mniejszych miejscowościach panują silniejsze więzi społeczne, sprzyjające zadowoleniu z życia, chociaż warunki życia mogą być trudniejsze, z gorszym dostępem do wysokiej jakości edukacji, kultury i zajęć rekreacyjnych.

Analiza zadowolenia z życia nastolatków w świetle badań HBSC ma w Polsce szczególne znaczenie ze względu na fakt, że polska młodzież stale zajmuje jedno z ostatnich miejsc w rankingach międzynarodowych, a analizy trendów nie wskazywały ostatnio na poprawę [5].

Wskaźnik zadowolenia z życia

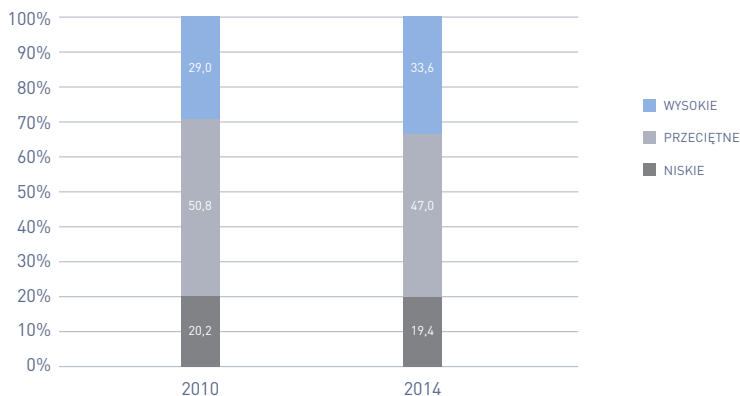
Pytanie dotyczące ogólnego zadowolenia z życia, znajdujące się w protokole badań HBSC od 2002 roku, jest adaptacją tzw. skali Cantrila. Jest to jedna z głównych zmiennych wynikowych, mieszcząca się w obszarze pozytywnych aspektów zdrowia subiektywnego. Nad jej adaptacją i walidacją pracowała międzynarodowa grupa robocza *Positive Health Focus Group*. Skala ma wizualny charakter i formę przypomina drabinę. Jej geneza została opisana w krajowych publikacjach [6]. Ankietowanym udostępnia się tekst wyjaśniający konwencję tego pytania: *Obok jest rysunek drabiny. Na górze drabiny jest liczba 10 - umownie oznaczająca życie, które wydaje Ci się najlepsze. Na dole drabiny jest liczba 0 - oznaczająca życie, które wydaje Ci się najgorsze. Pomyśl, jakie jest teraz Twoje życie i w którym miejscu drabiny Ty stanąłbyś. Wstaw X w jedną kratkę w drabinie cyfry, która znajduje się w tym miejscu. Oznacza to, że osoba ankietowana sama wyznacza sobie standard, jakie życie jest dla niej dobre. Tego typu skala szczególnie dobrze sprawdza się w porównaniach międzynarodowych, ponieważ można uniknąć pułapek językowych wynikających z tłumaczeń kategorii odpowiedzi z jasno przypisanymi etykietami.*

Zakłada się, że osoby, które wybrały poziom 0-5 punktów, są niezadowolone z życia; 6-8 punktów – przeciętnie zadowolone; 9-10 punktów – są bardzo zadowolone ze swojego życia. Możliwy jest również podział dychotomiczny na niezadowolonych i zadowolonych, po połączeniu drugiej i trzeciej kategorii. W pracy za podstawę przyjęto właśnie taki **pozytywny wskaźnik zadowolenia z życia**, tj. wynik powyżej 5 punktów w skali Cantrila.

Wyniki

Według najnowszych danych z badań HBSC 33,6% uczniów deklaruje bardzo wysokie zadowolenie z życia, 47% młodzieży oceniło swoje zadowolenie z życia jako średnie, a co piąty nastolatek nie jest zadowolony ze swojego życia. Średnio młodzież oceniła swoje zadowolenie z życia na 7,38 punktu (SD=2,13).

RYCINA 14. ZMIANY POZIOMU ZADOWOLENIA Z ŻYCIA MŁODZIEŻY 11-15-LETNIEJ W POLSCE W LATACH 2010-2014



W porównaniu z badaniami HBSC z lat 2010-2014 poziom zadowolenia z życia poprawił się ($p < 0,001$), co dotyczyło obu płci. Oznacza to odwrócenie poprzedniej niekorzystnej tendencji. Na zbliżonym poziomie pozostał odsetek niezadowolonych, a poprawa wyrażała się „przejsciem” z grupy środkowej do osiągającej najkorzystniejsze wyniki (ryc. 14). Zmiany z ostatnich czterech lat w nierównym stopniu objęły poszczególne roczniki. Poprawa dotyczyła tylko dwóch młodszych roczników, podczas gdy w grupie 15-latków nie zanotowano w badanym okresie istotnych statystycznie zmian ($p = 0,674$).

Dokładny rozkład odpowiedzi na analizowane pytanie według trzech kategorii znajduje się w tabeli 37.

TABELA 37. ZADOWOLENIE Z ŻYCIA MŁODZIEŻY SZKOLNEJ WEDŁUG PŁCI I WIEKU

POZIOM ZADOWOLENIA (PUNKTY CANTRILA)		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
niski (0-5)	N	100	97	114	104	180	243
	%	13,6	13,4	17,3	14,8	24,4	31,9
przeciętny (6-8)	N	298	375	377	253	326	402
	%	40,5	51,9	57,3	35,9	44,2	52,8
wysoki (9-10)	N	338	251	167	348	231	116
	%	45,9	34,7	25,4	49,4	31,3	15,2
wartość średnia	M	7,96	7,64	7,21	8,00	7,11	6,45
	SD	2,00	1,98	1,99	1,98	2,26	2,14

M – średnia; SD – odchylenie standardowe

Rozpiętość odsetka niezadowolonych wskazuje na prawie trzykrotną różnicę związaną z płcią i wiekiem. Najniższy poziom zadowolenia z życia notuje się u dziewcząt 15-letnich. U chłopców odsetek niezadowolonych z życia jest zbliżony w dwóch młodszych grupach wieku i zwiększa się dopiero u 15-latków. U dziewcząt notowane jest systematyczne pogorszenie w kolejnych grupach wieku. Różnica między 11-latkami a 15-latkami wynosi około 4% u chłopców i aż 17% u dziewcząt.

W tabeli 38 przedstawiono wyniki testowania różnic zależnych od płci i wieku, biorąc pod uwagę zdefiniowany wcześniej dychotomiczny wskaźnik pozytywny.

Stwierdzono, że:

- u dziewcząt i w grupie *ogółem* zaobserwowano istotne różnice zależne od wieku; u chłopców występuje tendencja do gorszej oceny w najstarszym roczniku;
- różnice zależne od płci utrzymują się w grupie *ogółem* oraz w dwóch starszych grupach wieku, podczas gdy są nieistotne u 11-latków.

TABELA 38. MŁODZIEŻ, KTÓRA JEST ZADOWOLONA ZE SWOJEGO ŻYCIA, WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%)

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Ogółem	80,6	85,2	76,1	0,000
11 lat	85,8	86,4	85,2	0,526
13 lat	81,0	86,6	75,6	0,000
15 lat	74,8	82,7	68,1	0,000
p	0,000	0,071	0,000	

W tabeli 39 przedstawiono wyniki analizy wybranych uwarunkowań zadowolenia z życia młodzieży szkolnej.

TABELA 39. MŁODZIEŻ, KTÓRA JEST ZADOWOLONA ZE SWOJEGO ŻYCIA, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓLEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	82,7	88,0	82,5	77,5	86,6	78,9
rodzina zrekonstruowana	72,4	76,3	75,0	67,3	83,3	65,0
samotny rodzic	74,3	78,1	76,7	68,7	81,4	67,5
p	0,000	0,000	0,048	0,003	0,052	0,000
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna (0-4)	71,8	78,1	74,2	63,6	76,7	67,3
poniżej przeciętnej (5-6)	77,2	81,3	79,0	71,1	83,4	71,1
przeciętna (7-9)	84,0	89,7	82,9	79,4	88,8	79,0
rodzina zamożna (10-13)	87,8	91,0	88,5	83,3	89,2	86,6
p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	77,3	84,7	79,5	69,9	84,7	69,4
małe miasto	82,9	86,3	84,1	77,3	86,2	79,7
wieś	81,2	86,1	80,0	77,8	84,7	78,2
p	0,000	0,787	0,154	0,006	0,624	0,000

Stwierdzono, że:

- wszystkie trzy dodatkowe czynniki mają wpływ na zadowolenie z życia nastolatków;
- odsetek zadowolonych z życia zwiększa się w przypadku zamieszkiwania z obojgiem biologicznych rodziców, jest zaś mniejszy w rodzinach zrekonstruowanych i niepełnych; wpływ struktury rodziny mocniej zarysowuje się u chłopców niż u dziewcząt oraz w dwóch skrajnych grupach wieku niż u 13-latków;
- porównując rodziny najbiedniejsze i najzamożniejsze, stwierdza się wzrost odsetka zadowolonych z życia o 16%; wpływ zamożności jest widoczny we wszystkich analizowanych podgrupach wyróżnionych ze względu na płeć i wiek;
- młodzież mieszkająca w dużych miastach jest mniej zadowolona ze swojego życia, nie ma natomiast różnicy między poziomem zadowolenia z życia nastolatków zamieszkujących w małych miastach i na wsi; różnice na niekorzyść dużych miast narastają w najstarszej grupie wieku i u dziewcząt.

Wyniki analizy wielowymiarowej potwierdzają, że wszystkie pięć czynników (płeć, wiek, struktura rodziny, zamożność rodziny i miejsce zamieszkania) wpływa na szansę większego zadowolenia z życia. Wpływ zamożności rodziny jest dominujący, co może wynikać z faktu, że zadowolenie z życia może z definicji zależeć od warunków życia. Czynnikiem sprzyjającym poprawie zadowolenia z życia jest płeć męska, młodszy wiek, mieszkanie z obojgiem biologicznych rodziców, dobra sytuacja materialna rodziny i zamieszkiwanie poza wielkimi miastami.

Podsumowanie

Ponad 80% nastolatków ankietowanych w ramach badań HBSC w roku szkolnym 2013/14 jest ogólnie zadowolonych ze swojego życia, a co trzeci jest bardzo zadowolony. W latach 2010-2014 poziom zadowolenia z życia nastolatków poprawił się w porównaniu z poprzednią serią badań. Wraz z wiekiem zmniejsza się poziom ogólnej satysfakcji życiowej, co jest lepiej widoczne u dziewcząt. Różnice zależne od płci pojawiają się w starszych rocznikach, podczas gdy nie ma ich jeszcze u 11-latków. Oprócz płci i wieku na wysoki poziom zadowolenia z życia wpływają takie czynniki, jak: zamożność rodziny (na korzyść rodzin bogatych), struktura rodziny (z korzyścią dla rodzin biologicznych), miejsce zamieszkania (na korzyść mniejszych miejscowości).

Piśmiennictwo

1. Pavot W.G., Diener E. Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment* 1993; 5: 164–172.
2. Gobina I., Zaborskis A., Pudule I. et al. Bullying and subjective health among adolescents at schools in Latvia and Lithuania. *International Journal of Public Health* 2008; 53(5): 272–276.
3. Danielsen A.G., Samdal O., Hetland J., Wold B. School-related social support and students' perceived life satisfaction. *Journal of Educational Research* 2009; 102(4): 303–318.
4. Levin K.A., Dallago L., Currie C. The Association Between Adolescent Life Satisfaction, Family Structure, Family Affluence and Gender Differences in Parent–Child Communication. *Social Indicators Research* 2012; 106: 287–305.
5. Cavallo F., Dalmasso P., Ottová-Jordan V. et al. Trends in life satisfaction in European and North-American adolescents from 2002 to 2010 in over 30 countries. *European Journal of Public Health* 2015; (25 Suppl. 2): 80–2.
6. Mazur J., Małkowska-Szcutnik A., Oblacińska A., Kołoto H. Drabina Cantrila w badaniach stanu zdrowia i nierówności w zdrowiu uczniów w wieku 11-18 lat. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2009; 90(3): 355–361.

Wstęp

Zachodzące w ostatnich dekadach zmiany w środowisku zewnętrznym człowieka sprzyjają nadmiernym przyrostom masy ciała. Postęp cywilizacyjny i techniczny, a zwłaszcza ograniczenie aktywności ruchowej związanej z codziennymi czynnościami oraz łatwy dostęp do wysoko przetworzonej, bogatej w energię żywności prowadzi do zaburzeń równowagi energetycznej ustroju. Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży jest zaburzeniem stanu zdrowia, które powoduje szereg konsekwencji: zarówno bezpośrednich, głównie psychospołecznych i emocjonalnych, jak i odległych skutków somatycznych. Wśród otyłych nastolatków istnieje duże prawdopodobieństwo utrzymania otyłości w wieku dorosłym i wystąpienia takich powikłań, jak przedwczesny rozwój miażdżycy, zespół metaboliczny, cukrzyca drugiego typu czy szerokie spektrum chorób układu krążenia.

Monitorowanie skali otyłości poprzez powtarzane okresowo wystandaryzowane metodologicznie badania przekrojowe pozwala śledzić tendencje zmian w tym zakresie. Opublikowane w 2011 roku wyniki badań populacji w wieku od 2 do 19 lat w 9 krajach świata² wskazują na zahamowanie

² Anglia, Australia, Chiny, Francja, Holandia, Nowa Zelandia, Szwajcaria, Szwecja i USA.

tendencji wzrostowej w zakresie częstości występowania nadwagi i otyłości w latach 1995-2008, a w niektórych krajach nawet jej spadek [1]. Podobny, powolny *efekt plateau* zaobserwowali badacze HBSC, analizując tendencje zmian w częstości występowania nadwagi i otyłości u 11-15-latków w 25 krajach Europy, Kanadzie i USA w latach 2002-2010 [2]. Efekt ten dotyczył młodzieży z ponad połowy analizowanych krajów zachodnich. Jedynie w krajach Europy Środkowo-Wschodniej obserwowano w tym czasie zwiększanie się odsetka młodzieży z nadwagą i otyłością. W Polsce zwiększał się on średnio o mniej więcej 1 punkt procentowy rocznie u chłopców i dziewcząt.

W analizie porównawczej wykorzystującej wyniki badań HBSC w 2002 roku [3] zwrócono uwagę na istnienie związku otyłości z sytuacją ekonomiczno-społeczną rodzin w różnych krajach Europy. Występowała ona częściej u młodzieży z mniej zamożnych rodzin w większości krajów Europy Zachodniej i połowie krajów Europy Centralnej. W Polsce zależność ta była istotna w przypadku dziewcząt, przy odwrotnej zależności u chłopców.

Wpływ struktury rodziny na występowanie nadwagi i otyłości u dzieci w niej wychowywanych nie jest jednoznaczny, jednak w ogólnych wnioskach badacze podkreślają, że otyłość występuje częściej u dzieci wychowywanych przez samotnych rodziców [4], a wpływ ten może być wzmacniany przez niższy status socjoekonomiczny rodzin niepełnych.

Wskaźnik nadmiaru masy ciała

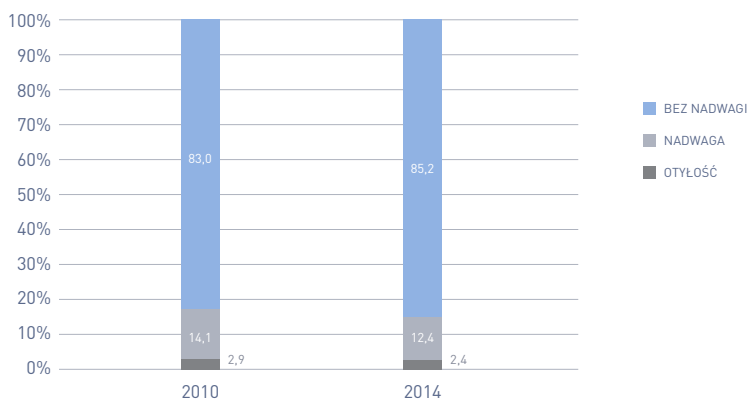
Pytania służące obliczeniu wskaźnika masy ciała BMI (*Body Mass Index*) wykorzystywane były w badaniach HBSC od 1998 roku jako dodatkowe, a począwszy od lat 2001/02 zostały włączone do pakietu pytań obowiązkowych: *Ile ważysz bez ubrania.....kg?* i *Jaki jest twój wzrost bez obuwia... cm?* BMI obliczano według wzoru: masa ciała w kg/(wzrost w m)². Według założeń do opracowywanego raportu międzynarodowego z badań HBSC 2013/14 punkty odcięcia dla nadwagi i otyłości są definiowane osobno dla chłopców i dziewcząt według wieku (z dokładnością do jednego roku, co daje nieco niższe odsetki nadmiaru masy ciała niż przy przyjęciu półrocznych przedziałów), zgodnie z międzynarodowym standardem IOTF [5]. Często podkreślaną wadą danych na temat nadwagi i otyłości uzyskiwanych z badań HBSC jest ich jedynie opisowy charakter. W ostatnim cyklu badań tylko w niewielkiej liczbie szkół ankietowanych w Polsce udało się zorganizować ważenie i mierzenie przez pielęgniarki uczniów w wylosowanych klasach. Odsetek braków danych na temat BMI wyniósł 8,4%, podobnie u obu płci, ale z tendencją spadkową w kolejnych grupach wieku (10,2%, 8,2%, 6,0%).

W poniższych analizach zastosowano **wskaźnik negatywny** – odsetek młodzieży z nadmiarem masy ciała (łącznie nadwaga i otyłość).

Wyniki

Według ostatnich badań HBSC nadwaga i otyłość występowały u 14,8% ankieterowanych uczniów. W porównaniu z poprzednimi badaniami HBSC 2010, biorąc pod uwagę te same kryteria, częstość występowania nadwagi i otyłości uległa obniżeniu z poziomu 17% ($p=0,006$), co wskazuje na zahamowanie poprzednio obserwowanej tendencji wzrostowej (ryc. 15).

RYCINA 15. ZMIANY CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA NADMIARU MASY CIAŁA (WEDŁUG STANDARDU IOTF) U MŁODZIEŻY 11-15-LETNIEJ W POLSCE W LATACH 2010 I 2014



Spadek wyniósł 1,6% u chłopców oraz 3% u dziewcząt, co tylko w drugim przypadku stanowi zmianę istotną statystycznie ($p=0,002$). Obserwowane w latach 2010-2014 tempo spadku odsetka młodzieży z nadwagą i otyłością maleje w kolejnych grupach wieku. Po skorygowaniu na efekt płci i wieku różnica między kolejnymi rundami badań HBSC pozostaje jednak istotna ($p=0,004$).

Dokładny rozkład odpowiedzi według kategorii wskaźnika BMI przedstawiono w tabeli 40. Tylko u dziewcząt stwierdzono istotne różnice związane z wiekiem. We wszystkich grupach wieku utrzymują się natomiast wyraźne różnice zależne od płci. Odsetek młodzieży z otyłością waha się od 0,8% u dziewcząt 15-letnich do 4,2% u chłopców 11-letnich.

TABELA 40. WSKAŹNIK MASY CIAŁA BMI MŁODZIEŻY SZKOLNEJ WEDŁUG PŁCI I WIEKU

MASA CIAŁA		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
bez nadwagi	N	550	573	547	562	624	679
	%	79,5	81,2	81,6	84,9	89,9	93,7
nadwaga	N	113	106	103	90	64	40
	%	16,3	15,0	15,4	13,6	9,2	5,5
otyłość	N	29	27	20	10	6	6
	%	4,2	3,8	3,0	1,5	0,9	0,8

W tabeli 41 przedstawiono wyniki analizy różnic w występowaniu łącznie nadwagi i otyłości w zależności od płci i wieku badanych.

Stwierdzono, że:

- odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością istotnie maleje wraz z wiekiem badanych;
- różnice między grupami wieku są większe u dziewcząt;
- u chłopców nie występują istotne różnice między grupami wieku;
- różnice między chłopcami i dziewczętami są istotne we wszystkich grupach wieku.

TABELA 41. MŁODZIEŻ Z NADWAGĄ I OTYŁOŚCIĄ WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%)

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Ogółem	14,8	19,2	10,4	0,000
11 lat	17,9	20,5	15,1	0,006
13 lat	14,5	18,8	10,1	0,000
15 lat	12,1	18,4	6,3	0,000
P	0,000	0,566	0,000	

W tabeli 42 przedstawiono wyniki analiz wybranych socjodemograficznych uwarunkowań występowania nadwagi i otyłości u uczniów 11-15-letnich.

TABELA 42. MŁODZIEŻ Z NADWAGĄ I OTYŁOŚCIĄ WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓLEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	14,9	18,2	14,2	12,1	18,9	10,8
rodzina zrekonstruowana	6,9	8,0	7,6	5,7	11,4	3,9
samotny rodzic	18,3	22,5	18,2	15,2	24,6	12,0
p	0,000	0,027	0,071	0,052	0,009	0,018
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna (0-4)	16,4	18,6	18,4	12,6	20,9	12,0
poniżej przeciętnej (5-6)	16,4	19,8	15,1	14,4	21,5	11,5
przeciętna (7-9)	14,1	17,9	13,3	11,0	18,7	9,3
rodzina zamożna (10-13)	12,1	14,3	11,8	9,7	14,9	9,6
p	0,044	0,401	0,177	0,303	0,100	0,393
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	15,0	14,4	16,6	13,8	18,4	11,4
małe miasto	14,5	18,3	13,2	10,3	18,5	10,6
wieś	14,9	20,0	13,3	12,0	21,1	9,3
p	0,912	0,133	0,231	0,254	0,373	0,443

Stwierdzono, że:

- nadwaga i otyłość występuje najczęściej u młodzieży wychowywanej przez samotnych rodziców;
- miejsce zamieszkania nie różnicuje częstości występowania nadwagi i otyłości ani w całej badanej grupie, ani w podgrupach wyodrębnionych ze względu na wiek i płeć;
- wraz z pogarszającą się sytuacją ekonomiczną rodziny zwiększają się odsetki młodzieży z nadwagą i otyłością; różnice istotne statystycznie widoczne są tylko w całej badanej grupie, w podgrupach są nieistotne, choć zachowany jest związek liniowy wyrażający się stałym zwiększaniem się odsetka osób z nadwagą i otyłością wraz z pogarszaniem się zamożności rodziny.

Biorąc pod uwagę analizowane powyżej czynniki, można uznać, że płeć, wiek i struktura rodziny są niezależnie oddziałującymi determinantami występowania nadwagi i otyłości u młodzieży 11-15-letniej.

Podsumowanie

Nadwaga i otyłość występuje u co siódmego nastolatka ankietowanego w ramach badań HBSC w roku szkolnym 2013/14. Odsetek młodzieży z nadmiarem masy ciała istotnie zmniejszył się w porównaniu z wynikami badań HBSC sprzed czterech lat. Różnice między chłopcami i dziewczętami są istotne we wszystkich grupach wieku. Odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością istotnie maleje wraz z wiekiem badanych, a większe różnice między grupami wieku występują u dziewcząt. Oprócz płci i wieku kolejnym ważnym czynnikiem wpływającym na występowanie nadmiaru masy ciała w okresie dojrzewania jest struktura rodziny.

Piśmiennictwo

1. Olds T., Maher C., Zumin S. et al. Evidence that the prevalence of childhood overweight is plateauing: data from nine countries. *International Journal of Pediatric Obesity* 2011; 6(5-6): 342–360.
2. Ahluwalia N., Dalmasso P., Rasmussen M. et al. Trends in overweight prevalence among 11-, 13- and 15-year-olds in 25 countries in Europe, Canada and USA from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health* 2015; 25(Suppl. 2): 28–32.
3. Due P., Damsgaard M.T., Rasmussen M. et al. Socioeconomic position, macroeconomic environment and overweight among adolescents in 35 countries. *International Journal of Obesity* 2009; 33: 1084–1093.
4. Formisano A., Hunsberger M., Bammamm K. et al. Family structure and childhood obesity: results of the IDEFICS Project. *Public Health Nutrition* 2014; 17(10): 2307–2315.
5. Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M. et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 1240–1243.

Wstęp

Obraz własnego ciała (*body image*) definiowany jest jako „mentalny” obraz rozmiarów, kształtów i formy ciała wraz z emocjami dotyczącymi tych cech. Zmienia się on i ewoluuje pod wpływem różnych czynników: biologicznych, psychologicznych, społecznych i kulturowych [1]. Samocena masy ciała jest integralną częścią tego obrazu.

Propagowany we współczesnych mediach wzorzec bardzo szczupłej kobiety i silnego, umięśnionego mężczyzny, kształtując między innymi społeczne oczekiwania młodzieży, może zaburzać samoocenę masy ciała.

Młodzież w okresie adolescencji ma trudności z adekwatną do rzeczywistości oceną masy ciała, a jej postrzeganie w znacznym stopniu różnicuje płeć i wiek – dziewczęta częściej oceniają swoją masę ciała jako nieprawidłową [2].

W wielu krajowych i europejskich opracowaniach wykorzystujących wyniki badań HBSC zwrócono uwagę, że postrzeganie własnej masy ciała jako zbyt dużej może stać się źródłem różnego rodzaju problemów psychofizycznych [3], niekontrolowanego stosowania różnych diet lub przeświadczenia o konieczności ich stosowania [2, 4], a także problemów emocjonalnych i zaburzeń funkcjonowania w grupie rówieśniczej [5].

Wskaźniki samooceny masy ciała

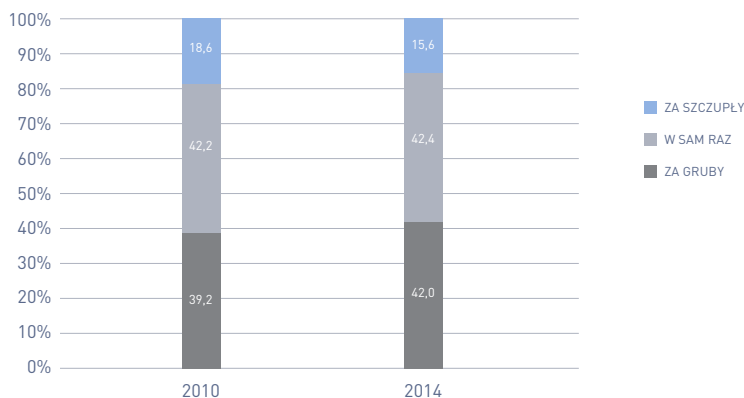
Pytanie dotyczące samooceny masy ciała brzmiało: *Gdy myślisz o swojej masie ciała, to sądzisz, że jesteś: zdecydowanie za szczupły; trochę za szczupły; w sam raz; trochę za gruby; zdecydowanie za gruby*. Pytanie to stosowane jest w badaniach HBSC jako obowiązkowe od 1994 roku. Począwszy od badań w roku 2001/2002 zmieniono kategorie odpowiedzi, usuwając wariant *nie myślę o tym* [6]. W poniższych analizach połączono odpowiedzi *zdecydowanie za szczupły* i *trochę za szczupły* oraz *zdecydowanie za gruby* i *trochę za gruby*, a do testowania różnic zależnych od płci i wieku oraz analizy wybranych uwarunkowań samooceny masy ciała wybrano **negatywny wskaźnik**: odsetek młodzieży, która uważa, że **jest za gruba**.

Wyniki

Według danych z ostatnich badań HBSC tylko nieco ponad 40% uczniów oceniło swoją masę ciała jako prawidłową (*w sam raz*). Istotnie rzadziej oceniły się tak dziewczęta (36,5%) niż chłopcy (48,4%). Młodzież wielokrotnie częściej określała swoją masę ciała jako zbyt dużą (*za gruby*) niż jako zbyt małą (*za szczupły*).

W porównaniu z wynikami badań przeprowadzonych cztery lata wcześniej istotnie zmienił się rozkład samooceny masy ciała: $p < 0,001$. Odsetek uczniów uważających się za zbyt grubych zwiększył się o 2,8%, a oceniających się jako zbyt szczupłych zmniejszył się odpowiednio o mniej więcej 3 punkty procentowe (ryc. 16).

RYCINA 16. ZMIANY SAMOOCENY MASY CIAŁA MŁODZIEŻY 11-15-LETNIEJ W LATACH 2010-2014



Istotne zmiany zanotowano tylko w najstarszej grupie wieku i tylko u dziewcząt. W kolejnych grupach wieku zaobserwowany w latach 2010-2014 wzrost odsetka uważających się za zbyt grubych wyniósł odpowiednio 2,5%, 3,2% oraz 7,8%, a u chłopców i dziewcząt odpowiednio 1,5% oraz 4%.

TABELA 43. SAMOOCENA MASY CIAŁA MŁODZIEŻY SZKOLNEJ WEDŁUG PŁCI I WIEKU

SAMOOCENA MASY CIAŁA		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
za szczupły	N	120	149	181	88	77	81
	%	15,6	19,7	26,2	12,2	10,3	10,4
w sumie	N	412	346	310	336	261	224
	%	53,6	45,8	44,9	46,5	34,8	28,7
za gruby	N	236	260	199	299	411	476
	%	30,7	34,4	28,8	41,4	54,9	60,9

Dokładny rozkład odpowiedzi na analizowane pytanie znajduje się w tabeli 43. Postrzeganie swojej masy ciała zmienia się wraz z wiekiem i różni się w zależności od płci. Odsetek chłopców uważających się za zbyt szczupłych zwiększa się wraz z wiekiem, a dziewcząt uważających się za zbyt szczupłe pozostaje na takim samym poziomie w wieku 13 i 15 lat, przy nieznacznym zmniejszeniu w odniesieniu do 11. roku życia. Różnice zależne od wieku, dotyczące oceny *za gruby*, u chłopców są niewielkie, natomiast odsetek dziewcząt oceniających się jako zbyt grube rośnie znacząco między 11. a 15. rokiem życia.

W tabeli 44 przedstawiono analizę statystyczną różnic, zależnych od płci i wieku, w odniesieniu do kategorii odpowiedzi *za gruby*.

TABELA 44. MŁODZIEŻ, KTÓRA OCENIA SIĘ JAKO ZBYT GRUBĄ, WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%)

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Ogółem	42,0	31,4	52,5	0,000
11 lat	35,9	30,7	41,4	0,000
13 lat	44,6	34,4	54,9	0,000
15 lat	45,9	28,8	60,9	0,000
p	0,000	0,000	0,000	

Stwierdzono, że:

- odsetek ogółu młodzieży oceniającej swoją masę ciała jako zbyt dużą istotnie zwiększa się wraz z wiekiem;
- odsetek dziewcząt uważających się za zbyt grube rośnie znacząco i istotnie wraz z wiekiem;
- zmiana odsetka chłopców oceniających się jako zbyt grubych ma charakter nieliniowy, z największą wartością u 13-latków i najmniejszą u 15-latków (tab. 44).
- różnice między chłopcami i dziewczętami są istotne w każdej grupie wieku.

W tabeli 45 przedstawiono wyniki analizy wybranych uwarunkowań postrzegania przez młodzież w wieku 11-15 lat swojej masy ciała jako zbyt dużej.

Stwierdzono, że:

- młodzież, która wychowywana jest przez samotnych rodziców, częściej ocenia swoją masę ciała jako zbyt dużą niż rówieśnicy z pełnych rodzin biologicznych i rodzin zrekonstruowanych (gdzie odsetki są najmniejsze); w całej badanej grupie uzyskano wynik na granicy istotności statystycznej; istotne różnice w zależności od struktury rodziny stwierdzono tylko w grupie chłopców;
- zamożność rodziny słabo różnicuje samoocenę masy ciała; jedynie w grupie 11-latków wychowywanych w rodzinach o zamożności poniżej przeciętnej zauważyć można istotnie większy, w porównaniu z rodzinami zamożnymi, odsetek uczniów oceniających się jako zbyt grubych;
- miejsce zamieszkania nie różnicuje samooceny masy ciała (tab. 45).

Spośród analizowanych powyżej czynników niezależnymi determinantami postrzegania swojej masy ciała jako zbyt dużej są płeć, wiek i struktura rodziny.

TABELA 45. MŁODZIEŻ, KTÓRA OCENIA SIĘ JAKO ZBYT GRUBĄ, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓLEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	41,4	36,4	43,5	45,0	31,3	51,4
rodzina zrekonstruowana	41,5	35,4	41,2	45,9	21,9	55,3
samotny rodzic	46,2	36,3	50,2	51,4	36,6	55,9
p	0,078	0,985	0,154	0,219	0,013	0,260
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna (0-4)	42,3	35,9	48,2	42,5	31,3	52,7
poniżej przeciętnej (5-6)	43,4	40,7	44,0	46,0	33,8	52,7
przeciętna (7-9)	42,8	36,0	43,8	49,1	31,7	54,1
rodzina zamożna (10-13)	39,6	29,9	44,8	45,6	28,2	49,3
p	0,418	0,048	0,669	0,351	0,381	0,498
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	41,8	32,4	44,1	46,3	30,6	54,0
małe miasto	41,5	37,3	45,2	44,6	31,5	51,3
wieś	42,7	36,5	44,7	46,7	32,0	52,4
p	0,796	0,278	0,943	0,783	0,838	0,574

Poza powyższą analizą postanowiono sprawdzić zgodność obiektywnej (kategoria wskaźnika masy ciała BMI) i subiektywnej oceny masy ciała.

Stwierdzono, że (tab. 46):

- ponad połowa chłopców bez nadwagi i 2/3 z nadwagą i otyłością oceniło swoją masę ciała zgodnie ze stanem faktycznym;
- zdecydowana większość dziewcząt z nadwagą (84,6%) uważała się za zbyt grube, ale jednocześnie prawie połowa dziewcząt z prawidłową masą ciała twierdziła, że jest za gruba;
- zarówno w grupie z nadwagą, jak i z masą ciała w normie stwierdzono związek między płcią a postrzeganiem swojej masy ciała.

TABELA 46. SAMOOCENA MASY CIAŁA MŁODZIEŻY 11-15-LETNIEJ WEDŁUG PŁCI I KATEGORII BMI

SAMOOCENA MASY CIAŁA	CHŁOPCY		DZIEWCZĘTA	
	Bez nadwagi	Nadwaga i otyłość	Bez nadwagi	Nadwaga i otyłość
za szczupły	24,1	4,5	11,9	2,8
w sam raz	53,9	26,0	39,5	12,6
za gruby	22,0	69,4	48,7	84,6
p	0,000		0,000	

Podsumowanie

42% nastolatków ankietowanych w badaniach HBSC w roku szkolnym 2013/14 oceniło swoją masę ciała jako zbyt dużą, niemal tyle samo oceniło ją jako prawidłową. W porównaniu z badaniami z roku 2010 odsetek ten istotnie się zwiększył. Odsetek młodzieży oceniającej swą masę ciała jako zbyt dużą zwiększa się wraz z wiekiem, zwłaszcza u dziewcząt, a różnice między chłopcami i dziewczętami są istotne w każdej grupie wieku. Kolejnym obok płci i wieku predyktorem samooceny masy ciała okazała się struktura rodziny.

Świadomość nadmiernej masy ciała ma prawie 85% dziewcząt i ponad 2/3 chłopców z nadwagą i otyłością, lecz jednocześnie niemal co druga dziewczyna bez nadwagi uważa, że jest za gruba.

Piśmiennictwo

1. Eisenberg M.E., Neumark-Sztainer D., Paxton S.J. Five-year change in body satisfaction among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research* 2006; 61(4): 521–7.
2. Kołoto H., Woynarowska B. Samoocena masy ciała i odchudzanie się młodzieży w okresie dojrzewania. *Przegląd Pediatryczny* 2004; 34(3/4): 196–201.
3. Ter Bogt T., van Dorsselaer S., Monshouwer K. et al. Body mass index and body weight perception as risk factors for internalizing and externalizing problem behaviour among adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2006; 39(1): 27–34.
4. Ojala K., Tynjälä J., Välimaa R. et al. Overweight Adolescents' Self-Perceived Weight and Weight Control Behaviour: HBSC Study in Finland 1994–2010. *Journal of Obesity* 2012; May 28.
5. Holubcikova J., Kolarcik P., Madarasova Geckova A. et al. Is subjective perception of negative body image among adolescents associated with bullying? *European Journal of Pediatrics* 2015; Feb. 24.
6. Currie C., Samdal O., Boyce W., Smith B. *Health Behaviour in School-Aged Children: a World Health Organization Cross-National Study. Research Protocol for the 2001/02 Survey*. Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, Scotland 2001.

III

Zachowania zdrowotne

Wstęp

Codzienna umiarkowana aktywność fizyczna jest konieczna dla zachowania zdrowia i dobrego samopoczucia. Dla dzieci i młodzieży jest ona czynnikiem stymulującym prawidłowy rozwój oraz kształtującym potrzebę ruchu i prawidłowe nawyki [1].

Zespół ekspertów na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia opracował zalecenia dotyczące niezbędnego dla zachowania zdrowia minimum aktywności fizycznej dla trzech grup wieku: 5-17, 18-64 i 65+ [2]. Dla młodzieży w wieku szkolnym zalecana aktywność fizyczna to *przynajmniej 1 godzina dziennie wysiłków o umiarkowanej intensywności*. Rekomendacje te należy interpretować jako skumulowany podczas całego dnia czas trwania wysiłków takich jak np. intensywny marsz do/ze szkoły, jazda rowerem, zabawy i gry ruchowe – berek, gry zespołowe, praca w ogrodzie lub gospodarstwie, rekreacyjna aktywność fizyczna, np. pływanie, itp.

Kalman i wsp. na podstawie wyników badań HBSC prowadzonych w 30 krajach Europy, USA i Kanadzie przeanalizowali kierunek zmian ogólnej aktywności fizycznej młodzieży w wieku 11-15 lat w latach 2002-2010. Badania wykazały, że zdrowie 77% chłopców i 86% dziewcząt w krajach

włączonych do analizy zagrożone jest z powodu zbyt małej aktywności fizycznej. Potwierdzono też tendencje obserwowane od lat sześćdziesiątych XX wieku, że poziom aktywności fizycznej związany jest z wiekiem i płcią – młodzież starsza oraz dziewczęta są mniej aktywne. Autorzy zwrócili również uwagę na ważny czynnik dodatkowo modelujący codzienną aktywność fizyczną młodzieży – zamożność rodziny. Chłopcy i dziewczęta pochodzący z rodzin lepiej sytuowanych charakteryzowali się wyższym poziomem aktywności fizycznej i częściej realizowali jej zalecane minimum. Najciekawszym wynikiem omawianych badań jest umiarkowany, lecz pozytywny trend wzrostowy, dotyczący odsetka młodzieży spełniającej zalecenia minimalnego poziomu aktywności fizycznej w latach 2002-2010, zaobserwowany w 16 krajach (w tym w Polsce) dla populacji chłopców i w 10 krajach dla populacji dziewcząt [3].

Pozytywny trend może być odroczone w czasie odpowiedzią na zainicjowaną pod koniec XX wieku modę na szczupłą, wysportowaną sylwetkę oraz zdrowy i aktywny styl życia, jak również na projektowane i wdrażane od tego czasu programy promocji zdrowia ukierunkowane na zwiększenie aktywności fizycznej różnych grup i populacji.

Wskaźnik aktywności fizycznej

Pomiar aktywności fizycznej w badaniach HBSC dokonywany jest od 2002 roku na podstawie testu autorstwa *Prochaski i wsp.*, w którym wykorzystany został wskaźnik MVPA (*moderate-to-vigorous physical activity*) [4]. MVPA diagnozuje codzienną umiarkowaną, tzw. ogólną aktywność fizyczną i pozwala w prosty sposób określić, czy jej poziom odpowiada międzynarodowym zaleceniom. Oryginalne narzędzie złożone jest z dwóch pytań, jednak od roku 2006 w badaniach HBSC pomiaru dokonuje się, wykorzystując jedno, podstawowe pytanie: *W ostatnich 7 dniach, w ilu dniach przeznaczasz na aktywność fizyczną łącznie co najmniej 60 minut dziennie?* Młodzież, odpowiadając na to pytanie, ma za zadanie obliczyć, ile czasu łącznie przeznaczyła każdego dnia na aktywność fizyczną, a odpowiedź zaznaczyć na wizualnej skali przyjmującej wartości od 0 do 7 (dni). Pytanie poprzedzono wstępem wyjaśniającym, co to jest aktywność fizyczna, z zaznaczeniem, że uwzględnia ona też lekcje wychowania fizycznego w szkole.

Wartości wskaźnika MVPA w omówionych poniżej wynikach podzielono na dwie kategorie, które pozwalają pokazać młodzież realizującą międzynarodowe zalecenia oraz ich niespełniającą: wartości *od 0 do 6* zakwalifikowano jako *poniżej zaleceń*, a wartość 7 – jako *poziom aktywności fizycznej*

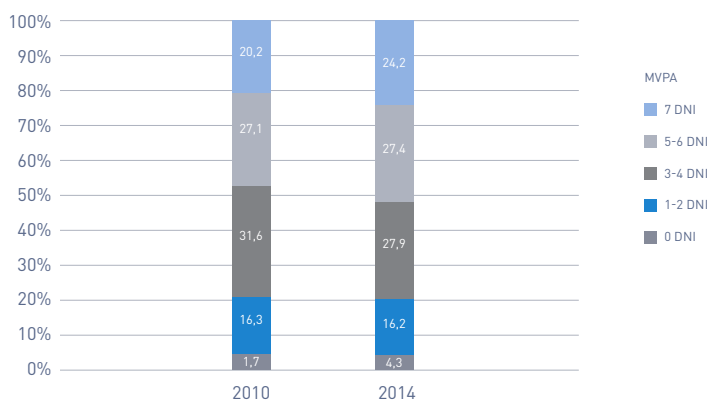
zgodny z zaleceniami. W analizach prezentowany jest wskaźnik pozytywny – MVPA równe 7 dni.

Wyniki

Podczas ostatnich badań HBSC, przeprowadzonych w Polsce w 2014 roku, zalecany poziom aktywności fizycznej, potrzebny do prawidłowego rozwoju oraz utrzymania zdrowia, stwierdzono u 24,2% badanej młodzieży, co stanowi mniej niż 1/4 badanej populacji (ryc. 17).

Porównując dane z dwóch ostatnich serii badań, z lat 2010 i 2014, stwierdzono statystycznie istotne różnice w poziomie aktywności fizycznej młodzieży ($p=0,000$). Zaznaczył się w tym okresie czteroprocentowy pozytywny trend wzrostowy, czyli zwiększenie odsetka młodzieży spełniającej zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (ryc. 17). Odsetek młodzieży reprezentującej skrajnie niską aktywność fizyczną pozostał na stabilnym poziomie. Istotna poprawa dotyczyła obu płci, ale tylko dwóch młodszych grup wieku. U 15-latków odsetek spełniających międzynarodowe rekomendacje aktywności fizycznej pozostał na zbliżonym poziomie (16,2% wobec 17,8%; $p=0,253$).

RYCINA 17. ZMIANY POZIOMU AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ MŁODZIEŻY 11-15-LETNIEJ W POLSCE W LATACH 2010-2014



Aktywność fizyczna młodzieży (tab. 47) zmniejszała się wraz z wiekiem, a jej poziom był niższy wśród dziewcząt niż wśród chłopców. W wieku 15 lat co dziesiąty chłopiec i co piąta dziewczyna reprezentują prawie całkowity brak aktywności fizycznej ($MVPA \leq 1$).

TABELA 47. AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA MŁODZIEŻY SZKOLNEJ W OSTATNICH 7 DNIACH WEDŁUG PŁCI I WIEKU

MVPA		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
0 dni	N	14	29	31	13	44	59
	%	1,8	3,8	4,5	1,8	5,9	7,6
1 dzień	N	26	37	35	24	51	98
	%	3,4	4,9	5,0	3,3	6,9	12,5
2 dni	N	51	63	75	53	89	122
	%	6,6	8,3	10,8	7,4	12,0	15,6
3 dni	N	72	75	90	86	100	169
	%	9,4	9,9	13,0	12,0	13,5	21,6
4 dni	N	114	101	103	102	121	108
	%	14,8	13,4	14,8	14,2	16,3	13,8
5 dni	N	117	134	119	141	129	96
	%	15,2	17,7	17,1	19,6	17,4	12,3
6 dni	N	112	94	65	107	69	42
	%	14,6	12,5	9,4	14,9	9,3	5,4
7 dni	N	263	222	176	193	138	87
	%	34,2	29,4	25,4	26,8	18,6	11,1
Wartość średnia	M	5,07	4,74	4,44	4,86	4,10	3,36
	SD	1,91	2,07	2,09	1,87	2,10	2,03

M – średnia; SD – odchylenie standardowe

Ogólny średni wskaźnik MVPA wynosił w badanej grupie 4,42 dnia (SD=2,09). Średnia liczba dni z aktywnością trwającą przynajmniej 60 minut była istotnie większa u chłopców niż u dziewcząt ($p < 0,001$) – odpowiednio 4,76 (SD=2,03) i 4,08 (SD=2,09). Średnia dla 11-latków wyniosła niemal 5 dni w tygodniu (4,97; SD=1,88), podczas gdy dla 15-latków była dużo niższa (3,87; SD=2,12). Różnice związane z płcią i wiekiem były istotnie statystycznie, w obu przypadkach na poziomie $p < 0,001$.

Zbadano zależność wskaźnika poziomu aktywności fizycznej (MVPA=7) od płci i wieku badanej młodzieży, testując jednocześnie istotność statystyczną różnic (tab. 48).

Stwierdzono, że:

- odsetek młodzieży realizującej zalecenia co do minimalnej aktywności fizycznej koniecznej do zachowania zdrowia i prawidłowego rozwoju waha się od 11,1% u dziewcząt 15-letnich do 34,2% u chłopców 11-letnich;
- z wiekiem aktywność fizyczna młodzieży zmniejsza się; u obu płci zaobserwowano liniowy spadek odsetka tych, którzy realizują zalecenia aktywności fizycznej;
- aktywność fizyczna dziewcząt jest gorsza niż chłopców; różnice zależne od płci pogłębiają się z wiekiem.

TABELA 48. MŁODZIEŻ SPEŁNIAJĄCA ZALECENIA DOTYCZĄCE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ (MVPA=7) WEDŁUG PŁCI I WIEKU [%]

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	p
Ogółem	24,2	29,8	18,6	0,000
11 lat	30,6	34,2	26,8	0,002
13 lat	24,1	29,4	18,6	0,000
15 lat	17,8	25,4	11,1	0,000
p	0,000	0,001	0,000	

Na podstawie analizy uwarunkowań poziomu aktywności fizycznej młodzieży (tab. 49) stwierdzono, że:

- struktura rodziny nie modeluje poziomu aktywności fizycznej młodzieży, jednak śledząc podane wartości, można zauważyć, że najmniejsze odsetki młodzieży spełniającej zalecenia dotyczące aktywności fizycznej były w rodzinach zrekonstruowanych;
- miejsce zamieszkania istotnie różnicowało zagrożenie niedoborem aktywności fizycznej jedynie wśród 13-latków oraz wśród badanych chłopców; środowisko małego miasta sprzyja realizacji zaleceń dotyczących poziomu aktywności fizycznej, podczas gdy w dużych miastach wskaźniki były najmniej korzystne;
- wraz z poprawą zamożności rodziny zwiększają się odsetki młodzieży na co dzień aktywnej fizycznie, istotną zależność zanotowano we wszystkich grupach wyróżnionych ze względu na wiek i płeć.

TABELA 49. MŁODZIEŻ SPEŁNIAJĄCA ZALECENIA DOTYCZĄCE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ (MVPA=7) WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	24,5	31,6	23,0	18,5	30,2	18,9
rodzina zrekonstruowana	21,2	25,9	29,1	11,7	28,9	15,9
samotny rodzic	23,8	28,0	29,6	14,9	28,9	18,8
p	0,454	0,374	0,068	0,117	0,875	0,637
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna (0-4)	20,3	29,5	17,4	14,5	25,3	15,5
poniżej przeciętnej (5-6)	22,4	28,1	23,4	15,6	27,9	17,0
przeciętna (7-9)	23,9	29,1	23,6	18,8	30,3	17,2
rodzina zamożna (10-13)	32,9	40,4	33,2	23,7	38,8	27,8
p	0,000	0,004	0,001	0,034	0,001	0,000
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	22,1	31,9	20,8	16,9	25,9	17,8
małe miasto	26,5	31,1	29,4	17,4	32,6	20,6
wieś	23,7	29,0	23,1	19,3	30,8	17,3
p	0,014	0,642	0,006	0,584	0,013	0,209

Analizując w modelach wielowymiarowych pięć czynników potencjalnie modelujących aktywność fizyczną młodzieży, można stwierdzić, że niezależnymi predyktorami zadowalającej aktywności fizycznej w tej grupie wieku są – według hierarchii ważności – płeć, wiek oraz zamożność rodziny. Płeć męska, młodszy wiek oraz zamożniejsza rodzina sprzyjają realizowaniu przez młodzież zaleceń dotyczących minimalnej aktywności fizycznej. Po skorygowaniu na wpływ pozostałych czynników aktywność fizyczna pogarsza się zarówno u 13-, jak i 15-latków, w porównaniu z najmłodszą grupą wieku. Przyjmując za grupę referencyjną rodziny najuboższe, istotna poprawa aktywności jest obserwowana tylko w rodzinach najzamożniejszych.

Należy zwrócić uwagę na nowe, ciekawe wątki wpływające na zrozumienie uwarunkowań poziomu aktywności fizycznej. Dotyczą one wpływu struktury rodziny oraz miejsca zamieszkania. Zauważono tendencje (bez znamienności statystycznej) do pogarszania się aktywności fizycznej w rodzinach zrekonstruowanych. Pozytywny wpływ małych miast na modelowanie poziomu aktywności fizycznej młodzieży został z kolei potwierdzony testowaniem statystycznym, szczególnie u chłopców i u młodzieży 13-letniej.

Podsumowanie

Zdrowie ponad 3/4 populacji młodzieży w wieku 11-15 lat w Polsce zagrożone jest w wyniku zbyt małej aktywności fizycznej. Zarówno wśród chłopców, jak i wśród dziewcząt aktywność fizyczna zmniejsza się z wiekiem, a w konsekwencji więcej młodzieży starszej nie spełnia zaleceń dotyczących minimalnej aktywności fizycznej, niezbędnej do prawidłowego rozwoju i zachowania zdrowia. Bardziej zagrożone są też dziewczęta, których ogólna aktywność jest mniejsza niż chłopców, oraz osoby pochodzące z rodzin mniej zamożnych.

Jednak pomimo tej bardzo niekorzystnej sytuacji można prognozować pozytywny kierunek zmian poziomu aktywności fizycznej. W ostatnich czterech latach stwierdzono istotny statystycznie, czteroprocentowy wzrost odsetka młodzieży w wieku 11-15 lat spełniającej międzynarodowe zalecenia dotyczące poziomu aktywności fizycznej. Poprawa dotyczyła obu płci i dwóch młodszych grup wieku (bez 15-latków).

Piśmiennictwo

1. Janssen J., LeBlanc A. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2010; 7: 40–56.
2. Global Recommendations on Physical Activity for Health. WHO Press, Geneva 2010; dostępny: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1 (5.08.2015).
3. Kalman M., Inchley J., Sigmundova D. et al. Secular trends in moderate-to-vigorous physical activity in 32 countries from 2002 to 2010: a cross-national perspective. *European Journal of Public Health* 2015; 25(Suppl. 2): 37–40.
4. Prochaska J., Sallis J., Long B. A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2001; 155(5): 554–559.

16

Spędzanie czasu w bezruchu przed ekranem

Hanna Nałęcz

Wstęp

Naukowcy prowadzący badania dotyczące spędzania czasu w bezruchu przed ekranem, np. podczas oglądania telewizji, korzystania z komputera lub innych urządzeń, zgodnie wskazują na jego niekorzystny związek ze zdrowiem [1].

Zalecenia dotyczące wskaźników spędzania czasu w sposób bierny przed ekranem, opracowane między innymi przez Amerykańską Akademię Pediatrii, zostały opublikowane jako materiał edukacyjny do wykorzystania przez lekarzy w kontaktach z rodzicami [2]. Kluczowe jest ograniczanie biernego spędzania czasu przed ekranem maksymalnie do dwóch godzin dziennie, a dla dzieci poniżej drugiego roku życia – całkowite unikanie tego typu zachowań (określanych jako *screen time*). Pomocne w realizacji zaleceń może być przestrzeganie zasady o korzystaniu ze sprzętu elektronicznego poza sypialnię dziecka, monitorowanie samodzielnych działań dziecka, wspólne oglądanie programów i rozmowa o nich oraz ustalanie i przestrzeganie wewnętrznych, domowych reguł dotyczących korzystania ze sprzętu elektronicznego w wolnym czasie.

Na podstawie analizy trendu (1986-2002) czasu poświęcanego przez młodzież na oglądanie telewizji, wykorzystując dane z badań HBSC, wskazano, że płeć jest ważnym predyktorem zachowań sedenteryjnych oraz że ich związek z aktywnością fizyczną nie jest jednoznaczny [3]. Najnowsze analizy dowodzą braku – często sugerowanej – bezpośredniej, odwrotnie proporcjonalnej relacji aktywności i bierności w czasie wolnym [4]. W badaniach krajowych, bazujących na wynikach HBSC, zaczęto definiować wzorce zachowań, dopuszczając współwystępowanie korzystnych zachowań w jednym obszarze i niekorzystnych w drugim. Wykazano, że współwystępowanie wysokiej aktywności fizycznej i ograniczania *screen time* stanowi czynnik chroniący przed nadwagą i otyłością [5]. Coraz częściej też mówi się o mniej rodzinnych i socjoekonomicznych czynnikach, które modelują omawiane zachowania, w tym o wpływie struktury rodziny [6].

Wskaźniki zachowań sedenteryjnych

Do analiz czasu spędzanego w bezruchu przed ekranem wykorzystano trzy zmienne: czas oglądania telewizji, czas korzystania z urządzeń elektronicznych oraz czas grania w gry komputerowe / na konsoli. We wcześniejszych cyklach badań HBSC pytano o czas przeznaczony na odrabianie lekcji, a rozdzielenie gier komputerowych i innych aktywności na komputerze (mających też bardzo pozytywny wpływ na rozwój) nastąpiło podczas badań prowadzonych w latach 2005/06.

W obecnej formie, obowiązującej w badaniach 2013/14, pytania brzmiały następująco:

- Oglądanie telewizji: *Ile godzin dziennie w czasie wolnym zwykle oglądasz filmy lub programy w telewizji, na komputerze lub przez Internet (w tym filmy DVD i You Tube lub podobne serwisy)?* Ostatnia modyfikacja polegała na dodaniu oglądania filmów przez Internet oraz rezygnacji z wideo, jako przestarzałej technologii.
- Zajęcia przy komputerze: *Ile godzin dziennie, w czasie wolnym, zwykle korzystasz z komputera, tabletu lub smartfona (czat, korzystanie z Internetu, wysyłanie wiadomości e-mail, Tweeter, Facebook, Instagram, odrabianie lekcji itp.)?* Modyfikacja wprowadzona w 2014 roku dotyczyła głównie uwzględnienia przenośnych urządzeń pełniących funkcję komputera kieszonkowego oraz dodania w nawiasie aktywności na serwisach społecznościowych.

- Gry komputerowe: *Ile godzin dziennie, w czasie wolnym, zwykle grasz w gry komputerowe lub na konsoli (np. Playstation, Xbox, GameCube), tablecie czy smartfonie lub innym sprzęcie, z wyjątkiem gier ruchomych (np. na Playstation Move, Nintendo Wii)?* Modyfikując pytanie w 2014 roku, dodano urządzenia przenośne i wyłączono z grupy zajęć niewskazanych (w nadmiarze) gry ruchowe wspomagające aktywność fizyczną.

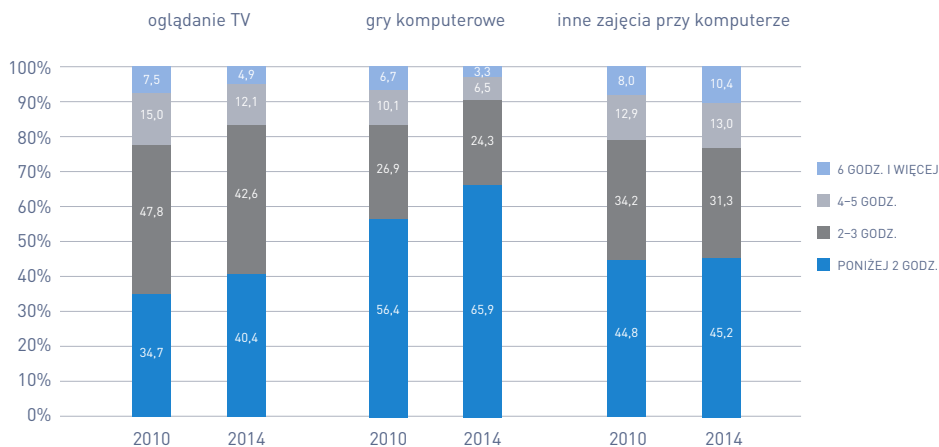
Kategorie odpowiedzi były jednakowe: *wcale, około pół godziny dziennie, około 1 godziny dziennie, około 2 godzin dziennie, około 3 godzin dziennie, około 4 godzin dziennie, około 5 godzin dziennie, około 6 godzin dziennie, około 7 lub więcej godzin dziennie.* Osobno badano bierny czas przed ekranem w dni powszednie (szkolne) oraz w ciągu weekendu. Dokładne dane dotyczące weekendów zamieszczono w aneksie.

W analizach wykonanych w tym rozdziale wykorzystano **negatywny wskaźnik** – odsetek młodzieży spędzającej czas w bezruchu w określony sposób przez 2 lub więcej godzin dziennie w dni powszednie. Oszacowano też średni czas spędzany przy ekranie.

Wyniki

Obserwując zmiany czasu spędzanego przez młodzież w wieku 11-15 lat w bezruchu przed ekranem w latach 2010-2014, można zauważyć tendencję spadkową w odniesieniu do dwóch wskaźników, co jest zjawiskiem pozytywnym (ryc. 18). Istotnie statystycznie okazały się zmiany odsetka młodzieży oglądającej zbyt długo telewizję w dniach szkolnych – spadek o 5,7 punktu procentowego ($p < 0,001$) oraz odsetka grających w gry komputerowe co najmniej 2 godziny dziennie – spadek o 9,5 punktu procentowego ($p < 0,001$). Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w odsetku młodzieży przeznaczającej więcej niż 2 godziny dziennie na inne zajęcia przy komputerze ($p = 0,734$). Niepokojący może być tylko wzrost odsetka tych, którzy siedzą przy komputerze 6 godzin lub dłużej (ryc. 18). W odniesieniu do oglądania telewizji i gier komputerowych tak skrajnie wysokie wartości notowane były w 2014 roku rzadziej niż cztery lata wcześniej.

RYCINA 18. ZMIANY ILOŚCI CZASU SPĘDZANEGO W BEZRUCHU PRZED EKRANEM PRZEZ MŁODZIEŻ 11-15-LETNIĄ W POLSCE W LATACH 2010-2014



W tabeli 50 zaprezentowano rozkład wskaźników spędzania przez młodzież czasu w bezruchu przed ekranem, wyróżniając cztery kategorie odpowiedzi (jak na rycinie 18). Zaznaczyły się silne różnice związane z płcią badanych. W zależności od rodzaju zajęć poziom wskaźnika jest większy w grupie chłopców lub dziewcząt, np. dziewczęta rzadziej grają w gry komputerowe, ale częściej przesiadują przy komputerze (13- i 15-latki). Z danych wynika również, że nie bez znaczenia jest wiek badanych – wszystkie negatywne wskaźniki nasilają się wraz z wiekiem w grupie chłopców, a w grupie dziewcząt systematyczny wzrost jest widoczny jedynie w odniesieniu do wskaźnika ogólnego korzystania z komputera.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że różnice zależne od płci zmieniają się w poszczególnych grupach wieku i w zależności od rodzaju zajęć w bezruchu przed ekranem (tab. 50). W wieku 11 lat chłopcy przeznaczają więcej czasu niż dziewczęta na wszystkie trzy czynności. W rocznikach gimnazjalnych nie ma różnic zależnych od płci jeśli chodzi o średni czas spędzany na oglądaniu telewizji. Chłopcy spędzają więcej czasu przy grach komputerowych, a dziewczęta, jak już wspomniano – przy innych zajęciach komputerowych.

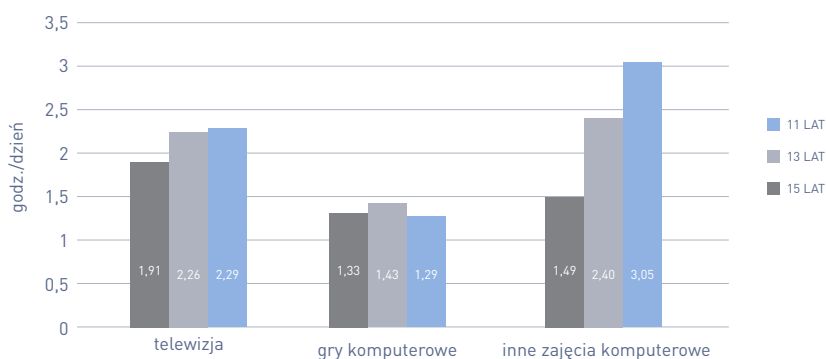
TABELA 50. CZAS POŚWIĘCANY W DNIACH SZKOLNYCH NA OGLĄDANIE TELEWIZJI, KORZYSTANIE Z KOMPUTERA ORAZ GRANIE W GRY KOMPUTEROWE WEDŁUG PŁCI I WIEKU

LICZBA GODZIN		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Oglądanie telewizji							
mniej niż 2 godziny	N	335	302	263	368	262	283
dziennie	%	43,5	39,6	37,8	51,0	34,7	36,4
2-3 godziny	N	306	320	286	284	358	354
dziennie	%	39,7	42,0	41,1	39,4	47,4	45,5
4-5 godzin	N	91	97	94	51	99	112
dziennie	%	11,8	12,7	13,5	7,1	13,1	14,4
6 godzin dziennie	N	38	43	53	18	36	29
lub więcej	%	4,9	5,6	7,6	2,5	4,8	3,7
średni czas	M	2,08	2,23	2,35	1,73	2,29	2,23
godz./dzień	SD	1,68	1,70	1,75	1,43	1,60	1,55
Korzystanie z komputera							
mniej niż 2 godziny	N	497	377	243	481	240	194
dziennie	%	64,4	49,3	35,0	66,3	31,8	25,0
2-3 godziny	N	178	240	215	183	304	283
dziennie	%	23,1	31,4	30,9	25,2	40,3	36,4
4-5 godzin	N	58	84	126	45	124	146
dziennie	%	7,5	11,0	18,1	6,2	16,4	18,8
6 godzin dziennie	N	39	63	111	17	86	154
lub więcej	%	5,1	8,2	16,0	2,3	11,4	19,8
średni czas	M	1,67	1,89	1,93	0,96	0,97	0,72
godz./dzień	SD	1,62	1,76	1,85	1,12	1,38	1,23
Granie w gry komputerowe							
mniej niż 2 godziny	N	436	378	352	569	583	646
dziennie	%	56,5	49,5	50,4	78,3	77,3	82,8
2-3 godziny	N	243	270	225	127	123	104
dziennie	%	31,5	35,4	32,2	17,5	16,3	13,3
4-5 godzin	N	61	72	77	27	33	20
dziennie	%	7,9	9,4	11,0	3,7	4,4	2,6
6 godzin dziennie	N	31	43	44	4	15	10
lub więcej	%	4,0	5,6	6,3	0,6	2,0	1,3
średni czas	M	1,57	2,10	2,84	1,40	2,71	3,23
godz./dzień	SD	1,69	1,90	2,17	1,41	1,97	2,17

M – średnia; SD – odchylenie standardowe

Uzupełnieniem analiz jest oszacowanie średniego czasu spędzanego na zajęciach danego typu. Ankietowana młodzież przeznaczala w dniach szkolnych średnio: 2,15 godziny (SD=1,63) na oglądanie telewizji, 1,35 godziny (SD=1,59) na gry komputerowe i 2,31 godziny (SD=2,01) na inne zajęcia przy komputerze. Trudno jest sumować te czasy, ponieważ często czynności wykonywane są równocześnie. Stwierdzono istotne statystycznie różnice między średnim czasem przeznaczanym przez chłopców i dziewczęta na omawiane czynności wykonywane w bezruchu przed ekranem. Wykazano również różnice zależne od wieku (ryc. 19). Starsza młodzież przeznacza w dniach szkolnych dużo więcej godzin na inne zajęcia przy komputerze, prawdopodobnie związane z nauką i komunikacją z rówieśnikami.

RYCINA 19. ŚREDNI CZAS SPĘDZANY PRZEZ MŁODZIEŻ 11-15-LETNIA W BEZRUCHU PRZED EKRADEM WEDŁUG WIEKU



W tabeli 51 przedstawiono wyniki testowania różnic związanych z płcią i wiekiem badanych dla poszczególnych wskaźników dychotomizowanych.

Wykazano, że:

- częstość oglądania telewizji zwiększa się z wiekiem; zmiany te są bardziej widoczne u dziewcząt;
- częstość korzystania z komputera zwiększa się z wiekiem u obu płci;
- częstość grania w gry komputerowe jest największa u 13-latków; u chłopców względnie niższe odsetki notowane są w najmłodszej grupie wieku, a u dziewcząt w najstarszej;
- płeć słabo różnicuje częstość oglądania telewizji; niewielkie różnice zależne od płci zanikają u 15-latków;

- dziewczęta w dwóch starszych grupach wieku istotnie częściej niż chłopcy korzystają z komputera w innych celach niż gry; u 11-latków nie ma jeszcze różnic zależnych od płci;
- chłopcy we wszystkich grupach wieku istotnie częściej niż dziewczęta grają w gry komputerowe.

TABELA 51. MŁODZIEŻ, KTÓRA W DNIACH SZKOLNYCH SPĘDZAŁA W BEZRUCHU PRZED EKRANEM 2 GODZINY LUB WIĘCEJ DZIENNIE, WEDŁUG PŁCI I WIEKU [%]

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Oglądanie telewizji				
Ogółem	59,6	59,6	59,6	0,988
11 lat	52,9	56,5	49,0	0,004
13 lat	62,8	60,4	65,3	0,047
15 lat	63,0	62,2	63,6	0,575
p	0,000	0,073	0,000	
Korzystanie z komputera				
Ogółem	54,8	50,0	59,6	0,000
11 lat	34,7	35,6	33,7	0,446
13 lat	59,4	50,7	68,2	0,000
15 lat	70,3	65,0	75,0	0,000
p	0,000	0,000	0,000	
Gry komputerowe				
Ogółem	34,1	47,7	20,6	0,000
11 lat	32,9	43,5	21,7	0,000
13 lat	36,7	50,5	22,7	0,000
15 lat	32,5	49,6	17,2	0,000
p	0,029	0,012	0,017	

W tabelach 52-54 zamieszczono wyniki analizy wybranych uwarunkowań trzech wskaźników spędzania czasu w bezruchu przed ekranem.

W odniesieniu do **ogłędania telewizji** wykazano, że (tab. 52):

- młodzież z pełnych rodzin biologicznych rzadziej ogląda telewizję w wymiarze powyżej 2 godzin dziennie, zależność ta jest najwyraźniejsza w grupie dziewcząt oraz w populacji 11-latków;
- odsetek młodzieży spędzającej przed telewizorem 2 godziny lub więcej jest większa się wraz z pogarszaniem się sytuacji materialnej rodziny,

zależność ta utrzymuje się u obu płci i w dwóch skrajnych grupach wieku (bez 13-latków);

- miejsce zamieszkania słabo determinuje zbyt długi czas spędzony przed telewizorem, różnice istotne statystycznie zanotowano tylko w najmłodszej grupie wieku; 11-latki z dużych miast rzadziej oglądają telewizję niż ich rówieśnicy z małych miast i wsi; z kolei różnice na korzyść wsi zarysowują się u 13-latków i w połączonej próbie chłopców.

TABELA 52. MŁODZIEŻ, KTÓRA W DNIACH SZKOLNYCH OGLĄDA TELEWIZJĘ 2 GODZINY LUB WIĘCEJ DZIENNIE, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓLEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	58,3	51,3	61,8	61,9	58,7	58,0
rodzina zrekonstruowana	60,9	60,8	64,0	58,6	55,4	64,6
samotny rodzic	65,0	59,9	66,7	67,6	65,1	65,0
p	0,006	0,032	0,388	0,191	0,068	0,025
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna [0-4]	63,4	57,3	63,4	68,7	63,4	64,4
poniżej przeciętnej [5-6]	61,5	55,8	64,4	63,8	61,3	61,8
przeciętna [7-9]	59,7	52,9	64,1	62,0	60,3	59,0
rodzina zamożna [10-13]	51,8	44,4	58,4	53,4	52,1	51,6
p	0,000	0,015	0,424	0,007	0,014	0,004
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	59,7	45,1	64,5	64,7	60,2	59,2
małe miasto	61,0	55,8	65,1	64,8	62,0	60,1
wieś	57,9	54,5	59,0	59,4	56,2	59,4
p	0,200	0,003	0,086	0,135	0,068	0,936

TABELA 53. MŁODZIEŻ, KTÓRA W DNIACH SZKOLNYCH KORZYSTA Z KOMPUTERA 2 GODZINY LUB WIĘCEJ DZIENNIE, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓLEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	53,3	33,5	58,5	68,9	48,0	58,5
rodzina zrekonstruowana	61,4	46,2	64,0	70,3	55,8	65,2
samotny rodzic	59,7	37,8	61,1	77,0	56,4	63,1
p	0,001	0,044	0,500	0,055	0,009	0,102

Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna (0-4)	55,2	35,8	58,3	69,7	51,1	59,0
poniżej przeciętnej (5-6)	55,1	35,4	58,9	70,0	49,8	60,2
przeciętna (7-9)	55,6	36,9	58,5	71,6	50,6	60,9
rodzina zamożna (10-13)	53,6	29,4	65,4	68,9	48,7	57,8
p	0,851	0,226	0,287	0,874	0,923	0,756
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	58,3	32,7	61,5	72,5	53,4	63,3
małe miasto	54,1	37,6	61,5	71,0	50,0	58,0
wieś	52,2	31,8	55,2	67,3	46,3	57,5
p	0,003	0,087	0,062	0,175	0,028	0,031

W odniesieniu do **ogólnego korzystania z komputera** wykazano, że (tab. 53):

- struktura rodziny determinuje czas poświęcany przez młodzież na korzystanie z komputera, rodzina z obojgiem biologicznych rodziców chroni przed długim przebywaniem przy komputerze; tendencja ta utrzymuje się w skrajnych grupach wieku oraz u chłopców;
- czas korzystania z komputera nie zależy od zamożności rodziny;
- miejsce zamieszkania istotnie determinuje czas spędzany przed komputerem zarówno w całej badanej grupie, jak i według płci – najmniej korzystne wartości wskaźnika osiągają mieszkańcy dużych miast, z kolei u 11-latków najwyższe wartości pojawiają się w małych miastach.

TABELA 54. MŁODZIEŻ, KTÓRA W DNIACH SZKOLNYCH GRA W GRY KOMPUTEROWE 2 GODZINY LUB WIĘCEJ DZIENNIE, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	32,6	31,3	35,2	31,3	45,8	19,5
rodzina zrekonstruowana	35,6	37,0	37,2	33,3	49,1	26,2
samotny rodzic	40,1	41,1	40,9	37,8	56,6	23,3
p	0,001	0,018	0,265	0,159	0,002	0,055
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna (0-4)	34,9	33,5	35,7	35,1	49,5	21,2
poniżej przeciętnej (5-6)	35,1	34,7	35,0	36,0	49,2	21,6
przeciętna (7-9)	34,6	35,1	36,7	31,5	48,1	20,6
rodzina zamożna (10-13)	29,7	23,6	41,2	23,8	43,3	18,0
p	0,070	0,008	0,444	0,015	0,315	0,580

Miejsce zamieszkania						
duże miasto	38,8	32,7	43,9	37,9	52,4	24,1
małe miasto	32,8	33,8	33,9	30,0	47,0	18,8
wieś	30,7	31,8	31,1	29,0	43,4	19,2
p	0,000	0,778	0,000	0,004	0,002	0,023

W odniesieniu do **grania w gry komputerowe** wykazano, że (tab. 54):

- struktura rodziny determinuje czas poświęcany przez młodzież na graniu w gry komputerowe, co jest widoczne u obu płci; wychowywanie przez samotnego rodzica sprzyja tego typu zajęciom; biorąc pod uwagę grupy wieku, stwierdzamy najsilniejszą zależność u 11-latków;
- zamożność rodziny słabo różnicuje odsetki grających zbyt długo w gry komputerowe; w grupie 11- i 15-latków można raczej mówić o spadku tego odsetka w rodzinach zamożnych, przy braku różnic między pierwszymi trzema kategoriami zamożności;
- miejsce zamieszkania jest silnym czynnikiem warunkującym zbyt częste granie w gry komputerowe; odsetki te zwiększają się wraz ze wzrostem wielkości miejscowości, co dotyczy obu płci i dwóch starszych grup wieku.

W analizie wielowymiarowej stwierdzono, że:

- istotnymi i niezależnymi predyktorami zbyt długiego *oglądania telewizji* były wiek i zamożność rodziny; ryzyko unieruchomienia przy telewizji istotnie wzrasta w dwóch starszych grupach wieku, stwierdzamy też systematyczny wzrost ryzyka częstego oglądania telewizji w miarę pogorszenia warunków materialnych;
- cztery czynniki są istotnymi i niezależnymi predyktorami zbyt długiego *ogólnego korzystania z komputera*, według hierarchii ważności są to: wiek, płeć, miejsce zamieszkania i struktura rodziny; ryzyko zbyt długiego unieruchomienia przy komputerze wzrasta w kolejnych grupach wieku w porównaniu z 11-latkami, wzrasta u dziewcząt w porównaniu z chłopcami; wzrasta w małych i dużych miastach w porównaniu z wsią, a kolejnym czynnikiem ryzyka jest wychowywanie się w rodzinie zrekonstruowanej;

- istotnymi i niezależnymi predyktorami zbyt długiego *grania w gry komputerowe* były – według hierarchii ważności: płeć, miejsce zamieszkania oraz struktura rodziny; ryzyko wzrasta u płci męskiej, mieszkańców dużych miast i w przypadku wychowywania przez samotnego rodzica.

Podsumowanie

Spędzanie wielu godzin w bezruchu przed ekranem jest modelowane przez płeć i wiek młodzieży. Dziewczęta, w odróżnieniu od chłopców, rzadziej grają w gry komputerowe, ale częściej korzystają z komputera w innych celach, jak nauka i komunikacja z rówieśnikami. Ilość czasu spędzanego w ten sposób przy komputerze znacząco zwiększa się u starszej młodzieży.

W latach 2010-2014 nastąpiły korzystne zmiany w zakresie negatywnych wskaźników związanych z unieruchomieniem przy ekranie. Istotnemu skróceniu uległ czas oglądania telewizji oraz czas przeznaczony na gry komputerowe. W zakresie ogólnego korzystania z komputera nie zanotowano istotnych zmian przy 2 godzinach jako punkcie odcięcia definiującym poziom szkodliwy dla zdrowia. Niepokojący jest jednak coraz większy odsetek młodzieży, która przesiaduje przy komputerze znacznie dłużej, 4 godziny i więcej.

Niski status materialny rodziny zwiększa ryzyko zbyt długiego oglądania telewizji. Struktura rodziny i miejsce zamieszkania wpływają na częstość grania w gry komputerowe i używania komputera w innych celach – obecność w domu obojga biologicznych rodziców jest czynnikiem chroniącym. Zamieszkiwanie w dużym mieście zwiększa ryzyko zbyt częstego grania w gry komputerowe i długiego przesiadywania przy komputerze w innych celach.

Piśmiennictwo:

1. Rezende L.F., Rodrigues Lopes M., Rey-López J.P. et al. Sedentary behavior and health outcomes: An overview of systematic reviews. *PLOS ONE* 2014; 9(8): e105620.
2. Council on Communications and Media: Children, Adolescents, and the Media. Policy Statement From the American Academy of Pediatrics. *Pediatrics* 2013; 132(5): 958–961.
3. Samdal O., Tynjala J., Roberts C. et al. Trends in vigorous physical activity and TV watching of adolescents from 1986 to 2002 in seven European Countries. *European Journal of Public Health* 2006; 17(3): 242–248.
4. Melkevik O., Torsheim T., Iannotti R.J., Wold B. Is spending time in screen-based sedentary behaviors associated with less physical activity: a cross national investigation. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2010; 7: 46.
5. Mazur J., Tabak I., Gajewski J., Dzielska A. Nadwaga i otyłość wśród uczniów gimnazjum w zależności od wybranych czynników behawioralnych. Zmiany w latach 2006-2010. *Przegląd Epidemiologiczny* 2012; 66(3): 503–508.
6. McMillan R., McIsaac M., Janssen J. Family structure as a predictor of screen time among youth. *Peer Journal* 2015; 3: e1048.

Wstęp

Regularne spożywanie śniadań jest bardzo ważne dla prawidłowego funkcjonowania organizmu – zarówno dzieci, młodzieży, jak i osób dorosłych. Wpływa korzystnie na dyspozycję do nauki, poprawia funkcje poznawcze i pamięć krótkoterminową [1]. Ponadto stwierdzono, że u młodzieży, która regularnie zjada śniadanie, zmniejsza się ryzyko nadwagi i otyłości w porównaniu z rówieśnikami opuszczającymi śniadania [2]. Osoby opuszczające śniadania częściej spożywają wysokoenergetyczne przekąski, ubogie w składniki odżywcze, oraz słodkie napoje, a w efekcie przejadają się w ciągu dnia. Ze względu na znaczenie regularnego spożywania śniadań stanowią one istotny element prawidłowego odżywiania i tym samym prozdrowotnego stylu życia.

Badacze zajmujący się tymi zagadnieniami zwrócili uwagę na istnienie związku między spożywaniem śniadań a środowiskiem rodzinnym, zwłaszcza w ostatnich latach, gdy coraz więcej dzieci wychowuje się w rodzinach niepełnych, a także gdy coraz więcej matek pracuje zawodowo [3, 4].

Wskaźnik częstości jedzenia śniadań

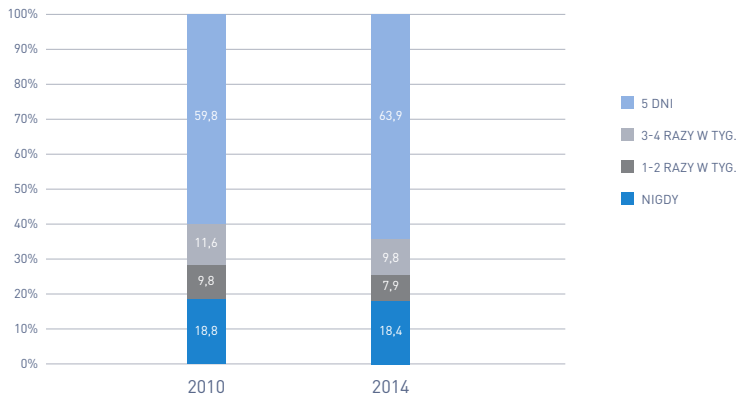
Pytanie dotyczące spożywania śniadań: *Jak często zwykle zjadasz śniadanie, tzn. coś więcej niż szklankę mleka, herbaty lub innego napoju?* składa się z dwóch części. Jedna dotyczy dni szkolnych, z kategoriami odpowiedzi: *nigdy nie jem śniadania, jem jednego dnia, dwa, trzy, cztery i pięć dni*, druga odnosi się do weekendów, z kategoriami odpowiedzi: *nigdy nie jem, zwykle jem tylko w jednym dniu weekendu, zwykle jem w obu dniach weekendu*. Pytanie to zostało włączone do kwestionariusza HBSC w roku 2001/02 i jest wykorzystywane w kolejnych cyklach badań w niezmienionej postaci. W opracowaniu ograniczono się do dni szkolnych. Do kolejnych analiz zbudowano **wskaźnik pozytywny** – odsetek młodzieży, która **zjada śniadania każdego dnia, gdy idzie do szkoły**, czyli pięć dni w tygodniu. Jego monitorowanie jest wykorzystywane do badania zachowań żywieniowych młodzieży i służy do identyfikacji czynników wzmacniających korzystne zachowania zdrowotne [3]. Informacje uzupełniające znajdują się w aneksie, w tabeli dotyczącej spożywania śniadań w sobotę i niedzielę.

Wyniki

Na podstawie danych z ostatnich badań HBSC stwierdzono, że 63,9% młodzieży w dni szkolne spożywa śniadanie codziennie, pozostała młodzież zjada śniadania nieregularnie, w tym 18,4% nigdy nie je śniadania, gdy idzie do szkoły (ryc. 20).

W porównaniu z badaniami z 2010 roku stwierdzono istotną poprawę w tym zakresie, wyrażającą się ponad 4-procentowym wzrostem odsetka młodzieży, która w dni szkolne codziennie spożywa śniadanie; $p < 0,001$ (ryc. 20). Istotna poprawa dotyczy chłopców (62,4% w 2010 roku i 67,1% w roku 2014 – $p = 0,005$) oraz dziewcząt (odpowiednio 57,5% i 60,6% – $p = 0,002$). W kolejnych grupach wieku odsetek młodzieży codziennie jedzącej śniadania w dni szkolne zwiększył się o odpowiednio 7,5%, 2,6% oraz 2,1%, co tylko w dwóch młodszych grupach wieku stanowiło zmianę istotną statystycznie.

RYCINA 20. ZMIANY CZĘSTOŚCI SPOŻYWANIA ŚNIADAŃ W DNI SZKOLNE PRZEZ MŁODZIEŻ 11-15-LETNIĄ W POLSCE W LATACH 2010-2014



W tabeli 55 przedstawiono dokładny rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące spożywania śniadań w dni szkolne. Ich analiza wskazuje na zmniejszające się wraz z wiekiem odsetki młodzieży spożywającej regularnie śniadanie, przy odpowiednim wzroście odsetka niejedzących śniadań. Niekorzystne wzorce zachowań występują częściej u dziewcząt niż u chłopców.

TABELA 55. SPOŻYWANIE ŚNIADAŃ W DNIACH SZKOLNYCH WEDŁUG PŁCI WIEKU

CZĘSTOŚĆ JEDZENIA ŚNIADAŃ		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Codziennie	N	550	506	433	509	422	433
	%	71,8	66,8	62,3	70,4	56,4	55,8
3-4 razy w tyg.	N	67	66	65	76	73	94
	%	8,7	8,7	9,4	10,5	9,8	12,1
1-2 razy w tyg.	N	60	60	59	55	55	64
	%	7,8	7,9	8,5	7,6	7,4	8,2
nigdy	N	89	125	138	83	198	185
	%	11,6	16,5	19,9	11,5	26,5	23,8

Analizy przeprowadzone z wykorzystaniem wskaźnika pozytywnego, czyli odsetka młodzieży, która w dni szkolne codziennie zjada śniadanie, wykazały, że (tab. 56):

- zachowania w tym zakresie istotnie pogarszają się wraz z wiekiem młodzieży;

- związane z wiekiem pogorszenie dotyczy w większym stopniu dziewcząt niż chłopców;
- różnice między chłopcami i dziewczętami są istotne na niekorzyść dziewcząt i największe w grupie 13-latków.

TABELA 56. MŁODZIEŻ, KTÓRA W DNI SZKOLNE *REGULARNIE* SPOŻYWA ŚNIADANIA, WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%)

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Ogółem	63,9	67,1	60,6	0,000
11 lat	71,1	71,8	70,4	0,551
13 lat	61,7	66,8	56,4	0,000
15 lat	58,9	62,3	55,8	0,011
p	0,000	0,001	0,000	

Wyniki analizy socjodemograficznych uwarunkowań regularnego spożycia śniadań przedstawiono w tabeli 57.

Stwierdzono, że:

- młodzież, która mieszka z obojgiem rodziców, istotnie częściej regularnie zjada śniadania w porównaniu z rówieśnikami wychowującymi się w rodzinach niepełnych i zrekonstruowanych; zależność jest istotna u obu płci oraz najwyraźniej zarysowuje się u 13-latków;
- wraz z poprawą sytuacji ekonomicznej rodziny zwiększają się odsetki młodzieży, która regularnie spożywa śniadania; w całej badanej grupie jest to wzrost o 10%, jeśli porównamy rodziny w skrajnych kategoriach zamożności; zależność jest istotna u obu płci, ponadto notowana jest tylko w dwóch młodszych grupach wieku;
- nie ma istotnego statystycznie związku między regularnością spożycia śniadań a miejscem zamieszkania.

TABELA 57. MŁODZIEŻ, KTÓRA W DNI SZKOLNE *REGULARNIE* SPOŻYWA ŚNIADANIA, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH [%]

	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	65,7	72,6	63,8	60,5	69,0	62,4
rodzina zrekonstruowana	54,2	66,3	45,3	52,3	63,7	47,6
samotny rodzic	59,0	65,6	56,9	55,0	58,8	59,2
p	0,000	0,083	0,001	0,099	0,001	0,001
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna (0-4)	58,1	64,3	51,8	58,5	61,5	54,9
poniżej przeciętnej (5-6)	63,1	70,0	60,0	59,1	65,3	61,0
przeciętna (7-9)	64,8	72,3	64,3	58,0	68,9	60,4
rodzina zamożna (10-13)	68,0	76,1	66,7	60,2	71,2	65,2
p	0,001	0,030	0,002	0,954	0,021	0,034
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	63,0	73,4	60,8	57,9	67,5	58,1
małe miasto	64,4	69,1	63,6	58,6	66,3	62,5
wieś	64,1	72,4	60,9	60,2	67,6	60,9
p	0,711	0,273	0,599	0,749	0,832	0,215

Analiza wielowymiarowa potwierdziła, że cztery czynniki wpływają na regularność spożywania przez młodzież śniadań w dniach szkolnych. Według hierarchii ważności są to: wiek, płeć, struktura rodziny, zamożność rodziny.

Podsumowanie

Dwie trzecie nastolatków ankietowanych w ramach badania HBSC w roku szkolnym 2013/2014 zjadało regularnie śniadania w dni szkolne, istotnie częściej chłopcy niż dziewczęta, młodzież młodsza niż starsza. W porównaniu z badaniami HBSC 2010 stwierdzono istotną poprawę wskaźnika regularnego spożywania śniadań. Tylko w grupie 15-latków poziom wskaźnika utrzymał się na stałym poziomie. Oprócz płci i wieku także zamożność i struktura rodziny mają istotny wpływ na regularność spożywania przez młodzież śniadań w dni szkolne.

Piśmiennictwo

1. Rampersaud G.C. Benefits of breakfast for children and adolescents. Update and recommendations for practitioners. *American Journal of Lifestyle Medicine* 2009; 3(2): 86–103.
2. Utter J., Scragg R., Mhurchu C.N., Schaaf D. At-home breakfast consumption among New Zealand children: associations with body mass index and related nutrition behaviors. *Journal of American Dietetic Association* 2007; 107: 570–576.
3. Vereecken C., Dupuy M., Rasmussen M. et al. Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study. *International Journal of Public Health* 2009; 54(Suppl 2): 180–190.
4. Levin K.A., Kirby J. Irregular breakfast consumption in adolescence and the family environment: underlying causes by family structure. *Appetite*. 2012; 59(1): 63–70.

18 Spożywanie wybranych produktów

Anna Dzielska

Wstęp

Wpływ prawidłowego odżywiania na stan zdrowia i rozwój młodzieży jest dobrze udokumentowany [1]. Odpowiednia dieta zapobiega niedoborom witamin i mikroelementów, chroniąc przed występowaniem chorób związanych z odżywianiem, zwłaszcza otyłości, zaburzeń odżywiania, próchnicy zębów, a w przyszłości przed występowaniem chorób układu krążenia, cukrzycy, osteoporozy i wielu innych problemów zdrowotnych. W aktualnych zaleceniach żywieniowych dla dzieci i młodzieży podkreśla się pozytywną rolę owoców i warzyw w codziennej diecie, jako bogatego źródła składników mineralnych i witamin. Ponadto zaleca się ograniczanie pokarmów oraz napojów wysoko przetworzonych i dosładzanych, które w największym stopniu przyczyniają się do występowania nadwagi i otyłości wśród młodzieży oraz do chorób jamy ustnej [2].

Nawyki żywieniowe w dzieciństwie i okresie adolescencji przekładają się na sposób odżywiania w dorosłości. Wybory żywieniowe nastolatków związane są – obok preferencji smakowych, wpływu grupy rówieśniczej czy stylu życia – z czynnikami środowiska rodzinnego, zwłaszcza wyższym poziomem zamożności rodziny [3]. W badaniach *Fismen i wsp.* został potwierdzony wpływ statusu społeczno-ekonomicznego (SES) na spożywanie

produktów korzystnych dla zdrowia i brak związku SES ze spożywaniem produktów niekorzystnych dla zdrowia [4]. Spożycie warzyw i owoców od wielu lat jest wyższe wśród dziewcząt niż chłopców, a częstość jedzenia tych produktów zmniejsza się wraz z wiekiem. Według analiz trendów opartych na danych HBSC w Polsce do 2010 roku obserwowano spadek spożycia warzyw i owoców [5].

W ostatnim czasie w Polsce została przyjęta nowelizacja Ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia. Ustawa wraz z nowymi poprawkami weszła w życie wraz z początkiem roku szkolnego 2015/2016. Przedmiotem zmian jest przede wszystkim *wprowadzenie dodatkowych wymagań (ograniczeń) dotyczących sprzedaży, podawania, reklamy i prezentacji środków spożywczych w placówkach szkolnych i opiekuńczo-wychowawczych* [6]. Badania HBSC przeprowadzone w 2014 roku stanowią dobry punkt wyjścia do śledzenia zmian, które mogą nastąpić w wyniku nowych regulacji prawnych. Wyniki kolejnego cyklu badań (HBSC 2017/18) powinny częściowo pokazać, czy wprowadzenie zmian prawnych przyniosło pozytywne rezultaty w postaci zmniejszenia częstości spożywania produktów niekorzystnych dla zdrowia przez młodzież szkolną.

Wskaźniki spożycia produktów

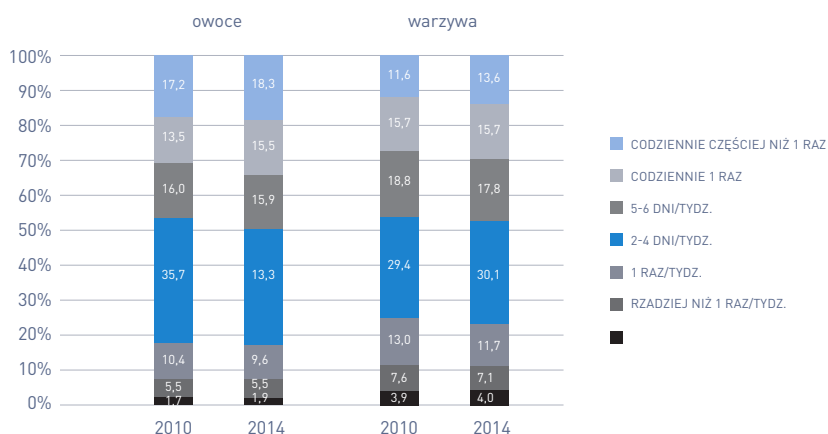
Pytania dotyczące częstości spożywania wybranych produktów korzystnych dla zdrowia (warzywa i owoce) i niekorzystnych dla zdrowia (słodycze, coca-cola i inne słodkie napoje) zostały opracowane przez grupę roboczą sieci badawczej HBSC E&D FG (*Eating and Dieting Focus Group*) i funkcjonują w obowiązkowej części kwestionariusza HBSC od pierwszych badań prowadzonych w roku szkolnym 1985/86. W kolejnych cyklach badań pytania ulegały modyfikacjom, a w niezmienionej formie występują od roku 2001/2002. Określając częstość spożywania poszczególnych produktów, uczniowie wybierają obecnie jedną z możliwych odpowiedzi: *nigdy, rzadziej niż 1 raz w tygodniu, 1 raz w tygodniu, 2-4 dni w tygodniu, 5-6 dni w tygodniu, codziennie 1 raz, codziennie częściej niż 1 raz*.

W analizach zastosowano **wskaźnik pozytywny** – odsetek młodzieży, która codziennie spożywa produkty korzystne dla zdrowia oraz **wskaźnik negatywny** – odsetek młodzieży, która codziennie spożywa produkty niekorzystne dla zdrowia.

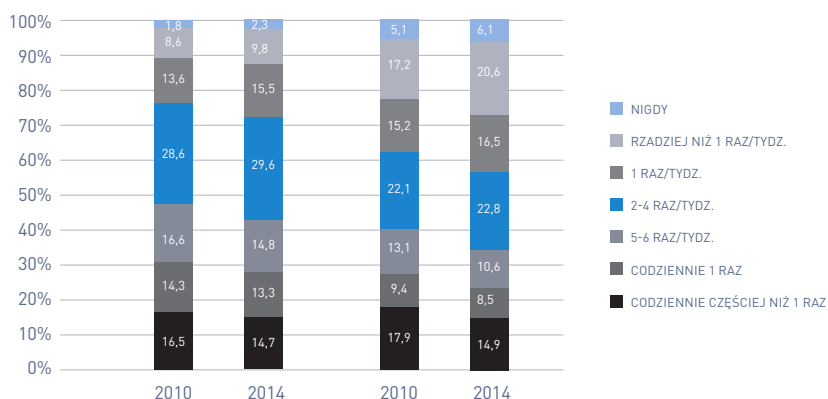
Wyniki

Dokładny rozkład odpowiedzi na pytania dotyczące spożywania produktów korzystnych i niekorzystnych dla zdrowia zawierają odpowiednio tabele 58 i 59 (w grupach według płci i wieku), a na rycinach 21 i 22 przedstawiono tendencje zmian w latach 2010-2014 (w grupie *ogółem*).

RYCINA 21. ZMIANY CODZIENNEGO SPOŻYWANIA PRODUKTÓW KORZYSTNYCH DLA ZDROWIA PRZEZ MŁODZIEŻ 11-15-LETNIA W POLSCE W LATACH 2010-2014



RYCINA 22. ZMIANY CODZIENNEGO SPOŻYWANIA PRODUKTÓW NIEKORZYSTNYCH DLA ZDROWIA PRZEZ MŁODZIEŻ 11-15-LETNIA W POLSCE W LATACH 2010-2014



Według najnowszych danych z badań HBSC największy odsetek ankietowanych nastolatków spożywa owoce lub warzywa 2-4 dni w tygodniu. Odsetek młodzieży, która w swojej diecie w ogóle nie uwzględnia produktów korzystnych dla zdrowia, jest bardzo niski. Zalecaną normę częstości jedzenia tych produktów (częściej niż raz dziennie) w odniesieniu do owoców spełnia zaledwie 18,3%, a w odniesieniu do warzyw – 13,6% badanych nastolatków.

Porównując dane pochodzące z dwóch ostatnich rund badań HBSC, stwierdzono istotny statystycznie wzrost częstości jedzenia obu korzystnych dla zdrowia produktów (ryc. 21). Szczegółowe analizy ze względu na płeć potwierdziły korzystne zmiany w zakresie częstości jedzenia owoców ($p < 0,001$) u chłopców, gdzie dodatkowo zanotowano tendencję do częstszego spożywania warzyw ($p = 0,053$).

TABELA 58. SPOŻYWANIE PRODUKTÓW KORZYSTNYCH DLA ZDROWIA WEDŁUG PŁCI I WIEKU

CZĘSTOŚĆ SPOŻYWANIA		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Spożywanie owoców							
nigdy	N	18	23	18	8	12	7
	%	2,3	3,0	2,6	1,1	1,6	0,9
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	N	43	60	55	21	22	47
	%	5,6	7,9	7,9	2,9	2,9	6,0
1 dzień w tygodniu	N	58	78	99	43	77	76
	%	7,5	10,2	14,2	5,9	10,2	9,7
2-4 dni w tygodniu	N	228	248	249	213	255	298
	%	29,5	32,5	35,8	29,3	33,7	38,1
5-6 dni w tygodniu	N	135	131	97	110	116	126
	%	17,5	17,1	13,9	15,2	15,3	16,1
1 raz dziennie	N	128	98	77	147	141	108
	%	16,6	12,8	11,1	20,2	18,7	13,8
częściej niż 1 raz dziennie	N	162	126	101	184	133	121
	%	21,0	16,5	14,5	25,3	17,6	15,5

Spożywanie warzyw							
nigdy	N	48	43	22	21	22	24
	%	6,2	5,6	3,2	2,9	2,9	3,1
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	N	61	80	50	40	50	39
	%	7,9	10,5	7,2	5,5	6,6	5,0
1 dzień w tygodniu	N	94	102	87	75	86	83
	%	12,2	13,3	12,5	10,3	11,4	10,6
2-4 dni w tygodniu	N	211	241	238	171	246	243
	%	27,3	31,5	34,2	23,6	32,5	31,0
5-6 dni w tygodniu	N	133	111	120	137	125	173
	%	17,2	14,5	17,3	18,9	16,5	22,1
1 raz dziennie	N	111	110	91	145	125	126
	%	14,4	14,4	13,1	20,0	16,5	16,1
częściej niż 1 raz dziennie	N	115	78	87	136	102	95
	%	14,9	10,2	12,5	18,8	13,5	12,1

TABELA 59. SPOŻYWANIE PRODUKTÓW NIEKORZYSTNYCH DLA ZDROWIA WEDŁUG PŁCI I WIEKU

CZĘSTOŚĆ SPOŻYWANIA		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Stodycze							
nigdy	N	20	15	20	10	18	19
	%	2,6	2,0	2,9	1,4	2,4	2,4
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	N	93	79	68	89	59	52
	%	12,0	10,4	9,8	12,2	7,8	6,6
1 dzień w tygodniu	N	151	130	93	127	82	110
	%	19,6	17,0	13,4	17,5	10,8	14,0
2-4 dni w tygodniu	N	222	226	228	207	217	239
	%	28,8	29,6	32,8	28,5	28,7	30,5
5-6 dni w tygodniu	N	106	97	110	106	125	121
	%	13,7	12,7	15,8	14,6	16,5	15,5
1 raz dziennie	N	77	107	77	112	114	108
	%	10,0	14,0	11,1	15,4	15,1	13,8
częściej niż 1 raz dziennie	N	103	109	99	76	141	134
	%	13,3	14,3	14,2	10,5	18,7	17,1

Coca-cola i inne słodkie napoje							
nigdy	N	40	34	32	60	38	71
	%	5,2	4,4	4,6	8,3	5,0	9,1
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	N	169	124	112	182	162	180
	%	21,9	16,2	16,1	25,1	21,4	23,0
1 dzień w tygodniu	N	134	113	110	139	126	121
	%	17,4	14,8	15,8	19,2	16,6	15,5
2-4 dni w tygodniu	N	164	204	173	142	168	177
	%	21,3	26,6	24,9	19,6	22,2	22,6
5-6 dni w tygodniu	N	76	85	81	70	87	74
	%	9,9	11,1	11,6	9,7	11,5	9,5
1 raz dziennie	N	63	75	68	54	64	59
	%	8,2	9,8	9,8	7,4	8,5	7,5
częściej niż 1 raz dziennie	N	125	131	120	78	112	101
	%	16,2	17,1	17,2	10,8	14,8	12,9

Wyniki ostatnich badań HBSC pokazują, że aż 28% nastolatków przynajmniej raz dziennie spożywa słodczy, a 23,4% codziennie pije coca-colę lub inne napoje zawierające cukier.

W porównaniu z badaniami HBSC przeprowadzonymi w 2010 roku nastąpił istotny statystycznie spadek częstości spożywania produktów niekorzystnych dla zdrowia (ryc. 22). Wyraża się on faktem, że coraz większy odsetek młodzieży spożywa te produkty rzadko (nie częściej niż raz na tydzień), a coraz mniejszy odsetek często (codziennie). Zmiany częstości jedzenia słodczy i picia słodkich napojów odnotowano głównie wśród chłopców ($p < 0,001$). W porównaniu z badaniami HBSC z 2010 roku we wszystkich grupach wieku obserwuje się zmniejszenie odsetka młodzieży, która często pije słodzone napoje, i zwiększenie odsetka nastolatków, którzy robią to rzadko lub w ogóle.

W tabeli 60 przedstawiono wyniki analiz pozytywnego wskaźnika spożywania produktów korzystnych dla zdrowia w zależności od płci i wieku, testując różnice między grupami.

Stwierdzono, że:

- odsetek młodzieży, która często spożywa produkty korzystne dla zdrowia, zmniejsza się wraz z wiekiem,
- istotne różnice związane z wiekiem, dotyczące spożywania warzyw, widoczne są w grupie *ogółem* i u obu płci; stosunkowo najniższe okazały się u chłopców w odniesieniu do spożycia warzyw;
- różnice między chłopcami i dziewczętami (na korzyść tych drugich) są istotne statystycznie w grupie *ogółem* oraz w młodszych grupach wieku; u 15-latków spożywanie produktów korzystnych dla zdrowia kształtuje się u obu płci na podobnym poziomie.

TABELA 60. MŁODZIEŻ, KTÓRA CO NAJMNIEJ 1 RAZ DZIENNIE SPOŻYWAŁA PRODUKTY KORZYSTNE DLA ZDROWIA, WEDŁUG PŁCI I WIEKU [%]

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Owoce				
Ogółem	33,8	30,9	36,7	0,000
11 lat	41,5	37,6	45,6	0,002
13 lat	32,8	29,3	36,2	0,004
15 lat	27,5	25,6	29,2	0,116
p	0,000	0,000	0,000	
Warzywa				
Ogółem	29,3	26,4	32,2	0,000
11 lat	33,8	29,2	38,8	0,000
13 lat	27,3	24,6	30,0	0,018
15 lat	27,0	25,6	28,2	0,265
p	0,000	0,095	0,000	

Analogiczne analizy negatywnego wskaźnika spożywania produktów niekorzystnych dla zdrowia (tab. 61) pokazują, że:

- wskaźniki zbyt częstego spożywania słodczy i słodkich napojów nie wykazują systematycznych zmian związanych z wiekiem; pojawia się tendencja do pogorszenia zachowań żywieniowych u 13-latków w porównaniu ze skrajnymi grupami wieku;
- dziewczęta mają skłonność do częstszego niż chłopcy sięgania po słodczy, a różnice związane z płcią nasilają się w dwóch starszych grupach wieku;

- chłopcy mają skłonność do częstszego niż dziewczęta sięgania po coca-colę i inne słodkie napoje, a różnice związane z płcią nasilają się w skrajnych grupach wieku.

TABELA 61. MŁODZIEŻ, KTÓRA CO NAJMNIEJ 1 RAZ DZIENNIE SPOŻYWAŁA PRODUKTY NIEKORZYSTNE DLA ZDROWIA, WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%)

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Słodycze				
Ogółem	27,9	25,7	30,3	0,001
11 lat	24,5	23,3	25,9	0,255
13 lat	31,0	28,3	33,7	0,023
15 lat	28,3	25,3	30,9	0,018
p	0,000	0,079	0,004	
Coca-cola i słodkie napoje				
Ogółem	23,3	26,1	20,6	0,000
11 lat	21,4	24,4	18,2	0,004
13 lat	25,1	26,9	23,3	0,110
15 lat	23,5	27,0	20,4	0,003
p	0,055	0,422	0,056	

W tabeli 62, podobnie jak w poprzednich rozdziałach, przedstawiono wyniki analizy wybranych uwarunkowań socjodemograficznych.

Stwierdzono, że:

- nastolatki mieszkające z jednym rodzicem rzadziej spożywają owoce niż ich rówieśnicy z pozostałych typów rodzin; różnice są lepiej widoczne wśród dziewcząt; nie wykazano związku między strukturą rodziny a spożyciem owoców;
- częstość spożywania owoców i warzyw przez młodzież zwiększa się wraz ze wzrostem zamożności rodziny, liniowy związek można zauważyć w każdej grupie wieku i u obu płci;
- niewielkie, choć istotne statystycznie różnice wynikające z miejsca zamieszkania, widoczne są wyłącznie wśród dziewcząt i w odniesieniu do owoców, których spożycie wyraźnie obniża się na wsi.

TABELA 62. MŁODZIEŻ, KTÓRA CO NAJMNIEJ 1 RAZ DZIENNIE SPOŻYWAŁA PRODUKTY KORZYSTNE DLA ZDROWIA, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
OWOCE						
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	34,6	41,5	33,7	28,4	30,8	38,3
rodzina zrekonstruowana	33,1	44,4	38,4	20,7	31,6	34,1
samotny rodzic	29,5	39,8	27,5	23,0	28,1	31,0
p	0,047	0,772	0,114	0,076	0,596	0,036
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna (0-4)	27,3	36,6	27,1	19,1	26,2	28,3
poniżej przeciętnej (5-6)	30,7	39,6	30,0	23,1	28,0	33,3
przeciętna (7-9)	33,9	38,8	32,5	31,0	31,5	36,4
rodzina zamożna (10-13)	46,7	54,9	43,6	40,6	40,5	52,0
p	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	34,1	44,1	32,2	29,5	31,0	37,4
małe miasto	35,1	42,7	32,2	26,9	30,8	38,3
wieś	32,1	37,4	33,9	25,9	30,7	33,4
p	0,216	0,101	0,791	0,405	0,992	0,048
WARZYWA						
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	29,5	34,6	27,4	26,4	25,6	33,4
rodzina zrekonstruowana	28,4	35,8	29,1	22,5	28,9	28,0
samotny rodzic	27,7	29,8	25,3	28,4	27,1	28,3
p	0,628	0,416	0,760	0,521	0,656	0,100
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna (0-4)	25,6	0,8	26,3	20,6	3,2	28,1
poniżej przeciętnej (5-6)	25,9	0,7	23,9	23,4	3,8	28,0
przeciętna (7-9)	29,9	3,6	26,9	29,7	7,3	32,6
rodzina zamożna (10-13)	39,4	4,3	35,6	38,2	4,7	43,5
p	0,000	0,002	0,012	0,000	0,001	0,000
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	30,9	31,8	28,3	29,5	27,7	34,3
małe miasto	28,8	33,9	25,6	25,2	24,7	32,8
wieś	28,3	28,3	27,6	26,0	26,8	29,7
p	0,270	0,286	0,631	0,248	0,379	0,159

TABELA 63. MŁODZIEŻ, KTÓRA CO NAJMNIEJ 1 RAZ DZIENNIE SPOŻYWAŁA PRODUKTY NIEKORZYSTNE DLA ZDROWIA, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I WYBRANYCH UWARUNKWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH [%]

	OGÓLEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
SŁODYCZE						
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	27,3	24,1	30,4	27,4	25,2	29,4
rodzina zrekonstruowana	32,4	27,2	37,2	32,4	31,6	32,9
samotny rodzic	27,7	23,6	30,0	28,8	24,0	31,4
p	0,194	0,806	0,399	0,515	0,263	0,533
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna [0-4]	31,2	29,0	34,1	30,3	29,1	33,2
poniżej przeciętnej [5-6]	27,2	24,8	29,6	26,8	22,2	32,0
przeciętna [7-9]	26,9	22,5	29,8	28,4	26,3	27,5
rodzina zamożna [10-13]	28,2	23,7	33,0	28,0	26,6	29,6
p	0,146	0,271	0,495	0,793	0,090	0,133
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	29,1	24,0	32,9	28,4	26,0	32,5
małe miasto	29,1	26,7	33,3	28,6	27,3	30,9
wieś	25,6	21,7	26,9	27,8	23,6	27,6
p	0,058	0,158	0,047	0,958	0,257	0,112
COCA-COLA I SŁODKIE NAPOJE						
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	22,6	21,5	23,8	22,3	25,4	19,8
rodzina zrekonstruowana	29,9	25,9	31,4	31,5	35,1	26,2
samotny rodzic	23,1	18,4	26,6	23,9	24,0	22,2
p	0,022	0,369	0,219	0,088	0,054	0,113
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna [0-4]	27,4	27,8	27,1	27,2	29,1	25,9
poniżej przeciętnej [5-6]	22,0	21,1	24,3	20,4	23,3	20,6
przeciętna [7-9]	22,3	19,3	23,5	23,8	25,0	19,5
rodzina zamożna [10-13]	23,3	20,6	27,4	21,7	29,9	17,6
p	0,022	0,060	0,557	0,206	0,068	0,024
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	23,6	19,5	24,4	25,6	24,9	22,2
małe miasto	23,2	22,5	26,2	21,3	27,4	19,2
wieś	23,3	21,3	24,9	23,5	26,1	20,8
p	0,970	0,513	0,801	0,280	0,534	0,346

Tabela 63 zawiera analogiczną analizę dotyczącą dwóch wskaźników spożywania produktów niekorzystnych dla zdrowia.

Stwierdzono, że:

- częstość jedzenia słodczy nie zależy od struktury rodziny, a w odniesieniu do słodzonych napojów najgorsze wskaźniki osiąga młodzież z rodzin zrekonstruowanych;
- wpływ zamożności rodziny (na niekorzyść rodzin biednych) jest lepiej widoczny w odniesieniu do spożycia słodzonych napojów;
- różnice związane z miejscem zamieszkania są nieistotne w odniesieniu do obu wskaźników i wszystkich analizowanych grup młodzieży; wynik na granicy istotności statystycznej (na korzyść wsi) zaobserwowano odnośnie do jedzenia słodczy w grupie *ogółem* i u 13-latków.

W analizie wieloczynnikowej efekt miejsca zamieszkania uległ wzmocnieniu, jest ono drugim obok płci predyktorem jedzenia słodczy.

Dodatkowo wykazano, że:

- niezależnymi predyktorami codziennego jedzenia obu produktów korzystnych dla zdrowia są wiek, płeć i zamożność rodziny;
- tylko płeć wpływa na ryzyko zbyt częstego picia słodkich napojów.

Podsumowanie

W świetle wyników najnowszych badań HBSC wykazano, że niemal co piąty nastolatek częściej niż raz dziennie spożywał owoce, a co szósty warzywa. Nadal zbyt powszechne jest spożywanie produktów niekorzystnych dla zdrowia – prawie jedna trzecia nastolatków codziennie jada słodczy, a prawie jedna czwarta pije coca-colę i inne słodkie napoje. W latach 2010-2014 zaobserwowano wzrost spożycia produktów korzystnych oraz spadek spożycia produktów niekorzystnych dla zdrowia. Odsetek młodzieży często jedzącej produkty korzystne obniża się z wiekiem. Płeć różnicuje badane wskaźniki. Dziewczęta reprezentują korzystniejsze zachowania niż chłopcy (z wyjątkiem częstszego jedzenia słodczy). Spośród czynników społecznych najsilniejszy okazał się wpływ zamożności rodziny na częstość jedzenia owoców i warzyw oraz wpływ miejsca zamieszkania na częstość jedzenia słodczy.

Piśmiennictwo

1. Moreno L.A., Gottrand F., Huybrechts I. et al. Nutrition and lifestyle in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) study, *Advances in Nutrition* 2014; 5(5): 615S–623S.
2. Weichselbaum E., Buttriss J.L. Diet, nutrition and schoolchildren: An update. *Nutrition Bulletin* 2014; 39(1): 9–73.
3. Ochola S., Masibo P.K. Dietary intake of schoolchildren and adolescents in developing countries, *Annals of Nutrition and Metabolism* 2014; 64 (Suppl 2): 24–40.
4. Fismen A.S., Smith O.R., Torsheim T., Samdal O. A school based study of time trends in food habits and their relation to socio-economic status among Norwegian adolescents, 2001-2009. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2014; 11(1): 115.
5. Vereecken C., Pedersen T.P., Ojala K. et al. Fruit and vegetable consumption trends among adolescents from 2002 to 2010 in 33 countries. *European Journal of Public Health* 2015; 25(Suppl. 2): 16–9.
6. Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia z późn. zm., Dz.U. 2006 nr 171, poz. 1225.

Wstęp

Największym zagrożeniem dla zdrowia jamy ustnej jest próchnica zębów, a ryzyko jej rozwoju u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym jest większe niż u osób dorosłych [1]. Można uniknąć najczęstszych chorób jamy ustnej, stosując zdrowe nawyki higieniczne [2]. Według międzynarodowych rekomendacji dla utrzymania prawidłowej higieny jamy ustnej zaleca się mycie zębów przynajmniej dwa razy dziennie. Należy też używać pasty z fluorem oraz zredukować spożycie cukru między posiłkami. Wyniki wielu badań potwierdzają, że nawyki zdrowotne są ze sobą połączone, a zachowania korzystne dla zdrowia idą w parze z higieną ogólną [3]. Higienę jamy ustnej przeważnie koreluje się z zachowaniami żywieniowymi. W świetle wyników poprzednich serii badań HBSC odsetki młodzieży czyszczącej zęby przynajmniej dwa razy dziennie różnią się między krajami, a Polska nigdy nie zajmowała korzystnej pozycji w rankingach międzynarodowych. Udowodniono, że lepsze nawyki higieniczne spotyka się u dziewcząt, wśród młodzieży z dobrymi wynikami w nauce, w rodzinach zamożnych i w wyższych warstwach społecznych [4]. Jak pokazują wyniki badań fińskich, duże znaczenie mają też takie czynniki, jak kontrola rodzicielska oraz przywiązanie do rodziców [3].

Wskaźnik higieny jamy ustnej

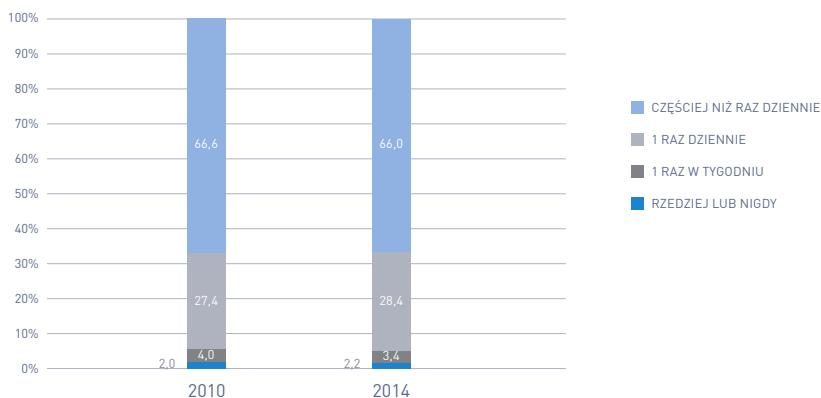
Pytanie na temat częstości mycia zębów stosowane w zbliżonej formie od początku prowadzenia badań HBSC ma bardzo proste brzmienie: *Jak często myjesz zęby?* Uczniowie mają za zadanie odpowiedzieć, czy myją zęby: *częściej niż 1 raz dziennie; 1 raz dziennie; co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie; rzadziej niż raz w tygodniu; nigdy*. Rzetelność tego pytania testowano kilkakrotnie, ze skutkiem pozytywnym. W analizie test-retest uzyskano powtarzalność wyników na poziomie 74-88% [5]. W opracowaniu wybrano wskaźnik **pozytywny – mycie zębów częściej niż raz dziennie**.

Wyniki

Według danych z ostatniej serii badań HBSC 66% uczniów oświadczyło, że myje zęby częściej niż raz dziennie, a kolejne 28,4%, że myje zęby dokładnie jeden raz dziennie. Zdecydowanie rzadko, czyli raz w tygodniu lub rzadziej, myło zęby 5,6% ankietowanych.

W porównaniu z badaniami z 2010 roku nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w dbaniu o higienę jamy ustnej przez młodzież ($p=0,491$) – ryc. 23. Nie wykazano też istotnych zmian w żadnej z trzech analizowanych grup wieku. Tylko płeć różnicuje tempo zmian. U chłopców zanotowano niekorzystne zmiany – niewielkie, ale już istotne statystycznie ($p=0,030$). Odsetek chłopców czyszczących zęby częściej niż raz dziennie zmniejszył się o 1,4%, podczas gdy równoległe u dziewcząt zanotowano niewielką poprawę – o 0,6% ($p=0,535$).

RYCINA 23. ZMIANY CZĘSTOŚCI MYCIA ZĘBÓW PRZEZ MŁODZIEŻ 11-15-LETNIA W POLSCE W LATACH 2010-2014



Dokładny rozkład odpowiedzi na analizowane pytanie znajduje się w tabeli 64. Wraz z wiekiem młodzież zaczyna coraz bardziej dbać o higienę jamy ustnej; w szczególności dotyczy to dziewcząt. Może to mieć związek z wcześniejszym dojrzewaniem, zarówno fizycznym, jak i psychicznym, a co za tym idzie – większą świadomością zdrowotną. Zdecydowanie zła higiena jamy ustnej stanowi we wszystkich grupach zjawisko marginalne.

TABELA 64. CZĘSTOŚĆ CZYSZCZENIA ZĘBÓW PRZEZ MŁODZIEŻ WEDŁUG PŁCI I WIEKU

CZYSZCZĄ ZĘBY		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
częściej niż 1 raz dziennie	N	418	413	418	510	552	660
	%	53,9	54,0	59,8	70,1	73,5	84,4
1 raz dziennie	N	287	296	230	183	173	110
	%	37,0	38,7	32,9	25,1	23,0	14,1
co najmniej 1 raz w tygodniu*	N	37	40	28	26	21	4
	%	4,8	5,2	4,0	3,6	2,8	0,5
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	N	24	12	15	6	4	4
	%	3,1	1,6	2,1	0,8	0,5	0,5
nigdy	N	10	4	8	3	1	4
	%	1,3	0,5	1,1	0,4	0,1	0,5

* Ale nie codziennie.

W tabeli 65 przedstawiono wyniki testowania różnic zależnych od płci i wieku, biorąc pod uwagę zdefiniowany wcześniej dychotomiczny wskaźnik.

Stwierdzono, że:

- wiek silnie różnicuje higienę jamy ustnej, co jest lepiej widoczne u dziewcząt; porównując skrajne grupy wieku, stwierdzono wzrost odsetka wypełniających zalecenia dotyczące częstości mycia zębów o 4% u chłopców i 8,2% u dziewcząt;
- różnice między chłopcami a dziewczętami są istotne statystycznie w grupie ogółem oraz we wszystkich grupach wieku; różnice między płciami wzrastają w kolejnych grupach wieku, wynosząc odpowiednio: 16,2%, 19,5% oraz 24,6% u 15-latków.

TABELA 65. MŁODZIEŻ, KTÓRA CZYŚCI ZĘBY CZĘŚCIEJ NIŻ 1 RAZ DZIENNIE, WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%)

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Ogółem	66,0	55,8	76,2	0,000
11 lat	61,7	53,9	70,1	0,000
13 lat	63,7	54,0	73,5	0,000
15 lat	72,8	59,8	84,4	0,000
p	0,000	0,035	0,000	

W tabeli 66 przedstawiono wyniki analizy uwarunkowań dbania o higienę jamy ustnej.

Stwierdzono, że:

- nie ma związku między strukturą rodziny a częstością mycia zębów;
- zamożność rodziny jest silnym czynnikiem warunkującym; przy porównaniu rodzin skrajnie biednych i skrajnie bogatych odsetki myjących zęby częściej niż raz dziennie zwiększają się o 25 punktów procentowych; szansa na dobrą higienę jamy ustnej zwiększa się w rodzinach zamożnych we wszystkich podgrupach młodzieży wyróżnionych ze względu na płeć i wiek;
- miejsce zamieszkania jest też ważnym czynnikiem determinującym poziom higieny nastolatków; odsetek myjących zęby zgodnie z zaleceniami jest zdecydowanie najniższy na wsi, a siła tej zależności zmienia się w kolejnych grupach wieku; im młodsza młodzież, tym większe różnice zależne od miejsca zamieszkania;
- u chłopców różnica między dużymi miastami i wsią w odsetku często myjących zęby wynosi 11,9%, a u dziewcząt 7%;
- badany związek ma charakter liniowy – im większa miejscowość, tym lepsze nawyki higieniczne.

TABELA 66. MŁODZIEŻ, KTÓRA CZYŚCI ZĘBY CZĘŚCIEJ NIŻ 1 RAZ DZIENNIE, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	66,1	62,1	63,8	73,2	56,3	75,9
rodzina zrekonstruowana	71,5	60,5	72,9	78,4	57,9	81,0
samotny rodzic	63,8	62,0	60,1	69,1	51,7	75,9
p	0,078	0,961	0,112	0,184	0,281	0,344
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna (0-4)	53,5	49,2	48,0	62,3	43,2	63,3
poniżej przeciętnej (5-6)	63,6	59,5	61,1	70,5	50,8	76,1
przeciętna (7-9)	68,1	63,1	66,7	75,1	58,6	78,1
rodzina zamożna (10-13)	78,5	73,7	78,2	85,0	70,3	85,6
p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	70,1	71,5	63,7	76,3	61,3	79,7
małe miasto	66,2	61,2	68,0	71,9	55,6	76,6
wieś	61,6	54,4	60,0	69,8	49,4	72,7
p	0,000	0,000	0,038	0,057	0,000	0,007

W analizie wielowymiarowej wykazano, że cztery czynniki niezależnie wpływają na szansę mycia zębów z zalecaną częstością. Według hierarchii ważności są to: płeć, zamożność rodziny, wiek, miejsce zamieszkania.

Biorąc pod uwagę wyniki uzyskane w innych rozdziałach tego raportu, wskaźnik częstości mycia zębów jest nietypowy. Jako jeden z niewielu poprawia się z wiekiem, a nie pogarsza, ponadto słabo koreluje ze strukturą rodziny, a czynnikiem ryzyka nieprawidłowych zachowań jest środowisko wiejskie, nie zaś duże miasta.

Podsumowanie

66% nastolatków ankietowanych w ramach badań HBSC w roku szkolnym 2013/14 myje zęby zgodnie z zaleceniami, czyli częściej niż raz dziennie. W porównaniu z badaniami z 2010 roku nie stwierdzono istotnych zmian w całej badanej grupie, choć zanotowano pewne pogorszenie nawyków higienicznych u chłopców. Dbłość o higienę jamy ustnej jest wyraźnie lepsza u dziewcząt oraz poprawia się u starszej młodzieży. Oprócz płci i wieku wpływ na higienę jamy ustnej ma zamożność rodziny (na korzyść rodzin bogatych) i miejsce zamieszkania (z korzyścią dla dużych miast).

Piśmiennictwo

1. Woynarowska B. Higiena jamy ustnej. W: Woynarowska B., Mazur J. (red.): *Wyniki badań HBSC 2010. Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*. IMiD i Wyd. Ped. UW 2012, 75–81.
2. Löe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International Dental Journal* 2000; 50(3): 129–139.
3. Honkala S., Vereecken C., Niclasen B., Honkala E. Trends in toothbrushing in 20 countries/regions from 1994 to 2010. *European Journal of Public Health* 2015; (25 Suppl. 2): 20–23.
4. Koivusilta L., Honkala S., Honkala E. & Rimpela A. Toothbrushing as a part of adolescent lifestyle predicts educational level. *Journal of Dental Research* 2003; 82(5): 361–366.
5. Levin K.A., Currie C. Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganisation. *Community Dentistry Oral Epidemiology* 2010; 38(1): 10–18.

IV

Zachowania ryzykowne

Stosowanie diet odchudzających

20

Maria Jodkowska

Wstęp

W świetle wzrastającego problemu otyłości, także wśród dzieci i młodzieży, narasta zjawisko stosowania różnego rodzaju metod odchudzania się. Jeśli stosowane metody są racjonalne – zbilansowana dieta, regularne posiłki, odpowiednia aktywność fizyczna – to stanowią ważny czynnik zarówno terapii, jak i profilaktyki nadwagi i otyłości w wieku młodzieńczym. Metody „odchudzania” mogą być również nieracjonalne (np. opuszczanie śniadań), a nawet ryzykowne dla zdrowia (np. wywoływanie wymiotów, palenie papierosów, stosowanie pigułek odchudzających zawierających niebezpieczne substancje) [1]. Należy pamiętać o jeszcze jednym aspekcie związanym z odchudzaniem, a mianowicie o fakcie, że stosowanie różnych metod celem redukcji masy ciała nie ogranicza się jedynie do młodzieży z jej nadmiarem, ale może dotyczyć także osób z prawidłową masą ciała. Zjawisko to jest związane z lansowanym w mediach wzorcem „idealnego” ciała kobiety (szczupła lub bardzo szczupła sylwetka) i mężczyzny (sylwetka wysoka, szczupła, umięśniona), jak również z panującymi opiniami, że osoby szczupłe są bardziej atrakcyjne, łatwiej osiągają sukcesy osobiste i zawodowe. Na problem odchudzania się młodzieży, zarówno z nadmiarem, jak i bez nadmiaru masy ciała, zwrócono uwagę w badaniach polskich [2] oraz europejskich opracowaniach wykorzystujących wyniki badań HBSC [3, 4].

Wskaźnik odchudzania

Pytanie dotyczące odchudzania się po raz pierwszy umieszczono w kwestionariuszu HBSC w 1994 roku, ale pytanie w aktualnej brzmiającej formie: *Czy obecnie stosujesz dietę lub robisz coś innego, żeby schudnąć*, z czterema kategoriami odpowiedzi – *nie, bo ważę ile trzeba; nie, ale powinienem trochę schudnąć; nie, bo powinienem przytyć; tak* – stosowane jest od 2002 roku. Zbudowano wskaźnik, który klasyfikuje się jako **negatywny** – odsetek młodzieży, która **stosuje dietę**. Przeanalizowano częstość odchudzania się w całej badanej grupie, a także według kategorii masy ciała określonych wskaźnikiem BMI, zwracając uwagę na młodzież stosującą diety mimo prawidłowej masy ciała.

Wyniki

Według danych z ostatnich badań HBSC stwierdzono, że 23,5% młodzieży odchudzało się, a 21,6% uważało, że powinno schudnąć (ryc. 24).

W tabeli 67 przedstawiono dokładny rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące redukcji masy ciała. Jego analiza wskazuje, że dziewczęta odchudzają się częściej niż chłopcy oraz że wraz z wiekiem robią to istotnie coraz częściej.

W porównaniu z wynikami badań HBSC 2010 stwierdzono zwiększenie się (o ponad 6 punktów procentowych) odsetka młodzieży odchudzającej się, co stanowi różnicę istotną statystycznie, $p < 0,001$ (ryc. 24). U obu płci były to zmiany istotne, większe u dziewcząt (20% w 2010 i 30,2% w 2014 roku – $p < 0,001$) niż u chłopców (odpowiednio 14,2% i 16,7%; $p = 0,001$). Tempo zmian nasilało się w kolejnych grupach wieku, gdzie wzrost odsetka odchudzających się wynosił odpowiednio 2,4%, 7,4% oraz 8,9% (u 15-latków). W badanym okresie odsetki młodzieży uważającej, że powinna przytyć lub że powinna dopiero podjąć dietę odchudzającą, zmniejszyły się, a na najbardziej stabilnym poziomie pozostał odsetek tych, którzy uważają, że *nie stosują diety, bo ważą ile trzeba* (ryc. 24; tab. 67).

RYCINA 24. ZMIANY CZĘSTOŚCI STOSOWANIA DIET ODCHUDZAJĄCYCH PRZEZ MŁODZIEŻ 11-15-LETNIA W POLSCE W LATACH 2010 I 2014

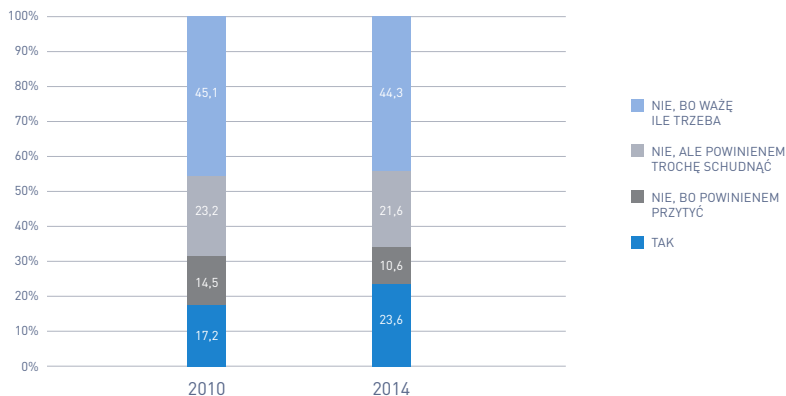


TABELA 67. STOSOWANIE DIET ODCHUDZAJĄCYCH WEDŁUG PŁCI I WIEKU

CZY STOSUJESZ DIETĘ ODCHUDZAJĄCĄ?		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nie, bo ważę ile trzeba	N	426	384	335	335	275	224
	%	55,6	50,9	48,6	46,1	36,5	28,6
nie, ale powinienem schudnąć	N	133	142	128	164	195	208
	%	17,4	18,8	18,6	22,6	25,9	26,6
nie, ale powinienem przytyć	N	76	90	128	47	61	70
	%	9,9	11,9%	18,6	6,5	8,1	9,0
Tak	N	131	139	99	180	222	280
	%	17,1	18,4	14,3	24,8	29,5	35,8

Analizy przeprowadzone z wykorzystaniem dychotomicznego wskaźnika odchudzania się wykazują, że zjawisko to:

- istotnie częściej dotyczy dziewcząt niż chłopców; różnice związane z płcią występują we wszystkich grupach wieku;
- nasila się istotnie wraz z wiekiem w grupie ogółem i u dziewcząt; u chłopców większy odsetek odchudzających się zanotowano w dwóch młodszych grupach wieku, a różnice między grupami są stosunkowo niewielkie (tab. 68).

TABELA 68. MŁODZIEŻ, KTÓRA STOSUJE DIETY ODCHUDZAJĄCE, WEDŁUG PŁCI I WIEKU [%]

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Ogółem	23,6	16,7	30,2	0,000
11 lat	20,8	17,1	24,8	0,000
13 lat	23,9	18,4	29,5	0,000
15 lat	25,7	14,3	35,8	0,000
p	0,006	0,110	0,000	

Wyniki analiz społeczno-demograficznych uwarunkowań odchudzania się przedstawiono w tabeli 69.

Stwierdzono, że:

- w całej grupie młodzież wychowująca się w rodzinach niepełnych istotnie częściej podejmuje działania związane z odchudzaniem się w porównaniu z rówieśnikami mieszkającymi z obojgiem rodziców i z rodzin zrekonstruowanych; różnice istotne statystycznie obserwowano jedynie w grupie 13-letnich chłopców;
- sytuacja ekonomiczna rodziny nie wpływa w sposób istotny na podejmowanie przez młodzież odchudzania się;
- miejsce zamieszkania różnicuje podejmowanie decyzji o odchudzaniu się jedynie u dziewcząt; mieszkanki dużych miast czynią to istotnie częściej w porównaniu z rówieśnicami z małych miast i wsi; związek ma charakter liniowy – im większa miejscowość, tym większy odsetek odchudzających się.

TABELA 69. MŁODZIEŻ, KTÓRA STOSUJE DIETY ODCHUDZAJĄCE, WEDŁUG WIEKU, PŁCI I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH [%]

	OGÓŁEM	WIEK		PLEĆ	OGÓŁEM	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	22,7	20,9	22,1	24,9	16,0	29,3
rodzina zrekonstruowana	24,6	26,3	25,9	22,5	13,3	32,5
samotny rodzic	27,6	20,2	30,9	30,9	20,7	34,5
p	0,027	0,501	0,018	0,127	0,074	0,150

Zamożność rodziny						
rodzina biedna [0-4]	22,6	22,2	22,9	22,1	16,4	28,3
poniżej przeciętnej [5-6]	22,1	21,8	20,5	24,4	16,4	27,6
przeciętna [7-9]	25,1	21,8	25,9	27,5	17,4	33,0
rodzina zamożna [10-13]	24,3	17,2	26,7	30,1	16,8	30,7
p	0,255	0,436	0,163	0,167	0,966	0,123
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	24,3	23,1	25,4	24,3	15,9	33,3
małe miasto	23,2	20,9	22,5	27,0	15,8	30,4
wieś	23,1	19,0	23,5	26,1	18,7	27,2
p	0,708	0,364	0,554	0,618	0,257	0,037

W analizie wielowymiarowej wykazano, że płeć i struktura rodziny są czynnikami niezależnie wpływającymi na ryzyko odchudzania się przez młodzież szkolną.

Poza przedstawionymi powyżej analizami zbadano adekwatność odchudzania się w odniesieniu do dychotomizowanej kategorii obiektywnej masy ciała według wskaźnika BMI.

TABELA 70. ODCHUDZANIE SIĘ MŁODZIEŻY 11-15-LETNIEJ WEDŁUG PŁCI I KATEGORII MASY CIAŁA [%]

STOSOWANIE DIET	CHŁOPCY		DZIEWCZĘTA	
	Bez nadwagi	Nadwaga i otyłość	Bez nadwagi	Nadwaga i otyłość
tak	12,1	34,9	27,5	51,2
nie	87,9	65,1	72,5	48,8
p	0,000		0,000	

W tabeli 70 przedstawiono wyniki tych analiz.

Stwierdzono, że:

- ponad połowa dziewcząt i jedna trzecia chłopców z nadwagą i otyłością podejmuje działania w kierunku redukcji masy ciała;
- wśród młodzieży z prawidłową masą ciała co czwarta dziewczyna i co dziesiąty chłopiec również się odchudza;
- istnieją istotne statycznie różnice między chłopcami i dziewczętami w adekwatności odchudzania się w stosunku do masy ciała;

- zarówno w grupie z nadmiarem, jak i bez nadmiaru masy ciała istnieje związek między płcią a podejmowaniem diet odchudzających.

Podsumowanie

Co czwarty nastolatek ankietowany w badaniach HBSC w roku szkolnym 2013/14 podejmował działania w kierunku redukcji masy ciała. W porównaniu z wynikami tych badań z 2010 roku stwierdzono istotny wzrost, widoczny szczególnie u dziewcząt. Zjawisko to istotnie częściej dotyczy dziewcząt niż chłopców, istotnie nasila się wraz z wiekiem tylko u dziewcząt. Młodzież wychowująca się w rodzinach niepełnych istotnie częściej podejmuje działania związane z odchudzaniem się, a wśród tej młodzieży są też największe odsetki z nadmiarem masy ciała.

Półowa dziewcząt i co trzeci chłopiec z nadwagą i otyłością podejmują działania w celu redukcji masy ciała. Odchudzanie obserwowane jest także wśród młodzieży z prawidłową masą ciała i dotyczy głównie dziewcząt.

Piśmiennictwo

1. Oblacińska A. *Odchudzanie i modyfikowanie swojej masy ciała. W: Otyłość u polskich nastolatków; epidemiologia, styl życia, samopoczucie. Raport z badań uczniów gimnazjów w Polsce.* Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2007.
2. Oblacińska A., Tabak I., Jodkowska M. Zachowania żywieniowe i metody kontroli masy ciała u młodzieży 16-18-letniej w Polsce w kontekście postrzegania swego wyglądu i masy ciała. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2007; 88(2): 162–170.
3. Ojala K., Vereecken C., Välimaa R. et al. Attempts to lose weight among overweight and non-overweight adolescents: a cross-national survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2007; 4: 50.
4. Kelly C., Molcho M., Gabhainn S.N. Patterns in weight reduction behaviour by weight status in schoolchildren. *Public Health Nutrition* 2009; 13(8): 1229–1236.

Wstęp

Palenie tytoniu uznane jest za jeden z głównych czynników negatywnie wpływających na zdrowie ludzi zarówno w rozumieniu jednostkowym, jak i zdrowia publicznego. Według danych szacunkowych, jeśli obecna sytuacja się nie zmieni, do 2030 roku na świecie z powodu chorób będących następstwem palenia tytoniu będzie corocznie umierać ponad 8 milionów osób [1]. Wśród konsekwencji zdrowotnych palenia tytoniu w literaturze dużo uwagi poświęca się odległym następstwom, między innymi zwiększonemu ryzyku chorób układu krążenia i układu oddechowego (w tym POChP) oraz nowotworom. Konsekwencje palenia tytoniu zależą od jego długości i intensywności, zarówno pierwszy, jak i drugi czynnik jest brany pod uwagę w diagnostyce uzależnienia od nikotyny [2, 3]. W przypadku młodzieży może dochodzić do rozwoju uzależnienia w krótszym czasie i przy znacznie niższych dawkach nikotyny. Wyniki badań wykazują, że wczesna inicjacja nikotynowa zwiększa ryzyko palenia tytoniu w przyszłości i wykazuje związek z podejmowaniem przez młodzież innych zachowań niekorzystnych dla zdrowia [4].

Jako element profilaktyki podejmowane są działania mające na celu opóźnianie wieku inicjacji tytoniowej, a w przypadku osób palących – pomoc

w rzuceniu palenia lub ograniczeniu liczby wypalanych papierosów. Śledzenie trendów palenia tytoniu w Polsce i na świecie umożliwia ocenę skuteczności prowadzonych działań z zakresu profilaktyki antynikotynowej na różnych jej poziomach. Badanie zależności pomiędzy paleniem tytoniu a wybranymi czynnikami (też socjoekonomicznymi) pozwala z kolei lepiej ukierunkować działania zapobiegawcze.

Palenie tytoniu od początku było przedmiotem zainteresowań sieci badawczej HBSC, a idea prowadzenia tych badań międzynarodowych zrodziła się właśnie z myślą o tym temacie. Powstało wiele prac o częstotliwości palenia tytoniu przez młodzież i jego uwarunkowaniach, w których wykorzystano dane z kolejnych rund badań HBSC [6, 7].

Wskaźniki palenia tytoniu

W opracowaniach dotyczących palenia tytoniu stosuje się różne wskaźniki, między innymi wiek inicjacji nikotynowej, częstotliwość palenia, liczbę wypalanych papierosów, objawy uzależnienia od nikotyny [5].

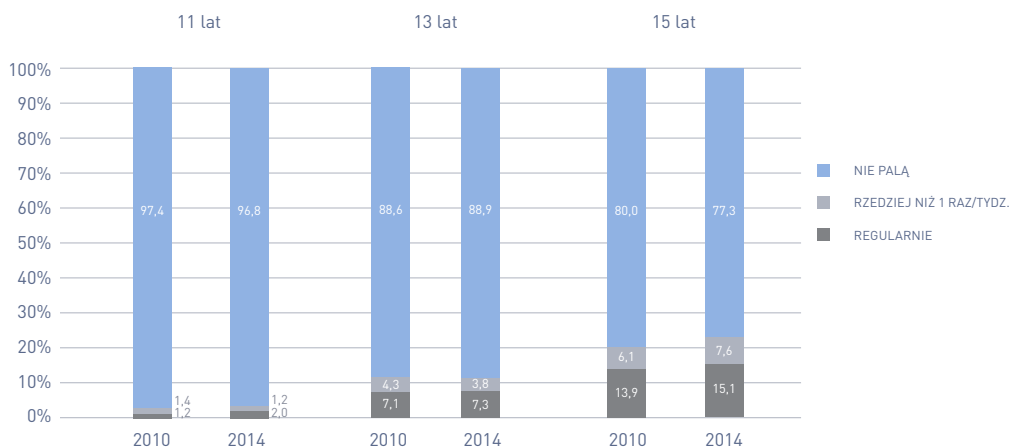
W międzynarodowym kwestionariuszu HBSC podstawowe pytanie dotyczące obecnej częstotliwości palenia tytoniu zamieszczone jest w niezmienionej postaci, jako obowiązkowe od pierwszych badań z lat 80. Brzmi ono: *Jak często obecnie palisz tytoń? Przewidzinao kategorie odpowiedzi: codziennie; co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie; rzadziej niż 1 raz w tygodniu; nie palę wcale.* W rozdziale tym zdefiniowano główny **wskaźnik negatywny** – odsetek młodzieży **palącej tytoń w każdym tygodniu**, określany dalej jako regularne palenie. W przypadku dzieci i młodzieży wypalanie nawet jednego papierosa tygodniowo zwiększa ryzyko uzależnienia i niesie za sobą inne zagrożenia dla zdrowia [4]. Można uznać, że wskaźnik codziennego palenia bardziej się sprawdza w przypadku analiz zachowań osób dorosłych, którzy palą znacznie częściej niż młodzież.

Badając **inicjację tytoniową**, podano odsetki młodzieży, która paliła tytoń co najmniej jeden raz w życiu. Dokładny rozkład odpowiedzi na to pytanie umieszczony został w aneksie. Analizowano również odpowiedzi na pytanie dotyczące wieku inicjacji nikotynowej u 15-latków, zadawane w ramach badań HBSC od lat 2001/2002. Zgodnie z przyjętymi przez międzynarodowy zespół założeniami, jako kryterium bardzo wczesnej inicjacji przyjęto wiek 13 lat lub wcześniej.

Wyniki

Analiza danych zebranych z roku szkolnym 2013/2014 wykazała, że 12,3% młodzieży 11-15-letniej pali tytoń z różną częstotliwością, w tym około 8,1% regularnie w każdym tygodniu. Jeżeli weźmiemy pod uwagę trzy kategorie częstości palenia, jak na rycinie 25, to rozkłady odpowiedzi w 2010 i 2014 roku nie różniły się od siebie istotnie ($p=0,442$). U chłopców stwierdzono minimalny spadek częstości regularnego palenia tytoniu – o 0,4% ($p=0,646$), podczas gdy u dziewcząt był to wzrost o 1,5, co przy tej liczbie próby stanowi wyniki na granicy istotności statystycznej ($p=0,061$). Nie stwierdzono też zmian istotnych statystycznie w poszczególnych grupach wieku.

RYCINA 25. ZMIANY CZĘSTOŚCI PALENIA TYTONIU PRZEZ MŁODZIEŻ W LATACH 2010-2014



Odsetek młodzieży palącej tytoń regularnie rośnie wraz z wiekiem i wynosi obecnie w kolejnych grupach wieku odpowiednio 2%, 7,3% i 15,1%. Dokładny rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące obecnego palenia znajduje się w tabeli 71. Należy zwrócić też uwagę na związany z wiekiem wzrost częstości codziennego palenia. W wieku 15 lat codziennie pali tytoń obecnie około 9,8% nastolatków, bez różnic związanych z płcią. W wieku 13 lat codziennie pali tytoń nieznacznie nawet nieco większy odsetek dziewcząt niż chłopców.

TABELA 71. OBECNE PALENIE TYTONIU PRZEZ MŁODZIEŻ W WIEKU 11-15 LAT WEDŁUG PŁCI I WIEKU

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
codziennie	N	12	32	69	10	40	75
	%	1,5	4,2	10,0	1,4	5,3	9,6
co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie	N	5	20	38	3	18	40
	%	0,6	2,6	5,5	0,4	2,4	5,1
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	N	14	26	47	4	32	65
	%	1,8	3,4	6,8	0,5	4,2	8,3
nie palą wcale	N	744	680	538	711	666	601
	%	96,0	89,7	77,7	97,7	88,1	77,0

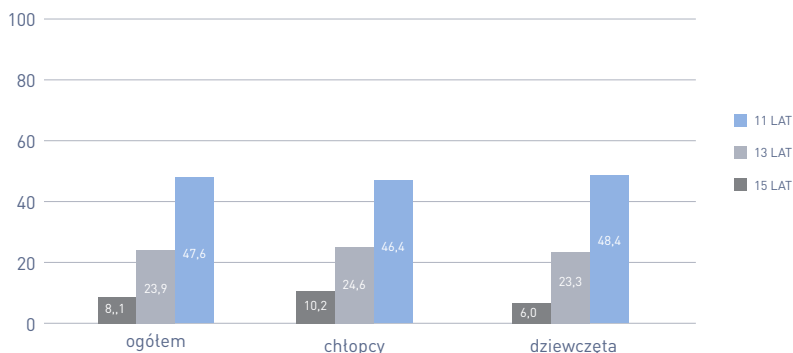
Wyniki dokładniejszych analiz podstawowego dychotomicznego wskaźnika regularnego palenia tytoniu z uwzględnieniem wieku i płci zostały przedstawione w tabeli 72. Oczywisty związek częstości regularnego palenia z wiekiem został potwierdzony testowaniem statystycznym w próbie ogólnej i u obu płci. We wszystkich badanych grupach wieku płeć nie różnicuje częstości regularnego palenia tytoniu.

TABELA 72. MŁODZIEŻ, KTÓRA PALI TYTOŃ CODZIENNIE LUB CO NAJMNIEJ 1 RAZ W TYGODNIU, WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%)

	OGÓLEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Ogółem	8,1	7,9	8,2	0,387
11 lat	2,0	2,2	1,8	0,353
13 lat	7,3	6,9	7,7	0,305
15 lat	15,1	15,5	14,7	0,373
p	0,000	0,000	0,000	

W badanej grupie uczniów prawie co czwarty (26,4%) przeszedł już inicjację tytoniową, to znaczy przyznał się, że palił co najmniej w 1 dniu w życiu – rycina 26. Odsetek młodzieży mającej za sobą pierwsze próby palenia tytoniu wzrastał wraz z wiekiem i wynosił: 8% u 11-latków, 23,6% u 13-latków i 47,6% u 15-latków. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic zależnych od płci ($p=0,588$).

RYCINA 26. MŁODZIEŻ, KTÓRA PALIŁA TYTOŃ W CO NAJMNIEJ 1 DNIU W ŻYCIU, WEDŁUG WIEKU (%)



W wieku 15 lat prawie co drugi badany przyznał się, że wypalił już pierwszego papierosa – tabela 73. W próbie ogólnej zbliżone odsetki młodzieży miały za sobą wczesną i późną inicjację tytoniową. U chłopców dominuje wczesna inicjacja, podczas gdy u dziewcząt – względnie późniejsza (po 13. roku życia).

TABELA 73. ZMIANY WIEKU INICJACJI TYTONIOWEJ MŁODZIEŻY 15-LETNIEJ W LATACH 2010-2014

INICJACJA TYTONIOWA	OGÓLEM		CHŁOPCY		DZIEWCZĘTA	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014
wcale nie palili	49,7	52,4	49,1	53,6	50,3	51,5
w wieku 13 lat lub mniej	24,8	24,0	30,0	26,5	20,0	22,0
w wieku powyżej 13 lat	25,5	23,5	20,9	19,9	29,7	26,5
p	0,321		0,244		0,346	

Analiza wybranych uwarunkowań regularnego palenia tytoniu z uwzględnieniem płci i wieku badanych została przedstawiona w tabeli 74.

Stwierdzono, że:

- młodzież, która żyje z obojgiem biologicznych rodziców, regularnie pali tytoń dwukrotnie rzadziej niż jej rówieśnicy z rodzin niepełnych i zrekonstruowanych; zależność ta występowała we wszystkich grupach wieku z wyjątkiem 11-latków;
- regularne palenie tytoniu przez młodzież nie wykazuje związku z możliwością rodziny, mierzoną skalą FAS;

- miejsce zamieszkania okazało się czynnikiem różnicującym regularne palenie tytoniu przez chłopców i dziewczęta, efekt ten ujawnił się dopiero po uwzględnieniu płci; u chłopców największe wskaźniki regularnego palenia zanotowano w grupie mieszkańców wsi; u dziewcząt wieś stanowiła czynnik chroniący, a miasto czynnik ryzyka; po stratyfikacji na miejsce zamieszkania pojawiają się istotne różnice między płciami – w małych miastach na niekorzyść dziewcząt, na wsi na niekorzyść chłopców.

TABELA 74. MŁODZIEŻ, KTÓRA PALI TYTOŃ *CODZIENNIE* LUB *CO NAJMNIEJ 1 RAZ W TYGODNIU*, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓLEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	6,3	1,8	5,9	11,6	6,4	6,2
rodzina zrekonstruowana	13,5	4,9	11,8	21,1	13,4	13,5
samotny rodzic	13,6	1,6	11,1	26,5	12,6	14,6
p	0,000	0,138	0,005	0,000	0,000	0,000
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna [0-4]	9,2	1,3	7,4	18	9,1	9,3
poniżej przeciętnej [5-6]	8,3	2,5	7,4	15,3	8,5	8,1
przeciętna [7-9]	7,7	1,6	7,9	13,8	7,7	7,6
rodzina zamożna [10-13]	6,9	2,8	6,0	13,2	5,6	8,0
p	0,376	0,505	0,828	0,396	0,335	0,777
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	9,0	1,9	7,8	15,2	7,9	10,2
małe miasto	7,7	2,0	6,4	17,8	6,2	9,3
wieś	7,4	2,0	7,5	12,3	9,8	5,1
p	0,230	0,991	0,671	0,620	0,034	0,000

Analiza wieloczynnikowa pięciu potencjalnych czynników ryzyka wykazała, że wiek i struktura rodziny są niezależnymi predyktorami regularnego palenia. Czynniki ryzyka bardzo wczesnej inicjacji tytoniowej (w wieku 13 lat lub mniej) były: płeć, struktura rodziny, miejsce zamieszkania. Wiek nie był tu brany pod uwagę, bo odpowiadała tylko młodzież 15-letnia. Odsetek młodzieży, która zaczęła wcześniej palić tytoń, jest najmniejszy w rodzinach pełnych z rodzicami biologicznymi i największy w przypadku wychowywania przez samotnego rodzica. Miejsce zamieszkania zakwalifikowało się tylko do modelu uwarunkowań wczesnej inicjacji tytoniowej (wyniki na niekorzyść rejonów wiejskich). Wnioskowanie na temat wpływu miejsca zamieszkania zmienia się więc w zależności od rozpatrywa-

nego wskaźnika. W dużych miastach młodzież częściej pali, ale później zaczyna.

Podsumowanie

Analizy wyników badań HBSC 2014 wykazały, że co czwarty ankietowany podjął próbę palenia tytoniu, a co dwunasty pali tytoń w każdym tygodniu lub codziennie. W porównaniu z badaniami sprzed czterech lat nie stwierdzono istotnych zmian w częstotliwości palenia. Odsetek młodzieży podejmującej pierwsze próby palenia i palącej regularnie wzrasta z wiekiem. W porównaniu z wcześniejszymi badaniami HBSC różnice związane z płcią znacząco się zredukowały. Miejsce zamieszkania jest jednak ważnym moderatorem zależności między płcią a paleniem tytoniu przez młodzież. Najczęściej palą tytoń dziewczęta z dużych miast i chłopcy ze wsi. Według przeprowadzonych badań ważnym predyktorem regularnego palenia tytoniu i wczesnej inicjacji tytoniowej jest struktura rodziny. Młodzież wychowująca się z ojcem i matką pali tytoń rzadziej niż jej rówieśnicy z rodzin niepełnych i zrekonstruowanych.

Piśmiennictwo

1. Mathers C.D., Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine* 2006; 3 (11): e442.
2. Benowitz N.L. Nicotine addiction. *New England Journal of Medicine* 2010; 362(24): 2295–2303.
3. DiFranz J.R., Rigotti N.A., McNeill A.D. et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control* 2000; 9: 313–319.
4. Kowalewska A. *Palenie tytoniu przez dziewczęta w okresie dorastania w kontekście uwarunkowań psychospołecznych*. Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2013.
5. Mazur J., Woynarowska B., Kowalewska A. Wybrane wskaźniki palenia tytoniu przez młodzież 15-letnią w Polsce na tle międzynarodowych statystyk. *Przegląd Lekarski* 2008; 65(10): 541–545.
6. Moor I., Rathmann K., Lenzi M. et al. Socioeconomic inequalities in adolescent smoking across 35 countries: a multilevel analysis of the role of family, school and peers. *European Journal of Public Health* 2015; 25(3): 457–463.
7. Pfortner T.K., Moor I., Rathmann K. et al. The association between family affluence and smoking among 15-year-old adolescents in 33 European countries, Israel and Canada: the role of national wealth. *Addiction* 2015; 110(1): 162–173.

Wstęp

Alkohol jest najczęściej używanym przez młodzież środkiem psychoaktywnym. Bardzo intensywne i częste picie alkoholu uważane jest za szczególnie szkodliwe i zwiększające ryzyko wystąpienia negatywnych konsekwencji dla zdrowia psychicznego, fizycznego i społecznego [1]. Wiele badań wskazuje na silny związek picia alkoholu z innymi zachowaniami problemowymi, jak kontakty płciowe bez zabezpieczenia, zachowania agresywne, większa podatność na wypadki i urazy. Używanie alkoholu przez nastolatków może być przyczyną niepowodzeń szkolnych oraz zaburzonych relacji koleżeńskich i rodzinnych.

Z badań wynika, że picie alkoholu przez młodzież związane jest z warunkami życia i funkcjonowaniem w różnych środowiskach, predyspozycjami genetycznymi i osobowościowymi. Wśród czynników warunkujących wymienia się między innymi status społeczno-ekonomiczny rodziny, strukturę rodziny, jakość relacji z rodzicami i rówieśnikami, odczuwane wsparcie, kontrolę, monitoring ze strony rodziców, normy społeczne [2, 3]. Wczesna inicjacja alkoholowa, wynikająca z wzajemnej interakcji różnych czynników, i nadużywanie alkoholu w okresie adolescencji zwiększają ryzyko uzależnienia w wieku dorosłym [4].

Coraz częściej prowadzone są badania nad negatywnym wpływem picia alkoholu w wieku dorastania na rozwój i funkcjonowanie mózgu. Intensywne picie alkoholu ma negatywny wpływ na wzrost i integralność niektórych struktur mózgu, powodując między innymi zaburzenia pamięci i uczenia się, kontrolowania impulsów, podejmowania decyzji i planowania [5].

Porównania częstości picia alkoholu przez młodzież szkolną z 28 krajów Europy i Ameryki Północnej w latach 2002-2010 wskazują na systematyczny spadek odsetka nastolatków pijących alkohol w każdym tygodniu. Jako przyczyny tego korzystnego trendu autorzy opracowania podają między innymi wzrost świadomości na temat szkodliwych skutków alkoholu dla zdrowia i rozwoju młodzieży, wdrażanie działań zapobiegawczych, zmiany norm społecznych [6].

Wskaźniki picia alkoholu

Pytania dotyczące spożywania alkoholu występują w kwestionariuszu HBSC od początku prowadzenia tych badań, niektóre w niezmienionej postaci. Konieczność modyfikacji bądź wprowadzenia innych wskaźników wynikała ze zmiany rodzaju spożywanych napojów alkoholowych oraz potrzeby uzyskiwania danych porównywalnych z wynikami badań ESPAD (*the European School Project on Alcohol and Other Drugs*). W obowiązkowej części kwestionariusza HBSC znajdują się pytania, które mają na celu określenie wieku inicjacji alkoholowej (próbowania alkoholu i upijania się), aktualnej częstości spożywania różnych napojów alkoholowych (piwa, wina, wódki, alkopopów i innych) oraz epizodów upijania się z perspektywy całego życia i ostatnich 30 dni. Za punkt odcięcia dla wczesnej inicjacji umownie przyjęto wiek 13 lat.

Uwzględniono następujące pytania dotyczące spożywania alkoholu przez młodzież, definiując cztery wskaźniki **negatywne**:

- **Wiek inicjacji alkoholowej** analizowano tylko u 15-latków, prosząc o informację, kiedy po raz pierwszy piły alkohol (więcej niż 1-2 łyki) oraz po raz pierwszy wypily taką ilość alkoholu, która spowodowała stan upojenia alkoholowego. Kategorie odpowiedzi: *nigdy; 11 lat i mniej do 16 lat i więcej*. Wskaźniki dychotomiczne dotyczą odsetka tych, którzy:
 - po raz pierwszy **wypili alkohol w wieku 13 lat lub mniej**;
 - po raz pierwszy **upili się w wieku 13 lat lub mniej**.

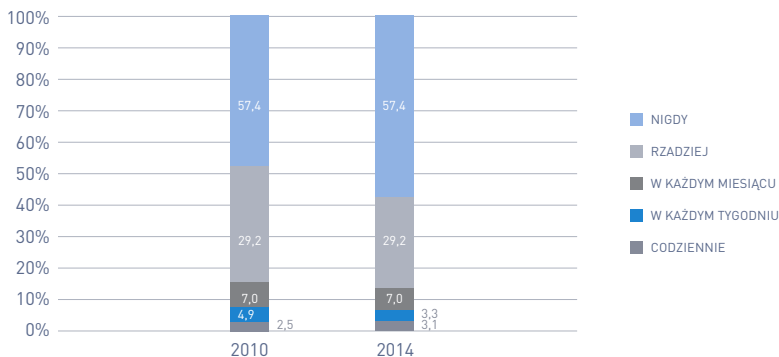
- **Częstość upijania się w całym życiu** analizowano w trzech grupach wieku. Rekomendowany wskaźnik dotyczy odsetka młodzieży, która **upiła się co najmniej 2 razy**.
- **Aktualną częstość picia** analizowano też w trzech grupach wieku. Badani odpowiadali na pytanie: *Jak często pijesz napoje alkoholowe takie jak piwo, wino, wódka lub inne napoje alkoholowe wysokoprocentowe, gotowe napoje z dodatkiem alkoholu, typu alkopop, jakiegokolwiek inny napój zawierający alkohol*. Kategorie odpowiedzi były następujące: *nigdy; rzadko; w każdym miesiącu; w każdym tygodniu; codziennie*. Na podstawie tych pytań zdefiniowano ogólną częstość picia, z tymi samymi kategoriami odpowiedzi. Szczegółowo analizowano wskaźnik **picia alkoholu w każdym tygodniu**. Uzupełniające informacje znajdują się w aneksie, w tabelach na temat częstości picia wymienionych napojów alkoholowych.

Wyniki

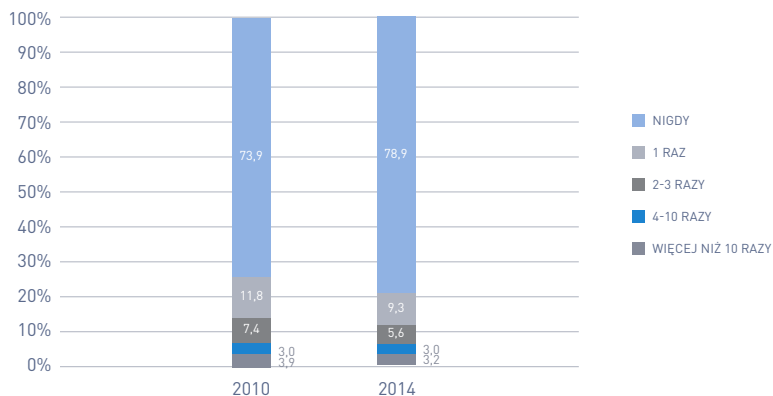
Wyniki najnowszych badań HBSC wskazują, że obecnie pija jakiegokolwiek napój alkoholowy 42,6% nastolatków w wieku 11-15 lat, w tym 6,4% co najmniej raz w tygodniu.

Stwierdzono też, że co piąty nastolatek upił się co najmniej raz w życiu (21,1%), a 3,2% zrobiło to więcej niż 10 razy. W stosunku do wyników poprzednich badań HBSC obserwuje się zarówno istotny spadek ogólnej częstości picia ($p < 0,001$), jak i upijania się przez młodzież w tej grupie wieku ($p < 0,001$) – rycina 27 i 28. Patrząc na oba poniższe wykresy, należy zwrócić uwagę na fakt, że korzystne zmiany wyrażają się znaczącym wzrostem odsetka młodzieży niepijącej i nieupijającej się.

RYCINA 27. ZMIANY OGÓLNEJ CZĘSTOŚCI PICIA ALKOHOLU PRZEZ MŁODZIEŻ 11-15-LETNIA W POLSCE W LATACH 2010-2014



RYCINA 28. ZMIANY CZĘSTOŚCI UPIJANIA SIĘ PRZEZ MŁODZIEŻ 11-15-LETNIA W POLSCE W LATACH 2010-2014



Częstość ogólnego picia zmniejszyła się u obu płci. Częstość upijania się zmniejszyła się istotnie u chłopców ($p < 0,001$), zwiększając się jednak u dziewcząt ($p = 0,018$). Niepokojące może być też, że coraz częściej upijają się dzieci w wieku 11 lat, a coraz większy odsetek ankietowanych deklaruje codzienne picie alkoholu (2,5% vs. 3,1%) – rycina 27 – chociaż w obu przypadkach są to niewielkie liczby przypadków.

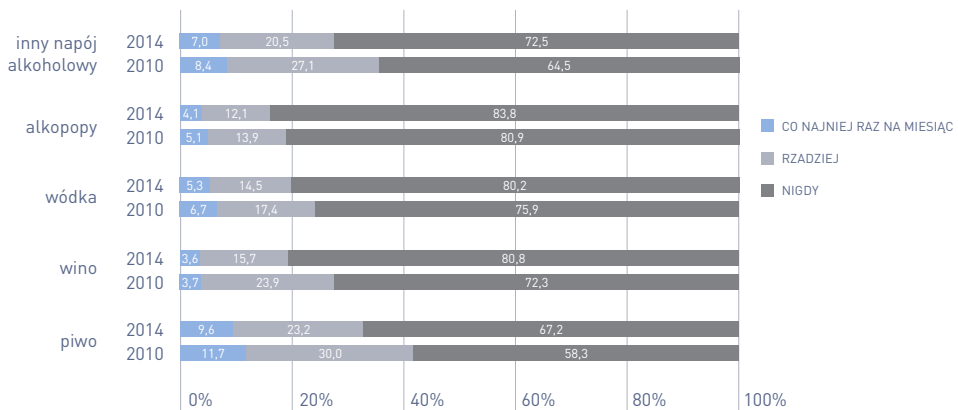
TABELA 75. PICIE ALKOHOLU PRZEZ MŁODZIEŻ WEDŁUG PŁCI I WIEKU

POZIOM WSKAŹNIKÓW		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Częstość picia alkoholu							
codziennie	N	26	32	36	12	18	16
	%	3,4	4,2	5,2	1,7	2,4	2,0
w każdym tygodniu	N	8	17	52	1	12	56
	%	1,0	2,2	7,5	0,1	1,6	7,2
w każdym miesiącu	N	10	37	108	2	32	126
	%	1,3	4,9	15,6	0,3	4,2	16,1
rzadziej niż raz w miesiącu	N	148	212	288	88	232	342
	%	19,2	27,9	41,5	12,2	30,6	43,7
nigdy	N	580	462	210	620	463	243
	%	75,1	60,8	30,3	85,8	61,2	31,0

Upijanie się w całym życiu							
nigdy	N	705	625	404	695	640	456
	%	92,3	82,9	58,2	96,9	84,9	58,4
raz	N	41	61	111	15	66	123
	%	5,4	8,1	16,0	2,1	8,8	15,7
2-3 razy	N	7	29	88	4	20	99
	%	0,9	3,8	12,7	0,6	2,7	12,7
4-10 razy	N	4	17	39	1	11	61
	%	0,5	2,3	5,6	0,1	1,5	7,8
więcej niż 10 razy	N	7	22	52	2	17	42
	%	0,9	2,9	7,5	0,3	2,3	5,4

W tabeli 75 przedstawiono dokładny rozkład odpowiedzi na pytanie o nadużywanie alkoholu w ciągu całego życia oraz podsumowanie aktualnej częstości picia alkoholu w świetle danych z badań HBSC 2014. Uzyskane wyniki pokazują, że częstość picia i upijania się jest zbliżona u obu płci. Częstości te nasilają się wraz z wiekiem, szczególnie między 13. a 15. rokiem życia. Porównując skrajne grupy wieku, stwierdzamy dwukrotny wzrost ogólnej częstości picia alkoholu.

RYCINA 29. CZĘSTOŚĆ PICIA POSZCZEGÓLNYCH NAPOJÓW ALKOHOLOWYCH PRZEZ MŁODZIEŻ W WIEKU 11-15-LAT

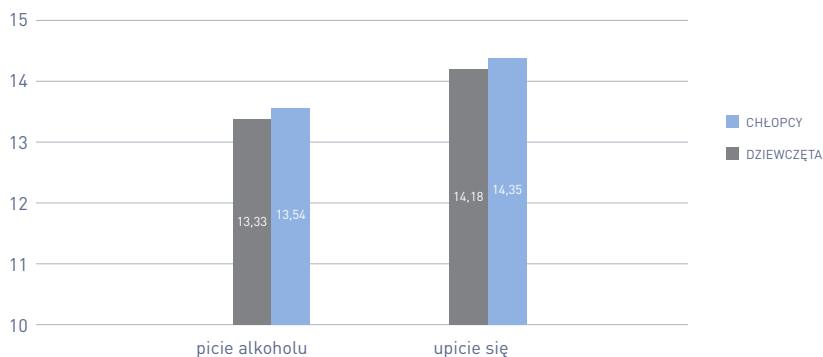


Na rycinie 29 przedstawiono częstość picia różnych napojów alkoholowych przez młodzież na podstawie danych z dwóch rund badań HBSC. Piwo pozostaje najbardziej popularnym napojem alkoholowym spożywanym przez młodzież. W badanym okresie (2010-2014) zmniejszyły się odsetki częstego (co najmniej raz na miesiąc³) spożywania każdego z napojów alkoholowych, a ponadto należy zwrócić uwagę na wyraźny wzrost odsetka nastolatków, którzy w ogóle nie piją tych napojów.

Według aktualnych wyników badań HBSC 34,9% nastolatków po raz pierwszy piło alkohol, mając 13 lat lub mniej, a 9,2% upiło się po raz pierwszy w tak wczesnym wieku. W porównaniu z wynikami badań HBSC 2010 obserwuje się istotne zmiany głównie w zakresie wczesnej inicjacji picia; odpowiedni odsetek zmniejszył się z 47,8% ($p < 0,001$). Korzystne zmiany dotyczą tu obu płci. W badanym okresie na bardzo zbliżonym poziomie utrzymała się wczesna inicjacja upijania się ($p = 0,934$), co jest konsekwencją przeciwstawnych tendencji u obu płci. Odsetek chłopców, którzy po raz pierwszy upili się przed 14. rokiem życia, zmniejszył się z 13,4% do 9,7% ($p < 0,001$), podczas gdy odpowiedni odsetek dziewcząt zwiększył się z 5% do 8,7%. Oznacza to zniwelowanie różnic związanych z płcią o 7,4 punktu procentowego.

Można stwierdzić, że średnio mija niecały rok między pierwszym epizodem wypicia alkoholu i upicia się. Różnice związane z płcią są niewielkie – chłopcy istotnie wcześniej sięgają po raz pierwszy po alkohol ($p = 0,026$), podczas gdy różnice w średnim wieku upicia się po raz pierwszy są nieistotne ($p = 0,125$) – rycina 30.

RYCINA 30. ŚREDNI WIEK INICJACJI ALKOHOLOWEJ MŁODZIEŻY 15-LETNIEJ WEDŁUG PŁCI



³ Liczebności w grupie często pijących są tak małe, że trudno je rozbić na trzy kategorie, jak na rycinie 27.

Tabela 76 przedstawia wyniki testowania różnic zależnych od płci i wieku, biorąc pod uwagę dwa zdefiniowane wcześniej negatywne wskaźniki picia i nadużywania alkoholu. Odsetek młodzieży pijącej alkohol w każdym tygodniu wynosi w całej próbie 6,4%, wahając się od 1,8% wśród dziewcząt 11-letnich do 12,6% u chłopców 15-letnich. Odpowiedni odsetek tych, którzy upili się więcej niż raz w życiu, waha się od 1% do 25,9%, przy średnim poziomie 11,8%.

TABELA 76. MŁODZIEŻ, KTÓRA REGULARNIE PIJE ALKOHOL I CZĘSTO SIĘ UPIJA, WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%)

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Picie alkoholu w każdym tygodniu lub częściej				
Ogółem	6,4	7,7	5,1	0,000
11 lat	3,1	4,4	1,8	0,004
13 lat	5,2	6,4	4,0	0,029
15 lat	10,8	12,6	9,2	0,032
p	0,000	0,000	0,000	
Upicie się co najmniej 2 razy w życiu				
Ogółem	11,8	12,1	11,4	0,242
11 lat	1,7	2,4	1,0	0,030
13 lat	7,7	9,0	6,4	0,033
15 lat	25,8	25,8	25,9	0,511
p	0,000	0,000	0,000	

Analizując istotność różnic związanych z płcią i wiekiem, stwierdzono, że:

- oba wskaźniki istotnie zwiększają się z wiekiem ankietowanej młodzieży, co dotyczy grupy *ogółem* oraz obu płci;
- pojawiają się istotne różnice związane z płcią w odniesieniu do częstości picia; w grupie *ogółem* i w poszczególnych grupach wieku chłopcy częściej niż dziewczęta piją alkohol co najmniej raz w tygodniu;
- w odniesieniu do wskaźnika powtarzających się epizodów upijania się nie zanotowano istotnych różnic związanych z płcią w całej badanej grupie i u 15-latków, podczas gdy w młodszych rocznikach utrzymały się istotne różnice na korzyść dziewcząt.

W tabeli 77 przedstawiono wyniki analizy wybranych uwarunkowań socjo-demograficznych picia alkoholu w każdym tygodniu na podstawie danych dotyczących pełnej grupy młodzieży w wieku 11-15 lat.

TABELA 77. MŁODZIEŻ, KTÓRA REGULARNIE PIJE ALKOHOL I CZĘSTO SIĘ UPIJA, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
PICIE ALKOHOLU W KAŻDYM TYGODNIU LUB CZĘŚCIEJ						
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	5,1	2,3	4,1	9,1	6,2	4,1
rodzina zrekonstruowana	8,3	7,4	9,4	8,1	11,5	6,1
samotny rodzic	10,5	5,3	7,5	17,9	11,4	9,6
p	0,000	0,005	0,016	0,000	0,001	0,000
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna [0-4]	6,2	3,4	5,0	9,7	6,4	6,1
poniżej przeciętnej [5-6]	6,0	3,2	4,8	10,2	7,6	4,5
przeciętna [7-9]	6,0	2,0	5,5	10,3	7,4	4,5
rodzina zamożna [10-13]	7,8	4,4	5,6	14,6	10,0	5,9
p	0,380	0,269	0,957	0,287	0,324	0,510
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	6,2	3,8	5,1	8,9	7,0	5,4
małe miasto	6,9	2,5	5,5	14,7	8,3	5,4
Wieś	6,1	3,6	5,1	9,2	7,8	4,5
p	0,623	0,391	0,961	0,005	0,603	0,612
UPICIE SIĘ CO NAJMNIEJ 2 RAZY W ŻYCIU						
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	9,9	1,1	6,3	23,0	10,4	9,5
rodzina zrekonstruowana	19,7	7,7	12,8	33,6	21,6	18,4
samotny rodzic	16,7	2,7	11,2	34,1	15,2	18,3
p	0,000	0,000	0,006	0,000	0,000	0,000
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna [0-4]	12,6	3,0	8,2	25,1	11,8	13,4
poniżej przeciętnej [5-6]	11,2	1,3	7,8	24,2	13,0	9,4
przeciętna [7-9]	11,0	0,7	7,2	25,4	10,2	11,9
rodzina zamożna [10-13]	12,6	2,8	8,1	29,1	15,0	10,4
p	0,528	0,044	0,957	0,612	0,109	0,201
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	12,3	1,9	8,0	23,8	11,7	12,9
małe miasto	12,1	1,8	9,4	29,5	11,8	12,3
wieś	10,9	1,4	5,9	24,6	12,8	9,1
p	0,445	0,799	0,128	0,090	0,787	0,048

W odniesieniu do zjawiska upijania się stwierdzono, że:

- częste upijanie się jest istotnie związane z typem rodziny, w której wychowuje się młodzież; najmniejszy odsetek nastolatków, którzy upili się co najmniej dwa razy w życiu, pochodzi z rodzin biologicznych i jest około dwóch razy mniejszy niż wśród młodzieży z pozostałych dwóch typów rodzin;
- częstotliwość upijania się jest związana z zamożnością rodziny wyłącznie w grupie 11-latków; częściej piją osoby z grupy skrajnie biednej i skrajnie zamożnej;
- miejsce zamieszkania jest słabo związane z częstością upijania się przez młodzież szkolną; jedynie u dziewcząt zanotowano istotny związek, z tendencją do niższych odsetków wśród mieszkanek wsi.

W odniesieniu do aktualnej częstości picia alkoholu stwierdzono, że:

- typ rodziny jest również czynnikiem różnicującym ogólną częstość picia alkoholu przez nastolatków; we wszystkich podgrupach młodzieży wychowywane się z obojgiem biologicznych rodziców chroni przed nadużywaniem alkoholu;
- odsetek młodzieży pijącej alkohol w każdym tygodniu kształtuje się na podobnym poziomie w grupach wyróżnionych ze względu na zamożność rodziny;
- związek z miejscem zamieszkania jest bardzo słaby; negatywny wpływ zamieszkiwania w małych miastach widać wyłącznie w najstarszej grupie wieku.

W analizie wieloczynnikowej wykazano, że wiek, płeć i struktura rodziny są niezależnymi predyktorami picia alkoholu przez młodzież w każdym tygodniu. W przypadku powtarzających się epizodów upijania się istotne są tylko dwa pierwsze czynniki.

Analogiczną analizę uwarunkowań wczesnej inicjacji alkoholowej (picie i upijanie się) przedstawiono w tabeli 78.

Wykazano, że:

- struktura rodziny istotnie wpływa na ryzyko wczesnego upijania się, nie mając wpływu na wczesną ogólną inicjację alkoholową; ryzyko

upicia się przed 14. rokiem życia maleje w rodzinach pełnych zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt;

- zamożność rodziny nie ma wpływu na oba wskaźniki wczesnej inicjacji;
- wpływ miejsca zamieszkania uwidocznił się tylko u dziewcząt w odniesieniu do wczesnego upijania się; w grupie ryzyka są mieszkanki małych miast.

TABELA 78. MŁODZIEŻ 15-LETNIA, KTÓRA PRZESZŁA INICJACJĘ ALKOHOLOWĄ W WIEKU 13 LAT LUB MNIEJ, WEDŁUG INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH [%]

	WCZESNA INICJACJA UPIJANIA SIĘ			WCZESNA INICJACJA PICIA ALKOHOLU		
	Ogółem	Chł.	Dz.	Ogółem	Chł.	Dz.
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	7,3	7,7	6,9	34,1	34,5	33,7
rodzina zrekonstruowana	16,3	12,1	18,9	36,8	30,3	40,7
samotny rodzic	14,3	18,3	11,7	36,3	40,3	33,6
p	0,001	0,015	0,006	0,779	0,537	0,582
Zamożność rodziny						
rodzina biedna (0-4)	10,9	11,8	10,2	30,9	29,8	31,9
poniżej przeciętnej [5-6]	9,6	10,6	8,9	34,6	32,7	36,2
przeciętna [7-9]	7,3	6,7	7,8	35,5	37,3	34,1
rodzina zamożna (10-13)	8,9	12,0	6,5	35,9	36,5	35,5
p	0,421	0,344	0,775	0,656	0,561	0,888
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	6,7	7,6	5,9	33,7	33,8	33,6
małe miasto	12,7	12,1	13,1	34,7	33,3	35,8
wieś	8,5	10,0	7,3	35,7	37,4	34,2
p	0,009	0,312	0,016	0,831	0,667	0,882

W analizie wielowymiarowej przeanalizowano łączny wpływ płci, struktury rodziny, zamożności rodziny i miejsca zamieszkania na dwa wskaźniki wczesnej inicjacji alkoholowej. Żaden z analizowanych czynników nie ma wpływu na wczesne sięganie po alkohol, natomiast struktura rodziny silnie oddziałuje na wczesne upijanie się.

Uzupełniające ten rozdział tabele znajdują się w aneksie, w części poświęconej zachowaniom ryzykownym.

Podsumowanie

Co piąty nastolatek w wieku 11-15 lat upił się co najmniej 1 raz w życiu, a 6,4% pije alkohol w każdym tygodniu. Jedna trzecia młodzieży sięgnęła po raz pierwszy po alkohol, mając 13 lat lub mniej, a prawie co dziesiąty pierwszy raz upił się w tym wieku. Wskaźniki picia i upijania się wyraźnie pogarszają się z wiekiem. Picie alkoholu w każdym tygodniu częściej dotyczy chłopców niż dziewcząt we wszystkich grupach wieku. Piwo od wielu lat pozostaje najczęściej spożywanym przez młodzież napojem alkoholowym.

W ostatnich czterech latach spadła częstość picia alkoholu i upijania się, a inicjacja alkoholowa następuje coraz później. Korzystniejsze zmiany obserwuje się w populacji chłopców; dziewczęta upijają się częściej i w coraz młodszym wieku. Z kolei pozytywne zmiany wyrażają się coraz powszechniejszą postawą abstynencką wśród młodzieży.

Częste oraz wcześniejsze upijanie się są silnie związane ze strukturą rodziny, wychowywaniem przez samotnego rodzica lub w rodzinie zrekonstruowanej. Zagrożenie alkoholem wzrasta w środowisku małych miast, gdzie częściej pije młodzież 15-letnia oraz wcześniej zaczynają upijać się dziewczęta. Z kolei środowisko wiejskie chroni dziewczęta przed powtarzającymi się epizodami upijania się.

Piśmiennictwo

1. Song E.Y., Smiler A.P., Wagoner K.G. et al. Adolescents' Perceptions of Peer, Parent, and Community Alcohol Norms, Alcohol Consumption, and Alcohol-Related Consequences. *Substance Use & Misuse* 2012; 47: 86–98.
2. Kuntsche E.N., Kuendig H. What is worse? A hierarchy of family-related risk factors predicting alcohol use in adolescence. *Substance Use & Misuse* 2006; 41(1): 71–86.
3. Jovic-Vranes A.S., Vranes B., Marinkovic J., Cucic V. Adolescent substance abuse, the importance of family, school and peers: data from the health behaviour in school children. *Sozial und Präventivmedizin* 2005; 50(2): 119–124.
4. Schulenberg J.E., Maggs J.L. A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol* 2002; (S14): 54–70.
5. Squeglia L.M., Jacobus J., Tapert S.F. The effect of alcohol use on human adolescent brain structures and systems, *Handbook of Clinical Neurology* 2014; 125: 501–510.
6. Looze M., Raaijmakers Q., Bogt T.T., Bendtsen P. et al. Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010, *European Journal of Public Health* 2015; (25 Suppl. 2): 69–72.

Używanie marihuany/haszyszu przez młodzież 15-letnią

23

Barbara Woynarowska

Wstęp

Od lat 60. XX wieku przetwory konopi indyjskich (*cannabis*) – marihuana lub haszysz – są w krajach zindustrializowanych najczęściej używaną przez nastolatki substancją psychoaktywną, obok tytoniu i alkoholu. Wczesne i częste ich używanie może spowodować różne szkody psychospołeczne i zdrowotne, także uzależnienie i przejście do zażywania innych narkotyków [1]. Szczególne ryzyko wiąże się z bardzo wczesnym (w wieku 13 lat i młodszym) używaniem przetworów konopi, z którym współistnieją inne zachowania ryzykowne (palenie tytoniu, picie alkoholu, bardzo wczesna inicjacja seksualna) [2]. W Polsce kwestię używania przez młodzież marihuany/haszyszu należy postrzegać w kontekście trwającej od kilku lat dyskusji na temat ich zalegalizowania.

W krajach Europy i Ameryki Północnej odsetki nastolatków używających przetworów konopi są zróżnicowane w zależności od wielu czynników, między innymi przyjętego wskaźnika używania, przepisów prawnych, dostępności, czynników kulturowych oraz działań prewencyjnych. Wyniki badań HBSC wskazują, że w latach 2002-2010 częstość używania przetworów konopi przez 15-latków w większości regionów Europy zmniejszyła się. Trendu takiego nie odnotowano w krajach Europy Wschodniej, co wiąże

się z dokonującymi się w nich przemianami społecznymi i ekonomicznymi, zwiększeniem dostępności tych substancji oraz brakiem gotowości instytucji zdrowia publicznego i decydentów do zmian w zakresie legislacji i wdrażania odpowiedniej polityki i edukacji [3].

Wykazano, że istnieje związek między używaniem marihuany przez 15-latkę a wskaźnikami zamożności ludności (np. produkt krajowy brutto, wydatki konsumpcyjne gospodarstw domowych), wskaźnikami zamożności rodziny, strukturą rodziny, postrzeganiem przez młodzież dostępności marihuany, kontaktami z rówieśnikami oraz używaniem jej przez osoby dorosłe w danym kraju („atmosfera narkotykowa”) [4, 5]. Używanie marihuany współistnieje z piciem alkoholu i paleniem tytoniu, a głównym motywem podejmowania tych zachowań są względy towarzyskie, tzn. używanie ich w sytuacjach społecznych [6].

Wskaźniki używania marihuany/haszyszu

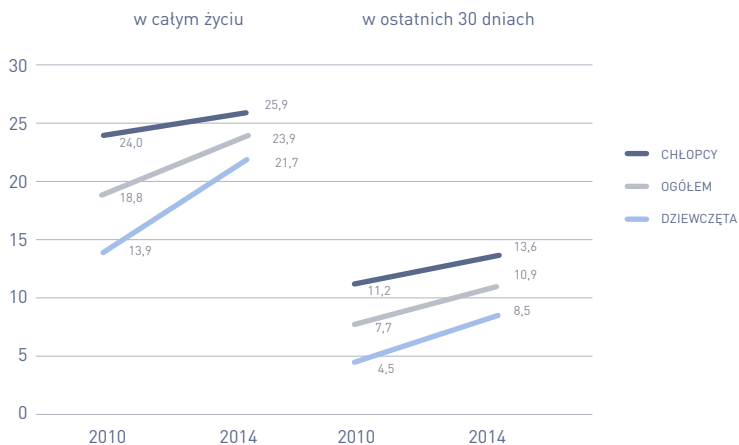
O używanie przetworów konopi indyjskich – marihuany lub haszyszu – pytano tylko młodzież 15-letnią. Pytania w kwestionariuszu HBSC są adaptacją pytań z badań ESPAD – Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach (*the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*). W niniejszym rozdziale analizie poddano następujące pytania na temat używania marihuany/haszyszu:

- **liczba dni, w których młodzież używała marihuany/haszyszu kiedykolwiek w całym życiu** (skala ogólnego zasięgu zjawiska) **i w ostatnich 30 dniach** (identyfikacja osób często ich używających, czyli o dużym ryzyku negatywnych konsekwencji); z powodu zmiany w ostatnim cyklu badań kategorii odpowiedzi (poprzednio pytano „czy i ile razy” obecnie „czy i w ilu dniach”) w interpretacji zmian w latach 2010-2014 należy zachować pewną ostrożność; podstawowy wskaźnik **negatywny** odnosi się do osób, które **używały marihuany co najmniej 1 raz** (w 1-2 dniach);
- **wiek inicjacji używania marihuany/haszyszu** – pytanie o ten wiek obowiązywało w badaniach HBSC po raz pierwszy w roku szkolnym 2013/2014.

Wyniki

Używało marihuany/haszyszu kiedykolwiek w życiu **23,9%**, a w ostatnich 30 dniach **10,9%** ogółu badanych 15-latków. W stosunku do 2010 roku odsetki te zwiększyły się istotnie odpowiednio o pięć i trzy punkty procentowe (ryc. 31).

RYCINA 31. ZMIANY CZĘSTOŚCI UŻYWANIA MARIHUANY/HASZYSZU PRZEZ MŁODZIEŻ 15-LETNIA WEDŁUG PŁCI W LATACH 2010-2014



Zmiany zaobserwowane u chłopców były nieistotne (dla używania w całym życiu – $p=0,298$; w ostatnich 30 dniach – $p=0,199$). O prawie osiem punktów procentowych zwiększył się natomiast w badanym okresie odsetek dziewcząt używających tych substancji kiedykolwiek w życiu ($p<0,001$) – rycina 31.

TABELA 79. UŻYWANIE MARIHUANY/HASZYSZU PRZEZ MŁODZIEŻ 15-LETNIA WEDŁUG PŁCI

POZIOM WSKAŹNIKÓW	CHŁOPCY		DZIEWCZĘTA	
	N	%	N	%
Używanie marihuany/haszyszu kiedykolwiek w całym życiu				
nigdy	423	74,1	528	78,3
1-2 dni	59	10,3	54	8,0
3-5 dni	24	4,2	30	4,5
6-9 dni	13	2,3	15	2,2
10-19 dni	9	1,6	14	2,1
20-29 dni	7	1,2	6	0,9
30 dni i więcej	36	6,3	27	4,0

Używanie marihuany/haszyszu kiedykolwiek w ostatnich 30 dniach				
nigdy	492	86,6	614	91,6
1-2 dni	33	5,8	27	4,0
3-5 dni	15	2,6	10	1,5
6-9 dni	5	0,9	5	0,7
10-19 dni	6	1,1	4	0,7
20-29 dni	3	0,5	2	0,3
30 dni i więcej	14	2,5	8	1,2

POZIOM WSKAŹNIKÓW	CHŁOPCY		DZIEWCZĘTA	
	N	%	N	%
Wiek inicjacji używania marihuany/haszyszu				
nigdy	427	74,4	523	77,8
11 lat lub młodszy	9	1,6	7	1,0
12 lat	3	0,5	6	0,9
13 lat	17	3,0	14	2,1
14 lat	43	7,5	44	6,5
15 lat	61	10,6	63	9,4
16 lat lub starszy	14	2,4	15	2,2

Różnice między chłopcami i dziewczętami w częstości używania marihuany/haszyszu w całym życiu wyraźnie zredukowały się w 2014 roku, obecnie jest to różnica powyżej granicy istotności statystycznej ($p=0,078$). Nadal jednak chłopcy znacznie częściej niż dziewczęta używali marihuany/haszyszu w ostatnich 30 dniach ($p=0,004$). Wśród nastolatków używających tych substancji największy był odsetek tych, którzy robili to w 1-2 dniach, a więc eksperymentowali z tymi substancjami (tab. 79).

Inicjacja używania marihuany/haszyszu najczęściej miała miejsce u chłopców i dziewcząt w ostatnim roku przed prowadzeniem badań (tab. 79). Wczesna inicjacja (w wieku 13 lat i mniej) dotyczyła 4,1% chłopców oraz 3,4% dziewcząt w wieku 15 lat (różnice nieistotne statystycznie). Szacunkowy średni wiek inicjacji wyniósł 14,26 roku ($SD=1,22$), podobnie u obu płci. Należy pamiętać, że są to obserwacje ucięte, część młodzieży sięgnie po marihuanę po 16. roku życia.

Analiza związków między używaniem marihuany/haszyszu a wybranymi czynnikami socjodemograficznymi wykazała, że (tab. 80):

- częściej używała ich młodzież z rodzin zrekonstruowanych i niepełnych niż z rodzin z obojgiem biologicznych rodziców (różnice istotne statystycznie u obu płci);
- najczęściej używały tych substancji nastolatki z rodzin zamożnych, a najrzadziej ci z rodzin przeciętnie zamożnych (związek o charakterze nieliniowym); różnice istotne statystycznie dotyczyły tylko używania marihuany/haszyszu w ostatnich 30 dniach; w rodzinach zamożnych ponad dwukrotnie częściej zażywali ją chłopcy niż dziewczęta;
- odsetki używających marihuany były niezależne od miejsca zamieszkania.

TABELA 80. MŁODZIEŻ 15-LETNIA, KTÓRA UŻYWAŁA MARIHUANY/HASZYSZU W CO NAJMNIEJ 1 DNIU, WEDŁUG PŁCI I INNYCH CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	UŻYWANIE MARIHUANY/HASZYSZU W CO NAJMNIEJ 1 DNIU					
	W CAŁYM ŻYCIU			W OSTATNICH 30 DNIACH		
	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	20,5	22,4	18,8	8,3	10,4	6,0
rodzina zrekonstruowana	29,9	34,4	27,3	14,8	18,2	12,7
samotny rodzic	35,4	40,8	31,8	20,3	26,8	15,6
p	0,000	0,002	0,006	0,000	0,000	0,002
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna [0-4]	20,5	24,3	17,1	11,9	12,7	11,2
poniżej przeciętnej [5-6]	25,4	28,6	22,8	12,7	16,4	9,6
przeciętna [7-9]	21,0	22,8	19,5	7,4	9,2	5,9
rodzina zamożna [10-13]	29,7	27,8	31,2	13,9	19,4	9,7
p	0,070	0,602	0,063	0,029	0,085	0,277
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	22,0	22,7	20,6	10,5	11,4	8,9
małe miasto	26,5	28,2	25,6	11,8	16,0	8,8
wieś	23,5	27,6	19,0	10,4	13,3	7,3
p	0,297	0,384	0,220	0,784	0,425	0,777

Analiza wielowymiarowa wykazała, że spośród czterech czynników (płeć, struktura rodziny, zamożność rodziny, miejsce zamieszkania) predyktorem używania marihuany/haszyszu w całym życiu była struktura rodziny, a predyktorem używania ich w ostatnich 30 dniach – płeć i struktura rodziny.

Podsumowanie

Marihuane/haszysz kiedykolwiek w życiu zażywał co czwarty, a w ostatnich 30 dniach – co dziesiąty 15-latek. W latach 2010-2014 odsetek używających tych substancji zwiększył się, co wynikało z istotnego wzrostu u dziewcząt. Różnica w odsetku chłopców i dziewcząt, którzy kiedykolwiek w życiu używali tych substancji, znacznie się zmniejszyła. Ankietowana młodzież 15-letnia przeważnie sięgała po raz pierwszy po marihuane/haszysz w poprzednim roku. Predyktorami używania marihuany/haszyszu były: w całym życiu struktura rodziny, a w ostatnich 30 dniach płeć i struktura rodziny (najczęściej zażywała je młodzież żyjąca z samotnym rodzicem).

Piśmiennictwo

1. MacLeod J., Oakes R., Copello A. et al. Psychological and social sequel of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet* 2004; 363: 1579–1588.
2. Kokkevi A., Nic Gabhainn S., Spyropoulou M. et al. Early initiation of cannabis use: across-national European perspective. *Journal of Adolescent Health* 2006; 39: 712–719.
3. Hublet A., Bendtsen P., de Looze M.E. et al. Trends in the co-occurrence of tobacco and cannabis use in 15-year-olds from 2002 to 2010 in 28 countries of Europe and North America. *European Journal of Public Health* 2015; 25 (Suppl. 2): 73–75.
4. Ter Bogt T., Schmid H., Nic Gabhainn S. et al. Economic and cultural correlates of cannabis use among mid-adolescents in 31 countries *Addiction* 2006; 101: 241–251.
5. Ter Bogt T.F.M., de Looze M., Molcho M. et al. Do societal wealth, family affluence and gender account for trends in adolescent cannabis use? A 30 country cross-national study. *Addiction* 2013; 109: 273–283.
6. Dzielska A. Motywy picia alkoholu w zależności od używania tytoniu i marihuany przez młodzież. *Przegląd Lekarski* 2014; 71(11): 592–596.

Zachowania seksualne młodzieży 15-letniej

24

Barbara Woynarowska

Wstęp

W okresie dorastania dokonuje się przejście od seksualności dziecięcej do seksualności dorosłych. Przebieg tego procesu ma kluczowe znaczenie dla zdrowia seksualnego i prokreacyjnego człowieka. Pojawienie się w tym okresie popędu seksualnego wiąże się z podejmowaniem przez nastolatki różnych form aktywności seksualnej, w tym stosunków seksualnych. W związku z nieosiągnięciem dojrzałości fizycznej i psychicznej podejmowanie tej aktywności stwarza u młodzieży większe niż u dorosłych ryzyko niechcianej ciąży i chorób przenoszonych drogą płciową, w tym zakażenia HIV [1]. Ryzyko to jest tym większe, im wcześniejsza jest inicjacja seksualna. Dlatego wczesna inicjacja seksualna jest negatywnym wskaźnikiem zdrowia seksualnego, a ryzykowne zachowania seksualne nastolatków są problemem zdrowia publicznego.

Wyniki badań HBSC wskazują, że częstość i wiek inicjacji seksualnej u nastolatków w różnych krajach są zróżnicowane. W większości krajów inicjacja seksualna jest wcześniejsza u chłopców niż u dziewcząt, ale różnice te stopniowo się zmniejszają. W krajach Europy północnej inicjację seksualną częściej podejmują dziewczęta; w latach 2002-2010 w rejonie Europy wschodniej i południowej częstość inicjacji seksualnej dziewcząt zwiększała się [2].

Główną przyczyną zagrożeń związanych z wczesną aktywnością seksualną jest odbywanie przez nastolatki stosunków płciowych bez zabezpieczenia lub stosowanie metod antykoncepcji, które szczególnie w tej grupie są nieskuteczne (np. stosunek przerywany, metody naturalne). W krajach Europy odsetek nastolatków, którzy używali środków antykoncepcyjnych w czasie ostatniego stosunku płciowego, jest bardzo zróżnicowany, różny jest też rodzaj używanych metod [3]. Na przykład w 2002 roku odsetek 15-latków odbywających stosunek bez zabezpieczenia lub z niedostatecznym zabezpieczeniem wahał się od około 6% w Holandii do około 27% w Słowenii i w Polsce [4].

Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży są uwarunkowane wieloma czynnikami indywidualnymi i środowiskowymi, w tym: używaniem substancji psychoaktywnych, stanem zdrowia, strukturą i zamożnością rodziny, relacjami rodzic-dziecko, sprawowaniem kontroli przez rodziców, sytuacją szkolną, wpływem rówieśników [5, 6].

Wskaźniki zachowań seksualnych

Pytania dotyczące zachowań seksualnych młodzieży 15-letniej uwzględniono w badaniach HBSC początkowo do wyboru, a od roku szkolnego 2001/2002 są one obowiązkowe. Opracowano je na podstawie amerykańskiego kwestionariusza YRBS (*Youth Risk Behaviour Survey*). W Polsce pytania te wykorzystano w prawie wszystkich cyklach badań, poza rokiem 2006. W niniejszych analizach uwzględniono dane uzyskane za pomocą trzech pytań o: **odbycie inicjacji seksualnej** (tak, nie); **wiek inicjacji seksualnej** (od 11 lat i mniej do 16 lat lub więcej); **stosowanie prezerwatywy w czasie ostatniego stosunku płciowego** (przez badanego/partnera – tak, nie). Uzyskano tylko niewielką liczbę odpowiedzi na temat stosowania prezerwatywy, co może ograniczać precyzję szacunku.

Wyniki

Inicjację seksualną odbyło 17,4% ankietowanych 15-latków, nieznacznie częściej dziewczęta niż chłopcy (18,5% wobec 16%; różnice nieistotne statystycznie $p=0,264$) – tabela 81. W porównaniu z badaniami z 2010 roku odsetek młodzieży podejmującej wcześniej współżycie seksualne zwiększył się z 15,7%.

Wzrost ten dotyczy tylko dziewcząt, o prawie pięć punktów procentowych (z 13,7% do 18,5%; $p=0,003$), przy równoczesnym zmniejszeniu się tego

odsetka u chłopców (z 20% do 16%; $p=0,259$). We wszystkich wcześniejszych cyklach badań HBSC częstość inicjacji seksualnej u 15-letnich chłopców była większa niż u dziewcząt, różnice te stopniowo zmniejszały się i w 2014 roku nastąpiło odwrócenie tych proporcji. Na tendencję wzrostową mógł wpłynąć fakt, że w próbie wylosowanej do badań w 2014 roku znaleźli się też uczniowie I klas szkół ponadgimnazjalnych, ankietowani na początku roku szkolnego (11,5% zakwalifikowanych do 15-latków), których nie było cztery lata wcześniej. Porównując młodzież z III klas gimnazjum i I klas szkół ponadgimnazjalnych, zauważa się wzrost częstości inicjacji seksualnej z 15,1% do 21,3% u chłopców oraz z 17,6% do 23,3% u dziewcząt. Różnica w organizacji badań i doborze próby częściowo tłumaczy wzrost odsetka dziewcząt po inicjacji seksualnej, ale nie tłumaczy spadku tego odsetka u chłopców.

TABELA 81. ZACHOWANIA SEKSUALNE MŁODZIEŻY 15-LETNIEJ [%]

POZIOM WSKAŹNIKÓW	CHŁOPCY		DZIEWCZĘTA	
	N	%	N	%
Inicjacja seksualna				
tak	90	16,0	123	18,5
nie	471	84,0	543	81,5
Wiek inicjacji seksualnej				
11 lat lub młodszy	20	22,2	7	5,9
12 lat	9	10,0	6	5,0
13 lat	4	4,5	13	10,9
14 lat	12	13,3	19	16,0
15 lat lub starszy*	45	50,0	74	62,2
Stosowanie prezerwatywy w czasie ostatniego stosunku płciowego				
tak	26	63,4	29	56,9
nie	15	36,6	22	43,1

* Z powodu małej liczby przypadków połączono grupę 15 lat oraz 16 lat i więcej.

Analiza częstości inicjacji seksualnej w zależności od wybranych czynników socjodemograficznych (tab. 82) wskazuje, że:

- częściej odbyła ją młodzież z rodzin zrekonstruowanych i niepełnych niż rodzin z obojgiem biologicznych rodziców; różnice istotne statystycznie dotyczą tylko chłopców;
- związek inicjacji seksualnej z zamożnością rodziny ma u dziewcząt charakter nieliniowy; podwyższone odsetki notowane są w rodzinach

najbiedniejszy i najzamożniejszych; u chłopców istotnie większe odsetki notowane są w rodzinach najbiedniejszych;

- nieco częściej odbywali tę inicjację chłopcy i dziewczęta z małych miast, ale różnice nie są istotne statystycznie.

TABELA 82. INICJACJA SEKSUALNA I STOSOWANIE PREZERWATYWY W CZASIE OSTATNIEGO STOSUNKU PŁCIOWEGO PRZEZ MŁODZIEŻ 15-LETNIĄ WEDŁUG PŁCI I INNYCH CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	ODBYLI INICJACJĘ SEKSUALNĄ			NIE STOSOWALI PREZERWATYWY W CZASIE OSTATNIEGO STOSUNKU PŁCIOWEGO		
	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	14,8	13,0	16,5	34,4	29,0	60,6
rodzina zrekonstruowana	25,6	28,1	24,1	27,3	25,0	71,4
samotny rodzic	23,6	26,1	22,0	73,3	100,0	40,0
p	0,001	0,003	0,198	0,014	0,008	0,379
Zamożność rodziny						
rodzina biedna [0-4]	25,7	27,0	24,6	46,4	44,4	50,0
poniżej przeciętnej [5-6]	13,9	12,1	15,4	37,5	37,5	37,5
przeciętna [7-9]	14,9	11,9	17,3	36,7	12,5	45,5
rodzina zamożna [10-13]	21,1	18,9	22,9	25,0	20,0	33,3
p	0,001	0,003	0,157	0,705	0,388	0,904
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	15,9	12,4	19,1	34,6	16,7	50,0
małe miasto	20,1	19,8	20,3	41,9	46,2	38,9
wieś	16,5	17,0	16,0	42,9	43,8	42,1
p	0,244	0,135	0,488	0,787	0,232	0,815

Wieloczynnikowa analiza wykazała, że spośród czterech czynników (płeć, struktura rodziny, zamożność rodziny, miejsce zamieszkania) predyktorami przejęcia inicjacji seksualnej są struktura i zamożność rodziny.

Średni wiek inicjacji seksualnej wynosił 14 lat i był istotnie późniejszy u dziewcząt (14,4 roku) niż u chłopców (13,6 roku). Połowa badanych rozpoczęła współżycie seksualne w wieku 15 lat, a bardzo wcześnie - w wieku 13 lat i mniej - aż co trzeci chłopiec i co czwarta dziewczynka w grupie aktywnych seksualnie (tab. 81). W porównaniu z 2010 rokiem średni wiek

inicjacji u obu płci obniżył się (u chłopców z 14,4 roku, u dziewcząt z 14,6 roku) i zwiększył się znacznie odsetek młodzieży bardzo wczesnie podejmującej stosunki seksualne. Wyniki te należy interpretować ostrożnie, ponieważ są to tzw. obserwacje ucięte, zjawisko inicjacji seksualnej jest właśnie w obserwacji, a duża część ankietowanych w momencie badania nie miała nawet ukończonych 16 lat.

Nie stwierdzono istotnych różnic w średnim wieku inicjacji seksualnej w zależności od zamożności rodziny i miejsca zamieszkania. Różnice dotyczyły tylko średniego wieku w zależności od struktury rodziny u chłopców – najwcześniej rozpoczęli współżycie seksualne chłopcy żyjący z samotnym rodzicem (tab. 83).

Wieloczynnikowa analiza wykazała, że spośród czterech czynników (płeć, struktura rodziny, zamożność rodziny, miejsce zamieszkania) predyktorami bardzo wczesnego wieku inicjacji seksualnej (13 lat lub mniej; obliczenia w grupie aktywnych seksualnie) są płeć i zamożność rodziny.

TABELA 83. ŚREDNI WIEK INICJACJI SEKSUALNEJ U MŁODZIEŻY 15-LETNIEJ WEDŁUG PŁCI I INNYCH CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	ŚREDNI WIEK INICJACJI SEKSUALNEJ					
	Ogółem		Chłopcy		Dziewczęta	
	M	SD	M	SD	M	SD
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	14,1	1,4	13,9	1,6	14,3	1,3
rodzina zrekonstruowana	14,1	1,4	13,9	1,5	14,4	1,4
samotny rodzic	13,6	1,8	12,5	1,8	14,5	1,2
p	0,166		0,009		0,785	
Zamożność rodziny						
rodzina biedna (0-4)	14,0	1,6	13,6	1,7	14,3	1,5
poniżej przeciętnej (5-6)	13,7	1,6	13,1	1,7	14,1	1,4
przeciętna (7-9)	14,1	1,5	13,6	1,8	14,5	1,0
rodzina zamożna (10-13)	14,4	1,4	14,7	1,5	14,4	1,4
p	0,149		0,187		0,647	
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	13,9	1,6	13,6	1,7	14,2	1,5
małe miasto	14,2	1,4	13,7	1,7	14,6	1,0
wieś	13,9	1,6	13,6	1,8	14,2	1,4
p	0,396		0,936		0,226	

* M – średnia; SD – odchylenie standardowe.

Nie stosowało prezerwatywy w czasie ostatniego stosunku płciowego ogółem 40,2% badanych lub ich partnerów. Częściej odpowiedzi takiej udzielały dziewczęta niż chłopcy (różnice nieistotne statystycznie – $p=0,524$) – tabela 81. W porównaniu z 2010 rokiem odsetek niestosujących tej formy zabezpieczenia znacząco się zwiększył (z 20,8%). Jak jednak wspomniano, pytanie to było zadawane niewielkiej liczbie uczniów. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w używaniu prezerwatyw w zależności od zamożności rodziny i miejsca zamieszkania. Różnice te odnotowano w zależności od struktury rodziny tylko u chłopców – najczęściej nie używali ich chłopcy z rodzin niepełnych.

Podsumowanie

Inicjację seksualną odbył co szósty 15-latek, częściej dziewczęta niż chłopcy; średni jej wiek wynosił 14 lat. W stosunku do 2010 roku nastąpiło: zwiększenie częstości inicjacji, obniżenie jej średniego wieku i odwrócenie dotychczasowych proporcji zależnych od płci – obecnie dziewczęta częściej podejmują aktywność seksualną. Predyktorem wczesnej inicjacji seksualnej jest struktura rodziny.

Ryzykowne zachowanie seksualne – niestosowanie prezerwatyw – dotyczy ponad 40% nastolatków. W porównaniu z 2010 rokiem odsetek ten zwiększył się dwukrotnie (ze względu na małą liczbę badanych nastolatków wynik ten należy interpretować ostrożnie i niezbędne są dalsze badania). Najczęściej nie używali prezerwatyw chłopcy z rodzin niepełnych.

Piśmiennictwo

1. UNAIDS: *Global Report. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*. WHO Library Cataloguing-in-Publications, 2013. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf.
2. Ramiro L., Windlin B., Nic Gabhainn S. et al. Gendered trends in early and very early sex and condom use in 20 European countries from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health* 2015; 25(Suppl. 2): 65–68.
3. Nic Gabhainn S., Baban A., Boyce W. et al. How well protected are sexually active 15-year olds? Cross-national patterns in condom and contraceptive pill use 2002–2006. *International Journal of Public Health* 2009; 54: 209–215.
4. Godeau E., Nic Gabhainn S., Vignes C. et al. Contraceptive use by 15-year-old students at their last intercourse. Results from 24 countries. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2008; 62(1): 66–73.
5. Lenciauskiene I., Zaborskis A. The effect of family structure, parent-child relationship and parental monitoring on early sexual behavior among adolescents in nine European countries. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008; 36: 607–618.
6. Lazarus J.V., Moghaddassi M., Godeau E. et al. A multilevel analysis of condom use among adolescents in the European Union. *Public Health* 2009; 123: 138–144.

Wstęp

Najczęstszą postacią zachowań agresywnych dorastającej młodzieży jest uczestniczenie w bójkach. Przeważnie są to bójki z kolegą/koleżanką lub inną dobrze znaną osobą oraz rodzeństwem; na trzecim miejscu z osobą zupełnie nieznaną. Z wiekiem zmniejsza się odsetek tych, którzy biją się z rodzeństwem i kolegami, a zwiększa się odsetek bijących się z nieznanymi [1]. Większość tych zachowań ma charakter jednorazowy, epizodyczny; za ryzykowne uważa się często powtarzające się uczestniczenie w bójkach.

Bezpośrednim skutkiem uczestniczenia w bójkach są urazy [2]. Bójki są jednym z komponentów zespołu zachowań ryzykownych, współistniejąc między innymi z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, wagarowaniem lub porzucaniem szkoły. Ten typ zachowań agresywnych młodzieży może się utrwalić i w dalszych latach życia przejawiać w postaci różnych form przemocy wobec dzieci i innych dorosłych, a nawet przestępstw kryminalnych. Z tego punktu widzenia uczestniczenie młodzieży w bójkach jest problemem społecznym i zdrowotnym.

Częstość uczestniczenia młodzieży szkolnej w bójkach w różnych krajach i regionach jest zróżnicowana. W 2010 roku standaryzowana (z uwzględnieniem wieku i płci) częstość udziału w ostatnich 12 miesiącach w więcej niż 2 bójkach na 100 osób w wieku 11, 13 i 15 lat wynosiła od 18,4 na Ukrainie do 5,3 w Niemczech, w Polsce – 12,2. W latach 2002-2010 częstość ta zmniejszyła się w 19 spośród 30 krajów uczestniczących w badaniach HBSC (w tym również w Polsce). We wszystkich krajach znacznie częściej uczestnikami bójek są chłopcy i młodsze nastolatki [3, 4].

W licznych badaniach wykazano, że zachowania agresywne młodzieży są uwarunkowane wieloma czynnikami. Należą do nich czynniki indywidualne (między innymi płeć, wiek, tempo dojrzewania, temperament, zaburzenia emocjonalne i zachowania), społeczne i kulturowe (m.in. doświadczenie przemocy w rodzinie, szkole, ze strony rówieśników, dysfunkcyjne rodziny, przynależność do grup społecznych, negatywne wzorce kulturowe), a także ekonomiczne (np. produkt krajowy brutto na głowę ludności, nierówności w zarobkach, zamożność rodziny) [1, 4, 5]. Często czynniki te się kumulują.

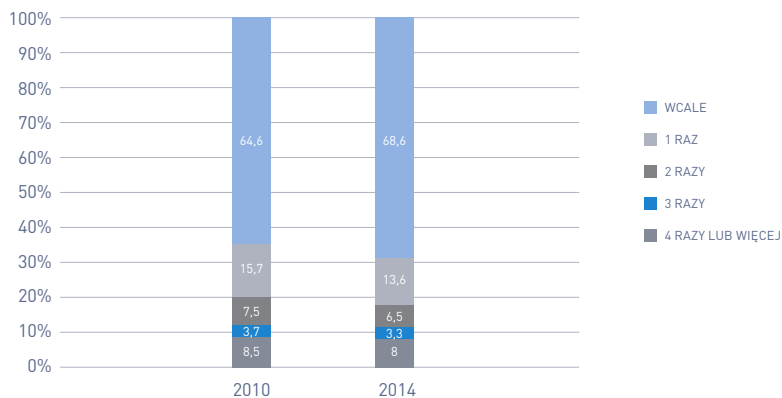
Wskaźnik uczestniczenia w bójkach

Wskaźnikiem uczestniczenia w bójkach jest częstość podejmowania tej formy zachowania agresywnego w ostatnich 12 miesiącach (od *wcale* do *4 razy lub więcej*). Przyjęto, że **udział w bójce więcej niż dwa razy** oznacza częste uczestnictwo i jest **wskaźnikiem negatywnym**. Pytanie o uczestniczenie w bójkach jest obowiązkowe w badaniach HBSC od roku 2001/2002. W tym oraz w następnym cyklu badań w pakiecie opcjonalnym pytano także o osoby, z którymi młodzież biła się ostatnim razem.

Wyniki

W 2014 roku, w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie, w bójkach uczestniczyło ogółem 31,4% badanych nastolatków w wieku 11-15 lat. W stosunku do 2010 roku odsetek ten zmniejszył się o 4 punkty procentowe ($p=0,002$) – rycina 32. Spadek ten dotyczył tylko chłopców ($\alpha 9,5\%$; $p=0,000$), u dziewcząt odnotowano niewielki wzrost ($\alpha 0,4\%$; $p=0,700$).

RYCINA 32. ZMIANY CZĘSTOŚCI UCZESTNICZENIA W BÓJKACH PRZEZ MŁODZIEŻ 11-15-LETNIA W POLSCE W LATACH 2010-2014



We wszystkich trzech grupach wieku chłopcy uczestniczyli w bójkach częściej niż dziewczęta. Odsetek chłopców stosujących agresję fizyczną był mniejszy w wieku 15 lat niż w dwóch młodszych grupach; u dziewcząt nie odnotowano różnic zależnych od wieku (tab. 84). W poprzednich cyklach badań częstość udziału w bójkach zmniejszała się stopniowo z wiekiem. W 2014 roku badany odsetek zmniejszył się w stosunku do roku 2010 o 9,9% u 11-latków ($p=0,000$); u 13- i 15-latków odsetek nieznacznie się zwiększył, odpowiednio o 1,5% i 3,8% – różnice nieistotne statystycznie.

TABELA 84. CZĘSTOŚĆ UCZESTNICZENIA W BÓJKACH W OSTATNICH 12 MIESIĄCACH WEDŁUG PŁCI I WIEKU

UCZESTNICZENIE W BÓJKACH		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
wcale	N	375	375	426	612	607	664
	%	49,1	49,7	61,6	85,1	80,6	85,7
1 raz	N	159	154	107	58	66	61
	%	20,8	20,4	15,5	8,1	8,8	7,9
2 razy	N	72	89	63	19	30	17
	%	9,4	11,8	9,1	2,6	4,0	2,2
3 razy	N	42	39	26	12	14	13
	%	5,5	5,2	3,8	1,7	1,9	1,7
4 razy lub więcej	N	116	98	69	18	36	20
	%	15,2	13,0	10,0	2,5	4,8	2,6

Często, czyli więcej niż dwa razy w ciągu 12 miesięcy, uczestniczył w bójkach co dziesiąty nastolatek, 3,5 razy częściej dotyczyło to chłopców niż dziewcząt. Z wiekiem odsetek biorących udział w powtarzających się bójkach zmniejszał się tylko u chłopców (tab. 85).

TABELA 85. MŁODZIEŻ, KTÓRA W OSTATNICH 12 MIESIĄCACH UCZESTNICZYŁA W WIĘCEJ NIŻ DWÓCH BÓJKACH, WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%)

	OGÓŁEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Ogółem	11,3	17,6	5,0	0,000
11 lat	12,7	20,7	4,2	0,000
13 lat	12,4	18,1	6,6	0,000
15 lat	8,7	13,7	4,3	0,000
p	0,001	0,002	0,046	

Analiza częstości uczestniczenia w bójkach więcej niż dwa razy w zależności od wybranych czynników socjodemograficznych (tab. 86) wskazuje, że:

- we wszystkich grupach wieku i u obu płci odsetek uczestniczących często w bójkach był większy u młodzieży z rodzin zrekonstruowanych i niepełnych niż z rodzin z obojgiem biologicznych rodziców;
- nie ma istotnego statystycznie związku między częstym uczestniczeniem w bójkach a zamożnością rodziny (odsetek często bijących się był największy w rodzinach biednych) oraz miejscem zamieszkania.

TABELA 86. MŁODZIEŻ, KTÓRA W OSTATNICH 12 MIESIĄCACH UCZESTNICZYŁA W WIĘCEJ NIŻ DWÓCH BÓJKACH, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I INNYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	10,1	11,8	10,8	7,3	16,1	4,0
rodzina zrekonstruowana	15,3	20,0	17,6	10,0	25,9	8,0
samotny rodzic	14,4	13,2	17,7	12,3	21,3	7,3
p	0,000	0,091	0,005	0,043	0,004	0,006
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna [0-4]	13,6	14,2	13,7	13,1	20,7	7,1
poniżej przeciętnej [5-6]	10,6	10,9	12,1	8,8	16,9	4,4
przeciętna [7-9]	10,2	12,4	11,7	6,3	15,7	4,5
rodzina zamożna [10-13]	10,9	12,0	11,5	8,3	17,6	5,1
p	0,084	0,679	0,861	0,016	0,216	0,221

Miejsce zamieszkania						
duże miasto	11,5	11,5	13,4	9,5	16,6	6,0
małe miasto	10,7	11,4	11,8	8,3	16,5	5,1
wieś	11,7	15,5	11,8	8,3	20,1	4,1
p	0,679	0,100	0,655	0,734	0,125	0,236

Analiza wieloczynnikowa wykazała, że spośród pięciu czynników (płeć, wiek, struktura rodziny, zamożność rodziny, miejsce zamieszkania) płeć, struktura rodziny i wiek niezależnie oddziałują w tej właśnie kolejności. Zamożność i miejsce zamieszkania nie wchodzi do końcowego modelu.

Podsumowanie

Ogółem, co trzeci nastolatek w ostatnich 12 miesiącach uczestniczył w bójce, a co dziesiąty czynił to często (więcej niż dwa razy). Chłopcy we wszystkich grupach wieku podejmowali takie zachowania 3-4 razy częściej niż dziewczęta. W latach 2010-2014 odsetek biorących udział w bójkach zmniejszył się, ale dotyczyło to tylko chłopców i głównie 11-latków. U dziewcząt wskaźnik uczestniczenia w bójkach nieznacznie się zwiększył i wzrost ten dotyczy szczególnie mnogich bójek. Wśród analizowanych czynników socjodemograficznych najsilniejszy jest związek uczestniczenia przez młodzież w bójkach ze strukturą rodziny.

Piśmiennictwo

1. Mazur J., Woynarowska B., Kołoto H., Małkowska A. Przemoc wśród młodzieży w wieku 11-15 lat a nadużywanie alkoholu i wybrane uwarunkowania psychospołeczne. *Alkoholizm i Narkomania* 2005; 18(3): 19–23.
2. Pickett W., Craig W., Harel Y. et al. Cross-national study of fighting and weapon carrying as determinants of adolescent injury. *Pediatrics* 2005; 116(6): e855–863.
3. Pickett W., Molcho M., Elgar F.J. et al. Trends and socioeconomic correlates of adolescent physical fighting in 30 countries. *Pediatrics* 2013; 131(1): e18–e26.
4. Pickett W., Iannotti R.J., Simons-Morton B. et al. Social environments and physical aggression among 21,107 students in the United States and Canada. *J School Health* 2009; 79: 160–168.
5. Kuntsche E.N., Gmel G. Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction* 2004; 99(3): 331–339.

Wstęp

Jedną z form przemocy w szkole, jakie uwzględniono w badaniach HBSC, jest uczestnictwo w dręczeniu (*bullying*), w roli ofiary lub sprawcy. Z tą formą przemocy rówieśniczej stykają się uczniowie na wszystkich szczeblach edukacji i bez względu na płeć. Badanie tego zjawiska może stworzyć szansę dla poznania jego uwarunkowań, co w konsekwencji może usprawnić działania prewencyjne.

Opisując skalę zjawiska dręczenia w szkole, należy odwołać się do ram definicyjnych, które uwzględniają następujące elementy: celowość i świadome działanie sprawcy w celu skrzywdzenia drugiej osoby, systematyczność działań sprawcy, nierównowagę relacji ofiara – sprawca, gdzie ofiara jest słabsza od sprawcy lub sprawców przemocy [1].

W ostatnich dekadach wzrosło zainteresowanie badaniami dotyczącymi dręczenia w szkole. Badanie tego obszaru życia społecznego młodzieży jest ważne ze względu na udowodnione powiązania uczestnictwa w dręczeniu między innymi z dysfunkcjami w zdrowiu psychicznym u ofiar i sprawców oraz zaburzonymi relacjami społecznymi. W licznych krajowych i międzynarodowych pracach z wykorzystaniem wyników badań HBSC wskazano,

jak istotny jest to problem w okresie dorastania. W pracach zwraca się uwagę na związek uczestnictwa w dręczeniu z: częstszym odczuwaniem dolegliwości somatycznych [2], gorszym funkcjonowaniem w szkole [3], używaniem substancji psychoaktywnych [4]. Stwierdzono także, że nastolatki z chorobami przewlekłymi są częściej niż ich zdrowi rówieśnicy ofiarami dręczenia w szkole [5].

Wskaźniki częstości dręczenia

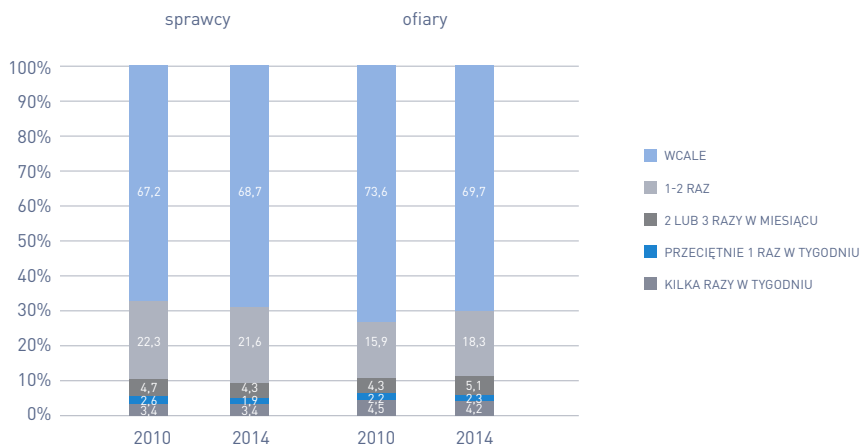
W kwestionariuszu badań HBSC od ponad 20 lat (od 1994 roku) wykorzystywane są dwa pytania dotyczące uczestnictwa w dręczeniu. Podobne brzmienie pytań stwarza możliwość śledzenia trendów dręczenia. Pytania skierowane do uczniów poprzedza wstęp z definicją dręczenia: *Dwa następane pytania dotyczą dręczenia (przemocy, krzywdzenia) przez innych ludzi. Dręczenie polega na tym, że inny uczeń lub grupa uczniów mówi lub czyni innej osobie bardzo przykre, dokuczliwe rzeczy, gdy to powtarza się często i trudno się przed tym obronić. Uważamy, że nie jest drężeniem sytuacja, w której dwóch uczniów, o podobnej sile, kłóci się lub bije się, a także, gdy robi sobie dowcipy w przyjacielski sposób.* Uczniowie mają za zadanie odpowiedzieć na dwa pytania: *Jak często ty sam uczestniczyłeś w dręczeniu innego ucznia lub uczniów w szkole w ostatnich dwóch miesiącach?* oraz *Jak często ty sam byłeś dręczony w szkole w ostatnich dwóch miesiącach?* Kategorie odpowiedzi: *nie uczestniczyłem w dręczeniu innego ucznia lub innych uczniów w szkole / nie byłem dręczony w szkole w ostatnich dwóch miesiącach; zdarzyło się to jeden lub dwa razy; 2 lub 3 razy w miesiącu; przeciętnie 1 raz w tygodniu; kilka razy w tygodniu.*

W poniższych analizach zostaną zastosowane dwa **wskaźniki negatywne**, oznaczające częste uczestnictwo w dręczeniu, tzn. bycie **sprawcą** lub **ofiara** dręczenia, w ostatnich dwóch miesiącach, dwa lub trzy razy w miesiącu lub częściej (połączone trzy ostatnie kategorie).

Wyniki

Zgodnie z danymi z ostatnich badań HBSC w całej badanej populacji w ostatnich dwóch miesiącach, co najmniej raz ofiarą dręczenia było 30,3% ankietowanych, a sprawcą dręczenia 31,3%. Zarówno sprawcą, jak i ofiarą dręczenia co najmniej raz w ostatnich dwóch miesiącach było 13,6% ankietowanych.

RYCINA 33. ZMIANY CZĘSTOŚCI DOŚWIADCZEŃ Z PRZEMOCĄ W SZKOLE MŁODZIEŻY 11-15-LETNIEJ W POLSCE W LATACH 2010-2014



W porównaniu z wynikami badań HBSC 2010, biorąc pod uwagę co najmniej jeden epizod dręczenia, stwierdzono, że odsetek sprawców zmniejszył się o 1,5%, co jest różnicą nieistotną statystycznie. Zanotowano istotny spadek tego odsetka u chłopców i nieistotną tendencję wzrostową u dziewcząt. Odsetek ofiar częstego dręczenia zwiększył się istotnie o 3,9% (ryc. 33), co dotyczyło głównie dziewcząt. W odniesieniu do częstego dręczenia możemy tylko wnioskować o istotnym wzroście odsetka ofiar u dziewcząt.

TABELA 87. SPRAWCY I OFIARY PRZEMOCY W SZKOLE W OSTATNICH DWÓCH MIESIĄCACH WEDŁUG PŁCI I WIEKU

EPIZODY DRĘCZENIA		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Sprawcy przemocy							
wcale	N	517	456	397	591	547	562
	%	67,5	59,9	57,2	82,0	72,6	72,3
1-2 razy	N	171	192	191	101	157	159
	%	22,3	25,2	27,5	14,0	20,8	20,5
2-3 razy w miesiącu	N	41	48	46	13	21	24
	%	5,4	6,3	6,6	1,8	2,8	3,1
przeciętnie 1 raz w tygodniu	N	15	25	19	5	7	14
	%	2,0	3,3	2,7	0,7	0,9	1,8
kilka razy w tygodniu	N	22	40	41	11	21	18
	%	2,9	5,3	5,9	1,5	2,8	2,3

Ofiary przemocy							
wcale	N	488	508	509	496	534	582
	%	63,9	67,2	73,2	68,6	70,8	74,8
1-2 razy	N	149	135	111	143	143	137
	%	19,5	17,9	16,0	19,8	19,0	17,6
2-3 razy w miesiącu	N	59	43	34	29	32	32
	%	7,7	5,7	4,9	4,0	4,2	4,1
przeciętnie 1 raz w tygodniu	N	17	25	15	25	13	10
	%	2,2	3,3	2,2	3,5	1,7	1,3
kilka razy w tygodniu	N	51	45	26	30	32	17
	%	6,7	6,0	3,7	4,1	4,2	2,2

Rozkład kategorii odpowiedzi na dwa pytania dotyczące dręczenia w szkole znajduje się w tabeli 87. Należy zwrócić uwagę na zwiększenie częstości bycia sprawcą dręczenia w zależności od wieku – im starsi uczniowie, tym częściej są sprawcami dręczenia (różnice dotyczą chłopców i dziewcząt). Stwierdzono także, że wraz z wiekiem zmniejsza się odsetek uczniów będących ofiarami dręczenia.

W tabeli 88 przedstawiono wyniki testowania różnic zależnych od płci i wieku, biorąc pod uwagę zdefiniowane wcześniej dychotomiczne wskaźniki przemocy w szkole.

TABELA 88. MŁODZIEŻ, KTÓRA W OSTATNICH DWÓCH MIESIĄCACH BYŁA SPRAWCĄ LUB OFIARĄ PRZEMOCY SZKOLNEJ CO NAJMNIEJ 2-3 RAZY W MIESIĄCU, WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%)

	SPRAWCY				OFIARY			
	Ogółem	Chł.	Dz.	p	Ogółem	Chł.	Dz.	p
Ogółem	9,6	13,4	6,0	0,000	12,0	14,2	9,8	0,000
11 lat	7,3	10,2	4,0	0,000	14,2	16,6	11,6	0,006
13 lat	10,7	14,8	6,5	0,000	12,6	14,9	10,2	0,006
15 lat	11,0	15,3	7,2	0,000	9,1	10,8	7,6	0,033
p	0,000	0,006	0,025		0,000	0,005	0,027	

Stwierdzono, że:

- odsetek młodzieży będącej sprawcą dręczenia istotnie zwiększa się z wiekiem, a odsetek młodzieży będącej ofiarą dręczenia istotnie zmniejsza się z wiekiem;
- różnice wynikające z wieku widoczne są zarówno u chłopców, jak i dziewcząt w odniesieniu do dwóch form dręczenia;

- różnice między chłopcami a dziewczętami są istotne dla wszystkich trzech kategorii wieku w odniesieniu do sprawców dręczenia (dla trzech kategorii wieku, istotność na takim samym wysokim poziomie); w odniesieniu do ofiar dręczenia różnice są najistotniejsze dla 11- i 13-latków (tab. 88).

W tabelach 89-91 przedstawiono wyniki analizy wybranych uwarunkowań uczestnictwa w dręczeniu.

TABELA 89. MŁODZIEŻ, KTÓRA BYŁA W OSTATNICH DWÓCH MIESIĄCACH SPRAWCĄ LUB OFIARĄ PRZEMOCY SZKOLNEJ CO NAJMNIEJ 2-3 RAZY W MIESIĄCU, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I STRUKTURY RODZINY (%)

STRUKTURA RODZINY	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Sprawcy przemocy						
rodzice biologiczni	8,4	6,6	9,3	9,2	11,5	5,2
rodzina zrekonstruowana	11,6	12,5	14,0	9,0	19,3	6,1
samotny rodzic	13,0	7,3	13,6	17,6	17,1	8,9
p	0,000	0,140	0,081	0,001	0,002	0,036
Ofiary przemocy						
rodzice biologiczni	11,0	13,5	11,0	8,1	13,2	8,8
rodzina zrekonstruowana	15,3	18,8	16,5	11,8	13,4	16,6
samotny rodzic	13,9	15,6	16,7	10,0	18,0	9,9
p	0,017	0,334	0,028	0,325	0,076	0,005

Stwierdzono, że:

- struktura rodziny różnicuje uczestnictwo w dręczeniu; w odniesieniu do bycia sprawcą przemocy w szkole młodzież z rodzin niepełnych istotnie częściej, w porównaniu z nastolatkami mieszkającymi z obojgiem rodziców, jest sprawcą przemocy (różnice istotne dla 15-latków); nastolatki mieszkające z obojgiem rodziców rzadziej są ofiarami przemocy niż ich rówieśnicy z rodzin zrekonstruowanych lub niepełnych (tab. 89);
- zamożność rodziny nie różnicuje w sposób istotny uczestnictwa w dręczeniu; widoczna jest jedynie liniowa tendencja na korzyść rodzin zamożnych, w odniesieniu do bycia sprawcą i ofiarą przemocy, co dotyczy 11-latków oraz chłopców (tab. 90);
- miejsce zamieszkania istotnie różnicuje bycie sprawcą dręczenia na niekorzyść mieszkańców wsi, co dotyczy jedynie 11-latków (tab. 91).

TABELA 90. MŁODZIEŻ, KTÓRA BYŁA W OSTATNICH DWÓCH MIESIĄCACH SPRAWCĄ LUB OFIARĄ PRZEMOCY SZKOLNEJ CO NAJMNIEJ 2-3 RAZY W MIESIĄCU, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I ZAMOŻNOŚCI RODZINY (%)

ZAMOŻNOŚĆ RODZINY (PUNKTY FAS)	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Sprawcy przemocy						
rodzina biedna (0-4)	11,3	11,0	10,9	11,9	16,4	6,6
poniżej przeciętnej (5-6)	9,6	6,7	11,1	10,8	14,2	5,1
przeciętna (7-9)	8,8	6,6	10,4	9,6	11,7	5,7
rodzina zamożna (10-13)	9,1	5,2	9,8	12,6	11,0	7,5
p	0,252	0,067	0,963	0,602	0,077	0,427
Ofiary przemocy						
rodzina biedna (0-4)	13,4	16,5	12,5	11,2	16,9	10,2
poniżej przeciętnej (5-6)	12,1	15,1	10,9	10,5	14,1	10,3
przeciętna (7-9)	12,0	14,1	14,2	7,8	14,6	9,4
rodzina zamożna (10-13)	10,8	11,6	11,6	8,7	11,0	10,7
p	0,503	0,436	0,458	0,322	0,177	0,892

TABELA 91. MŁODZIEŻ, KTÓRA BYŁA W OSTATNICH DWÓCH MIESIĄCACH SPRAWCĄ LUB OFIARĄ PRZEMOCY SZKOLNEJ CO NAJMNIEJ 2-3 RAZY W MIESIĄCU, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I MIEJSCA ZAMIESZANIA (%)

MIEJSCE ZAMIESZKANIA	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczęta
Sprawcy przemocy						
duże miasta	9,3	3,6	10,3	12,0	11,7	6,7
małe miasta	8,7	7,4	10,7	8,7	12,8	4,7
wieś	11,0	9,8	11,1	12,1	15,7	6,7
p	0,087	0,003	0,911	0,165	0,065	0,166
Ofiary przemocy						
duże miasta	10,6	14,2	10,5	8,0	11,4	9,7
małe miasta	13,1	13,8	14,2	11,1	16,1	10,2
wieś	12,2	14,7	13,5	8,4	15,2	9,4
p	0,100	0,918	0,169	0,202	0,022	0,883

Jeżeli weźmiemy pod uwagę pięć analizowanych czynników (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, zamożność rodziny i strukturę rodziny), czynnikami wpływającymi na ryzyko bycia *sprawcą* przemocy są w kolejności od najważniejszego: płeć, wiek, struktura rodziny, miejsce zamieszkania. Wykluczono wpływ zamożności rodziny. Pierwsze trzy wymienione powyżej czynniki wpływają także na ryzyko bycia *ofiara* dręczenia w szkole, z tą

różnicą, że ryzyko bycia ofiarą zwiększa się w najmłodszej grupie, a bycia sprawcą – w najstarszej.

Podsumowanie

Co trzeci nastolatek ankietowany w ramach badań HBSC w roku szkolnym 2013/2014 był sprawcą lub ofiarą dręczenia w szkole przynajmniej jeden raz w ostatnich dwóch miesiącach, a co dziesiąty miał w tym okresie częste doświadczenia z przemocą rówieśniczą. Zarówno sprawcą, jak i ofiarą dręczenia był co siódmy nastolatek. W porównaniu z wynikami badań HBSC sprzed czterech lat istotnie zwiększył się odsetek ofiar dręczenia w szkole. Częstość bycia sprawcą dręczenia zwiększa się z wiekiem, a bycia ofiarą dręczenia zmniejsza się z wiekiem. Uczestnictwo w dręczeniu jest zależne od płci, na niekorzyść chłopców. Według wyników najnowszych badań struktura rodziny jest, oprócz płci i wieku, ważnym predyktorem bycia ofiarą dręczenia w szkole, a na ryzyko bycia sprawcą dręczenia (oprócz tych trzech czynników) dodatkowo wpływa miejsce zamieszkania (na niekorzyść mniejszych miejscowości).

Piśmiennictwo

1. Olweus D. *Mobbing – fala przemocy w szkołach. Jak ją powstrzymać?* Jacek Santorski&CO, Warszawa 1998.
2. Due P., Holstein B.E., Lynch J. et al. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health* 2005; 15(2): 128–132.
3. Harel-Fisch Y., Walsh S.D., Fogel-Grinvald H, Amitai et al. Negative school perceptions and involvement in school bullying: A universal relationship across 40 countries. *Journal of Adolescence* 2011; 34(4): 639–652.
4. Mazur J., Małkowska A. Sprawcy i ofiary przemocy wśród uczniów w Polsce. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2003; 7(1): 121–134.
5. Sentenac M., Gavin A., Nic Gabhainn S. et al. Peer victimization and subjective health among students reporting disability or chronic illness in 11 Western countries. *European Journal of Public Health* 2012; 34: 120–128.

Wstęp

Cyberprzemoc jest określana jako intencjonalne, wrogie i powtarzalne zachowanie pojedynczych osób lub grup, którego zamierzeniem jest skrzywdzenie drugiej osoby, większej grupy lub zbiorowości, realizowane za pomocą nowych technologii komunikacji – Internetu, telefonów komórkowych oraz innych urządzeń elektronicznych. Przyjmuje się, że pojęcie cyberprzemocy jest tożsame z wszelkimi działaniami przemocowymi w cyberprzestrzeni, które dokonywane są bez zgody osoby krzywdzonej [1-2]. „Tradycyjna” przemoc wśród nastolatków najczęściej występuje w szkole, w określonym miejscu zamieszkania i dotyczy znanych sobie osób. Cyberprzemoc wychodzi poza te obszary i może dotyczyć nieznanym sobie osób, na przykład uczestników tego samego forum lub dyskusji w tzw. *chatroom*. Innymi cechami wyróżniającymi cyberbullying⁴ są: anonimowość, ciągłość oddziaływania, nieograniczona lub niewidzialna publiczność. Cyberbullying wśród nastolatków, podobnie jak bullying tradycyjny, powoduje wiele zarówno krótkotrwałych, jak i długotrwałych ne-

⁴ Kwestionariusz HBSC zawierał pytania dotyczące cyberprzemocy w formie interpersonalnej rówieśniczej agresji elektronicznej, dlatego równoległe stosowany będzie tutaj odpowiadający temu zjawisku termin „cyberbullying”.

gatywnych szkód zdrowotnych w wymiarze somatycznym, psychicznym, społecznym oraz moralnym. W wielu przypadkach ofiary cyberprzemocy to te same osoby, które doświadczają tradycyjnej przemocy w szkole [3-4]. Zwraca się szczególną uwagę na związek doświadczania cyberbullyingu z depresją, podwyższonym poziomem lęku, niską samooceną, poczuciem beznadziei, wycofaniem się, a także podejmowaniem prób samobójczych [5-6]. Społecznymi konsekwencjami agresji elektronicznej są problemy w szkole związane z towarzyszącym ofiarom rozkojarzeniem oraz opuszczaniem zajęć lekcyjnych, niemożność odgrywania dotychczasowych ról społecznych i wykluczenie z grupy rówieśniczej. Doświadczenie cyberprzemocy może prowadzić do podwyższenia poziomu agresji oraz popełniania innych przestępstw [1].

Badania sondażowe wśród dzieci i młodzieży szkolnej wskazują na rzadsze występowanie cyberprzemocy niż tradycyjnej przemocy. Cyberprzemocy częściej doświadczają dziewczęta oraz starsze nastolatki [3, 7]. Również badania wśród polskich gimnazjalistów pokazały, że chłopcy częściej są sprawcami mobbingu elektronicznego, natomiast dziewczęta częściej były ofiarami takich działań [4].

Należy podkreślić, że polskie szkoły i organizacje pozarządowe zaangażowane w kwestie bezpieczeństwa dzieci szybko zareagowały na nowe zagrożenia związane z przemocą elektroniczną. Przykładem tego może być wieloletni program „Dziecko w Sieci”, realizowany przez Fundację Dzieci Niczyje od 2005 roku, w ramach którego jest prowadzony projekt i kampania „Stop cyberprzemocy” oraz „Internet bez nienawiści”.

Wskaźnik doświadczenia cyberprzemocy

Spośród wielu form agresji elektronicznej najwięcej silnych negatywnych emocji doświadczają nastolatki w sytuacjach upublicznienia w sieci obraźliwych treści lub materiałów wizualnych (zdjęć, filmów) ich dotyczących. Są to również najczęściej stosowane formy cyberbullyingu **wśród nastolatków** [2].

Obowiązkowy kwestionariusz ostatniej edycji badań HBSC zawierał dwa pytania dotyczące doświadczenia takich właśnie form cyberprzemocy, ale tylko z perspektywy ofiary. Pytania zaadaptowane na podstawie kwestionariusza Olweus Bully/Victim [8] brzmiały:

Jak często zdarzyło się, że ktoś:

- 1) wysyłał wiadomości na czacie (gadugadu), robił wpisy (np. na Facebooku), wysyłał e-mail lub SMS albo stworzył prześmiewczą stronę internetową na twój temat?
- 2) wziął kompromitujące cię zdjęcia bez twojej zgody i umieścił je w sieci?

Kategorie odpowiedzi: *nie byłem dręczony w ten sposób; zdarzyło się 1 lub 2 razy; 2-3 razy w miesiącu; około 1 raz w tygodniu; kilka razy w tygodniu.*

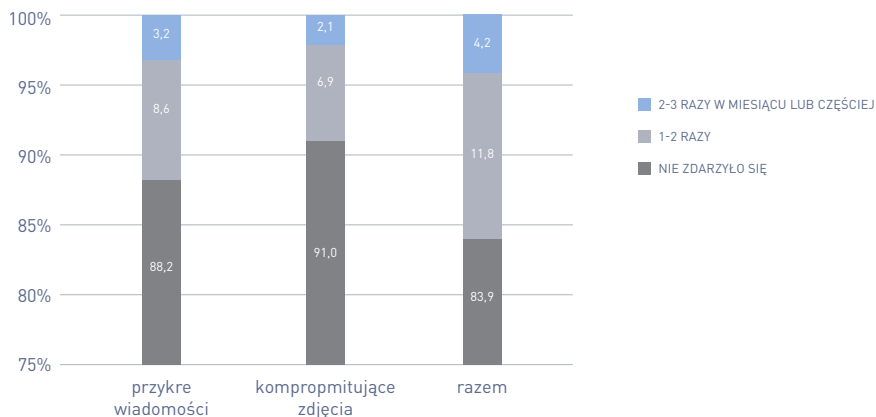
W niniejszej pracy zdefiniowano **negatywny wskaźnik** związanej z doświadczaniem rówieśniczej agresji elektronicznej, czyli odsetek badanych, którzy **doświadczyli co najmniej 1 raz, co najmniej jednej** z dwóch powyższych form **cyberbullyingu**. Na podstawie tych pytań oszacowano też **ogólną częstość doświadczania cyberprzemocy**, biorąc do analizy maksymalną wartość z powyższych dwóch pytań.

Wyniki

Wyniki polskich badań HBSC z roku 2014 pokazały, że co najmniej raz doświadczyło cyberprzemocy 16,1% uczniów, w tym 14,6% chłopców i 17,5% dziewcząt w wieku 11-15 lat. Ofiarą cyberbullyingu tekstowego było 11,8% badanych, w tym 10,9% chłopców i 12,6% dziewcząt. Umieszczenia w sieci kompromitujących zdjęć doświadczyło 9% badanych, w tym 8,4% chłopców i 9,5% dziewcząt.

Częstej agresji elektronicznej w którejkolwiek z powyższych form, czyli przynajmniej 2-3 razy w miesiącu, doświadczyło 4,2% badanych nastolatków (3,2% w formie przykrego tekstu, wiadomości, prześmiewczej strony internetowej, a 2,1% w formie kompromitujących zdjęć). Wysyłanie wiadomości, tekstu, strony internetowej – to formy stosowane częściej niż zamieszczanie w sieci kompromitujących zdjęć (ryc. 34).

RYCINA 34. CZĘSTOŚĆ DOŚWIADCZANIA CYBERPRZEMOCY PRZEZ MŁODZIEŻ W WIEKU 11-15 LAT



Analizując współwystępowanie obu form cyberprzemocy (w grupie osób, które odpowiedziały na oba pytania) stwierdzono, że 11,2% nastolatków doświadczyło jednej z nich, a 4,6% obydwu form.

Poniższa tabela przedstawia dokładny rozkład odpowiedzi na pytania dotyczące doświadczenia cyberprzemocy w którejkolwiek z analizowanych dwóch form przez badaną młodzież. Warto zwrócić uwagę na częstsze jej doświadczenie przez dziewczęta w porównaniu z chłopcami oraz przez 13- i 15-latków w porównaniu z najmłodszą grupą. W przypadku „tradycyjnego” bullingiu osobami częściej krzywdzonymi są chłopcy.

TABELA 92. CZĘSTOŚĆ DOŚWIADCZANIA CYBERPRZEMOCY PRZEZ MŁODZIEŻ W WIEKU 11-15 LAT

CZĘSTOŚĆ DRĘCZENIA		CHŁOPCY		DZIEWCZĘTA			
		11 lat	13 lat	11 lat	13 lat	11 lat	13 lat
nie zdarzyło się	N	679	624	582	642	604	606
	%	89,3	83,0	83,6	89,5	80,7	77,6
1-2 razy	N	59	85	84	49	103	147
	%	7,8	11,3	12,1	6,8	13,8	18,8
2-3 razy w miesiącu	N	5	19	19	9	17	9
	%	0,7	2,5	2,7	1,3	2,3	1,2
około 1 raz w tygodniu	N	6	13	2	4	8	2
	%	0,8	1,7	0,3	0,6	1,1	0,3
kilka razy w tygodniu	N	11	11	9	13	16	17
	%	1,4	1,5	1,3	1,8	2,1	2,2

W tabeli 93 przedstawione są wyniki testowania różnic w zależności od płci i wieku, biorąc pod uwagę doświadczenie przynajmniej raz cyberprzemocy w jednej z dwóch form.

Wyniki pokazują, że:

- płeć różnicuje częstość doświadczania cyberprzemocy w całej badanej grupie;
- istotna różnica między dziewczętami a chłopcami pojawia się jednak dopiero u 15-latków;
- zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt z wiekiem wzrasta częstość doświadczania rówieśniczej agresji elektronicznej, a różnica jest szczególnie widoczna pomiędzy 11-latkami a 13- i 15-latkami; oznacza to nasilenie zjawiska w rocznikach gimnazjalnych; ponadto różnica między dwoma starszymi grupami wieku jest większa u dziewcząt.

TABELA 93. MŁODZIEŻ, KTÓRA CO NAJMNIEJ RAZ DOŚWIADCZYŁA CYBERPRZEMOCY, WEDŁUG PŁCI I WIEKU (%)

	OGÓLEM	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	P
Ogółem	16,1	14,6	17,5	0,007
11 lat	10,6	10,7	10,5	0,902
13 lat	18,1	17,0	19,3	0,262
15 lat	19,6	16,4	22,4	0,004
p	0,000	0,001	0,000	

Tabela 94 pokazuje wyniki dotyczące częstości doświadczania cyberprzemocy przez badanych nastolatków, z uwzględnieniem ich cech socjodemograficznych, takich jak: struktura rodziny, jej zamożność oraz miejsce zamieszkania.

Na podstawie tych wyników można stwierdzić, że:

- struktura rodziny różnicuje doświadczanie cyberprzemocy; dotyczy to zarówno chłopców, jak i dziewcząt oraz przede wszystkim 13-latków; nastolatki, które mieszkają z obojgiem biologicznych rodziców, rzadziej doświadczają cyberprzemocy w porównaniu z rówieśnikami mieszkającymi w rodzinach niepełnych lub zrekonstruowanych;
- nie wykazano istotnych różnic w częstości doświadczania cyberprzemocy wśród nastolatków z rodzin o różnym stopniu zamożności;

- miejsce zamieszkania różnicuje doświadczanie cyberbullyingu w grupie 11- i 15-latków; wśród 11-latków ofiary przemocy elektronicznej częściej można spotkać na wsi niż w miastach, podczas gdy w najstarszej grupie wieku – w małych miastach.

TABELA 94. MŁODZIEŻ, KTÓRA CO NAJMNIEJ RAZ DOŚWIADCZYŁA CYBERPRZEMOCY, WEDŁUG PŁCI, WIEKU I WYBRANYCH UWARUNKOWAŃ SOCJODEMOGRAFICZNYCH (%)

	OGÓŁEM	WIEK			PŁEĆ	
		11 lat	13 lat	15 lat	Chłopcy	Dziewczeta
Struktura rodziny						
rodzice biologiczni	15,0	10,5	16,1	18,5	13,5	16,4
rodzina zrekonstruowana	22,0	13,6	25,9	25,2	18,4	24,5
samotny rodzic	19,2	10,0	25,1	21,6	18,4	20,1
p	0,001	0,659	0,001	0,162	0,037	0,014
Zamożność rodziny (FAS)						
rodzina biedna (0-4)	16,7	12,1	17,2	19,9	13,4	19,8
poniżej przeciętnej (5-6)	14,7	10,1	15,3	18,6	14,5	15,0
przeciętna (7-9)	17,5	11,9	19,8	21,2	15,9	19,2
rodzina zamożna (10-13)	15,0	7,2	20,6	18,4	13,0	16,7
p	0,178	0,187	0,225	0,736	0,527	0,120
Miejsce zamieszkania						
duże miasto	15,7	8,4	19,5	16,7	12,9	18,8
małe miasto	15,8	9,8	17,1	23,4	14,8	16,7
wieś	16,8	13,5	17,5	19,0	16,2	17,3
p	0,690	0,045	0,565	0,030	0,206	0,566

Analiza wielowymiarowa wykazała, że na ryzyko doświadczania cyberprzemocy w populacji badanych nastolatków niezależnie wpływają wiek, struktura rodziny i płeć – wymienione według hierarchii ważności. Zamożność rodziny i miejsce zamieszkania okazały się nieistotne w testowanym końcowym modelu. Ryzyko bycia ofiarą cyberbullyingu istotnie zwiększa się w dwóch starszych grupach, 13- i 15-latków w porównaniu z 11-latkami; u nastolatków mających rodziny zrekonstruowane lub samotnych rodziców w porównaniu z tymi, którzy mieszkają z obojgiem biologicznych rodziców, oraz wśród dziewcząt w porównaniu z chłopcami. Potwierdza to wyniki innych badań wskazujących na częstsze doświadczanie cyberprzemocy wśród dziewcząt, w starszych grupach wieku oraz na związek ze strukturą rodziny [3, 5, 7].

Pogłębiona analiza doświadczania cyberbullyingu wśród młodzieży szkolnej oparta na wynikach najnowszych badań HBSC z roku 2014 będzie przedmiotem odrębnych publikacji, uwzględniających czynniki związane ze zdrowiem subiektywnym, odczuwanymi somatycznymi i psychologicznymi negatywnymi skutkami oraz związek z doświadczaniem „tradycyjnego” bullyingu, w różnych jego formach (agresji fizycznej, werbalnej, emocjonalnej).

Podsumowanie

Co szósty nastolatek (16,1%) ankietowany w 2014 roku doświadczył w swoim życiu cyberprzemocy w formie krzywdzących wiadomości tekstowych, wiadomości umieszczonych w sieci, prześmiewczych stron internetowych lub umieszczenia w sieci kompromitującego zdjęcia. Częstego cyberbullyingu, czyli przynajmniej 2-3 razy w ciągu miesiąca, doświadczyło 4,3% badanej populacji polskich nastolatków. Częściej cyberbullyingu doświadczają dziewczęta, jest on częstszy w grupie 13- i 15-latków w porównaniu z 11-latkami. Oprócz płci i wieku również struktura rodziny jest istotnym czynnikiem wpływającym na doświadczanie rówieśniczej cyberprzemocy. Nastolatki mieszkające w rodzinach zrekonstruowanych lub z samotnymi rodzicami doświadczają jej częściej niż nastolatki mieszkające z biologicznymi rodzicami.

Piśmiennictwo

1. David-Ferdon C., Hertz M.F. Electronic Media, Violence, and Adolescents: An Emerging Public Health Problem. *Journal of Adolescent Health* 2007; 41: S1–S5.
2. Slonje R., Smith P.K. Cyberbullying: another main type of bullying? *Scandinavian Journal of Psychology* 2008; 49(2): 147–154.
3. Kowalski R.M., Limber S.P. Electronic Bullying Among Middle School Students *Journal of Adolescent Health* 2007; 41: S22–S30.
4. Pyżalski J. *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012.
5. Vieno A., Gini G., Lenzi M. et al. Cybervictimization and somatic and psychological symptoms among Italian Middle school students *European Journal of Public Health* 2015; 25(3): 433–437.
6. Wang J., Nansel T.R., Iannotti R.J. Cyber and traditional bullying: differential association with depression. *Journal of Adolescent Health* 2011; 48(4): 415–417.
7. Smith P.K., Mahdavi J., Carvalho M. et al. Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49(4): 376–385.
8. Solberg M., Olweus D. Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggressive Behavior* 2003; 29: 239–268.

PODSUMOWANIE WYNIKÓW BADAŃ HBSC 2014

Joanna Mazur

Wstęp

Polska uczestniczy w międzynarodowych badaniach nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC od 1990 roku, co pozwoliło na przeprowadzenie ich już siedem razy, w odstępach czteroletnich. Od roku 2002⁵ podstawowe polskie wyniki prezentowane były w formie tabelarycznej w raportach krajowych (tzw. technicznych), uzupełnianych sukcesywnie przez poszerzone raporty tematyczne, publikacje w prasie fachowej i popularnonaukowej [1-3]. Obecnie zaproponowaliśmy nową formułę krajowego raportu, który zawiera interpretację ważniejszych wyników i analizę krótkookresowych tendencji zmian.

Badania ankietowe przeprowadzone w roku szkolnym 2013/2014⁶ dotyczą 4545 uczniów w trzech grupach; średni wiek odpowiednio 11,6; 13,6 i 15,6 roku. Jest to reprezentatywna próba ogólnopolska, pochodząca z wszystkich województw. Zgodnie z protokołem międzynarodowym po raz pierwszy ankietowani byli uczniowie w sześciu rocznikach szkolnych, od V klasy

⁵ W latach 1990 i 1994 połączono prezentację danych krajowych i międzynarodowych w jednym raporcie, a w 1998 roku wydano serię pięciu opracowań pod wspólnym tytułem *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce*.

⁶ Przez analogię do poprzednich tę rundę badań nazywamy HBSC 2014, chociaż badania były prowadzone od października 2013.

szkoły podstawowej do I klasy szkoły ponadgimnazjalnej. W procedurze weryfikacji danych w Międzynarodowym Banku Danych w Bergen z nadesłanej pełnej polskiej próby wyłonione zostały osoby spełniające rygorystyczne, wspólne dla wszystkich krajów kryteria wieku. Próba (4445 uczniów) wykorzystana w tym raporcie jest w pełni zgodna z międzynarodową bazą danych, zaakceptowaną w połowie lutego 2015 roku.

Kwestionariusz zawierał pytania obowiązkowe, pochodzące z międzynarodowego protokołu, pytania dodatkowe rekomendowane w tym protokole oraz pytania dodatkowe stosowane tylko w Polsce. Zakres tematyczny kwestionariusza był zróżnicowany dla trzech grup wieku, znacznie skrócony w najmłodszej grupie. Tylko w najstarszej grupie pytano o używanie marihuany, zachowania seksualne oraz wiek inicjacji w zakresie zachowań ryzykownych. W raporcie skoncentrowano się na pytaniach obowiązkowych, stosując definicje wskaźników opracowane przez zespół redagujący międzynarodowy raport, który ukaże się w drugim kwartale 2016 roku. Wśród pytań obowiązkowych pojawiło się wiele nowych zagadnień, takich jak: rozszerzona skala zasobów materialnych rodziny, wspólne spożywanie posiłków z rodzicami, ocena wsparcia ze strony rodziców i rówieśników, jasność komunikacji w rodzinie, częstość korzystania z nowoczesnych mediów, kontakty pozaszkolne z kolegami i koleżankami (pytania zasadniczo zmodyfikowane), wsparcie ze strony nauczycieli w szkole (poprzednio w pakiecie opcjonalnym), epizody upijania się w ostatnich 30 dniach (nie tylko w całym życiu), doświadczanie przemocy za pośrednictwem nowoczesnych technologii komunikacyjnych (cyberbullying).

Zdefiniowano 37⁷ głównych wskaźników (15 pozytywnych i 22 negatywne), które omówiono szczegółowo w 27 rozdziałach, wystandaryzowanych jeśli chodzi o schemat opisu. Lista wskaźników znajduje się w tabeli 95. Budując wskaźniki, zastosowano podział dychotomiczny odpowiednich pytań kwestionariusza. Pełen rozkład odpowiedzi został uwzględniony w zestawieniach tabelarycznych części głównej raportu i w aneksie (według płci i wieku).

Podane zostało źródło pochodzenia poszczególnych pytań oraz przykłady krajowych i zagranicznych publikacji na dany temat, przede wszystkim autorstwa członków sieci HBSC.

Przedstawiono też tendencję zmian w latach 2010-2014, o ile pytanie pozostało w niezmienionej formie. Kryteria kwalifikacji do grup wieku były

⁷ W aneksie zamieszczono 45 dodatkowych zestawień tabelarycznych, dotyczących pytań obowiązkowych, nieopisanych w części głównej raportu.

wspólne dla obu okresów. Prezentowany raport stanowi ważne uzupełnienie wcześniejszych krajowych analiz trendów w latach 1990-2010 [4] oraz wydanego w kwietniu 2015 roku suplementu do *European Journal of Public Health*, w którym omówiono trendy wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej z perspektywy międzynarodowej [5].

Podsumowując w tym rozdziale zebrane wyniki, opracowano szereg nowych zestawień zbiorczych, osobno dla wskaźników pozytywnych i negatywnych, zwracając uwagę na:

- ogólny poziom analizowanych wskaźników;
- tendencję zmian w latach 2010-2014;
- różnice związane z płcią;
- różnice związane z wiekiem;
- wpływ struktury rodziny, zamożności rodziny i miejsca zamieszkania.

TABELA 95. LISTA GŁÓWNYCH WSKAŹNIKÓW WYKORZYSTANYCH W RAPORCIE

	NAZWA	SKRÓCONY OPIS WSKAŹNIKA	TYP*	2014 [%]
Kontekst społeczny	WSK1	Łatwe lub bardzo łatwe rozmowy z ojcem	P	72,0
	WSK2	Łatwe lub bardzo łatwe rozmowy z matką	P	85,5
	WSK3	Bardzo jasna komunikacja z rodzicami	P	33,8
	WSK4	Codziennie kontakty z rodzicami przez telefon komórkowy	P	29,3
	WSK5	Codziennie jedzenie kolacji z rodzicami	P	29,7
	WSK6	Wysoki poziom wsparcia ze strony rodziców	P	66,2
	WSK7	Wysoki poziom wsparcia ze strony rówieśników	P	53,0
	WSK8	Bardzo dobre lub dobre osiągnięcia szkolne	P	59,4
	WSK9	Zadowolenie ze szkoły (bardzo lubią szkołę)	P	37,9
	WSK10	Wysoki poziom stresu szkolnego	N	32,1
Zdrowie i rozwój	WSK11	Zdrowie gorsze niż dobre	N	16,7
	WSK12	2+ powtarzające się dolegliwości w ostatnich 6 miesiącach	N	38,2
	WSK13	1+ uraz wymagający pomocy medycznej w ostatnich 12 mies.	N	38,8
	WSK14	Zadowolenia z życia > 5 punktów w skali Cantrila	P	80,6
	WSK15	Nadwaga lub otyłość według kryteriów IOTF	N	14,8
	WSK16	Postrzeganie się jako osoby za grubej	N	42,0

Zachowania zdrowotne	WSK17	Codziennie 60 min.+ umiarkowanej aktywności fizycznej	P	24,2
	WSK18	2+ godz. dziennie przy telewizji w dniach szkolnych	N	59,6
	WSK19	2+ godz. dziennie przy komputerze w dniach szkolnych	N	54,8
	WSK20	2+ godz. dziennie przy grach komputer. w dniach szkolnych	N	34,1
	WSK21	Codziennie spożywanie śniadań	P	63,9
	WSK22	Spożywanie owoców co najmniej 1 raz dziennie	P	33,8
	WSK23	Spożywanie warzyw co najmniej 1 raz dziennie	P	29,3
	WSK24	Spożywanie stoderczy co najmniej 1 raz dziennie	N	27,9
	WSK25	Picie słodkich napojów co najmniej 1 raz dziennie	N	23,3
	WSK26	Mycie zębów dwa razy dziennie lub częściej	P	66,0
Zachowania ryzykowne	WSK27	Stosowanie diet odchudzających	N	23,6
	WSK28	Palenie tytoniu w każdym tygodniu	N	8,1
	WSK29	Picie alkoholu w każdym tygodniu	N	6,4
	WSK30	Dwa lub więcej epizody upojenia alkoholowego w życiu	N	11,8
	WSK31	Używanie marihuany (w 1-2 dni+) w całym życiu (15-latkil)	N	23,9
	WSK32	Używanie marihuany (w 1-2 dni+) w ost. 30 dniach (15-latkil)	N	10,9
	WSK33	Inicjacja seksualna (15-latkil)	N	17,4
	WSK34	Uczestniczenie w bójkach 3+ razy w ostatnich 12 miesiącach	N	11,3
	WSK35	Bycie ofiarą <i>bullyingu</i> 2-3+ razy w miesiącu w ost. 2 mies.	N	12,0
	WSK36	Bycie sprawcą <i>bullyingu</i> 2-3+ razy w miesiącu w ost. 2 mies.	N	9,6
	WSK37	Bycie kiedykolwiek ofiarą cyberprzemocy	N	16,1

* P – pozytywny; N – negatywny; wskaźniki pozytywne zostały zacieniowane.

Wskaźniki i ich ogólny poziom

Według zestawienia 37 głównych wskaźników z tabeli 95 te oznaczone numerami 1-10 dotyczą kontekstu społecznego zdrowia nastolatków, numery 11-16 – zdrowia subiektywnego i bardziej obiektywnych mierników zdrowia (urazy, nadwaga), a wskaźniki oznaczone numerami 17-37 – zachowań związanych ze zdrowiem. Jak wspomniano, definiując je, uzgodniono punkty odcięcia zgodne z opracowywanym raportem międzynarodowym. Pozytywne wskaźniki odnoszą się głównie do oceny środowiska rodzinnego i szkolnego, zadowolenia z życia oraz wybranych zachowań prozdrowotnych, podczas gdy negatywne dominują w części dotyczącej zachowań ryzykownych. W niektórych przypadkach podział jest umowny; odchudzanie nie musi być zachowaniem szkodliwym, jeśli jest uzasadnione i prowadzone w sposób racjonalny; bycie ofiarą przemocy też nie jest „zachowaniem”, a jego skutki można rozpatrywać w kontekście zdrowia psychicznego i oceny środowiska szkoły; inicjacja seksualna została ozna-

na za zachowanie ryzykowne ze względu na wiek ankietowanych. W tabeli 95 znalazły się trzy wskaźniki analizowane tylko u 15-latków; w odpowiednich rozdziałach jest ich więcej, poza listą 37 głównych (np. wiek inicjacji w zakresie zachowań ryzykownych, używanie prezerwatyw).

W ostatniej kolumnie tabeli 95 podano ogólny poziom analizowanego wskaźnika w całej badanej próbie⁸, który zależy od przyjętej definicji. Dane przedstawione w raporcie pozwalają na definiowanie alternatywnych punktów odcięcia i dowolne łączenie grup wieku. Pod tym względem najnowszy raport koresponduje z publikowanymi wcześniej raportami technicznymi, zawierającymi głównie zestawienia tabelaryczne.

Patrząc na wykorzystane w analizach wskaźniki, można stwierdzić znaczną ich rozpiętość. Negatywne wahają się od 6,4%⁹ (picie alkoholu w każdym tygodniu) do 59,6% (oglądanie telewizji 2 godziny dziennie lub dłużej w dniach szkolnych). Wskaźniki pozytywne wahają się od 24,2% (spełnianie kryteriów zalecanej aktywności fizycznej) do 85,5% (łatwość porozumiewania się z matką w sprawach, które niepokoją). Pełna interpretacja uzyskanego wyniku powinna uwzględniać różnice zależne od płci i wieku, porównania międzynarodowe oraz analizy krótkookresowych i długookresowych trendów. Unikatowość badań HBSC wynika z dysponowania wszystkimi tymi informacjami, plus szeroką gamą potencjalnych uwarunkowań. Stosunkowo wysoki odsetek młodzieży ogólnie zadowolonej z życia możemy rozpatrywać w kategorii sukcesu, dopóki nie spojrzymy na zestawienia międzynarodowe, w których polska młodzież zajmuje bardzo niekorzystną pozycję. Niewątpliwym sukcesem jest poprawa aktywności fizycznej nastolatków, ciągle jednak odsetek spełniających międzynarodowe rekomendacje jest dramatycznie mały.

Tendencje zmian 2010-2014

W odniesieniu do 31 spośród 37 głównych wskaźników (21 negatywnych i 10 pozytywnych) można było zinterpretować tendencje zmian w ostatnich czterech latach. W poszczególnych rozdziałach omówiono je w grupie *ogółem* oraz w grupach wyróżnionych ze względu na płeć i wiek. W tabelach 96 i 97 zinterpretowano różnicę między wynikami badań z lat 2010 i 2014, skorygowaną na płeć i wiek, posługując się wskaźnikiem ilorazu

⁸ W poszczególnych rozdziałach znajdują się tabele, gdzie podano wartości tych głównych wskaźników również według płci i wieku.

⁹ Wskaźnik używania substancji psychoaktywnych powinien być podawany w grupach wieku.

szans (IS) obliczonym na podstawie regresji logistycznej. Pokazano też kierunek zmian u obu płci.

TABELA 96. TENDENCJE ZMIAN W ZAKRESIE WSKAŹNIKÓW NEGATYWNYCH

WSKAŹNIK	P	IS	PU(IS)	CH	DZ
Istotna poprawa w latach 2010-2014					
Częste gry komputerowe	0,000	0,624	0,569-0,684	↓	↓
Powtarzające się epizody upicia się w życiu	0,000	0,776	0,679-0,886	↓	↔
Częste oglądanie TV	0,000	0,784	0,718-0,855	↓	↓
Stodkie napoje co najmniej 1 raz dziennie	0,000	0,807	0,732-0,889	↓	↓
Nadmiar masy ciała	0,004	0,838	0,743-0,944	↔	↓
Stodyczne co najmniej 1 raz dziennie	0,005	0,876	0,798-0,961	↓	↔
Istotne pogorszenie w latach 2010-2014					
Stres szkolny	0,000	1,727	1,566-1,904	↑	↑
Palenie marihuany w ostatnich 30 dniach	0,006	1,464	1,118-1,917	↔	↑
Palenie marihuany kiedykolwiek w życiu	0,002	1,356	1,123-1,638	↔	↑
Uraz w ostatnim roku	0,000	1,276	1,168-1,394	↑	↑
Ofiara bullyingu 2-3 razy w miesiącu	0,020	1,174	1,026-1,344	↔	↑
Postrzeganie się jako osoby za grubej	0,003	1,142	1,046-1,246	↔	↑
Brak istotnych zmian w latach 2010-2014					
Picie alkoholu w każdym tygodniu	0,069	0,855	0,722-1,012	↓	↔
Sprawca bullyingu 2-3 razy w miesiącu	0,119	0,894	0,776-1,029	↔	↔
Powtarzające się bójkę w ostatnim roku	0,127	0,900	0,786-1,030	↓	↑
Gorsza samoocena zdrowia	0,384	0,951	0,848-1,065	↔	↔
Stosowanie diet odchudzających	0,342	0,959	0,880-1,045	↔	↔
Częste używanie komputera w innych celach	0,770	0,987	0,904-1,077	↓	↑
Inicjacja seksualna	0,245	1,131	0,919-1,391	↔	↑
Palenie tytoniu w każdym tygodniu	0,227	1,104	0,940-1,296	↔	↑
Powtarzające się dolegliwości subiektywne	0,091	1,079	0,988-1,179	↔	↑

* IS – ilorz szans; PU(IS) – 95% przedział ufności; ↑ – wzrost; ↓ – spadek; ↔ – wskaźnik bez zmian.

W grupie wskaźników negatywnych (tab. 96) istotna poprawa wyrażająca się spadkiem wartości dotyczyła sześciu wskaźników. Najsilniejszy okazał się spadek częstości **grania w gry komputerowe** w dniach szkolnych oraz spadek częstości **upijania się**. Sześć kolejnych wskaźników uległo pogorszeniu, to znaczy ich wartość istotnie się zwiększyła. Najbardziej niepokojące jest nasilenie **stresu szkolnego** oraz znaczący wzrost częstości używania **marihuany**. W odniesieniu do pozostałych dziewięciu wskaźników negatywnych nie odnotowano istotnych zmian w badanym okresie. Zmia-

ny ogólnego wskaźnika picia alkoholu wskazują na tendencję spadkową na granicy istotności statystycznej ($p=0,069$); jak wykazano w rozdziale 22, młodzież coraz częściej reprezentuje postawy abstynenckie.

W grupie analizowanych wskaźników pozytywnych żaden nie uległ istotnemu pogorszeniu, chociaż w odniesieniu do łatwości komunikacji z rodzicami zanotowano wynik bliski poziomowi istotności statystycznej (tab. 97). Po skorygowaniu na wiek i płeć można już mówić o tendencji do pogarszającej się **komunikacji z matką** ($p=0,063$), a pogorszenie jest wyraźniejsze u dziewcząt ($p=0,036$). Jest to tym bardziej niepokojące, że jeśli chodzi o relacje z rodzicami, Polska zawsze była na szczycie rankingu międzynarodowego. W największym stopniu poprawił się **ogólny stosunek do szkoły**, co jednak należy ostrożnie interpretować ze względu na różnice w sformułowaniu pytania (*vide* rozdział 7). Pozostałe cztery wskaźniki pozytywne, które się poprawiły, dotyczyły **zachowań żywieniowych i aktywności fizycznej**, a więc czynników chroniących przed nadwagą i otyłością. Tym bardziej jest to warte podkreślenia, że współwystępuje ze spadkiem odsetka młodzieży z nadmiarem masy ciała i z ograniczeniem niekorzystnych zachowań żywieniowych (jedzenia słodczy i picia słodzonych napojów – tab. 96).

TABELA 97. TENDENCJE ZMIAN W ZAKRESIE WSKAŹNIKÓW POZYTYWNYCH

WSKAŹNIK	P	IS	PU(IS)	CH	DZ
Istotna poprawa w latach 2010-2014					
Zadowolenie ze szkoły	0,000	2,412	2,188-2,658	↑	↑
Wysoka aktywność fizyczna	0,000	1,259	1,135-1,395	↑	↑
Jedzenie śniadań codziennie w dniach szkolnych	0,000	1,186	1,087-1,295	↑	↑
Owoce co najmniej 1 raz dziennie	0,001	1,163	1,062-1,274	↑	↔
Warzywa co najmniej 1 raz dziennie	0,028	1,111	1,011-1,220	↑	↔
Brak istotnych zmian w latach 2010-2014					
Bardzo dobre lub dobre osiągnięcia szkolne	0,332	1,045	0,956-1,141	↑	↔
Wysoki poziom zadowolenia z życia	0,426	1,045	0,938-1,164	↑	↔
Mycie zębów co najmniej 2 razy dziennie	0,741	0,985	0,899-1,079	↔	↔
Łatwość rozmów z ojcem	0,269	0,944	0,853-1,045	↔	↔
Łatwość rozmów z matką	0,063	0,886	0,781-1,006	↔	↓

* IS – iloraz szans; PU(IS) – 95% przedział ufności; ↑ – wzrost; ↓ – spadek; ↔ – wskaźnik bez zmian.

Warto dodać, że brak istotnej zmiany w odniesieniu do całej populacji nie wyklucza zmiany u jednej płci, co zaznaczono w ostatnich kolumnach tabel 96 i 97. U chłopców można podać przykłady pozytywnych zmian

nienotowanych u dziewcząt (lepsze osiągnięcia w nauce, coraz większe zadowolenie z życia), podczas gdy u dziewcząt zaobserwowano szereg zmian niekorzystnych, niepojawiających się u chłopców (częstsze palenie tytoniu, częstsze dolegliwości subiektywne¹⁰).

Różnice zależne od płci

W grupie 37 głównych wskaźników tylko 6 nie wykazywało istotnego związku z płcią. Były to: jasność komunikacji z rodzicami, wsparcie ze strony rodziców, czas przeznaczony na oglądanie telewizji, palenie tytoniu w każdym tygodniu, epizody upicia się w całym życiu i inicjacja seksualna (15-latki). W latach 2010-2014 zaobserwowano stopniowe wyrównywanie się różnic związanych z płcią w zakresie zachowań ryzykownych, co było prognozowane już na podstawie wcześniejszych trendów.

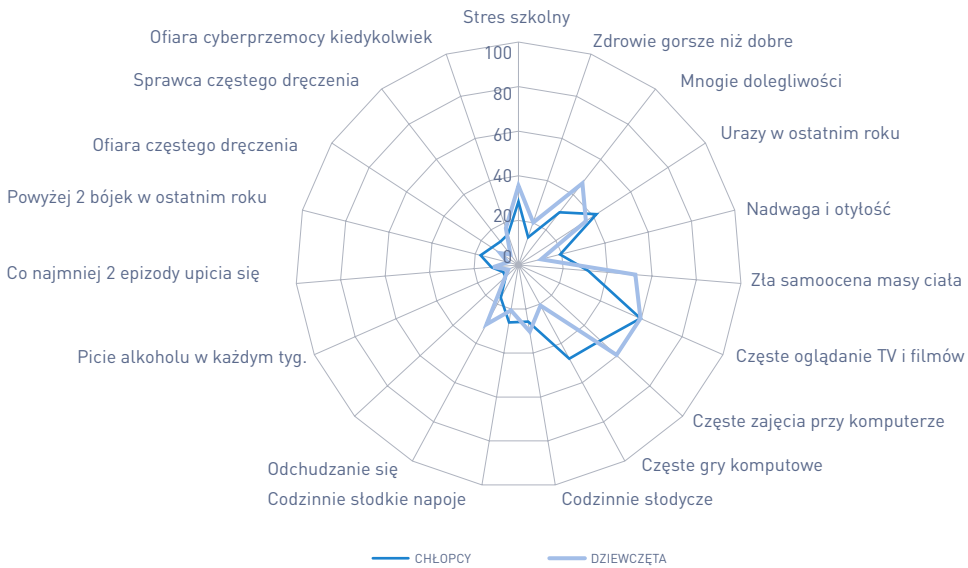
I tak, przy porównaniu chłopców i dziewcząt, zmiany dotyczyły:

- regularnego palenia tytoniu – różnica na granicy istotności statystycznej w 2010 roku ($p=0,051$); w 2014 roku brak różnicy;
- powtarzających się epizodów upicia się – różnica istotna w 2010 roku; w 2014 roku brak różnicy;
- palenie marihuany (15-latki) – zredukowały się różnice w odniesieniu do palenia kiedykolwiek w życiu; utrzymały się istotne różnice w częstości palenia w ostatnich 30 dniach;
- inicjacja seksualna (15-latki) – różnica istotna w 2010 roku; w 2014 roku brak różnicy, z tendencją do większych wartości u dziewcząt.

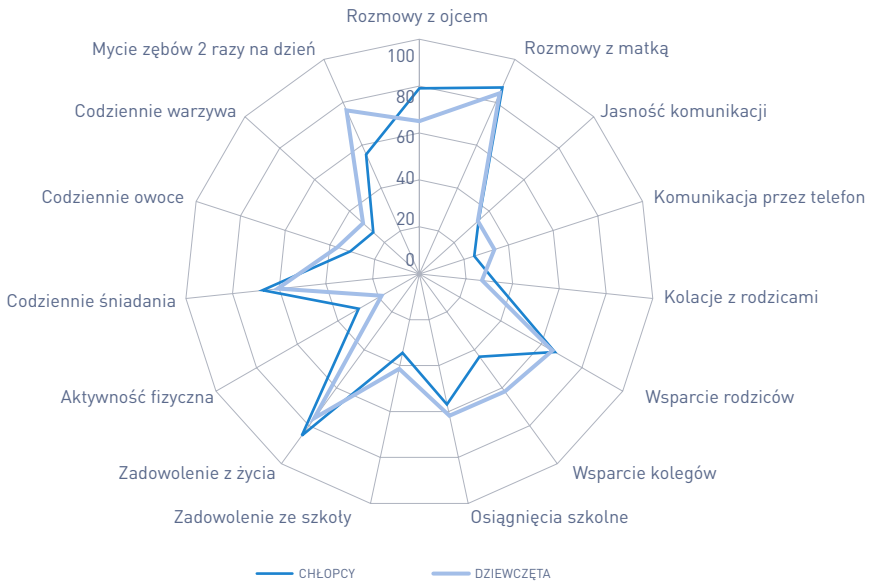
W świetle danych z 2014 roku istotne statystycznie różnice związane z płcią na niekorzyść dziewcząt dotyczyły 14 wskaźników, a w 17 przypadkach była to różnica na niekorzyść chłopców (porównanie na rycinach 35 i 36). Różnice związane z płcią często zwiększają się u starszej młodzieży. Dziewczęta mają ogólnie gorsze samopoczucie, odczuwają silniejszy stres szkolny, częściej można u nich zauważyć negatywną samoocenę masy ciała, częściej opuszczają śniadania i podejmują (często nieuzasadnione) próby odchudzania. W grupie zachowań zdrowotnych należy zwrócić uwagę na ich niską aktywność fizyczną i spędzanie większej niż w przypadku

¹⁰ Również niezaznaczone w tabeli pogorszenie komunikacji z ojcem na granicy istotności statystycznej ($p=0,076$).

RYCINA 35. RÓŻNICE MIĘDZY CHŁOPCAMI I DZIEWCZĘTAMI W ZAKRESIE WSKAŹNIKÓW NEGATYWNYCH



RYCINA 36. RÓŻNICE MIĘDZY CHŁOPCAMI I DZIEWCZĘTAMI W ZAKRESIE WSKAŹNIKÓW POZYTYWNYCH

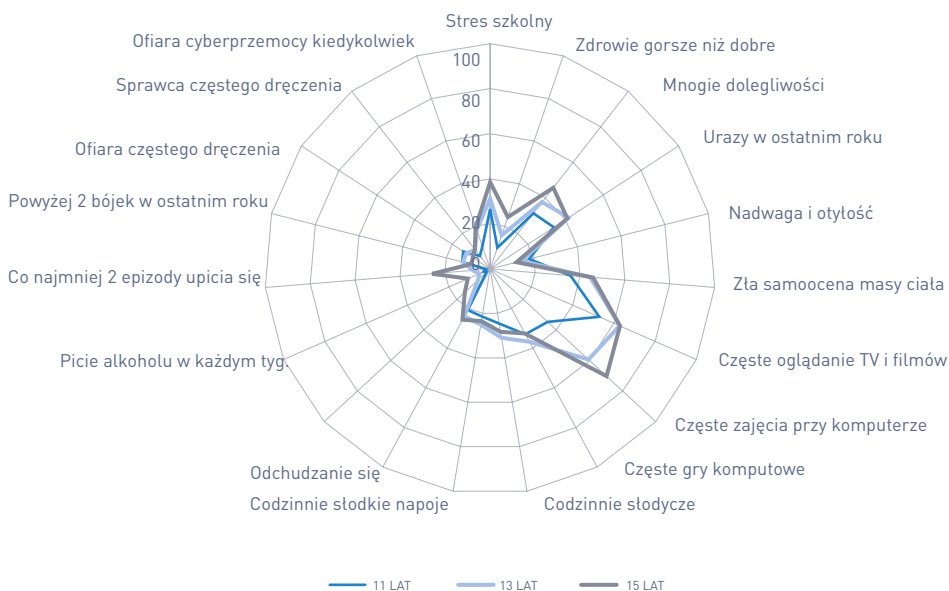


chłopców ilości czasu przy komputerze na zajęciach innych niż gry (w których zdecydowanie przeważają chłopcy). U chłopców częściej notuje się nadwagę i niekorzystne wybory żywieniowe (oprócz jedzenia słodczy), mają oni większą niż dziewczęta skłonność do urazów, gorzej postrzegają szkołę, swoje osiągnięcia szkolne i wsparcie ze strony kolegów, częściej sięgają po alkohol i marihuanę oraz częściej podejmują zachowania agresywne (bójki, bullying).

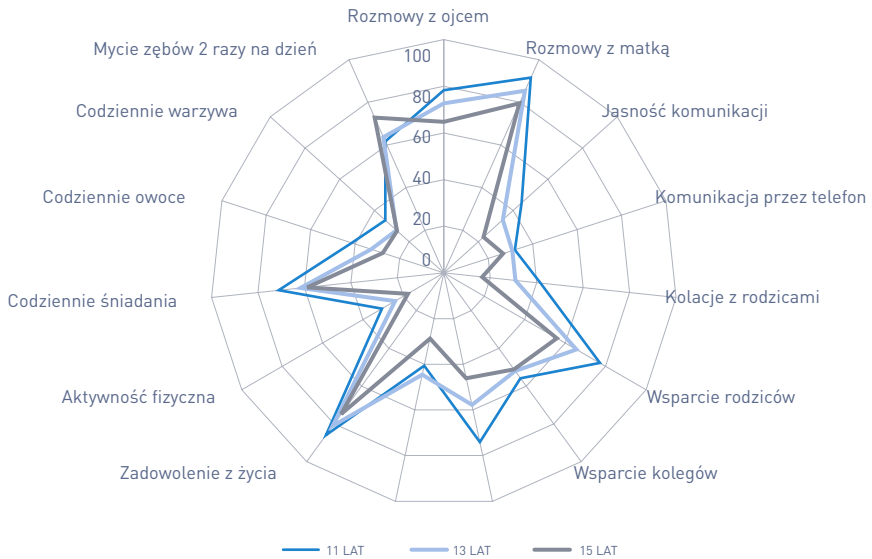
Różnice zależne od wieku

Analiza ogranicza się do 34 wskaźników (bez używania marihuany i inicjacji seksualnej), z których wszystkie wykazywały w prostej analizie tabel wieloznacznych istotny związek z wiekiem ankietowanych (ryc. 37 i 38).

RYCINA 37. RÓŻNICE MIĘDZY GRUPAMI WIEKU W ZAKRESIE WSKAŹNIKÓW NEGATYWNYCH



RYCINA 38. RÓŻNICE MIĘDZY GRUPAMI WIEKU W ZAKRESIE WSKAŹNIKÓW POZYTYWNYCH



Tylko w czterech przypadkach wartości uzyskane przez 11-latków były mniej korzystne niż w starszych grupach wieku, co dotyczyło: nadmiaru masy ciała, regularności mycia zębów, powtarzających się bójek i bycia ofiarą przemocy w szkole. Sporadycznie najmniej korzystne wskaźniki pojawiły się w środkowej grupie, czyli u 13-latków, co dotyczyło czasu spędzanego przy grach komputerowych oraz zbyt częstego sięgania po słodycze i słodkie napoje.

W większości przypadków obserwowane jest systematyczne pogarszanie się wskaźników w kolejnych grupach wieku. Liniowość związku bywa jednak zaburzona. Można podać przykłady, kiedy istotna jest różnica między 11-latkami a dwoma połączonymi starszymi grupami, które już nie różnią się między sobą. Dotyczy to: nadwagi, samooceny masy ciała, urazów, czasu oglądania telewizji, regularności śniadań i spożycia wybranych produktów, podejmowania diet, uczestniczenia w dręczeniu jako sprawca przemocy szkolnej lub ofiara cyberprzemocy. W innych przypadkach to dwie młodsze grupy są do siebie podobne, a zmiana następuje dopiero u 15-latków (na przykład częstość rozmawiania z rodzicami przez telefon komórkowy, udział w bójkach, bycie ofiarą przemocy szkolnej).

Szczegółowa analiza wpływu wieku opisana została w poszczególnych rozdziałach raportu. Należy zwracać uwagę na problemy, które nasilają się z wiekiem tylko u jednej płci, oraz na sytuacje, kiedy kształt zależności od wieku lub płci pojawia się lub zanika w analizie wielowymiarowej. Występuje na przykład interakcja między wiekiem i płcią jako predyktorami stosowania diet odchudzających. Odsetek odchudzających się dziewcząt gwałtownie zwiększa się z wiekiem, a odpowiedni odsetek chłopców się obniża. Wobec tego w analizach wieloczynnikowych, bez efektu interakcji, wpływ wieku w ogóle nie jest widoczny. Na ogólną poprawę wskaźników używania alkoholu miał wpływ spadek częstości picia i upijania się przez chłopców. Wśród dziewcząt częstość picia alkoholu nawet wzrasta, a wskaźnik wielokrotnego upijania się utrzymuje się na stałym poziomie.

Szersze uwarunkowania socjoekonomiczne

Oprócz analiz różnic wynikających z płci i wieku w Polsce dużą wagę przywiązuje się też do porównań między mieszkańcami miast i wsi, co nie jest powszechnie stosowane w innych krajach. W ostatnich latach bardzo rozwinęły się w ramach badań HBSC analizy społeczno-ekonomicznych uwarunkowań zdrowia i stylu życia nastolatków z wykorzystaniem skali zasobów materialnych rodziny FAS (*Family Affluence Scale*). Jest to autorskie narzędzie, opracowane i stale modyfikowane wewnątrz sieci HBSC na potrzeby tego projektu. Warto wspomnieć, że kolejne raporty międzynarodowe zawierają coraz bardziej szczegółowe analizy wpływu zamożności rodziny na zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży [6, 7]. W prezentowanym raporcie krajowym uwzględniono zarówno zamożność rodziny, jak i miejsce zamieszkania. Nowością jest wprowadzenie trzeciego czynnika socjodemograficznego – struktury rodziny.

Przedstawiono proste zestawienia, obrazujące wpływ tych trzech czynników w grupie *ogółem* oraz według płci i wieku. Bardzo stabilna zależność związana z miejscem zamieszkania, utrzymująca się we wszystkich podgrupach, dotyczy tylko higieny jamy ustnej (na niekorzyść wsi). Struktura rodziny ma tak stabilny wpływ już na pięć wskaźników: osiągnięcia szkolne, dolegliwości subiektywne, zadowolenie z życia oraz picie alkoholu i upijanie się. Najbardziej stabilny, tzn. utrzymujący się w różnych podgrupach, jest jednak wpływ zamożności rodziny, na korzyść rodzin najzamożniejszych. Dziewięć wskaźników wykazuje istotny związek z zamożnością rodziny we wszystkich podgrupach młodzieży, co dotyczy: funkcjonowania rodziny, osiągnięć w nauce, zadowolenia z życia, aktywności fizycznej, wyborów żywieniowych i higieny jamy ustnej.

STRUKTURA RODZINY

Prezentowany raport jest pierwszym, w którym tak kompleksowo przeanalizowano wpływ struktury rodziny na szereg wskaźników dotyczących zdrowia, stylu życia i relacji z otoczeniem w wieku dorastania. Do tej pory w krajowych analizach danych HBSC uwzględniano tę zmienną tylko w ukierunkowanych publikacjach. Ma to tym większe znaczenie, że odsetek dzieci i młodzieży wychowywanych w rodzinach niepełnych stale się zwiększa. W kwestionariuszu pytano o osoby wspólnie mieszkające z ankietowanym nastolatkiem. Brak (w domu) ojca lub matki może wynikać z faktu podejmowania przez niego pracy zarobkowej poza miejscem zamieszkania. Wyróżniono rodziny z obojgiem biologicznych rodziców, z samotnym rodzicem oraz tzw. zrekonstruowane, kiedy nastolatek mieszka z jednym biologicznym rodzicem i z ojczymem (partnerem matki) lub macochą (partnerką ojca).

Okazało się, że struktura rodziny ma wpływ na większość analizowanych zmiennych. W prostej analizie tabel wielodzielczych uzyskano wynik istotny statystycznie w 29 na 37 przypadków. Prawie zawsze uprzywilejowana była młodzież mieszkająca z biologicznymi rodzicami. Jedynie pozytywny wskaźnik częstości rozmów z rodzicami przez telefon komórkowy przyjmuje największe wartości w rodzinach zrekonstruowanych. Młodzież z rodzin zrekonstruowanych lepiej też ocenia wsparcie ze strony rodziców niż rówieśnicy wychowywani przez samotnego rodzica, bez istotnych różnic względem naturalnych rodzin pełnych. Z kolei w rodzinach zrekonstruowanych znacząco pogarszają się niektóre zachowania żywieniowe – wzrasta na przykład spożycie produktów niekorzystnych dla zdrowia.

Po uwzględnieniu wpływu płci, wieku, miejsca zamieszkania i zamożności rodziny w odniesieniu do 19 wskaźników utrzymał się istotny wpływ struktury rodziny, jednoznacznie stawiając na pozycji uprzywilejowanej młodzież mieszkającą z obojgiem biologicznych rodziców. Obecność w domu ojca i matki najsilniej¹¹ wpływa na ograniczenie używania substancji psychoaktywnych (marihuana, alkohol, tytoń) oraz innych zachowań ryzykownych (wczesna inicjacja seksualna, zachowania agresywne, takie jak bójki i dręczenie innych uczniów w szkole). W rodzinach z obojgiem biologicznych rodziców znacząco obniża się też odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością oraz odczuwającej mnogie dolegliwości subiektywne.

¹¹ Ranking ustalony na podstawie wyników wielowymiarowej regresji logistycznej (dane nieprezentowane).

ZAMOŻNOŚĆ RODZINY

Zamożność rodziny, podobnie jak jej struktura, wykazuje silny związek z omawianymi wskaźnikami. W prostej analizie tabel wielodzielczych uzyskano wynik istotny statystycznie w 21 na 37 przypadków. Wszystkie wskaźniki pogarszają się w rodzinach ubogich, oprócz częstości ulegania urazom wymagającym pomocy medycznej, która zwiększa się wraz z poziomem zamożności rodziny. Ponadto, w przypadku używania marihuany i inicjacji seksualnej, zarysowuje się zależność nieliniowa, a odpowiednie wskaźniki podwyższają się w rodzinach skrajnie zamożnych i biednych w porównaniu z przeciętnymi. W odniesieniu do nadmiaru masy ciała nie obserwuje się też typowego wzrostu liniowego. Nie ma różnicy między rodzinami zamożnymi i przeciętnymi, a odsetki młodzieży z nadwagą lub otyłością zwiększają się dopiero w rodzinach biednych. Zidentyfikowano 14 wskaźników, które poprawiają się systematycznie w miarę wzrostu poziomu zamożności rodziny. Są to tylko dwa wskaźniki negatywne, które ulegają obniżeniu (czas spędzany przy telewizji i gorsza samoocena zdrowia), oraz aż 12 wskaźników pozytywnych, które się poprawiają. Najsilniejsze uwarunkowanie materialne stwierdzono w odniesieniu do: higieny jamy ustnej, ogólnego zadowolenia z życia, wsparcia ze strony rodziców, osiągnięć szkolnych i aktywności fizycznej.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Analizując wpływ miejsca zamieszkania, uwzględniono trzy kategorie miejscowości: miasta powyżej 100 tysięcy mieszkańców, mniejsze miasta i wsie. Na 37 podstawowych wskaźników analizowanych w raporcie tylko 12 wykazywało w prostej analizie tabel wielodzielczych istotny związek z tak zdefiniowanym miejscem zamieszkania. Analiza wielowymiarowa z uwzględnieniem wpływu płci, wieku, struktury rodziny i jej zamożności często nie potwierdzała istotnego związku. W miarę wzrostu wielkości miejscowości systematycznie zwiększa się częstość rozmów z rodzicami przez telefon komórkowy oraz poprawia się higiena jamy ustnej, a systematycznie pogarszają się wskaźniki jedzenia słodczy, siedzenia długo przy komputerze i podejmowania zachowań agresywnych (dręczenie innych uczniów w szkole). Często wpływ miejsca zamieszkania nie oznacza zależności liniowej, ale pogorszenie w dużych miastach, przy braku różnicy między małymi miastami i wsiami. W dużych miastach młodzież częściej ulega urazom, pogarsza się jej ogólne zadowolenie z życia, więcej czasu spędza przy grach komputerowych i ma częściej niż rówieśnicy z mniejszych miejscowości problemy w porozumieniu się z matką. Wpływ miejsca zamieszkania na częstość jedzenia słodczy i podejmowanie za-

chowań agresywnych względem innych uczniów w szkole ujawnia się dopiero w analizie wielowymiarowej. W pierwszym przypadku stwierdzono różnice na korzyść mieszkańców wsi, w drugim – na ich niekorzyść. Miejsce zamieszkania może też być moderatorem innych zależności, czego najlepszym przykładem jest zależność regularnego palenia tytoniu od płci. W całej badanej grupie wskaźniki palenia (w każdym tygodniu) są identyczne u chłopców i dziewcząt. Jeśli weźmiemy pod uwagę wielkość miejscowości, to w dużych miastach nadal brak jest różnic (tendencja do wyższych wskaźników u dziewcząt), w małych miastach różnice są istotne na niekorzyść dziewcząt, a na wsi – na niekorzyść chłopców.

Uwagi końcowe

Prezentowany raport można traktować jako fotografię polskich nastolatków w świetle danych uzyskanych od nich samych w roku szkolnym 2013/2014. Zaletą opracowania jest wielokierunkowa analiza z uwzględnieniem nie tylko wieku i płci ankietowanych, ale też miejsca zamieszkania oraz struktury i zamożności ich rodzin. Wyniki przeprowadzonych badań przekrojowych potwierdzają, że okres między 11. a 15. rokiem życia stanowi etap bardzo burzliwych zmian samopoczucia i stylu życia młodzieży, co może wpływać na jej zdrowie w późniejszych latach i możliwości pełnienia funkcji społecznych.

Zidentyfikowano szereg **deficytów w zakresie zdrowia i zachowań zdrowotnych** tej grupy wieku oraz szereg problemów związanych z funkcjonowaniem w środowisku rodzinnym, szkolnym i rówieśniczym. Sieć badawcza HBSC od lat reprezentuje jednak inne, rozszerzone podejście do analiz uwarunkowań zdrowia. Zwraca się uwagę nie tylko na deficyty, ale też na **czynniki chroniące**, zasoby indywidualne wzmacniające zdrowie i na znaczenie wspierającego środowiska w domu, szkole i grupie rówieśniczej. O zainteresowaniu szerokim kontekstem psychospołecznym świadczy stałe rozbudowywanie kwestionariusza w tym kierunku i obecność pytań omówionych w pierwszej części raportu.

Krótkookresowe **tendencje zmian** zaobserwowanych w latach 2010–2014 są wypadkową zmian korzystnych i niekorzystnych.

Szczególnie warto zwrócić uwagę na:

- współwystępowanie spadkowej tendencji w zakresie występowania nadwagi i otyłości z poprawą zachowań żywieniowych oraz aktywności fizycznej;

- obniżenie się odsetka młodzieży mającej za sobą wielokrotne epizody upojenia alkoholowego, współwystępujące z rzadszym piciem poszczególnych napojów alkoholowych oraz coraz bardziej powszechną postawą abstynencką.

W obu przypadkach problemy zdrowotne (nadwaga/otyłość oraz nadużywanie alkoholu przez młodzież) były w ostatnich latach systematycznie nagłaśniane, prowadzono intensywne działania profilaktyczne (działania legislacyjne, budowa i wdrażanie programów), a poprawa wskaźników globalnych może być miarą skuteczności podjętych interwencji i zmieniających się norm społecznych.

W chwili obecnej priorytetowe wydaje się kontynuowanie podjętych działań profilaktycznych, a także dopasowanie dalszych do specyfiki obu płci. Wyjaśnienia wymagają przyczyny **pogarszania się wskaźników zdrowotnych u nastoletnich dziewcząt**. Pogorszenie, tak wyraźnie widoczne w świetle badań HBSC, ma tu podwójne znaczenie. Odnosi się do zmian następujących z wiekiem obserwowanych w wielu krajach oraz do trendów badanych zjawisk w Polsce. Niepokoić powinien na przykład stale rosnący odsetek dziewcząt podejmujących próby nieuzasadnionego namiętnością odchudzania się oraz dziewcząt, które nie są zadowolone ze swojej sylwetki. Zaobserwowany w latach 2010–2014 wzrost częstości używania marihuany przez młodzież 15-letnią dotyczył jedynie dziewcząt.

W raporcie zwrócono też uwagę na **nasilenie wielu wskaźników związanych z chorobowością**, w tym znaczący wzrost częstości występowania urazów wymagających pomocy medycznej oraz coraz częstsze odczuwanie subiektywnych nieswoistych dolegliwości. W związku z powyższym możemy się spodziewać narastającej absencji szkolnej i coraz większych kosztów korzystania z opieki medycznej. Obecnie obniża się obciążenie dolegliwościami natury psychicznej, a coraz częściej notowane są dolegliwości somatyczne (ból głowy, brzucha, pleców, zawroty głowy).

Ze względu na szersze tło społecznych uwarunkowań raport ten stanowi ważny głos w dyskusji na temat **społecznych determinantów zdrowia** w okresie adolescencji. Ciekawym spostrzeżeniem jest fakt, że **wzrost założeń rodziny** wiąże się z poprawą przede wszystkim pozytywnych wskaźników zdrowia i oceny środowiska psychospołecznego nastolatków, podczas gdy **struktura rodziny** ma wpływ przede wszystkim na wskaźniki negatywne (głównie zachowania ryzykowne). W przypadku wychowywania się w rodzinach niepełnych lub zrekonstruowanych wzrasta zagrożenie substancjami psychoaktywnymi, wczesną inicjacją seksualną i przemocą. Wpływ **miejsca zamieszkania** ma dużo mniejsze znaczenie. Udowodnio-

no celowość odejścia od podziału na mieszkańców miast i wsi na rzecz klas wielkości miejscowości. Wiele wskaźników pogarsza się w środowisku wielkomiejskim. Wzorem poprzednich publikacji [8] należałoby uwzględnić szerszą charakterystykę miejsca zamieszkania. Pomocna może tu być, stale włączana do polskiego kwestionariusza HBSC, a nieomówiona w raporcie, opcjonalna skala statusu społeczno-ekonomicznego sąsiedztwa, mierząca poziom deprywacji i dezorganizacji w rejonie zamieszkania, oraz skala kapitału społecznego.

Piśmiennictwo

1. Woynarowska B., Mazur J., Kowalewska A., Kołoto H., Małkowska A. *Zachowania zdrowotne i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 r. Raport techniczny z badań*. Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2012.
2. Mazur J., Woynarowska B., Kołoto H. *Zdrowie subiektywne, styl życia i środowisko psychospołeczne młodzieży szkolnej w Polsce. Raport techniczny z badań HBSC 2006*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2007.
3. Mazur J., Małkowska-Szkutnik A. *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2010.
4. Woynarowska B., Mazur J. (red.) *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990-2010*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012.
5. Kuntsche E., Ravens-Sieberer U. Monitoring adolescent health behaviours and social determinants cross-nationally over more than a decade: introducing the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study supplement on trends. *European Journal of Public Health* 2015; 25 (Suppl 2): 1-3.
6. Currie C. et al. eds. *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
7. Currie C., Nic Gabhainn S., Godeau E. et al. (eds.). *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/06 Survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
8. Mazur J. (red.). *Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012 (wyd. II uzupełnione).

ANEKS

– DODATKOWE ZESTAWIENIA TABELARYCZNE

Kontekst społeczny zdrowia i zachowań zdrowotnych

TABELA A1. SUBIEKTYWNA OCENA ZAMOŻNOŚCI RODZINY

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
bardzo bogata	N	45	54	39	48	26	20
	%	6,0	7,2	5,7	6,7	3,5	2,6
raczej bogata	N	194	188	193	212	163	167
	%	25,7	25,0	28,1	29,7	21,8	21,5
przeciętna	N	486	485	415	433	521	552
	%	64,4	64,4	60,3	60,7	69,8	71,0
raczej biedna	N	28	21	27	17	28	35
	%	3,7	2,8	3,9	2,4	3,8	4,5
biedna	N	2	5	14	3	8	3
	%	0,3	0,7	2,0	0,4	1,1	0,4

TABELA A2. POSIADANIE SAMOCHODU PRZEZ RODZINĘ

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nie	N	153	125	132	88	118	117
	%	20,4	17,1	19,9	12,4	15,8	15,4
tak, jeden	N	325	348	290	338	354	356
	%	43,3	47,5	43,8	47,6	47,4	46,7
tak, dwa lub więcej	N	272	259	240	284	275	289
	%	36,3	35,4	36,3	40,0	36,8	37,9

TABELA A3. POSIADANIE WŁASNEGO POKOJU PRZEZ UCZNIA

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nie	N	231	188	180	212	201	183
	%	30,8	25,5	27,1	29,7	26,9	23,9
tak	N	518	550	484	501	545	582
	%	69,2	74,5	72,9	70,3	73,1	76,1

TABELA A4. LICZBA KOMPUTERÓW W RODZINIE

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
żadnego	N	19	14	20	14	12	19
	%	2,5	1,9	3,0	2,0	1,6	2,5
jeden	N	144	152	128	149	163	149
	%	19,3	20,5	19,3	21,1	21,8	19,6
dwa	N	222	239	218	205	230	231
	%	29,7	32,2	32,8	29,0	30,8	30,3
więcej niż dwa	N	362	337	298	339	341	363
	%	48,5	45,4	44,9	47,9	45,7	47,6

TABELA A5. LICZBA ŁAZIENEK W DOMU

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
żadnej	N	15	15	27	4	15	16
	%	2,0	2,0	4,1	0,6	2,0	2,1
jedna	N	448	464	407	427	478	479
	%	59,7	62,7	61,2	60,1	63,8	62,5
dwie	N	220	219	181	229	213	236
	%	29,3	29,6	27,2	32,3	28,4	30,8
więcej niż dwie	N	67	42	50	50	43	35
	%	8,9	5,7	7,5	7,0	5,7	4,6

TABELA A6. POSIADANIE ZMYWARKI DO NACZYŃ W DOMU

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nie	N	316	328	338	338	387	392
	%	42,1	44,6	50,6	47,6	51,7	51,2
tak	N	435	408	330	372	361	374
	%	57,9	55,4	49,4	52,4	48,3	48,8

TABELA A7. WYJAZDY Z RODZINĄ NA WAKACJE ZA GRANICĘ

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
wcale nie wyjeżdżałem	N	373	352	361	342	395	395
	%	49,8	47,8	54,3	48,1	52,9	51,7
1 raz	N	213	196	172	187	207	216
	%	28,4	26,6	25,9	26,3	27,7	28,3
2 razy	N	86	114	83	94	78	81
	%	11,5	15,5	12,5	13,2	10,5	10,6
więcej niż 2 razy	N	77	74	49	88	66	72
	%	10,3	10,1	7,4	12,4	8,8	9,4

TABELA A8. OPIS PRACY RODZICÓW MŁODZIEŻY W WIEKU 13-15 LAT (N=3009)

	OJCIEC		MATKA	
	N	%	N	%
Czy rodzic pracuje?				
tak	2435	85,9	2198	77,3
nie	154	5,4	585	20,6
nie wiem	65	2,3	36	1,3
nie mam lub nie widuję	180	6,4	24	0,8
Klasa społeczna na podstawie opisu pracy				
1 – najwyższa	42	1,9	24	1,2
2	270	12,3	417	21,2
3	526	24,0	947	48,1
4	921	42,0	288	14,6
5 – najniższa	245	11,2	203	10,3
6 – nie do zaklasyfikowania	190	8,7	89	4,5
Powody niepodjęcia pracy				
chory, na emeryturze, studiuje	54	39,1	46	8,6
szuka pracy	44	31,9	111	20,9
opiekuje się inną osobą lub zajmuje domem	13	9,4	326	61,3
nie wiem	27	19,6	49	9,2

TABELA A9. CZĘSTOŚĆ SPOTKAŃ Z KOLEGAMI LUB KOLEŻANKAMI PO SZKOLE PRZED GODZINĄ 20.00

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nigdy lub rzadko	N	177	139	96	193	132	88
	%	23,3	18,5	14,0	26,7	17,6	11,3
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	N	191	183	136	208	170	182
	%	25,1	24,4	19,9	28,8	22,6	23,4
w każdym tygodniu	N	276	317	322	248	315	379
	%	36,3	42,2	47,0	34,3	41,9	48,7
codziennie	N	116	112	131	73	135	129
	%	15,3	14,9	19,1	10,1	18,0	16,6

TABELA A10. CZĘSTOŚĆ SPOTKAŃ Z KOLEGAMI LUB KOLEŻANKAMI PO SZKOLE PO GODZINIE 20.00

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nigdy lub rzadko	N	506	364	217	532	411	309
	%	66,5	48,5	31,7	73,8	54,8	39,7
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	N	157	204	191	120	195	235
	%	20,6	27,2	27,9	16,6	26,0	30,2
w każdym tygodniu	N	60	138	189	41	105	164
	%	7,9	18,4	27,6	5,7	14,0	21,1
codziennie	N	38	45	88	28	39	71
	%	5,0	6,0	12,8	3,9	5,2	9,1

TABELA A11. CZĘSTOŚĆ ROZMAWIANIA Z KOLEGAMI LUB KOLEŻANKAMI PRZEZ TELEFON LUB Z WYKORZYSTANIEM PROGRAMÓW INTERNETOWYCH, NP. SKYPE

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nigdy lub rzadko	N	167	122	94	145	86	88
	%	21,9	16,2	13,6	20,1	11,5	11,3
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	N	153	141	95	172	135	120
	%	20,1	18,8	13,7	23,9	18,0	15,4
w każdym tygodniu	N	267	273	260	253	264	252
	%	35,1	36,3	37,6	35,1	35,2	32,3
codziennie	N	174	216	242	151	266	320
	%	22,9	28,7	35,0	20,9	35,4	41,0

TABELA A12. CZĘSTOŚĆ KONTAKTOWANIA SIĘ Z KOLEGAMI LUB KOLEŻANKAMI PRZEZ TELEFON PRZY WYKORZYSTANIU WIADOMOŚCI TEKSTOWYCH, NP. SMS

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nigdy lub rzadko	N	305	157	107	146	57	38
	%	40,1	20,9	15,5	20,1	7,6	4,9
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	N	182	161	107	200	91	53
	%	23,9	21,4	15,5	27,6	12,1	6,8
w każdym tygodniu	N	198	251	215	236	267	210
	%	26,0	33,4	31,2	32,6	35,4	27,0
codziennie	N	76	183	260	143	339	476
	%	10,0	24,3	37,7	19,7	45,0	61,3

TABELA A13. CZĘSTOŚĆ KONTAKTOWANIA SIĘ Z KOLEGAMI LUB KOLEŻANKAMI PRZEZ POCZTĘ ELEKTRONICZNĄ [E-MAIL]

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nigdy lub rzadko	N	552	567	522	532	565	564
	%	72,7	75,2	75,9	73,6	75,3	72,5
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	N	133	105	98	134	121	145
	%	17,5	13,9	14,2	18,5	16,1	18,6
w każdym tygodniu	N	43	51	36	40	42	36
	%	5,7	6,8	5,2	5,5	5,6	4,6
codziennie	N	31	31	32	17	22	33
	%	4,1	4,1	4,7	2,4	2,9	4,2

TABELA A14. CZĘSTOŚĆ KONTAKTOWANIA SIĘ Z KOLEGAMI LUB KOLEŻANKAMI PRZEZ KOMUNIKATORY, NP. GG, FACEBOOK CHAT

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nigdy lub rzadko	N	271	163	88	198	67	52
	%	35,7	21,6	12,7	27,5	8,9	6,7
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	N	154	109	64	121	65	47
	%	20,3	14,5	9,2	16,8	8,7	6,0
w każdym tygodniu	N	189	208	178	195	184	152
	%	24,9	27,6	25,7	27,1	24,6	19,5
codziennie	N	146	274	362	206	433	530
	%	19,2	36,3	52,3	28,6	57,8	67,9

TABELA A15. CZĘSTOŚĆ KONTAKTOWANIA SIĘ Z KOLEGAMI LUB KOLEŻANKAMI PRZEZ MEDIA SPOŁECZNOŚCIOWE, NP. FACEBOOK (WPISY NA TABLICY, NIE CZAT), MY SPACE, TWITTER, APLIKACJE (NP. INSTAGRAM), GRY (NP. XBOX), YOU TUBE LUB INNE PODOBNE MEDIA

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nigdy lub rzadko	N	309	216	170	283	156	143
	%	40,5	28,8	24,8	39,4	20,7	18,4
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	N	167	133	128	152	130	154
	%	21,9	17,7	18,7	21,1	17,3	19,8
w każdym tygodniu	N	180	216	201	168	223	195
	%	23,6	28,8	29,3	23,4	29,7	25,1
codziennie	N	107	186	186	116	243	286
	%	14,0	24,8	27,2	16,1	32,3	36,8

TABELA A16. MŁODZIEŻ, KTÓRA ZGADZA SIĘ LUB NIE ZGADZA ZE STWIERDZENIEM: UCZNIOWIE W MOJEJ KLASIE LUBIĄ PRZEBYWAĆ ZE SOBĄ

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
zdecydowanie zgadzam się	N	272	270	191	255	248	156
	%	36,1	36,4	28,2	35,8	33,1	20,1
zgadzam się	N	333	327	299	284	300	285
	%	44,2	44,1	44,1	39,8	40,0	36,7
trudno mi powiedzieć	N	127	112	133	148	159	229
	%	16,8	15,1	19,6	20,8	21,2	29,5
nie zgadzam się	N	12	20	33	20	33	73
	%	1,6	2,7	4,9	2,8	4,4	9,4
zdecydowanie nie zgadzam się	N	10	13	22	6	10	33
	%	1,3	1,8	3,2	0,8	1,3	4,3

TABELA A17. MŁODZIEŻ, KTÓRA ZGADZA SIĘ LUB NIE ZGADZA ZE STWIERDZENIEM: WIĘKSZOŚĆ UCZNIÓW W MOJEJ KLASIE TO OSOBY ŻYCZLIWE I CHĘTNE DO POMOCY

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
zdecydowanie zgadzam się	N	174	153	115	164	178	115
	%	23,1	20,7	17,0	23,0	23,7	14,8
zgadzam się	N	256	250	243	248	282	262
	%	34,0	33,8	35,9	34,7	37,6	33,8
trudno mi powiedzieć	N	211	223	204	194	179	217
	%	28,0	30,2	30,2	27,2	23,9	28,0
nie zgadzam się	N	77	79	91	85	84	133
	%	10,2	10,7	13,5	11,9	11,2	17,1
zdecydowanie nie zgadzam się	N	35	34	23	23	27	49
	%	4,6	4,6	3,4	3,2	3,6	6,3

TABELA A18. MŁODZIEŻ, KTÓRA ZGADZA SIĘ LUB NIE ZGADZA ZE STWIERDZENIEM: *INNI UCZNIOWIE AKCEPTUJĄ MNIE TAKIM, JAKI JESTEM*

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
zdecydowanie zgadzam się	N	278	230	179	279	252	184
	%	37,1	31,2	26,5	39,1	33,7	23,7
zgadzam się	N	290	320	299	269	294	317
	%	38,7	43,4	44,3	37,7	39,3	40,9
trudno mi powiedzieć	N	135	137	148	121	143	201
	%	18,0	18,6	21,9	17,0	19,1	25,9
nie zgadzam się	N	30	27	29	28	41	45
	%	4,0	3,7	4,3	3,9	5,5	5,8
zdecydowanie nie zgadzam się	N	17	24	20	16	18	28
	%	2,3	3,3	3,0	2,2	2,4	3,6

TABELA A19. MŁODZIEŻ, KTÓRA ZGADZA LUB NIE ZGADZA SIĘ ZE STWIERDZENIEM: *MAM POCZUCIE, ŻE NAUCZYCIELE AKCEPTUJĄ MNIE TAKIM, JAKI JESTEM*

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
zdecydowanie zgadzam się	N	273	228	153	287	198	112
	%	36,5	31,0	22,5	40,3	26,4	14,4
zgadzam się	N	295	321	295	280	342	348
	%	39,4	43,6	43,4	39,3	45,5	44,8
trudno mi powiedzieć	N	134	125	150	113	160	230
	%	17,9	17,0	22,1	15,9	21,3	29,6
nie zgadzam się	N	34	37	44	26	33	57
	%	4,5	5,0	6,5	3,7	4,4	7,3
zdecydowanie nie zgadzam się	N	12	25	37	6	18	29
	%	1,6	3,4	5,4	0,8	2,4	3,7

TABELA A20. MŁODZIEŻ, KTÓRA ZGADZA LUB NIE ZGADZA SIĘ ZE STWIERDZENIEM: MAM POCZUCIE, ŻE NAUCZYCIELE DBAJĄ O MNIE JAK O OSOBĘ

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
zdecydowanie zgadzam się	N	219	151	85	246	148	70
	%	29,3	20,7	12,5	34,5	19,8	9,0
zgadzam się	N	313	289	255	296	308	267
	%	41,8	39,5	37,6	41,5	41,2	34,5
trudno mi powiedzieć	N	165	200	223	139	221	298
	%	22,1	27,4	32,9	19,5	29,6	38,5
nie zgadzam się	N	33	54	68	20	43	97
	%	4,4	7,4	10,0	2,8	5,8	12,5
zdecydowanie nie zgadzam się	N	18	37	47	12	27	43
	%	2,4	5,1	6,9	1,7	3,6	5,5

TABELA A21. MŁODZIEŻ, KTÓRA ZGADZA SIĘ LUB NIE ZGADZA ZE STWIERDZENIEM: MAM WIELE ZAUFANIA DO MOICH NAUCZYCIELI

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
zdecydowanie zgadzam się	N	258	143	87	227	129	55
	%	34,6	19,6	12,8	32,0	17,2	7,1
zgadzam się	N	236	243	180	257	226	183
	%	31,6	33,3	26,5	36,2	30,2	23,6
trudno mi powiedzieć	N	172	195	229	169	261	255
	%	23,1	26,7	33,8	23,8	34,8	32,9
nie zgadzam się	N	52	69	87	35	74	167
	%	7,0	9,5	12,8	4,9	9,9	21,5
zdecydowanie nie zgadzam się	N	28	79	95	22	59	115
	%	3,8	10,8	14,0	3,1	7,9	14,8

Wybrane wskaźniki zdrowia

TABELA A22. CZĘSTOŚĆ ODCZUWANIA BÓLU GŁOWY W OSTATNICH 6 MIESIĄCACH

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
prawie codziennie	N	40	61	52	57	89	111
	%	5,3	8,1	7,6	7,9	11,9	14,2
częściej niż 1 raz w tygodniu	N	72	90	85	115	147	166
	%	9,5	12,0	12,5	16,0	19,6	21,3
prawie w każdym tygodniu	N	47	55	70	64	66	85
	%	6,2	7,3	10,3	8,9	8,8	10,9
prawie w każdym miesiącu	N	121	134	150	136	144	194
	%	15,9	17,9	22,0	18,9	19,2	24,9
rzadko lub nigdy	N	480	409	325	348	305	224
	%	63,2	54,6	47,7	48,3	40,6	28,7

TABELA A23. CZĘSTOŚĆ ODCZUWANIA BÓLU BRZUCHA W OSTATNICH 6 MIESIĄCACH

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
prawie codziennie	N	28	25	26	56	67	53
	%	3,7	3,3	3,8	7,8	8,9	6,8
częściej niż 1 raz w tygodniu	N	51	74	62	99	110	111
	%	6,7	9,9	9,1	13,8	14,6	14,2
prawie w każdym tygodniu	N	37	43	66	62	62	80
	%	4,9	5,7	9,7	8,6	8,3	10,3
prawie w każdym miesiącu	N	164	154	151	168	230	324
	%	21,6	20,6	22,2	23,4	30,6	41,6
rzadko lub nigdy	N	479	452	376	333	282	211
	%	63,1	60,4	55,2	46,4	37,5	27,1

TABELA A24. CZĘSTOŚĆ ODCZUWANIA BÓLU PLECÓW W OSTATNICH 6 MIESIĄCACH

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
prawie codziennie	N	29	44	45	25	61	81
	%	3,8	5,9	6,6	3,5	8,1	10,4

częściej niż 1 raz w tygodniu	N	29	45	60	47	64	91
	%	3,8	6,0	8,8	6,5	8,5	11,7
prawie w każdym tygodniu	N	34	52	60	35	49	80
	%	4,5	7,0	8,8	4,9	6,5	10,3
prawie w każdym miesiącu	N	75	97	139	82	121	166
	%	9,9	13,0	20,4	11,4	16,1	21,3
rzadko lub nigdy	N	589	506	377	530	456	360
	%	77,9	68,0	55,4	73,7	60,7	46,3

TABELA A25. CZĘSTOŚĆ ODCZUWANIA PRZYGNĘBIENIA W OSTATNICH 6 MIESIĄCACH

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
prawie codziennie	N	38	44	49	53	109	129
	%	5,0	5,9	7,2	7,4	14,6	16,6
częściej niż 1 raz w tygodniu	N	47	69	70	63	92	141
	%	6,2	9,3	10,3	8,8	12,3	18,1
prawie w każdym tygodniu	N	42	52	70	51	79	107
	%	5,6	7,0	10,3	7,1	10,5	13,7
prawie w każdym miesiącu	N	116	140	155	145	126	170
	%	15,4	18,8	22,8	20,3	16,8	21,8
rzadko lub nigdy	N	511	439	337	402	343	232
	%	67,8	59,0	49,5	56,3	45,8	29,8

TABELA A26. CZĘSTOŚĆ ODCZUWANIA ROZDRAŻNIENIA LUB ZŁEGO HUMORU W OSTATNICH 6 MIESIĄCACH

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
prawie codziennie	N	60	62	54	61	126	145
	%	8,0	8,3	7,9	8,5	16,8	18,6
częściej niż 1 raz w tygodniu	N	98	82	107	121	120	167
	%	13,0	11,0	15,7	16,9	16,0	21,5
prawie w każdym tygodniu	N	56	97	128	51	121	150
	%	7,4	13,0	18,8	7,1	16,2	19,3
prawie w każdym miesiącu	N	207	210	203	213	172	205
	%	27,5	28,2	29,9	29,7	23,0	26,3
rzadko lub nigdy	N	333	294	188	271	209	111
	%	44,2	39,5	27,6	37,8	27,9	14,3

TABELA A27. CZĘSTOŚĆ ODCZUWANIA ZDENERWOWANIA W OSTATNICH 6 MIESIĄCACH

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
prawie codziennie	N	73	76	93	79	120	172
	%	9,6	10,2	13,7	11,0	16,0	22,1
częściej niż 1 raz w tygodniu	N	99	103	115	106	141	187
	%	13,1	13,8	16,9	14,8	18,8	24,0
prawie w każdym tygodniu	N	98	126	141	95	132	156
	%	12,9	16,8	20,7	13,2	17,6	20,0
prawie w każdym miesiącu	N	179	207	174	193	170	170
	%	23,6	27,7	25,6	26,9	22,7	21,8
rzadko lub nigdy	N	308	236	157	245	186	94
	%	40,7	31,6	23,1	34,1	24,8	12,1

TABELA A28. CZĘSTOŚĆ ODCZUWANIA TRUDNOŚCI W ZASYPANIU W OSTATNICH 6 MIESIĄCACH

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
prawie codziennie	N	48	66	52	68	98	128
	%	6,3	8,8	7,6	9,5	13,1	16,5
częściej niż 1 raz w tygodniu	N	61	62	64	51	68	109
	%	8,1	8,3	9,4	7,1	9,1	14,0
prawie w każdym tygodniu	N	64	56	68	52	65	67
	%	8,5	7,5	10,0	7,3	8,7	8,6
prawie w każdym miesiącu	N	93	120	131	92	99	107
	%	12,3	16,0	19,2	12,8	13,2	13,8
rzadko lub nigdy	N	490	444	366	453	419	366
	%	64,8	59,4	53,7	63,3	55,9	47,1

TABELA A29. CZĘSTOŚĆ ODCZUWANIA ZAWROTÓW GŁOWY W OSTATNICH 6 MIESIĄCACH

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
prawie codziennie	N	23	33	38	38	73	73
	%	3,0	4,4	5,6	5,3	9,7	9,4
częściej niż 1 raz w tygodniu	N	16	41	45	50	71	83
	%	2,1	5,5	6,6	6,9	9,5	10,7
prawie w każdym tygodniu	N	15	43	49	22	38	61
	%	2,0	5,7	7,2	3,1	5,1	7,8
prawie w każdym miesiącu	N	65	81	91	64	88	121
	%	8,6	10,8	13,4	8,9	11,7	15,5
rzadko lub nigdy	N	638	550	457	546	481	441
	%	84,3	73,5	67,2	75,8	64,0	56,6

Zachowania prozdrowotne

TABELA A30. CZĘSTOŚĆ WYKONYWANIA PRZEZ MŁODZIEŻ INTENSYWNYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH W CZASIE WOLNYM POZA ZAJĘCIAMI SZKOLNYMI

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
codziennie	N	221	194	122	157	116	69
	%	28,6	25,5	17,5	21,5	15,4	8,8
4-6 razy w tygodniu	N	181	182	161	182	120	100
	%	23,4	23,9	23,1	25,0	16,0	12,8
2-3 razy w tygodniu	N	199	191	195	202	200	230
	%	25,8	25,1	28,0	27,7	26,6	29,5
1 raz w tygodniu	N	85	92	105	107	151	173
	%	11,0	12,1	15,1	14,7	20,1	22,2
1 raz w miesiącu	N	14	26	34	24	45	58
	%	1,8	3,4	4,9	3,3	6,0	7,4
mniej niż 1 raz w miesiącu	N	28	33	34	26	54	79
	%	3,6	4,3	4,9	3,6	7,2	10,1
nigdy	N	44	44	46	31	66	71
	%	5,7	5,8	6,6	4,3	8,8	9,1

TABELA A31. LICZBA GODZIN W TYGODNIU W CZASIE WOLNYM POZA ZAJĘCIAMI SZKOLNYMI PRZEZNACZONYCH NA ĆWICZENIA FIZYCZNE O DUŻEJ INTENSYWNOŚCI

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nie ćwiczę wcale	N	53	72	75	35	101	140
	%	6,9	9,5	10,8	4,8	13,5	18,0
około pół godziny	N	118	117	95	175	187	196
	%	15,4	15,4	13,7	24,2	24,9	25,2
około 1 godziny	N	158	170	154	217	221	193
	%	20,6	22,3	22,2	30,1	29,5	24,8
około 2-3 godzin	N	217	211	188	169	131	139
	%	28,3	27,7	27,1	23,4	17,5	17,8
około 4-6 godzin	N	122	83	94	66	64	79
	%	15,9	10,9	13,5	9,1	8,5	10,1
7 godzin lub więcej	N	99	108	88	60	46	32
	%	12,9	14,2	12,7	8,3	6,1	4,1

TABELA A32. CZAS SPĘDZANY W CZASIE WOLNYM W DNIACH WEEKENDU PRZY TELEWIZJI I FILMACH

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
wcale	N	3,4	3,7	2,9	4,2	1,6	2,7
	%	5,2	4,0	4,3	10,1	3,6	3,1
około pół godziny dziennie	N	14,7	9,5	10,1	16,8	10,7	9,1
	%	21,5	19,4	17,4	24,0	20,6	18,6
około 1 godziny dziennie	N	19,1	21,0	20,7	17,6	18,7	19,8
	%	13,5	16,5	14,1	13,0	17,6	17,5
około 2 godzin dziennie	N	7,3	8,9	12,2	6,2	11,8	15,4
	%	4,0	6,5	7,1	4,0	4,9	5,7
około 3 godzin dziennie	N	11,4	10,6	11,2	4,2	10,5	8,1
	%	3,4	3,7	2,9	4,2	1,6	2,7
około 4 godzin dziennie	N	5,2	4,0	4,3	10,1	3,6	3,1
	%	14,7	9,5	10,1	16,8	10,7	9,1
około 5 godzin dziennie	N	21,5	19,4	17,4	24,0	20,6	18,6
	%	19,1	21,0	20,7	17,6	18,7	19,8
około 6 godzin dziennie	N	13,5	16,5	14,1	13,0	17,6	17,5
	%	7,3	8,9	12,2	6,2	11,8	15,4
około 7 lub więcej godzin na dzień	N	4,0	6,5	7,1	4,0	4,9	5,7
	%	11,4	10,6	11,2	4,2	10,5	8,1

TABELA A33. CZAS SPĘDZANY W CZASIE WOLNYM W DNIACH WEEKENDU PRZY GRACH KOMPUTEROWYCH

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
wcale	N	7,1	9,6	13,1	14,2	27,0	39,7
	%	8,2	6,4	7,1	22,2	17,5	18,5
około pół godziny	N	16,3	10,2	9,9	22,3	17,7	13,1
	dziennie	%	22,7	18,5	14,8	17,5	13,9
około 1 godziny	N	14,6	17,0	15,4	11,2	7,7	7,1
	dziennie	%	12,4	14,3	13,0	6,5	6,4
około 2 godzin	N	5,7	8,4	8,9	3,0	3,7	2,7
	dziennie	%	4,1	4,2	6,2	1,8	2,9
około 3 godzin	N	8,8	11,3	11,5	1,4	3,2	2,3
	dziennie	%	7,1	9,6	13,1	14,2	27,0
około 4 godzin	N	8,2	6,4	7,1	22,2	17,5	18,5
	dziennie	%	16,3	10,2	9,9	22,3	17,7
około 5 godzin	N	22,7	18,5	14,8	17,5	13,9	10,0
	dziennie	%	14,6	17,0	15,4	11,2	7,7
około 6 godzin	N	12,4	14,3	13,0	6,5	6,4	5,0
	dziennie	%	5,7	8,4	8,9	3,0	3,7
około 7 lub więcej godzin na dzień	N	4,1	4,2	6,2	1,8	2,9	1,7
	%	8,8	11,3	11,5	1,4	3,2	2,3

TABELA A34. CZAS PRZEZNACZONY W CZASIE WOLNYM W DNIACH WEEKENDU NA ZAJĘCIA PRZY KOMPUTERZE, KORZYSTANIE Z TABLETU LUB SMARTFONA (CZAT, INTERNET, WYSYŁANIE E-MAILI, TWEETER, FACEBOOK, INSTAGRAM)

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
wcale	N	10,4	8,1	3,7	9,4	2,5	2,3
	%	15,3	11,7	10,6	18,6	7,7	3,8
około pół godziny	N	22,1	17,5	10,6	22,0	11,2	10,0
	%	18,8	18,4	14,7	19,8	17,1	14,2
około 1 godziny	N	11,6	12,3	15,7	12,5	15,7	15,8
	%	6,9	11,5	10,6	7,8	13,7	14,0
około 2 godzin	N	5,1	5,8	8,5	4,4	13,7	10,1
	%	3,4	3,8	6,3	1,7	5,0	8,2
około 3 godzin	N	6,5	10,9	19,1	3,9	13,4	21,5
	%	10,4	8,1	3,7	9,4	2,5	2,3
około 4 godzin	N	15,3	11,7	10,6	18,6	7,7	3,8
	%	22,1	17,5	10,6	22,0	11,2	10,0
około 5 godzin	N	18,8	18,4	14,7	19,8	17,1	14,2
	%	11,6	12,3	15,7	12,5	15,7	15,8
około 6 godzin	N	6,9	11,5	10,6	7,8	13,7	14,0
	%	5,1	5,8	8,5	4,4	13,7	10,1
około 7 lub więcej godzin na dzień	N	3,4	3,8	6,3	1,7	5,0	8,2
	%	6,5	10,9	19,1	3,9	13,4	21,5

TABELA A35. JEDZENIE ŚNIADAŃ W DNIACH WEEKENDU

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nigdy	N	23	32	24	14	30	44
	%	3,0	4,2	3,5	1,9	4,0	5,6
w jednym dniu	N	60	74	66	34	68	95
	%	7,8	9,8	9,5	4,7	9,1	12,2
w obu dniach	N	682	651	603	674	653	642
	%	89,2	86,0	87,0	93,4	87,0	82,2

Zachowania ryzykowne

TABELA A36. PALENIE PAPIEROSÓW W CAŁYM ŻYCIU (LICZBA DNI)

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nigdy	N	689	570	336	678	574	382
	%	89,8	75,4	51,2	94,0	76,7	51,6
1-2 dni	N	36	73	96	24	51	96
	%	4,7	9,7	14,6	3,3	6,8	13,0
3-5 dni	N	14	22	37	4	17	41
	%	1,8	2,9	5,6	0,6	2,3	5,5
6-9 dni	N	10	18	39	8	30	39
	%	1,3	2,4	5,9	1,1	4,0	5,3
10-19 dni	N	5	13	17	2	17	27
	%	0,7	1,7	2,6	0,3	2,3	3,6
20-29 dni	N	1	11	12	1	6	30
	%	0,1	1,5	1,8	0,1	0,8	4,1
30 dni i więcej	N	12	49	119	4	53	125
	%	1,6	6,5	18,1	0,6	7,1	16,9

TABELA A37. PALENIE PAPIEROSÓW W OSTATNICH 30 DNIACH (LICZBA DNI)

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nigdy	N	736	670	526	710	654	590
	%	96,1	88,7	76,9	98,3	87,3	76,2
1-2 dni	N	16	36	38	5	32	48
	%	2,1	4,8	5,6	0,7	4,3	6,2
3-5 dni	N	6	9	22	5	18	22
	%	0,8	1,2	3,2	0,7	2,4	2,8
6-9 dni	N	0	5	9	0	8	19
	%	0,0	0,7	1,3	0,0	1,1	2,5
10-19 dni	N	1	7	15	0	6	37
	%	0,1	0,9	2,2	0,0	0,8	4,8
20-29 dni	N	1	6	19	1	11	15
	%	0,1	0,8	2,8	0,1	1,5	1,9
30 dni i więcej	N	6	22	55	1	20	43
	%	0,8	2,9	8,0	0,1	2,7	5,6

TABELA A38. EPIZODY UPICIA SIĘ W OSTATNICH 30 DNIACH

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nigdy	N	738	692	580	711	712	655
	%	97,2	92,8	85,0	99,4	95,1	85,1
1 raz	N	14	28	65	2	24	79
	%	1,8	3,8	9,5	0,3	3,2	10,3
2-3 razy	N	1	9	18	0	6	22
	%	0,1	1,2	2,6	0,0	0,8	2,9
4-10 razy	N	2	2	5	1	3	6
	%	0,3	0,3	0,7	0,1	0,4	0,8
więcej niż 10 razy	N	4	15	14	1	4	8
	%	0,5	2,0	2,1	0,1	0,5	1,0

TABELA A39. PICIE ALKOHOLU W CAŁYM ŻYCIU (LICZBA DNI)

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nigdy	N	635	488	201	668	512	223
	%	82,8	64,6	29,2	92,8	68,4	28,8
1-2 dni	N	83	126	125	35	120	149
	%	10,8	16,7	18,2	4,9	16,0	19,2
3-5 dni	N	18	35	80	4	37	75
	%	2,3	4,6	11,6	0,6	4,9	9,7
6-9 dni	N	11	29	66	4	29	78
	%	1,4	3,8	9,6	0,6	3,9	10,1
10-19 dni	N	12	29	66	8	18	81
	%	1,6	3,8	9,6	1,1	2,4	10,5
20-29 dni	N	0	11	34	0	9	44
	%	0,0	1,5	4,9	0,0	1,2	5,7
30 dni i więcej	N	8	37	116	1	24	125
	%	1,0	4,9	16,9	0,1	3,2	16,1

TABELA A40. PICIE ALKOHOLU W OSTATNICH 30 DNIACH (LICZBA DNI)

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
nigdy	N	729	638	410	706	665	474
	%	95,5	84,8	60,3	98,2	88,3	61,6
1-2 dni	N	17	73	149	8	53	183
	%	2,2	9,7	21,9	1,1	7,0	23,8
3-5 dni	N	7	15	51	0	11	57
	%	0,9	2,0	7,5	0,0	1,5	7,4
6-9 dni	N	4	7	34	1	10	30
	%	0,5	0,9	5,0	0,1	1,3	3,9
10-19 dni	N	2	4	11	4	10	20
	%	0,3	0,5	1,6	0,6	1,3	2,6
20-29 dni	N	0	2	4	0	1	0
	%	0,0	0,3	0,6	0,0	0,1	0,0
30 dni i więcej	N	4	13	21	0	3	6
	%	0,5	1,7	3,1	0,0	0,4	0,8

TABELA A41. CZĘSTOŚĆ PICIA PIWA

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
codziennie	N	11	19	24	6	8	8
	%	1,4	2,5	3,5	0,8	1,1	1,0
w każdym tygodniu	N	5	15	45	1	8	45
	%	0,6	2,0	6,5	0,1	1,1	5,8
w każdym miesiącu	N	3	23	89	1	19	99
	%	0,4	3,0	12,9	0,1	2,5	12,7
rzadko	N	102	160	266	44	168	298
	%	13,2	21,1	38,4	6,1	22,2	38,2
nigdy	N	649	540	268	671	554	330
	%	84,3	71,3	38,7	92,8	73,2	42,3

TABELA A42. CZĘSTOŚĆ PICIA WINA

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
codziennie	N	14	15	16	3	3	4
	%	1,8	2,0	2,3	0,4	0,4	0,5
w każdym tygodniu	N	3	6	13	1	2	9
	%	0,4	0,8	1,9	0,1	0,3	1,2
w każdym miesiącu	N	2	8	22	0	6	32
	%	0,3	1,1	3,2	0,0	0,8	4,1
rzadko	N	50	97	165	30	106	252
	%	6,5	12,8	23,9	4,2	14,1	32,3
nigdy	N	701	631	475	687	636	483
	%	91,0	83,4	68,7	95,3	84,5	61,9

TABELA A43. CZĘSTOŚĆ PICIA WÓDKI LUB INNYCH MOCNYCH NAPOJÓW ALKOHOLOWYCH

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
codziennie	N	15	11	19	4	8	5
	%	1,9	1,5	2,8	0,6	1,1	0,6
w każdym tygodniu	N	4	8	16	0	4	7
	%	0,5	1,1	2,3	0,0	0,5	0,9
w każdym miesiącu	N	3	16	41	3	12	62
	%	0,4	2,1	5,9	0,4	1,6	7,9
rzadko	N	29	85	212	7	66	248
	%	3,8	11,2	30,7	1,0	8,7	31,8
nigdy	N	719	636	402	708	665	458
	%	93,4	84,1	58,3	98,1	88,1	58,7

TABELA A44. CZĘSTOŚĆ PICIA GOTOWYCH NAPOJÓW Z DODATKIEM ALKOHOLU (ALKOPOPÓW)

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
codziennie	N	15	13	16	7	5	7
	%	2,0	1,7	2,3	1,0	0,7	0,9
w każdym tygodniu	N	2	6	12	0	4	5
	%	0,3	0,8	1,7	0,0	0,5	0,6
w każdym miesiącu	N	9	10	22	2	15	34
	%	1,2	1,3	3,2	0,3	2,0	4,4
rzadko	N	44	72	131	17	78	199
	%	5,7	9,5	18,9	2,4	10,3	25,6
nigdy	N	697	657	511	697	654	533
	%	90,9	86,7	73,8	96,4	86,5	68,5

TABELA A45. CZĘSTOŚĆ PICIA JAKIKOLWIEK INNYCH NAPOJÓW ALKOHOLOWYCH

		CHŁOPCY			DZIEWCZĘTA		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
codziennie	N	24	19	22	8	11	10
	%	3,1	2,5	3,2	1,1	1,5	1,3
w każdym tygodniu	N	5	8	15	1	11	15
	%	0,7	1,1	2,2	0,1	1,5	1,9
w każdym miesiącu	N	6	24	46	1	20	66
	%	0,8	3,2	6,7	0,1	2,7	8,5
rzadko	N	73	132	234	46	139	292
	%	9,5	17,4	33,9	6,4	18,5	37,5
nigdy	N	659	574	374	667	572	396
	%	85,9	75,8	54,1	92,3	76,0	50,8

